

GAZETA AMG

GDAŃSK

1 listopada 1992

Rok 2 nr 11 (23)

Przeszczep szpiku i jego rola w leczeniu białaczek

Wykład wygłoszony dnia 1 października 1992 r. podczas uroczystej inauguracji roku akademickiego w Akademii Medycznej w Gdańsku przez prof. dr Andrzeja Hellmanna

Magnificencjo, Wysoki Senacie, Szanowni Państwo,

Transplantacja szpiku kostnego jest działem medycyny, który rozwinął się w ostatnim dziesięcioleciu. Chociaż początki przeszczepów to lata siedemdziesiąte, jednak istotny wzrost liczby przeszczepów przynoszących coraz lepsze efekty terapeutyczne nastąpił w latach osiemdziesiątych. Podczas gdy np. w roku 1979 dokonano na świecie około 400 przeszczepów, to w roku 1991 już ponad 5000. 70% przeszczepów dokonuje się w leczeniu białaczek. Dotyczy to szczególnie trzech postaci białaczek: ostrej białaczki limfoblastycznej, ostrej białaczki szpikowej i przewlekłej białaczki szpikowej. Czwarta - równie częsta forma białaczki, jaką jest przewlekła białaczka limfatyczna, nie kwalifikuje się z reguły do przeszczepu ze względu na stosunkowo powolną dynamikę jak i na wiek chorych. Dotyczy ona bowiem pacjentów w podeszłym wieku. Na początku lat osiemdziesiątych najczęściej przeszczepów dokonywano u chorych z rozpoznaniem ostrej białaczki szpikowej i limfoblastycznej, a najmniej

u chorych z rozpoznaniem przewlekłej białaczki szpikowej. Obecnie uważa się za najbardziej celowe dokonywanie przeszczepu właśnie przy przewlekłej białaczce szpikowej. Jest to bowiem forma białaczki, która innymi metodami nie jest wyleczalna. I tak liczba przeszczepów obecnie dokonywanych w tych trzech postaciach jest mniej więcej równa.

Warunkiem wykonania każdego przeszczepu jest zgodność immunologiczna między dawcą i biorcą narządu. To samo dotyczy szpiku. Zgodność immunologiczna między dawcą i biorcą uwarunkowana jest tzw. antygenami zgodności tkankowej czyli układem HLA. Układ ten zakodowany jest w chromosomie 6. Gen tam zlokalizowany determinuje powtarzalność i występowanie antygenów zgodności tkankowej klasy 1 i 2. Jeżeli nawet w tych klasach stwierdzimy pełną zgodność, nie oznacza to prawdziwej, pełnej zgodności immunologicznej między biorcą a dawcą, gdyż tych antygenów jest więcej i nie wszystkie są do dziś



Fot. Jaromir Nowak

poznane. Jednakże uważa się, że zgodność w zakresie antygenów klasy 1 i 2 jest wystarczającym warunkiem dla dokonania przeszczepu szpiku. Zgodność taką najłatwiej uzyskać między rodzeństwem. Szanse na to, że chory z białaczką posiada brata lub siostrę zgodnego w układzie HLA wynoszą około 30-35%. I to właściwie limituje możliwość zastosowania przeszczepów w leczeniu białaczek. Drugim ograniczeniem jest wiek chorego. Przeszczepy zasadniczo wykonuje się u ludzi poniżej 40 roku życia. Niektórzy uważają, że można je wykonywać do 50 roku życia. Te dwa ograniczenia sprawiają, że metoda leczenia, jaką jest przeszczep szpiku w leczeniu białaczek, może być zastosowana niestety tylko u 20% chorych.

Przeszczep szpiku kostnego w odróżnieniu od przeszczepów innych narządów, jak nerka czy serce, nie jest w istocie swojej zabiegiem chirurgicznym. Pobranie szpiku od dawcy

wykonuje się w sterylnej sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym, ale jest to właściwie zwykła biopsja aspiracyjna, taka, jaką na co dzień stosujemy w diagnostyce białaczek. Różnica polega na tym, że pobiera się duże objętości szpiku. Zwykle musimy pobrać około litra tkanki szpikowej, ażeby przeszczep miał szansę zregenerowania układu szpikowego biorcy. Dla dawcy nie jest to zabieg obciążający. Następnego dnia może opuścić szpital i w okresie paru tygodni zregeneruje szpik do objętości wyjściowej. Jeśli chodzi o biorcę, to najważniejszym warunkiem, ażeby przeszczep mógł być wykonany, jest zniszczenie jego układu krwiotwórczego, w którym rozwinęła się białaczka. Zniszczenie takie osiągamy stosując leśne dla szpiku dawki promieniowania jonizującego lub też wysokie dawki cytostatyków (busulfan + cyclofosfamid). W ostatnich latach druga metoda jest równie często stosowana jako przygotowanie biorcy z białaczką do przeszczepu szpiku. Stosowana radio-

czy chemioterapia ma zniszczyć cały układ krwiotwórczy biorcy, w tym również komórki białaczkowe. Po uzyskaniu tego efektu biorca otrzymuje szpik dawcy w postaci kroplówki dożylniej, podobnie jak ma to miejsce przy transfuzji krwi.

Przeszczepione komórki szpiku są na różnym etapie rozwoju, ale najważniejsze w procesie przeszczepu są występujące wśród nich wielopotentne komórki macierzyste, które dają rozwój prawidłowym liniom szpikowym, jak i układowi limfatycznemu. Proces proliferacji komórki macierzystej do komórek dojrzałych trwa dosyć długo. W układzie granulocytarnym proces ten trwa co najmniej 2-3 tygodnie, często do miesiąca. W układzie płytkotwórczym, warunkującym właściwe procesy krzepnięcia - ten proces jest dłuższy, trwa często od jednego do dwóch miesięcy. W układzie czerwono-krwinkowym proces ten trwa często parę miesięcy. Tak więc pierwsze cztery miesiące po przeszczepie są okresem wielkiego zagrożenia dla pacjenta. Szczególnie pierwsze trzy, cztery tygodnie, kiedy pozbawiony jest on wszelkiej odporności. Wtedy narażony jest na infekcje bakteryjne, grzybicze, wirusowe i pasożytnicze. Z chwilą regeneracji układu granulocytarnego ta podatność na infekcje nieco się zmniejsza, ale układ immunologiczny odtwarza się jeszcze dłużej, a więc okres dosyć dużego ryzyka trwa przez parę miesięcy. Pierwszy miesiąc, w celu zmniejszenia zagrożenia powikłaniami infekcyjnymi, chory musi przebywać w warunkach pełnej izolacji, najlepiej w pomieszczeniach z tzw. przepływem laminarnym. Po miesiącu chory takie pomieszczenie może zwykle opuścić, tym niemniej narażenie na infekcje wirusowe, zwłaszcza wirusem opryszczki czy wirusem cytomegalii, trwa dosyć długo.

Układ krwiotwórczy regeneruje wszystkie szeregi komórkowe, w tym

również szereg limfocytów, a więc szereg immunologiczny. To zjawisko powoduje, że przeszczep szpiku jest zabiegiem w pewnym sensie unikatowym w stosunku do przeszczepów narządowych. W przeszczepie nerki limfocyty T u pacjenta rozpoznają przeszczepioną nerkę jako obcy antygen, kierują swoją reakcją przeciwko przeszczepionej nerce i obserwujemy reakcję odrzucania przeszczepu. W przeszczepie szpiku kostnego takiego zjawiska odrzucania przeszczepu nie obserwujemy, gdyż pacjent nie posiada własnego układu immunologicznego. Obserwujemy natomiast zjawisko odwrotne. Układ immunologiczny otrzymany od dawcy rozpoznaje organizm chorego jako tkankę obcą, jako antygen i występuje reakcja określana mianem reakcji "przeszczep przeciw gospodarzowi" (graft versus host). Jest to proces immunologiczny często o bardzo ciężkim przebiegu, który może w swoim efekcie zakończyć się zgonem chorego. Reakcję "przeszczep przeciw gospodarzowi" próbuje się hamować lekami immunosupresyjnymi. Najczęściej stosowane leki to metotreksat i cyklosporyna. Badania ostatnich lat wykazały, że ta reakcja, mimo że bardzo niebezpieczna i kończąca się często zgonem chorego, ma jednak swoje pozytywne strony. Okazuje się bowiem, że ani radioterapia, ani chemioterapia, stosowana w dawkach letalnych dla szpiku, nie jest jednak absolutnie letalna dla komórek białaczkowych, które mają dużą wytrzymałość biologiczną. Te resztkowe komórki białaczkowe, które są w stanie przetrwać radio- czy chemioterapię, mogą zapoczątkować proces wznowy białaczki. Jeżeli natomiast pojawia się reakcja "przeszczep przeciw gospodarzowi", to reakcja ta zawiera w sobie również element reakcji przeciw komórkom białaczkowym (graft versus leukemia). Ta reakcja immunologiczna tłumaczy nam tak znaczny odsetek

trwałych wyleczeń, jakie obserwujemy u pacjentów z dokonanym przeszczepem.

Biorąc pod uwagę zagrożenia infekcyjne oraz reakcję "przeszczep przeciw gospodarzowi", należy stwierdzić, że przeszczep szpiku jest zabiegiem związanym z dużym ryzykiem śmierci pacjenta. Nawet w najlepszych ośrodkach odsetek powikłań śmiertelnych wynosi od 30 do 40%.

W leczeniu ostrych białaczek przeszczep nie stał się żadną alternatywą dla dotychczasowych metod leczenia. Chemioterapia ostatnich lat poczyniła pewne postępy. Stosowane leczenie skojarzone przy użyciu leków cytostatycznych pozwala nam u około 60-70% chorych uzyskać remisję. Jeżeli myślimy o zastosowaniu przeszczepu w leczeniu białaczek, to moment do takich rozważań następuje właściwie dopiero na tym etapie leczenia. Dopiero po uzyskaniu remisji w ostrej białaczce możemy się zastanowić, czy stosować dalszą chemioterapię podtrzymującą, czy też zastosować przeszczep. Ograniczenia wiekowe, ograniczenia związane z dostępnością dawcy powodują, że ta metoda zastosowana może być tylko u około 20% chorych. Decyzja jest trudna nawet w odniesieniu do tych 20% chorych. Chemioterapia białaczek poczyniła wyraźne postępy i obecnie w ostrych białaczkach szpikowych około 20% chorych ma szansę na trwałe wyleczenie za pomocą samej chemioterapii. W ostrych białaczkach limfoblastycznych, zwłaszcza u dzieci, ten odsetek jest jeszcze wyższy. Pozostaje dylemat, czy narażać chorego na przeszczep i związane z tym ryzyko zgonu, czy też czekać, jaki efekt przyniesie chemioterapia. Z drugiej strony dotychczasowe doświadczenia ośrodków transplantologicznych mówią, że im wcześniej zastosujemy przeszczep, tym wyniki tego zabiegu będą lepsze. Istnieje wyraźna tendencja do stosowania przeszczepu jako metody leczenia we wcześniejszych fazach choroby. Jeżeli zdecydujemy się na

przeszczep w ostrej białaczce szpikowej w pierwszej remisji, to prawdopodobieństwo trwałego wyleczenia mamy u około 60% chorych. Jeżeli czekamy, aż choroba będzie miała nawrót i uzyskamy drugą remisję i wtedy u chorego dokonamy przeszczepu, to możliwość trwałego wyleczenia wynosi tylko 40%. Jeżeli tej drugiej remisji nie uzyskamy i wykonamy zabieg w okresie tzw. wznowy, to szanse wyleczenia przeszczepem wynoszą już tylko 20%. Pojawia się więc kolejny dylemat: przeszczepiać w pierwszej czy w drugiej remisji. Ponieważ wyniki przeszczepu są tym lepsze, im chory jest młodszy, proponuje się, żeby u chorych poniżej 30 roku życia stosować przeszczep w okresie pierwszej remisji, zaś u chorych po 30 roku życia - dopiero w drugiej remisji. W ostrej białaczce limfoblastycznej wyniki leczenia za pomocą samej chemioterapii są jeszcze lepsze. Mimo że wyniki przeszczepu w drugiej remisji są nieco gorsze, to zwykle decydujemy się na przeszczep w tym okresie. U chorych z przewlekłą białaczką szpikową decyzja jest łatwiejsza, bo ta postać białaczki nie ma praktycznie żadnych szans na wyleczenie. Jednak choroba u jednych po roku kończy się śmiercią, zaś inni bez dolegliwości przeżywają i 10 lat. Wyniki przeszczepów jednoznacznie wskazują, że szanse na długotrwałe przeżycie mają chorzy poddani zabiegowi w fazie przewlekłej choroby. Natomiast kiedy dojdzie do fazy zaostrenia czy tzw. kryzy blastycznej, to możliwości powodzenia przeszczepu są bardzo niewielkie.

Jak wynika z danych Międzynarodowego Rejestru Przeszczepów około 90% dokonywanych przeszczepów dotyczy dawców spokrewnionych - najczęściej jest to rodzeństwo. Ostatnio występuje tendencja coraz większego wykorzystywania dawców nie spokrewnionych a zgodnych w układzie HLA. Takich przeszczepów wykonano na świecie około 1000, a ryzyko zgonu

okazało się być większe. Tym niemniej należy pamiętać, że dla pozostałych 70% chorych często nie mamy innych możliwości wyleczenia. Jakie są szanse znalezienia dawcy? Teoretycznie istnieje 50% prawdopodobieństwa znalezienia dawcy szpiku zgodnego w układzie HLA, jeśli dysponujemy panelem dawców o liczebności około 150 tys. Praktyka wykazuje jednak, że nawet przy tak licznych grupach zarejestrowanych i chętnych dawców szpiku, praktycznie jesteśmy w stanie zaspokoić potrzeby około 20% chorych.

Na zakończenie chciałbym przedstawić sytuację transplantacji szpiku w Polsce na tle innych krajów europejskich. Z danych epidemiologicznych wynika, że na trzy formy białaczki, w

których są wskazania do przeszczepu szpiku, zapada u nas rocznie około 2.000 osób. Gdybyśmy tylko wykorzystywali dawców rodzinnych i brali pod uwagę ograniczenia wiekowe, to rocznie w Polsce powinno być poddanych zabiegowi około 40 pacjentów. Żaden kraj chyba nie realizuje tego w 100%. Np. podobna w swojej populacji Hiszpania dokonuje rocznie 170 przeszczepów, czyli około połowę mniej niż by to wynikało z założeń teoretycznych. Nasza sytuacja jest jednak o wiele gorsza, a w roku 1990 w Polsce wykonano jedynie kilkanaście przeszczepów. Jest więc w naszym kraju wiele do zrobienia w tej dziedzinie.

Socjologia medycyny - teoria a rzeczywistość w oczach studentów

Nasze rozważania o socjologii medycyny chcielibyśmy rozpocząć pytaniem: czy wiedza medyczna, jaką posiada lekarz, powinna być przedmiotem handlu? Czy można ją wymierzyć w złotych? Zdobywana jest przecież w prosektorium, a potem w klinice poprzez kontakt z cierpiącymi, chorymi ludźmi.

Socjologowie często wypominają medycynie uprzedmiotowienie chorego, np. sprowadzanie go do roli pomocy naukowej. Jest to chyba zarzut zbyt duży. Zawsze na pierwszym miejscu stawia się zdrowie i dobre samopoczucie pacjenta, dopiero po uzyskaniu jego zgody przyprowadza się studentów. Jeśli pacjent nie potrafi odmówić - jest to jego prywatny problem. Nie można jednak mówić, że dzieje się to bez jego woli. Naszym zdaniem poważniejszym problemem jest coraz częstsze sprowadzanie zdrowia do roli

towaru, który podlega zwykłym prawom rynku, czyli uprzedmiotowienie pacjenta, wyrażające się w stwierdzeniu: "Masz pieniądze - pomożemy ci, jeśli nie - szukaj pomocy gdzie indziej".

Sam specyficzny proces nauczania medycyny jak i jej zadania: ochrona zdrowia i życia ludzkiego, nadają jej szczególną pozycję wśród innych nauk. Dlatego chcemy jeszcze raz postawić pytanie: czy pieniądze powinny decydować o losie chorego? Jak czują się lekarze i pacjenci, gdy z powodu braku środków finansowych nie można np. powiększyć w Gdańsku stacji dializ, w związku z czym z powodu braku miejsc dializuje się pacjentów do 55 roku życia, a starszych po prostu się odłącza! Dlaczego z kolei w USA pozwala się tylko dlatego umrzeć wcześniakom z wagą urodzeniową poniżej 500 g, mimo iż technicznie istnieje możliwość ich odratowania, że w

ciągu swojego życia mają znikome szanse na "odpracowanie społeczeństwu" poniesionych na to kosztów?

W Polsce przez 40 lat istniała medycyna społeczna finansowana przez budżet państwa. Niestety nie wytrzymała ona próby czasu - ze wzrostem niedoborów w budżecie malały środki przeznaczone na służbę zdrowia. Być może za mało upominała się ona o należyte uposażenia, jednak wszelkie próby podjęcia akcji protestacyjnej spotkały się z potępieniem społeczeństwa. Lekarz przecież nie może zostawić chorych samych sobie, karetki pogotowia muszą w każdej chwili być gotowe, by nieść pomoc potrzebującym. Dopiero ostatnio, gdy funkcjonowanie wielu szpitali "stanęło pod znakiem zapytania", służba zdrowia zdecydowała się na protest. Swoje szczupłe na skutek postępującego niedofinansowania medycyny portfele lekarze ratowali prywatnymi wizytami i pobieraniem różnych "opłat" od pacjentów. Jeszcze przed erą powszechnej prywatyzacji i pluralizmu zarobkowego w tej dziedzinie życia społecznego powstał podwójny system odpłatności. Z pensji obywateli odprowadzano odpowiedni procent na ubezpieczenie, co zapewniało podstawową opiekę zdrowotną i przystępne ceny środków leczniczych. Poważniejsze kłopoty zdrowotne, o ile wierzyć powszechnie panującej w społeczeństwie opinii, załatwiano się przy pomocy tzw. "koperty". Co się dotyczy jej zawartości, to krążyły różne mity. Obecnie sytuacja zmieniła się na tyle, że proceder ten stał się legalny. Oczekując zatem nieustannie reformy służby zdrowia, nadal osobno płacimy składki na ZUS i honoraria lekarzom prywatnym. Przy tym od czasu do czasu dowiadujemy się, że także w placówkach państwowych pewne badania i zabiegi od (tu następuje data) są płatne. Niestety lista ta wciąż rośnie. Idąc ulicą wzmóžmy więc czujność i omijajmy wszelkie niebezpieczeństwa,

gdyż w razie nagłej wizyty w zubożałym szpitalu nie wiadomo, czy będą nam tam w stanie pomóc, a jeśli tak, to za ile. Bowiem sytuacja państwowej służby zdrowia przedstawia się po prostu nijak, tzn. nikt nie wie, co się z nią stanie i kiedy. Co gorsza, nikomu też z jej administracji nie zależy na reformie, choćby miało to być "skrócenie pętli podatkowej" przez przekazywanie pieniędzy z przedsiębiorstw bezpośrednio na szczebel lokalny, tj. do zarządów gmin czy miast. Zlikwidowałoby to dużą liczbę i tak nieefektywnych już w tej chwili stanowisk urzędniczych. W istniejącej sytuacji pojawiają się różne rozwiązania doraźne - oprócz wspomnianych opłat za niektóre badania i zabiegi - także pokrywanie przez pacjentów kosztów usług hotelowych, szukanie sponsorów przy zakupie nowoczesnego sprzętu, puszki wystawiane na korytarzach (z których datki są przeznaczane na drobny sprzęt), czy apele o przynoszenie ze sobą do szpitala własnych naczyń i sztućców lub nawet strzykawek i kroplówek. Te dwa ostatnie - rozpaczliwe wręcz - starania są upokarzające tak dla personelu, jak i samych pacjentów. Pewną nadzieją napawają działania niektórych władz lokalnych, które posiadają środki na to, by pomóc służbie zdrowia swego regionu. Jednak dochodzi tu do swoistego paradosu polegającego na tym, że np. zakupiony z pieniędzy z kasy miejskiej sprzęt dla miejscowego szpitala nie jest własnością ZOZ-u, lecz założonej przez miasto fundacji, gdyż w przeciwnym wypadku lekarz wojewódzki mógłby zdecydować o przeniesieniu go do innej miejscowości (taki casus miał miejsce w Kwidzynie). Istniejącą dysproporcję między zapotrzebowaniem na pomoc medyczną, a możliwościami państwowej opieki zdrowotnej wykorzystują coraz liczniejsze jednostki pozostające poza nią. Są to chociażby kliniki prywatne, najczęściej specjalizujące się w jednej, wąskiej

dyscyplinie (np. położnictwie). Ich usługi są drogie, ale podpisują one umowy z firmami ubezpieczeniowymi, aby umożliwić dostęp do nich także ludziom mniej zamożnym. Podobny mechanizm działa również "w drugą stronę" - powstające agencje ubezpieczeń zdrowotnych (nb. wciąż bardzo nieliczne i zbyt słabe) tworzą własne mini-systemy, zwracając się z propozycją zatrudnienia do pracowników państwowej służby zdrowia (oczywiście pracowałby oni dla owych agencji "po godzinach"). Zresztą pracownicy ci sami tworzą coraz liczniejsze (samodzielne lub zespołowe) "gabinety lekarzy specjalistów", często wynajmując sprzęt i pomieszczenia od macierzystych szpitali. Mamy zatem w naszym kraju do czynienia nie tyle z systemem pluralistycznym, co z pomieszaniem różnych systemów, w których nie obowiązują żadne prawa socjologii poza najbardziej pierwotnym - przetrwania. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że prywatyzacja polskiej medycyny (mamy tu na myśli przede wszystkim prywatne gabinety) rozwija się "na dziko". Nie ma bowiem odpowiedniego systemu ubezpieczeń, jednolitego cennika, co więcej - nie ma też żadnej kontroli poczynąń lekarza.

Osobiście miałam nieszczęście "posmakować" naszej prywatnej służby zdrowia. Zaczęło się to 3 lata temu, kiedy udałam się do jednego z prywatnych gabinetów dermatologicznych, przynębiona stanem swojej twarzy. Podczas pierwszej, blisko półrocznej kuracji przyjmowałam tetracyklinę, która wg moich obecnych wiadomości z farmakologii ma być wycofana ze względu na wysoką toksyczność. Leczenie tym antybiotykiem było długotrwałe, ale na dłuższą metę - nieskuteczne. 6 miesięcy po jego zakończeniu ponownie trafiłam pod znajome drzwi - z tym samym problemem. Tabletki, które otrzymałam, szybko zarzuciłam z powodu uczucia nudności, jakie wywoływały. Ostatnia moja tam wizyta

miała miejsce rok temu. Po usłyszeniu z ust lekarza "zrobimy na pani mały eksperyment" i parokrotnym użyciu "eksperymentalnej" maści postanowiłam już się u niego nie pojawiać. Z perspektywy czasu stwierdzam, że nie zrobiono mi już na początku badań mikrobiologicznych, wskazanych przy tego typu przypadkach. Poza tym, nie poinformowano mnie nawet o możliwości oznaczenia poziomu hormonów, które mogły mieć wpływ na moje kłopoty. Przy tym wszystkim błahy wydaje się fakt, że lekarz ów nie zadał sobie nawet trudu prowadzenia kartoteki. Po takich doświadczeniach nie jestem przekonana, czy prywatnie leczą rzeczywiście najlepsi - a płaci się sporo. Przy tym każdy gabinet sam ustala stawki za - nazwijmy to, aczkolwiek niechętnie - usługę. Ponadto płaci się bezpośrednio lekarzowi lub pielęgniarce - nikt nie jest zatem w stanie sprawdzić ich dochodów. Poza tym czułam się w owym gabinecie jak klient w sklepie, z tą różnicą, że swego rodzaju towarem było moje zdrowie! (HN).

Problem opieki zdrowotnej dość dobrze rozwiązany został w Belgii, gdzie każda "usługa" jest zakodowana numerem i ma z góry ustaloną cenę. Co ciekawsze, taka sama taryfa obowiązuje w szpitalach prywatnych i państwowych, a także gabinetach lekarzy prowadzących samodzielną praktykę. Każdy pacjent otrzymuje zakodowany rachunek, który uiszcza w kasie szpitala lub płaci bezpośrednio lekarzowi. Jego kopię przestawia w swojej agencji ubezpieczeniowej, która zwraca mu 70% poniesionych kosztów (istnieją też grupy uprzywilejowane - np. emeryci otrzymują 90% zwrotu). Przy tym dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne są powszechne i łatwo dostępne - mają tam długą tradycję. Centralną postacią służby zdrowia jest *medecin traitant*, czyli po prostu lekarz domowy. Może nim zostać każdy absolwent 7-letnich studiów, podczas

których szczególny nacisk kładzie się na internę, chirurgię, pediatrię i ginekologię. Na marginesie - jeśli lekarz chce robić specjalizację, trafia na odpowiedni oddział do kliniki, gdzie jako stażysta kształci się dalsze 4-5 lat. Lekarz domowy przyjmuje pacjentów w swoim gabinecie - najczęściej we własnym domu. Z jego usług korzysta kilka-kilkanaście rodzin, w których koordynuje on wszystkie działania i zabiegi lecznicze. Mniejsze problemy stara się rozwiązać sam, zaś kiedy wykraczają one poza jego kompetencję, kieruje do odpowiednich specjalistów, którzy obowiązani są pozostawać z nim w kontakcie. Pacjent zgłaszający się np. do kardiologa przedstawia mu krótkie skierowanie, w którym lekarz domowy opisuje zauważone przez siebie objawy. Kardiolog, po wykonaniu wszelkich badań, jakie może zrobić, stawia diagnozę (po czym zakłada historię choroby, wypisuje recepty itd.) lub wysyła pacjenta na badania dodatkowe. W każdym jednak przypadku musi sporządzić raport dla medecin traitant. Również centrum diagnostyczne, wykonujące badania dodatkowe sporządza raport w 3-ch kopiach - jedna dla własnego archiwum, druga dla kardiologa i trzecia dla lekarza domowego. Identycznie rzecz się ma w przypadku leczenia szpitalnego - tu raport sporządza przy wypisie lekarz prowadzący. Oprócz tego medecin traitant może odwiedzać swojego pacjenta na oddziale i niejako na bieżąco kontrolować, co się z nim dzieje. Taki system zapewnia chorym komfort psychiczny - przez cały czas czują nad sobą opiekę jednego lekarza, który czuwa nad wszystkimi zabiegami medycznymi.

Pamiętam, że kiedy po raz pierwszy usłyszałam o koncepcji stworzenia w Polsce instytucji lekarza domowego, wzbudziła ona mój sprzeciw. Dopiero po wizycie w Belgii widzę, że jest to rzeczywiście lepszy model medycyny pierwszego kontaktu

niż ten, który obowiązuje u nas w tej chwili - zwłaszcza przy braku pieniędzy na przychodnie. Lekarz domowy ma tę przewagę nad np. lekarzem zakładowym, iż zna całą rodzinę i jej uwarunkowania, które składają się na stan zdrowia w pojęciu socjologicznym. Zdarza się przecież, że poszczególni członkowie polskiej rodziny są leczeni w różnych przychodniach, zaś lekarze mają do dyspozycji kartę zdrowia i wyniki bieżących badań - a to stanowiło za mało. Przecież każdy pacjent jest inny, do każdego trzeba podejść w inny sposób, indywidualnie, a jego dobra znajomość (w tym i rodziny) znacznie ułatwia to zadanie. Duże znaczenie ma również obieg informacji - dzięki niemu wizyty chorego u lekarza nigdy nie mają charakteru jednorazowego spotkania. Ponadto pacjent trafia do specjalistów z polecenia lekarza domowego, a nie - jak to jest możliwe u nas - z przypadku (np. ogłoszenie w gazecie) (HN).

Dalecy jednak jesteśmy od ślepego zachwytu nad systemem belgijskim. Ma on bowiem także swoje poważne wady i wiele groźnych wypaczeń. Główną wadą jest jego zbiurokratyzowanie - lekarz musi wypełnić bardzo dużą ilość dokumentów, w większości niemedycznych, takich jak rachunki, zaświadczenia dla firm ubezpieczeniowych czy protokoły dla macierzystego przedsiębiorstwa chorego (w razie wypadku przy pracy). Innym skutkiem zbiurokratyzowania jest obciążenie systemu znaczną ilością urzędników - tradycyjnie w Belgii jest wiele agencji ubezpieczeniowych, które tworzą federacje (chrześcijańskie, liberalne itp.), podlegające z kolei wyspecjalizowanej agencji rządowej. Zajmuje się ona m.in. kontrolą przepływu pieniędzy. Najpoważniejszym wypaczeniem jest swoista demoralizacja lekarzy. Są oni wynagradzani w zależności od liczby wykonywanych badań i zabiegów, co przy jednakowym dla wszystkich taryfikatorze sprawia, że jedynym sposobem

na uzyskanie wysokich dochodów jest wykonywanie jak największej ilości usług medycznych, czasem zupełnie niepotrzebnych lub wręcz szkodliwych. W przypadku dziedzin niezabiegowych nie jest to bardzo groźne - stanowi po prostu klasyczny przypadek wykorzystania przez profesjonalistę przewagi nad laikiem, przy czym pacjent jest paradoksalnie zadowolony z tego, że np. zostały wykonane wszystkie możliwe badania. Gorzej jest w specjalnościach zabiegowych - tu zdarza się, że np. chirurg decyduje się na operację tylko dlatego, że w ten sposób zarobi więcej, niż gdyby leczył inaczej. Taki mechanizm opłacania lekarzy wywołuje też szereg antagonizmów między nimi. Starsi lekarze - specjaliści, nie dopuszczają młodszych - stażystów, do wykonywania zabiegów, gdyż, rzecz jasna, w przeciwnym przypadku straciliby pieniądze za ich wykonanie. Ale także między specjalistami w szpitalu istnieje ostra rywalizacja o to, kto ma np. wykonać badanie. Pewien polski chirurg pracujący w Belgii, stwierdził, że tam "lekarz nie tyle leczy, co "konsumuje" chorego, traktując swój zawód jak każde inne źródło zarobku". Nawiasem mówiąc w mowie potocznej tamtejszych lekarzy nie funkcjonuje słowo "pacjent", tylko "klient", zaś kwestią deontologiczną jest np. to, że lekarze nie płacą za usługi medyczne.

Wnioski nasuwające się z powyższych rozważań nie są optymistyczne. Wynika z nich bowiem, że w żadnym z przedstawionych systemów nie dało się uniknąć sytuacji, w której zdrowie jest traktowane jak towar podlegający prawom ekonomii. Nawet bowiem w systemie belgijskim, gdzie usługi medyczne są łatwo dostępne, a kontrola państwa rozległa, aspiracje finansowe lekarzy powodują wypaczenia. Kosztem zasad etyki omijają oni bowiem ograniczenia stworzone przez system. W dobie dyskusji o przyszłym kształcie medycyny w Polsce wydaje się nam ważne zaznaczenie tego faktu,

jako że podobna sytuacja może się stać naszym udziałem. A mamy szansę na uniknięcie przynajmniej niektórych tego typu patologii, zważywszy tradycje etyki lekarskiej w Polsce.

Na zakończenie chcielibyśmy przedstawić nasz stosunek do sprawy nauczania socjologii medycyny. Dla nas, którzyśmy taki kurs ukończyli, była to chłodna dosyć analiza różnych problemów związanych z opieką zdrowotną, głównie w oparciu o dane zachodnioeuropejskie i amerykańskie. Do pewnego stopnia były to rozważania abstrakcyjne, o tyle cenne, że ujmowały rzecz "od drugiej strony", tzn. z punktu widzenia "laika". Naszym zdaniem jednak, jeśli chodzi o owo "spojrzenie z zewnątrz", to nie wystarczy tu tylko krytyka "profesji", np. zarzuty o zbyt "zmechanizowanie" procesu diagnostycznego czy uprzedmiotowienie pacjenta. Potrzebne jest wyjaśnianie mechanizmów, jakim musi podlegać medycyna z punktu widzenia socjologii w oparciu o realia polskie. Z pewnością więcej dałaby pomoc w zrozumieniu przyczyn pewnych błędów (np. traktowanie zdrowia jako towaru, wymuszone przez twarde warunki ekonomiczne), niż wytykanie ich. Być może jest to ocena zbyt surowa, czasem jednak dało się odczuć, że socjologia stara się bardziej osądzać medycynę, niż tłumaczyć jej miejsce w społeczeństwie. Równie ważne wydaje się nam wskazywanie zagrożeń, jakie niosą ze sobą przeobrażenia w naszym kraju, tzn. ostrzeganie przed błędami, jakie stały się udziałem systemów już ustabilizowanych (nb. często idealizowanych), takich jak belgijski. Kształtowanie w ten sposób świadomości studentów medycyny jest w chwili obecnej zadaniem trudnym, ale dla ich formacji bardzo ważnym. Choć z drugiej strony i tak wszystko zależy od indywidualnej wrażliwości przyszłego lekarza.

Hanna Niewiadomska i Kamil Jankowski

Socjologia medycyny - stereotypy i rzeczywistość - punkt widzenia studenta

Historia rozwoju cywilizacji wskazuje, że definicja zdrowia i choroby ulegała przemianom w różnych epokach i społeczeństwach. W okresie premedycznym nieznajomość prawdziwych czynników wywołujących chorobę powodowała, że zmiany somatyczne i psychiczne tłumaczono ingerencją sił nadprzyrodzonych. Z czasem poznano rzeczywiste, biologiczne przyczyny chorób, a Hipokrates po raz pierwszy wskazał na środowisko społeczne jako czynnik etiologiczny, opisując wpływ reakcji lekarz - pacjent na proces leczenia. Postęp w dziedzinie nauki i techniki na przełomie XIX/XX wieku m.in. odkrycia R. Kocha i L. Pasteura, zastosowanie antybiotyków i sulfonamidów stały się podstawą dominacji "biologicznego paradygmatu" w medycynie. Postęp nauk lekarskich wyrażał się m.in. zmniejszeniem liczby zgonów, szczególnie na choroby zakaźne, gdzie precyzyjnie ustalono biologiczny czynnik sprawczy i można było stosować skuteczny środek terapeutyczny. Z czasem zwiększała się ilość chorób przewlekłych. Mimo postępu w technikach leczenia operacyjnego i farmakologicznego medycyna nie jest dziś w stanie całkowicie wyleczyć pacjentów w stanach terminalnych, z ciężkim fizycznym kalectwem, chorych na AIDS, z zaawansowanymi nowotworami, licznymi powikłaniami wieku geriatrycznego itp.

Medycyna stoi w obliczu kryzysu, świadczą o tym niewspółmiernie wysokie nakłady na leczenie w stosunku do zmniejszania się liczby zachorowań i wyleczeń. Jest to następstwem jednostronnego ujmowania zjawisk zdrowia i choroby.

Zdrowie definiowano do niedawna jako brak choroby. Przełomem stała się interpretacja WHO, określająca zdrowie jako ogólny psychiczny, umysłowy i społeczny dobrostan, skojarzony z brakiem choroby. Ilustruje to tendencję do włączania w zakres pojęcia zdrowia wymiarów socjopsychologicznych. Systematyczna wiedza w tym zakresie może dać szansę zwiększenia efektywności zwalczania chorób.

Optymalny kształt dydaktyki

Medycyna podlega ewolucji obejmując coraz więcej aspektów życia człowieka w chorobie i zdrowiu. Zmienia się obraz typowego pacjenta. Odkrycia naukowe pozwalają na coraz pełniejszą dokumentację związku między funkcjonowaniem biologicznym człowieka a jego stanem psychicznym i uwarunkowaniami społecznymi. Moim zdaniem regres w nauczaniu medycyny zaczął się w momencie wyłączenia wydziałów lekarskich ze struktury uniwersytetów. Im dłużej młody człowiek przebywa w atmosferze przyswajania wiedzy ogólnej, tym intensywniej gromadzi tę wiedzę i łatwiej wybiera wiadomości, które najbardziej go pasjonują. Ten warunek spełniony jest na uniwersytecie, gdzie adept sztuki medycznej ma dostęp zarówno do wiedzy typu ars jak i science. Opcja ta jest zgodna z tendencją holistyczną, która zakłada, że zjawiska należy ujmować całościowo, ale całość nie da się mechanicznie sprowadzić do sumy części, z których powstała. Studia medyczne muszą przekazywać wiedzę ogólną o biologicznych i socjopsychologicznych wymiarach życia człowieka, wiedzę szczegółową dotyczącą fizjologii i patologii ustroju człowieka oraz metod leczenia i zapobiegania chorobom. Tylko holistyczna wiedza o człowieku i jego chorobach może zapewnić pełnowartościową opiekę lekarską.

Przez długi czas utrzymywała się doskonała izolacja medycyny od nauk pozabiologicznych. Problem zdrowotności był często traktowany przez badaczy innych dyscyplin jako "zarezerwowany" do badań medycznych, albo wypowiedzi na ten temat warunkowano zastrzeżeniami o braku pełnej kompetencji w tym przedmiocie. Poza tym osiągnięcia przyrodniczych nauk medycznych daleko wyprzedziły badania nad

socjopsychologicznymi zależnościami zdrowia i choroby, szczególnie pod względem dokładności otrzymanych wyników oraz możliwości wykorzystania ich w praktyce. Sytuacja taka przyczyniła się do wytworzenia stereotypu rozpatrywania procesu leczenia jedynie w kategoriach biologicznych - chorobę określa się jako zespół zjawisk patologicznych w procesach życiowych organizmu, w szerszym ujęciu na tle osobowości pacjenta. Przy założeniu, że czynniki społeczne ingerują w przebieg leczenia, proces ten należy traktować jako zespół stosunków społecznych między lekarzem a pacjentem, w znanym lekarzowi środowisku społecznym.

Zastosowanie socjologii medycyny dokonuje się poprzez: prowadzenie badań, dokonywanie ekspertyz, nauczanie. Wprowadzenie dydaktyki socjologii medycyny w akademiach medycznych jest konsekwencją przyjęcia założenia o obiektywnej konieczności współdziałania między socjologią a medycyną.

Oczekuje się, że lekarz: (...)

- zdefiniuje pojęcie zdrowia i choroby opierając się na definicji zdrowia WHO
- określi potrzeby zdrowotne, psychiczne i społeczne współczesnego człowieka i współczesnej rodziny, (...)
- omówi podstawowe problemy medyczne, psychologiczne i socjologiczne napotykane w pracy lekarza (...)
- będzie się posługiwał powszechnie akceptowanym systemem wartości, ujawniając w swej działalności postawy prospołeczne (...)
- przeprowadzi wywiad dotyczący rodziny, środowiska społecznego i zawodowego chorego, z uwzględnieniem wpływu czynników szkodliwych środowiska naturalnego,
- wykaże się umiejętnością nawiązywania kontaktu z chorym (...)

Nauczaniu socjologii przypisuje się dwa cele: poznawczy, obejmujący przekazywanie wiedzy o charakterze ogólnym i praktycznym oraz humanizująco-wychowawczy. Znajomość pojęć umożliwia korzystanie z literatury fachowej, staje się platformą porozumienia lekarzy z psychologami i socjologami zatrudnionymi w służbie zdrowia, ukazuje uwarunkowania społeczne funkcjonowania instytucji medycznych. Zakres wiedzy praktycznej obejmuje znajomość prawidłowości relacji lekarz - pacjent, aspektu chorób psychosomatycznych i ich socioetiologii, wpływu zinstytucjonalizowanego systemu leczenia na stan psychiczny i zachowanie pacjenta. Niezależnie od specjalizacji i technicznych metod pracy lekarz może dobrze zrozumieć pacjenta, jeśli posiada podstawową wiedzę z zakresu psychologii i socjologii.

Przyczyny dysfunkcyjności systemu nauczania

System rekrutacji na wydziały lekarskie oraz program studiów nie uwzględniają w stopniu nawet dostatecznym tendencji do trójaspektowego biologiczno-socjopsychologicznego ujmowania zjawisk zdrowia i choroby oraz zadań medycyny. Z badań wynika, że motywem podjęcia studiów medycznych określany wg wyobrażeń studentów jest preferencja uzyskania sukcesu zawodowego, który jest równoznaczny z uzyskaniem pozytywnej oceny środowiska profesjonalnego. W wyobrażeniach studentów dominują instrumentalne elementy roli lekarza (...). Tymczasem oczekiwania pacjentów rozszerzają się na elementy ekspresyjnej roli lekarza. Badania amerykańskie dowodzą, że 50% pacjentów oczekuje od lekarza zrozumienia, zainteresowania i współczucia. Fascynacja zdobyczami techniki determinuje rozwijanie zdolności intelektualnych z pominięciem kształtowania postaw umożliwiających holistyczne, multidyscyplinarne podejście do pacjenta. Wśród nauczycieli akademickich i studentów przeważa wizja uczelni medycznych jako wyższej szkoły zawodowej, a więc program nauczania musi być podporządkowany celom praktycznej nauki zawodu. Ów sposób myślenia sprzyja wąsko profesjonalnemu nastawieniu do procesu kształcenia, ambicje perfekcjonistyczne ograniczone są do przygotowania się do pełnienia funkcji lekarza; zainteresowania poznawcze względem świata, kultury, przeobrażeń cywilizacji wymieniane są przez znacznie mniejszą liczbę osób. Tymczasem treść nauk społecznych, których związek z perspektywą zawodową nie jest zauważalny, spotyka się z lekceważeniem, a nawet dążeniem do ograniczenia. Studia rozpoczynają się od próbek, preparatów anatomicznych i histologicznych, doświadczeń na żabach.

Można powiedzieć, że droga do medycyny prowadzi "przez zwłoki", 6-letnia edukacja skoncentrowana jest na modelu lekarza specjalisty. Pomija cały obszar oddziaływań związanych z kształtowaniem u studentów cech osobowości istotnych dla późniejszej pracy.

Wpływa to w decydujący sposób na wykrystalizowanie się specyficznej hierarchii wartości, w której naczelne miejsce zajmują cechy, odpowiadające za sprawność zawodową ocenianą przez lekarzy, a nie przez pacjentów. W zawodzie lekarza wiedza medyczna i sprawności manualne oraz życzliwość i zainteresowanie chorym człowiekiem, określane jako role instrumentalne i ekspresyjne są ze sobą sprzężone. Najwyższy czas, by traktować socjologię i psychologię jako nauki podstawowe dla medycyny.

Perspektywa socjologiczna - wyniki badań dotyczących dydaktyki

Wg badań z 1973 r. 80% studentów uważa, że przedmiot socjologii medycyny nie odpowiada w wystarczającym stopniu oczekiwaniom i potrzebom. Należy eksponować zagadnienia: pracy lekarza w środowiskach społecznych na wsi i w mieście, w lecznictwie otwartym i zamkniętym; socjoetiologii nerwic, psychoz i zbroczeń; interakcji lekarz - pacjent. Ocena użyteczności praktycznej wiedzy z zakresu socjologii w zawodzie lekarza spotyka się w 62% z odpowiedzią pozytywną, 26% negatywną. Jako dyscypliny wiążące socjologię z medycyną studenci wymieniali psychiatrię, medycynę przemysłową i medycynę pracy, higienę, epidemiologię, organizację ochrony zdrowia, neurologię, pediatrię, toksykologię i wenerologię. Znajomość problematyki socjologicznej pozwala wszechstronnie poznać czynniki kształtujące zachowanie, nawyki, postawy ludzi, ich potrzeby zdrowotne, tło choroby, dokonanie trafnej diagnozy.

Wg badań z 1982 r. socjologia medycyny jest przedmiotem zainteresowania 87% respondentów. W porównaniu z badaniami z 1973 r. zwiększające się zainteresowanie kontaktem lekarz - pacjent wskazuje na duże zapotrzebowanie na humanizację treści nauczania przedmiotów klinicznych. Większa część ankietowanych przed zajęciami niezbyt dokładnie wiedziała, czym jest socjologia, albo miała na ten temat intuicyjne wyobrażenie. Jedynie 11% spotkało się z nauczaniem socjologii. Po zakończeniu zajęć 86% badanych wypowiada się za wprowadzeniem socjologii do programu kształcenia lekarzy. W odpowiedziach negatywnych odpowiadający zwracają uwagę na zbyt wąski zakres przedmiotu lub niezbyt satysfakcjonujący sposób prowadzenia zajęć. Przy interpretacji postaw pozytywnych widać, że studenci traktują socjologię w sposób instrumentalny (pomoc w odgrywaniu szeroko rozumianej roli lekarza), oczekując gotowych wskazówek postępowania. Postawy akceptujące przedmiot wyrażane są pomimo braku wcześniejszego kontaktu z przedmiotem oraz mimo faktu, że realny charakter wiedzy przekazywanej na zajęciach różni się od oczekiwań.

W celu przedstawienia punktu widzenia studenta na przedmiot socjologii medycyny przeprowadzone zostały w semestrze letnim roku akademickiego 1991/92 badania metodą obserwacji uczestniczącej. Opinie i postawy studentów II roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie badane były podczas ćwiczeń i wykładów (20 godzin) oraz pracy w Kole Naukowym Socjologii Medycyny. Nauczanie przedmiotu spotkało się z akceptacją studentów. Frekwencja na wykładach była porównywalna z najpopularniejszymi wykładami klinicznymi.

Spotkania organizowane przez Koło Naukowe, m.in. z nosicielami wirusa HIV napotykały duże zainteresowanie ze strony władz uczelni, studentów i lekarzy.

Istniejące stereotypy na temat przedmiotu wynikają z:

- **niewiedzy**, czym jest socjologia jako nauka, spowodowanej faktem, że dyscyplina nie istnieje w świadomości społeczeństwa i nie jest uwzględniana w programach nauczania szkoły średniej
- **ignorancji**, spowodowanej poglądami, że realia praktyki lekarskiej: duża liczba pacjentów, obciążenie czynnościami administracyjnymi itp., "zmuszają" do kilkunastominutowego bezosobowego kontaktu z pacjentem, a wiedza socjopsychologiczna nie znajduje zastosowania

- niechęci do zajęć, które nie mają "tradycji" (tzw. przedmiot nieważny) spowodowanej pojmowaniem medycyny jako nauki biologicznej
- oczekiwania gotowych środków do zastosowania, ma to korzenie w preferencji pamięciowej metody uczenia się, odbiegającej od modelu twórczych poszukiwań.

(...) Wiadomo, że osoba lekarza może sama przez się być skutecznym lekiem na wiele dolegliwości. Różne badania na temat podstawowych cech lekarza (...) ujawniają powszechne życzenie, aby lekarz miał czas na wysłuchanie pacjenta, aby okazał zainteresowanie jego problemami osobistymi, zapoznał się z jego sytuacją społeczną, miał zrozumienie dla jego niepokoju (...) Społeczeństwa nie chcą utracić rysu charyzmy z zawodu lekarza i wyrzec się jedynej roli wyspecjalizowanego pocieszyciela, doradcy i obrońcy niewydolnej jednostki.

Wnioski

- Studia medyczne nie uwzględniają tendencji do biologiczno-socjopsychologicznego ujmowania procesu leczenia.
- Należy dążyć do integracji socjologii i psychologii z dyscyplinami klinicznymi poprzez przełamanie tradycjonalizmu medycznego oraz osiągnięcie proporcji ilościowej i kolejności nauczania dostosowanej do etapów kształcenia studentów.
- Optymalny kurs socjologii medycyny powinien odbywać się dwustopniowo; I etap: wprowadzenie ogólnych pojęć podczas wykładów i seminariów, II etap: socjologia kliniczna "przy łóżku pacjenta".

Justyna Swół

Koło Naukowe Socjologii Medycyny
Studenckiego Towarzystwa Naukowego AM w Lublinie

Po XXIV Zjeździe PT Dermatologicznego Cieszą postępy - niepokoją wyzwania

W dniach 24-26 września br. obradował w Gdańsku XXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Jego szczególną rolę i rangę wyznaczyły zarówno znaczne postępy - w ostatnich latach - w dziedzinie dermatologii i wenerologii, jak i nieoczekiwane, złożone i groźne wyzwania, przed jakimi u schyłku XX wieku stanęła medycyna - a w szerokim kontekście: cała ludzkość, cała współczesna cywilizacja.

Z tych też względów, ale i dzięki uznaniu autorytetów międzynarodowych dla dorobku i kierunku postępów dermatologii polskiej, w tym także szkoły gdańskiej - wśród gości Zjazdu podejmowaliśmy najwybitniejszych der-

matologów Europy i świata, a m.in.: przewodniczącego Międzynarodowego Komitetu Dermatologii prof. dr Klausa Wolffa z Wiednia, jego poprzednika prof. dr med. dr h.c. mult. Otto Braun-Falco z Monachium - w światowej dermatologii powszechnie uznanego za "księcia dermatologów", prof. dr Paula Bergstressera - przedstawiciela młodszego pokolenia dermatologów, międzynarodowy autorytet w zakresie fotobiologii molekularnej, prof. dr Hugh'a Zachariae z Danii, prof. dr Tokashi Hashimoto z Japonii.

Swych gości na Zjazd delegowały środowiska dermatologów z: Austrii, Brazylii, Belgii, Czecho-Słowacji, Danii, Francji, Hiszpanii, Izraela, Japonii,

Kanady, Kolumbii, Meksyku, Mongolii, Republiki Federalnej Niemiec, Norwegii, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch oraz Wspólnoty Państw Niepodległych w tym z: Białorusi, Gruzji, Kazachstanu, Łotwy, Północnej Osetii, Rosji i Ukrainy.

W gronie gości przybyła liczna grupa dermatologów z ośrodków w Monachium, Kilonii, Hamburga, Kolonii, Getyndze, Heidelbergu i Minden, z którymi kontakty, szczególnie owocne dla polskiej dermatologii, zapoczątkowane zostały jeszcze w końcu lat 50-tych, z inicjatywy i przy współpracy wieloletniej przewodniczącej Zarządu Głównego PTD, prof. dr Stefanii Jabłońskiej. W grupie tej byli m.in. prof. dr, prof. dr. Enno Christophers - długoletni przewodniczący Towarzystwa Dermatologów Niemieckich, Klaus Bosse, Theodor Nasemann, Dieter Petzoldt i R. Stadler.

Wspomniane kontakty, głównie polsko-monachijskie, wielce pomocne w rozwoju i postępie polskiej dermatologii, zyskały wysokie uznanie także w opinii władz naszej uczelni. Podczas Zjazdu J.M. Rektor i Senat AMG wyróżnili medalem "Za zasługi dla AMG" dr Josefa Wenninga z Vilingen - oraz medalami pamiątkowymi uczelni profesorów: O. Braun-Falco, T. Nasemanna, E. Christophersa, H. Schuberta, K. Bosse i G.K. Steigledera. Medal pamiątkowy AMG otrzymał też prof. dr Istvan Racz z Budapesztu.

Warto tu zaznaczyć, że Zjazd był okazją do pierwszego, tak licznego spotkania - co znalazło wyraz nawet w ceremonii otwarcia Zjazdu - grupy polskich stypendystów - "monachijczyków" z lat 60-tych, m.in. prof. dr, prof. dr. Józefy Rubisz-Brzezińskiej (Katowice), Wojciecha Kostaneckiego, Tadeusza Chorzelskiego, Andrzeja Langnera i Andrzeja Stapińskiego (Warszawa), Zdzisława Ruszczaka (Łódź), Anny Koźmińskiej-Kubarskiej (aktualnie - Kongo Brazzaville) i Henryka Szarmacha

(Gdańsk) - z grupą dermatologów niemieckich wyrosłych z ośrodka monachijskiego, w którym kształcił się cały ówczesny dermatologiczny świat pod kierunkiem wybitnego naukowca i wychowawcy, wielkiego humanisty prof. dr Alfreda Marchioniniego.

W Zjeździe wzięło udział 1090 uczestników, w tym ponad 100 z zagranicy (obradę toczyły się w dwu językach - polskim i angielskim). Wiodącą tematykę stanowiły najnowsze osiągnięcia w zakresie etiopatogenezy, diagnostyki i leczenia chorób skórnych i wenerycznych. Wobec zgłoszenia prawie 400 referatów i doniesień naukowych obrady toczyły się - prócz sesji plenarnej - na sesjach tematycznych, poświęconych alergologii, immunodermatologii, mikologii, onkologii, fotobiologii, farmakoterapii i chorobom przenoszonym drogą płciową. Po raz pierwszy oddzielną sesją tematyczną objęto nową dziedzinę dermatologii, jaką w ostatnich latach stała się dermatochirurgia (podczas Zjazdu powołano Sekcję Dermatochirurgii PTD). Przygotowano także sesję tematów różnych (varia).

Podczas sesji plenarnej wygłoszono referaty na temat wczesnej diagnostyki czerniaka (K. Wolff), leczenia immunomodulacyjnego w dermatologii (E. Christophers), ryzyka i profilaktyki zawodowych zakażeń wirusem HIV (D. Petzoldt), nowych kierunków w leczeniu chłoniaków skóry (R. Stadler) oraz roli kontroli immunologicznej i perspektyw terapii immunomodulacyjnej w rakach skóry (S. Jabłońska). Natomiast każdą z sesji tematycznych poprzedzały referaty wprowadzające, obejmujące najnowsze i najważniejsze osiągnięcia w danej dziedzinie.

Tradycyjnie organizowaną i charakterystyczną dla spotkań dermatologów częścią Zjazdu była sesja prezentacji trudnych diagnostycznie i terapeutycznie przypadków, doniosłych z punktu widzenia nauki. Przedstawiono i omówiono aż 60 różnych przypadków.

Przygotowano także sesję plakatową. Zaprezentowano na niej w różnych formach graficznych prawie 150 tematów. Sesje te oceniało jury konkursowe. Warto podkreślić, że dwie pierwsze, dwie drugie i jedna z trzecich nagród przypadły zespołom autorów z Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych AMG, wśród których - co szczególnie cieszy - znaczną aktywność wykazują zwłaszcza młodzi pracownicy naukowo-dydaktyczni.

Przy okazji Zjazdu odbyły się również 3 sympozja satelitarne, dotyczące najnowszych leków dermatologicznych i aparatury do fotochemoterapii.

Przez cały czas trwania obrad Zjazdowi towarzyszyły promocyjne prezentacje najnowszych środków farmakologicznych i kierunków leczenia stosowanych w dermatologii i wenerologii - przygotowane przez 50, głównie zagranicznych, firm farmaceutycznych.

XXIV Zjazd PTD od strony organizacyjnej przygotowała Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych AMG. Wybitnego wsparcia, głównie materialnego, udzielili liczni sponsorzy z Wybrzeża Gdańskiego, a także z głębi kraju, w tym m.in. Brewing Company "Hevelius" z Gdańska, Rafineria Gdańska, Zakłady Celulozowo-Papiernicze z Kwidzyna, "Siarkopol" z Gdańska, "Chipolbrok" z Gdyni, Morskie Porty Handlowe z Gdyni i Gdańska, Fabryka Opakowań Blaszanych z Gdańska, "Polifarb", Stocznia Północna im. Bohaterów Westerplatte i Zakłady Porcelany Stołowej "Lubiana", Bank Gdański, także firmy i osoby prywatne, a wśród nich mgr inż. Wiesław Kondracki - dyrektor przedsiębiorstwa "Morimex" Warszawa, mgr inż. Tadeusz Sytek - dyrektor przedsiębiorstwa "Interkotlin" Poznań, mgr inż. Zygmunt Roszkowski - dyrektor przedsiębiorstwa "Jazex" Gdańsk, mgr inż. Jan Czapiewski - dyrektor przedsiębiorstwa "Radbur" Somonino, mgr Jan Zajac z Pruszcza Gdańskiego, mgr inż. Bogdan

Łukasiewicz z Łodzi, mgr inż. Zdzisław Domański z Konina.

Pomocy udzielili także Polski Przemysł Farmaceutyczny "Polfa" i firmy zagraniczne, m.in. Ciba-Geigy, Glaxo, Hermal, Janssen, Lek-Ljubljana, Pfizer, SmithKline Beecham, Upjohn, UCB, Wolf Bielefeld i Zyma.

Przychylność tych wszystkich instytucji i osób oraz ich zrozumienie dla potrzeb nauki odegrało dużą, jeśli nie zasadniczą rolę w zorganizowaniu Zjazdu.

Szeroko zakreślona tematyka Zjazdu, a szczególnie przebieg obrad po raz pierwszy w tak dobitny sposób udokumentowały zaistniała w medycynie - a zwłaszcza w dermatologii i wenerologii - nieoczekiwaną dla współczesności dramatyczną rozbieżność: z jednej strony mamy do czynienia z ogromnym postępem i rozwojem leczenia w tych specjalnościach - z drugiej zaś strony z coraz bardziej uświadamianym, lecz dotąd nie opanowanym, ogromnym zagrożeniem zdrowia i życia całej populacji poprzez wyraźny i niezwykle niepokojący wzrost chorób wenerycznych - a wśród nich powodowanych wirusem HIV. Znalazło to wyraz w zdecydowanym stanowisku Zarządu Głównego PTD - który podczas Zjazdu zorganizował zebranie sprawozdawczo-wyborcze delegatów - wyrażającym głęboką troskę o stan profilaktyki krajowej i konieczność podjęcia kompleksowych, a nade wszystko natychmiastowych przedsięwzięć zapobiegawczych.

Krańcowa powaga sytuacji wymaga tworzenia odpowiednich warunków - w szerokim ujęciu, nie tylko medycznym, ale i społecznym. Warunki obecne w Polsce, w Gdańsku również, nie zapowiadają, że lekarze będą mogli podjąć skuteczną walkę z tym zagrożeniem, które - nie zahamowane w porę - zasięgiem spustoszeń może po wielokroć przewyższyć apokalipsę średniowiecznych, masowych epidemii.

Wspomnianą na początku wysoką rangę Zjazdu już obecnie potwierdzają międzynarodowe inicjatywy środowisk dermatologicznych. M.in. zaproponowano i wstępnie uzgodniono zorganizowanie w przyszłym roku, właśnie w Gdańsku, na bazie naszej Kliniki, dwu sympozjów naukowych, polsko-francuskiego i polsko-włoskiego, poświęconych perspektywom i postępowi w zakresie leczenia chorób skórnych i wenerycznych.

Doskonałą tradycję tego typu spotkań naukowców, jak XXIV Zjazd PTD, są kontakty interpersonalne także poza oficjalnymi obradami i podczas

impresz towarzyszących. Takimi były m.in. wycieczki do Malborka, po Gdańsku, rejs po Zatoce Gdańskiej, ognisko w Jeżewie, koncert w Katedrze Oliwskiej, spektakl w Teatrze Muzycznym w Gdyni.

Sądzimy, że takie spotkania i imprezy, ukazujące piękno Ziemi Gdańskiej i nasze miasto, kolebkę epokowych przekształceń politycznej mapy świata - inspirująco wzbogaciły zjazdowe przesłanie o idei nauki, która nie zna granic.

Prof. dr hab. Henryk Szarmach

Wrażenia z pobytu naukowego w Wielkiej Brytanii oraz uczestnictwa w 39 Kongresie Brytyjskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych BAPS w Leeds

Na zaproszenie prof. Dana Younga przewodniczącego Brytyjskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, przy wsparciu finansowym firmy Heinz, odbyłem 6-tygodniową podróż naukową po Wielkiej Brytanii.

Tydzień poprzedzający kongres BAPS-u spędziłem w Glasgow, gdzie zapoznałem się z pracą Oddziału Chirurgii Dziecięcej Royal Hospital for Sick Children. Miła atmosfera w oddziale prof. Younga i serdeczny sposób przyjęcia przez zespół nie powtórzyły się już w szpitalach angielskich, w Liverpool i Londynie, dokąd udałem się po zakończeniu obrad.

Szpital Dziecięcy w Glasgow jest nowoczesnym szpitalem wielospecjalistycznym, połączonym ze szpitalem położniczym i patologii ciąży. Oddział Chirurgii Dziecięcej wraz z Oddziałem Intensywnej Opieki Noworodka dysponuje 200 łózkami i 4 salami operacyjnymi. Wyposażony jest w nowoczesny sprzęt diagnostyczny (rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa). Ewidencja chorych jest skomputeryzowana. Wyposażenie obejmuje wszystkie niezbędne

urządzenia do leczenia chirurgicznego dzieci i intensywnej opieki, łącznie z ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), przyrządem podobnym w działaniu do płuco-serca, a stosowanym u noworodków z zaburzeniami oddychania.

Następnym etapem było Leeds, gdzie odbywał się 39 Kongres Brytyjskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych.

Kongresy BAPS organizowane są corocznie, przy czym co 3 lata poza Wielką Brytanią. W tegorocznym brało udział ponad 300 chirurgów dziecięcych z całego świata. Obrady trwały 3 dni, wygłoszono 61 referatów, przedstawiono 8 filmów i 34 plakaty. Poruszono wiele tematów, niektóre kontrowersyjne. Przedstawiono nowe techniki operacyjne, jak na przykład laparoskopową operację przerostowego zwężenia odźwiernika. Sposób ten nie znalazł wielu zwolenników z powodu dużych trudności technicznych u małego dziecka i dobrych wyników uzyskiwanych klasyczną metodą. Zaprezentowano zastosowanie mikrochirurgii w wytwarzaniu przełyku z jelita cienkiego.

Omówiono doświadczenia w transplantacji jelita cienkiego i jelita cienkiego wraz z wątrobą oraz części wątroby od żyjącego dawcy. W wielu referatach przedstawiono sukcesy w leczeniu chirurgicznym noworodków z niską wagą urodzeniową, które dzięki postępom anestezjologii i intensywnej opieki nie rozwijają się gorzej od podobnych dzieci, nie leczonych chirurgicznie.

Podkreślono znaczenie USG w badaniach prenatalnych, dzięki czemu można wykryć wiele wad wrodzonych i część z nich leczyć śródmacicznie (wady przepony, wady układu moczowego).

Wieczorem odbywały się przyjęcia dla uczestników obrad, każde organizowane w innym miejscu i w innym stylu. Była to doskonała okazja do osobistego poznania wielu znakomych chirurgów dziecięcych, których nazwiska znałem poprzednio jedynie jako autorów książek lub metod operacyjnych.

Po zakończeniu Zjazdu wyjechałem do Liverpool, do Royal Liverpool Children Hospital. Szpital ten mieści się w starych budynkach, lecz istniejący przy nim uniwersytecki Instytut Zdrowia Dziecka jest supernowoczesny. Posiada ogromną skomputeryzowaną bibliotekę, wiele pracowni biochemicznych, immunohistochemicznych, anatomicznych i fizjologicznych. Pracujący tam lekarze mają doskonałe warunki do prowadzenia badań naukowych. Zakres działalności szpitala jest podobny jak w Glasgow, obejmuje on wszystkie specjalizacje pediatryczne łącznie z działem pomocy doraźnej.

Będąc w Liverpool mogłem odwiedzić muzeum Beatlesów i miejsca związane z ich legendą. Następnie udałem się do Londynu, do Great Ormond Street Hospital for Sick Children, kolebki chirurgii dziecięcej i Mekki adeptów mojej specjalności z całego świata. Jest to szpital, do którego trafiają trudniejsze przypadki z całej Wielkiej Brytanii i wielu innych państw. Kierownikiem jest profesor Spitz, światowej sławy chirurg.

Zakres zabiegów jest imponujący. Stosowane są najnowsze techniki operacyjne, często pionierskie. Leczeni są pacjenci, którzy zostali uznani za

przypadki beznadziejne w innych centrach.

Odwiedzając te 3 ośrodki chirurgii dziecięcej w Wielkiej Brytanii brałem udział we wszystkich czynnościach w oddziale. Uczestniczyłem w obchodach, w zebraniach klinicznych i międzydyscyplinarnych. Obserwowałem zabiegi operacyjne, a do niektórych asystowałem. Bacznie przyglądałem się pracy lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu. Brytyjska społeczna służba zdrowia zorganizowana jest na nieco innych zasadach jak polska. Obowiązuje tam 8-godzinny dzień pracy, od 8 do 17 z godziną przerwą na lunch. Chirurdzy nie operują jednak przez 40 godzin w tygodniu. Konsultanci, którzy są odpowiednikami naszych adiunków wraz ze swoimi współpracownikami tworzą zespoły, które mają swoich pacjentów na wielu salach i operują w ciągu 3-4 sesji przed- lub popołudniowych w ciągu tygodnia. W pozostałym czasie odbywają obchody, spotykają się na zebraniach klinicznych z radiologami, patologami, specjalistami od odżywiania pozajelitowego oraz położnikami. Młodzi chirurdzy pracują bardzo dużo, bo aż 90 godzin tygodniowo, mając co 2-3 dzień dyżury, po których nie wychodzą do domu. Konsultanci dyżurują wyłącznie "pod telefonem" i są bardzo rzadko wzywani do szpitala. Istnieje duża progresja zarobków, konsultant zarabia co najmniej 5 razy więcej niż młody lekarz po studiach i zapewnia to standard życia dużo powyżej średniej. Lekarze bardzo często zmieniają miejsce pracy, przez pierwsze 2 lata po studiach umowy zawierane są na 6 miesięcy, później na 1-2-3 lata, dopiero konsultant ma stały etat. W każdym ośrodku szkoli się wielu cudzoziemców, głównie z krajów Commonwealthu, ale jest coraz więcej lekarzy z krajów EWG, którzy mają nieograniczone możliwości podejmowania pracy i cenią sobie brytyjskie dyplomy. Mimo widocznych ogromnych nakładów finansowych na społeczną służbę zdrowia, nie jest ona zbyt dobrze oceniana. Przypadki nagłe hospitalizowane są oczywiście natychmiast, ale czas oczekiwania na lekarza w izbie przyjęć wynosi minimum 20-30 minut. Na wizytę u konsultanta ze skierowaniem od GP (lekarza domowego) czeka się 6 tygodni.

Okres oczekiwania na zabieg ambulatoryjny wynosi 3-4 miesiące, a na przyjęcie do szpitala na zabieg planowy - co najmniej rok. Jeżeli już mały pacjent trafi do szpitala może liczyć na bardzo dobrą opiekę pielęgniarską. W oddziale noworodkowym 1 pielęgniarka przypada na 1 chorego, a w oddziałach dziecięcych na 3-4 dzieci. Oprócz pielęgniarek w oddziałach pracują przedszkolanki, pracownicy socjalni, rehabilitanci, sekretarki medyczne itp. Oddziały nawet w starych szpitalach są bardzo czyste i nie przepełnione. Rodzice mogą przebywać z dziećmi przez cały dzień, a w salach pojedynczych matki pozostają z dzieckiem na noc. Okres hospitalizacji skrócony jest do minimum, wiele zabiegów wykonywanych jest w trybie przyjęć jednodniowych (pacjenci wypisywani są wieczorem).

Uważam, że polscy lekarze mają niepotrzebne kompleksy w stosunku do

zachodnich kolegów. Wyszkołenie naszych chirurgów nie jest gorsze niż angielskich, a limitowani jesteśmy dostępnością do sprzętu i trudnościami finansowymi. Poza tym zbyt wiele energii tracimy na załatwianie spraw, którymi lekarze nie powinni się zajmować, a za mało czasu pozostaje na leczenie i podnoszenie kwalifikacji. Brytyjski system ochrony zdrowia, w założeniu swym społeczny jest daleki od doskonałości i nie zaspokaja w pełni potrzeb pacjentów. Wydaje mi się, że oczekiwania polskich pacjentów, a być może i niektórych lekarzy, są zbyt wygórowane, bo nawet tak bogate państwo jak Wielka Brytania nie może zaspokoić wszystkich potrzeb przy obecnym modelu służby zdrowia i też dużo mówi się tam o potrzebie reformy.

Lek. med. Andrzej Gołębiowski
Klinika Chirurgii Dziecięcej AMG

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

przyznało na rok 1991

Nagrodę za wdrożenie

*L. Bieniaszewski, M. Rynkiewicz, J. Furmański
M. Markiewicz, B. Krupa-Wojciechowska*

za pracę

„Analiza widma częstości akcji serca. Metoda badania udziału układu autonomicznego w regulacji krążenia.”

Kardiologia Polska 1991, 35, 165

*Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*

Prof. Lech Bercowski

Z ukosa

Znowu w szkole

Miałem ostatnio niewątpliwą przyjemność uczestniczenia w konferencji poświęconej nauczaniu socjologii medycyny. Pośród wielu bardzo różnych kwestii jedna zaskoczyła mnie zupełnie - w trakcie dyskusji, kiedy padł zarzut, że oczekiwania studentów są zupełnie inne niż program nauczania (chodziło konkretnie o to, że opiera się on na faktach z rzeczywistości amerykańskiej i zachodnioeuropejskiej, a nie polskiej) jedna z obecnych osób - bodaj z AM w Lublinie - skwitowała to zdaniem: "Skoro chcą, żeby ich uczyć w ten sposób, to UCZMY TAK". Po raz pierwszy spotkałem się z taką postawą uczących - do tej pory słyszałem, że studenci powinni ufać swoim nauczycielom, iż przekazują im oni wiedzę i umiejętności w sposób najlepszy z możliwych. Zastanawiam się jednak, czy coś się rzeczywiście w tej materii zmieni. Patrząc na własne podwórko, mam wątpliwości. W tym roku np. na roku IV został poszerzony

program nauczania pod kątem dostosowania go do norm zachodnich. Jednak w praktyce sprowadza się to prawie wyłącznie do zwiększenia liczby godzin, które zresztą często nie są w pełni wykorzystane - np. trzeba sporo czekać na rozpoczęcie zajęć, z braku asystentów powiększane są grupy na zajęciach klinicznych, co nie poprawi ich wartości, studenci często zostają sami na dłuższy czas... Słyszysz się często o naszej - studentów - bierności. Moim zdaniem, samo wydłużenie czasu zajęć nic w tej kwestii nie zmieni (może poza stanem studenckich żołądków - są dni, kiedy między 8 a 17 nie ma czasu, żeby coś zjeść). Wciąż aktualne pozostaje stwierdzenie, że wszystko zależy od prowadzącego zajęcia. Jest to być może gorzkie, ale takie są moje refleksje po pierwszym bez mała miesiącu nauki.

Kamil Jankowski

Informacje, informacje...

Z Działu Spraw Osobowych otrzymaliśmy następujące informacje:

Dr hab. med. Bolesław Rutkowski otrzymał tytuł naukowy profesora.

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Akademii Medycznej w Gdańsku zostali powołani:

Anna Balcerska

Marek Grzybiak

Jacek Jassem

Jerzy Landowski

Marek Latoszek

Wiesława Łysiak-Szydłowska

Jan Skokowski

Prof. dr Grażyna Świątecka została powołana z dniem 1.10.1992 r. na p.o. kierownika II Kliniki Chorób Serca Instytutu Chorób Wewnętrznych.

Prof. dr Jan Skokowski został powołany z dniem 1.10.1992 r. na kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej.

Doc. dr hab. Zbigniew Nowicki został powołany z dniem 1.10.1992 r. na kierownika Samodzielnej Pracowni Psychiatrii Biologicznej w Katedrze Chorób Psychiczych.

Dr n.med. Jerzy Kaczmarczyk został powołany z dniem 1.10.1992 r. na p.o. kierownika Zakładu Stomatologii Dziecięcej.

Z dniem 30.09.1992 r. odeszli na emeryturę:

Prof. dr Wacława Celińska
Prof. dr Miron Kałowski
Prof. dr Andrzej Manitius
Prof. dr Zbigniew Papliński

Prof. dr Anna Jungowska-Jarosz
Prof. dr Maria Kamińska
Prof. dr Joanna Muszkowska-Penson

Dział Nauki AMG uprzejmie zawiadamia, że w trybie ciągłym przyjmowane są wnioski o finansowanie projektów badań własnych. Projekty te będą poddawane recenzjom, rejestrowane, a finansowanie ich będzie uzależnione od wysokości funduszy przeznaczonych na ten cel, pozostających w dyspozycji Rektora.

Prof. dr hab. Wiesław Makarewicz

★ ★ ★ ★ ★

2 października 1992 r. zmarł prof. dr hab. med. Andrzej Gajda, były kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych AMG.

★ ★ ★ ★ ★

**Sprawozdanie komisji do oceny wiarygodności
wypełniania kart zgłoszeń nowotworów złośliwych (KZNZ)**

Wg "ksiąg głównych szpitali" w październiku br. wypisano niżej podane liczby pacjentów z rozpoznaniem sugerującym obowiązek wypełnienia KZNZ:

PSK 1 293 pacjentów: do dnia 28 października wypełniono 277 kart
PSK 2 30 pacjentów: wszystkie karty wypełnione
PSK 3 32 pacjentów: wszystkie karty wypełnione

Dr Jan Pastor



EUROPEAN PROSTHODONTIC ASSOCIATION

PRESIDENT

Professor Włodzimierz Józefowicz
Zakład Protetyki
Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej
90 202 Łódź, ul. Pomorska 21
Poland
Telephone 4842 333841

HONORARY SECRETARY

Dr. Paul S. Wright
Department of Prosthetic Dentistry
The London Hospital Medical College
Dental School
Turner Street
London E1 2AD
United Kingdom
Telephone: 071 3777062

HONORARY TREASURER

Dr. David M. Davis
Department of Prosthetic Dentistry
Kings College School of Medicine and Dentistry
Denmark Hill
London SE5 9RS
United Kingdom
Telephone: 071 3263594

HONORARY EDITOR

Dr. Ian B. Watson
Prosthodontic Department
Glasgow Dental Hospital and School
378 Sauchiehall Street
Glasgow G2 3JZ
United Kingdom
Telephone: 041 3327020

Książ, 5.09.1992 r.

Pan

Dr Zdzisław Bereznowski
Zakład Protetyki IS AM w Gdańsku
ul. E. Orzeszkowej 18
80-208 Gdańsk

Szanowny Panie Doktorze,

Europejskie Towarzystwo Protetyki Stomatologicznej /EPA/ na swych corocznych konferencjach przyznaje nagrodę za najlepszy referat wygłoszony na Corocznej Konferencji Naukowej Towarzystwa. Sponsorem nagrody jest firma Dentsply.

Zarząd EPA przyznał Panu nagrodę Dentsply za referat p.t. "Toxicity of methyl methacrylate - in vitro and in vivo studies" wygłoszony na XVI Konferencji EPA w Książu /2-5 września 1992 r./

Proszę przyjąć gratulacje oraz życzenia wszelkiej pomyślności oraz dalszego rozwoju naukowego.

Prezes EPA

Prof. dr hab. Włodzimierz Józefowicz

Listy do Redakcji

Prosimy o sprostowanie notatki dotyczącej sprawozdania Komisji do oceny wiarygodności wypełniania kart zgłoszeń nowotworów złośliwych (KZNZ). Notatka jest niepełna i nieprawdziwa, nie odzwierciedlająca stanu wypełnionych kart.

Informacja powinna brzmieć następująco:

- przyjętych pacjentów w m-cu sierpniu było 331
 - rozpoznano nowotwory w 32 przypadkach
 - kart nowotworowych wypełniono 30 (brak 2 kart nowotworowych)
 - z poprzednich m-cy wpłynęły w m-cu sierpniu szt 13.
- razem wysłano do Regionalnego Rejestru Nowotworowego - 43 karty
Za m-c sierpień wypełniono karty w 95%.

Stwierdzenie w notatce, że "liczba trudna do ustalenia, ponieważ tylko część pacjentów ma postawione rozpoznanie wypisowe" jest zaskakujące tym bardziej, że nikt z Komisji nie sprawdzał księgi głównej, a informacja powstała w wyniku rozmowy telefonicznej dotyczącej ilości wysyłanych kart nowotworowych za m-c sierpień.

Dr med. Bogdan Kokot
Dyrektor Szpitala PSK 3

Ustosunkowując się do listu Dyrektora PSK 3 stwierdzam, że notatka zamieszczona w 22 nr "GazetAMG" była prawdziwa i, w zamierzonych kilku wierszowych ramach, pełna.

W miesiącu sierpniu br. z PSK 3 wysłano 43 KZNZ, informację tę uzyskano telefonicznie od kompetentnej osoby z Administracji Szpitala. Kwestionowane w liście stwierdzenie "liczba trudna do ustalenia..." oparte było na sprawdzeniu dnia 10 sierpnia br. Księgi Głównej PSK 3. Stwierdzono, że do tego dnia brakowało bardzo wielu rozpoznań wypisowych.

(Dane liczbowe dotyczące skali braków w m-cu lipcu opublikowane zostały w 21 nr "GazetAMG").

Przeglądając dnia 8 października br. Księgę Główną PSK 3 stwierdzono znaczną poprawę, niemniej nadal część pacjentów wypisanych w m-cu sierpniu nie miała postawionego rozpoznania wypisowego.

Dr Jan Pastor
z up. Przewodniczącego
Komisji ds W.W.KZNZ

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu wyraża duże zadowolenie z faktu podjęcia przez Radę Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Gdańsku decyzji o utrzymaniu wychowania fizycznego w programie studiów II i III roku. Mamy nadzieję, że studenci również przyjmą tę decyzję jako przejaw troski ich nauczycieli o stworzenie na terenie Uczelni warunków do systematycznego uprawiania ruchu dla zdrowia i poprawy sprawności fizycznej.

Mgr Krzysztof Orzechowski

Dziekan, Rada Wydziału i Absolwenci Wydziału Farmaceutycznego rocznika 1987-1992 zapraszają Władze Uczelni, nauczycieli akademickich i pracowników AMG na dyplomatorium, które odbędzie się 14 listopada 1992 r. o godz. 11.00 w Auditorium Maximum Wydziału Farmaceutycznego przy ul. Gen. J. Hallera 107.

Prof. dr hab. Wojciech Czarnowski
Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

★ ★ ★ ★ ★

W tekście przemówienia JM Rektora na inauguracji roku akademickiego (nr 19 "GazetAMG", str. 2) zniekształcone zostało nazwisko zmarłego kierownika Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej dr Józefa Endraszki (poprawne brzmienie nazwiska: Endraszka).

Autorom organizacji roku akademickiego (nr 10 "GazetAMG", str. 10) sugeruję odejście od terminologii minionego okresu i nazywanie "wakacji zimowych" - "przerwą świąteczno-noworoczną" i "wakacji wiosennych" - "przerwą świąteczną". Dzięki temu wakacje będą się kojarzyć z tym, co znaczą.

Prof. dr hab. Ryszard Piękoś

* * * * *

Z-cy dyrektora AMG
Kierownicy Działów Uczelni

Uprzejmie proszę o nadsyłanie w terminie do 15-tego każdego miesiąca zwięzłych informacji nt. najistotniejszych spraw, które winny, Państwa zdaniem, zostać podane do wiadomości ogółowi społeczności Akademii Medycznej w Gdańsku za pośrednictwem "GazetAMG".

Informacje proszę kierować do Działu Organizacji i Zarządzania Uczelni, do pani mgr Elżbiety Nowosielskiej.

Dyrektorzy PSK 1, 2, 3

Uprzejmie proszę o nadsyłanie w terminie do dnia 20-tego każdego miesiąca, do Redakcji "GazetAMG" zwięzłych informacji nt. najistotniejszych spraw, które winny, Panów zdaniem, zostać podane do wiadomości ogółowi społeczności AMG za pośrednictwem "GazetAMG".

Kopię informacji proszę przestać do Działu Organizacji i Zarządzania Uczelni.

Dr Sławomir Bautembach
Dyrektor Administracyjny AMG

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku uprzejmie zawiadamia, że w dniu 23.10.1992 r. o godz. 11.00 odbyło się Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego. W roku akademickim 1991/92 było 329 absolwentów. Do dnia 23.10.1992 r. dyplomy uzyskało 296 absolwentów, 33 absolwentów jest w trakcie zdawania egzaminów.

Maria Kroll

* * * * *

Państwowy Szpital Kliniczny Nr 2 został zobowiązany przez Urząd Wojewódzki, Wydział Ochrony Środowiska do zmodernizowania urządzeń odpylających. Wobec możliwości uzyskania pomocy finansowej z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony

Środowiska postanowiono wyeliminować również emisję gazów szkodliwych takich jak: tlenki siarki, azotu i węgla. Po wykonaniu niezbędnych ekspertyz i prac programowych podjęto decyzję zmiany paliwa z węgla energetycznego na olej napędowy. W wyniku przetargu prace projektowe oraz montaż i rozruch nowej instalacji paliwowej przeprowadziły firmy z Danii: Leif Hansen Radgivende Ingeniører A/S i Semco International A/S. W dniu 12.10 br. przekazano Szpitalowi zmodernizowaną kotłownię do użytkowania.

Niewątpliwymi zaletami nowo oddanej kotłowni są:

- brak zanieczyszczeń pyłami środowiska
- zmniejszenie znacznie poniżej norm emisji gazów szkodliwych
- poprawa warunków pracy oraz mobilność kotłowni
- wzrost sprawności kotłów poprzez sterowanie procesów spalania oraz wyrzutu spalin

W wyniku modernizacji centralnego układu zasilania gazami medycznymi PSK 2 przekazuje do użytku zbiornik ciekłego tlenu. Zbiornik typu 110-VCSP-15-SE firmy AGA-CRYO posiada pojemność 11 m³ ciekłego tlenu, a jego zapas dla potrzeb szpitala wystarczy na około pół roku eksploatacji. Wyeliminowano w ten sposób kosztowny transport dużej ilości butli z tlenem, które były używane w dotychczasowej rozprężalni.

Łatwiejsza obsługa poprawi bezpieczeństwo, a znaczny zapas gazu ułatwi obsługę oraz zmniejszy koszty eksploatacji sieci gazów medycznych.

Dr med. Roman Kuźmiński
Dyrektor PSK 2

★ ★ ★ ★ ★

Nowy cykl wykładów ks. dr Piotra Moskala z KUL na temat "Elementy antropologii chrześcijańskiej". Wykłady będą się odbywały w sali seminaryjnej Katedry Medycyny Rodzinnej (II p. gmach "Starej Anatomii"), w godzinach od 13.00 do 14.30 w następujących terminach:

13.11.1992

11.12.1992

23.01.1993

Informacje o posiedzeniach towarzystw naukowych,
jakie mają się odbyć w listopadzie br.

4 listopada - zebranie PT Patologicznego

godz. 13.00 - muzeum Zakładu Patomorfologii

Dr med. B. Adamowicz-Klepalska - Fluor a przyzębie w badaniach klinicznych longitudinalnych oraz morfometrycznych u szczura

10 listopada zebranie PT Internistycznego

godz. 13.15 - sala ćwiczeń Zakładu Patomorfologii

Doc. W. Placek - Prezentacja prac referowanych przez uczestników VII Zjazdu PTI w Solinie

14 listopada - zebranie PT Ginekologicznego

godz. 10.00 - sala wykładowa Instytutu Położnictwa

Dr Krzysztof Preis - Wyniki porodów miednicowych prowadzonych w Klinice Położnictwa AMG

Dr K. Olszewska - Leki firmy "Organon"

18 listopada - zebranie PT Farmaceutycznego

godz. 13.00 - sala wykładowa nr 2 Wydziału Farmaceutycznego

Prof. Z. Chodorowski - Zakres planowanej opieki geriatrycznej w krajach skandynawskich i Wielkiej Brytanii

Prof. Z. Chodorowski - Wybrane problemy prewencji nagłej śmierci kardialnej w zawale serca

24 listopada - zebranie PT Farmaceutycznego i Gdańskiej Okręg. Rady Aptekarskiej

godz. 13.00 - sala wykładowa nr 2 Wydziału Farmaceutycznego

Dr W. Stożkowska - Promotory wchłaniania - substancje zwiększające penetrację leku przez skórę.

Doc. F. Gajewski - Aktualne informacje z działalności Towarzystwa Farmaceutycznego

Dr S. Vogel - Zasady kształcenia przed- i podyplomowego farmaceutów

Program
II (Mini) Sympozjum
Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej
Gdańsk, 27-28.11.1992

27 listopada 1992 (piątek)

- | | |
|-----------|--|
| 8.30-8.45 | <u>B. Kortas</u> , T. Badzio
Heterogenność precypitacyjnych podfrakcji HDL charakteryzowana stosunkiem Apo AI/AII |
| 8.45-9.00 | <u>K. Łangowski</u> , D. Gillis, S. Angielski
Rola kanałów potasowych ATP - czułych w postischemicznym uszkodzeniu mięśnia sercowego |
| 9.00-9.15 | <u>U. Wendt</u> , J. Stępiński
Opracowanie metody oznaczania c-GMP w płynach biologicznych |
| 9.15-9.30 | <u>A. Skibowska</u> , A. Raszeja-Specht, A. Hellmann
Zaburzenia funkcji i morfologii płytek krwi w przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych |

-
- 9.30-9.45 A. Jankowska, J. Rogulski
Surowice kontrolne do analiz enzymatycznych
- 9.45-10.00 J. Kisiielewski, M. Tomaszewicz, J. Grono, A. Szutowicz
Selektywna przepuszczalność błon mitochondriów mózgu szczura dla acetylo-CoA
- 10.30-10.45 B. Bylina, M. Szczepańska-Konkel
Wpływ analogów adenozyiny na objętość inulinową kłębków oraz akumulację c-AMP i c-GMP
- 10.45-11.00 G. Kuchta, A. Hoppe, A. Rybczyńska, G. Dzierżko, S. Angielski
Wstępująca część pętli Henlego źródłem adenozyiny
- 11.00-11.15 M. Słaba, G. Kuchta, A. Rybczyńska, A. Hoppe
Transport fosforanów do komórek izolowanych z kanalików nerki szczura
- 11.15-11.30 B. Lewko, U. Wendt, J. Stępiński
Wywołana przez deksametazon nadwrażliwość kłębków nerkowych szczura na tlenek azotu
- 11.30-11.45 D. Bizon, W. Furgal, Z. Jakubowski
Wpływ CHA na filtrację kłębkową u szczurów cukrzycowych
- 11.45-12.00 B. Bylina, M. Szczepańska-Konkel, Z. Jakubowski
Wpływ CHA na przestrzeń inulinową kłębka nerkowego u szczurów cukrzycowych
- 12.00-12.15 W. Furgal, Z. Jakubowski
Receptory adenozyiny w cukrzycy

Wykaz aparatury zakupionej w m-cu wrześniu dla Uczelni i Szpitali Klinicznych

Zakład Biochemii Klinicznej

Komputer IPC-386/SX-CD120

drukarka EPSON LQ 570

Komputer MacIntosh Classic

71.695.000

37.133.000

TEMPUS JEP 2416

TEMPUS JEP 2416

Zakład Chemii Analitycznej

Komputer IBM 386-25 PC

drukarka EPSON LQ-100

24.830.000

DAR - PPH "POLPETROL"
Poznań

Zakład Higieny i Epidemiologii

Komputer AT-386/SX	19.946.000	St-32
--------------------	------------	-------

II Klinika Chorób Dzieci

Komputer PC AT 386 GULIPIN	26.000.000	St-60
----------------------------	------------	-------

Drukarka EPSON LQ 100	5.718.000	St-60
-----------------------	-----------	-------

Zakład Chemii Fizycznej

Drukarka Laserowa HP Laser Jet III P	21.280.000	St-25
--------------------------------------	------------	-------

Samodzielna Pracownia Mikroskopii Elektronowej

Monitor kolorowy 14" CAD	10.332.000	St-59
--------------------------	------------	-------

Zakład Chemii Fizycznej

Kserokopiarka CANON NP 1020	19.480.000	St-3, W-12
-----------------------------	------------	------------

Zakład Toksykologii

Chłodziarko-zamrażarka LE Cp.217 I	9.390.000	St-5
------------------------------------	-----------	------

Rektorat AMG

Dysk twardy HDD 213 MB	13.346.000	Fundusz rozwoju
------------------------	------------	-----------------

Klinika Laryngologii

Audiometr kliniczny MIDIMATE 622	62.000.000	środki budżetowe PSK 1
----------------------------------	------------	------------------------

Klinika Neurochirurgii

Wyposażenie dodatkowe do operacyjnego stołu neurochirurgicznego RCB	43.851.000	środki budżetowe PSK 1
---	------------	------------------------

Klinika Nefrologii Dziecięcej

Pompa infuzyjna 11 S	14.500.000	środki budżetowe PSK 1
----------------------	------------	------------------------

Klinika Kardiologii Dziecięcej

Pompa infuzyjna 11 S, szt. 2	29.000.000	środki budżetowe PSK 1
------------------------------	------------	------------------------

I Klinika Chorób Dzieci**Oddział Hematologii**

Pompa infuzyjna 11 S	14.500.000	środki budżetowe PSK 1
----------------------	------------	------------------------

Zakład Patomorfologii

Stolik mrozeniowy WW-23	13.300.000	środki budżetowe PSK 1
-------------------------	------------	------------------------

Sala pooperacyjna**Instytutu Położnictwa****i Chorób Kobięcych**

Kardiomonitor Diascope 2	54.530.000	środki budżetowe PSK 2
--------------------------	------------	------------------------

Blok operacyjny**Instytutu Położnictwa****i Chorób Kobięcych**

Kardiomonitor Diascope 2	54.530.000	środki budżetowe PSK 2
--------------------------	------------	------------------------

"...przemija postać świata"



Fot. Leonard Sempoliński

Redaguje zespół: Marek Hebanowski, Kamil Jankowski, Leszek Kalinowski, Józefa de Laval, Waldemar Narożny, Jerzy Rogulski (redaktor naczelny), Urszula Wojdak (sekretarz Redakcji).
Adres Redakcji: Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29),
Telefon Redakcji: 41 29 15 lub 47 82 22 wewn. 15-70

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 954/92, nakł. 800 egz. form A4.