MEDYCYNA
DYDAKTYKA
WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXV Akademia Medyczna w Warszawie Nr 12/2003

Zespół redakcyjny (Editorial Staff)
Prof. dr hab. **Stefan Kruś** (Redaktor Honorowy – Honourable Editor)
Dr hab. **Piotr Fiedor** (Redaktor Naczelny – Editor-in-Chief)

Mgr **Mirosława Müldner-Kurpeta** (Z-ca Red. Nacz. – Associate Editor)
Mgr **Magdalena Zielonka** (Z-ca Red. Nacz., korekta – Associate Editor, Proof-Reading)
Mgr **Małgorzata Sieradzka** (Asystent Red. Nacz., tłumaczenia – Assistant Editor, Translation)

Współpraca ze środowiskiem (Public Relation)
Mgr **Mariusz Foryś**

Rada Programowa i Naukowa – Scientific Council

Profesor **Janusz Piekarczyk** – Rector of Medical University of Warsaw
Profesor **Leszek Pączek –** Deputy Rector for Educational Affairs
Profesor **Wiesław Gliński –** Deputy Rector for Science and International Relations
Profesor **Józef Sawicki –** Deputy Rector for Human Resources
Profesor **Grzegorz Opolski –** Deputy Rector for Clinical Affairs, Development and Regional Cooperation
Profesor **Marek Krawczyk –** Dean of the First Medical Faculty
Profesor **Hubert Wanyura –** Deputy Dean for the Division of Dentistry
Profesor **Jerzy Stelmachów –** Dean of the Second Medical Faculty
Profesor **Jerzy A. Polański –** Deputy Dean for the English Division
Profesor **Jan Pachecka –** Dean of the Faculty of Pharmacy
Profesor **Piotr Małkowski –** Dean of the Faculty of Health Sciences
Profesor **Wojciech Noszczyk –** Dean of the Faculty of Postgraduate Studies

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

Adres Redakcji, Działu Promocji i Reklamy:
Sekretariat: mgr Ewa Kępska, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. 5720-109
e-mail: ewak@akamed.waw.pl i mziel@amwaw.edu.pl

Dokumentacja fotograficzna:
Dział Fotomedyczny AM

Prawa autorskie zastrzeżone

Skład tekstu, druk i oprawa
Zakład Wydawniczo-Poligraficzny, 01-833 Warszawa, ul. Daniłowskiego 3
Tel/fax 864 36 44, e-mail:drukarnia@druk.waw.pl

Spis treści

Życzenia 4

Z życia Akademii Medycznej w Warszawie 5

M. Sieradzka
LXIX Promocja lekarzy i lekarzy stomatologii I WL 5

M. Krawczyk
Wystąpienie Dziekana 6

J. Piekarczyk
Wystąpienie JM Rektora AM 8

P. Syska
Wystąpienie absolwenta 10

J. Regulski
Członkostwo Polski w Unii Europejskiej – wielka szansa i wielkie wyzwanie 12

K. Suwalski
Pierwszy przeszczep serca w warszawskiej AM 14

M. Zielonka
Konferencja naukowa z okazji nadania godności dhc prof. dr hab. M. Wierzbickiej 15

J. Piekarczyk
Wystąpienie JM Rektora 16

A. Górski
Konflikt interesów 17

M. Wierzbicka
Na skrzyżowaniu polsko-szwedzkiej kultury i historii 18

M. Zielonka
Sesja Noblowska 25

J. Piekarczyk
Wystąpienie JM Rektora 27

Obrony prac doktorskich 28

Medycyna 29

U. Sot
Nowe kierunki w leczeniu bólu 29

I. Szymański, J.Reymond, J. Wysocki
Złamania kości skroniowej jako istotny interdyscyplinarny problem kliniczny 34

Nauka 41

D. Szukiewicz
Wpływ bioaktywnych peptydów natriuretycznych na opór naczyniowy łożyska ludzkiego – badania in vitro 41

D.M.Pisklak
NMR i modelowanie molekularne w badaniach nowych ligandów receptora 5HT . . . 43

R.Ciecierski
Ekspresja genów dla kolagenu typu III, fibronektyny, HGF, EGF i TGF-ß w regenerującej wątrobie – wpływ leków immunosupresyjnych 44

M. Ciurzyński
Odległa ocena echokardiograficzna i czynnościowa chorych po przebytej zatorowości płucnej 45

M. Janas
Zwężenia tętnic zewnątrzczaszkowych jako późne powikłanie po radioterapii nowotworów okolicy szyi 47

J. Michalak
Badania wydolności żył kończyn dolnych u chorych po ujęciu niewydolnych żył powierzchownych 47

Dydaktyka 50

M. Frączek
Szkolenie podyplomowe dla chirurgów organizowane przez kliniki chirurgiczne I WL 50

Nowości wydawnicze 53

Nadciśnienie nerkopochodne 53

Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce 53

Pro memoria 54

U. Woyda-Gradowska 54

Refleksje wigilijne 55

Cz.M. Szczepaniak
Przy wigilijnym stole 55

Sprostowanie 56

Informacja o prenumeracie 56

Staropolskim obyczajem,

kiedy w Wigilię gwiazda wstaje,

Nowy Rok zaś cyfrę zmienia,

wszyscy wszystkim ślą życzenia

Przy tej pięknej sposobności i my życzymy Wam

radości, aby wszystkim się darzyło,

z roku na rok lepiej było.

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

LXIX PROMOCJA LEKARZY I LEKARZY STOMATOLOGII I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

Mgr Małgorzata Sieradzka
Biblioteka Główna AM

On the 8th of December the 69th commencement of doctors and doctors of dentistry of the 1st Medical Faculty was held.
The ceremony took place in the National Philharmonic Concert Hall of Warsaw and begun with the artistic part – a jazz concert. Afterwards speeches were given by the Universitys authorities : dean of the 1st Medical Faculty – professor Marek Krawczyk and Rector of the Medical University of Warsaw, professor Janusz Piekarczyk. A large audience had a possibility to hear the lecture given by professor Regulski, about the Polish accession to the European Union and the challenges connected with this event.
The main part of the ceremony was delivering diplomas to promoted undergraduates.

Dnia 8 grudnia 2003 roku, w Sali Koncertowej Filharmonii Narodowej odbyła się uroczysta, 69. promocja lekarzy i lekarzy stomatologii I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Odświętną scenerię i podniosłą atmosferę towarzyszącą tej uroczystości podkreślił koncert w wykonaniu Big Bandu Zespołu Państwowych Szkół Muzycznych im. Fryderyka Chopina w Warszawie pod dyrekcją Ryszarda Borowskiego, który z pasją wykonał klasyczne utwory jazzowe.

Chór Akademii Medycznej w Warszawie odśpiewał „Gaude Mater Polonia". Uroczystość rozpoczęło wystąpienie pana Dziekana I WL, prof. dr hab. med. Marka Krawczyka, który powitał wszystkich uczestników tej ważnej dla Uczelni chwili – wręczenia dyplomów absolwentom I WL i Oddziału Stomatologii. Wśród nich znalazły się władze Uczelni z JM Rektorem, prof. dr hab. Januszem Piekarczykiem, na czele, Prorektorzy, Dziekani i władze administracyjne AM oraz przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej i Okręgowej Izby Lekarskiej.

Rektor AM wygłosił przemówienie, po którym wszyscy

Rektor AM otwiera uroczystość

zebrani wysłuchali wykładu prof. dr hab. Jerzego Regulskiego pt. „Członkostwo Polski w Unii Europejskiej – wielka szansa i wielkie wyzwanie”. Wystąpienia te prezentujemy poniżej.

Potem zwrócił się do promowanych absolwentów Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej, dr Andrzej Włodarczyk, który w kilku słowach przedstawił zadania tej instytucji i jej rolę w życiu zawodowym młodych lekarzy.

Następnie prodziekan I WL – prof. dr hab. I.W. Krasnodębski, odebrał przysięgę Hipokratesa.

Po tej części uroczystości dyplomy z wyróżnieniem odebrali absolwenci, którzy uzyskali najwyższą średnią ocen, a następnie pozostali absolwenci I WL i Oddziału Stomatologii. Po odebraniu dyplomów promowani absolwenci wysłuchali przemówienia absolwenta I WL– lek. Pawła Syski.

Na zakończenie uroczystości chór AM tradycyjnie już wykonał hymn młodzieży akademickiej „Gaudeamus igitur”.

Wystąpienie Dziekana

Prof. dr hab. Marek Krawczyk

Magnificencjo, Panie Profesorze Regulski,
Wysoki Senacie, Pani Dyrektor, Panie Dyrektorze,
Szanowni Państwo,
a przede wszystkim Wy bohaterowie dzisiejszego dnia,
młodzi lekarze – rocznik 2003.

Otrzymanie dyplomu wyższej Uczelni jest dla każdego wielkim przeżyciem, wielkim świętem. Jestem przekonany, że tak jest i w Waszej sytuacji. Licznie zgromadzeni tutaj Wasi najbliżsi dowodzą tego. Już zapewne dzisiaj, a jeszcze bardziej za kilka lat ocenicie nasze wysiłki przekazania Wam wiedzy. Studiowaliście w Uczelni, która ma długą historię. Pierwszy Dziekan Wydziału Lekarskiego, wydziału, który był jednym z 5 wydziałów Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczął urzędowanie w 1916 r. Był nim Prof. **Leon Kryński** – anatom i chirurg. I tak było do 1949 r., kiedy ostatnim dziekanem Wydziału Lekarskiego UW, był wielki profesor tej Uczelni Prof. **Marcin Kacprzak**. Prof. Marcin Kacprzak był jednocześnie pierwszym dziekanem wydziału lekarskiego Akademii Medycznej. Studiując zapewne spotykaliście się Państwo z nazwiskami tak wielkich osobowości pracujących w naszej Uczelni, jak Prof. **Antoni Gluziński** – internista, Prof. **Mieczysław Michałowicz** – pediatra, Prof. **Ludwik Paszkiewicz** – anatomopatolog, czy Prof. **Grzywo-Dąbrowski** – medyk sądowy, nie wspomnę już o Prof. **Tadeuszu Butkiewiczu** – chirurgu, czy fizjologu Prof. **Franciszku Czubalskim**. Te wszystkie wielkie postacie wiążą się z latami istnienia Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Warszawskim. Ale i w czasach, kiedy powstała najpierw Akademia Lekarska, która przekształciła się w 1950 r. w Akademię Medyczną mamy wielu wspaniałych naukowców i dydaktyków. Wymienię tylko twórców polskiej transplantologii – nieżyjącego już Prof. **Jana Nielubowicza**, czy ciągle pracującego naukowo – prof. **Tadeusza Orłowskiego**. Dlaczego o tym wspominam, ano dlatego, że

Przemawia Dziekan prof. dr hab. M. Krawczyk

wierzę, że wśród Was są tacy, których nazwiska zapisane dzisiaj, jako absolwentów kiedyś będą przytaczane przez pokolenia. Życzę Wam tego z całego serca. Tak proszę Państwa. Nikt z nas tu siedzących nie miał założonej togi profesorskiej, gdy kończył studia. Wielu z nas nie pamięta rozdania dyplomów, gdyż nie były to uroczystości – po prostu w gabinecie dziekana dostawaliśmy dyplomy. Dzisiaj jesteśmy dumni, że kolejny rocznik otrzymuje dyplomy, że ponad 10% z Was otrzyma te dyplomy z wyróżnieniem.

Drodzy jesteście szczególnymi absolwentami. W maju przyszłego roku Polska staje się członkiem Unii Europejskiej, za kilkanaście minut będziecie mieli okazję wysłuchać wykładu Prof. Jerzego Regulskiego, co nas czeka. Czy mamy prawo wierzyć, że jest to wielka szansa, czy jeszcze bardziej powinniśmy pamiętać, że jest to wielkie wyzwanie? I w tym miejscu zastanówmy się razem, co Was czeka. Nie wszyscy zapewne będziecie pracować w Warszawie czy w Uczelni, którą skończyliście. Ale zapewne z takim samym niepokojem, jak my patrzycie na zmiany, które rozgrywają się w ochronie zdrowia. Wszyscy, którzy tu siedzimy, Wasi nauczyciele, z wielką nadzieją patrzyliśmy na wprowadzenie Kas Chorych. Niestety, niezwykle szybko okazało się, że zmiany te, choć z założenia słuszne są w większości niebezpiecznie puste, że nie starcza na finansowanie leczenia. Teraz powtarza się nam, że Narodowy Fundusz uzdrowi problemy, ale on ich niestety nie uzdrowi. Powtarzanie przez wielu decydentów, że długi szpitali to wina złego zarządzania lub nieumiejętnego racjonalnego stosowania leków to nieprawda. To chęć proszę Państwa odwrócenia uwagi od istoty problemu, czyli od niewystarczającego nakładu finansowego na leczenie. Otóż dam Państwu przykład – w tej Uczelni, tak często niezauważanej przez władze administracyjne miasta czy województwa, że nie wspomnę już o naszym resorcie, wykonuje się liczne zabiegi z bliskiej mi dziedziny, jaką jest przeszczepienia narządów i tkanek. Proszę Państwa ta Akademia Medyczna, jej pracownicy wykonują dla przykładu 70% wszystkich przeszczepień wątroby w Polsce, a gdyby odjąć przeszczepienia u dzieci, to odsetek ten wynosi 85% całej liczby w kraju. Przeszczepienia trzustek wykonuje się wyłącznie w Akademii Medycznej w Warszawie. Działalność ta nie zadłuża ani szpitala na Banacha, ani na Lindleya. Dlaczego, dlatego, że koszty zostały policzone właściwie. A co to znaczy – właściwie. Otóż proszę Państwa koszty tych zabiegów są u nas 4– krotnie, powtarzam 4-krotnie niższe niż we Francji, czy Niemczech. My w naszych szpitalach potrafimy to robić, dobrze i tanio. Zarzuty rozrzutności, czy niegospodarności są niesłuszne. Mogę ten sam wywód przeprowadzić dla naszej akademickiej hematologii, która nie wiem, czy Państwo wiecie leczy większą grupę chorych niż cały Instytut Hematologii. Proszę Państwa, wielokrotnie zadłużonym naszym szpitalom przeciwstawia się, te również nasze szpitale, które nie mają długów. To dobrze, że te szpitale nie mają długów, ale są to szpitale monoprofilowe, które nie muszą przyjmować każdego, a jeszcze do tego zajmują się leczeniem ludzi młodych lub opiekują się rodzącymi. Czy można nam zarzucać zadłużenie w szpitalu na Banacha, czy na Lindleya, gdy przyjmujemy na sławne styropiany, gdyż nie mamy miejsc na łóżkach (widzieliście to odbywając zajęcia), a płaci się nam za to, co zapisano nie uwzględniając potrzeb społeczeństwa. Nikt nie chce zauważyć, że szpital uniwersytecki nie może być finansowany tak, jak szpital miejski, choć na świecie już dawno to zrozumiano. Oczekuje się od nas najwyższych standardów i tak pracujemy, ale jak długo tak będzie? Widzieliście nasi drodzy absolwenci nasze warunki pracy i dydaktyki. Blok operacyjny w Szpitalu na Banacha pracuje 28 lat. 7 lat temu Minister Zdrowia swoim podpisem potwierdził konieczność budowy nowego bloku operacyjnego i sfinansował dużą sumą projekt nowego obiektu. I co dalej? Decyzje zamrożenia spowodowały, że od 3 lat nic się nie dzieje. Zdaje sobie sprawę z tego nasz prorektor ds. inwestycji, który w czasie wyborów podkreślał, co będzie jego priorytetem. A my uczymy i operujemy w obiekcie sprzed 30 lat. Dlatego proszę Państwa pojawiają się moje niepokoje. Jeszcze Was byliśmy w stanie uczyć w tych warunkach, ale ciśnie się na usta pytanie – jak długo?

Tak, jesteśmy przygotowani do Unii, uprawiamy medycynę zauważalną przez naszych kolegów ze szpitali innych krajów, ale trzeba nam pomóc. Drodzy Państwo, nieszczęściem naszej Uczelni jest nasza lokalizacja. Wielu lekarzy z ośrodków pozawarszawskich mówi, wy z Akademii Medycznej w Warszawie, to macie dobrze, blisko Miodowej, blisko Wiejskiej, blisko Alei Ujazdowskich. A my nauczyciele akademiccy w warszawskiej Alma Mater odczuwamy to inaczej. Proszę popatrzeć – uczelnie medyczne takich miast jak Białystok, Lublin czy Bydgoszcz są oczkiem w głowie władz tych miast, posłów i senatorów z nich się wywodzących. Ale mogę Państwa wszystkich zapewnić – tak nie jest w Warszawie. W Warszawie najchętniej, warszawskiej wyższej szkole medycznej coś by się nie dało lub zabrało. W ciągu ostatnich lat do trzech wydziałów, które mieliśmy dzięki staraniom władz Uczelni doszły dwa nowe. Przejęliśmy nowe zadania w szkoleniu pielęgniarek i szkoleniu podyplomowym, a czy dostaliśmy na to finanse – proszę zapytać Rektora. Zdziwicie się Państwo, że jako Dziekan I Wydziału Lekarskiego o tym mówię. Ale mam do tego prawo, gdyż to zakłady i kliniki I Wydziału, którym kieruję uczą większość tych nowych studentów.

Drodzy, absolwenta medycyny powinny cechować różnorakie umiejętności. Należy do nich znajomość i zrozumienie podstawowych elementów zawodu lekarza, ale także zrozumienie i stosowanie w pracy codziennej zasad moralnych i etycznych. Tak moi drodzy, absolwenta medycyny powinna cechować znajomość wartości zawodowych, w tym doskonałość i altruizm, ale również zrozumienie chorego człowieka i współczucie mu. Decyzje medyczne lekarza muszą być partnerskie w relacji pacjent – lekarz. Jestem przekonany, że takimi lekarzami będziecie, a raczej już jesteście. Musicie drodzy Państwo także pamiętać, że zastąpicie nas w naszych badaniach naukowych i w dydaktyce. Ta Uczelnia była dla Was nauczycielką medycyny, ale teraz Wy musicie

stać się częścią tych, którzy będą nauczać jutro i pojutrze. Słuszna jest, po wielu latach podjęta przez Izby Lekarskie decyzja o ustawicznym kształceniu. Nikt z Państwa otrzymując dzisiaj dyplom nie wątpi, że zdobywanie wiedzy w medycynie kończy się z uzyskaniem dyplomu. Nie zapominajcie o tym, nawet gdy będziecie leczyć w najdalszym zakątku naszego kraju.

Drodzy, kochani nasi byli studenci, dzisiaj lekarze, życzę Wam byście spełnili swoje marzenia podejmując studia medyczne, życzę Wam by Was zaczęły omijać trudy zdobywania pieniędzy na leczenie, byście mogli po prostu dobrze leczyć i żyć godnie, bo Wasza wiedza, Wasze wykształcenie, a przede wszystkim Wy na to zasługujecie. Zaczęliście nowe życie, życie, do którego przygotowywaliście się przez 6 lat – życie lekarza. Życzę Wam powodzenia na tej nowej, szczególnej drodze życia.

Wystąpienie JM Rektora

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Panie Dziekanie, Wysoka Rado,
Wielce Szanowni Państwo,
Dostojni Goście.

Serdecznie Państwu dziękuję za przybycie na tę piękną uroczystość w imieniu senatu, władz uczelni, całej społeczności akademickiej. A w szczególności tych oto absolwentów I Wydziału Lekarskiego, którzy po zaliczeniu prawem przypisanych egzaminów stają przed nami, aby złożyć przysięgę Hipokratesa, abyśmy mogli poprzez uroczyste wręczenie dyplomu podnieść ich do godności lekarza. Lekarz ... to tytuł zawodowy uprawniający do ubiegania się o prawo wykonywania tego pięknego zawodu, ubiegania się o zdobycie stopnia naukowego doktora i dalszych awansów naukowych i zawodowych. Ale z pewnością jest to nade wszystko powołanie do służby cierpiącemu człowiekowi... i nie bójmy się tego słowa służba, ono może mieć specjalne znaczenie. Przed rokiem z okazji swojego złotego jubileuszu Prof. Andrzej Kułakowski – znakomity chirurg i wieloletni dyrektor Instytutu Onkologii, wydał monografię pt: „*50-lat służby*...”

Im większą wiedzę posiadłeś, im więcej otrzymałaś talentów, tym większy obowiązek na Tobie spoczywa.

Każdy lekarz jest przecież dla swoich pacjentów kimś wyjątkowym, dlatego też ciąży na nim specjalna odpowiedzialność, szczególny obowiązek zwłaszcza wobec tych bezradnych, często odartych z intymności ludzi chorych mu powierzonych.

To im, naszym pacjentom jesteśmy winni niesienie pomocy, ulgi w cierpieniu, a nade wszystko wyciągnięcie do nich przyjaznej dłoni, dodanie otuchy, przywrócenie wiary ... w realność wyzdrowienia, w olbrzymie możliwości nowoczesnej medycyny XXI wieku.

Pamiętać musimy wszakże o tym, że coraz częściej nasz pacjent, ten bezradny cierpiący człowiek dorównuje nam wykształceniem, inteligencją, a nawet wiedzą. W związku z tym zapytać można, w jaki sposób nieść pomoc, dodawać otuchy takiemu pacjentowi, czy jest to możliwe i czy jest potrzebne poza wykonaniem konkretnego zabiegu, zaordynowaniem potrzebnego leku?

Posłuchajcie Państwo co mówią o tym wielcy lekarze, którzy żyli lub żyją wśród nas: Prof. Jan Nielubowicz - wielki chirurg i były Rektor Akademii powiedział: Im byłem starszy, tym bardziej się dziwiłem. Różni chorzy ludzie, często mądrzejsi ode mnie, chcieli ciągle ze mną rozmawiać. Pragnęli, abym ciągle był przy nich, jak gdybym miał jakąś nadprzyrodzoną siłę... W końcu, po latach zrozumiałem...Chory wierzy, że lekarz ma jakąś cudowną moc uzdrawiania. Często bardzo pomaga to w leczeniu. Stąd wypływa cały szereg imperatywów dla młodych lekarzy. Nie żałujcie czasu i nie dziwcie się... .

A oto co pisze Profesor Andrzej Szczeklik, który jest członkiem społeczności naszej uczelni i I Wydziału Lekarskiego, ponieważ jest doktorem honoris causa AM. Chętnie wracam do Jego książki „*Katharsis*”, pełnej humanistycznych treści. Proponuję Państwu dzisiaj krótki cytat z rozdziału pt. Cierpienie ... wchodząc na korytarz i do sal szpitalnych, doświadczamy w dramatyczny sposób słabości i ułomności naszej ludzkiej natury. Tu czekać na nas może bezmiar ludzkiego cierpienia i samotności. Ale to miejsce jest także miejscem nadziei. Nadziei samych chorych, odczuwających wolę życia, nadziei ich krewnych i przyjaciół, podzielających ich ufność w nadejście poprawy zapowiadającej powrót do zdrowia. W odzyskaniu tej nadziei mają, oczywiście, swój udział lekarze, pielęgniarki i cały personel szpi-

talny. I jeśli potrafią zespolić umiejętności i talent, wytrwałość i życzliwość – to są na najlepszej drodze, by zbudować wspólnotę ludzi chorych i tych, którzy przychodzą, by ulżyć im w cierpieniach, wyzwolić z choroby do zdrowia. Klinika lub oddział szpitalny może oznaczać taką wspólnotę.

W słowie wstępu do cytowanej książki Czesław Miłosz pisze z kolei, jak nas lekarzy mogą widzieć nasi pacjenci...

Są dwie strony: strona pacjenta i strona lekarza. W różnych okresach życia chorujemy i doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne. Ale kim jest człowiek, który zbliża się do nas i od którego słów tak wiele zależy? Zatrzymujemy uwagę na jego ustach, które wypowiadają zdania będące nieraz wyrokiem. Trzeba przyznać, że wyposażamy go w potęgę, której być może nie posiada. Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnych śmiertelników.

Pragnę Państwu powiedzieć, że te wszystkie głębokie treści przekazywane przez naszych nauczycieli kolejnym pokoleniom lekarzy, przekazywane nam od najdawniejszych czasów, od starożytności, są i będą zawsze aktualne. Zasady postępowania lekarskiego ustalone w starożytnej Grecji przez Hipokratesa z Kos przetrwały do dzisiaj i stanowią spuściznę kultury helleńskiej, obok zasad demokracji, do których nawiązuje obecny świat, nasza cywilizacja XXI wieku, w tym cywilizacja europejska, nasza cywilizacja, którą się szczycimy. Z kultury starożytnej Grecji wartości te niewątpliwie zaczerpnęła również Unia Europejska, do której przystępujemy za kilka miesięcy. W związku z tym faktem senat naszej uczelni przyjął uchwałę, gdzie między innymi zapisaliśmy:

Obecnie, wkraczamy w decydujący etap jednoczenia Starego Kontynentu, ukierunkowania jego dalszej ewolucji ku nowym celom. Od wielu wieków, słowo Europa określało przestrzeń geograficzną, wspólnotę wartości religijnych, filozoficznych i politycznych, a także coś, czego nie opisze żaden traktat – nową tożsamość obywatelską i ponadpaństwową solidarność społeczną.

Szanowni Państwo!

Teraz gdy wejście do Unii jest dla nas faktem prawie dokonanym toczą się jednak ciągle negocjacje, które wydają się być coraz bardziej nieugięte, twarde, chyba też coraz bardziej profesjonalne. Chcielibyśmy powiedzieć, że dają nam one pewne poczucie godności i zadowolenia, że potrafimy jednak toczyć je w pozycji wyprostowanej i z podniesioną głową. Fakty te powiedziałbym napawają pewną dozą optymizmu wobec znanych nam niestety popełnionych błędów, przez brak profesjonalizmu naszych negocjatorów niższego szczebla, w randze urzędników państwowych, którzy stali się przyczyną niewłaściwych zapisów przyjętych przez Polskę w traktacie akcesyjnym. Dotyczą one również medycyny, w tym warunków wzajemności uznawania wykształcenia zawodów medycznych, a przede wszystkim zawodu lekarza.

Do przepisów niewątpliwie krzywdzących dla naszych obywateli, nierówno, gorzej traktujących absolwentów naszych uczelni niż absolwentów z Unii Europejskiej jest wprowadzony Państwowy Egzamin Lekarski, który powoduje, że Państwo – nasi absolwenci macie gorszy, trudniejszy start w życie zawodowe niż absolwenci wydziałów lekarskich Unii. Unia zaakceptowała takie warunki na życzenie strony polskiej, przy braku sprzeciwu środowiska, właściwie jedynym ciałem zgłaszającym protest była Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, protest w postaci uchwał zgłosiły także senaty większości uczelni, w tym Senat naszej Akademii Medycznej.

Jakże ważny, jawi się zapis w Konstytucji Unijnej. Zdając sobie sprawę z niezbędności zachowania szczególnej giętkości języka dyplomacji, oczekujemy jednak zachowania nieprzekraczalnych granic uwarunkowanych ciągłością europejskiej tradycji, kultury, religii i nauki. Myślę, że większość z nas ma nadzieję, nawet jest przekonana, że właśnie te wartości staną się silnym spoiwem naszego niebawem wspólnego Europejskiego Domu. W moim przekonaniu Polska analogicznie, jak każdy kraj wchodzący w skład Unii, powinna mieć i jak mniemam, będzie miała szansę na wniesienie do powszechnego dziedzictwa europejskiego cennych elementów swojej odrębności, wzbogacając zarówno to dziedzictwo, jak i własną tożsamość. Myśląc jednak o relacjach prawa europejskiego z ustawodawstwem poszczególnych krajów członkowskich można rozważać pojedyncze problemy, dotyczące różnych spraw, w tym również spraw szczegółowych, np. dotyczących zawodów medycznych.

Ciągle i coraz bardziej aktualnym tematem, coraz szerzej szczególnie w Europie dyskutowanym jest na przykład sprawa eutanazji. Jest ona propagowana jako sposób na poczucie beznadziei, bezradności lekarza, jak i pacjenta, gdy w pełni wdrożone postępowanie paliatywne nie przynosi rezultatów. Myślę, że każdy z nas zgromadzonych w tej sali powiedziałby, zarówno w moim przekonaniu, jak i w przekonaniu zdecydowanej większości środowiska lekarskiego, potwierdzającego ten sposób myślenia uchwałą Toruńskiego Krajowego Zjazdu Lekarzy... wszystko to w żadnym stopniu nie usprawiedliwia eutanazji ... .

Tak, Szanowni Państwo, przyjęcie eutanazji, jako sposobu postępowania lekarza naruszyłoby w drastyczny sposób relację pacjenta z lekarzem i musiałoby doprowadzić do nieufności i lęku wobec lekarzy i pielęgniarek, co wyraźnie zaznaczyło się już w tych krajach, gdzie parlament eutanazję zalegalizował. Bez wątpienia czyn ten pozostaje w głębokiej sprzeczności z zasadami wypracowanymi na podstawie wielowiekowej europejskiej – kultury, tradycji, religii ... i etyki, w tym etyki lekarskiej. Eutanazja pozostaje w krańcowej

sprzeczności z przysięgą Hipokratesa, z której nikt lekarza nie może zwolnić w ciągu całego życia zawodowego.

Szanowni Państwo jestem przekonany, wiem, że potraficie dokonywać trafnych wyborów, a będziecie na nie skazani przez kilkadziesiąt lat pracy zawodowej. Będą to wybory związane z narzucanymi Wam decyzjami polityków, organizatorów i reformatorów opieki zdrowotnej, ale również ze zmianami sposobów leczenia związanymi z niebywałym postępem nauk medycznych. Postęp ten szlenie zdynamizował się u progu XXI wieku. Przecież w pierwszych miesiącach nowego tysiąclecia rozszyfrowano pełny zapis genetyczny człowieka. Medycyna zmieniła charakter, stała się medycyną molekularną.

Oparte na tym fakcie perspektywy są oszałamiające. Następny krok związany ma być z proteomiką, której istotą będzie poznanie dokładnej budowy i funkcji białek. Związane z tym teorie przewyższają wielokrotnie stopień zaawansowania dotychczasowej globalnej wiedzy w biologii i medycynie. Te wszystkie zdobycze nauki i techniki będą oddane do Państwa dyspozycji i rozsądnego ich zagospodarowania, rozsądnego wykorzystywania.

Chciałbym na koniec zaproponować Państwu wysłuchanie jeszcze jednego cytatu z wypowiedzi naszego wspólnego nauczyciela, wielkiego lekarza – internisty, profesora, doktora honoris causa naszej Alma Mater – Tadeusza Orłowskiego, który nieustannie pracuje naukowo. A oto cytat: pragnę podzielić się, zwłaszcza z kolegami planującymi karierę naukową, moimi doświadczeniami, uzyskanymi w czasie przeszło 60-letniej działalności lekarskiej. Porównując mózg ludzki z komputerem dochodzę do wniosku, że przez ten czas moja baza danych wybitnie się powiększyła. Niestety okazuje się, że zawiera ona w większości dane nieaktualne, a nawet nieprawdziwe. Doszedłem do wniosku, że w mojej bazie znajdują się w zasadzie 2 typy informacji: o faktach oraz o ich interpretacji. Informacje o faktach zawsze zasługują na zapamiętanie, gdyż są niezmienne. Ich interpretacje i opracowane na ich podstawach teorie ulegają ciągłym zmianom, zależnym od aktualnych postępów wiedzy. W praktyce więc konieczne jest uświadomienie sobie tego, co się wie, czego się nie wie, oraz gdzie w razie potrzeby brakującą wiedzę można uzupełnić.

Moja wiedza lekarska w dniu uzyskania dyplomu obejmowała szeroki wachlarz nauki o chorobach wewnętrznych. Dziś po przeszło 60 latach zdaję sobie sprawę, że nawet w szczególnie mi bliskich dziedzinach transplantologii i nefrologii dysponuję zaledwie ułamkiem ważnych wiadomości. I w tym przypadku znaczna część nabytej przeze mnie wiedzy stała się nieaktualna lub nieprawdziwa. Nie uległy zmianie jedynie 2 dziedziny: podstawy diagnostyki opartej na badaniu podmiotowym i fizycznym chorego oraz rozumienie roli należytego stosunku lekarza do chorego. Biegłość w tych dziedzinach jest niezbędnym warunkiem dla osiągnięcia możliwie jak najlepszych wyników terapeutycznych. Niestety wydaje się, że w dzisiejszych czasach zasady z nich wypływające są lekceważone, mimo że tak dobrze służyły medycynie przez przeszło 2000 lat.

Szanowni Państwo – przyjmijcie tych kilka myśli zawartych w cytatach z wypowiedzi wielkich lekarzy, profesorów naszych wspólnych nauczycieli, jako rodzaj przesłania na Wasze życie zawodowe. Niech praca w tym pięknym zawodzie, również praca naukowa dla osób, które wybiorą tę drogę przysporzy Państwu wiele satysfakcji, niech zawsze towarzyszy Wam wdzięczność chorych, którym będziecie śpieszyli z pomocą, którym podacie pomocną dłoń i przyniesiecie ulgę w cierpieniu.

Wystąpienie absolwenta

Lek. Paweł Syska

Magnificencjo Panie Rektorze, Panie Dziekanie, szanowni Profesorowie, Drodzy Rodzice, Koleżanki i Koledzy.

Dzisiejsza uroczystość, w której ze wzruszeniem bierzemy udział, przypomina uniwersalną prawdę o nieubłaganym prymacie czasu. O tym, że: „czas ma zazwyczaj coś gorzkiego w sobie” i o tym, że przesuwamy się na drodze życia.

Wiemy już, że są na niej drogowskazy wartości i musimy na nie nieustannie spoglądać. Życie i dobro człowieka, powinność, szacunek, odpowiedzialność, kompetencje – one wyznaczają kierunki drogi ku ostatecznej Tajemnicy.

Szanowni Państwo, i oto nadeszła chwila szczególna: wręczono nam dyplomy, na które ciężko pracowaliśmy przez kilka ostatnich lat.

Mówi się, że miarą ludzkiego szczęścia są spełnione marzenia i zrealizowane plany życiowe.

Dziś możemy śmiało powiedzieć, że już udało się nam osiągnąć wiele: studiowaliśmy na uczelni uważanej za najlepszą akademię medyczną w kraju. Zdobyliśmy wyższe wy-

kształcenie i zawód powszechnie uznawany za jeden z najbardziej zaszczytnych.

Nie było to łatwe – medycyna to wiedza nieprzebrana, wymagająca najpierw od studenta, a potem od lekarza pełnego poświęcenia sprawie, ciągłego doskonalenia i dużej dyscypliny wewnętrznej. Naszym powołaniem i zadaniem, które właśnie zaczynamy wypełniać, jest niesienie pomocy i ulgi cierpiącemu człowiekowi. Jestem przekonany, że każdy z nas zawsze o tym pamiętał w trakcie studiów i myśl ta będzie nam towarzyszyć przez całe nasze lekarskie życie.

W naszym zawodzie, jak w żadnym innym, trzeba mieć mistrza i przewodnika. Z szacunkiem więc w podziękowaniu chylę głowę przed naszymi Profesorami i wszystkimi, którzy odkrywali przed nami tajniki wiedzy. To dopiero początek drogi i prosimy o dalszą opiekę i możliwość czerpania z Waszego doświadczenia i mądrości.

Dziękuję również wszystkim pracownikom naszej Uczelni.

Słowa wdzięczności w sposób szczególny kieruję do naszych Rodziców. Te dyplomy to również Wasz sukces i powód do dumy.

Ukończyliśmy studia w przełomowym momencie historii. Zaczniemy pracować w zjednoczonej Europie i uważam, że jesteśmy do tego dobrze przygotowani. Wielu z nas miało okazję poznać zagraniczne uczelnie medyczne i szpitale w ramach wyjazdów stypendialnych, staży, czy praktyk wakacyjnych.

Okres studiów to czas, który będziemy zawsze pamiętać – to przecież nie tylko nauka i uczelnia. Uroki i przywileje studenckiego życia trudno zapomnieć i myślę, że już powoli zaczynamy odczuwać braki w tym zakresie.

Pielęgnujmy troskliwie przyjaźnie tutaj zawiązane, niezależnie od tego, gdzie przyjdzie nam mieszkać i pracować. Nie zawsze spotkamy się w jednym szpitalu z koleżanką z grupy czy kolegą z akademika, ale to od nas samych zależy, czy po latach będziemy dalej dobrymi przyjaciółmi, czy też ludźmi znającymi się tylko z nazwiska.

Koleżanki i Koledzy – długo czekaliśmy, by móc o sobie powiedzieć: „jestem lekarzem”. Teraz, kiedy to stało się już faktem, kiedy złożyliśmy przyrzeczenie lekarskie, pamiętajmy o istocie naszego powołania i strzeżmy godności tego zawodu przez całe życie.

Los nie oszczędzi nam z pewnością porażek i smutku płynącego z bezsilnej walki z chorobą. Tego nie unikniemy...

Radość i satysfakcja z wyleczenia pacjenta przypomni nam, że warto było podjąć ten trud!

A zatem: „szczęśliwej drogi już czas” – jak mówią słowa popularnej piosenki – „mapę życia w sercu masz; jesteś jak młody ptak”. Już czas...

Wręczanie dyplomów przez władze uczelni

Polskie członkostwo w Unii Europejskiej. Wielka szansa – wielkie wyzwanie

Prof. dr hab. Jerzy Regulski
Collegium Civitas

Po raz pierwszy od kilkuset lat przed Polską otworzyła się wielka szansa. Wyzwoliliśmy się z pod obcych interwencji. Mamy bezpieczne granice. Nie musimy się obawiać agresji sąsiadów. NATO roztoczyło nad nami ochronny parasol. Uzyskaliśmy możliwość swobodnych podróży i kontaktów międzynarodowych. Rozwija się handel, wymiana naukowa i kulturalna. Nadchodzące nasze członkostwo w Unii Europejskiej stworzy trwałe podstawy dla naszego pełnego uczestnictwa w europejskiej rodzinie krajów demokratycznych. Wykorzystanie tej wielkiej szansy staje się podstawowym zadaniem młodego pokolenia Polaków.

Prof. dr hab. Jerzy Regulski

Nie potrzeba tutaj kolejny raz dowodzić historycznego znaczenia tego członkostwa i wielkich korzyści, jakie możemy osiągnąć. Kampania przed referendum upowszechniła wiedzę w tej sprawie, a wynik referendum jednoznacznie potwierdził wolę społeczeństwa, mimo poważnej kampanii anty-unijnej. Wszyscy oczekujemy, że dzięki temu członkostwu uzyskamy nie tylko poważne wsparcie finansowe, ale także szerokie możliwości wszechstronnego rozwoju, tak gospodarczego, jak i społecznego. Ale wykorzystanie tych możliwości nie będzie łatwe. W nadchodzących latach będziemy musieli, w tym celu, dokonać ogromnego wysiłku. I z tego wiele osób albo nie zdaje sobie sprawy, albo woli o tym nie pamiętać. Wszyscy mówią o integracji, ale nie wszyscy zastanawiają się, co to oznacza.

* * *

Termin „integracja europejska" jest na ogół rozumiany jedynie jako proces naszego przystępowania do Unii Europejskiej, a problemy integracji sprowadzane są do pytania o nasze rolnictwo, czy też do sprawy zakupu ziemi przez cudzoziemców. Jest to poważny błąd, który należy się starać możliwie szybko sprostować. A jest to możliwe jedynie wtedy, gdy nadamy właściwą treść pojęciu integracji europejskiej.

Trzeba więc zacząć od elementarnych wyjaśnień. Słowo „integracja" oznacza połączenie, zespolenie czy scalenie. Termin ten można odnosić do różnych spraw. Można się integrować, a więc łączyć, wokół wspólnych celów. Można integrować, a więc zespalać wysiłki we wspólnych działaniach. Można wreszcie scalać, czyli integrować instytucje.

Integracja jest ze swej natury procesem, i to procesem długotrwałym. Aby dojść do głębszej integracji państwa i społeczeństwa, muszą przejść długi okres wzajemnego poznania i współpracy, a następnie upodobniania się, wykształcania wspólnych celów i sukcesywnej integracji wysiłków we wspólnych działaniach.

Pierwszym krokiem w procesie integracyjnym jest nawiązywanie współpracy między państwami i społeczeństwami w różnych dziedzinach, np. wymiany gospodarczej czy kulturalnej. Ale w wyniku takiej współpracy następuje nie tylko poznanie współpartnera, ale także obaj partnerzy zaczynają w jakiś sposób upodabniać swoje sposoby działań, chociażby po to, aby te działania były skuteczniejsze. I ten początek wzajemnego upodabniania jest właśnie początkiem procesów integracyjnych. Jest to początek zmian wewnętrznych, spowodowanych potrzebą dostosowania się do innych partnerów.

Dalszymi krokami będzie integrowanie się wokół realizacji pewnych, wspólnych celów. Potem ujednolicanie procedur i budowanie wspólnych regulacji prawnych czy wspólnych instytucji. Integracja musi przebiegać równocześnie na wielu płaszczyznach. Nie można myśleć jedynie o integracji gospodarczej bez jednoczesnego zbliżenia struktur prawnych i administracyjnych, bez zbliżenia mentalności i sposobu zachowań partnerów, a więc bez zbliżenia kulturowego i cywilizacyjnego. I właśnie na te aspekty chciałem tu zwrócić uwagę, gdyż są one w debacie publicznej zepchnięte na margines. Pisze się i dyskutuje o dostępie do funduszy, o dopłatach dla rolników, o konkurencji i limitach produkcyjnych. A trudności sprowadzane są do spraw czysto technicznych, a więc czy na czas będzie działał system komputerowy, albo czy powstaną właściwe instytucje. To są sprawy ważne i konieczne, ale niestety niewystarczające.

* * *

Warunkiem wykorzystania szans wynikających z integracji jest identyfikacja wspólnych celów i zadań, ale także wykształcenie wspólnych form działania. A więc jeśli chce-

my wykorzystać te możliwości, to trzeba się zastanowić, gdzie występują różnice? Prowadzi się prace nad dostosowaniem prawa i instytucji. Różnice w jakości i strukturze produkcji czy w rolnictwie są przedmiotem troski przedsiębiorców i władz państwowych. Prowadzone są różne szkolenia dla dostosowania wiedzy i umiejętności. Ale pozostaje cała wielka sfera mentalności społeczeństwa i sposobu zachowań ludzi. Różnice są tu poważne, a ich usunięcie będzie trwało długo. Prawo można zmienić w kilka miesięcy. Przekształcenie instytucji czy gospodarki wymaga kilku lat. Ale zmiana mentalności społeczeństwa to sprawa pokolenia, a może i dwóch.

Polska jest bardzo zróżnicowana. Dystans między wielkimi miastami i odległymi wsiami wynosi nie tylko wiele kilometrów, ale i wiele lat rozwoju. Wysiłek więc, jaki te różne społeczności muszą wykonać różni się bardzo. To co może być łatwe dla jednych, inni osiągną dopiero w następnym pokoleniu. Ale te różnice cywilizacyjne i kulturowe oznaczają, że obecnie ludzie w Polsce kierują się niejednakowymi przesłankami i podejmują swoje decyzje według różnych kryteriów. Te wewnętrzne różnice, występujące w kraju, są groźne. Trzeba je pokonać, jeśli Polacy mają pozostać jednym narodem. I nie chodzi mi tutaj o mniejszości etniczne i obcokrajowców, którzy muszą mieć zagwarantowane odpowiednie swobody. Chodzi mi niebezpieczeństwa rozwarstwienia obywateli w zależności od poziomu ich kultury i umiejętności. Chodzi o Polskę A i Polskę B, które mogą nadal oddalać się od siebie. Jedność narodu to jedność kultury.

Wszystko zaczyna się od wychowania, tego domowego i tego szkolnego. Wiemy, że szkolnictwo w Polsce odbiega od tego, czym chcielibyśmy, aby było i czym powinno być. Między Polską a państwami Unii istnieją duże różnice, tak w poziomie nauczania, jak i w programach, które utrudniają wymienność dyplomów. Trzeba je wyrównać i trzeba spowodować, aby ci, którzy już je mają podjęli trud uzupełnienia wiedzy.

Ale również trzeba wykształcić w społeczeństwie zrozumienie i przestrzeganie tych wartości, które znamy, ale odnosimy się do nich z lekceważeniem. A więc uznanie, że prawo obowiązuje zawsze i wszędzie, a nie tylko wtedy, gdy nam to jest wygodne; że własność i pieniądze publiczne są własnością wspólną, którą trzeba szanować i oszczędzać; że do każdego człowieka należy się odnosić z przyjaźnią i uśmiechem. Niestety zbyt rzadko słyszymy ”przepraszam” w zatłoczonym autobusie.

Może kogoś zdziwić, że mówiąc o integracji europejskiej chcę, aby nie potrącać ludzi w autobusie. Przecież, mogłoby się wydawać, że sprawy są całkowicie odległe. Otóż wcale tak nie jest. Integracja będzie tylko wtedy możliwa i efektywna, gdy będziemy szukać kontaktu z innymi, gdy będziemy innych szanować i szukać wspólnych celów i interesów. Musimy być otwarci i chcieć współdziałać. Tymczasem nasze społeczeństwo jest ciągle zbyt zamknięte. Zbyt często postrzegamy innego człowieka jako potencjalnego wroga. Zbyt często chcemy walczyć z naszymi partnerami, a nie współpracować z nimi. Nie umiemy szukać wspólnych problemów, a koncentrujemy się na różnicach. Obecna dyskusja wokół przystąpienia naszego do Unii przebiega w nastroju, że z Unią trzeba walczyć, bo ona jest przeciw nam. A przecież wstępujemy do niej, żeby współpracować z innymi. Przecież do autobusu wsiadamy, aby wspólnie z innymi podróżować, a nie wzajemnie kopać się po kostkach.

Ten społeczny aspekt integracji wymaga specjalnego podkreślenia. Integracja przyniesie efekty tylko wtedy, gdy będziemy chcieć współpracować i wspólnie rozwiązywać wspólne kłopoty.

Trzeba więc wykształcić społeczeństwo obywatelskie, aktywnie uczestniczące w sprawowaniu władzy i rozwiązywaniu spraw wspólnych, ale także spraw swoich własnych. Przyszłość jest otwarta dla aktywnych i przedsiębiorczych. Ale tylko tych, którzy będą uczciwie stosować się do ogólnie przyjętych standardów w zintegrowanej Europie. Tylko społeczeństwo, złożone z takich ludzi będzie zdolne, aby wykorzystać nowe szanse.

* * *

I wreszcie chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedno zagadnienie. Koncentrujemy naszą uwagę na członkostwie w Unii. I słusznie, jest to bowiem sprawa o wadze historycznej. Ale nie wolno zapominać, że procesy integracyjne nie przebiegają jedynie w ramach instytucji Unii, ale poprzez rozwijanie więzów i współpracy na wielu różnych płaszczyznach. Tworzy je wiele organizacji międzyrządowych, zawodowych, regionalnych, społecznych w których uczestniczą władze państwowe, organizacje czy poszczególni ludzie.

Występuje więc bardzo wiele form współpracy, których nie ma możliwości nawet wymienić. Jednak konieczna jest świadomość ich występowania i poważnej roli, jaką one spełniają. Integracja postępuje bowiem głownie drogą kształtowania wspólnego sposobu myślenia i pojmowania występujących problemów. A to się właśnie dokonuje poprzez kontakty osobiste, przez wzajemne kształtowanie swych postaw i sposobów zachowań.

Warto na tę sprawę zwrócić uwagę. Współpraca międzynarodowa – to ciągłe negocjacje i zawieranie porozumień, dotyczących przyszłych działań. Otóż podstawowym elementem każdych negocjacji jest zaufanie do partnera.

I teraz trzeba sobie zadać pytanie, od czego ono zależy? Nie ma na to jednolitej odpowiedzi. Zaufanie jest bowiem wynikiem wielu, bardzo różnych czynników i nie tu jest miejsce, aby się nad nimi zastanawiać. Ale trzeba zawsze pamiętać, jak ważne jest osobiste wrażenie, jakie się wywiera na partnerze. Ludzi się ocenia najpierw według ich wyglądu zewnętrznego i sposobu zachowania. Jeśli ktoś się zacho-

wuje inaczej niż do tego przywykliśmy to oznacza, że on sam jest inny od nas. A zaufanie ma się do ludzi podobnych, o których się wie, że będą się zachowywać do nas podobnie, a szczególnie w sytuacjach trudnych będą podejmować zrozumiałe dla nas decyzje, oparte na podobnych kryteriach i wartościach. Jeśli więc ktoś będzie zaliczony do kategorii „innych", to dopiero będzie musiał dowieść, że na zaufanie zasługuje. Gdy zaś jest podobny, to zdobywa zaufanie w sposób niejako automatyczny. Dlatego stosowanie się do standardów zachowań jest tak ważne. Akcentujmy podobieństwa. I starajmy się zmienić stereotyp Polaka, jaki ciągle funkcjonuje w świadomości wielu społeczeństw. Stereotyp niezbyt pozytywny, który jednak jest w dużej mierze wynikiem zachowań naszych rodaków. Jeśli chcemy mieć korzyści z integracji, to nasi partnerzy z Unii muszą mieć do nas zaufanie, muszą nas uznać za „swoich".

I wreszcie trzeba pamiętać, że mamy sąsiadów nie tylko na zachodzie, ale także na wschodzie. Polska, aby się rozwijać potrzebuje wokół siebie spokoju. Stabilizacja polityczna w skali kontynentu może być osiągnięta jedynie poprzez pogłębiającą się współpracę międzynarodową, a więc poprzez proces integracyjny. Jest oczywiste, że stopień naszej integracji z różnymi państwami nie będzie jednakowy. Nasze dążenie do członkostwa w Unii Europejskiej zaowocuje daleko posuniętą integracją prawa, gospodarki i instytucji. Z naszymi sąsiadami na wschodzie integracja będzie ograniczona do integracji wysiłków i działań dla osiągnięcia wspólnych celów. Nie będzie jeszcze przez wiele lat integracją instytucjonalną. Ale jest w polskim, żywotnym interesie, aby procesy integracyjne objęły wszystkie państwa europejskie.

* * *

Nasze członkostwo w Unii otwiera wielką szansę. Musimy ją właściwie wykorzystać. A będzie to zależało od nas wszystkich, a przede wszystkim od młodego pokolenia. Wierzę, że sprosta ono tym wyzwaniom. Wierzę, że Polak potrafi, jak tylko zechce. A w tym przypadku zechce na pewno.

Pierwszy przeszczep serca w warszawskiej AM

Prof. dr hab. med. Kazimierz Suwalski
I Katedra i Klinika Kardiologii AM

Podczas niedługiej, dwuletniej działalności Klinicznego Oddziału Kardiochirurgii AM w Warszawie leczyliśmy wielu chorych. Niektórych pamiętamy szczególnie wyraźnie, innych wspominamy ciesząc się z ich szybkiego powrotu do zdrowia i krótkiego okresu hospitalizacji. Jest jednak pacjent, którego historia choroby stanowi część naszej historii – i tak już pozostanie.

Na jesieni 2003 roku do Klinicznego Oddziału Kardiochirurgii trafił 16-letni chłopiec w stanie krytycznym, ze skrajnie nasiloną niewydolnością serca. Chłopca już znaliśmy, gdyż w lecie tego samego roku zespół kardiochirurgów naszego ośrodka dokonał korekcji wrodzonej wady serca u tego wysportowanego młodzieńca. Nie wiedzieliśmy dlaczego w ciągu kilku miesięcy doszło do tak tragicznej i niespodziewanej utraty wydolności krążenia. W celu ratowania życia chłopca podjąłem decyzję o próbie chirurgicznej naprawy zastawki serca. Dokładnie pamiętam noc przed zabiegiem. W gronie kardiochirurgów, kardiologów i kardioanestozjologów do późnych godzin nocnych planowaliśmy każde posunięcie i rozważaliśmy każdą możliwą strategię postępowania.

Operacja przeprowadzona następnego dnia umożliwiła chłopcu przeżycie. jednak widząc tak zniszczone serce, ledwo kurczące się w klatce piersiowej młodego człowieka, przeczuwaliśmy wynik pobranej śródoperacyjnie biopsji nakazującej nam zakwalifikować pacjenta do przeszczepu serca.

Wiedzieliśmy, że wszczepiona sztuczna zastawka mitralna umożliwi funkcjonowanie serca tylko na krótki czas, gdyż choroba podstawowa mięśnia (kardiomiopatia) postępowała szybko.

Pamiętam, że robiąc obchód w czasie dni oczekiwania na serce, miałem wrażenie, jakby cały personel Oddziału Kardiochirurgii wstrzymał oddech. Pracownicy i pacjenci przebywający w tym czasie na Kardiochirurgii naprawdę zaangażowali się i związali z chłopcem i jego rodzicami.

Wiadomość o tym, że jest dawca serca dla naszego pacjenta przyjęliśmy z nadzieją na wykorzystanie rodzącej się szansy uratowania życia chłopcu.

Późnym wieczorem 20 listopada 2003 roku na bloku operacyjnym kardiochirurgii zebrał się cały personel.

Rozpoczęliśmy zabieg, który trwał prawie do rana. Udział w operacji wzięły dwa zespoły: zespół kierowany przez prof. Kazimierza B. Suwalskiego oraz zespół dr M. Garlickiego z CKW MSWiA. Nigdy nie zapomnę widoku

bijącego, „nowego” serca chłopca.

Po przewiezieniu pacjenta na Oddział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej Kardiochirurgii zaczęliśmy trwającą do dzisiaj walkę o utrzymanie przeszczepu oraz zachowanie funkcji wszystkich narządów.

Mimo, iż jest to początek drogi chłopca i jego rodziców z „nowym” sercem – dobrze jest móc rozmawiać z nim i widzieć go uśmiechniętego. Jest to dla mnie osobista satysfakcja oraz – jak to w medycynie – chęć pomocy jeszcze innym chorym.

Konferencja naukowa z okazji nadania godności doktora honoris causa prof. dr hab. M. Wierzbickiej

Mgr Magdalena Zielonka
Dział Wydawnictw AM

9 grudnia 2003 r. w sali Senatu Akademii Medycznej odbyła się konferencja naukowa z okazji nadania godności doktora honoris causa Uniwersytetu w Malmö prof. dr hab. Marii Wierzbickiej. Pani Profesor jest pierwszą kobietą i pierwszym polskim stomatologiem, który uzyskał ten tytuł.

Organizatorem Konferencji były dwie Komisje Senackie: Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw oraz Komisja ds. Nauki, a patronat nad uroczystością objął JM Rektor naszej Uczelni – prof. dr hab. Janusz Piekarczyk.

W programie uroczystości znalazło się wystąpienie JM Rektora, które drukujemy w całości.

Następnie zabrał głos dr hab. Piotr Fiedor – przewodniczący Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw, który przedstawił historię nadawania honorowych odznaczeń zarówno w świecie, jak i w Polsce.

„Nadanie godności doktora medycyny honoris causa to dawny, europejski, uniwersytecki zwyczaj sięgający XII wieku. Jest to uroczysta ceremonia mająca na celu uhonorowanie wybitnych osobistości świata nauki, kultury czy polityki. W Polsce pierwszy raz tytuł doktora h.c. przyznano 7 czerwca 1900 roku w pięćsetlecie odrodzenia Uniwersytetu Jagiellońskiego. Procedury zgłaszania i wyboru kandydata są podobne, jednak ceremonia może mieć odmienny charakter w zależności od kraju i uczelni.

Uniwersytet Warszawski pierwszy doktorat medycyny h.c. wręczył w dniu 2 maja 1920 roku Józefowi Piłsudskiemu – Marszałkowi Niepodległej Polski. Dzisiejsze wydarzenie jest niezwykłe, bowiem ten zaszczytny tytuł otrzymała prof. Maria Wierzbicka od Uniwersytetu w Malmö za wieloletnią współpracę naukową i edukacyjną na europejskim forum. Jest to dlatego ważne wydarzenie naukowe, ponieważ wyróżniono naszego profesora, a więc naszą Alma Mater na kilka miesięcy przed przystąpieniem Polski do UE, przed ogłoszeniem Konstytucji Zjednoczonej Europy, co stanowi dobrą zapowiedź dalszej akademickiej współpracy na europejskim forum naukowym”.

Prof. dr hab. M. Wierzbicka otrzymuje kwiaty z rąk Rektora prof. dr hab. J. Piekarczyka

Prof. dr hab. Renata Górska – Dyrektor Instytutu Stomatologii AM oraz przewodnicząca Senackiej Komisji ds. Nauki przedstawiła dorobek naukowy, przebieg pracy zawodowej oraz wkład w rozwój nauki polskiej prof. dr hab. Marii Wierzbickiej.

Czytelnicy naszego miesięcznika mogli się zapoznać z dokonaniami i sylwetką naukową Pani Profesor w numerze 9/2003 r.

Wykład wprowadzający „Konflikt interesów w medycynie” wygłosił prof. dr hab. Andrzej Górski.

Uroczystość zakończył, bogato ilustrowany slajdami wykład „Na skrzyżowaniu polsko-szwedzkiej kultury i historii”, który prof. Wierzbicka wygłosiła na uroczystości w Malmö, a nasi czytelnicy mogą go przeczytać w tym numerze miesięcznika.

Wystąpienie JM Rektora

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Wielce Szanowni Państwo,

Witam Państwa bardzo serdecznie na Konferencji zorganizowanej z okazji nadania godności doktora honoris causa Uniwersytetu w Malmö Pani Prof. dr hab. Marii Wierzbickiej, wieloletniemu kierownikowi Zakładu Stomatologii Zachowawczej, byłemu Prodziekanowi Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Jest Pani Profesor drugim uczonym w historii polskiej stomatologii, który uzyskał tę wysoką godność akademicką. Profesor Zbigniew Jańczuk otrzymał tę godność we własnej uczelni – Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

Warto przy tej okazji wspomnieć, że tradycje nadawania doktoratu doktora honoris causa naszej uczelni sięgają roku 1921, kiedy to Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, nadał tę godność Józefowi Piłsudskiemu. Ostatni z 6 doktoratów honorowych nadanych przed II wojną światową nadany został marszałkowi Edwardowi Rydzowi – Śmigłemu w 1938r.

Po wojnie, powróciliśmy do nadawania tej godności dopiero w połowie lat 60-tych; wcześniej panujący system polityczny nie uznawał i nie zezwalał na takie „ekstrawagancje". Do 2003 r. Akademia Medyczna nadała 50 tytułów doktora honoris causa, w tym 6 Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego – przed wojną.

W tym gronie było 11 uczonych Polaków, a wśród nich profesorowie: Adam Gruca, Witold Zawadowski, Witold Rudowski, Jerzy Choróbski, Piotr Kubikowski, Jan Nielubowicz, Tadeusz Orłowski, Franciszek Kokot i Andrzej Szczeklik.

W gronie tych wybitnych uczonych znalazło się 9 profesorów ze Stanów Zjednoczonych, 5 z Francji, 4 z Wielkiej Brytanii, 4 z Niemiec, 3 ze Szwecji, w tym 2 stomatologów – Prof. Öwal w 1984r. oraz Prof. Bratthal w 1990r. Ponadto wyróżniliśmy 2 profesorów z Holandii, 2 ze Szwajcarii i po jednym z Kanady, Włoch i Danii.

Przy każdej okazji, podczas wszystkich uroczystości akademickich podkreślamy, że społeczność naszej uczelni tworzą wszyscy pracownicy uczelni, jej władze, członkowie rad wydziałów, wszyscy pracownicy naukowi i dydaktyczni, studenci, a nawet absolwenci, i również doktorzy honoris causa. Na codzień zapominamy o tej, jakże ważnej grupie wybitnych uczonych, którzy przyczynili się do rozwoju nauki i do rozwoju naszej Alma Mater, którzy przynoszą uczelni i nam wszystkim zaszczyt i są naszą chlubą.

Darzą bowiem naszą uczelnię sympatią, a jej sprawy, nasze troski i radości nie są im obojętne, o czym wielu z tego grona uczonych zapewnia nas osobiście lub korespondencyjnie przy okazji świąt i ważnych wydarzeń w życiu uczelni. Cieszę się, że wybitni przedstawiciele naszej społeczności otrzymują to wielkie wyróżnienie znakomitych uczelni polskich i zagranicznych. Najmłodszym doktorem honoris causa spośród najwybitniejszych uczonych naszej Alma Mater jest Pani Profesor Maria Wierzbicka, której w całości poświęcamy dzisiejszą konferencję naukową.

Pragnę wyrazić wielką radość, że bierze w niej udział grupa młodych kolegów, którzy mam nadzieję będą kontynuatorami tej chlubnej tradycji, będą też mam nadzieję, przynajmniej niektórzy, laureatami tej najwyższej akademickiej godności honorowej.

Pani Profesor Marii Wierzbickiej gratuluję przyznanej godności przez Uniwersytet w Malmö i jednocześnie zapewniam, że dla nas wszystkich, dla Alma Mater jest to wielkie wyróżnienie, które złotymi literami zapisujemy w annałach historii uczelni wraz z postacią wybitnej laureatki tej godności.

Konflikt interesów

Prof. dr hab. Andrzej Górski
Zakład Immunologii Klinicznej IT AM

W moim wykładzie przedstawiłem istotę zagadnienia konfliktu interesów (CoI, conflict of interest) w nauce i medycynie i jego wpływ na wiarygodność badań naukowych, dydaktykę i proces leczenia chorych. W pewnej mierze moje wystąpienie było pokłosiem naszej międzynarodowej konferencji bioetycznej z kwietnia 2002 na temat CoI, której program dostępny jest na stronie

http://surfer.iitd.pan.wroc.pl/events/coi.html. Przypomnę również, że materiały konferencji zostały wydane jako numer specjalny *Science & Engineering Ethics*, zatem osoby zainteresowane bardziej szczegółowymi danymi mogą sięgnąć do tego źródła (dostępne w naszej bibliotece).

Zasadniczym źródłem problemu jest oczywisty fakt, że cele działania wyższej uczelni i instytucji naukowych (poszukiwanie prawdy, kształcenie lekarzy i leczenie chorych) są różne od zadań przemysłu farmaceutycznego, dla którego sukces rynkowy jest ostatecznym wyznacznikiem powodzenia. Ten oczywisty fakt podkreślono wielokrotnie w czasie konferencji, m.in. uczynił to Jan Paweł II w swym posłaniu do jej uczestników.

W tym kontekście warto zauważyć, że jeden z listopadowych numerów *New England Journal of Medicine* (13.11.2003) przynosi recenzję właśnie wydanej książki *„Science in the private interest: has the lure of profits corrupted biomedical research?”*. Recenzent uważa, że już sam tytuł może odstraszyć niektórych czytelników, byłaby to jednak reakcja nieusprawiedliwiona jej zawartością. Przedstawia dalej zalety tej publikacji podkreślając jej wyważony charakter i obiektywizm (jak wiadomo, sam fakt zamieszczenia recenzji na łamach tego pisma jest przecież znaczącym wyróżnieniem). Warto zacytować fragment książki:

„A Polish medical scientist summarized the state of affairs as follows:”Privatization and commercialization are threatening the objectivity of clinical research and the availability of health care because uncontrolled market mechanisms focused on profit are nurturing conflict of interest that generate bias and unreliability into research and medicine.”

Pochodzi on z publikacji przedstawiającej znaczenie CoI w naszym rejonie Europy (1).

Istota problemu sprowadza się zatem do zagadnienia: jak sprawić, aby te różne cele się spotkały dla dobra obu współpracujących partnerów, tym bardziej, że w niektórych aspektach są one przecież wspólne (dobro chorych, postęp medycyny i kształcenie młodej kadry jest przecież także celem działań przemysłu, z drugiej zaś strony placówki akademickie i naukowe są żywo zainteresowane poprawieniem swego stanu finansowania).

W ostatnich latach ukazało się bardzo wiele publikacji podkreślających konieczność zachowania obiektywizmu w badaniach sponsorowanych i liczne przykłady, w jaki sposób fakt sponsorowania może wpływać na wiarygodność uzyskanych wyników. Czy tylko przypadkiem jest np. fakt, że w ostatnio prowadzonych niezależnych badaniach nad wpływem glukozaminy na zmiany zwyrodnieniowe stawów nie udało się potwierdzić uprzednio uzyskanych wyników sugerujących jej dobroczynne działanie, a pochodzących właśnie z badań sponsorowanych? (2).

Zawsze reprezentowałem stanowisko, że współpraca przemysłu z instytucjami akademickimi i naukowymi jest potrzebna, a w obecnych realiach i niezbędna dla zapewnienie właściwego finansowania badań. Jednakowoż – wzorem USA i zach. Europy – niezbędne jest zachowanie odpowiednich standardów, które w tych krajach zapewniają regulacje na szczeblu wyższych uczelni, placówek naukowych, towarzystw naukowych (3). Co więcej, procedury takie są również fragmentem akredytacji szpitali klinicznych i szkół wyższych (4,5). Warto dodać, że niedawno przedstawiciel Komisji Europejskiej (obecny na konferencji) również zajął stanowisko, podkreślając konieczność wprowadzenia odpowiednich regulacji w zakresie CoI przez kraje mające w najbliższej perspektywie połączenie z Unią (6). Nie wszystkie jednak zalecenia urzędników Unii znajdują powszechną aprobatę; tak np. dyrektywa dot. badań klinicznych (uchwalona w r.2001, i która powinna w zasadzie obowiązywać i nowe kraje członkowskie) jest uważana np. przez *Lancet* i *Nature* jako faworyzująca badania sponsorowane wyłącznie przez przemysł, utrudniając (jeśli nie uniemożliwiając) prowadzenie badań finansowanych ze źródeł publicznych (np. w Wielkiej Brytanii uderza ona w badania prowadzone przez Medical Research Council i National Health Service, stąd np. protest Association of British Pharmaceutical Industry (7,8).

Uważam również, że liderzy świata akademickiego i naukowego powinni wspierać taką współpracę z przemysłem i rozwijać jej różne formy dla obustronnego pożytku, a zwłaszcza kierowanych przez siebie instytucji i ich pracowników (w tym możliwość korzystania przez nich ze sponsorowania wydarzeń naukowych, dodatkowego wynagrodzenia etc).

Sami jednak powinni zachować całkowitą niezależność tak, aby było jasne, iż kierując tymi instytucjami (i podejmując w ich imieniu odpowiedzialne decyzje często decydujące o ich *image* i przyszłości) reprezentują wyłącznie te właśnie instytucje akademickie i naukowe, ich społeczność akademicką i naukową oraz studentów

(czyli to, co na łamach czołowej międzynarodowej prasy biomedycznej we wszelkich dyskusjach na te tematy określa się terminem *public interest*).

Na koniec warto zacytować fragment przysięgi Hipokratesa (wg najbardziej wiarygodnego źródła, jakim jest *Encyclopedia Britannica,* zatem cytuję za nią w jęz. angielskim, nie zaś greckim czy też polskim): *„I will keep pure and holy both my life and my art."*

Literatura

1. Górski A. Conflict of interest and its significance in science and medicine. A view from Eastern Europe. *Science & Eng Ethics 2001,7,307.*

2. Mc Alidon T. Why are clinical trials of glucosamine no longer uniformly positive? *Rheum Dis North Am* 2003,29,789.

3. Sollitto S et al. Intrinsic conflict of interest in clinical research: a need for disclosure. *Kennedy Inst Ethics* 2003,13,83.

4. Editorial. Conflict of interest policies in the hospital credientialling process. *Hosp Law Newsl* 2003,21,1.

5. Steward DE. A proposal to enhance the disclosure of potential conflict of interest for continuing medical education events. *Teach Learn Med.* 2003,15,267.

6. Salvi M. Conflict of interest in biomedical research: a view from Europe. *Science & Eng Ethics 2003,9,101.*

7. Editorial. Whos afraid of the European Clinical Trials Directive? *Lancet* 2003,361,2167.

8. Bosch X. European researchers up in arms over new clinical trials edict. *Nature Medicine* 2003,9,1336.

Na skrzyżowaniu polsko-szwedzkiej kultury i historii

Prof. dr hab. M. Wierzbicka
Zakład Stomatologii Zachowawczej IS AM

W ostatnim okresie spotkało mnie ze strony szwedzkiej ogromne, prestiżowe wyróżnienie. Tytuł, który mi przyznano potraktowałam jako zobowiązanie moralne, wykraczające poza ramy profesjonalne. Postanowiłam w tym momencie dowiedzieć się czegoś więcej o historii naszych wzajemnych polsko-szwedzkich stosunków oraz kontaktów kulturalnych i naukowych. Tak się zdarzyło, że w roku 2003 zorganizowano wystawę poświęconą historii szwedzko-polskiej pt. "Three crowns and Polish eagle", której otwarcie celebrowały para królewska i para prezydencka. Z tej okazji ukazało się bardzo wiele wspólnych, interesujących i raczej nietypowych opracowań. Przeglądając te wydawnictwa dowiedziałam się szczegółów nieznanych mi wcześniej.

Wybierając temat wykładu, postanowiłam rozwinąć te wątki. W historii krajów sąsiadujących ze sobą można zawsze wyróżnić okresy przyjaźni – współpracy i okresy rywalizacji – wojen. W moim wystąpieniu skoncentrowałam się na latach przyjaźni uznając, że grabieże wikingów i potop szwedzki z jego konsekwencjami są nam dobrze znane od wczesnego dzieciństwa.

Bliskie sąsiedztwo naszych krajów sprawiło, że od samego początku łączyły nas ścisłe więzy polityczne, handlowe i religijne. Wyraźne ślady szwedzkiego dziedzictwa widoczne są na co dzień w naszym kraju. Ale o tym później.

Stosunki handlowe Polski i Szwecji sięgają czasu Wikingów, którzy łatwo przekraczali Bałtyk i wiosłowali w dół Wisły. Panujący w Szwecji na przełomie IX i X wieku, pierwszy chrześcijański król o imieniu Olaf miał słowiańskie korzenie. Był synem Świętosławy, córki Mieszka I i Dobrawy.

Wiek XIV, to czas Świętej Brygidy Szwedzkiej. Mistyka jej medytacji i rygor zakonny utorowały sobie drogę do naszego kraju. Powstały zakony Brygidek, później zbudowano też Kościół pod wezwaniem Św. Brygidy w Gdańsku, który przyciągał osoby podróżujące między Szwecją i Polską. Kościół ten stał się w II połowie XX wieku centrum oporu Polaków przeciw reżimowi komunistycznemu.

W XVI wieku byliśmy świadkami przemieszczania się w obie strony uciskanych mniejszości religijnych. W tym czasie setki wybitnych i szanowanych Szwedów znalazło swój nowy dom w Polsce. Wśród nich znajdował się dyplomata i utalentowany kartograf Olaus Magnus. Osiedlił się on wraz

z bratem w Gdańsku i rozpoczął pracę nad mapą Carta Marina, którą uważa się za najambitniejsze dzieło kartograficzne tamtych czasów.

Szesnasty wiek to także czas, w którym powstały nowe więzi personalne i instytucjonalne między naszymi krajami. W 1562 roku Jan Waza III, młodszy syn szwedzkiego monarchy Gustawa, pojechał do Wilna, aby poślubić polską księżniczkę Katarzynę Jagiellonkę.

Starszy brat Jana – Eryk, który nie zaaprobował tego związku, położył w końcu kres tym nazbyt niezależnym poczynaniom brata osadzając Jana i pannę młodą w więzieniu w Gripsholm natychmiast po ich powrocie. Tam też po 4 latach urodził się Zygmunt. W następnym roku więźniów uwolniono, a Jan został później królem Szwecji i pracował wydatnie nad poprawą stosunków z Polską oraz pod wpływem żony także nad pojednaniem protestantów z katolikami.

W 1587 Zygmunt Waza, który zapowiadał się jako utalentowany artysta został wybrany królem Polski i udał się z orszakiem do stolicy Polski – Krakowa. Towarzyszyły mu setki żołnierzy piechoty i kawalerii. Był to początek rządów w Polsce dynastii Wazów, które trwały 81 lat. W 1592r. po śmierci ojca Zygmunt odziedziczył również tron Szwecji i stał się królem 2 krajów Szwecji i Polski. Aby zmniejszyć odległość do Sztokholmu, Zygmunt przeniósł stolicę Polski z Krakowa do Warszawy – i tego krakowianie nigdy mu nie wybaczą.

Nowy wystrój architektoniczny Warszawy wprowadzony przez Zygmunta cieszy nas po dziś dzień. Zamek Królewski został zaprojektowany przez Malteo Castello i zbudowany jako rezydencja królewska i siedziba polskiego parlamentu. Zniszczony w czasie II wojny światowej, odbudowany po długich wahaniach za czasów Gierka, Zamek Królewski zajął należne mu miejsce na historycznym Starym Mieście. Jako rezydencję letnią położoną poza miastem, Zygmunt wybrał pałac Ujazdowski, w którym dziś organizowane są wystawy dzieł sztuki. Droga między obu zamkami zwana Drogą Królewską stanowiła trasę ceremonialnych podróży królewskich z jednego zamku do drugiego. Nazywano ją również Drogą Wazów – Via Vasorum. Podążając tą trasą mijamy trzeci z królewskich budynków Zygmuntowskich, Villa Regia, czyli Pałac Kazimierzowski, mieszczący obecnie PAN, a także wiele historycznych kościołów, pomników wybitnych ludzi polskiej kultury, nauki, religii i polityki. Kolumna Zygmunta kształtuje panoramę Warszawy oglądaną od strony rzeki. Ten 23 metrowej wysokości pomnik został postawiony w sąsiedztwie Zamku przez króla Zygmunta syna Władysława IV. Mimo, iż kolumna na której obecnie znajduje się statua jest trzecią w historii pomnika, to sama statua jest oryginalna i pochodzi z czasów Władysława. Zrobiono ją z brązu posługując się techniką odlewu, która do dziś jest stosowana przy wykonywaniu odlewów koron protetycznych. Transport i wzniesienie kolumny były wielkim osiągnięciem XVII– wiecznej inżynierii. Dwukrotnie w historii pomnika próbowano nam go zabrać, po raz pierwszy usiłował to zrobić Karol Gustaw krótko po wznie-

sieniu pomnika, a potem car Rosji Piotr Wielki. Szczęśliwie, dzięki determinacji mieszkańców Warszawy i pewnych problemów technicznych okazało się to niemożliwe i nadal mamy naszą kolumnę.

Posiadanie króla mieszkającego w Polsce nie było na rękę Szwecji, toteż kiedy Zygmunt wrócił na północ w 1598r., mógł się łatwo przekonać, ze nie jest mile widziany. W następnym roku Szwecja miała już nowego króla. Zygmunt wrócił do Polski zabierając ze sobą siostrę Annę. Jako protestantka w katolickim kraju Anna uczyniła swój pałac miejscem spotkań szwedzkich katolików i polskich protestantów.

W 1632r. zmarło dwóch szwedzkich monarchów: Gustaw Adolf król Szwecji i Zygmunt Waza król Polski.

W XVII wieku pojawiły się rysunki i grafiki obrazujące Warszawę wykonane przez dyplomatę i kartografa szwedzkiego Eryka Dahlberga. Te rysunki były na tyle szczegółowe i dokładne, że zostały później wykorzystane do planowania niespodziewanej wizyty Karola Gustawa w naszym mieście, a mówiąc prosto – jego napaści na stolicę naszego kraju w czasie potopu szwedzkiego. Przełom XVII wieku to czas Karola XII. Ten monarcha szwedzki spędził wiele czasu w Polsce, mimo że narzekał na niską jakość tutejszej wody pitnej. Nie mając żadnych książek bądź innych pomocy, szybko nauczył się polskiego, po prostu przez osłuchanie i mógł z łatwością prowadzić rozmowy ze zwykłymi ludźmi.

Wiek XVIII, to wiek oświecenia. W tym czasie kwitło życie kulturalne i mimo, iż nie znalazłam dość danych na temat interakcji polsko-szwedzkich w tym czasie wydaje się, że można przyjąć, iż wiele zdarzeń występowało niejako równolegle w obu krajach. Był to czas Gustawa III w Szwecji i Stanisława Augusta Poniatowskiego w Polsce, monarchów wspierających rozwój kultury we własnych krajach. Patronowali oni sztuce i literaturze, osobiście interesowali się architekturą i ogrodami. Obydwaj otworzyli teatry narodowe – Operę w Sztokholmie i Teatr Narodowy w Warszawie. Gustaw, sam będąc poetą, ufundował Szwedzką Akademię i wspierał wybitnych pisarzy, natomiast ostatni król Polski Stanisław August organizował słynne obiady czwartkowe, które stymulowały uczestniczących w nich artystów i pisarzy. Pod koniec wieku obu tych monarchów spotkał tragiczny koniec. Gustaw zmarł w Sztokholmie zastrzelony podczas balu maskowego, a Stanisław August zmarł samotnie w St. Petersburgu, jego królestwo Polska znikła z mapy Europy.

Dalsza część XVIII wieku to czas trudnych zmagań mieszkańców Polski, których kraj został podzielony między Austrię, Rosję i Prusy. Mając przed oczyma Polskę jako przykład tego, co potencjalnie mogło zdarzyć się w Szwecji król Gustaw III wprowadził w swoim kraju radykalne zmiany polityczne. Szwecja wysłała też do Warszawy posła w osobie Larsa von Engströma, późniejszego rektora Uniwersytetu w Lund. Von Engström nawiązał w Warszawie ścisłe kontakty z grupami polskich patriotów. Później ożenił się z polską arystokratką i dał swemu synowi imiona Gustaw Stanisław, na dowód lojalności wobec Szwecji i Polski.

XIX wiek, to czas znaczących przemian politycznych w Europie, rewolucji przemysłowej, rozwoju różnorodnych ruchów politycznych i społecznych oraz silnych nowych trendów literackich. Duchy bohaterów starej Skandynawii opisane w północnych sagach fascynowały Europę. Nordycka mitologia stała się nowym źródłem inspiracji dla pisarzy i znalazła miejsce w pracach wielu pisarzy polskich tego okresu.

Tysiąc osiemset trzydziesty rok przyniósł ze sobą próbę odzyskania niepodległości w powstaniu listopadowym. W tym czasie wielu młodych lekarzy z Lundu przyjechało do Warszawy, aby nieść pomoc chorym i rannym zarówno na froncie, jak i na obrzeżach miasta. Opis tego co działo się w tym czasie w mieście można znaleźć w pismach Svena Jonasa Stillesa jednego z lekarzy, który przyjechał do pracy w szpitalu wojskowym. Po upadku powstania wielu Polaków myślało o ucieczce przez morze w obawie przed represjami ze strony Rosji. Wielu znalazło bezpieczną przystań w Szwecji, gdzie m.in. gazety wspierały polskie aspiracje wolnościowe.

W ciągu zaledwie jednego roku ponad 250 artykułów na ten temat opublikowano w *„Aftonbladed”* i dalszych 150 w *„Stokholm Posten”*.

Głównym centrum emigracyjnym dla uchodźców z Polski był Paryż. W 1860 roku wysłannik polskich imigrantów w Paryżu Zygmunt Jordan przyjechał do Szwecji, aby nawiązać kontakty z reprezentantami Polskiego ruchu oporu i grupami liberałów szwedzkich. To doprowadziło do współpracy Jordana z prasą szwedzka. W tym trudnym dla Polski okresie – brat Karola XV, Oskar utrzymywał bliskie kontakty z polskimi imigrantami w Szwecji. W Polsce, wzorem Szwecji debatowano też nad emancypacją kobiet. Wiele prac Fryderyka Bremera przetłumaczono na polski i później wykorzystywano w Polsce w gorących dyskusjach nad równouprawnieniem kobiet.

W roku 1890 szwedzki pisarz August Strinberg spotkał swego polskiego kolegę „po piórze” Stanisława Przybyszewskiego. Mimo, że pisarze ci później stali się zatwardziałymi wrogami z powodu kłótni o kobietę, pisma Strinberga wywarły znaczący wpływ na Polski modernizm.

Pod koniec XIX wieku reprezentanci polskiego życia politycznego szukali inspiracji w najlepszych systemach politycznych innych krajów dla przyszłego państwa polskiego. W tym też celu podróżowali do Skandynawii, gdzie jak opisywali znaleźli dobrze funkcjonujące, zorganizowane społeczeństwo, które warto było naśladować. Byli pod głę-

Zygmunt III Waza 1587-1632

1592 – Zygmunt III dziedziczy tron Szwecji

1596 – przeniesienie stolicy Polski z Krakowa do Warszawy

Via Vasorum

Zamek Królewski – Pałac Ujazdowski

Zamek Królewski

bokim wrażeniem ludzi, których spotkali i naturalnego otoczenia, które widzieli oraz politycznych instytucji i postępu społecznego. Czytelnikowi polskiemu przedstawiono obraz krajów skandynawskich jako oazy wolności i demokracji. W tym samym czasie w Szwecji na nowo zaczęto interesować się polską polityką, kulturą i problematyką społeczną. Muzyka Chopina grana i słuchana służyła artystom szwedzkim, takim jak Jensy Lindth jako źródło inspiracji.

Dzięki intensywnej pracy tłumaczy czytelnicy szwedzcy mogli poznawać literaturę polską.

Wiek XX przyniósł wielkie zmiany na scenie europejskiej. Powołano Fundację, jedyną tego typu instytucję, aby wprowadzić w życie wolę wybitnego naukowca szwedzkiego Alfreda Nobla. Początek XX wieku przyniósł Polakom sukcesy w postaci nagrody Nobla. W 1903 roku Maria Skłodowska-Curie otrzymała nagrodę w dziedzinie fizyki, w 1911 ponownie przyznano jej wraz z mężem nagrodę w dziedzinie chemii. W 1905 roku Szwedzka Akademia przyznała nagrodę Nobla w dziedzinie literatury Henrykowi Sienkiewiczowi za „Quo vadis". Ten gest wymagał odwagi, ponieważ w tym czasie Polski nie było na mapie Europy.

Z zakończeniem pierwszej wojny światowej Polska pojawiła się ponownie na mapie Europy, po 123 latach niewoli. W następnym roku Szwecja i Polska nawiązały stosunki dyplomatyczne. Fascynacja Szwecją wróciła. Poeta Zdzisław Dębicki w 1923 roku napisał: „Istnieje kraj jak z baśni." Polacy interesowali się w tym czasie formą sprawowania rządów w Szwecji, klimatem społecznym, wysokim standardem stylu życia mieszkańców i dobrze rozwiniętym systemem edukacji. Byliśmy oczarowani kolorytem scenerii, wyglądem domów i otoczenia i życiem codziennym ludzi w Szwecji. Upatrywaliśmy źródeł prosperity Szwecji w postawie społeczeństwa i wysokim poziomie kultury politycznej. W roku 1926 utworzono w Sztokholmie Towarzystwo Polsko-Szwedzkie z odpowiednikiem w Warszawie. Obydwie te organizacje istnieją do dziś i działają we wszystkich większych miastach w Szwecji i Polsce. Służą one jako miejsce spotkań znanych reprezentantów świata nauki, kultury, ekonomii oraz polityków. Tam też powstały plany wprowadzenia nauki języka szwedzkiego na Uniwersytety w Krakowie, Poznaniu i Warszawie. W roku 1930 podjęło nauczanie języka polskiego na Uniwersytetach w Lund, Uppsali i Sztokholmie i powołano w Warszawie Instytut Skandynawistyki. Dwudziestolecie międzywojenne poza osiągnięciami w dziedzinie kultury i edukacji przyniosło też intensywną współpracę ekonomiczną pomiędzy naszymi krajami. We wczesnych latach 30-tych liczne przedsiębiorstwa okrętowe miały swych reprezentantów w Gdyni. Zbudowano też kościół szwedzki, który istnieje do dziś. W czasie drugiej wojny światowej kościół ten pomagał w przerzutach uchodźców do Szwecji w przebraniu marynarzy, a w latach 70-tych i 80-tych stanowił ważne miejsce tajnych spotkań polskiej opozycji z przedstawicielami Europy Zachodniej.

W 1939r po wybuchu II wojny światowej w Szwecji tworzono komitety, które miały za zadanie pomoc ludności cywilnej w okupowanej Polsce. Pojedyncze osoby narodo-

wości szwedzkiej uczestniczyły w polskim ruchu oporu. W czasie wojny ludność szwedzka mogła śledzić to, co działo się w Polsce dzięki czasopismu Svio-Polonica wydawanemu we Sztokholmie. Tytuł ten funkcjonuje do dziś pod nazwa *„Acta Suedo-Polonica”*. Wydaje się, że najbardziej znaczącą akcją ludzi w Szwecji na rzecz rozdartej wojną Polski była pomoc zorganizowana przez Folke Bernadotte, prezydenta Szwedzkiego Czerwonego Krzyża dla ponad 30.000 byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Tylko w samych białych autobusach szczęśliwie przetransportowano około 8000 osób do szpitali szwedzkich. Część z nich wróciła potem do Polski, ale wielu pozostało. Ponownie w naszej późniejszej historii uchodźcy z Polski znaleźli bezpieczną przystań w Szwecji, a wielu znalazło tam drugi dom.

Po wojnie znów nastał dla Polski czas zmagań, jako że zostaliśmy włączeni do Bloku Sowieckiego. Przez wiele lat po wojnie Szwecja kontynuowała swą pomoc przysyłając żywność, leki i odzież. Przykładem tej pomocy są Szwedzko-Polski Szpital Dziecięcy w Otwocku i szwedzkie wyposażenie szpitala ortopedycznego w Poznaniu. Innym przykładem pomocy było przesłanie do naszej szkoły kilku kompletnych unitów dentystycznych. Po wojnie Polska rozwinęła stosunki handlowe ze Szwecją. W roku 1945 Szwecja była drugim krajem po Związku Radzieckim, który podpisał z Polską układ handlowy. Szwecja kupowała od nas głównie węgiel, w ilości która pokrywała 80% zapotrzebowania na ten produkt. Do dziś mamy w Warszawie kilka budynków zbudowanych w tamtych czasach przez Skanska-Cement. W latach 70– tych Polska była największym w Europie centralno-wschodniej partnerem handlowym Szwecji. W roku 1974 zniesiono wizy między Szwecją i Polską i otwarto bezpośrednie połączenie kolejowe między naszymi krajami. W tym też czasie otwarto Instytut Polski w Sztokholmie. Było to pierwsze tego typu centrum polskie w całej Skandynawii, powołane do promowania współpracy w dziedzinie sztuki, kultury i nauki. W latach 60-tych i 70-tych istniała wymiana kulturalna między Szwecją i Polską. Skandynawistyka została ustanowiona jako kierunek studiów. Utwory polskich pisarzy grano w teatrach szwedzkich, w kinach pojawiły się filmy polskich reżyserów, a na ekranach telewizorów seriale i filmy dokumentalne. Z inicjatywy Bengta Forslunda polscy aktorzy, dyrygenci i kompozytorzy byli zapraszani do Szwecji, gdzie dawali wspólne koncerty i robili wspólne nagrania. Z czasem Szwecja zyskała określoną pozycję w naszym życiu kulturalnym. Dramaty Per Olova Enquista, Stiga Larssona i Augusta Strindberga znajdowały się w repertuarze i na afiszach polskich teatrów. Literatura szwedzka jest czytana i lubiana. Przez wiele lat jedno z wydawnictw poznańskich specjalizowało się w literaturze skandynawskiej.

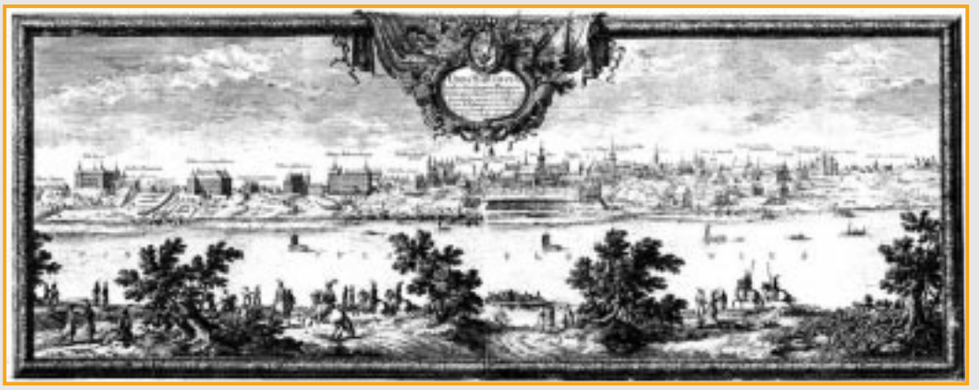
W 1980 utworzenie pierwszego niezależnego związku zawodowego o nazwie Solidarność zwróciło uwagę Europy na nasz kraj. W Szwecji wyczuwało się atmosferę wspierającą starania Polaków o odzyskanie niepodległości. Zarówno władze szwedzkie, jak i związki zawodowe okazywały wsparcie dla Solidarności. Przejawiało się to m.in. w geście przyznania w 1980 roku nagrody Nobla w dziedzinie literatury Czesławowi Miłoszowi. W uzasadnieniu tej decyzji podniesiono bezkompromisową klarowność w interpretowaniu ludzkich praw w świecie silnych konfliktów. Narodziny Solidarności wywołały ponownie zainteresowanie polską kinematografią dzięki filmom Wajdy, takim jak np. „Człowiek z marmuru”. Krzysztof Kieślowski i Agnieszka Holland znaleźli miejsce na ekranach kin szwedzkich.

Przełomowym momentem dla Polski było wprowadzenie 13 grudnia 1981r. stanu wojennego i pozbawienie Solidarności prawa do działania. Raz jeszcze Szwecja przyszła nam z pomocą pozwalając pozostać tym Polakom, którzy znaleźli się w tym czasie w Szwecji i organizując pomoc humanitarną dla tych, którzy pozostali w kraju. Pamiętamy jeszcze tiry wypełnione materiałami i narzędziami oraz odzieżą, które osobiście przywozili do nas koledzy profesorowie i asystenci z uczelni szwedzkich, np. prof. Bengt Öwall (od 1984 r. doctor honoris causa naszej Uczelni). W całej powojennej historii Polski kraj nasz był otoczony ze wszystkich stron krajami należącymi do bloku sowieckiego. Jedyną drogą ucieczki było morze. Wszelkie tego typu próby były traktowane przez państwo jako ciężkie przestępstwa kryminalne, za które dostawało się kilka lat więzienia. Raz jeszcze uchodźcy z Polski znaleźli schronienie w Szwecji. Przyznanie w 1983r. pokojowej nagrody Nobla Lechowi Wałęsie, liderowi zdelegalizowanego związku zawodowego było ze strony krajów skandynawskich oznaką wsparcia dla polskiej opozycji. Następną nagrodę Nobla, tym razem w dziedzinie literatury, przyznano w roku 1996 Wisławie Szymborskiej już w wolnej, niezależnej Polsce.

Ostatnie 10– lecie przyniosło wzrost kontaktów między obu krajami. Polskę odwiedził król szwedzki Karol Gustaw i dwóch kolejnych prezydentów polskich złożyło wizytę w Szwecji. Kontakty handlowe między krajami zwiększyły się i rozrosły też inwestycje szwedzkie w Polsce. Szwecja zajmuje obecnie 8 miejsce na liście największych inwestorów w Polsce. Wiele dużych przedsiębiorstw ma u nas stałe przedstawicielstwa, a liczba małych szwedzkich przedsiębiorstw w naszym kraju zwiększa się. Jeden z budynków przedsiębiorstwa Skanska w Warszawie został niedawno nagrodzony za projekt architektoniczny. Równocześnie rośnie pozycja Polski na rynku w Szwecji. W ubiegłym roku Polska zajmowała 12 miejsce na liście eksporterów do Szwecji i 14 na liście importerów, będąc równocześnie największym partnerem handlowym Szwecji spośród krajów Europy centralno-wschodniej.

Miejsce Szwecji w polskiej edukacji, kulturze jest okre-

XVII wiek
Erik Dahlbergh – Szwedzki dyplomata i kartograf



ślone. Ostatnie pokolenia dzieci wzrastały na bajkach Selmy Lagerlöf i Astrid Lindgren. Pierwsza z wymienionych do dziś znajduje się na liście książek zalecanych dla szkół. Można też powiedzieć, że powieści Astrid Lindgren dla dzieci stały się częścią polskiej kultury. Wiele pokoleń polskich dzieci wzrastało z Fizią Pończoszanką i z dziećmi z małego szwedzkiego miasta Bullerbyn. Książki tych autorek stały się pomostem łączącym dzieci obu naszych krajów. W 1989r Uniwersytet Warszawski nadał Astrid Lindgren tytuł doktora honoris causa.

Zaledwie kilka lat temu znów doznaliśmy pomocy i wsparcia ze strony Szwecji. Było to w czasie powodzi w 1997r., która objęła wiele krajów Europy centralnej. Raz jeszcze Szwecja uczestniczyła w szeroko zakrojonej akcji pomocy dla Polski.

Jednym ze szczególnych obszarów, który pozostaje pod silnym wpływem Szwecji jest stomatologia, którą reprezentuję. Stomatologia szwedzka jest dla nas wzorem. Wpływy szwedzkie na polską stomatologię zaczęły się wraz z wyjazdem polskich stomatologów na zjazdy i seminaria organizowane w Szwecji. Już w 1957r. uczestniczyliśmy w zjeździe ORCA w Malmö i w roku 1960 w seminarium WHO organizowanym w Goeteborgu, a poświęconym organizacji opieki stomatologicznej nad dziećmi. W czasie konferencji zorganizowanej w stulecie Szwedzkiego Towarzystwa Stomatologicznego w Sztokholmie prof. Maria Kobylańska z Akademii Medycznej w Poznaniu jako gość zaproszony wygłaszała wykład. Warto też wspomnieć, że mąż prof. Marii Kobylańskiej, który angażował się bardzo w organizację nauczania języka szwedzkiego w Polsce otrzymał Królewski Order Gwiazdy Polarnej, który jest najwyższym odznaczeniem szwedzkim przyznawanym cudzoziemcom. Odznaczeń takich przyznano zaledwie 100. W czasie gdy dostęp do światowej literatury w Polsce był dramatycznie ograniczony, dzięki czasopismom takim jak *Svensk Tandlakare Tidskrift* i później *Acta Odontologica Scandinavica*, które przysyłano bezpłatnie i regularnie do niektórych kolegów bądź Uczelni oraz dzięki przesyłanym nam odbitkom i tezom prac doktorskich szwedzkie idee na temat roli i efektów miejscowego stosowania związków fluoru zostały upowszechnione w Polsce. Literatura naukowa, którą otrzymywaliśmy była szczególnie ważna jako źródło informacji dotyczącej metod badawczych, które mogliśmy wykorzystać w naszych własnych badaniach oraz jako źródło informacji dotyczących nowych technik w stomatologii. Nowe kontakty w czasie zjazdów i seminariów otwierały drogę do starań o pobyty stypendialne na uniwersytetach szwedzkich. I wielu z nas stomatologów skorzystało z tej szansy pracując w zakładach nauk podstawowych, klinikach uniwersyteckich i wizytując regionalne kliniki stomatologiczne. Podczas wizyt w klinikach regionalnych otrzymywaliśmy ogromnie kompetentne informacje o systemie opieki stomatologicznej w Szwecji, jego finansowaniu, rodzaju personelu, o programach zapobiegawczych itp. Osobiście miałam okazję odwiedzić w ramach małych grup roboczych WHO m.in. dr Larsa Salonena, który zapoznał nas z nowo wprowadzoną w tym czasie

koncepcją zróżnicowania ubezpieczeń zdrowotnych zależnie od indywidualnego ryzyka choroby. Dr L. Solanen był pierwszym stomatologiem, którego pacjenci ubezpieczali się na nowych zasadach. Wysokość składki ubezpieczeniowej była uzależniona od ryzyka choroby wyznaczonego wstępnie przez dr L. Salonena. Ogromnie interesujące były też wizyty w prowincji Halland, gdzie prof. Lars Peterson i jego koledzy zapoznawali nas z organizacją programów zapobiegania, ale także z kolejno wprowadzanymi zmianami systemu opieki zdrowotnej, wyposażając nas przy tym nie tylko w pakiety odpowiednich danych, tabel i rycin, ale także w zabawne rysunki, które osobiście bardzo lubię i często wykorzystuję. Te spotkania były okazją do zapoznania się zwykle o kilka, a czasem nawet o kilkanaście lat wcześniej z ideami, które później wprowadzano też w Polsce.

Mieliśmy też okazję gościć w Polsce dr Helge Berggrena ze Szwecji, który na przełomie lat 50/60-tych jako ekspert WHO konsultował system opieki stomatologicznej dla dzieci szkolnych. Polscy stomatolodzy praktycy mieli też okazję słuchać wykładów ekspertów szwedzkich w wielu dziedzinach stomatologicznych, że wspomnę protetyków prof. P.E. Glanza, B.Öwalla, specjalistę w chorobach jamy ustnej Toni Axella, czy periodontologów Jana Egelberga, Sture Nymana, Jana Wennstroma, bądź Gunillę Bratthalla, którzy przyjeżdżali do Warszawy w ramach współpracy naukowej naszej Uczelni z Uniwersytetem w Lund lub na zaproszenie Sekcji Periodontologii. Także w bieżącym roku w czasie zjazdu w Gdańsku mogliśmy oglądać pokaz techniki operacyjnej osadzania implantów prof. Ingvara Ericssona transmitowany na żywo z sali operacyjnej.

Kontakty z kolegami szwedzkimi umożliwiły nam dogłębne zrozumienie problematyki zdrowia publicznego i grup ryzyka oraz zasad planowania zdrowia. Wiele z tego, czego nauczyliśmy się w Szwecji próbowaliśmy wprowadzić w Polsce. W czasie spotkań z kolegami ze Szwecji powstała koncepcja podjęcia wspólnych projektów badawczych, które nasza Uczelnia realizuje od 1974r. Współpraca naszej uczelni została nawiązana z inicjatywy i staraniem prof. E.Spiechowicza, który znacznie wcześniej odwiedzał Szwecję i nawiązał skuteczne kontakty z kierownictwem Wydziału Stomatologii w Lund. Spośród Zakładów Stomatologicznych umowę realizowały w ciągu wielu lat Zakład Protetyki, Zakład Stomatologii Dziecięcej, Samodzielna Pracownika Radiologii Stomatologicznej i Zakład Stomatologii Zachowawczej. Najistotniejsze wydaje się to, że kolejne generacje pracowników obu Uczelni uczestniczyły w realizacji współpracy i tak np. w Zakładzie Stomatologii Dziecięcej rozpoczynali projekty badawcze prof. I.Grodzka oraz prof. Frostell i prof. L.Petersson, a kontynuowała prof. M.Szpringer –Nodzak i U. Schroeder z zespołami. Zakład Protetyki kierowany przez prof. E.Spiechowicza realizował współpracę z 3 jednostkami Wydziału Stomatologii w Lund w tym z trzema kolejnymi kierownikami Zakładu Protetyki (prof. Nyquistem, prof. Öwallem i prof. Glanzem). Zakład Stomatologii Zachowawczej współpracował z 2 Zakładami: z Zakładem Keriologii – zrealizowano wspólnie 3 tematy i to przy udziale nowej generacji pracowników Zakładu, tj. prof. G.Bratthalla i prof. P.Carlssona oraz prof. D.Ericsona i prof. K.Wretlind. Z Zakładem Periodontologii zrealizowano jeden bardzo obszerny temat, który był przedmiotem wielu publikacji. Współpraca z Zakładem Keriologii zaowocowała rozszerzeniem naszych kontaktów naukowych w Szwecji. Podjęliśmy realizację tematu badawczego z prof. Per Axelssonem z Preventive Oral Health Centre of Karlstad afiliowanym przy Wydziale Stomatologii Uniwersytetu w Goeteborgu. Współpraca Zakładu Stomatologii Zachowawczej rozpoczęła się w początkach lat 80-tych. Udział w realizacji wspólnych projektów umożliwił nam lepsze opanowanie diagnostyki i zapobiegania próchnicy, znaczenia i standardu leczenia, uzyskanie czynników warunkujących przewidywalny wynik zapaleń przyzębia.

Bliska współpraca między Zakładami obu Uczelni umożliwiła udział naszych nauczycieli w seminariach organizowanych w Szwecji w takich dziedzinach jak planowanie zdrowia jamy ustnej, stomatologia prewencyjna i epidemiologia, praca z asystentką na 4 ręce i ostatnio opracowanie chemo-mechaniczne ubytku próchnicowego. Nasza współpraca zaowocowała wielu publikacjami w czasopismach o zasięgu międzynarodowym i krajowym oraz dużą ilością doniesień zjazdowych. Nasze kontakty ze stomatologią szwedzką wzmocniły się ostatnio. Dzięki stypendium IADR dr A.Mielczarek mogła przeprowadzić swoje badania nad diagnostyką laserową próchnicy w Karolinska Institutet przy współpracy prof. A. Ingmar Manson.

Nowe przyjaźnie zostały nawiązane też na poziomie studentów. Wizyta 5 naszych studentów wraz z młodym nauczycielem w ubiegłym roku akademickim zaowocowała już wprowadzeniem po raz pierwszy PBL do nauczania problematyki klinicznej w naszym Zakładzie. Aktualnie prowadzimy nauczanie tego typu na III roku. Mam nadzieję, że inicjatywa naszych studentów jest zapowiedzią dalszego rozwoju kontaktów zawodowych i personalnych kolejnej generacji stomatologów szwedzkich i polskich oraz między Akademią Medyczną w Warszawie i Wydziałem Stomatologii Uniwersytetu w Malmö.

Kończąc – pragnę podkreślić swoje zadowolenie i poczucie satysfakcji, że mogłam w skromnym zakresie uczestniczyć w procesie współpracy między bliskimi sobie narodami.

SESJA NOBLOWSKA

Mgr Magdalena Zielonka
Dział Wydawnictw AM

15 grudnia 2003 r. w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II odbyła się XIII uroczysta sesja naukowa I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie z okazji przyznania nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny w 2003 roku.

Tegorocznymi laureatami są: chemik **Paul C. Lauterbur** z USA i fizyk **Peter Mansfield** z Wielkiej Brytanii, nagrodę otrzymali za badania nad rezonansem magnetycznym. Tym samym powiększyli listę noblistów, którzy otrzymali nagrodę w zakresie rezonansu magnetycznego do 6 osób.

Gospodarz uroczystości – dziekan I WL prof. dr hab. Marek Krawczyk powitał licznie zgromadzonych gości: JM Rektora naszej Uczelni prof. J. Piekarczyka, wykładowców tegorocznego spotkania prof. A. Jasińskiego i prof. M. Gołębiowskiego, wykładowców poprzednich Sesji, m.in. prof. A. Trzebskiego, prof. A.Czyżyka, prof. M. Jakóbisiaka, prof. J. Naumana, prof. T. Mazurczaka, prof. J. Strosznajder, prof. D. Maślińską, prof. A. Kaczanowskiego, byłych rektorów: prof. J. Szczerbania, prof. B. Pruszyńskiego i prof. T. Tołłoczko, władze rektorskie, dziekańskie i administracyjne Uczelni, dyrektorów szpitali klinicznych i kierowników Zakładów Radiologii, prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej dr A. Włodarczyka.

Prof. dr hab. A. Jasiński

W swoim wystąpieniu, bogato ilustrowanym slajdami Pan Dziekan omówił historię ustanowienia nagrody Nobla oraz przypomniał sylwetkę twórcy tej uroczystości w Akademii Medycznej prof. A. Karwowskiego. Następnie przypomniał tematykę kolejnych spotkań, przedstawił postaci laureatów oraz wykładowców, omawiających dany problem. Całość materiałów zebrano w książeczce „Sesje Noblowskie w I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie", którą jako niespodziankę gwiazdkową Dziekana otrzymał każdy z uczestników spotkania.

JM Rektor w swoim wystąpieniu podkreślił, że grudzień, to miesiąc wielkiej aktywności I Wydziału Lekarskiego; tydzień wcześniej na spotkaniu w Filharmonii absolwenci otrzymali dyplomy ukończenia studiów. Podkreślił, że często osiągnięcia z fizyki i chemii mają zastosowanie w medycynie. Było tak chociażby w przypadku nagród dla W. Roentgena – odkrywcy promieniowania X, czy obydwu nagród dla M. Curie-Skłodowskiej. Obie nagrody stały się motorem ogromnego postępu w medycynie. Obrazowanie magnetyczne to kolejny przewrót w dziedzinie diagnozowania.

Tematem wykładu prof. dr hab. Andrzeja Jasińskiego było „**Obrazowanie magnetyczno-rezonansowe. Historia odkrycia; podstawy fizyczne**". Prof. dr hab. Andrzej Jasiński jest kierownikiem Zakładu Radiospektroskopii i Pracowni Tomografii MR w Instytucie Fizyki Jądrowej PAN. Jest absolwentem Wydziału Fizyki UJ, tamże uzyskał następne stopnie naukowe. W latach 1975-76 jako Senior Fellow Nottingham University współpracował z prof. P. Mansfieldem, którego w trakcie wykładu nazwał swoim osobistym przyjacielem. W latach 1990-91 jako Visiting Professor pracował w Ottawie. Jest pionierem MRI w Polsce. Do jego głównych zainteresowań należy:

1. Relaksacja NMR w cieczach.
2. Fizyka obrazowania MR.
3. Rozwój nowych metod i technologii MR.

Jest członkiem wielu międzynarodowych stowarzyszeń naukowych.

W swoim wykładzie wspomniał, że profesor Rudolf Klimek, ginekolog jako pierwszy lekarz w Polsce zetknął się z rezonansem magnetycznym (w latach 80-81) współpracując z P. Lauterbachem. W Polsce pierwszy aparat do rezonansu MRI zainstalowano w 1990 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Ciekawostką wystąpienia prof. Jasińskiego była informa-

Prof. dr hab. M. Gołębiowski

Prof. dr hab. M. Krawczyk

cja, że obydwaj tegoroczni Nobliści byli w Polsce, w Krakowie, gdyż obydwaj są doktorami honoris causa krakowskich Uczelni, prof. P. Lauterbach Akademii Medycznej, a prof. Mansfield Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Następnym wykładowcą był prof. Marek Gołębiowski, absolwent naszej Uczelni, obecnie jej profesor. W czasie swojej drogi zawodowej był stypendystą Zakładów Radiologii w Japonii, Rzymie, Monachium i Belgii. Członek Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego, sekretarz Komisji Radiologii PAN.

Główne zainteresowania zawodowe Profesora to:

1. Radiologia gastroenterologiczna.
2. Neuroradiologia.
3. Diagnostyka MR.

Wykład prof. Gołębiowskiego „**Obrazowanie magnetyczno-rezonansowe. Zastosowania kliniczne”**, bogato ilustrowany slajdami, pokazał zebranym jak znakomitym narzędziem diagnostycznym jest rezonans MRI. Stosowany przede wszystkim w badaniach mózgu i twarzoczaszki, układu naczyniowego, kostno-stawowego, jest podstawowym badaniem w diagnostyce stwardnienia rozsianego.

Główne zalety to: wysoka rozdzielczość obrazu (co pozwala uwidocznić nawet zmiany mikroskopowe), wielopłaszczyznowość prezentacji, możliwość oceny dyfuzji i perfuzji tkankowej, obrazowanie czynnościowe (pozwala to np. ocenić aktywność kory mózgowej), możliwość monitorowania zabiegów oraz bezpieczeństwo badania.

W tej chwili wykonuje się rocznie na świecie ok. 30 milionów badań magnetyczno-rezonansowych, ale już w 2005 r. ta liczba się podwoi.

„Strawę duchową” zapewnił recital młodej, urodziwej, obdarzonej pięknym głosem sopranistki Izabeli Kopeć, w zróżnicowanym, wielojęzycznym repertuarze.

Na zakończenie uroczystości odbył się koktajl sponsorowany przez firmę Radisson SAS, w trakcie którego słuchaliśmy kolęd Chóru Akademii Medycznej pod dyrekcją Beaty Herman.

Sponsorami głównymi uroczystości były firmy farmaceutyczne: Polfa Warszawa, GE Medical Systems, Philips i Schering-Plough.

Wystąpienie JM Rektora

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Panie Dziekanie,
Wysoka Rado,
Wielce Szanowni Państwo.

Spotykamy się dzisiaj w grudniowy wieczór, jak co roku od 13 już lat, z okazji przyznania nagrody Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii przez Szwedzki Królewski Karoliński Instytut Medyczno-Chirurgiczny. Nagroda Nobla jest – jak wiemy – najbardziej prestiżową nagrodą, przyznawaną za najwybitniejsze osiągnięcia naukowe w dziedzinie : fizyki, chemii, fizjologii lub medycyny, w dziedzinie literatury oraz nagrodą pokojową. Od 1969r. przyznawana jest też, jako nagroda w dziedzinie ekonomii. Nagrodę tę po raz pierwszy otrzymali norweski uczony R. Frisch oraz J. Tinbergen – holenderski ekonomista.

Pamiętam tę datę, grudzień 1969r. sprzed 35 lat, ponieważ dokładnie wtedy rozpocząłem pracę w Akademii Medycznej w Warszawie. Przez te 35 lat żaden polski ekonomista nagrody Nobla nie otrzymał, podobnie, jak niestety nie było tej nagrody przyznanej dla Polski w dziedzinie fizjologii, medycyny – przez okres 103 jej edycji.

Często było natomiast tak, że nagrody z dziedziny fizyki i chemii znajdowały zastosowanie w medycynie.

Tak było z pierwszą edycją nagrody w dziedzinie fizyki w 1901r. przyznanej Röntgenowi i w dwa lata później dla Marii Skłodowskiej-Curie w zespole z Piotrem Curie i Becquerelem, za odkrycie nowych promieniotwórczych pierwiastków: polonu i radu. To była jednocześnie pierwsza nagroda dla Polski; Maria Skłodowska powtórzyła ten sukces indywidualnie w dziedzinie chemii w 8 lat później w 1911r. za prace dotyczące wyodrębnienia, oczyszczania oraz określenia właściwości polonu i radu. Pośrednio więc nagroda Nobla dla Polski, a raczej Jej odkrycia stały się motorem wielkiego postępu w medycynie.

Pragnąłbym usprawiedliwić się przed Państwem, dlaczego podaję te powszechnie znane fakty związane z nagrodą Nobla, otóż usprawiedliwieniem jest konwencja tego spotkania, dzisiejsza – tegoroczna nagroda, związana jest z odkryciem i zastosowaniem klinicznym obrazowania magnetyczno-rezonansowego, jako kolejnego, choć już przecież nie najnowszego przewrotu w diagnostyce medycznej.

Ale jeżeli można na moment wrócić do Polaków nagrodzonych „Noblem”, łącznie z 2 nagrodami dla M. Skłodowskiej, tych nagród otrzymali Polacy 7, przy czym zdecydowanie jesteśmy lepszymi humanistami, na co składają się 4 nagrody literackie dla Sienkiewicza, Reymonta, Miłosza i Szymborskiej oraz pokojowa nagroda Nobla dla Lecha Wałęsy, przyznana mu już 20 lat temu – wszyscy wiemy za co tę nagrodę otrzymał Lech Wałęsa. W 20-tą rocznicę jej przyznania, przed kilkoma dniami powiedział w wywiadzie telewizyjnym następujące słowa „Nagroda Nobla uczyniła mnie właśnie nieśmiertelnym, a ruchowi, któremu przewodziłem pozwoliła nabrać wiatru w żagle i doprowadzić do zwycięstwa”... .

Szanowni Państwo – Lech Wałęsa to niewątpliwie historia, to najpopularniejszy Polak końca XX wieku i to nie wyłącznie ze względu na przyznaną mu tę nagrodę, ale dlatego, że odegrał olbrzymią rolę w pokojowym upadku systemu komunistycznego. Od tego czasu stał się symbolem, na wiele lat – symbolem Polski i tych przemian w całej Wschodniej Europie; zatem, chyba rzeczywiście rolę Wałęsy dla dziejów Europy, można byłoby porównywać z rolą Jana III Sobieskiego, kilkaset lat wcześniej podczas odsieczy wiedeńskiej. Pewne jest to, że w obydwu wypadkach Europa te fakty szybko zapomniała, a najszybciej ta wschodnia część Europy. Rzeczą oczywistą jest, że biegu historii nie wyznaczają pojedynczy ludzie, nie są to też ich pojedyncze sukcesy, na ogół zarówno w pracowniach uczonych, jak i w polityce są ludzie – symbole i ludzie – mrówczej pracy, których zasługi pozostają w kategorii anonimowych.

Warto przypomnieć też fakt podstawowej wagi ... .

Zanim ruch Solidarności rozwinął swoje skrzydła, padło w 1978 r. znamienne i wiekopomne zdanie „Habemus Papam”... pojawił się człowiek z Polski, który otrzymał najwyższe stanowisko na arenie międzynarodowej, spośród wszystkich Polaków w historii.

Jan Paweł II stał się jednocześnie niewątpliwie największym autorytetem moralnym i orędownikiem wartości humanistycznych, w tym propagatorem pokoju w skali globalnej.

Nagroda Nobla jest niewątpliwie najbardziej prestiżowym wyróżnieniem w tych 6 przyznawanych kategoriach, niewątpliwie też niemal każdy z przeszło 6 miliardów współobywateli naszej Ziemi, otwarcie lub skrycie o niej marzy, niestety każdego roku zaledwie kilka wybitnych osób staje się jej laureatami. Stawiane jest czasami pytanie,

czy wysoka komisja Królewskiej Akademii Nauk jest do końca obiektywna; ale jest to raczej pytanie niedorzeczne, bo to tylko ta komisja jest kompetentna i nikt poza nią.

Może bardziej interesujące byłoby pytanie, kto z ludzi żyjących na naszym globie jest do końca pozbawiony emocji w chwili przyznawania Nobla.

Pytanie to należałoby skierować szczególnie do osób, które były lub będą w grupie kandydatów nominowanych do tej nagrody? Czy są tacy ludzie? Myślę, że tak; że byli i są, i to jest najważniejsze. Nie to, że niektórzy z nich tę nagrodę otrzymali a inni nie ... .

Proszę posłuchajcie Państwo jeszcze króciutkiego fragmentu wiersza Szymborskiej – naszej Noblistki, tematycznie związanego z końcem roku i upływem czasu:

„Nic dwa razy się nie zdarza
i nie zdarzy. Z tej przyczyny
zrodziliśmy się bez wprawy
i pomrzemy bez rutyny.
Choćbyśmy uczniami byli
najlepszymi w szkole świata
nie będziemy repetować żadnej zimy ani lata.
Żaden dzień się nie powtórzy
nie ma dwóch podobnych nocy
dwóch tych samych pocałunków
dwóch jednakich spojrzeń w oczy”.

I na koniec z życzeniami świątecznymi zacytujmy jedną zwrotkę wiersza „Kolędnicy” – Czesława Miłosza napisanego w Waszyngtonie w 1949 roku.

„ Z kozą, piszczałką i turoniem
Gdy wieje wicher świętokrzyski
I ponad strugą i nad błoniem
Latają w mrozie białe listki,
Z kozą, piszczałką i turoniem.”

A teraz myślę, że czas abyśmy posłuchali historii odkrycia i klinicznego zastosowania rezonansu magnetycznego.

Obrony prac doktorskich

Dziekanat II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie uprzejmie zawiadamia, że ***w dniu 12 grudnia 2003 roku*** *w sali Senatu w Gmachu Akademii Medycznej przy ul. Żwirki i Wigury 61 w Warszawie odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich:*

godz.12.00
Lek. Marcin Janas
Zwężenia tętnic zewnątzrczaszkowych jako późne powikłanie po radioterapii nowotworow okolicy szyi
promotor: prof. dr hab. Wojciech Noszczyk
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Andziak
prof. dr hab. Jerzy Michalak

godz.13.00
Lek. Jacek Michalak
Badania wydolności żył głębokich kończyn dolnych u chorych po usunięciu niewydolnych żył powierzchniowych
promotor: dr hab. med. Piotr Ciostek
recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Stryga
prof. dr hab. Marek Maruszyński

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

MEDYCYNA

Nowe kierunki w leczeniu bólu

Mgr Urszula Sot
Zakład Farmakodynamiki Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Witold S. Gumułka

Ból jest to nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne doznanie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek, bądź jedynie odnoszące się do takiego uszkodzenia [19].

Ból może powstawać w następstwie podrażnienia receptorów bólowych (ból receptorowy), jak i w następstwie uszkodzenia układu nerwowego (ból niereceptorowy – neuropatyczny). Rodzajem bólu niereceptorowego jest ból psychogenny, na ogół związany z silnymi emocjami. Nie towarzyszy mu uszkodzenie tkanek, ale jest opisywany w tych kategoriach [34].

Ból fizjologiczny, wywołany przez bodźce szkodliwe, pełni funkcję odruchowo-obronną. Jest najczęściej krótkotrwały oraz ograniczony do miejsca uszkodzenia. Jego natężenie zależy bezpośrednio od siły bodźca i zazwyczaj towarzyszą mu objawy wegetatywne (wzrost ciśnienia krwi, przyśpieszenie akcji serca i oddechu, nadmierne pocenie się, rozszerzenie źrenic), a także uczucie niepokoju, a nawet strachu. Ból kliniczny najczęściej związany jest z uszkodzeniem tkanek. Towarzyszy mu pojawienie się nadwrażliwości związanej ze zmianą właściwości i wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych oraz zmianami w OUN. Zjawisko to manifestuje się obniżeniem progu bólowego (alodynia) lub wzrostem odpowiedzi na stymulację (hiperalgezja). Ból ten ma charakter obronno-zabezpieczający, gdyż wzrost wrażliwości ułatwia zdrowienie poprzez minimalizowanie możliwości wystąpienia dalszych uszkodzeń na drodze eliminacji wszystkich bodźców. Jeżeli dolegliwości bólowe trwają dłużej niż 3 miesiące lub utrzymują się po wygojeniu uszkodzonych tkanek, wówczas mamy do czynienia z bólem przewlekłym. Ból taki traci fizjologiczne, sygnałowe znaczenie, przyczynia się natomiast do rozwoju licznych zaburzeń przebiegających z pogorszeniem samopoczucia, jak też obniżeniem nastroju [9,15,34].

Proces powstawania odczucia bólowego nosi nazwę nocycepcji i obejmuje 4 etapy: transdukcję, przewodzenie, modulację i percepcję. W procesie transdukcji zachodzi zamiana energii działającego bodźca na impuls elektryczny przewodzony włóknami nerwowymi odbywa się w obwodowych zakończeniach nerwowych neuronu nocyceptywnego, tzw. nocyceptorach, czyli receptorach bólowych [34].

Są to wolne zakończenia cienkich, zmielinizowanych włókien Aδ o średnicy 2-5 m i prędkości przewodzenia 6-30 m/s. Pobudzenie tych receptorów powoduje wystąpienie ostrego bólu o ściśle określonej lokalizacji. Druga populacja receptorów czucia bólu to wolne zakończenia niezmielinizowanych włókien C o średnicy 0,4-1,2 m i prędkości przewodzenia 0,5-2 m/s. Pobudzenie tej populacji receptorów powoduje wystąpienie bólu tępego, piekącego lub gniotącego. Inną cecha tego bólu jest niemożliwość jego precyzyjnej lokalizacji [21].

Na poziomie tkankowym, w odpowiedzi na pobudzenie nocyceptywne dochodzi do wydzielenia licznych mediatorów, określanych w piśmiennictwie jako „tkankowy koktajl bólowy", czyli: prostanoidów, bradykininy, substancji P, cytokin, jonów potasu, adenozynotrifosforanu (ATP), histaminy, serotoniny. Substancje te bezpośrednio pobudzają lub uwrażliwiają neurony czuciowe w odpowiedzi na bodźce bólowe [10,27].

Włókna Aδ i C przenoszące informację nocyceptywną wnikają do rdzenia kręgowego przez korzeń grzbietowy, tworząc połączenia synaptyczne z neuronami drugorzędowymi w rogu tylnym rdzenia kręgowego. Z rogu tylnego informacja nocyceptywna przekazywana jest do wyższych pięter OUN dwiema drogami: boczną drogą rdzeniowo-wzgórzową, której aksony szybko przekazują do wzgórza informacje o dokładnej lokalizacji oraz charakterze bodźca nocyceptywnego i informacja ta jest projektowana ze wzgórza do somatosensorycznej kory mózgowej, oraz przyśrodkową drogą rdzeniowo-wzgórzową, która przewodzi znacznie wolniej i przekazuje informację nocyceptywną do środkowej części wzgórza, mostu, substancji szarej okołowodociągowej, oraz podwzgórza. Następnie informacja ta jest szybko projektowana do kory mózgowej i do układu limbicznego. Uważa się, iż drogą tą przenoszone są informacje „stale przypominające" o zaistniałym uszkodzeniu, warunkujące właściwe „zachowania bólowe" (ochrona gojącego się miejsca, prawidłowy przebieg procesu gojenia) [22, 34, 36].

Końcowym etapem procesu nocycepcji jest percepcja mająca miejsce w korze mózgowej, która spełnia rolę poznawczą i jest odpowiedzialna za uświadomienie działania stymulacji bólowej, jej ocenę oraz reakcje wegetatywne i emocjonalne. Tutaj powstają lęk, agresja, gniew oraz kształtowane są modele zachowań związanych z zapamiętanym bólem [3,34].

W komórkach rogu tylnego i całym układzie rdzeniowo-wzgórzowym dochodzi do modulowania przewodzonych impulsów, którego rezultatem jest zahamowanie uwalniania neuroprzekaźników z ośrodkowych zakończeń pierwotnych włókien aferentnych lub też modulowanie aktywności neuronów projekcyjnych w rogach tylnych.

W procesie tym biorą udział „mechanizmy wewnętrzne" na poziomie rogu tylnego, jak i tak zwany „zstępujący układ antynocyceptywny". Stymulacja nocyceptywna przewodzona z obwodu do kory mózgowej jest więc poddawana modyfikacji, w której biorą udział endogenne układy opioidowe, układ noradrenergiczny, cholinergiczny, serotoninergiczny oraz GABA-ergiczny [34].

Farmakoterapia jest główną, dominującą metodą walki z bólem. W strukturach jak i w substratach układu nocyceptywnego można znaleźć wiele punktów, w których informacja nocyceptywna może ulec przerwaniu lub osłabieniu [35].

Jedną z najważniejszych funkcji endogennych systemów opioidowych jest ich wpływ na procesy przewodzenia bodźców nocyceptywnych, dlatego też opioidy, czyli substancje działające poprzez receptory opioidowe są najstarszą i bardzo liczną grupą substancji stosowanych w uśmierzaniu bólów silnych i bardzo silnych [26]. Opioidy działają bezpośrednio na trzy rodzaje receptorów opioidowych: mi, kappa oraz delta. Mechanizm działania agonistów receptorów opioidowych na poziomie rdzenia i ponadrdzeniowym wiąże się z presynaptyczynym zahamowaniem uwalniania pronocyceptywnych neuroprzekaźników (neurokininy A, substancji P, aminokwasów pobudzających) poprzez zamknięcie kanałów jonowych dla jonów wapnia lub hiperpolaryzacją postsynaptycznych neuronów, co zmniejsza ich wrażliwość na mediatory uwalniane z zakończeń presynaptycznych, w następstwie otwarcia kanałów jonowych dla jonów potasu [12]. Ostatnie badania dowodzą istnienia receptorów opioidowych na obwodzie. W stanach zapalnych może dojść do migracji recptorów opioidowych na obwodowe zakończenia włókien nocyceptywnych. Proces ten rozpoczyna się zwykle w pierwszym lub drugim dniu po wystąpieniu zapalenia, jednakże egzogenne opioidy działają już po upływie minut lub godzin od wystąpienia zapalenia. Prawdopodobnie wiąże się to z uaktywnieniem „cichych" obwodowych receceptorów opioidowych. Ponadto potwierdzono zdolność komórek immunokompetentnych (makrofagi, mastocyty, limfocyty) do produkowania peptydów opioidowych. Na podstawie tych spostrzeżeń przeprowadzono badania eksperymentalne i kliniczne, które upoważniają do stwierdzenia, że miejscowe podanie egzogennych opioidów lub blokerów enkefalinazy (peptydaza rozkładająca endogenne opioidy), w warunkach stanu zapalnego, stwarza nowe perspektywy uzyskania analgezji opioidowej bez efektów ubocznych [8]. Działania niepożądane stwarzające główne problemy w stosowaniu opioidów to: senność, spowolnienie procesów myślenia, euforia, dysforia, nudności, wymioty, zaparcia, uwalnianie histaminy. Działaniami niepożądanymi, które niewątpliwie budzą największe obawy są depresja oddechowa oraz uzależnienie. Depresja oddechowa nie wystąpi, gdy dawki leków będą dostosowane do występującego u danego chorego natężenia bólu. Przypuszczalnie jest tak dlatego, że impulsacja bólowa powoduje w mózgu stan ogólnego pobudzenia obejmującego także ośrodek oddechowy. Równoważy to hamujące działanie opioidów na ten ośrodek [2]. Z kolei uzależnienie od właściwie dawkowanego opioidu zdarza się rzadko u chorych cierpiących na silne bóle. Lek z reguły znosi w takich sytuacjach ból i powoduje poprawę nastroju, natomiast tylko w niewielu przypadkach i zasadniczo tylko podawanych parenteralnie wywołuje stany euforyczne [25].

Nowością w grupie silnych opioidów do leczenia przewlekłego jest wprowadzenie postaci leku o przedłużonym działaniu: preparaty morfiny o przedłużonym działaniu (MST, M-eslon, Vendal) pozwalają na podawanie leku co 12, a nie co 4 godziny; oksykodon jest produkowany w postaci o działaniu dwufazowym, działającej szybko a jednocześnie długotrwale; o przedłużonym działaniu produkowany jest również tramadol (Tramal Retard). Do nowości należy fentanyl (w Polsce zarejestroany w 1997) w postaci przezskórnego systemu transparentnego. Znajduje on zastosowanie w znoszeniu przewlekłych bólów nowotworowych. Plaster dostępny jest w 4 rozmiarach, zakłada się go raz na 3 dni. Zaczynają się rozpowszechniać nowe sposoby stosowania leków opioidowych, np. podanie donosowe (szybkie wchłanianie przy jednoczesnym ominięciu efektu pierwszego przejścia), w bólach ostrych opioidy w postaci lizaka (wchłanianie przez śluzówkę jamy ustnej), dostawowe. Cytrynian fentanylu jest podawany przez tzw. doustny przezśluzówkowy system terapeutyczny. Wchłanianie przez śluzówkę jest bardzo szybkie, umożliwia to znoszenie nagłego tzw. przełamującego bólu u chorych leczonych opioidami. Ten sposób podania znacznie zmniejsza przełamujący ból już w ciągu 5 minut [13,29].

Podawanie opioidów stanowi do chwili obecnej najbardziej rozpowszechnioną formę uśmierzania bólu pooperacyjnego, pourazowego i nowotworowego, ale w terapii przeciwbólowej stosuje się również nieopioidowe analgetyki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ)

oraz paracetamol. Zwalczają one bóle różnego pochodzenia o nasileniu słabym do umiarkowanego, zwłaszcza o charakterze zapalnym (bóle zębów, uszu) także bóle głowy. Zarówno NLPZ, jak i paracetamol są stosowane jako leki wspomagające terapię opioidami po zabiegach operacyjnych, w uśmierzaniu bólu pourazowego oraz w leczeniu bólu przewlekłego. Zastosowanie tych leków pozwala zredukować dawki opioidów o ok. 40-50%, czego bezpośrednim następstwem jest zmniejszenie częstości wystąpienia objawów niepożądanych związanych ze stosowaniem opioidów [32]. Leki z tej grupy są inhibitorami syntezy prostaglandyn poprzez hamowanie cyklooksygenazy. Prostaglandyny, szczególnie prostaglandyna E_2, które powstają w uszkodzonych i zmienionych zapalnie tkankach powodują m.in. obniżenie progu pobudliwości nocyceptorów, czego następstwem jest pojawienie się bólu i nadmiernej wrażliwości w obszarze uszkodzenia [13].

Cyklooksygenaza ma przynajmniej dwie znane formy: COX-1 i COX-2 (ostatnio mówi się o istnieniu formy COX-3, jednak nie została ona jeszcze sklonowana). Pierwszą z nich określa się jako „konstytutywną", ponieważ występuje stacjonarnie w większości tkanek i jest odpowiedzialna za fizjologiczną produkcję prostaglandyn. COX-2 (sklonowana w 1991) definiowana jako enzym indukowalny, ulega ekspresji pod wpływem czynników patologicznych, w tym prowadzących do powstania stanu zapalnego. Prostaglandyny syntetyzowane przez COX-2 miały brać udział w rozwoju stanu zapalnego. Odkrycie to rodziło nadzieje na uzyskanie związków, hamujących selektywnie COX-2 i dzięki temu pozbawionych działań niepożądanych dotychczas stosowanych leków [17,20]. Doprowadziło to do powstania koxibów, czyli leków selektywnie hamujących COX-2. W Polsce od roku 1999 obecny jest refekoxib (nazwa handlowa Vioxx), a od 2000 r. dostępny jest celekoxib (Celebrex). Dalsze koxiby, nie zarejestrowane jeszcze w Polsce to: etorikoxib, lumirakoxib, waldekoxib oraz prolek tego ostatniego parekoxib. Parekoxib w postaci soli sodowej jest jedynym koxibem, który jest dostępny do podań pozajelitowych (dożylnych i domięśniowych) [6,28]. Obecnie nie przypisuje się już COX-2 roli enzymu występującego wyłącznie w stanach patologicznych. Stwierdzono jego fizjologiczną obecność w mózgu, nerkach, żołądku, narządach rodnych. Występuje w obrębie gojących się ran oraz bierze udział w samoistnym cofaniu się stanu zapalnego. Wynika stąd, że silne zahamowanie aktywności COX-2 przez wybiórcze inhibitory może mieć niekorzystne skutki (działania niepożądane ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego, działanie na układ sercowo-naczyniowy, upośledzenie funkcji nerek, zaburzenia owulacji). Ostatnie badania dotyczące działań niepożądanych selektywnych inhibitorów COX-2 wykazuje, że wiedza na ten temat jest nadal niewystarczająca [7]. Nie ma więc w chwili obecnej pewności, czy selektywne hamowanie COX-2 rozwiąże definitywnie problem skuteczności przeciwbólowej i bezpieczeństwa NLPZ, zwłaszcza stosowanych długotrwale. Wskazania do podawania koxibów, w większości krajów, gdzie zostały one zarejestrowane, obejmują przede wszystkim reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), chorobę zwyrodnieniową stawów (CHZS). Są to leki dość drogie i odpłatność za nie wynosi 100%, nie ma więc szans na szerokie ich zastosowanie, jeżeli nie będą refundowane. Tak więc, starsze NLPZ, jak i paracetamol ciągle są najczęściej stosowanymi nieopioidowymi lekami przeciwbólowymi [37].

Szukając nowych alternatyw w walce z bólem zwrócono uwagę na bradykininę (BK). Bradykinina jest silnym algogenem uwalnianym w tkankach w wyniku uszkodzenia tkanek, reakcji alergicznych, zakażenia bakteryjnego. Działa ona miejscowo, wywołuje obrzęk i bierze udział w powstawaniu bólu towarzyszącemu zapaleniu bezpośrednio pobudzając receptory nocyceptywne [5]. Zastosowanie antagonistów receptorów bradykininowych stwarza nowe możliwości w leczeniu bólu towarzyszącemu zapaleniu. Badania doświadczalne na zwierzętach potwierdziły antynocyceptywne działanie antagonistów receptorów bradykininy w bólach ostrych i przewlekłych. Obecnie pracuje się nad stworzeniem niepeptydowych, podawanych drogą doustną antagonistów bradykininy, które będą skuteczne u ludzi [4, 23].

Rola BK w przekaźnictwie bodźców nocyceptywnych jest tematem mojej pracy doktorskiej. Inspiracją do podjętych badań było odkrycie przez innych badaczy anynocyceptywnego, czyli przeciwbólowego działania BK po jej podaniu ośrodkowym. Uważa się, że to działanie BK związane jest z aktywacją zstępującego noradrenergicznego układu antynocyceptywnego oraz z hamowaniem syntezy tlenku azotu i prostaglandyn na poziomie rdzenia kręgowego. Uzyskanie stabilnej metabolicznie BK stwarza możliwości uzyskania nowego analgetyku podawanego intratekalnie lub epiduralnie [14].

Obecnie szczególne zainteresowanie zarówno neurofizjologów, jak i klinicystów związane jest z badaniami nad modulacją aktywności zstępującego układu antynocyceptywnego, a zwłaszcza komponentu adrenergicznego i serotoninergicznego. Noradrenalina (NA) moduluje przekaźnictwo bólowe w wyniku pobudzenia receptorów adrenergicznych $_2$. Dobre efekty lecznicze uzyskuje się jedynie po intratekalnym i epiduralnym podaniu agonisty receptora $_2$ np. klonidyny. Klonidyna także nasila i przedłuża czas działania opioidów i leków miejscowo znieczulających. Przeszkodą dla skutecznego wykorzystania agonistów receptora $_2$ drogą podania ogólnego są działania niepożądane (spadek ciśnienia tętniczego, bradykardia, działanie sedatywne). Wydaje się, że obiecujący kierunek badań stanowią

m.in. próby dokładnego określenia roli poszczególnych podtypów receptorów 2 w antynocycepcji, a także ocena interakcji między układem noradrenergicznym a innymi wpływającymi na przekaźnictwo bólowe, co pozwoli uzyskać skuteczną i długotrwałą analgezję [1].

Lekami, które modulują proces nocycepcji poprzez aktywację zstępującego układu antynocyceptywnego są trójpierścieniowe leki antydepresyjne (TAD). Mechanizm ich działania polega zarówno na zwiększeniu poziomu NA, jak i serotoniny (5-HT) w strukturach noradrenergicznych i serotoninergicznych zstępującego układu antynocyceptywnego, hamując wychwyt zwrotny tych monoamin.

Analgezja wywołana przez leki przeciwdepresyjne może również wynikać z działania hamującego na receptory NMDA. TAD wywołują działanie analgetyczne w dawkach o połowę mniejszych niż te, które stosowane są w leczeniu depresji. Leki te, potencjalizują analgezję opioidową, zmniejszają napięcie mięśni, usuwają lęk. Są skuteczne w bólach ostrych, jak i przewlekłych oraz w bólach neuropatycznych. Prowadzone są badania kliniczne z zastosowaniem nowych, nietrójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (wenflaksyny i nefazodonu), które posiadają mniej działań niepożądanych (suchość w ustach, zaparcia, zaburzenia w oddawaniu moczu, podwójne widzenie, nadmierna sedacja) [31].

Ostatnio wiele uwagi poświęca się działaniu przeciwbólowemu uzyskiwanemu przez wpływ na drogi cholinergiczne w rdzeniu kręgowym. Neostygmina – inhibitor cholinesterazy, podana na rdzeń kręgowy, wykazuje działanie antynocyceptywne, zarówno u ludzi zdrowych, jak i u pacjentów z bólem pooperacyjnym, czy przewlekłym stanem zapalnym. Jednak nardzeniowo podane cholinomimetyki, nawet w dawkach zbliżonych do analgetycznych, mogą wywołać efekty uboczne (nudności, słabość w nogach, sedację, podniesienie ciśnienia, przyśpieszoną akcję serca). Zauważono, że podanie neostygminy do zmienionych zapalnie stawów, pozwala na osiągnięcie długotrwałej analgezji (6h), podczas której nie obserwowano wystąpienia objawów niepożądanych towarzyszących nardzeniowym podaniom neostygminy [16].

Epibatyna to alkaloid wyizolowany ze skóry jadowitej żaby południowoamerykańskiej. Związek ten działa poprzez cholinergiczne receptory nikotynowe i posiada 200 razy silniejsze od morfiny działanie analgetyczne. Szeroki zakres działań niepożądanych charakterystycznych dla agonistów receptorów nikotynowych (nadciśnienie, porażenia, drgawki), jakie występuje po podaniu epibatyny wyklucza jej zastosowanie. Obecnie prowadzone są badania nad analogiem epibatyny, który wykazuje silne działanie analgetyczne w bólu ostrym, neuropatycznym oraz związanym ze stanem zapalnym i jak na razie nie stwierdzono efektów ubocznych przypisywanych epibatynie [11].

Inhibitory aktywacji cytokin. Istotną grupę mediatorów biorących udział w rozwoju procesu nocycepcji są cytokiny [interleukina-1 (IL-1), interleukina-6 (IL-6), interleukina-8 (IL-8) oraz czynnik martwicy nowotworu (TNF alfa)]. Zastosowanie pentoksycykliny (inhibitora aktywacji niektórych cytokin) stwarza nowe możliwości modulowania odpowiedzi ustroju na uraz [33].

Antagoniści receptora substancji P. Substancja P jest peptydowym neurotransmiterem, który jest uwalniany przez obwodowe i ośrodkowe zakończenia pierwotnych włókien aferentnych pod wpływem bodźca szkodliwego. Substancja P wiąże się z receptorami neurokininowymi (NK-1) w rdzeniu kręgowym i wywołuje długotrwałą depolaryzację neuronów rogu tylnego oraz podwyższa odpowiedź neuronów wstępujących na działanie aminokwasów pobudzających, powoduje to zwielokrotnienie impulsacji bólowej oraz stymuluje wzrost i regenerację nerwów. Działanie substancji P związane jest raczej z bólem przewlekłym niż ostrym, ponieważ antagonista receptora NK-1 był nieskuteczny w modelu bólu ostrego, natomiast był bardzo skuteczny w znoszeniu doznań bólowych w modelu bólu przewlekłego. Obecnie trwają badania nad niepetydowymi antagonistami, które można by było podawać drogą doustną, wolnych od działań niepożądanych, np. sercowo-naczyniowych [18,24].

Antagoniści receptora NMDA. Jednym z mechanizmów odpowiedzialnych za nasilenie doznań bólowych, rozszerzenie miejsca odczuwania bólu i jego przewlekły charakter, jest powstawanie nadwrażliwości neuronów rdzenia kręgowego i wyższych pięter OUN, nazwanej ośrodkową sensytyzacją. Ważną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się ośrodkowej sensytyzacji odgrywa pobudzenie receptorów NMDA, przez uwalniane w nadmiarze pobudzające aminokwasy (kwas glutaminowy, kwas asparaginowy). Wiele badań, zarówno doświadczalnych, jak i klinicznych wskazuje na skuteczne działanie antagonistów receptorów NMDA w zapobieganiu i zmniejszeniu obecności nadwrażliwości ośrodkowej i w konsekwencji zmniejszenie natężenia doznań bólowych. Ze względu na toksyczność specyficznych antagonistów receptorów NMDA, w badaniach doświadczalnych i klinicznych stosowano znane od dawna leki, będące niekompetycyjnymi antagonistami receptorów NMDA, takie jak: ketamina, dekstrometorfan, i memantyna. Zastosowanie tych leków w przewlekłych zespołach bólu neuropatycznego, wpływało na zmniejszenie doznań bólowych, co w szczególności odnosiło się do takich elementów bólu patologicznego, jak alodynia i hiperalgezja. Ketamina w połączeniu z silnymi opioidami nasila działanie przeciwbólowe i pozwala zredukować dawki opioidów. Obecnie szuka się nowych leków pozbawionych działań ubocznych gł. psychozomimetycznych [25, 31].

Blokery kanały wapniowego. Przepływ jonów wapnia przez błonę komórkową jest jednym z podstawowych czynników warunkujących transmisję informacji nocyceptywnej. Dlatego też wydaje się, iż zastosowanie blokerów kanału wapniowego może w istotnym stopniu poprawiać jakość postępowania przeciwbólowego w terapii ostrych i przewlekłych zespołów bólowych. Jak na razie, w praktyce klinicznej znalazł zastosowanie zikonotid, który jest selektywnym antagonistą kanałów wapniowych typu N, a stosowany jest podpajęczynówkowo u chorych z przewlekłym bólem nowotworowym i neuropatycznym [30].

Adenozyna i jej analogi. Mechanizm działania adenozyny, wiąże się z zahamowaniem aktywności neuronów w następstwie wzrostu przewodności dla jonów potasu i presynaptyczne zahamowanie uwalniania substancji P i aminokwasów pobudzających. W badaniach doświadczalnych stwierdzono, że adenozyna jak i jej analog, który jest agonistą receptorów adenozynowych A_1, powoduje zmniejszenie natężenia doznań bólowych w modelu bólu ostrego i przewlekłego [30].

Intensywne badania nad bólem w ostatnich latach doprowadziły do poszerzenia asortymentu leków przeciwbólowych poprzez wprowadzenie nowych związków przeciwbólowych należących do znanych grup leków, jak i związków o nowych mechanizmach działania; zastosowanie nowych dróg podania i nowych postaci znanych substancji przeciwbólowych. Wiele potencjalnych związków przeciwbólowych ma budowę peptydową, dlatego też o ich wykorzystaniu w leczeniu bólu decyduje stworzenie substancji stabilnych metabolicznie, tzn. odpornych na działanie enzymów proteolitycznych.

Literatura

1. Antkowiak B, Kowalczyk M: *Rola układu noradrenergicznego w antynocycepcji*.; Neur. Neurochir. Pol. 1998, suppl. 3 (3) 81-95.

2. Brookoff D: *Chronic pain:2. The case for opioids*. Hosp. Pract. 2000, 35 (9) 69-72.

3. Brookoff D: *Przewlekły ból: nowa choroba?* Medycyna po dyplomie 2001, 10(4) 185-194.

4. Burgess G M et al.: *Bradyzide, a potent non-peptide B_2 bradykinin receptor antagonist with long-lasting oral activity in animal models of inflammatory hyperalgesia.* Br. J. Pharmacol. 2000, 129, 77-86.

5. Calixto J B, Cabrini D A, Ferreira J, Campos M M: *Kinins in pain and inflammation*. Pain 2000, 87, 1-5.

6. Cheer S M, Goa K L: *Parecoxib (parecoxib solium)*. Drugs 2001, 61 (8) 113301141.

7. Colvile-Nash P R, Gilroy D In: *Potential adverse effects of cyclooxygenase-2 inhibition: evidence from animal models in inflammation.* BioDrugs 2001, 15 (1) 1-9.

8. Dobrogowski J, Wordliczek J: *Opioidowe leki przeciwbólowe.* W: „*Ból przewlekły*" red. Wordliczek J, Dobrogowski J; Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 233-245.

9. Domżał T: *Kliniczne aspekty bólu*. Post. Hig. Med. Dośw. 1986, 40 (4) 448-453.

10. Dray A, Bevan S: *Inflammation and hyperalgesia: highlighting the team effort*. TiPS 1993, 14, 287-290.

11. Flores Ch, M: *The promise and pitfalls of nicotinic cholinergic approach to pain management*. Pain 2000, 88, 1-6.

12. Gumułka W S: *Narkotyczne leki przeciwbólowe.* W: „*Współczesne metody zwalczania bólu*" red. Gumułka W S, Mészáros J: Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa" Sp. z o.o., Warszawa 2000; 23-71.

13. Korbut R, Radomski M: *Rola metabolitów kwasu arachidonowego w mediacji bólu*. Post. Hig. Med. Dośw. 1986, 40 (4) 435-447.

14. Laneuville O, Reader T A, Couture R: *Intrathecal bradykinin acts presynaptically on spinal noradrenergic terminals to produce antinociception in the rat*. E. J. Pharmacol 1989, 159, 273-283.

15. Loeser J D, Melzack R: *Pain: an overview.* Lancet 1999, 353, 1607-1609.

16. Machelska H: *Rola układu cholinergicznego w nocycepcji*.; Neur. Neurochir. Pol. 1998, suppl. 3 (3) 7-17.

17. Marnett L J, Kalgutkar A S: *Cyklooxygenase-2 inhibitors: discovery, selectivity and the future*. TIPS 1999, 20, 465-469.

18. Megens A et al.: *Pharmacological profile of (2R-trans)-4-[1-[3,5-bis(Trifluoromethyl)benzoyl]-2-(phenylmethyl)-4-piperiidinyl[-N-(2,6-dimethylphenyl)-1-acetamide (S)-Hydroxybutanedioate (R116301), orally and centrally active neurokinin-1 receptor antagonist*. J. Pharm. Exper. Terapeu. 2002, 302 (2) 696-709.

19. Merskey H, Bogduk N: *Classification of chronic pain*. Seattle: International Association for the Study of Pain Press. 1994, 210.

20. Mészáros J: *Nieopioidowe leki o działaniu przeciwbólowym.* W: „*Współczesne metody zwalczania bólu*" red. Gumułka W. S., Mészáros J.: Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa" Sp. z o.o., Warszawa 2000; 71-107.

21. Millan M. J.: *The induction of pain: an integrative review*. Prog. Neurobiol. 1999, 57 (1) 1-164. 4

22. Narkiewicz O., Nitecka L.: *Ośrodki i drogi nerwowe modulujące czucie bólu*. Post. Hig. Med. Dośw. 1986, 40 (4) 380-399.

23. Perkins M N, Campbell E, Dray A: *Antinociceptive activity of the bradykinin B_1 and B_2 receptor antagonists, des-Arg^9, [Leu^8]-BK and HOE-140, in two models of persistent hyperalgesia in the rat.* Pain 1993, 53, 191-197.

24. Perkins M, Dray A: *Novel pharmacological strategies for analgesia*. Ann. Rheum. Dis. 1996, 55, 715-722.

25. Porter J, Jick H: *Addiction rare in patients treated with narcotics*. N. Engl. J. Med. 1980, 302(2) 123.

26. Przewłocka B: *Endogenne układy opioidowe i ich role w antynocycepcji*. Nowa Klinika 2000, 7, 924-928.

27. Rang H P, Bevan S, Dray A: *Chemical activation of nociceptive peripheral neurones*. Br. Med. Bull. 1991, 47 (3) 534-548.

28. Rehman Q, Sack K E: *Kiedy stosować wybiórcze inhibitory COX-2*. Medycyna po dyplomie 2000, 9 (5) 39-48.

29. Špacek A: *Współczesne metody zwalczania bólu*. W: „*Współczesne metody zwalczania bólu*" red. Gumułka W. S, Mészáros J: Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa" Sp. z o.o., Warszawa 2000; 109-127.

30. Wordliczek J, Dobrogowski J: *Farmakoterapia ostrego bólu*. W: „*Ból ostry*" red. Wordliczek J, Dobrogowski J; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 265-281.

31. Wordliczek J, Dobrogowski J: *Ko-analgetyki*. W: „*Ból przewlekły*" red. Wordliczek J, Dobrogowski J; Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 247-251.

32. Wordliczek J, Dobrogowski J: *Nieopioidowe leki przeciwbólowe*. Nowa Klinika 2000, 7 (9) 944-947.

33. Wordliczek J, Szczepanik A M, Wnęk J: *Rola cytokin w procesie nocycepcji*. Ból 2002, 3 (1) 7-11.

34. Wordliczek J: *Patofizjologia bólu receptorowego*. Nowa Klinika 2000, 7 (9) 917-923.

35. Wörz R: *Farmakoterapia bólu* PZWL, Warszawa 1992.

36. Woźniak W: *Przebieg dróg bólowych*, Neur. Neurochir. Pol. 1998, suppl. 3 (3) 21-23.

37. Wykaz środków farmaceutycznych wpisanych do Rejestru Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych Ministra Zdrowia dopuszczonych do obrotu w Polsce. Baza danych. Adres sieciowy: http://leki.mz.gov.pl/default.asp.

Złamania kości skroniowej jako istotny interdyscyplinarny problem kliniczny

Lek. Ireneusz Szymański[1],
Lek. Jerzy Reymond [2],
Dr hab. Jarosław Wysocki [3]

[1]SPZOZ Warszawa-Białołęka
Dyrektor SPZOZ-u: lek. Ireneusz Szymański
[2]Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Zespolonego
Ordynator Oddziału: lek. Jerzy Reymond
[3]Zakład Anatomii Prawidłowej Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Bogdan Ciszek

Summary

Temporal bone fractures make important and interdisciplinary clinical problem because of their abundant and variable symptomatology and significant consequences for quality of life for the people who survive. The longitudinal fractures are present in 70-90%, transverse in 10-20% and mixed in 5-10% of cases. Facial canal injuries are present in almost a half of the longitudinal fractures, although cuts of the facial nerve stem are in these cases rarely encountered. Damages to the facial canal subsequent to longitudinal fractures are most frequently seen in the region of geniculum. However, all the transverse fractures with facial canal involvement are most frequently encountered in its labyrinthine portion, causing a complete cut of the facial nerve. Injuries to the jugular bulb are frequent and are observed in all types of temporal bone fractures. Damages to the

auditory ossicles are common in all temporal bone fractures. They include the disconnection of their joints or fractures of the malleus or stapes. Fractures of the incus are not observed. Injuries to the carotid canal are also frequent, although such an injury of arterial wall is very rarely observed. Although potentially all the structures of the temporal bone can be damaged during its fracture, the frequency and nature of damage is strictly connected with the type of fracture, especially regarding facial nerve disorders: the most serious damages are observed in the fractures with otic capsule involvement (i.e. the transverse and mixed ones).

Key words: temporal bone, injuries, fractures, survey

Słowa kluczowe: kość skroniowa, urazy, złamania, przegląd

Streszczenie

Złamania kości skroniowej stanowią ważny i interdyscyplinarny problem kliniczny z uwagi na bogatą i zmienną symptomatologię oraz znaczące konsekwencje dla jakości życia u ozdrowieńców. Złamania podłużne stanowią 70-90% złamań, poprzeczne 10-20%, a mieszane 5-10% przypadków. Złamania kanału twarzowego stanowią obecnie prawie połowę przypadków wszystkich złamań podłużnych, jednak rzadko dochodzi w ich trakcie do przerwania ciągłości nerwu, co z kolei jest regułą we wszystkich złamaniach poprzecznych, w których doszło do naruszenia ciągłości tego kanału. Zranienia opuszki żyły szyjnej są częste i obserwowane we wszystkich typach złamań kości skroniowej. Uszkodzenia kosteczek słuchowych i ich połączeń są także powszechnym zjawiskiem obserwowanym w złamaniach kości skroniowej. Obejmują one rozłączenie połączeń kosteczkowych lub/i złamania młoteczka lub strzemiączka. Złamań kowadełka nie obserwuje się. Złamania obejmujące kanał tętnicy szyjnej, aczkolwiek częste, prawie nigdy nie powodują zranienia ściany tętnicy. Aczkolwiek potencjalnie każda ze struktur kości skroniowej może ulegać zniszczeniu lub uszkodzeniu w jej złamaniach, częstość i charakter ich uszkodzeń zależy od typu złamania, w szczególności w odniesieniu do uszkodzeń nerwu twarzowego, które są najpoważniejsze w złamaniach obejmujących kapsułę uszną (tj. złamaniach poprzecznych i mieszanych).

Wprowadzenie

Kość skroniowa, stanowiąca ważny element mózgoczaszki i tworząca jej podstawę oraz część jej ściany bocznej, mieści narząd słuchu i równowagi, a także liczne naczynia i nerwy, których związek z narządem przedsionkowo-ślimakowym jest tylko lub prawie wyłącznie topograficzny (1). Bogactwo struktur obecnych w obrębie kości skroniowej, a zwłaszcza jej piramidy, a także jej sąsiedztwo sprawia, że złamania kości skroniowej mają ciężki przebieg, charakteryzują się złożoną symptomatologią i stanowią interdyscyplinarny problem kliniczny. Narząd słuchu i równowagi jest najczęściej uszkadzanym narządem zmysłu człowieka podczas urazów głowy (2). Wzrost liczby wypadków drogowych, w których najczęściej dochodzi do obrażeń głowy powoduje, że wzrasta częstość urazów i złamań kości skroniowej (3, 4, 5). Sprawia to, że urazy kości skroniowej, tak z uwagi na wczesne, jak i późne ich powikłania, stanowią zagrożenie życia oraz są czynnikiem poważnie obniżającym jego jakość u ozdrowieńców, stanowiąc tym samym poważny problem kliniczny, psychologiczny i społeczny.

Przyczyny, występowanie i klasyfikacja złamań kości skroniowej

Złamania kości skroniowej mogą być wynikiem różnych urazów głowy, pod warunkiem jednakże zadziałania odpowiedniej siły. Należą do nich: wypadki samochodowe, motocyklowe, rowerowe, potrącenia przez pojazdy mechaniczne, upadki z wysokości, uderzenia tępym narzędziem, postrzały i odłamki, a nawet czasem tak egzotyczne, jak uderzenie przez latającą rybę podczas podróży jachtem (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Mężczyźni stanowią ponad ofiar złamań kości skroniowej, a prawie 60% pacjentów nie przekracza 30-go roku życia (7, 10, 11, 13).

Klasyfikacja złamań kości skroniowej może być wprowadzona w oparciu na rozmaitych kryteriach, stąd wielość podziałów spotykanych nadal w piśmiennictwie, mimo że mija już 80 lat od pierwszego podziału wprowadzonego przez Ulricha (14). Przebieg szczeliny złamania, jak to wynika z podstawowych zasad mechaniki, jest uwarunkowany występującymi w obrębie tej kości licznymi jamami, otworami, kanałami i szczelinami, a także rozmaitą gęstością tkanki kostnej, co składa się na swoiste loci minoris resistentiae. Sprawia to, że szczelina złamania, łącząc te naturalne miejsca zmniejszonej oporności, przebiega zwykle w sposób typowy.

Ulrich w 1926 roku podzielił złamania kości skroniowej na podłużne i poprzeczne, biorąc pod uwagę stounek szczeliny złamania do długiej osi piramidy (14). Brunner wyróżnił złamania podłużne, poprzeczne i złamania szczytu piramidy (15). Voss wprowadził podział złamań aż na 5 typów. Wyróżnił on złamanie podłużne z uszkodzeniem ucha środkowego, złamanie poprzeczne z uszkodzeniem ucha wewnętrznego, skojarzone złamania skośne i poprzeczne, skojarzone złamania skośne i podłużne, a także skojarzone złamania podłużne i poprzeczne (16). Obecnie większość autorów publikacji dotyczących złamań kości skroniowej stosuje po-

dział zaproponowany przez Mc Hugh w 1959 roku. Klasyfikacja ta wyróżnia trzy kategorie złamań: złamania podłużne, poprzeczne i mieszane (2). Mimo prób wprowadzenia innych podziałów, ten podział tak utrwalił się w piśmiennictwie dotyczącym przedmiotu, że nadal jest cytowany przez większość autorów. Nadal jednak nie brak prób innych klasyfikacji złamań kości skroniowej. Inspiracją do tych działań jest coraz doskonalsza diagnostyka obrazowa, pozwalająca szczegółowo przedstawić przebieg szczeliny złamania. Ghorayeb i Yakeley wprowadzili podział na złamania podłużne, poprzeczne, mieszane i skośne (6). Kelly zaproponował tylko dwie grupy złamań piramidy kości skroniowej, wyróżniając złamania oszczędzające pochewkę kostną błędnika oraz złamania przebiegające z przerwaniem tej pochewki (17). W niniejszej pracy autor posługiwał się podziałem Mac Hugh, odnosząc spostrzegane w swym materiale sytuacje do tych właśnie trzech typów złamań.

Złamania podłużne są najczęstsze i występują w 70-90% przypadków (2, 5, 9, 18). W złamaniach podłużnych linia złamania generalnie przebiega równolegle do długiej osi piramidy, zazwyczaj wzdłuż jej przedniej krawędzi (18). Czynnikiem sprawczym tych złamań jest najczęściej uraz tępy, działający na boczną ścianę czaszki. Szczelina złamania rozpoczyna się w tylnej części łuski kości skroniowej i biegnie w kierunku przednio-przyśrodkowym. Przebiega przez górną lub tylno-górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego kostnego, pokrywę jamy bębenkowej, i omijając od przodu błędnik, dochodzi do środkowego dołu czaszki, kończąc się w okolicy otworu poszarpanego lub owalnego (Ząbek). W części przypadków złamanie może przejść na drugą stronę podstawy czaszki dając w efekcie tzw. obustronne podłużne złamanie kości skroniowej (17, 19, 20). W wielu przypadkach stwierdza się również szczelinę złamania w łusce kości skroniowej (5, 18). Złamania podłużne mogą być przednie albo tylne (21). Złamanie przednie, określane czasem jako skośne, leży w przedniej części piramidy, biegnie przez pokrywę jamy bębenkowej i okolicę kolanka nerwu twarzowego, podążając do szczytu piramidy i obejmując zwykle również panewkę stawu skroniowo-żuchwowego (3, 19). Złamania tylne z kolei lokalizują się w wyrostku sutkowym i w tylnej części piramidy, niszcząc łańcuch kosteczek słuchowych i kolanko nerwu twarzowego, kończąc się w okolicy otworu poszarpanego. Podłużne złamania mogą obejmować także kanał tętnicy szyjnej wewnętrznej, powodując jej rozwarstwienie, zwężenie lub, po dłuższym okresie czasu, tętniak rzekomy. Mogą również powodować uszkodzenia zatoki esowatej (19).

Poprzeczne złamania piramidy kości skroniowej, prostopadłe do jej osi, stwierdza się w ok. 10-30% przypadków (5, 9, 18). Ich przyczyną jest siła działająca na okolicę czołową lub potyliczną. Niektórzy autorzy wyróżniają złamania poprzeczne boczne i przyśrodkowe w zależności od usytuowania szczeliny względem wyniosłości łukowatej (22). Można także wyróżnić dwie główne podgrupy złamań poprzecznych: złamania wewnętrzne (przednio-przyśrodkowe) i zewnętrzne (tylno-boczne). Wszystkie złamania rozpoczynają się zwykle w otworze wielkim lub okolicy otworu szyjnego. Następnie w przypadku złamań wewnętrznych pęknięcie przebiega wzdłuż przewodu słuchowego wewnętrznego, przechodzi przez ślimak i zwój kolanka, kierując się na przedni brzeg piramidy. Z kolei złamania zewnętrzne przebiegają przez cale ucho wewnętrzne (ślimak i przedsionek), wzdłuż kanału nerwu twarzowego do zwoju kolanka. Ucho środkowe, błona bębenkowa i przewód słuchowy zewnętrzny znajdują się bocznie w stosunku do linii złamania i najczęściej są nienaruszone. Zdarza się jednak, że szczelina złamania biegnie przez wzgórek i w tym wypadku dochodzi do przerwania śluzówki jamy bębenkowej i powstania hemotympanum (8, 17, 18).

W złamaniach mieszanych uszkodzone mogą być zarówno struktury ucha środkowego, jak i wewnętrznego (23). Przebieg linii złamania jest zwykle nieregularny i składa się z kilku szczelin i odłamów, a cechy kliniczne tych złamań są kompilacją cech złamania poprzecznego i podłużnego.

Symptomatologia złamań kości skroniowej

W pierwszym okresie po złamaniu kości skroniowej pacjent znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymaga intensywnego, wielospecjalistycznego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego (2, 3). Do najważniejszych, choć niestałych objawów złamania kości skroniowej należy krwotok lub – częściej – krwawienie z ucha (2). Krwawienie może być spowodowane rozerwaniem skóry przewodu słuchowego zewnętrznego przez odłamy kostne albo rozerwaniem błony bębenkowej. Przy zachowanej ciągłości błony bębenkowej daje to wyciek krwi do gardła, a także obraz hemotympanum. Krwawienie z ucha występuje w około 60% złamań podłużnych, a hemotympanum w około 40% złamań podłużnych i około 19% poprzecznych (9, 17). Przy towarzyszącym uszkodzeniu stropu jamy bębenkowej i rozerwaniu opony twardej może wystąpić płynotok uszny (otorrhea) lub nosowo-uszny (otorhinorrhea). Zjawiska te według różnych autorów obserwuje się w 11-45% złamań kości skroniowej (4, 5, 10, 8, 24, 25).

Objawy uszkodzenia nerwu twarzowego towarzyszą złamaniom podłużnym tylko w 10 do 25% przypadków, podczas gdy jest ono obserwowane prawie w połowie przypadków złamań poprzecznych (4, 5, 9, 26, 27). Co ważne, w około 90% przypadków uszkodzenie kanału nerwu twarzowego w przebiegu złamań podłużnych zlokalizowane jest w okolicy zwoju kolanka (4, 26, 27).

Niedosłuch lub głuchota występuje w -? złamań (5, 9,

28). W złamaniach podłużnych stwierdza się w większości przypadków niedosłuch przewodzeniowy, stwierdzany u – ? pacjentów; w złamaniach poprzecznych, wobec nieodwracalnego zniszczenia ucha wewnętrznego we wszystkich przypadkach następuje zazwyczaj nagła i całkowita utrata słuchu, będąca wyrazem zniszczenia ślimaka; w złamaniach mieszanych, jeśli nie doszło do naruszenia ślimaka czy przedsionka, niedosłuch może mieć charakter przewodzeniowy. Nie jest jednak wyjątkiem wystąpienie pełnej odbiorczej głuchoty w przebiegu złamania podłużnego, może bowiem w wyniku urazu dojść do wstrząśnienia błędnika (4, 9, 29).

U większości pacjentów ze złamaniem kości skroniowej obserwuje się różnego stopnia i o różnym charakterze zawroty głowy czy inne zaburzenia równowagi (9, 28, 30). Przyczyną zawrotów głowy może być wstrząśnienie, czy rozerwanie błędnika, powstanie przetoki perylimfatycznej, czy kamica narządu osklepkowego, ale także wstrząśnienie pnia mózgu z mikrouszkodzeniami struktur układu równowagi (30). W złamaniach z rozerwaniem błędnika błoniastego dochodzi do całkowitego jego zniszczenia. Zawroty głowy są zwykle bardzo silne, z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami, oczopląsem poziomym z szybką fazą skierowaną w stronę ucha zdrowego (30). Zaburzenia przedsionkowe będące wynikiem powstania przetoki perilimfatycznej manifestują się okresowo, a zawrotom głowy towarzyszy postępujący niedosłuch odbiorczy (30). Kamica osklepkowa charakteryzuje się tzw. łagodnym napadowym zawrotem głowy ze zmiany położenia (30).

W przypadkach złamań mieszanych obraz kliniczny może obejmować najrozmaitsze kombinacje powyższych objawów. Należy podkreślić, że u dzieci znacznie rzadziej obserwuje się porażenia nerwu twarzowego, rzadziej też dochodzi do wstrząśnienia mózgu, płynotoku, czy odbiorczej głuchoty, co wiąże się z plastycznością i zdolnościami regeneracyjnymi młodego organizmu oraz giętkością kości czaszki, które amortyzują wstrząsy i urazy (10, 11, 20).

Diagnostyka złamań kości skroniowej

Pacjent z podejrzeniem złamania kości skroniowej wymaga szeroko zakrojonej diagnostyki, która jednak, jako obciążająca, musi być prowadzona etapami, w miarę poprawy stanu ogólnego (31). W pierwszym etapie, po dokonaniu oceny czynności układu oddechowego i układu krążenia, należy wykluczyć obrażenia ośrodkowego układu nerwowego. W okresie późniejszym przeprowadza się wywiad, badanie otoskopowe, ocenę stanu nerwu twarzowego, badania otoneurologiczne i audiometryczne oraz CT kości skroniowych (10, 32, 33, 34). Należy podkreślić, że CT kości skroniowej jest badaniem niezbędnym tak dla potwierdzenia złamania, jak dla określenia stopnia i rozległości uszkodzeń, co stanowi podstawę dla dalszych działa (9, 27, 34). Czułość CT w rozpoznawaniu zmian urazowych tej okolicy wynosi prawie 100% (35). Tradycyjne badanie RTG pozwala na wykrycie jedynie 17-30% złamań (36, 37).

Znacznie mniejsze zastosowanie we wczesnym okresie pourazowym ma magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) – jako badanie trudniej dostępne i wymagające dłuższego pozostawania chorego w bezruchu. Jest on z kolei badaniem z wyboru w obrazowaniu struktur tylnej jamy czaszki, których ocenę w CT utrudniają artefakty spowodowane odbiciami od masywnych struktur kostnych (34). Jądrowy rezonans magnetyczny znakomicie diagnozuje zmiany urazowe w obrębie mózgowia, a z zastowaniem opcji angio-MR – stan naczyń tętniczych i żylnych. MRI jest także cenne w diagnostyce patologii wewnątrzbłędnikowych, np. pourazowego krwiaka (34).

Powikłania wczesne złamań kości skroniowej

Złamanie ścian kanału tętnicy szyjnej wewnętrznej może być powikłane przerwaniem ściany tętnicy albo zakrzepem tętnicy szyjnej wewnętrznej (12). W pierwszym przypadku dochodzi zazwyczaj do śmiertelnego krwotoku z ucha przez rozerwany przewód słuchowy lub nosogardło. W drugim przypadku występuje połowicze porażenie/niedowład przeciwstronny (25). Operacją ratującą jest zespolenie omijające (zewnątrz–wewnątrzczaszkowe) dla zachowania ukrwienia porażonej półkuli mózgowej (25). Złamanie przebiegające przez zatokę esowatą zwykle narusza ciągłość jej ściany i, zwłaszcza powikłane stanem zapalnym, może być przyczyną zakrzepicy zatoki, co w przypadku obliteracji dominującej strony w odpływie żylnym, może prowadzić do wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i obrzęku mózgu (25). Potwierdzeniem zakrzepu zatoki esowatej jest faza żylna angiografii mózgowej lub rezonansu magnetycznego, a zakrzep występuje jako wzmożenie sygnału (34). Konieczne jest w tych sytuacjach wykonanie zespolenia omijającego wg Sindou, łączącego zatokę poprzeczną z żyłą szyjną wewnętrzną (25).

Złamanie szczytu piramidy może przebiegać z izolowanym porażeniem nerwu odwodzącego i zespołem Hornera (38, 40). Złamaniom tym może towarzyszyć także porażenie nerwu okoruchowego (38).

Wynikiem przedostania się powietrza przez uszkodzone bariery kostne jest odma śródczaszkowa (39).

Kolejnym istotnym, zagrażającym życiu powikłaniem złamania kości skroniowej jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (25). Częstotliwość występowania zapalenia opon w przetokach pourazowych wynosi według różnych autorów od 3 do 50% (41). Stany te wymagają skojarzonej antybiotykoterapii, a niekiedy leczenia operacyjnego (24, 25).

Płynotok uszny jest kolejnym częstym następstwem złamania kości skroniowej. Zwykle płynotok zatrzymuje się samoistnie w ciągu 2-3 tygodni i jedynie sporadycznie wymaga plastyki środkowego dołu czaszki. Dlatego początkowo postępowanie prawie zawsze jest wyczekujące (7, 25). W przypadkach przedłużania się płynotoku ponad 5 dni, wskazane jest wykonanie punkcji lędźwiowej lub założenie stałego drenażu podpajęczynówkowo-lędźwiowego w celu utrzymania niskiego ciśnienia śródczaszkowego, a w razie niepowodzenia tego postępowania – plastyka środkowego dołu czaszki (7, 25).

W przypadkach uszkodzeń nerwu twarzowego decydujące znaczenie przy kwalifikacji do operacji ma wynik testów elektrodiagnostycznych: testu pobudliwości nerwu, maksymalnej pobudliwości nerwu, czy elektroneuronografii (7, 26, 27, 42). Wczesna interwencja chirurgiczna po złamaniu kości skroniowej jest zalecana, jeżeli stopień degeneracji nerwu twarzowego w elektroneuronografii przekroczy 90% w ciągu pierwszych sześciu dni, a w teście pobudliwości notuje się brak odpowiedzi na pobudzenie o natężeniu 10 mA (26, 27). W przypadku potwierdzenia konieczności interwencji chirurgicznej, wykonywana jest operacja eksploracyjna nerwu twarzowego, z rekonstrukcją za pomocą jednej z kilku metod, w zależności od miejsca i charakteru uszkodzenia (7, 26, 27,42, 43, 44).

Leczenie uszkodzeń słuchu jest w każdym przypadku prowadzone indywidualnie, jednak obowiązują pewne uniwersalne kryteria postępowania. O ile w złamaniach poprzecznych nie ma z reguły możliwości uzyskania żadnej poprawy słuchu, to niedosłuch typu przewodzeniowego może być z powodzeniem leczony operacyjnie (9, 45). Przewodzeniowy ubytek słuchu może być spowodowany przez obecność perforacji błony bębenkowej, skrzepu krwi, czy też przerwania ciągłości łańcucha kosteczek słuchowych (31, 36). Perforacja czy skrzep krwi mają tendencję do samoistnego zanikania, wobec czego obowiązuje leczenie zachowawcze (36). W przypadku utrzymującego się ponad 3-6 miesięcy niedosłuchu typu przewodzeniowego należy zaplanować zabieg tympanoplastyczny w celu rekonstrukcji aparatu przewodzącego ucha środkowego (13, 36, 46, 49). W złamaniach suprastruktury lub płytki strzemiączka stosuje się protezki teflonowe łączone z kowadełkiem; przy luksacji strzemiączka – jego repozycję z uszczelnieniem klejami tkankowymi (46).

Powikłania odległe złamań kości skroniowej

Pacjent, który przebył złamanie kości skroniowej, wymaga okresowych kontroli laryngologicznych z uwagi na możliwość powikłań odległych, pojawiających się niekiedy kilka lat po urazie.

Usznopochodne, nawracające zapalenie opon mózgowych i ropnie mózgowia to rzadkie, ale bardzo poważne odległe powikłanie złamania kości skroniowej. Przyczyną jest niekompletne wygojenie się szczeliny złamania kości skroniowej z powstaniem mikroprzetok, stwarzających drogę dla przejścia infekcji do ucha wewnętrznego i dalej – do wnętrza czaszki (47). Czynnikiem sprawczym jest zwykle epizod ostrego ropnego zapalenia ucha. W każdym przypadku nawracającego zapalenia opon mózgowych lub zapalenia, następującego u pacjenta po przebytym złamaniu kości skroniowej, należy podejrzewać etiologię urazową i niezbędne jest wykonanie wysokorozdzielczej tomografii komputerowej, tomografii komputerowej z kontrastem lub badania izotopowego (25). Odległym powikłaniem zapalnym może być także ropień móżdżku lub płata skroniowego mózgu (25).

Perlak pourazowy jest wynikiem wrastania nabłonka płaskiego w obręb szczeliny złamania i dalej – do przestrzeni ucha środkowego. Powikłanie to ma miejsce wyłącznie w złamaniach podłużnych lub mieszanych, kiedy nabłonek płaski przewodu słuchowego zewnętrznego może zostać wciągnięty w obręb kości skroniowej. Przy planowaniu leczenia operacyjnego należy pamiętać, że pourazowy perlak pojawia się zwykle w dobrze upowietrznionych kościach skroniowych, co wymaga rozległej mastoidektomii (17, 36).

Zawroty głowy mogą wystąpić w czasie znacznie nieraz odległym od złamania. Łagodne, napadowe zawroty głowy ze zmiany położenia mogą nie ujawniać się przez miesiące lub nawet lata po urazie (30). Są one wynikiem oderwania fragmentów narządu otolitowego w plamce woreczka czy łagiewki (30). Przyczyną zawrotów głowy mogą być także przetoki perylimfatyczne. Przetoki takie występować mogą w obrębie kanału półkolistego bocznego lub w obrębie ślimaka (36). Odległym powikłaniem złamania kości skroniowej są także wywołane wstrząśnieniem mózgu zawroty głowy pochodzenia centralnego, cerebrastenie i bóle głowy (17, 30). Często także pojawiają się szumy uszne i/lub nadwrażliwość słuchowa (48).

Pourazowe przetoki tętniczo-żylne powstają na skutek połączenia się światła zmiażdżonej tętnicy i żyły oponowej, przebiegających w okolicy szczeliny złamania (25). Po dłuższym czasie może dochodzić do samoistnego nagłego pęknięcia takiej przetoki i powstania krwiaka nad– lub podtwardówkowego. Znacznie częściej dochodzi do powstania pourazowej przetoki szyjno-jamistej, będącej wynikiem przerwania ciągłości tętnicy szyjnej w obrębie zatoki jamistej, której ściana została uprzednio naruszona przez odłam kostny szczytu piramidy. Objawem patognomonicznym jest jedno– lub obustronny wytrzeszcz tętniący oka (exophtalmos pulsans), któremu towarzyszy uporczywy i zgodny z tętnem szum. Zamknięcie i zabezpieczenie przetoki polega na balonizacji całej zatoki jamistej (25).

Literatura

1. Wysocki J.: Zarys anatomii topograficznej kości skroniowej. W: Wysocki J., 31 H.: Urazy kości skroniowej. IFPS, Warszawa 1999, 7-22.

2. Mc Hugh H.E: The surgical treatment of facial paralysis and traumatic conductive Deafness in fractures of the temporal bone, Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1959, 68, 855-889.

3. Austin D.F.: Trauma as it affects the temporal bone. Laryngoscope 1968, 78, 938-943.

4. Nosan D.K., Benecke J.E., Murr A.H.: Current perspective on temporal bone trauma, Otolaryngol. Head. Neck Surg. 1997, 117, 67-71.

5. Avrahami E., Chen Z., Solomon A.: Modern HRCT diagnosis of longitudinal fractures of the temporal bone. Neuroradiology 1988, 30, 166-168.

6. Ghorayeb B.Y., Yeakley J.W.: Temporal bone fractures: Longitudinal or Oblique The Case for oblique temporal bone fractures. Laryngoscope 1992, 102, 129-134.

7. Brodie H.A., Thompson T.C.: Management of complications from 820 temporal bone fractures. Am. J. Otol. 1997, 18, 188-197.

8. Cannon C.R., Jahrsdoefer R.A.: Temporal bone fractures: review of 90 cases, Arch. Otolaryngol. 1983, 109, 285-288.

9. Tos M.: Course of and sequelae to 248 petrosal fractures. Acta Otolaryngol. 1973, 75, 353-354.

10. Liu-Shindo M., Hawkins D.B.: Basilar skull fractures in children. Int. J. Ped. Otolaryngol. 1989, 17, 109-117.

11. Williams W.T., 6 B.Y., Yeakley J.W.: Pediatric temporal bone fractures. Laryngoscope 1992, 102, 600-603.

12. Goodwin W.J.: Temporal bone fractures. Otolaryngol. Clin. N. Am. 1983, 16, 651-659.

13. Pederson C.B.: Traumatic middle ear lesions. Fracture of the malleus handle, aetiology, diagnosis and treatment. J. Laryngol. Otol. 1989, 103, 901-903.

14. Ulrich K: Verletzungen des Gehörorgans bei Schädelbasisfrakturen. Acta Otolaryngol Suppl. 1926, 6, 1-150.

15. Brunner H: Ohr und Schadeltrauma. Wien Klein. Wchnschr. 1934, 47, 114-126.

16. oss O: Die Chirurgie der Schadelbasisfrakturen auf Grund. 25 jahriger Erfahrungen. J. A. Barth, Leipzig 1936, 1-24.

17. Kelly K.E., Tami T.A.: Temporal bone and skull base trauma. In: Jackler R.K., Brackmann D.E. (eds.): Neurotology, St. Louis, Mosby 1994, 340-360.

18. Lindeman R.C.: Temporal bone trauma in facial paralysis. Otolaryngol. Clin. N. Am. 1979, 12, 403-413.

19. Bonafe A., Laval C., Arrue P.: Temporal bone fractures. Riv. Neuroradiol. 1995, 8, 847-854, 1995.

20. Lee D., Honrado C., Har-El G., Goldsmith A.: Pediatric temporal bone fractures. Laryngoscope 108, 816-820, 1998.

21. Gentry L.R.: Temporal bone trauma: current perspectives for diagnostic evaluation. Neuroimaging Clin. N. Am. 1991, 1, 319-340.

22. Schubiger O., Valavanis A., Stuckman G., Antonucci F.: Temporal bone fractures and their complications: examination with high resolution CT. Neuroradiology 1986, 28, 93-99.

23. Khan A.A., Marion M., Hinojosa R.: Temporal bone fractures: A histopathologic study, Otolaryngol. Head. Neck Surg. 1985, 93, 177-186.

24. Brawley B.W., 17 W.A.: Treatment of Basal Skull Fractures with and without cerebrospinal fluid fistulae, J. Neurosurg. 1967, 26, 56-61.

25. Ciszek B., Ząbek M., Mazurowski W.: Złamania podstawy czaszki i płynotoki. Klinika 1995, 26-29.

26. Fisch U.: Facial paralysis in fractures of the petrous bone. Laryngoscope 1974, 84, 2141-2154.

27. Lambert P.R., Brackmann D.E.: Facial paralysis in longitudinal temporal bone fractures: a review of 26 cases. Laryngoscope 1984, 94, 1022-1026.

28. Alvi A., Bereliani A.: Trauma to the temporal bone: diagnosis and management of complications. J. Craniomaxillofac. Trauma 1996, 2, 36-48.

29. Griffin J.E., Altenau M.M., Schaffer S.D.: Bilateral longitudinal temporal bone fractures: A retrospective review of seventeen cases, Laryngoscope 1979, 89, 1432-1435, 1979.

30. Janczewski G., Pierchała K.: Zawroty głowy po urazie kości skroniowej. W: Wysocki J., 31 H.: Urazy kości skroniowej. IFPS, Warszawa 1999, 83-94.

31. Skarżyński H., Szwedowicz P.: Postępowanie w złamaniach kości skroniowej. W: Wysocki J., 31 H.: Urazy kości skroniowej. IFPS, Warszawa 1999, 67-81

32. Kinney S.E.: Violence and the ear and temporal bone, Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1992, 118, 581-583.

33. Zimmerman R.A., Bilaniuk L.T., Hackney D.B., Goldberg H.I., Grossman R.I.: Magnetic resonance imaging in temporal bone fracture. Neuroradiol. 1987, 29, 246-251.

34. Szwejda E.: Diagnostyka obrazowa złamań kości skroniowej. W: Wysocki J., 31 H.: Urazy kości skroniowej. IFPS, Warszawa 1999, 50-64.

35. Johnson D.W., Hasso A.N., Stewart C.E., J.R., Hinshaw D.B.: Temporal bone Trauma: High-resolution computed tomographic evaluation. Radiology 1984, 151, 411-415.

36. Johnson J.W.: Trauma of the ear. Radiol. Clin. N. Am. 1974, 12, 527-432.

37. Harwood-Nash D.C.: Fractures of the petrous and tympanic parts of the temporal bone in children: a tomographic study of 35 cases. ARJ 1970, 110, 598-607.

38. Brodsky L., Eviatar A., Daniller A.: Post-Traumatic facial nerve paralysis: three cases of delayed temporal bone exploration with recovery. Laryngoscope 1983, 93, 1560-1565.

39. Goldenberg D., Karam M., Danino J., Flax-39 R., Joachims H.Z.: Temporal bone fracture following blunt trauma caused by a flying fish. J. Laryngol. Otol. 1998, 112, 959-961.

40. Ozveren M.F., Uchida K., Erol F.S., Tiftikci M.T., Cobanoglu B., Kawase T.: Isolated abducens nerve paresis associated with incomplete Horner's syndrome caused by petrous apex fracture--case report and anatomical study. Neurol. Med. Chir. (Tokyo) 2001, 41, 494-498.

41. MacGee E.E., Cauthen J.C., Brackett C.E.: Meningitis following acute traumatic cerebrospinal fluid fistula, J. Neurosurg. 1970, 33, 312-316.

42. May M.: Trauma to the facial nerve. Otolaryngol. Clin. N. Am. 1983, 16, 661-670.

43. Yanagihara N., Murakami S., Nishihara S.: Temporal bone fractures inducing facial nerve paralysis: A new classification and its clinical significance. ENT J. 1997, 76, 79-86.

44. Barrs D.M.: Facial nerve trauma: optimal timing for repair. Laryngoscope 1991, 101, 835-848.

45. makishima K., Sobel S.F., Snow J.B.: Histopathologic correlates of otoneurologic manifestations following head trauma. Laryngoscope 1976, 86, 1303-1314.

46. Spector G.J., Pratt L.L., Randall G.: A clinical study of delayed reconstruction in ossicular fractures. Laryngoscope 1973, 83, 837-851.

47. Sudhoff H., Linthicum F.H.: Temporal bone fracture and latent meningitis: temporal bone histopathology study of the month. Otol. Neurootol. 2003, 24, 521-522.

48. Vernon J.A., Press L.S.: Characteristics of tinnitus induced by head injury. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg. 1994 120, 547-551

49. Applebaum E.L., Doldin A.D.: Surgical management of isolated malleus handle fractures. Laryngoscope 2000, 110, 171-173.

NAUKA

Wpływ bioaktywnych peptydów natriuretycznych na opór naczyniowy łożyska ludzkiego – badania *in vitro*

*Dr n. med. Dariusz Szukiewicz**
Katedra i Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej AM w Warszawie
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Sławomir Maśliński

Abstract
The influence of bioactive natriuretic peptides on the vascular resistance in human placentae – in vitro studies
The family of bioactive natriuretic peptides (BNPs) consists of atrial natriuretic peptide (ANP), brain natriuretic peptide (BNP), C-type natriuretic peptide (CNP) and urodilatin (URO). It has been proved, that some members of the BNPs family are synthetized and locally secreted within the human placenta by a small population of highly specialized cells of syncytiotrophoblast. The presence of BNPs receptors in the human utero-placental-fetal unit is well documented. The aim of the study performed in vitro was to examine comparatively the effects of ANP, BNP, CNP and URO on the placental vascular resistance as well as on the tonus of isolated placental vessels in normal and complicated pregnancy. The influence of applied method of placental perfusion on the results was taken into consideration. Importance of changes in oxygen tension (pO_2) in placental circulation and release of histamine (HA) from placental mast cells were studied. Vasorelaxation (decrease in perfusion pressure or decreased vascular tone) observed after administration of URO and BNP was stronger, than that evoked by ANP and CNP. Vasodilatatory effect of BNPs in pregnancy complicated by preeclampsia/eclampsia was significantly augmented ($p < 0,05$), whereas in intrauterine growth retardation (IUGR)-complicated pregnancy – significantly reduced ($p < 0,05$). Administration of BNPs produced dose-dependent release of HA from placental mast cells. The vasodilatatory effect of BNPs administration in higher doses was more effective when placental histamine receptors (H_1, H_2) were blocked.

Wkrótce po odkryciu ANP stwierdzono, że hormon ten obecny jest nie tylko w wydzielniczo wyspecjalizowanych miocytach przedsionków i w mniejszych ilościach w komorach serca, ale wchodzi również w skład złożonego ogólnoustrojowego systemu, określanego mianem układu bioaktywnych peptydów natriuretycznych (BPN). Oprócz ANP, do grupy tych substancji należą mózgowy peptyd natriuretyczny (BNP), peptyd natriuretyczny typu C (CNP) oraz urodylatyna (URO). Udowodniono, że niektóre BPN są wytwarzane w łożysku ludzkim przez wyspecjalizowane komórki syncycjotrofoblastu, a dalsze badania wykazały istnienie receptorów dla BPN w obrębie jednostki maciczno-łożyskowo-płodowej.

Celem badań przeprowadzonych in vitro była ocena porównawcza wpływu ANP, BNP, CNP oraz URO na opór naczyniowy w krążeniu łożyskowym oraz tonus izolowanych naczyń łożyskowych w ciąży prawidłowej i powikłanej. Zbadano wpływ zastosowanej metody pozaustrojowej perfuzji łożyska na uzyskiwane wyniki, z uwzględnieniem znaczenia zmian ciśnienia parcjalnego tlenu (pO_2) w krążeniu łożyskowym i uwalniania histaminy (HA) z łożyskowych komórek tucznych.

Materiał biologiczny stanowiły łożyska ludzkie (N = 224) uzyskane w wyniku cięć cesarskich wykonanych u nieródek ze wskazań matczynych lub płodowych w ciążach pojedynczych donoszonych lub niedonoszonych (porody przedwczesne). Wskazania do operacyjnego ukończenia ciąży (porodu) były związane z wewnątrzmacicznym opóźnieniem wzrostu płodu (IUGR), miednicowym – lub innym nieprawidłowym – położeniem płodu, ciążą powikłaną cukrzycą lub nadciśnieniem, a także z wysokiego stopnia krótkowzrocz-nością u ciężarnej (wskazania okulistyczne). Do badań kwalifikowano wyłącznie popłody makroskopowo kompletne, z centralnym i prawidłowym odejściem sznura pępowinowego. Opierając się na modyfikacjach własnych technik perfuzji opracowanych przez Cedard i Schneidera, stosowano różne warianty krążenia pozaustrojowego w odniesieniu do całego łożyska, jak i do izolowanych

*Streszczenie pracy habilitacyjnej

zrazów łożyskowych, m.in. perfuzję w układzie otwartym/zamkniętym, perfuzję jednostronną/dwustronną. Podczas eksperymentów poddawano analizie w sposób standardowy zmiany kształtu krzywej ciśnienia perfuzji po podaniu ANP, BNP, CNP i URO w dawkach odpowiadających stężeniom 25 – 250 nmol/l, biorąc pod uwagę zarówno maksymalną zmianę ciśnienia (*P*), jak i relacje czasowe zmiany oporu naczyniowego (*S*). Izolowane naczynia łożyskowe pochodziły z układu krążenia strony płodowej narządu i stanowiły trzeciorzędowe odgałęzienia naczyń (tętniczych i żylnych) pępowinowych.

W każdym przypadku wystąpienia odpowiedzi po podaniu BPN obserwowano rozkurcz naczyń (wazorelaksację), co przejawiało się spadkiem oporu naczyniowego (obniżenie ciśnienia perfuzji), lub zmniejszeniem napięcia ściany naczyniowej. Na podstawie badań przeprowadzonych z wykorzystaniem perfuzji *in vitro* całego łożyska metodą Cedard oraz perfuzji izolowanych zrazów łożyskowych techniką Schneidera wykazano, że URO i BNP działają w zakresie dawek wywołujących 25 – 75% odpowiedzi maksymalnej silniej, niż ANP i CNP (różnice statystycznie znamienne; $p < 0,05$). Analiza wyników uzyskanych na izolowanych naczyniach łożyskowych wykazała podobne do powyższych wzajemne relacje siły działania poszczególnych BPN, z wyjątkiem porównania ANP i BNP, gdzie nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic siły działania w zakresie dawek wywołujących 25 – 75% maksymalnej odpowiedzi naczyniowej.

Z uwagi na brak istotnych różnic merytorycznych pomiędzy wynikami dotyczącymi wpływu BPN na opór naczyniowy, uzyskanymi podczas perfuzji całego łożyska zmodyfikowaną metodą Cedard, oraz przy zastosowaniu perfuzji izolowanego zrazu łożyskowego techniką Schneidera, w dalszych etapach badań ograniczono się do prezentacji wyników uzyskanych przy użyciu jednej z tych dwóch metod perfuzji pozaustrojowej.

Przejściowy spadek ciśnienia perfuzji w odpowiedzi na BPN był silniej wyrażony w łożyskach pochodzących z ciąż powikłanych nadciśnieniem indukowanym ciążą (wystąpieniem stanu przedrzucawkowego), niż w łożyskach pochodzących z ciąż o przebiegu fizjologicznym, przy czym różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) zaobserwowano jedynie podczas stosowania wyższych dawek BPN (2-minutowych wlewów roztworów o stężeniach 100 i 200 nmol/l, z szybkością 2,5 ml/min). Średnie różnice dotyczące spadku ciśnienia perfuzji pomiędzy grupami łożysk z ciąż powikłanych nadciśnieniem, a grupami kontrolnymi są w tych przypadkach wprost proporcjonalne do zastosowanej dawki danego peptydu natriuretycznego (zakres stężeń 100 – 200 nmol/l) i przy uwzględnieniu stężeń 100 i 200 nmol/l wynosiły dla ANP, URO, BNP i CNP, odpowiednio [kPa SD]: 0,50 0,05; 0,57 0,07; 0,73 0,05 i 0,47 0,06. Na podstawie stwierdzenia powyższych zależności można wnioskować, że w ciąży powikłanej wystąpieniem nadciśnienia (stanu przedrzucawkowego) efekt wazorelaksacyjny BPN ulega nasileniu. Siła działania wazorelaksacyjnego badanych BPN okazała się zbliżona, z wyjątkiem BNP, który zastosowany w stężeniach 100 i 200 nmol/l działał wyraźnie silniej od pozostałych peptydów natriuretycznych, co w przypadku ANP i CNP udało się wykazać statystycznie ($p < 0,05$).

Podczas podawania BPN we wszystkich przypadkach IUGR zanotowano spadek oporu naczyniowego w perfundowanych łożyskach. W grupie łożysk uzyskanych z ciąż powikłanych IUGR średnie maksymalne wartości spadku ciśnienia w układzie perfuzyjnym były niższe, niż w grupie kontrolnej. W przypadku infuzji ANP i CNP statystycznie istotne różnice ($p < 0,05$) dotyczyły dwóch wyższych dawek (ANP i CNP w stężeniach 100 i 200 nmol/l), dla których średnie maksymalne obniżenie ciśnienia perfuzji wyniosło w grupie I, odpowiednio 9,4 1,3 i 10,1 1,4 mmHg SD dla ANP, oraz 8,8 0,8 i 9,7 1,2 mmHg SD dla CNP i było niższe, niż w grupie II (11,9 1,2 i 13,8 1,6 mmHg SD dla ANP, oraz 12,0 1,3 i 14,1 1,2 mmHg SD dla CNP). Analiza wyników uzyskanych podczas podawania we wlewach URO i BNP wykazała, że istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) pomiędzy grupami I (IUGR) i II (poród przedwczesny) dotyczyły trzech dawek (URO i BNP w stężeniach 50, 100 i 200 nmol/l), dla których średnie maksymalne obniżenie ciśnienia perfuzji wyniosło w grupie I, odpowiednio 9,1 1,4; 10,9 1,5 i 13,2 1,4 mmHg SD dla URO, oraz 8,8 1,1; 11,4 1,0 i 12,1 1,5 mmHg SD dla BNP i było niższe, niż w grupie II (12,4 1,2; 14,9 1,7 i 18,5 2,0 mmHg SD dla URO, oraz 12,1 1,3; 15,3 1,6 i 17,9 1,7 mmHg SD dla BNP. Porównanie natężenia reakcji naczyniowych po podaniu BPN, przeprowadzone poprzez zestawienie obliczonych średnich wartości S, wykazało istotne różnice ($p < 0,05$) pomiędzy łożyskami z ciąż powikłanych IUGR, a łożyskami z ciąż bez zaburzeń wzrostu płodu, zakończonych porodami przedwczesnymi. Odpowiedź po podaniu ANP w stężeniach 100 i 200 nmol/l w grupie IUGR wynosiła odpowiednio 79,3 oraz 73,7% (wartości średnie) natężenia reakcji w grupie kontrolnej, a po zastosowaniu URO natężenie reakcji w grupie łożysk z ciąż powikłanych IUGR było również znamiennie obniżone w odniesieniu do stężeń 50, 100 i 200 nmol/l i wynosiło odpowiednio 74,7; 72,4 i 71,9% wartości w grupie kontrolnej. Odpowiedź naczyń łożyskowych (wazorelaksacja) po podaniu BNP w stężeniach 100 i 200 nmol/l była w grupie IUGR znamiennie obniżona, osiągając odpowiednio 73,1 i 70,1% (wartości średnie) natężenia re-akcji w grupie po porodach przedwczesnych, podobnie jak w przypadku CNP, gdzie średnie natężenie obserwowanej reakcji naczyń łożyskowych w grupie I osiągnęło – podczas stoso-wania stężeń 100 i 200 nmol/l – odpowiednio 75,4 i 72,5% natężenia

reakcji w grupie II. Powyższe różnice w pełni (w odniesieniu do ANP, CNP i URO) lub częściowo (w odniesie-niu do BNP) korelowały z obserwowanymi w obrębie grup I (IUGR) i II (grupa kontrolna) różnicami średnich wartości maksymalnych zmian ciśnienia perfuzji.

Badając wpływ uwalniania HA z łożyskowych komórek tucznych na przebieg reakcji naczyniowej wywołanej podaniem BPN in vitro wykazano, że degranulacja mastocytów jest procesem zależnym wprost proporcjonalnie od dawki ANP, BNP, URO, lub CNP, jak również od wyjściowego stężenia HA. Zastosowanie blokady receptorów histaminowych H_1 i H_2 w układzie naczyniowym łożyska nasila działanie wazorelaksacyjne BPN podawanych w wyższych dawkach, stymulujących uwalnianie HA z ziarnistości wydzielniczych komórek tucznych.

W grupie łożysk cukrzycowych (cukrzyca typu C wg klasyfikacji Whitea) zmiana reaktywności naczyń w stosunku do poszczególnych BPN przejawiała się w innym zróżnicowaniu ich siły działania, przy czym znacząco silniejszy efekt wazorelaksacyjny obserwowano podczas stosowania CNP i URO, w porównaniu z ANP i BNP. Nie stwierdzono korelacji pomiędzy wzmożonym działaniem CNP rozszerzającym naczynia łożyskowe w cukrzycy klasy C, a stężeniem cGMP w płynie perfuzyjnym. Różnice dotyczące siły działania BPN w układzie naczyniowym łożyska cukrzycowego *in vitro* nie wykazywały związku z natężeniem procesu uwalniania HA (degranulacją mastocytów). Wykazano, że po-zaustrojowej perfuzji łożyska cukrzycowego (cukrzyca klasy C wg White) w warunkach hiperoksji towarzyszy wzmożona odpowiedź wazorelaksacyjna po podaniu BPN.

Fakt, że BPN są wytwarzane również w obrębie jednostki maciczno-łożyskowo-płodowej, stwarza obiecujące perspektywy wykorzystania tych peptydów w celach diagnostycznych (do monitorowania przebiegu ciąży) i terapeutycznych. Podstawową barierą jest jednak zbyt słaba znajomość fizjologii BPN w obrębie łożyska. Podawanie BPN może znacząco poprawić perfuzję łożyskową, a korzyści z leczenia BPN należy oczekiwać szczególnie w wyselekcjonowanych przypadkach ciąż powikłanych stanem przedrzucawkowym/rzucawką (nadciśnieniem indukowanym ciążą), lub IUGR. Problemem pozostaje kwestia określenia minimalnej skutecznej dawki poszczególnych BPN, oraz sposobu dawkowania, gdyż zależne od dawki uwalnianie HA może poważnie zredukować efekt terapeutyczny BPN i prowadzić do wystąpienia innych działań niepożądanych. Prawdopodobnie, najkorzystniejszych efektów leczenia można oczekiwać po zastosowaniu BNP w dawkach indywidualnie dobranych dla danego przypadku ciąży patologicznej.

NMR i modelowanie molekularne w badaniach nowych ligandów receptora 5HT

*Mgr Dariusz Maciej Pisklak**
Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego
Promotor: Prof. dr hab. Iwona Wawer

Abstract
^{13}C CP MAS NMR spectroscopy and theoretical molecular modelling methods were used in the studies of two new series of compouds, analogues of anxiolytic drug, buspirone. The studies supplied informations on structural disorder and hydrogen bonding in solid phase. Conformational analysis enabled selection of compounds matching the pharmacophore model, and thus the candidates for biological tests.

Temat pracy doktorskiej dotyczył wykorzystania metod spektroskopii NMR oraz modelowania molekularnego w badaniach nowych związków o potencjalnym działaniu anksjolitycznym. Badania ^{13}C CP MAS NMR wykazały znaczne nieuporządkowanie strukturalne w obrębie fragmentu butylo-piperazynowego. Struktura farmakoforowego układu arylo-piperazynowego zależy od charakteru podstawnika aromatycznego. Na podstawie analizy konformacyjnej wyselekcjonowano związki o najlepszym dopasowaniu do modelu farmakoforowego, które warto poddać badaniom biologicznym.

*Streszczenie pracy doktorskiej

Ekspresja genów dla kolagenu typu III, fibronektyny, HGF, EGF I TGF-1 w regenerującej wątrobie – wpływ leków immunosupresyjnych

*Lek. Rafał Ciecierski**
Promotor: prof. dr hab. Leszek Pączek

Gene expression for type III Collagen, Fibronectin, HGF, EGF and TGF– in Liver Regeneration – the effects of immunosuppression
The first liver transplant from cadaver in Poland took place in December, 1987. Total liver transplantation became a known and effective method for treating its end-stage insufficiency. The limitations of this form of therapy include: a shortage of donors, poor quality among those liver organs accepted for transplant as well as large risks associated with complications during surgery. An alternative is partial liver transplant. Since October 1999, this kind of procedure has been practiced in Poland (Department and Clinic for General Surgery, Transplantation and Liver at the Medical Academy in Warsaw, Director: Professor Marek Krawczyk). To a significantly large extent, this procedure resolves the issue of limited donors and is associated with lower risks of medical complications. To a certain extent, the body size and structure of the transplant recipient determines the final mass of the transplanted liver or its fragment. Each and every liver transplant is associated with the stimulation of regenerative processes. Regeneration represents the livers ability to replace its fragment after resection or the livers destruction due to, for example, ongoing illness. The most commonly administered immunosuppressive drug administered to post-transplant patients is FK506. It is a highly select suppressor of T helper lymphocytes.
The aim of this research includes a histopathological evaluation of liver tissue and definition of changes in the expressions of genes for extracellural matix – collagen of type III, fibronectin as well as growth factors such as hepatocytes growth factor (HGF), epithelial growth factor (EGF) and transforming growth factor $_1$ (TGF-$_1$), which set in on the tenth day of liver regeneration under the influence of FK506.
For obvious reasons, this study does not take liver segments from the group of 30 liver transplant patients treated by an immunosuppressive schedule based on FK506. Instead, this research monitors selected biochemical parameters of the blood taken during the 12 month observation period. The histopathological evaluation and level of gene expression was administered using a model of healthy rats (laparotomy with digital manipulation of liver lobes) as well as among rats given a partial hepatectomy (70% of liver parenchyma). Histological specimens were stained with hematoxylin and eosin. Indications of mRNA expression were completed based on the amount of PCR in real time (rtQ-PCR) in thermocycle ABI PRISM 7700 Sequence Detecion System (PE Applied Biosystems). The growth in liver mass in the tenth day after the partial hepatectomy was calculated based on the Bollman and Mann pattern. ANOVA techniques were utilized for data analysis. The students t test for independent samples was used to compare pairs of averages. In order to compare small groups of qualitative data, the Fisher test was applied. All calculations were completed using the statistical program STATISTICA 5.0.

Pierwszy w Polsce zabieg przeszczepienia wątroby ze zwłok odbył się w grudniu 1987r. Transplantacja wątroby stała się uznaną i skuteczną metodą leczenia jej schyłkowej niewydolności. Ograniczeniami tej formy terapii są: niewystarczająca liczba dawców, nie najlepsza jakość wątrób zaakceptowanych do transplantacji oraz duże ryzyko powikłań okołooperacyjnych. Alternatywą jest transplantacja fragmentu wątroby (split). Od października 1999r. tego typu zabiegi wykonywane są w Polsce (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie, Kierownik: Prof. zwycz. dr hab. n. med. Marek Krawczyk). W znacznym stopniu rozwiązują one problem braku dawców i wiążą się z mniejszym ryzykiem wystąpienia powikłań. Wielkość i budowa ciała biorcy determinują do pewnego stopnia końcową masę jaką uzyska przeszczepiona wątroba bądź jej fragment. Każda transplantacja wątroby wiąże się z uruchomieniem procesów regeneracyjnych. Regeneracja oznacza zdolność wątroby do zastąpienia jej fragmentu po resekcji lub zniszczeniu np. przez toczący się proces chorobowy. Dominuje tu hiperplazja i reorganizacja komórek tworzących miąższ wątrobowy. Najczęściej stosowanym lekiem immunosupresyjnym u pacjntów po transplantacji wątroby jest FK506. Jest on wysoce selektywnym supresorem limfocytów T_h, ogranicza syntezę

*Streszczenie pracy doktorskiej

IL-2 i zmniejsza ryzyko odrzucenia graftu.

Celem pracy była ocena histopatologiczna tkanki wątrobowej i określenie zmian w ekspresji genów dla białek macierzy zewnątrzkomórkowej – kolagenu typu III, fibronektyny oraz dla czynników wzrostu takich jak czynnik wzrostu hepatocytów (HGF), nabłonkowy czynnik wzrostu (EGF) i transformujący czynnik wzrostu beta 1 (TGF-**?1)**, zachodzących w dziesiątej dobie regeneracji wątroby pod wpływem FK506.

Ze względów oczywistych odstąpiono od pobierania wycinków wątroby od badanej grupy 30 pacjentów po transplantacji tego narządu leczonych w schemacie immunosupresji opartym na FK506. W zamian za to monitorowano wybrane parametry biochemiczne krwi w trakcie 12-to miesięcznej obserwacji. Ocenę histopatologiczną i poziomu ekspresji genów przeprowadzono na modelu zdrowych szczurów (laparotomia z manipulacja płatami wątroby) oraz u szczurów poddanych częściowej hepatektomii (usuwano 70% miąższu wątroby). Preparaty histologiczne były barwione hematoksyliną i eozyną. Oznaczenia ekspresji mRNA dokonano w oparciu o ilościowe PCR w czasie rzeczywistym (rtQ-PCR) w termocyklerze ABI PRISM 7700 Sequence Detection System (PE Applied Biosystems). Przyrost masy wątroby w dziesiątej dobie po częściowej hepatektomii, obliczono według wzoru Bollmana i Manna. Analizę danych przeprowadzono za pomocą dwuczynnikowej analizy wariancji ANOVA. W przypadku porównań pomiędzy parami średnich stosowano test t– Studenta dla prób niezależnych. W celu porównania małych grup dla danych jakościowych zastosowano test dokładnego podobieństwa Fishera. Obliczenia zrealizowano w pakiecie statystycznym STATISTICA 5.0.

Odległa ocena echokardiograficzna i czynnościowa chorych po przebytej ostrej zatorowości płucnej

*Lek. Michał Ciurzyński**
Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii IS AM w Warszawie
Promotor: Prof. dr hab. Danuta Liszewska -Pfeifer

Long term echocardiographic and functional assessment of patients after acute pulmonary embolism

Acute right ventricular (RV) overload is an essential sign of massive acute pulmonary embolism (APE). It was reported that in some of these patients myocardial damage occurs. Although effective anticoagulation causes receding of echocardiographic symptoms of RV overload in 97-98% of survivors, remains unclear whether that population presents limitation in exercise capacity or any differences in echo-doppler indices in long-term follow up compared to healthy subjects.
Methods: We compared 36 asymptomatic patients (23 F, 13 M.age 66 11years) after at least 1 year after diagnosis of hemodynamically significant APE defined by the presence of RV strain at TTE in the acute phase and group of 30 age-matched subjects (18 F, 12 M; age 67 12 years). In APE group 6 months of oral anticoagulation resulted in normalisation of echocardiographic parameters and clinical status. After at least one year after diagnosis of APE all these pts underwent additional examinations including TTE and 6– minutes walking test (6MWT).

Results:

Echo	**APE**	**p***	**APE**	**p**** (follow up)	**Controls**
RV (mm)	324	<0.001	272	<0.001	231.8
RV/LV	0.80.18	<0.001	0.570.1	<0.001	0.490.04
Pulm trunk na(mm)	212.6	<0.001	182.3		
AcT (ms)	5815	<0.001	9719	<0.001	12319
TVPG (mmHg)	4813	<0.001	248	NS	247

Legends: AcT– acceleration time of pulmonary ejection, RV-right ventricle, LV-left ventricle, TVPG-tricuspid valve peak systolic gradient, p* – APE vs APE (follow up), p.** – APE (follow up) vs Controls, na – not available

*Streszczenie pracy doktorskiej

6 MWT	APE (follow up)	Controls	p	
HR after test	11317	10413	0.02	
Distance (m)	480141	527101	NS	
SO2 after test(%)922	951	<0,001		
Desaturation(%)3.042.08			1.450.69	=0.02

Legends; HR –heart rate, $S0_2$ – saturation of capillary blood.

Conclusion:
Despite normalisation of PAP (estimated noninvasively as TVPG) and similar exercise capacity, patients after episode of APE presented more pronounced desaturation at exercise what could indicate local ventilation to perfusion mismatch at exertion. Tachycardia, enlarged RV, shortened pulmonary artery acceleration time suggest disturbed RV-pulmonary artery dynamic coupling.

Istotna hemodynamicznie ostra zatorowość płucna (OZP) powoduje przeciążenie a niekiedy uszkodzenie prawej komory (PK). U większości pacjentów skuteczne leczenie przeciwzakrzepowe prowadzi zwykle do normalizacji parametrów dopplerowskich w ciągu 3-4 tygodni.

Dotychczas istnieje niewiele danych w piśmiennictwie dotyczących odległej obserwacji echokardiograficznej i czynnościowej chorych po przebytej ostrej zatorowości płucnej.

Co najmniej rok po rozpoznaniu istotnej hemodynamicznie (TVPG > 30 mmHg) OZP u 36 pacjentów (23 K, 13 M., wiek 66 11 lat) wykonano badanie echokardiograficzne przez klatkę piersiową (badanie II) i test 6 minutowego chodu (6 MWT). Wyniki porównano z parametrami uzyskanymi w trakcie badania echokardiograficznego wykonanego w momencie rozpoznania OZP (badanie I) oraz podczas badania 30 pacjentów z grupy kontrolnej (18K, 12M, wiek 67 12 lat).

Wyniki:

Echo	OZP (Bad I)	p*	OZP (BadII)	p**	Gr kontrolna
PK (mm)	324	<0.001	272	<0.001	231.8
PK/LK	0.80.18	<0.001	0.570.1	<0.001	0.490.04
Pień płucny (mm)	brak danych	212.6	<0.001	182.3	
AcT (ms)	5815	<0.001	9719	<0.001	12319
TVPG	(mmHg)	4813	<0.001	248	NS247

Legenda: AcT– czas akceleracji wyrzutu krwi do tętnicy płucnej, PK-prawa komora, LK-lewa komora, TVPG-maksymalny gradient wsteczny niedomykalność trójdzielnej, p* – OZP (bad I) vs OZP (badII), p.** – OZP (bad II) vs Gr kontrolna

6 MWT	OZP (Bad II)	Gr kontrolna	p
HR po teście	11317	10413	0.02
Dystans (m)	480141	527101	NS
SO2 po teście(%)	922	951	<0,001
Desaturacja(%)	3.042.08	1.450.69	=0.02

Legenda; HR częstość pracy serca, $S0_2$ – saturacja krwi kapilarnej.

Wnioski: Pomimo normalizacji skurczowego ciśnienia w tętnicy płucnej (oznaczanego nieinwazyjnie jako TVPG) pacjenci po przebytej OZP charakteryzują się powysiłkową desaturacją, co wskazuje na zaburzenia stosunku wentylacji do perfuzji. Względna tachykardia, powiększenie PK, skrócenie AcT, sugerują zaburzenia dynamicznego sprzężenia PK i tętnicy płucnej.

Zwężenia tętnic zewnątrzczaszkowych jako późne powikłanie po radioterapii nowotworów okolicy szyi

*Lek. Marcin Janas**
I Katedra I Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II WL
Promotor: Prof. dr hab. Wojciech Noszczyk

From 2000 to 2003 in I Vascular Surgery Clinic of Medical Academy in Warsaw 160 patients without lower limb ischemia, x-rayed due to neck area neoplasms were diagnosed to carotid arthery stenosis. The objective of dissertation was: to specify the rate of stenosis of carotid artheries after radiotherapy of neck area. In 24,37% patients there were typical changes in carotid artheries induced by radiotherapy. In 15,62% stenosis was over 50%. The results have proven that occurrence of stenosis in carotid artheries is much more frequent in x-rayed population than in non x-rayed.

W latach 2000-2003 w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Akademii Medycznej w Warszawie zbadano 160 chorych, u których nie stwierdzono miażdżycy kończyn dolnych poddanych wcześniej radioterapii z powodu nowotworów okolicy szyi. Celem badania była ocena stopnia zwężeń w tętnicach szyjnych. U 24,37% badanych stwierdzono typowe zmiany popromienne. U 15,62% stwierdzono zwężenia powyżej 50%. Wnioski: zwężenia tętnic szyjnych występują częściej u chorych po radioterapii niż w populacji nienaświetlanej, oraz radioterapia jest znaczącym czynnikiem ryzyka wystąpienia zwężeń w tętnicach szyjnych.

Badania wydolności żył kończyn dolnych u chorych po ujęciu niewydolnych żył powierzchownych

*Lek. Jacek Michalak**
I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II WL
Promotor: Dr hab. med. Piotr Ciostek

The study of insufficient deep vein's hemodynamics after surgery of varices and calf perforators
During a six-month period between 2000-2001 24 patients (32 limbs) with chronic venous insufficiency (CVI) were chosen on the basis of the following criteria: 1– presence of lower limb varicose veins; 2-deep vein insufficiency diagnosed by photoplethysmography and duplex-doppler ultrasonography.
All patients underwent varicectomy with stripping of saphenous veins if needed. In 21 cases endoscopic subfascial discussion of calf perforators was performed.
Thirty days after the operation patients were summoned to undergo control examinations, including USG and PPG, similarly to pre-surgery examinations.
Venous surgery of superficial veins and calf perforators results in a deep vein hemodynamics' improvement, to be expected mainly in cases of primary venous insufficiency.

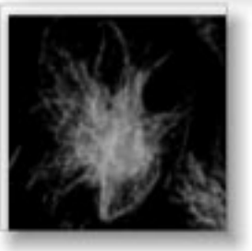
W okresie sześciu miesięcy na przełomie lat 2000 i 2001 wybrano grupę 24 chorych (32 kończyny), którzy spełniali następujące kryteria: I -mieli żylaki kończyn dolnych, II – niewydolność żył głębokich ocenianą na podstawie badań fotopletyzmografii i ultrasonografii.

Wszyscy chorzy zostali poddani operacjom żylaków z usunięciem żyły odpiszczelowej w razie potrzeby. W 21 przypadkach operacje poszerzono o endoskopowe podpowięziowe przecięcie żył przeszywających.

Po trzydziestu dniach chorzy byli poddawani badaniu kontrolnemu analogicznemu jak badanie przedoperacyjne.

Leczenie operacyjne żył powierzchownych i przeszywających ma korzystny wpływ na hemodynamikę żył głębokich, szczególnie w grupie pacjentów z niewydolnością o etiologii pierwotnej.

*Streszczenie pracy doktorskiej



Leica
MICROSYSTEMS

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

GF MICROSYSTEMS

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

ODLEŻYNY I ODPARZENIA

AnTicubit®

Dr Beta®

NATURALNY BALSAM PRZECIW ODLEŻYNOM I ODPARZENIOM
z olejkiem drzewa herbacianego

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

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

DYDAKTYKA

Szkolenie podyplomowe dla chirurgów organizowane przez kliniki chirurgiczne I Wydziału Lekarskiego

Dr hab. Mariusz Frączek
Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby

W dniach 12 – 13 grudnia 2003 roku odbyła się w Jachrance konferencja naukowo-szkoleniowa – *I Mazowieckie Dni Chirurgiczne*– zorganizowana przez Klinikę Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby oraz Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia. Sympozjum było połączone ze spotkaniem Specjalisty Wojewódzkiego ds. Chirurgii Ogólnej Prof. dr hab. Marka Krawczyka z Kierownikami Klinik i Ordynatorami Oddziałów Chirurgicznych województwa mazowieckiego. Konferencja odbyła się pod patronatem Wydziału Szkolenia Podyplomowego A.M. w Warszawie, a honorowy patronat objął Wojewoda Mazowiecki Pan Leszek Mizieliński.

W Uroczystym otwarciu Konferencji uczestniczył wicewojewoda mazowiecki Pan Adam Mroczkowski. Zaproszonych gości – uczestników sympozjum – powitali organizatorzy spotkania Prof. dr hab. Marek Krawczyk, Prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski i Dr hab. Mariusz Frączek. Odczytano listy przesłane do organizatorów i uczestników konferencji przez Wojewodę Mazowieckiego Pana Leszka Mizielińskiego i Jego Magnificencję Rektora Akademii Medycznej w Warszawie Prof. dr hab. Janusza Piekarczyka.

Pierwszy dzień obrad poświęcono problemom rozpoznawania i leczenia ostrego zapalenia trzustki. Sesja pod przewodnictwem Prof. dr hab. Wiesława Strygi i dr hab. Macieja Skórskiego rozpoczęła się od referatów zaproszonych gości: Pani Prof. dr hab. Grażyny Rydzewskiej i Pana dr hab. Marka Dobosza. Omówili oni zagadnienia dotyczące etiopatogenezy i współczesnego leczenia zachowawczego ostrego zapalenia trzustki oraz roli heparyny w zaburzeniach mikrokrążenia w doświadczalnym ostrym zapaleniu trzustki. W kolejnej części obrad doświadczenie Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia w rozpoznawaniu i leczeniu ostrego zapalenia trzustki zaprezentowali: prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski, dr hab. Zdzisław Wójcik, dr Włodzimierz Cebulski i dr Waldemar Pawłowski. Sesję podsumował i określił zasady postępowania w ostrym zapaleniu trzustki Prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski.

W drugim dniu sympozjum omawiano problemy rozpoznania i leczenia chorych z jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych. Prowadzącymi sesję byli : prof. dr hab. Bogdan Michałowicz i Prof. dr hab. Edward Stanowski. Obrady roz-

Prezydium obrad: prof. dr hab. I.W.Krasnodębski, prof. dr. hab. M. Krawczyk, wicewojewoda maz. A.Mroczkowski, dr hab. M. Frączek

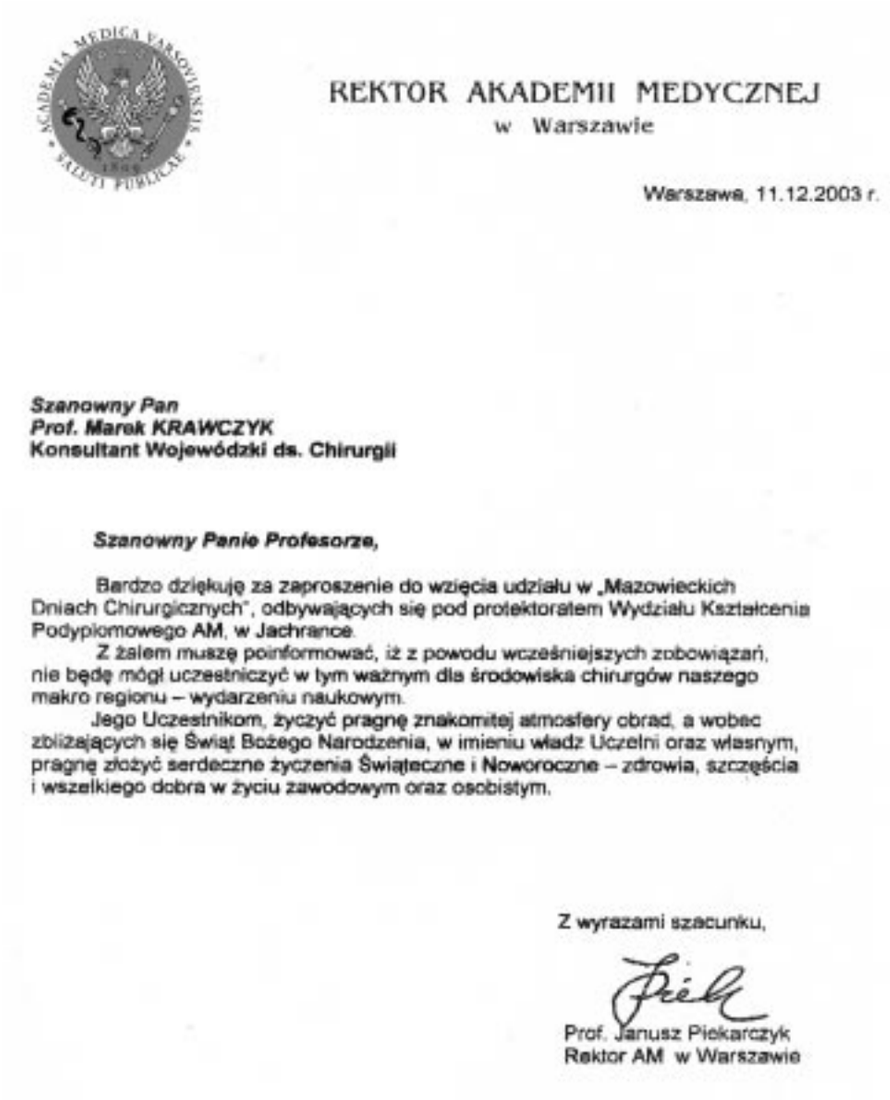
Uczestnicy Konferencji: prof. dr hab. G. Rydzewska, dr hab. M. Dobosz, prof. dr hab. W. Stryga, dr hab. M. Skórski

począł Prof. dr hab. Marek Krawczyk od szczegółowego omówienia anatomii dróg żółciowych. Następnie przedstawiono w kolejnych referatach błędy prowadzące do uszkodzeń dróg żółciowych i możliwości ich naprawy sposobami chirurgicznymi i endoskopowymi. Wykładowcami byli zaproszeni goście: prof. dr hab. Paweł Lampe i dr Jan Pertkiewicz oraz zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby: prof. dr hab. Paweł Nyckowski, dr hab. Jacek Pawlak, dr hab. Krzysztof Zieniewicz, dr hab. Mariusz Frączek i dr Waldemar Patkowski. Ostatnim punktem programu było podsumowanie obrad i ustalenie konsensusu postępowania u chorych z uszkodzeniem dróg żółciowych przez prof. dr hab. Marka Krawczyka.

Należy zauważyć wyjątkową aktywność 146 uczestników obrad w trakcie obu dni konferencji. To zaangażowanie, jak i zebrane po sympozjum opinie jego uczestników, świadczą o potrzebie szkoleń podyplomowych, zwłaszcza w zakresie podstawowych problemów dotyczących codziennej działalności chirurga.

Dyskusję panelową prowadzi prof. dr hab. M. Krawczyk

Konferencja została włączona decyzją Okręgowej Izby Lekarskiej do programu ustawicznego szkolenia podyplomowego.



REKTOR AKADEMII MEDYCZNEJ
w Warszawie

Warszawa, 11.12.2003 r.

Szanowny Pan
Prof. Marek KRAWCZYK
Konsultant Wojewódzki ds. Chirurgii

Szanowny Panie Profesorze,

Bardzo dziękuję za zaproszenie do wzięcia udziału w „Mazowieckich Dniach Chirurgicznych", odbywających się pod protektoratem Wydziału Kształcenia Podyplomowego AM, w Jachrance.

Z żalem muszę poinformować, iż z powodu wcześniejszych zobowiązań, nie będę mógł uczestniczyć w tym ważnym dla środowiska chirurgów naszego makro regionu – wydarzeniu naukowym.

Jego Uczestnikom, życzyć pragnę znakomitej atmosfery obrad, a wobec zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, w imieniu władz Uczelni oraz własnym, pragnę złożyć serdeczne życzenia Świąteczne i Noworoczne – zdrowia, szczęścia i wszelkiego dobra w życiu zawodowym oraz osobistym.

Z wyrazami szacunku,

Prof. Janusz Piekarczyk
Rektor AM w Warszawie

WOJEWODA
MAZOWIECKI

Warszawa, 12 grudnia 2003 r.

Organizatorzy i Uczestnicy
Mazowieckich Dni Chirurgicznych

Szanowni Państwo!

Pragnę serdecznie pogratulować Wojewódzkiemu Specjaliście ds. Chirurgii Ogólnej Panu prof. dr hab. med. Markowi Krawczykowi, a także Panu prof. dr hab. med. Ireneuszowi W. Krasnodębskiemu, Panu doc. dr hab. med. Mariuszowi Frączkowi i pozostałym Organizatorom zapoczątkowania idei Mazowieckich Dni Chirurgicznych.

Z przyjemnością przyjąłem propozycję patronowania temu przedsięwzięciu wierząc, iż inicjatywa corocznego organizowania merytorycznych spotkań mazowieckich chirurgów spotka się z aprobatą środowiska, pozwoli na zaprezentowanie i przedyskutowanie istotnych dla współczesnej chirurgii problemów, umożliwi podzielenie się doświadczeniami z pracy lekarskiej, a tym samym sprzyjać będzie podnoszeniu jakości i wyrównywaniu poziomu usług świadczonych w placówkach mazowieckiej służby zdrowia.

W tym kontekście duże znaczenie ma udział w Mazowieckich Dniach Chirurgicznych nie tylko Kierowników Klinik i Ordynatorów Oddziałów Chirurgicznych, ale również młodych, szkolących się chirurgów. Zresztą, jak sądzę, ambicją każdego z Państwa, każdego dobrego lekarza, jest tzw. ustawiczne kształcenie, pogłębianie wiedzy na temat nowych zdobyczy nauki, śledzenie postępów w zakresie technik operacyjnych, środków i sposobów leczenia stosowanych na świecie. Nie zawsze jednak starcza na to czasu. Mazowieckie Dni Chirurgiczne będą ku temu doskonałą okazją.

Życzę zatem wszystkim Uczestnikom pierwszego ze spotkań w ramach Mazowieckich Dni Chirurgicznych owocnych obrad i korzystania z ich rezultatów w codziennej praktyce przy pacjencie. Żałuję tylko, że służbowe obowiązki nie pozwalają mi uczynić tego osobiście.

Jednocześnie, jako że spotkanie odbywa się w okresie przedświątecznym i w programie przewidziane jest przełamanie się opłatkiem, składam Państwu najlepsze życzenia miłych, rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia oraz sukcesów i wszelkiej pomyślności w Nowym Roku. Mam nadzieję, że przyniesie on rozstrzygnięcia w wielu kwestiach, dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, satysfakcjonujące zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów.

Łączę wyrazy szacunku

Leszek Mizieliński

NOWOŚCI WYDAWNICZE

Nadciśnienie nerkopochodne

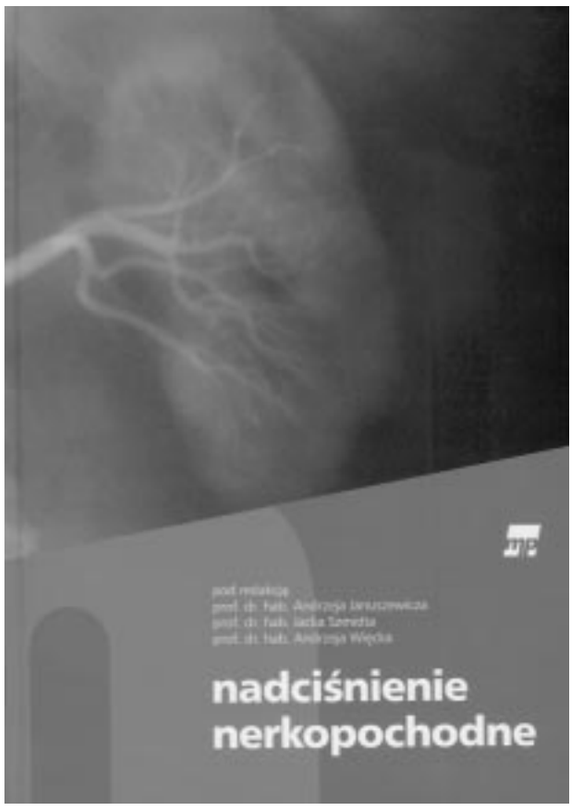
Andrzej Januszewicz, Jacek Szmidt, Andrzej Więcek (red.)
Rok wydania: 2003 r., Wydawca: Medycyna Praktyczna

Autorzy publikacji podejmują problemy związane z nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym, omawiając metody jego diagnozowania, obraz kliniczny, leczenie farmakologiczne i niefarmakologiczne oraz specyfikę tej choroby u dzieci.

W kolejnych rozdziałach dokładnie i przejrzyście opisano wszystkie rodzaje technik diagnostycznych, uwzględniając rolę badań izotopowych w diagnostyce nadciśnienia nerkopochodnego, badania radiologiczne, dopplerowskie, diagnostykę ultrasonograficzną, a także obrazowanie nerek i tętnic nerkowych metodą tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Osobne rozdziały poświęcono nefropatii cukrzycowej, zatruciu ciążowemu, patogenezie, diagnostyce i leczeniu chorób miąższowych nerek, a także nadciśnieniu tętniczemu po transplantacji nerki. Nie zabrakło skrupulatnie zebranych wiadomości z dziedziny patofizjologii nadciśnienia naczyniowo-nerkowego. Rozdziały omawiające leczenie tej jednostki chorobowej zawierają informacje na temat metod chirurgicznych, jak również leczenia wewnątrznaczyniowego.

Książka zawiera liczne rysunki i schematy, co czyni ją przejrzystą i bardziej przystępną.

Publikacja przydatna zarówno dla specjalistów, jak i dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.



Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce

Pod red. Andrzeja W. Szawłowskiego i Jacka Szmidta
Rok wydania: 2003 r., Wydawca: Fundacja – Polski Przegląd Chirurgiczny

Pod redakcją konsultantów krajowych w dziedzinie chirurgii onkologicznej i chirurgii ogólnej, pod patronatem Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej powstało jedyne w swoim rodzaju opracowanie, zawierające aktualny stan wiedzy dotyczącej leczenia nowotworów w Polsce. Zespół 77 autorów, repre-

zentujących wszystkie ośrodki akademickie w Polsce opracował konsensus, który przez długi czas będzie stanowić standardy postępowania dla chirurgów zajmujących się leczeniem chorób nowotworowych.

Powszechnie wiadomo, że chirurdzy onkologiczni nie uznają prawa chirurgów ogólnych do leczenia chorób nowotworowych. Tym bardziej unikatowym jest fakt, zebrania jako współautorów jednej publikacji specjalistów z dziedziny chirurgii ogólnej i onkologicznej. Dzięki tej publikacji chirurdzy ogólni będą mogli leczyć zgodnie z najnowszymi trendami w światowej nauce, a onkolodzy będą mogli dla dobra wielu osób wysłać chorych na leczenie do chirurga ogólnego.

Książka niezbędna w codziennej pracy każdego chirurga, pomocna również dla lekarzy innych specjalności.

Lek. Tomasz Jakimowicz

PRO MEMORIA

Dnia 9.12.2003 r.

po długotrwałej chorobie zmarła

dr n. med. Urszula Wojda-Gradowska

nauczyciel akademicki i wychowawca wielu pokoleń medyków sądowych,

wieloletni adiunkt Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM

REFLEKSJE WIGILIJNE

Przy wigilijnym stole

Czesław Mirosław Szczepaniak

W młodości marzyłem przy wigilijnym stole, żeby napisać kiedyś wiersz na **Boże Narodzenie**. Pamiętam jak po wieczerzy siedzieliśmy z Matką, Ojcem, Babcią, Siostrą i Bratem przy śnieżnobiałym obrusie. Złożyliśmy sobie życzenia. Połamaliśmy się opłatkiem. Zostaliśmy z cichą nadzieją. Łzy radości ściekały nam po policzkach. Byliśmy wzruszeni i serdeczni.

Za oknem padał śnieg. Drzewa w sadzie były w papachach bieli. Strach na czereśni nie straszył ptaków. Na niebie zwózka gwiazd i księżyc.

Na choince płonęły światełka. Bombki puszczały na ścianę zajączki.

Matka z Babcią śpiewały *Kolędy*. Cały rok czekały na tę uroczystą chwilę. W Adwent przypominały sobie słowa, które pozapominały. W ten wieczór wigilijny miały wykuty tekst *na blaszkę*. Ojciec milczał. Śpiewałem z Siostrą. Aż Babcia wkładała palec do ucha. Matka była cała w radości śpiewania. Jak na Pasterce.

Wigilie z dzieciństwa ...

Każdy kto je przeżył w gronie rodzinnym, do końca życia nie zapomni. Zapomnisz wszystkie zdmuchnięte urodzinowe świeczki, ale ... Wigilii nigdy nie zapomnisz. Do końca życia.

W cichą noc wigilijną lubiłem wsłuchiwać się w zaśpiew *Kolęd*. Zrozumiałem, że można je zaśpiewać albo zagrać na organach, flecie, harfie, pastuszej fujarce, dziecięcej gwizdałce, okarynie, rogu baranim, skrzypcach, mandolinie, harmonii, gitarze, organkach, na grzebieniu z bibułką, zapiskać na kartce albo na listku, kołatką wystukać, dzwonuszkiem zaszturchać, etc. Każdy instrument znajdzie swoje miejsce w *Kolędzie*.

Siedziałem przy wigilijnym stole. Słuchałem radosnych pieśni. O tym, że w Betlejem narodził się Syn Boży. Dom był *Kolędami* kołysany. Nikt nikogo nie zagłuszał. Dalekie Betlejem znów było bliskie. Otwórz Nowy Testament, a zobaczysz, kto się cieszy, a kto chce rzucić kamień do ubogiej szopy.

Moje marzenie z młodości ziściły się dopiero w wieku męskim. Zacząłem pisać wiersze na **Boże Narodzenie**. Pisałem strofy w myśl zaleceń Cypriana Kamila Norwida:

(...); pismo to opłatek,
Którym łamać się trzeba, i od serca życzyć
D o s i e g o r o k u prawdy – nie szermować, krzyczéć,
Lecz całą siłą działać, działać w taki sposób,
Jako dawny obyczaj, bez wyborczych osób,
Z bogobojną czeladką wieczerzając społem
Na sianie z własnej łąki i za własnym stołem ... (...)

(Pismo)

Cieszyłem się, gdy udało mi się wyłuskać z Nowego Testamentu osnowę, wokół której przędłem liryzmu wątek. Do wiersza kładłem ułomek opłatka i zaklejałem kopertę. Był to mój list świąteczny.

Wigilia to radosne święto. W ten wieczór nienawiść zawiesza broń. Palce nie zamykają się w pięści. Smutek idzie do kąta. Wspomnienia przychodzą do naszego domu. Jak stare kartki z kalendarza. Na stole leży wizytówka domu – opłatek bielszy niż śniegi. Na pustym miejscu siedzi Pan Jezus, bo to Jego urodziny, na które nas zaprosił.

Wigilia to powrót do ubogiej betlejemskiej szopy, gdzie wół uklęknął, osioł zgiął kolana, pastuszkowie i mędrcy.

Ballada o Kolędzie

Kolędo zapraszam Cię
Na śniegi obrusa
Usiądź przy stole
Szedłem z Tobą po
Krętych drogach życia
Od wniebogłosów do zacisza
Kolędo naszeptaj nam
Dobrej Nadziei
Na dni powszednie

Zapisek opłatkowy

W grudniu Adwent fiolet rozsiewa
Z lasu wychodzą choinki obsypane
Zimnym wiatrem i płatkami śniegu
Siostry Sakramentki pieką święty
Opłatek na miarę Dzieciątka Jezus

Ballada o szpitalnej Wigilii

Szpitalna Wigilia śniegiem natarta
Zadraśnięta pazurkami lodu z wiatrem
Stoły nakryto bielusieńkim obrusem
Suche łzy drzemały w głębokich talerzach
Twarze przyklejaliśmy do szyb
Za oknem dzwony kołysały Jezusa
Księżyc ustąpił miejsca gwiazdom
Dzieliliśmy się płatkiem śniegu

Szpitalna Wigilia
Wigilia Szpitalna

Sprostowanie

Redakcja „Medycyny. Dydaktyki. Wychowania" przeprasza uprzejmie, za nieumyślnie popełnione błędy, które znalazły się w numerze 10/2003 na str. 24.

Powinno być :

Prof. dr hab. M. Szostek – Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej, a nie Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby .

INFORMACJA O PRENUMERACIE

Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy zamówienia na prenumeratę czasopisma Akademii Medycznej w Warszawie *Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie* na rok 2004.

Nasze pismo jest zwolnione z podatku VAT (stawka 0%). Cena rocznej prenumeraty 1 egzemplarza miesięcznika wynosi 159, – zł.

Uprzejmie prosimy o przekazywanie tej kwoty lub jej wielokrotności na nasze konto:

BPH PBK S.A. Oddział Warszawa
Nr konta: 51106000760000401030 00-1849
Z dopiskiem: „Medycyna.Dydaktyka.Wychowanie"

Otrzymanie przedpłaty potwierdzimy fakturą. Jeżeli Państwo nie mogą dokonać przedpłaty, prosimy o składanie zamówień na adres :

„Medycyna.Dydaktyka.Wychowanie" Redakcja
Akademia Medyczna w Warszawie
Ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa

Prosimy o podanie w zamówieniu numeru NIP i adresu płatnika. Po otrzymaniu zamówienia prześlemy fakturę. Gwarantujemy terminową dostawę egzemplarzy.

Jednocześnie informujemy, że kontynuowanie wysyłki naszego czasopisma w roku przyszłym uwarunkowane jest opłaceniem faktury.