



# MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXV

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 7-8/2003

## Zespół redakcyjny (Editorial Staff)

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

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

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

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

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

Współpraca ze środowiskiem (Public Relation)

Mgr **Mariusz Forys**

## Rada Programowa i Naukowa – Scientific Council

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Wydawca:

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

## Adres Redakcji, Działu Promocji i Reklamy:

Sekretariat: mgr Ewa Kępska, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. 5720-109

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

## Dokumentacja fotograficzna:

Dział Fotomedyczny AM

## Prawa autorskie zastrzeżone

## Skład tekstu, druk i oprawa

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

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

# Spis treści nr 7/8

|  |    |
|--|----|
| <b>Od Redakcji</b>   | 4  |
| <b>Z życia Akademii Medycznej w Warszawie</b>  | 5  |
| <i>M. Sieradzka</i><br><b>Promocja doktorów nauk medycznych i doktorów habilitowanych<br/>I Wydziału Lekarskiego oraz uroczystość nadania tytułu Doktora<br/>Honoris Causa</b> ..... | 5  |
| <i>M. Krawczyk</i><br><b>Wystąpienie Dziekana</b> .....  | 7  |
| <i>J. Piekarczyk</i><br><b>Wystąpienie Rektora</b> .....   | 8  |
| <i>M. Szostek</i><br><b>Laudacja prof. M. R. Greenhalgha</b> .....   | 10 |
| <i>J. Wysocki</i><br><b>Wystąpienie przedstawiciela promowanych doktorów nauk medycznych<br/>i doktorów habilitowanych</b> .....   | 14 |
| <b>50-lecie Kliniki Kardiologicznej</b> .....  | 16 |
| <i>G. Opolski</i><br><b>Otwarcie Uroczystej Sesji Jubileuszowej 50-lecia powstania Katedry Kardiologii Akademii<br/>Medycznej w Warszawie</b> .....                                  | 16 |
| <i>J. Piekarczyk</i><br><b>Wystąpienie Rektora</b> .....   | 18 |
| <i>D. Liszewska-Pfejfer</i><br><b>Uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej ku czci profesora Zdzisława Askanasa<br/>w Szpitalu Dzieciątka Jezus</b> .....                         | 18 |
| <b>Konferencja „Rozwój zintegrowanych usług bibliotecznych”</b> .....  | 23 |
| <i>M. Müldner-Kurpeta</i><br><b>XXII Konferencja Szkoleniowa Bibliotek Medycznych</b> .....  | 23 |
| <i>J. Piekarczyk</i><br><b>Wystąpienie Rektora</b> .....   | 24 |
| <b>Medycyna</b>  | 25 |
| <i>M. Kuch</i><br><b>„Zawał serca – początek intensywnej opieki kardiologicznej”</b> .....   | 25 |
| <b>Nauka</b>   | 30 |
| <i>M. Gajewska</i><br><b>Zakażenia HPV u kobiet w ciąży prawidłowej, powikłanej cukrzycą i po przeszczepieniu<br/>nerek</b> .....  | 30 |
| <i>M. Modzelewska</i><br><b>Zmiany ekspresji białek regulujących apoptozę i lekowrażliwość komórek krwi i szpiku w<br/>ostrych białaczkach dziecięcych</b> .....                     | 31 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Profilaktyka zdrowia</b>  | <b>32</b> |
| <i>J. Woźniak</i>  |           |
| <b>Przeciwdziałanie depresji</b> .....   | 32        |
| <b>Leki a żywienie</b> .....   | 33        |
| <b>Tysiące lat wojny człowieka z przyrodą</b> .....  | 36        |
| <b>Historia medycyny</b>   | <b>41</b> |
| <i>A. Kierzek</i>  |           |
| <b>Problemy terapeutyczne zapalenia ochrzęstnej małżowiny usznej w XIX wieku</b> .....                     | 41        |
| <b>Ogólna charakterystyka lekarzy zajmujących się otolaryngologią w Warszawie w XIX stuleciu</b> .....     | 43        |
| <b>Wychowanie</b>  | <b>46</b> |
| <i>S. Kruś</i>   |           |
| <b>Hipokrates czy Hippokrates, spośród niełatwych to najłatwiejsze</b> .....                               | 46        |
| <i>E. Dąbrowska</i>  |           |
| <b>Terapeutyczna rola animacji kulturalnej w placówkach służby zdrowia</b> .....                           | 48        |
| <i>H. Zielińska-Więczkowska</i>  |           |
| <b>Potrzeba zabiegania o altruizm w procesie wychowawczym</b> .....  | 51        |
| <i>J. Rudzik</i>   |           |
| <b>Polska młodzież – ideały wychowawcze a rzeczywistość społeczna</b> .....                                | 55        |
| <b>Pro memoria</b>   | <b>57</b> |
| <i>N. Bocheńska</i>  |           |
| <b>Wspomnienie o dr B. Dyszyńskiej-Rościszewskiej</b> .....  | 57        |
| <i>M. Karolczak</i>  |           |
| <b>Wspomnienie o prof. I. Smólskiej</b> .....  | 58        |
| <b>Nowości wydawnicze</b>  | <b>60</b> |
| <b>PATOLOGIA. Podręcznik dla licencjackich studiów medycznych</b> .....                                    | 60        |
| <b>Komunikaty</b>  | <b>61</b> |
| <b>Wyróżnienie dla dr J. Gołąba</b> .....  | 61        |
| <i>H. Celnik</i>   |           |
| <b>Siódme Wolffiana</b> .....  | 64        |
| <i>T. Noskowski</i>  |           |
| <b>Niektóre problemy bezpieczeństwa na terenie Akademii Medycznej</b> .....                                | 66        |
| <i>T. Kocon</i>  |           |
| <b>Referat Zarządu na Walne Zebranie Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji</b> ..... | 68        |
| <b>Sprostowanie</b> .....  | 72        |

## Od Redakcji

„Ruszyła maszyna po szynach ospale...” /Julian Tuwin/, powoli nabiera rozmachu poprzez przeszkody... i tunel,... i most..., i oto prezentujemy zeszyt podwójny 7-8/2003 Wydawnictwa Akademii Medycznej w Warszawie.

Patronem naszym jest więc „Akademia” – instytucja doskonaląca walory moralne, intelektualne i kulturalne pokolenia nauczających i pokolenia uczących się. W tych sprawach „i tunel” i „i most” mają zbliżyć bliskie sobie pokolenia, aktualne, dzisiejsze, ale także kazać chwycić wyciągające się do nas dłonie bardzo dawnych poprzedników, od starożytności aż poprzez wieki. Zachęca to do aktualizowania problemów Przysięgi Hipokratesa.

Patronem jest także przymiotnik „Medyczna”. Ta przydawka uściśla podstawowe zadanie Uczelni, a mianowicie przywracanie radości życia ludziom niej pozbawionych przez choroby.

Kultura naszego społeczeństwa i jego zdrowie wymagają kuracji, kultura i zdrowie oczekują refleksji, pobudzających do skutecznych działań. Dlatego też nie dziwiliśmy się tematom prac nadesłanych spontanicznie do Redakcji. Kultura i jej brak wśród młodzieży to jeden krąg psychologicznych zainteresowań. Poprawa stanu kondycji fizycznej to drugi.

Obydwa kręgi nakładają się na siebie. Animacja muzyką i wielką literaturą piękną przyczynia się do powrotu do zdrowia, przekonywanie grubasów do odchudzającego, ale przyjemnego jedzenia wyraźnie poprawia im humor, nie przypisywanie depresji barometrowi zakazuje biernego czekania na właściwe wahnięcie się jego strzałki, świadomość jak się borykali warszawscy lekarze dziewiętnastego wieku podnosi nas na duchu, propaganda ruchu przysparza coraz więcej chorych, którym złagodzenie niewydolności serca umożliwia wędrówki na świeże powietrze („rozumne koło” zamiast „błędnego”).

Do gimnastyki namawiam stale i gdzie się da: czytelników, autorów, po odstępnie jednej godziny, dwóch, kilka przysiadów, wymachów, skłonów przez 1-2 minuty. W ciągu dnia uzbiera się kilkanaście. Jest też dobry spacer po parku albo lasku, ale koniecznie podnosząc papierki: skłony zwiększają zdrowotny walor chodzenia, a czysty trawnik albo las zaskakują cudzoziemców i zapraszają do powrotu.

Po pewnej przerwie spotykam się ponownie z niektórymi autorami. Uśmiecham się do nich z całą Redakcją. Proszę nie zapominać, że współpraca z Państwem jest mile oczekiwana.

Redaktor Honorowy  
**Stefan Kruś**

## Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

### Promocja doktorów nauk medycznych i doktorów habilitowanych I Wydziału Lekarskiego oraz uroczystość nadania tytułu Doktora Honoris Causa

*Mgr Małgorzata Sieradzka  
Biblioteka Główna AM*

On 23rd of June the ceremony of rewarding the title of Doctor Honoris Causa and delivering diplomas to doctors and assistant-professors of Medicine was held in Łazienki Royal Park in Warsaw.

The ceremony took place in a beautiful scenery of Stanislawowski Theatre and was crowdly attended by invited guests. The host of the ceremony was Medical University of Warsaw and its authorities : Rector, professor J. Piekarczyk, vice-rectors and deans of the faculties.

The special guest of honour was **professor Roger M. Greenhalgh**, a world-known scientist from Great Britain, specialist in vascular surgery, who was rewarded and given the diploma of Doctor Honoris Causa from Rector of Medical University of Warsaw, on behalf of the whole academic community.

During the ceremony professor M. Krawczyk and Rector, professor J. Piekarczyk made the speeches addressed to appointed scientists.

Afterwards, professor M. Szostek adressed the laudation to prof. Greenhalgh.

Then rewarded scientist gave the lecture on „Progress in vascular and endovascular surgery”. After the lecture the ceremony of delivering diplomas to doctors and assistant-professors was held, together with the congratulations given to newly appointed professors.

The artistic part of the ceremony consisted of the concert given by pupils from the Fryderyk Chopin Joint Public Music Schools of Warsaw and of the choir of Medical University of Warsaw.



*Stoją (od lewej): dziekan I WL prof. dr hab. M. Krawczyk, prof. R. M. Greenhalgh, rektor AM prof. dr hab. J. Piekarczyk, prof. dr hab. M. Szostek*

Dnia 23 czerwca 2003 roku w Łazienkach Królewskich w Warszawie odbyła się ceremonia nadania tytułu Doktora Honoris Causa **Profesorowi dr Rogerowi M. Greenhalghowi**, wybitnemu uczonemu z Wielkiej Brytanii oraz wręczenia dyplomów doktora nauk medycznych i doktora habilitowanego I Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii otrzymanych w roku akademickim 2002/2003.

W pięknych wnętrzach Teatru Stanisławowskiego na rozpoczęcie uroczystości rozbrzmiał chór Akademii Medycznej w Warszawie.

Ceremonię rozpoczął Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. Marek Krawczyk, który powitał gościa honorowego uroczystości – profesora dr Rogera M. Greenhalgha, światowej sławy uczonego z zakresu chirurgii naczyniowej. Powitał także władze uczelni, JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie – prof. dr hab. Janusza Piekarczyka, prorektorów i dziekanów oraz zaproszonych gości. Pogratulował nowo mianowanym profesorom i doktorom oraz doktorom habilitowanym uzyskanych stopni naukowych i zachęcił ich do dalszej wyteźnionej pracy.

Przemówienie powitalne wygłosił JM Rektor Janusz Piekarczyk. Podziękował za zaszczytną możliwość wręczenia dyplomu Doktora Honoris Causa wybitnemu uczonemu – Rogerowi M. Greenhalghowi, i tym samym, na wniosek społeczności akademickiej Akademii Medycznej i Senatu Uczelni, przyjęcie go do grona doktorów honoris causa uczelni. Zwrócił się także do nowo mianowanych doktorów

zachęcając ich do przejścia wszystkich stopni kariery naukowej, pomimo ewentualnych trudności z tym związanych.

Kolejnym punktem uroczystości było wygłoszenie laudacji prof. Greenhalgha przez prof. dr hab. Mieczysława Szostka, w której przedstawił wybitne osiągnięcia naukowe i drogę życiową uczonego.

Prof. R.M. Greenhalgh otrzymał dyplom Doktora Honoris Causa z rąk Rektora Akademii Medycznej w Warszawie.

Kolejnym punktem uroczystości był wykład Rogera M. Greenhalgha poświęcony postępowi w chirurgii naczyniowej oraz doświadczeniom własnym zdobytym podczas dłużej kariery medycznej.

Po wystąpieniu uhonorowanego uczonego złożono gratulacje i wręczono kwiaty mianowanym w 2002/2003 roku profesorom belwederskim: prof. Annie Barańczyk – Kuźmie, prof. Magdalenie Durlik, prof. Barbarze Rymkiewicz-Kluczyńskiej i prof. Stanisławowi Radowickiemu.

Następnie odbyło się wręczenie dyplomów doktorom habilitowanym. Dyplomy z rąk Rektora odebrali : dr hab. Andrzej Deptała, dr hab. Anna Klukowska, dr hab. Tomasz Łazowski, dr hab. Maciej Skórski, dr hab. Hanna Szajewska oraz dr hab. Jarosław Wysocki.

Pani dziekan Anna Kamińska odebrała przyrzeczenie doktorantów. Po złożeniu przyrzeczenia, pięćdziesięciu dziewięciu nowo mianowanych doktorów nauk medycznych odebrało dyplomy z rąk promotorów.

#### Dyplomy doktora nauk medycznych otrzymali:

##### Z wyróżnieniem :

1. Krzysztof Bojakowski
2. Jarosław Głapiński
3. Jerzy Leszczyński
4. Iwona Łętowska
5. Izabela Łoń

6. Marzena Modzelewska
7. Tomasz Olesiński
8. Rafał Rola
9. Julita Wojnar

1. Małgorzata Aniszewska
2. Robert Bartoszewicz
3. Magdalena Joanna Białecka
4. Piotr Bielicki
5. Dorota Bomba-Opoń
6. Piotr Karol Borkowski
7. Marta Dąbrowska
8. Agnieszka Ehrmann-Jósko
9. Małgorzata Gajewska
10. Joanna Gomuła
11. Tomasz Gotlib

12. Tomasz Grodziński
13. Kamila Hołocińska-Kwiatkowska
14. Piotr Janik
15. Magdalena Koczaj– Bremer
16. Agnieszka Kolasińska– Ćwikła
17. Maciej Kosieradzki
18. Jan Kowalski
19. Jacek Lange
20. Gustaw Lech
21. Tomasz Maciejewski
22. Anna Majcher

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| 23. Joanna Marowska            | 32. Marcin Świuła       |
| 24. Joanna Mazurek             | 33. Grażyna Tacikowska  |
| 25. Agnieszka Obitko-Płudowska | 34. Sadegh Toutounchi   |
| 26. Janusz Piątkowski          | 35. Jarosław Waligóra   |
| 27. Maria Teresa Płazińska     | 36. Joanna Wilczyńska   |
| 28. Wioletta Respondek         | 37. Artur Wojciechowski |
| 29. Honorata Sokolnicka        | 38. Marzena Wojda       |
| 30. Maciej Stępniewski         | 39. Ewa Wojtaszek       |
| 31. Artur Stolarczyk           | 40. Katarzyna Wrotek    |

**Tytuł doktora nauk medycznych w Instytucie Stomatologii otrzymali:**

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1. Agnieszka Laskus-Perendyk (z wyróżnieniem) | 6. Dorota Kudelska-Mazur  |
| 2. Agnieszka Mielczarek (z wyróżnieniem)      | 7. Paweł Nowakowski       |
| 3. Anieli Brodzikowska                        | 8. Małgorzata Piętowska   |
| 4. Maciej Czerniuk                            | 9. Dorota Stańczak-Sionek |
| 5. Wojciech Kowalczyk                         | 10. Piotr Wychowański     |

Ostatnim punktem oficjalnej części uroczystości było wystąpienie przedstawiciela promowanych, dr hab. Jarosława Wysockiego.

W przerwach między kolejnymi wystąpieniami uczestni-

cy uroczystości mieli okazję wysłuchać koncertu w wykonaniu uczniów Zespołu Państwowych Szkół Muzycznych im. Fryderyka Chopina.

---

## **Wystąpienie Dziekana I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Marka Krawczyka**

W imieniu Państwa i swoim witam serdecznie Jego Magnificencję Rektora naszej Alma Mater, Pana Profesora Janusza Piekarczyka na uroczystości I Wydziału Lekarskiego zorganizowanej z okazji wręczenia dyplomu Doktora Honoris Causa, dyplomów doktora nauk medycznych i dyplomów doktora habilitowanego.

Witam serdecznie:

Prof. Wiesława Glińskiego – Prorektora ds Nauki

Prof. Leszka Pączka – Prorektora ds. Dydaktyczno – Wychowawczych

Dziekanów:

Prof. Jerzego Stelamachowa – Dziekana II Wydziału Lekarskiego

Prof. Jana Pachecka – Dziekana Wydziału Farmacji

Doc. Piotra Małkowskiego – Dziekana Wydziału Nauki o Zdrowiu

Doc. Romana Danielewicza – Dyrektora Departamentu Szkolnictwa i Nauki w Ministerstwie Zdrowia

Prof. Jerzego Kruszewskiego – Przedstawiciela Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej

Dr Andrzeja Włodarczyka – Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej

Witam inż. Tomasza Goździkiewicza – Dyrektora Administracyjnego Akademii Medycznej

Panią Mgr Halinę Biernacką – Kwestora Akademii Medycznej

Witam Zespół Prodziekanów i Pracowników Dziekanatu.

Niezwykle serdecznie witam bohaterów naszej uroczystości – 59 doktorów nauk medycznych, którzy w roku akademickim 2002/2003 uzyskali swoje pierwsze stopnie naukowe, witam 6 doktorów habilitowanych, którzy we wspomnianym roku akademickim osiągnęli kolejny stopień naukowy i 4 profesorów Wydziału, którzy w ostatnich miesiącach z rąk Prezydenta otrzymali nominacje profesorskie.

Szanowni Państwo, wręczenie dyplomów i przyznanie stopni naukowych jest wielkim świętem naszego Wydziału.

Państwa dorobek naukowy zarówno doktorów nauk medycznych, doktorów habilitowanych, jak i najwyższych stopni naukowych, jakimi są Profesury, przynoszą temu Wydziałowi, tej Uczelni nowe wartości, wartości, które będą dla wielu z Państwa początkiem kolejnych osiągnięć naukowych.

Zwracam się do nowych doktorów nauk medycznych. Wasze prace wyniosły Was do dzisiejszych stopni, ale wartością dla Wydziału i Uczelni staje się Państwa dorobek naukowy. Dorobek, który, jestem przekonany, będzie przez Państwa powielany. Za lat kilka, wierzę w to w pełni, będziecie odbierać, być może tradycyjnie już w Łazienkach Królewskich, kolejne stopnie naukowe. Proszę Was, byście zapatrzyl się dzisiaj na Waszych starszych kolegów, którzy odbierają stopnie doktorów habilitowanych.

Z kolei naszym tegorocznym doktorom habilitowanym

życzę dalszych sukcesów naukowych. Samodzielność naukowa jest nobilitacją i Rada Wydziału nadała Wam tę nobilitację. Wierzę, że rychło Wasze ambicje, a przede wszystkim kolejne osiągnięcia naukowe doprowadzą Was w przyszłości do kolejnych szczybli naukowych, czego uwieńczeniem będzie otrzymanie tytułu profesora.

Wreszcie zwracam się do czworga naszych najnowszych profesorów. Drodzy Państwo za chwile otrzymacie gratulacje z rąk Jego Magnificencji. Należą, się one Wam w pełni. Chciałbym, byście pamiętali, tytuł naukowy profesora to chluba dla Was i Waszej Uczelni, ale to i zobowiązanie – do kształcenia Waszych następców i uczniów. Tylko stała ewolucja nas wszystkich zapewni tej Uczelni wysoką pozycję w konkurencji osiągnięć naukowych.

---

## Wystąpienie JM Rektora AM prof. dr hab. Janusza Piekarczyka

Panie Dziekanie, Wysoka Rado,  
Wielce Szanowni Państwo

Dzisiejsze tradycyjne już czerwcowe spotkanie, uroczyste posiedzenie Rady I Wydziału Lekarskiego poświęcone jest promocjom doktorskim i wręczeniu dyplomów doktora habilitowanego osobom, które stopnie te w ostatnim roku uzyskały.

Przed wszystkim zgromadzenie to jest jednak uroczystym posiedzeniem senatu naszej Alma Mater, który uchwałą podjętą przed kilkoma tygodniami nadał najwyższą godność, godność doktora honoris causa wybitnemu chirurgowi i uczonemu z Królewskiego Uniwersytetu w Londynie. Uczonym tym jest Profesor **Roger M. Greenhalgh**. Niebawem w obszernej laudacji usłyszymy szerokie omówienie zasług Pana Profesora dla rozwoju nauk medycznych i dla społeczności Akademii Medycznej w Warszawie. Wielki to dla mnie zaszczyt i honor, że będę miał przyjemność wręczyć ten dyplom pieczęcią Akademii ozdobiony, który na zawsze potwierdzi przyjęcie Profesora Greenhalgha do społeczności naszej uczelni. Do grona uczonych, którym laur doktora honoris causa nadany został.

Dzień dzisiejszy jest jednak specjalnym świętem I Wydziału Lekarskiego. I Wydział Lekarski, a tym samym nasza uczelnia wzbogaciła się, wzrosła w siłę o znaczącą grupę nowych uczonych. Udowodniliście Państwo, że jesteście w stanie samodzielnie podjąć trud badań naukowych, organi-

zować je w zespołach i odnosić wymierne sukcesy. Pracujecie Państwo w zespołach naukowo-badawczych i dydaktycznych I Wydziału Lekarskiego, w tym Oddziału Stomatologii, jak również w innych jednostkach naukowo-badawczych Warszawy. W zasadzie, wszyscy razem tworzymy wielki, warszawski, medyczny ośrodek naukowo-badawczy o znaczącym potencjale. Nie mamy wątpliwości co do faktu, że potencjał ten nie jest w pełni wykorzystany z powodu zbyt małych nakładów finansowych i czynimy starania o ich wzrost, ale wiemy, że nie będzie to wzrost znaczący, jeżeli w ogóle może to być wartość dodatnia. Może wobec tego, należałoby pomyśleć o szukaniu rezerw? Czy nie ma możliwości lepszego wykorzystania posiadanych środków – tych które mamy, odpowiedź ciśnie się na usta – trzeba byłoby pobić kolejny rekord świata. Tak? A może jednak warto? Szczególnie w Państwa sytuacji, mając potencjalnie przed sobą 20-30 lat pracy zawodowej i naukowej. Może warto zrobić nawet olbrzymi wysiłek tutaj i teraz, aby mieć szansę w przyszłości na nawiązanie partnerskiej współpracy, ale także rywalizacji z równoimiennymi ośrodkami nie tylko polskimi, ale również Europy Zachodniej. Niewątpliwie, rezerwy tkwią w możliwości podejmowania badań interdyscyplinarnych, w tym – większej liczby badań w zespołach łączących przedstawicieli nauk podstawowych i stosowa-



nych, klinicznych. Słowa te adresuję w szczególny sposób do naszych gości w tej sali, ale również skierować je można do zespołów Polskiej Akademii Nauk i innych uczelni Warszawy. Na poziomie władz rektorskich macie Państwo zielone światło do współpracy z PAN-em, Uniwersytetem Warszawskim, mamy już nawet podpisane odpowiednie porozumienia.

Warto pomyśleć także nad sprawą zasadniczą, podstawową dla rozwoju nauki – w jaki sposób zatrzymać w uczelni najzdolniejszych absolwentów. Myślę, że podstawową sprawą są w tej mierze studenckie koła naukowe. Mamy ich w uczelni ponad 100, ponad 1000 studentów w nich aktywnie pracuje, niejednokrotnie efektami tej pracy są publikacje w liczących się czasopiśmiech.

Kolejny etap to staż podyplomowy, w tym zakresie też staramy się wyjść naprzeciw pracowitości i talentowi naszych absolwentów, przyjmując na tzw. praktykę podyplomową około 25% z nich.

I kolejny, chyba najistotniejszy etap w karierze zawodowej i naukowej naszych absolwentów – to możliwość już rzeczywistego startu w życie zawodowe-naukowe.

Zatrudnienie w uczelni drogą otwartego konkursu stwarza szansę dla stosunkowo niewielu, jest to kilkanaście do dwudziestu kilku osób na całą uczelnię, ale można te etaty zamienić na kilkadziesiąt miejsc na studiach doktoranckich i taka jest moja propozycja. Koszt dla uczelni jest niemal ten sam, a efekt może być nieporównywalny. Możemy dać szansę około 100 naszym absolwentom, stwarzając im warunki na zdobycie stopnia naukowego, i w dyscyplinach klinicznych – specjalizacji. Po 3-5 latach tego etapu kształcenia w uczelni, zyskalibyśmy rocznie do 100 doktorów nauk medycznych, farmaceutycznych lub w zakresie biologii medycznej. Mogliby oni też posiadać tytuł specjalizacji w dyscyplinach klinicznych. Tak! Uczelnia jest w stanie tej najzdolniejszej grupie osób zapewnić równocześnie szkolenie specjalizacyjne. Mało tego, to szkolenie musi być realizowane, bo w dyscyplinach klinicznych otwarcie przewodu doktorskiego bez specjalizacji traci uzasadnienie i realność. Nie jest możliwy też awans do stanowiska adiunkta.

Tak było do niedawna, kiedyś była możliwa droga uprzywilejowanego awansu grupy młodych ludzi, zdolnych, najzdolniejszych absolwentów uczelni medycznych, którzy zdecydowali się na własny rozwój, na tzw. karierę naukową. Decyzję tę podejmowali pomimo uposażenia niższego od średniej krajowej. Po prostu była to ich własna i ich rodzin, inwestycja nie tylko we własny rozwój, ale w szeroko pojęty rozwój nauk medycznych, specjalności medycznych w Polsce. Taką drogę przeszli wszyscy obecni polscy i nasi profesorowie. Są w tej chwili kierownikami klinik i zakładów, członkami rad wydziałów i władz uczelni. Warunki kształcenia na tym najwyższym szczeblu jego realizacji, zawsze

były trudne, co wynikało z niewystarczającego finansowania, ale była taka możliwość. Była zachowana drożność tego kształcenia do stopnia doktora, doktora habilitowanego i profesora włącznie, tak jak w całym cywilizowanym świecie z równoczesnym kształceniem zawodowym.

Tę drogę przeszli wszyscy, którzy są w tej sali ubrani w togi doktorskie i profesorskie, podobnie jak cała rzesza kilkunastu tysięcy uczonych w dyscyplinach medycznych, klinicznych w Polsce, stanowiąca o ich sile, o jej wartości w momencie integracji z Unią Europejską. O wartości Polski i Polaków waży nie tylko siła mięśni naszych rodaków, jako siły roboczej, ale wartość intelektualna naszej najwyższej wykształconej kadry naukowej, a zarazem wysoko specjalistycznej kadry zawodowej.

W wielu kręgach, szczególnie wśród młodych lekarzy szerzy się przekonanie, że zaburzenia w synchronizacji szkolenia zawodowego, w tym specjalistycznego z rozwojem naukowym wywołała, w ostatnim okresie, może nie grupa trzymająca władzę, ale grupa pracowników niektórych urzędów, jak i naszych „kolegów” lekarzy, nie posiadająca stopni naukowych i/lub specjalizacji.

Chyba nie zawsze są to fakty sprawdzone, ale dobrze byłoby, aby dla uspokojenia nastrojów sprawdzić, czy ziarna prawdy w tych pogłoskach znaleźć nie można...

Czy nie świadczy o tym utrudniony system dostępu do specjalizacji właśnie doktorantów, a nawet i etatowych pracowników uczelni ze stopniami naukowymi. Trzeba sobie też postawić pytanie, w czyim interesie są kolejki do specjalizacji. W kolejkach tych czekają lekarze posiadający już praktycznie kwalifikacje specjalistów, prowadzący szkolenia dla osób specjalizujących się i dotyczy to również, a może przede wszystkim uczelni.

Szanowni Państwo! Celem systemu nie może być utrudnienie dostępu, jeżeli jego udrożnienie nie zwiększa kosztów! I to stwierdzenie kolejny raz adresuję do decydentów.

Niewątpliwie, każdy człowiek powinien mieć możliwość kształcenia się, doskonalenia, i jest to jedno z podstawowych praw człowieka. Każdy lekarz ma obowiązek kształcenia się przez całe życie, na mocy złożonej przysięgi lekarskiej. W naszym kraju, obowiązek ten został wzmocniony dodatkowo ustawą sejmową. Szkoda, że nasze władze nakładając na lekarzy obowiązki, nie poczuwają się do powinności umożliwienia nam ich realizacji. Dlaczego nie zapisano obowiązku ciągłego szkolenia żołnierzom, policjantom, posłom na sejm, tylko lekarzom. My i tak zawsze mieliśmy ten obowiązek, bo wynikał on ze złożonej przysięgi, ale jeżeli nałożono nam go ustawą, to również ustawodawca podjął wobec nas zobowiązania i mamy prawo żądać ich spełnienia. W dotacji Państwa powinny znaleźć się środki na kształcenie podyplomowe, specjalistyczne i ustawiczne lekarzy. Muszą się te środki znaleźć, a już tym bardziej nikt nie ma

prawa utrudniać lekarzowi dostępu do pogłębiania wiedzy zawodowej. Na mocy ustawy sejmowej, nie ma prawa...

Szanowni Państwo. I może jeszcze jedna myśl, jeżeli Państwo pozwolą. Przez cały okres PRL-u byliśmy określanymianem służby zdrowia, dlatego teraz mówimy o sobie pracownicy lecznictwa, pracownicy ochrony zdrowia. To jest także forma odreagowania, choć w samej istocie niewiele się przecież zmieniło. Szanowni Państwo, służba – to może też brzmieć dumnie. Przed 10 dniami obchodziliśmy uroczyste 50-lecie dyplomu lekarskiego naszych absolwentów z 1953 r., oni mówili o tej służbie zdrowiu z zupełnie innym zabarwieniem. W roczniku tym są znakomici profesorowie medycyny, nasi profesorowie – Aleksandrowicz, Kuś, Lewandowski, Kułakowski. Prof. Kułakowski wydał z okazji jubileuszu monografię dotyczącą własnej drogi zawodowej pt: „50 lat służby”. Po zapoznaniu się z nią, przychodzi mi na myśl

– dlaczego w naszym demokratycznym już kraju nie mamy służby sprawiedliwości, porządku publicznego, ustawodawczej, służby państwowej... ? Mówi się o tym, że zawód lekarza jest powołaniem. Tak, jestem przekonany, że tak jest. Powiem więcej, dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek. Ale Arystoteles powiedział: „Być dobrym człowiekiem i być dobrym obywatelem to niekoniecznie to samo.” Myślę, że wielcy tego świata mają upodobanie do literatury antycznej, powinni więc przeczytać sentencję Seneki: „Broń posterunku, który ci wyznaczono. Jaki to posterunek pytasz. Prawdziwego człowieka.” I na zakończenie, zaproponuję jeszcze jeden cytat, jeszcze jedno powiedzenie, autorem jego jest Jean Bruller: „Człowieczeństwo nie jest stanem, w którym przychodzimy na świat. To godność, którą trzeba zdobyć.” Niech to będzie cytat na dzisiejszą uroczystość.

## Laudacja prof. R. M. Greenhalgha

*Prof. dr hab. Mieczysław Szostek*

*Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej AM*

Wniosek o nadanie tytułu doctora honoris causa Akademii Medycznej **Prof. dr Rogerowi M. Greenhalghowi** został zgłoszony przed dwoma laty, a po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję ds. Nadawania Tytułu Doktora Honoris Causa przedstawiony Radzie I Wydziału Lekarskiego w 2002 r.

Rada Wydziału powołała na recenzentów w tajnym głosowaniu:

Prof. dr Jerzego Polańskiego – Kierownika Kliniki Chirurgicznej II Wydziału Lekarskiego,

Prof. dr Hero van Urk z Erasmus MC Universitaire Medisch Centrum w Rotterdamie

oraz Prof. dr Zygmunta Mackiewicza – Kierownika Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy.



*Prof. dr Roger M. Greenhalgh*

### **Życiorys i przebieg pracy zawodowej**

Prof. dr R.M. Greenhalgh urodził się 6 lutego 1941r w Anglii. Studia medyczne odbywał na Uniwersytecie w Cambridge, a następnie w St Thomas Hospital Medical School w Londynie. Pracę lekarską rozpoczął w Hammersmith Hospital, gdzie przeszedł wszystkie szczeble edukacji lekarskiej i po 23 latach uzyskał stanowisko profesora w Charing Cross and Westminster Medical School w Londynie, pełniąc w latach 1981-1997 funkcję kierownika Kliniki Chirurgicznej. Obecnie zajmuje stanowisko Head of Department of Vascular Surgery Imperial College, School of Medicine, Professor of Surgery. W 1971r. uzyskał tytuł Fellow of Royal College of Surgeons i doktorat także w Londynie. W okresie od

1991-1996 r. Dziekan w Charing Cross i Westminster Medical School.

W latach 1989-1994 Członek Komitetu ds. Kształcenia Specjalistycznego Royal College of Surgeons.

1989-1992 Członek Zespołu Naukowego powołanego dla oceny szkodliwości palenia tytoniu na zdrowie ludzi.

1985-1987 Doradca Ministra Zdrowia ds. Bioinżynierii.

Z wyboru pełnił następujące funkcje:

Prezydent Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych Wielkiej Brytanii i Irlandii.

Od 1996 r. Przewodniczący European Board of Surgery Qualification i doradca Zarządu European Society for Vascular Surgery od 1987r.

Członek Zarządu Chirurgów Wielkiej Brytanii i Irlandii, przedstawiciel ds. szkolenia chirurgów w Unii Europejskiej, Prezydent Europejskiego Boardu chirurgii, od 1993 r. Sekretarz Generalny Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych.

#### **Działalność naukowa**

Jest autorem ponad 300 publikacji z zakresu chirurgii, w tym większość dotyczy diagnostyki i leczenia chorób naczyń, publikowanych w najbardziej renomowanych czasopismach chirurgicznych: amerykańskich, angielskich, niemieckich, szwedzkich, japońskich, australijskich, kanadyjskich jak *Journal of Vascular Surgery*, *Annals of Vascular Surgery*, *British Journal of Surgery*, *European Journal of Vascular Surgery*.

Ponadto jest autorem 22 podręczników z zakresu chirurgii naczyniowej, w których przedstawiał technikę operacji naczyniowych oraz wewnątrznaczyniowych, diagnostykę i leczenie niedokrwienia mózgu, tętniaków aorty, zasady rekonstrukcji tętnic obwodowych, profilaktykę i terapię zakrzepów i zatorów, postępy w leczeniu chirurgicznym niedokrwienia mózgu.

Wiele miejsca poświęcił w publikacjach badaniom wpływu palenia papierosów na choroby układu naczyniowego, zależności chorób układu naczyniowego od hormonów. W atlasie chirurgicznym bardzo przejrzysto przedstawił zasady stosowania pozaanatomicznych pomostów naczyniowych w leczeniu niedokrwienia kończyn, a także techniki chirurgiczne w rekonstrukcjach operacyjnych naczyń obwodowych.

W publikacjach książkowych wiele miejsca poświęcił diagnostyce oraz zasadom postępowania chirurgicznego w tętniakach aorty i tętniakach tętnic obwodowych, rekonstrukcji tętnic u chorych po udarze mózgu z uwzględnieniem zarówno techniki naczyniowej tradycyjnej, jak i endowaskularnej. W podręczniku poświęconym problemom chorób zapalno-zakrzepowych zawarte zostały zagadnienia dotyczą-

ce patofizjologii, jak też i zasad chirurgicznego ich leczenia. To jemu zawdzięczamy powszechnie zaakceptowaną zasadę, że tętniaki aorty operować należy wówczas, kiedy poprzeczny ich wymiar przekroczy 5 cm. W oparciu o olbrzymie studium badań doświadczalnych i obserwacji klinicznych udowodnił, że ryzyko pęknięcia tętniaka > 5 cm przekracza ryzyko operacji. W publikacjach swoich prof. Greenhalgh był pionierem idei rezygnacji wykonywania połączeń gałęzi tętnicy szyjnej wewnętrznej i zewnętrznej u chorych z niedokrwieniem mózgu spowodowanym niedrożnością tętnicy szyjnej wewnętrznej. Skuteczność takiej operacji jest zdecydowanie mała, a jej ryzyko duże.

Prof. Greenhalgh zaproponował, aby u chorych z nawrotowym zwężeniem tętnicy szyjnej po wykonanej wcześniej endarteriektomii wykonywać angioplastykę tylko wówczas, jeśli towarzyszą temu objawy kliniczne, a nie w zależności od narastającego zwężenia. Jednym z największych osiągnięć Profesora jest jego olbrzymi udział w rozwoju chirurgii wewnątrznaczyniowej. Ta nowoczesna, a jednocześnie zdecydowanie mniej inwazyjna i porównywalnie skuteczna metoda leczenia zwężeń tętnic stała się bardzo powszechną i skuteczną metodą leczenia niedokrwienia tkanek i narządów. Umożliwia ona leczenie chorych o podwyższonym ryzyku, zdyskwalifikowanych od operacji i tym samym pozabawionych szans leczenia.

Wiele bardzo ważnych zagadnień dotyczących chirurgii naczyniowej i angiologii zawarł prof. Greenhalgh jako autor 87 rozdziałów w podręcznikach. Rozdziały te poświęcone są patogenezie, diagnostyce oraz leczeniu chirurgicznemu chorób układu naczyniowego. Zawarł tam bardzo bogate wiadomości zdobyte podczas wieloletnich badań naukowych, a także swoje doświadczenie jako chirurg, kierownik Kliniki Naczyniowej zajmujący się chorobami układu naczyniowego z uwzględnieniem patofizjologii, diagnostyki oraz operacyjnych technik chirurgicznych. Podręczniki jego wydane zostały w Europie, jak też USA, Australii, Japonii, Ameryce Południowej, Azji.

Jest autorem 12 filmów naukowych poświęconych diagnostyce i technice operacji naczyń, za co uzyskał specjalne wyróżnienie Audio Visual Prize.

W licznych badaniach naukowych, szczególnie wiele miejsca poświęcił patogenezie chorób tętnic, w tym zwłaszcza wpływu nikotyny na powstanie miażdżycy oraz tętniaków aorty, zaburzeniom gospodarki lipidowej i jej znaczeniu w rozwoju miażdżycy, wpływu palenia papierosów na drożność przeszczepów udowo-podkolanowych, roli enzymów wewnątrzkomórkowych i czynników genetycznych w patogenezie tętniaków aorty, ryzyku operacji chorych z tętniakami aorty, wartości endarteriektomii tętnic szyjnych w zapobieganiu udarom mózgu, znaczeniu angioplastyki balonowej w leczeniu zwężeń tętnic obwodowych.

W każdym z tych tematów ma wybitne osiągnięcia plasujące go w światowej czołówce angiologów i chirurgów naczyniowych, a także chirurgów ogólnych, o czym świadczy wysoka liczba cytowań.

Jest zdobywcą wielu nagród za prace z dziedziny chirurgii ogólnej i naczyniowej: w tym m.in. nagrody Lord Alport za opracowanie nowej metody irygacji po prostatektomii, nagrody Moynihana przyznanej przez Towarzystwo Chirurgów Wielkiej Brytanii, nagrody Grahama Dixona przyznanej przez Towarzystwo Chirurgów Sercowo-Naczyniowych, nagrody Hahna przyznanej przez Europejskie Towarzystwo Chirurgów.

Aktywnie uczestniczy w licznych kongresach i sympozjach chirurgicznych organizowanych praktycznie na wszystkich kontynentach. Zapraszany jest jako osoba o wysokim autorytecie i prestiżu naukowym. Czytając programy naukowe oraz składy osób zaproszonych jako spikerów należy stwierdzić, że nie ma liczącego się kongresu międzynarodowego lub sympozjum bez udziału Prof. Greenhalgha jako aktywnego uczestnika.

Wygłosił 182 wykłady jako invited speaker na zaproszenie różnych Uczelni Medycznych i Towarzystw Naukowych ze wszystkich krajów Europy, obu Ameryk, Japonii, Australii, w tym m.in. na Kongresie w Bostonie, Nowym Jorku, Düsseldorfie, Marsylii, Lizbonie, Mediolanie, Durbanie, Belgradzie, Oslo, Płn. Karolinie, Padwie, Helsinkach, Sztokholmie, Chicago, Tokio, Barcelonie, Brasilii, Istambule, Dallas, Egipcie, a także trzykrotnie w Polsce w 1991, 1993, 1995r.

Przez wszystkie lata swojej działalności lekarskiej łączył pracę chirurgiczną z olbrzymią aktywnością naukowo-badawczą oraz dydaktyczną. Dzięki olbrzymiemu doświadczeniu chirurgicznemu i głębokiej znajomości chirurgii naczyniowej i angiologii, wysokim osiągnięciom naukowym w zakresie chorób naczyń uzyskał bardzo wysoki autorytet w skali światowej.

Szczególnej wartości są wyniki jego badań naukowych poświęconych miażdżycy tętnic, a zwłaszcza niedokrwieniu mózgu, kończyn, nerek i narządów jamy brzusznej. Dotyczy to zarówno diagnostyki, jak i leczenia chirurgicznego tradycyjnego oraz endowaskularnego.

### **Omówienie osiągnięć naukowych**

Prof. H. van Urk oceniając dorobek prof. dr R. Greenhalgha pisze, że jest on najwybitniejszym chirurgiem naczyniowym w Europie, a także znakomitością światową na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. Jego głęboka wiedza z zakresu chirurgii naczyniowej jest olbrzymia i powszechnie uznana. Bardzo wcześnie zainteresował się pracą badawczą z zakresu chirurgii naczyniowej, co zostało docenione, gdyż w 30 r. swojego życia uzyskał nagrodę Moynihana nadaną

mu przez Association of Surgeons of Great Britain and Ireland za prace badawcze z zakresu hiperliproteinemii i chorób tętnic obwodowych.

Zyskał olbrzymie uznanie dzięki upowszechnieniu metod operacji chorych z patologią naczyniową, a zwłaszcza tętniaków aorty. Jako twórca chirurgii endowaskularnej prezentuje swoje wiadomości w licznych publikacjach i na konferencjach międzynarodowych. Dzięki temu uzyskał bardzo wysoki autorytet i uznanie w świecie medycznym.

Prof. J.Polański stwierdza, że prof. R.Greenhalgh jest jednym z pionierów chirurgii naczyniowej, a autorytet w świecie angiologów uzyskał dzięki publikacjom ogłoszonym w recenzowanych czasopismach, jak i prezentacjom na międzynarodowych Zjazdach i Konferencjach Chirurgicznych. Tematyka jego prac naukowych obejmuje szerokie spektrum od badań podstawowych i etiologii chorób tętnic, do najnowszych technik chirurgicznych oraz endowaskularnych. Szczególnie zasłynął jako badacz wpływu palenia papierosów na powstanie chorób tętnic oraz tętniaków aorty, a także wpływu nikotyny na zachowanie się pomostów udowo-podkolanowych, roli enzymów wewnątrzkomórkowych i czynników genetycznych w patogenezie tętniaków aorty. W pracach poświęconych endarteriektomii tętnic szyjnych w profilaktyce udarów mózgu oraz operacji tętniaków aorty zawarł wiele oryginalnych rozwiązań, które powszechnie zostały zaakceptowane. Dalej prof. Polański pisze, że prof. Greenhalgh od wczesnych lat swojej działalności naukowej zajmował się badaniem wpływu lipidów i lipoprotein na przewlekłą chorobę tętnic oraz badał ich znaczenie w terapii i profilaktyce chorób tętnic. Badania te przyniosły mu uznanie światowego środowiska angiologów i chirurgów naczyniowych. Wyrazem uznania za działalność naukową były liczne prestiżowe wyróżnienia i nagrody przyznane przez Międzynarodowe Organizacje i Towarzystwa Naukowe, jak np. w 1980 Graham Dixon Prize, Nagroda Tow. Chir. Sercowo-Naczyniowej czy w 1988 r. Nagroda European Society of Cardiovascular Surgery.

Profesor Hero van Urk stwierdza, że aktywność naukowa prof. Greenhalgha jest bardzo znana w środowisku chirurgów naczyniowych, angiologów i za osiągnięcia te uzyskał wysoką pozycję wyrażoną przyznaniem członkostwa honorowego wielu Towarzystw Naukowych, m.in. Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Południowo-Afrykańskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Kanadyjskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Niemieckiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Greckiego, Brazylijskiego Towarzystwa Chirurgów i Angiologów, Śródziemnomorskiej Ligi Angiologów i Chirurgów Naczyniowych, Austriackiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych oraz w 1991r. Polskiego Towarzystwa Chirurgów.

Prof. Polański stwierdza, że międzynarodowy, wysoki prestiż prof. Greenhalgha jest wyrazem uznania za liczne publikacje oraz 22 podręczniki chirurgii naczyniowej jego autorstwa, gdzie przedstawił pełny przekrój patofizjologii, diagnostyki i terapii chorób naczyń. Niezależnie od podręczników bardzo cenne informacje zawarł w 87 rozdziałach podręczników wydanych w Wielkiej Brytanii, USA, Niemczech, Kanadzie, Australii, Japonii i wielu innych krajach.

Jako invited speaker wygłosił 182 wykłady na zaproszenie wielu Towarzystw Medycznych, w tym trzykrotnie w Polsce.

Jako autor lub współautor, pisze prof. Mackiewicz, opracował 12 filmów naukowych poświęconych diagnostyce i technice operacyjnej leczenia tętnic, za co otrzymał Audio Visual Prize Association of Surgeons of Great Britain and Ireland. Jednocześnie potwierdza, że wyrazem uznania dla działalności naukowej i dydaktycznej prof. Greenhalgha są liczne nadane mu członkostwa honorowe Towarzystw Naukowych w tym USA, Kanady, Południowej Afryki, Niemiec, Grecji, Brazylii oraz Śródziemnomorskiej Ligi Angiologii i Chirurgii Naczyń.

Wszyscy recenzenci podkreślają niezwykle ważny aspekt działalności organizacyjnej i naukowej prof. Greenhalgha, jaką jest coroczna Konferencja Międzynarodowa Charing Cross. Te konferencje zaliczane są do najwyższej rangi międzynarodowych kongresów chirurgii naczyniowej i endowaskularnej. Profesor Hero van Urk mówiąc o tych kongresach nazywa je sympozjami sztuki i nauki chirurgii naczyniowej, umożliwiającymi upowszechnienie wiedzy na najwyższym poziomie. Jednocześnie podkreśla, że jest to okazja do nawiązania przyjaźni i współpracy chirurgów naczyniowych z całego świata i promocji najnowszej wiedzy z tej dziedziny.

Zwykle w Konferencjach Międzynarodowych Charing Cross bierze udział ponad 1000 uczestników z całego świata.

Połączone są one z warsztatami doskonalącymi diagnostykę i technikę chirurgiczną, na których omawiane są najnowsze osiągnięcia chirurgii naczyniowej.

Sympozja Charing Cross organizowane od wielu lat przez prof. Greenhalgha mają m.in. tę olbrzymią zaletę, że biorą w nich udział zarówno wybitni eksperci z całego świata, jak i młodzi lekarze specjalizujący się w chorobach naczyń, w tym także z Polski.

Omawiając olbrzymie osiągnięcia naukowe i badawcze Profesora Greenhalgha prof. Hero van Urk pisze, że nie sposób pominąć jego zasług dydaktycznych i organizacyjnych, podkreślając jego zasługi w ciągu 6-letniej kadencji jako Dziekana Charing Cross i Westminster Medical School.

### **Związki medyczne z Polską**

Do szczególnych zalet Profesora Greenhalgha należy zaliczyć to, że jest on Europejczykiem w pełnym tego słowa

znaczeniu, patrzącym na Europę jako całość, bez podziału na Europę Zachodnią, Środkową czy Wschodnią

Prof. Greenhalgh był jednym z twórców Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych (ESVS) wierząc głęboko, że na tym forum będą spotykać się chirurdzy naczyniowi całej Europy przedstawiając swoje osiągnięcia naukowe. Panująca tam atmosfera spowodowała, że Polacy stanowią liczną grupę członków wśród przedstawicieli krajów Europy Środkowo-Wschodniej wyprzedzając Czechów, Węgrów, Rumunów czy Bułgarów. Należy podkreślić, że łącznie odbyło się dwanaście kongresów ESVS, w tym tylko jeden w Europie Środkowo-Wschodniej, a miejscem tym, na wniosek prof. Greenhalgha, była Warszawa w roku 1991. Był to wyjątek i zaszczyt dla Polski. Pozostałe jedenaście kongresów odbyło się w krajach Europy Zachodniej.

Związki profesora Greenhalgha z Polską sięgają wielu lat, czego dowodem są jego udziały w konferencjach naukowych w charakterze invited speaker. Fakt ten podkreśla w swojej opinii prof. Hero van Urk mówiąc, że Prof. Greenhalgh w ten sposób udowadnia, że jest Europejczykiem włączając do niej już w 1991r. na równych prawach kraje należące do tzw. Europy Środkowo-Wschodniej. Szczególne miejsce przypadło Polsce, bowiem w Warszawie odbył się V Kongres ESVS. Była to decyzja, jak podkreśla prof. Hero van Urk, wizjonerskiego spojrzenia prof. Greenhalgha na Europę jako całość. O jego więzi z Polską świadczy obecność na Kongresach Chirurgów w Polsce w 1991, 1993, 1995r. i sympatia, jaką okazuje dla naszego kraju i polskich chirurgów. Wyrazem tej więzi i zasług jest nadanie mu tytułu członka Honorowego Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Prof. J. Polański stwierdza, że więź Prof. Greenhalgha z Polską przyczyniła się do szkolenia wielu polskich chirurgów w Anglii, dzięki udostępnieniu jego kliniki dla Polaków i jednoczesnej pomocy w uzyskaniu stypendium.

Należy podkreślić że Profesor Greenhalgh jest uczniem i następcą Prof. Peter Martina, który był serdecznym przyjacielem Prof. Jana Nielubowicza. Tych dwóch pionierów chirurgii naczyniowej łączyła serdeczna więź i często miały miejsca wzajemne spotkania Prof. Martina w Polsce i Prof. J.Nielubowicza w Anglii na sympozjach i konferencjach. W tym świetle kontakty nasze z Prof. Greenhalghiem należy nazwać więzami drugiego pokolenia, należą więc do trwałych w historii medycyny Warszawy i Londynu.

### **Wnioski końcowe**

Prof. Mackiewicz pisze, że wielokrotnie miał okazję spotkać się z prof. Greenhalghiem i poznać go nie tylko jako znakomitego naukowca, twórcę nowoczesnej chirurgii naczyniowej, ale także jako osoby utrzymującej przyjacielskie stosunki z chirurgami z Polski.

Kończąc opinię o działalności naukowej i prestiżu Prof. Greenhalgha, Prof. Polański podkreśla, że w pełni popiera wnioski o nadanie mu tytułu Honoris Causa i wierzy, że w ten sposób pogłębi się więź przewodniczącego The European Board of Surgery oraz redaktora lub członka Kolegium Redakcyjnego wielu czasopism naukowych z naszym krajem.

Prof. Mackiewicz pisze, że prof. Greenhalgh jako naukowiec o światowej renomie oraz przyjaciel wielu chirurgów naczyniowych z Polski, a zwłaszcza z Warszawy w pełni zasługuje na nadanie mu tytułu Honoris Causa Akademii Medycznej w Warszawie.

## Wystąpienie przedstawiciela promowanych doktorów nauk medycznych i doktorów habilitowanych

*Dr hab. Jarosław Wysocki*  
*Zakład Anatomii Prawidłowej AM*

Jego Magnificencjo, Szanowni Dziekani, Grono Profesorskie,  
Zaproszeni Goście, Szanowni Koledzy

Dzień dzisiejszy należy do tych, które zapadają w pamięć. Jest jednym z tych dni, które – symbolicznie – kończą, a zarazem otwierają pewien etap w życiu zawodowym, ale także i osobistym, ponieważ to, czym się zajmujemy, ma charakter nie tylko pracy, ale i pasji. Ukończenie każdej pracy, nadanie ostatecznej formy swemu dziełu i poczucie, że nie zostanie ono zapomniane – to wielka satysfakcja, dostępna niestety tylko nielicznym. Pisał Horacy mając na myśli swoją poezję, która przetrwała wieki: „*Exegi monument aere perennius*,” czyli „Postawiłem pomnik trwalszy od spizu”. Słuszność tego stwierdzenia, tej myśli, odkrywamy zawsze na nowo, obserwując materialne dzieła pracy ludzkiej, nadgryzione zębem czasu, podczas gdy słowo pisane trwa wiecznie. Takimi trwałymi, mam nadzieję, pomnikami, wystawianym samym sobie, będą efekty naszej pracy.

Drodzy Koledzy,

Zdobywanie stopni naukowych jest naszym obowiązkiem, ale i przywilejem, wynikającym z pracy na Uczelni. Za stworzenie warunków do pracy naukowej chciałbym z tego miejsca w imieniu wszystkich dyplomowanych – wszystkim Państwu – władzom Uczelni i całemu Gronu Profesorskiemu złożyć podziękowania, bowiem wstąpienie w szeregi doktorów i doktorów habilitowanych naszej Uczelni jest niewątpliwie zaszczytem, napawającym nas wszystkich radością i dumą.

Szanowni Państwo, pragnę także wyrazić podziękowanie władzom Uczelni za zorganizowanie tej uroczystości w tak pięknym i szacownym miejscu, jakim jest Teatr Stanisławowski. Miejsce to znakomicie współtworzy tę podniosłą i jedyną w swoim rodzaju atmosferę tej uroczystości. Myślę,

że uroczystości takie jak ta, są naszemu środowisku bardzo potrzebne. Są one nawet niezbędne dla zachowania i podkreślenia rangi i wagi naszego zawodu w czasach, kiedy uwagę ludzi kieruje się głównie na promocje nowych produktów, wątpliwej jakości produkcje rozrywkowe, polityczne afery i skandale, w czasach, w których najważniejsza jest nowa twarz w show-biznesie, nowy samochód, czy nowy model telefonu. W dzisiejszych czasach wartości, które my tworzymy, mamy chyba tego świadomość, pozostają w dużym stopniu na marginesie życia. O nagrodach i dyplomach nam wręczanych wiemy z reguły tylko my i nasze rodziny, podczas gdy szeroko komentuje się i nagłaśnia uroczystości nagradzania znanych dziennikarzy czy aktorów, nagradzania – dodajmy za to, za co i tak są na co dzień znakomicie opłacani. Czasami chyba wielu z nas miałoby chęć powrócić do czasów pozytywizmu, czasów pracy organicznej, kiedy to inżynier, lekarz, farmaceuta, nauczyciel, czy uczonec byli postrzegani jako ci, od których zależy pomyślny byt społeczeństwa, nie zaś jako zwyczajni pracownicy najemni lub nawet nieszkodliwi dziwacy. Należy jednak mieć nadzieję, że pewne pozytywne tendencje zaznaczające się w naszym życiu, a przede wszystkim znaczące podniesienie poziomu edukacyjnego naszego społeczeństwa, spowoduje zmiany na lepsze. Wielką w tym także naszą rolę jako nauczycieli akademickich.

Szanowni Koledzy, otrzymanie dyplomu doktora i doktora habilitowanego jest podsumowaniem pewnego dorobku, a jednocześnie przepustką do dalszych etapów kariery naukowej. Nowo promowani doktorzy zaczną z pewnością myśleć o habilitacji, a część spośród doktorów habilitowanych być

może obejmie samodzielne placówki naukowo-badawcze. Życząc wszystkim nam dalszych sukcesów w tej działalności i związanych z nimi awansów chciałbym zwrócić uwagę na kilka istotnych aspektów pracy naukowej, bowiem ten dzień i ta uroczystość skłaniają do refleksji. Po pierwsze, co wydaje mi się ważne w działalności naukowej, to odpowiednie wytyczenie celu badawczego i sformułowanie wyodrębnionego problemu. Nie lękajmy się podejmować tematów mniej nośnych i nie od razu dających możliwe do zastosowania rezultaty. Jest to moim zdaniem pułapka w pracy naukowej, a złapani w nią spływają sferę swoich zainteresowań, stając się w istocie rzemieślnikami nauki raczej, niż badaczami. Ciągłe pytanie, jakie słyszymy od dysponentów przyznających środki na badania naukowe: a jakie to ma aspekty praktyczne? jest chyba nieporozumieniem. Ważna jest według mnie nie tylko odpowiedź na pytanie jak? czy gdzie?, na które odpowiada prosty opis struktury czy zjawiska, ale także pytanie dlaczego? Pytanie wymagające szukania związków pomiędzy opisywanymi faktami, abstrahowania i kreowania nowych przestrzeni poznawczych, co w dłuższej perspektywie czasowej zawsze daje wielkie korzyści praktyczne.

Po drugie jest to rzetelność. Znane jest powiedzenie, że w

żadnej innej sferze działalności nie ma tylu pokus do bycia nierzetelnym i nie można tak łatwo popełnić fałszerstwa, jak właśnie w nauce. W dziedzinach, w których często jest tylko kilku specjalistów w kraju czy na świecie, bardzo łatwo o pójście drogą na skróty, będąc niejako samemu dla siebie recenzentem. Myślę jednak – a chyba wszyscy tu jesteśmy zgodni, że tylko świadomość rzetelności własnych badań, pozwala odczuć prawdziwą satysfakcję z ich wyników.

Po trzecie wreszcie jest to finansowanie. Odpowiednie do naszych potrzeb finansowanie, zapewniające nam możliwość spokojnego życia oraz stworzenie nowoczesnego warsztatu pracy, jest warunkiem niezbędnym do pracy naukowej na odpowiednim poziomie, pozwalającym poruszać się swobodnie w świecie nauki i nawiązywać międzynarodowy dialog. Wkrótce z pewnością stanimy przed kolejnym wyborem, kiedy będziemy musieli decydować o tym, co, gdzie i za jakie środki będziemy realizować. Życzę wszystkim i sobie także umiejętności poruszania się w tym niełatwym otoczeniu sfery naukowej, w jakim przyszło nam żyć i działać.

Życzę Wam, Koledzy wielu lat owocnej pracy, zadowolenia z niej i poczucia znaczenia swojej pozycji w społeczeństwie. Życzę także udanego życia osobistego i rodzinnego.

## 50-LECIE KLINIKI KARDIOLOGICZNEJ

# Otwarcie Uroczystej Sesji Jubileuszowej 50-lecia powstania Katedry Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie

*Prof. dr hab. Grzegorz Opolski*

*Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM*

Witam Państwa bardzo serdecznie na Uroczystej Sesji Naukowej zorganizowanej z okazji Jubileuszu 50-lecia Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie, sesji poświęconej twórcy tej kliniki i nowoczesnej polskiej kardiologii – Prof. **Zdzisławowi Askanasowi**.

Witam serdecznie w imieniu Senatu i Władz Uczelni Szanownych Gości, wybitnych kardiologów i kardiochirurgów z całego kraju. Bardzo serdecznie pozdrawiam byłego kierownika kliniki prof., Tadeusza Krasę, i wszystkich przybyłych na tę uroczystość byłych pracowników kliniki, w tym profesorów medycyny, którzy w tej klinice rozpoczęli swoją karierę zawodową i naukową i osiągnęli pierwsze sukcesy w dziedzinie kardiologii.

Serdecznie witam dr Aleksandra Askanasa, syna Profesora Zdzisława Askanasa, wraz z rodziną.

Pragnę wyrazić radość, że tak wiele wybitnych osobistości, znakomitych lekarzy i naukowców przybyło na uroczy-

stość jubileuszową poświęconą powstaniu przed 50-letniemu nowoczesnemu ośrodkowi kardiologicznemu. Sesję tę poświęcamy także ludziom, których dokonania wpisały się w historię polskiej medycyny i polskiej kardiologii. Wśród nich, szczególnie miejsce należy się prof. **Zdzisławowi Askanasowi**, którego określa się mianem „twórcy współczesnej polskiej kardiologii”. Siedzibą kliniki był wówczas pawilon III w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus – Akademii Medycznej w Warszawie. W dniu wczorajszym odbyło się uroczyste odsłonięcie tablicy pamiątkowej upamiętniającej powstanie kliniki, a przede wszystkim stanowiącej wyraz pamięci o jej twórcy. Dzisiaj, usłyszymy też dzieje tego ośrodka kardiologicznego, zlokalizowanego w Szpitalu, który niedawno obchodził Jubileusz 100 lat istnienia, który w początku XX wieku był naszym największym i najnowocześniejszym szpitalem. W roku 1975 Klinika została przeniesiona do Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha – wów-



*Rektor AM wręcza „Medal za zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie” dr A. Askanasowi, w głębi prof. T. Kraska i prof. G. Opolski*



czas naszego najnowocześniejszego szpitala, ale to również już historia, licząca przeszło ćwierć wieku. Będzie czas i miejsce, aby retrospektywnie ocenić i docenić rozwój kliniki kardiologii w naszej uczelni, abyśmy z dystansu tych minionych dziesięcioleci mogli docenić ogromną rolę Prof. Zdzisława Askanasa. Twórcy, inicjatora kardiologii w naszej uczelni, w Warszawie i w Polsce.

Dokonania Profesora są przeogromne – jako lekarza, kardiologa, naukowca, obywatela i człowieka. Gdyby nie II Wojna Światowa, to właściwie całe życie zawodowe i naukowe Profesora związane byłoby z naszą uczelnią. W naszym Wydziale Lekarskim, jeszcze w ramach Uniwersytetu Warszawskiego uzyskał dyplom lekarza w 1935r. Po wojnie uzyskał stopień dr medycyny, w 1951r. stopień dr habilitowanego, a w 1954 r. otrzymał tytuł profesora. Był twórcą i pierwszym kierownikiem IV Kliniki Chorób Wewnętrznych, inicjatorem powstania uczelnianego Instytutu Kardiologii, który faktycznie spełniał rolę jednostki centralnej, ogólnokrajowej. Został pierwszym w Polsce konsultantem krajowym w dziedzinie kardiologii. Był też wieloletnim Prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Wychował kilkudziesięciu doktorów medycyny, z Jego szkoły wywodzi się też kilkunastu samodzielnych pracowników nauki, którzy objęli kierownicze stanowiska w AM w Warszawie i w Polsce. Chciałbym wyrazić wdzięczność za to, że ten Złoty Jubileusz Kliniki i jej twórcy – Profesora Zdzisława Askanasa, został zorganizowany; za to, że możemy się spotkać w gronie osób, które osobiście znały Profesora i które mu wiele zawdzięczają. Czują potrzebę udziału, aktywnego udziału w tej uroczystości poświęconej największemu polskiemu kardiologowi, jak wyraził się o Panu Profesorze w dniu wczorajszym Pan profesor Zbigniew Religa.

Szanowni Państwo! Największy polski kardiolog, twórca nowoczesnej polskiej kardiologii to są atrybuty przypisywane Profesorowi Askanasowi przez największe autorytety tej specjalności w Polsce. Tak mówią o swoim mistrzu Jego uczniowie, tak piszą historycy medycyny. Dzisiaj podczas tej sesji będziemy mieli możliwość wysłuchać najcenniejszych, bo bezpośrednich wspomnień współpracowników Profesora. Żywię głęboką nadzieję, że powstała w ten sposób wiedza stanie się znaczącym materiałem źródłowym o

tym wybitnym lekarzu, wielkim naukowcu, humaniście i człowieku.

Niebywałym wydarzeniem i wielką przyjemnością jest to, że z okazji jubileuszu możemy gościć syna Profesora – doktora Aleksandra Askanasa. Cieszymy się, że jest Pan z nami dzisiaj i że jest nam dane wobec Pana i na Pana ręce złożyć hołd dziełu życia Pana wielkiego Ojca.

Szanowni Państwo, oczywiście wszyscy uczestnicy tego szacownego zgromadzenia wiedzą, że dr Aleksander Askanas to absolwent naszej uczelni, znakomity kardiolog, wieloletni pracownik Akademii Medycznej w Warszawie, IV Kliniki Chorób Wewnętrznych, a następnie Instytutu Kardiologii, jest również doktorem nauk medycznych naszej uczelni. Dr Askanas jest pionierem echokardiologii w Polsce – wraz ze współpracownikami przeprowadził pierwsze echokardiologiczne rejestracje w naszym kraju w 1966r. Dzisiaj, dr A. Askanas jest gościem honorowym obchodów Złotego Jubileuszu Warszawskiej Akademickiej Kardiologii. Jest mi szczególnie miło, że dane mi jest oznajmić Państwu, iż Senat naszej Alma Mater na wniosek Kierownika I Katedry Kardiologii Prof. Grzegorza Opolskiego, decyzją z czerwca 2003r. odznaczył dr Aleksandra Askanasa „Medalem za Zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie”.

Decyzją tą oddajemy hołd dr Aleksandrowi Askanasowi i innym pracownikom Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie, którzy pomimo zaprzestania formalnego związku z Uczelnią po 1968 roku, kontynuowali swoje lekarskie kariery poza granicami kraju, mając w sercu swoją Klinikę, pozostawionych przyjaciół, współpracowników i swojego wielkiego Nauczyciela. Pracownicy Instytutu Kardiologii AM w Warszawie – niezależnie w jakich krajach mieszkali, w Szwecji, USA czy w Izraelu – przez całe lata służyli pomocą koleżankom i kolegom wyjeżdżającym na zagraniczne stypendia, utrzymywali kontakt z tymi, którzy pozostali w kraju. Dzisiaj, prawie 40 lat od tamtych wydarzeń, chcielibyśmy prosić dr Aleksandra Askanasa o łaskawe przyjęcie tego medalu w dowód naszej pamięci, wdzięczności i uznania, a przede wszystkim jako dowód, że nasza Alma Mater zawsze była, jest i będzie Uczelnią wszystkich jej absolwentów, bez względu na miejsce zamieszkania i uprawiania zawodu, Uczelnią bogatszą o ich mądrość i ich doświadczenia.

## **Wystąpienie JM Rektora AM prof. dr hab. Janusza Piekarczyka**

Szanowni Państwo,

Wraz z rozwojem kardiologii w naszej uczelni i w Warszawie powstały nowe ośrodki, w tworzeniu i rozwoju których, wielką rolę odegrali uczniowie Profesora Zdzisława Askanasa. O szczególnym miejscu szkoły Prof. Askanasa w rozwoju polskiej kardiologii i polskiej interny świadczy fakt, że kilkunastu profesorów medycyny wywodzących się z tej szkoły, objęło samodzielne stanowiska w powstających warszawskich ośrodkach kardiologicznych.

Rozwój naszej uczelni, powstanie II Wydziału Lekarskiego, wyodrębnienie niezależnych jednostek Oddziału Stomatologii – pociągnęło za sobą powstanie nowych Klinik i Katedr Kardiologii.

Z uwagi na dzisiejszą uroczystość najwięcej czasu poświęcimy historii i rozwojowi macierzystej jednostki, której Senat Akademii Medycznej, przed kilkoma tygodniami, na wniosek obecnego kierownika Prof. Grzegorza Opolskiego nadał nazwę I Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie. Było mi dane obserwować – z pozycji rektora – i pośrednio współuczestniczyć w rozwoju tej Katedry w ostatnich latach, kiedy to na naszych oczach

przekształcała się ona w nowoczesny ośrodek europejski. Jak zawsze, różne były na ten temat opinie; liczy się jednak skuteczność działania i finał. Prof. Opolski doprowadził dzięki swojej determinacji do tego, że w naszej Uczelni mamy w końcu pełnoprofilowy ośrodek kardiologiczny. Z tego miejsca dziękuję Panu Profesorowi, dziękuję Jego poprzednikom i całemu zespołowi Katedry. Dziękuję też wszystkim obecnym tutaj i nieobecnym, którzy do tego ponownego rozkwitu, pełnego, nowoczesnego rozwinięcia pełnoprofilowej działalności diagnostycznej i leczniczej – doprowadzili w tym ośrodku kardiologicznym o jakże chlubnych tradycjach. Cieszę się, że jubileusz Katedry Kardiologii, zmiana jej nazwy – wieńczą sukcesy ostatnich lat. Słuszne okazały się decyzje dotyczące preferencji dla wyrównania pewnych zaległości wynikających z decyzji historycznych. Udało się je „nadrobić”; gratuluję Państwu w imieniu władz rektorskich i Senatu Akademii Medycznej w Warszawie i serdecznie dziękuję za poniesiony trud. Rozwój naszej kardiologii stanowi o rozwoju i o sile naszej Alma Mater.

---

## **Uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej ku czci profesora Zdzisława Askanasa w Szpitalu Dzieciątka Jezus**

*Prof. dr hab. n. med. Danuta Liszewska-Pfejfer  
Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych  
i Kardiologii IS AM*

24 czerwca 2003 r. w Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Instytutu Stomatologii AM, w pawilonie nr 3 Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, w którym przed laty pracował wybitny kardiolog profesor Zdzisław Askanas odbyła się uroczystość odsłonięcia tablicy poświęconej jego pamięci.

Na wstępie prof. Danuta Liszewska-Pfejfer, kierownik Kliniki i gospodyni uroczystości, serdecznie powitała licznie przybyłych gości, a wśród nich: Jego Magnificencję Rektora

naszej Akademii – prof. Janusza Piekarczyka, prorektorów: prof. Wiesława Glińskiego, prof. Leszka Pączka i prof. Grzegorza Opolskiego, jednocześnie kierownika Kliniki Kardiologii A.M., uroczyste obchodzącej w tych dniach 50-lecie swojej działalności, dziekana I Wydz. Lek. A.M. prof. Marka Krawczyka, senatora prof. Zbigniewa Religę, dyrektora Instytutu Kardiologii. Gorące słowa powitania skierowane zostały do znakomitych gości z terenu Szpitala Dzieciątka Jezus: grona profesorskiego na czele z osobami,

które dobrze pamiętają prof. Askanasa, którymi byli: prof. Stefania Jabłońska, prof. Tadeusz Orłowski, prof. Stefan Wesołowski i prof. Artur Czyżyk oraz dyrektor Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus mgr inż. Sylwester Bielenin ze współpracownikami. Szczególną przyjemnością dla zebranych było powitanie byłych i obecnych pracowników IV. Kliniki Chorób Wewnętrznych A.M., przekształconej przed laty w Klinikę Kardiologii A.M, która mieściła się w pawilonie nr.3 : prof. Tadeusza Krasę byłego kierownika Kliniki, gościa honorowego – syna prof. Zdzisława Askanasa, dr med. Aleksandra Askanasa, kardiologa przybyłego z Nowego Jorku z rodziną, wybitnych uczniów prof. Askanasa: prof. Leszka Ceremużyńskiego, prof. Jerzego Kucha, prof. Stanisława Rudnickiego, prof. Stefana Rywika, prof. Jana Tylkę, prof. Kazimierza Wrześniewskiego, prof. Wojciecha Ładę, prof. Hannę Szwed z Instytutu Kardiologii, która rozpoczęła karierę zawodową w pawilonie 3 Szpitala Dzieciątka Jezus oraz wielu innych znakomitych współpracowników prof. Askanasa.

W dalszym ciągu uroczystości zebrani wysłuchali wystąpienia prof. D. Liszewskiej-Pfejfer poświęconego przypomnieniu sylwetki i działalności prof. Askanasa przytoczonego poniżej.

Szanowni Państwo,

Zebrałiśmy się, aby uczcić pamięć prof. Zdzisława Askanasa, wybitnego kardiologa, nieodżałowanego nauczyciela zebranych tu jego uczniów oraz wielu lekarzy, twórcy IV. Kliniki Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie, która miała siedzibę w tym budynku, przekształconej w dalszych latach w Klinikę Kardiologii A.M. obchodzącej obecnie uroczystość 50-lecie swego istnienia, twórcy pierwszego w Polsce Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie, który również działał w tym historycznym dla kardiologii polskiej budynku.

Prof. Askanas zajmuje wybitne i trwałe miejsce w historii kardiologii polskiej, jako twórca nowoczesnych kierunków jej rozwoju. Poprzez wielkie dokonania własne, kontynuowane następnie przez zainspirowanych przez niego uczniów stworzył warszawską, akademicką szkołę kardiologiczną.

Obecnie pragnę przypomnieć najważniejsze fakty z życiorysu prof. Askanasa. Urodził się 1 czerwca 1910 r. w Warszawie w rodzinie farmaceuty. W Warszawie spędził młodość, tu na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego odbył studia lekarskie zakończone uzyskaniem dyplomu lekarza w 1935 r. Już jako student III roku rozpoczął pracę kliniczną w oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie kierowanym przez wybitnego internistę i współtwórcę kardiologii w Polsce – prof. Mściwoja Semerau-Siemianowskiego. Szkolił się także u prof. Jakuba Węgierki, pod kierunkiem którego pogłębiał wiedzę na temat cukrzycy i problemów kardiologicznych u chorych z cukrzycą. Jednocześnie pracował

początkowo jako wolontariusz, a następnie starszy asystent w Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, kierowanym przez prof. Franciszka Venuleta.

Wybuch II wojny światowej przerwał znakomicie rozwijającą się karierę zawodową i naukową młodego lekarza. We wrześniu 1939 r. został powołany do służby wojskowej, był jednym z żołnierzy załogi twierdzy Modlin. Za osobisty udział i odwagę w czasie ewakuacji rannych z pola bitwy został odznaczony Krzyżem Walecznych. Ciemne lata okupacji niemieckiej były dla doktora Askanasa okresem walki o życie. Do marca 1943 r. przebywał w getcie warszawskim, pracował jako lekarz Szpitala na Czystem i lekarz blokowy. Od marca 1943 r. do wybuchu Powstania Warszawskiego w dniu 1 sierpnia 1944 r. dr Askanas ukrywał się przed gestapo, gdyż został zadenuncjowany przez agenta niemieckiego. Działał w konspiracji pod pseudonimem „Dąb”. We wrześniu 1944 r. został ewakuowany do obozu dla uchodźców w Pruszkowie k/ Warszawy, skąd zbiegł. W okolicach podwarszawskich zorganizował i prowadził wraz z kilkoma warszawskimi lekarzami 3 szpitale Rady Głównej Opiekuńczej. Po wyzwoleniu Polski w 1945 r. dr Askanas wstępuje ochotniczo do Wojska Polskiego, zostaje odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi za zasługi w walce z najeźdźcą i awansowany do stopnia majora. W 1946 r. na wniosek Ministra Zdrowia został zdemobilizowany i zatrudniony jako wicedyrektor Departamentu Farmacji i Zaopatrzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W okresie ogromnych spustoszeń i braków powojennych praca ta, która trwała do 1948 r. wymagała ogromnego zaangażowania i niespożytej energii. Już od 1946 r. rozpoczął współpracę z Lecznicą Ministerstwa Zdrowia, jako lekarz ambulatoryjny, ordynator Oddziału i kierownik pracowni ekg, w dalszych latach, do końca życia pełnił w Lecznicy funkcję konsultanta. W 1948 r. przyznano mu 4-miesięczne stypendium Światowej Organizacji Zdrowia, które odbył w ośrodkach akademickich w Szwajcarii. Od 1 października 1948 r. dr Askanas powraca do pracy klinicznej, zostaje zatrudniony na stanowisku starszego asystenta II. Kliniki Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, od 1950 r. Akademii Medycznej w Warszawie, kierowanej przez prof. Mściwoja Semerau-Siemianowskiego, która mieściła się w tzw. podkowie na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus.

W 1950 r. dr Zdzisław Askanas uzyskał stopień doktora medycyny. Pracę doktorską miał ukończoną już w 1939 r., lecz wskutek działań wojennych przewód nie został sfinalizowany. W 1951 r. w wyniku przeprowadzonego przewodu habilitacyjnego uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego. Praca habilitacyjna nosiła tytuł: „Ocena kliniczna dynamiki skurczu serca”, zajął się w niej zastosowaniem metody polikardiograficznej Blumbergera dla oceny pod-

okresów skurczu serca w wybranych chorobach układu krążenia oraz wpływem leków i wysiłku fizycznego na badane parametry. W tym okresie wprowadził do badań naukowych prowadzonych w II. Klinice Chorób Wewnętrznych – wektokardiografię. Wówczas zajmował się także ujednoczeniem metodyki i mianownictwa elektrokardiograficznego. W dniu 17 października 1953 r. docent Zdzisław Askanas powołany został na stanowisko kierownika IV. Kliniki Chorób Wewnętrznych A.M. w Warszawie, którą Ministerstwo Zdrowia poleciło zorganizować dla potrzeb dydaktycznych Oddziału Sanitarno-Higienicznego A.M. Wstępny okres pracy z 3 współpracownikami (adiunkt i 2 asystenci) rozpoczął się na bazie II. Kliniki Chorób Wewnętrznych. W styczniu 1954 r. przydzielono IV. Klinice skromne, ale własne już lokum w pawilonie nr 8 Szpitala Dzieciątka Jezus, po byłym Oddziale miejskim Chorób Wewnętrznych prof. Felińskiego. Mimo wykonanego remontu, warunki dla funkcjonowania 60-osobowego Oddziału były złe – mała powierzchnia użytkowa, wieloosobowe sale chorych, brak pomieszczeń dla pracowni diagnostycznych i do pracy dla personelu. Wyposażenie w sprzęt diagnostyczny było niezadowalające, a obok tego pełen inwencji i energii prof. Askanas (30 czerwca 1954 r. uzyskał tytuł naukowy profesora) wokół którego skupiło się grono bardzo zdolnej i ambitnej, ale jeszcze mało doświadczonych młodzieży. Rozpoczął się pełen entuzjazmu okres doskonalenia zawodowego i dydaktycznego Zespołu, przygotowywanie pierwszych prac naukowych i doktoratów. Prof. Askanas żywo interesował się również rozwojem studenckiego ruchu naukowego w Akademii Medycznej. W początkowym okresie pracy Studenckiego Towarzystwa Naukowego był przewodniczącym Rady Naukowej sprawującej opiekę nad Towarzystwem. W IV. Klinice Chorób Wewnętrznych prężnie działało Studenckie Koło Naukowe, w którym pracowali późniejsi profesorowie: Mariusz Stopczyk i Danuta Liszewska.

Zainteresowania naukowe IV. Kliniki Chorób Wewnętrznych skupiły się przede wszystkim wokół problemów kardiologicznych. Na pierwszym planie były badania dotyczące diagnostyki oraz leczenia choroby wieńcowej i zawału serca. Zajmowano się także nadciśnieniem tętniczym, chorobami naczyń obwodowych, zmianami w sercu w przebiegu skleroderмии. Asystenci pracowali w zespołach tematycznych skupieni wokół nowo powstałych, często nowatorskich pracowni diagnostycznych takich jak: wektokardiografii, analizy fizycznej, immunologii, odczynów neurohormonalnych w chorobie wieńcowej i w zawale serca, elektrostymulacji, chorób naczyń obwodowych. Już w pierwszych latach swojej działalności Klinika miała szczególne osiągnięcia w zakresie wektokardiografii, obok grupy wrocławskiej była jednym z 2 wiodących ośrodków w Polsce. W Klinice szkolili się w tej dziedzinie lekarze z kraju i z zagranicy. Zespół

Kliniki wykazywał żywą aktywność naukową wyrażającą się licznymi publikacjami, udziałem w Konferencjach i Zjazdach Krajowych i Zagranicznych, wymianą naukową z zagranicznymi ośrodkami wektokardiograficznymi.

W latach 60-tych ubiegłego wieku rozpowszechnienie chorób serca w społeczeństwach krajów uprzemysłowionych wzrastało, a w Polsce przybrało rozmiary epidemii. Choroby układu krążenia były główną przyczyną zgonów w Polsce. Rosła zapadalność i śmiertelność z powodu choroby wieńcowej i zawału serca. W tym okresie śmiertelność szpitalna chorych z chorobami układu krążenia była prawie 3-krotnie, a chorych z chorobą wieńcową prawie 4-krotnie wyższa niż ogólna śmiertelność szpitalna. Prof. Askanas rozpoczął działalność organizacyjną i naukową mającą na celu zwalczenie tej epidemii. W 1961 roku prof. Askanas mianowany został specjalistą krajowym w zakresie chorób układu krążenia i zorganizował, jako agendę swego działania, Centralną Przychodnię Chorób Układu Krążenia. Powstały w niej i były rozwijane takie działy jak: epidemiologia układu krążenia, rehabilitacja kardiologiczna, powstał Centralny Bank urządzeń do implantacji zaopatrzonej w stimulatory elektryczne serca, elektrody, sztuczne zastawki, oksygenatory, z których korzystały ośrodki kardiochirurgiczne i kardiologiczne z całej Polski.

Z inicjatywy i z pomocą prof. Askanasa zaczęły powstawać pierwsze w Polsce Ośrodki Intensywnej Opieki Kardiologicznej, których działalność uratowała życie tysiącom ludzi. Pierwszy taki ośrodek w Polsce powstał w IV. Klinice Chorób Wewnętrznych A.M. w 1963 r., a w ciągu kolejnych 3 lat, 10 dalszych takich ośrodków w kraju. Ukazała się opracowana pod redakcją Profesora pierwsza w Polsce monografia zatytułowana „*Reanimacja kardiologiczna*”, wysoko oceniona w kraju, zdobyła dużą popularność zagranicą. Profesor i przedstawiciele Kliniki byli zapraszani przez Światową Organizację Zdrowia na konferencje robocze zajmujące się wypracowaniem nowych form intensywnej opieki kardiologicznej.

Profesor Askanas aktywnie uczestniczył w budowaniu struktur organizacyjnych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Był członkiem – założycielem Towarzystwa, jego wice-prezesem, a w ostatnim roku życia prezesem. Współredagował „*Kardiologię Polską*”.

W 1967 roku powołany został pierwszy w kraju Instytut Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie, a prof. Askanas został jego dyrektorem. W Instytucie działały następujące jednostki organizacyjne: 1/ Zakład Zapobiegania i Zwalczenia Chorób Układu Krążenia; 2/ Zakład Rehabilitacji; 3/ Zakład Techniki Medycznej; 4/ Zakład Patofizjologii; 5/ IV Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych; 6/ Zespół Pracowni Diagnostycznych; 7/ Zespół Poradnictwa. Instytut mieścił się już w nowym lokum, jakim był pawilon nr 3 na

terenie Szpitala Dzieciątka Jezus odremontowany po Instytucie Reumatologii.

Po kilku latach pracy kilkudziesięciu specjalistów z całego kraju i współpracowników prof. Askanasa zatrudnionych w Instytucie Kardiologii A.M. w Warszawie powstał „Program zapobiegania i zwalczania chorób układu krążenia w Polsce”, pierwszy tego rodzaju dokument w kraju opublikowany w 1973 r. Opracowano i przedstawiono władzom koncepcję przyszłego krajowego Instytutu Kardiologii, która nie doczekała się realizacji za życia Profesora.

Szereg kierunków badań prowadzonych w Instytucie Kardiologii A.M. w Warszawie pod kierunkiem prof. Z. Askanasa miało charakter pionierski w skali kraju i osiągnęło poziom międzynarodowy. Były to następujące dziedziny: intensywna opieka kardiologiczna, elektroterapia, elektrofizjologia (w tej dziedzinie działali późniejsi profesorowie: Mariusz Stopczyk, Zygmunt Sadowski, Tadeusz Kraska, Jacek Żochowski oraz dr med. Aleksander Askanas, dr med. Marian Pieniak i inni), rehabilitacja kardiologiczna (tu byli aktywni późniejsi profesorowie: Stanisław Rudnicki, Jan Tylka, Kazimierz Wrześniewski oraz dr med. Konstanty Ślizdziwski, dr med. Katarzyna Tymińska i inni), epidemiologia chorób układu krążenia, którą zajmowali się późniejsi profesorowie: Stefan Rywik, Danuta Liszewska, Jerzy Korewicki oraz dr med. Bogusław Szczypiorowski, dr med. Eugeniusz Michalski i inni, odczyny hormonalne i immunologiczne w świeżym zawałe serca, które pasjonowały późniejszych profesorów: Leszka Ceremużyńskiego i Jerzego Kucha. Zajmowano się także zagadnieniem zaburzeń gospodarki lipidowej i zaburzeń krzepnięcia w chorobie wieńcowej, metodami leczenia choroby wieńcowej i zawału serca, chorobami naczyń obwodowych. Wyrazem uznania dla prof. Askanasa i reprezentowanego przezeń ośrodka było powoływanie go jako eksperta Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i epidemiologii chorób układu krążenia. Profesor wprowadził pojęcie rehabilitacji kompleksowej chorych po zawałe serca obejmującej rehabilitację fizyczną, psychiczną i socjalną. Był to pionierski, wzorcowy model kompleksowej i wieloetapowej rehabilitacji chorych po zawałe serca przyjęty przez wiele ośrodków polskich i światowych. Światowa Organizacja Zdrowia powierzała Profesorowi organizację spotkań międzynarodowych grup roboczych i szkolenie w zakresie rehabilitacji. Pod redakcją Profesora wydano pierwszą w Polsce monografię pt. „Rehabilitacja kardiologiczna”. Prof. Askanas był także uznanym ekspertem w zakresie epidemiologii chorób układu krążenia. Twórczo uczestniczył w opracowaniu metodyki badań epidemiologicznych dotyczących rejestracji świeżego zawału serca oraz prewencji choroby wieńcowej. Pod kierunkiem prof. Askanasa prowadzono wieloletnie badania nad chorobowością i zapadalnością na chorobę wień-

cową i nadciśnienie tętnicze w populacjach Płocka i Sochaczewa. Dokonano oceny czynników ryzyka choroby wieńcowej w tych populacjach. Przeprowadzono badania nad oceną zapadalności na zawał serca wśród ludności Warszawy oraz badania dotyczące prewencji choroby wieńcowej.

Instytut Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie w czasach prof. Askanasa był przodującym w Polsce ośrodkiem w zakresie elektroterapii serca. Jego osiągnięcia zyskały uznanie na arenie międzynarodowej. Zajmowano się na początku przezklatkową, a później wewnątrzkomorową stymulacją serca, opracowano technikę wprowadzania elektrody wewnątrzkomorowej czasowej pod kontrolą EKG u chorych z całkowitym blokiem przedsionkowo-komorowym oraz zasady diagnostyki zaburzeń stymulacji u chorych z implantowanymi stymulatorami, wprowadzono stymulację przezprzełykową lewego przedsionka w diagnostyce zaburzeń automatyzmu zatokowego i przewodzenia przedsionkowo-komorowego i leczenia częstoskurczów nadkomorowych, oceniano i wprowadzano do stosowania nowe typy stymulatorów serca.

Instytut Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie współpracował z wieloma ośrodkami na świecie, nie tylko z krajów Europy Środkowo-Wschodniej, lecz również z ośrodkami w Stanach Zjednoczonych i we Francji. Prof. Askanas wchodził w skład Rady Naukowej Światowego Towarzystwa Kardiologicznego. Przewodniczył wielu konferencjom międzynarodowym.

W dorobku naukowym prof. Askanasa znalazło się 180 publikacji, wypromował 26 doktorów nauk medycznych i 4 doktorów habilitowanych, którymi byli: doc. Mariusz Stopczyk, doc. Tadeusz Kraska, doc. Jerzy Kuch, doc. Leszek Ceremużyński.

Nieubłagana choroba przerwała jakże owocną działalność prof. Zdzisława Askanasa. Zmarł 25 września 1974 roku.

Już blisko 30 lat minęło od śmierci naszego nauczyciela, wybitnego kardiologa prof. Zdzisława Askanasa, lecz pamięć o nim i jego wielkich zasługach dla rozwoju kardiologii w naszym kraju trwa nadal. Po wielu latach zdumiewa, jak wiele mógł zrobić człowiek stojący na czele młodych zapaleńców – swoich uczniów, działający w niełatwych przecież czasach.

Podziwialiśmy prof. Askanasa za jego błyskotliwą inteligencję, wielką wiedzę medyczną i pozamedyczną obejmującą sztukę, malarstwo, muzykę, za wizjonerskie spojrzenie na wiele zagadnień dla nas jeszcze pełnych tajemnic, za gigantyczną pracowitość i żelazną dyscyplinę w realizacji zamierzonych celów, co starał się nam przekazać. Liczba profesorów, którzy wyszli z Jego Szkoły dowodzi, że nie były to starania daremne. Był dla nas wymagającym, ale i ciepłym, pełnym życzliwości i troski o nasz los Szefem. Był znakomi-



tym, opiekuńczym i troskliwym lekarzem. Pamiętamy o miłym zwyczaju w Klinice, jakim było wręczanie przez Profesora chorem kwiatka w dniu ich urodzin.

Horacy pisał, że twórczością swoją zbudował pomnik trwalszy od spiżu. My uczniowie profesora Askanasa chcielibyśmy, aby pamięć o nim i jego dokonaniach była trwalsza od spiżu i żeby przejęta została przez naszych następców.

Kulminacyjnym momentem uroczystości było odsłonięcie tablicy pamiątkowej ku czci profesora Askanasa dokonane przez J. Magnificencję Rektora Akademii Medycznej – prof. Janusza Piekarczyka. Akt ten poprzedzony był wystąpieniem Pana Rektora, w którym podkreślił wielkie zasługi

prof. Askanasa wybitnego lekarza, znakomitego naukowca i dydaktyka, dla rozwoju kardiologii w Polsce i dla Akademii Medycznej w Warszawie.

W części nieoficjalnej uroczystości część gości, zwłaszcza ci, którzy przed laty tu pracowali, odbyli sentymentalną wędrowkę po pomieszczeniach pawilonu nr 3, dla innych okazją do wzruszeń było spotkanie z dawnymi kolegami. Wszyscy zaś zaproszeni byli do wzięcia udziału w poczęstunku przygotowanym, jak zwykle z niezawodnym smakiem przez kuchnię Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus pod wodzą p. inż. Kałkus.



## Konferencja „Rozwój zintegrowanych usług bibliotecznych”

### XXII Konferencja Szkoleniowa Bibliotek Medycznych

*Mgr Mirosława Müldner-Kurpeta*

*Dyrektor Biblioteki Głównej AM w Warszawie*

W dniach 23-24 czerwca odbyła się coroczna Konferencja Bibliotek Medycznych, zorganizowana przez BG AM w Warszawie. W Konferencji uczestniczyli dyrektorzy i pracownicy bibliotek AM, przedstawiciele Głównej Biblioteki Lekarskiej, instytutów medycznych resortu zdrowia, Polskiej Akademii Nauk, MON i MSWiA oraz przedstawiciele bibliotek warszawskich. Ze strony Akademii Medycznej w Warszawie w konferencji udział wzięli: JM Rektor prof. dr hab. Janusz Piekarczyk (wystąpienie drukujemy na następnych stronach), b. Rektor AM prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko, Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Marek Krawczyk, Przewodniczący Rady Bibliotecznej prof. dr hab. Leszek Bablok, Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw dr hab. Piotr Fiedor, Kierownik Zakładu Informatyki Medycznej AM prof. dr hab. Robert Rudowski.

Tematem wiodącym spotkania był rozwój zintegrowanych usług bibliotecznych. Omówiono nowoczesne technologie informatyczne (IT) – ich wpływ na nowe usługi i organizację pracy biblioteki oraz zmianę oczekiwań użytkowników bibliotek.

Prezentowano zakres, wykorzystanie i kryteria oceny stron WWW bibliotek AM jako platformy usług bibliotecznych. Akademickie biblioteki medyczne oferują jako standard 24-godzinny dostęp do katalogów i baz danych. Realizują również inne usługi on-line: skanowanie i przesyłanie

zestawień tematycznych i zbiorów w postaci plików tekstowych, dostęp do pełnych tekstów czasopism elektronicznych, automatyczny system wypożyczeń międzybibliotecznych [doc@med](mailto:doc@med).

Podkreślono niezwykle ważny problem opracowania standardów dla bibliotek medycznych, zaproponowano powołanie zespołu ds. standaryzacji usług bibliotek medycznych.

Zwrócono również uwagę na konieczność promocji usług bibliotecznych, skutecznego informowania pracowników uczelni i studentów o nowych możliwościach świadczonych usług, także w celu podkreślenia roli bibliotekarza jako menadżera wiedzy.

W trakcie konferencji przewodniczący Senackiej Komisji ds. Informacji i Wydawnictw dr hab. Piotr Fiedor przedstawił „Projekt Wirtualnej Biblioteki Medycznej”, która w zdigitalizowanej formie miałaby archiwizować zbiory bibliotek medycznych, umożliwiając łatwy dostęp do informacji medycznej wszystkim zainteresowanym.

Projekt wywołał ożywioną dyskusję, która nie została zakończona ze względu na ograniczone ramy konferencji. Zainteresowani uzgodnili spotkanie poświęcone wyłącznie tej sprawie.

Konferencji towarzyszyła interesująca wystawa książek przygotowana przez sponsorów: ABE Marketing, Wydawnictwo Naukowe PZWL oraz IPS.



*Uczestnicy Konferencji przed Muzeum im. Anny i Jarosława Iwaszkiewiczów*



*Zebranie dyrektorów bibliotek AM*

## Wystąpienie JM Rektora AM prof. dr hab. Janusza Piekarczyka



Wielce Szanowni Państwo,

Witam bardzo serdecznie i pragnę wyrazić zadowolenie, że wybraliście Państwo Akademię Medyczną w Warszawie na miejsce obrad XXII Ogólnopolskiej Konferencji Bibliotek Medycznych. Wybraliście Państwo niezwykle interesujący temat „Rozwój zintegrowanych usług bibliotecznych”. Usługi te zmieniają się niezwykle dynamicznie i dzisiaj są one nieporównywalne do tych, które oferowaliście Państwo nam jeszcze przed kilku laty. Myślę, że podstawowym problemem staje się możliwość śmiałego spojrzenia do przodu. Bez przesądów i XX-wiecznych przyzwyczajęń niezbędne jest budowanie jednego wspólnego systemu gromadzenia i przekazywania informacji naukowych. Nie wszystkie uczelnie medyczne posiadają biblioteki i chyba nie warto ich budować, w tradycyjnym rozumieniu ich struktury i funkcjonowania. Nie znaczy to jednak, że należałoby z nich zrezygnować.

Pomyślmy wspólnie, jak ten nowoczesny system ma wyglądać i jak ma funkcjonować; nie jutro, ale za 5-10-15 lat. W skali Kraju, Europy i Świata. Postęp jest tak szybki, że wkrótce przyrost roczny informacji naukowych może być porównywalny z całą niemal dotychczasową wiedzą. Za 10-15 lat, niemożliwe będzie gromadzenie nowych zdobyczy nauki w tradycyjny sposób. Wobec tego, może nie próbujemy

nadrabiać tradycyjnych zaległości, uciekajmy raczej do przodu. Budujmy wspólny system, ogólnopolski, kompatybilny z systemem światowym.

Nie namawiam jednak nikogo do rezygnacji z jakichkolwiek zdobyczy, myśli ludzkiej – od zarania naszej cywilizacji. Wiadomo przecież, że zdolności intelektualne człowieka niemal nie uległy zmianie przez ostatnie 10 tysięcy lat, zmieniły się tylko warunki jego życia i narzędzia badawcze. Powinniśmy zatem mieć możliwość dostępu i korzystania z całej przeogromnej skarbnicy wiedzy ludzkiej – od początków dziejów, od starożytności, abyśmy mogli konfrontować naszą wiedzę i zdobycze najnowszych badań z wcześniejszymi dokonaniem i przemyśleniami, także tymi z minionych wieków. Zawsze wszakże warto sięgnąć do sentencji pozostawionych przez naszych poprzedników, aby stwierdzić, iż bardzo często nie tracą one w ogóle na aktualności. Jak ta, wypowiedziana przez Hipokratesa z Kos, **„Różne to dwie rzeczy: świadomość i zarozumiałość; pierwsza rodzi wiedzę, druga nieuctwo”**.

Dziękuję Państwu za uwagę. Dziękuję też za zaproszenie na inaugurację tej ważnej Konferencji.

Życzę Państwu owocnych obrad i miłego pobytu w naszej Uczelni i w Warszawie.



## Zawał serca – początek intensywnej opieki kardiologicznej

*Dr hab. n. med. Marek Kuch*

*Katedra i Klinika Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, Szpital Bródnowski*

*Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. n. med. Mirosław Dłużniewski*

(Wykład wygłoszony w sesji poświęconej pamięci prof. Zdzisława Askanasa zatytułowanej: „*Ostre zespoły wieńcowe*” w ramach IV Warszawskich Dni Farmakologii, Farmakoterapii i Farmakoekonomiki 2003)

Trudno jest jednoznacznie uchwycić początek intensywnej opieki kardiologicznej. Jednakże korzenie tej gałęzi medycyny niewątpliwie sięgają roku 1775, kiedy to ukazała się pierwsza pozycja piśmiennictwa poświęcona tej ważnej dziedzinie. W tym roku na zlecenie Księcia Adama Czartoryskiego zostaje wydane w Warszawie broszurowe opracowanie opisujące sposób oddychania „usta-usta”. Praca poświęcona jest sposobowi udzielania pierwszej pomocy medycznej w ratowaniu... topielców. Cóż, zawał serca nie stanowił dla ludzi żyjących w tamtych czasach problemu epidemiologicznego.

Przenieśmy się jednak w czasie do okresu nam bliższego – początków XX wieku. Na jednym z pierwszych miejsc wśród kanonów leczenia zawału serca, oprócz konieczności hospitalizacji, wymieniano 4–6 tygodniowy okres unieruchomienia – co w praktyce oznaczało leżenie w łóżku! Dzisiaj ten sposób myślenia, bez chwili wahania, jest oceniany jako całkowicie błędny! Przypatrzmy się jednak temu zagadnieniu dokładniej, z punktu widzenia ówczesnej, nie tak odległej medycyny, a przede wszystkim jej możliwości. Sam tok rozumowania nie był pozbawiony logiki; chore serce należało, jak byśmy powiedzieli dzisiaj, odciążać. Cóż można jednak zrobić, gdy narząd ten, mimo choroby, musi cały czas pracować? Zapewne zmniejszyć jego metabolizm (to pojęcie zostanie odpowiednio zrozumiane wiele lat później) – zmniejszano więc pracę serca kładąc chorego na długo do łóżka. Nie były oczywiście jeszcze wtedy znane niekorzystne następstwa długotrwałego unieruchomienia, należy natomiast przyznać, że zmniejszenie zapotrzebowania serca na tlen poprzez zwolnienie jego czynności, czy też zmniejszenie kurczliwości mięśnia serca pozostają nadal podstawowymi mechanizmami leczenia chorób kardiologicznych.

Z perspektywy czasu wiemy jednak, że mimo, iż przesłanki te były prawidłowe, to sposób ich realizacji – długotrwałe

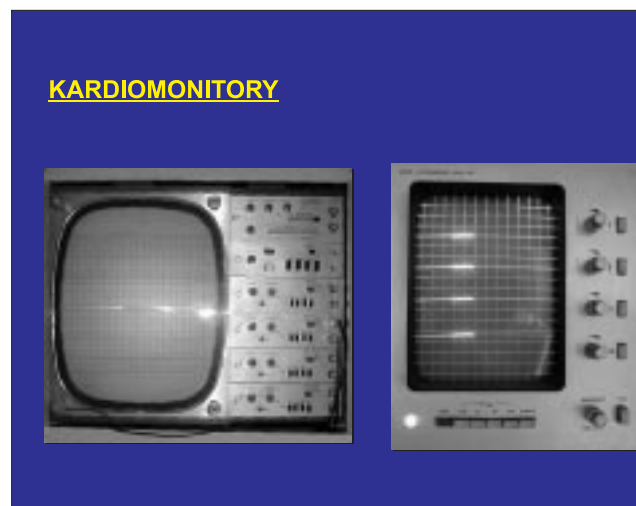
unieruchomienie chorego w zawał serca jest postępowaniem niekorzystnym.

Przełom w opiece nad chorym z zawałem serca następuje dopiero na początku lat sześćdziesiątych, jakkolwiek myśl wzmożonego nadzoru kardiologicznego dojrzała już wcześniej. W roku 1963 Profesor Zdzisław Askanas organizuje Ośrodek Intensywnej Opieki Kardiologicznej (ryc. 1). Był to na owe czasy pomysł innowacyjny nie tylko w skali polskiej, ale również światowej; powstawał jeden z pierwszych ośrodków intensywnej opieki kardiologicznej w Europie.

Niewątpliwym milowym krokiem umożliwiającym rozwój intensywnej opieki kardiologicznej było zastosowanie kardiomonitorów (ryc. 2). Pozwoliło to, początkowo w po-



*Rycina 1. Prof. dr hab. n. med. Zdzisław Askanas*



*Rycina 2. Monitory kardiologiczne: jednokanałowy (po stronie lewej), czterokanałowy – zbiorczy (po stronie prawej).*

stacji zapisu złożonego z pojawiających się kolejno po sobie i znikających licznych punktów, a później już w formie linii ciągłej, rejestrować czynność elektryczną serca pacjenta. Dość płynnie udało się następnie przejść z pojedynczych kardiomonitorów do monitorów zbiorczych rejestrujących jednocześnie zapisy elektrokardiograficzne kilku chorych (ryc. 2). Powstały więc warunki do stworzenia, najpierw pojedynczych sal monitorowanych, a wraz z rozwojem monitorujących central zbiorczych sal intensywnego nadzoru („R”), które po oddzieleniu od oddziałów zachowawczych stworzyły załazek Oddziałów Intensywnej Opieki Kardiologicznej (O.I.O.K.) (ryc. 3, ryc. 4). W dniu dzisiejszym kardiomonitoring dawno już rozpowszechnił się poza oddziałami intensywnego nadzoru, a ich obecność na O.I.O.K. nikogo nie zaskakuje.

Wróćmy jednak do samej idei tworzenia oddziałów intensywnego nadzoru kardiologicznego. Otóż powstanie tychże od-

działów skutkowało nie tylko możliwością wzmoczonego nadzoru nad chorym, ale przede wszystkim zmianą całej „filozofii” leczenia ostrego zawału serca (ryc. 5). Przy czym korzyści wynikające z prowadzenia intensywnej opieki nad chorym wykraczały daleko poza fazę ostrą zawału, powodując skrócenie hospitalizacji, wczesną rehabilitację chorego, a w konsekwencji zmniejszając śmiertelność zarówno w okresie wewnątrz-, jak i poszpitalnym (ryc. 5).



Rycina 3. Rozwój intensywnej opieki kardiologicznej – sale monitorowane (etap I).



Rycina 4. Rozwój intensywnej opieki kardiologicznej – sala intensywnego nadzoru (etap II).



Rycina 5. Korzyści wynikające z wprowadzenia intensywnej opieki kardiologicznej.

Nie znana i trudna do określenia jest rzeczywista śmiertelność w ostrym zawałe serca z pierwszej połowy XX wiek. Oceniana w późniejszych latach śmiertelność wewnątrzszpitalna szacowana była na ponad 20%. Dokładne dane pochodzą jednak dopiero z opublikowanych pod koniec lat 80 tegoż wieku, a więc kilka dekad później, wyników wielośrodkowych, ogólnościatowych badań poświęconych leczeniu fibrynolitycznemu ostrego zawału serca (ISIS-2, GISSI-1, ASSET). Opierając się na otrzymanych wynikach, można w sposób pośredni stwierdzić, że wprowadzenie intensywnej opieki kardiologicznej (jeszcze bez leczenia fibrynolitycznego), spowodowało obniżenie śmiertelności w ostrym zawałe serca do poziomu 12-13%.

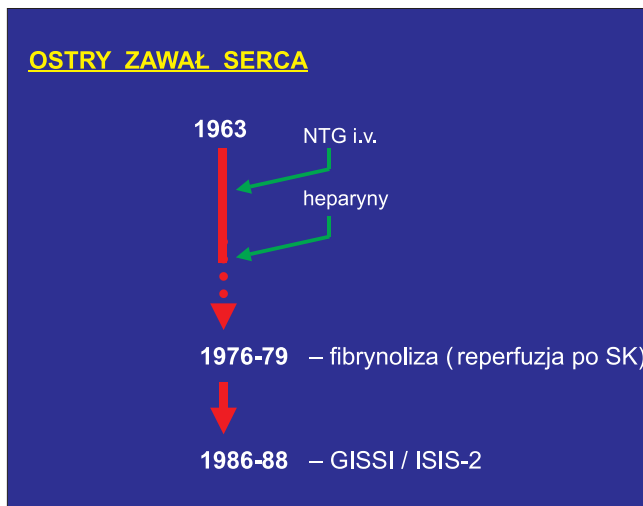
Utworzenie Oddziałów Intensywnej Opieki Kardiologicznej pozwoliło na intensyfikację, a właściwie zmianę sposobu leczenia ostrego zawału serca; wprowadzono drogę dożylną podawania nitrogliceryny, heparynę, aż w końcu...zastosowano leczenie fibrynolityczne (ryc. 6). Warto jednak zwrócić uwagę, jak wiele lat przygotowań było potrzebnych do zastosowania leczenia fibrynolitycznego w ostrym zawałe serca u ludzi. Po raz pierwszy skuteczne zastosowanie streptokinazy w ostrym zawałe serca opisali Fletcher i współpracownicy już w 1958 roku. Nie było jednak jeszcze wtedy warunków, w tym między innymi sal intensywnego nadzoru kardiologicznego, do wprowadzenia

tej metody do praktyki klinicznej. Nastąpiło to dopiero w latach 1976-1979, gdy Chazov oraz Rentrop udowodnili, na podstawie badania koronarograficznego wykonanego w ostrej fazie zawału serca, reperfuzję w tętnicy wieńcowej po podanej streptokinazie. W ślad za tymi odkryciami w drugiej połowie lat 80 przeprowadzono „prawdziwe” wieloośrodkowe badania poświęcone leczeniu fibrynolitycznemu w ostrym zawałe serca. Było to ponad 20 lat od momentu powstania pierwszego w Polsce Ośrodka Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

Od tego momentu badania udowadniające zmniejszenie śmiertelności w leczeniu ostrego zawału serca zaczęto przeprowadzać w sposób lawinowy. Stosując coraz nowsze leki fibrynolityczne, a następnie właściwe strategie postępowania farmakologicznego, zmniejszono śmiertelność z 8% w badaniu ISIS-2 do poniżej 6,0% w badaniu ASSENT-3 (ryc. 7). Wraz jednak

z niewątpliwymi sukcesami w redukcji śmiertelności w ostrym zawałe serca, pojawiały się również niedoskonałości i objawy niepożądane leczenia trombolitycznego. Coraz bardziej intensywne leczenie farmakologiczne, zwłaszcza przy użyciu silniejszych leków fibrynolitycznych spowodowało jednoczesny wzrost groźnych dla życia powikłań; krwawienia, udary krwotoczne mózgu. Stałe podnoszenie górnej granicy wieku osób kwalifikowanych do leczenia, zwiększyło jednocześnie procentowo grupę chorych z przeciwwskazaniami do trombolizy (według niektórych autorów nawet do 15% chorych, którzy mogliby być poddani temu leczeniu) (ryc.7). Badania inwazyjne pokazały ponadto realne efekty, które można uzyskać przy zastosowaniu leczenia farmakologicznego. Reperfuzję po zastosowaniu tkankowego aktywatora plazminogenu, ocenianą koronarograficznie w 90 minucie, osiąga się w około 70%, przy czym utrzymanie drożności tętnicy wieńcowej jest realne w około 50%. W wielu przypadkach otwarcie tętnicy wieńcowej jest ponadto niepełne, gdyż leki są w stanie rozpuścić jedynie skrzeplinę zamykającą światło naczynia. U niektórych chorych leki fibrynolityczne w ogóle nie działają, gdyż zamknięcie światła naczynia spowodowane jest całkowicie przez blaszkę miażdżycową, co tłumaczy część niepowodzeń, mimo zastosowania leczenia już w pierwszych godzinach zawału serca.

Najistotniejsze były jednak dane epidemiologiczne (ryc. 8). Roczna śmiertelność w ostrym zawałe serca pozostała wysoka, w Polsce dochodząc nawet do 40%. Przeważającą część stanowiła śmiertelność związana z ostrą fazą zawału, przy czym większość to zgony w okresie przedszpitalnym w pierwszej godzinie od początku objawów. W godzinie, którą jednocześnie nazwano „złotą”, gdyż przy wdrożeniu intensywnego leczenia w tym czasie możliwe jest zmniejszenie śmiertelności aż o 50% (ryc. 9). Tak dużej redukcji śmiertelności nie można już osiągnąć w żadnym z



Rycina 6. Intensyfikacja leczenia farmakologicznego w ostrym zawałe serca.

**OSTRY ZAWAŁ SERCA**

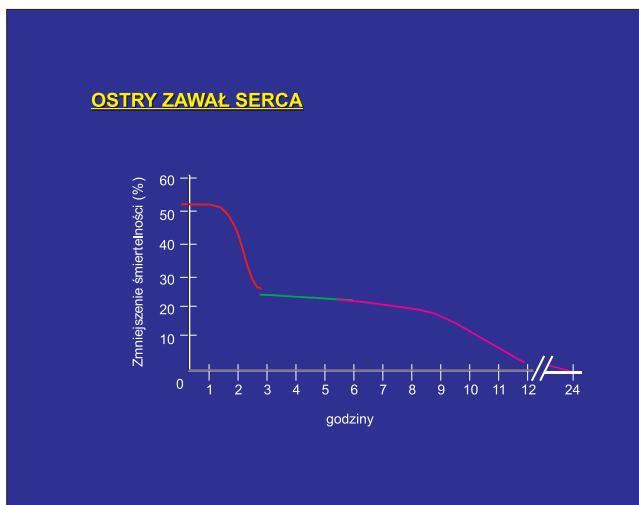
|            | ŚMIERTELNOŚĆ |
|------------|--------------|
| ISIS - 2   | 8,0%         |
| GUSTO      | 6,3%         |
| ASSENT - 2 | 6,18%        |
| ASSENT - 3 | 5,99%        |

❤️ powikłania krwotoczne  
 ❤️ przeciwwskazania dotrombolizy  
 ❤️ „niepełne” otwarcie tętnicy wieńcowej

Rycina 7. Wybrane wieloośrodkowe badania międzynarodowe ilustrujące postęp w zmniejszaniu śmiertelności w ostrym zawałe serca oraz niedoskonałości leczenia trombolitycznego.



Rycina 8. Roczna śmiertelność w ostrym zawałe serca.



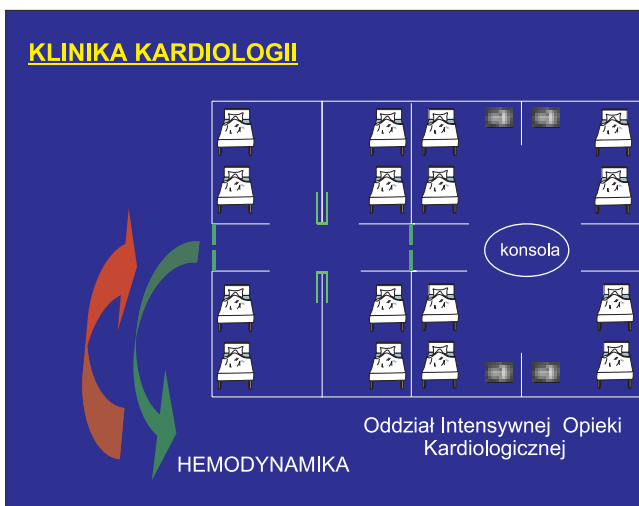
Rycina 9. Zmniejszenie śmiertelności w kolejnych godzinach od wystąpienia bólu zawałowego.

etapów późniejszych. Kolejne dwie upływające godziny, to dramatycznie zmniejszająca się skuteczność interwencji medycznej, aż do mniej więcej 3 godziny od początku bólu zawałowego, kiedy to czas „zwalnia” tworząc pewne plateau na poziomie 25% redukcji śmiertelności. Od około 9 godziny czas ponownie „przyspiesza” i nasze możliwości terapeutyczne ulegają dalszemu znacznemu ograniczeniu. Dramatyczna wymowa tych danych oraz niedoskonałości terapii trombolitycznej wymusiły poszukiwania innych, skuteczniejszych sposobów leczenia zawału serca w ostrej fazie.

Pozostawmy na chwilę problem leczenia ostrego zawału serca i powróćmy do przebiegającego równolegle rozwoju Oddziałów Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Agresywność leczenia zawału serca, większa liczba chorych, jak również rozszerzenie wskazań do intensywnego monitorowania, szybko ujawniły potrzebę stworzenia sal o wzmożonym nadzorze, mniejszym niż na sali „R”, ale niewątpliwie intensywnym

w stosunku do oddziału zachowawczego. Powstały więc tak zwane sale „po-R”, które z czasem zostały wchłonięte przez sale „R”, tworząc w ten sposób wielolóżkowe, praktycznie samodzielne Oddziały Intensywnej Opieki Kardiologicznej zapewniające opiekę chorym z zawałem serca od momentu przyjęcia do chwili wypisu ze szpitala (ryc.10). Wraz z możliwością wykonywania badań koronarograficznych, a zwłaszcza od początku lat osiemdziesiątych przezskórnej angioplastyki wieńcowej, O.I.O.K. stworzyły już funkcjonalne połączenia z Pracowniami Hemodynamiki (ryc.10). Dynamiczny rozwój tej metody, zwłaszcza wprowadzenie pierwotnej, a więc nie poprzedzonej leczeniem trombolitycznym, PTCA, wpłynął jednak z czasem na zmianę funkcjonowania Oddziałów Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Leczenie bardzo wczesnych zawałów serca, mające na celu jak najszybsze udrożnienie tętnic wieńcowych, wyszło poza O. I. O. K. właśnie do Pracowni Hemodynamiki. Oddziały Intensywnej Opieki Kardiologicznej powróciły więc do pierwotnej, jakkolwiek nieco zmienionej już przez leczenie przy użyciu PTCA, funkcji intensywnego nadzoru kardiologicznego i dalszej opieki nad pacjentem po przebytych zawałach serca.

Pierwotna angioplastyka wieńcowa, jako metoda skuteczniejsza w zmniejszaniu śmiertelności, w dużej części wyparła fibrynolizę z leczenia ostrego zawału serca, zwłaszcza w jego pierwszych godzinach. Nie tylko jednak skuteczność stworzyła przewagę PTCA nad leczeniem farmakologicznym. Pierwotna angioplastyka wieńcowa pozwoliła na uzyskanie reperfuzji u chorych mających przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego, zmniejszyła liczbę powikłań krwotocznych oraz pozwoliła na „pełne” otwarcie tętnic wieńcowych, eliminując praktycznie konieczność wykonywania w późniejszym okresie zawału „wtórnych” zabiegów PTCA niezbędnych w wielu przypadkach, pomimo skutecznej fibrynolizy.



Rycina 10. Rozwój intensywnej opieki kardiologicznej – Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (etap III).



Rycina 11. Reperfuzja jako cel leczenia w ostrym zawałach serca.

Oceniając retrospektywnie, z perspektywy 40 lat istnienia intensywnej opieki kardiologicznej, leczenie ostrego zawału serca, można je porównać do walki różnymi sposobami o uzyskanie reperfuzji (ryc. 11). Początkowo kierunek działań obejmował uzyskanie reperfuzji naczyniowej, a więc drożności dużych nasierdziowych tętnic wieńcowych za pomocą leczenia farmakologicznego. Wraz z rozwojem leczenia fibrynolitycznego nacisk położono na jak największą jego skuteczność, dającą większy procent udrożeń naczyń. Wprowadzano coraz nowsze generacje leków fibrynolitycznych, a w latach późniejszych również angioplastykę wieńcową. Jednocześnie badania dowiodły, że skuteczność leczenia zależna jest przede wszystkim od czasu, który upłynął od początku bólu zawałowego do wdrożenia leczenia powodującego reperfuzję. Rozpoczęto więc próby leczenia fibrynolitycznego rozpoczynanego już w okresie przedszpitalnym. W latach dziewięćdziesiątych wprowadzono pierwotną angioplastykę wieńcową. Coraz głębsza wiedza o patofizjologii choroby niedokrwiennej serca pokazała jednak, że jakkolwiek reperfuzja naczyniowa jest niezbędna, to prawdziwym celem leczenia jest uzyskanie reperfuzji tkankowej. Tu jednak nie dysponujemy już specyficznymi lekami służącymi temu celowi, a podstawowe znaczenie odgrywa

CZAS (ryc. 11). To, wydawałoby się oczywiste, stwierdzenie powoli wymusza jednak poszukiwanie dalszych, skuteczniejszych sposobów leczenia ostrego zawału serca. Nowy przeciwnik, jakim jest upływający czas, udowodnił, że rodzaj metody służącej uzyskaniu reperfuzji jest o tyle ważny, o ile maksymalnie skraca czas od początku objawów, do uzyskania drożności tętnicy wieńcowej. Stąd też przypominano sobie o praktycznie zarzuconym już sposobie leczenia fibrynolitycznego zawału serca w okresie przedszpitalnym. Jednak tym razem w nowym aspekcie; fibrynoliza jest leczeniem wstępnym, w czasie transportu chorego do Pracowni Hemodynamiki celem wykonania angioplastyki wieńcowej, stanowiącej ostateczne leczenie ostrego zawału serca. Z całą pewnością postępowanie takie skraca czas do rozpoczęcia intensywnej terapii w zawale serca, trudno jednak dzisiaj powiedzieć, czy mamy do czynienia ze strategią przyszłości. Wydaje się natomiast, że można powiedzieć, iż leczenie powodujące udrożnienie tętnic wieńcowych w ostrym zawale serca definitywnie „opuszcza” Oddziały Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

Czy więc wraz z nadejściem XXI wiek pojawi się inny, nowy model intensywnej opieki kardiologicznej?

## Zakażenia HPV u kobiet w ciąży prawidłowej, powikłanej cukrzycą i po przeszczepieniu nerek

Małgorzata Gajewska

Obrona pracy doktorskiej 05.06.2003

Promotor: prof. dr hab. n. med. Longin Marianowski

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii AM

1. The estimation of frequent occurrence of HPV 6, 11, 16 in cervical canal, venous blood, cord blood and mouth of newborn. 2. The estimation of correlation between virus occurrence in mother and in cord blood or in mouth of newborn. The estimation of possible, additional transmission way of virus from mother to child. 3. The confrontation between method of delivery and existence HPV with child. 4. The estimation of cytological examination and existence HPV with women with normal course of pregnancy and with pregnant women with diminished immune response.

The study group was consisted of 54 pregnant women. They made three groups. The first one-nine women after renal transplantation, fifteen– with diabetes mellitus, which was diagnosed before pregnancy. The control group made thirty women with correct pregnancy. The DNA HPV was searched in cervical canal, venous blood, cord blood and mouth of newborn for. To DNA HPV examination the PCR was used.

With 14(26%) pregnant women HPV DNA was obtained. The DNA HPV was found with 2(22%) women from among nine after renal transplantation, with four (26.7%) from among 15 gravidas with diabetes mellitus and with eight (26.7%) of normal pregnant. With 2 pregnant HPV 6, 11, 16 coexistence occurred. We have obtained high rate of transmission HPV from mother to child – 57. The similar rate of HPV infection with children after vaginal delivery or cesarean section was observed (50 vs 60). Cesarean section probably doesnt protect to HPV infection.

1. Ocena częstości występowania HPV 6, 11 i 16 w drogach rodnych ciężarnych kobiet, we krwi żyłnej, we krwi pępowinowej oraz w jamie ustnej noworodków. 2. Ocena korelacji między występowaniem wirusa u matki, a jego obecnością we krwi pępowinowej i w jamie ustnej noworodka. Ocena możliwej, dodatkowej drogi transmisji wirusa do płodu. 3. Porównanie między sposobem ukończenia ciąży ew. porodu zakażonej matki, a obecnością wirusa u dziecka. 4. Ocena wyniku badania cytologicznego i obecności HPV w drogach rodnych kobiet w ciąży prawidłowej oraz powikłanej zmniejszoną odpowiedzią układu immunologicznego.

Badaniem objęto 54 ciężarne pacjentki. Stanowiły one trzy grupy kobiet. Pierwsza grupa – dziewięć kobiet po przeszczepieniu nerki, druga – piętnaście z cukrzycą insulinozależną rozpoznaną przed ciążą. Trzecia grupa – trzydzieści z prawidłowo przebiegającą ciążą. DNA HPV 6, 11, 16 badano w wydzielinie z szyjki macicy, we krwi żyłnej

matki, krwi pępowinowej i w wymazie z jamy ustnej noworodka. Do badania wirusowego DNA wykorzystano reakcję PCR.

HPV stwierdzono u 14(26%) spośród 54 badanych ciężarnych.

Wśród dziewięciu ciężarnych po przeszczepieniu nerki, HPV stwierdzono u 2(22%) pacjentek.

Wśród 15 pacjentek z cukrzycą przedciążową, DNA HPV stwierdzono u 4(26.7%) pacjentek. Wśród 30 ciężarnych grupy kontrolnej, DNA HPV stwierdzono u 8(26.7%) kobiet. U dwóch ciężarnych stwierdzono współwystępowanie HPV niskiego i wysokiego ryzyka onkogennego.

Uzyskano wysoki odsetek transmisji HPV od zakażonej matki do płodu – 57.

Uzyskano zbliżony odsetek zakażeń HPV u dzieci urodzonych siłami natury i drogą cięcia cesarskiego (50 vs 60). Ukończenie ciąży przez cięcie cesarskie prawdopodobnie nie chroni dziecka przed zakażeniem HPV.



# Zmiany ekspresji białek regulujących apoptozę i lekowrażliwość komórek krwi i szpiku w ostrych białaczkach dziecięcych

Marzena Modzelewska

Obrona pracy doktorskiej 05. 06. 2003

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

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego

During development of different acute leukaemias types approaches to changes in expression of protein regulating apoptosis (BCL-2 and CD95) and drug sensitivity (P-gp) in relation to normal tissues. This changes most often concern percentage of positive cells than density of antigens on/in cells and they depend on type of leukaemia and type of tissue.

In ALL B increase of percentage of BCL-2+ cells in bone marrow was observed, that can influence on apoptosis resistance. However in ALL T and ANLL decrease of percentage of cells CD95+ was observed, that can suggest lower sensitivity of those cells for drugs.

Physiological balance between BCL-2 and CD95 in bone marrow blasts in ALL B and ANLL shifts in favour for BCL-2 expression. In peripheral blood from children with ANLL positive correlation between BCL-2 and Pgp was observed.

Comparable analysis of blasts from marrow and blood in group of children with high and comparable number of blasts showed higher percentage cells BCL-2+ and Pgp+ from marrow as compared to peripheral blood. However blasts from marrow had higher density of Pgp antigen, what suggest their higher resistance to apoptosis. This data suggests necessity to compare only results obtained from the same tissue. High positive correlation between percentage of blasts Pgp+ and time of complete remission in children with ALL B as well as correlation between density of Pgp antigen on lymphoblasts T and blasts number in blood on 8 day of treatment suggests, that investigation of expression of Pgp antigen is worth to add to routine immunophenotyping of blasts.

W rozwoju różnych typów ostrych białaczek dochodzi do zmian ekspresji białek regulujących apoptozę (BCL-2 i CD95) i lekowrażliwość (P-gp) w stosunku do tkanek prawidłowych, przy czym zmiany te częściej dotyczą częstości występowania badanych antygenów niż ich gęstości i zależą od typu białaczki oraz rodzaju tkanki.

W ALL B stwierdzono wzrost odsetka komórek BCL-2+ w szpiku, co może zwiększać oporność na apoptozę, natomiast w ALL T i ANLL spadał odsetek komórek CD95+, co przemawia za mniejszą wrażliwością tych komórek na leki.

Fizjologiczna równowaga między BCL-2 i CD95 ulega zaburzeniu w komórkach białaczkowych szpiku w ALL B i ANLL na korzyść wzrostu ekspresji BCL-2. We krwi dzieci z ANLL zaobserwowano ponadto dodatnią korelację między BCL-2 i Pgp.

Analiza porównawcza blastów szpiku i krwi w grupie dzieci z wysoką i porównywalną liczbą komórek blastycznych wykazała, że w szpiku jest więcej komórek BCL-2+ i Pgp+ niż we krwi, ponadto blasty szpiku cechuje wyższa gęstość Pgp, co sugeruje ich większą oporność na apoptozę. Powyższe dane upoważniają do stwierdzenia, że wyników badań ekspresji tych antygenów wykonanych na blastach szpiku nie należy porównywać do wyników uzyskanych na blastach krwi obwodowej. Wysoka korelacja pomiędzy częstością występowania blastów Pgp+ i czasem uzyskania remisji u dzieci z ALL B oraz między gęstością Pgp na blastach ALL T a blastozą we krwi w 8 dniu leczenia pozwala na sugestię, że badanie tego antygeny warto dołączyć do rutynowego immunofenotypowania blastów.

# PROFILAKTYKA ZDROWIA

## Przeciwdziałanie depresji

*Prof. dr hab. J. Woźniak*

*Emerytowany profesor Wydziału Farmaceutycznego AM*

Zbliżający się okres jesienno-zimowy to prawdziwe wyzwanie dla układu odpornościowego człowieka, to okres huśtawek pogodowych, nieprzyjemnej temperatury, braku słońca i wilgoci. Jesienne i zimowe epidemie grypy oraz błahie przeziębienia zdarzają się właśnie wtedy, gdy nie ma mrozu, co sprzyja rozwojowi bakterii i wirusów.

Jest to pora występowania depresji – stanu znanego od przeszło 2000 lat pod nazwą melancholii. Po raz pierwszy opisał ją znany grecki lekarz – Hipokrates. W Średniowieczu opisał tę przypadłość Piotr Hiszpan – lekarz, który został wybrany na stolicę Piotrową jako papież Jan XXI. Dzisiaj depresja zaliczana jest do chorób cywilizacyjnych, jak choroba układu krążenia czy cukrzyca. A depresja to przejawy różnych stanów obniżonego nastroju uwarunkowane wieloma przyczynami: przewlekłym stresem, chorobami...

Temu towarzyszy przygnębienie, smutek, obniżenie aktywności psychofizycznej, zaburzenia snu. Stąd w walce z depresją niektórzy oddają się życiu towarzyskiemu, jedzeniu i picciu, a większe „przyjęcia” zmieniają się często w obżarstwo wśród oparów alkoholu. Okazuje się, że jest to panaceum na nasze dolegliwości, często nieuświadomione.

Aby nie pogłębiać naszych stanów chorobowych, należy jeść racjonalnie, mniejsze ilości, nie pić alkoholu i nie palić, bo to z pewnością szkodzi.

Jedzenie nie tylko odżywia ciało, ale ma też ogromny wpływ na nasze samopoczucie. Dostarcza zarówno energii niezbędnej do funkcjonowania organizmu, jest budulcem a poprzez substancje aktywne – enzymy i hormony – sterujące niezliczonymi procesami przemiany materii, utrzymuje przy życiu komórki, mięśnie i narządy.

A przyjemność, jaką daje jedzenie i picie jest nie mniej ważna dla samopoczucia i zachowania zdrowia. Nikt nie zaprzeczy, że podniecający zapach i zachęcający kolor potrawy świadczący o jej dobrym smaku, pobudza apetyt i decyduje w znacznym stopniu o tym, jak spożyty pokarm będzie przetworzony w układzie trawiennym.

Wróćmy jednak do jesieni, zimy, a nawet do przedwiosennych wahań pogodowych. Warto zadbać o osobistego lekarza, którym jest układ odpornościowy. Na początek zczekajmy z lekami, a spróbujmy najprostszych metod natu-

ralnych w profilaktyce zdrowotnej. Nikt nie ma już dzisiaj wątpliwości, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

Przede wszystkim postarajmy się zwiększyć w naszej diecie ilość warzyw i owoców, których dorodność i obfitość na rynku zachęca nas do ich spożywania. Istotnie coraz częściej warzywa i owoce awansują z brzegu talerza na jego środek, stając się głównym składnikiem naszej diety. Czerpiemy z tego jeszcze jedna korzyść: są one znacznie smaczniejsze i tańsze od coraz droższych preparatów przemysłu farmaceutycznego. Starajmy się wzbogacać naszą dietę w owoce raczej rodzime, a cytrusy i inne egzotyczne owoce traktujmy jako urozmaicenie. Nie zapominajmy, że owoce importowane wcale nie są bogatsze, np. w witaminę C; cytrusy mają ponadto właściwości wychładzające organizm, co nam się raczej zimą nie przydaje.

Należy jeść więcej pieczywa z pełnej maki (razowe, graham) i przy każdej okazji surówki owocowe i z warzyw kiszonych (kapusta). Są one prawdziwą bombą witaminy C oraz flawonoidów – substancji odpowiedzialnych głównie za stan naszej odporności (procesy wytwarzania przeciwciał), za uszczelnienie naczyń krwionośnych i poprawienie struktury – a przez to właściwości obronnych błon komórkowych. Dzięki temu w przypadku choroby pokonujemy ją siłami organizmu; mija ona znacznie szybciej i ma łagodniejszy przebieg.

Jednakże nie na wiele się zda właściwie dobrana dieta bądź gorliwe stosowanie różnych substancji wspierających (i tych naturalnych i leków), jeśli nie zadbamy jeszcze o jeden bardzo ważny czynnik wpływający na zachowanie zdrowia: ruch!

Najlepiej w postaci spacerów na świeżym powietrzu, bez względu na pogodę. Intensywność ruchu zawsze należy odnieść do stanu wydolności fizycznej organizmu, a nie do wieku kalendarzowego.

Ważne jest przy tym, aby wybrać w ogóle taką formę aktywności fizycznej, która sprawia przyjemność. W przeciwnym razie nie stanie się ona trwałym elementem zdrowego trybu życia. Krótkie momenty aktywności, jak choćby wejście po schodach zamiast jazdy windą, spacer – zamiast przejażdżki samochodem po...mleko i chleb, jak to niekiedy



czynią lenie – mogą się w sumie złożyć na zalecanych 30 minut gimnastyki dziennie. Uprawianie ogródka, grabienie liści, zabawa z dziećmi lub wnukami, a nawet zwykłe prace domowe odgrywają nieraz ważną rolę w codziennym bilansie ruchu. Niestety coraz większa grupa osób „zabieganych” próbuje wyręczyć własny układ odpornościowy w wykonywaniu właściwej mu pracy w walce z czynnikami chorobotwórczymi. Wiele stosowanych pochopnie leków – często niejako profilaktycznie – nie pomaga, a wręcz powoduje osłabienie pracy układu odpornościowego. Do nich należą silnie działające antybiotyki, sulfonamidy i inne preparaty, które często bywają użyte w przypadkach zupełnie nie uzasadnionych potrzebami terapeutycznymi.

Jeżeli chcemy stosować profilaktycznie preparaty wspomagające nasz układ odpornościowy, niech to będą preparaty naturalne – pszczele, czosnkowe i ziołowe. Nie zapominajmy o samym miodzie i przetworach bazujących na nim: nalewkach i ekstraktach ziołowo-owocowych w alkoholu. Są to produkty nie tylko lecznicze, ale sprawiające satysfakcję smakową, poprawiające samopoczucie i zadowolenie. Wydaje się, że bardziej liberalne zalecenia dietetyczne są sensowniejsze niż wszelkie zakazy rygorystyczne, a sensa-

cyjne doniesienia o dobroczynnym działaniu, np. czerwonego wina, zielonej herbaty i czosnku są z pewnością dobrymi przesłankami radości życia i zadowolenia.

Groźne są niektóre media w popularyzowaniu obłądnych metod nawołujących do walki z tuszą, grożąc wszystkim piekłami chorób i podsuwając zdrowotne przepisy: kura z wody, ryba z wody, mięso z wody...itp. Zamiast więc delectowania się jednym twardym jajkiem popijanym chudym jogurtem, jednym kartoflem z gotowaną marchewką bez tłuszczu czy chudym twarożkiem ze szczypiorkiem – dobrze jest od czasu do czasu spożyć grochówkę ze słoniną, placki kartoflane z masłem, bigos i ciasteczko na deser. Lepiej jest oczywiście, kiedy przyjemne można połączyć z dobroczynnym wpływem diety na zdrowie.

Za zdrową dla serca i ogólnej sprawności człowieka uważa się dietę japońską, bogatą w warzywa i ryby, niskotłuszczową. Podobnie śródziemnomorskiej kuchni z warzywami, rybami i ziołami na oliwie oraz trybowi życia ze spokojem i radością podczas jedzenia przypisuje się dobroczynny wpływ na zdrowie. Czas, aby wszyscy zrozumieli, że odżywianie nie polega na bezmyślnym zaspokajaniu łaknienia, lecz powinno być przemyślanym składnikiem życia.

## Leki a żywienie

*Prof. dr hab. Jan Woźniak*

*Emerytowany profesor Wydziału Farmaceutycznego AM*

Lekarze i pacjenci powinni zachować szczególną czujność wobec każdego „nowego” preparatu farmaceutycznego – na podobieństwo ograniczonego zaufania do reklamowanego produktu spożywczego nafaszerowanego chemią.

Sprzedaż farmaceutyków, często nieznanego pochodzenia i o tajemniczym składzie chemicznym wymknęła się spod jakiegokolwiek kontroli. Uwzględniając pobieranie leków i jednoczesne spożywanie znajdujących się w żywności tzw. dozwolonych substancji chemicznych oznaczonych symbolem E, nie można wykluczyć powstającego zagrożenia dla naszego zdrowia. Wynika ono z narażenia na niepożądane skutki zdrowotne z nowo powstałych substancji chemicznych w procesie interakcji zarówno między owymi E-związkami chemicznymi znajdującymi się w żywności i w lekach, jak też między odżywczymi składnikami żywności (białkami, lipidami, węglowodanami, makro- i mikroelementami) a lekami.

O interakcjach leków ze składnikami diety nie zawsze wiedzą sami lekarze. Celowa jest więc czasem konsultacja z dietetykiem lub farmaceutą, którzy wiedzą, jak żywność

wpływa na procesy wchłaniania leku, jego rozmieszczenie w organizmie, na stężenie terapeutyczne, wydalanie i ogólnie na metabolizm leków w organizmie człowieka.

Jeżeli nie ma specjalnych wskazań lekarza, ogólna zasada głosi, że leki popija się wodą, a nie herbatą, kawą, sokiem czy mlekiem; najlepiej 1-2 godziny przed jedzeniem lub 2 godziny po posiłku. Należy ponadto przestrzegać zaleceń zawartych w ulotce informacyjnej dołączonej do preparatu. Dotyczy to głównie dawkowania. Przy przyjmowaniu leków aspirynopodobnych : paracetamolu, panadolu, saridonu, apapu, aspiryny, i in. należy wziąć pod uwagę, że popija się je większą ilością wody – 1 szklanką wody, gdyż rozcieńczona substancja działa mniej drażniaco na błonę śluzową żołądka; po drugie – nie wolno ich stosować ponad przepisaną dawkę. Pobrane bowiem w nadmiarze mogą prowadzić do uszkodzenia nerek. Szczególną wrażliwością na leki aspirynopodobne odznacza się wątroba osoby odchudzającej się, jak też nadużywającej napojów alkoholowych.

Przy przyjmowaniu preparatów zawierających żelazo należy unikać picia kawy i mocnej herbaty; bowiem w wyniku

reakcji garbników zawartych w tych napojach ze związkami żelaza, dochodzi zwykle do upośledzenia procesów wchłaniania jonów żelazawych w przewodzie pokarmowym, co negatywnie odbija się na skutkach terapeutycznych u pacjentów cierpiących na niedokrwistość. Spożywanie kawy i herbaty może również doprowadzić do stanu pobudzenia, niepokoju i kołatania serca u chorych zażywających leki przeciwastmatyczne i przeciwalergiczne (Ephedrine, spasmocalm, cinnarizine, doxylamine, promethazine, aminophylline i in.).

Nie doczekają się odpowiednich efektów terapeutycznych chorzy traktowani antybiotykami, jeśli w ich diecie znajdują się produkty spożywcze bogate w wapń: mleko i jego przetwory – twarogi, jogurt, kefir. Podobnie negatywny wpływ na niektóre antybiotyki (szczególnie z grupy tetracyklin) ma podawanie w tym samym czasie witamin – E, C, kwasu foliowego oraz wszelkich preparatów zawierających magnez, wapń, żelazo bądź cynk.

Nadmierne spożycie bogatych w białko pokarmów pochodzenia zwierzęcego sprzyja utracie wapnia z organizmu. Ma to związek z osteoporozą – chorobą polegającą na niedoborze wapnia i innych minerałów w tkance kostnej. Utrata masy kostnej występuje u kobiet po menopauzie oraz w tzw. osteoporozie starczej u kobiet i mężczyzn – zwykle po 75 roku życia. Wówczas dochodzi często do złamań szyjki kości udowej i innych kości.

Do budowy i utrzymania prawidłowego kośćca niezbędne jest dostarczanie organizmowi wapnia i witaminy D. W diecie najważniejszym źródłem przyjmowanego wapnia jest mleko i jego przetwory. Czy jednak wysoka zawartość białka w mleku może zniżyć korzyści z dużej zawartości w nim wapnia? Oczywiście tak się stanie, gdy dostarczymy organizmowi białko pochodzenia zwierzęcego. Jeden z czołowych specjalistów w dziedzinie fizjologii żywienia J. McDougall badający zależności między chorobami a odżywianiem stwierdził: „Nie ma już w kręgach naukowych rozbieżności w sprawie utraty wapnia związanej z dietą wysokobiałkową. Badania przeprowadzone w ciągu ostatnich 50 lat wskazują, że najważniejszą zmianą, jakiej możemy dokonać, jeśli pragniemy utrzymać bilans wapnia dający naszym kościom masę i wytrzymałość, jest zmniejszenie w naszej diecie ilości spożywanego białka”.

Obok niskotłuszczowego mleka i jego przetworów, bogatym źródłem wapnia są sardynki, łosoś, ale także liściaste zielone warzywa (brokuły, kapusta). Natomiast spożywanie botwiny, szpinaku i innych warzyw zawierających kwas szczawiowy utrudnia wchłanianie wapnia, który z kwasem szczawiowym tworzy szczawiany wapnia – nierozpuszczalne w sokach trawiennych. Podobnie spożywanie pełnoziarnistych przetworów zbożowych (razowe pieczywo, niektóre kasze w nadmiarze) bogatych we włókno upośledza wchła-

nianie wapnia. Natomiast kwas cytrynowy zawarty w owocach przyspiesza jego wchłanianie.

Zapobiegając osteoporozie należy ograniczyć spożycie kawy do jednej filiżanki dziennie, nie palić tytoniu obniżającego zwykle i tak niski poziom estrogenów, wstrzymać się od alkoholu bądź ograniczyć jego spożycie do 1-2 „drinków” dziennie. Korzystne jest przebywanie kilka razy w tygodniu na słońcu przez 30-40 minut, dzięki czemu zostanie utrzymany poziom witaminy D biorącej udział w procesie przyswajania wapnia w tkance kostnej. Nie należy zapominać, że odbudowa kości wymaga bodźca polegającego na ich obciążaniu przez chodzenie, umiarkowany wysiłek fizyczny i ogólnie ruch.

Do niebezpiecznego spadku ciśnienia tętniczego i zwolnienia akcji serca może dojść przy podawaniu propranololu, alenololu i innych beta adrenolityków chorym odżywiającym się tłustym mlekiem i jajami smażonymi na maśle. Zanotowano liczne przypadki zaburzenia rytmu serca, spadki ciśnienia, bóle głowy, a nawet drgawki u osób zażywających leki z grupy blokerów kanału wapniowego (nitredypina, verapamil, corinfar) i spożywających jednocześnie soki i owoce cytrusowe. Nieznane są przyczyny tego zjawiska. Być może jakieś składniki zawarte w cytrusach wzmacniają aktywność terapeutyczną tych leków i dochodzi w ten sposób do efektów ich przedawkowania.

Korzystnie jest unikać spożywania pełnoziarnistych przetworów zbożowych (chleb razowy, żytni, graham, płatki owsiane) w okresie stosowania – w zaburzeniach rytmu serca – preparatów pochodnych naparstnicy (Digoxin, Digitoxin, i in.). Dlaczego? Otóż w interakcji fityny, zawartej w pełnoziarnistych przetworach zbożowych, z aktywnym składnikiem leku nasercowego dochodzi do powstania w przewodzie pokarmowym trudno rozpuszczalnego związku i zmniejszenia ilości wchłoniętej substancji czynnej farmakologicznie.

Od tego jak się odżywiamy, zależy w dużym stopniu poziom specyficznych związków chemicznych zwanych neuroprzekaznikami, które kontrolują nasze zachowanie. I tak duże stężenie serotoniny działa antydepresyjnie – łagodzi ogólne napięcie psychiczne. Jeżeli przeważa w mózgu produkcja dopaminy lub norepinefryny, myślimy i działamy szybciej.

Dlatego dieta podnosząca poziom aminokwasu zwanego tryptofanem przyczynia się do wytwarzania w mózgu serotoniny i w ten sposób przynosi efekt kojący. Należy w miarę możliwości ograniczyć do minimum spożywanie środków stymulujących, takich jak kawa, herbata lub napoje i lekarstwa zawierające kofeinę. Mogą one zaburzyć produkcję melatoniny i wpłynąć niekorzystnie również na sen.

Natomiast dieta wysokobiałkowa o pełnym zestawie aminokwasów wiąże się ze wzrostem stężenia dopaminy i nore-

pinefryny, neuroprzekazników podnoszących aktywność mózgu. Osoby cierpiące na depresję są to w dużym odsetku alergicy – osoby uczulone na niektóre związki chemiczne w ich środowisku.

Chociaż dane epidemiologiczne wskazują, że rodzaj diety ma wpływ na funkcjonowanie mózgu, to poglądy uczonych na rolę żywienia w schorzeniach o podłożu psychicznym są bardzo zróżnicowane. Upraszczając zagadnienie poleca się np. wyeliminowanie z diety sztucznych środków słodzących: sacharyny, cyklamianów glutaminianu sodowego, aspartamu i innych związków chemicznych, w których składnikiem jest głównie aminokwas fenyloalanina – substancja stanowiąca silny alergen dla niektórych osób. Istotnie osoby cierpiące na fenylketonurię powinny unikać aspartamu, ponieważ u nich występuje brak enzymu, potrzebnego do przekształcenia fenyloalaniny w inny aminokwas – tyrozynę. W efekcie dochodzi do wysokiego stężenia fenyloalaniny, które może spowodować uszkodzenia w mózgu. Zatrucie aspartamem – w tym przypadku wywołuje niebezpieczne reakcje obejmujące bóle głowy, nagłe zmiany nastroju, widzenia, nudności i biegunkę, zaburzenia snu, utratę pamięci i przestrzenną dezorientację. Aspartam wydaje się być szczególnie niebezpieczny dla dzieci.

Do zaburzeń depresyjnych alergików może również przyczynić się dieta zawierająca produkty pszenne, bogate, jak wiadomo, w gluten. W połączeniu z chętnie zawsze spożywanymi węglowodanami prostymi (glukoza, fruktoza, sacharoza w miódach, wyrobach cukierniczych, lodach) taka dieta może prowadzić do nieoczekiwanych efektów w postaci przewlekłego zmęczenia, obniżenia sprawności psychofizycznej i...właśnie pogłębionych stanów depresyjnych. Dlatego w tych przypadłościach preferowane są w jadłospisie węglowodany złożone – skrobia w niektórych kaszach, prosie, kukurydzy, ryżu, roślinach strączkowych (soja i przetwory, fasola, groch), ale też warzywa i świeże owoce spożywane w rozsądnych ilościach – 0,5 kg dziennie. W składzie omawianej diety nie wolno zaniedbać spożywania produktów białkowych dostarczających wszystkich niezbędnych aminokwasów (szczególnie tryptofanu) oraz kompleksu niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT). Takim wymaganiom mogą sprostać głównie ryby tłuste i o białym mięsie oraz mięso indyka.

W chorobach sercowo-naczyniowych podaje się leki określone mianem inhibitorów MAO. Leki te blokują aktywność monoaminowej oksydazy – enzymu działającego destrukcyjnie na wspomniane już wyżej neuroprzekazniki. W dyspozycji lekarza znajduje się pokaźny asortyment inhibitorów MAO, by wymienić zaledwie kilka: izokarboksazyd – marplan, phenelzine – nardil, leki trójpierścieniowe – amitryptyline – elavil, endep, desipramine, imipramine, tarfanil.

One to właśnie regulują nastrój człowieka zwiększając stężenie amin katecholowych i serotoniny w mózgu. Przy stosowaniu inhibitorów MAO nie należy zapominać, że one bardzo łatwo wchodzą w niebezpieczne dla człowieka interakcje zarówno z innymi równocześnie przyjmowanymi lekami, jak też i składnikami diety. W tym przypadku chodzi o wyeliminowanie z diety produktów zawierających tyraminę – substancję powstałą przez dekarboksylację tyrozyny. Tyraminę zawierają wątroby kurze i wołowe, sery podpuszczkowe (twarde), wędzone mięsa i przetwory, śledzie, orzeszki ziemne, wina, a nawet jogurty.

Generalnie taka dieta powinna być pozbawiona jakichkolwiek produktów, które przeszły technologiczny proces fermentacji – „dojrzwania” oraz wędzenia. W wyniku interakcji zażywanych inhibitorów MAO z tyraminą spada stężenie leków, a zatem i ich aktywność wobec enzymu MAO. Skutkiem tego dochodzi do wzrostu ciśnienia tętniczego.

W terapii tzw. depresji sezonowej korzystne jest działanie światła słonecznego, którego brak odczuwa się w okresie jesienno-zimowym. Dobrze jest więc przebywać od czasu do czasu w pomieszczeniu bardzo silnie oświetlonym o natężeniu 800-10000 luksów, przez 30 minut. Światło bowiem i ciemność to podstawowe czynniki regulujące produkcję melatoniny, naturalnego hormonu wydzielanego przez szyszynkę. Hormon ten ma kluczowe znaczenie w regulacji naszego tzw. zegara biologicznego. Po wyizolowaniu tego hormonu w roku 1958 roku przez grupę badaczy na uniwersytecie Yale najpierw sądzono, że hormon ten odmładza, działa przeciwnowotworowo, poprawia odporność i sprawność seksualną. Do dziś bezspornie udowodniono, że melatonina jest skuteczna w leczeniu zaburzeń snu związanych z pracą na różne zmiany i kłopotów związanych z szybką zmianą stref czasowych podczas lotów międzykontynentalnych (zjawisko jet-lag).

Melatonina w pojęciu farmakologicznym nie jest środkiem nasennym, likwiduje jedynie zaburzenia rytmu dobowego, jakie występują z przyczyn wyżej wspomnianych, ale też u osób nadużywających późnym popołudniem i wieczorem mocnej herbaty, kawy, coca-coli.

Oprócz kofeiny, także liczba wypalanych papierosów lub nawyk sięgania po mocny alkohol powodują kłopoty ze snem. Wprawdzie jeden kieliszek wina może pomóc zasnąć, ale już dwa i więcej podziałają przeciwnie. Dobrze jest raczej zjeść lekkostrawną kolację – najpóźniej do godziny 20, składającą się z makaronu, ryby, kawałka indyka, razowego pieczywa, jogurtu, banana, szklanki ciepłego mleka z miodem. Spożywanie bowiem ciężkich i obfitych potraw tuż przed udaniem się na spoczynek może prowadzić do zaburzeń trawienia, co powoduje zaburzenia snu. Kiedy po zmierzchu wzrasta produkcja melatoniny, proces trawienny ulega

spowolnieniu. Zaleca się także unikać ćwiczeń fizycznych, ponieważ wysiłek fizyczny spowalnia wydzielanie melatoniny. Dlatego ćwiczenia fizyczne najlepiej uprawiać rano, przy otwartym oknie i naturalnym oświetleniu. Taki sposób postępowania wspomaga naturalny rytm organizmu wytwarzania melatoniny pod wieczór.

W dokuczliwej nadkwaśności, przy owrzodzeniu żołądka i dwunastnicy popularne stało się przyjmowanie leków typu ranitydyna (ranigason, gastroen, ranigast), cimetidine i in.

Wszystkich zażywających wymienione preparaty obowiązuje bezwzględne wstrzymanie się od spożywania wszelkich napojów alkoholowych – nawet w ilościach uważanych za bezpieczne. Po spożyciu alkoholu dochodzi do interakcji między lekami a grupą enzymów odpowiedzialnych za przebieg procesów spalania alkoholu i wzrost stęże-

nia toksycznych jego metabolitów w organizmie. Uwaga kierowcy! Najmniejszy drink wtedy zawsze odbije się przekroczeniem wskaźnika 0,2 promila alkoholu we krwi.

Tak więc na podstawie przedłożonych w skrócie danych można uogólnić wyniki badań, które wskazują, że odżywianie w medycynie zapobiegawczej odgrywa decydującą rolę. Lekarze i dietetycy podkreślają z naciskiem, że dla zachowania kondycji zdrowotnej może wystarczyć zróżnicowana dieta, uboga w tłuszcze zwierzęce i cukier, zawierająca błonnik, niskokaloryczna, pozwalająca utrzymać normalną wagę ciała.

Do tego bardziej korzystne jest spożywanie pokarmów bogatych w witaminy, makro- i mikroelementy, niż przyjmowanie później preparatów farmakologicznych.

## Tysiące lat wojny człowieka z przyrodą

*Prof. dr hab. Jan Woźniak*

*Emerytowany profesor Wydziału Farmaceutycznego AM*

„Dbajmy o naszą planetę, innej przecież nie mamy”. Takie wezwanie padło z ust księcia Filipa, prezesa Światowego Funduszu na Rzecz Przyrody. Susze, klęski nieurodzaju, zatrute powietrze i woda mają złowieszczą wymowę. Są to objawy choroby nękającej Planetę, która nie potrafi już sprostać wygórowanym potrzebom ludzi. A dla przetrwania populacji człowieka są niezbędne przede wszystkim czyste powietrze, którym oddychamy, bezpieczna zdrowotnie żywność i woda. Niestety te potrzebne do życia składniki przyrody są bezlitośnie zanieczyszczane albo wyczerpywane tak dalece, że w niektórych krajach stan środowiska już zagraża życiu człowieka. „Ekologia przyłożyła nam nóż do gardła” – tak obrazowo o zniszczonym przez człowieka środowisku wyraził się kiedyś Michaił Gorbaczow. „Choroba dzieci stała się już dzisiaj zgoła normalnym zjawiskiem” – tak brzmiała konkluzja z wyników badań przeprowadzonych w Meksyku przez dr Margeritę Castillejos. Istotnie jest to jedno z najbardziej zanieczyszczonych na świecie środowisk, w którym tysiące pojazdów na ulicach miast kraju wytwarzają stały smog, a stężenie ozonu jest tam czterokrotnie wyższe niż przewidują normy WHO. W Australii zaś słońce uważa się bardziej za wroga niż przyjaciela. Przerzedzenie ochronnej warstwy ozonowej nad półkulą południową naszej planety sprawiło, że liczba zachorowań na raka skóry wzrosła tam trzykrotnie.

Problem ten nie dotyczy tylko Australii. Uczeni wykryli spadek stężenia ozonu w stratosferze również nad pewnymi

rejonami na półkuli północnej – w tym nad Polską. A tymczasem wywędrowało do stratosfery ponad 20 milionów ton freonów, substancji stosowanych masowo w urządzeniach chłodniczych i kosmetycznych opakowaniach aerozolowych. Badania wykazały, że owe freony niszczą ochronną warstwę ozonową, która pochłania szkodliwe dla człowieka promieniowanie nadfioletowe – przyczyniające się do powstania raka skóry.

Nie ma też zdrowych ludzi – głównie dzieci – w Karabachu, gdzie co roku fabryki emitują do atmosfery ponad 160 tysięcy ton substancji toksycznych, średnio około 9 ton na każdego tam mieszkańca. Dwie największe na świecie i najbardziej przestarzałe huty niklu – Manczegorsk i Nikiel wypuszczają w powietrze ogromne, nie dające się ująć analitycznie, ilości dwutlenku siarki i pyłów zawierających związki metali ciężkich.

Nie jest lepiej na pustynnym dzisiaj obszarze Sahelu, szerokim pasie ciągnącym się na południe od Sahary. Wyrzebiecie porastających tam wcześniej lasów spowodowało klęskę suszy i wyginięcie prawie wszystkich stad hodowlanych i dziko żyjących zwierząt. Setki tysięcy małych gospodarstw zostało pogrzebanych w piasku stale rozszerzającej się pustyni. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat rabunkowej gospodarki człowieka wycięto na budulec połowę lasów porastających stoki Himalajów, co spowodowało, że na tym obszarze doszło do zmycia milionów ton wierzchniej życiodajnej warstwy gleby. Podobnie w Bangladeszu woda

wchłaniana przez bujne niegdyś tropikalne lasy spływa teraz w czasie ulewnych deszczy po огоłoconych zboczach gór w kierunku wybrzeża i wywołuje katastrofalne powodzie. I tak dalej można mnożyć niewyobrażalne kataklizmy nawiedzające naszą chorą planetę.

Dobrze się więc stało, że światli ludzie wreszcie zrozumieli istnienie ścisłych związków pomiędzy zdrowiem człowieka a stanem otaczającego go środowiska; że zrozumieli potrzebę współpracy z naturalnym systemem przyrody, kreując naukę zwaną ekologią. Wyraz „ekologia” znaczy dosłownie „nauka o domu”. Najkrótsza definicja tej nauki według niektórych współczesnych słowników – to badanie szkodliwego wpływu cywilizacji na otoczenie w celu zapobiegania temu oddziaływaniu i odwróceniu jego skutków w procesie ochrony środowiska. Istotnie ta – ze wszech miar potrzebna – nauka postawiła sobie za cel analizę szkód, jakie człowiek wyrządził przyrodzie i opracowanie sposobów ich naprawienia. Ale żadne z tych zadań nie jest dzisiaj łatwe, ponieważ niewyobrażalne szkody w środowisku są zjawiskiem działań nie tylko współczesnej cywilizacji, ale kumulacją procesów niszczenia przyrody, trwającej przez wieki, a nawet tysiące lat. Czy jest więc nadzieja na uniknięcie zagłady naszego „domu”, skoro większość społeczeństw współczesnego świata zrozumiała, że nasza planeta bez skutecznej pomocy nie da rady z całym obciążeniem cywilizacji.

Wśród społeczności świata wzrosła świadomość, że do degradacji środowiska przyczynia się niszczący żywioł wojen. Obliczono, że w ostatnich 5 tysiącach lat ludzie przeżyli około 14 tysięcy małych i dużych wojen, w których zginęło ponad 3,5 miliarda ludzi, a w warunkach względnego pokoju – około 300 lat. Zniszczone w tych wojnach dobra zapewniłyby ludzkości przeżycie kilku tysięcy lat w dobrobycie. Wojna wojnie nie jest równa. Nie są na przykład porównywalne zniszczenia spowodowane przez pierwszą i drugą wojnę światową. Wszystko natomiast wskazuje, że trzeciej wojny światowej nasza planeta już nie wytrzyma. I tak w pierwszej wojnie światowej wzięło udział 38 państw na terytorium o powierzchni 4 milionów km<sup>2</sup>, przy stratach ludzkich wynoszących blisko 10 milionów; od ran i chorób – wyginęło jeszcze 20 milionów. Do działań bojowych w drugiej wojnie światowej wciągniętych zostało już 60 państw, na terytorium ponad 22 milionów km<sup>2</sup>, a życie straciło blisko 60 milionów ludzi. W ostatniej wojnie światowej – tylko w krajach rozwiniętych – zniszczeniu uległo 54% przemysłu oraz blisko 40% gospodarstw rolnych. Wojska okupacyjne często stosowały taktykę „spalonej ziemi”. Zniszczeniu uległy masywy leśne i ogromne połacie płododajnej ziemi. Na ogromnych przestrzeniach rolniczej ziemi zalegające stosy wojennego „żelastwa”, odłamki pocisków, tkwiące w ziemi tysiące min oraz leje od bomb wypełnione błotnistą wodą uniemożliwiały bardzo długo jakiegokolwiek uprawy.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej w lokalnych konfliktach i mniejszych wojnach – by tylko wymienić interwencje w Wietnamie, Korei i na Bliskim Wschodzie – śmierć poniosło ponad 20 milionów żołnierzy i ludności cywilnej. W stosowaniu nowoczesnej techniki wojennej przestały tam funkcjonować wszelkie bariery moralne i ograniczenia w niszczeniu zasobów przyrodniczych. Areną działań wojennych stały się wody i przestrzenie podwodne, atmosfera i obszary lądowe niemal od bieguna północnego, daleko poza geograficzny pas równikowy.

Wojny zmieniały nie tylko strukturę demograficzną społeczeństw i sferę ekonomiczną, ale też ucierpiały wartości moralne, pojawiła się nieufność we wzajemnych stosunkach międzynarodowych. Podcięliśmy gałąź, na której siedzimy. W warunkach powszechnej nienawiści i braku zaufania do wszelkich poczynań sąsiada niewyobrażalne straty poniosło środowisko naszego bytowania. Nie jest łatwo ani przyjemnie dociekać, jak duże zniszczenia przynosiła wojna w przyrodzie i w populacji człowieka. Jednakowoż nikt nie ma prawa milczeć o tym, że wszelkie straty poniesione choćby tylko w drugiej wojnie światowej będą negatywnie odbijać się na życiu jeszcze kilku pokoleń człowieka.

Łącznie z bronią konwencjonalną testowano tuż po drugiej wojnie światowej nową broń masowego rażenia, która stawała się jednocześnie bronią antyekologiczną – niszczącą na wielką skalę zasoby naturalne środowiska. Wystarczy wspomnieć, że herbicydy i defolianty zniszczyły w samym tylko Wietnamie wszelką roślinność na obszarze ponad 350 tysięcy hektarów uprawnej ziemi. Na każdego mieszkańca tamtego kraju przypadało średnio 3 kg różnych trucizn. Niektóre z nich, np. dioksyne – substancje groźniejsze od cyjanków i zachowujące przez dziesiątki lat swoją strukturę chemiczną – będą jeszcze długo niszczyć naturalną odporność organizmów, generować choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, poronienia i urodzenia zdegenerowanych bądź martwych dzieci. Dywanowe bombardowania przynosiły nie tylko straty ludzkie, ale przyczyniały się do powstawania na tysiącach hektarów lei i dołów, przekształcających się w błotniste sadzawki czyniąc bezpowrotnie nieprzydatną – wcześniej urodzajną – ziemię pod uprawy.

Inne osiągnięcia powojennej techniki – to rakieta „Tomahawk”. Może ona przenosić ładunek konwencjonalny, ale też i głowicę jądrową o mocy kilkanaście razy większej od bomby atomowej zrzuconej na Hiroshimę. Przy stosunkowo małym gabarycie i wysokości lotu 30-300 m nad ziemią jest ona prawie niewykrywalna przez stacje radiolokacyjne. Może ona spowodować niewyobrażalne straty zarówno w sile żywej przeciwnika, jak też ogromne skażenia środowiska izotopami radioaktywnymi na znacznych obszarach.

Dodajmy do tego skutki, jakie mogą wywołać w środowisku różne rodzaje broni bakteriologicznej tworzonej i przete-

stowanej nie tylko w Rosji i USA, ale też i w innych krajach należących do grupy państw postrzeganych za terrorystyczne. Na przykład jeden gram jadu kiełbasianego /toksyna botulinowa/ może zatruć ponad 8 milionów ludzi. Niebezpieczeństwo dla świata tkwi w tym, że badania nad bronią bakteriologiczną trwają nadal. Ponadto nie wszyscy wiedzą, że wszystkie znane antybiotyki są bezskuteczne wobec niektórych szczepów mikroorganizmów broni bakteriologicznej. Nie ma skutecznych szczepionek na bojowe preparaty otrzymane choćby z jadu pajaków meksykańskich, czy przeciwko szczególnie opornym szczepom dżumy. Należy podkreślić, że badania nad bronią jądrową, chemiczną i bakteriologiczną są tym bardziej niebezpieczne dla ludzkości, iż szczególną aktywność w tych dziedzinach przejawiają Indie skłócone z Pakistanem, Libia, Irak, Iran, Syria, Egipt i Izrael.

W walkach z partyzantami i z..... przyrodą wprowadzono też program pod nazwą „rzymski pług”. Polegał on na zastosowaniu ciężkich buldożerów zaopatrzonych w potężne noże do szybkiego ścinania najgrubszych drzew. Wycięcie tysięcy hektarów lasu na terenie równinnym skutkuje tym, że do jego naturalnego odrodzenia potrzeba co najmniej 100 lat, zaś na terenach górzystych dochodzi do zmycia aktywnej warstwy ziemi ze zboczy pozbawionych drzew. Erozja i zakwaszenie resztek gleby uniemożliwia w ogóle istnienie jakiegokolwiek roślinności, ginie wiele gatunków zwierząt oraz bakterii saprofitycznych. Na przykład w Wietnamie z ponad 150 gatunków ptaków pozostało zaledwie 20, zniknęły ryby w rzekach, wyginęły płazy i owady.

Zatrzymajmy się nad apokalipsą zgotowaną przyrodzie w wyniku wojny w Zatoce Perskiej w roku 1990-91. Rozlewająca się ropa naftowa objęła cały przybrzeżny system ekologiczny o ogólnej powierzchni 10 tysięcy km<sup>2</sup>. Odstępujące wojska iraackie wysadziły niemal wszystkie kuwejskie urządzenia wydobywcze na polach naftowych, wskutek czego powstały potężne jeziora palącej się ropy naftowej. Ze zniszczonych wież wydobywczych tryskały fontanny palącej się ropy, sięgające 100 m wysokości wyrzucając w powietrze duszące gazy, codziennie – 100 tysięcy ton sadzy, ponad 70 tysięcy ton dwutlenku węgla, 50 tysięcy ton dwutlenku siarki. W odległości 3 tysięcy km na wschód od Kuwejtu, w Kaszmirze, w Iranie, Arabii Saudyjskiej i w samym Kuwejcie spadły kwaśne deszcze. Wszystkie te ogromne terytoria pokryły się sadzą.

Zemułgowana brązowa masa ropy naftowej zalała rafy koralowe, zniszczyła ryby, morskie bezkręgowce i ptaki. Krajobraz po wojnie – to spalone tereny – niegdyś śnieżnobiałej – zatoki El-Mussielmiach, zniszczone – niegdyś przepiękne – mangrowe zarośla nadbrzeżnej strefy tropikalnej, ograbione muzea, stopy złomu techniki wojennej, nasycenie w głąb piasków ropą naftową. Gwałtownie wzrosła po wojnie śmiertelność dzieci, głównie do 14 roku życia, potroїła

się liczba chorób dróg oddechowych wśród mieszkańców obszarów przylegających do strefy działań wojennych.

Wsiąkająca w głąb ziemi ropa naftowa zagraża czystości wód podziemnych, co w przyszłości zaostreży problem zaopatrzenia w wodę pitną głównie w Zjednoczonych Emiratach Arabskich. Do ziemi dostały się też toksyczne produkty spalania, do roślin i do... mleka krów i owiec. Najbardziej niebezpieczne dla człowieka stały się wszechobecne substancje rakotwórcze.

Skażenie terenów objętych działaniami wojennymi odbiło się negatywnie na zdrowiu ponad 4 tysięcy żołnierzy biorących udział w „Pustynnej burzy”. Zastosowana przez Irak broń chemiczna, toksyczne aerozole oraz szkodliwe substancje wyrzucone do atmosfery po zburzeniu zakładów chemicznych pod Bagdadem wywołały widoczne objawy zatrucia u żołnierzy amerykańskich, charakteryzujące się chronicznym zmęczeniem, częściową utratą pamięci, uszkodzeniem pracy układu sercowo-naczyniowego, przewodu pokarmowego oraz licznymi odczynami alergicznymi.

Skutki działań wojennych w Zatoce Perskiej można byłoby porównać ze znanym teoretycznie modelem „zimy jądrowej”, która nastąpiłaby w globalnym konflikcie po uderzeniach broni atomowej. Dobrze się stało, że do apokalipsy atomowej dotąd nie doszło; że narodziła się w świecie pewność, iż nasza cywilizacja może tylko przetrwać w warunkach mądrej politycznej i naukowej strategii człowieka zgodnej ze strategią przyrody. A przecież wystarczy trud człowieka włożony dotąd w nieprawdopodobne osiągnięcia nauki i techniki wojskowej wykorzystać w celach pokojowych. Kosmiczne i lotnicze aparaty wywiadowcze mogą być użyte do rejestracji zawartości np. pestycydów w uprawach rolniczych, w ocenie strat poniesionych w dużych katastrofach żywiołowych. Za pomocą wojskowych środków radiolokacyjnych i urządzeń dźwiękowego penetrowania można kontrolować stopień zanieczyszczenia oceanów i atmosfery, zakres nawodnienia, określać rozmieszczenie dziur ozonowych, śledzić przesuwanie się lodowców, gór lodowych, ławic ryb – by tylko wymienić kilka przykładów pokojowego zastosowania wojskowego sprzętu wysokiej jakości.

Natomiast badania i doświadczenia z coraz bardziej nowoczesnym uzbrojeniem zawsze wiążą się ze stratami poniesionymi przez środowisko przyrodnicze. I tak wszelkie bazy wojskowe, poligony, lotniska... zajmują dziesiątki tysięcy km<sup>2</sup> w każdym kraju. Nie łudźmy się, że wpływ substancji chemicznych, radioaktywnych czy zanieczyszczeń bakteriologicznych ogranicza się wyłącznie do obszarów zajętych przez poligony i ośrodki badawczo-doświadczalne. Te wszystkie trujące substancje niesione z wiatrem, opadami atmosferycznymi, wodą, owadami, ptakami... przenikają w coraz bardziej oddalone od baz wojskowych rejony, powo-

dując nieraz znaczne straty ekologiczne, o których nikt z nas nie wie. Prawie 25% paliwa raketowego w świecie jest zużywane dla celów wojskowych. Zasnute kurtyną tajności są koszty opracowania, wytwarzania, badań i przechowywania środków bojowych. Koszty te ponosi społeczność całego świata.

Doświadczenia z bronią atomową przeprowadzone w latach 50–60 tych XX wieku spowodowały skażenia izotopami radioaktywnymi /o długim okresie połowicznego rozpadu/ znacznych obszarów naszego globu. Tragiczna lekcja Czarnobyla przypomina o możliwości wymknięcia się spod kontroli każdej techniki jądrowej, z brzemieniami dla środowiska następstwami. Od tej awarii minęło 15 lat, a w Alpach wciąż utrzymuje się duże skażenie promieniotwórcze. Według Le Monde ostatnie badania ujawniły duże stężenie radioaktywnego Cezu-137 w niektórych rejonach alpejskich Szwajcarii, Włoch i Austrii. Jego stężenie 50-krotnie przekroczyło dopuszczalne w Europie normy. Dlatego jeszcze dzisiaj w tych krajach kontroluje się poziom radioaktywności wody, żywności – mleka i grzybów.

Doświadczenia z radziecką bronią jądrową prowadzone w latach 50-80-tych ubiegłego wieku nie pozostały bez śladu dla mieszkańców Kazachstanu, Ałtajskiego Kraju i innych rejonów Azji Środkowej. W roku 1990, a więc jeszcze w trzecim pokoleniu populacji tamtych ludzi, stwierdzono zwyrodnienia, ciężką żółtaczkę u 30% dzieci i porażenia centralnego układu nerwowego u ponad 70% mieszkańców.

W piśmiennictwie fachowym znajdują się dane, iż w wyniku skażenia środowiska opadami radioaktywnymi /doświadczenia z bronią jądrową/ wzrosła śmiertelność dzieci w USA i Wielkiej Brytanii.

W jądrowym szaleństwie – jak wiadomo – przodowały dwa mocarstwa: Stany Zjednoczone i Związek Radziecki. Kraje te zgromadziły tak duży potencjał atomowy, że był on zdolny wielokrotnie zniszczyć życie na ziemi. Zapas jądrowy wynosił po 2 tony na każdego mieszkańca naszej planety. W procesie zanieczyszczenia świata substancjami radioaktywnymi odegrały rolę nie tylko doświadczenia z bronią jądrową. Udział w tym mają wszelkie manipulacje materiałami rozszczepialnymi w celach pokojowych oraz stosowanie ich w niektórych technikach wojskowych.

Zanieczyszczenie substancjami radioaktywnymi zagraża w pierwszej kolejności światowemu oceanowi. Już od początku rozwoju energetyki atomowej zatapiano w morzach pojemniki zawierające stałe odpady radioaktywne – części reaktorów atomowych, skażone urządzenia przemysłowe i ubrania ochronne, odpady biologiczne i medyczne, zużyte wyposażenie laboratoryjne, pokrycia itp. Pierwszy zrzut odpadów radioaktywnych do morza miał miejsce w r. 1946 w Stanach Zjednoczonych, następnie dokonała tego Wielka Brytania w r. 1949, w r. 1955 dołączyła Japonia, a w 1967 –

Holandia. I tak zgodnie z postanowieniami Konwencji Londyńskiej zrzuty odpadów radioaktywnych do morza /wprawdzie już tylko niskoaktywnych/ trwały do r. 1983.

Zrzuty materiałów radioaktywnych do morza w Związku Radzieckim rozpoczęły się wraz z prowadzonymi doświadczeniami związanymi z konstrukcjami podwodnych łodzi atomowych i pierwszego lodolamacza atomowego „Lenin”. Odpady radioaktywne wrzucano do Morza Białego, w Zatoce Fińskiej, do mórz Barentsa i Karskiego i w rejonach Kamczatki.

Jak bardzo opornie przebiegała się do świadomości technokratów konieczność działania dla dobra środowiska – niech będą tego przykładem trudności w realizacji postanowień Konferencji Londyńskiej w r. 1983. Przeciw rezolucji o zaprzestaniu zrzutów radioaktywnych odpadów do morza na dwa lata głosowały takie państwa jak Holandia, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Japonia, a nawet bogata Szwajcaria. Niemniej przerwano zrzuty do morza.

Według danych „Times’a” na dnie oceanów znajduje się: 6 wraków podwodnych łodzi atomowych, 8 czy nawet 10 zużytych reaktorów atomowych i kilkadziesiąt głowic jądrowych. Natomiast z materiałów naukowych wyżej wspomnianej Konferencji można dowiedzieć się, że w rejonie Morza Barentsa i w zatokach Morza Karskiego znajduje się 12 tysięcy zatopionych kontenerów z odpadami radioaktywnymi i około 20 reaktorów atomowych z łodzi podwodnych. Nikt wówczas nie przyjmował do wiadomości, że agresywna chemicznie woda morska po kilkadziesiąt latach „rozmyje” kontenery uwalniając z nich najbardziej toksyczne izotopy radioaktywne: cez-137, stront-90 i pluton-240. Dochodziło też do rozstrzeliwania pojemników i kontenerów z odpadami radioaktywnymi, aby przyspieszyć ich zatopienie. Na nic były ostrzeżenia ekologów o natychmiastowym skażeniu radioaktywnym wód morskich. Istotnie już dawno rybacy wyławiają z mórz Barentsa i Białego zdegenerowane ryby z owrzodzeniami na skórze. W tym kontekście wydaje się dziwne, że ekspedycja Centralnego Laboratorium Medycznego nie wykryła podwyższenia stężenia radioaktywnych izotopów w próbkach wody z zatoki wschodniego wybrzeża archipelagu Nowa Ziemia, a jednocześnie w próbkach gleby i przybrzeżnej roślinności zawartość Cs-137 przekraczała 2-krotnie, a Sr-90 – od 2 do 15 razy w porównaniu z zawartością tych pierwiastków w głębi lądu.

Jest tylko kwestią czasu, że proces korozji „zżerający” metalowe korpusy kontenerów, atomowych łodzi podwodnych i statków na dnie mórz z szybkością od kilku do 20 mm rocznie doprowadzi do uwolnienia radioaktywności i skażenia światowego oceanu. Gdy pojawi się „wyciek” np. plutonu, dojdzie do jego przyswajania przez plankton i ryby w rejonach połowowych i przemysłu rybnego, co grozi przeniesieniem toksycznego radiopierwiastka wzdłuż łańcucha pokarmowego do człowieka.

Widzimy z tego, że każde przewidywane i niespodziewane zdarzenie związane z techniką jądrową zawsze grozi środowisku bytowania człowieka. Tym bardziej jest możliwy taki scenariusz zagrożenie dla świata, gdy według danych organizacji ekologicznych /zieloni – greenpeace/ na morzach i oceanach pływa ponad 500 statków i łodzi podwodnych wyposażonych w reaktory atomowe. Społeczność światowa nie jest nadal informowana o sposobach utylizacji 30 tysięcy m<sup>3</sup> płynnych i około 7 tysięcy ton stałych odpadów radioaktywnych powstających w procesie eksploatacji owych pływających maszyn. Wydaje się, że nie ma dobrego pomysłu, co zrobić z setkami jeszcze pływających łodzi atomowych, które będą złomowane z powodu upływu dopuszczalnych okresów eksploatacji, bądź w wyniku redukcji uzbrojenia. Czy w tych warunkach będzie możliwa skuteczna izolacja substancji radioaktywnych od żywego świata na naszej planecie? Ten sam problem dotyczy wszystkich innych trucizn zagrażających środowisku.

Jest to istotnie problem, którego rozwiązania nie da się uniknąć, by zachować w „zdrowiu” wszystkie populacje organizmów – w tym populację człowieka. Wydaje się, że realizacja procesów dekontaminacji jest bardzo odległa w czasie, skoro zaledwie kilka krajów na świecie dysponuje wyspecjalizowanymi placówkami zdolnymi do skutecznej

utylizacji materiałów pokojowej i wojskowej techniki atomowej i chemicznej. Większość krajów pozostaje w tyle za nimi.

Doprowadzenie ich przemysłu do międzynarodowych norm bezpieczeństwa wymaga co najmniej 30 lat, a przywrócenie skażonego środowiska do wymaganej „czystości” – nawet 60 lat.

Wykorzystanie potencjalnie niebezpiecznych technologii zawsze wiąże się z koncepcją przejścia od emocjonalnie przyjętego zagrożenia dla środowiska, do naukowo wyważonej oceny ryzyka w aspekcie potrzeb ekonomicznych. Dlatego należy lepiej zorganizować medyczno-ekologiczny system ochrony zdrowia człowieka i bardziej efektywny monitoring stanu czystości środowiska. Idealnym rozwiązaniem byłoby wzmocnienie służb cywilnych przez odpowiednie jednostki sił zbrojnych z ich lepszą aparaturą kontrolno-pomiarową, dobrze zorganizowanym transportem, środkami łączności i najnowocześniejszą techniką obliczeniową. Istotnie takie działania są do rozwiązania dla bogatych krajów świata. Dla państw rozwijających się pozostaje techniczna i naukowa współpraca międzynarodowa jako konieczny element w dziedzinie ochrony środowiska dla przeżycia wielomiliardowej populacji człowieka.



## Problemy terapeutyczne zapalenia ochrzęstnej małżowiny usznej w XIX wieku

*Dr hab. Andrzej Kierzek*  
Wrocław

Zapalenie ochrzęstnej małżowiny usznej (perichondritis auriculae) rozwija się przeważnie wskutek urazu małżowiny, połączonego z uszkodzeniem skóry lub w następstwie operacji usznych, w czasie których zranieniu ulegała chrząstka i ochrzęstna małżowiny. Ponad sto lat temu dochodziło do tego szczególnie często podczas wykonywania plastyki przewodu w tzw. „operacji doszczętej” ucha środkowego.

Najczęstszym odpowiedzialnym za ten stan drobnoustrojem była pałeczka ropy błękitnej, wyisobniona w r. 1882 przez Carla Gessarda (1850-1924), bakteriologa francuskiego. Pałeczka ta, zwana wtedy lasecznikiem ropy zielonej lub niebieskiej, była przedmiotem szczególnych badań m.in. Mariana Jakowskiego (1857-1921), bakteriologa warszawskiego, który był autorem pracy „Beitrag zur Lehre von den Bacterien des blauen Eiters”, zamieszczonej w „Zeitschrift für Hygiene und Infectionkrankheiten” w r. 1893.

Choroba zaczynała się zaczerwienieniem i obrzękiem małżowiny. Wysiłek, początkowo zlokalizowany, szerzył się następnie na całą przednią powierzchnię małżowiny, wypeł-

niając wszystkie wgłębienia i znacznie ją zniekształcając. Napięta skóra była bardzo bolesna, wyczuwało się chełbotanie.

Była to choroba dość rzadka. Znany otiatra warszawski Teodor Heiman (1848-1917) obserwował ją do r. 1902, a więc podczas dwudziestoletniej otiatrycznej praktyki, tylko 11 razy, w tym 9 razy u żołnierzy. Schorzenie trwać mogło od kilku dni do kilku tygodni a także i dłużej. Często dochodziło do znacznych zniekształceń małżowiny. O wielomiesięcznym zapaleniu ochrzęstnej małżowiny usznej, zakończonym w efekcie znaczną jej deformacją donosił Karol Benni (1843-1916), warszawski otiatra i społecznik. Odpadnięcie płatka małżowiny, spowodowane zapaleniem ochrzęstnej jako zejściem czyraka tej okolicy obserwował Heiman.

Zapalenie ochrzęstnej małżowiny usznej leczono w początkowym okresie choroby stosowaniem lodu, okładami z 70 % spirytusu „pod ceratką”, a także aplikowaniem przyrządu oziębiającego Leitera. Wszelkie inne sposoby, jak wstrzykiwanie po nakłuciu nalewki jodowej czy częste aspi-



*T. Heryng. Przeg. Tyg. Życia Społ. Lit. Szt. Piękn. 1891, R. XXVI, Nr 18, s. 217*



*T. Heiman. Med. Kron. Lek. 1917, R. LII, Nr 50, s. 519*



A. M. Sokołowski. *Gaz. Lek.* 1913, r. XLVIII, S. II. T. XXXIII, Nr 45, s. 1163



J. Sędziak. *Tyg. Ilustr.* 1918, Nr 20 (og. zb. 3053), s. 237

racje wydzieliny, nie prowadziły do celu. Jedynie szerokie nacięcie, wyskrobanie uległej rozpadowi chrząstki, stosowanie środków antyseptycznych, np. jodoformu z gliceryną dawało jako takie wyniki. Maurycy Hertz (1872-1931), warszawski otolaryngolog, donosił o dobrych rezultatach Ferdinanda Alta (1867-) leczenia zniekształceń małżowiny przez podskórne wstrzykiwanie parafiny, oczywiście po wygojeniu sprawy zapalnej.

Leczenie w dobie obecnej nie różni się zasadniczo od przedstawionego powyżej. Z chwilą wytworzenia się ropnia, nacina się go szerokimi cięciami, równoległymi do siebie i ostrożnie usuwa martwą chrząstkę. Po założeniu do rany sączków, małżowinę uszną bandażuje się w ten sposób, aby utrzymać ją w prawidłowej pozycji, celem uniknięcia zniekształceń przed powstaniem bliznowacenia [ 4 ]. Jak najszybciej podaje się ogólnie i miejscowo antybiotyki, ze względu na infekcję pałeczką ropy błękitnej, najczęściej aminoglikozydy, cefalosporyny III generacji, karbapenemy, a także flurochinolony II, III i IV generacji.

#### Literatura

1. T. Heiman: *Choroby narządu słuchowego*. Warszawa, 1902.
2. D. Guthrie: *History of otology*. J. Laryngol. Otol. 1940, T.55, s.473,
3. Kwaśnicki: *Zjazd lekarzy i przyrodników polskich*. *Przeg. Lek.* 1884, R.23, Nr 30, s.414;
4. Z. Srebrny: *Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. *Medycyna* 1906 T.34, Nr 34, s.642-643.
5. J. Szmurło: *Choroby ucha*. Wilno, 1933.
6. A. Żebrowski: *Zarys otiatrii*. Warszawa, 1921,
7. M. Hertz: *Wstrzykiwania parafiny w oto-rynologii*. *Gaz.Lek.* 1903,R.37, S.II, T.XXIII, s.704.
8. A. Kruk-Zagajewska: *Choroby ucha zewnętrznego*. W: *Otolaryngologia kliniczna*, pod red. A. Zakrzewski. Warszawa, 1981.

# Ogólna charakterystyka lekarzy zajmujących się otorynolaryngologią w Warszawie w dziewiętnastym stuleciu

*Dr hab. Andrzej Kierzek*

*Wrocław*

Początków otorynolaryngologii w Warszawie doszukiwać się można w pierwszych dekadach XIX wieku, kiedy to w toku leczenia chirurgicznego i internistycznego lekarze zaczęli zajmować się chorobami uszu, nosa, gardła, krtani i pogranicza tych narządów.

Data narodzin warszawskiej otorynolaryngologii był rok 1881, kiedy to powstały oddziały: laryngologiczny, kierowany przez Teodora Herynga (1847-1925) i otiatryczny, którego ordynatorem został Teodor Heiman (1848-1917).

Rozwój otorynolaryngologii warszawskiej XIX wieku (1801 – 1918) przedstawiał się wielopłaszczyznowo. Dziwić może cezura czasowa, przesuwająca koniec XIX stulecia do r. 1918, ale pamiętać trzeba, że pierwsza wojna światowa oraz powstała po jej zakończeniu Druga Rzeczpospolita dopiero stworzyły warunki rozwoju medycyny, a wraz z nią i otorynolaryngologii.

Rozwój otorynolaryngologii owego okresu autor przedstawił w dwóch pozycjach książkowych [ 1 ] oraz w kilkudziesięciu publikacjach w czasopiśmie polskich i zagranicznych.

Autor drogą żmudnych archiwalnych poszukiwań doszedł do wniosku, że lekarzy, których można określić mianem (oto)rrynolaryngologów było w Warszawie w tym czasie 95. Istniało jednak wielu lekarzy innych specjalności, przede wszystkim chirurgów, których zakres zainteresowań zawodowych i naukowych obejmował także ten region ludzkiego organizmu.

Przedstawiona niżej ogólna charakterystyka osób, nieraz znanych w pozostałych zaborach, a także w szerokim naukowym świecie, przybliży, być może, i tych wybitnych i tych mniej lub zupełnie nieznanymi.

Otorynolaryngolodzy warszawscy, a także lekarze innych specjalności, działający w latach 1801 – 1918:

- nadawali ton ogólnej nauce lekarskiej w Polsce (Teodor Heryng, Teodor Heiman, Alfred M. Sokołowski, Jan Sędziak i inni), mogli mierzyć się ze wszechświatowymi powagami w tej dziedzinie,
- byli twórcami szkół otorynolaryngologicznych (Teodor Heryng, Alfred M. Sokołowski, Leopold Lubliner i inni), ich przykład zachęcał innych, m.in. Władysława Matlakowskiego, Mikołaja Rejchmana, Władysława Krajewskiego,
- byli brani pod uwagę przy obsadzaniu katedr w innych

zaborach (Teodor Heryng, Gustaw Fritsche, Bronisław Taczanowski we Lwowie, Jan Sędziak we Lwowie i Krakowie, Teodor Heryng i Aleksander Żebrowski w Poznaniu) i innych krajach (Teodor Heryng w Innsbrucku), prowadzili kliniki za granicą (Dyonizy Hellin w Berlinie),

- byli nagradzani za swe wyniki naukowe i zawodowe za granicą (Ludwik M. Malcz, Teodor Heryng, Jan Sędziak i inni), wchodzili w skład jury złożonego ze znakomitości otorynolaryngologii światowej opiniującego przyrządy otorynolaryngologiczne (Karol Benni)
- leczyli głowy koronowane (Teodor Heryng, Alfred M. Sokołowski, Karol Benni), byli lekarzami rządowymi (Eugeniusz Tryjarski),
- otrzymywali inne dowody uznawania ich autorytetu (np. Central London Throat and Ear Hospital zwróciła się z prośbą do Jana Sędziaka o przysłanie swej fotografii w celu zawieszenia jej na ścianach tej placówki wśród podobizn najwybitniejszych przedstawicieli laryngologii światowej, zaproszenie Jana Sędziaka do wygłoszenia odczytu w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej na temat stanu laryngologii i ryнологii w Ameryce),
- wcześniej mieli poczucie własnej odrębności (już w 1825 r. starali się wydzielić otiatrię w osobny przedmiot w Królewskim Uniwersytecie Warszawskim; na przeszkodzie stanął jednak brak wykładowców),
- niektórzy z nich, np. Anna Tomaszewicz-Dobrska, Kazimierz Oczesalski, nie będąc otorynolaryngologami, bronili rozpraw doktorskich na tematy otologiczne,
- byli wszechstronnie wykształceni nie tylko w specjalnościach klinicznych (np. Leopold Lubliner w dermatologii, okulistyce, otolaryngologii), ale i teoretycznych, np. Teodor Heryng w chemii, histologii, anatomii patologicznej, fizjologii), zajmowali się innymi działami medycyny,
- byli autorami dzieł z innych specjalności, zajmowali katedry z innych dziedzin (np. Zdzisław Dmochowski był także anatomopatologiem, autorem dzieła z tej dziedziny, kierownikiem katedry anatomii patologicznej na Uniwersytecie Jana Kazimierza, Antoni Kuczyński był histologiem i fizjologiem, Dyonizy Hellin działał na polu chirurgii plastycznej, a jego prace o ciąży mnogiej i ciążyach bliźniaczych przyjmowane były przez ówczesne podręczniki położnictwa, Witold Szumlański zajmował się problematyką medycyny przemysłowej,

- zajmowali się innymi działami nauki (np. Leon Zamenhof filozofią, Teodor Heiman etyką),
- wykazywali znaczne uzdolnienia artystyczne (np. Aleksander Żebrowski był znanym wiolonczelistą),
- doceniali osiągnięcia zawodowe i naukowe lekarzy prowincjonalnych; świadczy o tym artykuł Sebastiana Rosickiego umieszczony w warszawskim „Tygodniku Lekarskim”, traktujący m. in. o pozycji przy badaniu krtani, którą Gustav Killian ogłosił w 30 lat później i która nosi jego imię,
- uczestniczyli w cennych inicjatywach, zmierzających do odrodzenia nauki polskiej (np. Teodor Heryng był współwłaścicielem „Gazety Lekarskiej”),
- współpracowali interdyscyplinarnie (laryngolodzy leczyli ciężkie przypadki kiły (Marek Koenigstein), tworzyli ciekawe aparaty i narzędzia rynolaryngologiczne (Teodor Heryng), dentyści konstruowali obturatory, pozwalające wypełniać zniszczone struktury twarzoczaszki (Ludwik Wolberg), byli inicjatorami interdyscyplinarnych prac naukowych w terenie (Jan Szmurło), dokonywali badań ankietowych w ważnych kwestiach otorynolaryngologii (Jan Sędziak), zaczęli badania profilaktyczne (Stefan Rontaler), zajmowali się leczeniem pewnych grup zawodowych (Konstanty Karwowski, Aleksander Zięciakiewicz),
- rozpatrywali nowe metody badania narządów otorynolaryngologicznych, np. krtani, w celu określenia ich przydatności w klinice (np. Teodor Heryng, Feliks Erbrich, Robert Sinołęcki),
- uznawali wartość badań doświadczalnych (np. na zebraniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przedstawiali preparaty kostne i embriologiczne ucha zwierzęcego),
- doceniali znaczenie i wartość historii medycyny,
- pisali rozdziały w dziełach obcojęzycznych (np. Karol Benni, Alfred M. Sokołowski), obcy wybitni naukowcy dedykowali im swe dzieła (np. Adam Politzer – Karolowi Benniemu),
- byli autorami wybitnych dzieł, które otrzymywały bardzo pozytywne recenzje naukowców zagranicznych (Teodor Heryng, Teodor Heiman, Alfred M. Sokołowski), wydawali je także w językach obcych,
- zamierzali wydać w Kasie im. Józefa Mianowskiego m.in. dzieło obejmujące całość otorynolaryngologii, co świadczyło o poważnym traktowaniu tej gałęzi nauki (ureczywistnił te zamierzenia Jan Szmurło, który w latach 20. i 30. XX stulecia wydał taki podręcznik), byli także przekonani, że polscy lekarze własnymi siłami mogliby stworzyć zbiorowe dzieło, w którym uwzględnione byłyby wszystkie działy medycyny,
- byli popularyzatorami polskiego piśmiennictwa (szczególnie Jan Sędziak), z drugiej strony niektórzy lekarze nie uwzględniali w odpowiednim stopniu w swoich pracach dorobku autorów polskich (np. Teodor Heiman),
- wobec braku czasopism o profilu otorynolaryngologicznym, stworzyli np. „Przegląd Chirurgiczny”, który poświęcony był m.in. także otorynolaryngologii,
- byli autorami cennych opracowań bibliograficznych, np. „Wykazu oryginalnych prac polskich za okres 1831 – 1890” (Witold Szumlański, Władysław Świątecki), postanowili wydawać „Polskie Archiwum Nauk Biologicznych i Lekarskich”, które skupiałyby wszystkie prace z dziedziny medycyny i które udostępniałyby je zagranicy (Henryk Hoyer, Leon Zamenhof),
- współpracowali ze znaczącymi wydawnictwami krajowymi, np. Wielką Encyklopedią Powszechną Ilustrowaną (Jan Sędziak),
- byli autorami prac zupełnie nowatorskich (np. artykuł Edmunda Modrzejewskiego o głuchoniemocie był pierwszą naukową pracą w języku polskim w tym temacie)
- byli autorami prac nagradzanych przez lekarzy zagranicznych,
- współredagowali obce czasopisma naukowe (m.in. Konstanty Karwowski), byli redaktorami działów polskich w czasopismach zagranicznych (Jan Sędziak), przesyłali swe prace i streszczenia do czasopism zagranicznych (Teodor Heiman, Leon Zamenhof), uzasadniali konieczność stworzenia międzynarodowego stowarzyszenia zespalającego czasopisma naukowe, postulowali ujednoczenie formatu pism i prac naukowych (Ludwik Guranowski),
- byli zapraszani do publikowania swoich prac w numerach jubileuszowych pism z okazji jubileuszów znanych światowych otolaryngologów (Jan Sędziak i inni)
- znajdowali miejsce w światowej literaturze medycznej (np. afty przeszły do piśmiennictwa światowego jako ulcerationes pharyngees de Heryng),
- stworzyli pierwsze stowarzyszenie laryngologów w Polsce – Sekcję Laryngologiczną Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (1889), byli założycielami Polskiego Towarzystwa Oto-rinolaryngologicznego,
- tworzyli trzon innych towarzystw naukowych i zawodowych Warszawy (m.in. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, Stowarzyszenia Lekarzy Polskich), utrzymywali wysoki poziom zebrań naukowych, byli czynnymi członkami licznych towarzystw naukowych otorynolaryngologicznych i ogólnolekarskich na obu półkulach,
- wobec braku w owym okresie w Warszawie kliniki otolaryngologii, prowadzili wykłady z tej dziedziny dla studentów (Teodor Heryng, Alfred M. Sokołowski, Feliks Erbrich),
- mieli świadomość, że w Warszawie istnieje zatrażająca mała ilość łóżek szpitalnych w porównaniu z innymi miastami Europy, słusznie uważali, że specjalistycznego oddziału otorynolaryngologicznego nie jest w stanie zastąpić nawet najlepszy oddział chirurgiczny (Maurycy Hertz),
- w okresie, kiedy nie było specjalizacji lekarskich, wiele zabiegów operacyjnych wchodzących w zakres otorynolaryngologii wykonywali chirurdzy (m.in. Bronisław Sawicki – operacje plastyczne nosa, Kazimierz Orzeł –

- operacje uszu, Franciszek Jawdyński, Franciszek Kijewski, Julian Kosiński – operacje gardła i krtani),
- często wyjeżdżali za granicę w celach naukowych i zawodowych, ale „nie zachłystywali się” osiągnięciami poza granicami kraju, potrafili właściwie oceniać niektóre placówki (np. Alfred M. Sokołowski – paryską klinikę Pierre Ch. Fauvela), nadsyłałi korespondencje z klinik zachodnich,
  - przechwytywali „nowinki” z Zachodu (np. leczenie głuchoty metodą Cleret, aparatem Maragea), nowości otorynolaryngologiczne zza granicy zostawały stosunkowo szybko wprowadzane w Warszawie (m.in. laryngoskopia przez Konstantego Karwowskiego, Ignacego Baranowskiego, autoskopia przez Teodora Herynga, rentgenowskie badania kości skroniowych przez Leona Zamenhofa),
  - posiadali umiejętność wyboru właściwych metod diagnostycznych i terapeutycznych,
  - szybko przejmowali technikę metod operacyjnych zza granicy (np. Julian Kosiński całkowite wycięcie krtani wykonał w 4 lata po Theodorze Billrotcie); w okresie 1873 – 1894 Polacy ze swoimi 16 przypadkami wyłuszczeń całkowitych krtani (z czego większość była dziełem lekarzy warszawskich), zajmowali czwarte miejsce w świecie,
  - po zaznajomieniu się ze zdobyczami zagranicy, sami opracowywali nowe metody lecznicze, konstruowali liczne aparaty i narzędzia, które przyczyniały się do dogłębnierzego poznawania patologii górnych dróg oddechowych (m.in. Teodor Heryng, Samuel Meyerson),
  - byli nierzadko ordynatorami dwóch oddziałów jednocześnie (np. Leopold Lubliner),
  - czynili wiele spostrzeżeń praktycznych, przydatnych innym otorynolaryngologom (m.in.: że każdy otiatra winien umieć otwierać ropień mózgu (Teodor Heiman), że w przypadkach powikłań wewnątrzczaszkowych nie należy czekać na większą liczbę objawów (Jan Szmurło), że należy usuwać ciała obce z ucha, bez względu na to, czy powodują objawy, czy nie (Ludwik Guranowski), rozprawiali się z poglądem, że błędnik należy do organów nietykalnych (Leon Zamenhof), podnosili wartość adrenaliny w otorynolaryngologii (Teodor Heiman, Zygmunt Srebrny, Marek Koenigstein). Nie ustrzegali się jednak błędów (m.in. Teodor Heryng przesadnie ujmował sprawę sterylizacji narzędzi, Edmund Modrzejewski bał się rękoczynów operacyjnych w pobliżu błędnika i innych ważnych struktur ucha),
  - dokonywali słusznych odkryć naukowych (m.in. Ludwik Guranowski odkrył, że rozlane zapalenie ucha zewnętrznego wywołane być może pałeczką ropy błękitnej),
  - przeprowadzali nowatorskie metody operacyjne (np. Dyonizy Hellin w ożenie wszczepiał pod błonę śluzową przegrody nosa chrząstkę), z drugiej jednak strony, nie przeceniali swoich metod (np. Teodor Heryng – łyżeczowanie gruźlicy krtani, które zdobyło uznanie w całym laryngologicznym świecie),
  - słusznie upatrywali przyszłość leczenia gruźlicy i kiły w leczeniu swoistym, wykazywali logikę w postępowaniu w zakażeniu ogniskowym, domagając się np. ściśle wskazań do wyłuszczenia migdałków podniebiennych (Zygmunt Srebrny), słusznie przypisywali duże znaczenie głębokiemu pobieraniu wycinków i pobieraniu dużych skrawków w przypadkach nowotworów złośliwych (Teodor Heryng), zwracali uwagę na rozległość operacji w przypadkach nowotworów złośliwych (Władysław Wróblewski, Władysław Krajewski),
  - wprowadzali terminy medyczne, które utrzymują się do naszych czasów (np. przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych – Feliks Erbrich),
  - obalali pewne utarte już teorie (np. teorię Rokitsky’ego i Beneka o wzajemnym wykluczaniu się zakażenia gruźliczego i nowotworowego (Alfred M. Sokołowski),
  - leczyli nie tylko nowymi metodami, ale próbowali jednocześnie starszych, wypróbowanych (np. nie tylko surowicą, ale także intubacją i tracheotomią w błonicy), wyciągali właściwe wnioski z obserwacji (np., aby usuwać ciała obce przetyku drogą ezofagoskopii lub ezofagotomii),
  - zwracali słuszną uwagę na niebezpieczeństwa pewnych metod leczniczych (np. Teodor Heryng, Zygmunt Srebrny, Alfred M. Sokołowski – leczenie tuberkuliną i kantarydyną),
  - doceniali znaczenie statystyki medycznej w opracowaniach naukowych (Zygmunt Srebrny),
  - byli spiritus movens wielu akcji społecznych (np. Karol Benni, Alfred M. Sokołowski),
  - prowadzili działalność filantropijną (np. Karol Benni, Alfred M. Sokołowski, Konstanty Karwowski, Andrzej A. Heiman, Teodor Heiman, Augustyn Łogucki), pomagali robotnikom (Jan Pieniążek),
  - mieli silne poczucie patriotyzmu; względy patriotyczne niejednokrotnie brały górę nad materialnymi, nie podejmowali lub porzucali pracę na Zachodzie lub Wschodzie, aby pozostać w kraju (Teodor Heryng, Teodor Heiman, Jan Szmurło), nie wygłaszali naukowych referatów w językach ciemniejszych, nie należeli do ich towarzystw naukowych (Leopold Lubliner), byli więźniami, zesłańcami, uczestnikami powstań narodowych (Konstanty Karwowski, Jan Moczulski, Augustyn Łogucki, Stefan Rontaler, Jan Szmurło) [ 2 ].
- Wydaje się, że lekarze, których dokonania zaprezentowano powyżej, zasługują na naszą wdzięczną pamięć !

#### Literatura

1. A. Kierzek: *Rozwój warszawskiej myśli otolaryngologicznej w XIX wieku*. Wrocław 1997.
2. A. Kierzek: *Otolaryngolodzy warszawscy w XIX wieku*. Wrocław 1998.

# Hipokrates czy Hippokrates, spośród niełatwych to najłatwiejsze

*Prof. dr hab. Stefan Krus*

*Emerytowany Profesor Zakładu Anatomii Patologicznej AM*

Nazwisko „Hip?okrates” jest szyldem etyki lekarskiej, a więc gałęzi etyki ogólnoludzkiej. Próby ustalenia, co jest dopuszczalne lub zalecane, a co jest niegodziwe, pojawiają się zapewne od początku ludzkości. Po wynalezieniu alfabetu spisywane zwięzłe i jednoznaczne wnioski w postaci zbiorów opinii religijnych, np. Dziesięciorga Przykazań /wiek VIII przed nar.Chr./ albo poglądów świeckich, np. Kodeksu Hammurabiego /wiek XVIII przed nar.Chr./. Zło i dobro były odseparowane wyraźnie. Kradzież np. uważano za czyn zły. Nazwanie kogoś złodziejem odbierano jako obelgę. „Czy pan z Łodzi?” mógł być słabo usłyszane w potocznej, niechlujnej polszczyźnie i zrozumiane uszczypliwie. „Jestem z miasta Łódź” godnie brzmiała odpowiedź. Niewątpliwą, ale wątpliwą innowacją ustalono w drugiej połowie XX wieku, grubą linią na poziomie 200 zł. Ktoś, kto ukradł 199 zł jest niepokalany, ten kto gwizdnął 201 zł – godny kary. Drugą sprawą to definicje: były proste. Kradzież to kradzież, a nie pożyczka inaczej, a korupcja to... no właśnie. Każdy mówi „łapówka”, „przemówienie do ręki”, „jak się da, to się zrobi”, każdy wie o czym mowa. „Corruptio, corrupti, corruptum” w Słowniku Łacińsko-Polskim księdza Floryana Bobrowskiego /Wilno 1822/ odnosi się do wielu paskudztw, ale mnie spodobało się zdanie wg Cycerona, podane na samym końcu: „przedarować podłym sposobem sędziego”. Środowisko od sprawiedliwości zapewne rozumie znaczenie „korupcja”, ale czy reszta polskiego ludu wie, o co chodzi, wątpię. Hipokrates pisał tak to tak, a nie to nie.

Świat Hip?okratesa był znacznie bardziej rozległy niż nasz, skupiska ludzkie dalekie od siebie, odkrycia docierały po miesiącach, latach, dekadach i więcej. Od tamtego czasu świat się skurczył, a podaż ciągle nowych faktów rośnie piorunująco. Tylko ludzie są nadal tacy sami jak starożytni i tak jak oni biorą się za bary z problemami i znane tamtym i im nieznanym. Popatrzmy.

**Przerwanie niewygodnej ciąży.** Każda istota zaczyna się od zespolenia się dwóch gamet. Powstała z dwóch jedna komórka mnoży się. Bez tej pierwszej jednej nie byłoby następstwa w postaci człowieka. Ewentualna matka zorien-

tuje się o tym za jakiś czas, kiedy tych komórek powstało już kilkaset tysięcy, codziennie więcej. Zabić? Piętno. Nie zabić? Wyjazd do Tunezji przeleci koło nosa a szkoda, mieszkanie za małe, trzeba zamienić, niezły ambaras, praca zawodowa /licho wie/. Wiele lat temu przyjechali do mnie moi znajomi z NRD.... Stefan, u nas nie wolno przerywać ciąży, wiemy, że w Polsce tak, pomóż, chcemy wyjechać na kontrakt w Afryce”. Lekarz warszawski stwierdza, że minął bezpieczny okres na zabieg i obecnie sytuacja jest nieodwracalna. Urodziła się córeczka, przysłali jej fotografię: „nasze najukochańsze dziecko, jesteście szczęśliwi”. Jak się patrzy jej w oczy?

Byłoby idealnie, aby potomka oczekiwano, już kochano, gdy jeszcze go nikt nie widział. Źle jest, gdy ma on być zaskoczeniem, naruszeniem czyichś planów, niepotrzebnym. Przerwać czy nie, decydować się czy nie? Węzeł gordyjski to drobiazg. Nikt nie doradzi w przypadku jednostkowym. Można natomiast próbować zmniejszenia problemu w skali społeczeństwa: powstrzymania spadania ogólnej kultury, uświadamiania o metodach zapobiegawczych, ułatwiania wychowywania dziecka materialnie i psychicznie przez zdecydowaną matkę samotną. Na szczęście wyrosliśmy ze shańbienia się nieślubnym dzieckiem i przenoszenia zmy na Bogu winnego noworodka.

**Skrócenie życia osoby nieuleczalnej, doznającej potwornych męczarni, pragnącej wyzwolenia.** Każdy człowiek, w najgorszych sytuacjach, trzyma się kurczowo życia, liczy na jakiś boski lub ludzki cud, wierzy w to. Niektórzy załamują się. Cudem mogło być wynalezienie w ostatniej chwili nowego lekarstwa, przywracającego zdrowie. O to modlą się chory i jego otoczenie. Ile razy coś takiego się zdarzyło, czy w ogóle? Jak długo podtrzymywać życie człowieka ze zniszczeniem pnia, kiedy istota ludzka nie powróci do normy? Jak długo czekać na powrót świadomości nieuszkodzonego mózgu, przecież zdarza się odzyskanie jej nieraz po kilkunastu latach? Spojrzenie na skracanie życia na tle miłosierdzia zmieniało się w toku historii. Niedawno włączyłem telewizor w trakcie rozmowy na ten temat, nie dowiedziałem się nazwisk uczestników. Przypomniano, że w

średniowieczu rycerze nosili ze sobą mały mieczyk /tzw. Misericordia/. Mieczkiem tym dobijano ciężko rannego przeciwnika na polu bitwy, kiedy w ówczesnych warunkach nie było dla niego żadnego ratunku. Był to więc przykład obecnego przerwania życia w analogicznych okolicznościach. Wtedy uważano to za oczywistość. A teraz?

**Idealistyczne spojrzenie na leczenie.** Za czasów Hipokratesa i wiele stuleci później znane leki, np. zioła, były dostępne potrzebującym. Teraz zasób specyfików jest ogromny. Plamą na ludzkości jest to, że znaczna liczba potrzebujących nie może skorzystać z właściwego lekarstwa, mimo że jest już znane i skuteczne. Czy powstanie kiedykolwiek Światowa Kasa Chorych, zapewniająca każdemu oczekiwane, a już odkryte metody leczenia? Niby to proste, ale wydobyć z pomiędzy bajek jest znakiem zapytania. Na razie powtarzam sobie żart Szymona Kobylińskiego: „Nasza młodość była urocza, bo już nie straszyl krętek błądy, a nie nadszedł jeszcze HIV”.

Przeszczepianie narządów to też leczenie. Społeczeństwo jest przyzwyczajone do przetaczania krwi, ale dawców jest ciągle za mało. Większy jest kłopot z nerkami, wątrobą albo sercem. Organizacja przeszczepiania pokonuje trudności znalezienia odpowiedniego preparatu i dostarczenia do miejsca operacji, ale także przekonywania na zgodę o pobranie organu z ciała człowieka zmarłego. Przewyciężenie oporu rodziny bywa niejednokrotnie bardzo trudne. Czy zadeklarowanie z góry ofiarowania własnych narządów powinno być obowiązkiem nie tylko pracowników służby zdrowia, ale i Dobroczyńców Narodów, np. Polityków?

**Praca badawcza.** W pracy zawodowej, a więc w leczeniu, korzysta się z metod już kiedyś opracowanych przez poprzedników. Wielu lekarzy bierze udział też w badaniach naukowych. Ktoś ma obserwację, chciałby ją potwierdzić, sprawdzić na większej liczbie chorych. Jeżeli jest to możliwe do realizacji, nie ma kłopotu. Gorzej, kiedy nie ma odpowiedniego warsztatu. Jest naturalne, że badacz chciałby swoje hipotezy sprawdzać osobiście. Jeżeli jednak sam nie może tego zrobić, a wie, że ktoś inny ma odpowiednie warunki, powinien jemu to zaproponować. W razie sukcesu traci się wyłączność, trzeba przecież włączyć też tego drugiego jako współautora. Jest to jednak lepsze, niż pozostanie pomysłu w głowie projektanta i w efekcie niezrealizowana myśl nie pomoże jakiemuś choremu, który na to czeka. Sprawy pierwszeństwa są w ogóle bardzo delikatne i zmieniają starych przyjaciół w zaciętych wrogów.

Niektóre choroby zdarzają się rzadko. Badacz może natknąć jeden, dwa przypadki. Ma pewien pogląd, ale nie wie, czy akurat w tych przypadkach pewna dostrzeżona cecha jest stałą i typową, czy zupełnie przypadkową. Trzeba więc zebrać przypadków więcej, niech każdy inny lekarz,

który natknął się na takiego chorego, przedstawi przyczynę do kolekcji kolegi. Wzajemne udostępnianie informacji pomnaża szanse odkrycia.

Sukcesem jest nie tylko dostrzeżenie czegoś nowego, ale i interpretacja wyników własnych, pewnie właściwa, albo ocena rozumowania innych badaczy, moim zdaniem błędnego. Chociaż czy ja wiem? Większość recenzji dotyczących rozpraw doktorskich kończy się nieśmiertelną: „kandydat wysnuł wnioski ostrożnie”. Profesor Nielubowicz protestował: „do licha, młody człowiek może się i pomylić, ale póki nie zgaśnie jego entuzjazm, niech się buntuje, niech się zdobywa na oryginalność własnych ocen”. Przecież postępek w nauce nie wynika z nienarazania się, ale właśnie z zaryzykowania, z wyjścia przed poczet.

Badanie pośmiertne jest zarówno działaniem dydaktycznym /podniesienie poziomu i doświadczenia lekarza/, jak i badawczym. Powinno się je wykonywać jak najczęściej, przewyciężając różne opory: ekonomiczny /to coś kosztuje/, lekarzy /wszystko wiemy na podstawie badań za życia; czy ja wiem, chyba czasem tak, chyba czasem nie?/, i rodzin. Członek rodziny żądał ode mnie odstąpienia od sekcji: „Panie doktorze, pan w Boga nie wierzy, ale ja wierzę, ja słyszę, że duch zmarłego unosi się nad nami i protestuje”. „Jeżeli pan jest wierzący, to niech pan sobie przypomni w pacierzu: i oczekuję wskrzeszenia umarłych „Temu nie przeszkadza ani sekcja ciała, ani jej zaniechanie.

**Praca dydaktyczna.** Hipokrates zwrócił uwagę wyraźnie na konieczność wdrażania następców, uczniów. W jego epoce wokół mistrza gromadziło się pewnie kilku adeptów, może kilkunastu. Nauczyciel przebywał z nimi stale, oni widzieli go, słyszeli, oceniali i przyswajali sobie jego cechy. Pożądana bliskość nauczyciela i ucznia trwała przez wiele stuleci. Jest oczekiwana i dziś, ale czy powszechnie realizowana? Zapytajmy się o to siebie w swoim sumieniu, albo studentów.

Zasady etyki i kazuistyka są nieograniczone. Zastanawianie się nad tym dotrwa do końca świata, to dobrze, bo najgorsza jest nuda.

Hipokrates też nie znał wszystkich pytań, ani wszystkich rozwiązań. Jedno wiedział jednak na pewno: jak się nazywał. Po grecku przedstawiał się znajomym „Hippokrates”, co przeniosło się na łacinę: Corpus hippocrateum”. Podobno to „Hippo” pochodzi od greckiego „hippos”, a więc koń, rumak, pegaz, w sumie skojarzenie z czymś wspaniałym. „Hipo” oznacza „mniej”, „do dołu” a więc nieco pejoratywnie. Mimo to piszmy „Hipokrates”, bo się tak przyzwyczailiśmy. Spolszczając odwieczne nazwy miast Roma, Istambul i Paris na równie odwieczne: Rzym, Stambuł i Paryż też nie zagrażamy fundamentom świata.

## Terapeutyczna rola animacji kulturalnej w placówkach służby zdrowia

*Dr n. hum. inż. Ewa Dąbrowska  
Emeryt. prac. UŚ, filia w Cieszynie*

### **Pacjent w placówkach służby zdrowia**

Okres choroby, rekonwalescencji czy rehabilitacji, to sytuacje wyjątkowo trudne dla każdego człowieka, gdyż zagrożona jest wówczas szczególnie cenna dla niego wartość – jego zdrowie. „Już sam fakt choroby budzi lęk – gdy coś się psuć zaczyna, gdy pojawiają się jakieś bóle, cielesne niepokoje, gdy ciało nie jest nam posłuszne, gdy przez nią nie możemy zrealizować naszych planów, gdy nie jest aprobowane przez otoczenie...<sup>1</sup> Lęk ten jest potęgowany przez konieczność przebywania w placówce leczniczej, której nie można dobrowolnie opuścić, gdzie jest się zdanym na wspólne przebywanie z innymi chorymi i opiekę obcych osób, na poddawanie się przykrym i bolesnym niekiedy zabiegom, z dala od swoich najbliższych, od kręgu przyjaciół i znajomych, od środowiska pracy i środowiska lokalnego, oderwanym od codziennych zajęć domowych i zawodowych.

Nie nastraja też optymistycznie monotonia pomieszczeń z białymi, gładkimi ścianami, jednakowymi meblami, powtarzanie wciąż tych samych czynności wynikających z regulaminu dnia i procesu leczenia, oczekiwania na zabiegi, posiłki, odwiedziny osób bliskich, wreszcie na upragniony powrót do domu. W tych warunkach chorzy rozpamiętują swą aktualną trudną sytuację, w jakiej się znaleźli, są pełni niepokoju o swój stan zdrowia i o swoją przyszłość. Szczególnie przykro odczuwany jest początkowy okres pobytu w tych placówkach, wymagający przebudowy dotychczasowego dynamicznego rytmu zajęć i adaptacji do nowych warunków.<sup>2</sup>

Zespół wymienionych czynników powodować może u pacjentów, obok zasadniczego schorzenia, dodatkowe stany depresyjne i skłonność do popadania w sytuacje konfliktowe, co ma niewątpliwie niekorzystny wpływ na przebieg leczenia podstawowego. Sytuacje ludzi chorych poddawanych leczeniu zamkniętemu omawia wielu autorów.<sup>3</sup>

Pacjenci dysponują na ogół dość znaczną ilością czasu wolnego. I tu rodzi się problem, czym ten czas zapełnić i kto im w tym ma pomóc? Osoby te wprawdzie łączy sytuacja choroby, lecz stanowią one bardzo zróżnicowane środowisko, zarówno pod względem wieku, płci, wykształcenia, losów osobistych, zainteresowań, doświadczeń i potrzeb kulturalnych a także nawyków i wzorców, jak również pod

względem czasu trwania choroby i wielokrotności pobytu w placówkach leczniczych oraz aktualnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Każdy pacjent jest inny i inaczej zachowuje się w tej nowej i trudnej dla niego sytuacji. Stan zdrowia somatycznego uzależniony jest ściśle od stanu psychicznego pacjenta, w związku z tym, prowadząc leczenie zasadnicze, zadbać należy również o maksymalną poprawę samopoczucia chorego. Leczy się bowiem nie tylko aktualne schorzenie, lecz całego człowieka. Dotyczy to zwłaszcza obecnych czasów, gdy narażeni jesteśmy na tak wiele zagrożeń i gdy znaczna część stanów chorobowych wywoływana jest przez czynniki psychogenne (stres).

Od dawna wiadomo, że chorobę można leczyć nie tylko lekami czy skalpelem chirurgicznym, lecz także innymi sposobami, pozornie nie związanymi z medycyną. Już w Biblii znajduje się wzmianka o uleczeniu króla Saula ze stanów depresyjnych przez Dawida za pomocą dźwięków harfy. W starożytnej Grecji także stosowano w leczeniu środki spoza medycyny, takie jak: muzyka, gimnastyka, teatr, sztuki plastyczne oraz dbano o piękno architektury obiektów leczniczych, jak również ich lokalizację w otoczeniu pięknej przyrody.

Już wtedy stosowano psychoterapię, a zwłaszcza sugestię. Przykłady walorów i skuteczności takich metod, jak również uzasadnienie ich stosowania w czasach współczesnych podaje K. Wojciechowski.<sup>4</sup> Określa je wspólnym mianem „kulturoterapia”. Dla poszczególnych form proponuje się nazwy bardziej szczegółowe, jak: muzykoterapia, choreoterapia, biblioterapia. A. Hulek wprowadza nazwę „terapia zajęciowa”.<sup>5</sup> H. Csorba włącza tego rodzaju zajęcia do psychoterapii.<sup>6</sup> Na temat specyfiki pracy kulturalno-oświatowej w uzdrowiskach wypowiada się A. W. Darinski.<sup>7</sup> Autor ten zaleca stosowanie przede wszystkim aktywnych i urozmaiconych form działań wpływających pozytywnie na stan emocjonalny pacjentów. Proponuje kontakt pacjentów ze sztuką, sportem oraz kontemplowanie piękna przyrody. Dużą wagę przywiązuje również do nawiązywania więzi nieformalnych pomiędzy poszczególnymi osobami, co wpływa korzystnie na adaptację do nowego środowiska oraz na integrację zespołu dość przypadkowo zebranych w ośrodku kuracyjnym pacjentów. Na temat różnorodnych form i treści zajęć terapeutycznych poprzez kontakt ze sztuką wypowiada się wielu autorów.<sup>8</sup>



### **Animacja i animator**

Ożywianie społeczności ludzkich, odrywanie ich od codzienności, inspirowanie do podejmowania działań sprawiających przyjemność i dostarczających nowych wrażeń sięga odległych epok. Współcześnie na określenie takich działań przyjęto termin „animacja”, a osoby je inicjujące nazwano „animatorami”. Nazwa ta wywodzi się od słowa łacińskiego *animare*, co w języku polskim znaczy: ożywiać, tchnąć ducha, pobudzać, motywować, aktywizować, inspirować itp.

Animacja obejmuje działania aktywizujące, ożywiające stosunki międzyludzkie, zachęcające do dalszego rozwoju poczyniń twórczych w różnych dziedzinach, a szczególnie związanych z pracą kulturalno-oświatową i społeczno-wychowawczą. Można przyjąć, iż animacja to pewien rodzaj niedyrektywnego pobudzania, zachęcania, inspirowania, tak poszczególnych jednostek, jak i grup społecznych do szeroko pojętego uczestnictwa w życiu kulturalnym i społecznym. Animacja pobudza komunikację międzyludzką za pomocą środków werbalnych i pozawerbalnych, pozwala przezwyciężać bariery i zahamowania w tej sferze, daje poczucie społecznego bezpieczeństwa i pewności, niweluje anonimowość społeczną, ułatwia odkrywanie zainteresowań jeszcze dotychczas nie uświadomionych.

Oddziałuje zarówno na sferę intelektualną, jak i emocjonalną oraz społeczną. Swym zasięgiem obejmuje różnorodne grupy osób, a głównym jej terenem jest czas wolny, w którym jednostka uwolniona od wszelkich narzuconych jej z zewnątrz obowiązkowych zajęć i nacisków może tym właśnie wycinkiem czasu swobodnie dysponować, wypełniając go dobrowolnie wybranymi formami i treściami w celu regeneracji swych sił fizycznych i psychicznych. Dotyczy ona zatem zachowań ludzi w sferze ich wolności, a nie konieczności.

Animator to osoba inicjująca i rozwijająca tego rodzaju działania, pełniąca rolę pośrednika pomiędzy światem kultury a wielorako zróżnicowanymi zespołami ludzi, którzy nie bardzo wiedzą, jak mają się poruszać w tym olbrzymim labiryncie zagadnień współczesnego świata. Powinna także pomagać im uwalniać się od pasywności i izolacji społecznej, uwrażliwiać na problemy środowiska, zachęcać do samowrażania się poprzez podejmowanie twórczych inicjatyw, pobudzać do konstruktywnych refleksji i do poszukiwania własnego miejsca wśród skomplikowanych problemów cywilizacji współczesnej, ożywiać komunikację międzyludzką, mobilizować jednostki do uświadamiania swych zainteresowań, zwłaszcza tych utajonych oraz wskazywać możliwości ich realizacji, inspirować do ustawicznego wzbogacania swej osobowości. Ten interdyscyplinarny charakter pracy animatora sprawia, iż łączy on funkcje pedagoga, pracownika socjalnego, terapeuty, specjalisty z jakiejś dziedziny sztuki, techniki czy sportu.

Polem do działania dla animatora jest czas wolny, w którym człowiek może się oddawać dowolnie wybranym zajęciom, a jego miejsce pracy kojarzy się głównie z instytucjami kulturalno-oświatowymi, domami kultury, klubami czy innymi placówkami upowszechniania kultury. Istnieją jednak jeszcze inne obszary, w których obecność animatorów nabiera coraz większego znaczenia.

### **Szczególne role animatorów w placówkach służby zdrowia**

Specyficznymi, choć mało jeszcze docenianymi miejscami pracy animatorów są instytucje przynależne do służby zdrowia, jak: szpitale dla przewlekle chorych, sanatoria, ośrodki rehabilitacyjne, zakłady psychiatryczne, ośrodki opieki, domy dla osób starszych i zakłady dla osób specjalnej troski.

Na tle przedstawionych rozważań na temat specyficznej sytuacji ludzi chorych i znaczenia wspomagania leczenia zasadniczego formami spoza medycyny, które oddziałują przede wszystkim na psychikę pacjentów, należy uzmysłowić sobie doniosłą rolę, jaką mają do spełnienia w omawianych placówkach animatorzy. To oni właśnie powinni stwarzać pacjentom możliwości uczestnictwa w różnorodnych formach zajęć, pomagać w doborze treści najbardziej korzystnych przy danym schorzeniu, wykorzystując możliwości konkretnej placówki. Najkorzystniej byłoby, gdyby animatorzy wywodzili się z kręgu pracowników służby zdrowia danej placówki specjalistycznej, gdyż wówczas proponowany wachlarz zajęć stałby się bardziej adekwatny do potrzeb fizycznych i psychicznych osób tam leczonych.

Pierwszy etap pracy animatora to diagnoza grupy, z którą ma współpracować. W tym celu powinien on zebrać możliwie najwięcej informacji o każdym z pacjentów, o jego stanie zdrowia, potrzebach i możliwościach uczestnictwa w zajęciach realizowanych w danej placówce. Informacje takie uzyskać może podczas indywidualnej rozmowy z pacjentami, analizy dokumentacji ich leczenia oraz sytuacji życiowej, poprzez rozmowy z lekarzami i innymi osobami włączonymi w proces leczenia. Każdy pacjent wymaga odrębnego traktowania, a szczególną troską powinni być otoczeni ci, którzy nie przejawiają zdecydowanych potrzeb i zainteresowań uczestnictwem w proponowanych zajęciach, a skupiają się przede wszystkim na rozpamiętywaniu swej choroby i związanej z tym sytuacji życiowej.

Po dokonaniu czynności diagnostycznych animator może przystąpić do organizowania zajęć najbardziej odpowiednich dla danego zespołu pacjentów i w danych warunkach placówki. Ich treści i formy powinny być atrakcyjne, aby uwalniały pacjentów od pasywności, od monotonii środowiska i schematu obowiązującego planu dnia, od hipokinezji i przykrych myśli. Zależnie od rodzaju schorzenia i aktualnego stanu zdrowia, powinny być one ukierunkowane na pobudzanie wysiłku intelektualnego, fizycznego czy organizacyj-

nego osoby chorej. Na tym etapie pracy niezbędne jest współdziałanie animatora z personelem medycznym.

W trakcie realizacji zajęć animator powinien wpływać na motywowanie podopiecznych do wysiłku, do coraz to innych, nowych osiągnięć, budzić wiarę w ich własne siły i możliwości uczenia się pozytywnych reakcji na drobne nawet osiągnięcia, przeżywanie radości tworzenia czegoś pożytecznego, co daje zadowolenie i pozwala przezwyciężać chwilowe słabości związane z chorobą. Pomocnikami animatorów mogą stać się też sami pacjenci, ponieważ znajdują się wśród nich specjaliści z różnych dziedzin, o różnych zdolnościach i umiejętnościach, które mogą wykorzystać w danej sytuacji.

Jak już wspomniałam, niezwykle trudnym momentem dla pacjentów jest pierwszy kontakt z instytucją, w której będą zmuszeni pozostać pewien okres w zupełnie nowej i trudnej dla nich sytuacji. Wtedy właśnie potrzebny im jest szczególnie kontakt z animatorem i jego pomoc przy podjęciu działań, które pozwoliłyby na przywrócenie zachwianej równowagi i ułatwiły adaptację do nowych warunków.

Animator powinien mieć również swój udział w decydowaniu o rozmieszczeniu pacjentów w pokojach, gdyż przebywanie przez dłuższy czas i codzienny bliski kontakt z niewłaściwie dobranymi osobami nie wpływa korzystnie na samopoczucie i wypełnianie czasu wolnego. Należałoby również brać pod uwagę pewne nawyki i przyzwyczajenia pacjentów utrudniające wzajemny pobyt w tym samym pomieszczeniu.

Niezbędna jest ścisła współpraca animatora z personelem medycznym, a zwłaszcza z pielęgniarkami, których częsty kontakt z chorymi może ułatwiać dotarcie do poszczególnych pacjentów, inspirowanie ich i pomaganie w doborze najbardziej odpowiednich dla nich zajęć. Na zasadzie sprzężenia zwrotnego animator swą pracą przyczynić się może do osiągnięcia lepszych efektów leczniczych prowadzonych przez ludzi w bieli. Obie te grupy zawodowe powinny być świadome swej roli psychoterapeutycznej w stosunku do powierzonych im opiece pacjentów.

### Formy zajęć

Podstawową formą zajęć stosowaną przez animatorów w placówkach służby zdrowia jest psychoterapia. Polega ona na bezpośrednim wpływie na psychikę pacjenta przy użyciu słowa, ruchu i wyobrażenia.<sup>9</sup> Niezbędna jest tu aktywna, systematyczna i planowa współpraca terapeuty i pacjenta, polegająca na przywracaniu mu nadziei i wiary w wyzdrowienie, wygaszaniu stanów lękowych, na czynieniu przez niego czegoś, co odrywałoby go od sytuacji, w jakiej się znalazł. O metodach i rodzajach psychoterapii wypowiadają się różni autorzy.<sup>10</sup> Funkcję terapeuty może spełniać animator poprzez prowadzenie działalności kulturalno-oświatowej.

Ważną funkcję spełnia także muzykoterapia oraz pokrewne jej śpiewoterapia i choreoterapia. Są to jedne z najstarszych form terapii pozamedycznych. Obcowanie z muzyką nie tylko uwrażliwia na piękno, lecz pozwala na lepsze zrozumienie innych ludzi i ułatwia komunikację międzyludzką, a w placówkach leczniczych przeciwdziała chorobie szpitalnej będącej wynikiem izolacji chorych od ich dotychczasowego środowiska i posiadania przez nich nadmiernej ilości czasu wolnego, w którym rozpamiętują swoją chorobę.<sup>11</sup> Muzyka może być wykorzystywana również przy ćwiczeniach rehabilitacyjnych i gimnastyce leczniczej, niezbędnych zwłaszcza przy schorzeniach narządu ruchu. Specyficznym walorem muzyki jest możliwość indywidualnego jej odbioru poprzez techniczne środki przekazu, co pozwala na dowolny dobór jej rodzaju, repertuaru oraz czasu słuchania.

Najpopularniejszą i praktycznie dostępną w każdej placówce służby zdrowia terapią jest biblioterapia. Pogodne treści książek i czasopism wprowadzają chorego w lepszy nastrój, odrywają jego myśli od trudnej sytuacji chorobowej i środowiska, w którym aktualnie przebywa, pobudzają wyobraźnię, a śledzenie losów bohaterów opowiadań pozwala na przeżywanie ich dziejów, na utożsamianie się z nimi, a także angażuje emocjonalnie.<sup>12</sup> Nie jest zatem obojętne, jakie treści popularyzujemy wśród chorych, aby książka spełniała swą rolę pozytywną i była czynnikiem łagodzącym niekorzystne stany emocjonalne i motywacyjne osób poddawanych leczeniu. Nad doborem zestawu odpowiedniej literatury i czasopism powinien czuwać animator.

Ergoterapia, czyli terapia zajęciowa ma na celu pobudzenie pacjentów do podejmowania czynności fizycznych i umysłowych, aby poprzez ruch i pracę usprawniali nie tylko funkcje uszkodzonego narządu, lecz również powracali do równowagi psychicznej. Ruch i wykonywanie drobnych nawet prac manualnych skupiają uwagę pacjentów na danym przedmiocie, zaspokajają szereg ważnych potrzeb psychicznych, a przede wszystkim dają zadowolenie z uzyskanych efektów, z tworzenia czegoś, motywują do dalszych osiągnięć, przywracają wiarę w przydatność społeczną i zaufanie do własnych sił, pozwalają zapominać o chorobie czy pewnej niesprawności.<sup>13</sup>

Wypełnianie przez chorego długich godzin bezczynności różnego rodzaju zajęciami, głównie manualnymi, pozwala na oderwanie się od monotonii codziennego rytmu dnia w placówce, „skraca” niejako czas pobytu w niej, podtrzymuje dotychczasowy nawyk pracy i ruchu, a uzyskane wytwory dają zadowolenie i radość z tworzenia czegoś pożytecznego. Możliwość propozycji takich zajęć jest olbrzymia, uzależniona jest jednak od stanu zdrowia danego pacjenta i warunków placówki. W doborze i organizacji takich zajęć doniosłą rolę odegrać powinien animator, mający odpowiednie cechy osobowe oraz przygotowanie merytoryczne.

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę przedstawienia trudnej sytuacji osób chorych zmuszonych do przebywania w placówkach leczniczych oraz rolę, jaką powinni spełniać w tych zakładach animatorzy włączeni, obok personelu medycznego, w proces leczenia pacjentów. Niestety, z wielu względów ich działalność nie jest jeszcze należycie dostrzegana i doceniana.

#### Literatura

1. A. Kępiński: *Lęk*. Warszawa, 1977, s. 38.
2. K. Engelhard: *Pacjent w swojej chorobie*. Warszawa, 1972, s. 15 – 20.
3. M. Kulczycki: *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wrocław, 1972; I. Rżewska: *Pacjent – pielęgniar-ka*. Warszawa, 1980; M. Minczewska: *Praca pielęgniarki*. Warszawa 1973; H. Bortnowska /red./: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Warszawa 1980.
4. K. Wojciechowski: *Kultura i oświata w uzdrowiskach (zagadnienia kulturoterapii)*. Oświata Dorosłych, 1975, nr 7/8.
5. A. Hulek: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1969, s. 144.
6. H. Csorba: *Szpital – pacjent*. Wrocław 1966, s. 95.
7. A. W. Darinski: *Właściwości pracy kulturalno-oświatowej w uzdrowiskach*. Oświata Dorosłych, 1981, nr 1.
8. M. Szenk: *Muzyka – lek bez działań ubocznych*. Zdrowie, 1982, nr 4; T. Natanson: *Do nauki o muzykoterapii*. Wrocław, 1979.
9. S. Kratochwil: *Zagadnienia grupowej psychoterapii*. Warszawa, 1981.
10. W. Piekarski: *Co daje psychoterapia*. Zdrowie, 1982, nr 6; B. Pietrzykowska-Bodnar: *Metody psychoterapii*. Pielęgniarka i Położna, 1978, nr 5;
11. K. Malik: *Terapia w zespołach depresyjnych*. Pielęgniarka i Położna, 1978, nr 3; A. Hulek: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa, 1969.
12. T. Natanson: *Do nauki o muzykoterapii*. Wrocław, 1979.
13. W. Krzemiński: *Literatura piękna a zdrowie psychiczne*. Warszawa, 1973.
14. A. Hulek: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa, 1969; J. Tomaszewska: *Terapia zajęciowa*. W: W. Dega /red./ *Rehabilitacja lecznicza*. Warszawa, 1973.

## Potrzeba zabiegania o altruizm w procesie wychowawczym

Mgr Halina Zielińska-Więczkowska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej

Wydział Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Bydgoszczy

### The need to strive for altruism in the process of education

The aim of work was to justify the purposefulness of teaching altruism and to point out some effective methods of doing so. Altruism, ment as unselfish concern for the happiness and good of others, should be the best way of counteracting all manifestations of evil. The following work has based on the selection of literature.

Key words: altruism, education methods

#### Streszczenie:

Celem pracy było uzasadnienie celowości wychowania do altruizmu oraz wskazanie skutecznych metod realizacji. Altruizm – rozumiany jako bezinteresowna troska o dobro drugiego człowieka, powinien być niezawodnym sposobem przeciwdziałania wszelkim przejawom zła. Niniejszego opracowania dokonano na podstawie przeglądu literatury.

Słowa kluczowe: altruizm, oddziaływania wychowawcze

### I. WSTĘP

„(...) spoczywa na wychowawcach i nauczycielach obowiązek zabiegania o to, aby ich wychowankowie byli lub stawali się prawdziwymi altruistami”.

Prof. Mieczysław Łobocki

Wymowne a zarazem przerażające powinny być dane z raportu UNICEF, mówiące o tym, że co roku miliony dzieci, głównie z krajów Trzeciego Świata, ginie z powodu niedożywienia, głodu i łatwo uleczalnych chorób. Większość z nas zdaje sobie sprawę z tak rozpaczliwej sytuacji, ale tylko niewielu próbuje zmienić tę sytuację.

Warto przytoczyć słowa Florence Nightingale, znanej postaci propagującej altruizm, z zawodu pielęgniarki:

„Trzeba mieć oczy, które widzą,  
Uszy, które słyszą,  
I serce, które rozumie.”

Szybkie tempo przemian społecznych w naszym kraju sprawia, że wielu ludzi czuje się coraz bardziej zagubionych. Od dłuższego już czasu trwa dyskusja nad problematyką wartości uznawanych przez młodych ludzi w naszym kraju (6, 12). Na problem ten zwraca szczególną uwagę Jan Paweł II. Jak mówi: „(...) słabość wielu rodzin, brak porozumienia między rodzicami i dziećmi, wszystko to może wywoływać w umysłach młodzieży zamęt i niepewność co do prawd i wartości, które nadają autentyczny sens życiu”.

W społeczeństwie dostrzega się erozję wartości moralnych, nudę, rozpacz, coraz częściej mówi się o kryzysie sensu życia (6, 12). Wyraznym jej przejawem jest niepokojąco narastający wzrost przestępczości, zwłaszcza wśród młodocianych. Powinnością moralną każdego człowieka jest przeciwdziałanie temu zjawisku, aby każdy z nas mógł odnaleźć sens swego istnienia.

Problematyka wartości nabiera szczególnego znaczenia we współczesnym pluralizmie. Dlatego warto jest wskazać na korzyści oraz zagrożenia, jakie ze sobą niesie.

Jak słusznie pisze ks. prof. Marian Nowak „w pluralizmie pozostaje pytaniem otwartym: Jakie i za jakimi celami opowiadające się siły zdobędą pierwszeństwo w decydowaniu o losie pojedynczych ludzi, kraju, Europy? Od tej sytuacji nie możemy uciec, możemy jedynie wybrać” (7).

W tym zakresie taką pomoc orientującą daje pedagogika otwarta. Natomiast sam wychowawca ma tu do spełnienia ogromną rolę.

## II. ODDZIAŁYWANIA WYCHOWAWCZE A ALTRUIZM

Pojęcie altruizmu (łac. inny, drugi) użyte zostało około roku 1830 przez Augusta Comte'a – filozofa francuskiego. Jego hasło „vivre pour autrui” (żyć dla drugich), w pełni odzwierciedla to, czym naprawdę jest altruizm. To hasło znajduje swoje odzwierciedlenie w wypowiedziach Jana Pawła II.

*W wychowaniu chodzi o to, ażeby człowiek stawiał się coraz bardziej człowiekiem – o to, ażeby bardziej „był”, a nie tylko więcej „miał” – ażeby poprzez wszystko co „ma”, co „posiada” umiał bardziej i pełniej być człowiekiem, to znaczy, ażeby również umiał bardziej „być” nie tylko „z drugim”, ale także i dla „drugich”.*

Jan Paweł II

Altruizm – zdaniem większości autorów – to nade wszystko bezinteresowna troska o dobro drugiego człowieka. Są to zachowania prospołeczne ukierunkowane na realizację

celów pozasobistych. Mogą one przybierać postać zachowań allocentrycznych, kiedy jednostka dba o interesy konkretnych osób, bądź to socjocentrycznych ukierunkowanych na określone grupy społeczne (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9).

Przede wszystkim wtedy mówimy o altruizmie, kiedy troska dotyczy konkretnej osoby, a nie całej niejako ludzkości. Świadcząc troskę na rzecz dobra drugich, nie oczekuje się niczego w zamian. Altruizm w żadnym razie nie może być też przymusem. Zawsze jest działaniem świadomym i dobrowolnym. Altruizm to dawanie coś ekstra, ponad stan...

Jak powiedziała Matka Teresa z Kalkuty:

*„Należy dawać to, co jakoś kosztuje, wymaga poświęcenia, pozbawia czegoś, co się lubi, aby dar miał wartość przed Bogiem”.*

Nie zasługuje by go nazwać altruistą, ten kto świadczy troskę na rzecz innych z faktu pełnienia swych obowiązków służbowych, jak między innymi lekarze, pielęgniarki, strażacy, nauczyciele... Będą nimi wówczas, nawet pożądanymi by nimi byli, kiedy ich zawód będzie powołaniem (2).

Zdaniem Łobockiego „altruistą jest nade wszystko jednostka, która stanowi dla innych silne oparcie psychiczne, przynosi im pociechę i ukojenie; jest siewcą pogody ducha i źródłem wiary w wielkość człowieka; interesuje się sprawami innych i jest zawsze gotowa ich wysłuchać”.

Jak wynika z doniesień badawczych wielu autorów, bezinteresowne działania mogą przejawiać się w różnych dziedzinach życia. Poza stroną materialną, bardzo ważną jest sfera moralności, dotycząca obrony człowieka przed naruszeniem jego praw, sfera emocjonalna, przejawiająca się w życzliwości, współczuciu, wsparciu (1, 2, 8, 9).

Postawy altruistyczne wyrażają się w gotowości do pozytywnego działania na rzecz innych, którym to działaniem towarzyszy serdeczność, empatia, oddanie się na rzecz potrzebującego, poświęcenie się aż po heroizm (1, 2, 7, 11). Dla osoby znajdującej się w beznadziejnej sytuacji, niekiedy w obliczu ciężkiej, nieuleczalnej choroby, bardziej potrzebne i cenniejsze okazuje się wsparcie psychiczne, cierpliwość, wyrozumiałość. Cierpliwość to niezbędna cecha dobrego wychowawcy.

Pojęciami bliskoznacznymi z altruizmem są: miłość chrześcijańska i ideał opiekuna społecznego T. Kotarbińskiego. Miłość chrześcijańska jest pojęciem szerszym, zakłada niesienie pomocy bliźnim. Opiekun społeczny – według T. Kotarbińskiego – zawiera syntezę wartości ogólnoludzkich i ponadczasowych, cieszących się uznaniem ludzi bez względu na dzielące ich różnice światopoglądowe (2, 11).

Na podstawie doniesień wielu autorów można powiedzieć, że doniosły wpływ na występowanie zachowań altruistycznych ma wychowanie (1, 2, 7, 8, 9). Sama znajomość możliwości uczenia się altruizmu nie wystarcza, by osiągnąć zamierzony cel wychowawczy.

Wymaga to realizacji wielu warunków prawidłowo przebiegającego procesu wychowawczego. Niezmiernie istotna jest sama osobowość wychowawcy oraz jego autorytet.

Ważna jest także umiejętność wyboru odpowiedniej metody wychowawczej. Na szczególną uwagę zasługuje tu metoda przykładu osobistego oraz metoda zadaniowa, polegająca na powierzaniu wychowankom konkretnych zadań do wykonania, w tym zadań związanych ze świadczeniem pomocy (1, 2, 5, 8, 9).

Warto przytoczyć znane przysłowie, że „słowa uczą, a przykłady pociągają”. Należy pamiętać, że dobry przykład wychowawcy okazuje się najskuteczniejszą metodą wychowawczą.

Zdaniem wielu psychologów, ludzie pozostający ze sobą w bliskich i częstych kontaktach, z czasem zaczynają się zachowywać w zbliżony sposób. Dzieje się tak w wyniku nieświadomego przyswajania sobie zachowań i postaw innych ludzi. Spostrzeganie powoduje, że człowiek skłonny jest naśladować sposoby postępowania osób z najbliższego otoczenia. Taką skłonność zaobserwowano głównie u dzieci, które z reguły upodabniają się do swoich rodziców i dlatego istnieje potrzeba dobrego przykładu. Zjawisko upodabniania się wychowanków do pewnego wzoru czy modelu postępowania wśród osób najbliższych, jest jedną z ważniejszych metod uczenia się altruizmu (2, 8, 9).

Ważną sprawą dla ujawniania się zachowań altruistycznych jest uznanie autorytetu w osobie wychowawcy (2). Wychowawca stanie się autorytetem wówczas, kiedy wychowankowie dostrzegą w nim coś bardzo wartościowego i coś ważnego dla nich, oraz kiedy obdarzą go zaufaniem. To właśnie autorytet wywiera wychowawczy wpływ i powoduje przyjęcie lub odrzucenie jakiejś hierarchii wartości (7).

W życiu wiele sytuacji ma charakter pewnego wyzwania, którego podjęcie odzwierciedla stan naszego sumienia. Człowiek dzięki sumieniu jest zdolny do miłowania i czynienia dobra, a unikania zła (2, 7).

Podstawowym wymogiem pod adresem wychowawcy jest otwarcie się na rzeczywistość oraz wysiłek prowadzenia wychowanka w procesie realizacji pełni jego człowieczeństwa. Ma to swój wyraz w przekazie wartości, które pobudzają wychowanka do działania.

Warunkiem skuteczności wychowania jest nie tylko wybór i akceptacja określonej hierarchii wartości, lecz nade wszystko postępowanie zgodne z nimi (2, 7). Dużą rolę ma tu do spełnienia wychowawca, występujący jako „personalny symbol wartości”(Nowak). Jak słusznie pisze Nowak „wartości, normy i cele wychowania są potrzebne, gdyż człowiek wzięty już nawet od strony antropologii biologicznej ukazuje się nam jako istota niedoskonała, niestała i otwarta na świat. Obdarzony wolnością potrzebuje norm, przepisów, celów. Mówią mu one, jak powinien postępo-

wać, np. że powinien mówić prawdę, szanować przekonania innych, pomagać potrzebującym. Wypełnienie tych przepisów wymaga gotowości do poświęceń i zdolności przecięzania własnych potrzeb” (7).

Zachowaniom altruistycznym sprzyja podmiotowe traktowanie dzieci i młodzieży, a więc humanistyczne podejście. Ważnymi przejawami podmiotowości są: akceptacja i zaufanie do wychowanka, autentyczność w zachowaniu wychowawców oraz empatia (2, 5).

Akceptacja wychowanka jest równoznaczna z uznaniem go takim, jakim jest naprawdę, bez żadnych uprzedzeń. Akceptacji powinno towarzyszyć okazywanie szacunku i serdeczności. Zaufanie sprzyja umacnianiu wzajemnych więzi. Autentyczność wychowawcy to niekłamany i prostolinijszy sposób zachowania, bez zakłamania i gry pozorów. Rozumienie empatyczne polega na wczuwaniu się w stany psychiczne oraz zdolności rozumienia ludzkich przeżyć.

Koniecznym warunkiem skutecznego wychowania jest także umiejętność wzajemnego porozumiewania się, zarówno w rodzinie, jak i w szkole. Takie porozumiewanie sprzyja nawiązywaniu bliskiej więzi oraz pomagania sobie w razie potrzeby. W ten sposób sprzyja ujawnianiu zachowań altruistycznych (2, 8, 9).

Obdarzanie dzieci we wczesnym dzieciństwie pozytywnymi uczuciami ma ogromny wpływ na ich prawidłowy rozwój społeczny w późniejszym życiu, a więc prawdopodobnie także na zachowania altruistyczne(1, 2).

Ważne jest „zaszczepienie” jak największej ilości pozytywnych wartości już we wczesnym dzieciństwie, w myśl znanego nam powiedzenia „czym skorupka za młodu...”(1).

Zdaniem Stefana Garczyńskiego – „...altruści i bezinteresowni działacze najczęściej wywodzą się z domów, w których stosunki między rodzicami a dziećmi były bliskie i serdeczne, oparte na miłości, wzajemnym zaufaniu i szacunku, a więc z domów, w których nie tylko materialne, ale i psychiczne potrzeby dziecka, były właściwie zaspokajane”. Uważa dalej „że siła oddziaływania normy zależy od jej długotrwałej jednorodności, to znaczy pielęgnowania i przekazywania tej samej normy (nakazu i wzoru postępowania) z pokolenia na pokolenie przez wszystkie instytucje i autorytety” (1). Podobne obserwacje poczyniła A. Potocka-Hoser (9).

Z doniesień wielu autorów wynika, że sprzyjające warunki do wychowania w altruizmie istnieją zwłaszcza w rodzinach wielodzietnych, gdzie troska o innych wynika z ich naturalnej sytuacji rodzinnej. Natomiast dzieci jedynacy mają mniej możliwości pomagania innym. Stąd też, aby uwolnić dziecko od nadmiernego egocentryzmu i jednocześnie zapewnić mu prawidłowy rozwój, należy – jak pisze Łobocki – umożliwić otwarcie domu jedynaka dla innych dzieci (2).

Wychowawca nie może dopuścić do sytuacji, kiedy jego wychowanek staje się obojętny na sprawy innych ludzi. To my, wychowawcy powinniśmy czuć się odpowiedzialni za to, jakie ideały powinny być ważne dla naszych dzieci. Bez ideałów oraz wartości ludzie nie potrafią sensownie żyć, ani też wychowywać (2, 7, 12). Zadaniem wychowawcy jest uwolnienie wychowanka od egoizmu przez zmianę nastawień w kierunku altruizmu.

Warto się też zastanowić, jakie są reguły pomocy pomagającym (10).

Według Tatarowicza– należy:

- Nastawić się pozytywnie do osoby szukającej pomocy w jakiegokolwiek formie.
- Kształtować u siebie empatię.
- Budować społeczne wsparcie.
- Być godnym zaufania.
- Znać oczekiwania i potrzeby a także nastawienie odbiorcy.

Naczelnym celem w procesie wychowawczym powinien być dla każdego z nas altruizm. Wzorem do naśladowania są tu: Matka Teresa z Kalkuty, Janusz Korczak, Mahatma Gandhi, o. Maksymilian Kolbe, Albert Schweitzer, Florencja Nightingale i wielu innych. Ich wspólną cechą była ofiarność, dobroczynność, wielkoduszność oraz bezgraniczne poświęcenie na rzecz innych.

### III. WNIOSKI

Co przemawia za przyjęciem altruizmu jako naczelnego celu wychowania?

Altruizm jest wyzwaniem rzuconym każdemu z nas i całemu światu.

Stanowi gwarancję bezpieczeństwa i normalnego funkcjonowania jednostki. Altruizm świadczy o jakości wychowania. Zadaniem wychowawców powinno być możliwie szerokie propagowanie idei altruizmu, w tym takich wartości, jak: pracowitość, uczciwość, poczucie sprawiedliwości, poszanowanie godności ludzkiej, tolerancja...

Skutecznymi sposobami na kształtowanie zachowań altruistycznych mogą być:

- dawanie dobrego przykładu,
- kształtowanie konstruktywnej wychowawczo atmosfery,
- umiejętne powierzanie zadań do wykonania,
- obdarzanie dzieci pozytywnymi uczuciami, czyli tzw. miłość rodzicielska,
- umożliwianie dzieciom sytuacji niesienia innym pomocy,

- dbałość o trwałość i spójność rodzin,
- traktowanie każdego człowieka jako wartościowej osoby ludzkiej,
- prawidłowa komunikacja oraz umiejętność nawiązywania więzi interpersonalnych,
- bycie otwartym, dostępnym i życzliwym.

Zdaniem prof. M. Łobockiego „altruizm jest miarą wartości człowieka, jest nakazem moralnym każdego z nas”.

Ważny wniosek nasuwa nam też Stefan Garczyński: „społeczności, w których dawanie i świadczenie pomocy jest powszechne i ofiarne, mają więcej szans w walce o byt niż społeczności, w których każdy dba tylko o siebie”.

Reasumując, możemy powiedzieć, że dobre wychowanie jest dziełem dobrego wychowawcy.

Ktoś mógłby zadać pytanie, jakie są racje, żeby być altruistą?

Należy zadowolić się odpowiedzią, że altruizm należy do zbioru naszych podstawowych wartości moralnych.

### Literatura

1. Garczyński S.: *O dawaniu*. Warszawa, 1985
2. Łobocki M.: *Altruizm a wychowanie*. Lublin, 1998
3. Łobocki M.: *Wychowanie do altruizmu w rodzinie*. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1997 nr 5, s. 2-5
4. Łobocki M.: *O altruizmie w wychowaniu*. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1992 nr 10 s. 421–426
5. Łobocki M.: Międzynarodowa konferencja na temat altruizmu 24-25 października 1996 w Belgradzie. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1997 nr 3 s. 45-46
6. Mariański J.: *Rekonstrukcja czy rozpad wartości moralnych. Szkic socjologiczny* W: *Pielęgniarstwo: Etyka i działanie (materiały pokonferencyjne)* pod red. Ireny Wrońskiej i Reginy Kuźmińskiej s. 9-31, 1998
7. Nowak M.: *Podstawy pedagogiki otwartej*. Lublin, 1999
8. Muszyńska Ł.: *Altruizm a kolektywizm dziecięcy*. Warszawa, 1976
9. Potocka-Hoser A.: *Wyznaczniki postawy altruistycznej*. PWN Warszawa, 1971
10. Tatarowicz J.: *Drama(t) w pomaganiu innym*. Cz. I: Reguły pomocy pomagającym 1997 z. 23 s. 5-9
11. Wojtyła K.: *Miłość i odpowiedzialność*. Wyd. 4 Lublin, 1986
12. Wrońska I., Mariański J.: *Wartości życiowe młodzieży*. Lublin, 1999

## Polska młodzież – ideały wychowawcze a rzeczywistość społeczna

*Mgr Jerzy Rudzik*

*Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM*

Spółczesność polska jest w katastrofalnej kondycji etycznej. Oto garść pozornie niepowiązanych faktów. Kobiety zarabiają mniej niż mężczyźni na takich samych stanowiskach. Sędzia fałszuje wydany przez siebie wyrok i zostaje uniewinniony z powodu niskiej szkodliwości społecznej czynu. Babcia zapytana dlaczego tak często wychodzi z wnuczką na spacer, mówi, że musi, bo mama po powrocie z pracy gra na komputerze. Partia propagująca łamanie prawa odnosi sukces wyborczy. Kandydat podczas egzaminu na studia nie wie, kim był Piłsudski.

Polak ma w głowie bałagan i sprawia wrażenie, że potyka się o własne nogi. Fachowców nie rozumie, zresztą sam wie lepiej. Kościół natomiast (który nie jest bez winy) odesłał do kąta, bo politykuje. Co gorsze, rośnie młode pokolenie barbarzyńców.

Przyczyn tego stanu jest wiele. Najbardziej oczywistą jest półwiecze demokracji ludowej i sprawiedliwości społecznej. Co innego bowiem można było usłyszeć od dziadków, co innego w telewizji i szkole. Jedno się myślało, drugie robiło. Tak wyrosły pokolenia Polaków "niepełnosprawne" etycznie. Jeśli dodamy, że postulujący dużo wolności w sferze publicznej zachodnioeuropejski liberalizm, który nałożył się na wspomniane zaszłości po roku 1989 (postulujący dużo wolności w sferze publicznej, ale stawiający wysokie wymagania etyczne), spotykamy się z takim oto zjawiskiem: **Polacy wykazują postawę liberalną w wymiarze praw, a socjalistyczną w wymiarze obowiązków.**

Dzisiaj, kiedy to obywatele mają rządzić państwem, a nie państwo nimi, okazuje się, że wciąż zwyciężają nawyki z poprzedniego okresu. Jest natomiast niezbędne przywrócenie nawyków, kiedyś nazywanych cnotami. Cnota jest cechą charakteru, skłonnością w postępowaniu. Cnotami są: roztropność, prawdomówność, sprawiedliwość, zmysł tradycji, męstwo, rzetelność w pracy. Nieważne, czy ostatecznym celem jest szczęście lub samorealizacja – nie osiągnie się tego bez systematycznej realizacji celów pośrednich. Cnoty zaś są niezbędne do osiągnięcia takich dóbr, jak zdobycie wiedzy, sprawne kierowanie państwem, ferowanie sprawiedliwych wyroków, unikanie kłopotów, rozwój praworządności, wychowanie dzieci, czy zdobycie zaufania klientów.

Realizacja celów utrwala cnoty. Cnoty pozwalają nam realizować cele, jednocześnie same doskonalą się. Tak poję-

ta etyka – etyka cnot – dotyczy całego naszego życia i nadaje mu pożądaną jakość.

Etyka cnot wymaga jednak uświadomienia sobie, że takie instytucje, jak: rodzina, nauka, Kościół, prawo, nauka, kultura, sztuka, wzorce, do których dążymy, mają swe źródła w tradycji i tylko dzięki niej są zrozumiałe. Tradycja nie jest przeszłą wiedzą ojców, lecz żywym sporem. Jeśli między dniem dzisiejszym a tradycją widzimy przepaść, świadczy to o brakach, jakie musimy nadrobić. Musimy, bo gdy zamiera rozumienie przeszłości, ginie rozumienie teraźniejszości.

To była diagnoza. Teraz o terapii. Sytuacja ma analogię w przeszłości, u narodzin Oświecenia. Współczesny Polak przypomina Sarmatę. Ówczesny stan życia publicznego przypominał dzisiejszy. Ówczesne rozwiązanie polegało na położeniu nacisku na wychowanie i edukację. Dziś szkoła także musi wychowywać.

Wychowanie to także wpajanie cnot. Jednak obecnie w Polsce dzieci się nie wychowuje. Rodzice zostawiają to szkole, a ta jest do tego nieprzygotowana. Ideał formowania człowieka w szlachetności i pięknie został zastąpiony naukowymi innowacjami. Redukuje się liczbę informacji zamiast dokonać zmiany akcentów. Rodzice, którzy do książek nie zaglądają, narzekają, że dzieci uczą się rzeczy niepotrzebnych.

A uczyć się powinny jeszcze więcej. Człowiek cywilizowany musi rozumieć rzeczywistość, tzn. bardzo wiele systemów symbolicznych, inaczej będzie barbarzyńcą. Program edukacji, oprócz wiedzy matematyczno-przyrodniczej, podstaw filozofii, psychologii, ekonomii, dwóch języków obcych, sportu, powinien kłaść nacisk na znajomość własnej historii i literatury. Dzieci nie lubią czytać lektur, nie dlatego, że stały się nieaktualne, lecz dlatego, że ich nie rozumieją. Literatura i historia przestały być traktowane jako źródła wzorów cnot.

Argument, że nikt na Zachodzie tak nie robi, nie ma sensu. Europa Zachodnia ma podobny problem z młodym pokoleniem, w którego świadomości tradycja europejska jest prawie nieobecna, a tamtejsze społeczeństwa są mimo wszystko dużo dojrzałe. Głównie chodzi jednak o to, że człowiek cnotliwy jest zdolny budować żywą kulturę, bogatą intelektualnie i materialnie, czerpiącą z zewnątrz tylko te treści, których nie może dostarczyć jej własna tradycja. A

tym, którzy dyskusje o cnotach uważają za niegodne wzmianki, proponują lekturę Plutarcha i Staszica.

### **Czy polska młodzież jest traktowana poważnie?**

Prasa, internet i telewizja są tymi mediami, które mają wpływ na kreowanie postaw, opinii, sposobu myślenia. Reklamodawcy promują postawy konformizmu i zachowań konsumenckich, obraz jednostronny i spłycony. Przekazywane treści są jałowe, język nasycony sloganami, styl bycia nastawiony na rozrywkę. Szkodliwość i – bez przesady – deprawacja, którą przekazują programy telewizyjne i reklamy, nie została jeszcze przebadana. Ale nawet, gdyby została naukowo potwierdzona, nie miałoby to wpływu na ich promocję. Przynoszą bowiem zysk. A, jak uczy praktyka, wartości ustępują przed zyskiem.

Niedocenionym, ale silnym wzorcem postępowania stał się obszar polityki – tej "warszawskiej" w wydaniu telewizyjnym. Intratne posady dla ludzi dawno skompromitowanych, poniewieranie wartości, cynizm w podejściu do prawa i zasłanianie się immunitetem poselskim, marnotrawstwo publicznych pieniędzy, przedkładanie interesu partyjnego nad narodowy.

Publiczna kpina z demokracji demoralizuje młodzież, nawet jeśli nie jest aktywnie zainteresowana polityką. Młody człowiek nasiąka niebezpiecznym przekonaniem, że czynienie bezprawia jest w "normie", a nawet im większy przekręt, tym większa szansa na powodzenie i karierę. W lokalnych strukturach także coraz mniej miejsca dla zdolnych i kreatywnych, więcej dla "sprawdzonych" i układnych.

Destrukcyjny wpływ na młodego człowieka ma także zjawisko bezrobocia i coraz powszechniejszy stan bezradności. Brak perspektyw po ukończeniu szkoły czy studiów, brak nadziei na poprawę sytuacji dotyczy większości absolwentów. Wykształceni, aktywni ludzie, stając twarzą w twarz z twardymi realiami, mogą liczyć na szczęście, koneksi, albo muszą pogodzić się z beznadziejną vegetacją na rachunek rodziców, łudząc się, że niebawem znajdą upragnione (lub jakiegokolwiek) zajęcie. Nie jest szczytem pragnień młodego człowieka z dyplomem wyższej uczelni posada sprzedawcy, kasjera lub kelnera – ale takie są możliwości. O urzędzie pracy i programach dla absolwentów można zapomnieć. Istnieją tylko na papierze i w oficjalnych statystykach. Jakąś możliwość poprawy warunków bytowych i godności daje emigracja (w niektórych regionach polski to jedyna możliwość zarobku!). Alternatywa to apatia i bierność. W wielkich miastach stan taki przeradza się w osiedlowy półświat, na wsi – w izolację.

Trudno liczyć na wsparcie w zachowaniu pozytywnych wzorców wychowawczych od takich naturalnych autorytetów, jak szkoła, prawo, władza. Słabość wymiaru sprawiedliwości i ogólne przekonanie, że tylko naiwni szanują prawo, przyzwolenie na "nieszkodliwe" łamanie przepisów, nie-spójność prawa udowadniają, po której stronie jest sprawiedliwość. Usatysfakcjonowani są bardziej cwani, agresywni, głośni i bogaci.

Księża swą autentycznością, zapalem, ewangeliczną postawą wciąż zdobywają autorytet i zaufanie młodzieży, jednak instytucjonalne skostnienie i brak autokrytycyzmu, są zauważane przez młodych ludzi. W procesie kształcenia wychowawców, czyli wychowawców przyszłych wychowawców na wyższych uczelniach, można zaobserwować kryzys. Szacunek dla profesorów, nauczycieli jako przykładów i autorytetów wciąż maleje.

Wszystkie te dziedziny przenika zmiana na poziomie komunikacji. Zanika sztuka prowadzenia dialogu. Powszechnieje slang, niedbałość o słownictwo. Wartość dialogu, czyli wymiany myśli, umiejętności słuchania racji drugiej strony, gotowość do kompromisów i modyfikacji własnego zdania, zastąpiły w wielu środowiskach młodzieżowych dogmatyzm i misję przekonania innych do swoich "świętych" racji.

Kolejny z "antyprzykładów", z którymi staje do konfrontacji polska młodzież, to niszczenie kreatywności i potencjału młodego człowieka, pełnego energii i inwencji. Przykłady cofnięcia reformy oświaty, ograniczenia ilości godzin wychowania fizycznego w szkołach, braku spójnej polityki sportów masowych, cięcia finansowe ulg dla studentów, polityki dotyczącej młodzieży niepełnosprawnej, świadczą, że młodzieżą mało kto się interesuje i nie jest ona priorytetem w polityce państwa.

W pracy wychowawczej nie ma miejsca na próżnię. Z braku instytucjonalnego i trwałego oparcia to, kim będzie młody człowiek, zależy od szczęścia, od tego z jakiego środowiska się wywodzi, na jakich wychowawców trafi, kto zostanie jego autorytetem, partnerem godnym zaufania. Ma, mimo wszystko, szansę znaleźć oparcie i przykład. Wciąż istnieje niedoceniany, zapomniany "margines" autorytetów: wybitne indywidualności, rodzice i pedagodzy, którzy z powołania służą młodemu pokoleniu. Rzucając ziarno własnego przykładu, niejednemu już pomogli zmienić konformistyczne myślenie i otworzyć oczy na prawdę o samym sobie, innych ludziach, otaczającym świecie. Wychowawcy, którzy rozumieją swoją rolę, dostrzegają różnice pomiędzy wydarzeniami wirtualnymi a rzeczywistymi i potrafią je wykorzystać dla dobra wychowanka.



## PRO MEMORIA

### Dr Bronisława Dyszyńska-Rościszewska (1925-2002)



Dr n. med. Bronisława Dyszyńska-Rościszewska urodziła się 01.06.1925 r. w rodzinie lekarskiej w Jarosławiu. Z miastem tym, do końca życia była mocno emocjonalnie związana. Tam spędziła dzieciństwo, tam uczęszczała do szkoły powszechnej i do szkół średnich. Maturem otrzymała w czasie okupacji niemieckiej w 1944 r.

na kompletach tajnego nauczania. W 1945 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego i ukończyła je w 1951 r.

Pierwszą pracę rozpoczęła 01.08 1951 pod kierunkiem dr Mąkowskiego w Oddziale Okulistycznym Szpitala Miejskiego nr 4 w Katowicach i tam uzyskała I stopień specjalizacji z zakresu okulistyki.

W 1957 r. rozpoczęła wolontariat pod kierunkiem prof. Władysława Melanowskiego w Klinice Chorób Oczu Akademii Medycznej w Warszawie, a po 2 latach otrzymała etat asystenta – nauczyciela akademickiego. Egzamin specjalizacyjny II stopnia uzyskała pod kierunkiem prof. Stanisława Altenbergera.

Po jego śmierci kierownictwo kliniki objęła prof. Zofia Falkowska i pod jej kierunkiem dr Rościszewska rozpoczęła pracę naukową, której głównym tematem było zastosowanie ultradźwięków w diagnostyce okulistycznej. Prace prowa-

dziła we współpracy z Instytutem Podstawowych Problemów Techniki, gdzie w zespole prof. Leszka Filipczyńskiego skonstruowano pierwszy polski aparat przystosowany do tego celu. Z tym aparatem dr Rościszewska pracowała wiele lat udoskonalając go, a wyniki prac przedstawiała w „Klinice Ocznej” i „Archiwum Akustyki” oraz na zjazdach i sympozjach w kraju i za granicą.

Nawiązała kontakty i współpracę z prof. Oksalą z Finlandii, prof. Buschmamerem z Berlina, prof. Osojnikiem z Wiednia i dr Poujol z Paryża.

Była członkiem Międzynarodowego Stowarzyszenia Diagnostyki Ultradźwiękowej w Okulistyce (S.I.D.U.O).

W 1969 r. na podstawie pracy zatytułowanej „Pomiary oczu metodą ultradźwiękową” uzyskała stopień doktora nauk medycznych.

Opublikowała 35 prac, z czego 26 dotyczyło diagnostyki ultradźwiękowej w schorzeniach oczu.

Do końca swej pracy w Klinice prowadziła Pracownię Ultradźwiękową szkoląc w tej dziedzinie młodszych kolegów. Jako adiunkt kliniki prowadziła także zajęcia dydaktyczne z młodzieżą studencką i specjalizującymi się lekarzami przekazując swą wiedzę i doświadczenie.

W roku 1981 odeszła na przedwczesną emeryturę. Jeszcze przez kilka lat pracowała w Lecznicy Ministerstwa Zdrowia.

Odeszła od nas 13 sierpnia 2002 r.. Żegnamy Ją z żalem, zachowując w naszej serdecznej pamięci.

Dr Nadzieja Bocheńska

Redakcja miesięcznika „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” informuje z żalem, że dnia 5.09.2003 r.

zmarł

**dr n. med. TADEUSZ KOCON**

Przewodniczący Stowarzyszenia Wychowanków  
Warszawskiej Medycyny i Farmacji  
Członek Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego  
Długoletni Ordynator Oddziału Chirurgicznego  
Szpitala w Nowym Dworze Mazowieckim  
Długoletni współpracownik naszego czasopisma,  
autor cyklu artykułów „Lekarze patroni ulic Warszawy”

## Prof. dr hab. Irena Smólska (1926-2003)

### WSPOMNIENIE



Profesor dr hab. med. Irena Maria Smólska przyszła na świat 12 sierpnia 1926 roku w Częstochowie w rodzinie doktora medycyny Alfreda Franke, ordynatora oddziału chirurgicznego szpitala miejskiego. Wspominając ojca mówiła: „...uwielbiałam ojca, był chirurgiem, żył szpitalem. Odwiedzałam go tam często. Już wówczas, jako dziecko, postanowiłam zostać chirurgiem”. W okresie okupacji uczyła się na tajnych kompletach uzyskując w roku 1944 świadectwo dojrzałości, a następnie rozpoczęła studia lekarskie. W latach 1943-45 pracowała w charakterze instrumentariuszki w Szpitalu Miejskim w Częstochowie. Wyrósłszy w atmosferze patriotyzmu brała czynny udział w podziemnym ruchu oporu, pełniąc pod pseudonimem „Iskra” funkcję łączniczki i sanitariuszki w grupie „Bartka” Armii Krajowej.

Po zakończeniu działań wojennych wstąpiła na Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego, który ukończyła w roku 1949 uzyskując dyplom lekarza. W roku 1950 przenosi się do Warszawy podejmując pracę w oddziale kardiologicznym Szpitala SS Elżbietanek. W styczniu 1951 otrzymuje asystenturę w Klinice Chirurgii Dziecięcej AM w Warszawie kierowanej przez profesora Jana Kossakowskiego. Tutaj też przechodzi przez kolejne szczeble kariery zawodowej od asystenta do docenta etatowego. W roku 1955 uzyskuje specjalizację z chirurgii dziecięcej, a w 1960 tytuł doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy „*Spostrzeżenia dotyczące metody leczenia wrodzonych guzów krzyżowo-ogonowych u dzieci*”. Równocześnie angażuje się w wykonywanie badań angiokardiograficznych diagnozując wrodzone wady serca u dzieci. Rozpracowując to zagadnienie przeprowadza osobiście kilkaset pierwszych cewnikowań serca. Prowadzi prace doświadczalne analizując wpływ omentopeksji nerek na regulację podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi. Zabiegi te stosuje następnie z powodzeniem w praktyce klinicznej. Propaguje nowoczesne techniki operacyjne, np. metodę Denis-Browna w szpiczactwie.

W roku 1961 Irena Smólska przez 6 miesięcy pracuje na stanowisku lekarza oddziałowego szpitala torakochirurgicznego Groaby Road w Leicester w Anglii. Po powrocie do

kraju koncentruje się na problematyce torakochirurgicznej. W roku 1966 otrzymuje tytuł dr habilitowanego na podstawie pracy p.t. „*Badania doświadczalne własnej metody zespalania żyły głównej górnej z tętnicą płucną u niemowląt z zarośnięciem zastawki trójdzielnej*” – pierwszej w Polsce rozprawy habilitacyjnej z zakresu kardiochirurgii dziecięcej.

Rok 1970 to powołanie na stanowisko konsultanta w zakresie kardiochirurgii Instytutu Pediatrii w Krakowie. W okresie 4 lat zorganizowała zespół do leczenia wrodzonych wad serca u dzieci oraz wykonała ok. 300 operacji serca u noworodków, niemowląt i dzieci starszych. Tam też szkoliła kardiologów, radiologów i chirurgów. Brała udział w posiedzeniach naukowych, opracowaniu prac doktorskich i przygotowaniu publikacji naukowych.

W roku 1972 prof. dr hab. med. Irena Smólska przejmuje, od przechodzącego na emeryturę doc. Tadeusza Hroboniego, i reorganizuje oddział chirurgii dziecięcej przy ul. Działdowskiej w Warszawie równocześnie podnosząc go do rangi kliniki uniwersyteckiej. W nowym miejscu pracy pragnie kontynuować swoje ukształtowane zainteresowania zawodowe. Jednak, aby było to realne należało przebudować i zreorganizować oddział, wyszkolić zespół oraz zdobyć sprzęt wysokospecjalistyczny. Dzięki staraniom prof. I. Smólskiej w ramach Kliniki Chirurgii Dziecięcej powstał oddział intensywnej opieki pooperacyjnej oraz sala rehabilitacyjna, zmodernizowano blok operacyjny, sale chorych i pomieszczenia dydaktyczne. W nowej klinice z sukcesem wykonuje szeroki repertuar trudnych i podówczas nowatorskich zabiegów operacyjnych rekonstrukcji tchawicy i oskrzeli, wad płuc, usunięcia guzów śródpiersia, korekcji pierścieni naczyniowych, wytworzenia przełyku z krzywizny większej żołądka oraz licznych operacji noworodkowych. Równocześnie kontynuowano realizację pełnego zakresu operacji w ramach chirurgii dziecięcej.

Angażując się bez reszty w działalność chirurgiczną szczególnie znaczenie przykładała do wczesnej rehabilitacji pooperacyjnej niemowląt i młodszych dzieci. Z publikacji na ten temat warto wymienić pracę „*Rehabilitacja dzieci w chirurgii klatki piersiowej*” [Ped Pol 1977,10:1254]

Z początkiem lat osiemdziesiątych nastąpiła generalna wymiana pokoleniowa zespołu chirurgicznego. Profesor otoczyła się liczną grupą niedoświadczonych absolwentów

medycyny, których postanowiła ukształtować zgodnie z potrzebami Kliniki. W realizacji zamierzeń pomagał Profesor niezwykle temperament, który w połączeniu z doświadczeniem, konsekwencją działań i troską o odpowiednią atmosferę w zespole chirurgicznym okazał się kluczem do sukcesu. Zasadą było wczesne rozpoczynanie kariery samodzielnego chirurga, prowadzenie dydaktyki i działalności naukowej. Liczne uzyskiwane w tym okresie specjalizacje I i II stopnia były więc poparte znaczącym doświadczeniem własnym. Pełne wykształcenie chirurgiczne uzyskali A. Koronkiewicz, M. Wilczyńska, A. Janicka, W. Stefanek, J. Tchorzewski, A. Marchocka oraz doktorzy nauk medycznych P. Kostrzewski, J. Siarkiewicz, W. Kubica, J. Wieteska, B. Motylewicz. Tak ukształtowany zespół przetrwał, z niewielkimi zmianami, do chwili obecnej. Po 46 latach wytężonej pracy w roku 1996 profesor Irena Smólska przeszła na emeryturę przekazując Katedrę swemu uczniowi profesorowi Maciejowi A. Karolczakowi, kardiochirurgowi i chirurgowi dziecięcemu.

Równoległe z obowiązkami chirurgicznymi realizowała program nauczania propedeutyki chirurgii dziecięcej a następnie chirurgii dziecięcej z elementami kardiochirurgii. Pod jej redakcją i z czynnym udziałem powstał skrypt dla studentów AM (I wyd. 1989, II wyd. 1993) oraz liczne filmy dydaktyczne. Prowadziła szkolenie podyplomowe CMKP kierując kursami z zakresu gastroenterologii wieku dziecięcego i schorzeń naczyń obwodowych u dzieci. Uczestniczyła w szkoleniu ordynatorów na kursach z pneumonologii i kardiologii dziecięcej. Przez szereg lat była konsultantem chirurgii dziecięcej województwa ostrołęckiego. Aktywny członek Brytyjskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, Pacific Association of Pediatric Surgeons, European Association for Cardiothoracic Surgery, International Society of

Cardio-Thoracic Surgeons oraz licznych polskich towarzystw naukowych. Przez dwie kadencje przewodniczyła oddziałowi warszawskiemu Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. Członek redakcji licznych periodyków naukowo-lekarskich.

W uznaniu ogromnego dorobku naukowego (138 prac naukowych), organizacyjnego i dydaktycznego w roku 1988 zostaje profesorem nauk medycznych. Odznaczona Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Uonorowana medalem Gloria Medicinæ (2002), Złotym Skalpelem Kardiochirurgów Polskich (1966), Medalem Polskiego Tow. Chirurgów Dziecięcych oraz Medalem Sekcji Kardiologicznej Polskiego Tow. Pediatricznego.

#### **Kim zatem była profesor Irena Smólska?**

Wybitnym lekarzem i pedagogiem, profesorem, błyskotliwym chirurgiem dziecięcym, torakochirurgiem i kardiochirurgiem, miłośniczką tańca i zabaw, prawdziwą entuzjastką podróżowania, historykiem, osobą o ogromnym temperamencie i ogromnej wrażliwości, osobowością niezależną, a równocześnie niezwykle towarzyską. Trwałym dowodem Jej osiągnięć będą liczni uczniowie, których obdarzała sympatią i którym sekundowała w trakcie mozolnego wspinania się po szczeblach kariery. To ona cieszyła się z naszych sukcesów, martwiąc się, gdy przyszła kolej na niepowodzenia życiowe lub zawodowe. Dlatego też z głębokim przekonaniem możemy powiedzieć, że Profesor Irena Smólska ma stałe, bardzo szczególne miejsce w naszych sercach.

Prof. dr hab. Maciej A. Karolczak  
II Katedra i Klinika Kardiochirurgii  
i Chirurgii Ogólnej Dzieci AM

## NOWOŚCI WYDAWNICZE

# PATOLOGIA

## Podręcznik dla licencjackich studiów medycznych

Wydawnictwo Lekarskie PZWL wydało w tym roku podręcznik „Patologia” prof. Stefana Krusia przeznaczony dla licencjackich studiów medycznych. Jest to pierwsze, niezwykle potrzebne, zwięzłe i wyczerpujące opracowanie przeznaczone dla kształcenia i realizowania programów licencjackich.

Monografia składa się z trzech części, obejmujących podstawy patomorfologii i patofizjologii narządów. Profesor S. Kruś – wieloletni kierownik Zakładu Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, autor wielu opracowań naukowych i dydaktycznych swoje doświadczenie i szeroką wiedzę przekazuje w sposób zrozumiały i prosty. Wprowadza czytelnika w nieznaną, a czasem „nowy” świat nauki i kliniki, przybliżając wybranymi przykładami z historii medycyny szerokie spectrum wiedzy. Przyswojenie informacji ułatwia czytelnikowi dobrze opracowana terminologia i wyczerpujące omówienie aktualnych zagadnień medycyny, co pozwala ugruntować podstawową wiedzę o omawianych jednostkach chorobowych z klasyczną dokumentacją w celu zilustrowania przypadków.

Wspaniale merytorycznie przygotowany podręcznik omawia procesy zachodzące w komórkach, czynniki etiologiczne, patogenetyczne, jak również patologię związaną z różnicowaniem i dojrzewaniem komórkowym. Dydaktyczne znaczenie podręcznika jest kierowaniem uwagi czytelnika na wprowadzenie do kliniki i omawianie zespołów oraz jed-

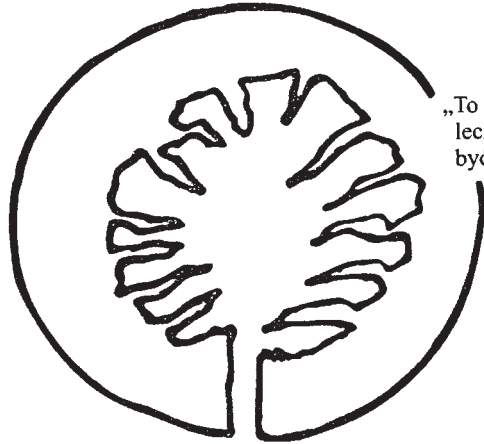
nostek chorobowych, które ułatwiają zrozumienie procesów wewnątrzkomórkowych i rozpoznawanie zmian patologicznych.

Z pełną świadomością rekomenduję ten bardzo wartościowy podręcznik adresowany do medycznych szkół licencjackich, przekonany o jego przydatności w procesie kształcenia. Patolodzy to lekarze, którzy arbitralnie nie tylko diagnozują i oceniają zachodzące zmiany na poziomie komórkowym, ale przede wszystkim stanowią o nowych „standardach” diagnostycznych w coraz bardziej zaawansowanych procedurach terapeutycznych. Ucząc się sami, przede wszystkim uczą kadrę medyczną.

Polecam zastanowienie się nad „dekalogiem” postępowania i zaleceń, które autor podręcznika przedstawia w zakończeniu, co może warunkować naszą równowagę biopsychospołeczną w obliczu wielu zagrożeń zewnętrznych, ale także „nieumyślnych” działań bliźniego. Zalecenia te z pewnością uzupełnimy sami, aby powstał ostateczny „dekalog” uzupełniony o brakujące wskazania..... za pewien czas..... czas niepewności w Starej Europie ale z naszym udziałem, dobrze przygotowanych i wykształconych fachowców.

Dr hab. Piotr Fiedor  
Senacka Komisja ds.  
Informacji Naukowej i Wydawnictw AM

## KOMUNIKATY



„To życie zostało przerwane,  
lecz nauka,  
być może, uratuje inne”


Polska Akademia Nauk  
Oddział w Łodzi  
Fundacja im. Tomasza Jakuba Michalskiego

### **nagrodę - stypendium roku 2003**

**otrzymał**

Doktor n. med.  
**Jakub Gołąb**  
za wybitne osiągnięcia  
w dziedzinie terapii chorób nowotworowych

Przewodniczący Rady  
Fundatorów



Profesor Jan Michalski

Przewodniczący Fundacji



Profesor Marian Mikołajczyk



**Leica**  
MICROSYSTEMS

*Nowoczesne urządzenia laboratoryjne służące do kompleksowego przeprowadzania i przygotowywania preparatów do badań mikroskopowych.*



GF MICROSYSTEMS Sp. z o.o.  
ul. Górki 12, 60-204 Poznań  
tel. (061) 663 26 95 fax. (061) 663 28 42  
[www.gfmicrosystems.pl](http://www.gfmicrosystems.pl)

## ODLEŻYNY I ODPARZENIA

# AntiCubit®



### **NATURALNY BALSAM PRZECIW ODLEŻYNYM I ODPARZENIOM z olejkiem drzewa herbacianego**

- Zapobiega powstawaniu odleżyn i oparzeń
- Łagodzi podrażnienia i stany zapalne
- Nadaje skórze właściwą elastyczność, gładkość i wilgotność
- Wspomaga proces terapii i rekonwalescencji
- Nie brudzi bielizny
- pH neutralne dla skóry
- Pojemność 110 ml i 500 ml



POLLENA  
*Aroma*

Producent: POLLENA-AROMA Sp. z o.o., 03-115 Warszawa, ul. Klasyków 10  
tel. (0-22) 811 42 21, fax (0-22) 811 92 28, e-mail: aroma@pollenaaroma.com, www.pollenaaroma.com

## SIÓDME WOLFFIANA

Lek. Hanna Celnik

Zakład Historii Medycyny i Farmacji AM

W upalne popołudnie 5 czerwca 2003 r. o godz. 16.00 w przyjemnie chłodnych murach siedziby Klubu Lekarza, w Alejach Ujazdowskich 24, spotkali się członkowie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji. Rozpoczęło się bowiem, już siódme z kolei, doroczne święto Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego tzw. Wolffiana, połączone z wręczeniem najbardziej prestiżowej nagrody Towarzystwa – medalu im. Augusta Ferdynanda Wolffa. Wcześniej, o godz. 15.30 delegacje Towarzystw złożyły kwiaty pod tablicą patrona święta – A. F. Wolffa. W reprezentacyjnej sali Klubu Lekarza zabrzmiały słowa *Gaudeamus igitur*, odśpiewane przez zgromadzonych.

Doc. dr hab. n. med. Jerzy Jurkiewicz, prezes TLW przypominał sylwetkę A. F. Wolffa, żyjącego na przełomie XVIII i XIX w. „*medicinae et chirurgiae doctoris*”, społecznika, patriotę, po upadku powstania kościuszkowskiego – fizyka miasta Warszawy, organizatora Szpitala Ujazdowskiego, inicjatora utworzenia Akademii Lekarskiej i jednego z założycieli, w 1820 r. Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. To w 1841 r. odbyło się pierwsze uroczyste spotkanie z okazji 50-lecia działalności zawodowej A.F.Wolffa, na którym Jubilat otrzymał od przedstawiciela cara Mikołaja I złotą tabakierkę wysadzaną brylantami, a od społeczeństwa warszawskiego – złoty medal. Na awersie medalu widniał wizerunek Wolffa, zaś na rewersie łacińska maksyma: „*Vir summis carus et imis*” – człowiek jest mądry i sposobny do działania.

Od tego czasu, medal, wybitny w liczbie 287 egzemplarzy, zaczął funkcjonować jako specjalne wyróżnienie. Po tej krótkiej charakterystyce sylwetki Wolffa i genezie święta Wolffianów, doc. Jurkiewicz powitał prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Zanim przystąpiono do wręczenia medalu Wolffa, prof. Woy-Wojciechowski osobiście wręczył inne wyróżnienia, przyznawane z kolei członkom PTL-u: „Zasłużonemu dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego”. Otrzymali je: dr Alicja Chudyka, mgr Hanna Bojczuk, dr Janina Bauer-Gelert, dr Danuta Słowakiewicz, prof. Regina Stańczyk, dr Krystyna Zgorzelska, Andrzej Weber, dr Zdzisław Burakowski, dr Adam Bielawski, prof. Andrzej Danysz, dr Stanisław Jakubowski, dr Andrzej Nejno, dr Jan Nowak, dr Michał Targowski. Prof. Woy-Wojciechowski wręczył następnie wyróżnienia II klasy, zwane „*Bene meritis*” – dobrze

zasłużony. W tym roku otrzymali je: dr Krystyna Podgórska oraz dr Wojciech Dębiński. Zbliżała się kulminacyjna część uroczystości Wolffianów. Głos zabrał ponownie prezes Jurkiewicz, przypominając, że współczesny ceremoniał przyznawania medalu A.F. Wolffa został ustalony przed kilkoma laty, a pomysłodawcą nazwy „Wolffiana” był prof. Janusz Kapuścik, nieżyjący już dyrektor GBL-u i redaktor naczelny „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”. Tegorocznymi laureatami tej najbardziej prestiżowej nagrody – medalu A. F. Wolffa, przyznawanej przez prezesa i zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zostali: dr n. med., doc. dr hab. n. hum. **Zofia Podgórska-Klawe**, wybitny historyk medycyny i dr n. med. **Sergiusz Hornowski**, wielce zasłużony lekarz oraz żołnierz Armii Krajowej. Panią Docent poproszono o zajęcie miejsca w specjalnym fotelu. Laudację wygłosił, przybywając specjalnie na tę uroczystość z Krakowa, znany historyk medycyny dr hab.n.med. Zdzisław Gajda. Przedstawił życiorys Jubilatki, zaznaczając, że urodziła się w Krakowie, lecz powojenne losy rzuciły Jej rodzinę do Wrocławia.

Tam, po ukończeniu studiów medycznych, stawiała pierwsze kroki w zawodzie lekarza. Z powodu szykan politycznych opuściła, wraz z mężem, Wrocław. Po wielu trudach, związanych z ówczesnymi problemami z zameldowaniem w stolicy, małżeństwu Klawe udało się osiąść w Warszawie. Pani, wówczas jeszcze, doktor Podgórska-Klawe, zaczęła pracować w Dziale Informacji GBL-u, następnie w Zakładzie Historii Medycyny warszawskiej Akademii Medycznej. Przez kilka lat znakomicie wykładała ten przedmiot studentom, prowadząc też seminaria z propedeutyki i deontologii lekarskiej.

Doktorat, pt. „Warszawskie Zakłady Opieki nad Dziećmi Opuszczonymi(1629-1900)” obroniła pod kierownictwem prof. dr.n.med. Ksawerego Rowińskiego, otrzymując zań nagrodę Rektora Akademii Medycznej. W 1968r rozpoczęła pracę w Instytucie Historii Nauki, Oświaty i Techniki PAN, gdzie uzyskała tytuł doktora habilitowanego za pracę „*Od hospicjum do współczesnych szpitali*”. W 1984r. doc. Podgórska-Klawe została oddelegowana z PAN-u do Wrocławia, by objąć tam kierownictwo Zakładu Historii Medycyny AM we Wrocławiu. Zorganizowała go właściwie od podstaw, stwarzając zeń, silny do dzisiaj, ośrodek nauk humanistycznych tamtejszej Akademii Medycznej. Po trzech latach pracy we Wrocławiu, powróciła do Instytutu Historii Nauki,



Oświaty i Techniki PAN. Została tam kierownikiem Pracowni (obecnie Zakładu) Historii Nauk Medycznych, organizując ją i nadając kierunek badań.

W 1991r. Pani Docent przeszła, z powodów niezależnych od siebie, na wcześniejszą emeryturę. Jak zauważył doc. Gajda, dokonania doc. Zofii Podgórskiej-Klawe, takie jak na przykład Jej tłumaczenia z literatury francuskiej (m.in. „*Niemoc z Neapolu, czyli historia syfilisu*” Quetela, „*Historia hysterii*” Trillata), czy monografie szpitali warszawskich, wreszcie 240 haseł do Encyklopedii Warszawy mają charakter trwałe, przeżyją nas. Za jedną z monografii, dotyczącą szpitali warszawskich w latach 1385-1945, otrzymała nagrodę Towarzystwa Miłośników Warszawy, Towarzystwa Przyjaciół Warszawy oraz Wydziału Kultury i Sztuki m.st. Warszawy. Pracę uznano też za najlepsze Varsavianum roku. Z Jej inicjatywy i pod Jej redakcją powstał „*Słownik Biograficzny Lekarzy XX wieku*” oraz czasopismo „*Medycyna Nowożytna. Studium nad historią medycyny*”.

Pani Docent pełni funkcję redaktora naczelnego „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, podjęła się także zredagowania i współautorstwa, dotychczas nigdy w pełni nie opracowanej historii dziejów tego Towarzystwa.

Jubilatka znajduje czas na działalność społeczną: jest przewodniczącą Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji oraz prezesem Koła Historycznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, jest także opiekunką kilku przewodów doktorskich. Wygłaszający laudację doc. Gajda stwierdził żartobliwie na koniec, że może to dobrze, iż Jubilatka nie związała swojego życia zawodowego z Krakowem, ponieważ samo miasto jest tak historyczne, iż historyków medycyny tam się nie ceni. Wprawdzie w Wiedniu profesor natknął się, w jednym ze szpitali, na bramę noszącą imię małżeństwa polskich historyków medycyny, lecz w Krakowie Brama Floriańska na pewno pozostanie Floriańska. Po otrzymaniu z rąk doc. Jurkiewicza medalu A. F. Wolffa, doc. Podgórska-Klawe wyraziła wdzięczność za przyznany medal, dodając, że szczególne podziękowania należą się zespołowi pomagającemu Jej w opracowywaniu historii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Następnie miejsce w fotelu dla dostojnych Jubilatów zajął dr n.med. Sergiusz Hornowski, także uhonorowany Medalem A.F. Wolffa. Laudację wygłaszał prof.dr hab.Edward Rużyło.

Życiorys dr Hornowskiego jest niezwykły, przeplatają się w nim losy żołnierza i lekarza. Rok 1927– Korpus Kadetów w Chełmie, 1932– Szkoła Podchorążych Sanitarnych, 1939 – kampania wrześniowa, potem Armia Krajowa, gdzie był dowódcą liniowym.

Prof. Rużyło podkreślił, że gdy kraj był w potrzebie, doktorowi Hornowskiemu przypadła rola żołnierza, w cza-

sach pokoju zaś, lekarza. W okresie okupacji niemieckiej Doktor był kierownikiem Ośrodka Zdrowia w Markach, gdy wojska radzieckie zbliżyły się do Wisły, został aresztowany i zesłany na Sybir, skąd wrócił po trzech latach.

Doktor Sergiusz Hornowski jest chirurgiem, pracę doktorską pisał pod kierunkiem prof. Tadeusza Butkiewicza, był adiunktem w oddziale prof. Leona Manteuffla, potem ordynatorem jednego z oddziałów Szpitala Zakaźnego w Warszawie. Jest autorem 150 opracowań naukowych, brał aktywny udział w licznych zebraniach Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiada stopień podpułkownika Wojska Polskiego, jest odznaczony m.in. Krzyżem Srebrnym Virtuti Militari, medalem „Bene meritis”. Prof. Rużyło zwracał uwagę na dużą wrażliwość Jubilata, potrzebną nie tylko w wykonywaniu zawodu lekarza.

Doktor Sergiusz Hornowski jest osobą znaną i wielce szanowaną przez środowisko, mieszkańcy Marek przyznali swojemu Doktorowi godność honorowego obywatela tej miejscowości. Prezes Jurkiewicz odczytał treść dyplomu i wręczył Medal A.F. Wolffa Jubilatowi.

Dr Hornowski podziękował wszystkim kolegom, uznając, że więź, która łączy nasze środowisko, jest rzeczą niezwykłą i powinniśmy „trzymać się razem, szczególnie w chwilach trudnych”. Prezes Jurkiewicz dodał, iż ma nadzieję, że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie liczące sobie dotychczas 183 lata, przetrwa co najmniej „drugie tyle”.

Prof. dr hab. Edward Towpik, w imieniu dyrekcji Cen-



*Doc. dr n. med., dr hab. n. hum. Zofia Podgórska-Klawe*

trum Onkologii, wręczył doc. Jurkiewiczowi medal, wydany z okazji 70-lecia Instytutu Radowego, konstatując, że Tow. Warszawskie Lekarskie jest najlepszym miejscem, do które-

go powinny trafiać wszelkie świadectwa dotyczące dziejów warszawskiej medycyny.

Prezes Jurkiewicz, dziękując, przypomniał czasy, kiedy członkiem TLW była... Maria Skłodowska-Curie. Pieniądze na swój wyjazd do Paryża, nasza słynna rodaczka otrzymała właśnie od Towarzystwa. Gdy jej sytuacja materialna w Paryżu poprawiła się, uczona odesłała stypendium, prosząc o wręczenie go innym potrzebującym.

W części artystycznej wystąpiła grupa wokalna Art, pod kierownictwem Jerzego Nowaka, dynamicznie wykonując utwory Gershwina, piosenki Jeremiego Przybory i Jerzego Wasowskiego. Po koncercie, mgr Hanna Bojczuk, wyróżniona w tym dniu za, według słów prof. Woy-Wojciechowskiego: „kontynuowanie tradycji, pielęgnowanie korzeni, wreszcie miłość, jaką otacza Polskie Towarzystwo Lekarskie” przedstawiła interesujący referat pt. „Kasa Wsparcia

Podupadłych Lekarzy oraz Wdów i Sierot po Lekarzach Pozostałych”.

Prezes Jurkiewicz podziękował zebranych za udział w uroczystości, podkreślając jeszcze raz, że to, co rzeczywiście po nas zostaje, to przekazy. Wydawanie „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” pozostaje więc dla Towarzystwa, sprawą priorytetową.

Zauważył też, iż każdy rocznik „Pamiętnika” nosi piętno osobowości redaktora naczelnego, dodając, że za jeden z lepszych numerów uznawany jest Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” pod redakcją doc. Zofii Podgórskiej-Klawe.

O godz.19 gości zaproszono na koktajl. Był to dalszy ciąg „uczty” intelektualnej, ale też i kulinarnej. Tym akcentem „Wolffiana” 2003r., siódme z kolei, zakończyły się.

---

## Niektóre problemy bezpieczeństwa na terenie Akademii Medycznej

*Mgr inż. Tadeusz Noskowski*  
*Specjalista ds. Obronnych AM*

Powołanie przez JM Rektora Komisji ds. Bezpieczeństwa w Uczelni, której głównym zadaniem jest analizowanie zagrożeń oraz przedstawianie propozycji i projektów rozwiązań, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom i studentom skłania do przedstawienia syntetycznej oceny aktualnych zagrożeń, które mogą powstać w czasie codziennego funkcjonowania Akademii. Ranga Komisji, jaką gwarantuje jej skład pod przewodnictwem Pana prof. dr hab. med. Stanisława Moskalewskiego, świadczy o wadze problemu.

Analizując podstawowe zagrożenia dla bezpieczeństwa funkcjonowania Uczelni można podzielić je na następujące grupy:

- zagrożenia wynikające z bezpośredniego sąsiedztwa obiektów Uczelni i Szpitali Klinicznych z niektórymi zakładami pracy wykorzystującymi toksyczne środki przemysłowe, a także niekontrolowany ich przewóz;
- zagrożenie pożarowe;
- zagrożenia epidemiologiczne;
- zagrożenia wynikające z możliwości zamachów terrorystycznych;
- zagrożenia o charakterze chuligańskim, takie jak porwane ataki terrorystyczne, nadużywanie środków odurzających i alkoholu.

Zagrożenie pracowników i studentów Uczelni toksycznymi środkami przemysłowymi jest zróżnicowane i uzależnione od miejsca ich działalności. Aktualnie na terenie Warszawy znajduje się około 30 zakładów pracy wykorzystujących takie substancje w swoich procesach technologicznych. Do najczęściej wykorzystywanych środków należy zaliczyć: chlor, amoniak i dwutlenek siarki.

Największe zagrożenie dla obiektów Uczelni i Szpitali Klinicznych położonych w rejonie ograniczonym ulicami: Aleje Jerozolimskie – Chałubińskiego – Aleja Niepodległości – Wawelska – Raszyńska stanowi Stacja Filtrów zlokalizowana przy ul. Koszykowej 81, gdzie do uzdatniania wody używa się około 5 ton chloru. Pomimo dobrych zabezpieczeń zbiorników, w których przechowuje się chlor nie można całkowicie wykluczyć możliwości ich awarii lub uwolnienia chloru w wyniku działań terrorystycznych. Przy niesprzyjających warunkach atmosferycznych zasięg rozprzestrzeniania się toksycznego obłoku chloru może wynosić około 1,5-2,0 km i obejmie cały wskazany rejon. Straty i porażenia wśród pracowników Uczelni i Szpitali Klinicznych, studentów, pacjentów szpitali a także mieszkańców tego rejonu, mogą być olbrzymie. Poważne zagrożenie może stanowić także trans-

port chloru do Stacji Filtrów oraz przewóz paliw do pobliskich stacji.

Pozostałe obiekty Uczelni i Szpitale Kliniczne są w mniejszym stopniu narażone na oddziaływanie przemysłowych środków toksycznych.

Zagrożenie pożarowe poszczególnych obiektów Uczelni jest bardzo zróżnicowane. Szczególnie zagrożone są obiekty o dużym nasyceniu energochłonną aparaturą, a także te katedry i zakłady, gdzie prowadzone są prace z wykorzystaniem znacznej ilości środków i materiałów łatwopalnych. Do kompleksów szczególnie zagrożonych pożarowo należy zaliczyć, jak wykazała to praktyka, Wydział Farmacji.

Doświadczenia dwóch wojen w Iraku wykazały, jak wielkie niebezpieczeństwo może stanowić zagrożenie bronią biologiczną. Możliwość wyprodukowania tej broni, także przez państwa o niewielkim potencjale militarnym, stwarza warunki do jej niekontrolowanego rozprzestrzeniania na tereny nie objęte konfliktami zbrojnymi, położone nawet na innych kontynentach. Pojawienie się na terenie Stanów Zjednoczonych bakterii wąglika oprócz niewielkich strat było źródłem ogólnonarodowej psychozy o skutkach znacznie przekraczających efekty rzeczywistego zagrożenia. Należy również uwzględnić ten fakt, że prawdopodobnym źródłem tego zdarzenia były amerykańskie laboratoria, gdzie prowadzono prace nad bronią biologiczną. Pojawienie się wąglika na terytorium Stanów Zjednoczonych było też źródłem paniki w krajach europejskich, która nie ominęła także naszego kraju.

Ostatnie doświadczenia państw Dalekiego Wschodu oraz Kanady w walce z SARS pokazują jednoznacznie, że w wielu przypadkach przy zaniedbaniach profilaktycznych oraz pojawieniu się chorób nieznanymi, skutki ich oddziaływania mogą być zbliżone do bojowego użycia broni biologicznej. Rozprzestrzenianiu się zjawiska sprzyja duża migracja ludzi na tereny objęte chorobą. Okres wakacyjny może powodować wzrost zachorowań, gdyż znaczna część studentów rozpocznie podróże, również na tereny zagrożone, a ich powroty będą wymagały zwiększonej czujności służb medycznych. Na szczególną uwagę zasługują również pacjenci Szpitali Klinicznych z objawami chorobowymi zbliżonymi do objawów występujących przy SARS. Jak wykazują statystyki, najbardziej na zachorowania jest narażony personel medyczny.

Akt terroryzmu, jaki dotknął USA 11 września, ataki terrorystyczne w niektórych państwach azjatyckich i afrykańskich oraz udaremnione próby ataków w Anglii pokazują jednoznacznie, że Polska jako kraj koalicji w ostatniej wojnie irackiej może być obiektem podobnego aktu. Tak zwane akty nieukierunkowanego terroryzmu mają na celu uderzenia na obiekty nie mające nic wspólnego z funkcjonowaniem danego państwa, lecz będą zmierzały do wyrządzenia naj-

bardziej szokujących strat, pozwalających uzyskać optymalne efekty polityczne oraz zdeorganizować funkcjonowanie atakowanego kraju. Ataki terrorystyczne na szpital w Błogowieszczańsku czy teatr w Moskwie pokazują wyraźnie, że praktycznie każdy obiekt użyteczności publicznej, w tym i szpital, może być obiektem ataku, jeżeli jego zniszczenie pozwoli na osiągnięcie zakładanego celu.

Prawdopodobieństwo zaistnienia aktów tzw. terroryzmu ukierunkowanego na terenie Uczelni lub podległych jej Szpitali Klinicznych jest stosunkowo niewielkie. Taki akt może być przejawem zemsty za faktyczne lub wydumane krzywdy i dotyczyć może wszystkim konkretnych ludzi lub komórek organizacyjnych Uczelni. Sprawcami aktów mogą być ludzie niezrównoważeni psychicznie, co w znacznej mierze może utrudnić ich identyfikację. Skutki takich działań, jak wskazują przykłady uczelni w Stanach Zjednoczonych, mogą być szczególnie krwawe.

Nadmienić należy, że równocześnie z powołaniem w Uczelni Komisji ds. Bezpieczeństwa, zarządzeniem JM Rektora został powołany Zespół Reagowania Kryzysowego, którego zadaniem jest kierowanie działalnością profilaktyczną i pracami ratowniczymi na terenie Akademii Medycznej i podległych jej Szpitali Klinicznych w sytuacjach kryzysowych oraz kierowanie Obroną Cywilną Akademii. Na przewodniczącego Zespołu został powołany Dyrektor Administracyjny Akademii, Pan inż. Tomasz Goździkiewicz. Funkcjonowanie i zakres zadań Obrony Cywilnej na terenie zakładów pracy reguluje Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 września 1993 r.

Głównymi zadaniami Obrony Cywilnej są:

- wykrywanie zagrożeń oraz ostrzeganie i alarmowanie,
- organizowanie ewakuacji pracowników z rejonów (miejsc) zagrożonych,
- organizowane i prowadzenie akcji ratunkowych,
- udzielanie poszkodowanym pomocy medycznej,
- ochrona mienia oraz cennej aparatury i ważnej dokumentacji Akademii,
- działalność szkoleniowa w zakresie problematyki OC.

Realizację powyższych zadań zabezpieczają powołane w Akademii Formacje Obrony Cywilnej, w skład których wchodzi wyznaczeni pracownicy Uczelni, którym na mocy Ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP nadano przydziały organizacyjno-mobilizacyjne. Rozpoczęcie szkolenia podstawowego nowo powołanych formacji OC zamierza się przeprowadzić jeszcze w bieżącym roku. Problematyka szkoleniowa obejmie głównie zagadnienia związane z udzielaniem pierwszej pomocy medycznej, organizację ewakuacji z miejsc zagrożonych oraz problemy współdziałania z profesjonalnymi siłami ratowniczymi.

Podejmowane w Akademii działania zmierzają do zapewnienia pracownikom, studentom i pacjentom Szpitali Klini-

cznych możliwie największego bezpieczeństwa.

Celowi temu winna sprzyjać sukcesywna poprawa funkcjonowania służb ochrony w poszczególnych obiektach, ograniczająca niekontrolowany dostęp do nich osobom niepożądanym oraz bezwzględne przestrzeganie zasad bezpieczeństwa pracy na każdym stanowisku.

Przedstawione opracowanie niewątpliwie nie wyczerpuje całości problemu możliwych zagrożeń. Może ono jednak stanowić przyczynek do dalszych przemyśleń, analiz i rozwiązań na rzecz poprawy bezpieczeństwa na terenie (w obiektach) Uczelni podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych zarówno o charakterze lokalnym, jak i globalnym.

## Referat Zarządu na Walne Zebranie Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji

*Dr n. med. Tadeusz Kocon*

*Przewodniczący Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji*

Dnia 13 lutego 2002 roku o godz. 17.00 w drugim terminie (w I terminie była zbyt mała liczba obecnych) odbyło się Walne Zebranie Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, czyli absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie, na którym zostało ogłoszone poniższe sprawozdanie. Sprawozdanie wygłosili: Przewodniczący Stowarzyszenia, Skarbnik i Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej.

Stowarzyszenie skupia absolwentów Akademii Medycznej w Warszawie i działa już prawie 10 lat – zostało zarejestrowane w Sądzie Wojewódzkim w Warszawie w dniu 12.10.1992 r.

Przez te prawie 10 lat informacja o istnieniu Stowarzyszenia jest coraz bardziej znana. W tym czasie członkowie Zarządu uczestniczyli w różnych imprezach w Uczelni i w czasie ich trwania zarówno oni, jak i przedstawiciele władz Uczelni, wymieniali fakt istnienia stowarzyszenia absolwentów.

Obecne sprawozdanie obejmuje okres działalności Zarządu III kadencji, czyli okres od 25.02.1999 r do 12.02.2002 r. Sprawozdanie Zarządu ogłoszone na poprzednim Walnym Zebraniu zostało wydrukowane w kwartalniku „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” w Nr 3-4 z roku 1999. To samo sprawozdanie i protokół z Walnego Zebrania wraz ze składem nowo wybranych władz Uczelni zostało wydrukowane w osobnej broszurze wydanej przez Wydawnictwo „Medyk”. Broszurę wydało i rozesała wydawnictwo na podstawie listy członków dostarczonej do wydawnictwa. Naczelnym Redaktorem wydawnictwa jest niedawno przyjęty do Stowarzyszenia (dotychczas jedyny członek wspierający) lekarz Andrzej Doroba. Broszurę do członków mieszkających za granicą przesłał Zarząd Stowarzyszenia. Nie wszystkie przesyłki dotarły do adresatów, bo koledzy zmieniający miejsce zamieszkania nie zawsze zgłaszają do Zarządu zmianę adresu.

Wiosną 2000 została ukończona budowa Rektoratu Akademii Medycznej przy ulicy Żwirki i Wigury 61. Władze AM i administracja przenieśli się do nowego budynku. W związku z tym wystąpiliśmy o przydzielenie dla potrzeb Stowarzyszenia odpowiedniego lokalu i o zgodę na zarejestrowanie Stowarzyszenia pod tym adresem. Zgodę na zarejestrowanie uzyskaliśmy. Lokal dla Stowarzyszenia otrzymaliśmy po pewnym czasie w budynku zajmowanym przez AM przy ul. Złotej 7, po przeniesieniu się na ul. Żwirki i Wigury lektoratów języków obcych. Adres do korespondencji Stowarzyszenia jest następujący: Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa.

W dniu 10 maja 2000 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Aleksander Kwaśniewski dokonał uroczystego otwarcia budynku Rektoratu i jako pierwszy wpisał się do założonej Księgi Pamiątkowej. W ceremonii otwarcia budynku wzięło udział wielu zaproszonych gości. Wszyscy obecni otrzymali pamiątkowy Medal 50-lecia Akademii Medycznej. Wielu zasłużonych pracowników A.M. otrzymało z rąk Prezydenta RP wysokie odznaczenia państwowe. W dniu 29 maja 2000 roku Prymas Polski Ks. Kardynał Józef Glemp dokonał poświęcenia budynku.

W dniach 1-4 czerwca 2000 r. odbywał się w Warszawie IV Światowy Kongres Polonii Medycznej. W drugim dniu trwania Kongresu, 2 czerwca Rektor AM, prof. dr hab. Janusz Piekarczyk, zaprosił uczestników Kongresu, absolwentów AM w Warszawie na spotkanie i zwiedzenie budynku Rektoratu. Na spotkanie przybyło 4 uczestników Kongresu: prof. Stanisław Zemankiewicz (z USA), dr n. med. Józef Mazurek (z USA, od 1997 r członek Stowarzyszenia), dr n. med. Tadeusz Darocha (z Niemiec) i dr Tadeusz Radwański (z USA). Ze strony AM oprócz Rektora byli obecni Człon-

kowie Zarządu Stowarzyszenia: przewodniczący dr n. med. Tadeusz Kocon, wiceprzewodniczący prof. dr hab. Ryszard Aleksandrowicz i sekretarz dr n. med. Wacława Tarłowska. Rektor przedstawił stan obecny Uczelni i plany. Uczestnicy spotkania obejrżeli film z otwarcia i poświęcenia budynku Rektoratu i wpisali się do Księgi Pamiątkowej. Prof. Zemankiewicz złożył deklarację wstąpienia do Stowarzyszenia Wychowanków.

Informacja o Stowarzyszeniu była także wydrukowana w roku 1998 w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” i w roku 2001 o działalności od 1998 i do początku 2000. Okolicznościowe informacje o działalności Stowarzyszenia i o wydarzeniach z tym związanych ukazywały się w miesięczniku „Z życia Akademii Medycznej w Warszawie” i nieliczne w miesięczniku Okręgowej Izby Lekarskiej „Puls”. Miesięcznik „Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie”, w którym drukowaliśmy większość naszych publikacji, wychodzi w niezbyt dużym nakładzie i rozpowszechniany jest przede wszystkim w placówkach AM, ale można go przeczytać w bibliotekach AM i w Głównej Bibliotece Lekarskiej. Sprawozdanie z dzisiejszego Walnego Zebrania zostanie wydrukowane jak poprzednie. W miesięczniku O.I.L. „Puls” (Nr X-XI z 2000 r.) został wydrukowany artykuł pod tytułem „Lekarze patroni ulic Warszawy”. Obecnie w miesięczniku „Z Życia Akademii Medycznej” są drukowane obszerniejsze biogramy lekarzy patronów ulic Warszawy, a jest ich 25, w dużej mierze związanych z Wydziałem Lekarskim.

Prosimy o przekazywanie do Zarządu Stowarzyszenia pamiątek z okresu studiów, z pracy, twórczości literackiej o tematyce nienaukowej – niefachowej, rysunków, obrazów i innych eksponatów, które w przyszłości będą mogły znaleźć się w Muzeum Absolwentów lub Muzeum A.M. Chętnie przyjmujemy także materiały dotyczące spotkań koleżeńskich roczników. Mamy już pewną liczbę eksponatów, np. fotokopię dyplomu lekarza Nr 1 wydanego przez Wydział Lekarski Akademii Medycznej w roku 1950 i inne.

### **Członkowie Stowarzyszenia**

Liczba członków Stowarzyszenia jest płynna, bo często otrzymujemy zgłoszenia nowych członków, pewna liczba dotychczasowych członków zmarła, a nie zawsze otrzymujemy informacje o tym fakcie od kolegów i od rodzin. Podstawowym źródłem informacji o zmarłych są informacje zamieszczane w miesięczniku „Puls”. Potrzeba więc, aby przekazywać takie informacje do zarządu Stowarzyszenia i do „Pulsu”.

Dotychczas otrzymaliśmy deklaracje od 252 absolwentów i wszystkich przyjęliśmy. Są jednak koleżanki i koledzy nie opłacający składki członkowskiej, która od poprzedniego Walnego Zebrania wynosi 30.00 złotych rocznie. Człon-

kowie mieszkają w przeważającej liczbie w Warszawie i okolicy, a 7 członków zwyczajnych mieszka i pracuje za granicą. W czasie upływającej kadencji Zarządu przyjęliśmy w poczet członków Stowarzyszenia 16 nowych koleżanek i kolegów. Są to: Halina Sikorska, Anna Robinson-Denysenko, Teresa Ossowska-Konopada, Joanna Bober-Dumańska, Tadeusz Niewiadomski (z Australii), Cezary Włodzimierz Korczak, Urszula Urbańska-Szerypo (ze Szwecji), Przemysław Uljasz, Zbigniew Ruczaj, Stanisław Zemankiewicz (z USA), Krystyna Przeździecka -Chudzikiewicz, Barbara Nowakowska-Kosmalska. Zbigniew Kosmalski, Wanda Błomska-Krasucka, Andrzej Burzyński (z Francji), Barbara Zawirska-Roefler.

Jest kilku absolwentów, którzy pobrali z Zarządu deklaracje, ale ich nie wypełnili i nie przestali do Zarządu, a więc nie mogli być przyjęci.

Dotarły do Zarządu wiadomości o zmarłych członkach, ale nie wiemy czy są to wszystkie nazwiska. Zmarli następujący członkowie zwyczajni: Mirosław Kazoń, Olga Łobodowska-Pahl, Gwidon Ferdynand Schittek (zmarł w Niemczech).

### **Członkowie Honorowi**

Na poprzednim zebraniu podawaliśmy że wydaliśmy 81 Dyplomów Członka Honorowego. 6 Członków Honorowych mieszka za granicą. 4 Członków Honorowych otrzymało w naszej Uczelni godność Doktora Honoris Causa – Witold Rudowski, Jan Nielubowicz, Tadeusz Orłowski i Hilary Koprowski. Dwu z nich niedawno zmarło: Jan Nielubowicz i Witold Rudowski. Z grona Członków Honorowych zmarli następujący: Alina Zawadzka-Rużyło (zmarła tuż przed poprzednim Walnym Zebraniem, ale nie została wymieniona), Roman Jakubski, Stanisław Leszczyński, Roman Michałowski, Irena Orłowska, Jadwiga Stocka-Zwolińska, Janina Wieczorek-Domańska, Romuald Zaremba, Mirosław Ornowski, Otylia Goetz-Wieteska, Jan Majeranowski, Marian Dobrowolski, Jan Nielubowicz i Witold Rudowski.

Oczekujemy dalszych zgłoszeń członków Stowarzyszenia opłacających składkę. Nie wymagamy stałej pracy, ale stałego kontaktu z Zarządem i podejmowania się prac wymagających pilnego załatwienia lub pomocy Członkom Zarządu. Pragniemy, aby absolwenci czuli się związani ze sobą i czuli potrzebę komunikowania się z pozostałymi. Poświęcajmy wolne chwile dla działalności społecznej. Wśród lekarzy zawsze była grupa ludzi poświęcających swój czas dla dobra innych.

Na poprzednim Walnym Zebraniu wysunięto myśl, aby każdy rocznik stworzył wewnętrzny komitet organizujący spotkania, będący w stałym kontakcie z Zarządem Stowarzyszenia, aby Zarząd wiedział, komu przekazywać wia-

mości i z kim porozumiewać się w pilnych sprawach, np. odwiedzin kolegów z dalekich regionów lub z zagranicy. Takie komitety w większości roczników już są, ale ograniczają się do działania tylko w swoim zespole i nie wiedzą, co się dzieje z innymi rocznikami i innymi wydziałami. Nie przekazują także posiadanych wiadomości o koleżankach i kolegach ze swego rocznika.

W numerze 12/2001 biuletynu „Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie” wydrukowano tekst „O historii i utrzymanie tradycji zakładów i klinik Akademii Medycznej” mówiący o potrzebie udziału „seniorów” w nauczaniu studentów i młodych lekarzy. Podobny materiał został opublikowany w nr 12/2001 „Gazety Lekarskiej” zatytułowany: „Profesor emerytowany pilnie poszukiwany” napisany przez docenta Pietruskiego z Białegostoku. Zachęcamy do zapoznania się z nimi.

### **Zarząd Stowarzyszenia**

Zarząd Stowarzyszenia wybrany podczas Walnego Zebrania w dniu 25.02.1999 r działał w następującym składzie:

Przewodniczący – dr n. med. Tadeusz Kocon

Wiceprzewodniczący – prof. dr hab. Ryszard Aleksandrowicz i dr Jerzy Borowicz

Sekretarz – dr Wacława Tarłowska

Skarbnik – dr Stanisław Jakubowski

Członkowie Zarządu – dr Irena Skórzewska-Brydowska, dr Teresa Konopada i dr Andrzej Wiczyński.

W maju 1999 r. dokooptowano do Zarządu absolwenta Wydziału Farmacji mgr Zbigniewa Wawra.

W Komisji Rewizyjnej byli: dr Alicja Hudyka, dr Kazimierz Dragański i prof. dr hab. Szczęsny Leszek Zgliczyński. Ponieważ Sąd Koleżeński nie rozpatrywał żadnych spraw, pozostawiono część członków, a w miejsce zmarłego prof. dr hab. Bolesława Górnickiego został wybrany dr Jan Bohdan Gliński.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 15 zebrań Zarządu. Początkowo zebrania Zarządu odbywały się w Zakładzie Anatomii Prawidłowej, a później, po otrzymaniu lokalu dla Stowarzyszenia przy ul. Złotej 7, w tym lokalu. Zarząd przyjął 16 nowych członków wymienionych powyżej. Zarząd Stowarzyszenia przygotował i złożył do Rektora i Senatu Uczelni wniosek o zacieśnienie współpracy władz Uczelni z absolwentami, tak aby te problemy były ujęte w statucie Uczelni.

### **Spotkania koleżeńskie**

Absolwenci różnych roczników organizują spotkania towarzyskie z okazji rocznic otrzymania absolutorium lub dy-

plomu ukończenia studiów. Są roczniki spotykające się co kilka lat, co roku, a nawet 2 razy w roku (rocznik 1949, 1950, 1962). Już w bieżącym roku odbyło się spotkanie noworoczne rocznika 1955. W okresie sprawozdawczym odbyły się uroczyste spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego z roku 1949, 1950, Oddziału Stomatologii z 1951 i Wydziału Farmacji z 1951 r. Spotkanie absolwentów Wydziału Farmacji odbyło się w ramach obchodów 75-lecia Wydziału. Te uroczyste spotkania absolwentów związane były z wręczeniem dyplomów, zwanych odnowieniem dyplomu, czyli 50 leciem pracy zawodowej po ukończeniu studiów. Wymienione uroczyste spotkania zostały opisane w prasie uczelnianej. W czerwcu 2002 r. przygotowywane jest uroczyste spotkanie absolwentów rocznika 1952.

Niektóre spotkania są jednodniowe, a inne dwudniowe połączone z uroczystą kolacją i noclegiem. Jako przykłady spotkań dwudniowych możemy podać spotkania, które odbyły się w Radziejowicach, w Popowie, w Miedzeszynie, w Ryni, w Jankach. Nie wszystkie odbyte spotkania są opisane w prasie lub w wydawnictwach okolicznościowych. Zarząd Stowarzyszenia dąży do tego, żeby wszystkie spotkania znalazły się w kronikach Stowarzyszenia, a nie pozostały tylko w pamięci ich uczestników.

W „Gazecie Lekarskiej” nr 4/2000 wspomniane jest spotkanie absolwentów Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, które odbyło się dnia 1 lipca 1880 r. Odbyły się wtedy prawie równocześnie spotkania absolwentów z roku 1870 i 1871. Informację w „Gazecie Polskiej” w Warszawie zamieścił Henryk Sienkiewicz, który był kolegą jednego z absolwentów. Opis tego spotkania i zdjęcia fotograficzne pozostawił także jego uczestnik, dr Stanisław Michałowski. Opis ten znajduje się w książce z cyklu „Stawni łomżyniacy” napisanej przez jego wnuka, prof. dr hab. med. Romana Michałowskiego, który opisał życie swego dziadka. Na zamieszczonym zdjęciu wśród uczestników spotkania jest prof. Tytus Chałubiński. Stąd wniosek, że warto opisywać takie spotkania. Zarząd Stowarzyszenia prosi Kolegów organizujących spotkania, aby je opisywali i przekazywali do Zarządu, a nie pozostawiali tylko w pamięci jego uczestników.

### **Sesje historyczno-wspomnieniowe**

Od początku istnienia Stowarzyszenia organizujemy sesje historyczno-wspomnieniowe poświęcone naszym nauczycielom i wychowawcom. Sesje organizowane są wspólnie z pracownikami Zakładów lub Klinik, którymi kierowali i z udziałem wychowanków. W okresie, który obejmuje niniejsze sprawozdanie odbyło się 9 takich sesji. Oto ich daty i tematy:

1. 26.10.1999 r. – Dr n. med. Miron Paciorkiewicz – histo-

ryk medycyny, społecznik. Referent: dr n. med. Tadeusz Kocon.

2. 18.01.2000 r. – Prof. dr hab. Marian Górski – założyciel Kliniki Chirurgii Szczękowej. Referent : prof. dr hab. Barbara Juszczak-Popowska.

3. 27.05.2000 r. Życie i działalność prof. dr hab. Stanisława Binieckiego. Sesja organizowana wspólnie z Zakładem Technologii Środków Leczniczych, z pomocą Zakładów Polfa Pabianice. Referent: prof. dr hab. Bożenna Gutkowska.

4. 30.06.2000 r. Wspomnienie o prof. dr hab. Jakubie Węgierko, w 40 lecie jego śmierci. Sesja organizowana wspólnie z Kliniką Gastroenterologii i Przemiany Materii i Towarzystwem Diabetologicznym. Referent: prof. dr hab. Artur Czyżyk

5. 27.02.2001 r. Życie i działalność prof. dr hab. Piotra Kubikowskiego. Sesja organizowana wspólnie z Katedrą Farmakologii. Referent: prof. dr hab. Zbigniew Szreniawski.

6. 29.05.2001 r. Życie i działalność prof. dr hab. Władysława Rusieckiego. Sesja organizowana wspólnie z Katedrą Toksykologii Wydziału Farmacji i Towarzystwem Toksykologicznym. Referent prof. dr hab. Jacek Brzeziński.

7. 28.06.2001 r. Wspomnienie o prof. dr hab. Zofii Falkowskiej. Sesja organizowana wspólnie z Sekcją Historyczną PTL w Klubie Lekarza. Referent: dr Elżbieta Müller.

8. 11.2001 r. Prof. dr hab. Zofia Lejmbach w naszej pamięci. Sesja organizowana wspólnie z Klinikami Oddziału Pediatrycznego z ul. Działdowskiej. Referent: prof. dr hab. Zofia Rajtar-Leontiew.

9. 24.11.2001 r. Jubileusz 100-lecia urodzin prof. dr hab. Witolda Sylwanowicza. Sesja organizowana wspólnie z Katedrą Anatomii Prawidłowej i Polskim Towarzystwem Anatomicznym. Referenci: prof. dr hab. Ryszard Aleksandrowicz i prof. dr hab. Olgierd Narkiewicz.

W każdej sesji brało udział 30 do 100 uczestników. Od każdej sesji ukazywała się informacja w biuletynie „Z Życia Akademii w Warszawie”.

#### **Sprawozdanie skarbnika za okres od 1.01.1999 do 31.12.2001 r.**

Składki członkowskie wpłacają członkowie do kasy i na konto w PKO BP.

Do kasy wpłynęło ze składek:

W 1999 r 706.00. zł

2000 r 108.00 zł

2001 r 360.00 zł

Razem 1174.00 zł

Do kasy wpłacali członkowie w czasie Walnego Zebrania, na sesjach historyczno-wspomnieniowych i na posiedzeniach Zarządu.

Na konto w PKO wpłynęło w:

W 1999 r. 455.00 zł

2000 r 1021.39 zł

2001 r 320.00 zł

Razem 1796.00 zł.

Odsetki bankowe za okres 3 lat wyniosły 2334.76 zł.

Razem wpływy na konto bankowe wyniosły 3514.15 zł.

Zwraca uwagę to, że w ciągu 3 lat składki członkowskie opłaciło 85 członków, i to że nazwiska ich powtarzają się. Na konto PKO wpłynęło 5000 zł od Zakładów Farmaceutycznych Polfa Pabianice na organizację sesji poświęconej profesorowi Stanisławowi Binieckiemu. Suma ta w 2001 r. została przelana na konto Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, które tę sesję urządziło.

Na konto Stowarzyszenia wpływały także wpłaty 3 roczników organizujących spotkania koleżeńskie – rocznika 1954, 1955, i 1967. Kwoty od rocznika 1954 przekazano na konto Klubu Technika NOT i część włożono na lokaty kapitałowe. Część sumy w wysokości 1860.00 zł pozostała na naszym koncie.

Z konta rocznika 1955 część wypłacono za pokwitowaniem Komitetowi Organizacyjnemu. Część przelano na konto Domu Wypoczynkowego w Ryni i na naszym koncie pozostaje nadal 2750.80zł.

Z konta rocznika 1967 całą sumę 14000 zł przekazano Komitetowi Organizacyjnemu za pokwitowaniem.

Stowarzyszenie tylko miało z tego powodu powiększone odsetki za przetrzymywanie na koncie pieniędzy.

Na koncie na koniec roku pozostaje 10204.45 zł.

Wydatki:

W 1999 r 615.70 zł

2000 443.40 zł

2001 352.88 zł

Razem 1411.98 zł.

Na wydatki składały się opłaty za materiały piśmienne, pocztowe, ryczałt za rozmowy telefoniczne, opłaty za prowadzenie konta (potrącane z konta).

W kasie pozostało na dzień 1.01.2002 r 12.17 zł..

#### **Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej**

Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji za lata 1999, 2000 i 2001.

W skład Komisji Rewizyjnej wchodzi: dr Alicja Hudyka – Przewodnicząca i członkowie: dr n.med. Kazimierz Drański i prof. dr hab. Szczesny Leszek Zgliczyński.

W okresie sprawozdawczym przeprowadzono 3 kontrole, niektóre z nich trwały parę dni.

1. za rok 1999 – 25.02, 29.02 i 18.04.2000 r.

2. za rok 2000 – 22.01..29.01. 2002 r

3. za rok 2001 – 05.02.2002 r.

Kontrole przeprowadzono w obecności skarbnika Stowarzyszenia dr Stanisława Jakubowskiego i przewodniczącego dr n. med. Tadeusza Kocona.

Stwierdzono: 1. dokumentacja finansowa prowadzona jest prawidłowo, książka przychodów i rozchodów ma ponumerowane strony, 2. poprawki i skreślenia są nanoszone czerwonym kolorem i podpisane, 3. pieniądze przechowywane są w zamkniętej kasie, do której klucze oprócz skarbnika ma przewodniczący.

Bezpośrednie wpłaty do kasy są niewielkie. Głównie wpłacają koledzy w czasie Walnego Zebrania oraz członkowie zarządu. Łącznie wpłynęło przez 3 lata 1174 zł – 39 wpłat. Biorąc pod uwagę to, że mamy 170 członków mających obowiązek opłacania składek i 41 Członków Honorowych nie płacących składek, liczba wpłacających jest niewielka. Z wyliczenia wynika, że łącznie 83 osoby wpłaciły składkę.

Zwracam uwagę, że roczniki absolwentów, którzy korzystają z naszego konta bankowego w PKO BP do organizowania spotkań koleżeńskich powinny rozliczyć się z pobranych pieniędzy w ciągu 6 tygodni od spotkania koleżeńkiego. Można rozliczać się przedstawiając protokół Komitetu Organizacyjnego kończący rozliczenie z wpłaconych sum lub przedstawiając na pobraną sumę rachunki. Dotychczas nie rozliczyły się 3 osoby, które pobrały pieniądze z konta bankowego w PKO BP Stowarzyszenia.

Ustępujący Zarząd Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji pozostawia w kasie 12 zł i 17 groszy, a na koncie w Banku PKO BP 10204 zł i 47 groszy. Komisja Rewizyjna wnosi wniosek o udzielenie ustępującemu Zarządowi absolutorium.

Po dyskusji nad sprawozdaniem Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz po udzieleniu ustępującemu Zarządowi absolutorium przystąpiono do wyborów nowych władz Stowarzyszenia.

Na funkcję przewodniczącego Stowarzyszenia ponownie został wybrany kol. dr n. med. Tadeusz Kocon. Do Zarządu zostali wybrani: wiceprzewodniczący – prof. dr hab. med. Ryszard Aleksandrowicz i dr Teresa Konopada, sekretarz dr n. med. Wacława Tarłowska, skarbnik – dr Stanisław Jakubowski i Członkowie Zarządu – doc. dr hab. Marek Gawdziński, prof. dr hab. med. Witold Mazurowski i mgr farm. Zbigniew Wawer.

Do Komisji Rewizyjnej zostali wybrani: dr Alicja Hudyka – przewodnicząca, i członkowie – dr n. med. Kazimierz Dragański i dr Barbara Zawirska-Roeffler.

Do Sądu Koleżeńkiego zostali wybrani: przewodniczący dr n. med. Jan Bohdan Gliński i członkowie – prof. dr hab. med. Edward Rużyło i dr Zbigniew Miller.

Zebrani na Walnym Zebraniu upoważnili do decydowania i podpisywania dokumentów dotyczących spraw finansowych i majątkowych przewodniczącego i skarbnika.

Zebrani w dyskusji omawiali przyszłą pracę Stowarzyszenia i Zarządu. Wyłoniono zespół, który opracuje wytyczne do pracy przyszłego Zarządu i przedstawi je członkom zarządu, a następnie na zebraniu ogólnym do akceptacji i realizacji.

Na ponad miesiąc przed terminem Walnego Zebrania wysłano do członków zamieszkałych w Warszawie i okolicy oraz do Zakładów i Klinik AM, a także do większości szpitali, w których mogą pracować absolwenci AM w Warszawie zawiadomienie zawierające termin, porządek dzienny i miejsce Walnego Zebrania. Opublikowano to zawiadomienie dużo wcześniej także w miesięczniku „Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie”. Mimo tego, że rozesłano około 350 zawiadomień, na Walne Zebranie przybyło 32 osoby.

## Sprostowanie

Redakcja informuje i przeprasza, za nieumyślnie popełnione błędy, które znalazły się w numerze 6/2003 na str. 17 w podpisach pod zdjęciami.

Powinno być:

**Prodziekan prof. J. Kowalski** zamiast prof. J. Konalski  
**Wydziału Farmaceutycznego** zamiast Wydziału Farmaceutycznego