



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXIX

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 6/2007

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Prof. dr hab. Mirosław Łuczak – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Karolina Gwarek – redakcja i korekta
Mgr Małgorzata Pietkiewicz – redakcja i korekta

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. Leszek Pączek – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, **prof. dr hab. Ryszarda Chazan** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, **prof. dr hab. Wiesław Gliński** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, **prof. dr hab. Jerzy Stelmachów** – Prorektor ds. Kadr, **prof. dr hab. Piotr Zaborowski** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, **prof. dr hab. Marek Krawczyk** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, **prof. dr hab. Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, **prof. dr hab. Maciej Karolczak** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, **dr hab. Waldemar Koszewski** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, **prof. dr hab. Józef Sawicki** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, **prof. dr hab. Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, **prof. dr hab. Zbigniew Gaciong** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

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

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 022 57 20 615
e-mail: mdw@am.edu.pl
www.am.edu.pl/biuletyn/index.html

Zdjęcia:

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

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza AM
tel. 022 57 20 327, fax 022 57 20 328
e-mail: oficyna.wydawnicza@am.edu.pl

Spis treści:

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

<i>Redakcja „MDW”</i>	
81 Urodziny Profesora Stefana Krusia.....	2
<i>Karolina Gwarek</i>	
50-lecie dyplomów I Wydziału Lekarskiego.....	2
Wystąpienie JM Rektora Akademii Medycznej	
prof. Leszka Pączka.....	3
Wystąpienie Dziekana I Wydziału Lekarskiego AM	
prof. Marka Krawczyka.....	6
<i>Karolina Gwarek</i>	
Świat chce być oszukiwany – rozmowa	
z prof. Kazimierzem Ostrowskim.....	8
Życiorys naukowy prof. Kazimierza Ostrowskiego.....	9
<i>Marcin Grabowski, Agnieszka Serafin, Grzegorz Opolski</i>	
IX Warszawskie Dni Farmakoterapii	
Kardiologicznej 2007.....	10
<i>Mira Lisiecka-Bielanowicz</i>	
JAKOŚĆ 2007. Systemy jakości w ochronie	
zdrowia.....	14
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z posiedzenia Senatu AM w Warszawie.....	16

NAUKA

Obrońcy prac doktorskich.....	19
<i>Magdalena Mielczarek-Puta, Dorota Ścibior, Małgorzata</i>	
<i>Mizerska-Wasiak, Magdalena F. Feliksbrod-Bratosiewicz</i>	
Streszczenia prac doktorskich.....	20
<i>Anna Jeznach-Steihagen, Marta Cituk</i>	
Ocena częstości występowania zespołu metabolicznego	
w grupie pacjentów poradni kardiologicznej.....	24
<i>Maria Kłoda, Janina Grzegorzewska, Joanna Gotlib,</i>	
<i>Dariusz Białoszewski, Monika Lewandowska,</i>	
<i>Janina Wereszczak-Wzorek</i>	
Próba oceny jakości i przydatności pielęgnacyjnych	
praktyk wakacyjnych w kształceniu studentów	
Oddziału Fizjoterapii II WL AM w Warszawie.....	30

KOMUNIKATY

Wręczenie dyplomów absolwentom	
English Division.....	34
Limity przyjęć na studia w 2007 roku.....	34
Rekrutacja na studia w warszawskiej AM.....	36

81 Urodziny Profesora Stefana Krusia

20 czerwca prof. dr hab. Stefan Kruś obchodził 81 urodziny. Z tej okazji składamy Jubilatowi najserdeczniejsze życzenia zdrowia i wszelkiej pomyślności oraz wielu dalszych sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.



Profesor Stefan Kruś otrzymał dyplom lekarski w 1951 r., doktorat obronił w roku 1961, a habilitację cztery lata później. Tytuł profesora zwyczajnego uzyskał w 1983 r. Od początku kariery zawodowej związany z Zakładem Anatomii Patologicznej warszawskiej AM,

w 1970 r. objął funkcję kierownika tej placówki. Obecnie jest już na emeryturze, ale wykłada anatomię patologiczną dla studentów anglojęzycznych w Akademii Medycznej.

Od wielu lat pełni funkcję Redaktora Honorowego „Medycyny Dydaktyki Wychowania”. W naszym czasopiśmie ukazało się wiele ciekawych, cennych artykułów jego autorstwa. **Serdecznie dziękujemy Panu Profesorowi za wiele lat zawsze życzliwej i owocnej współpracy.**

Redakcja „Medycyny Dydaktyki Wychowania”

50-LECIE DYPLOMÓW I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

Kilkaset absolwentów I Wydziału Lekarskiego AM po pięćdziesięciu latach ponownie odebrało dyplomy Uczelni.

Uroczystość wznowienia dyplomów I WL odbyła się 16 czerwca w Sali Senatu warszawskiej Akademii Medycznej. Uczestniczyło w niej kilkaset osób.

W obecności władz Uczelni i I Wydziału dyplomy odebrało 219 absolwentów. Rano, przed uroczystością, wzięli oni udział we Mszy Św., odprawionej w intencji lekarzy oraz ich nauczycieli w Kościele Św. Jakuba przy Placu Narutowicza w Warszawie.

mgr Karolina Gwarek



Dziekan Marek Krawczyk wręczył absolwentom I tom książki pod swoją redakcją pt. „Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1809–2006)”



Absolwenci sprzed 50 lat odebrali dyplomy z rąk Dziekana I WL prof. Marka Krawczyka i Prorektora ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą prof. Ryszarda Chazan (na zdjęciu)

Wystąpienie Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej w Warszawie Prof. dr hab. n. med. Leszka Pączka

W piątek, 29 czerwca 2007 r., w budynku „Podchorążówki” w Łazienkach Królewskich odbyła się uroczystość nadania tytułu Doktora Honoris Causa warszawskiej Akademii Medycznej Profesorowi Kazimierzowi Ostrowskiemu. Wręczono także dyplomy doktorom nauk medycznych i doktorom habilitowanym I Wydziału Lekarskiego z roku akademickiego 2006/2007.



**Panie Dziekanie,
Panowie Ministrowie,
Wysoka Rado Wydziału,
Drodzy Doktorzy Honorowi,
Drodzy Doktorzy i Doktorzy
Habilitowani,
Dostojni Profesorowie,
Szanowni Goście!**

Kolejny raz spotykamy się dzisiaj z okazji rozdania dyplomów doktorskich i promocji habilitacyjnych I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie. Kolejny raz zatem świętujemy wielki sukces naszych doktorantów, habilitantów, ich promotorów i opiekunów, a także rodzin.

Wszystkim nowo promowanym doktorom nauk medycznych i doktorom habilitowanym bardzo serdecznie gratuluję.

Za chwilę otrzymacie Państwo dyplomy opatrzone godłem

Uczelni, stosownymi pieczęciami i podpisami, świadczące o tym, że posiadacie wielką wiedzę. Nie należy jednak zapominać, że to początek drogi, a nie jej koniec. Jak powiedział Michel de Montaigne: „Choćbyśmy nawet mogli stać się uczonymi uczonością drugich, mądrzy możemy być jedynie własną mądrością”.

Edukacja i badania naukowe zajmują szczególne miejsce we współczesnej Europie. Podpisana przed 20 laty w Bolonii Magna Charta Universitatum zawiera w preambule doniosłe słowa: „Przyszłość Europy zależy w dużej mierze od rozwoju kulturalnego, naukowego i technicznego, zaś rozwój ten jest efektem działania uniwersytetów”.

Natomiast jedną z czterech podstawowych zasad określono następująco: „kształcenie i badania na uniwersytetach muszą stanowić całość, ponieważ tylko w ten sposób nauczanie może nadążać za zmieniającymi się potrzebami i wymaganiami społeczeństwa oraz postępem nauki”.

W Polsce badania naukowe stanowią istotny problem. Według opublikowanego w lutym bieżącego roku tzw. raportu lizbońskiego Komisji UE, Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie w dziedzinie „Badania i Rozwój”. Według ustalonego przez Komisję Badań na Rzecz Rozwoju Nauki Rady Nauki w dniu 30 czerwca 2006 roku wykazu jednostek „Na-

uki Medyczne” – I Wydział Lekarski znalazł się w I kategorii. To cieszy.

Podczas dzisiejszej uroczystości wręczymy 82 dyplomy doktorskie, 6 dyplomów doktorów habilitowanych, a siedmiu profesorów tytularnych odbierze gratulacje z rąk władz Uczelni.

Sprawa kształcenia nowych kadr akademickich należy do priorytetowych zadań Akademii Medycznej. Nasza kadra jest młoda. 509 nauczycieli akademickich nie ma stopnia lub tytułu naukowego. Do tej grupy należy doliczyć słuchaczy studium doktoranckiego, prawie 340 osób. Wskazuje to na ogrom pracy, jaka czeka wszystkich nas w najbliższej przyszłości. Przez fakt wysokiego odsetka nauczycieli akademickich bez doktoratu/habilitacji tracimy nie tylko w rywalizacji naukowej, ale również finansowo. Przykładowo, gdyby struktura zatrudnienia nauczycieli akademickich była w naszej Uczelni taka jak w Poznaniu, to budżet byłby większy o 3,6 mln, a gdyby była taka jak w Katowicach, to nawet o 6 mln. Pieniądze te mogłyby być przeznaczone na podwyżki pensji lub badania naukowe, albo na jedno i drugie. Chciałbym jednak szczególnie podkreślić, że dzięki wyteżonej pracy wszystkich pracowników Akademii Medycznej nasz budżet w 2007 r. jest o 8% większy niż w roku 2006 i władze Uczelni

planują przeznaczyć ponad 6 milionów PLN na podwyżki i wyrównania płac.

Jak już wspomniałem, Polska nie jest liderem w dziedzinie prowadzenia badań i prac rozwojowych. Stąd Rząd RP podjął plan strategiczny wykorzystania części środków strukturalnych na rozwój tego sektora. Na Plan Innowacyjna Gospodarka przeznaczono 2,6 mld euro na lata 2007-2013. Plan ten w szczególności dotyczy budowy dużych obiektów infrastruktury badawczej.

W Warszawie powstał projekt budowy Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii, który realizują UW, PW, 6 instytutów PAN, a koordynuje Akademia Medyczna.

Na liście przyjętej przez Radę Ministrów w dniu 16 stycznia 2007 r. znaleźliśmy się na 2 pozycji (zgłoszono ponad 50 projektów, 10 będzie realizowanych). Przyznano nam wstępnie kwotę 100 mln euro, z czego $\frac{1}{4}$ przeznaczona jest dla naszej Uczelni.

Muszę podkreślić, że być na liście indykatywnej oznacza prawo do złożenia końcowego wniosku, nie oznacza jednak przyznania środków. To, czy dostaniemy dofinansowanie, zależy od tego, jaka jest i jaka będzie w najbliższym czasie pozycja Akademii Medycznej na mapie uczelni w Polsce. Jeżeli udowodnimy, że jesteśmy silni naukowo, a zarazem zdolni do spójnego działania wewnątrz uczelni i współpracy z innymi instytucjami naukowymi – wygramy. Wierzę, że tak się stanie.

Jeżeli CePT zostanie skierowany do realizacji, będzie to duże wsparcie dla działalności badawczej w całej Uczelni, a nową siedzibę znajdą tam między innymi Katedry Fizjologii oraz Farmakologii I WL. Nasza uroczystość ma charakter szczególny także z innego jeszcze powodu. Tytuł Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej w Warszawie otrzymuje dziś

Dr Honoris Causa Uniwersytetu w Orleanie, członek rzeczywisty PAN i PAU, a przede wszystkim jeden z twórców wielkości Naszej Uczelni profesor dr hab. n. med. Kazimierz Ostrowski. Życiorys i osiągnięcia Pana Profesora zostaną przedstawione w laudacji.

W tym miejscu jednak pragnę szczególnie podkreślić, że Profesor Kazimierz Ostrowski wykształcił pokolenia asystentów, docentów i profesorów. Możemy mówić o szkole cytologii, embriologii i histologii profesora Kazimierza Ostrowskiego.

Jest z nami dziś także Dr Honoris Causa naszej Uczelni, członek rzeczywisty PAN, nestor internistów polskich i jeden z wielkich twórców Naszej Uczelni Profesor Tadeusz Orłowski.

Serdecznie witam i przekazuję słowa podziękowań za to wszystko, co Panowie Profesorowie uczynili dla Naszej Alma Mater.

Przed kilkoma dniami otrzymałem listę pracowników naukowych nominowanych do Nagrody Rektora za prace naukowe. Obiektywne dane wskazują, że Wydział Farmaceutyczny otrzyma 11 nagród, II Wydział Lekarski 4, a I Wydział Lekarski 36. Wręczenie nagród odbędzie się podczas

uroczystego posiedzenia Senatu w listopadzie, ale już teraz chciałbym przekazać serdeczne gratulacje wszystkim nagrodzonym.

Z zawodami medycznymi nie są niestety związane ani sława, ani dostatek. Potwierdzają to dane porównujące status lekarzy pracujących w Polsce i ich kolegów w Unii Europejskiej. W 2004 roku, bardziej aktualnych danych nie byłem w stanie uzyskać, w Polsce, gdzie było 2,2 lekarza na 1000 mieszkańców, średnie zarobki wynosiły 29 064 PLN. We Francji było 3,3 lekarza na 1000 mieszkańców, a zarobki wynosiły 222 978 PLN, w Niemczech natomiast przy liczbie 3,8 lekarza na 1000 mieszkańców zarobki wynosiły 181 539 PLN.

Żyjemy w czasach, kiedy przedstawicielom naszego zawodu nie żyje się łatwo. Pracownicy naukowo-dydaktyczni są w większości pracownikami szpitali klinicznych.

Rozwiązanie problemu opieki zdrowotnej należy do najbardziej istotnych problemów każdego państwa. Sporządzono listę spraw wymagających pilnego rozwiązania. O kilku skrótowo wspomnę.

Długi szpitali klinicznych. Są one w istocie długami Ministra



Gratulacjom i oklaskom nie było końca...

Zdrowia, NFZ i Sejmu zapisanymi w księgi uczelni medycznych. Z kolei zadłużone szpitale generują problemy zarówno dla pracowników, jak i dla pacjentów.

Prawo pracy. Dlaczego dla lekarzy stosuje się inne prawo pracy? Kodeks pracy jest Ustawą Sejmową. Przestrzeganie 40 godz. pracy w tygodniu oraz wszystkich regulacji dotyczących pracy w godzinach dodatkowych, w tym nocnych, a także ustalenie stawki minimalnej wydaje się jedynym słusznym rozwiązaniem.

Jakość leczenia. W Polsce nie ma systemu kontrolującego jakość leczenia. Za zabieg udany i za zabieg nieudany NFZ płaci taką samą stawkę. Jeżeli procedura nie doprowadziła do diagnozy lub wyleczenia, pacjent kierowany jest do szpitala klinicznego. Podobnie, gdy występują powikłania, pacjent również kierowany jest do szpitala klinicznego.

Prywatyzacja szpitali klinicznych, a także tzw. szpitali komunalnych jest złym i niebezpiecznym rozwiązaniem. Państwo traci kontrolę nad systemem. Uczelnie tracą miejsce, gdzie uczą studentów. Ludzie ubodzy i niezamożni tracą realną szansę na leczenie.

Szpitale prywatne nie leczą trudnych przypadków. Nie leczą również w święta, soboty, niedziele. Nie leczą w nocy. Nie mają izby przyjęć. Są finansowane zarówno przez chorych, jak i NFZ. Stawiane są za wzór przez polityków.

Sieć szpitali – do jej wprowadzenia potrzebna jest decyzja polityczna. Na mapie Polski występują szpitale nowe, podczas gdy po drugiej stronie ulicy nadal funkcjonuje stary szpital, którego nie zamknięto, bo taka była decyzja władz samorządowych lub/i centralnych. O sieci szpitali dyskutuje się od 10 lat.

Nakłady na służbę zdrowia. Przypomnę tylko, że nakłady na służbę zdrowia w 2005 roku w Polsce wynosiły 650 dolarów na mieszkańca rocznie, podczas gdy w Czechach 1 120, a we Francji 2 740. Trudno jest zorganizować porównywalną opiekę zdrowotną za nieporównywalne nakłady finansowe. Sprzęt i leki kosztują tyle samo, a na pensjach w Polsce już się nie da oszczędzać.

Współpraca z przemysłem farmaceutycznym. Nie ma regulacji prawnych określających tę współpracę. Polski naukowiec nie może wystąpić o grant naukowy

od firmy farmaceutycznej, bo jeśli taki grant zostanie, a później zapisze leki danej firmy, to spotka się z zarzutem korupcji. Chętnie po takie granty sięgają naukowcy z Niemiec, Francji czy Włoch.

Emigracja lekarzy – jest to zjawisko negatywne. Koszt wykształcenia jednego lekarza przekracza 100 tysięcy PLN. Emigracja 15 tysięcy lekarzy, jak pokazują dane Izby Lekarskiej, to koszt 1,5 mld zł. Tyle Polska zainwestowała bezzwrotnie w UE i USA.

Ponieważ chciałbym zakończyć moje wystąpienie bardziej optymistycznie, z przyjemnością informuję Państwa, że przed kilkoma tygodniami ukazał się I Tom książki *Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1809-2006)* pod redakcją Profesora Marka Krawczyka. Serdecznie gratuluje pomysłu i realizacji projektu, któremu Pan Dziekan poświęcił ponad dwa lata wyjątkowej pracy. Książka ta przypomina nam także o zbliżającej się rocznicy 200-lecia nauczania akademickiego medycyny w Warszawie. Plan roku jubileuszowego zostanie przedłożony pod obrady jednego z jesiennych Senatów. Już trwają intensywne przygotowania, jednym z punktów będzie zjazd absolwentów Naszej Uczelni, tych z kraju i tych rozproszonych po całym świecie.

Serdecznie raz jeszcze gratuluje sukcesów wszystkim zebranym tu dzisiaj doktorom i doktorom habilitowanym, nowo mianowanym profesorom, a także ich rodzinom. Ta chwila to dla nich wielka satysfakcja i wielki powód do dumy.

Dziękuję Państwu.



Dyplom Honoris Causa wręczyli prof. Kazimierzowi Ostrowskiemu JM Rektor Akademii Medycznej prof. Leszek Pączek i Dziekan I WL prof. Marek Krawczyk

Wystąpienie Dziekana I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie Prof. dr hab. n. med. Marka Krawczyka

**Magnificencjo Panie Rektorze,
Szanowny Panie Profesorze
Ostrowski,
Drodzy – nowo utytułowani pro-
fesorowie, doktorzy habilitowa-
ni, doktorzy nauk medycznych,
Wysoka Rado, Drodzy Goście!**

Jeden z ostatnich dni czerwca kolejnego roku, gdy zaczyna się lato, jest niezwykle ważny dla I Wydziału Lekarskiego. Jest to dzień szczególny, kiedy 82 osoby z naszego Wydziału otrzymają z rąk swoich promotorów dyplomy doktorów nauk medycznych.

Jest to dzień, w którym 6 nuczycieli akademickich otrzyma z rąk Rektora, nadane im przez nasz Wydział przepustki do stania się samodzielnymi pracownikami nauki.

Wreszcie 7 profesorów, którzy z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej uzyskali w obecnym roku akademickim tytuły profesorskie, odbierze gratulacje profesorskie.

Ale dzień ten jest szczególnie z jeszcze innego powodu. Dzisiaj Rektor naszej Uczelni wręczy jednemu z najznakomitszych polskich histologów ostatnich lat, autoryte-

towi o światowej sławie, wielkiemu uczonemu i badaczowi procesów nad indukowaną osteogenezą, członkowi rzeczywistemu Polskiej Akademii Nauk i czynnemu członkowi Polskiej Akademii Umiejętności – Panu Profesorowi Kazimierzowi Ostrowskiemu tytuł Doktora Honoris Causa Naszej Alma Mater.

Drodzy Państwo, dla największej grupy z Państwa dzień 29 czerwca jest początkiem kariery naukowej. Nasz Wydział we wszystkich uprawnionych jednostkach wzbogacił Uczelnię o 82 nowych naukowców. Naukowców, którzy przez miesiące, a niekiedy lata wyrzeczeń przygotowywali znakomite prace na stopień doktora nauk medycznych. Aż 33 z nich uzyskały wyróżnienie. Wnieśliście, Drodzy Państwo, już dzisiaj nowe wartości i zawarliście w swych pracach wiele znakomitych, twórczych wniosków. Jestem przekonany, że taki początek kariery naukowej zaowocuje dal-

szym dorobkiem, bo każda praca doktorska to początek następnych badań, po latach przeistaczających się w rozprawy habilitacyjne. Serdecznie Państwu tych osiągnięć gratuluję i dziękuję za włożony w nie trud.

Ale doktorat to także praca promotora. Nie byłoby tych dySSERTACJI, gdyby nie znakomita kadra naukowa. Zaangażowanie w przygoto-



wanie doktoratów, jakim wykazali się Państwa promotorzy, doceniam ja, jako dziekan, docenia cała Rada I Wydziału, a jestem przekonany, że i Rektor tej Uczelni. Wszystkim promotorom serdecznie dziękuję za ich poświęcenie.

Kolejnym szczeblem drogi naukowej jest habilitacja. Samodzielność naukowca – badacza daje, Drodzy Doktorzy Habilitowani, uprawnienia do promowania nowych naukowców i wnikiwania w kolejne tajemnice nauki. Pragnę nowo promowanym doktorom habilitowanym powiedzieć jedno: teraz nadszedł Wasz czas, to Wy, Drodzy Państwo, macie przygotowywać kolejne projekty badawcze i to nie tylko te zatwierdzone przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji, ale także granty Unii Europejskiej. Pragnąłbym również, byście szli śladami wybitnych postaci naszego Wydziału, które włożyły tak wiele w rozwój nauki i tak dużo zrobiły dla swojej Uczelni. Jeszcze raz gratuluję Wam dotychczasowych osiągnięć.

Siedmiu nowych profesorów. To ogromna satysfakcja dla Wydziału, to wspaniałe powiększenie składu kadry naukowej warszawskiej Akademii Medycz-



Podczas uroczystości wręczono dyplomy doktorom nauk medycznych i doktorom habilitowanym I Wydziału Lekarskiego z roku akademickiego 2006/2007

nej. Proszę Państwa, Waszą mądrością naukową i postawą moralną będzie żyła ta Uczelnia przez następne lata, będziecie tworzyć jej wizerunek i konkurencyjność. Jestem przekonany, że jej nie zawiedziecie, a my, odchodzący wkrótce prześlemy stery naszego wspólnego okrętu medycznego w doskonałe ręce. Drodzy nowo mianowani profesorowie, pragnę podkreślić jeszcze jeden fakt, który sprawia, że dzień 29 czerwca jest dniem szczególnym. Dla rozwoju własnej profesury macie wzór mistrza w naukach medycznych – Doktora Honoris Causa naszej Uczelni Prof. Kazimierza Ostrowskiego. Zapytajcie Pana Profesora po uroczystości, czy wówczas, gdy odgruzowywał własnymi rękami *Anatomicum*, zastanawiał się nad honorami. Profesor Kazimierz Ostrowski po prostu ruszył ze swoją energią i mądrością w wir walki o rozwój nauki i Jego Uczelni. Tej Uczelni, która mu dzisiaj nadaje swoją największą godność. Życzę Wam z całego serca, byście w przyszłości, a czas szybko biegnie, byli doceniani przez Senaty innych uczelni takimi samymi godnościami. To zależy tylko od Was.

Szanowni Państwo – dzisiejsza uroczystość kończy 5 rok pracy dziekańskiej – mojej i mojego Zespołu. Nie będę dzisiaj podsumowywał tej pracy. Czas na przedstawienie Państwu sprawozdania nadejdzie po wakacjach. Rozliczycie nas krytycznie, ale wierzę, że jak zawsze sprawiedliwie. Kończąc, pragnę w obecności Rektora, przed Radą I Wydziału, przed wszystkimi dzisiaj tu zgromadzonymi podziękować trzem pracownikom Dziekanatu, którzy w tych dniach czerwca 2007 r. zakończyli po bardzo wielu latach swoją pracę zawodową w Akademii Medycznej. Pierwszą z nich jest Pani Grażyna Wyglądacz. Na różnych stanowiskach w naszej Uczelni pracowała od ponad 20 lat, z tego 11 lat ze mną. Jednak wszyscy znamy ją przede wszystkim z kierowania dziekanatem I Wydziału Lekarskiego. Niezwykle profesjonalna i skuteczna. Ciepła w kontaktach, ale zasadnicza. Pani Grażyno – ja Pani dziękuję. Dziękuję w swoim imieniu, dziękuję w imieniu Rady I Wydziału, w imieniu Kolegium Dziekańskiego. Żałuję, że nie posłuchała Pani mojej prośby sprzed roku, byśmy odeszli razem. No cóż, niektórzy nowi pracownicy Uczel-

ni stali się niechętni dla „starych” pracowników administracji.

Drugą osobą jest Pani Jadwiga Szyperek. Związana z Uczelnią od zawsze, bowiem od 38 lat pracy w Akademii Medycznej w Warszawie. Może mniej znana całej Radzie I Wydziału. Bez udziału Pani Jadwigi nie działa się nic w Dziekanacie Oddziału Stomatologii. Wiem Pani Jadwigo, że było Pani ciężko w ostatnim roku, starano się Pani dokuczyć po tych dziesiątkach lat. Pani Jadwigo – bardzo Pani dziękuję. Nim nowe osoby zastąpią Panią godnie w sekretariacie Oddziału Stomatologii, upłynie trochę czasu.

I wreszcie, jedna z mróweczek. Od 19 lat to samo miejsce pracy. Państwo nie znają Pani Hani Jekimow. To ona prowadziła dokumentację VI roku studiów. Nieprawdopodobnie dokładna. Każde spotkanie w Filharmonii, gdy wręczaliśmy dyplomy lekarzy, to jej administracyjna praca. Należy do tych osób, których się nie widzi, ale widzi się ich pracę i jej rezultaty.

Drodzy Państwo, dziękuję Państwu za uwagę.



Pamiątkowe zdjęcie uczestników uroczystości

ŚWIAT CHCE BYĆ OSZUKIWANY

– rozmowa z prof. Kazimierzem Ostrowskim, Doktorem Honoris Causa warszawskiej Akademii Medycznej

Prof. Kazimierz Ostrowski, wieloletni Kierownik Zakładu Histologii i Embriologii Akademii Medycznej w Warszawie, odebrał 29 czerwca br. tytuł Doktora Honoris Causa z rąk Dziekana Marka Krawczyka, w obecności JM Rektora Leszka Pączka. W uroczystości uczestniczyło wielu znamienitych gości, a laudację wygłosił prof. Tadeusz Orłowski, który podkreślił wagę naukowych osiągnięć laureata. Profesor Ostrowski przedstawił wykład pt. *Mundus vult decipi ergo decipiatur*, w którym poruszył kontrowersyjną kwestię medycyny alternatywnej i jej stosunku do medycyny naukowej. Specjalnie dla naszych Czytelników, poprosiliśmy Pana Profesora o wypowiedź na ten temat.



Profesor Kazimierz Ostrowski – laureat Doktoratu Honoris Causa warszawskiej Akademii Medycznej

Prof. Kazimierz Ostrowski:
– Wizyta Pani Redaktor jest dla mnie przyjemnością tym bardziej, że wiąże się z zaszczytem nadania mi Doktoratu Honoris Causa, przyznanego przez moją macierzystą Uczelnię. Jednak, jak to ustaliliśmy poprzednio, nie będziemy mówili o mnie, ale o medycynie.

Karolina Gwarek: – Jak Pan Profesor ocenia zmiany, jakie zachodzą współcześnie w tej dziedzinie?

– Rozwój medycyny, zarówno teoretycznej, jak i klinicznej, jest w ostatnich 50 latach – które wraz z nią przeżywałem – tak szybki, że nie do opanowania przez pojedynczych specjalistów. Można to uznać za ułomność, ponieważ nie ma już lekarzy, którzy znaliby „całą” medycynę, tak jak nie ma autorów,

którzy odważyliby się na napisanie samodzielnie np. podręcznika chorób wewnętrznych. A tacy „giganci” żyli jeszcze za mojej pamięci.

– Z czego wynika tempo, jakiego nabrał dziś rozwój nauk medycznych?

– Znaczące przyspieszenie w tym zakresie jest efektem zasadniczej przemiany medycyny empirycznej, która dawniej była sztuką w rękach znamienitych lekarzy, zajmujących poczesne miejsca w historii – w medycynę, która stała się dziedziną nauki. Ta wolta nastąpiła w latach 50-tych XX wieku, kiedy rozpoczęły się badania nad ultrastrukturą materii żywej i powstały molekularne podstawy wiedzy o genetyce. Medycyna jako nauka jest ogromnie rozległa i praktycznie daleka jeszcze do opanowania. Chcę jednak podkreślić z całą mocą, że mimo naszej niewiedzy na temat wielu zagadnień – nie ma innej medycyny niż medycyna naukowa. Współcześnie jest ona oparta jedynie o sprawdzone w sposób rygorystyczny fakty, któ-

rych istotność została oceniona według reguł narzuconych obiektywnym badaniom naukowym.

– Obecnie często słyszymy jednak postulaty powrotu do medycyny naturalnej, jako skutecznego i bezpiecznego sposobu leczenia...

– Nie ma kilku rodzajów medycyny, np. wschodniej, zachodniej, ludowej, tradycyjnej, zielarskiej. Istnieje tylko jedna medycyna – naukowa, oparta o badania i wiedzę nabytą zgodnie z wymogami nauki. Choć oczywiście inne „rodzaje”, takie jak chociażby medycyna alternatywna, nie mają zamkniętej drogi do medycyny oficjalnej. Ich twierdzenia i metody działania muszą jednak zostać poddane właściwej kontroli. Warto zauważyć, że pewne elementy medycyny alternatywnej, które spełniły ten warunek, znalazły już swoje miejsce w obrębie nauki. Jednak niektóre wysiłki osób oddanych w sposób bezkrytyczny medycynie alternatywnej, polegające na uśłowianach włączenia

jej do oficjalnej części medycyny – nie powiodły się. Przykładem jest olbrzymia kompromitacja, jaką skończyły się takie próby w odniesieniu do homeopatii.

– A jaka jest Pana „prywatna” opinia o medycynie alternatywnej?

– Myślę, że niesie ona ze sobą niebezpieczeństwa i ryzyko dla pacjentów. Najczęstszym i najgroźniejszym jest błąd zaniedbania, występujący jakże często u chorych na nowotwory, którzy przed udaniem się do specjalistów, usiłują się leczyć w sposób niekonwencjonalny, czyli alternatywny. Z tego powodu zazwyczaj pojawiają się u onkologa zbyt późno.

Homeopatia nie jest aż tak niebezpieczna, ponieważ – na szczęście – irracjonalne rozcieńczenia leków homeopatycznych, rzędu

10^{-6} , a czasem nawet 10^{-12} , nie stwarzają zagrożenia dla pacjentów.

– Jest Pan zatem przeciwnikiem medycyny niekonwencjonalnej?

– W medycynie niekonwencjonalnej istnieją niestety działania, które należy uznać za błędy w sztuce lekarskiej. Powinny one być prawnie zabronione. Takim rażącym zachowaniem jest chociażby zapraszanie nieświadomych niczego ludzi w okolice, które „reklamują się” podwyższonym poziomem promieniowania jonizującego. To tak, jak zapraszanie kogoś do „łagodnego” Czarnobyli. Nie wyobrażam sobie, by lekarze specjaliści pracujący w sanatoriach położonych w takich okolicach nie byli świadomi, że nie istnieje bezpiecznie niska dawka promieniowania

jonizującego. Oczywiście, wiele robi się dla chleba, ale to już nie jest medycyna, tylko ekonomia.

– O problemach związanych z medycyną niekonwencjonalną mówił Pan również w wykładzie, wygłoszonym podczas uroczystości nadania Doktoratu Honoris Causa przez warszawską Akademię Medyczną.

– Specjalnie na tę uroczystość zostałem poproszony o przygotowanie wykładu, którego tytułem stała się sentencja łacińska *Mundus vult decipi ergo decipitur* – „Świat chce być oszukiwany – więc jest oszukiwany”. Sądzę, że to zdanie doskonale oddaje charakter medycyny niekonwencjonalnej i wyraża moje osobiste zdanie na ten temat.

mgr Karolina Gwarek

Życiorys naukowy prof. Kazimierza Ostrowskiego

Prof. dr hab. Kazimierz Ostrowski (ur. w 1921 r. we Lwowie) ukończył studia medyczne na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego w 1948 r. W tym samym roku został przyjęty do pracy w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii AM w Warszawie, z którymi jest związany do dziś. W 1953 r. uzyskał doktorat, w 1955 r. został docentem, w 1968 – profesorem nadzwyczajnym, zaś w roku 1971 otrzymał tytuł profesora zwyczajnego. W latach 1956-1992 był Kierownikiem Zakładu Histologii i Embriologii, w okresie od 1970-1992 r. – Dyrektorem Instytutu Biostruktury AM w Warszawie, pełnił również funkcję wiceprezydenta European Cell Biology Organization. Odbył szereg staży zagranicznych, m.in. w Liverpoolu, Londynie, Sztokholmie, Kopenhadze. Został zaproszony przez Royal Society na stanowisko profesora w Cambridge, otrzymał także tytuł

Doktora Honoris Causa Uniwersytetu w Orleanie. Jest członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików, Niemieckiego Towarzystwa Histochemii, Węgierskiego Towarzystwa Anatomów, Europejskiego Towarzystwa Banków Tkanek (EATB) oraz Polskiego Towarzystwa Transplantologii. W roku 1975 został członkiem korespondentem Polskiej Akademii Nauk, a w roku 1989 członkiem rzeczywistym. Przez kilkanaście lat przewodniczył Komisji Transplantologicznej PAN, która pod jego kierunkiem zorganizowała dwadzieścia dwa posiedzenia naukowe o zasięgu krajowym. Był inicjatorem i organizatorem sieci banków tkanek w Polsce. W 1999 r. Polska Akademia Umiejętności przyjęła go do swego grona.

Prof. Ostrowski przez 47 lat prowadził wykłady i zajęcia ze studentami, wykształcił kilka pokoleń asystentów i docentów oraz

wypromował 15 profesorów. Jest autorem i współautorem około 250 publikacji, w tym 130 prac oryginalnych i 12 książek. Opracował również kilka, wielokrotnie wznawianych podręczników histologii, cytofizjologii i embriologii. Za swoje największe dokonania naukowe uznaje następujące grupy badań: analizę oddziaływania promieniowania jonizującego z minerałem zawartym w macierzy kości, opracowanie techniki ilościowego oznaczania niektórych enzymów przy użyciu nieodwracalnych znakowanych inhibitorów, badania nad mechanizmem indukowanej osteogenezy, ilościowe techniki histochemiczne oraz ilościową ocenę obrazów mikroskopowych.

Profesor Kazimierz Ostrowski jest laureatem wielu nagród i wyróżnień, w tym Krzyża Komandorskiego Orderu Odrodzenia Polski, nadanego w 2000 roku przez Prezydenta RP.

IX WARSZAWSKIE DNI FARMAKOTERAPII KARDIOLOGICZNEJ 2007

W dniach 28-29 czerwca 2007 roku w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie odbyły się „IX Warszawskie Dni Farmakoterapii Kardiologicznej” (IX WDFK).

Honorowy patronat nad sympozjum objęli JM Rektor AM w Warszawie prof. dr hab. Leszek Pączek oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. dr hab. Adam Torbicki.

W pierwszym dniu konferencji – 28 czerwca odbyły się zarówno warsztaty, jak i sesje dydaktyczne. Tradycyjnie konferencja rozpoczęła się sesjami z zakresu **Farmakologii** (sesji przewodniczyli prof. Ewa Widy-Tyszkiewicz i prof. Marek Kowalczyk) oraz **Farmakoekonomiki** (sesji przewodniczył prof. Tomasz Hermanowski), organizowanymi pod patronatem Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego. Poruszono m.in. tematykę stresu i analgezji, oceny badań klinicznych roślinnych produktów leczniczych w świetle kryteriów medycyny opartej na dowodach naukowych, a także omówiono nowości i kontrowersje w farmakoterapii uzależnienia od nikotyny.

W Auli Głównej pierwszy dzień konferencji rozpoczął się **warsztatami echokardiograficznymi**, poświęconymi **echokardiografii w chorobie wieńcowej**, prowadzonymi przez dra Janusza Kochanowskiego i dra Piotra Ścisło z I Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie. Omówiono nowoczesne techniki elektrokardiograficzne w chorobie wieńcowej (dr Piotr Ścisło), diagnostykę choroby wieńcowej na wybranych przykładach klinicznych Live DSE

(dr Piotr Ścisło), mechaniczne powikłania zawału mięśnia sercowego (dr Janusz Kochanowski), ostrą niedomykalność mitralną (dr Radosław Piątkowski), perforację przegrody międzykomorowej (dr Radosław Piątkowski, dr Piotr Ścisło) oraz podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: „Czy na pewno zawsze Tako-tsubo?” (dr Janusz Kochanowski, dr Marcin Grabowski). Szkoleniową część dnia zamknęły **warsztaty ergospirometryczne**, prowadzone przez dra Sebastiana Szmita.

W godzinach przedpołudniowych odbyła się także sesja dydaktyczna, poświęcona **optymalizacji leczenia przeciwkrzepliwego w różnych grupach pacjentów**,

nia przeciwzakrzepowego u osób po przezskórnej angioplastyce tętnic wieńcowych (dr Janusz Kochman), optymalizacji leczenia przeciwzakrzepowego u pacjentów przed i po pomostowaniu tętnic wieńcowych (dr Grzegorz Suwalski). Ponadto podjęto próbę odpowiedzi na pytania: jakiego leczenia przeciwzakrzepowego potrzebuje pacjent po wymianie zastawki, plastyce zastawki, ablacji migotania przedsionków (dr Piotr Suwalski) oraz jak zrównoważyć korzyści i ryzyko w leczeniu zakrzepowym (dr Witold Pikt-Pietkiewicz). Podsumowaniem i dyskusją kierowali prowadzący sesję prof. Kazimierz B. Suwalski i prof. Tomasz Pasierski.



Podczas większości sesji sala była wypełniona po brzegi. W sumie w konferencji zarejestrowało swój udział ponad tysiąc uczestników

zorganizowana przez Klinikę Kardiologii i Wydziału Lekarskiego warszawskiej AM (przewodniczący sesji: prof. Kazimierz B. Suwalski, prof. Tomasz Pasierski). Wykłady dotyczyły: optymalnego leczenia przeciwzakrzepowego u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym – jakie leki wybrać? (dr Cezary Sosnowski), wczesnej i odległej strategii lecze-

W tym samym czasie w Hotelu Intercontinental zorganizowano spotkanie **Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego** w dziedzinie kardiologii z udziałem konsultantów wojewódzkich i konsultanta krajowego.

Popołudnie kardiologiczne rozpoczęła sesja poświęcona **wybrany zagadnieniom diagnostycznym i terapeutycznym w kardio-**

logii sportowej, zorganizowana przez III Klinikę Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (przewodniczący sesji: prof. Artur Mamcarz, dr Wojciech Braksator). Omawiano rolę nieinwazyjnych badań elektrokardiograficznych w kardiologii sportowej (dr Renata Głowczyńska), przydatność ergospirometrii we współczesnej kardiologii sportowej (dr Sebastian Szmit), badania echokardiograficznego jako podstawowego narzędzia diagnostycznego u sportowców (dr Wojciech Król), a także wpływ niedozwolonego wspomaganie farmakologicznego na układ sercowo-naczyniowy (dr Michał Piłkowski, dr Andrzej Pokrywka). Sesja cieszyła się dużym zainteresowaniem uczestników konferencji.

Kolejna sesja była poświęcona nowościom w **leczeniu migotania przedsionków**. Zorganizowana została ona przez II Klinikę Choroby Wieńcowej Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie (przewodniczący sesji: prof. Hanna Szwed, prof. Włodzimierz Musiał). Standardy leczenia migotania przedsionków konfrontowano z rzeczywistością (dr Mariusz Pytkowski),

analizowano także postępowanie w przetrwałym migotaniu przedsionków (dr Mariusz Pytkowski), przewlekłym migotaniu przedsionków (dr Adam Ostrzycki) oraz w napadach migotania przedsionków (dr Rafał Dąbrowski). Komentarz i dyskusję przeprowadzili prof. Hanna Szwed i prof. Włodzimierz Musiał.

Jako ostatnia odbyła się sesja poświęcona opiniom i kontrowersjom dotyczącym **kardiomiopatii**, zorganizowana przez I Katedrę i Klinikę Kardiologii I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie. Sesji przewodniczyli prof. Lidia Chojnowska i prof. Jarosław Drożdż. Poruszono tematykę zmian w klasyfikacji AHA (dr Michał Marchel), a także kardiomiopatii w przebiegu zespołów neurologicznych (doc. Władysław Sinkiewicz), kardiomiopatii rozstrzeniowej (prof. Jarosław Drożdż). Próbowano także odpowiedzieć na pytania: czy każde pogrubienie mięśnia sercowego powinniśmy nazywać przerostem (prof. Lidia Chojnowska) oraz czy jest już czas na wspólną klasyfikację „kanałopatii” i kardiomiopatii? (doc. Katarzyna Bieganowska).

Pierwszy dzień konferencji zakończył się spotkaniem to-

ficznymi, prowadzonymi przez dra Grzegorza Karpińskiego i dra Edwarda Koźluka. Cieszyły się one ogromnym zainteresowaniem. Omawiano nowe kryteria dla uniesienia ST w zawale serca (dr Grzegorz Karpiński), elektrokardiograficzne wykładniki ryzyka nagłego zgonu sercowego (dr Marek Kiliszek), diagnostykę różnicową częstoskurczów (dr Edward Koźluk) oraz najczęstsze zaburzenia stymulacji serca (dr Artur Oręziak).

Na Małej Sali drugi dzień sympozjum rozpoczęła **konferencja prasowa** z udziałem Prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Konsultantów Wojewódzkich oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii na temat problemów opieki kardiologicznej w Polsce. Była ona podsumowaniem spotkania konsultantów z dnia poprzedniego.

Następnie, z udziałem konsultantów wojewódzkich, odbyła się sesja dydaktyczna pt. „**Jakie kryteria spełniać powinien system 24-godzinnych pracowni hemodynamicznych?**”

Równocześnie w sali wystawowej w godzinach od 9.00 do 12.00 odbywała się **moderowana sesja plakatowa**, podczas której swoje prace zaprezentowali lekarze oraz studenci ze studenckich kół naukowych (przewodnicząca Jury – prof. B. Tarchalska-Kryńska, członkowie Jury: prof. Artur Mamcarz, prof. Waldemar Karnafel, dr Rafał Dąbrowski). Streszczenia prac oryginalnych zostały opublikowane w suplemencie „Polskiego Przeglądu Kardiologicznego”.

Przed południem drugiego dnia konferencji w Auli Głównej odbyła się sesja dydaktyczna „**Leki kardiologiczne – co nowego w 2007 roku?**”, zorganizowana przez Oddział Warszawski Internistów Polskich. Przewodniczyli jej dr Robert Małecki



Tradycyjnie w drugim dniu konferencji odbywała się moderowana sesja plakatowa, podczas której swoje prace zaprezentowali lekarze oraz studenci ze studenckich kół naukowych. Na zdjęciu (po prawej) przewodnicząca Jury – prof. B. Tarchalska-Kryńska i członek Jury – prof. Artur Mamcarz

warzyskim „Get together party” w gronie w y k ł a - d o w c ó w, organizatorów oraz zaproszonych gości.

D r u g i dzień sympo z j u m (29 czerwca) rozpoczął się **warsztatami elektrokardiogra-**



W trakcie sesji przeprowadzono teletransmisję z pracowni hemodynamiki I Katedry i Kliniki Kardiologii, gdzie dr Janusz Kochman i dr Adam Rdzanek (na ekranie), wykonywali zabieg angioplastyki

i dr Marcin Grabowski. Omówiono leki przeciwpłytkowe (dr Marcin Grabowski), leki zwalniające czynność serca (dr Radosław Piątkowski), leki hipolipemizujące (dr Renata Głowczyńska), leki hipotensyjne (dr Robert Małecki), leki odzwyczajające od palenia (dr Anna M. Budaj), leki poprawiające potencję (dr Mateusz Śpiewak).

Następną była sesja poświęcona **stabilnej chorobie wieńcowej – leczeniu inwazyjnemu czy zachowawczemu? – krajobrazowi po badaniu COURAGE**. Jej organizatorem była I Katedra i Klinika Kardiologii I Wydziału Lekarskiego AM (przewodniczący sesji: prof. Grzegorz Opolski, prof. Henryk Wysocki). Na początku odbyła się debata typu „pro-kontra”, przeprowadzona przez doc. Krzysztofa J. Filipiaka i prof. Stefana Grajka. Wykładowcy przedstawili w niej swoje argumenty za i przeciw postępowaniu inwazyjnemu w stabilnej chorobie wieńcowej. W drugiej części przeprowadzono teletransmisję z pracowni hemodynamiki I Katedry i Kliniki Kardiologii, gdzie dr Janusz Kochman i dr Adam Rdzanek wykonywali zabieg angioplastyki wieńcowej u jednego z pacjentów. Przewodniczący sesji na bieżąco komentowali i dyskutowali o toczącym się zabiegu.

Ostatnia dydaktyczna sesja konferencji była próbą odpowiedzi na pytanie: **„Pojedyncza, podwójna czy potrójna blokada układu renina-angiotensyna-aldosteron?”** (przewodniczący sesji: prof. Mirosław Dłużniewski, doc. Marek Kuch). Zna-

ły się tu zagadnienia dotyczące stosowania inhibitorów konwertazy angiotensyny (dr Iwonna Grzywaniewska-Łaniewska), sartanów (dr Maciej Janiszewski), antagonistów aldosteronu (dr Joanna Syska-Sumińska) oraz potrójnego bloku R-A-A (dr Witold Pikto-Pietkiewicz). Przedstawiono także aspekty praktyki klinicznej (dr Ewa Burbicka, dr Joanna Syska-Sumińska).

Tradycyjnie już podsumowaniem konferencji była **sesja prac oryginalnych członków Studenckich Kół Naukowych Katedry i Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego, III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II Wydziału Lekarskiego, Kliniki Kardiologii I Wydziału Lekarskiego oraz I Katedry i Kliniki Kardiologii I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie**.

Pogodzinie 18-tej nastąpiło uroczyste zamknięcie „IX Warszawskich Dni Farmakoterapii Kardiologicznej 2007”, podczas którego ogłoszono werdykt jurorów, rozdano nagrody i wyróżnienia za

prace oryginalne prezentowane w sesji posterowej. W tym roku przyznano m.in. Nagrodę JM Rektora AM, Nagrodę Prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Nagrodę Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii oraz liczne wyróżnienia.

W sumie w konferencji zarejestrowało swój udział ponad tysiąc uczestników. Za uczestnictwo przyznano 16 punktów edukacyjnych. Przebieg konferencji uatrakcyjniła wystawa licznych firm farmaceutycznych oraz wydawnictw, ciesząca się dużym zainteresowaniem.

Tegoroczna konferencja zorganizowana została przez: I Katedrę i Klinikę Kardiologii AM w Warszawie (główny organizator), Katedrę i Klinikę Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych II WL, II Klinikę Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie-Aninie, III Klinikę Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II WL AM w Warszawie, Katedrę i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Akademii Medycznej w Warszawie, Katedrę i Zakład Farmakodynamiki AM, Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich oraz Komisję Kardiologii Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN.



Prof. Grzegorz Opolski (Przewodniczący Komitetu Naukowego WDFK) i prof. Henryk Wysocki komentujący toczący się zabieg, transmitowany z Pracowni Hemodynamiki

Na podkreślenie zasługuje fakt, że konferencja została zorganizowana siłami młodych lekarzy i studentów pracujących przy klinikach – współorganizatorach WDFK, bez udziału profesjonalnej firmy zajmującej się organizowaniem tego typu imprez.

Kolejna – X Jubileuszowa edycja WDFK odbędzie się w dniach 26-27 czerwca 2008 roku, a informacje o niej zostaną zamieszczone na stronie internetowej: www.amwaw.edu.pl/cardiology/.

Lista wyróżnionych w sesji posterowej prac oryginalnych podczas IX WDFK 28-29 czerwca 2007 r.:

1) **Nagroda JM Rektora AM w Warszawie** – dla zespołu pod kier. prof. Ewy Chabielskiej w składzie: A. Stankiewicz, J. Mikita, J. Szemraj, A. Gromotowicz, A. Karp, P. Skrzypkowski, M. Wojewódzka-Żeleznia-kowicz, A. Kołodziejczyk, W. Roszkowska, M. Malinowska-Zaprzalka, J. R. Ładny za pracę: „Dołączenie spironolaktonu zwiększa profibrinolityczny i antykoagulacyjny efekt chinaprilu u szczura z nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym”; „Mechanizm przeciwzakrzepowego działania inhibitorów konwertazy angiotensyny u starych szczurów”; „Zależność między redukcją masy zakrzepu tętniczego a hamowaniem konwertazy angiotensyny w osoczu i tkankach u szczura.”

2) **Nagroda Prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego** – dla zespołu: F. M. Szymański, M. Grabowski, G. Karpiński, A. Hryniewicz, K. J. Filipiak, G. Opolski za pracę „Znaczenie rokownicze pierwotnego migotania komór przed, podczas oraz po zabiegu pierwotnej angioplastyki u pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST.”

3) **Nagroda Krajowego Konsultanta w dziedzinie kardiologii** – dla zespołu: W. B. Duda-Król, K. Skoczylas, A. Czyżewska, A. Kusz-Rynkun, A. Soszka, A. Mamcarz za pracę „Czy każdy chory z cukrzycą t. 2

i obciążeniami kardiologicznymi otrzymuje jednakową szansę farmakoterapii? – analiza wybranych elementów leczenia ambulatoryjnego.”

Prace wyróżnione:

„Cardiomyopathy in the course of Emery-Dreifuss muscular dystrophy, biomarker and echocardiographic evaluation” – M. Marchel, A. Madej, V. Stepień, J. Kochanowski, R. Steckiewicz, K. J. Filipiak, I. Hausmanowa-Petrusewicz, G. Opolski.

„Czy nadciśnienie tętnicze stanowi czynnik ryzyka występowania polipów jelita grubego?” – Ł. Fedorowicz, M. Krużyński, P. Krasnodębski B. Mrozikiewicz-Rakowska, M. Karliński, A. Hryniewicz, A. Jamrozik, W. Karnafel.

„Czy nawyki żywieniowe okresu dzieciństwa mają wpływ na wystąpienie cukrzycy typu 2 po 40 roku życia?” – M. Karliński, B. Mrozikiewicz-Rakowska, P. Krasnodębski, K. Kostyra, M. Malinowski, M. Jasik, A. Niebisz, W. Karnafel.

„Analizator funkcji płytek (PFA-100) w ocenie funkcji płytek u pacjentów ze stabilną postacią choroby wieńcowej, przyjmujących przewlekle kwas acetylosalicylowy w trakcie dwuletniej obserwacji” – M. Postuła, A. Serafin, M. Marchel, K. J. Filipiak, P. Ścisło, J. Kochanowski, B. Tarchalska-Kryńska, G. Opolski.

„Stężenie adiponektyny a występowanie stanów przedcukrzycowych i innych elementów zespołu metabolicznego u chorych z przebytą cukrzycą ciężarnych (pGDM) w przeszłości” – M. Jasik, A. B. Niebisz, M. I. Bąk, W. Karnafel.

„Zależność pomiędzy oceną echokardiograficzną sportowej przebudowy serca a wydolnością sercowo-płucną zawodowych piłkarzy” – R. Głowczyńska, A. M. Budaj, S. Szmit, J. Kochanowski, K. J. Filipiak, G. Opolski.

„Nawyki żywieniowe licealistów południowo-wschodniej Polski”



Prof. Artur Mamcarz (członek Jury) wręcza nagrodę studentce Annie Hryniewicz

– D. Śliż, M. Gałęcka-Wegiera, K. Romanowska, J. Król, A. Mamcarz.

„Podawanie aspiryny do dnia operacji nie chroni przed aktywacją płytek krwi we wczesnym okresie po zabiegu pomostowania tętnic wieńcowych bez zastosowania krążenia pozaustrojowego” – G. Suwalski, P. Suwalski, K. J. Filipiak, M. Postuła, F. Majstrak, G. Opolski, K. B. Suwalski.

„Ryzyko udaru mózgu i częstość stosowania leków przeciwkrzepliwych u chorych z migotaniem przedsionków” – P. Stolarz, R. Steckiewicz, M. Grabowski, G. Opolski.

„Stymulacja rdzenia kręgowego w opornej na leczenie dławicy piersiowej – wpływ na perfuzję mięśnia sercowego czy poprawa jakości życia? Doniesienie wstępne” – W. Dyrła, M. Kuch, M. Barczewska, L. Kostana, M. Czubalska, W. Maksymowicz, M. Dąbrowski, M. Dłużniewski.

„Wpływ krioterapii i kriokinezy na ciśnienie i tętno u pacjentów normotensyjnych i hipertensyjnych” – M. Koczorowska, E. Wujek-Krajewska, M. Kuch, M. Dłużniewski.

dr n. med. Marcin Grabowski
Przewodniczący Komitetu
Organizacyjnego
mgr Agnieszka Serafin
Komitet Organizacyjny
prof. dr hab. Grzegorz Opolski
Przewodniczący Komitetu
Naukowego

Jakość 2007

Systemy Jakości w Ochronie Zdrowia

Konferencja „Jakość 2007 – Systemy jakości w ochronie zdrowia” odbyła się 18 czerwca br. w gmachu Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15. Patronat honorowy nad symposium objęli Minister Zbigniew Religa i Rektor Akademii Medycznej w Warszawie prof. Leszek Pączek. Program spotkania obejmował dwie sesje referatowe, w których głos zabrali zarówno przedstawiciele świata nauki, jak i praktycy – menedżerowie w sektorze ochrony zdrowia. Następnie odbył się panel dyskusyjny, w którym wzięło udział ośmiu specjalistów, mających doświadczenie w zakresie wprowadzania systemów jakości w publicznych i prywatnych ośrodkach ochrony zdrowia. Ta część konferencji stanowiła wstęp do dyskusji, otwartej dla wszystkich uczestników spotkania.

Uroczystej inauguracji konferencji dokonali oraz słowo wstępne wygłosili: Rektor Akademii Medycznej w Warszawie

prof. Leszek Pączek i Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Bolesław Piecha, który podkreślił, że korzyścią, jaką przynosi wprowadzenie systemów jakości w ochronie zdrowia, powinno być poczucie bezpieczeństwa pacjenta jako wartość nadrzędna. Z kolei JM Rektor AM zwrócił uwagę na aspekt historyczny dbałości o jakość usług medycznych. Okazuje się, że w Polsce systemowe podejście do tej kwestii pojawiło się stosunkowo niedawno, w latach 90 ub. wieku. **Systemy zarządzania jakością są wdrażane i wykorzystywane przez menedżerów jednostek ochrony zdrowia w celu podniesienia jakości i bezpieczeństwa usług medycznych, poprawy ich efektywności i skuteczności.** JM Rektor zaznaczył, że na jakość usług zdrowotnych mają wpływ m.in. takie zasady, jak: dostępność, równość czy akceptacja.

Następnie rozpoczęła się część referatowa konferencji, która składała się z dwóch sesji. Ich otwarcia dokonali przewodniczący, a zarazem pomysłodawcy symposium: prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński – Prodzie-



Prof. dr hab. Bolesław Samoliński – przewodniczący i pomysłodawca konferencji

kan Wydziału Nauki o Zdrowiu AM i prof. dr hab. n. ekon. Krzysztof Opolski, reprezentujący Uniwersytet Warszawski.

W ramach I sesji referatowej omówiono wybrane zagadnienia dotyczące efektywności oraz skuteczności w zarządzaniu jakością usług medycznych. Przedstawione zostały również efekty, jakich można oczekiwać od sprawnie działającego systemu zarządzania jakością w organizacji ochrony zdrowia (referat: „Jakość a efektywność” wygłosił prof. dr hab. n. ekon. K. Opolski). Podkreślona została rola menedżera oraz jej wpływ na kierunek rozwoju organizacji ochrony zdrowia (referat: „Rola menedżera w prowadzeniu systemu zarządzania jakością” – prof. dr hab. n. med. H. Skarżyński). Skuteczne działania podejmowane w oparciu o przyjęte standardy jakości i akceptowane normy służą realizacji określonych celów w organizacjach ochrony zdrowia. (prezentacja „Standardy jakości w badaniach profilaktycznych” – dr n. med. T. Zdrojewski). Na zakończenie pierwszej sesji podkreślono aspekt odpowiedzialności prawnej, odnoszącej się do wszystkich działań podejmowanych



Honorowy patronat nad konferencją objął JM Rektor AM prof. Leszek Pączek (na zdjęciu z prof. Krzysztofem Opolskim, reprezentującym Wydział Nauk Ekonomicznych UW)

przez jednostki ochrony zdrowia w zakresie opieki nad pacjentem (referat „Jakość a odpowiedzialność prawna” – dr n. prawnych A. Huk).

W drugiej sesji referatowej w wielu wystąpieniach została podjęta próba ustosunkowania się do rozwiązań, jakie proponuje akredytacja i/lub certyfikacja (referat „Wdrożenie systemu zarządzania jakością w ZOZ – luksus? racjonalny wybór? konieczność?” – dr n. med. P. Warczyński). Referenci – naukowcy i menedżerowie poszukiwali odpowiedzi na następujące pytania:

– Które z proponowanych rozwiązań systemowych należy przyjąć, m.in. ze względu na jakość i bezpieczeństwo pacjenta: akredytację wg Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia czy certyfikację na zgodność z normą EN-ISO 9001: 2000 – Systemy Zarządzania Jakością? (referat: „Standardy jakości w Europie a bezpieczeństwo pacjenta – co powinniśmy wiedzieć” – dr n. farm. J. Hennig).

– Jakie trudności towarzyszą procesowi wdrażania systemów zarządzania jakością w organizacji ochrony zdrowia w praktyce? (referat: „System zarządzania jakością, meandry wdrożenia” – mgr E. Makulska-Gertruda).

– Czy dobrym rozwiązaniem jest to, aby obie propozycje stanowiły jeden zharmonizowany system, z którego będą czerpać organizacje ochrony zdrowia? (referat: „Certyfikacja systemów? Akredytacja? Systemy zharmonizowane w ochronie zdrowia” – prof. dr hab. n. ekon. K. Lisiecka).

W ostatnim referacie drugiej sesji przedstawiono treści nauczania przekazywane studentom Wydziału Nauki o Zdrowiu warszawskiej AM w ramach przedmiotów poświęconych tematyce zarządzania jakością w ochronie zdrowia („Zagadnienia jakości w treściach nauczania” – prof. dr hab. n. med. B. Samoliński, dr ekon. M. Lisiecka-Bielanowicz).

Po przerwie w czasie panelu dyskusyjnego, którego animatorem był lek. med. W. Pisarski, wypowiedzieli się przedstawiciele zarówno prywatnych, jak i państwowych jednostek ochrony zdrowia: dr n. med. L. Sikorski – Dyrektor Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, prof. dr hab. n. med. P. Kuna – Dyr. Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi, prof. dr hab. n. med. K. Roszkowski-Sliż – Dyr. Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, dr n. med. S. Borkowski – Dyr. Biura Ubezpieczeń Zdrowotnych PZU Życie SA, dr n. med. M. Piróg – Dyr. Cen-



Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Bolesław Piecha otworzył konferencję

trum Zdrowia Dziecka, dr inż. R. Mołdach – Prezes Carolina Medical Center, dr n. med. W. Maślowski – Dyr. Centrum „Attis”. Tematyka wypowiedzi panelistów i pozostałych uczestników konferencji wskazywała na różnorodne aspekty systemów jakości funkcjonujących w ochronie zdrowia. Rozmówcy byli zgodni co do potrzeby dalszej wymiany doświadczeń w zakresie poruszanej tematyki oraz korzyści wynikających z adaptacji sprawdzonych wzorców organizacyjnych, prezentowanych w czasie wystąpień. W dyskusji podkreślona została konieczność ciągłego doskonalenia procesów wpływających na jakość usług. Zdaniem uczestników konferencji, istnieje potrzeba rozwijania umiejętności doboru i wykorzystania adekwatnych narzędzi zarządzania w stosunku do świadczonej działalności usługowej w określonej organizacji ochrony zdrowia.

Obrady konferencyjne potwierdziły fakt, że kluczowymi wyznacznikami prac podejmowanych na rzecz budowy nowego systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinny być jakość oraz bezpieczeństwo świadczonych usług medycznych.

*dr n. ekon. Mira Lisiecka-Bielanowicz
Zakład Profilaktyki Zagrożeń
Środowiskowych i Alergologii AM*



Konferencja prasowa z udziałem organizatorów i uczestników sympozjum

Z SENATU AKADEMII MEDYCZNEJ

26 CZERWCA 2007 r.

1. Gratulacje.

JM Rektor złożył gratulacje z okazji otrzymania tytułu naukowego profesora nauk medycznych:

1. prof. dr hab. Krzysztofowi Czajkowskiemu,
2. prof. dr hab. Andrzejowi Kamińskiemu,
3. prof. dr hab. Hubertowi Kwiecińskiemu.

2. Wręczenie aktów powołania i mianowania.

JM Rektor wręczył:

- akt powołania na stanowisko Kierownika Zakładu Immunologii i Żywienia prof. dr hab. Robertowi Słotwińskiemu,
- akt mianowania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Żywienia Człowieka oraz akt powołania na stanowisko Kierownika Zakładu Żywienia Człowieka prof. dr hab. Zdzisławowi Wójcikowi.

3. Uchwała kierunkowa Senatu w sprawie podwyżek oraz wyrównań płac w AM w Warszawie.

Prof. J. Stelmachów omówił zasady i przedstawił propozycje regulacji płac.

Senat pozytywnie zaopiniował realizację podwyżek i niezbędnych wyrównań płac w poszczególnych grupach pracowniczych nauczycieli akademickich oraz pracowników niebędących nauczycielami akademickimi w ramach środków finansowych przyznanych na 2007 r.

4. Przyjęcie „Planu rzeczowo-finansowego na 2007 rok”.

Projekt „Planu rzeczowo-finansowego Akademii Medycznej w Warszawie na 2007 rok” przedstawili: mgr Halina Biernacka – Kwestor AM oraz mgr Bartosz Grucza – Kanclerz AM.

- Inwestycje Budowlane.
 - Zakupy Inwestycyjne.
 - Fundusze oraz dane dotyczące studentów i doktorantów.
- Zaproponowano również, by Fundusze Wydziałowe przeznaczone na wydatki bieżące, w tym materiały i wyposażenie o cenie jednostkowej poniżej



JM Rektor złożył gratulacje z okazji otrzymania tytułu naukowego profesora nauk medycznych Hubertowi Kwiecińskiemu, wręczył także profesorowi akt powołania na stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Neurologii

Senat przyjął „Plan rzeczowo-finansowy Akademii Medycznej na rok 2007”, który objął następujące dokumenty:

- Rachunek zysków i strat.
- Fundusz wynagrodzeń osobowych, zatrudnienie.
- Wynagrodzenia bezosobowe – działalność podstawową.
- Koszty działalności naukowo-badawczej, usług badawczo-medycznych i współpracy z zagranicą.
- Fundusze Wydziałowe.
- Fundusze Centralne.
- Fundusze Oddziału Nauczania w Języku Angielskim.
- Wydatki na rzecz studentów.
- Remonty.

3.500 zł, w części niewykorzystanej w 2007 r. przeznaczone zostały na wydatki bieżące, tworząc fundusz na zakupy inwestycyjne w 2008 r. Wnioskowano także, by Fundusze na zakupy inwestycyjne, w części niewykorzystanej w 2007 roku, posłużyły finansowaniu inwestycji w 2008 roku.

5. Zapewnienie obsługi sekretarskiej jednostek naukowo-dydaktycznych.

Mgr B. Grucza wystąpił z wnioskiem w sprawie zapewnienia przez AM minimalnego standardu obsługi sekretarskiej w każdej jednostce naukowo-dydaktycznej

Uczelni na poziomie ½ etatu. W przypadku zwiększonych obciążeń dydaktycznych jednostek, wynikających z liczby nauczanych studentów oraz godzin pensyjnych przewiduje się możliwość przyznania dodatkowych środków na realizację zadań. Zakłada się również, że zwiększenie zatrudnienia w tym zakresie nie może przekroczyć w 2007 roku 8 etatów administracyjnych.

Senat poparł wniosek zgłoszony przez mgr Bartosza Gruczę.

6. Uchwała Senatu w sprawie wprowadzenia zmian w Statucie Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej.

Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie podjął uchwałę w sprawie wprowadzenia zmian w Statucie Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej.

7. Stanowisko Władz Uczelni w sprawie trudnej sytuacji w służbie zdrowia.

Rektor oraz Senat Akademii Medycznej w Warszawie wyraził swoje stanowisko w sprawie trudnej sytuacji w służbie zdrowia, w którym:

- Poparł słuszne żądania środowiska medycznego w zakresie konieczności przeprowadzenia strategicznej reformy systemu ochrony zdrowia oraz radykalnego zwiększenia finansowania zarówno ze środków NFZ, jak i budżetu państwa.

- Zaapelował o rzetelną debatę społeczną z pracownikami ochrony zdrowia na temat wszystkich czynników politycznych i społecznych, związanych z kryzysem w służbie zdrowia. Miałyby ona na celu poinformowanie całego społeczeństwa o złożoności problemu i sposobach stopniowego wychodzenia z trudnej sytuacji w naszym kraju.

- Jednocześnie wyrażono sprzeciw w sprawie prywatyzacji szpitali klinicznych, dla których Uczelnia jest organem założycielskim, jako środka zaradczego na poprawę ich sytuacji finansowej.

8. Sprawy osobowe.

1) Senat wyraził zgodę na przedłużenie zatrudnienia na stanowisku kierownika następującym osobom:

- prof. dr hab. Januszowi Cianciarze na stanowisku Kierownika Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych,
- prof. dr hab. Krzysztofowi Czajkowskiemu na stanowisku Kierownika II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii,
- prof. dr hab. Andrzejowi Członkowskiemu na stanowisku Kierownika Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej,
- prof. dr hab. Renacie Górskiej na stanowisku Kierownika Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,
- prof. dr hab. Andrzejowi Górskiemu na stanowisku Kierownika Zakładu Immunologii Klinicznej,

- prof. dr hab. Ireneuszowi Kraśnodębskiemu na stanowisku Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia,
- prof. dr hab. Leszkowi Królickiemu na stanowisku Kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej,
- prof. dr hab. Hubertowi Kwiecińskiemu na stanowisku Kierownika Katedry i Kliniki Neurologii,
- prof. dr hab. Andrzejowi Marchelowi na stanowisku Kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii,
- prof. dr hab. Ewie Mayzner-Zawadzkiej na stanowisku Kierownika Katedry oraz I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- prof. dr hab. Leszkowi Pączkowi na stanowisku Kierownika Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,
- prof. dr hab. Januszowi Piekarczykowi na stanowisku Kierownika Katedry Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii,
- prof. dr hab. Januszowi Piekarczykowi na stanowisku



JM Rektor wręczył akt powołania na stanowisko Kierownika Zakładu Immunologii i Żywienia prof. Robertowi Słotwińskiemu

Kierownika Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Usnej i Implantologii,

- prof. dr hab. Stanisławowi Radowskiemu na stanowisku Kierownika Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej II Katedry Położnictwa i Ginekologii.

2) Senat wyraził pozytywną opinię w sprawie:

- powołania prof. dr hab. Wiesława Glińskiego na stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Dermatologicznej,
- powołania dr hab. Piotra Wroczyńskiego na stanowisko profesora nadzwyczajnego i Kierownika Zakładu Analizy Leków,
- powołania prof. dr hab. Janusza Ślusarczyka na stanowisko Kierownika Zakładu Zdrowia Publicznego,
- powołania prof. dr hab. Marii Borszewskiej-Kornackiej na Przewodniczącą Senackiej Komisji ds. Nauki.

9. Opinia Senatu w sprawie zmiany nazwy Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych na Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii.

Senat pozytywnie zaopiniował wniosek w sprawie zmiany nazwy Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych na Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii.

10. Uchwała Rady Ordynatorów – Kierowników Klinik Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus.

Senat Akademii Medycznej w Warszawie pozytywnie zaopiniował proponowane przez Radę Ordynatorów – Kierowników Klinik Szpitala Klinicznego Dzie-

ciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń Wielonarządowych, kierunki rozwoju, rozbudowy oraz modernizacji strukturalnej i funkcjonalnej Szpitala, polegającej na:

- stworzeniu w Szpitalu centrum nagłej pomocy w stanach ostrych, w tym zagrażających życiu, dla osób mieszkających i pracujących w centrum Warszawy,
- stworzeniu w Szpitalu na bazie Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie wysokospecjalistycznego centrum oraz ośrodka nagłej pomocy stomatologicznej dla mieszkańców Warszawy i regionu,
- stworzeniu w Szpitalu regionalnego ośrodka chirurgii onkologicznej i rekonstrukcyjnej w zakresie ortopedii, chirurgii szczękowo-twarzowej, urologii oraz okulistyki.
- stworzeniu w Szpitalu regionalnego ośrodka toksykologii.

11. Informacje Prorektora ds. Dydaktyczno-Wychowawczych.

• **Rekrutacja.**

Prof. P. Zaborowski, Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych omówił przebieg procesu rekrutacji na studia w AM.

• **Program Profilaktyczno-Integracyjny.**

Prof. P. Zaborowski poinformował o uruchomieniu unikatowego w skali kraju Programu Profilaktyczno-Integracyjnego dla wszystkich studentów przyjętych na pierwszy rok studiów.

Program ten będzie dofinansowany zarówno przez Prezydenta m. st. Warszawy, jak i przez Marszałka Woj. Mazowieckiego.

Zajęciami zostaną objęci studenci wszystkich wydziałów i kierunków. Programy będą do-

tyczyły nabywania umiejętności interpersonalnych. Celem programu jest wyrównywanie szans studentów w zakresie umiejętności wzajemnego oddziaływania.

• **Powołanie czasopisma „Filozoficzne i Humanistyczne Podstawy Medycyny”.**

Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych wystąpił z wnioskiem o wyrażenie zgody na powołanie w Akademii Medycznej w Warszawie czasopisma „Filozoficzne i Humanistyczne Podstawy Medycyny”. Senat pozytywnie zaopiniował ten wniosek.

• **Porozumienia w sprawie kształcenia studentów wojskowych.**

Prof. P. Zaborowski poinformował, że Wojskowy Instytut Medyczny zawiesił w najbliższym roku akademickim sprawę realizacji porozumienia w zakresie kształcenia w AM 60 studentów podchorążych korpusu medycznego na kierunku lekarskim. Rekrutacja w tym zakresie odbędzie się najprawdopodobniej w następnym roku akademickim.

12. Komunikaty i wolne wnioski.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę zawarcia przez Uczelnię umowy konsorcjum z SP CSK przy ul. Banacha, która umożliwi przeprowadzenie na terenie Szpitala badań alergologicznych w ramach grantu „Wdrożenie systemu profilaktyki i wczesnej wykrywalności chorób alergicznych w Polsce”. Wykonawcą badań będzie Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii prof. dr hab. Boleśław Samoliński.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacyjno-Prawne AM



Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

21 czerwca 2007 roku

godz. 10³⁵

lek. Adam Rdzanek: „Porównanie budowy blaszki miażdżycowej w tętnicy wieńcowej u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową i ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST”

promotor: prof. dr hab. Grzegorz Opolski

recenzenci: prof. dr hab. Robert Gil

prof. dr hab. Jacek Kubica

godz. 12⁰⁵

lek. Norbert Paweł Górski: „Zachowawcze leczenie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych – etiopatologia i możliwości terapeutyczne”

promotor: prof. dr hab. Antoni Krzeski

recenzenci: dr hab. Jadwiga Meszaros

prof. dr hab. Dariusz Jurkiewicz

godz. 12⁵⁰

lek. Krzysztof Komorzycki „Ocena antybiotykoterapii prewencyjnej w ostrym martwiczym zapaleniu trzustki”

promotor: dr hab. Włodzimierz Otto

recenzenci: prof. dr hab. Anna Barańczyk-Kuźma

prof. dr hab. Edward Stanowski

godz. 13³⁵

lek. Marek Wroński „Kliniczno-morfologiczna ocena wyników rozpoznawania i leczenia pierwotnych guzów stromalnych przewodu pokarmowego (GIST)”

promotor: prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski

recenzenci: prof. dr hab. Edward Stanowski

dr hab. Krzysztof Zieniewicz

II Wydział Lekarski

15 czerwca 2007 roku

godz. 11⁰⁰

lek. Bartłomiej Kozdój „O współistnieniu miażdżycy tętnic szyjnych i tętnic kończyn dolnych”

promotor: prof. dr hab. Wojciech Noszczyk

recenzenci: prof. dr hab. Piotr Ciostek

prof. dr hab. Jerzy Michalak

godz. 12⁰⁰

lek. Jacek Waligóra „Badanie zależności między rodzajem stosowanego leczenia a ekspresją białek p63 i Ki67 u chorych z owrzodzeniami żylnymi podudzi”

promotor: dr hab. Bartłomiej Noszczyk

recenzenci: prof. dr hab. Sławomir Majewski

prof. dr hab. Jerzy Arendt

godz. 13⁰⁰

lek. Eliza Pleban „Tętniaki pozaczaszkowych tętnic szyjnych – analiza metod leczenia w oparciu o doświadczenia jednego ośrodka”

promotor: dr hab. Piotr Szopiński

recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Jurkiewicz

prof. dr hab. Andrzej Dorobisz

godz. 14⁰⁰

mgr Andrzej Dębiński „Ocena skojarzonego wpływu pomidronianu sodu i fluorku sodu na tkankę kostną szczura”

promotor: dr hab. Grażyna Nowicka

recenzenci: prof. dr hab. Jarosław Deszczyński

prof. dr hab. Barbara Cybulska

Wydział Farmaceutyczny

6 czerwca 2007 roku

godz. 12⁰⁰

mgr Monika Zych „Rhodiola Kirilowii (Crassulaceae) w kulturze in vitro: mikrorozmnażanie, badania fitochemiczne i biologiczne”

promotor: prof. dr hab. Mirosława Furmanowa

recenzenci: prof. dr hab. Halina Strzelecka

prof. dr hab. Jaromir Budzianowski

Prace doktorskie znajdują się do wglądu w Bibliotece Akademii Medycznej przy ul. Oczki 1 w Warszawie

Streszczenia wyróżnionych prac doktorskich

MAJ 2007

„Izoenzymy arginazy w diagnostyce pierwotnego raka jelita grubego i przerzutów do wątroby”

mgr Magdalena Mielczarek-Puta

promotor: *prof. dr hab. Anna Barańczyk-Kuźma*

recenzenci: *prof. dr hab. Maria Wąsik*

prof. dr hab. Bogdan Szukalski

Arginaza (amidnohydrolaza, EC.3.5.3.1) występuje niemal na każdym poziomie ewolucji – jej obecność stwierdzono u bakterii, drożdży, roślin, bezkręgowców i kręgowców. Katalizowana przez ten enzym reakcja hydrolizy argininy do ornityny i mocznika ma odmienne znaczenie biochemiczne i fizjologiczne w zależności od organizmu i tkanki. W wątrobie zwierząt ureotelicznych, gdzie aktywność enzymu jest najwyższa, arginaza uczestniczy w detoksykacji amoniaku. Aktywność arginazy w tkankach pozawątrobowych jest znacznie niższa, a jej funkcja prawdopodobnie ma związek z metabolizmem L-argininy. W tkankach ssaków występują dwa izoenzymy arginazy – AI i AII, charakteryzujące się odmienną lokalizacją komórkową, różniące się właściwościami fizykochemicznymi, kinetycznymi i immunologicznymi. Zainteresowanie rolą arginazy w chorobach nowotworowych może tłumaczyć fakt, że enzym ten dostarcza komórkom ornityny – prekursora biosyntezy poliamin, związków ważnych w proliferacji i różnicowaniu komórek.

Celem rozprawy doktorskiej było oznaczenie aktywności arginazy, określenie rodzaju izoenzymów i możliwości ich wykorzystania w diagnostyce chorych z rakiem jelita grubego oraz chorych z przerzutami tego nowotworu do wątroby.

Zbadano aktywność i ekspresję izoenzymów arginazy na poziomie białka i mRNA u 60 chorych

z rakiem jelita grubego i 120 chorych z przerzutami tego nowotworu do wątroby, operowanych w Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie. Badania prowadzono na tkankach, usuwanych podczas zabiegu operacyjnego oraz na surowicy krwi, pobieranej 1 dzień przed i 6 dni po operacji. Jako kontrolę stosowano wycinki jelita grubego pobierane 6-7 cm od granicy guza oraz surowicę zdrowych dawców krwi (n = 90) i pacjentów z nienowotworowymi chorobami układu pokarmowego (n = 80).

Wykazano, że aktywność arginazy w raku jelita grubego i guzach przerzutowych tego nowotworu do wątroby jest wyższa niż w jelicie grubym. W guzach przerzutowych jest ona znacznie wyższa niż w guzach pierwotnych, co może być wynikiem przystosowania się komórek nowotworowych do metabolizmu wątroby. W jelicie grubym, raku jelita grubego oraz w guzach przerzutowych występują dwa izoenzymy arginazy – arginaza kationowa AI i anionowa AII, których ekspresja na poziomie mRNA jest wyższa w tkankach nowotworowych niż kontrolnych. Wzrost aktywności arginazy w guzach pierwotnych i przerzutowych raka jelita grubego jest więc efektem nadekspresji obu izoenzymów arginazy (AI i AII).

Ponadto stwierdzono, że przedoperacyjna aktywność arginazy w surowicy chorych z rakiem jelita grubego i chorych z przerzutami, jest wyższa niż w grupie kontrolnej oraz spada po resekcji guzów. Aktywność jest wyższa u pacjentów z przerzutami niż z rakiem pierwotnym jelita. W surowicy badanych pacjentów oraz zdrowych dawców krwi wykazano obecność tylko jednej, kationowej izoformy AI, której aktywność jest wyższa u osób chorych niż zdrowych. Wzrost aktywności arginazy w surowicy pacjentów z rakiem jelita grubego i jego przerzutami do wątroby jest zatem efektem wzrostu aktywności izoformy AI. Jej oznaczanie może więc być przydatne w diagnostyce raka jelita grubego i przerzutów do wątroby.

CZERWIEC 2007

„Ocena enzymatycznej bariery antyoksydacyjnej u chorych z nowotworami przewodu pokarmowego”

mgr Dorota Ścibior

promotor: *dr hab. Hanna Czczot*

recenzenci: *prof. dr hab. Barbara Tudek*

prof. dr hab. Maria Wiechetek

Pomimo intensywnie prowadzonych badań, wiedza na temat roli i udziału enzymów antyoksydacyjnych w patogenezie i rozwoju nowotworów przewodu pokarmowego jest wciąż niewystarczająca. Najczęściej dostępne w literaturze wyniki dotyczą oceny aktywności niektórych tylko enzymów, wchodzących w skład bariery antyoksydacyjnej. Istnieje również w literaturze niewiele danych z równoległych badań, oceniających enzymatyczną barierę antyoksydacyjną, zarówno w tkankach,

jak i w surowicy krwi, pobranych od tego samego chorego z określonym typem nowotworu przewodu pokarmowego. Do tej pory nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy istnieje zależność między zmianami aktywności enzymów bariery antyoksydacyjnej a stopniem rozwoju nowotworu.

Celem pracy była całościowa ocena enzymatycznej bariery antyoksydacyjnej w zmienionych nowotworowo tkankach oraz surowicy krwi chorych z nowotworami przewodu pokarmowego, a także określenie profilu aktywności enzymów bariery antyoksydacyjnej w różnych stadiach rozwoju nowotworów przewodu pokarmowego.

Badaniami objęto łącznie 180 chorych operowanych w latach 2002-2005 w Klinikach Chirurgii AM w Warszawie, w tym: 10 chorych z rakiem żołądka, 30 chorych z nowotworami wątroby (20 z guzami złośliwymi i 10 z guzami łagodnymi), 60 chorych z pierwotnym rakiem jelita grubego, 50 z metachronicznymi przerzutami raka jelita grubego do wątroby oraz 30 chorych z marskością wątroby. Materiał badawczy stanowiły tkanki usuwane podczas zabiegu operacyjnego oraz surowica krwi, pobieranej od tych samych chorych 1 dzień przed i 6 dni po operacji. Jako kontrolę zastosowano wycinki tkanek niezmiennych nowotworowo, pobranych w odległości 6-7 cm od granicy guza oraz surowicę 53 zdrowych dawców krwi.

W ekstraktach tkankowych i surowicy krwi oznaczano aktywność enzymów: cynkowo-miedziowej dysmutazy ponadtlenkowej (CuZnSOD), manganowej dysmutazy ponadtlenkowej (MnSOD), peroksydazy glutationowej (GSHPx), selenozależnej peroksydazy glutationowej (Se-GSHPx), katalazy (CAT), transferazy glutationowej (GST) i reduktazy glutationowej (GSHR) oraz stężenie zreduko-

wanego glutationu (GSH). Dodatkowo oznaczono stężenie TBARS (związków reagujących z kwasem tiobarbiturowym) jako wskaźnika nasilenia procesu peroksydacji lipidów.

W celu określenia, czy dochodzi do zmian w enzymatycznej barierze antyoksydacyjnej w zależności od stopnia rozwoju nowotworu, oznaczono aktywność poszczególnych enzymów oraz poziom GSH i peroksydacji lipidów w kolejnych stadiach odróżnicowania komórek (G1-G3) oraz zaawansowania klinicznego (I-IV wg UICC) raka jelita grubego.

Wykazane w pracy różnice w enzymatycznej barierze antyoksydacyjnej pomiędzy guzami a tkankami niezmiennymi nowotworowo wskazują, że w nowotworach przewodu pokarmowego dochodzi do uruchomienia mechanizmów antyoksydacyjnych, które ułatwiają komórkom nowotworowym adaptację do funkcjonowania w warunkach stresu oksydacyjnego. Z kolei aktywność badanych enzymów, stężenie GSH i TBARS w surowicy chorych świadczą o zaburzeniach ogólnoustrojowych mechanizmów antyoksydacyjnych.

Obniżona aktywność badanych enzymów antyoksydacyjnych oraz niskie stężenie GSH w marskiej wątrobie wskazują na osłabienie bariery antyoksydacyjnej, co może sprzyjać nowotworzeniu.

Zaobserwowane zmiany aktywności enzymów bariery antyoksydacyjnej i poziomu GSH w kolejnych stadiach zaawansowania procesu nowotworowego w jelicie grubym (G1-G3; I-IV) wydają się być związane ze stworzeniem komórkom guza warunków niezbędnych do przeżycia i proliferacji.

Stwierdzone zmiany w barierze antyoksydacyjnej towarzyszą zarówno powstawaniu, jak i rozwojowi nowotworów przewodu pokarmowego.

„Czynniki ryzyka postępu nefropatii IgA i nefropatii w zespole Schönleina-Henocha u dzieci”

lek. Małgorzata Mizerska-Wasiak

promotor: *prof. dr hab. Maria Roszkowska-Blaim*

recenzenci: *prof. dr hab. Maria M. Zajączkowska*

prof. dr hab. Leszek Pączek

Nefropatia IgA (IgAN) i nefropatia w zespole Schönleina-Henocha (Henoch-Schönlein nephritis, HSN), nazywane również nefropatiami Iga, to najczęściej występujące na świecie kłębuszkowe zapalenia nerek, które mogą prowadzić do przewlekłej niewydolności nerek (PNN). Upośledzenie ich

funkcji jest zależne od włóknienia tkanki śródmiąższowej i cewek nerkowych, które może być spowodowane akumulacją białek macierzy zewnątrzkomórkowej, takich jak fibronektyna (FN), kolagen IV (col IV) i laminina. Nadal poszukuje się czynników, które mogą mieć wpływ na postęp IgAN i HSN, pozwolą przewidzieć rokowanie, a w związku z tym ustalenie wskazań do leczenia, którego standardy nie są dotychczas określone.

Celem pracy była: 1. Ocena korelacji kliniczno-histopatologicznej w IgAN i HSN u dzieci. 2. Badanie przydatności oznaczania w moczu FN i col IV jako potencjalnych markerów postępu nefropatii. 3. Ocena wpływu stosowanego leczenia na przebieg nefropatii u dzieci. 4. Ustalenie czynników rokowniczych, wpływających na postęp IgAN i HSN u dzieci.

Materiał i metody: Badaniami objęto 53 dzieci w wieku $9,74 \pm 3,95$ (3-17,7 lat), w tym 20 z nefropatią IgA i 33 z nefropatią w zespole Schönleina-Henocha, hospitalizowanych w Klinice Pediatrii i Nefrologii AM w Warszawie w latach 1994-2004. U wszystkich pacjentów wykonano biopsję nerki w średnim czasie $0,68 \pm 1,37$ lat od początku choroby i przeprowadzono analizę przebiegu choroby z uwzględnieniem: objawów klinicznych, wyników badań laboratoryjnych oraz oceny histopatologicznej biopsji nerki z zastosowaniem klasyfikacji wg WHO w stopniach I-V oraz indeksu aktywności (IA) i indeksu przewlekłości (IP) procesu zapalnego (w skali punktowej).

U 43 dzieci (17 z IgAN i 26 z HSN) badano stężenie fibronektyny i kolagenu IV w moczu dobowym (ng/mg kreatyniny), co 6 miesięcy w pierwszym roku obserwacji i w 24 miesiącu. Badanie rozpoczęto w średnim czasie $2,81 \pm 2,02$ lat od początku choroby. Grupę kontrolną dla badania FN i col IV stanowiło 18 zdrowych dzieci. Analizie poddano również leczenie stosowane wg ustalonego protokołu u dzieci z IgAN i HSN, z uwzględnieniem kontrolnej biopsji nerki u 14 pacjentów.

Wyniki:

– u dzieci z IgAN i HSN oraz białkomoczem na początku choroby, w biopsji nerki stwierdzono istotnie wyższy ($p < 0,05$) stopień w klasyfikacji wg WHO (III/IV) oraz wyższe średnie wartości IA i IP niż u dzieci bez białkomoczu,

– u dzieci z IgAN stwierdzono ujemną korelację ($r = -0,4$, $p = 0,08$) między wiekiem zachorowania a stopniem zmian w biopsji nerki w klasyfikacji wg WHO, u dzieci z HSN nie stwierdzono takiej zależności,

– u dzieci z IgAN i HSN stwierdzono dodatnią korelację między stężeniem FN i col IV na początku obserwacji (odpowiednio $r = 0,41$, $p < 0,05$; $r = 0,37$, $p < 0,05$) a wartością białkomoczu na początku choroby; stężenia FN i col IV u dzieci chorych były istotnie wyższe niż w grupie kontrolnej,

– u pacjentów w badanej grupie obserwowano wyższe średnie wartości FN i col IV na początku obserwacji u dzieci z III/IV stopniem zaawansowania zmian w biopsji nerki wg WHO niż u dzieci z I/II (różnice nie były istotne statystycznie),

– po 24 miesiącach obserwacji zanotowano istotne obniżenie średniej wartości FN i col IV, zarówno u dzieci z IgAN ($p < 0,05$), jak i z HSN ($p < 0,01$), pomimo iż średnie wartości FN i col IV były wyższe (NS) w porównaniu do grupy kontrolnej,

– u dzieci z IgAN i HSN leczonych wg przyjętego protokołu, na zakończenie obserwacji uzyskano: ustąpienie białkomoczu u 83% leczonych, w kontrolnym badaniu biopsyjnym brak progresji choroby u 93%, w tym poprawę stopnia klasyfikacji zmian wg WHO wykazano u 57% dzieci.

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące **wnioski:** 1. U dzieci z IgAN i HSN obecność białkomoczu na początku choroby stanowi czynnik ryzyka zaawansowanych, niekorzystnych prognostycznie zmian w biopsji nerki. 2. Stwierdzenie dynamiki zmian stężenia FN i col IV w moczu oraz dodatniej korelacji z białkomoczem w badanej grupie, może być dowodem przydatności oznaczania wyżej wymienionych markerów jako wskaźników aktywności nefropatii. 3. Skuteczność ustalonego protokołu leczenia, stosowanego w zależności od objawów klinicznych i stopnia zaawansowania zmian w biopsji nerki wg WHO, z uwzględnieniem indeksu aktywności i przewlekłości, wykazano u 83% dzieci i potwierdzono w kontrolnych biopsjach nerki. 4. U badanych dzieci z IgAN i HSN obecność białkomoczu na początku choroby oraz zmian cewkowo-śródmiąższowych w biopsji nerki stanowi czynnik ryzyka postępu choroby, ale zastosowanie właściwego, wczesnie rozpoczętego leczenia prowadzi do zahamowania przewlekłego procesu zapalnego i/lub regresji zmian histopatologicznych w nerkach.

„Plazmocyty nowotworowe jako czynnik prognostyczny u chorych na szpiczaka mnogiego leczonych autoprzeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych”

mgr Magdalena E. Feliksbro-Trojanowicz

promotor: *prof. dr hab. Jadwiga Dwilewicz-Trojaczek*

recenzenci: *prof. dr hab. Maria Kraj*

prof. dr hab. Maria Wąsik

Obecnie leczeniem z wyboru u chorych na szpiczaka plazmocytozy stała się wysokodawkowa chemioterapia, wspomagana autoprzeszczepieniem obwodowych komórek macierzystych (peripheral blood stem cell transplantation – auto-PBSCT).

Celem pracy było ustalenie wpływu nowotworowych plazmocytów w materiale przeszczepowym na czas do uzyskania remisji (PR/CR – remisja częściowa/remisja całkowita) oraz przeżycie chorych. Celem drugorzędowym było ustalenie wpływu parametrów morfologii krwi obwodowej i szpiku kostnego oraz wybranych parametrów biochemicznych

(stężenia beta-2-mikroglobuliny, kreatyniny, albuminy oraz aktywności LDH) na uzyskanie remisji i przeżycie chorych.

Materiał i metody: Badaniem zostało objętych 59 chorych (28 K i 31 M, w wieku 36-68 lat; mediana 55) leczonych w Katedrze i Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1997-2004. Byli to chorzy leczeni z powodu szpiczaka mnogiego wysokodawkową chemioterapią połączoną z auto-PBSCT.

Fenotyp komórek nowotworowych szpiku kostnego oraz odsetek komórek macierzystych badano metodą cytometrii przepływowej. Nowotworowe plazmocyty w szpiku kostnym oraz w produkcji leukaferezy badano, bramkując je w układzie CD38/SSC. Komórki macierzyste oceniano na podstawie powierzchniowej ekspresji antygenu CD34.

Wszyscy chorzy zostali poddani wieloetapowemu leczeniu. Następnie stosowano mobilizację komórek macierzystych.

U wszystkich chorych wykonano minimum jedno auto-PBSCT (1-5) poprzedzone chemioterapią MEL200 i MEL100. Jednorazowo przeszczepiano od $2-4 \times 10^6$ komórek CD34+/kg m. c. biorcy.

W badaniu opracowano i zanalizowano wskaźnik (PN:CD34+), który określał stosunek plazmocytołów nowotworowych (PN) do komórek CD34+ w przeszczepianym produkcie leukaferezy.

Do analizy statystycznej użyto: testu Mann'a-Whitney'a, współczynnika R-Spearman'a oraz krzywych przeżywalności Kaplana-Meiera. Jako granicę istotności różnic przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki: Porównano przeżycie i czas do uzyskania remisji (PR/CR) chorych w dwóch grupach w zależności od wskaźnika PN:CD34+. W 800 dni od pierwszego auto-PBSCT żyło więcej chorych (64%) w grupie, w której PN:CD34+ < 1, niż w grupie chorych, u których PN:CD34+ ≥ 1 - 25% ($p = 0,02$). Istotnie krótszy czas do uzyskania remisji wykazywali chorzy, u których PN:CD34+ < 1 (mediana 123 dni) w porównaniu do chorych, u których PN:CD34+ ≥ 1 (mediana 280 dni) ($p = 0,04$).

W 800 dni od pierwszego autoPBSCT stwierdzono statystycznie lepsze przeżycie chorych, którzy wykazywali niższe wartości odsetka plazmocytołów nowotworowych w materiale przeszczepowym (%PN) (%PN $\leq 0,25$: 56% vs %PN > 0,25: 37%, $p = 0,01$), liczby bezwzględnej plazmocytołów nowotworowych w materiale przeszczepowym (PN) (PN $\leq 20 \times 10^6$ 66% vs PN > 20×10^6 35%, $p = 0,004$) oraz liczby plazmocytołów nowotworowych w materiale przeszczepowym w przeliczeniu na kilogram masy ciała chorego (PN/kg) (PN/kg $\leq 0,2 \times 10^6$ 70% vs PN/kg > $0,2 \times 10^6$ 37%, $p = 0,01$).

Najczęściej fenotyp plazmocytołów nowotworowych był następujący: CD38+++CD138++CD45-CD56+CD19-CD10-CD20-CD23-.

Na uzyskanie remisji wpływ miały początkowe wartości: płytek krwi (mediana: PR/CR $194 \times 10^9/L$ vs brak PR/CR $106,50 \times 10^9/L$, $p = 0,02$), beta-2-mikroglobuliny (mediana: PR/CR 3,57mg/l vs brak PR/CR 10,55mg/l, $p = 0,03$) oraz LDH (mediana: PR/CR 398 u/L vs brak PR/CR 618 u/L, $p = 0,04$).

Chorzy, którzy żyli w czasie zakończenia badania (A) mieli statystycznie wyższe wyjściowe wartości hemoglobiny [mediana: grupa A 10,10g/dl vs grupa Z (zmarli) 9,10g/dl, $p = 0,01$], na granicy istotności lepsze wyjściowe wartości płytek krwi (mediana: grupa A $194 \times 10^9/L$ vs grupa Z $146,50 \times 10^9/L$, $p = 0,06$).

Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy czasem całkowitego przeżycia chorych a początkową wartością hemoglobiny ($p = 0,01$).

Wykazano dodatnią korelację między odsetkiem plazmocytołów nowotworowych w szpiku kostnym przed mobilizacją komórek macierzystych a wskaźnikiem PN:CD34+ ($p = 0,03$).

W 800 dni po pierwszym autoPBSCT stwierdzono wyższy odsetek przeżycia w grupie kobiet (72%) niż w grupie mężczyzn (42%) ($p = 0,03$).

Wykazano niższą wartość wskaźnika PN:CD34+ u kobiet niż u mężczyzn ($p = 0,04$).

Wnioski:

1. U chorych na szpiczaka mnogiego leczonych autoprzeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych, czas do uzyskania remisji i czas przeżycia zależy od stosunku plazmocytołów nowotworowych do komórek CD34+ (PN:CD34+) w materiale przeszczepionym.
2. U chorych na szpiczaka mnogiego leczonych metodą auto-PBSCT, wpływ na lepsze przeżycie mają niższe wartości plazmocytołów w przeszczepionym materiale oceniane jako: %PN, PN oraz PN/kg.
3. Czynniki istotnie wpływającymi na uzyskanie remisji i przeżycie chorych są wyjściowe wartości hemoglobiny, płytek krwi, beta-2-mikroglobuliny oraz wyjściowa aktywność LDH.

OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA ZESPOŁU METABOLICZNEGO W GRUPIE PACJENTÓW PORADNI KARDIOLOGICZNEJ

**lek. Anna Jeznach-Steinhagen,
Marta Cituk**

*Zakład Żywienia Człowieka
Wydział Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie
Kierownik Zakładu: **prof. dr hab. Bruno Szczygiel***

Streszczenie

Zespół metaboliczny charakteryzuje występowanie zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, których współistnienie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych, a także cukrzycy typu 2.

Celem pracy była ocena częstości występowania zespołu metabolicznego na podstawie kryteriów z 2001 i 2005 roku, a także porównanie wymienionych kryteriów rozpoznawania oraz ocena częstości występowania poszczególnych elementów zespołu metabolicznego w badanej grupie pacjentów.

Badanie przeprowadzono w grupie 100 pacjentów (64 kobiet i 36 mężczyzn w wieku od 42-85 lat), będących pod opieką Poradni Kardiologicznej przy Szpitalu Bródnowskim w Warszawie. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono częstsze występowanie zespołu metabolicznego przy zastosowaniu kryteriów z 2005 roku (kryteria z 2005 roku spełniało 67% pacjentów, kryteria z 2001 roku pozwalały rozpoznać zespół metaboliczny u 55% badanych). Najczęstszym zaburzeniem występującym w badanej populacji było nadciśnienie tętnicze krwi i otyłość brzuszna, zarówno przy zastosowaniu kryteriów NCEP – ATP III, jak i IDF.

Słowa kluczowe: zespół metaboliczny, otyłość, insulinooporność, cukrzyca typu 2.

Wstęp

Zespół metaboliczny charakteryzuje występowanie otyłości brzusznej, zaburzeń gospodarki węglowodanowej z insulinoopornością i hiperinsulinemią, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, stanów prozapalnych i prozakrzepowych. Współistnienie wymienionych zaburzeń metabolicznych i hormonalnych znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych, naczyniowych, a także cukrzycy typu 2.

W ciągu ostatnich lat kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego ulegały znacznym modyfikacjom. Oficjalna definicja została ustalona w 1999 r. przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) [1, 2]. Kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego wg WHO przedstawiono w tabeli 1.

Obecnie w praktyce klinicznej zastosowanie znalazły kryteria ustalone w 2001 roku przez ekspertów Narodowego Programu Edukacji Cholesterolowej Dorosłych (National Cholesterol Education Program – NCEP) przedstawione w III Raporcie Zespołu Ekspertów do spraw Wykrywania, Oceny i Leczenia Hipercholesterolemii u Dorosłych (Adult Treatment Panel III – ATP III) (tabela 2) oraz ich modyfikacja wprowadzona w 2005 roku przez Światową Organizację do spraw Cukrzycy (International Diabetes Federation – IDF) (tabela 3) [1, 4, 5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania zespołu metabolicznego na podstawie kryteriów z 2001 i 2005 roku wśród pacjentów kardiologicznych. Przeanalizowano też częstość występowania poszczególnych elementów zespołu metabolicznego oraz porównano częstość diagnozowania zespołu w badanej populacji wg kryteriów ATP III i IDF.

Materiały i metody

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów będących pod opieką Poradni Kardiologicznej przy Szpitalu Bródnowskim w Warszawie. Przeanalizowano grupę 100 osób – 64 kobiet i 36 mężczyzn w wieku od 42 do 85 lat. Najmłodsza pacjentka miała 42 lata, najstarsza 85 lat (średnia wieku wynosiła 68,1 lat). W grupie mężczyzn najmłodszy pacjent miał 48 lat, najstarszy 85 lat (średnia wieku wynosiła 68,4 lat).

U wszystkich pacjentów dokonano pomiaru obwodu talii i masy ciała, a na podstawie analizy wyników badań laboratoryjnych dostępnych w historii choroby oceniono poziomy glikemii na czczo, cholesterolu HDL i trójglicerydów w surowicy, a także wartości ciśnienia tętniczego krwi. Pomiarów antropometrycznych dokonano przy użyciu wagi lekarskiej i centymetra krawieckiego.

Otrzymane wyniki przeanalizowano pod kątem występowania zespołu metabolicznego zgodnie z kryteriami ATP III z 2001 r. i IDF z 2005 roku. W ocenie wzięto też pod uwagę częstość występowania poszczególnych elementów zespołu metabolicznego i zróżnicowanie grupy ze względu na płeć.

Analizy danych wykonano przy użyciu programu Microsoft Excel.

Wyniki

Częstość występowania zespołu metabolicznego w badanej grupie różni się w zależności od zastosowanych kryteriów rozpoznawania. Na podstawie definicji NCEP – ATP III z 2001 roku zespół metaboliczny zaobserwowano u 55% badanych, kryteria IDF z 2005 roku spełniało 67% pacjentów. Częstość występowania zespołu metabolicznego w zależności od zastosowanych kryteriów przedstawia rycina 1. Spośród badanych mężczyzn 36,1% spełniło kryteria zespołu metabolicznego z 2001 roku, natomiast w odniesieniu do wytycznych z 2005 roku już 58,3%. W grupie kobiet zastosowanie kryteriów IDF także spowodowało częstsze diagnozowanie zespołu metabolicznego (kryteria ATP III spełniło 65,6%, przy wprowadzeniu wytycznych IDF ich liczba wzrosła do 71,9%). Częstość występowania zespołu metabolicznego z uwzględnieniem podziału grupy na płeć przedstawia rycina 2.

Występowanie otyłości brzusznej wg kryteriów NCEP – ATP III stwierdzono u 66% badanych. Biorąc pod uwagę modyfikację kryteriów rozpoznawania otyłości brzusznej wprowadzoną w 2005 roku, ten typ otyłości zaobserwowano u 85% pacjentów. W grupie mężczyzn częstość diagnozowania otyłości brzusznej była mniejsza niż w grupie kobiet i wynosiła 47% wg kryteriów z 2001 roku i 69% zgodnie z kryteriami z 2005 roku. Kryteria ATP III spełniło 76% badanych kobiet, natomiast według kryteriów IDF otyłość centralną zaobserwowano u 93% badanych kobiet. Częstość występowania otyłości brzusznej w zależności od zastosowanych kryteriów przedstawia rycina 3. Na rycinie 4 zaprezentowano częstość występowania otyłości brzusznej z uwzględnieniem podziału grupy na płeć. Częstość występowania hiperglikemii różni się w zależności od zastosowanych kryteriów. Według wytycznych NCEP – ATP III 16% badanych miało podwyższoną glikemię na czczo, natomiast według kryteriów IDF hiperglikemia występowała u 34% pacjentów (rycina 5). W grupie mężczyzn kryteria ATP III dotyczące występowania hiperglikemii spełniło 13,3% badanych, natomiast w odniesieniu do bardziej rygorystycznych kryteriów z 2005 roku 36,1% miało podwyższoną glikemię na czczo. Liczba kobiet ze zdiagnozowaną hiperglikemią w tej

grupie była nieco wyższa i wyniosła odpowiednio 17,2% wg kryteriów ATP III i 32,8% wg kryteriów IDF. Na rycinie 6 przedstawiono częstość występowania hiperglikemii w grupie mężczyzn i kobiet. Ciśnienie tętnicze powyżej 130/85 mmHg zaobserwowano u 66% badanych osób. 61,1% spośród wszystkich mężczyzn miało podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, w grupie kobiet u 68,7% zaobserwowano wysokie wartości ciśnienia tętniczego (rycina 7). Hipertrójglicerydemia występowała u 46% pacjentów i jej występowanie było częstsze w grupie mężczyzn (50% badanych) niż w grupie kobiet (43,7%). Częstość występowania hipertrójglicerydemii przedstawia rycina 8. U 40% badanych zauważono obniżony poziom cholesterolu HDL w surowicy. Ta tendencja była wyraźniejsza w grupie kobiet – 45% spośród badanych miało obniżone wartości cholesterolu frakcji HDL. Wśród mężczyzn wartości cholesterolu frakcji HDL poniżej normy zaobserwowano u 30% badanych (rycina 9). Zdiagnozowaną cukrzycę typu 2 miało 32% pacjentów. Spośród badanych mężczyzn cukrzycę typu 2 można było stwierdzić u 25%, w przypadku grupy kobiet chorobę zaobserwowano u 35,9% (ryc. 10).

Najczęstszym zaburzeniem występującym w badanej populacji było nadciśnienie tętnicze krwi i otyłość brzuszna, zarówno przy zastosowaniu kryteriów NCEP – ATP III i IDF. W grupie mężczyzn dominowało występowanie hipertrójglicerydemii. W grupie badanych kobiet najczęściej obserwowano obniżony poziom cholesterolu frakcji HDL. Najbardziej obserwowanym elementem zespołu metabolicznego wśród pacjentów była hiperglikemia i cukrzyca typu 2. Rycina 11 przedstawia częstość występowania poszczególnych zaburzeń metabolicznych zgodnie z wytycznymi ATP III. Na rycinie 12 zaprezentowano częstość występowania poszczególnych elementów zespołu metabolicznego według kryteriów IDF.

Dyskusja

Modyfikacja kryteriów rozpoznawania zespołu metabolicznego wprowadzona w 2005 roku dotyczyła dwóch elementów: wartości obwodu talii i glikemii na czczo. Obniżenie wartości normy dla tych kryteriów rozpoznawania zespołu zgodnie z wytycznymi IDF spowodowało zwiększenie liczby pacjentów z rozpoznaniem zespołem metabolicznym (w porównaniu do kryteriów rozpoznawania zaproponowanych w 2001 roku przez ATP III). Podobne wnioski uzyskano na podstawie przeprowadzonego w latach 2003-2005 w Polsce badania WOBASZ. W badaniu tym obserwacje przeprowadzono u 6114 mężczyzn i 6894 kobiet w wieku 20-74lat[3]. Kryteria ATP III spełniło 19,5% mężczyzn

i 18,6% kobiet, natomiast według definicji z 2005 roku zespół metaboliczny można było stwierdzić u 23% mężczyzn i 20% kobiet. Podobnie jak w badaniu własnym najczęstszym zaburzeniem występującym w całej grupie badawczej było nadciśnienie tętnicze. Badanie WOBASZ potwierdziło najczęstsze występowanie hipertrójglicydemii w grupie mężczyzn, natomiast w grupie kobiet dominowała otyłość brzuszna [3]. Dodatkowo zwrócono uwagę na tendencję wzrostu częstości występowania zespołu metabolicznego wraz z wiekiem, zwłaszcza w grupie kobiet [3]. W badaniu własnym nie zaobserwowano takich wyników prawdopodobnie ze względu na mniejszą i mniej zróżnicowaną wiekowo grupę badawczą.

Zwiększenie częstości występowania zespołu metabolicznego po wprowadzeniu zmodyfikowanych kryteriów rozpoznawania w 2005 roku potwierdziło też badanie NATPOL PLUS [6]. Objęto nim grupę 2329 osób w wieku powyżej 18 roku życia. Kryteria ATP III spełniło 20,3% badanych. U 26,2% osób zaobserwowano występowanie zespołu metabolicznego według kryteriów IDF. Obserwacje dokonane w tym badaniu potwierdzają również najczęstsze występowanie nadciśnienia tętniczego spośród wszystkich elementów zespołu metabolicznego. Podobne wyniki w odniesieniu do obserwacji dokonanych w badaniu własnym uzyskano również w przypadku stwierdzenia hipertrójglicydemii wśród mężczyzn i obniżonego stężenia cholesterolu frakcji HDL w grupie kobiet jako elementów występujących najczęściej w tych grupach badawczych. Najrzadszym zaburzeniem metabolicznym występującym w badanej populacji była hiperglikemia. W badaniu NATPOL PLUS nie zauważono różnic w częstości występowania zespołu metabolicznego ze względu na płeć, stwierdzono natomiast, że częstość jego występowania rośnie wraz z wiekiem [6].

Badania populacji greckiej ujawniły wzrost liczby pacjentów spełniających kryteria zespołu metabolicznego po zastosowaniu wytycznych IDF z 2005 r. o 77%, a najczęstszym zaburzeniem w badanej populacji była otyłość brzuszna [6].

Badanie własne wykazało częste występowanie zespołu metabolicznego w grupie pacjentów kardiologicznych. Dostępne w literaturze wcześniejsze badania również wykazały silny związek występowania powikłań sercowo-naczyniowych z obecnością zespołu metabolicznego [7]. Badanie NHANES III (1988-1994) przeprowadzone wśród pacjentów po udarze mózgu, zawale mięśnia sercowego lub po przebyciu obu tych zaburzeń wykazało częstsze występowanie zespołu metabolicznego w badanej grupie niż u osób bez powikłań sercowo-naczyniowych. Kryteria zespołu metabolicznego speł-

niało 43,5% osób po przebyłym udarze mózgu, 41,5% osób po zawale mięśnia sercowego, 40,8% pacjentów po przebyłym udarze mózgu i zawale mięśnia sercowego, natomiast w grupie osób bez zaburzeń ze strony układu krążenia tylko 22,8% miało zespół metaboliczny [7].

Wniosek ten potwierdziły obserwacje Sarzyńskiej-Długosz i wsp. przeprowadzone w latach 2003-2005. Badanie dotyczyło populacji osób po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu, objęło grupę 763 pacjentów w wieku 24-100 lat. Obecność zespołu metabolicznego potwierdzono wśród 54,3% pacjentów diagnozowanych według kryteriów ATP III oraz wśród 63,5% pacjentów diagnozowanych według kryteriów IDF. Obserwacje potwierdziły również częste występowanie niskiego poziomu cholesterolu frakcji HDL w grupie kobiet, podobnie do wyników uzyskanych w badaniu własnym [7].

Wnioski

1. Stosowanie kryteriów rozpoznawania zespołu metabolicznego zaproponowanych w 2005 r. przez IDF powoduje znacznie częstsze diagnozowanie zespołu w populacji.

2. Posługiwanie się obniżonymi wartościami normy dla obwodu talii i glikemii na czczo spowodowało skuteczniejszą identyfikację pacjentów zagrożonych wystąpieniem zaburzeń metabolicznych.

3. Szczególnie częste diagnozowanie otyłości brzusznej według kryteriów IDF związane jest z obniżeniem granicy normy dla tej wartości.

4. Modyfikacja kryteriów rozpoznawania pozwala osiągnąć korzystne efekty w szybkiej identyfikacji pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych i wprowadzenie działań prewencyjnych.

5. Występowanie zespołu metabolicznego jest częstym zjawiskiem w badanej populacji pacjentów kardiologicznych.

Podsumowanie

Funkcjonowanie zespołu metabolicznego jako niezależnego czynnika wpływającego na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2 powoduje, że dyskusja na temat zaburzeń metabolicznych jest cały czas otwarta. Wzrost częstości występowania otyłości, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego w społeczeństwie pozwala podejrzewać, że liczba chorych z zespołem metabolicznym będzie stale rosła. Dlatego ważne jest wczesne rozpoznanie i podjęcie odpowiedniego leczenia. Definicja zaproponowana przez IDF umożliwia identyfikację pacjentów nawet w niewielkim stopniu zagrożonych wystąpieniem chorób układu

krażenia, co z pewnością może przyczynić się do spadku umieralności z powodu ostrych stanów kardiologicznych. Można przypuszczać, że w najbliższym czasie pojawi się kolejna propozycja kryteriów pozwalających rozpoznać zespół metaboliczny.

Piśmiennictwo

1. Piotrkowski G., Gawron Z.: *Modyfikacja zaburzeń metabolicznych kluczem do prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego*. *KardioProfil* 2005; 3, 2 (7): 80-93.
2. Szotowska M., Więcek A.: *Zespół metaboliczny*. *Terapia* 2006, 7-8: 27-36.
3. Wyrzykowski B., Zdrojewski T., Syngowska E. i wsp.: *Epidemiologia zespołu metabolicznego w Polsce. Wyniki programu WOBASZ*. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 6 (supl. 4).
4. *Wykrywanie, ocena i leczenie hipercholesterolemii u dorosłych – cz. I. III Raport Zespołu Ekspertów National Cholesterol Education Program (USA)*. *Medycyna Praktyczna* 2003, 3.
5. Kocięcki M.: *Zespół metaboliczny w 2006 roku*. *Przegląd Kardiometaboliczny* 2006; 1, 1: 55-60.
6. Wyrzykowski B., Bandosz P., Zdrojewski T.: *Ocena częstości występowania zespołu metabolicznego w Polsce*. *KardioProfil* 2006; 4, 1 (10): 3-11.
7. Sarzyńska-Długosz I., Baranowska A., Członkowska A.: *Częstość występowania zespołu metabolicznego w populacji pacjentów z udarem niedokrwinnym mózgu*. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006; 40, 6: 465-470.

Tabela 1. Kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego wg WHO z 1999 roku [1, 2]

Zespół metaboliczny rozpoznajemy, gdy występują:

1. **Insulinooporność** – wyrażona jako:
 - Cukrzyca typu 2
 - Nieprawidłowa tolerancja glukozy (2 godz. po doustnym podaniu 75 g glukozy – glikemia >140 mg/dl)
 - Glikemia na czczo > 110 mg/dl
2. **oraz co najmniej 2 z wymienionych czynników:**
 - Otyłość wyrażona jako BMI > 30 kg/m² lub WHR > 0,9 u mężczyzn i > 0,85 u kobiet
 - Ciśnienie tętnicze krwi > 140/90 mmHg lub leczenie hipotensyjne
 - Stężenie trójglicerydów w surowicy > 150 mg/dl (1,7 mmol/l)
 - Stężenie cholesterolu HDL w surowicy < 35 mg / dl (< 0,9 mmol/l) u mężczyzn, < 39 mg / dl (< 1,0 mmol/l) u kobiet
 - Mikroalbuminuria – stężenie albumin w moczu > 20 µg/min lub stosunek stężenia albuminy/kreatyniny > 30 mg/g

Tabela 2. Kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego wg ATP III z 2001 roku [3]

Zespół metaboliczny rozpoznajemy w przypadku stwierdzenia **co najmniej 3 z 5 wymienionych czynników:**

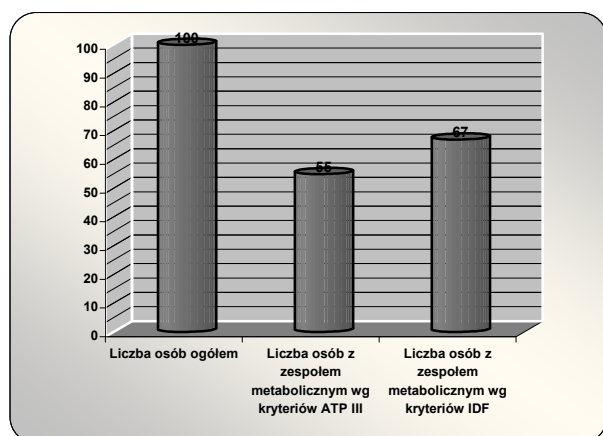
▪ Otyłość brzuszna – obwód talii	Mężczyźni > 102 cm, kobiety > 88 cm
▪ Trójglicerydy w surowicy	> 150 mg/dl (1,7 mmol/l)
▪ Cholesterol HDL	Mężczyźni < 40 mg/dl (0,9 mmol/l), kobiety < 50 mg/dl (1,3 mmol/l)
▪ Ciśnienie tętnicze krwi	> 130/85 mmHg
▪ Glikemia na czczo	> 110 mg/dl (6,1 mmol/l)

Tabela 3. Kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego wg IDF z 2005 roku [3]

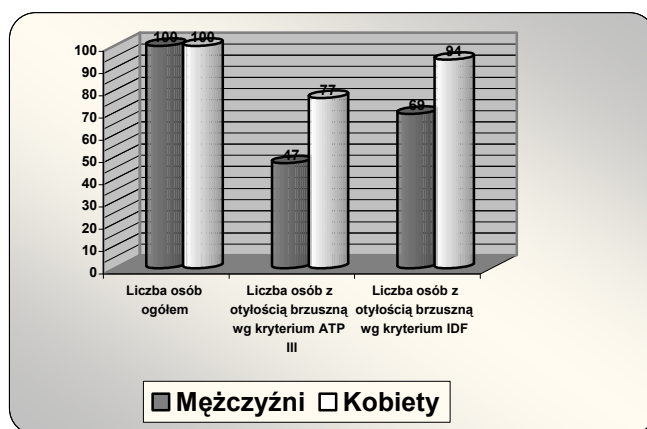
Rozpoznanie zespołu metabolicznego następuje w przypadku zdiagnozowania:

1. Otyłości brzusznej – obwód talii:	Mężczyźni > 94 cm, kobiety > 80 cm *
2. oraz co najmniej 2 z wymienionych czynników:	
▪ Trójglicerydy w surowicy	> 150 mg/dl (1,7 mmol/l) lub leczenie hipertrójglicerydemii
▪ Cholesterol HDL	Mężczyźni < 40 mg/dl (0,9 mmol/l), kobiety < 50 mg/dl (1,3 mmol/l) lub odpowiednie leczenie
▪ Ciśnienie tętnicze krwi	> 130/85 mmHg lub leczenie hipotensyjne
▪ Glikemia na czczo	> 100 mg/dl (5,6 mmol/l) lub leczenie hipoglikemizujące

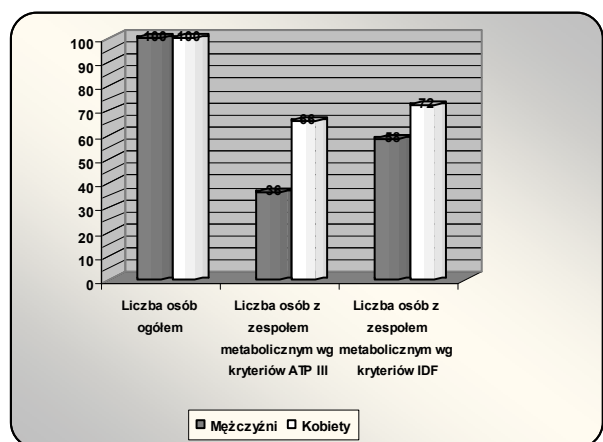
*dla mieszkańców Europy



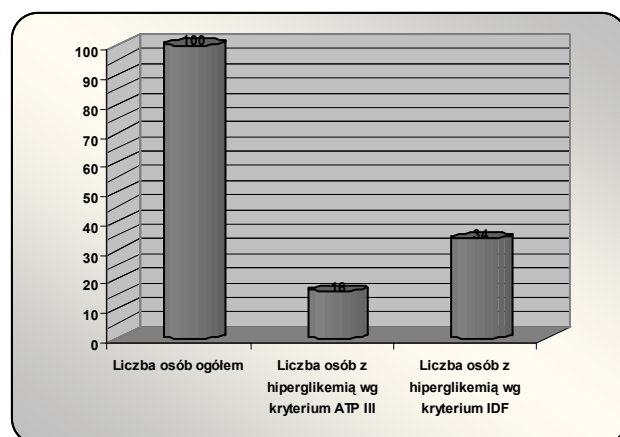
Rycina 1. Częstość występowania zespołu metabolicznego według kryteriów ATP III i IDF



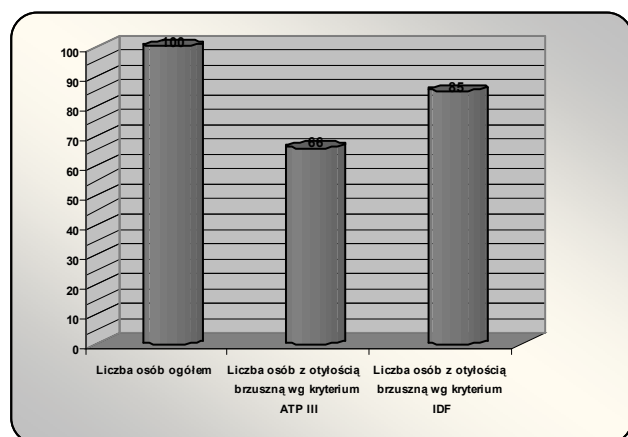
Rycina 4. Częstość występowania otyłości brzusznej w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



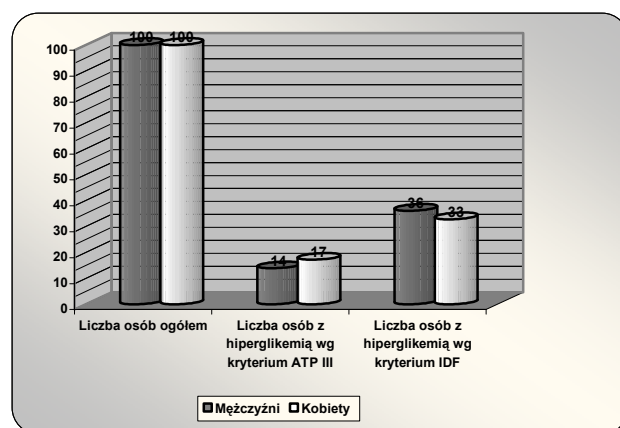
Rycina 2. Częstość występowania zespołu metabolicznego w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



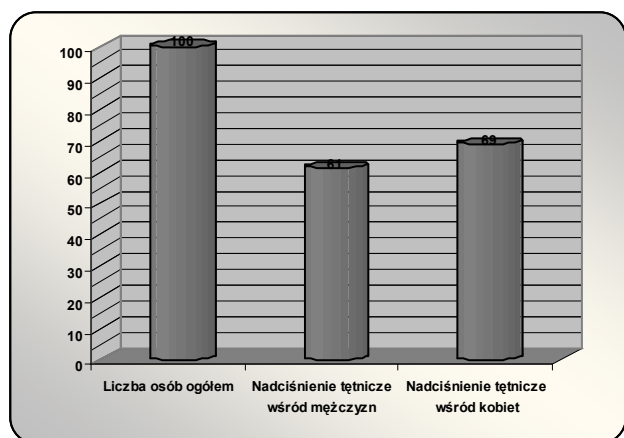
Rycina 5. Częstość występowania hiperglikemii według kryteriów ATP III i IDF



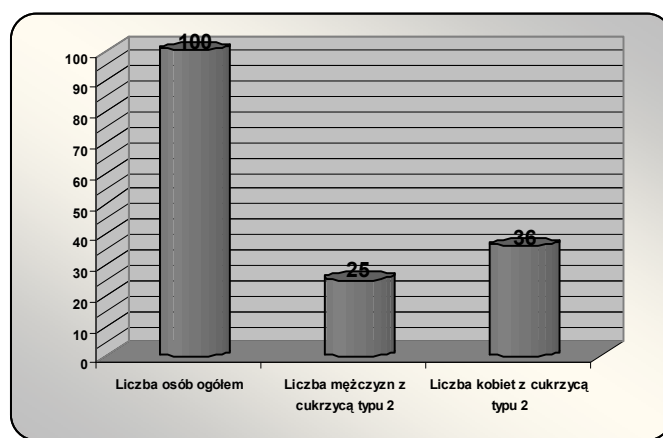
Rycina 3. Częstość występowania otyłości brzusznej według kryteriów ATP III i IDF



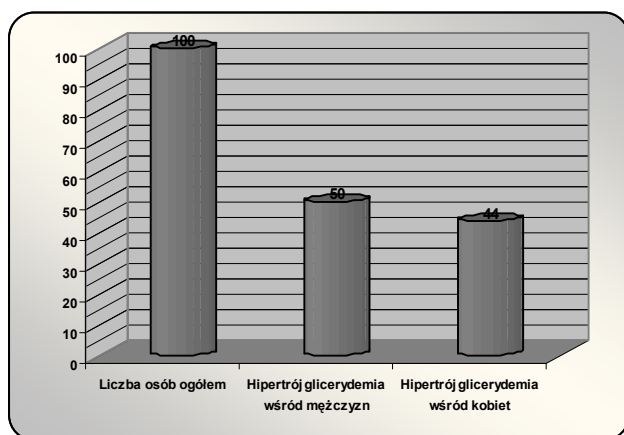
Rycina 6. Częstość występowania hiperglikemii w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



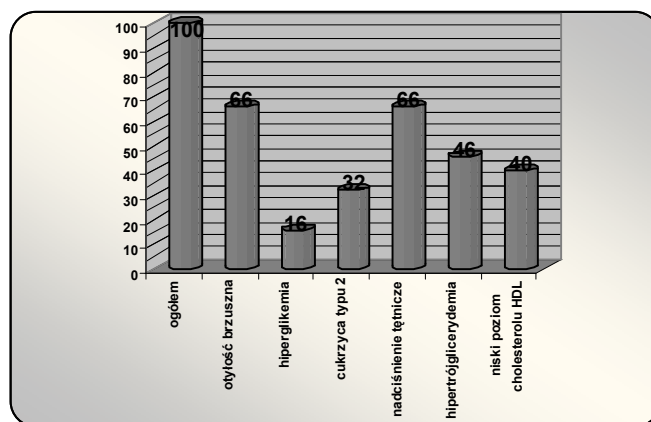
Rycina 7. Częstość występowania nadciśnienia tętniczego w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



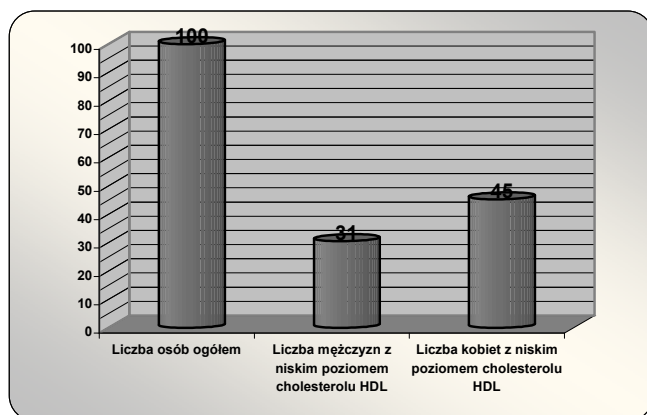
Rycina 10. Częstość występowania cukrzycy typu 2 w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



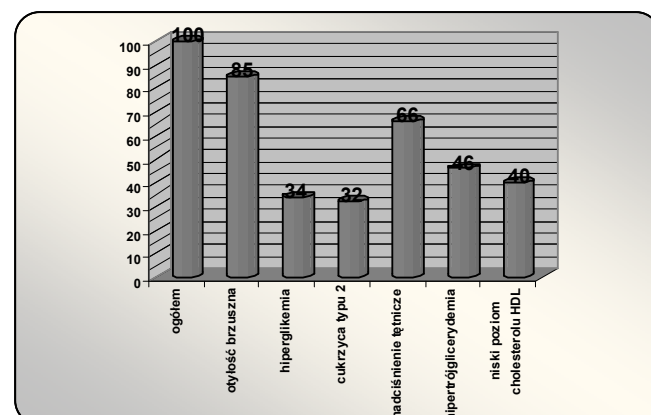
Rycina 8. Częstość występowania hipertrójglicydemii w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



Rycina 11. Częstość występowania poszczególnych elementów zespołu metabolicznego według kryteriów ATP III



Rycina 9. Częstość występowania niskiego poziomu cholesterolu HDL w grupie mężczyzn i w grupie kobiet



Rycina 12. Częstość występowania poszczególnych elementów zespołu metabolicznego według kryteriów IDF

Próba oceny jakości i przydatności pielęgniacyjnych praktyk wakacyjnych

w kształceniu studentów Oddziału Fizjoterapii II WL AM w Warszawie

mgr Maria Kłoda¹, mgr Janina Grzegorzewska¹, mgr Joanna Gotlib², dr Dariusz Białoszewski¹, dr Monika Lewandowska¹, mgr Janina Wereszczak-Wzorek¹

¹ Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL AM w Warszawie

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia WNoZ AM w Warszawie

Słowa kluczowe: praktyki wakacyjne, studenci fizjoterapii, doskonalenie umiejętności, praca z pacjentem.

Wstęp

Jednym z najważniejszych elementów kształcenia zawodowego na poziomie wyższym, także na kierunku fizjoterapia w warszawskiej Akademii Medycznej jest, poza zdobywaniem wiedzy teoretycznej, doskonalenie przez studentów umiejętności praktycznych. Jedną z form doskonalenia stanowi odbywanie praktyk wakacyjnych.

Projekt standardów kształcenia, opracowany przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego z 10 lutego 2007 r. nie reguluje kwestii odbywania praktyk wakacyjnych przez studentów studiów I stopnia na kierunku fizjoterapia. Dokument ten zawiera jedynie szczegółowe zalecenia dotyczące łącznej liczby godzin zajęć praktycznych, którą powinni odbyć studenci danego kierunku, pozostawiając kwestie zasad i formy odbywania praktyk jednostce uczelni prowadzącej kształcenie [1]. Z kolei przepisy Regulaminu Studiów Akademii Medycznej w Warszawie mówią, że student zobowiązany jest do zaliczenia praktyki, którą może zrealizować w kraju lub zagranicą pod warunkiem, że przed jej rozpoczęciem uzyskał zgodę dziekana na odbywanie jej w określonym miejscu, pozostawiając kwestię uregulowania zasad i trybu zaliczania przez właściwego dziekana praktyk, wynikających z planów studiów odrębnym przepisom ustawy „Prawo o Szkolnictwie Wyższym” [2, 3].

Osoby studiujące w Oddziale Fizjoterapii II WL AM w Warszawie po ukończeniu I roku studiów I stopnia zobowiązani są do odbycia 3-tygodniowej pielęgniacyjnej praktyki wakacyjnej, w wybranej przez siebie placówce służby zdrowia. Powinna ona obejmować łącznie 90 godzin.

Na program praktyk składają się: pomoc w zabiegach fizjoterapii/rehabilitacji, pomoc w czynno-

ściach pielęgniarskich (mierzenie temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów na minutę czy też pomoc w toalecie i karmieniu chorego. Zgodnie z obowiązującym programem studenci podczas praktyk powinni również zdobyć podstawowe informacje o organizacji pracowni specjalistycznych oddziałów szpitalnych bądź zakładów rehabilitacji oraz innych placówek służby zdrowia.

Cel

Celem pracy była próba oceny jakości i przydatności pielęgniacyjnych praktyk wakacyjnych w opinii studentów studiów I stopnia (stacjonarnych i niestacjonarnych – wieczorowych) Oddziału Fizjoterapii II WL Akademii Medycznej w Warszawie.

Materiał

Grupę osób badanych stanowiło 85 studentów studiów I stopnia (stacjonarnych i niestacjonarnych – wieczorowych) II roku Oddziału Fizjoterapii II WL AM – 70 kobiet i 15 mężczyzn w wieku 20-22 lat.

Do badania zostali włączeni tylko studenci II roku. Powodem takiego wyboru był cel pracy: próba oceny pielęgniacyjnych praktyk wakacyjnych dotyczyła wyłącznie studentów, którzy ukończyli I rok studiów.

Metody

W badaniach wykorzystano kwestionariusz, który skonstruowano specjalnie dla potrzeb niniejszej pracy. Ankietę przeprowadzono w grudniu 2006 r. trzy miesiące po odbyciu przez studentów praktyk wakacyjnych. Kwestionariusz złożony był z ośmiu pytań: pięciu zamkniętych oraz trzech otwartych. Dotyczyły one przede wszystkim opinii studentów o przydatności pielęgniacyjnych praktyk wakacyjnych w procesie kształcenia, jakości ich organizacji oraz zapewnienia właściwej opieki merytorycznej nad studentem podczas ich odbywania.

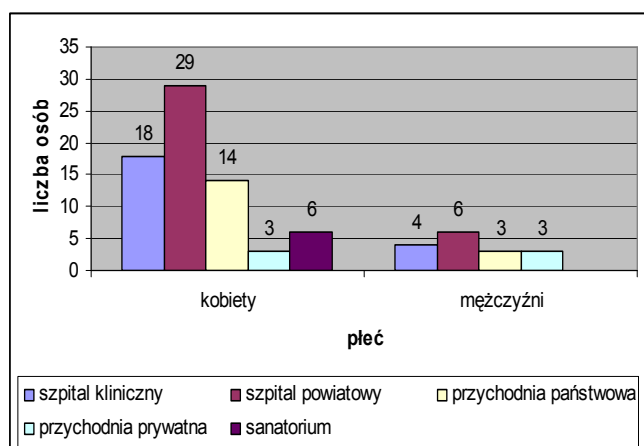
Ankieta była anonimowa i dobrowolna.

Wyniki

Najczęściej wybieranym przez studentów miejscem odbywania pielęgniacyjnych praktyk wakacyjnych był szpital powiatowy, szczegółowe wyniki przedstawia rycina 1.

Spośród 85 badanych 49 osób uznało, że wiadomości i umiejętności zdobyte na I roku studiów pomogły im w odbyciu praktyki wakacyjnej, z kolei 36 osób odpowiedziało przecząco. Na pytanie

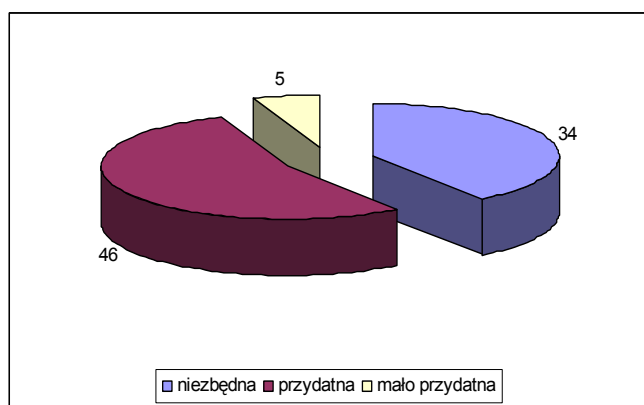
Ryc. 1. Miejsce odbycia pielęgnacyjnych praktyk wakacyjnych w badanej grupie studentów



dotyczące przydatności wiadomości i umiejętności zdobytych podczas praktyk wakacyjnych w dalszej nauce zawodu, aż 61 osób spośród 85 badanych potwierdziło przydatność zdobytych wiadomości, 24 zaprzeczyło ich przydatności.

Większość osób ankietowanych uznało odbycie pielęgnacyjnej praktyki wakacyjnej za potrzebne (ryc. 2). Nikt spośród grupy badanej nie uznał tej formy praktyki za nieprzydatną.

Ryc. 2. Ocena przydatności praktyk wakacyjnych w opinii badanych studentów



Kolejne pytanie dotyczyło zapewnienia studentom podczas odbywania praktyki wakacyjnej odpowiednich środków bezpieczeństwa i spełnienia wymagań BHP. Zdecydowana większość badanych, (80 osób) odpowiedziała, że zapewniono im odpowiednie środki BHP i tylko 5 ankietowanych tego nie potwierdziło.

Trzy ostatnie pytania kwestionariusza były otwarte i dotyczyły elementów, które w opinii studentów wymagają zmian, oraz największych zalet odbywania praktyki wakacyjnej. Podczas opracowywania wyników dokonano analizy jakościowej odpowiedzi studentów i pogrupowano je w kategorie przedstawione w tabelach 1, 2, 3.

Tab.1. Odpowiedzi na pytanie: Co chciałaby Pani/Pan zmienić, gdyby miała Pani/Pan ponownie odbyć pielęgnacyjną praktykę wakacyjną po I roku studiów?

Odpowiedzi \ Płeć	Kobiety N = 70	Mężczyźni N = 15
Nic	13	7
Zmiana miejsca odbywania praktyk	10	1
Lepsze przygotowanie placówek służby zdrowia do praktyk	7	-
Większe zaangażowanie opiekunów praktyk	4	1
Praktyka po II roku	4	-
Skrócenie czasu praktyk	3	-
Wprowadzenie praktyk zagranicznych	2	-

Tab. 2. Odpowiedzi na pytanie: Czego Pani/ Panu najbardziej brakowało podczas odbywania pielęgnacyjnych praktyk wakacyjnych po I roku studiów?

Odpowiedzi \ Płeć	Kobiety N = 70	Mężczyźni N = 15
Niczego	23	7
Opiekuna praktyk	8	-
Wiedzy teoretycznej pielęgnacyjnej	3	2
Zaangażowania mnie do pracy z pacjentami	3	2
Brak zapłaty za praktyki wakacyjne	-	3
Praktyk na oddziałach szpitalnych	2	-
Różnorodności jednostek chorobowych	2	-
Przestrzegania zasad BHP	5	-

Dyskusja

W dostępnym piśmiennictwie nie odnaleziono publikacji dotyczących odbywania praktyk wakacyjnych przez studentów fizjoterapii. Publikacje dotyczyły przede wszystkim praktyk studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Tab. 3. Odpowiedzi na pytanie: Jaka jest największa Pani/Pana zdaniem zaleta odbywania pielęgniacyjnej praktyki wakacyjnej po I roku studiów?

Odpowiedzi	Płeć Kobiety N = 70	Mężczyźni N = 15
Kontakt z pacjentem	48	6
Zdobycie wiedzy teoretyczno-praktycznej	24	4
Zapoznanie się z organizacją i funkcjonowaniem placówek służby zdrowia	17	11
Utwierdzenie się w wyborze zawodu	12	2
Przełamanie lęku	11	10
Nabycie umiejętności pielęgnacyjnych	10	-
Kontakt z personelem medycznym	6	-
Możliwość wyboru placówki	2	-
Praktyka nie ma żadnych zalet	-	1

W opinii wszystkich autorów praktyki wakacyjne są integralną częścią szkolenia i stanowią równorzędny z innymi zajęciami, znajdującymi się w planach studiów, element kształcenia [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Praktyki mają na celu nie tylko kształtowanie i doskonalenie umiejętności zdobytych podczas studiów i poznawanie sposobu funkcjonowania służby zdrowia, ale również, szczególnie jeśli jest to pierwszy kontakt studenta z pacjentem, mają one na celu kształtowanie postaw przyszłego członka zespołu terapeutycznego [4, 5, 9].

Dla przykładu, w pracy Kurowskiej i wsp. badano odczucia studentek Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Bydgoszczy po zakończeniu ich pierwszych praktyk wakacyjnych [5]. W badaniu udział wzięły 32 studentki I roku, które zakończyły miesięczny okres praktyk. Badane podzielone zostały na dwie grupy w zależności od miejsca wykonywania praktyk. Część osób z badanej grupy odbywała je w domu opieki społecznej, zajmując się ludźmi starszymi i ciężko chorymi, druga grupa – w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. 75% wszystkich badanych studentek wyrażało zadowolenie z odbytych praktyk i utwierdziło się

w trafności wyboru zawodu, pomimo lęku, jaki im towarzyszył przed ich rozpoczęciem. Wszystkie studentki twierdziły, że praktyki to doskonała okazja do pierwszej próby identyfikacji z zawodem. Wzbogaciły one wiedzę ankietowanych z zakresu komunikacji z pacjentem, respondentki zwracały jednak również uwagę na kwestie etyczne i moralne w pracy z pacjentami. Zdecydowana większość z nich, odpowiednio: 87% i 93% uważała za konieczne utrzymywanie dalszego kontaktu z chorymi [5].

Po zakończeniu praktyk 75% wszystkich badanych przez Kurowską studentów odczuwało zadowolenie, a 59, 4% radość, natomiast w grupie, w której studentki podczas praktyk opiekowały się pacjentami ciężko chorymi 31% zadeklarowało rozczarowanie, 18% – niezadowolenie, a 12% badanych – obojętność. Takich odczuć nie deklarowały studentki, odbywające praktyki wśród osób lżej chorych. Zdecydowana większość badanych – 89% – nie zauważyła potrzeby zmian w organizacji praktyk. Część z osób ankietowanych zaproponowała wprowadzenie cyklu regularnych spotkań studentów z opiekunami, w celu omówienia problemów pielęgnacji poszczególnych pacjentów.

Najważniejszą postulowaną przez badane studentki zmianą dotyczącą organizacji praktyk, była kwestia doboru chorych, którymi miały się one opiekować. Sugerowano niewłączanie do tej grupy osób ciężko chorych, ze względu na niewystarczające doświadczenie w pracy z pacjentem i wynikające z niego zbyt duże obciążenie psychiczne studentów odbywających praktyki.

W badaniach własnych studenci nie widzieli konieczności specjalnego doboru pacjentów, którymi mieli się zajmować podczas praktyk. Może to wynikać z faktu, że w tym czasie nie spotkali się z pacjentami starszymi i ciężko chorymi. W odróżnieniu od badań Kurowskiej i wsp., żadna z osób w badanej grupie nie podała domu opieki społecznej jako miejsca odbywania praktyk. Być może również w miejscach, w których studenci odbywali praktyki, nie wykonywali oni czynności pielęgnacyjnych wśród wspomnianej grupy pacjentów.

Natomiast, zarówno grupa studentów fizjoterapii Akademii Medycznej w Warszawie, jak i studenci opisywani w pracy Woronkiewicz i wsp. oraz Kurowskiej i wsp. zwracają uwagę na niedostateczną opiekę merytoryczną opiekunów, co z pewnością wpływa na obniżenie jakości dydaktycznej przebiegu praktyk [4, 5]. W pracy Woronkiewicz i wsp. podkreśla się, że na prośbę studentów opiekunami praktyk zostawali nauczyciele, którzy prowadzą zajęcia ze studentami w trakcie roku akademickiego. Rozwiązanie takie było możliwe przede wszystkim dlatego, że studenci odbywają praktyki wakacyjne

na oddziałach szpitalnych, współpracujących z Wydziałem AM w Poznaniu. W Akademii Medycznej w Warszawie takie rozwiązanie nie jest możliwe ze względu na fakt, że studenci odbywają zwykle praktyki w miejscu zamieszkania.

W badaniach prowadzonych w Akademii Medycznej w Warszawie nie analizowano, czy studenci odbywali praktyki w kraju czy zagranicą, jednak żadna z badanych osób nie wpisała w ankiecie, że odbywała je za granicą. Jedynie 2 osoby, w pytaniu o element praktyk, który chciałyby zmienić, wskazały właśnie chęć uczestniczenia w praktykach wakacyjnych poza granicami Polski.

Ustawa „Prawo o Szkolnictwie Wyższym” oraz „Regulamin Studiów AM” pozostawiają studentowi swobodę decyzji w sprawie wyboru miejsca odbywania praktyk, umożliwiając jednocześnie realizowanie ich w innym kraju, co oczywiście zwiększa ponoszone przez studenta koszty [2, 3].

Badania własne dotyczyły studentów odbywających praktyki po I roku studiów, dlatego też autorzy założyli, że większość studentów swoje pierwsze zajęcia praktyczne z pacjentami będzie realizowała w Polsce. Poza czynnikiem ekonomicznym, wydaje się, że odbywanie praktyk za granicą wymaga większego doświadczenia w pracy z pacjentem. Studenci Oddziału Fizjoterapii w trakcie I roku studiów w większości uczestniczą w zajęciach teoretycznych i praktycznych w grupach studenckich, nie mając w ogóle kontaktu z pacjentem. Wyjazd za granicę, do pracy z chorymi, poza oczywistymi trudnościami, wynikającymi z bariery językowej oraz niedokładnej znajomości systemu organizacji służby zdrowia w danym kraju, mógłby być bardzo trudnym doświadczeniem dla studenta I roku studiów. Potwierdziły ten pogląd również dane z piśmiennictwa [7, 8], w których prezentowane są opinie studentów wyjeżdżających na praktyki wakacyjne do krajów Unii Europejskiej. Ten aspekt odbywania praktyk wakacyjnych wymaga dalszych badań.

Badani studenci zwracali także uwagę, że jest to dla nich cenne doświadczenie, owocujące zapewne w rozmowach z przyszłym pracodawcą [8]. Istotność tego elementu, oczywista w przypadku studentów stojących u progu kariery zawodowej, zapewne nie zajmuje aż tak wysokiego miejsca w hierarchii celów studentów II roku studiów, badanych w AM w Warszawie.

Warto jednak podkreślić, że we wszystkich opracowaniach zdecydowana większość studentów deklaruje, że możliwość odbywania odpowiednio sprofilowanych praktyk już po I roku studiów jest doskonałą formą sprawdzenia trafności wyboru kierunku studiów [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Wnioski

1. Pielęgnacyjne praktyki wakacyjne są w opinii badanych studentów ważnym elementem doskonalenia umiejętności zdobytych podczas I roku studiów oraz niezbędnym elementem kształcenia, przygotowującym do dalszej nauki zawodu.

2. Praktyki wakacyjne pozwalają zdaniem badanej grupy studentów na weryfikację trafności dokonanego przez nich wyboru zawodu.

3. Nadzór opiekunów nad wykonywaniem przez badanych studentów czynności pielęgnacyjnych podczas praktyk był ich zdaniem niewystarczający.

4. Uzyskane wyniki sugerują, że poprawa jakości nadzoru nad merytorycznym przebiegiem praktyk wakacyjnych mogłaby wpłynąć na podniesienie ich wartości dydaktycznej.

5. Istnieje konieczność prowadzenia badań nad celowością propagowania studenckich, fizjoterapeutycznych praktyk wakacyjnych, opartych o ośrodki zagraniczne.

Piśmiennictwo

1. Projekt standardów kształcenia studentów na kierunku fizjoterapia Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego z dn. 10 lutego 2007 r., <http://www.rgsw.edu.pl/files/active/0/fizjoterapia20070210.doc>
2. Regulamin Studiów uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałami Senatu Akademii Medycznej w Warszawie nr 4/2005 i 5/2005 z dnia 24 stycznia 2005 r., nr 8/2006 z dnia 24 kwietnia 2006 r., nr 17/2006 z dnia 26 czerwca 2006 r. oraz nr 22/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 2 kwietnia 2007 r.
3. Ustawa z dn. 27 lipca 2005 roku., *Prawo o szkolnictwie wyższym*, Dz. U. 05.164.1365.
4. Woronkiewicz K., Praktyki studenckie jako element akademickiego szkolenia pielęgniarstwa w opinii uczestników. *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa* 1992; 7: 233-235.
5. Kurowska K., Praktyki studentów pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej. *Zdrowie Publ.* 2002; 112 (3): 359-361.
6. Kozielec T., Strecker D., Karakiewicz B., Opinie studentów VI roku Wydziału Lekarskiego na temat szkolenia przeddyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej. *Polska Medycyna Rodzinna* 1999; zeszyt 1-2: 234-238.
7. Wakacyjne praktyki studentów Wydziału Lekarskiego w ramach programu Leonardo da Vinci. *Miesięcznik informacyjny AM we Wrocławiu*, rok IX, nr 4 (74), styczeń 2003.
8. Studenckie wakacyjne praktyki zagraniczne w ramach kół naukowych. *Miesięcznik informacyjny AM we Wrocławiu*, rok VIII, nr 4 (64), styczeń 2002.
9. Szymczak M., Praktyki pedagogiczne w opinii studentów IV roku Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. *Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa* 1993; 8a: 66-69.

Wręczenie dyplomów absolwentom English Division

W piątek 15 czerwca w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej wręczono dyplomy 34 absolwentom Oddziału Nauczania w Języku Angielskim II Wydziału Lekarskiego.

Dyplomy lekarza otrzymało 19 absolwentów programu 6-letniego i 15 absolwentów programu 4-letniego. Studia z wyróżnieniem ukończyła Petra Lybaek z Norwegii, która uzyskała średnią ocen 4.70. Listy gratulacyjne wraz z dyplomami odebrali również: Matthew Bielecki oraz Anna Jasinska z Kanady, Bendik Engebretsen, Anne Haltbak, Borge Osthus, Paweł Rasinski, Anne Skjulvik i Bjorn Svarva z Norwegii, Linda Ron-

berg ze Szwecji oraz Katarzyna Kodziszewska z USA – wszyscy ukończyli studia ze średnią powyżej 4.0.

W imieniu absolwentów przemówienie wygłosił Matthew Budak oraz Arnob Mukherjee. W uroczystości wręczenia dyplomów uczestniczył także ambasador Kanady David Preston, który pogratulował obywatelom swojego kraju ukończenia warszawskiej AM.

(Karolina Gwarek)



Uczestnicy uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom English Division



Dyplom wręczają – JM Rektor prof. Leszek Pączek i Dziekan II WL prof. Maciej Karolczak

Limity przyjęć na studia w 2007 roku

Minister Zdrowia podpisał 25 czerwca rozporządzenie w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne w roku akademickim 2007/2008.

Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia, podjętą w porozumieniu z Min. Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w roku ak. 2007/2008 nasza Uczelnia będzie mogła przyjąć w sumie 3580 studentów. Spośród nich 1811 rozpocznie naukę na studiach stacjonarnych i jednolitych magisterskich, a pozostałe miejsca przypadną kandydatom na studia niestacjonarne – wieczorowe i zaoczne. Najwięcej osób zostanie przyjętych na kierunek lekarski, na którym limit zwiększył się z dotychczasowych 350 do 370 miejsc.

(Karolina Gwarek)

Limity przyjęć na rok akademicki 2007/2008 w warszawskiej AM

Kierunek / specjalność	Studia stacjonarne				Studia niestacjonarne		
	I st.	jedn.	obcokr.	II st.	I st.	jedn.	II st.
Analityka medyczna		50	1			20	
Dietetyka	80			40	40		40
Farmacja		150	2			30	
Fizjoterapia	100		2	100	80		20
Lekarski		370	10			74	
Lekarsko-dentystyczny		85	4			15	
Pielęgniarstwo	500		4	150	0		250
Pielęgniarstwo (pomostowe)					300		
Położnictwo	160		0	40	0		150
Położnictwo (pomostowe)					100		
Ratownictwo medyczne	80		1		40		
Techniki dentystyczne	30		2		0		
Zdrowie publiczne	180		0	160	60		60
RAZEM:	1130	655	26	490	620	139	520

Rekrutacja na studia w warszawskiej AM

Zakończyła się kwalifikacja kandydatów na studia w warszawskiej Akademii Medycznej. O jedno miejsce na większości kierunków ubiegało się od kilku do kilkunastu osób. Nasza Uczelnia przyjmie w tym roku prawie 4000 nowych studentów.

Kandydaci na studia mogli składać aplikacje od 7 maja br., wyłącznie drogą elektroniczną – za pośrednictwem systemu rekrutacyjnego, dostępnego na stronie internetowej AM. W przypadku części z nich o przyjęciu zdecydowały wyniki matury, pozostali musieli jednak zdawać egzaminy – z fizyki, biologii, chemii, języków obcych, zależnie od wymagań stawianych na danym kierunku.

W poniedziałek 11 czerwca ponad 330 kandydatów przystąpiło do pisemnego egzaminu wstępnego z fizyki, który odbył się w Auli Centrum Dydaktycznego AM. Następnego dnia kandydaci zmierzli się z zadaniami z biologii i chemii. Egzaminy były obowiązkowe dla wszystkich osób ze „starą maturą”, które ubiegały się o przyjęcie na studia jednolite. Oprócz nich do testów przystąpili także ci kandydaci, którzy na świadectwach nie mieli ocen z przedmiotów wymaganych przez Uczelnię. Znalazły się wśród nich osoby, które ukończyły szkoły inne niż licealne i nie zdawały na maturze egzaminów z języka obcego. Takie egzaminy zorganizowano dla nich 27 czerwca.

Kandydatów na studia w Akademii Medycznej zapytaliśmy, dlaczego zdecydowali się aplikować na naszą Uczelnię. Odpowiedzi były bardzo różnicowane.



Rejestracja kandydatów zdających egzaminy na warszawską AM

– Staram się o przyjęcie na Wydział Lekarski, ponieważ interesuję się medycyną i chcę w przyszłości pomagać ludziom jako lekarz – powiedziała Kasia, studentka III roku fizjoterapii AM. – Wprawdzie trochę przeraża mnie obecna sytuacja w służbie zdrowia, ale mam nadzieję, że za sześć lat wszystko się zmieni. Chciałabym zostać i pracować w Polsce, zamiast szukać szczęścia za granicą.

– Staram się o przyjęcie na Wydział Lekarski, ponieważ interesuję się medycyną i chcę w przyszłości pomagać ludziom jako lekarz – powiedziała Kasia, studentka III roku fizjoterapii AM. – Wprawdzie trochę przeraża mnie obecna sytuacja w służbie zdrowia, ale mam nadzieję, że za sześć lat wszystko się zmieni. Chciałabym zostać i pracować w Polsce, zamiast szukać szczęścia za granicą.

– Staram się o przyjęcie na Wydział Lekarski, ponieważ interesuję się medycyną i chcę w przyszłości pomagać ludziom jako lekarz – powiedziała Kasia, studentka III roku fizjoterapii AM. – Wprawdzie trochę przeraża mnie obecna sytuacja w służbie zdrowia, ale mam nadzieję, że za sześć lat wszystko się zmieni. Chciałabym zostać i pracować w Polsce, zamiast szukać szczęścia za granicą.

– Staram się o przyjęcie na Wydział Lekarski, ponieważ interesuję się medycyną i chcę w przyszłości pomagać ludziom jako lekarz – powiedziała Kasia, studentka III roku fizjoterapii AM. – Wprawdzie trochę przeraża mnie obecna sytuacja w służbie zdrowia, ale mam nadzieję, że za sześć lat wszystko się zmieni. Chciałabym zostać i pracować w Polsce, zamiast szukać szczęścia za granicą.



Przewodniczący jednej z Komisji Egzaminacyjnych – dr Gajusz Gontarczyk w asyście Członków Kom. Egzaminacyjnej wyjmuje arkusze egzaminacyjne z paczki

– W moim przypadku o wyborze kierunku zdecydowały trady-

Warto podkreślić, że w czasie rekrutacji Akademia Medyczna, jako jedna pierwszych uczelni w Polsce, na bieżąco informowała kandydatów o liczbie złożonych aplikacji oraz o tym, ile osób aktualnie stara się o przyjęcie na dane kierunki i specjalności. Począwszy od 20 czerwca co dwa dni Akademia zamieszczała w serwisie internetowym na stronie www.am.edu.pl bieżące statystyki rekrutacyjne.

– Pytanie o liczbę osób przypadających na miejsce było jednym z najczęściej zadawanych przez kandydatów – stwierdził Jacek Polkowski z Biura Informacji i Promocji AM. – Nasz pomysł, aby udostępniać takie zestawienia w Internecie, miał służyć zaspokojeniu ciekawości pytających. Nie ma żadnych przeszkód prawnych, aby publikować tego typu informacje na bieżąco w miejscu ogólnodostępnym.

Rejestracja na studia stacjonarne licencjackie i jednolite zakończyła się wieczorem 8 lipca. W systemie rekrutacyjnym zarejestrowano łącznie ponad 11,6 tys. aplikacji, z czego blisko 9 tys. zostało dopuszczonych do postępowania kwalifikacyjnego. Jego wstępne wyniki można było poznać już w poniedziałek 9 lipca.

Aby uzyskać informację na temat swojego wyniku w postępowaniu kwalifikacyjnym na dany kierunek lub specjalność, kandydat musiał najpierw zalogować się do systemu rekrutacyjnego na swoje konto, a następnie wejść do spisu zarejestrowanych aplikacji. Dopiero wówczas dla każdej aplikacji z osobna wyświetlała się informacja, jaką sumę punktów uzyskał kandydat, jakie jest minimum punktowe wymagane do zakwalifikowania na studia, a także jaką pozycję na liście rankingowej zajmuje dana osoba.

Najwięcej aplikacji złożono na kierunek lekarski. O 370 miejsc ubiegało się aż 2146 kandydatów. 1247 osób wybrało diete-



Rozpoczęcie egzaminu. Przewodnicząca jednej z Kom. Egzaminacyjnych, mgr Ewa Paulo otwiera tzw. „bezpieczną kopertę”, zawierającą arkusze egzaminacyjne

tykę, na której Uczelnia oferuje 80 miejsc. Trzecia pod względem liczby złożonych aplikacji była farmacja, gdzie o 150 indeksów walczyło 999 kandydatów. Największa konkurencja była na technikach dentystycznych, gdzie o jedno miejsce ubiegało się ponad 19 osób. Nieco mniej, bo niespełna 16 walczyło o jeden indeks na kierunku dietetyka. Kolejne miejsca zajęły: audiofonologia z blisko 10 osobami na miejsce, ratownictwo medyczne i kierunek

lekarsko-dentystyczny, w przypadku których o jeden indeks starało się blisko 8 kandydatów. Z kolei najmniejsza konkurencja była na pielęgniarstwie (1,35 osób na miejsce) oraz położnictwie (1,9 kandydata na miejsce).

W przypadku większości kierunków liczba kandydatów dopuszczonych do kwalifikacji wzrosła w stosunku do ubiegłego roku. Jedynie na 4 kierunkach z 14 dostępnych odnotowano mniejszą liczbę aplikacji. Największa różnica jest w przypadku fizjoterapii, która była hitem w zeszłorocznej rekrutacji, kiedy to o jedno miejsce ubiegało się ponad 17 osób. W tym roku o 100 dostępnych miejsc starało się 222 kandydatów, co daje 2,22 osoby na miejsce. Pozostałe trzy kierunki z mniejszą liczbą aplikacji to analityka medyczna, farmacja i kierunek lekarsko-dentystyczny.

Osoby zakwalifikowane do przyjęcia na studia muszą złożyć wymagane dokumenty w wyznaczonym terminie – w przeciwnym razie ich miejsce na liście rankingowej i wśród studentów Akademii zajmie kolejna osoba „spod kreski”. W tym roku dla kandydatów na studia nasza Uczelnia przygotowała łącznie blisko 4 tysiące miejsc.

(Karolina Gwarek)



Część kandydatów, m.in. ze „starą maturą”, musiała zdawać egzaminy z fizyki, biologii, chemii, języków obcych – zależnie od wymagań na danym kierunku studiów