

SPIS TREŚCI

<i>M. Foryś: Akredytacja naszej AM</i>	2
<i>J. Piekarczyk: Wystąpienie Rektora AM</i>	4
<i>M. Zielonka: Promocja na I Wydziale Lekarskim</i>	5
<i>J. Piekarczyk: Wystąpienie Rektora AM podczas promocji</i>	6
<i>J. Wałaszewski: Mark Hardy doktorem honoris causa AM</i>	9
<i>M. A. Hardy: Transplantation anno 2000</i>	11
<i>E. Kępska: Z Senatu</i>	12
Nobliści 2000	14
<i>M. Zielonka: X Sesja Noblowska</i>	14
<i>J. Piekarczyk: Przemówienie Rektora AM</i>	15
<i>K. Radwańska, L. Kaczmarek: Uczenie się i pamięć – Nobel 2000 z medycyny i fizjologii</i> ..	16
<i>W. Szelenberger: Eryk Kandel: Od metapsychologii do biologii molekularnej</i>	17
Noworoczne spotkanie z byłymi rektorami	20
Spotkanie wigilijne pracowników administracji AM	20
Wieczera wigilijna lekarzy stomatologów i sympatyków stomatologii	21
<i>B. Najnigier: Postępy w chirurgii i przeszczepianiu wątroby</i>	22
<i>A. Górski: Konflikt interesów i jego znaczenie w nauce i medycynie</i>	24
Nowe książki	28

Fot. okładka I: Przewodniczący KAMU – prof. dr hab. Maciej Gembicki wręcza JM Rektorowi AM prof. dr hab. Januszowi Piekarczykowi świadectwa akredytacji.

Fot. okładka IV: Prodziekan I WL prof. dr hab. M. Krawczyk, JM Rektor AM prof. dr hab. J. Piekarczyk, prof. dr hab. J. Wałaszewski dr hc prof. M. Hardy, Dziekan I WL prof. dr hab. W. Glišński.

Wszystkie zdjęcia: Dział Fotomedyczny AM.

z życia
**Akademia
Medycznej**
w Warszawie

Nr 1 (104) styczeń 2001

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA

Rada Programowa:

prof. dr hab. Janusz Piekarczyk – przewodniczący
prof. dr hab. Andrzej Członkowski,
prof. dr hab. Wiesław Glišński,
prof. dr hab. Mirosław Łuczak,
prof. dr hab. Leszek Pączek,
prof. dr hab. Józef Sawicki,
prof. dr hab. Jerzy Stelmachów,
prof. dr hab. Mieczysław Szostek,
prof. dr hab. Hubert Wanyura

Redaguje zespół:

Bogdan Ciszek (redaktor naczelny), Mariusz Foryś,
Mirosława Kurpeta (redaktor prowadzący numeru)
Magdalena Zielonka,
Jacek Żbikowski

Adres redakcji: Biblioteka Główna Akademii Medycznej,
ul. W. Oczki 1, 02-007 Warszawa,
tel./fax: 628-22-37, e-mail: mkurpeta@bibl.amwaw.edu.pl
zapraszamy na nasze strony internetowe:
<http://www.bibl.amwaw.edu.pl/ZŻyciaAM>
Skład tekstu, druk i oprawa: Zakład Poligraficzny
„U Mianowskiego”, 01-833 Warszawa, ul. Daniłowskiego 3
tel./fax 864 36 44



AKREDYTACJA NASZEJ AM

Mgr Mariusz Foryś

Ostatnie w 2000 roku posiedzenie Senatu, w dniu 19 grudnia, miało odświętny, bożonarodzeniowo-noworoczny charakter, ale wyjątkowe znaczenie nadało mu oficjalne przekazanie naszej Uczelni świadectw akredytacyjnych dla obu jej Wydziałów Lekarskich.

Na podstawie oceny programów nauczania i ich realizacji Komisja Akredytacyjna Uczelni Medycznych, uchwałą z 1 grudnia 2000 r., udzieliła I i II Wydziałowi Lekarskiemu AM w Warszawie akredytacji na okres 5 lat.

Świadectwa akredytacyjne zostały przekazane na ręce JM Rektora prof. **Janusza Piekarczyka** przez Przewodniczącą KAUM – prof. **Macieja Gembickiego**. Następnie, świadectwa z rąk JM Rektora otrzymali Dziekani akredytowanych Wydziałów: prof. **Wiesław Gliški** i prof. **Jerzy Stelmachów**.

KAUM rozpoczęła swoją działalność w styczniu 1998 r.,

powołana do życia decyzją Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych. W swoim okolicznościowym wystąpieniu prof. M. Gembicki podkreślił niezależny status Komisji, która formalnie nie podlega żadnym czynnikom oficjalnym, organom rządowym, etc. Początkowo liczyła ona 12 osób, w jej skład wchodziłi reprezentanci wszystkich uczelni medycznych, jednak z biegiem czasu Komisja powiększyła się o przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Samorządu Lekarskiego oraz Samorządu Studentów.

Pierwotnie, nadrzędnym celem aktywności KAUM było opracowanie – zgrupowanych w kilka głównych kategorii – standardów, jakie są wymagane od uczelni, aby w sposób możliwie optymalny mogły wypełniać powierzone im zadania. Kolejnym krokiem było przygotowanie kwestionariuszy samooceny, które stanowią główne narzędzie gromadzenia danych podlegających wnikliwej analizie Komisji Akredytacyjnej.



Rektor AM prof. dr hab. J. Piekarczyk wręcza świadectwo akredytacji dziekanowi I WL prof. dr hab. W. Gliškiemu

Były to etapy przygotowania kryteriów i narzędzi dla właściwej pracy Komisji. Obecnie, uczelnie zainteresowane uzyskaniem akredytacji są zobowiązane do prawidłowego i terminowego wypełnienia arkuszy. Zamieszczone tam dane, płynące z analizy arkuszy wniosków i ich podsumowanie podlegają następnie weryfikacji, która dokonywana jest podczas wizyty Komisji w aplikującej uczelni.

Skąd jednak wzięła się sama idea akredytacji, czy też potrzeba akredytowania uczelni? Profesor M. Gembicki uważa, iż funkcjonowanie uczelni, działania ich władz zawsze podlegały różnym formom oceny: zewnętrznej – przez organy państwowe np. ministerstwa, wewnętrznej – przez powołane do tego ciała wewnątrzuczelniane. Jednak od dawna dostrzegano też potrzebę umożliwienia oceny zewnętrznej, obiektywnej, a przy tym przeprowadzanej przez auto-



Proroktor AM prof. dr hab. M. Szostek, rektor Politechniki Warszawskiej prof. dr hab. Jerzy Woźnicki, przewodniczący KAUM prof. dr hab. M. Gembicki



Rektor AM prof. dr hab. J. Piekarczyk wręcza świadectwo akredytacji dziekanowi II WL prof. dr hab. J. Stelmachów

rytatywne grono praktyków, w oparciu o dane udostępniane przez „zainteresowaną stronę”.

Przewodniczący KAUM podkreślił, że prace Komisji w żadnym razie nie służą kategoryzacji uczelni na lepsze i gorsze, a raczej zmierzają do identyfikowania procesów i zjawisk pozytywnie wyróżniających poszczególne szkoły akademickie oraz – niekiedy – do wskazywania tych, które in minus odbiegają od przyjętych standardów.

„Poddanie się procedurze akredytacyjnej jest procesem w pełni dobrowolnym, jednak w miarę upowszechniania się jej, spodziewać się należy wytworzenia pewnej presji społecznej, aby się jej poddawać.”

Kończąc swoje wystąpienie Profesor Gembicki zaznaczył, iż proces akredytacji potwierdził bardzo wysoką ocenę kadry profesorskiej Warszawskiej AM, jej wielkiego potencjału jako badaczy i nauczycieli akademickich. Ponadto uczelnia nasza wyróżnia się poprzez stwarzanie studentom rozległych możliwości fakultatywnego uczenia się niektórych przedmiotów, co w sposób istotny wpływa na pogłębianie motywacji do nauki i rozwoju. A wreszcie, w opinii Komisji, uczelnię naszą charakteryzuje – godny naśladownictwa – szacunek dla zdania i poglądów środowiska studenckiego, umiejętne wsłuchiwanie się w jego głos.

JM Rektor J. Piekarczyk zauważył, iż przyznanie akredytacji naszym Wydziałom Lekarskim jest znakomitą zwiastacją tego jubileuszowego roku 50-lecia istnienia AM w Warszawie. Roku, wielu znaczących wydarzeń w życiu Uczelni; roku, w którym doczekaliśmy się nowego gmachu rektoratu. Prof. J. Piekarczyk podziękował Komisji Akredytacyjnej za jej wysiłek i wszystkie te cenne spostrzeżenia będące pokłosiem procedury akredytacyjnej, które spożytkujemy dla dalszego rozwoju i doskonalenia funkcjonowania Uczelni.

Kończąc to posiedzenie Senatu, Pan Rektor złożył członkom Senatu i dostojnym gościom życzenia świąteczne i noworoczne.

WYSTĄPIENIE JM REKTORA NA UROCZYSTYM, OTWARTYM POSIEDZENIU SENATU

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Szanowni Państwo,

Dzisiejsza uroczystość stanowi kontynuację a jednocześnie końcowy etap obchodów Jubileuszowych Akademii.

Jubileusz 50-lecia Akademii Medycznej jako samodzielnej uczelni zbiegł się z Wielkim Jubileuszem, rokiem przemiany wieków, a nawet tysiącleci. W roku tym spotkało nas wiele przyjemnych chwil, byliśmy uczestnikami historycznych zdarzeń. Takich jak oddanie do użytkowania – po 50 latach oczekiwań – gmachu uczelni, co w połączeniu z jubileuszem było okazją do wizyty najwyższych władz Państwa. Ten jedyny w swoim rodzaju rok, rok 2000 był również nieprzerwanym pasmem borykania się, potykania w walce z ewidentnymi błędami reformy ochrony zdrowia. Nasze sukcesy w tym zakresie można ocenić co najwyżej na miarę realnych możliwości, a z pewnością nie na miarę naszych oczekiwań.

Na pewno istotnym osiągnięciem rzutującym na dalszy bieg zdarzeń jest uzyskanie konsolidacji wszystkich jednostek Akademii, w tym szpitali klinicznych w dążeniu do uzyskania jednolitej struktury uczelni. W okresie tego roku zrozumieliśmy, że podstawową sprawą jest jedność całego środowiska medycznego. Marzeniem moim jest to, aby nie było w przyszłości nigdy niezdrowej konkurencji ani pomiędzy naszymi jednostkami, ani pomiędzy grupami zawodowymi. Zarówno pracownicy uczelni, jak i pracownicy ochrony zdrowia zatrudnieni w naszych szpitalach, musimy stanowić wspólny front, tylko wtedy mamy szansę. Determinacja jednej grupy w słusznej sprawie powinna zyskiwać poparcie całego środowiska, tak jak jest teraz.

A przecież nie zawsze tak było.

Jako pracownicy tej uczelni miejmy poczucie jej wielkości i siły. Akademia Medyczna w Warszawie to przecież uczelnia o chlubnej dwuwiekowej historii, którą tworzyli nasi wybitni poprzednicy poczynając od Staszica, Dziarkowskiego, Wolffa w XVIII wieku a później: Chałubińskiego, Szokalskiego, Hirszfelda, Brudzińskiego, w wieku XIX i XX.

Należy także wspomnieć nazwiska wybitnych lekarzy – uczonych Uniwersytetu Warszawskiego z okresu II Rzeczypospolitej, jak: Czyżewicz, Orłowski, Kryński, Michałowicz, Paszkiewicz, Loth, Czubański, Modrakowski. Przywołajmy także byłych rektorów Akademii Medycznej: Czubańskiego, Kacprzaka, Górnickiego, Nielubowicza. Oni tworzyli historię naszej uczelni. Nasza siła tkwi w tradycji i wielkości naszych poprzedników, ale nasze losy pozostają w na-

szych rękach. Pozwólcie Państwo, że nie będę wymieniał naszych najbardziej nawet liczących się osiągnięć lekarskich i naukowych. Znamy je i jesteśmy dumni, że nasi wybitni lekarze i uczeni wraz z zespołami, którymi kierują należą do ścisłej czołówki stanowiącej o postępie medycyny.

Jednak wdrożone reformy, co byśmy jeszcze złęgo o nich nie powiedzieli, zmuszają nas wręcz do zauważenia wyzwania czasu i dostosowania Uczelni do nowych warunków.

Jednym z podstawowych, najważniejszych etapów rozwoju uczelni było uzyskanie akredytacji dla podstawowego, tradycyjnego i najważniejszego kierunku studiów – kierunku lekarskiego. Ten doniosły akt dokonał się właśnie – uzyskaliśmy akredytację na okres 5 lat. Jest to znaczące osiągnięcie otwierające nam duże możliwości, a jednocześnie stanowiące gwarancje stabilności. Praca niezależnej a zarazem obiektywnej komisji akredytacyjnej jest dla nas też źródłem wielu informacji i cennych wskazówek w przekształcaniu i modernizacji Uczelni, jej programów i struktury.

Serdecznie dziękuję całej Komisji, a szczególnie przewodniczącemu prof. Maciejowi Gembickiemu, za trud tak wnikliwej oceny uczelni.

Szanowni Państwo w założeniu niektórych, jednostronnie i bezkrytycznie nastawionych, reformatorów ochrony zdrowia – była i jest restrukturyzacja naszych szpitali klinicznych. Restrukturyzacja na zasadzie redukcji liczby łóżek, liczby pracowników i wyłączenie dostosowanie ich do wskaźników ekonomicznych szpitali jako zakładów leczniczych, bez uwzględnienia ich funkcji dydaktycznych i naukowych. Różnimy się zasadniczo widzeniem koniecznych przemian w tych szpitalach. Oczywiście wymowa liczb musi być zauważona i korekty bazy, jak i zatrudnienia w poszczególnych specjalnościach są chyba nieuniknione. Jesteśmy w trakcie ich realizacji; jednak kliniczna baza Uczelni musi ulec rozbudowie a nie redukcji, niezbędne jest nawet utworzenie nowych szpitali klinicznych, aby sprostać wyzwaniu, jakie niesie najbliższa przyszłość. Utworzenie nowych wydziałów, kierunków studiów i nowych specjalności spowoduje zwielokrotnienie liczby studentów. Na szczęście nie ulegliśmy naciskom i potencjał kadrowy uczelni jest wystarczający do podjęcia takich zadań. Musimy tylko wszyscy zrozumieć, że są one celowe, są niezbędne, a nawet wymagają przyspieszenia.

Szanowni Państwo musimy jednak umieć czytać wymowę liczb i wskaźników, planowanych algorytmów. Mamy przewagę czasową i organizacyjną; wykorzystajmy ją, przed nami niepowtarzalna szansa.

Szanowni Państwo za kilkanaście dni koniec roku i koniec wieku. Mamy zaszczyt wprowadzić naszą Alma Mater w XXI wiek.

Życzę Państwu, aby był to okres jej dalszego rozwoju.

Życzę, abyśmy już nigdy nie byli świadkami okresów zagrożeń a nawet destrukcji, które cyklicznie powtarzały się w minionych dwu wiekach naszej historii. Niech Państwa,

naszym udziałem będzie pasmo samych sukcesów. Życzę Państwu zdrowych, wesołych Świąt. Relaksu w gronie najbliższych, przyjaciół, rodziny.

Niezapomnianych wrażeń i przeżyć z tego okresu przemiany wieków i tysiącleci.

Szcześliwego Nowego Roku, Szcześliwego Nowego Wieku ! XXI wieku!

PROMOCJA NA I WYDZIALE LEKARSKIM

mgr Magdalena Zielonka

Tegoroczna LXVI uroczystość wręczenia dyplomów lekarzom i lekarzom stomatologom, absolwentom I Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii z roku 2000 odbyła się 16 grudnia w Teatrze Polskim. Uroczystość poprzedziło nadanie tytułu doktora honoris causa naszej Uczelni światowej sławy chirurgowi z Uniwersytetu Columbia w Nowym Yorku prof. **Markowi A. Hardy**.

Zebranych gości – władze Uczelni, doktora hc AM prof. W. Rudowskiego, prezesa ORL dr A. Włodarczyka, absolwentów i ich najbliższych przywitał dziekan I WL prof. W. Gliński. W swoim wystąpieniu stwierdził, iż ukończenie studiów jest chwilą przełomową. Teraz nastąpił czas konfrontacji z rzeczywistością – absolwenci otrzymali przywilej leczenia. Medycyna pokazuje możliwości i siłę, kiedy choremu można pomóc i ograniczenia, kiedy ta pomoc jest bezskuteczna. Zawód lekarza może być źródłem wielkiej satysfakcji, ale też powodować frustrację i dawać poczucie bezsilności. W tej chwili każdy aspekt procesu leczenia dostał

się pod kontrolę urzędników. To oni, urzędnicy kas chorych, hamują dostęp do specjalizacji, limitują ilość wykonywanych zabiegów. Decyzje finansowe nie pozwalają podnieść uposażeń. Mimo tych ograniczeń trzeba być optymistą – lekarz to wspaniały zawód, elitarny i skuteczny, medycyna rozwija się w fantastycznym tempie, co pozwala mieć nadzieję, że coraz więcej chorób będzie uleczalnych.

Na koniec Dziekan życzył, by absolwenci kierowali się w swej pracy zasadami etyki lekarskiej, byli lubiani i szanowani przez pacjentów.

Wystąpienie JM Rektora AM prof. J. Piekarczyka drukujemy w całości.

Dziekan W. Gliński przeczytał łacińską rotę laudacji prof. **Marka Hardygo** oraz list gratulacyjny od Ministra Zdrowia prof. G. Opali.

Laudację wygłosił prof. dr hab. J. Wałaszewski. Podkreślił w niej wybitne dokonania Profesora w dziedzinie chirurgii



Absolwenci I WL



Absolwenci z dyplomami lekarza



Prodziekan I WL profesor M. Krawczyk i Dziekan I WL profesor W. Gliński z absolwentami

gii i biologii transplantacyjnej, Jego udział w życiu polskiego środowiska naukowego chirurgów i transplantologów, pomoc młodym naukowcom i studentom w uzyskiwaniu stypendiów, pełnienie zaszczytnych funkcji w towarzystwach naukowych i komitetach redakcyjnych czołowych czasopism naukowych z tej dziedziny.

Rektor J. Piekarczyk wręczył dyplom doctora honoris causa. W 2000 roku otrzymali je jeszcze dwaj wybitni uczeni: prof. N.L.Tilney i prof. H. Koprowski.

Tekst laudacji oraz wykład dyplomowy „Transplantation anno 2000” drukujemy na dalszych stronach pisma.

„Przysięgę Hipokratesa” od tegorocznych absolwentów przyjął prodziekan I WL prof. **M. Krawczyk**. W pierwszej kolejności dyplomy lekarza z rąk Rektora i Dziekana otrzymały osoby legitymujące się średnią ocen ze studiów wynoszącą ponad 4,5. Na Wydziale Lekarskim aż 22 osoby miały taką średnią, a w Oddziale Stomatologicznym – 3.

Wszyscy absolwenci otrzymali w darze książki ufundowane przez dr K. Piwowarczyka wydawcę „Farmindex” oraz roczną prenumeratę czasopisma „Medycyna po Dyplomie” od F. Gulbinowicza, książki dla najlepszych absolwentów ofiarowała firma Volumen.

Dr A. Włodarczyk – prezes Okręgowej Izby Lekarskiej zachęcał młodszych kolegów do działania w Klubie Młodego Lekarza zapewniając, iż Izba to nie tylko sąd koleżeński i comiesięczne składki.

W imieniu absolwentów głos zabrała lek. Anna Majewska – najlepsza absolwentka Oddziału Stomatologicznego. W swoim wystąpieniu podziękowała nauczycielom za dzielenie się wiedzą i wpajanie troski o dobro pacjenta, rodzicom za pomoc i wspieranie w trudnych chwilach, administracji – w osobach pań z Dziekanatu – za życzliwość i rozumienie potrzeb i problemów studentów oraz współkolegom za wspieranie się w trudnych chwilach.

Oprawę muzyczną zapewnił chór akademii pod batutą B. Herman.

Piękną uroczystość zakończył barwny i pogodny spektakl „Pastorałki” doskonale korespondujący ze zbliżającymi się Świątami Bożego Narodzenia.

WYSTĄPIENIE REKTORA AM PODCZAS PROMOCJI

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk – Rektor AM

Szanowni Państwo,

Dzisiejsza uroczystość to wielkie święto Akademii Medycznej w Warszawie, a przede wszystkim I Wydziału Lekarskiego, naszego największego wydziału o najstarszych tradycjach.

Jest to wielkie święto, ponieważ dokonamy aktu promocji lekarzy i lekarzy stomatologów – absolwentów I Wydziału Lekarskiego. Jest to wielkie święto Uczelni, gdyż nasza Alma Mater obdarzy najwyższą godnością – Doktora Honoris Causa wybitnego uczonego światowej sławy: Profesora Mark Hardy z Uniwersytetu Columbia w Nowym Yorku.

Szanowni Państwo, tradycje nauczania medycyny w Warszawie sięgają końca XVIII wieku, ponieważ w 1789 r.

powstała w Warszawie pierwsza Szkoła Chirurgiczna.

Natomiast w 1809 r. powstała Akademia Lekarska zwana Wydziałem Akademicko-Lekarskim. Stanowisko prezesa tej uczelni pełnił Stanisław Staszic, a pierwszym dziekanem był prof. Jacek Dziarkowski.

Po utworzeniu Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego, w roku 1816, wydział ten wszedł w jego skład, jako Wydział Lekarski.

Tak więc tradycje akademickie naszego Wydziału Lekarskiego sięgają już przeszło 190 lat. Wydział odgrywał zawsze ważną rolę w kształceniu przyszłych lekarzy, w rozwoju poszczególnych specjalności lekarskich, również jako warsztat naukowo-badawczy wybitnych lekarzy naukow-



Władze AM podczas uroczystości

ców XIX, a następnie XX wieku. Historia Wydziału chlubna ale i tragiczna związana z losami Warszawy i Polski; działalność dydaktyczna i naukowa była przerywana przez powstania narodowowyzwoleńcze: listopadowe, styczniowe, a następnie I-szą i II-gą Wojnę Światową.

Warszawska medycyna poddawana była srogim represjom zaborców, okupantów, aby w chwilach odwilży, przerw w tych represjach odradzać się, nawiązywać kontakty z najlepszymi ośrodkami, wyrównywać poziom i starać się włączać do rozwoju nauk medycznych. Pomimo trudności, przeszkód materialnych i politycznych. Proces ten trwał nieprzerwanie, aż do pokolenia Państwa dziadków i rodziców, do naszego pokolenia.

Bezspornie, najszybszy postęp w rozwoju nauk medycznych odbywa się teraz – podczas Państwa, świadomego już w tym zakresie, życia szkolnego, studenckiego. Druga połowa XX wieku i ostatnie jego lata to wręcz eksplozja odkryć w naukach medycznych, pasmo ciągle wprowadzanych nowych metod i technik, tak do diagnostyki jak i terapii.

Okres Państwa studiów to też trudny czas przekształceń ustrojowych, politycznych i gospodarczych w Polsce. Okres wielkiego entuzjazmu ale i dużych rozczarowań związanych z wprowadzanymi reformami.

Jesteśmy wszyscy zaniepokojeni; lekarze wraz z innymi grupami zawodowymi współpracującymi z nami w konstruowaniu opieki zdrowotnej w Polsce, tej zreformowanej opieki.

Jesteśmy zaniepokojeni, że dostrzegamy błędy w tych reformach; tym bardziej niepokoi nas, że nie zawsze te błędy są zauważone przez polityków.

Tym bardziej, że politycy nie chcą ich zauważyć, gdy środowiska lekarskie, pielęgniarki i przedstawiciele całego

społeczeństwa zwracają im na to uwagę. Reforma była konieczna, wprowadzona w pośpiechu mogła mieć uchybienia i błędy, ale nie można dopuścić aby te niedoskonałości a nawet błędy reformy zwróciły się przeciwko niej, powodując totalną destrukcję.

To co dzieje się obecnie, można porównać do mechanizmu autoagresji.

Tylko mądrość nas wszystkich, pracowników opieki zdrowotnej i polityków może uratować polską służbę zdrowia. Mam nadzieję, że fazę wytworzenia przeciwciał – „burzliwej reakcji organizmu” mamy już za sobą, że nastąpi w końcu faza zdrowienia i szybkiej rekonwalescencji.

Ale aby tak było, potrzebne są szybkie i skuteczne środki, my pracownicy ochrony zdrowia potrafimy je wykorzystać, ale

przedtem politycy muszą zgodzić się na zrealizowanie „recepty”, dając środki na wykupienie odpowiedniego lekarstwa. Obawiamy się, że aby tę receptę zrealizować nie wystarczy wzrost nakładów o 0,25% ?!

Tak kończy się nam XX wiek, wiek wielkich wydarzeń, wielkich odkryć, ale i wielkich błędów, wielkich błędów politycznych, a nawet wielkich zbrodni.

W najciemniejszych jednak czasach byli ludzie wielcy, potrafiący wybrać prawdę i stać na jej straży. Do tych ludzi zawsze należeli lekarze, którzy kierowali się umiłowaniem prawdy, głębokim humanizmem i wiernością Przysiędze Hipokratesa. Na kartach historii polskiej i warszawskiej medycyny znajdziemy takich lekarzy bardzo wielu.

Myślmy na ogół o znakomitych nazwiskach – znanych, wybitnych lekarzy XIX wieku jak: Tytus Chałubiński, Wiktor Feliks Szokalski, Ludwik Hirszfeld. Myślmy o wielkich profesorach medycyny wydziału lekarskiego UW, z



Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk wręcza dyplom absolwentkom I WL



Dziekan I WL profesor W. Gliński, Rektor AM profesor J. Piekarczyk, Prodzikan I WL profesor M. Krawczyk z absolwentami

okresu międzywojennego, jak : Leon Kryński, Adam Czyżewicz, Witold Orłowski, Kazimierz Orzechowski, Mieczysław Michałowicz. Pamiętamy twórców i realizatorów tajnego nauczania medycyny w okresie okupacji hitlerowskiej, która nie miała precedensu w dziejach szkół medycznych świata, w osobach: Ludwika Paszkiewicza, Witolda Orłowskiego, Franciszka Czubalskiego, Władysława Kapuścińskiego, Edwarda Lotha, Jerzego Mordakowskiego, Stanisława Przyłęckiego i Jana Zaorskiego.

Nauczanie medycyny w Warszawie kontynuowane było przecież nawet w ekstremalnych warunkach terroru, w Getcie Warszawskim.

Warto wiedzieć o tym wszystkim, co stanowi historię, tradycję uczelni, którą dzisiaj kończycie Państwo. Myśląc jednak o wielkich lekarzach musimy mieć świadomość, że żyją oni nadal wśród nas; musimy ich w porę dostrzec, oni przemawiają do nas słowem i swymi czynami.

Łatwiej jest jednak mówić o tych, którzy już od nas niestety odeszli. W bieżącym roku odszedł od nas wielki lekarz, wychowawca wielu pokoleń lekarzy i chirurgów, rektor AM w Warszawie – jako pierwszy wybrany w demokratycznych wyborach prof. Jan Nielubowicz. Jak napisał Jego uczeń, również były rektor Akademii prof. Jerzy Szczerbań: "prof. Jan Nielubowicz zapisał się w historii polskiej chirurgii jako innowator i animator postępu. Przeniósł do polskiej chirurgii szereg osiągnięć chirurgii światowej. Z równą pasją zajmował się chirurgią doświadczalną, kliniczną, nowymi technikami operacyjnymi, diagnostyką wizualizacyjną, jak i procesem nauczania i oceniania wiedzy."

Prof. Tadeusz Tołłoczko, także nasz były rektor, pisząc o prof. Nielubowiczu stwierdził „Każdy człowiek ma w

swoim życiu własne zadania do spełnienia. W każdym z tych zadań ma się rozegrać życiowa próba wartości człowieka. Tą życiową próbę wartości, jaka przypadła Prof. Nielubowiczowi można z pewnością nazwać misją. Są bowiem takie wartości „dla” których warto jest życie poświęcić. Tymi wartościami dla Profesora były: medycyna, nauka i dydaktyka. Profesor lekarzem się urodził. Był to „Medicus Magnus”.

Przed kilkoma tygodniami pożegnaliśmy także nagle i nieoczekiwanie prof. Andrzeja Karwowskiego wielkiego dziekana I Wydziału Lekarskiego. Wybitnego nauczyciela akademickiego, lekarza i humanistę. Twórcę współczesnej tradycji tego Wydziału; z Jego rąk otrzymaliście Państwo przed 6 laty indeksy. Za chwilę otrzymacie Państwo dyplomy, dyplomy z datą zawierającą magiczną cyfrę 2000 roku, roku przełomu wieków i tysiącleci. Cała Państwa kariera zawodowa przypadnie już na XXI wiek.

Życzę Państwu abyście w swym życiu zawodowym kierowali się przede wszystkim godnymi tego ideami i prawem lekarskim opartym na przysiędze, którą za chwilę założycie w obecności waszych nauczycieli i waszych najbliższych. Wybraliście jakże odpowiedzialny, ale jakże piękny zawód. Pamiętajcie Państwo, że : wraz z tymi dyplomami otrzymujecie wielką szansę. Szansą tą jest możliwość niesienia pomocy cierpiącym, szansą tą jest leczenie chorych. Niech Wam będzie dane sprostać ich oczekiwaniom. Niech praca zawodowa sprawia Państwu moc satysfakcji. Abyście w XXI wieku mogli spokojnie zająć się pracą lekarską, postępowaniem nauki, i w końcu zgodnie ze wskazaniami Hipokratesa – nie musieli troszczyć się o dobra materialne.

Szczęśliwego Nowego Roku, Szczęśliwego Nowego Wieku !

Mark Hardy profesor chirurgii Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku

Doktorem Honoris Causa Akademii Medycznej w Warszawie



*Prof. dr hab.
J. Wałaszewski
wygłasza laudację*

LAUDACJA

Prof. dr hab. Janusz Wałaszewski

W uznaniu wybitnych dokonań Profesora Marka Hardy w dziedzinie chirurgii i biologii transplantacyjnej oraz Jego udziału w życiu polskiego środowiska naukowego chirurgów i transplantologów, Senat Akademii Medycznej w Warszawie na wniosek Rady I Wydziału Lekarskiego nadał w dniu 17.07.2000 roku zaszczytny tytuł

Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej w Warszawie.

Recenzentami dorobku naukowego Profesora Hardy byli:

Prof. dr hab. Stanisław Moskalewski – Kierownik Zakładu Histologii i Embriologii Centrum Biostruktury Akademii Medycznej w Warszawie .

Prof. dr . Reinout van Schilfgaarde – Kierownik Kliniki Chirurgii Uniwersytetu w Groningen (Holandia)

Prof. dr hab. Tadeusz Popiela – Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Życiorys

Dr Mark A. Hardy M.D., urodzony we Lwowie w 1938 roku, ukończył studia przedmedyczne w Columbia University w 1958 roku, a studia medyczne w Albert Einstein College of Medicine w Nowym Jorku w 1962 r. Specjalizację chirurgiczną odbywał w latach 1962 – 1969 w szpitalach Nowego Jorku, a następnie przez 2 lata w Boston City Hospital w chirurgii transplantacyjnej . W latach 1971 – 1975 pracował jako Associate Professor of Surgery w Albert Einstein College of Medicine. Od 1975 roku do chwili obecnej jest profesorem chirurgii w Columbia University College of Physicians and Surgeons, gdzie przez wiele lat współpracował z prof. K. Reemtsma, wybitnym chirurgiem amerykańskim, którego zastąpił na stanowisku kierownika kliniki. Jest kierownikiem programu przeszczepiania narządów w Co-

lumbia University i koordynatorem programu wymiany narządów (UNOS) w Nowym Jorku.

Po przejściu wszystkich szczebli kariery zawodowej i naukowej Dr Mark Hardy otrzymał w 1991 roku bardzo prestiżowy tytuł: Auchincloss Professor of Surgery.

Działalność naukowa

Prof. Hardy jest autorem 289 prac oryginalnych klinicznych i doświadczalnych z transplantologii , autorem i redaktorem 3 monografii, 30 rozdziałów w podręcznikach i monografiach oraz ponad 100 streszczeń zjazdowych. Prace jego stanowią istotny wkład zarówno do transplantologii, jak i do klinicznego przeszczepiania narządów. Zajmował się On doświadczalnym przeszczepianiem jelita oraz badaniem procesów wchłaniania przez błonę śluzową takiego jelita, mechanizmem działania globuliny antylimfocytarnej, wpływem działania promieniowania nadfioletowego (UVB) typu B na odpowiedź komórkową na modelu alloprzeszczepu komórkowego i narządowego. Znaczna grupa prac dotyczy wywoływania stanu tolerancji na przeszczep allogenny serca, jelita, nerki oraz wysp trzustkowych u zwierząt laboratoryjnych i w badaniach klinicznych. Od wielu lat prowadzi On program badawczy dotyczący przeszczepiania wysp trzustkowych, przeszczepiania nerki i trzustki u chorych z niewydolnością nerek i cukrzycą typu I oraz immunomodulacji i manipulowania systemem immunologicznym biorcy przeszczepu allogenicznego.

Wyniki tych badań stawiają prof. Hardy w światowej czołówce znawców tych zagadnień, a jego prace mają charakter źródłowy i referencyjny dla wielu publikacji. Jego badania są stale finansowane przez Narodowy Instytut Zdrowia.

Prof. Mark Hardy wielokrotnie wykladał jako visiting professor w różnych ośrodkach światowych, także w Polsce.



Dziekan I WL prof. dr hab. W. Gliński

Działalność w towarzystwach naukowych

Z długiej listy pełnionych funkcji i zaszczytnych godności wymienić należy godność Prezydenta Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Transplantacyjnych, członka Zarządu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego, członka Zarządu Amerykańskiej Organizacji Koordynującej Program Przeszczepiania Narządów (UNOS). Dr Mark Hardy od 3 lat jest członkiem Honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich. W przeszłości Prof. Hardy był również prezesem Nowojorskiej Organizacji zajmującej się Organ Procurement, oraz członkiem szeregu Komitetów Uniwersytetu Columbia.

Prof. Hardy jest członkiem szeregu Komitetów Redakcyjnych czołowych czasopism naukowych poświęconych chirurgii i transplantologii. Jest członkiem Komitetów Redakcyjnych czołowych pism specjalistycznych, m.in.: *Transplantation* i *Transplantation Proceedings* oraz recenzentem 8 czasopism międzynarodowych (*American Journal of Kidney Diseases*, *Cancer*, *Surgery*, *Nephron*, *Diabetes*, *American Journal of Pathology*, *Diabetologia*, *Clinical Transplantation*). Prof. Hardy jest również członkiem komitetu redakcyjnego wydawanego w Polsce *Annals of Transplantation*, w którym to piśmie był redaktorem specjalnego wydania poświęconego przeszczepianiu wysp trzustkowych. Od 1 stycznia 2000 roku został Redaktorem *Transplantation* – najpoważniejszego czasopisma naukowego w zakresie transplantologii.

Związki z medycyną Polską

Profesor Hardy nie zatracił więzi z krajem rodzinnym. Wielokrotnie brał udział w organizowanych w Polsce spotkaniach naukowych i zjazdach chirurgicznych. W perspektywie międzynarodowych osiągnięć szczególnego znaczenia i wyrazu nabierają zasługi Prof. Marka Hardy w utrzymaniu współpracy między amerykańskim i polskim śro-

dowiskiem transplantologicznym i chirurgicznym reprezentowanym również przez pracowników naszej Uczelni. W wykazie publikacji znaleźć można jako współautorów szereg nazwisk osób z polskiego środowiska chirurgicznego i transplantologicznego. Osobiste zaangażowanie Prof. Marka Hardy we współpracę z Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej w Warszawie oraz polskim środowiskiem chirurgicznym jest bardzo znaczące. Świadczy o tym Jego kilkakrotny osobisty udział w Zjazdach Chirurgów Polskich oraz sympozjach organizowanych przez Instytut Transplantologii.

Współpracując ściśle w zakresie immunobiologii i transplantologii z Akademią Medyczną w Warszawie, niewątpliwie zasłużył się polskiej myśli naukowej pomagając młodym naukowcom oraz organizując i fundując stypendia zagraniczne w Columbia University. Zawsze też pozostaje w kontakcie z byłymi stypendystami, służąc im pomocą i radą. Profesor Hardy zorganizował także krótkotrwałe stypendia naukowe w Columbia University dla zainteresowanych studentów naszej Uczelni.

Wnioski recenzentów

Recenzenci zgodnie stwierdzają, że wybitny dorobek i pozycja naukowa w skali światowej Profesora Marka Hardego w pełni upoważniają do poparcia wniosku o nadanie mu tytułu Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej w Warszawie.

Profesor Tadeusz Popiela pisze: Dr Hardy, jest wybitnym chirurgiem i naukowcem. Stanowisko profesora chirurgii, Auchincloss Professor of Surgery, w renomowanym Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku oraz funkcję Dyrektora Ośrodka Transplantacyjnego w tymże szpitalu uznać można jako wyraz i dowód bardzo wysokiej pozycji naukowej w reprezentowanej przez Niego specjalności.

Profesor Van Schilgaarde pisze: „Dr Hardy is an outstanding knowledgeable university surgeon. In his specific field of interest (which can be shortly characterized as clinical transplantation and transplantation biology) he has, in the course of up top three decades made major contributions”. Dr Hardy is more than brilliant doctor and clinical scientist but also an important contributor to setting the foundations and the school for his pupils, and thus for the teachers of the next generation. There is no doubt in my mind that the honorary doctorate is absolutely justified and I congratulate you and your Faculty in advance with the wise and fully appropriate decision.

Profesor Stanisław Moskalewski we wnioskach końcowych pisze „cały mój wywód i opinię mógłbym streścić następująco: Profesor Mark Hardy jest uznanym światowym autorytetem w chirurgii i immunologii transplantacyjnej, był i pozostaje twórczo obecny w życiu naukowym naszego Ośrodka Transplantologii, a przez to i w naukowym życiu naszej Uczelni i naszego Kraju.

TRANSPLANTATION ANNO 2000

Prof. Mark A. Hardy

Rector Magnificus, Dostojni Koledzy, Panie i Panowie!

Jest dla mnie wielkim zaszczytem przemawiać w tym miejscu, z okazji, która jest jednym z ważniejszych wydarzeń na mojej drodze zawodowej. Szczęólnego znaczenia nabiera dla mnie ten dzień również na płaszczyźnie osobistej, stanowi bowiem jakby zakończenie drogi do domu, do kraju, w którym się urodziłem i do którego wielokrotnie wracałem za pośrednictwem tej znakomitej uczelni.

Powodzenie pierwszych przeszczepień nerek u bliźniąt jednojajowych w połowie naszego stulecia ogromnie rozbudziło wyobraźnię, zarówno świata lekarskiego, jak i całego społeczeństwa. Nieustający postęp w tej dziedzinie, a także w immunologii, genetyce i inżynierii genetycznej, stały się metaforami wielkości Stworzenia; przeszczepy serca i wątroby tworzyły romantyczne mity wirtuozerii chirurgicznej, zaś obietnice inżynierii genetycznej otwierały nieograniczone możliwości niemal rodem z Juliusza Verne, rychło podnosząc jednak poważne kwestie etyczne i moralne. Pierwsi chirurdzy zajmujący się przeszczepianiem narządów byli nie tylko lekarzami, ale i naukowcami, odkrywcami; łącząc umiejętności z odwagą dokonywali operacji o nieznanym skutkach, ustanawiając standardy w zagadnieniach dotychczas nieznanymi. Jak powiedział Newton o Mikołaju Koperniku, teraz wspieramy się na ich barkach i kontynuujemy odkrywczę dzieło, którego źródłem były marzenia i wyobrażenia tych pierwszych.

Kolejny wielki krok pół wieku później dokonał się w immunogenetyce, której służba medycynie rozpoczęła się od badania zgodności tkankowej dla celów transplantacji. Obecnie dzięki tym badaniom na ukończeniu jest Projekt Ludzkiego Genomu, przedsięwzięcie wywołujące tyle samo nadziei, co kontrowersji. Rozwój immunologii, który był podstawą transplantologii przyczynił się od tego czasu do głębszego poznania mechanizmów rozpoznawania tkanki własnej i obcej oraz wyjaśnienia komunikacji międzykomórkowej i wzrostu komórek. Znajomość tych mechanizmów jest obecnie podstawą leczenia chorób autoimmunologicznych, zakażeń i chorób proliferacyjnych, w tym nowotworów złośliwych. W czasie pięciu dziesięcioleci od pierwszego udanego przeszczepienia narządu immunobiologia wyszła z mroku tajemnicy, a zagadnienia immunogenetyki, niedokrwiennego uszkodzenia narządu, złożonych zabiegów chirurgicznych na naczyniach, sercu, wątrobie stały się znane nie tylko lekarzom i naukowcom, ale w dużym stopniu również pacjentom i szerokiej publiczności. To właśnie młodzi



Dyrektor Instytutu Transplantologii AM prof. dr hab. W. Rowiński, prof. dr hab. J. Właszewski, dr hc AM prof. M. Hardy

naukowcy, lekarze, chirurdzy swoimi dokonaniem z pogranicza magii pobudzają zbiorową wyobraźnię.

Chociaż Projekt Ludzkiego Genomu nakreślił w dużej mierze jego mapę, jednak nie odpowiedział na pytanie o zadania poszczególnych genów. Teraz nadszedł czas, by międzynarodowe środowisko badaczy i lekarzy przypisało jednostki chorobowe konkretnym genom i poszukiwało leczenia opartego na tej wiedzy. Nie mam żadnych wątpliwości, że będzie ona miała zasadniczy wpływ na zdolność do wywoływania tolerancji, tego Świętego Graala transplantologii. Terapia genetyczna umożliwi nam kontrolowanie biochemicznej kaskady odpornościowej, wywoływanie tolerancji, naśladowanie naturalnych szlaków reakcji i unikanie niepożądanych efektów ubocznych leków. Podróż ku tej wiedzy będzie żmudna i niewdzięczna, co jest częste w badaniach genetycznych, lecz nagrodą może być nie tylko umiejętność człowieka do leczenia i odnawiania swych tkanek i narządów, ale nawet zdolność do wydłużenia życia przy wykorzystaniu narządów z multitransgenicznych zwierząt lub ludzkich hodowli tkankowych. Wiele wskazuje na to, że przyszłość transplantologii opierać się będzie nie tylko na ksenotransplantacjach, ale szczególnie na przeszczepach komórek i tkanek. Młodzi naukowcy mają dziś w zasięgu ręki narzędzia leczenia chorób degeneracyjnych, również tych atakujących układ nerwowy, a tym samym uwolnienie człowieka od strachu przed wegetacją bez możliwości dzia-

łania, myślenia i współżycia z bliskimi. Są również perspektywy rozwoju metod naprawy niedomagających tkanek, w tym serca, trzustki, mięśni i kości; naprawy poprzez "odnowienie" miast wymianę. Czy komórki multipotencjalne mogą być użyte do hodowli ludzkich narządów pozostaje obecnie zagadnieniem z pogranicza fantastyki naukowej, pomimo ogłoszenia przez czasopismo "Science", że "umiejętność izolacji i utrzymania ludzkich komórek wielopotencjalnych w hodowli" było "Przełomowym Dokonaniem Roku 1999". Kwestie etyczne związane z tym zagadnieniem są przedmiotem żywej dyskusji wśród szerokiej publiczności, naukowców, polityków, a w szczególności przywódców religijnych. Jak wypowiadano się wielokrotnie wcześniej, badania naukowe można i niekiedy trzeba kontrolować, lecz nie wolno ich nigdy zabraniać. Unikanie czynienia szkody pojedynczym ludziom czy społeczeństwom jest celem nadrzędnym, nawet jeśli miałyby to opóźnić postęp nauki. Jest to jednak również jedyny dopuszczalny powód opóźniania dostępu do dokonań medycyny mogących ratować życie lub poprawiać jego jakość.

Decyzja ograniczonego korzystania z ludzkich płodowych komórek multipotencjalnych dla celów klonowania została niedawno skrytykowana przez papieża Jana Pawła II jako niemoralna. Rozdźwięk między badaczami a Kościołem jest w tej kwestii poważny i nie zmniejszy się, o ile nie sięgniemy do ksenotransplantacji lub klonowania komórek dorosłych. Nie powinniśmy jednak opóźniać naszych badań nad leczeniem chorób z autoagresji i degeneracyjnych zniechęceni rządowymi czy autorytarnymi wyrokami, ale raczej wypracowywać stanowiska etyczne i moralne, które nie gwałcą indywidualnego sumienia i nie szkodzą ogółowi. Wydaje się, że wykorzystanie tkanek płodowych można odzielić od moralnych wyborów dokonywanych przez tych,

którzy mają wpływ na decyzje o ich usuwaniu. Lekarze od czasów Hipokratesa odróżniali się od stanu duchownego i nie pretendowali do bycia autorytetami moralnymi czy duchowymi. Kwestie te, dotyczące wszystkich powinny znajdować swe odpowiedzi w ogóle społeczeństwa.

Z tamtych czasów, sprzed 2500 lat pochodzi również przypisywany Hipokratesowi aforyzm, "sztuka długa, a życie krótkie". Medycyna na codzień staje przed podstawowymi problemami życia, jego ulotnością, chorobą, śmiercią. Greckie słowo określające sztukę brzmiało "techne", oznaczając również naukę, rzemiosło, zawód, wszystko czego człowiek może się nauczyć. Lekarz uprawiał sztukę, lecz życie było zbyt krótkie by wszystko pojąć; sztuka rzeczywiście była długa. Sentencja ta winna wskazywać lekarzom sposób pracy, wspólny, niezależnie od narodowych czy innych granic, tak by sztuka rosła i mogła być przekazywana współczesnym i następnym pokoleniom.

W chwili gdy wiemy o wszechświecie, nas samych, fizjologii i biologii więcej niż kiedykolwiek dotychczas, musimy mieć się na baczności, by nie uczynić nauki siłą napędową kultury. Nauka nie mówi nic o tym, jaki powinien być świat i co lub kogo winniśmy obdarzać miłością. Powinniśmy rozumieć i szanować, niekoniecznie zaś przyjmować jako swoje, jak najwięcej perspektyw i stanowisk i z tolerancją traktować te wartości, których sami nie przyjmujemy. Niech nauka pełni rolę przewodnika w naszym wspólnym życiu i poszerzaniu wiedzy pozwalając szanować wartości, które określają nasze różne historie i kultury. To również, obok nowych zdobyczy nauki, kształtować będzie przyszłość naszą i naszych dzieci.

Z głęboką wdzięcznością przyjmuję to zaszczytne wyróżnienie.

Z SENATU

mgr Ewa Kępska – Dział Organizacyjny AM

Na posiedzeniu Senatu w dniu 19 grudnia 2000 r. omówiono następujące sprawy:

I. Senat wyraził swą pozytywną opinię dotyczącą:

1. zmiany nazwy Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Hematologii II Wydziału Lekarskiego na **III Klinikę Chorób Wewnętrznych**.

2. powołania na stanowisko Kierownika II Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii dr hab. **Andrzeja Kańskiego**

II. Sprawy Wydziału Nauki o Zdrowiu

1. utworzenie Pracowni Dydaktycznej
2. studia zaoczne na Oddziale Pielęgniarstwa.

Prof. L. Marianowski zwrócił się do JM Rektora oraz Wysokiego Senatu z prośbą o utworzenie w Wydziale Nauki o Zdrowiu Pracowni Dydaktycznej. Pracownia ta jako jednostka pomocnicza powołana zostanie w Zakładzie Pielęgniarstwa i Żywienia Człowieka

Szczegółowe zadania i cele przedstawiałyby się następująco:

I. Działalność usługowa na rzecz jednostek nauczających i jednostek organizacyjnych Uczelni:

1. Prowadzenie analiz jakości narzędzi oraz przebiegu i skutków procesu rekrutacji na poszczególne kierunki studiów;

2. Pomoc w przygotowaniu oraz obliczanie i analiza wyników testowych egzaminów i zaliczeń wynikających z programu studiów;

3. Prowadzenie analiz bieżącej oraz wynikowej jakości i efektywności procesu dydaktycznego dla potrzeb jednostek nauczających i kierunków studiów;

4. Organizowanie dla jednostek nauczających pomocy metodycznej w doskonaleniu i unowocześnianiu procesu nauczania;

5. Organizowanie szkoleń i kursów pedagogicznych dla pracowników dydaktycznych Uczelni w zakresie:

- edukacji terapeutycznej,
- metodologii kształcenia,
- form kształcenia,
- pedagogiki;

6. Uczestniczenie i promowanie w Uczelni udziału w międzyuczelnianych, krajowych i międzynarodowych programach edukacyjnych;

II. Nawiązywanie kontaktu i współpraca w zakresie edukacji medycznej z pozauczelnianymi, krajowymi ciałami opiniotwórczymi;

III. Organizowanie promocji środowiskowej w makroregionie dla Uczelni oraz poszczególnych kierowników i toków studiów;

Następnie Dziekan prof. L. Marianowski poruszył sprawę utworzenia licencjackich studiów eksternistycznych dla pielęgniarek. Wydział Nauki o Zdrowiu zwrócił się do Ministra Zdrowia o zgodę na rozpoczęcie studiów już od lutego 2001r. Minister A. Ryś wyraził zgodę na uruchomienie studiów w dwóch etapach:

- w pierwszym etapie – obejmującym działania w roku 2001-uruchomienie licencjackich studiów eksternistycznych dla pielęgniarek,
- w następnym etapie – wprowadzenie licencjackich studiów eksternistycznych dla pozostałych specjalności.

Przyznany limit przyjęć dla pielęgniarek to 100 osób. Kandydatami na studia mogą być wyłącznie osoby posiadające dyplom pomaturalnej szkoły pielęgniarstwa i minimum 1 rok stażu pracy w zawodzie. Kryterium przyjęcia na studia będzie pozytywny wynik rozmowy kwalifikacyjnej oraz punkty uzyskane za staż pracy w zawodzie. Cena całego szkolenia wynosić będzie 6 tys. zł za trzy semestry .

III. Kwestor AM – mgr H. Biernacka zwróciła się z prośbą do JM Rektora oraz Senatu o akceptację wyboru firmy, która będzie przeprowadzała badanie ksiąg rachunkowych.

Firma PORTOS, zaproponowała najniższą cenę, tj. 24 tys.

zł. Biorąc pod uwagę także pozytywną opinię Pani Kwestor dotyczącą zeszłorocznego badania bilansu przez tę firmę Senat pozytywnie zaakceptował jej wybór.

IV. Następnie Profesor L. Pączek – Prorektor ds. dydaktyczno-wychowawczych zgłosił krótkie uzupełnienie do uchwały dotyczącej zasad rekrutacji w roku akademickim 2001/2002. Poinformował, iż w Polsce są trzy licea państwowe, które przyznają maturę międzynarodową.

Problem polega na tym, iż wyniki międzynarodowej matury będą znane 5 lipca, natomiast egzamin odbędzie się 3 lipca. Warunkiem zdawania egzaminu będzie oczywiście posiadanie matury (warunek ustawowy). Na studia wieczorowe dopuszczono warunkowo osoby, które zdawały maturę międzynarodową. Jeżeli okazałoby się, że nie zdali matury, egzamin zostanie uznany za nieważny.

W związku z tym zaproponował wniesienie poprawki do uchwały rekrutacyjnej uwzględniającej kwestie matury międzynarodowej.

Po omówieniu spraw JM Rektor zaprosił wszystkich obecnych na uroczystość wręczenia naszej Uczelni Świadectwa Akredytacyjnego.

UCHWAŁA NR 49/2000 SENATU AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE Z DNIA 19 GRUDNIA 2000 R.

1. W Akademii Medycznej w Warszawie uruchamia się Oddział Pielęgniarstwa Wydziału Nauki o Zdrowiu licencjackie studia eksternistyczne.

2. Zajęcia prowadzone będą przez 3 semestry, począwszy od 12.II.2001 r., tj. drugiego semestru roku akademickiego 2000/2001.

3. Wysokość opłaty za studia oraz zasady jej wnoszenia ustala Rektor na podstawie odrębnych przepisów.

1. Kandydatami na w/w studia są wyłącznie osoby posiadające dyplom pomaturalnej szkoły pielęgniarstwa i minimum 1 rok stażu pracy w zawodzie.

2. Kryterium przyjęcia na studia jest pozytywny wynik rozmowy kwalifikacyjnej oraz punkty uzyskane z tytułu posiadanego stażu pracy w zawodzie.

1. Na pierwszy semestr studiów trwający od 12.II – 1.VI.2001 r. ustala się limit przyjęć – 100 osób.

2. Limity przyjęć w latach następnych określać będzie Senat w drodze odrębnej uchwały.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk
Rektor AM

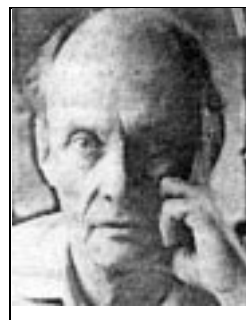
N O B L I Ś C I



Arvid Carlsson urodził się 77 lat temu w Uppsali w Szwecji. Jest emerytowanym profesorem na wydziale farmakologii Uniwersytetu w Goteborgu. Ostatnio zajmuje się badaniami nad chorobami psychicznymi, głównie schizofrenią.



74-letni Paul Greengard urodził się i mieszka w USA. Jest pracownikiem Laboratory of Molecular and Cellular Science w nowojorskim Rockefeller University. Swoją część nagrody Greengard zamierza przekazać uniwersytetowi Rockefellera na fundusz przyznający coroczne nagrody dla kobiet wyróżniających się w dziedzinie badań biomedycznych.



Eric R. Kandel ma 70 lat. Pracuje w Center for Neurobiology and Behavior na Columbia University w Nowym Jorku. Choć urodził się w Wiedniu, jest obywatelem amerykańskim. Obecnie pracuje w swoim laboratorium nad wynalezieniem „pigułki pamięci”

DZIESIĄTA SESJA NOBLOWSKA

mgr Magdalena Zielonka



Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Wiesław Gliški otwiera sesję

20 grudnia 2000 r., po raz pierwszy w nowym gmachu Akademii Medycznej, odbyła się, tradycyjnie organizowana przez I WL, uroczysta sesja poświęcona tegorocznym laureatom Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny, które w tym roku otrzymali **Arvid Carlsson, Paul Greengard i Eric Kandel**.

Zebranych gości przywitał Dziekan I WL prof. **W. Gliški**. Byli wśród nich wiceprezes KBN – **J.K. Frąckowiak**, JM Rektor AM, prorektorzy, władze administracyjne Uczelni i prof. **A. Trzebski**, który wygłosił pierwszy wykład w Muzeum Porczyńskich.

W krótkim wystąpieniu rektor prof. **J. Piekarczyk** przypomniał niedawno zmarłego, nieodżałowanego prof. **A. Karwowskiego** – pomysłodawcę i gorącego orędownika uroczystości, która miała nauczycielom akademickim i studentom przybliżyć postaci laureatów i pomóc zrozumieć znaczenie teoretycznego odkrycia w praktyce klinicznej.



Odznaczeni nauczyciele akademicy



Uroczystość poprzedziło wręczenie odznaczeń państwowych nauczycielom akademickim I WL.

Złote Krzyże Zasługi otrzymali:

- dr hab. **Magdalena Durlik**,
- dr **Andrzej Chmura**.

Srebrne Krzyże Zasługi otrzymali:

- dr **Zbigniew Gałązka**,
- dr **Tadeusz Grochowicki**,
- dr **Grzegorz Michalak**,
- dr **Sławomir Nazarewski**,
- dr **Janusz Wyzgał**.

Bardzo interesujące wykłady, bogato ilustrowane przezroczami wygłosili:

prof. dr hab. **Leszek Kaczmarek** „*Molekularne mechanizmy uczenia się i pamięci*”,

prof. dr hab. **Waldemar Szelenberger** „*Eric Kandel: Od metapsychologii do biologii molekularnej*” ,

prof. dr hab. **Andrzej Friedman** „*Arvid Carlsson – jak daleko stąd, jak blisko*”.

(publikujemy je na następnych stronach)

Uroczystość zakończył koncert w wykonaniu chóru Akademii Medycznej.

PRZEMÓWIENIE REKTORA AM

prof. dr hab. Janusz Piekarczyk – Rektor AM

Panie Dziekanie

Wielce Szanowni Państwo.

Gospodarzem tej uroczystości jest tradycyjnie Dziekan I Wydziału Lekarskiego. Od jesieni 1991 roku spotykamy się już X raz, jest więc to jubileuszowe 10 spotkanie z okazji wielkiego wydarzenia, jakim jest przyznanie dorocznej nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny.

Pomysłodawcą i inicjatorem wydziałowego wykładu poświęconego aktualnym laureatom nagrody Nobla i omówieniu ich odkryć był – jak wiemy -nieodżałowanej pamięci prof. Andrzej Karwowski, wielki dziekan I Wydziału Lekarskiego. On też przez 5 lat prowadził tę sesję, zapewniał najwyższej klasy wykładowców i doskonałą oprawę artysty-

czną. Pierwszy raz przyjaciele Profesora Andrzeja Karwowskiego spotykają się bez Niego.

Z wielkim zapałem podszedł Profesor do organizacji tego wydarzenia, był to pomysł na miarę Jego energii i Jego entuzjazmu. Nie było dotąd integracyjnego wykładu w zakresie nauk medycznych, przeznaczonego dla wszystkich: medyków i przyrodników, studentów wydziału i wybitnych naukowców, a na koniec ... ta lampka szampana ze studentami z chóru i z Panią Dyrygent.

Dziekan Karwowski zawsze był w swoim żywiole, ze wszystkimi rozmawiał, wszędzie był obecny.

Dzisiaj znów mamy znakomite wykłady, zaplanowany został występ chóru, wszystko odbędzie się zgodnie z planem uroczystości.

Z uwagi na Jubileusz Uczelni mamy też wielką przyjemność wręczyć zasłużonym pracownikom I Wydziału Lekarskiego odznaczenia państwowe. Jestem wdzięczny Prezydentowi Rzeczypospolitej za przyznanie tych odznaczeń; niektórzy tak długo na nie czekali. Brakuje tylko tutaj, w pierwszym rzędzie, Prof. Andrzeja Karwowskiego. Zgodnie z Pana sugestią będziemy organizowali, Panie Dziekanie,

wykłady noblowskie w tym wymiarze co dotychczas, aż uda nam się, albo naszym następcom, doczekać chwili w której laureat nagrody po powrocie ze Skandynawii sam wygłosi ten wykład, w naszej uczelni.

Zgadzam się ze wszystkimi którzy twierdzą, że założenie to jest mało prawdopodobne, choć Pan uważał że nie jest niemożliwe.

Dziękuję Państwu za uwagę.

UCZENIE SIĘ I PAMIĘĆ – NOBEL 2000 Z MEDYCYNY I FIZJOLOGII

***mgr Katarzyna Radwańska, prof. dr hab. Leszek Kaczmarek
Pracownia Neurobiologii Molekularnej Instytutu Biologii Doświadczalnej
im. Nenckiego PAN***

Wśród trzech tegorocznych laureatów nagrody Nobla z medycyny i fizjologii dwóch: Paul Greengard z Uniwersytetu Rockefellera w Nowym Jorku oraz Eric R. Kandel z Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku, położyło wielkie zasługi dla postępu badań nad procesami uczenia się i pamięci. O ile w przypadku E. R. Kandela takie stwierdzenie jest oczywiste, skoro procesy uczenia się były głównym tematem jego badań, to choć prace P. Greengarda nie zadawały wprost pytań o mechanizmy powstawania pamięci, trzeba zauważyć, że bez jego dokonań trudno byłoby Kandelowi osiągnąć tak znaczne sukcesy.

Greengard badał zjawisko fosforylacji białek w komórkach nerwowych. Reakcja przyłączenia grupy fosforanowej do określonych aminokwasów w białkach, czyli ich fosforylacja, prowadzona jest przez kinazy białkowe i stanowi główny mechanizm modulacji czynności białek. Fosforylacja białek zmienia bowiem ich właściwości i zjawisko to jest krytyczne dla ich funkcji fizjologicznych. Fosforylacja zazwyczaj, choć nie zawsze, aktywuje białka. Działaniu kinaz białkowych towarzyszy zwykle działanie odpowiednich fosfataz, które z kolei odszczepiają grupy fosforanowe. Dzięki badaniom Greengarda wiemy w szczególności, że kinazy i



Prof. dr hab. Leszek Kaczmarek

fosfatazy mogą zmieniać aktywność komórki nerwowej. Między innymi Greengard pokazał, że taki przekaznik nerwowy jak dopamina, po przyłączeniu się do receptorów znajdujących się w błonie cytoplazmatycznej, włącza całą kaskadę zjawisk wewnątrzkomórkowych, których charakter zależy od typu receptora komórkowego, z którym łączy się dopamina. Na przykład w wyniku działania dopaminy na receptor D1 wzrasta poziom cAMP, a co za tym idzie i aktywność kinazy zależnej od cAMP (tzw. kinazy białkowej A, PKA). Kinaza ta ma zdolność fosforylacji bardzo wielu białek pełniących zasadnicze funkcje w komórkach nerwowych. Wśród tych białek są białka kanałów jonowych i białka regulatorowe takie jak np. DARPP-32, któremu to Greengard poświęcił całą serię eksperymentów. Dzięki

niemu wiemy, że DARPP-32 występuje w komórkach nerwowych posiadających receptory dopaminowe D1. DARPP-32 po ufosforylowaniu przez PKA, ulega aktywacji i zaczyna działać jako inhibitor fosfatazy białkowej pierwszej. Pełni ono zatem istotną funkcję w regulacji poziomu fosforylacji białek w komórce nerwowej. Greengard zaproponował także model, według którego białko DARPP-32 mogłoby pośredniczyć w modulowaniu wpływu dopaminy na działanie

innych neuroprzebieżników, np. glutaminianu, w komórce nerwowej.

Tego rodzaju wiedza pozwoliła postawić z kolei Kandelowi hipotezę, że procesy fosforylacji i defosforylacji mogą stanowić podstawę średniotrwałych modulacji czynności komórek nerwowych, które odgrywają ważką rolę w trakcie uczenia się. Najważniejsze dokonania Kandela pochodzą z badań komórek zwoju brzuszno-ślimaka *Aplysia californica*. Po początkowych doświadczeniach behawioralnych i precyzyjnych pomiarach zjawisk fizjologicznych zachodzących w tym obszarze, Kandel skupił się na jednej określonej synapsie czuciowo-ruchowej (złącze neuronu czuciowego i ruchowego). W oparciu o badania elektrofizjologiczne i eksperymenty biochemiczne Kandel stworzył model molekularnych zmian zachodzących w neuronie presynaptycznym i synapsie podczas tworzenia się pamięci średnio- i długotrwałej. Według jego modelu powstawaniu śladu pamięciowego w synapsie czuciowo-ruchowej towarzyszy wzrost wydzielania przebieżnika nerwowego, czyli zmiany te zachodzą w części presynaptycznej.

Na przykład w prostej sytuacji modelowej uczenia się, jaką jest sensytyzacja, za sprawą serotoniny, uwalnianej przez pośredniczący neuron ułatwiający, następuje aktywacja cykazy adenylanowej w zakończeniu presynaptycznym neuronu czuciowego. To z kolei powoduje wzrost poziomu cAMP w tych zakończeniach. cAMP aktywuje kinazy fosforylujące kanały potasowe lub jedno z białek powiązanych z tym kanałem. Fosforylacja kanału redukuje prąd jonów K^+

przez kanał – istotny składnik repolaryzacji potencjału czynnościowego. Osłabienie prądu jonów potasu wydłuża potencjał czynnościowy – pozwala by więcej jonów wapnia napłynęło do zakończeń synaptycznych czego konsekwencją jest podwyższony poziom uwalniania neuroprzebieżnika na synapsie.

Według Kandela opisane powyżej zdarzenia towarzyszą powstawaniu pamięci średniotrwałej, czyli utrzymującej się parę godzin. Pamięć długotrwała, trwająca dni, powstaje w tym samym *locus* co pamięć krótkotrwała. Pamięć długotrwała wymaga jednak syntezy białek *de novo* oraz zmian w ekspresji genów, a także łączy się z trwałymi zmianami w morfologii zakończeń nerwowych. Pamięć długotrwała, mierzona jako długotrwałe wzmocnienie synaptyczne na synapsie czuciowo-ruchowej u *A. californica*, można zablokować podając inhibitory syntezy mRNA i białek.

Choć odkrycia Kandela nauczyły nas bardzo wiele o procesach molekularnych zachodzących w działającej synapsie, należy jednak mieć do nich pewien dystans. To co Kandel nazywa pamięcią, jest jedynie średniotrwałym lub długotrwałym wzmocnieniem synaptycznym (mierzonym technikami elektrofizjologicznymi) w komórce postsynaptycznej w hodowli neuronalnej. Jest to jedynie model procesów, które mogą leżeć u podłoża pamięci krótkotrwałej i długotrwałej. Dowody na to, iż identyczne procesy jak te opisane przez Kandel zachodzą podczas tworzenia się śladów pamięciowych w ośrodkowym układzie nerwowym kręgowców są, jak na razie, bardzo ograniczone.

ERYK KANDEL: OD METAPSYCHOLOGII DO BIOLOGII MOLEKULARNEJ

Prof. dr hab. Waldemar Szelenberger
Klinika Psychiatrii AM



Prof. dr hab. Waldemar Szelenberger

Tytuł mojego wystąpienia został zapożyczony z artykułu Eryka Kandela w *American Journal of Psychiatry* [1]. Metapsychologia oznacza tu psychiatrię dynamiczną, wywodzącą się z psychoanalizy Zygmunta Freuda. W życiu obu uczonych można znaleźć podobieństwa. Kandel, tak jak Freud, pochodzi z Wiednia, obaj opuścili Austrię po zajęciu jej przez Niemcy w 1938 roku. Freud miał wówczas 82 lata i był już sławny na całym świecie, Kandel miał dopiero 9 lat i nie wiem, czy już zamierzał realizować naukowy testament Freuda. Z pewnością nie przewidywał jeszcze, że walcie przyczyni się kiedyś do zakończenia prawie trzystuletniego okresu kartezjańskiego dualizmu.

Trzeba się tu cofnąć do roku 1885, gdy Freud został docentem w dziedzinie neuropatologii. Neurobiologia w

owym okresie była zupełnie bezradna wobec złożoności mózgu, nie mogła pomóc w poszukiwaniach patogenezы zaburzeń psychicznych. Na potrzeby kliniki Freud stworzył psychoanalizę, całkowicie abstrakcyjną teorię wywodzącą się z obserwacji pacjentów, która pozwalała jednak opisać w kategoriach psychologicznych mechanizmy rozwoju zaburzeń psychicznych. Psychoanaliza całkowicie zdominowała psychiatrię pierwszej połowy XX wieku. Freud nigdy się jednak nie wyrzekł orientacji biologicznej, o czym pisał na przykład w pracy o narcyzmie: *"Musimy pamiętać, że kiedyś dla wszystkich naszych tymczasowych koncepcji w psychologii prawdopodobnie znajdzie się organiczny substrat"* [cyt wg 2].

Kilkadziesiąt lat później Kandel podejmuje myśl Freuda: *"Będę się starał wykazać, że myślenie nie traci nic ze swojej siły i piękna, gdy się przejdzie od metapsychologii do biologii molekularnej"* [1].

Kandel ukończył studia medyczne na uniwersytecie Harvarda w 1952 r., doktorat otrzymał w 1956 r. w New York University. Specjalizację w zakresie psychiatrii uzyskał w 1964 r. po stażach w Massachusetts Mental Health Center i na Uniwersytecie Harvarda. Okres specjalizacji psychiatrycznej, zwłaszcza w Harvardzie, oceniał dosyć krytycznie. Był to szczytowy okres dominacji psychiatrii dynamicznej. Biologiczne myślenie Freuda zastąpiono jednak podejściem socjologicznym, podkreślającym rolę konfliktów interpersonalnych, a znaczenie mózgu właściwie pomijano. Zaburzenia psychiczne dzielono na organiczne, czyli takie, w których ówczesnymi metodami można było wykazać zmiany patologiczne w mózgu; endogenne, w których patogenezie, poza predyspozycją genetyczną, istotną rolę przypisywano błędom wychowawczym i konfliktom rodzinnym; oraz psychogenne, które – jak nazwa wskazuje – wywodzono wyłącznie z urazów psychicznych. Uważano, że w zaburzeniach endogennych i psychogennych jedynym leczeniem przyczynowym jest psychoterapia. Wspomnienia Kandela odtwarzają atmosferę tych lat: *"...wielu psychiatrów wierzyło, że wgląd uzyskany w czasie psychoanalizy może rozwiązać problemy nie tylko zaburzeń psychicznych, ale także takich chorób jak nadciśnienie tętnicze, astma, choroba wrzodowa czy wrzodziejące zapalenie jelita grubego" [...]* *"nie było obowiązkowej czy nawet zalecanej literatury. Nie mieliśmy żadnych podręczników, rzadko przytaczano jakieś publikacje w czasie konferencji czy omawiania pacjentów. Nie zalecano rezydentom czytania prac nawet samego Freuda. Postawa ta była narzucona przez naszych nauczycieli, kierowników programu szkolenia rezydentów. Zasadą ich było zachęcanie nas, aby nie czytać. Przekonywali, że czytanie zakłóca proces wsłuchiwanie się w wypowiedzi pacjentów, zakłóca percepcję historii ich życia"* [3].

Kandel był w sytuacji takiej jak Freud, gdyż wydawało się, że badania neurobiologiczne w psychiatrii nadal nie roszą powodzenia. Postąpił jednak inaczej, znalazł mózg dostatecznie prosty, aby można go było badać za pomocą dostępnych wówczas metod. W Paryżu nauczył się techniki

badań układu nerwowego u aplyzji, czyli zająca morskiego. Jest to duży ślimak morski o wadze dochodzącej do 240 gramów.

Najprostszym modelem uczenia się, jaki można zdemontrować na aplyzji, jest habituacja. Dotknięcie jej ciała, na przykład syfonu, przez który wyrzucana jest woda opływająca skrzela, powoduje odruch obronny, wyrażony przez wciągnięcie syfonu do jamy płaszczowej i przemieszczenie się zwierzęcia na inne miejsce. W miarę powtarzania się bodźców dotykowych reakcja aplyzji jest coraz słabsza. Zjawisko habituacji znane jest u wszystkich zwierząt i u człowieka. Pozwala ono przetrwać w ekstremalnych warunkach.

Behawioralne aspekty uczenia się badane były już w czasach Pawłowa. Istotną nowością jest poznanie mechanizmów tworzenia się połączeń w sieci neuronów uczestniczących w tym procesie, co było możliwe ze względu na prostą budowę układu nerwowego aplyzji. Dotknięcie ciała, na przykład syfonu, powoduje uwolnienie neurotransmitera do przestrzeni synaptycznej na zakończeniu neuronów czuciowych, pobudzenie neuronów ruchowych, skurcz mięśni i przemieszczenie się zwierzęcia. W badaniach nad mechanizmem lęku istotną rolę odgrywają neurony pośredniczące, których zakończenia synaptyczne przylegają do zakończeń neuronów czuciowych. Kandel stworzył model lęku uogólnionego i fobii [1].

U ludzi lęk uogólniony jest to stałe uczucie napięcia, dyskomfortu, trudności w skupieniu uwagi, poczucie zagrożenia bez wyraźnego powodu. Stan ten obniża sprawność umysłową i jakość życia. Ryzyko zachorowania w populacji generalnej wynosi około 7%. Model tego schorzenia u aplyzji można wywołać, powtarzając wielokrotnie w nieregularnych odstępach czasu bodźce awersyjne (wstrząsy elektryczne) bez żadnego związku z sytuacją. Pobudzenie neuronów pośredniczących powoduje zwiększenie wydzielania neurotransmitera na zakończeniach neuronów czuciowych, co prowadzi do ich sensytyzacji. Po pewnym czasie takiego traktowania zwierze reaguje znacznie gwałtowniej na każdy obojętny bodziec. Wciąga syfon i skrzela i stara się uciec. Nasuwa się pytanie, czy taka reakcja obronna może być nazwana modelem lęku, bo przecież nic nie wiemy o uczuciach aplyzji. Lęk składa się jednak nie tylko z objawów psychicznych, ale także z objawów behawioralnych i wegetatywnych. Reakcja behawioralna jest to najczęściej ucieczka, a reakcje wegetatywne – to cały zespół objawów pobudzenia układu współczulnego, jak przyspieszenie czynności serca i wzrost ciśnienia tętniczego. Tachykardię i wzrost ciśnienia tętniczego obserwuje się także u aplyzji [4].

Fobią nazywamy lęk występujący tylko w określonej sytuacji. Często jest np. fobia społeczna, czyli lęk przed publicznymi wystąpieniami i agorafobia, czyli lęk przed otwartą przestrzenią. Ryzyko wystąpienia fobii w populacji generalnej wynosi około 5%.

Kandel stworzył model fobii, stosując pawłowowskie warunki klasyczne. Bodźcem bezwarunkowym były wstrząsy elektryczne, jako bodźce warunkowe stosowano

wyciąg z krewetek, którym dmuchano na ciało aplyzji przez pipetę. Aplyzja jest roślinożerna, więc wyciąg z krewetek jest dla niej bodźcem obojętnym. Jeżeli jednak w szeregu powtórzeń w chwilę za bodźcem warunkowym następuje uderzenie prądem, aplyzja reaguje obronnie na sam wyciąg z krewetek. Dowodem potwierdzającym, że jest to model fobii, jest wybiórcze reagowanie na wyciąg z krewetek i brak reakcji na inne bodźce, np. prąd czystej wody. U zwierzęcia habituowanego pobudzenie neuronów czuciowych nie przenosi się na neurony ruchowe i nie wywołuje reakcji obronnych. Uderzenia prądem powodują aktywację neuronów pośredniczących, które wpływają na zwiększenie wydzielania neuroprzekazników w zakończeniach neuronów czuciowych. Pobudzenie przechodzi na neurony ruchowe. W mikroskopie elektronowym u zwierzęcia sensytyzowanego widoczne jest poszerzenie obszarów aktywnych, w których gromadzone są pęcherzyki neurotransmitera, a także zwiększenie liczby tych pęcherzyków, co dobrze widoczne jest pod mikroskopem elektronowym. Po raz pierwszy można było zobaczyć zmiany morfologiczne powstające w procesie uczenia się, morfologiczny obraz lęku. U zwierzęcia poddanego następnie procesowi wygaszania ponownie dochodzi do zmniejszenia obszarów aktywnych i zmniejszenia liczby pęcherzyków neuroprzekaznika na zakończeniach presynaptycznych. Według Kandela jest to najprostszy model psychoterapii. Można powiedzieć, że punktem uchwytu zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii są synapsy. Kandel ujmuje to tak: "Psychoterapia i farmakoterapia mogą wywoływać podobne zmiany w ekspresji genów i zmiany strukturalne w mózgu" [3].

Podczas eksperymentów na aplyzji zaobserwowano, że jeżeli warunkowanie trwa dostatecznie długo, wyuczone reakcje zwierzęcia są bardzo trwałe. Zdaniem Kandela można to wyjaśnić zmianami w ekspresji genów. Około 80% genów w każdej komórce jest nieaktywnych. Długotrwałe warunkowanie reakcji lękowej, tak jak u aplyzji, albo jak u dzieci w patologicznych rodzinach, powoduje zmiany w wydzielaniu neurotransmiterów. U aplyzji jest to zwiększenie przekazywania serotoninergetycznego. W konsekwencji, za pośrednictwem monofosforanu cyklicznego, dochodzi do fosforylacji białka regulacyjnego i ekspresji genu kształtującego reakcje lękowe, co powoduje trwałą zmianę zachowania.

Badania z ostatnich lat u naczelnych, a także i u ludzi, potwierdzają, że osobiste doświadczenia wywołują zmiany strukturalne w układzie nerwowym. Badania te uzupełniają odkrycia Kandela.

W jednym z eksperymentów wyuczono małpy, aby naciskały dźwignię tylko drugim, trzecim lub czwartym palcem lewej ręki. Okazało się, że po kilku tysiącach powtórzeń pola czuciowe kory mózgowej, reprezentujące te palce, uległy poszerzeniu [5]. Analogiczne badania wykonano u zawodowych skrzypków. W badaniach magnetoencefalograficznych oceniano wielkość dipola reprezentującego ruch piąte-

go palca lewej ręki. Okazało się, że wielkość tego dipola jest większa u skrzypków, niż u osób z grupy kontrolnej. Stwierdzono ponadto zależność wielkości dipola od wieku rozpoczęcia nauki gry. Największe dipole zaobserwowano u osób, które zaczęły naukę w wieku od 5 do 10 lat [6].

Przewlekły stres u ludzi ma wpływ na wielkość hipokampów. W miarę przedłużania się czasu depresji zmniejsza się objętość hipokampów. Prawdopodobnie wiąże się to ze zwiększonym wydzielaniem kortykosterydów. U chorych z zespołem Cushinga objętość hipokampów zmniejsza się wraz ze wzrostem średniego stężenia kortyzolu [7]. W badaniu weteranów wojny wietnamskiej stwierdzono mniejszą objętość hipokampów w porównaniu z grupą kontrolną [8]. Krótkotrwały stres powoduje odwracalną atrofię kolców dendrytycznych, ale ciężki i długotrwały stres prowadzi do zaniku dendrytów i śmierci komórek [7].

Dzieło Kandela ma szczególne znaczenie dla psychiatrii, daje podstawę do scalenia sprzecznych pozornie kierunków psychologicznych i biologicznych. Można powiedzieć, że Kandel, jak nikt dotąd, pokazał absurdalność podziału na zaburzenia psychogenne i organiczne, a także umowność podziału na choroby psychiczne i somatyczne. Całe życie jest organiczne i psychiczne zarazem, a wszystkie choroby zawierają cierpienie somatyczne i psychiczne, choć nie zawsze się o tym pamięta.

Piśmiennictwo:

1. Kandel ER. *From metapsychology to molecular biology: Explorations into the nature of anxiety*. Am J Psychiatry 1983; 140:1277-1293.
2. Kandel ER. *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. Am J Psychiatry 1999; 156:505-524.
3. Kandel ER. *A new intellectual framework for psychiatry*. Am J Psychiatry 1998; 155:457-469.
4. Kandel ER. *Small systems of neurons*. Sci Am 1979; 241:67-76.
5. Jenkins WM, Merzenich MM, Ochs MT, Allard T, Guic-Robles E. *Functional reorganization of primary somatosensory cortex in adult owl monkeys after behaviorally controlled tactile stimulation*. J Neurophysiol 1990; 63:82-104.
6. Elbert T, Pantev C, Wienbruch C, Rockstroch B, Taub E. *Increased cortical representation of the fingers of the left hand of string players*. Science 1995; 270:305-307.
7. Sapolsky RM. *Why stress is bad for your brain*. Science 1996; 273:749-750.
8. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, Delaney RC, McCarthy G, Charney DS, Innis RB. *MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry 1995; 152:973-981.

□

Noblista Arvid Carlsson – jak daleko stąd? jak blisko?

prof. dr hab. Andrzej Friedman – Klinika Neurologii AM

Co odkrył Arvid Carlsson (jak daleko stąd 1957-1959):

1. Koncentracja dopaminy w prążkowie wskazuje na to, że jest ona nie tylko produktem na drodze do noradrenaliny, ale musi też być „samodzielnym” neurotransmiterem

2. Wyplukanie dopaminy z zakończeń presynaptycznych przez podanie rezerpiny powoduje u zwierząt doświadczalnych objawy podobne do parkinsonizmu u ludzi.

3. Podanie rezerpinizowanym zwierzętom dożylnie 3,4-dwuoksyfenyloalaniny (dopa) powoduje przywrócenie prawidłowej motoryki.

Co z tego wynikło:

1. Przełom w leczeniu choroby Parkinsona

Wprowadzenie do leczenia prekursora dopaminy – lewodopy – stanowiło niebywały postęp w leczeniu choroby Parkinsona. Średnia długość życia chorych, która wynosiła ok. 7 lat od rozpoznania, wydłużyła się do ponad 15 lat, praktycznie zrównując się długością życia ludzi zdrowych w tym samym wieku.

2. Po latach nowe problemy – komplikacje leczenia lewodopą

W kilka lat po wprowadzeniu lewodopy okazało się, że powoduje ona trudne do opanowania powikłania. Powikłania ruchowe – dyskinezy i fluktuacje oraz powikłania psychotyczne – halucynacje i zespoły urojeniowe.

Psychotyczne powikłania leczenia lewodopą są jednak zarazem pośrednim potwierdzeniem odkrytej przez Carlssona roli dopaminy w schizofrenii. Pojawiają się one jako następstwo nadmiernej stymulacji receptora dopaminergicznego



Prof. dr hab. Andrzej Friedman

w strukturach układu limbicznego. Jest to pośrednim potwierdzeniem hipotezy Carlssona o roli układu dopaminergicznego w schizofrenii.

Leczenie choroby Parkinsona – stan obecny (jak blisko)

1. Nadal lewodopa „złotym standardem” leczenia

Nie ma skuteczniejszego leku w leczeniu choroby Parkinsona. Wszystkie nowe leki, głównie te działające bezpośrednio na receptor dopaminergiczny, porównywane z lewodopą są mniej skuteczne. Powodują jednak z reguły również mniej ośrodkowych objawów ubocznych.

2. Poszukiwania nowych sposobów leczenia

Nowe sposoby leczenia, inne od podawania agonistów receptora dopaminergicznego, to przede wszystkim oddziaływanie na metabolizm dopaminy (inhibitory katecholo-tleno-metylo-transferazy) oraz działania na inne układy neurotransmiterów. Warto tu wspomnieć o pracach polskich farmakologów sprzed wielu lat nad działaniem leków serotoninominetycznych na drżenie parkinsonowskie (Gomułka, Rewerski).

3. Przeciwdziałanie powikłaniom – ostatnie prace Carlssona

Ostatnie prace Carlssona dotyczą przeciwdziałania powikłaniom leczenia lewodopą, głównie dyskinezom, lekami stabilizującymi receptor dopaminergiczny w prążkowie. Przedstawione przez niego ostatnio wyniki badań są bardzo obiecujące.

□

NOWOROCZNE SPOTKANIE Z BYŁYMI REKTORAMI

W tym roku, tradycyjne noworoczne spotkanie byłych Rektorów z obecnymi członkami Władz Akademii, zainaugurowano w nowym budynku rektoratu AM w Warszawie przy ulicy Żwirki i Wigury. Wszyscy obecni wyrazili swoją wielką satysfakcję z faktu, że to co było marzeniem sprawujących władzę w Uczelni w minionych latach, w końcu

doczekało się spełnienia.

Każdy z obecnych na tym spotkaniu miał w tym swój wymierny udział.

Spotkanie, które odbyło się 6 stycznia 2001 roku zaszczylicili swoją obecnością byli rektorzy: prof. Szczęsny Leszek Zgliczyski, prof. Jerzy Szczerbień, prof. Bogdan Pru-



Od lewej stoją profesoria: A. Członkowski, Sz. L. Zgliczyński, B. Pruszyński, M. Szostek, J. Piekarczyk, J. Szczerbań, T. Tołłoczko, J. Sawicki, A. Górski



Profesorowie T. Tołłoczko, J. Szczerbań, dyrektor administracyjny AM J. Żbikowski, profesorowie J. Piekarczyk, A. Górski, Sz. L. Zgliczyński

szyński, prof. Tadeusz Tołłoczko i prof. Andrzej Górski. Obok urzędującego rektora prof. Janusza Piekarczyka obecni byli prorektorzy: prof. Mieczysław Szostek, prof. Andrzej Członkowski, prof. Józef Sawicki oraz dyrektor administracyjny AM mgr inż. Jacek Żbikowski.

Jak zwykle przy tego typu okazjach, nie zabrakło wspomnień zarówno z bliskiej, jak i tej bardziej odległej historii Uczelni. Wszyscy doskonale pamiętali swoje zeszłoroczne spotkanie, w którym uczestniczył – po raz ostatni – nieodżałowany prof. Jan Nielubowicz. Wielki lekarz, chirurg i na-

uczyciel akademicki; odszedł w roku jubileuszu Akademii, zamykając tym samym pewien znaczący rozdział w jej dziejach.

Na zakończenie spotkania rektorzy przeszli do pobliskiej sali Senatu AM; tu w nowoczesnym wnętrzu, na ścianach zawisły malarskie portrety wszystkich rektorów minionych kadencji. Tutaj życzenia noworoczne, które sobie nawzajem składali nabierały szczególnego znaczenia.

(M.F.)

SPOTKANIE WIGILIJNE PRACOWNIKÓW ADMINISTRACJI

Otwierając spotkanie dyrektor administracyjny AM mgr inż. Jacek Żbikowski powitał JM Rektora AM prof. dr hab. Janusza Piekarczyka, panów prorektorów-profesorów Józefa Sawickiego i Leszka Pączka, dyrektora Zakładu Zamówień Publicznych mgr. Jacka Prokopa, dyrektora Zarządu Inwestycji AM mgr. Tadeusza Długosza, wieloletniego kierownika Dziekanatu I Wydziału Zdziśława Borosa i licznie zgromadzonych pracowników administracji AM.

Dyrektor podkreślił, że po raz pierwszy od 50 lat wszyscy pracownicy administracji mogli się spotkać w sali Senatu, dzięki wybudowaniu nowego gmachu Rektoratu. Powiedział również, że mijający jubileuszowy rok Uczelni był okresem dodatkowej, wyteżonej pracy administracji, w którym bez uszczerbku w codziennej obsłudze Uczelni odbyła

się przeprowadzka Rektoratu z ul. Filtrowej na ul. Żwirki i Wigury, uruchomiono nowe wydziały, zebrano potężną dokumentację związaną z akredytacją, przeprowadzono prace związane z uruchomieniem nowego programu komputerowego, przygotowano do podpisu umowy ze szpitalami.

W imieniu władz administracyjnych AM dyrektor Żbikowski serdecznie podziękował za wykonane prace, złożył wszystkim życzenia Świąteczne i Noworoczne. JM Rektor AM prof. dr hab. Janusz Piekarczyk również wysoko ocenił pracę administracji i wszystkim pracownikom przekazał ciepłe i przyjazne życzenia z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego 2001 roku i dzielił się opłatkiem.

Uroczystość odbyła się w radosnej, rodzinnej atmosferze. (Red.)

WIECZERZA WIGILIJNA LEKARZY STOMATOLOGÓW I SYMPATYKÓW STOMATOLOGII



Z prof. J. Piekarczykiem opłatkiem dzieli się prof. B. Pogorzelska-Strączek ze Śl. AM w Katowicach



Dyplom Członka Honorowego PTS otrzymuje z rąk prof. J. Piekarczyka prof. Maria Kobylańska z AM w Poznaniu (na zdj. prof. E. Spiechowicz i prof. Marek Ziętek z AM we Wrocławiu)

POSTĘPY W CHIRURGII I PRZESZCZEPIANIU WĄTROBY

Dr n. med. Bogusław Najnigier
Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby



Prof. dr hab. Marek Krawczyk otwiera Sympozjum

W dniach 17-19 listopada 2000 r. odbyło się II Międzynarodowe Sympozjum pt. „Postępy w Chirurgii i Transplantacji Wątroby” – *Progress in Liver Surgery and Transplantation*. Podobnie jak dwa lata temu trud organizacji Sympozjum podjęła Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie.

Honorowy patronat nad Sympozjum objął Jego Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk oraz Polskie Towarzystwo Transplantologiczne.

Obrady Sympozjum odbywały się w Audytorium Polskiej Akademii Nauk przy ul. Księcia Trojdena 5. Było to drugie tej rangi spotkanie naukowców: chirurgów, immunologów, gastroenterologów, zajmujących się chirurgicznym leczeniem chorób wątroby. Organizatorzy zaprosili wybitnych specjalistów z dziedziny chirurgii i przeszczepiania wątroby z Francji, Wielkiej Brytanii, Niemiec, Grecji oraz Polski.

Pierwszego dnia Sympozjum zorganizowano pokaz operacji zamrażania (krioterapii) guzów wątroby. Pokaz zor-



W środku dr hab. med. Krzysztof Zienkiewicz – komentator operacji

ganizowała firma ERBE, znany producent sprzętu medycznego. Operacja, wykonywana przez dr Georga Pistoriusa z Uniwersytetu w Homburgu (Niemcy) przy pomocy zespołu Kliniki – transmitowana była na żywo do sali konferencyjnej Zakładu Anestezjologii w szpitalu przy ulicy Banacha. Przebieg operacji komentowali dr Georg Pistorius i dr hab. med. Krzysztof Zienkiewicz.

Obrady Sympozjum otworzył Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby, prof. dr hab. med. Marek Krawczyk. W imieniu Władz Uczelni zebranych przywitał Prorektor Akademii Medycznej w Warszawie prof. dr hab. med. Leszek Pączek.

Obrady składały się z kilku sesji, podczas których wygłoszono referaty przedstawiające aktualny stan wiedzy w głównych tematach Sympozjum. Dyskutowano problemy związane z chirurgią guzów wątroby oraz przeszczepianiem wątroby pobieranej od osób żyjących, spokrewnionych (przeszczepy rodzinne).

Profesor Yann Revillon ze szpitala Hospital des Enfants Malades, Service de Chirurgie Pédiatrique Viscérale w Paryżu w swym bogato ilustrowanym wykładzie przedstawił drogi ewolucji, stan aktualny i perspektywy przeszczepiania wątroby od żywych dawców u progu kolejnego tysiąclecia w oparciu o doświadczenia ośrodka paryskiego.

Doktor Georg Pistorius w swoim wystąpieniu przedstawił

wyniki leczenia zamrażaniem nieoperacyjnych guzów wątroby. Metoda ta zdobywa coraz większe uznanie i stosowana jest u chorych, u których radykalne leczenie chirurgiczne nie jest możliwe, lub u których kriodestrukcja guza, powodująca zmniejszenie jego masy, może być traktowana jako przygotowanie do definitywnego leczenia chirurgicznego.

W drugim dniu Sympozjum profesor Olivier Farges ze szpitala Beaujou w Paryżu swój wykład poświęcił problematyce przeszczepów wątroby u dzieci od osób spokrewnionych, zwracając szczególną uwagę na bezpieczeństwo tej operacji dla dawcy fragmentu wątroby. Wykład ten miał szczególne znaczenie w związku z wdrożeniem w Polsce przeszczepów wątroby u dzieci od spokrewnionego dawcy przez Centrum Zdrowia Dziecka (Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, kierownik dr hab. med. Piotr Kaliciński), przy współudziale Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie są pobierane boczne lewe segmenty wątroby od dawców rodzinnych. Profesorowie Olivier Farges i Yann Revillon w aktywny sposób przyczynili się do pomyślnego wdrożenia tego programu w Polsce.

Mr Nigel Heaton z Kings College Hospital, Liver Transplant Surgical Service w Londynie – przedstawił zagadnienie przeszczepów wątroby u osób dorosłych od dawców żywych. Problem ma z jednej strony istotne znaczenie w

związku ze wzrostem liczby chorych, u których przeszczepienie narządu jest jedyną metodą leczenia niewydolności narządu – a niedostatkami narządów do transplantacji od osób zmarłych z drugiej strony.

Profesor Karim Boudejma z Service de Chirurgie Digestive et Hepatobiliaire ze szpitala Pontchaillou Uniwersytetu w Rennes, (Francja) – mówił o technice pobierania fragmentów wątroby do przeszczepów od osób zdrowych dla biorców dorosłych.

Profesor Marek Krawczyk w swoim wykładzie przedstawił doświadczenie zespołu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby w pobieraniu fragmentów wątroby od dawców żyjących dla biorców rodzinnych. W roku 2000 odbyło się 10 pobrań od dawców rodzinnych dla dzieci (łącznie 12, gdyż 2 pobrania miały miejsce w 1999 roku), którym fragmenty wątroby rodziców przeszczepiono następnie w Centrum Zdrowia Dziecka (Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, kierownik dr hab. med. Piotr Kaliciński).

Dr hab. med. Piotr Kaliciński swój wykład poświęcił dotychczasowemu doświadczeniu swojego zespołu i wynikom przeszczepiania fragmentów wątroby rodziców (i jednym przypadku brata) – dzieciom. Wykład ten zawierał nie tylko suche, naukowe fakty, ale emanował zwykłym, ludzkim ciepłem. Bez zaangażowania obu Klinik, bez odważnych decyzji dawców – większość tych dzieci nie miałyby bowiem szans na dalsze życie.....

Główny Sponsor Sympozjum, firma Fujisawa, zorganizował sympozjum satelitarne, poświęcone Prografowi – leki immunosupresyjnego nowej generacji. Sympozjum odbyło się pod przewodnictwem prof. Marka Krawczyka, a głos zabierali prof. Karim Boudejma, prof. Leszek Pączek i dr hab. Piotr Kaliciński.

Druga sesja Sympozjum poświęcona była problemom współczesnego leczenia guzów przerzutowych wątroby.

Profesor N.J. Lygidakis z Grecji wystąpił z bogato ilustrowanym wykładem oraz prezentacją filmu, przedstawiając nowy sposób dwuetapowego chirurgicznego leczenia przerzutów raka do wątroby. Dr hab. med. Krzysztof Zieniewicz w swoim wykładzie przedstawił i podsumował współczesne poglądy na temat metody chirurgicznego leczenia przerzutów raka do wątroby. Doktor Stanislas Lucas z Briey we Francji przedstawił teoretyczne rozważania na temat podejścia do problemu operacyjnego leczenia guzów przerzutowych wątroby oraz zagadnienia resekcji synchronicznej ogniska pierwotnego i przerzutowego. Dr hab. med. Paweł Nyckowski w swoim wykładzie zwrócił uwagę na przyczyny niepowodzeń w leczeniu chirurgicznym chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby.

Trzecia sesja poświęcona została wybranym zagadnieniom farmakologii klinicznej. Prof. dr hab. med. Janusz Cianciara mówił o zastosowaniu preparatu ZEFFIX (*lamivudyna, GlaxoWellcome*) w leczeniu infekcji HBV u chorych na marskość wątroby.

Czwarta i ostatnia sesja Sympozjum była sesją plakatową. Przedstawiono 7 prac z ośrodków w Krakowie, Toruniu i Warszawie, poświęconych materiałowi chorych, leczonych z powodu guzów wątroby.

Organizatorzy dołożyli wszelkich starań, by kolejne już Sympozjum ponownie odbiło się głośnie echem w środowisku chirurgicznym, zajmującym się omawianą problematyką. Dlatego wśród uczestników Sympozjum znaleźli się wybitni chirurdzy i hepatolodzy ze wszystkich uniwersyteckich klinik chirurgicznych w Polsce oraz wszyscy zainteresowani tą pasjonującą dziedziną medycyny. Podobnie jak dwa lata temu dyskusje, jakie toczono w czasie obrad – były nadzwyczaj ożywione, rzeczowe i wnoszące dodatkowo bardzo wiele cennych informacji. Treść referatów została w całości opublikowana w materiałach Sympozjum.

KONFLIKT INTERESÓW I JEGO ZNACZENIE W NAUCE I MEDYCYNIE

Prof. dr hab. Andrzej Górski

W ostatnich latach – równoległe do ewolucji poglądów i zmian w polityce naukowej na arenie międzynarodowej – miały również miejsce znaczące wydarzenia w bioetyce w Polsce. Sprawy te były częściowo już omawiane w moich poprzednich artykułach (6,7,8,9). Mam również nadzieję, że dwie międzynarodowe konferencje z udziałem czołowych ekspertów o międzynarodowej renomie, jak również pamięt-

na wizyta w warszawskiej AM kierownictwa redakcji *New England Journal of Medicine* przyczyniły się do stworzenia atmosfery sprzyjającej kolejnym niezbędnym zmianom (których zresztą głównym motorem jest zbliżająca się integracja z Unią Europejską). Za bardzo istotną uznać należy działalność komitetów etycznych PAN, PAU i KBN, które stworzyły podstawy do przygotowywanych niezbędnych de-

czyżi mających na celu przeciwdziałanie naruszeniu dobrych zasad w nauce. W tym samym kierunku idzie zarządzenie Ministra Zdrowia z maja 1999 r. stwarzające prawne warunki do działalności komisji bioetycznych monitorujących m.in. badania kliniczne.

Jest oczywiste, że chroniczne trudności służby zdrowia w Polsce, jej niedofinansowanie, niskie płace etc. nie stwarzają optymalnej atmosfery do promowania i egzekwowania zasad dobrej praktyki naukowej*. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że niedofinansowanie opieki zdrowotnej nie jest bynajmniej wyłącznie polską specyfiką – mniejsze lub większe problemy przeżywa służba zdrowia na całym świecie, również w najzamożniejszych krajach świata, w tym i w USA. Można tu przypomnieć nieudaną próbę reformy amerykańskiej opieki zdrowotnej, jaką podjęła kilka lat temu Hilary Rodham Clinton; podobnie, w swoim czasie musiał się wycofać JF Kennedy. Strajk pielęgniarek New York Hospital w centrum Manhattanu miałem okazję oglądać już 25 lat temu, zaś New York Times z 25 grudnia 2000 r. przynosi opis drastycznych braków pielęgniarek i salowych w metropolii nowojorskiej związany przede wszystkim z niskimi płacami.

December 25, 2000 Single-Page Format
Shortage of Health Care Workers Keeps Growing
By JENNIFER STEINHAUER

Hospitals, nursing homes and private home care agencies throughout New York are experiencing the worst staffing shortage in decades, health care policy experts, union officials and industry executives say.

Przyczyna uniwersalności tego zjawiska jest oczywista: znaczącemu postępowi nauki i wzrastającym możliwościom wdrażania jej osiągnięć towarzyszy wzrost oczekiwań społeczeństwa, które w coraz większym stopniu pragnie korzystać z praktycznych implikacji tych osiągnięć w medycynie: żyć dłużej i w lepszym zdrowiu. Niestety, nigdzie nie udało się dotychczas oczekiwań tych zaspokoić w stopniu zadawalającym wszystkie grupy społeczne. Zalecana przez niektórych totalna prywatyzacja i szerokie wprowadzenie niekontrolowanych mechanizmów rynkowych do nauki, edukacji i medycyny wywiera często efekty przeciwne do założeń i sugeruje się znaczący negatywny wpływ takich niekontrolowanych mechanizmów na jakość opieki zdrowotnej, poziom badań naukowych oraz dydaktykę (2, 11, 13, 15).

Jest oczywiste, że wiarygodne i perspektywiczne badania naukowe powinny cechować się niezależnością i stabilnością, zaś o ich wartości decyduje m.in. fakt ich

finansowania z niezależnego źródła, niezainteresowanego w uzyskaniu konkretnego założonego wyniku, dającego się – zwłaszcza w nieodległej perspektywie – przełożyć na zysk. Przedstawiciel wiodącego ośrodka medycyny akademickiej (Uniwersytet w Oxford) określił to dosadnie: „Obserwowany ostatnio wzrost nacisków na uniwersytety, aby kładły się do pościeli z przemysłem farmaceutycznym nie zawsze zapewnia dobry sen obojgu” (15). Podkreśla się przy tym konieczność unikania kreowania atmosfery pośpiechu celem szybkiego przekazania wyników zainteresowanej firmie farmaceutycznej oraz znaczenie zwracania bacznej uwagi przez ośrodki akademickie, naukowe i redakcje czasopism na konflikt interesów (1, 3, 4, 10, 11, 14).

Pierwszy znany przypadek zaistnienia takiego konfliktu opisano 200 lat temu, gdy lekarz bostoński chciał wprowadzić swoisty monopol na szczepienia przeciw ospie wietrznej. Jakkolwiek ten – być może pierwszy test kliniczny – merytorycznie się powiódł, lekarza usunięto z uniwersytetu uznając jego komercyjne podejście do ochrony zdrowia badanych dzieci za wysoce naganne etycznie (nie pomogły nawet interwencje ówczesnego prezydenta)(11).

Konflikt interesów zachodzi, gdy pracownik nauki jest w jakiś sposób związany finansowo z firmą, której preparaty stosuje lub ocenia (niezależnie od tego, czy prowadzone przez niego badania są finansowane przez tę firmę, czy też z funduszy publicznych). Podnosi się zarzut, że istnienie takich relacji obniża jakość badań naukowych i naraża prawa pacjentów. Amerykańskie Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na coraz szerszą krytykę wprowadziło możliwość sankcji i kar celem ochrony tych praw, jak i zabezpieczenia integralności badań. W ślad za tym szereg ośrodków akademickich i naukowych USA wprowadziło istotne ograniczenia w możliwościach zawiązywania relacji komercyjnych pracowników nauki z firmami, których preparaty badają (i to niezależnie od źródeł finansowania tych badań)(3, 10, 11, 14).

Przedstawiciele Harvard Medical School uważają, że społeczeństwo ma prawo stawiać określone wymagania instytucjom finansującym i administrującym nauką, jak również i samym placówkom, a mianowicie:

1) badania naukowe finansowane ze środków publicznych powinny mieć na celu poszukiwanie prawdy i pozostawać całkowicie wolne od wpływów pozamerytorycznych;

2) wyniki tych badań powinny być przenoszone do praktyki na drodze badań klinicznych, prowadzonych w zgodzie z wymogami co do ich bezpieczeństwa, bezstronności i wpływu czynników komercyjnych.

W ostatnich latach granica odgradzająca w przeszłości świat akademicki z jego ideami autonomii i niezależności (w szczególności również i od świata komercyjnego nastawionego na produkcję, marketing i zysk) coraz bardziej się zaciera. W ostatnim ćwierćwieczu szereg instytucji akademickich i naukowych zawarło porozumienia z przemysłem farmaceutycznym. Jakkolwiek uważa się je za obustronnie korzystne, instytucje te wprowadziły rozmaite przepisy i regulacje ce-

*tekst opracowany przez Prezesa Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej i zaakceptowany przez Zespół ds. Etyki w Nauce przy Przewodniczącym KBN jest dostępny na stronie internetowej KBN: www.kbn.gov.pl

lem zachowania swej niezależności, przestrzegania zasady konfliktu interesów (conflict of interest) oraz konfliktu zaangażowania (conflict of commitment). Tak np. Harvard wymaga pełnego ujawnienia konfliktu interesów i nie angażowania się w działalność na rzecz firmy sponsorującej (nie negując bowiem oczywistych korzyści z takiej współpracy nie sposób nie dostrzec niebezpieczeństw wynikłych właśnie z konfliktu interesów lub (i) zaangażowania. Dramatycznym tego przykładem może być niedawny wypadek zgonu pacjenta poddanego terapii genowej w przebiegu testu klinicznego prowadzonego przez osobę mającą znaczące udziały finansowe w firmie, która otrzymała i udostępniła do terapii preparat genowy. Ten skrajny przypadek (szeroko ostatnio omawiany w światowym piśmiennictwie) miał nie tylko tragiczny finał dla chorego, ale poważne konsekwencje dla badacza i skądinąd renomowanego ośrodka akademickiego (brak przezorności jego kierownictwa doprowadził do zawieszenia finansowania badań naukowych na kilka lat).

Mniej drastyczne konsekwencje zacierania granicy świat nauki / przemysł to opóźnianie postępu badań i rozpowszechniania ich wyników uwarunkowane zależnościami patentowo-rynkowymi.

W Harvard Medical School uważa się, że w przypadku badań podstawowych związki pomiędzy badaczami a przemysłem są dopuszczalne przy ujawnieniu konfliktu interesów i jego instytucjonalnym ograniczeniu i zabezpieczeniu akademickiej swobody badań. W przeciwieństwie do tego w przypadku badań klinicznych ewentualne korzyści finansowe osób prowadzących badania powinny być ograniczone do minimum (dotyczy to nie tylko klinicznych badań leków, czynników biologicznych i aparatury medycznej, lecz również badań z użyciem próbek biologicznych i badań genetycznych). Uważa się również, że pożądanym rozwiązaniem jest powołanie w każdej instytucji naukowej odpowiedniego zespołu, który zajmowałby się tymi problemami, analizując wymagane zgłoszenia konfliktu interesów i podejmując odpowiednie decyzje. W chwili obecnej pracownicy naukowci Harvard University nie mogą przekraczać pułapu \$ 10 tys. rocznego wynagrodzenia oraz dysponować udziałami ponad \$ 20 tys. w danej firmie.

Badania nad przestrzeganiem zasad konfliktu interesów w USA wykazały, że różne ośrodki naukowe i akademickie mają odmienne wymogi – oczywiście najbardziej renomowane stosują największe ograniczenia.

Przy ubieganiu się o środki publiczne z Public Health Service wszystkie ośrodki zobowiązane są przestrzegać przepisów wydanych w r.1995 i nakładających obowiązek ujawniania związków finansowych przekraczających roczne dochody \$ 10 tys. i udział w firmie ponad 5% (1, 10, 14).

W tym trudnym mariażu interesów firm i celów akademickich zdarzają się oczywiście coraz częściej konflikty mające swój finał nawet i w procesach sądowych. Zdarzało się bowiem, że publikowano wyniki badań niekorzystnych dla firmy w sensie promocji danego preparatu, jednakże ujawnienie tych wyników było pożądanym z uwagi na postęp

nauki i interes publiczny (z czym nie zawsze zgadzał się producent).

Bardzo wymowne w tym kontekście są opublikowane trzy lata temu przez New England Journal of Medicine wyniki badań nad zależnościami pomiędzy wynikami ocen leków a związkami finansowymi z firmami je produkującymi. Analizie poddano jeden z leków nadciśnieniowych, zaś wyrażone opinie (zawarte w odpowiednich publikacjach) sklasyfikowano jako pozytywne, niewiążące oraz negatywne. 96% autorów, którzy wyrazili opinie pozytywne miało związki finansowe z firmami, podczas gdy w przypadku opinii niewiążących wynosiło to 60%, zaś przy negatywnych – 37%. Co więcej, autorzy opinii pozytywnych odnośnie tegoż leku byli jednocześnie zaangażowani finansowo we współpracę z wieloma innymi firmami (i to niezależnie od produkowanych przez nie środków)(100%), podczas gdy w przypadku autorów opinii niewiążących procent ten wynosił 67, zaś negatywnych – 43%. Autorzy artykułu wzywają do podjęcia dalszych energicznych działań w zakresie przeciwdziałania konfliktowi interesów. Minimalnym tego wymogiem musi być zasada ujawniania związków z firmami, których produkty się ocenia (zwłaszcza w przypadku prezentacji uzyskanych w ten sposób wyników i publikacji)(12).

Jak wynika z powyższego, związek finansowy z firmą, której produkt się ocenia, jest "zagrożony" prawie trzykrotnie większym prawdopodobieństwem wystawienia oceny pozytywnej w przeciwieństwie do badania z pozycji niezależnej. Używam tu cudzysłowu nie będąc całkowicie przekonany o jego zasadności, bowiem zagrożenie jest realne, a płacimy za nie wszyscy pośrednio (podatki, składki ubezpieczeniowe) i bezpośrednio (apteka) finansując zakup środków, których zasadność stosowania bywa co najmniej wątpliwa.

W tej sytuacji utrwała się pogląd, że tendencje do komercjalizacji kampusu uniwersyteckiego wymagają pilnych uregulowań administracyjno-prawnych, tym bardziej, że nakłady na badania kliniczne inwestowane przez firmy stale wzrastają i np. w USA są zbliżone bądź nawet wyższe od budżetu Narodowego Instytutu Zdrowia (dla porównania są one blisko 50 razy wyższe od budżetu naszego KBN przewidzianego na wszystkie zadania nauki polskiej). Liczbę testów klinicznych realizowanych w USA ocenia się na ponad 60 tys. rocznie, co oznacza ponad 2-krotny wzrost w okresie ostatnich 6 lat. Jest zatem oczywiste, że problem będzie narastał i nie rozwiąże się sam.

Jak wspomniano, w ostatnich latach szereg wybitnych przedstawicieli renomowanych uniwersytetów i środowisk naukowych wyraża obawy o niepożądany wpływ prywatyzacji, komercjalizacji i urynkowania ośrodków akademickich na poziom nauki, dydaktyki i standardów klinicznych. Najbardziej stanowcze zastrzeżenia i swoiste veto opublikował ostatnio czołowy światowy tygodnik *Science* (1.12.2000), zwracając również na niepożądany wpływ tych uwarunkowań również i na dydaktykę uniwersytecką. Podkreśla się, że w tej wypaczonej rzeczywistości akademickiej

firmy farmaceutyczne, a nawet sami studenci mogą być uważani za swoistą klientelę, zaś nauczyciele akademicy za de facto dostarczycieli usług za określoną opłatą (2). W realiach gospodarki rynkowej, gdzie obowiązuje zasada „klient ma zawsze rację” istnieje zagrożenie dla autonomii uczelni wyższej i jej statutowych celów dydaktyczno-naukowych, a w przypadku uczelni medycznej również i leczniczych. Wspomniany wyżej przypadek zgonu w przebiegu niedostatecznie kontrolowanej terapii genowej oraz próby ukrywania wyników niekorzystnych dla firmy (łącznie do szeroko ostatnio komentowanego przypadku zwolnienia z pracy badacza kanadyjskiego za ujawnienie szkodliwego działania preparatu i przyjętego ponownie na uniwersytet w atmosferze skandalu, po licznych protestach) ujawniają powagę sytuacji.

Jak podkreślono w *Science* w obecnych czasach zagrażających erozją podstawowych wartości akademickich szczególnie odpowiedzialność spoczywa na osobach pełniących funkcje kierownicze w uczelniach i placówkach naukowych. Przede wszystkim od ich indywidualności, siły woli i determinacji zależy obrona tych wartości, tym niemniej niezbędne są również regulacje na szczeblu rządowym i szerokie informowanie społeczeństwa. Dobro publiczne bowiem nie powinno podlegać prawom patentowym, zaś badania naukowe powinny być przede wszystkim finansowane ze źródeł publicznych i społeczeństwo (nie zaś korporacje przemysłowe) powinno być ich dysponentem.

Jest oczywiste, że z założeniami powyższymi można polemizować i dyskutować, jednakże pewne fakty są zastanawiające, zwłaszcza gdy porówna się służbę zdrowia Kanady i USA. Jak wiadomo, amerykańska służba zdrowia jest praktycznie sprywatyzowana i pozostaje w znacznym stopniu w zarządzie spółek ubezpieczeniowych. Koszt tej opieki zdrowotnej sięga 15% produktu narodowego, podczas gdy ok. 1/3 społeczeństwa nie dysponuje żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Z kolei Kanada (podobnie jak większość krajów wysokorozwiniętych) przeznaczą na ten cel mniej niż 9% produktu narodowego. Jakkolwiek porównywanie jakości opieki zdrowotnej w obu krajach wyłącznie na podstawie danych statystycznych nie musi być w pełni wiarygodne, to jednak fakt, że średnie przeżycie chorego na nowotwór złośliwy w Kanadzie jest o 14 miesięcy wyższe niż w USA daje dużo do myślenia.

Totalna komercjalizacja służby zdrowia niekoniecznie musi wychodzić na zdrowie samym chorym, co przyznają również ostatnie dane amerykańskie dotyczące przeżycia chorych dializowanych, oczekujących na przeszczep nerki: analiza danych zawartych w oficjalnym rejestrze chorych wskazuje na fakt, że przeżywalność chorych i szansa otrzymania przeszczepu jest w granicach 6-26% wyższa w ośrodkach nie nastawionych na osiągnięcie zysku (5).

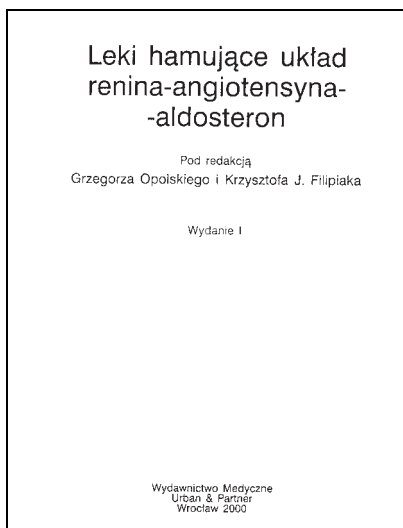
Wracając do wspomnianego artykułu z *Science* trzeba podkreślić, że jest on najpoważniejszym protestem przeciw prywatyzacji życia akademickiego, naukowego i medycznego: jego wydźwięk sprowadza się do przekonania o wyższo-

ści publicznej edukacji, nauki i służby zdrowia nad sektorami sprywatyzowanymi – oczywiście pod warunkiem właściwego finansowania instytucji odpowiedzialnych za właściwą organizację pracy. Termin *właściwy* – jak sądzę – oznacza nie tylko wysokość samych nakładów (tak rażąco u nas niskich) ale i odpowiednią organizację i przeciwdziałanie marnotrawstwu i nadużyciom. W tej sferze wiele jest u nas do zrobienia.

Uchwalone ostatnio zmiany w Deklaracji Helsińskiej (a zwłaszcza wprowadzone wymogi ujawniania konfliktu interesów i zaostrzenie wymogów stawianych testom klinicznym) oznaczają, że sugerowane i wprowadzane normatywy i regulacje mają charakter uniwersalny. W istocie podobne standardy opracowała ostatnio Rada Europy. Wydaje się zatem, że wprowadzenie ich do naszej rzeczywistości naukowej to sprawa najbliższej przyszłości.

1. Agnew B. Studies trace patchwork of conflict policies. *Science* 2000,290,1973.
2. Brown JR. Privatizing the university – the new tragedy of commons. *Science* 2000,290,1701.
3. Drazen JM, Koski G. To protect those who serve. *New England J Med.* 2000,343,1643.
4. Editorial: Collaborative conflicts. *Nature Immunology* 2000,1,449.
5. Garg PP i wsp. Effect of the ownership of dialysis facilities on patients survival and referral for transplantation. *New England J Med.* 1999,341,1653.
6. Górski A. Scientific integrity: review of the symposium held in Warsaw, Poland, 23 November 1995. *Science & Engineering Ethics* 1996,2,441.
7. Rhoades L, Górski A. Scientific misconduct: an international perspective. *Science & Engineering Ethics* 2000,6,5.
8. Górski A. Czy medycyna akademicka jest na sprzedaż? *Forum Akademickie* 2000,7-8,48.
9. Górski A, Zaleski Z. Recent developments in bioethics in Polish science and medicine. W: *Ethics Committees in Central and Eastern Europe*. Red.: J.Glasa, Council of Europe, 2001, w druku.
10. Lo B, Wolf LE, Berkeley A. Conflict of interest policies for investigators in clinical trials. *New England J Med.* 2000,343,1616.
11. Martin JB, Kaspar DL. In whose best interest? *New England J Med.* 2000,343,1646.
12. Stelfox HT, Chua G, O'Rourke KO, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *New England J Med.* 1998,338,101.
13. Swales JD. Science and health care: an uneasy partnership. *Lancet* 2000,355,1637.
14. Van McCrary S. i wsp. A national survey of policies on disclosure of conflict of interest in biomedical research. *New England J Med.* 2000,343,1621.
15. Weatherhall D. Academia and industry: increasingly uneasy bedfellows. *Lancet* 2000,355,1574.

NOWE KSIĄŻKI



Leki hamujące układ renina-angiotensyna-aldosteron.
red. Grzegorz Opolski, Krzysztof J. Filipiak.– Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 2000. – 343 str.: ryc., tab.; 24 cm. – bibliogr.

„*Leki hamujące układ renina-angiotensyna-aldosteron*” – książka pod redakcją prof. dr hab. med. Grzegorza Opolskiego i dr n. med. Krzysztofa J. Filipiaka – to monografia poświęcona przede wszystkim inhibitorom konwertazy angiotensyny (inhibitorom ACE), a także innym lekom antagonizującym ten układ, opracowana przez zespół 16 współautorów – pracowników naukowych Akademii Medycznej w Warszawie i w Gdańsku.

Inhibitory ACE to najbardziej dynamicznie rozwijająca się grupa leków w farmakoterapii chorób układu sercowo-naczyniowego ostatniej dekady XX wieku. Wiele nadziei budzą też perspektywy zastosowań nowszych leków hamujących układ renina-angiotensyna-aldosteron (R-A-A), jak i „odkrywane na nowo” zalety klasycznych środków z grupy antagonistów aldosteronu. Kariera tych leków związana jest z podstawową i coraz bardziej uświadamianą rolą układu R-A-A w patofizjologii: nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca i choroby niedokrwiennej serca.

W książce w nowoczesny sposób omówiono stosowanie tych leków w ugruntowanych wskazaniach terapeutycznych: nadciśnieniu tętniczym (M. Chrostowska, K. Narkiewicz), niewydolności serca (G. Opolski, K.J. Filipiak) i zawale mięśnia sercowego (G. Opolski, K.J. Filipiak). Osobne miejsce poświęcono nowym kardiologicznym zastosowaniom leków hamujących układ R-A-A (prewencja pierwotna zdarzeń sercowo-naczyniowych, choroba niedokrwiennej serca, choroby naczyń obwodowych, zaburzenia rytmu), jak i znaczeniu tych środków w nowoczesnej diabetologii (W. Kar-nafel) i nefrologii (R. Gellert). Leki antagonizujące układ R-A-A mają dziś zastosowanie nie tylko u chorych z cukrzy-

cą czy niewydolnością nerek, ale budzą istotne zainteresowanie neurologów i badaczy ośrodkowego układu nerwowego. Zagadnieniu temu poświęcono osobny rozdział książki (I. Korzeniewska-Rybicka).

Całokształt wiedzy o lekach hamujących układ R-A-A nie może być rozpatrywany w oderwaniu od osiągnięć nauk fizjologicznych i genetycznych – stąd też obecność w monografii rozdziałów: „*Fizjologia i patofizjologia układu R-A-A*” (E. Szczepańska-Sadowska), jak i „*Znaczenie polimorfizmu genów układu R-A-A w chorobach układu sercowo-naczyniowego*” (M. Gruchała, D. Ciećwierz, A. Rynkiewicz).

Monografia stanowi klasyczny podręcznik z pogranicza interny i farmakologii klinicznej. Wiele miejsca poświęcono farmakologicznej charakterystyce: inhibitorów ACE (K.J. Filipiak, G. Opolski), antagonistów receptorów dla angiotensyny II (G. Opolski, K.J. Filipiak) i antagonistów aldosteronu (K.J. Filipiak, G. Opolski). Farmakologiczne strategie hamowania układu R-A-A ujęto zarówno z perspektywy historycznej, jak też w oparciu o toczące się badania nad nowymi grupami leków (G. Opolski, K.J. Filipiak).

Osobne rozdziały poświęcono: interakcjom leków antagonizujących układ R-A-A (K.J. Filipiak, A. Członkowski), działaniom niepożądanym (K.J. Filipiak, W. Rewerski, A. Rdzanek), zarejestrowanym w Polsce preparatom (K.J. Filipiak, W. Rewerski, G. Opolski).

W praktyce klinicznej przyjmuje się za standard kierowanie zasadami *evidence-based medicine* (praktyka medyczna oparta o wiarygodne, aktualne publikacje i badania), stąd też w monografii umieszczono rozdział-glosariusz omawiający najważniejsze 125 badań klinicznych z lekami hamującymi układ R-A-A (K.J. Filipiak, M. Niewada, G. Opolski), jak też szeroko przedyskutowano farmakoekonomiczne implikacje terapii lekami hamującymi układ R-A-A w wybranych jednostkach chorobowych (M. Niewada, K.J. Filipiak, G. Opolski).

W umieszczonych na okładce książki fragmentach jej recenzji (recenzenci z Akademii Medycznej w Łodzi, Krakowie i Poznaniu: prof. M. Krzemińska-Pakuła, prof. J.S. Dubiel, prof. A. Mrozikiewicz), stwierdzono m.in.: „...*książka stanowi cenne źródło wiadomości wybranych z przebogatego piśmiennictwa, krytycznie przetransformowanego i wykorzystanego w sposób ułatwiający Czytelnikowi zrozumienie znaczenia leków hamujących układ R-A-A we współczesnej medycynie ... Walory tego starannie przemyślanego opracowania zapewnią mu życzliwe przyjęcie Czytelników – lekarzy na co dzień szeroko stosujących omawiane grupy leków ... Monografia pod redakcją prof. Opolskiego i dra Filipiaka jest najbardziej aktualną, nowoczesną i wyczerpującą publikacją poświęconą lekom hamującym układ R-A-A*”. Sądząc po szybkości wyczerpywania się nakładu monografii, nie są to słowa na wyrost.