



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE



ISSN 0137-6543

ROK XLI

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NR 11/2009

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Dr hab. Izabela Strużycka – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Karolina Gwarek – sekretarz redakcji

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. **Marek Krawczyk** – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. **Sławomir Majewski** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, dr hab. **Sławomir Nazarewski** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, prof. dr hab. **Anna Kamińska** – Prorektor ds. Kadr, prof. dr hab. **Marek Kulus** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. dr hab. **Mirosław Wielgoś** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. **Renata Górską** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, prof. dr hab. **Jerzy A. Polański** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, dr hab. **Kazimierz Szopiński** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, prof. dr hab. **Marek Naruszewicz** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. nadzw. dr hab. **Zdzisław Wójcik** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, prof. dr hab. **Zbigniew Gaciong** – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 022 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl
http://mdw.wum.edu.pl

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny WUM
Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza WUM
tel. 022 57 20 327, fax 022 57 20 380
e-mail: oficynawydawnicza@wum.edu.pl
http://www.oficynawydawnicza.wum.edu.pl
Nakład: 500 egzemplarzy

CZASOPISMO JEST PUNKTOWANE W SYSTEMIE INDEX COPERNICUS

Spis treści

Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

<i>Redakcja „MDW”</i>	
Wyniki konkursu na projekt architektoniczny Szpitala Pediatrycznego WUM.....	2
<i>Karolina Gwarek</i>	
Jubileuszowy Zjazd Wychowanków Uczelni.....	4
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Profesor Zbigniew Pawłowski – Doktorem Honoris Causa WUM.....	6
<i>Karolina Gwarek</i>	
Wręczenie dyplomów doktorskich na WNoZ.....	13
<i>Waleria Hryniewicz</i>	
Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach.....	15
<i>Redakcja „MDW”</i>	
Symposium naukowe CePT.....	17
<i>Tomasz Guzel, Gustaw Lech</i>	
Konferencja z zakresu chirurgii laparoskopowej..	18
<i>Bożenna Kwiatkowska</i>	
Konferencja – Wpływ czynników technologicznych na wchłanianie substancji leczniczej z postaci leku ..	19
<i>Maciej Janiszewski</i>	
Pięciolecie istnienia Pracowni Hemodynamiki w Szpitalu Bródnowskim.....	20
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z Senatu WUM.....	22

PRO MEMORIA

<i>Ireneusz W. Krasnodębski</i>	
Wspomnienie o Profesorze Stanisławie Świtce	25
<i>Karolina Gwarek</i>	
Pożegnaliśmy Prof. Marię Kobuszewską-Farynę	27

HISTORIA

Kartka z kalendarza: 25-lecie pierwszego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w Polsce.....	28
---	----

NAUKA

<i>Dariusz Kawecki</i>	
Okolooperacyjna Profilaktyka Antybiotykowa (OPA) – fakty i mity. Część I:	30
Terminy obron prac doktorskich.....	33

ETYKA W MEDYCYNIE

<i>Kazimierz Szalata</i>	
Człowiek w perspektywie śmierci	35

KOMUNIKATY

Przyznanie wyróżnień „Zasłużony Dawca Szpiku” ..	40
X Szpital Pluszowego Misia.....	40

SZPITAL PRZYJAZNY DZIECIOM

Rozstrzygnięto konkurs na projekt architektoniczny Szpitala Pediatricznego WUM

10 listopada br. poznaliśmy wyniki konkursu na koncepcję architektoniczno-urbanistyczną nowego Szpitala Pediatricznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zwycięski projekt wykonała pracownia Open Architekci Sp. z o.o.



– Nowy szpital to inwestycja potrzebna nie tylko Uczelni, ale przede wszystkim miastu i województwu – podkreślił Rektor prof. Marek Krawczyk podczas uroczystego ogłoszenia wyników konkursu. – W regionie stale rośnie liczba dzieci, brakuje natomiast miejsc, aby je leczyć. Obecnie ponad połowa małych pacjentów trafia do naszych placówek: szpitali przy ulicach Działdowskiej i Litewskiej. Mieszczą się one w budynkach z początków XX wieku, które nie spełniają standardów nowoczesnej pediatrii. Chcielibyśmy, aby jednostki zlokalizowane w tych szpitalach przeniosły się do nowego i dobrze wyposażonego budynku, w bezpośrednim sąsiedztwie naszego Uniwersytetu.

Szpital Pediatriczny ma powstać w Kampusie Banacha, na działce, którą Uczelnia wniosła do inwestycji. Wg planów, będzie liczył 527 łóżek, w tym 402 pediatryczne, 65 neonatologicznych i 60 ginekologiczno-położniczych. W nowym budynku znajdzie się m.in. Szpitalny Oddział Ratunkowy pediatrii dla lewobrzeżnej części Warszawy, Centrum Traumatologii i Neurotraumatologii Dziecięcej, Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej oraz Oddział Chirurgii Jednego Dnia. Zapla-

nowano również miejsce dla kliniki ginekologiczno-położniczej i neonatologicznej z oddziałem intensywnej terapii noworodka, co wyeliminuje konieczność przewożenia wcześniaków wymagających zabiegów chirurgicznych.

Do konkursu na opracowanie projektu Szpitala przystąpiło 31 firm; wstępną kwalifikację pozytywnie przeszło 30. Do 21 października projekty złożyło 16 uczestników. Sąd konkursowy wyłonił spośród nich zwycięzcę, przyznał również drugą nagrodę i trzy równorzędne wyróżnienia. Oto **lista nagrodzonych firm**:

- **I nagroda:** Open Architekci Sp. z o.o.;
- **II nagroda:** Mąka Sojka Architekci Sp. z o.o. – Spółka komandytowa – Lider Konsorcjum;
- **trzy wyróżnienia:**
 - WYG International Sp. z o.o. (Lider Konsorcjum) oraz Broadway Malyan Polska Architekci i Projektanci Sp. z o.o.;
 - Jems Architekci;
 - APA Wojciechowski Sp. z o.o.

Jak podkreślają autorzy zwycięskiej pracy, projekt budynku Szpitala został opracowany z uwzględnieniem jego nowoczesnego charakteru i potrzeb najmłodszych pacjentów.

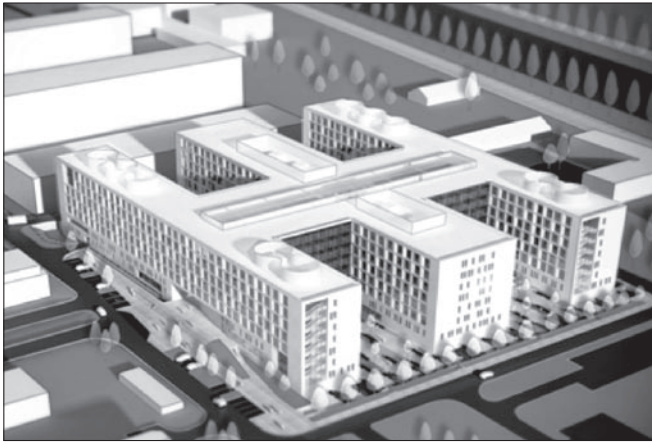
– Było to zadanie trudne do realizacji, skomplikowane zarów-

no pod względem funkcjonalnym, jak i technicznym – mówią laureaci. – Wynikało to m.in. z konieczności uwzględnienia w projekcie specjalistycznych instalacji, np. gazów medycznych. Praca nad przygotowaniem założeń architektonicznych Szpitala trwała trzy miesiące. Cieszymy się, że ukończyliśmy ją z takim wynikiem, bo konkurencja była ogromna. Projektując budynek, pamiętaliśmy, dla kogo powstaje to miejsce. Naszą ideą było to, że kontakt z nim musi być pozytywny. Postawiliśmy na jasne, ciepłe wnętrza, miękkie meble i szklane elementy, które wizualnie otwierają przestrzeń. Na budynek Szpitala składają się trzy bryły, połączone przeszklonym pasażem. W kolorystyce dominuje biel z elementami czerni i zieleni.

Choć projekt Szpitala jest już gotowy, kwestią dyskusyjną pozostaje sprawa finansowania jego budowy. Przyznana Uczelni dotacja na 2010 rok pozostaje bowiem niewspółmierna do potrzeb. Koszt budowy i wyposażenia Szpitala to około 545.312.000 zł, a według planów, budynek ma zostać oddany do użytkowania już w 2014 roku.

Oprac. Redakcja „MDW”

Źródło: Materiały Rzecznika Prasowego WUM



ZAŁOŻENIA ARCHITEKTONICZNO-URBANISTYCZNE PROJEKTU

Projektowany budynek Szpitala Pediatricznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego znajduje się na terenie kampusu obiektów szpitalnych WUM, na którym zlokalizowano obiekty zarówno edukacyjne, jak i opieki zdrowia, charakteryzujące się klarownym układem urbanistycznym oraz spójną, funkcjonalną architekturą. Cechą charakterystyczną budynków szpitalnych, a nawet zlokalizowanego w bliskim sąsiedztwie budynku Instytutu Podstawowych Problemów Techniki PAN jest zastosowanie czarno-białych materiałów elewacyjnych. Zasadniczym celem było stworzenie obiektu realizującego bogaty program użytkowy narzucony przez Inwestora, harmonijnie wpisującego się w istniejącą zabudowę i układ komunikacyjny i jednocześnie podnoszącego standard otaczającej przestrzeni, stwarzającego sprzyjające warunki użytkownikom, przyjaznego pacjentom, o czytelnym układzie przestrzennym, przy jednoczesnym optymalnym wykorzystaniu danego terenu.

Budynek Szpitala wpisano w istniejącą siatkę komunikacyjną; dojazd zarówno dla karettek, jak i osób prywatnych realizowany jest od ul. Banacha, poprzez ulicę wewnętrzną obsługującą istniejący kompleks. Bryłę budynku zaprojektowano w układzie mieszanym,



krzyżowo-grzebieniowym, którego części połączono ośmiokondygnacyjnym holem-pasażem, łączącym wszystkie kondygnacje oraz krzyżujące się z nim skrzydła budynku zawierające oddziały szpitalne. Klarowny układ funkcjonalny znajduje swoje odzwierciedlenie w elewacjach, których kompozycja została podporządkowana funkcji obiektu. Użyte materiały elewacyjne – białe płyty włókno-cementowe oraz czarna ślusarka okienna nawiązują do kolorystyki sąsiednich obiektów. W celu ocieplenia i złagodzenia technologicznego, chłodnego w wyrazie odbioru całego założenia kampusu zdecydowano się na użycie jasnozielonego koloru na nadprożach okiennych oraz przełamanie prostopadłościennych brył poprzez zaakcentowanie wejść do projektowanego obiektu podcieniami. Projektowany hol – łącznik został pomyślany jako przestrzeń ogólnodostępna, wyłamująca się ze schematu typowo

szpitalnej architektury w celu zapewnienia „oddechu” użytkownikom obiektu. Efekt ten uzyskano poprzez zastosowanie małej architektury (miękkie siedziska, zieleń w donicach), szkła jako okładzin ściennych oraz charakterystycznych przeszklonych „kieszeni” pasażu, które są łącznikami oddziałów zamkniętych z przestrzenią wspólną, w których zlokalizowano między innymi miejsca spotkań pacjentów z rodzinami lub miejsca zabaw. Hol pełni zatem funkcję całorocznego, przeszklonego dziedzińca.

Projektowany budynek posiada dwa dziedzińce wewnętrzne – zamknięte, dostępne z parteru: pierwszy ogólnodostępny, drugi, w głębi, przeznaczony jako teren rekreacyjny dla pacjentów Kliniki Psychiatrycznej; oraz dwa dziedzińce otwarte, zielone aneksy, dostępne z holu z poziomu niskiego parteru, otwarte na południe. Na tej kondygnacji znajduje się w centralnym miejscu duża sala konferencyjna, dla 300 osób, oraz obok – sala restauracyjna o powierzchni 370 m².

Budynek ma elastyczny układ konstrukcyjny, słupowo-płytowy, umożliwiający w przyszłości, jeśli zajdzie taka potrzeba, adaptację do nowych potrzeb wciąż postępującej technologii medycznej.

Źródło informacji i wizualizacji: Pracownia Open Architekci Sp. z o.o.

JUBILEUSZOWY ZJAZD WYCHOWANKÓW WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

W ramach obchodów Dwustulecia Nauczania Medycyny w Warszawie, w sobotę 21 listopada, po raz pierwszy w historii Uczelni, odbył się Zjazd Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji. Przybyli na niego Absolwenci z wielu stron świata – zarówno ci, którzy studia ukończyli przeszło 60 lat temu, jak i młodzi adepci nauk medycznych z ostatnich kilku lat.

Zaproszenie na zjazd przyjęło wielu znamienitych gości, w tym między innymi: dr Anna Gręziak z Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Marszałek Województwa Mazowieckiego dr Adam Struzik, Dariusz Hajdukiewicz – p.o. Dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej M. St. Warszawy, a także dyrektorzy szpitali klinicznych, przedstawiciele instytucji naukowych i towarzystw lekarskich. W spotkaniu wzięli udział również członkowie kolegium rektorskiego i dziekańskiego naszej Uczelni. Organizatorem zjazdu było Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, a uroczystość poprowadził Przewodniczący Stowarzyszenia prof. Mieczysław Szostek.

– 21 listopada jest datą szczególną i mam nadzieję, że przejdzie do historii naszej Uczelni – powiedział prof. Szostek, otwierając spotkanie. – W tym dniu odbywa się bowiem pierwszy zjazd wychowanków warszawskiej *Almae Matris*. Pragnę serdecznie powitać wszystkich, którzy przyjęli zaproszenie na tę uroczystość: absolwentów, którzy przyjechali do nas z całej Polski i z zagranicy, w tym z krajów tak odległych, jak Stany Zjednoczone, Australia czy Kanada. Szczególnie cieszy nas to, że są tutaj nasi najstarsi absolwenci: wychowankowie Szkoły Doc. Jana Zaorskiego i Akademii



Zgodnie z akademicką tradycją, Zjazd Wychowanków rozpoczął się pieśnią „Gaudeamus igitur” i wniesieniem sztandaru Uczelni

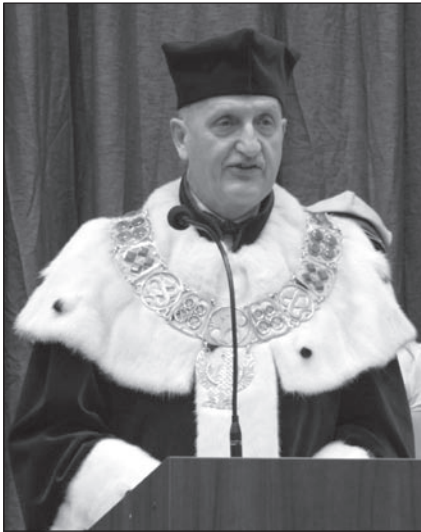
Boremlowskiej, przedstawiciele Związku Powstańców Warszawy i Armii Krajowej. To nasz pierwszy zjazd i mam nadzieję, że również nie ostatni – chciałbym, aby podobne spotkania odbywały się w następnych latach.

Do zebranych zwrócił się także Rektor prof. Marek Krawczyk. W swoim wystąpieniu podziękował organizatorom i uczestnikom zjazdu oraz podkreślił, że absolwenci są „oczkiem w głowie” każdej uczelni.

– Bez nich trudno wyobrazić sobie istnienie systemu eduka-

cyjnego na poziomie akademickim. W Stanach Zjednoczonych absolwentom przysługuje wiele przywilejów; w Polsce ta idea zaczyna dopiero kielkować. Pod tym względem istnieje jednak chlubny wyjątek, a stanowią go właśnie uczelnie medyczne, w tym nasz Uniwersytet, który od lat pielęgnuje ściśle związki ze swoimi wychowankami – powiedział Jego Magnificencja.

W dalszej części uroczystości głos zabrali zaproszeni goście honorowi: Arcybiskup Henryk Hoser, Marszałek Adam Struzik,



– Nasz Uniwersytet od lat pielęgnuje ściśle związki ze swymi Wychowanekami – podkreślił JM Rektor prof. Marek Krawczyk



– To nasz pierwszy Zjazd i mam nadzieję, że również nie ostatni – powiedział prof. Mieczysław Szostek, Przewodniczący SWWMiF



– Uczelnia jest organizmem żywym, który stale ewoluuje. Niech więc dalej rośnie i jeszcze głębiej się zakorzenia! – to słowa Abp Henryka Hosera

Doradca Prezydenta RP dr Anna Gręziak oraz Przewodniczący Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz.

– W dziejach naszej *Almae Matris* warto oddzielić to, co się zmienia, od tego, co przez lata pozostaje niezmiennie – powiedział Abp Henryk Hoser. – Zmienia się kontekst historyczny i kulturowy istnienia Uczelni, zmieniają się możliwości diagnostyczne i narzędzia, jakimi dysponujemy jako lekarze. Jedna rzecz pozostaje jednak niezmienna: ludzka natura, i to czego nauczyli nas nasi mistrzowie: relacja lekarza do pacjenta. Uczelnia jest organizmem żywym,



Do Absolwentów zwrócili się także Marszałek dr Adam Struzik i Doradca Prezydenta RP dr Anna Gręziak. W dalszej części uroczystości zebrani wysłuchali m.in. występu Chóru i Orkiestry WUM oraz obejrzeni film nt. dziejów Uczelni



który stale wzrasta i ewoluuje – to drzewo, które ma 200 lat i wiele gałęzi. Niech więc dalej rośnie i jeszcze głębiej się zakorzenia! – dodał na zakończenie Abp Hoser.

Z kolei Marszałek Adam Struzik zwrócił uwagę na wieloletnią owocną współpracę między naszym Uniwersytetem a Samorządem Województwa Mazowieckiego. Jej przypieczeniem było podpisanie w lutym 2009 r. *Listu Intencyjnego* w sprawie wspólnych działań na rzecz rozwoju regionu w obszarze ochrony zdrowia i kształcenia kadry medycznej.

Dr Anna Gręziak podzieliła się z uczestnikami wspomnieniami ze swoich studiów w warszawskiej AM, przypominając osoby, które odegrały w jej życiu szczególną rolę: dr Tadeusza Kocona, prof. Witolda Sylwanowicza i Rektora prof. Bolesława Górnickiego.

Na zakończenie prof. Jerzy Jurkiewicz pogratulował organizatorom inicjatywy przygotowania zjazdu oraz zwrócił uwagę na wieloletnie związki między naszą *Alma Mater* a stołecznym Towarzystwem Lekarskim – założyciele Uczelni byli jednocześnie twórcami TLW.

W części historycznej spotkania referat poświęcony dziejom nauczania medycyny w Warszawie wygłosił prof. Mieczysław Szostek. Uczestnicy obejrzel również film na ten temat, następnie zaś wysłuchali koncertu w wykonaniu Chóru i Orkiestry Kameralnej naszego Uniwersytetu. Po „oficjalnej” części uroczystości, podczas wspólnego obiadu, mieli okazję do wielu miłych rozmów i wspomnień ze studenckiej ławy.

*Karolina Gwarek
Redakcja „MDW”*

PROFESOR ZBIGNIEW PAWŁOWSKI DOKTOREM HONORIS CAUSA NASZEJ UCZELNI

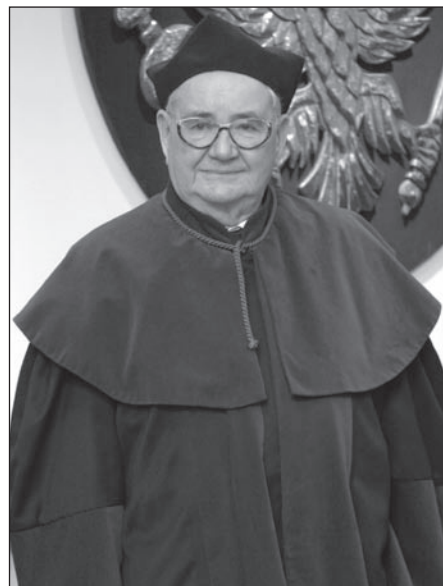
Prof. Zbigniew Pawłowski, światowej sławy specjalista w dziedzinie parazytologii, ekspert WHO w zakresie chorób tropikalnych i pasożytniczych, 27 listopada został uhonorowany tytułem Doktora Honoris Causa naszej Uniwersytetu.

Z wnioskiem o nadanie tytułu Doktora Honorowego Profesorowi Zbigniewowi Pawłowskiemu wystąpił II Wydział Lekarski naszej Uczelni, kierowany przez Dziekana prof. Jerzego Polańskiego. W gronie recenzentów dorobku naukowego Laureata znaleźli się: prof. Johannes Eckert, emerytowany profesor parazytologii Uniwersytetu w Zurychu; prof. Piotr Zaborowski, były kierownik Kliniki Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Józef Knap, Doradca Głównego Inspektora Sanitarnego i Kierownik Zakładu Higieny i Parazytologii Środowiska Insty-

tutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie. Recenzenci uznali, że Kandydat „na godność tę zasługuje jako wielki lekarz i uczonej o międzynarodowej pozycji i ogromnych osiągnięciach oraz zasłużony dla polskiej parazytologii i rozwoju tej dziedziny w naszym kraju”.

Laudację Profesora Pawłowskiego wygłosił Dziekan II Wydziału Lekarskiego. Uznanie dla zasług Laureata wyraził również Rektor prof. Marek Krawczyk.

Nowy Doktor Honoris Causa wygłosił wykład „Epidemiologia kliniczna w parazytologii”, w którym omówił najbardziej powszechne obecnie inwazje pasożytnicze oraz standardy ich leczenia. W pierwszej części wykładu nawiązał również do osobistych doświadczeń, przedstawiając swą burzliwą drogę naukową i walkę o podniesienie rangi parazytologii we współczesnej medycynie: „Dzisiejszy dzień potwierdza, że mój wybór sprzed ponad 50 laty był trafny” – podkreślił Laureat Tytułu Doktora Honoris Causa.



Prof. Zbigniew Pawłowski – Laureat Tytułu Doktora Honoris Causa WUM

W części artystycznej uroczystości wystąpił Chór Uczelni pod batutą Daniela Synowca.

Na zakończenie uczestnicy mieli okazję osobistego złożenia gratulacji Doktorowi Honorowemu.

*Karolina Gwarek
Redakcja „Medycyny
Dydaktyki Wychowania”*

PRZEMÓWIENIE REKTORA PODCZAS UROCZYSTOŚCI NADANIA TYTUŁU DOKTORA HONORIS CAUSA

**Panie Dziekanie,
Drogi Doktorze Honorowy,
Szanowni Państwo!**

Uroczystość nadania doktoratu honoris causa jest jednym z największych świąt każdej szkoły wyższej. Dzisiaj świętujemy nadanie tej najwyższej godności akademickiej po raz 61. w 200-letniej historii naszego Uniwersytetu.

To wielka radość, że do grona doktorów honorowych naszej Uczelni dołącza prof. Zbigniew Pawłowski – nestor polskiej medycyny tropikalnej, wybitny specjalista w dziedzinie parazytologii, ekspert Światowej Organizacji Zdrowia ds. chorób tropikalnych i pasożytniczych, profesor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Biografię Bohatera dzisiejszej ceremonii wygłosi za chwilę w laudacji prof. Jerzy Polański, Dziekan II Wydziału Lekarskiego, który to Wydział wystąpił do Senatu Uczelni z wnioskiem o nadanie tytułu doktora honorowego.

Czcigodny Profesorze,

dołączasz dziś do 60 znakomitości polskiej i światowej medycyny, których wpływ na rozwój tej dziedziny honorujemy najwyższym wyróżnieniem uniwersyteckim. Honorowy tytuł doktorski stanowi najwyższy wyraz uznania środowiska akademickiego naszej Uczelni dla ogromnych zasług Pana Profesora.

Doktorat honoris causa jest nie tylko nobilitacją dla otrzymującego go naukowca, ale także dla uczelni, której społeczność akademicka poszerza się o tak wybitną osobistość.

Dzisiaj stajesz się członkiem społeczności akademickiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycz-



Honorowy tytuł doktorski to wyraz uznania środowiska naszej Uczelni dla ogromnych zasług Pana Profesora – podkreślił JM Rektor prof. Marek Krawczyk

nego. Od teraz to również Pana, znakomity doktorze honorowy, Uczelnia.

Szanowni Państwo,

polskie szkoły wyższe tytuł doktora honoris causa nadają od blisko dwóch wieków. Pierwszy tytuł nadał Uniwersytet Jagielloński w 1816 roku.

Również nasza Uczelnia posiada długą tradycję nadawania tego zaszczytnego tytułu naukowego osobom wyróżniającym się w działalności społecznej, naukowej i dydaktycznej oraz odznaczającym się prawością życiową i zawodową.

Pierwszy raz tytuł doktora honoris causa Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego nadał 21 maja 1921 r., a otrzymał go Marszałek Polski Józef Piłsudski. Przez kolejne 88 lat wyróżnieniem tym nasz Uniwersytet honorował postaci nieprzeciętne. W tym gronie są takie osobowości, jak laureat Narodów Nobla z roku 2000 – prof. Edward D. Thomas, prof.

Jan Nielubowicz, prof. Tadeusz Orłowski, prof. Hilary Koprowski, prof. Zbigniew Religa czy doktorzy honorowi z ostatnich lat: prof. Kazimierz Ostrowski, prof. Jerzy Hołowiecki, prof. Allen W. Cowley i prof. Kypros Nicolaidis.

Szanowni Państwo,

te nazwiska mówią same za siebie, za nimi stoją wielkie umysły, ogrom pracy, nieprzeciętna wiedza i umiłowanie medycyny. Medycyny, która – jak powiedział Hipokrates – ze wszystkich nauk jest najszlachetniejsza.

Jest dla mnie zaszczytem i przyjemnością w roku Jubileuszu 200-lecia Nauczania Medycyny w Warszawie nadać tytuł Doktora Honoris Causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Zbigniewowi Pawłowskiemu. Gratuluję Panie Profesorze!

**Prof. dr hab. Marek Krawczyk
Rektor Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego**

LAUDACJA

LAUREATA TYTUŁU DOKTORA HONORIS CAUSA

PROF. DR HAB. N. MED.
ZBIGNIEW PAWŁOWSKI,
EMERYTOWANY PROFESOR
AKADEMII MEDYCZNEJ
W POZNANIU,
EKSPERT ŚWIATOWEJ
ORGANIZACJI ZDROWIA,
DOKTOR HONORIS CAUSA
WARSZAWSKIEGO
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

Wybitne osiągnięcia naukowe, kliniczne i organizacyjne o wymiarze światowym w dziedzinie parazytologii i medycyny tropikalnej oraz zasługi dla rozwoju tych dziedzin medycyny w Polsce stały się podstawą dla decyzji Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który w dniu 26 października 2009 roku nadał:

Profesorowi
Zbigniewowi Pawłowskiemu
godność Doktora Honoris
Causa Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego.

Postępowanie o nadanie zaszczytnego tytułu Doktora Honoris Causa Prof. Zbigniewowi Pawłowskiemu zostało wszczęte przez Dziekana II Wydziału Lekarskiego z jego własnej woli, po zasięgnięciu opinii wstępnej Rady II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim i Oddziałem Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Niezwykle pozytywne recenzje dorobku i osiągnięć naukowych przedstawili powołani przez Radę II Wydziału Lekarskiego recenzenci w osobach:

1. Profesor n. med. i wet. Johannes Eckert, emerytowany profesor parazytologii Uniwersytetu w Zurychu.
2. Prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski, były kierownik Kli-

niki Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

3. Prof. dr hab. n. med. Józef Knap, Doradca Głównego Inspektora Sanitarnego, Kierownik Zakładu Higieny i Parazytologii Środowiska Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

Dziś, podczas uroczystej promocji, przypada mi zaszczyt przedstawienia zasług i sylwetki naukowej nowego Doktora Honoris Causa naszej *Almae Matris*.

ŻYCIORYS

Profesor Zbigniew Pawłowski urodził się 29 lipca 1926 roku w Poznaniu, w rodzinie z tradycjami patriotycznymi i akademickimi. Matką profesora była Pani Ewa Wanda z Kamińskich, a ojcem geograf, profesor Stanisław Pawłowski, późniejszy Rektor Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, zamordowany przez hitlerowców w 1940 roku. Po ukończeniu studiów w Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w roku 1951, rozpoczął swoją pracę w jednostkach tej samej uczelni. Uzyskał specjalizacje z chorób wewnętrznych (1958) i pasożytniczych (1959). Tytuł doktora medycyny otrzymał w 1961 roku, a habilitował się w zakresie parazytologii medycznej w 1967. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał w 1977 roku, a zwyczajnego w 1991. Całe swoje życie zawodowe poświęcił parazytologii. Główne zainteresowania Profesora Zbigniewa Pawłowskiego koncentrują się wokół geohelmintoz. Początkowo realizował je w ramach zespołu poznańskiego, następnie w skali

ogólnopolskiej, a od roku 1979 z chwilą powołania na stanowisko eksperta WHO jako kierownik działu IPI (*Intestinal Parasitic Infections*) i programu PDP (*Parasitic Disease Program*) w skali ogólnoświatowej. Od 1970 roku do 1996 roku, z przerwą na pracę w WHO, był kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Pasożytniczych, przemianowanej potem na Katedrę i Klinikę Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu.

DOROBEK NAUKOWY

Dorobek naukowy Profesora Zbigniewa Pawłowskiego jest bardzo duży i do końca 2008 roku liczył 658 publikacji, w tym 33 dokumenty WHO oraz 110 rozdziałów w książkach (34 opublikowane w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i 5 w Wielkiej Brytanii). Prace profesora były publikowane w czasopismach o wysokim wskaźniku oddziaływania, co przyniosło Mu również wysoki wskaźnik cytowań. Od 1996 roku baza *Science Citation Index Expanded* zanotowała ich aż 998.

DOROBEK ORGANIZACYJNY

Profesor Zbigniew Pawłowski był jednym z trzech założycieli fundacji pomocy humanitarnej „Redemptoris missio”, która udziela pomocy medycznej polskim misjonarzom i misjonarkom. Dzięki staraniom Profesora w 2008 roku otwarto w Kiabakari w Tanzanii Polski Ośrodek Medyczny.

Profesor Zbigniew Pawłowski zorganizował lub współorganizował krajowe i międzynarodowe konferencje z zakresu parazytolo-

gii klinicznej, chorób odzwierzęcych i medycyny tropikalnej.

CZŁONKOSTWO W TOWARZYSTWACH NAUKOWYCH

Profesor Zbigniew Pawłowski jest członkiem Polskich Towarzystw (Parazytologicznego oraz Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych) i prestiżowych towarzystw zagranicznych: *British Society of Parasitologists* (1971-79), *American Society of Tropical Medicine and Hygiene*; *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, *Global Health*, *International Society of Travel Medicine*, *Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* oraz *Société Suisse de Médecine Tropicale et de Parasitologie*.

Był i jest także redaktorem i współpracownikiem kilkunastu, głównie międzynarodowych czasopism naukowych z dziedziny medycyny tropikalnej i parazytologii. Za swoją działalność i aktywność był wielokrotnie odznaczany i wyróżniany, między innymi dyplomami i członkostwem honorowym ośmiu międzynarodowych organizacji i towarzystw, w tym *Centers of Disease Control and Prevention*.

ZWIĄZKI Z WUM

Współpraca profesora Zbigniewa Pawłowskiego z Akademią Medyczną w Warszawie zaczęła się w latach 60-tych XX wieku. Kontakt z profesorem Bertoldem Kassurem i jego zespołem zaowocował szeregiem publikacji.

Współpraca była kontynuowana przez lata z innymi klinikami i jednostkami Akademii Medycznej w Warszawie. Aktualnie Klinika kierowana przez wychowanka Profesora Pawłowskiego, profesora Jerzego Stefaniaka, współpracuje z klinikami



Laudację Profesora Zbigniewa Pawłowskiego odczytał Dziekan II Wydziału Lekarskiego prof. Jerzy Polański

chirurgicznymi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w leczeniu chorych z alweokokożą.

WNIOSKI RECENZENTÓW

Wszyscy recenzenci popierają wniosek o nadanie profesowi Zbigniewowi Pawłowskiemu godności Doktora Honoris Causa naszej Uczelni. Na godność tę zasługuje jako wielki lekarz i uczyony o międzynarodowej pozycji i ogromnych osiągnięciach oraz zasłużony dla polskiej parazytologii i rozwoju tej dziedziny w naszym kraju.

W podsumowaniu dorobku naukowego Profesora Pawłowskiego profesor Johannes Eckert pisze: „Profesor Pawłowski jest uznanym naukowcem i osobowością, co objawia się wieloma zaszczytami, jak honorowe dyplomy i tytuły (w tym *Centers of Disease Control and Prevention* w Atlancie czy Szwajcarskiego Towarzystwa Medycyny Tropikalnej i Parazytologii). Z całym przekonaniem popieram nominację Profesora Z. Pawłowskiego do tytułu Doktora Honoris Causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.

Profesor Piotr Zaborowski stwierdza na zakończenie swej recenzji: „Cała droga życiowa Prof. Zbigniewa Pawłowskiego to ciągłe poszukiwanie i odkrywanie. To, ile zawdzięcza mu zdrowie światowe, zostanie być może ocenione dopiero za kilkadziesiąt lat. Cieszę się, że dotarłem zaszczytu wnioskowania do Wysokiej Rady II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o nadanie godności Doktora Honoris Causa temu wspaniałemu Człowiekowi, a zarazem wrażliwemu Lekarzowi i niestrudzonemu Badaczowi. Czynię to z przekonaniem, że trudno znaleźć lepszego Kandydata do tej godności”.

Do tych jednoznacznie pozytywnych opinii dołącza się profesor Józef Knap, zwracając się do władz naszej Uczelni o nadanie tytułu Doktora Honoris Causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Profesorowi Zbigniewowi Pawłowskiemu.

Prof. dr hab. Jerzy Polański
Dziekan II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

PRZEMÓWIENIE LAUREATA TYTUŁU DOKTORA HONORIS CAUSA

**Magnificencjo, Panie Rektorze,
Szanowny Panie Dziekanie,
Wysoki Senacie
i Rado II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego,
Szanowni Goście!**

Proszę pozwolić mi na wstępie wyrazić kilka gorących słów podziękowania Magnificencji Panu Rektorowi, Panu Dziekanowi, Wysokiemu Senatowi, Radzie II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za to, że mogłem dzisiaj stanąć w tym miejscu i odebrać najwyższe wyróżnienie, o jakim może tylko marzyć każdy profesor.

Jestem dłużnikiem nie tylko Państwa. Chciałbym przy okazji podziękować moim Rodzicom. Ojcu, który przymykał oko na chłopięce swawole, ale nie darował mi, kiedy miałem trudności z odmianą *puer, pueri, puero...* Matce, która mimo że sama mało nie umarła w czasie porodu mojego starszego brata, zdecydowała się jeszcze, aby mnie urodzić. Starszej o 10 lat siostrze, która mi „matkowała”, nawet po tym jak Jej doczesne ciało spopielono w Auschwitz. Żonie, dr med. Janinie z Grzankowskich, która w czasie 57-letniego pożycia zdjęła ze mnie ciężar wychowywania dzieci i poprawiała teksty, które pisałem, myśląc więcej o ich treści niż o składni i ortografii. W końcu dzieciom, córce Magdalenie, która otacza opieką rodziców, i synowi Janowi, który sprawił, że Pawłowscy mają już trzy generacje profesorów akademickich – ostatnią w Genewie.

Chcę podziękować moim nauczycielom. Pierwsze kroki w karierze akademickiej stawiałem pod skrzydłami światowej sławy prof. Rudolfa Weigla. To

On był moim ideałem i to On dał mi do ręki i do tłumaczenia artykuł z „Nature”; miałem go w rękę pierwszy raz. Kilkanaście lat byłem uczniem prof. Czesława Gerwela, któremu zawdzięczam spełnienie wielu moich marzeń: stypendium WHO do Instytutu Tropikalnego w Liverpoolu i czteromiesięczny staż szkoleniowy w Chinach w roku 1959. Wiele zawdzięczam prof. Janowi Roguskiemu, który przekonał mnie, że aby liczyć się w medycynie, trzeba mieć specjalizację z chorób wewnętrznych. Po jej ukończeniu prof. Czesław Gerwel stworzył mi warsztat pracy w Klinice Chorób Pasożytniczych Akademii Medycznej w Poznaniu oraz wprowadził mnie do władz Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego i Rady Naukowej Ministerstwa Zdrowia. Tam miałem możliwość spotkania luminarzy polskiej medycyny: profesorów Bolesława Górnickiego, Edwarda Rużyłły i Witolda Rudowskiego. Na niwie międzynarodowej wiele zawdzięczam dziekanowi Instytutu Tropikalnego w Liverpool, prof. Brianowi Maegraithowi, który co prawda nie rozumiał, dlaczego nie chcę wstąpić do partii, o ile mogłoby to być pomocne w mojej karierze, ale wprowadził mnie na wiele lat do *Association of European Schools of Tropical Medicine*. Tam, mimo żelaznej kurtyny, poczułem się Europejczykiem. Drzwi do *Center of Diseases Control* w Atlancie otworzył mi prof. James Steele, dzisiaj już 95-letni senior Public Health w USA. Do *Parasitic Diseases Programme* WHO w Genewie wprowadził mnie ceniiony w świecie malariolog prof. Leonard Bruce-Chwatt, a dr Rick Davis, dyrektor programu, pilnował, abym nie przepadł w gąszczu administracji WHO. Moim szwaj-

carskim patronem i partnerem był i jest – obecny tu – prof. Johannes Eckert z Zurychu.

W końcu wiele jestem winien mojej Uczelni w Poznaniu, która mi pomagała, ale bez większego przekonania o znaczeniu dyscypliny, którą starałem się rozwijać. Jak się wyraził jeden ze znanych profesorów – „nie rozumiem, czemu on się zajmuje parazytologią, a nie – na przykład u mnie – genetyką?”

Dzisiejszy dzień potwierdza, że mój wybór sprzed ponad 50 laty był trafny.

I tak zbliżyłem się w końcu do tematu mojego wykładu:

EPIDEMIOLOGIA KLINICZNA W PARAZYTOLOGII

Na postęp w parazytologii medycznej składa się wiele czynników. Niewątpliwie na 1. miejscu należy wymienić rozwój wiedzy parazytologicznej w odniesieniu do medycyny. Klasycznym przykładem tego są odkrycia, głównie XIX-wieczne: powiązanie tasiemczyca *Taenia solium* z wągrzycą mózgu, ustalenie pasożytniczego tła bąblowicy, odpowiedzialność *Trichinella spiralis* za wywoływanie włośnicy (Grove, 1990). W późniejszym czasie w Warszawie dr Dusan Lambl wykrył lamblie w treści przewodów żółciowych, a prof. Józef Grott dał podwaliny klinicznej patologii giardiozy. W ostatnich dekadach XX wieku nasza podstawowa wiedza uległa znacznemu poszerzeniu, między innymi przez wykrycie wśród pasożytów ponad 30 nowych patogenów oraz nowych gatunków, odmian i genotypów (*Entamoeba histolytica* /*E. dispar*, *Taenia spp.*, *Trichinella spp.*, *Echinococcus granulosus*). Odkrycia te miały decydujące znaczenie dla kliniki chorób paso-

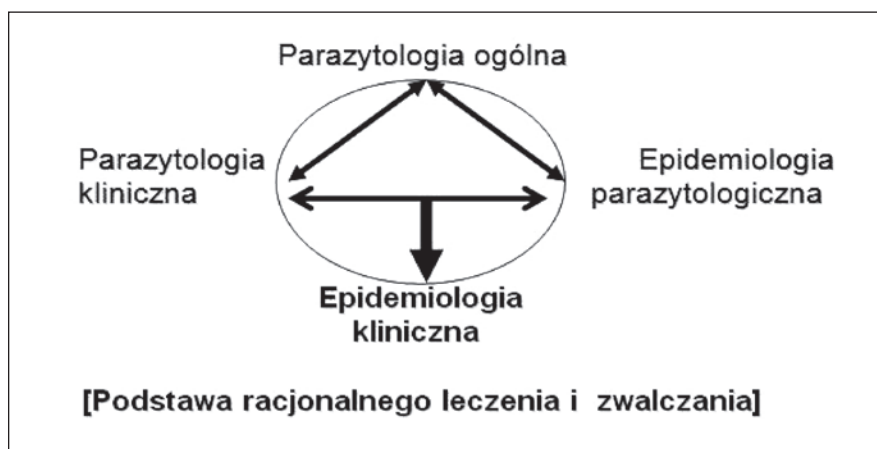
żytnicznych, w poznaniu ich epidemiologii i ustaleniu racjonalnych metod zwalczania.

Drugim motorem postępu było wprowadzenie do parazytologii nowych metod i narzędzi badawczych. Mowa tu o metodach biochemicznych (bioenzymy), immunologicznych (serologia i odczynowość nadwrażliwa) oraz molekularnych (genotypy, rozróżnianie gatunków). Paradoksalnie ten postęp wynikał nie tyle z zainteresowania parazytologów, ile z motywacji biochemików, immunologów i badaczy molekularnych, dla których pasożyty stanowiły wdzięczny obiekt badań.

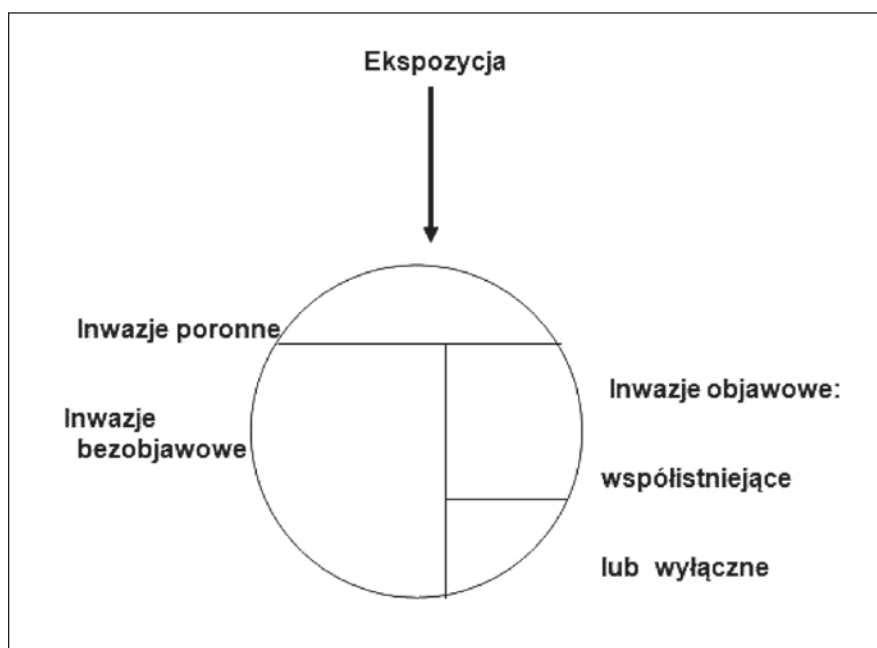
W rozwoju wiedzy duże znaczenie miały badania graniczne, niszowe, na styku dwóch dyscyplin. Jednym tego przykładem jest epidemiologia kliniczna. Doniesienia kliniczne w dużej części przypadków miały i mają charakter kazuistyczny o dość zawężonym wpływie na postęp wiedzy. Obserwacje epidemiologiczne, pozbawione interpretacji klinicznej, miały i mają ograniczone znaczenie dla rozwoju parazytologii medycznej. Pomiędzy parazytologią kliniczną i epidemiologią parazytologiczną jest miejsce dla „epidemiologii klinicznej” (rycina 1).

Tworzą ją zespoły klinicystów i epidemiologów, ale współpraca ich nie zawsze układa się owocnie. Przyczynkiem do epidemiologii klinicznej w parazytologii mogą być badania prowadzone przez osoby, które są nie tylko klinicystami, zapatrzonymi w jednego pacjenta, ale które dostrzegają problem w jego szerszej populacyjnej, epidemiologicznej perspektywie.

Jakąkolwiek definicję epidemiologii klinicznej byśmy przyjęli, jest ona w parazytologii podstawą racjonalnego leczenia i zwalczania inwazji pasożytniczych. Dla klinicysty, poza tłem epidemiologicznym, może mieć również znaczenie znajomość wpływu inwazji na zdrowie pacjenta, warunkujące



Ryc. 1. Epidemiologia kliniczna jako podstawa racjonalnego leczenia i zwalczania inwazji pasożytniczych



Ryc. 2. Proporcje inwazji pasożytniczych poronnych, bezobjawowych oraz objawowych współistniejących lub wyłącznych

go decyzję o leczeniu osób zarażonych lub chorych (rycina 2).

Inwazje mają szerokie spektrum patogenetyczne; mogą one być poronne, bezobjawowe, objawowe, dlatego iż współistnieją z innym schorzeniem lub zmianą patologiczną, i w końcu mogą być jedyną i wyłączną przyczyną choroby lub zgonu (Pawłowski i Stefaniak, 2004). Każda inwazja pasożytnicza ma typowe dla siebie proporcje w poszczególnych kategoriach przypadków.

Przechodząc od uwag ogólnych do konkretnych przykładów, należałoby zacząć od pytania „czy?”

– a o ile tak – to „jak?” leczyć inwazje, zwłaszcza te pospolite, jak owsica, toksokaroza, giardioza.

OWSICA. Owsikiem (*Enterobius vermicularis*) człowiek zaraża się poza domem (przedszkole, szkoła), ale inwazja narasta w domu, gdzie osoba zarażona sypia. Łatwo jest nabyć inwazję lub reinwazję w skażonym środowisku. Owsikiem zarażonych jest >20% dzieci (co 5 pacjent pediatriczny) i nieco <10% osób dorosłych (co 10 pacjent dorosły). Inwazje mogą być objawowe lub bezobjawowe. Ich przebieg ma charakter sporadyczny (zaleca się tu kurację 1 x);

nawracający (2 kuracje z przerwą 2-tygodniową); utrwalony, kiedy owsiki pojawiają się codziennie (3-4 kuracje z przerwami) i w końcu istnieją inwazje zawodowe, w których ma miejsce permanentna ekspozycja – nauczyciele (kuracja co 2 miesiące). W owsicy decyzja o leczeniu i jego długości zależy od stwierdzenia pasożyta, objawów i wywiadu epidemiologicznego, wskazującego na intensywność zarażenia i możliwość reinwazji (Pawłowski, 1984).

TOKSOKAROZA. Człowiek zaraża się nierzadko glistą psią lub kocią (*Toxocara spp.*), dość pospolitą u zwierząt (>10%). W populacji odczyn serologiczne są pozytywne u dzieci w >5% przypadków (co 20 pacjent), a u dorosłych <5%. Inwazja larw *Toxocara spp.* u człowieka trwa kilka lat i pozytywne odczyny z czasem wygasają. O aktywności zarażenia, poza wysokim mianem odczynów, świadczy test awidności i współistnienie eozynofili. Toksokaroza oczna lub kliniczny zespół larwy wędrującej trzewnej mają określony obraz kliniczny, występują rzadko, ale wymagają leczenia klinicznego. Jednakże większość przypadków jest bezobjawowa, ma przebieg poronny lub trudny do określenia jednoznacznego związku przyczynowego pasożyta z objawami (*covert toxocarosis*). Jak postępować w tych przypadkach? Z uwagi na niebezpieczeństwo migracji larw *Toxocara canis* do gałki ocznej lub mózgu, zaleca się podanie wyraźnie seropozytywnemu pacjentowi jednorazowej kuracji zmniejszającej ewentualną liczbę migrujących larw; należy tu dodać, że wiele larw nie migruje, a ulega unieruchomieniu w ziarniniakach (Pawłowski, 2001; Pawłowski i Mizgajka, 2002).

GIARDIOZA. Inwazja *Giardia intestinalis* występuje w populacji często, u dzieci w około 5%. Z uwagi na obserwowaną tendencję do utrzymywania się inwazji w populacji na pewnym poziomie,

należy przyjąć, że z czasem inwazje ulegają samolikwidacji. Według naszych obserwacji, a badano 65 dzieci przez 6 miesięcy, tylko u 3/14 (21%) dzieci inwazja miała charakter przewlekły, ale bezobjawowy. Nie udało się uchwycić przyczyny długotrwałej inwazji (niedobór IgA?). U pozostałych dzieci 11/14 (79%) inwazja miała charakter krótkotrwały, jakkolwiek u 2 dzieci obserwowano nawrót inwazji (Pawłowski i wsp., 1983). Jakie są więc wskazania do leczenia giardiozy, która w dużej części przypadków ulega samowyleczeniu? Niewątpliwie istnieją kliniczne wskazania do leczenia giardiozy; ma ona tendencję do współwystępowania z innymi schorzeniami, zwłaszcza wątroby i trzustki, i do podtrzymywania tam istniejących procesów chorobowych. Ale istnieją też wskazania epidemiologiczne w przypadkach inwazji w instytucjach zamkniętych i w otoczeniu chorego z giardiozą, likwidujące nosicieli.

Epidemiolog przekazuje pacjentów klinicyście i wykorzystuje dane kliniczne dla oceny epidemiologicznej. Klinicysta natomiast może wpływać w sposób decydujący na działania epidemiologiczne na przykład przez podjęcie „masowego” leczenia. Mogę przedstawić kilka przykładów takiego działania: w epidemiach neurocysticerkozy, włośnicy oraz w zwalczaniu bąblowic. W Andach, w Ekwadorze neurocysticerkoza występowała endemicznie i brak było czytelnego obrazu rozmieszczenia przypadków tasiemczycy *Taenia solium*, który ją wywołuje. W roku 1985, poszukując metody zwalczania tasiemczycy, zdecydowano się na podanie 10.173 mieszkańcom And skutecznego środka tasiemcobójczego – prazykwantelu. W efekcie usunięto 153 tasiemce *Taenia solium*, zmniejszając liczbę nosicieli, szerzących węgrycę (Cruz i wsp., 1989), ale przede

wszystkim stwierdzono, że tasiemczyca występuje ogniskowo w niektórych tylko osiedlach i w niektórych tylko rodzinach. Stwierdzenie ogniskowości występowania tasiemczycy i węgrycy stało pod znakiem zapytania celowość masowego leczenia populacji w rejonach endemicznych, ale zarazem wskazało na konieczność opracowania metod określających ogniska, przeznaczone do likwidacji (Pawłowski, 2005; Pawłowski i wsp., 2005; Pawłowski, 2008).

WŁOŚNICA, wywołana przez *Trichinella spiralis*, występuje w Polsce nadal, chociaż w zmniejszającej się liczbie epidemii. Problemem dla klinicysty było pytanie, czy można zapobiec zachorowaniu, o ile możliwość zarażenia ujawni się już w kilka dni po spożyciu zarażonego mięsa. Okazało się, że tak, o ile w ciągu 5 dni poda się odpowiedni anthelmintyk (Gerwel, Kocięcka i Pawłowski, 1970). Jest zasługą klinicystów, mających przygotowanie parazytologiczne, aby w objawowej włośnicy zalecać – obok klinicznego opanowania zagrożenia życia – likwidację narastania inwazji mięśniowej przez wczesne podanie anthelmintyku, w każdym bez wyjątku przypadku włośnicy. Ta metoda postępowania została w świecie ogólnie przyjęta (Pawłowski, 1981).

BĄBLOWICA, wywołana przez bąblowca jednokomorowego – *Echinococcus granulosus* – występuje w świecie w krajach o nasilonej hodowli owiec. Do takich Polska nie należy. Zachodzi więc pytanie, skąd tyle przypadków bąblowicy u ludzi w Polsce? Odpowiedź uzyskano, określając genotyp pasożyta na materiale uzyskanym w klinice z biopsji torbieli bąblowca (Scott i wsp., 1997). Stwierdzenie, że bąblowiec wątroby u ludzi w Polsce, na Słowacji i na Ukrainie pochodzi od szczepu bytującego u świni – a nie u owiec – stawia na nowo sprawę zwalczania bąblowicy

cy w tej części Europy (Pawłowski i Stefaniak, 2003).

Kliniczne rozpoznawanie przypadków zarażenia bąblowcem wielokomorowym – *Echinococcus multilocularis* – i ich lokalizacja w kraju przyczyniły się do ustalenia mapy Polski określającej występowanie echinokokozy u lisów, głównych siewców tej bąblowicy (Kern i wsp., 2003). Jej zwalczanie jest trudne, ale w rękach klinicystów jest wczesne rozpoznawanie, które ratuje życie osób zarażonych (Pawłowski i Stefaniak, 2003).

Wśród parazytologów w świecie parazytologia polska ma szczególne znaczenie, zarówno w zakresie parazytologii ogólnej, jak i klinicznej epidemiologii włośni-

cy, toksokarozy i bąblowic, której poznawanie ma charakter wybitnie wielodyscyplinarny (Pawłowski i Tarczyński, 2000; Pawłowski i Stefaniak, 2004).

Dzisiejszą uroczystość odbieram nie tylko jako zaszczytne wyróżnienie mojej osoby, ale przede wszystkim jako uznanie wkładu parazytologów, epidemiologów i klinicystów w poznawanie i zwalczanie inwazji pasożytniczych. Proszę mi wierzyć, że parazytologia medyczna ma duże znaczenie dla ochrony zdrowia i tym, którzy ją uprawiają, potrafi dać dużo osobistej satysfakcji. Niestety ta dyscyplina wiedzy i praktyki medycznej jest często niedoceniana w kraju i zagranicą na studiach

medycznych przed- i podyplomowych (Pawłowski i wsp., 1998) oraz w subwencjonowaniu badań naukowych. Nie motywuje to młodych lekarzy do zainteresowania się parazytologią medyczną zawodowo lub na zasadzie hobby. Jestem przekonany, że decyzja JM Pana Rektora, Senatu i Rady II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o wyróżnieniu jednego z lekarzy parazytologów najwyższym honorem naukowym, otworzy szerzej drzwi parazytologii medycznej w Polsce. W imieniu własnym i wielu moich współpracowników serdecznie za to dziękuję.

Prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski

UROCZYSTE WRĘCZENIE DYPLOMÓW DOKTOROM WYDZIAŁU NAUKI O ZDROWIU

6 listopada odbyła się uroczysta promocja doktorów Wydziału Nauki o Zdrowiu – pierwsza w dziejach tej jednostki i naszej Uczelni. Tego dnia dyplomy odebrało dziewięciu młodych naukowców.

Uroczystość, zorganizowaną w Sali Senatu WUM, poprowadził Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu prof. nadzw. Zdzisław Wójcik. Zaproszenie do udziału w spotkaniu przyjęli przedstawiciele władz rektorskich i dziekańskich Uczelni, wśród których znaleźli się m.in. Prorektor ds. Kadr prof. Anna Kamińska, Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą prof. Sławomir Majewski, Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. Mirosław Wielgoś oraz Dziekan II Wydziału Lekarskiego prof. Jerzy Polański. Na sali obecni byli

także przedstawiciele zaprzyjaźnionych uczelni – Uniwersytetu Warszawskiego i Politechniki Warszawskiej, oraz rodziny i przyjaciele nowo promowanych.

Do absolwentów studiów doktoranckich zwróciła się prof. Anna Kamińska, podkreślając, że uroczystość ich promocji jest nie tylko świętem Wydziału Nauki o Zdrowiu, ale i całej Uczelni. To wydarzenie szczególne, tym bardziej, że odbywa się po raz pierwszy w dziejach naszego Uniwersytetu, w trakcie obchodów dwustulecia jego istnienia. Prof. Anna Kamińska pogratulowała świeżo upieczonym doktorom, ich promotorom i recenzentom oraz wszystkim, którzy wspierali ich w pracy naukowej. Bohaterom spotkania gratulacje złożył także Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu prof. nadzw. Zdzisław Wójcik, zwracając uwagę na wysoki poziom przygotowanych przez nich prac.

Następnie głos zabrał Prodziekan ds. Przewodów Doktorskich i Współpracy z Zagranicą prof. Andrzej Friedman – w swoim wystąpieniu zacytował tekst średniowiecznej modlitwy lekarskiej Majmonidesa. Jej przesłanie dedykował nowo promowanym:

„Napełnij, Boże, duszę moją miłością do sztuki mojej i do wszystkich stworzeń. Nie dopuść, by chęć zysku lub poszukiwanie sławy wpłynęły na wykonywanie mego zawodu. (...) Wzmagaj, Boże, siłę mego serca, by zawsze było gotowe służyć biednemu i bogatemu, przyjacielowi i wrogowi, złemu i dobremu. Uczyn, by chorzy moi mieli zaufanie do mnie i do sztuki mojej. (...) Użyj mi, Boże, wyrozumiałości i cierpliwości w stosunku do chorych upartych lub prostaków. Uczyn mnie wstrzemięźliwym we wszystkim, ale nienasyconym w zdobywaniu wiedzy. Oddal ode mnie myśli, że wszystko mogę. Użyj mi siły woli i sposobności



Nowo promowani doktorzy z przedstawicielami władz Uczelni i Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu

do coraz większego rozszerzania mych wiadomości (...)*

W dalszej części uroczystości głos zabrał Grzegorz Juszczyk, który w imieniu promowanych podziękował władzom Uczelni, promotorom i recenzentom za pomoc okazaną podczas studiów i w trakcie przygotowywania pracy doktorskiej.

Na zakończenie spotkania wykład na temat prawdy i mitu w nauce wygłosił prof. Andrzej Kajetan Wróblewski – wybitny fizyk, Dziekan Wydziału Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego (w latach 1986-1989) i Rektor tej Uczelni (w latach 1989-1993), Przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Historii Nauki PAN.

Część artystyczną spotkania uświetnił koncert w wykonaniu Orkiestry Kameralnej WUM pod dyrekcją Beaty Herman.

Redakcja „MDW”

Cytat za: <http://www.czytelniamedyczna.pl/>; Artykuł: Krzysztof Bielecki, Osobowość chirurga, *Postępy Nauk Medycznych* 3/2009, s. 227-232.

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO prowadzi nabór na studia podyplomowe



Obecnie trwa rekrutacja na kierunki:

- medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo
- zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia
- zarządzanie projektami medycznymi
- prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej
- zarządzanie finansami placówek służby zdrowia
- seksuologia kliniczna
- seksuologia sądowa
- edukacja seksualna
- psychologia kliniczna

Przyjmujemy również kwestionariusze

- osobowe od zainteresowanych kierunkami:
- medycyna estetyczna
- zagrożenia środowiskowe
- – znaczenie dla zdrowia publicznego
- marketing farmaceutyczny
- dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych
- etyka praktyki lekarskiej i opieki medycznej
- zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej w procesie przekształceń
- pomoc psychologiczna w medycynie
- zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia
- metodologia badań klinicznych

KONTAKT: Dziekanat Centrum Kształcenia Podyplomowego
ul. Żwirki i Wigury 61, Budynek Rektoratu,
pok. 509, 02-091 Warszawa
tel. (22) 57 20 510, (22) 57 20 519, e-mail: ckp@wum.edu.pl

SOS dla Antybiotyków dla Dobra Pacjenta



18 listopada Europejskim Dniem Wiedzy o Antybiotykach

Już po raz drugi 18 listopada Europa obchodziła Dzień Wiedzy o Antybiotykach. Został on ustanowiony w 2008 roku przez Komisję Europejską na wniosek Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób. W Polsce koordynatorem akcji jest Narodowy Instytut Leków, prowadzący działania w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. Honorowy patronat nad obchodami Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach objęła Minister Zdrowia Ewa Kopacz.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia istotnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny stał się problem nadużywania antybiotyków. Niepokojącą konsekwencją tego zjawiska jest niebezpieczne narastanie oporności bakterii na leki, zmniejszona skuteczność terapii oraz rosnące koszty leczenia zakażeń.

Antybiotyki są uznawane powszechnie za jeden z dziesięciu największych wynalazków medycyny XX wieku. Wprowadzenie leków przeciwbakteryjnych (zwanych powszechnie antybiotykami) doprowadziło do rewolucji w zwalczaniu infekcji bakteryjnych. Dzięki antybiotykowi problem chorób zakaźnych stał się możliwy do kontrolowania i eliminowania. Nie przewidziano

W listopadzie w naszej Uczelni gościła Profesor Waleria Hryniewicz, Konsultant Krajowy ds. Mikrobiologii Lekarskiej, Kierownik Zakładu Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków. Pani Profesor wygłosiła wykład pt. „SOS dla antybiotyków – dla dobra pacjenta”, który był elementem kampanii informacyjnej prowadzonej w ramach Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach.

jednak, że skuteczność antybiotyków może być zagrożona.

Przyczyną ustanowienia Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach była przede wszystkim gwałtownie narastająca oporność na antybiotyki u wiodących bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń u ludzi. Oporne szczepy, często odporne na większość dostępnych antybiotyków, dynamicznie rozprzestrzeniają się już nie tylko w środowisku szpitalnym, ale także pozaszpitalnym. Na tę niekorzystną sytuację nakłada się zmniejszenie zainteresowania przemysłu farmaceutycznego poszukiwaniem nowych leków przeciwdrobnoustrojowych.

W ostatnich dwóch dekadach wprowadzono w Europie jedynie dwa leki reprezentujące nowe grupy terapeutyczne tj. linezolid (oksazolidinon) i daptomycynę (lipopeptyd). Obydwa leki mają ograniczone wskazania kliniczne i są skuteczne jedynie w leczeniu zakażeń wywołanych przez ziarenkowce Gram-dodatnie. Szczególnie niepokojąca sytuacja dotyczy braku nowych antybiotyków skutecznych w leczeniu zakażeń wywołanych przez *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter baumannii*. Wprawdzie wprowadzona ostatnio tigeicyklina (glicylcyklina, pochodna minocykliny) działa na niektóre szczepy *Acinetobacter*, ale obserwuje się szybkie narastanie oporności w trakcie terapii. Wydaje się, że na nowe

leki przeciwko pałeczkom Gram-ujemnym, w tym także *Enterobacteriaceae*, przyjdzie nam czekać co najmniej 10 lat.

Oporność na antybiotyki, ze względu na jej rozmiar i konsekwencje, stała się jednym z najważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego. Coraz trudniej jest leczyć zakażenia i coraz częściej spotykamy się z sytuacją braku opcji terapeutycznych. Obecnie daje się zauważyć oporność na wszystkie leki przeciwbakteryjne u wszystkich gatunków bakteryjnych, oczywiście w różnicowanym stopniu w zależności od kraju, regionu czy oddziały. Problemem jest niewłaściwe stosowanie antybiotyków. Mimo że większość infekcji układu oddechowego powodują wirusy, to ponad 70% pacjentów trafiających do lekarza otrzymuje antybiotyk, który nie zwalcza zakażeń wirusowych. W całej Europie nadużywanie antybiotyków jest powszechnym zjawiskiem prowadzącym do narastającej lekooporności bakterii, ale w Polsce jest ono szczególnie widoczne.

Według statystyk uzyskanych w programie monitorowania konsumpcji antybiotyków ESAC (*European Surveillance of Antibiotic Consumption*) Polska zajmuje miejsce w czołówce krajów europejskich w ilości zużycia antybiotyków. Jedynym działaniem, które jest w naszych rękach, jest natychmiasto-

we ograniczenie niewłaściwego i nadmiernego stosowania antybiotyków, zwłaszcza przez lekarzy POZ, którzy przepisują ponad 70% wszystkich stosowanych w naszym kraju antybiotyków. Niestety, często w leczeniu zakażeń wirusowych, a zwłaszcza przeziębienia, grypy i biegunk, w których nie są skuteczne, a generują objawy niepożądane i lekooporność wśród flory kolonizującej, ta zaś może stać się przyczyną kolejnych zakażeń. Należy w postępowaniu z chorymi z zakażeniem stosować się do rekomendacji spełniających kryteria medycyny faktów (EBM), korzystać w większym stopniu z mikrobiologicznych badań diagnostycznych, które pozwalają na najskuteczniejsze leczenie, tzw. terapię celowaną. Niezbędne jest ciągłe monitorowanie antybiotykooporności i zużycia tej grupy leków, szeroka edukacja i finansowanie badań naukowych nad nowymi związkami i nowymi strategiami terapeutycznymi.

Ostatecznie, 70 lat po wprowadzeniu antybiotyków możemy znaleźć się w sytuacji, w której zabraknie skutecznych sposobów leczenia zakażeń bakteryjnych. Środowiska naukowe i agendy zdrowia publicznego są coraz bardziej zgodne co do konieczności lokalnego i globalnego przeciwdziałania temu zjawisku. Problem zyskał wymiar ogólnosiwiatowy i wymaga podjęcia pilnych interwencji mających na celu podnoszenie świadomości profesjonalistów, kadry zarządzającej i opinii publicznej nt. konsekwencji oraz zagrożeń wynikających z niekontrolowanego stosowania leków przeciwbakteryjnych i sposobów zapobiegania lekooporności.

Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach ma uświadomić społeczeństwu, profesjonalistom i decydom w ochronie zdrowia,

jakie zagrożenia wynikają z narastającej oporności. Wszystkie kraje UE są zobowiązane do rozpropagowania w ramach tego dnia wiedzy na temat działania antybiotyków, zagrożeń wynikających z ich niewłaściwego stosowania i naszej wspólnej odpowiedzialności za przyszłość leczenia zakażeń. Ma pokazać, że jeśli dalej będziemy nadużywać i niewłaściwie stosować tę grupę leków, to możemy zostać, a z pewnością nasze dzieci i wnuki, bez skutecznej broni w walce z zakażeniami.

W Polsce promocja Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach prowadzona jest w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (NPOA). Przygotowano w tym celu szeroką kampanię edukacyjną obejmującą filmy, plakaty, ulotki, wystawę objazdową, konferencje. [...]

Postawy wobec antybiotyków

Z badań przeprowadzonych w październiku 2009 roku na zlecenie Narodowego Instytutu Leków przez firmę MillwardBrown SMG/KRC wynika, iż odsetek osób stosujących antybiotyki jest w Polsce wciąż wysoki: 37% dorosłych Polaków stosowało antybiotyki w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a 57% – w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Niestety, Polacy wciąż najczęściej przyjmują antybiotyki z powodu dolegliwości, które nie powinny być nimi leczone: przeziębienia (30% wskazań), bólu gardła (24%), grypy (16%) czy kaszlu (12%).

Na podstawie przeprowadzonego badania możemy stwierdzić, iż wiedza Polaków na temat skuteczności antybiotyków w leczeniu przeziębienia i grypy jest wciąż niewystarczająca: 47% badanych uważa, że są one skuteczne w leczeniu grypy, a 35% – że są skuteczne w leczeniu przeziębienia. Prawie połowa dorosłych Polaków (43%) oczekiwałaby też

przepisania antybiotyku w przypadku grypy. Ponad połowa badanych (58%) uważa, że antybiotyki zabijają wirusy – tymczasem antybiotyki w ogóle nie działają na wirusy!

Podsumowanie

Pamiętajmy: każdy z nas jest odpowiedzialny za utrzymanie skuteczności antybiotyków!

- Antybiotyki tracą skuteczność w tempie, którego nie przewidywano jeszcze pięć lat temu. Dzieje się tak, ponieważ stosowanie antybiotyków powoduje, że bakterie stają się na nie odporne.
- Jeśli będziemy nadal spożywać antybiotyki w niezmiennym tempie, Europa może stanąć w obliczu powrotu do epoki przedantybiotykowej, kiedy to częste zakażenia bakteryjne, na przykład zapalenie płuc, mogły stanowić wyrok śmierci. Kiedy będziemy potrzebować antybiotyków w przyszłości, mogą one już być nieskuteczne.
- Nie należy przyjmować antybiotyków z niewłaściwych powodów lub w nieodpowiedni sposób.
- Należy zawsze przestrzegać zaleceń lekarza w sprawie sposobu przyjmowania antybiotyków, aby mogły być one skuteczne również w przyszłości.

Wszystkie informacje dotyczące Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach znajdują się na stronie Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (www.antybiotyki.edu.pl), do której wizytowania zapraszamy.

Prof. dr hab. Waleria Hryniewicz
Przewodnicząca Narodowego
Programu Ochrony Antybiotyków,
Narodowy Instytut Leków
w Warszawie

Źródło: <http://www.antybiotyki.edu.pl/>

Konferencja Naukowa Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii

W środę 4 listopada w Sali Senatu WUM odbyła się II Konferencja Naukowa Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. Bogaty program spotkania obejmował problematykę badań w zakresie chorób układu nerwowego. Podczas sympozjum w czterech sesjach referatowych wygłoszono 13 doniesień, dodatkowo odbyła się sesja posterowa, związana z głównym tematem konferencji.

Uczestnicy sympozjum reprezentowali instytucje zaangażowane w realizację projektu CePT. Tematyka przedstawionych wykładów dotyczyła aktualnych problemów badawczych, takich jak poszukiwanie nowych, skutecznych metod diagnostyki i terapii chorób neurodegeneracyjnych i nowotworowych.

W sesji I, poświęconej mechanizmom patogennym i propozycjom leczenia chorób neurodegeneracyjnych, wykłady wygłoszili: dr Iwona Kurkowska-Jastrzębska (WUM), która mówiła o roli reakcji immunologicznej w procesie neurodegeneracji; prof. Adam Szewczyk (Instytut Biologii Doświadczalnej PAN), który rozwinął temat mitochondrialnych kanałów potasowych, prof. Andrzej Lipkowski (Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN) – nakreślił perspektywy stosowania peptydów w profilaktyce i terapii chorób neurodegeneracyjnych, a prof. Hubert Kwieciński (WUM) – mówił o znaczeniu biomarkerów w badaniach nad SLA.

W II sesji, poświęconej mechanizmom molekularnym w patogenezie choroby Alzheimer, słuchacze mogli wysłuchać m.in. doniesienia zespołu w składzie: prof. Wojciech Bał, prof. Michał Dadlez, mgr Małgorzata Różga (Instytut Biochemii i Biofizyki PAN) na temat oddziaływania peptydu Abeta z albuminą i jonami miedziowymi (potencjalnymi

elementami mechanizmów molekularnych w chorobie Alzheimer). Następnie prof. Michał Dadlez omówił zagadnienie analiz proteomicznych frakcji synaptozomalnych w mysich modelach choroby Alzheimer. Na zakończenie sesji dr hab. Sławomir Filippek (Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej) przedstawił kwestię badań struktury gamma-sekretazy metodami teoretycznymi.

Kolejna sesja dotyczyła tematów, które wzbudzają dziś szczególne zainteresowanie świata naukowego: chodzi o problem nowotworów i starzenia oraz poszukiwanie nowych form terapii w tym zakresie. Na początku zaprezentowana została praca prof. Pawła Grieba i mgr Krzysztofa Bilmina (Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN) – „Przedkliniczna ocena skuteczności farmakoterapii glejaków *in vivo*”. Kolejne doniesienie dotyczyło inhibitorów kinaz białkowych jako potencjalnych leków

przeciwnowotworowych – autorką była prof. Bożena Kamińska-Kaczmarek (Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego). Następnie prof. Małgorzata Kossut reprezentująca tę samą placówkę omówiła zmiany neuroplastyczne w starzejącej się korze mózgowej, a prof. Ewa Sikora – niestabilność chromosomową w starzeniu i chorobach związanych z wiekiem.

W ostatniej sesji, pt. „Przekazywanie sygnałów w komórce i neuroplastyczność”, prof. Leszek Kaczmarek (Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego) mówił o proteolizie zewnątrzkomórkowej w plastyczności synaptycznej. Prof. Jacek Kuźnicki i dr Marta Wiśniewska z Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej przedstawili natomiast nowe spojrzenie na rolę β -kateniny w mózgu.

Dodatkowo w trakcie konferencji odbyła się sesja posterowa – jej problematyka związana była z głównym tematem spotkania.

Kolejne sympozjum z tego cyklu, nawiązujące również do programu badawczego CePT, zostało zaplanowane na przyszły rok.

*Redakcja „Medycyny
Dydaktyki Wychowania”*

Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii to projekt realizowany przez 10 instytucji naukowych (WUM, Uniwersytet Warszawski, Politechnikę Warszawską i instytuty naukowo-badawcze Polskiej Akademii Nauk). Jego koordynatorem jest nasza Uczelnia. CePT będzie jednym z najnowocześniejszych ośrodków badań biomedycznych w Europie. Jego utworzenie jest planowane do 2013 roku. Centrum powstanie w kwadracie ulic Żwirki i Wigury, Wawelskiej i Księcia Trojdena. Na ośrodek będą składały się powiązane ze sobą, nowocześnie wyposażone laboratoria środowiskowe, prowadzące działalność w zakresie badań podstawowych i przedklinicznych.

IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z zakresu chirurgii laparoskopowej

Z wielką przyjemnością pragniemy poinformować Państwa o IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej z zakresu chirurgii laparoskopowej, która odbyła się w dniach 13 i 14 listopada 2009 roku na terenie Centrum Dydaktycznego WUM oraz w sali operacyjnej Szpitala przy ul. Banacha. Spotkanie to wznowiliśmy po trzyletniej przerwie, z nadzieją na stały powrót do kalendarza międzynarodowych spotkań chirurgów.

Organizatorem konferencji była Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM kierowana przez prof. dr hab. n. med. Ireneusza W. Krasnodębskiego. W tym roku gościliśmy również chirurgów z zagranicy: dr H. Lienharda i dr K. Nowakowskiego z Klinik für Visceral – und Gefäßchirurgie, Krankenhaus Cuxhaven GmbH w Cuxhaven w Niemczech. Jako doświadczeni chirurdzy laparoskopowi zaprezentowali uczestnikom konferencji metodę zewnątrzotrzewnowej laparoskopowej operacji przepukliny pachwinowej przy użyciu siatki polipropylenowej. Wszyscy uczestnicy mieli możliwość obserwować w Auli A Centrum Dydaktycznego operacje wykonywane w szpitalu przy ul. Banacha. Korzystano również z możliwości rozmowy z operatorem w trakcie zabiegu, prowadząc ożywioną dyskusję dotyczącą trudności technicznych wykonywanej operacji oraz zasad kwalifikacji do niej. Wykonano trzy operacje: w pierwszej kolejności operowano młodego pacjenta z obustronnymi niewielkimi przepuklinami pachwinowymi, następnie pacjenta z dużą przepukliną i mocno zros-

niętym workiem przepuklinowym, na koniec – chorego z przepukliną nawrotową. Tak więc zabiegi udało się ułożyć zgodnie ze zwiększającym się stopniem trudności, co zostało zauważone i docenione przez uczestników konferencji.

Po przerwie obiadowej rozpoczęliśmy część praktyczną, w której uczestniczyło 18 osób. Została ona podzielona na dwa moduły: w piątek wykonywaliśmy ćwiczenia bez użycia preparatów zwierzęcych, w sobotę wykonywane były procedury chirurgiczne na specjalnie przygotowanych tkanekach świńskich. Do dyspozycji uczestników były żołądki wraz z przełykami, jelito cienkie i jelito grube. Ćwiczenia odbywały się na specjalnych trenażerach dostarczonych przez firmę STORZ i MEDIM zgodnie z przedstawionym poniżej (w ramce) programem.

W sobotę po południu Profesor Ireneusz W. Krasnodębski oficjalnie zakończył konferencję, uczestnikom rozdano dyplomy

uprawniające do uzyskania 10 punktów edukacyjnych.

Należy w tym miejscu wspomnieć, że spotkanie to nie byłoby możliwe bez czynnego udziału firm STORZ, MEDIM, COVIDIEN, SANOFI-AVENTIS, których przedstawicielom pragniemy serdecznie podziękować za otwartość i chęć współpracy przy organizacji warsztatów szkoleniowych i konferencji naukowej.

Bardzo pozytywne opinie dotyczące tegorocznego spotkania zobowiązują nas do dążenia wszelkimi starań, aby i w przyszłym roku konferencja nie zawiodła oczekiwań i stała się wspólnym sukcesem uczestników i organizatorów. Jesteśmy przekonani, że w przyszłym roku uda nam się spotkać ponownie i ćwiczyć wspólnie nowoczesne techniki chirurgiczne.

*lek. Tomasz Guzel,
dr Gustaw Lech*

*Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,
Gastroenterologicznej i Onkologicznej*

PROGRAM WARSZTATÓW SZKOLENIOWYCH

- **ĆWICZENIA BEZ UŻYCIA PREPARATÓW ZWIERZĘCYCH:**
 - prezentacja narzędzi (STORZ, COVIDIEN);
 - technika szycia laparoskopowego;
 - węzły zwykłe, węzły „dociągane”;
 - użycie pętli w trakcie appendectomii.
- **ĆWICZENIA Z UŻYCIEM IZOLOWANYCH PREPARATÓW ZWIERZĘCYCH:**
 - technika szwu ciągłego, szwy pojedyncze;
 - zszycie perforacji wrzodu żołądka;
 - pyloroplastyka;
 - zespolenie żołądkowo-jelitowe (szycie ręczne);
 - leczenie refluksu żołądkowo-przełykowego (GERD);
 - laparoskopowa fundoplikacja sp. Nissena;
 - laparoskopowa kolotomia oraz symulacja wycięcia polipa;
 - użycie staplera liniowego;
 - zespolenia jelitowo-jelitowe;
 - szycie ręczne, użycie staplera linowego i okrężnego.

KONFERENCJA NAUKOWA

Wpływ czynników technologicznych na wchłanianie substancji leczniczej z postaci leku

W środę 18 listopada 2009 roku na Wydziale Farmaceutycznym WUM odbyła się Konferencja Naukowa pt. „Wpływ czynników technologicznych na wchłanianie substancji leczniczej z postaci leku”.

Konferencja zorganizowana została z okazji 200-lecia Nauczania Medycyny w Warszawie, a jej organizatorami byli: Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Komitet Terapii i Nauk o Leku, Komisja Postaci Leku Farmakokinetyki i Farmacji Klinicznej oraz Zakład Farmacji Stosowanej WUM. Patronat nad konferencją objął Rektor prof. Marek Krawczyk. Otwarcia spotkania dokonał prof. Edmund Sieradzki, witając zaproszonych gości: Rektora prof. Marka Krawczyka; Przewodniczącą Komitetu Terapii i Nauk o Leku PAN prof. Mirosławę Goleniewską-Furman; Dziekana Wydziału Farmaceutycznego WUM prof. Marka Naruszewicza oraz zgromadzonych uczestników konferencji.

Następnie głos zabrał JM Rektor, podkreślając zasługi nauk farmaceutycznych w rozwoju Uczelni oraz życząc owocnych obrad w czasie konferencji. Z kolei Dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. Marek Naruszewicz mówił o stale wzrastającym poziomie kształcenia studentów farmacji, szczególnie w zakresie opieki farmaceutycznej, czego dowodem jest powstanie pierwszego w kraju Zakładu Opieki Farmaceutycznej. Następnie głos zabrała prof. Renata Jachowicz, przekazując życzenia sukcesów w dalszej działalności naukowej i dydaktycznej z okazji Jubileuszu 200-lecia Nauk

Medycznych w Warszawie. Pierwszy referat plenarny wygłosił prof. Edmund Sieradzki, a dotyczył on kształcenia farmaceutów w stolicy w latach 1809-2009.

Początki akademickiego kształcenia farmaceutów w Warszawie są ściśle związane z Józefem Celińskim. Charakteryzując jego sylwetkę, należy stwierdzić, że:

- aktywnie uczestniczył i znacząco przyczynił się do utworzenia Wydziału Akademicko-Lekarskiego w stolicy, w tym Kursu Chemiczno-Farmaceutycznego i Gabinetu Farmaceutycznego (1809);
- uważany za „ojca” uniwersyteckiej chemii w naszym mieście, a zatem i dzisiejszego Wydziału Chemicznego Uniwersytetu Warszawskiego (1809);
- był autorem pierwszego podręcznika do nauki farmacji (1811);
- był pierwszym polskim farmaceutą, który podjął systematyczne naukowe badania polskich wód mineralnych;
- znacznie przyczynił się do opracowania i wydania pierwszej polskiej farmakopei (1817).

Ważnym wydarzeniem w historii Oddziału Farmaceutycznego, jak i całej polskiej farmacji było nadanie w 1923 r. prof. Bronisławowi Koskowskiemu tytułu Doktora Honoris Causa Uniwersytetu w Nancy. Fakt ten miał wpływ na mianowanie Profesora członkiem korespondentem Akademii w Nancy i członkiem korespondentem Towarzystwa Farmaceutycznego w Paryżu.

29 stycznia 1926 roku dekretem Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego powołany został Wydział Farmaceutyczny przy Uniwersytecie Warszawskim.

1 lutego 1926 r. na pierwszym zebraniu grona profesorskiego nowo utworzonego Wydziału powołano na stanowisko Dziekana prof. Władysława Mazurkiewicza, Prodziekanem został prof. Bronisław Koskowski. Rada Wydziału Farmaceutycznego składała się z przedstawicieli pięciu katedr Wydziału i zaproszonych na jeden rok profesorów z innych wydziałów Uniwersytetu Warszawskiego.

W latach 1809-2009 ukończyło kształcenie farmaceutyczne 7096 osób.

W drugim referacie plenarnym dr hab. Krzysztof Cal z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawił metody zwiększania przenikania substancji leczniczych przez skórę. W praktyce i w pracach doświadczalnych najczęściej stosuje się:

- modyfikację cząsteczki substancji leczniczych, dobór podłoża i postaci leku, umieszczanie substancji leczniczej w nośniku (np. transferosomy, etosomy, katezomy),
- modyfikację właściwości warstwy rogowej poprzez zwiększenie uwodnienia i zastosowanie promotorów wchłaniania,
- wykorzystywanie prądu elektrycznego (np. jonoforeza, sonoforeza),
- zwiększenie nawodnienia warstwy rogowej skóry.

W dalszej części (referatowej) konferencji prezentowano doniesienia naukowe o zróżnicowanej tematyce badawczej. Dotyczyła ona przede wszystkim badań farmakokinetycznych substancji leczniczych podanych domięśniowo czy doustnie np. koniugatu ibuprofenu z oligo (kwasem 3-hydroksymasłowym). Znaczące zainteresowanie wzbudził referat

poświęcony ocenie efektu farmakodynamicznego klopidogrelu podanego doustnie na tle farmakokinetyki nieaktywnych związków – klopidogrelu i głównego metabolitu SR 27334.

W sesji posterowej przedstawiono 14 prac o urozmaiconej problematyce badawczej, głównie z zakresu technologii otrzymywania różnych postaci leku (np. czopki, maści, tabletki czy mikrosfery). Została zaprezentowana innowacyjna technologia otrzymywania mikrosfer na bazie hydroksypapatytów, biopolimerów czy mikrosfer chitozanowych metodą emulsyjno-sięciującą. Mikrosfery jako nośniki

substancji leczniczych znacznie poprawiają ich dostępność biologiczną, jak i zmniejszają działania niepożądane.

Na szczególną uwagę zasługiwały doniesienia, w których przedstawiono wpływ krytycznych parametrów technologicznych na proces produkcji maści z ketoprofenem.

W badaniach zastosowano plan eliminacyjny Placketta-Burmana. Parametrami krytycznymi okazały się: czas homogenizacji, rodzaj opakowania czy temperatura zestalania podłoża.

Z kolei w pracy, w której przedstawiono technologię otrzymywa-

nia tabletek zawierających suchy wyciąg z nasion winogron oraz suchy wyciąg z kory sosny nadmorskiej, zastosowano technikę badania aktywności antyoksydacyjnej metodą EPR z rodnikiem DPPH. Uzyskane wyniki wskazują, że badane tabletki z suchymi wyciągami wykazują korzystną aktywność antyoksydacyjną.

Konferencja cieszyła się dużym uznaniem wśród uczestników przybyłych prawie ze wszystkich wydziałów farmaceutycznych z Polski.

*dr Bożenna Kwiatkowska
Adiunkt Zakładu
Farmacji Stosowanej WUM*

5 -lecie istnienia Pracowni Hemodynamiki w Szpitalu Bródnowskim

W dniu 21 listopada 2009 roku, w Salach Pałacu Prymasowskiego w Warszawie odbyła się kardiologiczna konferencja naukowa zatytułowana „Od marzeń do codziennej pracy z chorym”. Organizatorem konferencji był Zespół Katedry i Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierowany przez Prof. Mirosława Dłużniewskiego. Spotkanie podsumowało 5-lecie istnienia Pracowni Hemodynamiki w Szpitalu Bródnowskim i było okazją do zaprezentowania współczesnych możliwości kardiologii inwazyjnej.

Honorowy patronat nad konferencją objął Marszałek Województwa Mazowieckiego Adam Struzik. Do organizatorów i uczestników list wystosował Jego Magnificencja Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Prof. Marek Krawczyk.

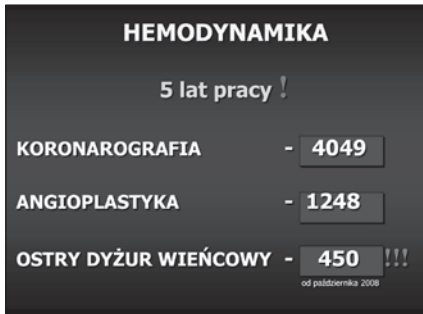
Spotkanie prowadził Dr Wojciech Braksator. Pierwsza część spotkania poświęcona była dynamicznemu rozwojowi kardiologii inwazyjnej w Szpitalu Bródnowskim i innych szpitalach województwa mazowieckiego. Marszałek Adam Struzik i Pani Dyrektor Szpitala Bródnowskiego Teresa Maria Bogiel w swoich wystąpieniach podkreślali postęp, jaki w ostatnich latach dokonał

się w organizacji i dostępności wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych. Prof. Mirosław Dłużniewski przedstawił aktualne możliwości Kliniki Kardiologii Szpitala Bródnowskiego w zakresie kardiologii interwencyjnej i elektroterapii oraz opowiedział o „typowym dniu z życia Kliniki”, zaś Kierownicy Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii zaprezentowali dane dotyczące ilości i rodzaju procedur wykonanych w ostatnich latach.

Druga część konferencji miała charakter edukacyjny i poświęcona była optymalizacji leczenia pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi. Doktorzy Marek Chmielewski, Karol Wrzosek

i Maciej Janiszewski przedstawili aktualne standardy postępowania z chorymi wymagającymi przezskórnych interwencji wieńcowych. Gość specjalny spotkania, Dr Mariusz Kuśmierczyk z II Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii z Anina zaprezentował możliwości współczesnej kardiologii w leczeniu pacjentów z chorobą niedokrwieną serca. Na zakończenie części merytorycznej Dr Iwonna Grzywanowska-Łaniewska i Doc. Marek Kuch przedstawili trudności, jakie może napotkać lekarz w interpretacji zapisu EKG u chorego z ostrym zespołem wieńcowym.

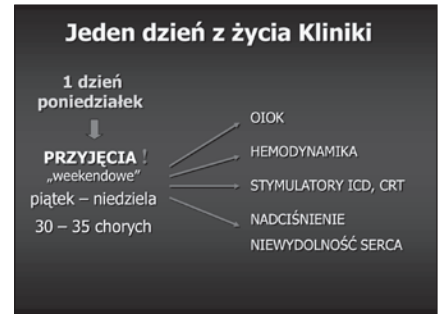
Konferencja była również okazją do bezpośredniego spotkania



Ryc. 1. 5-letnie doświadczenie Pracowni Hemodynamiki Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego



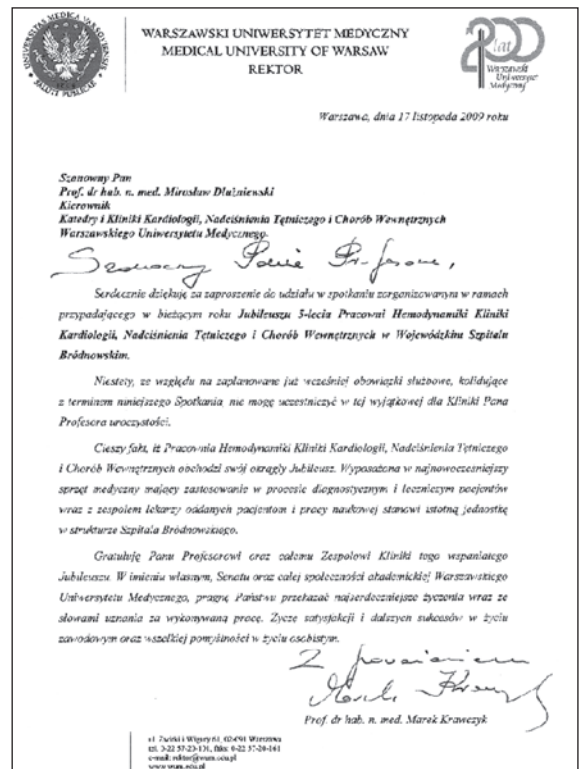
Ryc. 2. Piętnastoletnie doświadczenie Pracowni Elektroterapii, działającej w tejże Klinice w Szpitalu Bródnowskim



Ryc. 3. „Typowy” weekend w Klinice Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego; 30-35 nowo przyjętych pacjentów



Dr Marek Chmielewski przedstawia wykład na temat leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych



Powyżej: List JM Rektora Prof. Marka Krawczyka do organizatorów konferencji. Zdj. obok: Goście i Gospodarze spotkania: (od lewej) Dyr. Szpitala Psychiatrycznego w Pruszkowie Zofia Rudzka, Dyr. Szpitala Bródnowskiego Teresa Maria Bogiel, Marszałek Woj. Mazowieckiego Adam Struzik, Kierownik Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych WUM Prof. Mirosław Dłużniewski, Dr Wojciech Braksator

się i dyskusji pomiędzy lekarzami z ośrodków ambulatoryjnych, lekarzami zespołów Pogotowia Ratunkowego i lekarzami pracującymi w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR), a więc osobami, do których w pierwszej ko-

lejności trafiają pacjenci z ostrymi zespołami wieńcowymi, a lekarzami zatrudnionymi w Pracowni Hemodynamiki. Należy mieć nadzieję, że wspólna dyskusja, tocząca się często w kularach konferencji, przyczyni się w przy-

szłości do dalszej poprawy opieki nad pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi.

dr Maciej Janiszewski
Katedra i Klinika Kardiologii,
Nadciśnienia Tętniczego
i Chorób Wewnętrznych WUM

Z Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 26 października 2009 roku

1. Gratulacje, nominacje.

JM Rektor wręczył akty mianowania na stanowisko:

- 1) profesora zwyczajnego:
 - w Katedrze i Zakładzie Chemii Medycznej prof. dr hab. Jerzemu Kossakowskiemu;
 - w Zakładzie Badania Środowiska prof. dr hab. Józefowi Sawickiemu;
- 2) na stanowisko profesora nadzwyczajnego:
 - w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego prof. dr hab. Lidii Rudnickiej;
 - w Zakładzie Genetyki Medycznej dr hab. Rafałowi Płoskiemu;
- 3) kierownika:
 - w Katedrze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej prof. dr hab. Dariuszowi Sitkiewiczowi.

2. Wręczenie studentom dyplomów z okazji przyznania nagród za przygotowanie wybitnych prac naukowych.

JM Rektor wręczył dyplomy z okazji przyznania nagród za przygotowanie i współudział w przygotowaniu wybitnych prac naukowych następującym studentom:

- 1) Pawłowi Salwie – studentowi I WL z okazji uzyskania nagrody indywidualnej I stopnia za działalność naukową oraz współautorstwo publikacji z zakresu chemioterapii eksperymentalnej nowotworów;
- 2) Mariuszowi Sikorze – studentowi II WL z okazji uzyskania nagrody indywidualnej I stopnia za działalność naukową oraz współautorstwo publika-

cji z zakresu neurogennej regulacji układu krążenia;

- 3) Annie Mierzwińskiej – studentce II WL z okazji uzyskania nagrody zespołowej II stopnia za działalność naukową oraz współautorstwo publikacji z zakresu problematyki upadków w polskiej populacji osób starszych;
- 4) Annie Mosiołek – studentce II WL z okazji uzyskania nagrody zespołowej II stopnia za działalność naukową oraz współautorstwo publikacji z zakresu problematyki upadków w polskiej populacji osób starszych.

3. Przyznanie zasłużonym pracownikom Uczelni Medali „Za zasługi dla Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”.

Senat przyznał Medale „Za zasługi dla Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego” pracownikom Uczelni – odznaczenia otrzymali:

- 1) mgr Halina Biernacka, od 1 XI 1998 roku do 15 XI 2009 r. Kwestor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Złoty Medal za Długoletnią Służbę);
- 2) prof. dr hab. Zbigniew Gaciong – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, od 1998 roku Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii, Prodziekan I Wydziału Lekarskiego w latach 1996-1999, 1999-2002;
- 3) mgr Danuta Fiejdasz – zatrudniona w Uczelni od 1 X 1988 roku, od wielu lat Kierownik Działu Finansowego (Złoty Medal za Długoletnią Służbę);

- 4) prof. nadzw. dr hab. Barbara Grytner-Zięcina – od 1993 roku Kierownik Zakładu Biologii Ogólnej i Parazytologii;
- 5) prof. dr hab. Andrzej Kokoszka – od 1 X 1995 roku Kierownik II Kliniki Psychiatrycznej;
- 6) prof. dr hab. Ireneusz Krasnodębski – Prodziekan I Wydziału Lekarskiego w latach 2002-2005, od 1999 r. Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej;
- 7) dr Krzysztof Madej – zatrudniony w Uczelni od 11 lat, obecnie w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej;
- 8) prof. dr hab. Witold Mazurowski – przepracował w Uczelni 40 lat (od 1 VII 1956 do 30 IX 1996) w Oddziale Neurochirurgii II Wydziału Lekarskiego. Obecnie czynny zawodowo i społecznie, pełni funkcję Wiceprezesa Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, uhonorowany wieloma odznaczeniami, w tym medalem „Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie”;
- 9) dr Grzegorz Michalak – w Uczelni przepracował 16 lat, obecnie p.o. Kierownika Zakładu Ratownictwa Medycznego;
- 10) prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska – od 1999 r. Kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej, od września br. p.o. Dyrektora Instytutu Stomatologii;
- 11) dr Bogusław Najnigier – zatrudniony w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby od 1 X 1977 r.;
- 12) dr Barbara Nowakowska-Kosmalska – wieloletni pracownik

- Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń, współpracownik Kierownictwa Katedry i Kliniki Położnictwa I Wydziału Lekarskiego, przez wiele lat pełniła funkcję Ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. Wyróżniona odznaką za wzorową pracę w Służbie Zdrowia i innymi odznaczeniami;
- 13) prof. dr hab. Kazimierz Ostrowski – zatrudniony w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii w latach 1969-2004, w latach 1990-2004 – Kierownik tej jednostki (obecnie – Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych), członek Polskiej Akademii Medycyny;
- 14) prof. dr hab. Włodzimierz Otto – w Uczelni pracuje od 1 X 1979 roku, od wielu lat w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby. Pełni funkcję Prodziekana w Centrum Kształcenia Podyplomowego;
- 15) dr Henryk Rebandel – z Uczelnią związany jest od 1 X 1975 roku, obecnie p.o. Kierownika Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia;
- 16) prof. dr hab. Włodzimierz Sawicki – pracuje od 1 XII 1989 roku w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej. Obecnie Prodziekan II WL;
- 17) dr Halina Szucka-May – pracowała w Uczelni 38 lat (1961-1999), pracownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii. Wieloletni Ordynator Oddziału Ginekologii Operacyjnej. Odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi;
- 18) prof. dr hab. Beata Śpiewankiewicz – związana z Uczelnią i Katedrą oraz Kliniką Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej od 1 III 1992 roku (Złoty Medal za Długoletnią Służbę);

19) prof. dr hab. Kazimierz Waryn – od 1993 roku Kierownik najpierw Zakładu, a od 2008 Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, Prodziekan I Wydziału Lekarskiego w latach 2002-2005.

4. Projekt wzorcowego Statutu dla Szpitali Klinicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem dr hab. Sławomir Nazarewski przedstawił projekt wzorcowego Statutu dla Szpitali Klinicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Senat w drodze głosowania jawnego przyjął projekt tego dokumentu.

5. Zmiana w składzie Rady Społecznej Szpitala Czerniakowskiego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

Senat Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pozytywnie zaopiniował powołanie prof. dr hab. Włodzimierza Sawickiego na członka Rady Społecznej Szpitala Czerniakowskiego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej.

6. Sprawy I WL.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę powołania:

- 1) prof. dr hab. Jacka Malejczyka na stanowisko profesora zwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii Centrum Biostruktury;
- 2) prof. dr hab. Leszka Babloka na stanowisko profesora zwyczajnego w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii;

- 3) dr hab. Doroty Olczak-Kowalczyk na stanowisko Kierownika Zakładu Stomatologii Dziecięcej;
- 4) dr hab. Bogumiły Wołoszczuk-Gębickiej na stanowisko Ordynatora – Kierownika w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej.

7. Sprawy II WL.

Senat Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego nadał prof. dr hab. Zbigniewowi Pawłowskiemu tytuł Doktora Honoris Causa naszej Uczelni.

8. Sprawy WNoZ.

Senat pozytywnie zaopiniował:

- 1) sprawę zaprzestania nauczania na kierunku „pielęgniarstwo” prowadzonym przez Wydział Nauki o Zdrowiu na terenie Radomia;
- 2) wzór godła Wydziału Nauki o Zdrowiu.

9. Sprawy Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Senat pozytywnie zaopiniował Sprawozdanie Dziekana Centrum Kształcenia Podyplomowego z działalności w zakresie kształcenia podyplomowego prowadzonej przez CKP oraz realizowanych kierunków rozwoju Centrum w roku akademickim 2008/2009.

10. Sprawy finansowe.

- 1) Zmiany w Planie rzeczowo-finansowym Uczelni na rok 2009.
Kanclerz poinformowała, że nastąpiło zwiększenie przychodów finansowych z tytułu dywidendy, z tytułu podziału zysku za 2008 r. od „Centrum Medycznego WUM sp. z o.o.” o 598.000 zł, z czego kwota 200.000 zł przeznaczona zostanie na zwiększenie środków Prorektora ds. Nauki

i Współpracy z Zagranicą na prefinsowanie projektów. Natomiast pozostałe 398.000 zł w 2010 roku przeznaczonych zostanie na dokumentację budowlaną Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego.

Kolejna modyfikacja dotyczyła dokonanej na wniosek Dziekana Wydziału Farmaceutycznego zmiany przeznaczenia środków wydziałowych, tj. zmniejszenia o 23.000 zł bezosobowego funduszu płac i zwiększenia o tę kwotę środków na wydatki bieżące Wydziału.

Ze środków własnych, tj. oszczędności, uległa zwiększeniu o 195.000 zł rezerwa finansowa Kanclerza WUM.

W Planie rzeczowo-finansowym Uczelni na 2009 r. zwiększono też o 526.397 zł kwotę przeznaczoną na zakup zestawu do telemetrycznego monitorowania czynności serca.

W efekcie proponowanych zmian planowane:

- przychody finansowe wyniosą – 4.598.000 zł,
 - koszty wyniosą – 243.166.925 zł,
 - strata wyniesie – 810.119 zł.
- 2) Wybór podmiotu badającego sprawozdanie finansowe Uczelni za 2009 r.

Z 13 ofert, które wpłynęły do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego od firm zajmujących się badaniem sprawozdania finansowego, osiem spełniało warunki stawiane przez Uczelnię.

Ceny za wykonanie badania kształtowały się od kwoty 18.300 do 42.700 zł.

Biorąc pod uwagę największe doświadczenie w badaniu sprawozdania uczelni wyższych, w tym uczelni medycznych, oraz cenę – Senat Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w celu wykonania procedury prowadzącej do zatwierdzenia Sprawozdania finansowego Uczelni za 2009 rok dokonał wyboru następującej firmy jako podmiotu badającego sprawozdanie:

„AUXILIUM Kancelaria
Biegłych Rewidentów S.A.
Al. Pokoju 84
31-564 KRAKÓW”

11. Omówienie najważniejszych spraw bieżących Uczelni.

JM poinformował o następujących sprawach:

- 1) w dniu 22 października w sali kolegiatnej Ministerstwa Zdrowia odbyło się spotkanie Rektorów Uczelni Medycznych z Adamem Fronczakiem – Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Tematem spotkania było omówienie założeń przygotowywanego projektu ustawy o szpitalach klinicznych.

Rektorzy opowiedzieli się za utrzymaniem szpitali klinicznych przy uczelniach. Dyskutowano też na temat określenia dla szpitali klinicznych referencyjności jako jednostek, w których wykonywane są procedury wysokospecjalistyczne.

Przedmiotem dyskusji była również sprawa powoływania na stanowisko ordynatora – kierownika kliniki. Dopuszcza się dwie formy wyboru na to stanowisko. Jedna jest zgodna ze stosowaną w naszej Uczelni, gdzie po pozytywnej opinii Rady Wydziału, a następnie Senatu, ordynatora – kierownika kliniki zatrudnia Rektor. Druga forma zatrudniania ordynatorów – kierowników klinik stosowana na niektórych uczelniach medycznych polega na tym, że Rektor powołuje na stanowisko kierownika kliniki, natomiast na stanowisko ordynatora kliniki lub oddziału klinicznego zatrudnia Dyrektor Szpitala. Jednoetatowość zatrudniania lekarza – nauczyciela akademickiego przy obecnych regulacjach prawnych jest niemożliwa;

- 2) w projekcie ustawy budżetowej na 2010 r. na budowę Szpitala Pediatricznego przeznaczono kwotę 1 mln złotych. Planowa-

ne koszty na 2010 r. obejmujące projekt budowlany, projekty wykonawcze, przygotowanie terenu oraz roboty budowlane wynoszą 29.700.000 zł.

12. Komunikaty i wolne wnioski.

JM Rektor przedstawił następujący terminarz posiedzeń Senatu i Kolegium Rektorskiego w 2010 roku:

- 1) Terminy posiedzeń Senatu i Kolegium Rektorskiego w roku kalendarzowym 2010:

- Terminy posiedzeń Senatu (poniedziałki godz. 13.00):
 - 25 stycznia;
 - 15 lutego;
 - 22 marca;
 - 26 kwietnia;
 - 24 maja;
 - 28 czerwca;
 - 2 sierpnia;
 - 20 września;
 - 25 października (roboczy – godzina 13.00; nagrody – godzina 15.00);
 - 22 listopada;
 - 20 grudnia.
- Terminy posiedzeń Kolegium Rektorskiego (poniedziałki godz. 11.00):
 - 25 stycznia;
 - 15 lutego;
 - 22 marca;
 - 26 kwietnia;
 - 24 maja;
 - 28 czerwca;
 - 2 sierpnia;
 - 20 września;
 - 25 października;
 - 22 listopada;
 - 20 grudnia.

Po zakończeniu pierwszej części posiedzenia Senatu, o godzinie 15.00 w Auli Głównej Centrum Dydaktycznego odbył się uroczysty Senat, poświęcony wręczeniu nagród Rektora pracownikom Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacyjne WUM

Wspomnienie o Prof. Stanisławie Świtce



W dniu 31 sierpnia 2009 roku w następstwie wypadku komunikacyjnego zmarł emerytowany profesor zw. dr hab. n. med. Stanisław Świtka. Wieloletni Zastępca Kierownika obecnej Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej (d. Żywienia) Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – wspaniały lekarz chirurg, naukowiec i nauczyciel akademicki.

Profesor Stanisław Świtka urodził się 25 listopada 1929 roku w Sieciechowie, gdzie ukończył szkołę podstawową. W czasie okupacji uczęszczał do Szkoły Technicznej w Radomiu, jednocześnie ucząc się na tajnych kompletach. Po wyzwoleniu rozpoczął naukę w Państwowym Gimnazjum i Liceum im. Jana Kochanowskiego w Radomiu, które ukończył w 1949 roku. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim UMCS w Lublinie, które po 2 latach kontynuował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, a ukończył już w Akademii Medycznej w Warszawie w 1954 roku, uzyskując dyplom lekarza.

W czasie studiów w latach 1952-1954 pracował w charakterze zastępcy asystenta w Zakładzie Chirurgii Operacyjnej i Anatomii Topograficznej Akademii Medycznej w Warszawie.

Pracę zawodową rozpoczął w roku 1955, początkowo jako lekarz Izby Przyjęć Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Warszawie i wolontariusz, a od roku 1957 jako asystent w oddziale chirurgicznym VI B kierowanym przez prof. Jana Zaorskiego, zaś po jego śmierci i przemianowaniu oddziału na Katedrę i III Kli-

nikę Chirurgiczną przez prof. Jana Raczyńskiego.

W 1958 roku uzyskał specjalizację I-go, a w 1964 II-go stopnia w zakresie chirurgii ogólnej.

W 1961 roku został przeniesiony na etat nauczyciela – pracownika naukowo-dydaktycznego w III Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie.

W 1966 roku na podstawie pracy pt. „Leczenie operacyjne żyłaków kończyn dolnych przy użyciu zgłębników polskiej produkcji” uzyskał stopień naukowy doktora medycyny.

W latach 1967-1968 przeszedł roczne szkolenie zagraniczne, pracując w Law Hospital w Szkocji w ramach urlopu naukowego oraz kilkakrotnie uczestniczył w międzynarodowych zjazdach i kongresach m.in. w Londynie, Cambridge, Debreczynie, Karłowach Varach, Taszkencie.

W 1969 r., po przejściu na emeryturę prof. Jana Raczyńskiego, kierownikiem Katedry i III Kliniki Chirurgicznej został prof. Bruno Szczygieł, który pełnił tę funkcję do 1999 r. W tym samym okresie, w 1970 r. ówczesny adiunkt Stanisław Świtka został z-cą kierownika Kliniki i piastował to stanowisko nieprzerwanie aż do chwili przejścia na emeryturę w 2000 r., uzyskując kolejne stopnie i tytuły w swojej karierze naukowej.

W roku 1977 na podstawie oceny dorobku naukowego i pracy habilitacyjnej pt. „Wyniki sto-

sowania zewnętrznego drenażu przewodu piersiowego w ostrym krwotoczno-martwiczym zapaleniu trzustki” uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego, a w następnym roku został powołany przez Ministra Zdrowia na stanowisko docenta.

W 1995 r. uzyskał tytuł naukowy profesora, a w roku 2000 – profesora zwyczajnego.

Zainteresowania zawodowe i naukowe prof. Świtki były bardzo szerokie. Pierwsze prace badawcze dotyczyły ważnych problemów z zakresu chirurgii urazowej – rozpoznawania i leczenia obrażeń ciała ze szczególnym uwzględnieniem urazów twarzoczaszki i obrażeń wielonarządowych oraz chirurgii naczyniowej. Należy tu wymienić rozprawę doktorską oraz inne prace dotyczące postępowania i wyników leczenia w chorobach żył i tętnic kończyn dolnych.

Chętnie i z powodzeniem współpracował z wybitnymi przedstawicielami innych specjalności, a mianowicie z gastroenterologami i diabetologami (prof. E. Butruk, prof. W. Karnafel, prof. J. Ławecki), neurologami (prof. I. Hausmanowa-Petrusewicz, prof. H. Kwieciński, dr H. Strugańska) i z dermatologami (prof. T. Chorzelski). Z tego okresu do niezwykle wartościowych należy zaliczyć pierwsze w piśmiennictwie polskim publikacje nt. chorych operowanych z powodu *glukagonoma* oraz leczonych wy-

cięciem grasicy z powodu *miaste-
nia gravis*.

Jednakże na czoło opublikowanych prac, zarówno z uwagi na ilość, jak i wartość merytoryczną, wysuwają się publikacje z zakresu chirurgii gastroenterologicznej. Początkowo dotyczyły one chirurgicznego leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, nowotworów żołądka i jelita grubego, kalectwa dróg żółciowych i postępowania w zakażeniach chirurgicznych, aby skoncentrować się później na leczeniu chirurgicznym zapalnych i nowotworowych chorób trzustki. Największa liczba publikacji zarówno doświadczalnych, jak i klinicznych odnosi się do tematyki chirurgicznego leczenia chorób trzustki.

Profesor Świtka jako jeden z pierwszych chirurgów w Polsce rozpoczął na szeroką skalę leczenie chirurgiczne chorób trzustki, przede wszystkim nowotworów. Długoletnie doświadczenie w chirurgicznym leczeniu raka trzustki przedstawione w licznych publikacjach jest jednym z największych materiałów w Polsce. Prace te są istotnym, oryginalnym wkładem prof. Świtki w optymalizację postępowania w przypadkach guzów trzustki, stanowią niekwestionowany dorobek w Polsce, wynosząc Klinikę do rangi ośrodka wiodącego w leczeniu tych nowotworów.

W latach 1976-1985 prof. Świtka był zastępcą kierownika rządowego programu naukowego PR-6 (kierownikiem był prof. Jan Nielubowicz), dotyczącego leczenia raka trzustki, a w latach 1996-2000 kierował kontynuacją tego projektu badawczego w ramach KBN pt. „Optymalizacja metod wykrywania (rozpoznawania) i leczenia raka trzustki w makroregionie warszawskim”.

Profesor Świtka jest autorem i współautorem 131 publikacji w czasopiśmie polskich i zagra-

nicznych oraz 6 książek. Wygłosił również wiele referatów. Od początku swojej pracy w Klinice czynnie uczestniczył w działalności dydaktycznej, prowadząc na bardzo dobrym poziomie i ciekawie zajęcia dydaktyczne ze studentami w formie ćwiczeń, seminariów i wykładów. Brał czynny udział w szkoleniu poddyplomowym, przygotowując lekarzy do egzaminów specjalizacyjnych z chirurgii, angażował się w szkolenie stażystów oraz wykładał na kursach doskonalących dla lekarzy. Przez wiele lat prowadził studenckie Koło Naukowe oraz zajmował się organizacją posiedzeń naukowych w Klinice.

Pod Jego kierunkiem wielu lekarzy uzyskało pierwszy i drugi stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Przez wiele lat był przewodniczącym Komisji Egzaminacyjnej na drugi stopień z chirurgii ogólnej, członkiem Rady Pedagogicznej IV roku studiów oraz Rektorskiego Zespołu ds. Klinicznych, Kadrowych i Wydawnictw. Był promotorem 3 przewodów doktorskich oraz recenzentem licznych prac doktorskich i habilitacyjnych.

Należał do Towarzystwa Chirurgów Polskich, Sekcji Torakochirurgicznej i Sekcji Chirurgii Onkologicznej TChP, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii oraz Komisji Terapii Chirurgicznej Komitetu Terapii Doświadczalnej PAN i Sekcji Żywności Poza- i Dojelitowego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Profesor Świtka został wyróżniony m.in. Nagrodą Zespołową I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1977 roku oraz nagrodą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii w 1983 roku. Ponadto został uhonorowany Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, medalem 40-lecia PRL oraz szeregiem nagród Rektora

Akademii Medycznej za osiągnięcia dydaktyczno-naukowe.

W czasie wieloletniej pracy w Klinice dał się poznać jako utalentowany i sumienny pracownik naukowy i doświadczony klinicysta o bardzo dobrym podejściu do chorego, głęboko zainteresowany całością zagadnień dotyczących współczesnej chirurgii.

Był wspaniałym ojcem, kochającym mężem i dziadkiem. Po przejściu na emeryturę całkowicie poświęcił się opiece nad chorą żoną. W miarę możliwości wolny czas spędzał na turystyce i wędkowaniu, co było Jego pasją od wielu lat.

Profesor Świtka kochał chirurgię, ale w odbiorze nas wszystkich – też i chirurgia Jego kochała. Był niezwykle utalentowanym klinicystą i znakomitym chirurgiem-operatorem, dla którego nie było rzeczy niemożliwych. Rzutki, odważny, operował z ogromną wyobraźnią i łatwością, co cechuje chirurgów obdarzonych prawdziwym talentem. Był wielkim autorytetem, a jednocześnie bardzo skromnym człowiekiem, który nie przywiązywał zbytniej wagi do tytułów i zaszczytów. Był ojcem nie tylko sukcesów, ale też odpowiedzialnie i samotnie, do końca nie dając za wygraną, niósł brzemień niepowodzeń – wzbudzając tym ogromny szacunek u współpracowników.

Podczas operacji asystujących Mu kolegów traktował jak zwykle z ogromną kulturą, nigdy nie podnosił głosu – w ten sposób mobilizując ich do maksymalnego skupienia i wysiłku. Dla młodych chirurgów operacje Profesora były zawsze wspaniałą „uczta” – miały niepowtarzalny klimat, co wynikało m.in. z isticie stoickiego spokoju, z jakim Profesor rozwiązywał najtrudniejsze problemy. Młodzi lekarze niezwykle chętnie asystowali Mu w trakcie operacji, podczas codziennych wizyt w salach chorych i lubili spędzać

wolny czas w Jego towarzystwie. Potrafił świetnie kierować zespołem lekarsko-pielęgniarskim. Taktowny, koleżeński i skromny, był niezmiernie lubiany i ceniony przez Kolegów, którym nigdy nie odmawiał pomocy i przyjacielskiej rady.

„Wielu jest lekarzy z tytułu, niewielu z powołania” – te słowa Hipokratesa w pełni odnoszą

się do Profesora Stanisława Świtki – wielkiego chirurga i lekarza z powołania.

Kochany przez pacjentów, był otoczony ogromnym szacunkiem przez współpracowników za kompetencję, uczciwość i przecieranie nowych dróg do nowoczesnej chirurgii.

„Non omnis moriar”, cytując za Horacym – w pamięci polskich

chirurgów, w tym i Jego uczniów na zawsze pozostanie jako wspólny człowiek, znakomity chirurg i nauczyciel.

I takim pozostanie w naszej pamięci na zawsze.

Prof. Ireneusz W. Krasnodębski
*Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,
Gastroenterologicznej
i Onkologicznej WUM*

Pożegnaliśmy Prof. Marię Kobuszewską-Farynę

22 listopada br. zmarła Profesor Maria Kobuszevska-Faryna – uczestniczka Powstania Warszawskiego (pseud. Doktor Marysia), wybitny patomorfolog, wieloletni wykładowca i profesor najpierw warszawskiej Akademii Medycznej, a następnie – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Profesor Maria Kobuszevska-Faryna urodziła się 5 stycznia 1920 roku w Warszawie. W latach 1937/38 była słuchaczką na Wydziale Prawnym Uniwersytetu Warszawskiego, ale już w roku następnym rozpoczęła studia medyczne na Wydziale Lekarskim tej Uczelni. W czasie wojny, w latach 1941-43 studiowała w Szkole Docenta Jana Zaorskiego, następnie zaś uczęszczała na tajne komplety. W 1943 roku została na krótki czas uwięziona na Pawiaku.

Wiosną 1944 r., zmobilizowana przez starszą koleżankę dr Zofię Bratkowską (pseud. *Dr Barbara*), została zaliczona jako ochotnik do służby w Armii Krajowej. Powołano ją do pracy lekarza w placówkach służby zdrowia organizowanych przez AK na wypadek wybuchu Powstania Warszawskiego.

Od 1 sierpnia 1944 r., przez 63 dni Powstania pracowała w punkcie sanitarnym, który mieścił się początkowo przy ul. Wspólnej 61, potem Poznańskiej 16, w końcu – Hożej 39, z narażeniem życia

pomagając rannym i chorym. We wspomnieniach z tamtego okresu pisała: „To w czas Powstania pasowano mnie na lekarza. Byłam wzruszona, że w legitymacji AK przed pseudonimem *Marysia* widniały literki *Dr*”.

Na wiosnę 1945 roku została przyjęta na V Kurs Wydziału Lekarskiego UW. Dyplom lekarza otrzymała w marcu 1946 roku. W 1951 roku została promowana na doktora medycyny. W latach 1946-62 była związana z Zakładem Anatomii Patologicznej, początkowo UW, a następnie Akademii Medycznej w Warszawie. W roku 1961 została powołana na stanowisko Kierownika Zakładu Patomorfologii Szpitala Bielańskiego i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – tę funkcję pełniła aż do 1990 roku.

Profesor Maria Kobuszevska-Faryna była wybitnym patomorfologiem i nauczycielem akademickim, wychowawcą wielu pokoleń studentów. Przez lata prowadziła zajęcia, organizowała

kursy, szkolenia i egzaminy dla lekarzy i patomorfologów z całej Polski. Była autorką wielu prac naukowych, w tym podręcznika histologii ginekologicznej, członkiem licznych towarzystw naukowych polskich i zagranicznych, laureatką odznaczeń, m.in. Krzyża Kawalerskiego, Krzyża Komandorskiego Orderu Odrodzenia Polski, Medalu Komisji Edukacji Narodowej i Godności „*Medicus Nobilis*”, przyznawanej przez Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Przede wszystkim jednak „*Doktor Marysia*” była dobrym i życzliwym człowiekiem, wrażliwym na potrzeby i cierpienie innych. Ceniona szczególnie za swoją skromność, odbierając odznaczenie „*Godnemu Chwały*” z rąk Prezesa TLW, powiedziała: *Czuję się wzruszona i zakłopotana tym wyróżnieniem, bo przecież w Powstaniu razem ze mną walczyli godni „większej chwały”*.

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy Panią Profesor. Pozostanie na zawsze w naszym wdzięcznym wspomnieniu. Cześć Jej Pamięci!

Redakcja „MDW”

Źródło informacji:
Materiały uzyskane dzięki uprzejmości Archiwum WUM; Wspomnienia prof. Marii Kobuszevskiej-Faryny pochodzą ze strony *Lekarze Powstania Warszawskiego* <http://lpw.parfieniuk.pl/>

KARTKA Z KALENDARZA

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych w Polsce – 25 lat później

25 lat temu, 28 listopada 1984 roku wykonano pierwsze udane przeszczepienie szpiku kostnego w Polsce. Przełomową operację przeprowadził zespół pod kierunkiem prof. Wiesława Wiktora Jędrzejczaka – obecnego Kierownika Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Początki myślenia o wykorzystaniu szpiku kostnego do leczenia chorób krwi sięgają lat 30. ubiegłego wieku. Prekursorami tego typu zabiegów byli lekarze z Kliniki Pediatrii Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie: prof. Franciszek Groer (Kierownik Kliniki) i Jan Rosenbuch (asystent). Pierwsze próby przeszczepień wykonywano na królikach. W 1938 roku podobne operacje zaczęto przeprowadzać u dzieci, obserwując pewną poprawę. O pełnym sukcesie nie było jednak mowy, nie znano bowiem problemu zgodności tkankowej, nie wiedzano, że przed przeszczepieniem należy chorego poddać chemio- lub radiochemioterapii, nie istniały również metody śledzenia losu przeszczepianych komórek.

Wybuch wojny przerwał prace badawcze, naukowcy nie zdążyli nawet opublikować ich wyników. Choć zarówno Franciszek Groer, jak i Jan Rosenbuch przetrwali wojenną zawieruchę (ten drugi pod zmienionym nazwiskiem – Jan Raszek), nie podjęli dalszych badań w tym zakresie. Raszek ograniczył się tylko do publikacji wyników swoich lwowskich doświadczeń.

Próby przeszczepiania komórek krwiotwórczych były jednak kontynuowane w latach 50. przez Zofię Migdalską z I Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie. Polegały one na bezpośrednim przetrzykiwaniu kilku lub kilkunastu milimetrów szpiku pobranego z mostka dawcy leżącemu na sąsiednim łóżku biorcy. Dawca miał zwykle tę samą grupę krwi co biorca i był z nim spokrewniony. Zabiegi te wyprzedzały jednak ówczesną wiedzę o biologii przeszczepiania, toteż nie mogły zakończyć się powodzeniem; stanowiły jednak narodziny idei, która zaowocowała później sukcesem leczniczym. Były też podstawą pracy habilitacyjnej prof. Migdalskiej.

Na początku 1983 roku dr Ryszard Kaftański, pracujący w zespole prof. Urszuli Radwańskiej w Klinice Pediatrii AM w Poznaniu, dokonał zabiegu przeszczepienia syngenicznego szpiku u dziewczynki chorej na aplazję szpiku. Dawczynią była jej siostra – bliźniaczka jednojajowa. Zabieg wykonano bez poddania chorej kondycjonowaniu; szpik początkowo się przyjął, ale już po paru tygodniach został odrzucony. Przez kil-

ka następnych lat Klinika nie podejmowała dalszych prób w tym zakresie.

Prof. Radwańska miała jednak niewątpliwy wkład w wykonanie pierwszego udanego przeszczepienia allogenicznego szpiku w Polsce. Operację tę wykonał Zespół Przeszczepiania Komórek Krwiotwórczych Zakładu Immunologii i Klinicznego Oddziału Izotopowego CSK Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie.

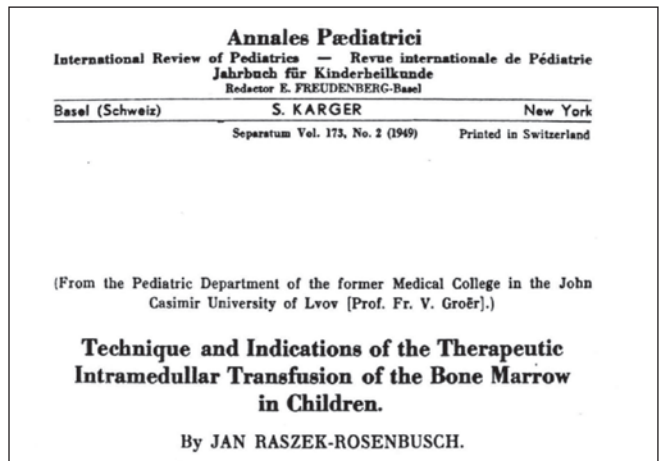
Do tego zespołu, kierowanego przez prof. Wiesława Wiktora Jędrzejczaka, prof. Radwańska skierowała 6-letnią pacjentkę z wrodzonym niedoborem krwinek czerwonych spowodowanym chorobą Diamonda-Blackfana i z rozwiniętą hemosyderozą, wraz ze wstępnie dobraną w zakresie HLA klasy I siostrą. 28 listopada 1984 roku chora została poddana zabiegowi, który zakończył się pełnym sukcesem. Było to jednocześnie drugie na świecie udane przeszczepienie szpiku w tej jednostce chorobowej oraz pierwsze bez napromieniania na całe ciało.

W 1985 roku zespół pod kierunkiem prof. Jędrzejczaka wykonał również zabieg przeszczepienia autologicznego szpiku u chorej w czwartej remisji całkowitej ostrej białaczki limfoblastycznej, połączony z oczyszczaniem szpiku z komórek nowotworowych *in vitro*. Niestety, u pacjentki w 2 lata po zabiegu wystąpił nawrót mózgowy białaczki, wskutek czego zmarła.

W 1998 roku prof. Wiesław W. Jędrzejczak został kierownikiem naszej uczelnianej Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych. Rok później, 2 września 1999 roku, wykonał pierwsze w historii tej jednostki przeszczepienie autologicznego szpiku, a już w następnym miesiącu przeszczepienie allogeniczne od dawcy rodzinnego. W następnych latach w tej placówce wykonano kolejne przełomowe operacje: 13 sierpnia 2002 roku – pierwsze przeszczepienie od dawcy niespokrewnionego (prekursorską operację tego typu w Polsce wykonał J. Hołowiecki, 1996 r., Katowice); 15 maja 2003 roku – pierwsze przeszczepienie komórek krwi pępowinowej (pierwszy udany zabieg tego typu – A. Lange, 1998 r., Wrocław). Do tej pory w Klinice zostało przeprowadzonych ponad 600 transplantacji szpiku kostnego.



Jan Raszek (drugi od prawej) w trakcie prób przeszczepiania szpiku od jednego do drugiego królika



Fotokopia pierwszej strony publikacji Jana Raszka-Rosenbuscha



Prof. Wiesław W. Jędrzejczak podczas zamrażania pierwszej krwi pępowinowej i przygotowania do pobierania szpiku



Obecnie przeszczepienia komórek krwiotwórczych są prowadzone w 18 ośrodkach w Polsce, które wykonują rocznie około 800 tego typu zabiegów. W ciągu 25 lat wykonanych zostało blisko 9 tys. operacji. Biorąc pod uwagę ich przeciętne wyniki, można sądzić, że w Polsce jest w tej chwili ponad 5 tys. osób, które są rekonwalescentami po różnych zabiegach przeszczepiania komórek krwiotwórczych i które dzięki nim mają darowane życie. Wiele spośród nich wróciło do normalnej aktywności zawodowej, a także zaangażowało się w działalność społeczną. W Polsce żyje więc całe „miasteczko przeszczepowe” i co roku przybywa mu kilkuset nowych obywateli.

W tej chwili w naszym kraju wykonuje się wszystkie rodzaje przeszczepień komórek krwiotwórczych. Przez ostatnich 25 lat przeszczepienie szpiku, z metody absolutnie awangardowej, stało się metodą w niektórych przypadkach rutynową i z jednej metody leczniczej przerodziło się w zbiór wielu wariantów metod leczniczych.

PRZESZCZEPIANIE KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH NA ŚWIECIE

Transplantacja szpiku na świecie rozwinęła się w ciągu ostatnich ok. 60 lat. Pionierem w tej dziedzinie był Amerykanin Edward D. Thomas, który w 1957 roku przeprowadził pierwszą udaną transplantację syngeniczną szpiku. W 1990 roku otrzymał nagrodę Nobla za prace poświęcone przeszczepianiu komórek krwiotwórczych jako metodzie leczenia białaczki.

Pierwszą autotransplantację w 1959 r. opisali McGovern i wsp., a doniesienia o pierwszych udanych alloprzeszczepach pochodzą z lat 1965-69. Pionierskie, zakończone sukcesem operacje przeszczepienia szpiku od dawców spokrewnionych wykonano w roku 1968 u chorych z niedoborem odporności (Gatti R.A. i wsp., 1968; Bach F.Ch. i wsp., 1968; VanBekum D. i wsp. 1969).

Pod koniec lat 70. utrwaliło się przekonanie o skuteczności allotransplantacji w leczeniu białaczek i metoda ta stała się powszechnie akceptowana.

W latach 80. wprowadzono nowoczesne metody przygotowania do transplantacji szpiku za pomocą chemioterapii, co przyniosło znaczny postęp w leczeniu przeszczepami od dawców spokrewnionych i niespokrewnionych. W tym czasie zaczęto również stosować przeszczepianie komórek krwiotwórczych izolowanych z krwi obwodowej i wykorzystywać komórki pozyskiwane z krwi pępowinowej. Metody te upowszechniły się w latach 90.

Dzięki postępowi dokonującemu się zarówno w hematologii, jak i innych dziedzinach medycyny ważnych dla przeszczepień, m.in. w serologii, immunologii (coraz lepszy dobór dawców), farmakologii (leki przeciwgrzybiczne, antybiotyki), jak również stosowaniu zróżnicowanych metod transplantacji i leków immunosupresyjnych, na świecie przeprowadza się coraz więcej skutecznych transplantacji. Szacuje się, że co roku wykonuje się około 50 tys. zabiegów.

Źródło informacji: J. Hołowiecki: *Transplantacja szpiku i komórek krwiotwórczych. Współczesna Onkologia 2000;4:195-202* oraz informacje ze strony Ministerstwa Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/>

Niemniej w Polsce ciągle wykonujemy jedynie około 50% tej liczby zabiegów, którą w przeliczeniu na liczbę ludności przeprowadza się w innych dużych krajach europejskich.

***Źródło informacji:** Ośrodki przeszczepiania komórek krwiotwórczych w Polsce. Praca zbiorowa pod red. W.W. Jędrzejczaka, Warszawa 2009 oraz materiały uzyskane dzięki życzliwości D&D Communication.

Okołooperacyjna Profilaktyka Antybiotykowa (OPA) w Chirurgii: „fakty i mity”. CZĘŚĆ I

The Perioperative Antimicrobial Prophylaxis (PAP) in Surgery: Part I „facts and myths”

dr n. med. Dariusz Kawecki

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej,

Warszawski Uniwersytet Medyczny (adiunkt),

Sekcja Zakażeń Chirurgicznych Towarzystwa Chirurgów Polskich (członek)

Streszczenie

Summary

Okołooperacyjna Profilaktyka Antybiotykowa (OPA) jest stosowana w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia zakażeń miejsca operowanego (ZMO), które stanowią około 15% wszystkich zakażeń szpitalnych i wiążą się z przedłużonym pobytem w szpitalu oraz wysokimi kosztami leczenia. Pacjenci poddawani procedurom chirurgicznym, które wiążą się z wysokim ryzykiem zakażenia, i ci, u których skutki zakażeń mogą okazać się poważne, powinni otrzymywać OPA. Podstawowe czynniki, które mogą wpłynąć na rozwój ZMO, zależą od *inoculum* i wirulencji drobnoustrojów, miejscowych i ogólnych mechanizmów obronnych gospodarza, opieki przedoperacyjnej, postępowania okołooperacyjnego.

The Perioperative Antimicrobial Prophylaxis (PAP) is used to reduce the risk and incidence of postoperative surgical site infections (SSI's) which account for approximately 15% of nosocomial infections and are associated with prolonged hospital stays and increased costs. Patients undergoing surgical procedures associated with high infection rates, and those in which the consequences of infection are serious should receive PAP. The major factors influencing the development of SSI's include bacterial inoculum and virulence, host defenses, perioperative care, and intraoperative management.

Słowa kluczowe: Okołooperacyjna Profilaktyka Antybiotykowa (OPA), Zakażenia Miejsca Operowanego (ZMO).

Key words: Perioperative Antimicrobial Prophylaxis (PAP), Surgical Site Infections (SSI's).

Zakażenia są najczęstszą przyczyną powikłań i zgonów pacjentów leczonych w Oddziałach Chirurgicznych. Problematyką związaną z powikłaniami infekcyjnymi i leczeniem przeciwdrobnoustrojowym powinny zajmować się więc osoby kompetentne z szeroką wiedzą teoretyczną i praktyczną w zakresie opieki nad pacjentami chirurgicznymi. Pozwoli to na efektywne wykorzystanie środków finansowych i przyczyni się do poprawy standardów opieki nad chorym.

Działania niepożądane, błędy lekarskie związane z opieką medyczną i procedurami chirurgicznymi towarzyszą rozwojowi medycyny od czasów starożytnych. W Kodeksie Hammurabiego 1795-1750 p.n.e. przytaczane są opisy powikłań i błędów chirurgicznych. Przez wieki, od starożytności do XX wieku społeczeństwo i lekarze akceptowali ryzyko występowania powikłań związanych z chorobą i jej chirurgicznym leczeniem.

Nowoczesne społeczeństwo XXI w. w związku z rozwojem nowoczesnych technologii, specjalizacji nauk medycznych, profesjonalizmem zawodowym spodziewa się, że opieka medyczna **będzie wolna od jakichkolwiek błędów i niepowodzeń terapeutycznych.**

Generał Eisenhower podczas lądowania w Normandii w czerwcu 1944 r. przyjął podstawową zasadę prowadzenia działań wojennych na froncie zachodnim „**Safety First – po pierwsze bezpieczeństwo**”. Dotyczyła ona maksymalizacji wszelkich środków i zasobów celem zapewnienia czynnikowi ludzkiemu „żołnierzowi” możliwości zachowania życia i zdrowia w czasie prowadzenia działań wojennych.

To zadanie dotyczy również lekarzy i władz państwowych mających za konstytucyjne zadanie troskę o życie i zdrowie obywateli.

Ryzyko pojawienia się i rozwoju zakażeń u chorych „chirurgicznych” jest związane z trzema współistniejącymi czynnikami:

- **operacyjnym**, rozumianym jako błędy techniczne lub nieprawidłowości powstałe po zabiegu chirurgicznym;
- **środowiskowym**, czyli ekspozycją pacjenta na czynniki potencjalnie zakaźne, obecne w środowisku (w tym przede wszystkim szpitalnym);
- **osobniczym**, rozumianym jako podatność pacjenta na potencjalne zakażenie.

Na czynnik **operacyjny** składają się powikłania chirurgiczne, będące następstwem przeprowadzonej procedury. Drobnoustroje wywołujące infekcje mogą pochodzić ze źródeł egzogennych lub endogennych. Intensywna opieka lekarska w okresie okołoperacyjnym czasami wymaga obecności licznych cewników w łożysku naczyniowym pacjenta, drenów w jamie brzusznej, cewnika moczowego oraz rurki intubacyjnej, które ulegają kolonizacji drobnoustrojami, co w następstwie może prowadzić do rozwoju uogólnionych zakażeń.

Czynnik **środowiskowy**, zdefiniowany jako narażenie pacjenta na drobnoustroje pochodzące ze szpitala i ze środowiska domowego, odgrywa znaczącą rolę w rozwoju infekcji u pacjentów „chirurgicznych”. Czynniki zakaźne mogą wnikać do organizmu drogą oddechową, pokarmową i przez uszkodzoną skórę lub błony śluzowe.

Czynnik **osobniczy** określa podatność pacjenta na zakażenie. Jest on uwarunkowany chorobą podstawową, czynnikami ogólnoustrojowymi (niedożywienie, neutropenia, hiperglikemia), powikłaniami choroby podstawowej, współistniejącymi zakażeniami oraz uszkodzeniem lub dysfunkcją bariery skórno-śluzówkowej pacjentów „chirurgicznych”.

Najczęstszymi miejscami występowania błędów w opiece „chirurgicznej” są: sala operacyjna, oddział intensywnej opieki chirurgicznej oraz izba przyjęć i/lub oddział medycyny ratunkowej.

Zakażenia należą do najczęstszych i najpoważniejszych powikłań pooperacyjnych. Mogą niweczyć powodzenie operacji, są przyczyną zwiększonej chorobowości i śmiertelności oraz zwiększają koszty leczenia w oddziałach szpitalnych.

Racjonalna antybiotykowa profilaktyka okołoperacyjna (APO) w żadnym wypadku nie może zastąpić odpowiedniej techniki chirurgicznej i opieki pooperacyjnej oraz nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi.

Właściwy schemat APO powinien być wynikiem współpracy lekarzy klinicystów z mikrobiologiem klinicznym, pracownikami laboratorium mikrobiologicznego i zespołem kontroli zakażeń szpitalnych.

Błędem wydaje się być stosowanie „nadmiernej i nieograniczonej” APO jako jedynej formy kontroli zakażeń szpitalnych.

Istnieje wiele schematów, przewodników, zaleceń, propozycji stosowania profilaktyki antybiotykowej w specjalnościach zabiegowych (w tym chirurgii).

Duże różnice występują pomiędzy Stanami Zjednoczonymi, Europą, resztą Świata.

Wybór APO opiera się na specyficznych warunkach:

- oddziału zabiegowego (sytuacja epidemiologiczna),
- rodzajów wykonywanych zabiegów,
- charakterystyki pacjentów,
- doświadczeń zespołu (pomocne informacje),
- polityki antybiotykowej szpitala,
- laboratorium mikrobiologicznego,
- zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Celem pracy jest przedstawienie APO dotyczącej stosowania w zależności od rodzaju procedur zabiegowych w chirurgii ogólnej, przedstawienie możliwych zalet i wad wprowadzania APO oraz następczych korzyści w zmniejszeniu częstości występowania Zakażeń Miejsca Operowanego u pacjentów „chirurgicznych”.

Na ryzyko wystąpienia Zakażenia Miejsca Operowanego (ZMO) mają wpływ:

- a) czynniki środowiskowe: środowisko szpitalne, blok operacyjny, personel medyczny itp.,
- b) czynniki osobnicze: wiek, stan odżywienia, mikroflora, choroby współistniejące, immunosupresja, współistniejące zakażenia.

Działanie APO profilaktyczne polega na podaniu antybiotyku przed wystąpieniem kolonizacji drobnoustrojami pola operacyjnego lub zmniejszeniu ich liczby w polu operacyjnym.

Klasa czystości pola operacyjnego: skażone i brudne: działanie antybiotyku lecznicze.

Klasa czystości pola operacyjnego: czysta/czysta-skażona: działanie antybiotyku profilaktycznie.

Klasy czystości pola operacyjnego:

Klasa I – czysta: rana operacyjna, w której nie dochodzi do otwarcia układu oddechowego, pokarmowego, płciowego, moczowego. Ryzyko ZMO bez profilaktyki ok. 2%.

Klasa II – czysta-skażona: rana operacyjna, w której dochodzi do otwarcia układu oddechowego, pokarmowego, płciowego, moczowego w stopniu kontrolowanym bez nadmiernej kolonizacji pola operacyjnego. Ryzyko ZMO bez profilaktyki ok. 5%-25%.

Klasa III – skażona: otwarte, rany powypadkowe. Operacje bez zachowania zasad sterylności, znaczny wyciek treści z przewodu pokarmowego, styczność ze zmianami zapalnymi nieropnymi. Ryzyko ZMO 14-40%.

Klasa IV – brudna (zakażona): – stare rany pourazowe, z tkankami martwiczymi, oraz gdy dochodzi do kontaktu z aktywnym stanem zapalnym, perforacją jelita, (mikroorganizm był w obecny w polu operacyjnym przed zabiegiem operacyjnym). Ryzyko ZMO >40%.

Zasady profilaktyki:

Przed zabiegami planowymi „elektywnymi” zaleca się kąpiel pacjenta z użyciem mydła antyseptycznego.

1. W APO należy stosować preparaty bezpieczne, o możliwie wąskim profilu aktywności, najmniejszym potencjale selekcji szczepów opornych.
2. Antybiotyku stosowanego w APO z reguły nie używa się do leczenia w oddziale.
3. W leczeniu empirycznym (u pacjenta z objawami zakażenia podczas stosowania APO) możliwe unikać leków z tej samej grupy (jedna cefalosporyna na inną).
4. Zakres terapeutyczny profilaktycznie stosowanego antybiotyku powinien obejmować swym działaniem drobnoustroje, które najczęściej wywołują zakażenia po określonym rodzaju operacji.
5. Dla uzyskania maksymalnego efektu antybiotyk powinien być podany 30-60 min przed cięciem chirurgicznym (z wyłączeniem wankomycyny i chinolonów >120 min).
6. Gdy utrata krwi >1500 ml lub Hct <15% dodatkowa dawka po uzupełnieniu płynów, gdy zabieg dłuższy niż 2-3 godz., dodatkowa dawka podczas zabiegu.

Wybór leku:

W APO preferowany jest lek o wąskim, ale określonym zakresie działania, który jest:

- aktywny w stosunku do drobnoustrojów, które mogą być w polu operacyjnym i tych, które najczęściej wywołują zakażenia we wczesnym okresie po określonym typie operacji;
- o odpowiedniej farmakokinetyce, ogólnie dotyczy to penetracji tkankowej i osiągania efektywnych stężeń w operowanych tkankach, czasu działania przeciwdrobnoustrojowego oraz metabolizmu (drogi eliminacji) leku;
- skuteczny w leczeniu i mało toksyczny;
- lek możliwie tani.

Dawka/Czas stosowania: W przeliczeniu na wagę pacjenta, podawany dożylnie. Czas stosowania APO zróżnicowany, zależny od rodzaju zabiegu i ryzyka osobniczego.

Profilaktyka krótka: w większości procedur operacyjnych jedna, podana we właściwym czasie dawka antybiotyku zapewnia odpowiednie stężenie leku w tkance, ewentualna kontynuacja dawek do 24 godzin po zabiegu (1-3 dawki).

Profilaktyka przedłużona: do 72 godzin po zabiegu, głównym wskazaniem jest ryzyko nabycia zakażenia we wczesnym okresie pooperacyjnym, stosowana głównie w rozległych operacjach, powikłanych śródoperacyjnie, operacjach pourazowych spowodowanych uszkodzeniem wielu narządów, braku odpowiedniej aseptyki, operacjach naczyniowych związanych z wszczęciem sztucznych materiałów i reperacji ze wskazań pilnych.

Leczenie empiryczne wyprzedzające – okołoperacyjne stosowanie antybiotyku w leczeniu u pacjentów chorych z wysokim ryzykiem zakażenia (leczenie immunosupresyjne, transplantacje, inne czynniki ryzyka), bez wyników badań diagnostyki mikrobiologicznej.

Piśmiennictwo

1. The Merc Manuals "Care of Surgical Patient", edition 2005
2. The Sanford Guide, Thirty – sixth edition 2006
3. Bratzler DW et al.: Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project: Surgical Infection Prevention Guideline Writers Workgroup: Clin Infect Dis 2004; 38: 1706-1715.
4. Nottingham City Hospital "Guidelines for antibiotic prophylaxis", edition 2006
5. Dietrich ES et al.: Ceftriaxone versus other cephalosporins for perioperative antibiotic prophylaxis: a meta-analysis of 43 randomized controlled trials: Chemotherapy 2002; 48: 49-56
6. Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych dotyczące zapobiegania zakażeniom miejsca operowanego (ZMO): Zakażenia 3-4/2002: 5-17
7. Solomkin JS et al: Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. IDSA guidelines. CID 2003; 37: 997-1005.
8. Mészáros J: Okołooperacyjne stosowanie antybiotyków w profilaktyce zakażeń – 2007: Zalecenia Robocze przygotowane dla naszej kliniki.
9. Mészáros J i zespół tematyczny: Zasady antybiotykoterapii w chirurgii onkologicznej. W: AW Szawłowski i J Szmidt (red) Zasady Diagnostyki i Chirurgicznego Leczenia Nowotworów w Polsce. Fundacja – Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2003: 12-22.
10. Talbot TR, Kaiser AB: Postoperative infections and antimicrobial prophylaxis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds.): Principles and Practice of Infectious Diseases. Sixth ed. Elsevier 2005: 3533-47
11. Antibiotic Guidelines: The Society of Thoracic Surgeons; edition 2005
12. Perioperative Antibiotic Prophylaxis: Hygiene in Hospital & Practice: AWMF; Wiesbaden 2005: 153-156
13. Ansgar O. et al.: Current Issues in the prevention and management of surgical site infection – part I and part II: Surg Infect 3 (3s): S1-S7, S99-S102, 2002
14. Antibiotic Prophylaxis in Surgery: a national clinical guideline: Scottish Intercollegiate Guidelines Network July 2000, revised 2005
15. Staszkiwicz W: Profilaktyka zakażeń w chirurgii: Antybiotyki w profilaktyce i leczeniu zakażeń (red. Hryniewicz W. i Mészáros J.) PZWL 2001

Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

12 listopada 2009 roku

godz. 10³⁰

lek. Piotr Lesiuk „Ocena zastosowania noża wodnego w resekcjach guzów wątroby”

promotor: dr hab. Jacek Pawlak
recenzenci: prof. dr hab. Marek Maruszyński
prof. Ireneusz W. Krasnodębski

godz. 12⁰⁰

lek. Jacek Lesiak „Optymalizacja wybranych parametrów badań scyntygraficznych z zastosowaniem ⁶⁷Ga w diagnostyce chłoniaków”

promotor: prof. dr hab. Leszek Królicki
recenzenci: dr hab. Bożena Birkenfeld, prof. PAM
prof. Izabella Kozłowicz-Gudzińska

26 listopada 2009 roku

godz. 10³⁰

lek. Marta Ewa Starczewska „Chorzy najwyższego ryzyka wśród pacjentów z chorobą wieńcową w podstawowej opiece zdrowotnej – ocena skuteczności leczenia”

promotor: prof. dr hab. Krzysztof J. Filipiak
recenzenci: dr hab. Beata Woźniakowska-Kapłon,
prof. nadzw. Akademii Świętokrzyskiej
dr hab. Jacek Imiela, prof. nadzw.
CMKP

godz. 12⁰⁰

mgr Magdalena Solarska „Rearanżacja włókien F-aktywnych komórek linii Vero zakażonych wirusem opryszczki typu 1 (HHV-1)”

promotor: prof. dr hab. Mirosław Łuczak
recenzenci: prof. Małgorzata Polz-Dacewicz
dr hab. Marcin Bańbura, prof. nadzw.
SGGW

godz. 13³⁰

lek. Joanna Rzymkowska „Prokalcytonina jako czynnik prognostyczny uogólnionej reakcji zapalnej o etiologii bakteryjnej lub grzybiczej u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego”

promotor: dr hab. Andrzej Deptała
recenzenci: prof. dr hab. Janusz Cianciara
dr hab. Jerzy Wojnar

*Prace doktorskie znajdują się do wglądu w Bibliotece Głównej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Oczki 1 w Warszawie*

Obrony prac doktorskich

II Wydział Lekarski

24 listopada 2009 roku

godz. 12⁰⁰

lek. Krzysztof Braun „Zapobieganie powstawaniu przepuklin pooperacyjnych za pomocą wszczepienia siatki polipropylenowej do pochewki mięśnia prostego brzucha u operowanych z powodu tętniaków aorty brzusznej”

promotor: prof. dr hab. Piotr Andziak
recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Polański
prof. dr hab. Krzysztof Paśnik

Wydział Nauki o Zdrowiu

17 listopada 2009 roku

godz. 13⁰⁰

lek. Robert Rojewski „Przyczyny i wyniki powtórnego otwarcia jamy brzusznej”

promotor: prof. dr hab. Piotr Małkowski
recenzenci: dr hab. Zdzisław Wójcik, prof. nadzw.
prof. dr hab. Dariusz Patrzalek

Wydział Farmaceutyczny

25 listopada 2009 roku

godz. 12⁰⁰

mgr farm. Jerzy Żabiński „Poszukiwanie nowych, aktywnych biologicznie analogów pentamidyny: synteza, analiza struktury i oddziaływań z DNA”

promotor: prof. dr hab. Dorota Maciejewska
recenzenci: prof. Zygmunt Kazimierczuk
prof. dr hab. Franciszek Herold

godz. 13¹⁵

mgr chem. Anna Bielenica „Synteza N-podstawionych pochodnych policyklicznych imidów o spodziewanym działaniu farmakologicznym”

promotor: prof. dr hab. Jerzy Kossakowski
recenzenci: prof. dr hab. Waław Kołodziejski
prof. dr hab. Zdzisław Chilmonczyk

Prace doktorskie II WL i Wydziału Nauki o Zdrowiu znajdują się do wglądu w Bibliotece Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Oczki 1 w Warszawie, a Wydziału Farmaceutycznego – w Dziekanacie Wydziału przy ul. Banacha 1



FILOZOFICZNE WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY

Człowiek w perspektywie śmierci

PHILOSOPHICAL CHALLENGES OF CONTEMPORARY MEDICINE

The Man in the prospect of death

dr Kazimierz Szalata
Wydział Filozofii UKSW

Streszczenie

Mimo postępu w medycynie, która dysponuje dziś znakomitymi możliwościami diagnostyczno-terapeutycznymi, lekarz zawsze będzie stać w obliczu tajemnicy ludzkiego cierpienia i śmierci. Odpowiedzią na ten fakt jest pojawienie się medycyny paliatywnej, przynoszącej fachową pomoc tym, którym już nie można przywrócić zdrowia. Medycyna ta jest ważną korektą złudzenia, w jakie wprowadziła nas dziewiętnastowieczna pozytywistyczna ideologia, w myśl której naukowy postęp jest w stanie zaradzić wszelkim ludzkim problemom. By umieć nieść pomoc człowiekowi u kresu życia, potrzebne jest głębsze spojrzenie na chorego, który jako osoba realizuje się nie tylko na poziomie życia biologicznego, ale przede wszystkim w relacjach do innych osób. Pokusa eutanazji wynika z błędnej antropologii i jako taka niszczy podstawową relację lekarz-pacjent, niszczy bowiem nienaruszalną zasadę, według której lekarz zawsze będzie bronił ludzkiego życia i zdrowia.

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, śmierć, osoba, uporczywa terapia, eutanazja.

Summary

Despite the great progress in medical science offering practically unlimited possibilities as far as diagnostics and therapeutics are concerned the doctor will be always faced with the mystery of the patient's passion and death. Palliative medicine is a reaction to this matter; the science which offers help to those whose health will never be restored. This medicine is an important correction to the illusive belief of the nineteenth-century positivistic origin that scientific research will always find a remedy for human problems. A deeper insight into the patient's problems is a must if we wish to offer help to those who are at the end of their days and who do not only function biologically but coexist in human relations with other people. The temptation of introducing euthanasia comes from false anthropology and as such ruins the most basic relation between the doctor and the patient according to which the physician will always protect the patient's health and life.

Key words: palliative medicine, death, person, persistent therapy, euthanasia.

Mimo ogromnego postępu w medycynie, która dysponuje dziś niesłychanie skutecznymi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi, lekarz wciąż staje i stawać musi wobec ludzkiego cierpienia, które co prawda może złagodzić, ale całkowicie wyeliminować go nie potrafi. Cierpienie pozostaje czymś, co towarzyszy człowiekowi przez całe życie, zwłaszcza w czasie choroby, a w sposób szczególny u kresu życia. Wobec tajemnicy cierpienia i śmierci, która nieuchronnie czeka każdego z nas, odkrywamy raz po raz podstawową prawdę o człowieku, że nie jest on tylko zespołem procesów biochemicznych ani zespołem komórek, ale jest osobą¹ realizującą się w przestrzeni nadziei, której ostatecznie nie zapewni żaden lek ani najbardziej skuteczna terapia.

Człowiek przekracza dostępny medycynie wymiar biologiczny

Doskonale zauważa się to w nowej, rozwijającej się od kilkudziesięciu lat medycynie paliatywnej, przechodzącej z pomocą tym, którym nie można w sposób skuteczny przywrócić zdrowia i których proces chorobowy zmierza do całkowitej degradacji organizmu, co oznacza nic innego, jak nieuchronną śmierć. Paradoksalnie, medycyna paliatywna pojawia się tam, gdzie medycyna może niewiele już zdziałać. A jednak może. Pojawienie się tej nowej sztuki medycznej ma bardzo ważne znaczenie dla zrozumienia istoty posługi lekarskiej². Pozwala nam nieco skorygować zrodzoną z dziewiętnastowiecznego pozytywistycznego zachwyty nad niemal wszechwładną techniką

i postępowaniem wizję medycyny zdolnej zaradzić wszelkim ludzkim kłopotom, nie tylko związanym z funkcjonowaniem naszego organizmu.

Opieka paliatywna pozwala nam na nowo odkryć głęboko ludzki wymiar medycyny. Z jednej strony uczy nas pokory, z drugiej zachęca, byśmy nie rezygnowali. Nawet wtedy, gdy już niewiele mamy do zrobienia od strony medycznej, chory nas potrzebuje. Potrzebuje naszej obecności. To jest równie ważne, a może ważniejsze niż najbardziej skomplikowane zabiegi terapeutyczne. Ale potrzebuje też naszej medycznej wiedzy, medycznej pomocy w walce z bólem, w walce o godne wypełnienie swojego kończącego się życia³.

Z wielką nadzieją patrzymy na rozwijający się ruch hospicyjny zarówno w naszym kraju, jak i na świecie. Każdy może tam znaleźć miejsce dla siebie, bo człowiek chory, człowiek cierpiący, stojący u granic życia potrzebuje przede wszystkim ludzkiego serca. Oprócz lekarzy, psychologów, duszpasterzy ważną rolę odgrywają wolontariusze, którzy mają odwagę i siłę być przy kimś, kto doświadcza tego, co najtrudniejsze w naszym życiu, co nas przeraża i skłania do dezercji.

Jedną z podstawowych form takiej dezercji jest eutanazja.

Pokusa łatwych rozwiązań

Po drugiej stronie paliatywnej troski o cierpiącego człowieka spotykamy coraz częściej propozycję *łatwych i mniej kosztownych z ekonomicznego punktu widzenia rozwiązań* poprzez eutanazję, czyli *śmierć na życzenie*. Najogólniej rzecz ujmując, pokusa eutanazji bierze się z daleko idącej ewolucji naszego odniesienia do życia. Gdy życie jako takie przestało być bezwzględnie wartością, jest przedmiotem naszej troski tylko wtedy, kiedy jeszcze zachowuje pewien poziom jakości. Wraz z tą niebezpieczną, nową optyką, która ma swe ponure źródła⁴, pojawiło się niebezpieczne pytanie o granicę – dokąd życie jest jeszcze życiem ludzkim, a kiedy już nim nie jest?

Wobec cierpienia i lęku przed śmiercią człowiek może wejść w pokusę samobójczego uwolnienia się od tego, co go przekracza, co przerasta jego granice. Zawsze byli samobójcy i pewnie zawsze będą. Nigdy też nie powinniśmy oceniać ich czynów, gdyż nie jesteśmy w stanie poznać do końca dramatu, z którego wyrasta samozagłada. Możemy tylko domyślać się, co musi się dziać w człowieku, który podejmuje najbardziej dramatyczną i zarazem absurdalną decyzję o zniszczeniu samego siebie.

Eutanazja realizowana dziś w wielu krajach w świetle przepisów prawa zakłada obiektywizację decyzji samobójczej. Mówi się o komisji, która przyjmuje i akceptuje do realizacji wolę chorego, pragnącego ze sobą skończyć. A to już musi być inaczej oceniane

niż samobójcza decyzja człowieka na etapie rozpaczy, która jest niczym innym, jak utratą przestrzeni nadziei wyniszczającą życie intelektualne, emocjonalne i duchowe człowieka.

Ludzie mają prawo do własnych, nawet błędnych wyborów, ale legalizacja pomocy w realizacji takich wyborów jest nieporozumieniem. Nikt nie jest autorem własnego ani czyjegoś życia i nikt nie ma prawa nim dysponować. Życie jest darem, niezależnie od tego, czy uznamy je za dar od Boga czy też natury – otrzymaliśmy je bez żadnej naszej zasługi. Dar zobowiązuje, bo wpisany jest w logikę miłości i odpowiedzialności.⁵

Jeden ze znanych członków francuskiego Narodowego Komitetu Etycznego, Jean Bernard⁶ z całą stanowczością przestrzegał przed groźnymi skutkami legalizacji eutanazji. Jego zdaniem fakt zgody na działania lekarza przyspieszające śmierć pacjenta sprawia, że medycyna traci swój sens. Przyzwolenie na eutanazję czyni wyłom w naszej trosce o ludzkie życie i wprowadza nasze myślenie na niebezpieczną równię pochyłą.

Wobec postępu w naukach medycznych pozwalających podtrzymywać funkcje organizmu pojawił się jeden problem związany z możliwościami technicznego podtrzymywania życia człowieka. Chodzi o problem godnej śmierci, albo inaczej jeszcze rzecz ujmując, o zdolność mądrego podjęcia decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii, która nie jest już związana ze spodziewanym pomyślnym rezultatem wobec i tak nieuchronnej śmierci pacjenta.

Mając na uwadze godność ludzkiego życia i wynikające stąd prawo do godziwej śmierci, nie powinniśmy stosować nieracjonalnych działań, które nie są terapią, a zwykłą manipulacją.⁷ Co do samej zasady, wydaje się, że jest ona prosta, ale rozpoznanie w praktyce, w jakim momencie należy zaprzestać działań, które stają się terapią uporczywą, przysparza nam wiele kłopotów. Do podjęcia takich decyzji potrzebna jest wiedza, ale też roztropność, odwaga, a przede wszystkim mądrość lekarza, którego nie powinien wyřęcać ani sąd, ani jakaś speckomisja.

Śmierć jako wypełnienie życia osobowego człowieka

Jeśli nasze poznawcze działania mobilizowane są doświadczeniem tajemnicy, to cóż dla nas może być bardziej tajemnicą, jeśli nie własna śmierć, tym bardziej, że jest ona faktem, którego sami osobiście nie możemy doświadczyć poznawczo⁸. Nawet wtedy, gdy chcielibyśmy pomyśleć o własnej śmierci, musielibyśmy wyobrazić sobie siebie jako kogoś obcego, kogoś, kto umiera, kto jest już martwy, po kim inni płaczą, kogo się chowa do grobu. Sprawia to, że myślenie



Problem śmierci sprawia nam wiele kłopotów, gdyż nie potrafimy jej do końca zrozumieć, ani zaakceptować. Egzystencjaliści zwracali uwagę na absurd ludzkiego istnienia jako „bytu-ku-śmierci”. Tajemnicę śmierci od wieków próbuje przeniknąć zarówno nauka, jak i sztuka... [ryc. powyżej: Jean-Léon Gérôme „Duel After a Masquerade Ball”, źródło: <http://commons.wikimedia.org>; Dmitry Rozhkov]

o śmierci zawsze jest myśleniem o śmierci kogoś innego⁹.

Nie mogąc bezpośrednio poznać, przeżyć własnej śmierci, zarazem doświadczamy jej w każdym naszym akcie. To właśnie dlatego człowiek świadom własnego losu, swego pochodzenia i przeznaczenia nazwany został przez egzystencjalistów z Heideggerem na czele „bytem ku śmierci”.

Problem śmierci sprawia nam wiele kłopotów, gdyż nie potrafimy jej do końca zrozumieć, a tym bardziej zaakceptować. Samo pojęcie śmierci jest trudne do zdefiniowania. Co prawda w literaturze możemy znaleźć różne definicje, między innymi definicję śmierci klinicznej czy biologicznej, ale z każdą z nich mamy wiele kłopotów, albo dlatego, że jest niejednoznaczna, albo, że jest niejasna, albo znów, że niewiele wyjaśnia. Owszem, każda z obecnych w naszej kulturze definicji na właściwy sobie sposób stara się nam opisać, określić ów fenomen, zjawisko czy proces, który nazywamy śmiercią, ale żadna z nich nie jest definitywną odpowiedzią na pytanie o znaczenie pojęcia śmierci.

Trudności z ustaleniem takiej definicji wynikają z natury nauk, w których próbujemy ją zbudować. Otóż w naukach biologicznych śmierć zawsze będzie jakimś procesem, w którym trzeba znaleźć ów kulminacyjny, decydujący moment, od którego zależeć będzie ostateczna destrukcja żywego organizmu. Wobec nowych możliwości w transplantologii pojawiła się pilna potrzeba ustalenia takiej definicji, która pozwoliłaby pobrać do przeszczepu narządy (np. serce) bez podejrzenia o celowe zabójstwo jednego człowieka dla ratowania innego.

Jak wiemy, taka definicja została sformułowana, choć nie do końca przez wszystkich jest dziś akceptowana. Zresztą w tym wypadku chodziło nie tyle o definicję w ścisłym tego słowa znaczeniu, ile o wyznaczenie momentu, w którym proces śmierci jest procesem nieodwracalnym. Za taki moment uważa się ustanie funkcji mózgu. Nietrudno zauważyć, że jest to definicja wyraźnie sformułowana „na zamówienie”, by można było w praktyce określić, kiedy można zaprzestać reanimacji i ewentualnie pobrać narządy do przeszczepu.

Zdaniem francuskiego lekarza, współtwórcy *l'Association Orthodoxe d'Etudes Bioéthiques* Marcka Andronikofa¹⁰ dokonuje się w tej definicji redukcji procesu, który trwa w czasie, do pewnego punktu. Ponadto definicja ta wiąże się z utożsamieniem osoby ludzkiej z mózgiem człowieka, co z punktu widzenia antropologii filozoficznej stanowi daleko idące uproszczenie koncepcji człowieka¹¹.

W tradycji filozoficznej śmierć oznacza zniszczenie substancjalnej jedności duszy i ciała, to moment, w którym dusza¹² (zasada życia) nie aktualizuje już ciała. Ciało wówczas traci swoistą jedność, staje się zdeintegrowanym zespołem komórek, które jeszcze przez jakiś czas funkcjonują w rozbitych zespołach, co umożliwiłoby pobranie narządów.

Z punktu widzenia antropologii filozoficznej moment śmierci jest przejściem z czasu do wieczności. W momencie śmierci dokonuje się i spełnia na poziomie materialnego życia biologicznego wszystko to, co w naszym życiu związane jest z czasem. To moment, po którym nie następuje już inny moment. To mo-

ment, w którym wypełniają się wszystkie akty osobowe człowieka, akty poznawcze i wolitywne. W tym właśnie momencie nasze poznanie i nasze wybory stają się ostateczne. Raz zawiązane relacje osobowe (wiara, nadzieja, miłość) trwać już będą niezmiennie, bo nie zakłóci ich żadna nowa decyzja.

Jeśli zatem mówimy, że tak mało wiemy o śmierci, gdyż sami jej doświadczyć nie możemy, to jesteśmy pewni przynajmniej tego, że jest to jeden z ważniejszych faktów z naszego życia. Paradoksalnie, człowiek rodzi się po to, by umrzeć. Śmierć wynika z natury ludzkiego ciała, które rozwija się, jest mniej lub bardziej sprawne fizycznie i wydolne biologicznie, ale które, jak każdy proces trwający w czasie, kończy się.

Człowiek jest bytem osobowym, jego obecność w świecie jest obecnością przytomnego w nim uczestnictwa na mocy poznania i wolnych wyborów. Dlatego też, gdy mówimy, że śmierć jest końcem życia – używamy złego języka. To nie koniec drogi, w tym sensie, w jakim mówi się o końcu biegu pociągu. To raczej wypełnienie się decyzji i poznania człowieka, zwieńczenie jego ludzkiej, ziemskiej aktywności, jego zmysłowo-rozumowego uczestnictwa w świecie, uczestnictwa wspieranego wolnymi aktami woli. Jest to zarazem moment, w którym człowiek staje się naprawdę w pełni uzdolniony do podjęcia ostatecznych decyzji w stosunku do całego swojego życia, w stosunku do ostatecznego wyboru wartości, słowem: do decyzji ostatecznej, dotyczącej sensu swego bytowania, a więc przede wszystkim do akceptacji Boga.

Wcale to nie oznacza, że takich decyzji człowiek nie podejmuje w ciągu życia. Ale wtedy jeszcze może się rozwijać i zmieniać. Moment śmierci to ów moment kulminacyjny, po którym ni rozwój, ni jakakolwiek zmiana nie są możliwe. Nie są możliwe też ni poznanie, ni doświadczenie zmysłowo-rozumowe. Nie jest możliwe nic, co domaga się funkcjonowania układu nerwowego, mózgu, zmysłów – jednym słowem – ludzkiego ciała.

Patrząc od strony życia osobowego człowieka, ciało jest naszym językiem, jest sposobem przedstawiania się drugiemu. Ta myśl sięgająca czasów Leibniza, a przytaczana także przez Jana Pawła II, każe nam patrzeć na śmierć jak na moment, w którym zamilknie nasze ciało, a zarazem zamilkniemy my sami. Tracąc ciało, tracimy nasz poznawczy i wolitywny kontakt z innymi.

Śmierć to koniec spotkania z bliskimi, to trudny moment rozstania, utraty poznawczego kontaktu, po którym zostaje tylko ikona ciała w naszej pamięci. Wchodzimy w poznawczą nieobecność, wchodzimy w milczenie. Wyzwalając się z czasowości, przez śmierć wchodzimy w „doświadczenie” *Końca Czasów*, wchodząc w wieczne trwanie, w wieczną terażniejszość.

Doniosłość śmierci

Doniosłość śmierci, świętość tego momentu wynika z prawdy o życiu człowieka. Człowiek jako osoba, dzięki zdolności poznania, oceny i wolnego wyboru jest kimś wyjątkowym, kimś nadzwyczajnym, jedynym, osobnym. Odnosząc się do całego świata, jest swoistym, niepowtarzalnym jego elementem. Dlatego, jak mówi Pascal, człowiek pozostając ową wążką i kruchą z punktu widzenia biologicznego trzciną, przewyższa, transcenduje cały świat swoją myślą¹³. Przytomny ludzki stosunek do świata sprawia, że z chwilą śmierci człowieka odchodzi jakby jeden ze światów. To śmierć całego kosmosu wokół człowieka, który poznawał, oceniał, wybierał, kochał.

Nasze uwagi na temat śmierci człowieka zakończmy jeszcze jednym prostym odróżnieniem pojęcia śmierci w znaczeniu czynnym i biernym.

W znaczeniu biernym śmierć jest niczym innym jak zniszczeniem ludzkiego ciała, wyczerpaniem się sił vitalnych organizmu, rozkładem biologicznym. Poprzez swoje ciało człowiek podlega prawom przyrody. Jak przedstawiają nam rzecz nauki przyrodnicze, ów proces wyczerpywania się organizmu trwa przez całe życie. Zatem proces starzenia się, zmierzania ku śmierci jest procesem nieuniknionym. Ale bierne, biologiczne przeżycie śmierci odbywa się poza świadomością. W tym sensie tej śmierci nie doświadczamy, co słusznie zauważył kiedyś Epikur, mówiąc, że śmierci nie należy się obawiać, bo póki żyjemy, śmierci nie ma, a gdy umieramy, też nie jest ona naszym problemem, bo nas nie ma¹⁴.

Jeśli jednak spojrzymy na człowieka głębiej z perspektywy realizmu personalistycznego, zobaczymy, że człowiek przekracza swym życiem materię i czas, że jest bytem cielesno-duchowym. To otwiera perspektywę czynnego rozumienia śmierci, która jest przejściem do innego życia, według analogii z narodzinami człowieka. W chwili narodzin dziecko też traci swój świat, traci bezpieczne środowisko łona matki, odchodząc z lękiem i trwogą w doświadczenie nieznanego. Tak śmierć rozumieją, przyjmują i akceptują ludzie głęboko wierzący, ufając, że zostawiając w ciele ikonę własnego życia, odchodzą na spotkanie Dawcy Życia, który oprócz życia biologicznego, daje życie wieczne.

Trudna sztuka kontemplacji

Nasza kultura wciąż chowa śmierć, wprowadzając nas na co dzień w złudzenie, że jest to problem nam obcy. Owszem, na ekranie telewizyjnym śmierć jest na porządku dziennym, ale śmierć odległa, dobrze odegrana przez wybitnych aktorów. Rodzi się zatem całkiem poważne pytanie, jak mówić o śmierci, nie

tylko po to, by ją odegrać, opisać, ale by coś z niej zrozumieć.

Jak mówić o śmierci? Przede wszystkim ciszej. Unikając jakiegokolwiek ekstrawagancji, zbędnej dialektyki i popisywania się naukowością dyskursu. Śmierć jest przeżyciem osobowym człowieka tak głębokim, tak wyjątkowym, iż ci, którzy doświadczyli jej z bliskości spojrzenia w gasnącą twarz najbliższej osoby, wiedzą, że o śmierci trzeba więcej milczeć, niż mówić.

Tak, trzeba milczeć¹⁵. Trzeba doświadczać jej przez kontemplację.

Wciąż wydaje nam się, że mamy coś do powiedzenia na każdy temat. Wydaje nam się, że zawsze mamy coś do zrobienia. Peszy nas każda sytuacja, w której nie potrafimy czegoś natychmiast opisać, zamknąć w klarowny obraz, ująć w zgrabnej werbalnej formule. Nie mamy odwagi milczeć i nie mamy cierpliwości ni pokory, by kontemplować rzeczywistość człowieka w jego najbardziej fundamentalnym wymiarze.

Nie potrafimy po prostu usiąść przy chorym, usiąść przy umierającym i po prostu być. To jest w tym czasie ważniejsze, zwłaszcza gdy umiera ktoś z naszych bliskich.

Warto niekiedy przyrzeć się zakochanym. Ile ci mają czasu na milczenie, ile milczeniem mają sobie do powiedzenia. Jak dobrze siebie rozumieją, bo mieli czas przemilczeć wspólnie tyle ważnych chwil. To może właśnie dobry przykład. Nie zrozumie nikt fenomenu przeżywania ludzkiej miłości, kto jej nie doświadczył, komu tylko wiele opowiadano na ten temat. Nie rozumie cierpienia ktoś, kto nie miał okazji wyczytać się w mowę twarzy cierpiącego człowieka, która jest pełną ikoną ludzkiego losu, ludzkiej nędzy i zarazem wielkości.

Kto nie miał okazji w ciszy i oddaniu kontemplować twarzy umierającego człowieka, nic ze śmierci pojąć nie może.

Zrozumienie wymaga doświadczenia poprzez kontemplację, a ta domaga się od nas pokory. Nie zrozumiemy śmierci, nie będziemy w stanie jej zaakceptować dotąd, dokąd będziemy próbowali ją zagadać, nałożyć na nią mniej lub bardziej abstrakcyjną maskę obiektywnego naukowego dyskursu. Śmierć bowiem nasza, śmierć naszych najbliższych, śmierć nawet kogoś nieznanego ujawnia nam to, co najgłębsze w człowieku. Jego ostateczne przeznaczenie. Przeznaczenie osoby, która jest niepowtarzalna, wyjątkowa, jedyna taka na świecie. Prawdziwy cud boski.

Przypisy

¹ „Używając terminu „osoba ludzka”, akcentuje się specyfikę człowieka: jego rozumność, niepowtarzalność, wyjątkowość wśród bytów”. Por.: Mieczysław Gogacz: *Wokół problemu osoby*. Warszawa 1974:14.

² Dokument Papieskiej Rady do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia, który wyraża oficjalne stanowisko Kościoła Katolickiego w kwestiach moralnych związanych z pracą w zawodach medycznych, określa praktykę medyczną jako „służbę życiu”. Por.: Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995:9.

³ Mikael Schattner: *Souffrance et dignité humaine*. Editions Universitaires et Mame, Paris 1993.

⁴ W 1920 roku dwaj profesorowie niemieccy Karl Binding i Alfred Hoche w książce opublikowanej w Lipsku „Le droit de supprimer la vie qui ne mérite pas d'être vécue” postawili pytanie, do jakiego stopnia możemy respektować życie ludzkie, gdy na skutek choroby albo urazu jego jakość trwale straciła swoją wartość i nie ma już żadnej wartości ani dla owego człowieka, ani dla społeczeństwa. Raz postawiony problem, raz zasiana wątpliwość przyniosła natychmiast straszne owoce w postaci hitlerowskiego programu eutanazji. Zob.: Karl Binding i Alfred Hoche: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*. Lipsk 1920. Na ten temat także: o. Jacek Salij OP: *Z dziejów pogardy dla najsłabszych*. W Drodze 2005:4 (380).

⁵ „Z punktu widzenia filozofii to jasne: skoro nasze życie zostało nam dane darmo, to nie należy do nas w znaczeniu absolutnym, należy do tych wszystkich, którzy są nam bliscy, skoro z nimi żyjemy, a głębiej należy do Tego, który jest źródłem naszej duszy”. Marie Dominique Philippe: *Trzy mądrości*. Tłum. Agnieszka Kuryś. Kraków 2008:177.

⁶ Jean Bernard: *La bioéthique*. Flammarion, Paris 1994:33.

⁷ Terapia jest zawsze działaniem skierowanym na dobro pacjenta, konkretnie na przywrócenie dobrego funkcjonowania organizmu, natomiast manipulacją w medycynie są wszelkie działania, których celem jest zaspokojenie moich ambicji, lęk, chęć zysku bądź niejasno sprecyzowany postęp.

⁸ „Najpewniej poznajemy swoje własne istnienie, doświadczamy je bezpośrednio, od wewnątrz, podczas gdy wszystkie inne fakty postrzegamy pobieżnie z zewnątrz”. Por. Henri Bergson: *Ewolucja twórcza*. Tłum. Florian Znaniecki. Kraków 2005:39.

⁹ Mieczysław Albert Krąpiec: *Ja-człowiek*. Lublin 1991:428.

¹⁰ Marc Andronikof: *Transplantation d'organes et éthique chrétienne*. Les Éditions de l'Ancre, Suresnes 1993:58.

¹¹ Tamże, s. 61.

¹² W tradycji arystotelesowskiej dusza jest aktem aktualizującym i organizującym materię tak, że wraz z rozwojem ciała pojawiają się poszczególne funkcje wegetatywne i zmysłowe naszego ciała. „Dusza jest «przyczyną» i «zasadą» żywego ciała”. Por.: Arystoteles: *O duszy*. Tłum. Paweł Siwek. PWN, Warszawa 1972:46.

¹³ „Ale gdyby nawet wszechświat go zmiażdżył, człowiek byłby i tak czymś szlachetniejszym, niż to, co go zabija, ponieważ wie, że umiera, i zna przewagę, którą wszechświat ma nad nim. Wszechświat nie wie nic o tym”. Blaise Pascal: *Myśli*. Tłum. Tadeusz Żeleński Boy. Warszawa 1977:112-113.

¹⁴ Por.: Diogenes Laertios: *Żywoty i poglądy słynnych mężów*. Tłum. Irena Krońska, Kazimierz Leśniak, Witold Olszewski. PWN, Warszawa 1982;X 125:645.

¹⁵ Na temat milczenia jako istotowej możliwości mowy u Heideggera zob. Anna Ziółkowska: *Hermeneutyczna wykładnia sumienia (Heidegger – Ricoeur)*. Diametros 2007;13:69.



Przyznanie odznaczeń Zasłużony Dawca Przeszczepu

Rocznica pierwszego udanego przeszczepienia szpiku w Polsce była okazją do przyznania po raz pierwszy wyróżnień dawcom.

Uroczystość odbyła się 27 listopada w Centrum Dydaktycznym WUM. Wyróżnienia przyznano osobom, które poświęciły „część siebie” dla ratowania życia innych. Odznaki wręczył Wiceminister Zdrowia Marek Twardowski, a wśród nagrodzonych znalazła się Katarzyna Przybylska – pierwsza dawczyni szpiku sprzed 25 lat.

Po uroczystości odbyła się konferencja prasowa pn. „Przeszczepianie komórek krwiotwórczych w Polsce – 25 lat później”. W spotkaniu wzięli udział: prof. Wiesław W. Jędrzejczak (Konsultant Krajowy ds. Hematologii); prof. Jerzy Hołowiecki (Członek Krajowej Rady Transplantacyjnej); prof. Jacek Wachowiak (Kierownik II Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu); prof. Andrzej Lange (Konsultant Krajowy w Dziedzinie Immunologii Klinicznej). Podczas konferencji podsumowane zostały dotychczasowe polskie osiągnięcia w zakresie przeszczepiania komórek krwiotwórczych, w kontekście sytuacji światowej. Wyemitowany został również film z 1984 r., nakręcony amatorską kamerą i przedstawiający relację z pierwszego przeszczepienia szpiku w Polsce.

Jednocześnie w ciągu dwóch dni – 27 i 28 listopada – w Centrum Dydaktycznym odbywało się sympozjum naukowe „Hematopoietic cell transplantation in Poland – 25 years later”, służące podsumowaniu dokonań i wyznaczeniu dalszych celów w zakresie przeszczepiania komórek krwiotwórczych w Polsce.

Drugi dzień konferencji niemal w całości wypełniły obrady grup przygotowujących raport o stanie przeszczepiania w 2009 roku, przeznaczony dla Ministerstwa Zdrowia, NFZ i Parlamentu RP.

Źródło informacji: D&D Communication

X Finał Szpitala Pluszowego Misia

19 listopada odbył się jubileuszowy, X Finał Szpitala Pluszowego Misia zorganizowany przez studentów z Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny – EMSA Warszawa. Sala gimnastyczna szkoły przy ul. Narbutta 14 na warszawskim Mokotowie zamieniła się na 7 godzin w prawdziwy szpital dla pluszowych zabawek.

Dwa razy do roku EMSA Warszawa organizuje finały Szpitala Pluszowego Misia.

– W praktyce wygląda to tak, że studenci WUM wcielają się w rolę lekarzy, a my zapraszamy pobliskie przedszkola, aby dzieci mogły oswoić się z widokiem białego fartucha i przekonać, że wiele procedur medycznych nie boli i nie trzeba się ich bać – tłumaczy Szymon Kierat z EMSA Warszawa.

– Dzieci bardzo łatwo wczuwają się w rolę opiekuna, mają

bogata wyobraźnię i są bardzo zaangażowane w proces diagnostyki – później nawet dyskutują, na co chorowały i co się działo z ich misiami – twierdzi aktorka, Małgorzata Foremniak, gość specjalny jesiennego finału.

Szpital Pluszowego Misia organizowany jest przez EMSA Warszawa od początku działalności tego stowarzyszenia na WUM, czyli od 5 lat. Przez ten czas projekt bardzo się rozwinął – w tym roku uruchomiono wiele gabinetów lekarskich, dwie sale operacyjne, pracownie diagnostyki obrazowej i elektromedycznej oraz większe, lepiej wyposażone laboratorium analityczne. Nowością stanowiły gabinety fizjoterapii oraz obecność psów przeszkolonych w zakresie dogoterapii. Szpital Pluszowego Misia – EMSA Warszawa stanął naprzeciw wymaganiom współczesnej medycyny i zapewnił swoim pluszowym pacjentom rzetelną diagnostykę, leczenie oraz rehabilitację, co jeszcze pełniej i dokładniej odpowiada szpitalnej rzeczywistości pacjentów oddziałów pediatrycznych. W finale udział wzięło 52 studentów wszystkich kierunków WUM oraz około 300 dzieci z 8 przedszkoli z terenu dzielnicy Mokotów. W akcję zaangażowała się również Fundacja Dr Clown.

Źródło: <http://www.emsa.waw.pl/biuletyn>

