



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXIX

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 7-8/2007

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>Dział Współpracy z Zagranicą</i> Public Health Info Day – zagadnienia zdrowia publicznego w 7. Programie Ramowym.....	2
<i>Lidia Przepióra-Dziewulska</i> 20-lecie Programu Erasmus.....	4
<i>Karolina Gwarek</i> POChP – niedoceniany problem? – wywiad z prof. Janem Zielińskim.....	8
<i>Małgorzata Pietkiewicz</i> Nowy stary Oddział.....	10
<i>Elwira Zielińska</i> Z posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Warszawie.....	12
Zasady przyjmowania i publikacji prac w „MDW”.....	14

MDW NA WAKACJACH

<i>Anna Majewska</i> Camera Obscura – czyli od ciemnej skrzynki do fotografii cyfrowej.....	15
--	----

NAUKA

<i>Hanna Szajewska</i> Zapobiec Celiakii.....	19
<i>Karolina Pietruk, Karolina Bobrowska</i> Oczekiwania studentów wobec przedmiotu opieka paliatywna, realizowanego w Akademii Medycznej w Warszawie.....	24

KOMUNIKATY

Wręczenie dyplomów absolwentom fizjoterapii.....	28
Obywatel Honorowy.....	29
V Międzynarodowa Konferencja Studenckich Kół Naukowych.....	31
Porozumienie i współpraca.....	32
AM na liście najczęściej cytowanych.....	32

Public Health Info Day – zagadnienia zdrowia publicznego w 7. Programie Ramowym

5 lipca 2007 r. w Sali Posiedzeń Senatu AM odbyło się spotkanie na temat zagadnień zdrowia publicznego w 7. Programie Ramowym (7PR). Uczestnicy mieli okazję wysłuchać wystąpień prof. Jerzego Szczerbana z Akademii Medycznej w Warszawie, dr Gesy Hansen z Komisji Europejskiej, Ewy Madej-Popiel z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz specjalistów z Krajowego Punktu Kontaktowego Programów Badawczych UE (KPK) – dyrektor Anny Pytko, Iwony Kucharczyk oraz dr Ewy Szkiłądź.

Uczestników spotkania powitał Rektor AM, prof. Leszek Pączek, który podziękował za przybycie m.in. dr Gesie Hansen z Komisji Europejskiej, prof. Jerzemu Szczerbaniowi – byłemu Rektorowi Akademii Medycznej w Warszawie, byłemu dyrektorowi Europejskiego Biura WHO, prof. Barbarze Gawrońskiej-Szklarz – Prorektor ds. Nauki z Pomorskiej Akademii Medycznej oraz Monice Przyguckiej – Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.



JM Rektor składa podziękowania za przybycie gościom

Następnie głos zabrała Anna Pytko, Dyrektor KPK ds. priorytetów tematycznych, która przedstawiła działalność biura KPK, omówiła miejsce zagadnień



Prof. Jerzy Szczerbań w trakcie wykładu

zdrowia publicznego w kolejnych Programach Ramowych oraz moderowała przedpołudniową część spotkania.

Jako pierwszy prelegent wystąpił prof. Jerzy Szczerbań, który zaprezentował aktualne aspekty badań naukowych z zakresu zdrowia publicznego. Porównał bieżące rozwiązania przyjęte w Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia.

Następnie dr Gesa Hansen z Dyrekcji Generalnej ds. Badań Naukowych Komisji Europejskiej przedstawiła możliwości składania wniosków z zakresu zdrowia publicznego w ramach 7PR. Po krótkim omówieniu zasad konkursów w obszarze technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) dr Hansen przesłała

do tematu ZDROWIE, który jest pierwszym zagadnieniem tematycznym w obszarze WSPÓŁPRACA. Prezentacja dotyczyła w szczególności trzeciego filaru tematu ZDROWIE – *Optimising the delivery of health care to European Citizens*. Prelegentka opisała najistotniejsze kwestie dotyczące formalnej i merytorycznej strony składania wniosków. Przedstawiła również szczegółowo proces ewaluacji, przy czym zachęciła obecnych na sali naukowców do zgłaszania swoich kandydatur na ewaluatorów.

W przerwie pomiędzy poranną i popołudniową częścią spotkania specjaliści z KPK prowadzili indywidualne konsultacje dla uczestników. Informacji na temat zagadnień finansowych w programach ramowych udzielała Iwona Kucharczyk, na temat programu LUDZIE – Marta Muter, na temat programu POMYSŁY – dr Wiesław Studencki, a na temat obszaru ZDROWIE – dr Ewa Szkiłądź. O in-

nych możliwościach korzystania z zagranicznych programów pomocy w ochronie zdrowia mówiły również przedstawicielki Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia: Jądwiaga Jaszczyk – dyrektor Biura oraz Krystyna Drogoń.

Drugą część spotkania otworzyła prezentacja Ewy Madej-Popiel z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na temat inicjatyw podejmowanych przez Ministerstwo w zakresie udziału polskich jednostek w 7PR. Naczelnik Wydziału Programów Badawczych UE z MNiSW przedstawiła możliwości uzyskania dofinansowania z Ministerstwa do wspólnotowych projektów badawczych, zgodnie z nowym roz-



Uczestnicy konferencji „Public Health Info Day”

porządkiem MNiSW. Nowe zasady będą dopuszczać m.in. wyższe dofinansowanie, uproszczone wzory wniosków i raportów oraz brak konieczności podpisywania umowy o dofinansowanie z MNiSW.

Kolejną prelegentką, Iwona Kucharczyk, która jest specjalistką ds. finansowych w KPK, przedstawiła obowiązujące w programach ramowych zasady finansowe. Wyjaśniła m.in. zmiany, jakie zaszły przy przejściu z 6PR do 7PR, poruszyła zagadnienia pośrednich i bezpośrednich kosztów kwalifikowanych, płatności przekazywanych beneficjentowi oraz świadectw kontroli sprawozdań finansowych.



Prof. Piotr Małkowski – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu

Na zakończenie głos zabrała dr Ewa Szkiłądź, koordynator te-



Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem

matu ZDROWIE w KPK. Uczestnicy mieli okazję poznać najsukcesywniejsze metody poszukiwania partnerów do projektu. Zdaniem dr Szkiłądź poszukiwanie organizacji partnerskich powinno odbywać się różnymi kanałami – poprzez bazę kontaktów osobistych, udział w spotkaniach, za pośrednictwem Internetu, a zwłaszcza poprzez rejestrację w odpowiednich bazach danych. Prelegentka zwróciła szczególną uwagę na bazy CORDIS, IGLO, SMEs go Health oraz ScanBalt.

W spotkaniu udział wzięło ponad 120 osób, w tym pracownicy nauki, administracyjni oraz studenci Akademii Medycznej w Warszawie, goście z innych uczelni krajowych, zwłaszcza z jednostek zajmujących się tematyką zdrowia publicznego, a także przedstawiciele innych instytucji i firm, zainteresowani problematyką 7PR. Reprezentowane były m.in.: Akademia Medyczna w Białymstoku, Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Instytut Medycyny Wsi, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Instytut Żywności i Żywienia,

Pomorska Akademia Medyczna oraz Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Spotkanie zorganizowane zostało przez Krajowy Punkt Kontaktowy Programów Badawczych UE, przy współpracy Wydziału Nauki o Zdrowiu oraz Działu Współpracy z Zagranicą AM. KPK zapewnił wszystkim uczestnikom materiały informacyjne oraz poczęstunek w przerwie spotkania.

*Dział Współpracy z Zagranicą
Akademii Medycznej w Warszawie*

20-lecie Programu Erasmus

W dniu 29 czerwca 2007 roku w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie odbyła się Konferencja Studentów Erasmusa „20 lat Programu Erasmus”.

Honorowy patronat nad tym wydarzeniem objął Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Michał Seweryński. Gośćmi konferencji byli przedstawiciele stypendystów Erasmusa, uczelni uczestniczących w programie, organizacji studenckich, resortu nauki i szkolnictwa wyższego, Reprezentacji Komisji Europejskiej w Polsce, ambasad krajów UE/EOG, Konferencji Rektorów i instytucji edukacyjnych.



Beata Skibińska – Koordynator Programu Erasmus w Polsce

Uczestników konferencji powitał Paweł Poszytek – Dyrektor Programu „Uczenie się przez całe życie” Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji oraz JM Rektor AM prof. Leszek Pączek.

Następnie rozpoczęła się część referatowa, w ramach której prof. Jan Wojtyła – Dyrektor Gabinetu Politycznego Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Róża Thun – Szefowa Reprezentacji Komisji Europejskiej w Polsce i Beata Skibińska – Koordynator Programu Erasmus podsumowali dotychczasowe efekty jego realizacji w na-

szym kraju i podkreślili, że oznacza on przede wszystkim umiędzynarodowienie kształcenia. Głównym osiągnięciem programu jest popularyzacja mobilności i uelastycznienie sposobu studiowania, a najważniejszym celem – budowa Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego poprzez mobilność, uznawalność dyplomów i kwalifikacji, wspólne kształcenie, a także rozszerzanie współpracy europejskiej i wymiany w dziedzinie edukacji oraz podnoszenie jakości kształcenia w krajach uczestniczących w programie.

Erasmus – to bez wątpienia jedna z najbardziej znanych inicjatyw wspólnotowych – propaguje i wspiera międzynarodową mobilność studentów i nauczycieli akademickich, jak również udział europejskich uczelni we wspólnych, międzynarodowych projektach dotyczących kształcenia. Jest nie tylko programem edukacyjnym, ale także zjawiskiem społeczno-kulturowym, które uczy, zbliża ludzi, pomaga przełamywać uprzedzenia i stereotypy. Program przyczynił się do powstania idei Procesu Bolońskiego – inicjatywy, która zmierza do wprowadzenia większej przejrzystości i „kompatybilności” europejskich systemów szkolnictwa wyższego, ułatwiają-

Europejskiej „Uczenie się przez całe życie”.

Podczas konferencji niezwykle interesujący wykład, będący odpowiedzią na pytanie: „Dlaczego warto być mobilnym?” przedstawił prof. Tadeusz Sławek – poeta, tłumacz, wykładowca akademicki, były Rektor Uniwersytetu Śląskiego. Zauważył on, że już „Arystotelesowska teoria wychowania obliczona jest na kształcenie obywateli, którzy umieją patrzeć. Początek bierze się z przekonania, że każdy uczestnik różnorodnej wspólnoty obywateli jest potencjalnie osobą obdarzoną praktyczną mądrością oraz fundamentalną dyspozycją do kultuwowania codziennego postrzegania i posługiwania się nim na rzecz całej grupy. Wychowanie ma na celu stworzenie warunków do rozwoju tych dyspozycji”.

W programie konferencji znalazły się również debaty na temat wpływu Erasmusa na dialog interkulturowy oraz pośrednio na rynek pracy. Obradom towarzyszyła wystawa zdjęć studentów Erasmusa i laureatów konkursu Discover Europe, organizowanego przez Erasmus Student Network. Konferencję uświetnił ponadto występ Chóru AM, który wykonał „Gaude Mater Polonia”



Chór Akademii Medycznej w Warszawie w trakcie występu



Sala konferencyjna po brzegi wypełniona...

i „Odę do radości”. Uczestnicy obejrzeni także spektakl wystawiony przez aktorów Teatru Akademickiego UW.

Program Erasmus w Akademii Medycznej

Akademia Medyczna w Warszawie, będąc międzynarodową uczelnią, uznaje kluczową rolę mobilności i dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wysoką jakość wyjazdów studentów i nauczycieli akademickich.

W czerwcu bieżącego roku Komisja Europejska przyznała naszej uczelni Rozszerzoną Kartę Erasmusa (Extended Erasmus University Charter), która uprawnia do: wymiany studentów i kadry akademickiej, organizowania kursów intensywnych, udziału w projektach wielostronnych i sieciach tematycznych Erasmusa.

Akademia Medyczna aktywnie uczestniczy w programie Erasmus od samego początku jego pojawienia się w Polsce, czyli od roku 1998. W programie biorą udział studenci I i II Wydziału Lekarskiego, Oddziału Stomatologicznego, Wydziału Farmaceutycznego, Wydziału Nauki o Zdrowiu i English Division, którzy realizują część studiów

w zagranicznych uczelniach, w międzynarodowym otoczeniu, poznają systemy kształcenia i metody nauczania w innych krajach, podnoszą swoje kompetencje językowe, nawiązują nowe znajomości i poznają inne kultury, zdobywają doświadczenia, które procentują przez całe życie.

Wyjazdy w ramach tego programu cieszą się ogromnym zainteresowaniem studentów Akademii, gdyż uczestnictwo w nim to zdobywanie nowego europejskiego doświadczenia i lepsze przygotowanie się do przyszłej pracy zawodowej.

W tym roku 15 nauczycieli akademickich AM zrealizowało wyjazdy do uczelni partnerskich. Wyjazdy dla kadry dydaktycznej umożliwiają wymianę doświadczeń z zagranicznymi partnerami i nawiązanie nowych kontaktów o charakterze naukowo-dydaktycznym.

W ramach wymiany programu Erasmus przyjeżdżają do nas zagraniczni studenci, uczestniczący zarówno w zajęciach dydaktycznych English Division, jak i odbywający praktyki w poszczególnych jednostkach AM. W nadchodzącym roku akademickim po raz pierwszy w ra-

mach Erasmusa przyjedzie do nas 28 studentów zagranicznych, co świadczy o zwiększeniu roli AM wśród europejskich partnerów. Z kolei na stypendium zagranicą będzie przebywało 77 naszych studentów.

Oferta stypendialna na rok 2007/2008 przedstawia się następująco:

• **AUSTRIA**

Medizinische Universität Wien

• **BELGIA**

Université Libre de Bruxelles

• **WIELKA BRYTANIA**

University of London

• **FINLANDIA**

University of Kuopio

• **SZWECJA**

Lund University

• **FRANCJA**

Institute Catholique de Lille

Université de la Méditerranée

• **NIEMCY**

Justus-Liebig-Universität Giessen
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Heinrich-Heine-Universität

Düsseldorf

Universität zu Köln

Georg-August-Universität Göttingen

• **CZECHY**

Univerzita Karlova v Praze

• **WĘGRY**

Semmelweis University

• **HOLANDIA**

Hogeschool van Arnhem

• **WŁOCHY**

Università degli Studi di Milano

Università degli Studi di Perugia

Università degli Studi di Siena

Università degli Studi di Napoli

Federico II

Seconda Università degli Studi di Napoli

• **HISZPANIA**

Universidad de Granada

Universidad de Alcalá

Universität de Lleida

Universidad de Murcia

Universidad Complutense de Madrid

• **PORTUGALIA**

Universidade de Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo

Escola Superior de Ponta Delgada

Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa

• **TURCJA**

Istanbul Universitesi

Selcuk University

Samsun University

• **BUŁGARIA**

Medical University of Varna

Akademia Medyczna w Warszawie uczestniczy również w sieciach tematycznych Erasmusa – **MEDINE, DentEd III i DIETS Thematic Networks**, których głównym celem jest zwiększenie harmonii kompetencji i wyników nauczania w szkolnictwie wyższym w Europie poprzez wzmocnienie struktur edukacyjnych.

MEDINE Thematic Network – Sieć tematyczna edukacji medycznej w Europie.

MEDINE dotyczy tematów edukacyjnych, instytucjonalnych i jakości nauczania w europejskiej edukacji medycznej. Działa w ramach inicjatyw europejskich – Deklaracji Bolońskiej, ECTS, Diploma Supplement, dwustopniowego pro-

gramu studiów, projektu „Tuning”, jak również poprzednich działań w edukacji medycznej Komisji Europejskiej, AMEE, AMSE i WFME.

Pierwsze wspólne projekty:

– Tuning Task Force – cel: uzgodnienie zarysu kompetencji/korzystnych efektów nauczania w Europie przy zastosowaniu projektu Tuning,

– Quality Assurance Standards Task Force – cel: doskonalenie zapewnienia jakości standardów nauczania w procesie europejskiej edukacji medycznej,

– International Recognition of Qualifications Task Force – cel: utworzenie ramowego programu dla międzynarodowej uznawalności kwalifikacji w kontekście edukacji medycznej w powiązaniu z innymi zawodami,

– Transparency and Public Understanding of Medical Education Task Force – cel: uzyskanie przejrzystości i publicznego zrozumienia edukacji medycznej (przed-dyplomowe, podyplomowe i kontynuacji), jak również efektów nauczania w Europie i poza nią,

– Links between Medical Education and Research Task Force

– cel: wzmocnienie i rozwój więzi pomiędzy edukacją i badaniami naukowymi w medycynie.

DentEd III Thematic Network – Sieć tematyczna edukacji stomatologicznej w Europie.

Cel: harmonizacja edukacji stomatologicznej w Europie.

Pierwsze wspólne projekty:

– Kompetencje lekarza dentystry.

– Program nauczania: zawartość, struktura i ECTS.

– Jakość nauczania w stomatologii.

DIETS Thematic Network – Sieć tematyczna edukacji dietyki w Europie.

Cel: harmonizacja nauczania dietyki w Europie; określenie indykatorów jakości, szczególnie w części praktycznej nauczania dietyki; poprawa komunikacji pomiędzy edukatorami a praktykami w dziedzinie dietyki; wymiana doświadczeń w określaniu kompetencji absolwenta dietyki; zwiększenie roli dietyków w promocji zdrowego stylu żywienia.

Sieć działa w oparciu o doskonałe podstawy EFAD (Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Dietetyków).



Uczestnicy konferencji „20 lat Programu Erasmus”



Prof. Leszek Pączek w trakcie swojego przemówienia

Nasza uczelnia jest członkiem prestiżowych organizacji międzynarodowych: UNESCO, EUA (European University Association – EUA), AMEE (Association for Medical Education in Europe) i ECTS-MA (ECTS – Medicine Association). Uczestnictwo w tych organizacjach to forum dla wymiany informacji, doświadczeń, poznania nowych wyzwań obecnych w europejskim szkolnictwie wyższym, jak również wzajemnej nauki i pomocy pomiędzy uczelniami poprzez udział w takich formach działalności, jak konferencje, seminaria, itp.

Udział Akademii Medycznej w Warszawie w Programie Erasmus, w sieciach tematycznych Erasmusa i w organizacjach międzynarodowych pozwala na poprawę jakości nauczania, poznanie systemów kształcenia innych krajów, a przede wszystkim podnosi rangę uczelni na arenie międzynarodowej. Dlatego też Akademia w dalszym ciągu będzie aktywnie rozwijać współpracę międzynarodową, uczestnicząc w dotychczasowych programach edukacyjnych, jak również przystępując do nowych projektów.

mgr Lidia Przepióra-Dziewulska
Dział Współpracy z Zagranicą AM

Przemówienie JM Rektora

Szanowni Państwo, Drodzy Studenci!

Mam zaszczyt serdecznie powitać Państwa na konferencji „20 lat Programu Erasmus” – programu, który poprowadził młodzież Europy do nowego etapu: mobilnego społeczeństwa, ze studentami doskonalszymi swoje umiejętności podczas stypendium za granicą.

Gorąco witam ekspertów, którzy wygłoszą wykłady:

Panią Różę Thun – Szefa Reprezentacji Komisji Europejskiej w Polsce,

Pana Ministra Jana Wojtyłę – Dyrektora Gabinetu Politycznego Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego,

Pana Mirosława Marczewskiego – Dyrektora Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji,

Pana Pawła Poszytka – Dyrektora Programu „Uczenie się przez całe życie”,

Panią Beatę Skibińską – Koordynatora Programu Erasmus w Polsce.

Jest mi miło powitać Pana Profesora Tadeusza Sławka, Rektora Uniwersytetu Śląskiego w latach 1996 – 2002, Kierownika Katedry Literatury Porównawczej Uniwersytetu Śląskiego, tłumacza i poetę.

Szczególnie gorąco witam studentów – głównych uczestników dzisiejszej konferencji.

Obecność tylu znanych twórców i tylu wspaniałych uczestników jest gwarancją wysokiego poziomu obrad.

Realizacja Programu Erasmus dowiodła, że studia za granicą mogą być szczególnie cennym doświadczeniem, ponieważ są one nie tylko najlepszą drogą do poznania innych krajów, języków, kultur i poglądów, ale mają również coraz większy wpływ na przebieg kariery naukowej i zawodowej. Uczestnictwo w programie Erasmus to bardzo ważny element budowania Wspólnej Europy – bez barier i stereotypów!

Akademia Medyczna uczestniczy w programie Erasmus od

czasu jego pojawienia się w Polsce. Niejednokrotnie otrzymujemy listy gratulacyjne od współpracujących z nami zagranicznych koordynatorów uczelnianych, informujące o dobrym przygotowaniu naszych studentów, którzy za granicą stają się ambasadorami szkolnictwa wyższego naszego Kraju.

Od 1998 roku Akademia Medyczna w Warszawie nawiązała współpracę z 33 uczelniami europejskimi. W roku akademickim 2007/2008 na stypendium Erasmusa przebywać będzie 77 studentów naszej Uczelni, a 28 studentów zagranicznych będzie kształcić się u nas w ramach tego programu.

W roku akademickim 2006–7 piętnastu przedstawicieli kadry dydaktycznej Akademii Medycznej zrealizowało jednotygodniowe wyjazdy do uczelni partnerskich, aktywnie promując osiągnięcia polskiej dydaktyki i nauki – zwiększając tym samym zainteresowanie zagranicznych studentów naszą uczelnią.

Akademia Medyczna będzie dalej wspierać działania związane z programem, zarówno finansowo, jak i poprzez zapewnienie pomocy administracyjnej w ramach nowego programu „Uczenie się przez całe życie”.

W medycynie wiedza praktyczna zmienia się w połowie co 10 lat. Dezaktualizują się poglądy i metody leczenia, pojawiają się nowe teorie i sposoby terapii. Dlatego tak ważne jest samokształcenie, nazywane Continuous Medical Education. Wynika to z poczucia wielkiej odpowiedzialności za powierzone nam ludzkie życie i zdrowie, ale także z nadziei, którą pokładają w nas dotknięci chorobą ludzie.

Na zakończenie chciałbym życzyć Państwu owocnych obrad oraz podziękować za zaproszenie do otwarcia tej uroczystej i ważnej konferencji, łączącej przede wszystkim studentów uczelni polskich.

POChP – niedoceniany problem?

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc stanowi jedną z głównych przyczyn śmierci w Polsce. Mimo to jej znajomość w naszym społeczeństwie jest niewielka. O tym, jak zaradzić temu problemowi, w jaki sposób wcześniej rozpoznawać i skutecznie leczyć POChP, rozmawiałam z prof. Janem Zielińskim – krajowym koordynatorem programu „Głęboki Oddech”, który ma na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat tej choroby. Profesor Zieliński jest członkiem Komitetu Naukowego międzynarodowej grupy ekspertów GOLD, która ustala światowe standardy w terapii POChP. Od dwóch lat współpracuje z Katedrą i Kliniką Pneumonologii, Chorób Wewnętrznych i Alergologii warszawskiej AM.



K.G.: – Jest Pan cenionym autorytetem w dziedzinie pneumologii. Wiele lat pracy lekarskiej i naukowej poświęcił Pan problemowi przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, która stanowi czwartą przyczynę zgonów w Polsce. Jednak, jak wskazują badania, społeczna świadomość tej choroby jest niedostateczna...

Prof. J.Z.: – To tym bardziej zaskakujące, że POChP nie jest nową chorobą. Jest po prostu nową nazwą, nadaną dwóm dobrze znanym schorzeniom: przewlekłemu zapaleniu oskrzeli i rozedmie płuc. Wspólne określenie wprowadzono do terminologii medycznej już ponad 40 lat temu. Stworzono je, aby pogodzić poglądy europejskie, głównie brytyjskie na tę chorobę, z poglądami amerykańskimi. Schorzenie to cechuje się między innymi chronicznym kaszlem i dusznością

podczas wysiłku – w Europie zwykło się je nazywać przewlekłym zapaleniem oskrzeli, a w Stanach Zjednoczonych – rozedmą płuc.

– Jakie są przyczyny tej choroby?

– Główną przyczyną jest palenie papierosów. Ocenia się, że z tego powodu na POChP cierpi około 80%, a według niektórych statystyk aż 90% wszystkich chorych. Jednak badania z ostatnich lat wskazują, że POChP dotyka również dużą grupę kobiet, które nigdy nie paliły papierosów. Podejrzewa się, że jednym z powodów może być tzw. palenie bierne. W niektórych krajach przyczyną zachorowań wśród kobiet jest spędzanie dużej części życia w kuchni, często bardzo prymitywnej. W wielu miejscach pali się tzw. biopaliwem – krowiakiem, pędami roślin, drewnem. Dym palących się substancji biologicznych działa na organizm podobnie jak dym tytoniowy i często powoduje POChP. Przyczyny tej choroby mogą wiązać się także z wykonywanym zawodem. Szczególnie zagrożone są osoby, które pracują w otoczeniu substancji szkodliwych: pyłów, dymów, gazów – z każdym oddechem dostają się one do ich płuc i niszczą je. Jeśli dodatkowo ktoś pali papierosy, ryzyko zachorowania wzrasta kilkakrotnie. Ostatnią grupą szczególnie narażoną na POChP, stanowiącą ok. 0,5% popula-

cji, są ludzie z wrodzonym brakiem $\alpha 1$ -antytrypsyny w organizmie. To rodzaj białka, które chroni płuca przed niszczeniem przez dym tytoniowy. Jeśli takie osoby są palaczami – w sposób nieuchronny zapadają na POChP, a choroba ma u nich przebieg szczególnie ciężki i z reguły prowadzi do śmierci.

– Jak wielu ludzi w Polsce cierpi na POChP?

– Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że choruje około 10% osób, które ukończyły 40 rok życia. Ta statystyka jest bardzo zbliżona do rezultatów badań epidemiologicznych przeprowadzonych na świecie.

– Jak rozpoznać objawy POChP?

– Choroba trwa kilkadziesiąt lat. Początkowo nie daje żadnych niepokojących objawów, poza pojawiającym się codziennie, zwykłym rano, kaszlem. Niestety chorzy, którymi są w większości palacze, często uważają ten objaw za naturalny i nie zgłaszają się w porę do lekarza. Praktyka pokazuje, że zazwyczaj pomocy szukają pacjenci, którzy są już w bardzo zaawansowanym stadium choroby. Zwykle przychodzą do gabinetu wówczas, kiedy zaczynają odczuwać duszność przy wysiłku fizycznym. Czynności, które dotąd wykonywali bez trudu, np. wchodzenie po schodach, biegnięcie do autobusu – zaczynają im sprawiać coraz większe problemy.

– W jaki sposób przebiega choroba?

– Jak wspomniałem, rozwija się ona podstępnie i bardzo powoli – trwa zazwyczaj kilkadziesiąt lat. Wyróżnia się w niej cztery stadia: postać łagodną, umiarkowaną, ciężką i bardzo ciężką. Blisko 80% ludzi cierpiących na POChP w polskiej, około dwumilionowej grupie chorych, to osoby z łagodną bądź umiarkowaną postacią choroby. Pozostałe 20% pacjentów jest w stanie ciężkim albo bardzo ciężkim.

Ci chorzy doznają uczucia duszności podczas niewielkiego nawet wysiłku, co wyklucza ich z normalnego życia. Konsekwencją POChP jest niewydolność oddychania, czyli stan, w którym płuca nie mogą przyjmować tlenu z powietrza. Skutkuje to niedotlenieniem krwi, które prowadzi do poważnych zaburzeń czynności organizmu, począwszy od upośledzenia funkcji mózgowych, tak poznawczych, jak i nastroju, poprzez nadciśnienie płucne i chorobę nazywaną „sercem płucnym”, aż do powikłań narządowych, upośledzenia pracy nerek i wątroby. Każdy organ, który jest wrażliwy na brak tlenu, ulega uszkodzeniu. Chorzy umierają zwykle na niewydolność serca, czyli „serce płucne” lub na niewydolność oddychania.

– Jak wiele osób w Polsce umiera z powodu POChP?

– Spośród 2 milionów chorych umiera rocznie ok. 14 tysięcy osób. Według danych GUS – POChP jest czwartą przyczyną zgonów w Polsce, po chorobach serca i naczyń, nowotworach i śmiertelnych gwałtownych. Jednak umieralność w naszym kraju nie należy do największych na świecie. Nie jest większa niż w Europie Zachodniej, mimo że więcej osób pali u nas papierosy. Proporcjonalnie do liczby ludności, umiera u nas mniej ludzi niż np. w Wielkiej Brytanii. Sądzę jednak, że może to wynikać z niewłaściwego diagnozowania – chorzy na POChP umierają często np. z rozpoznaniem astmy lub niewydolności serca.

– Czy w Polsce zachorowalność na POChP wzrasta?

– W naszym kraju liczba zachorowań raczej nie rośnie, zwiększa się natomiast w krajach rozwijających się. Wiąże się to z faktem, że wielkie kompanie tytoniowe, mając coraz mniejszy rynek zbytu w krajach rozwiniętych, przeniosły swoje fabryki do państw trzeciego świata. Głównym problemem jest obecnie

np. gwałtowny wzrost liczby palaczy w Chinach. Tradycyjnie palili tam tylko mężczyźni, w tej chwili – także kobiety. Przy ogromnej populacji tego kraju, liczba chorujących na POChP jest wręcz wstrząsająca.

– Jak Pan Profesor ocenia znajomość POChP w naszym społeczeństwie – zarówno wśród lekarzy, jak i „zwykłych ludzi”?

– Świadomość POChP jest u nas w dalszym ciągu bardzo mała. Nie dotyczy to jednak tylko naszego kraju – wszędzie na świecie znajomość tej choroby jest dużo mniejsza niż wiedza na temat nowotworów czy chorób serca i naczyń. W Polsce jest krańcowo źle – kiedy kilka lat temu przeprowadzono badania opinii publicznej, okazało się, że tylko 6% ankietowanych znało termin POChP. Od tego czasu prowadzone są rozmaite akcje uświadamiające, ale jakie są ich skutki – nie wiemy. Dobrze byłoby przeprowadzić kolejne badania pod tym kątem. Na szczęście jeśli chodzi o polskich lekarzy – świadomość POChP jest coraz większa. Są już podręczniki, monografie poświęcone wyłącznie tej chorobie, kursy specjalistyczne i doskonalące, które jej dotyczą. Również przedstawiciele firm farmaceutycznych, zdając sobie sprawę, że leczenie POChP jest dwukrotnie droższe np. od kosztów leczenia chorego na astmę, przywiązują bardzo dużą wagę do uświadamiania lekarzy o zagrożeniach, jakie niesie ta choroba, o jej objawach, przebiegu i sposobach terapii.

– W jaki sposób można skutecznie leczyć POChP?

– Głównym elementem sukcesu w walce z tą chorobą jest ograniczenie, a najlepiej całkowite rzucenie palenia. Oblicza się, że co czwarta osoba paląca papierosy przez 20 lat, zapada na POChP. Jednocześnie palacze cierpiący na tę chorobę, są trzykrotnie bardziej narażeni na ryzyko zgonu z powodu raka płuc

i zawału serca. Jednak POChP jest jedyną chorobą odytoniową, której rozwój można całkowicie zahamować poprzez rzucenie nałogu.

– A co ze wsparciem farmakologicznym?

– POChP leczy się farmakologicznie, kiedy pojawiają się objawy, takie jak duszność podczas wysiłku. Jest cała gama leków rozszerzających oskrzela, o różnorodnym działaniu, które w zaawansowanych stadiach choroby można nawet łączyć. Podaje się je w drodze inhalacji lub doustnie. Gdy występują objawy niewydolności serca, choremu zaleca się zazwyczaj leki nasercowe i moczopędne. Jeśli u pacjenta rozwija się niewydolność oddychania i niedotlenienie krwi, leczy się go tlenem, który trzeba podawać przynajmniej przez 15 godzin na dobę. W mieszkaniu chorego instaluje się specjalne aparaty, zwane koncentratorami tlenu, produkujące 5 litrów tlenu na minutę. Pacjent powinien oddychać przy ich pomocy stale, kiedy przebywa w domu.

– Pan Profesor był inicjatorem stworzenia w naszym kraju ogólnopolskiej sieci poradni leczenia tlenem. Jak wiadomo, jest Pan także krajowym koordynatorem programu „Głęboki Oddech”. Na czym on polega?

– Program powstał w 2004 roku. Jego celem jest szerzenie wśród Polaków wiedzy na temat POChP. Działamy w kilku kierunkach – w tej chwili główny nacisk kładziemy na dostarczanie mediom informacji o chorobie. Występujemy między innymi w programach telewizyjnych – najczęściej w połowie listopada, kiedy przypada Światowy Dzień Walki z POChP. Poza tym prowadzimy różnego rodzaju akcje uświadamiające i profilaktyczne. Umożliwiamy osobom, które mają objawy choroby lub podejrzewają ją u siebie, ale żyją w miejscowościach odległych od specjalistycznej opieki, wykonanie badania spirometrycznego.

W takich miejscach pojawia się specjalista chorób płuc wyposażony w spirometr, który wykonuje odpowiednie badanie i stawia diagnozę. Następnie, w przypadku rozpoznania POChP, oddaje chorego pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Poza tego typu działaniami, organizujemy również rozmaite imprezy, festyny, happeningi, w czasie których nagłaśniamy problem. Często są to wydarzenia połączone z możliwością wykonania badań spirometrycznych i specjalistycznej konsultacji.

– Poza pracą na terenie naszego kraju, zajmuje się Pan również działalnością międzynarodową. Jest Pan ekspertem Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Czym zajmuje się ta organizacja?

– GOLD jest to Światowa Inicjatywa Zwalczania Obturacyjnej Choroby Płuc. Organizacja powstała w latach 90-tych ubiegłego stulecia. Jej celem jest uświadamianie społeczeństwu zagrożenia, jakie stanowi POChP oraz poprawa jakości jej rozpoznawania i leczenia. Eksperti GOLD ustalają tzw. guidelines, czyli zalecenia, w jaki sposób powinno się rozpoznawać

i leczyć POChP. Te wskazówki nie są przystosowywane do potrzeb konkretnego kraju, ale mają charakter międzynarodowy. Organizacja składa się z kilku Komitetów: Komitetu Rozpowszechniania, Komitetu Wykonawczego i Komitetu Naukowego. Ja jestem członkiem tego ostatniego – w jego skład wchodzi kilkunastu naukowców z całego świata. Naszym celem jest śledzenie na bieżąco światowego piśmiennictwa poświęconego POChP i wyszukiwanie najświeższych informacji na ten temat. W połowie każdego roku zbieramy najistotniejsze wiadomości i umieszczamy je w corocznie unowocześnianym dokumencie GOLD. Po 5 latach od pojawienia się pierwszego dokumentu w 2001 roku – w 2006 r. stworzyliśmy nowy, który został niemal całkowicie przerezegowany, ponieważ w tym czasie bardzo wzrosła wiedza o interesującym nas zagadnieniu.

– Jak Pan sądzi, co powinno się zmienić w polskim podejściu do POChP?

– Dobrze byłoby, gdyby instytucje odpowiedzialne za alokację środków na leczenie POChP – przede wszystkim NFZ, Ministerstwo

Zdrowia, stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej – zaczęły przywiązywać większą wagę do tej choroby. Niezbędna jest także zmiana polityki dotyczącej leczenia nikotynizmu w Polsce. W większości krajów Unii Europejskiej jest ono subsydiowane przez państwo. Niestety w Polsce leki służące zwalczaniu nikotynizmu nie są refundowane. W dalszym ciągu uważa się, że osoba, która rzuca palenie, zaoszczędza wystarczająco dużo pieniędzy, aby pozwolić sobie na ich zakup. Tymczasem palenie papierosów i wiążące się z nim POChP jest rozpowszechnione szczególnie wśród najuboższej części społeczeństwa – wydanie kilkuset złotych na leki antynikotynowe dla wielu osób jest niemożliwe, ponieważ wolą te pieniądze przeznaczyć na utrzymanie rodziny. W Polsce nadal nie przyjmuje się do wiadomości faktu, że odzwyczajenie jednej osoby od palenia jest o wiele bardziej opłacalne, niż wydanie ogromnych pieniędzy na leczenie chorób, będących nieuniknionym skutkiem nałogu.

Karolina Gwarek

„Medycyna Dydaktyka Wychowanie”

Nowy stary Oddział

Wyremontowany Oddział Kliniczny Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci Akademii Medycznej przy ul. Działdowskiej 1 oficjalnie otwarto w środę 8 sierpnia br., ale pierwsi pacjenci pojawili się w nim 3 września. Uroczystego otwarcia placówki dokonali JM Rektor prof. Leszek Pączek oraz Dziekan II Wydziału Lekarskiego prof. Maciej Karolczak, obecni byli również Kanclerz AM Bartosz Gucza oraz dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej M. St. Warszawa dr Elżbieta Wierzchowska. Koszt remontu Oddziału wyniósł ponad 5 mln złotych.

Oddział otwarto po gruntownym remoncie, który trwał przez ponad 8 miesięcy i rozpoczął się 1 grudnia 2006 roku. Aby móc przystąpić do modernizacji, szpital musiał wystąpić do konserwatora zabytków z prośbą o zgodę na remont. Budynek znajduje się bowiem w rejestrze zabytków.

W wyniku prac remontowych stworzono 8 sal z łózkami dla dzieci, w tym dwie specjalne sale dla noworodków i niemowląt oraz 7 stanowisk intensywnego nadzoru pooperacyjnego. Razem 35 łózek.

– W zmodernizowanej części są dwie sale operacyjne w pełni



Wstęgę przecina prof. Leszek Pączek



Wsparcia finansowego udzieliło Ministerstwo Zdrowia, jednak pieniądze, które trafiły na konto szpitala, pokryły jedynie

Cały koszt remontu Oddziału przy Działdowskiej wyniósł ponad 5 mln złotych. Szpital wnioskował o dodatkowe fundusze na zakup sprzętu, pieniędzy jednak nie otrzymał.

- Chodziło o kwotę 1,6 mln złotych na specjalistyczną aparaturę
- twierdzi Barbara Kotkiewicz.
- Ministerstwo zagwarantowało

środki jedynie na pompy infuzyjne. Dość należy, że wsparcia finansowego udzieliła również Fundacja Polsat oraz Fundacja „Przyjaciele Szpitala Dziecięcego przy Litewskiej”.

Dla przypomnienia, Oddział specjalizuje się w operacjach kardiologicznych wcześniaków,

których waga nie przekracza 1 kg. Już teraz media określają tę placówkę jako drugą tak specjalistyczną w naszym kraju, zaraz po Centrum Zdrowia Dziecka.

Małgorzata Pietkiewicz

„Medycyna Dydaktyka Wychowanie”

klimatyzowane – wyjaśnia Barbara Kotkiewicz, kierownik Działu Eksploatacji Szpitala. – Wcześniej była jedna duża sala operacyjna i druga, bardzo mała, po remoncie możemy powiedzieć, że dysponujemy dwiema wielkimi salami. Drugą salę operacyjną powiększono o pomieszczenie, w którym przed remontem znajdowało się archiwum.

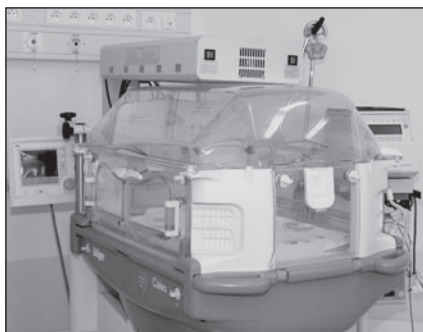


(Zdjęcie u góry) od prawej prof. Jerzy Stelmachów, prof. Wojciech Noszczyk oraz prof. Wiesław Gliński. (Zdjęcie u dołu) prof. Maciej Karolczak – szef wyremontowanego Oddziału

75% należności. Pozostałą część kwoty Ministerstwo obiecało w transzy w 2008 roku.

– Jest szansa, że pieniądze za remont szpital otrzyma jeszcze w tym roku. Jednak bardziej prawdopodobny jest termin przyszłoroczny – mówi Barbara Kotkiewicz. – Brakuje

część sumy mogłaby wpłynąć wcześniej pod warunkiem, że wyjaśni się sprawa innych placówek, które planowały w tym roku modernizację, ale nie zdołały przygotować wymaganych dokumentów, aby ją rozpocząć.



(Zdjęcie u góry) inkubator. (Zdjęcie u dołu) jedna z sal dla pacjentów



Podziękowania od personelu Oddziału odbiera prof. Maciej Karolczak

Z Senatu Akademii Medycznej w Warszawie w dniu 30 lipca 2007 r.

1. Wystąpienie Dyrektora Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie w sprawie rozbudowy bazy lokalowej Instytutu Stomatologii.

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk poinformował, że został przygotowany wniosek do Ministerstwa Zdrowia w sprawie budowy obiektu na terenie Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń Wielonarządowych, dla potrzeb Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie. Uzasadnieniem dla dokonania w/w inwestycji jest fakt pojawienia się nowych zadań związanych z wprowadzeniem wyższych standardów nauczania na kierunku lekarsko-dentystycznym oraz w zakresie prowadzenia zajęć dydaktycznych dla studentów higieny stomatologicznej i technik dentystycznych.

Zwiększenie liczby godzin oraz nadgodzin przy tej samej liczbie foteli stomatologicznych w przyszłym roku nie będzie możliwe do wykonania.

Ponadto należy pamiętać, że do roku 2010 powinny zostać spełnione określone wymogi unijne. Dotyczą one zapewnienia odpowiedniej powierzchni przypadającej na jeden unit stomatologiczny, a także istnienia specjalnych podejść i podjazdów dla osób niepełnosprawnych. Żadnego z tych warunków nie spełnia baza lokalowa przy ul. Miodowej.

Tak więc inwestycja, o której wyżej mowa, staje się konieczna dla dalszego istnienia i funkcjonowania Oddziału Stomatologii w naszej Uczelni.

Dyrektor Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń Wielonarządowych poparł wnioski w sprawie rozbudowy bazy lokalowej Instytutu Stomatologii na terenie Szpitala. JM Rektor zwrócił się do Senatu z prośbą o wydanie opinii w tej sprawie.

Senat Akademii Medycznej w Warszawie w drodze jawnego głosowania pozytywnie zaopiniował wnioski Dyrektora Instytutu Stomatologii w sprawie budowy obiektu na terenie Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń Wielonarządowych, dla potrzeb Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie.

2. Uzupełnienie brzmienia załącznika nr 11 (zakupy inwestycyjne) do Uchwały nr 32/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 25 czerwca 2007 r.

Mgr Halina Biernacka – Kwestor AM poinformowała zebranych, że z uwagi na przyznanie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotacji celowej na zakup wysokiej klasy cyfrowego echokardiografu dla I Wydziału Lekarskiego, należy dokonać odpowiednich zmian w Uchwale zatwierdzającej „Plan rzeczowo-finansowy Akademii Medycznej na 2007 r.”.

Kwestor zaproponowała, by w Uchwale nr 32/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 25 czerwca 2007 r., Załącznik nr 11 – „Zakupy Inwestycyjne” uzupełnić o pozycję 12 w brzmieniu:

„12. Elektrokardiograf cyfrowy – I WL (dotacja celowa MNiSW) – 650.000 złotych”.

Senat jednogłośnie przyjął proponowaną przez Kwestor zmianę w „Planie rzeczowo-finansowym Akademii Medycznej na rok 2007”.

3. Uzupełnienie brzmienia Uchwały nr 26 i 27/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 28 maja 2007 r. o załącznik określający osoby uprawnione do wnoszenia obniżonej o 30% opłaty za studia z tytułu polskiego pochodzenia.

Prof. dr hab. Leszek Pączek – Rektor AM wyjaśnił, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie podejmowania i odbywania przez cudzoziemców studiów i szkoleń oraz uczestnictwa w badaniach naukowych i pracach rozwojowych, osoby pochodzenia polskiego podejmujące w Uczelni naukę na warunkach odpłatności mogą ubiegać się o 30% zniżkę w opłatach.

JM Rektor zaproponował, by:

- Uchwałę nr 26/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 28 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych zasad pobierania opłat, trybu i warunków zwalniania z całości opłat w zakresie odpłatności:

- za studia niestacjonarne,
- za powtarzanie zajęć z powodu niezadowolających wyników w nauce,
- za studia i szkolenia cudzoziemców prowadzone w języku polskim,
- za prowadzenie kursów dokształcających

oraz

- Uchwałę nr 27/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 28 maja 2007 r. w sprawie zasad pobierania opłat za prowadzenie studiów odbywanych w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim II Wydziału Lekarskiego uzupełnić o załącznik, w którym zostanie sprecyzowane, jakie warunki musi spełniać i jakimi dokumentami powinien się legitymować cudzoziemiec, który chce skorzystać z 30% zniżki opłaty za studia z tytułu polskiego pochodzenia. Załącznik opracowano, posilkując się regulacjami prawnymi definiującymi pojęcie „pochodzenie polskie”, tj. ustawą o repatriacji oraz projektem ustawy o stwierdzeniu pochodzenia polskiego, który znaj-

duje się w trakcie prac legislacyjnych w Sejmie.

JM zaproponował następujące brzmienie załącznika uzupełniającego uchwałę Nr 26 i 27 Senatu AM:

1. Osoby ubiegające się o 30% zniżkę opłaty za studia z tytułu polskiego pochodzenia obowiązane są:

a) wykazać, że co najmniej jedno z rodziców lub dziadków lub dwoje pradziadków było narodowości polskiej oraz

b) wykazać swój związek z polskością przez pielęgnowanie mowy polskiej.

2. Okoliczności, o których mowa w pkt 1a) cudzoziemiec obowiązany jest wykazać dokumentami wydanymi przez polskie władze państwowe lub kościelne, w szczególności:

- dokumentami tożsamości,
- aktami stanu cywilnego albo ich odpisami,
- metrykami chrztu,
- innymi dokumentami urzędowymi zawierającymi wpis informujący o narodowości polskiej.

3. Okoliczności, o których mowa w pkt 1b) cudzoziemiec obowiązany jest wykazać certyfikatem minimum na poziomie B1 uzyskanym w wyniku zdanego egzaminu z języka polskiego organizowanego dla cudzoziemców w Instytucie Języka Polskiego i Kultury Polskiej dla Cudzoziemców „Polonicum” przy Uniwersytecie Warszawskim lub certyfikatem równorzędnym wydanym przez instytucję państwową.

Senat jednogłośnie przyjął proponowane brzmienie załącznika określającego warunki, jakie musi spełniać cudzoziemiec, który chce skorzystać z 30% zniżki opłaty za studia z tytułu polskiego pochodzenia.

4. Wstępne wyniki rekrutacji na rok akademicki 2007/2008.

W poniedziałek 25 czerwca 2007 r. Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, podpisał rozporządzenie w sprawie limi-

tów przyjęć na studia medyczne w roku akademickim 2007/2008. Limity ustalone zostały w oparciu o wnioski złożone przez poszczególne uczelnie.

W tym roku Akademia Medyczna w Warszawie wnioskowała o zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski z zeszlórocznych 350 do 370 miejsc. Limity na pozostałe kierunki studiów nie zmieniły się w stosunku do ubiegłego roku.

Tegoroczna rekrutacja rozpoczęła się 11 i 12 czerwca egzaminem uzupełniającym dla tzw. „starych maturzystów”. Właściwa rekrutacja rozpoczęła się 9 lipca br. Dzięki nowemu systemowi oraz sprawności w działaniu Komisji Rekrutacyjnej, rekrutacja na studia stacjonarne trwała tylko 3 tygodnie. Przyjęto dokumenty od ok. 1800 osób.

Rozpoczęto też rekrutację na studia niestacjonarne. Dzięki zastosowaniu nowych procedur, tryb rozpatrywania odwołań od decyzji o nieprzyjęciu jest prosty. Odwołania bez merytorycznego uzasadnienia pozostawiane były bez rozpatrzenia. Liczba nieuzasadnionych odwołań również spadła.

Bardzo pomocne w tym przypadku było umieszczenie dokładnych wymagań rekrutacyjnych na stronie internetowej uczelni. Proces rekrutacji może ulec dalszemu skróceniu, jeśli zgodnie z sugestią mgr Marka Legutko, p.o. Dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej, w przyszłym roku tzw. „starzy maturzyści” będą zdawać egzamin kwalifikacyjny razem z „nowymi maturzystami”.

5. Zatwierdzenie programu studiów podyplomowych z zakresu „Prowadzenia Działalności Gospodarczej w Opiece Zdrowotnej”.

Prof. dr hab. Zbigniew Gaciong – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego przedstawił program studiów podyplomowych z zakresu „Prowadzenia Działalności Gospodarczej w Opiece Zdrowotnej”.

Dwusemestralne, płatne studia podyplomowe, prowadzone

będą w Akademii Medycznej w Warszawie we współpracy ze Szkołą Główną Handlową. Przewidywany koszt opłaty za studia wynosi ok. 3.500 zł za semestr.

Kierownikiem studiów będzie Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Senat jednogłośnie zatwierdził przedstawiony program studiów podyplomowych z zakresu „Prowadzenia Działalności Gospodarczej w Opiece Zdrowotnej”.

6. Uchwała Senatu w sprawie przyznania Mirosławie Müldner-Kurpemie „Medalu za zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie”.

Prof. dr hab. Leszek Bablok – Przewodniczący Rady Bibliotecznej przedstawił sylwetkę mgr Mirosławy Müldner-Kurpety – wieloletniego Dyrektora Biblioteki Głównej AM oraz wystąpił z wnioskiem o przyznanie jej „Medalu za zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie”.

Senat w głosowaniu tajnym przyznał mgr Mirosławie Müldner-Kurpemie „Medal za zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie”.

7. Sprawy osobowe I Wydziału Lekarskiego.

Senat pozytywnie zaopiniował:

- 1) powołanie prof. dr hab. Magdaleny Durlik na stanowisko Dyrektora Instytutu Transplantologii,
- 2) powołanie prof. dr hab. Cezarego Kowalewskiego na stanowisko prof. nadzw. w Katedrze i Klinice Dermatologicznej,
- 3) przedłużenie zatrudnienia na stanowisku kierownika:

- prof. dr hab. Jackowi Szmidtowi na stanowisku Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej,

- prof. dr hab. Marii Wąsik na stanowisku Kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego,

- prof. dr hab. Hubertowi Wanyura na stanowisku Kierownika Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej,

– prof. dr hab. Andrzejowi Zawadzkiemu na stanowisku Kierownika Zakładu Medycyny Ratunkowej.

8. Sprawy osobowe II Wydziału Lekarskiego.

Senat pozytywnie zaopiniował:
1) powołanie prof. dr hab. Piotra Ciołka na stanowisko Kierownika – Ordynatora Oddziału w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
2) powołanie prof. dr hab. Tomasa Pasierskiego na stanowisko Kierownika Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny.

9. Sprawy osobowe Wydziału Farmaceutycznego.

Senat pozytywnie zaopiniował przedłużenie zatrudnienia na stanowisku kierownika:

- prof. dr hab. Janowi Pachecka w Katedrze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej,
- prof. dr hab. Stanisławowi W. Gumulce w Zakładzie Farmakodynamiki,
- prof. dr hab. Józefowi Sawickiemu w Zakładzie Badania Środowiska.

10. Sprawy Wydziału Nauki o Zdrowiu.

Senat pozytywnie zaopiniował:
• przedłużenie zatrudnienia prof. dr hab. Lidii Chomicz na stanowisku Kierownika Zakładu Biologii Medycznej,
• utworzenie Zakładu Biochemii Ogólnej i Żywności.

11. Komunikaty i wolne wnioski.

Prof. dr hab. Piotr Zaborowski – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych przekazał Senatorom informację w sprawie realizowanego w Akademii Medycznej w Warszawie programu adaptacyjno-profilaktycznego dla studentów I roku.

Celem projektu jest:

- uzyskanie przez nowych studentów naszej Uczelni doświadczeń osobistych, służących pełnej adaptacji do nowego środowiska oraz wiedzy o zdrowym stylu życia,
- nauka zasad skutecznego porozumiewania się pomiędzy ludźmi i stworzenie okazji do ich ćwiczenia oraz wykorzystywania w kontaktach koleżeńskich, z nauczycielami oraz pacjentami,

– zwrócenie uwagi na zagrożenia zdrowotne oraz tworzenie i rozwijanie umiejętności kierowania własnym postępowaniem (podejmowanie racjonalnych decyzji, rozpoznawanie sygnałów stresu, konstruktywne radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie problemów),
– przekazanie podstawowych treści związanych z profilaktyką uzależnień (definicje, zagrożenia, umiejętności udzielania wsparcia, ochrony siebie),
– wzajemne poznanie i integracja studentów (w swoich grupach dziekańskich).

- JM Rektor zapoznał zebranych z terminarzem posiedzeń Senatu Akademii Medycznej w Warszawie oraz Kolegium Rektorskiego na rok akademicki 2007/2008.
- JM Rektor poinformował również o planowanym na dzień 13 sierpnia nadzwyczajnym posiedzeniu Senatu, poświęconym sytuacji Szpitali Klinicznych.

mgr Elwira Zielińska

Biuro Organizacyjno-Prawne AM

„MEDYCYNA DYDAKTYKA WYCHOWANIE”

Zasady przyjmowania i publikowania prac – informacje dla autorów

1. Czasopismo Akademii Medycznej „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” zamieszcza prace o charakterze informacyjnym, poglądowym i przeglądowym w zakresie medycyny, farmacji, biologii i dziedzin pokrewnych oraz nawiązujące do dydaktyki i wychowania.
2. Redakcja przyjmuje prace od autorów po otrzymaniu oświadczenia, że nie były one nigdy wcześniej opublikowane.
3. Prace należy nadsyłać w plikach tekstowych otwartych (np. w formatach RTF lub DOC) na adres e-mail mdw@am.edu.pl, albo dostarczyć do Redakcji na nośniku USB lub płycie CD/DVD.
4. Objętość pracy nie powinna przekraczać 12 stron maszynopisu, włącznie z rycinami, tabelami i piśmiennictwem.
5. Tekst powinien być napisany

czcionką Times New Roman, wielkość 12 pkt, wyjustowany, z pojedynczymi odstępami pomiędzy wierszami (interlinią).

6. Na początku pracy należy podać tytuł lub stopień naukowy, pełne imię i nazwisko autora (autorów), tytuł pracy, nazwę instytucji, z której praca pochodzi, streszczenie, słowa kluczowe.
7. Zdjęcia powinny być dostarczone w oddzielnych plikach graficznych (preferowany format to TIFF, ewentualnie JPG z minimalną kompresją), zaś w tekście powinno być wskazane miejsce, w którym należy umieścić dane zdjęcie.
8. Czarno-białe fotografie i ryciny zamieszczane są bezpłatnie, koszt publikacji zdjęć kolorowych ponosi autor.
9. Literatura, na którą powołuje się

autor, powinna być uszeregowana alfabetycznie lub według kolejności pojawiania się w tekście. Książka: inicjały imion i nazwisko autora i współautorów, tytuł (italiki), miejsce i rok wydania, wydawca. Czasopismo: inicjały imion i nazwisko autora, tytuł artykułu (italiki), tytuł czasopisma w skrócie, rok wydania, nr tomu, numery stron (od... do...).

10. Liczbę źródeł należy ograniczyć do 20 pozycji z ostatnich pięciu lat lub fundamentalnych dla pracy z lat wcześniejszych.
11. Prace są recenzowane. Prace przygotowane niezgodnie z zasadami Redakcja zwraca autorom do poprawienia.
12. Autorzy otrzymują bezpłatnie 1 egzemplarz czasopisma, w którym została opublikowana praca (nie wypłaca się honorariów).

CAMERA OBSCURA

– CZYLI OD CIEMNEJ SKRZYŃKI DO FOTOGRAFII CYFROWEJ



Obecnie jedno naciśnięcie spustu migawki powoduje zatrzymanie czasu i utwalenie obrazu na nośniku cyfrowym. Fotografowanie jest dziedziną sztuki, sposobem dokumentowania zjawisk, a dla większości z nas możliwością upamiętnienia przeżytych chwil i utwalenia obrazu odwiedzonych miejsc. Może więc fotografia pełnić wiele ról, począwszy od funkcji poznawczej, artystycznej, archiwizacyjnej, skończywszy na obłożonej często ogromnym ładunkiem emocjonalnym – albumowej – dokumentującej sceny z życia rodzinnego, przyjacielskie spotkania.

Za początek fotografii uważa się rok 1826, kiedy to Nicephore Niepce wykonał z okna swojej pracowni pierwsze, zachowane do dziś, zdjęcia zwane wówczas heliografami („obrazy namalowane światłem słonecznym”, światłodruk). Jednak pierwowzór aparatu fotograficznego pod nazwą *camera obscura*, tj. ciemna skrzynka – znany był już przed wiekami. Urządzenie najprawdopodobniej wynaleźli starożytni Grecy. W średniowieczu było wykorzystywane do obserwacji słońca i struktury księżyca. Zasadę działania *camera obscura* przedstawił Arystoteles, ale na naukowy opis trzeba było czekać aż kilkanaście stuleci – dopiero bowiem około 1000 roku jej działanie zostało wyjaśnione przez Ibn Al-Haithama. Opis *camera obscura* znajduje się również w dziełach angielskiego mnicha-filozofa Rogera Bacona (1214 – 1294), a projekt urządzenia po raz pierwszy narysował Leonardo da Vinci, który przyczynił się również do jego udoskonalenia.

Była to światłoszczelna skrzynka z niewielkim otworem w ścianie, obita wewnątrz czarnym materiałem, który redukowało odbicia wpadającej wiązki światła. Na matowej szybce znajdującej się wewnątrz powstawał pomniejszony, odwrócony obraz. Artystom epoki renesansu tak skonstruowane urządzenie służyło do wyznaczania perspektywy, a obserwacje te miały wpływ na powstanie wielkich, epokowych dzieł.

W 1550 roku Girolamo Cardano wstawił w otwór *camera obscura* po-

jedyną soczewkę skupiającą, tworząc w ten sposób pierwszy obiektyw. Nieocenione zasługi w dziedzinie urządzeń optycznych przypisuje się Carlowi Zeiss, który w wieku 30 lat w Jenie założył warsztat mechaniki precyzyjnej. Wytwarzał oprócz soczewek optycznych również mikroskopy dla potrzeb wydziału przyrodniczego uniwersytetu w Jenie. Owocna okazała się także współpraca Zeissa z profesorem fizyki tego uniwersytetu Ernestem Abbe, którego głównym obszarem działania była optyka naukowa. Wspólnie rozbudowali przedsiębiorstwo Zeissa, tworząc „Jeńskie Zakłady Szklarskie” – największy koncern instrumentów optycznych.

Pierwszy, aczkolwiek niedający się jeszcze utrwalić obraz fotograficzny wykonał w 1727 roku w Halle nad Saalą filolog Johann Heinrich Schulze. Wykorzystał on odkrycie Georga Fabriciusa, który zaobserwował ponad 200 lat wcześniej, że chlorek srebra zaczernia się pod wpływem promieni słonecznych. Schulze naświetlał przez 8 godzin płytę cynkową, w efekcie cienie, na skutek zmiany położenia słońca przy tak długim czasie naświetlania wyglądały dość nierealnie. W 1802 r. Thomas Wedgwood i Humphry Davy wykonali papier światłoczuły nasączony azotanem srebrnym. Ponad dwie dekady później powstała pierwsza fotografia, był to obraz stworzony i utrwalony w 1826 lub 1827 r. przez Joseph-Nicephore’a

Niepce’a na wypolerowanej płycie cynkowej, wywoływanej po naświetleniu w olejku lawendowym. Jako substancję światłoczułą wykorzystał on tzw. asfalt syryjski – związki bitumiczne wytworzone z ropy naftowej, a czas naświetlania został skrócony do 30 minut. Otrzymane przez niego zdjęcie było jednak bardzo niedoskonałe, toteż za właściwą datę wynalezienia fotografii uważa się 19 sierpnia 1839 r., kiedy to inny Francuz, Louis Jacques M. J. E. Daguerre zademonstrował Akademii Francuskiej zdjęcie otrzymane na warstewce jodku srebra, powstałej w wyniku działania pary jodu na wypolerowaną płytkę srebrną (lub posrebrzaną miedzianą). Jednocześnie opatentował swój wynalazek w Londynie, uzyskując w zamian kwotę 200 000 franków. To właśnie odkrycia Niepce’a były punktem wyjścia dla eksperymentów Daguerre’a. Metoda Daguerre’a, zwana od nazwiska twórcy dagerotypią, pozwalała na otrzymanie poprawnego zdjęcia, ale tylko w jednym egzemplarzu, gdyż utworzony na płycie obraz był od razu obrazem pozytywowym. W ciągu kilku tygodni dagerotyp upowszechnił się na całym świecie i w zmodernizowanej postaci trwa do tej pory.

Ze względu na niską światłoczułość stosowanych ówczesnie materiałów, na pierwszych zdjęciach znalazły się głównie krajobrazy, martwe natury i architektura. Od samego początku dagerotypistów interesowało



Żelazowa Wola [f/5, 1/100s, EV -1,0, ISO 200]



Na Szlaku [f/13, 1/100s, EV-0,67, ISO 200]



Panorama Monachium; Frauenkirche [f/18, 1.250s, EV-0,67, ISO 200]

wało jednak fotografowanie ludzi i już w tym samym roku, we wrześniu, powstał pierwszy portret fotograficzny. Była to podobizna kobiety, wykonana przez Samuela Finleya Breese'a Morse'a podczas 20-minutowej ekspozycji. Aby na tak długo naświetlanych zdjęciach model się nie poruszył, stosowano specjalne podpórki do podtrzymywania głowy podczas pozowania.

W tym samym czasie nad zagadnieniem otrzymywania obrazów tworzonych przez światło pracował również angielski parlamentarzysta, naukowiec, malarz amator William Henry Fox Talbot. Udało mu się dokonać podobnego odkrycia, jednak zamiast pozytywów wykonywał negatywy, z których otrzymywał dowolną liczbę odbitek (talbotypia), co było niemożliwe w metodzie Daguerre'a. Naświetlając w ciemni optycznej papier powleczony jodkiem srebra uzyskał on, po wywołaniu kwasem galusowym, obraz negatywowy, w którym jasnym miejscem fotografowanego przedmiotu odpowiadał czarny strąk srebra. Naświetlając z kolei poprzez ten negatyw arkusz papieru pokryty warstwą chlorku srebra, otrzymywał obraz pozytywowy. Najstarszy zachowany negatyw pochodzi z 1835 roku i przedstawia okno w posiadłości Talbota w Lacock Abbey. W 1839 r. J. Herschel wprowadził na określenie procesu opracowanego przez Talbota



Kormoran czarny [f/13, 1/250, EV+0,67, ISO 200]



Kopiując Mistrza [f/24, 2s, EV-0,33, ISO 200]



Strefa Podmiejska II [f/7,1, 1/500s, EV 0,00, ISO 200]

terminografia. Techniki fotograficzne rozwijały się od tego momentu bardzo szybko. Już wkrótce płytki srebrne lub arkusze papieru zastąpiono płytkami szklanymi powleczonymi warstwą światłoczułą. Płytki te preparowano tuż przed wykonaniem zdjęcia, co wymagało przenośnej ciemni fotograficznej, w której można było dokonać tego zabiegu.

Kolejne lata przyniosły nowe osiągnięcia: w 1839 r. udało się utrwalić obraz widziany przez mikroskop. Dziesięć lat później wprowadzono papier fotograficzny. Ulepszano soczewki, metody oświetlenia, obrazy utrwalano zarówno na szkłe, na papierze, jak i na podłożu celuloidowym, z czasem pojawiła się fotografia kolorowa. Skrócono czas naświetlania do kilku sekund, co miało istotne znaczenie w praktyce i umożliwiło powstanie fotografii reporterskiej.

W styczniu 1839 r. po wykładzie francuskiego przyrodnika Dominique Francis Jean Arago, malarz-portrecista Paul Delaroche przepowiedział „od dzisiaj malarstwo jest martwe”. Po tak znacznym skróceniu czasu naświetlania ponad połowa francuskich miedziorytników, litografów, portrecistów zajęła się lukratywnym zawodem fotografa.

Wzrost popularności fotografii spowodował również pomysł Francuza Adolphe'a Eugenie Disderiego. W 1854 roku, zmniejszając



Kawa [f/25, 6s, EV 0,00, ISO 320]



Na Wydmach [f/11, 1/320s, EV+0,00, ISO200]



Strefa Podmiejska I [f/8, 1/400s, EV+0,33, ISO 200]

zdjęcia portretowe do rozmiarów 6×9 cm, wprowadził on *carte de visite*, czyli wizytówki z wizerunkiem właściciela. Wymyślony przez Disderiego fotograficzny bilet wizytowy zyskał sobie olbrzymią popularność. Karty te zaczęto produkować w milionach egzemplarzy, a wśród zamawiających znajdowali się między innymi: brytyjska rodzina królewska oraz większość europejskich władców. Disderi, który przezornie opatentował swój pomysł, został następnie nadwornym fotografem Napoleona III.

W 1841 roku powstaje pierwszy całkowicie metalowy aparat wyprodukowany przez Petera W. F. Voigtländera. Rok 1859 przynosi odkrycie lampy błyskowej na razie jako proszku – magnezji, zwanego też proszkiem błyskowym. Pierwszą trwałą fotografię barwną udało się uzyskać fizykowi Jamesowi Clerkowi Maxwellowi w 1861 r. Ogromne zasługi w dziedzinie fotografii barwnej przypisuje się braciom Lumiere, którzy wprowadzili na rynek w 1907 roku – wyprodukowane na bazie barwionej skrobi ziemniaczanej – pierwsze płyty do fotografii barwnej. Od roku 1947 dostępne były pierwsze aparaty natychmiastowe – Polaroid. W tym czasie powstają także zdjęcia podwodne, fotografie lotnicze i astronomiczne, rusza produkcja aparatów, obiektywów i materiałów światłoczułych na skalę przemysłową. Należy również wspomnieć dzieło Wilhelma C. Roentgena, który w 1895 roku odkrył promieniowanie X nazwane od jego nazwiska rentgenowskim, dając podstawy rentgenografii (fotografii rentgenowskiej).

W roku 1928 powstaje pierwsza lustrzanka, jest to dwuobiektywowy Rolleiflex, kilka lat później firma Ihagee wypuszcza na rynek pierwszą jednoobiektywową lustrzankę o nazwie Exakta.

W latach pięćdziesiątych XX wieku ma miejsce burzliwy rozwój sprzętu optycznego, powstają obiektywy zmiennoogniskowe (36-82 mm). W 1961 r. – aparatami Smiena 5 i Smiena 6 wykonano pierwsze zdję-

cie w kosmosie, kilka lat później możemy obserwować powierzchnię księżyca utrwaloną na fotografiach aparatem Hasselblad.

W roku 1981 firma Sony skonstruowała aparat Mavica, w którym zamiast filmu wykorzystywano do rejestracji obrazu płytki magnetyczne – rok ten można uznać za początek ery aparatów cyfrowych. Fotografia cyfrowa ewoluowała wprost od kamer telewizyjnych, lecz długo trzeba było czekać na jej upowszechnienie ze względu na trudną technologicznie miniaturyzację cyfrowych przetworników optycznych o zadowalającej rozdzielczości. Aparat cyfrowy rejestruje obraz w postaci cyfrowej mapy bitowej. Układ optyczny tworzy obraz na przetworniku optoelektronicznym, a współpracujący z nim układ elektroniczny odczytuje informacje o obrazie i przetwarza na postać cyfrową. Dane, w postaci cyfrowej są zapisywane w jednym z formatów zapisu obrazu – zazwyczaj JPEG, TIFF lub RAW – w cyfrowej pamięci aparatu, a następnie przesyłane bezpośrednio do komputera.

Cyfrowe aparaty fotograficzne są obecne na rynku fotograficznym od zaledwie kilku lat. To bardzo niedługo, w porównaniu z ponad stuletnią historią fotografii klasycznej, analogowej. W krótkim czasie powstało wiele aparatów cyfrowych, tempo wprowadzania na rynek nowych modeli dorównuje temu, z jakim mamy do czynienia w wypadku komputerów osobistych. Rocznie większość producentów przedstawia od 2 do 4 nowych modeli „cyfrówek”.

Na ziemiach polskich fotografia pojawiła się już w roku 1839, kiedy to „Kurier Warszawski” wydrukował ogłoszenie firmy FRAGET, oferującej aparaty do dagerotypii. Rok później w Poznaniu i w Warszawie pojawiły się ilustrowane broszury poświęcone dagerotypii. Początek przemysłu fotograficznego w Polsce to rok 1887, kiedy chemik Piotr Lebedziński założył w Warszawie fabrykę papierów foto-

graficznych FOTON. W 1899 r., również w Warszawie, powstała wytwórnia aparatów fotograficznych i obiektywów FOS. Historię polskiej fotografii od początku w wielkim stopniu kształtowały warunki polityczne. Początek XX wieku to czas rozwoju fotografii krajoobrazowej, ale również reportażowej, którą szybko zaczęto wykorzystywać także w aspekcie społeczno-politycznym. W kolejnym dziesięcioleciu zaczyna się mocno rozwijać fotografia prasowa, rejestrowane są wydarzenia wojenne. W latach osiemdziesiątych ingerowanie polityki w obszar sztuki sprawiło, że większość artystów otwarcie zadeklarowała się po stronie opozycji politycznej. Fotografowie dokumentowali strajki i manifestacje, a także przypominali o nadużyciach władz. Następne dziesięciolecie XX wieku to ekspansja fotografii w kolejne dziedziny życia. Rozwija się fotografia poznawcza, reklamowa, użytkowa, fotografia mody, na atrakcyjności nie traci również fotografia reportażowa. W latach dziewięćdziesiątych w Polsce odpowiednie warunki rozwoju znalazła wreszcie fotografia prasowa, wcześniej ograniczana cenzurą. Współcześnie rozwija się tzw. cyfrofografia, oparta na daleko posuniętej ingerencji twórcy w cyfrowy obraz. W ręce artystów trafił komputer i programy do edycji i obróbki grafiki rastrowej, pozwoliło to na przedstawienie kolażowych połączeń obrazu, najczęściej używanych w cieszącej się dużym „wzięciem” fotografii reklamowej.

Obecnie obserwuje się jednak również powrót do fotografii tradycyjnej, wielu fotografów pod wpływem znużenia inscenizacją wróciło do dokumentaryzmu, często odrzucając zapis digitalowy, wykorzystując stare aparaty i preferując fotografię monochromatyczną.

mgr Anna Majewska
an.majewska@gmail.com

Bibliografia:

1. Frejman J.: Fotografia, Warszawa 2006
2. <http://www.zoom.idg.pl/artykuly/52483.html>
3. http://www.culture.pl/pl/culture/artykuly/es_historia_fotografii
4. <http://fotografia.bizhat.com/>

ZAPOBIEC CELIAKII

Prof. dr hab. n. med. Hanna Szajewska

II Katedra Pediatrii AM w Warszawie

STRESZCZENIE

Szacuje się, że ok. 1% populacji europejskiej choruje na celiakię, co oznacza, że nie toleruje produktów zawierających gluten. Celiakia nie tylko utrudnia codzienne życie, ale też oznacza dodatkowe koszty związane ze stosowaniem diety bezglutenowej. Uciążliwość choroby, konieczność stosowania diety przez całe życie oraz znaczne koszty z nią związane sprawiają, że istotnym zagadnieniem staje się możliwość zapobiegania celiakii. W artykule podsumowano najważniejsze informacje dotyczące samej choroby oraz możliwości jej uniknięcia. Ponadto krótko przedstawiono założenia projektu badawczego PREVENTCD (Zapobiec Celiakii), finansowanego przez Unię Europejską, w którym jednym z partnerów jest Akademia Medyczna w Warszawie. Sukces w zakresie zapobiegania celiakii miałby daleko idące korzystne implikacje dla zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe: celiakia, choroba trzewna, gluten

WPROWADZENIE

Większość z nas spożywa wszystkie produkty spożywcze bez żadnych konsekwencji dla zdrowia. Niestety, co najmniej 1% populacji europejskiej choruje na celiakię, co oznacza, że nie toleruje glutenu zawartego w pszenicy, jęczmieniu i życie. Koniec z chlebem, pizzą, makaronem czy ciastami, chyba że zostały zrobione z mąki bezglutenowej. Celiakia nie tylko utrudnia codzienne życie, ale też oznacza dodatkowe koszty związane ze stosowaniem diety bezglutenowej. Uciążliwość choroby, konieczność stosowania diety przez całe życie oraz znaczne koszty z nią związane sprawiają, że istotnym zagadnieniem staje się możliwość zapobiegania celiakii. W artykule podsumowano najważniejsze informacje dotyczące samej choroby oraz możliwości jej uniknięcia. Ponadto krótko przedstawiono założenia projektu badawczego PREVENTCD (Zapobiec Celiakii), finansowanego przez Unię Europejską, w którym jednym z partnerów jest Akademia Medyczna w Warszawie.

CELIAKIA

Definicja

Celiakia (gluteno zależna choroba trzewna) to enteropatia glutenowrażliwa jelita cienkiego o podłożu immunologicznym, spowodowana trwałą nietolerancją glutenu, występująca u osób z predyspozycją genetyczną [1; 2; 3; 4; 5].

Epidemiologia

Na podstawie europejskich i amerykańskich serologicznych badań przesiewowych szacuje się, że celiakia bezobjawowa występuje z częstością od 1:100 do 1:300, a objawowa – 1:3345 [6; 7]. Choroba może się ujawnić w każdym wieku, choć najczęściej jest rozpoznawana u dzieci. Występuje 2 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Patomechanizm celiakii

Gluten jest frakcją białek obecną w nasionach zbóż – gliadynie (pochodzącej z pszenicy), sekalinie (z żyta) oraz hordeinie (z jęczmienia). Fragmentem glutenu odpowiedzialnym za aktywację układu immunologicznego jest polipeptyd złożony z 33 aminokwasów (w tym glutaminy i proliny), oporny na działanie kwasu żołądkowego i wszystkich enzymów proteolitycznych [8; 9]. W aktywnej postaci choroby trzewnej peptyd ten jest transportowany przez komórki nabłonkowe do blaszki właściwej, a następnie poddawany działaniu podnabłonkowo zlokalizowanej tkankowej transglutaminazy. Rola tego kluczowego dla patogenyzy celiakii enzymu polega na deamidacji dodatkowo naładowanej glutaminy do ujemnie naładowanego kwasu glutaminowego. Modyfikacja ta sprzyja znacznie lepszemu łączeniu wspomnianego polipeptydu z rowkiem wiążącym antygen cząsteczki HLA-DQ2 lub DQ8. Nowo powstały kompleks jest następnie prezentowany w blaszce właściwej limfocytom pomocniczym CD4+. Ich aktywacja prowadzi do wytwarzania cytokin prozapalnych [interferonu γ , interleukiny (IL)-2, IL-4, IL-10 oraz TNF- α], wywołujących zapalenie i zanik kosmków błony śluzowej jelita cienkiego. W aktywnej postaci choroby trzewnej stwierdza się także wzrost liczby limfocytów śród-nabłonkowych o fenotypie CD8+. Rola ich polega prawdopodobnie na pobudzeniu wytwarzania IL-15 przez enterocyty z równoczesnym zwiększeniem proliferacji limfocytów śród-nabłonkowych. Limfocyty te mają działanie cytotoksyczne oraz wytwarzają interferon γ , który – jak wspomniano – uszkadza komórki nabłonkowe jelita cienkiego. W celiakii obserwuje się również odpowiedź typu humoralnego. Limfocyty B wytwarzają przeciwciała przeciwko gliadynie i tkankowej transglutaminazie. Nie wiadomo, czy przeciwciała te odgrywają rolę w uszkodzaniu kosmków.

Zachorowanie na celiakię związane jest z predyspozycją genetyczną, której markerami są antygeny zgodności tkankowej HLA-DQ2 i/lub HLA-DQ8,

występujące odpowiednio u ok. 90-95% i 5-10% pacjentów z chorobą trzewną.

Objawy podmiotowe i przedmiotowe

Objawy kliniczne u chorych na celiakię są zróżnicowane (tabela 1). U dzieci zwykle dominują objawy ze strony przewodu pokarmowego, a u dorosłych – objawy pozajelitowe.

Choroby współistniejące z celiakią

Celiakia występuje częściej niż w ogólnej populacji u chorych na cukrzycę typu 1 (5-8%), autoimmunologiczne choroby tarczycy (5%), z zespołem Downa (5-12%), zespołem Turnera (4-8%), zespołem Williama (8%) oraz u osób z niedoborem IgA (2-8%). Wymienione choroby stanowią wskazanie do wykonania przesiewowych badań serologicznych w kierunku celiakii. Ujemny wynik badania u osoby spożywającej gluten przez ≥ 1 rok nie wyklucza uzyskania dodatniego wyniku w późniejszym wieku. W grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia celiakii wskazane jest powtarzanie badania co kilka lat. Ryzyko wystąpienia celiakii jest większe również u krewnych I stopnia chorych (5-15%), zwłaszcza w przypadku obecności HLA-DQ2 lub DQ8 (10-30%).

Rozpoznanie

Nie ma pojedynczego badania diagnostycznego, na podstawie którego można jednoznacznie wykluczyć lub potwierdzić rozpoznanie celiakii. Diagnostyka jest miarodajna tylko wtedy, gdy była poprzedzona dostatecznie długą ekspozycją na gluten. Bez glutenu nie ma celiakii! W praktyce znaczenie mają badania serologiczne – obecność przeciwciał przeciwendomijalnych i przeciwko transglutaminazie tkankowej. Rutynowo oznacza się je w klasie IgA, dlatego równocześnie należy wykonać ocenę całkowitego stężenia IgA (aby wykluczyć niedobór). Podstawowe znaczenie w rozpoznawaniu celiakii ma jednak badanie histologiczne błony śluzowej jelita cienkiego. Charakterystyczną zmianą histologiczną jest zanik kosmków jelitowych, któremu towarzyszy zwiększenie liczby limfocytów śród nabłonkowych i przerost krypt (typ 3, zwłaszcza 3a i 3b, i typ 4 wg Marsha). Zmiany histologiczne mogą być nieciężłe i o różnym nasileniu w różnych miejscach jelita.

Leczenie

Podstawą leczenia jest stosowanie przez całe życie diety bezglutenowej, polegającej na wyeliminowaniu wszystkich produktów z pszenicy, żyta oraz jęczmienia. Konieczność eliminacji owsa budzi kontrowersje. W Polsce ze względu na możliwość (graniczącą z pewnością) zanieczyszczenia owsa innymi zbożami zalecana jest jego eliminacja.

CZY MOŻNA ZAPOBIEC CELAKII?

Ponieważ celiakia jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych, zapobieganie jej jest problemem o istotnym znaczeniu zdrowotnym. Stosowanie wspomnianej wyżej diety bezglutenowej to tzw. profilaktyka trzeciorzędowa. Ma ona na celu zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań. Coraz bardziej rozpowszechnione jest również aktywne poszukiwanie chorych na celiakię, czyli profilaktyka drugorzędowa. Najmniej wiadomo o możliwościach profilaktyki pierwotnej, mającej na celu zapobieganie chorobie poprzez kontrolowanie czynników ryzyka. W tym kontekście przedmiotem wielu badań jest rola karmienia piersią w zapobieganiu celiakii oraz sposób i czas wprowadzania glutenu.

Rola karmienia piersią

Metaanaliza sześciu badań kliniczno-kontrolnych opublikowanych do czerwca 2004 roku wykazała, że ryzyko wystąpienia celiakii było istotnie statystycznie mniejsze w grupie niemowląt, u których gluten wprowadzano podczas karmienia piersią, w porównaniu z grupą, w której niemowlęta nie były karmione piersią (iloraz szansy 0.48, 95% CI 0.4-0.59). Zarówno karmienie piersią w czasie wprowadzania glutenu, jak i przedłużone karmienie piersią były związane ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia celiakii [10]. Niedoskonałości przedstawionej metaanalizy wynikają z ograniczeń badań pierwotnych objętych analizą. Wszystkie były retrospektywnymi badaniami obserwacyjnymi, co sprawia, że istnieje duże ryzyko błędów systematycznych, związanego z włączaniem do badania (ang. selection bias) oraz przypominaniem sobie (ang. recall bias). Ponadto badania tego rodzaju nie dają możliwości ustalenia związku przyczynowo-skutkowego. Wreszcie dostępne dane nie dają odpowiedzi na pytanie, czy jest to trwała ochrona, czy jedynie opóźnienie wystąpienia celiakii. Reasumując, rola karmienia piersią w zapobieganiu celiakii nie jest rozstrzygnięta.

Czas wprowadzania glutenu

W prospektywnym badaniu kohortowym oceniono, czy wystąpienie celiakii u dzieci z grup ryzyka ma związek z czasem wprowadzenia do ich diety glutenu [11]. Do badania zakwalifikowano dwie grupy (kohorty) dzieci: noworodki z grupy ryzyka rozwoju celiakii zdefiniowanej jako: 1) cukrzyca typu 1 u rodzica lub rodzeństwa bez względu na wynik badania HLA lub 2) obecność HLA-DR3 lub HLA-DR4, bądź DQ2 na leukocytach krwi pępowinowej, oraz 2 lata po rozpoczęciu badania włączono też dzieci w wieku 2-3 lat, u których stwierdzano genotyp

HLA DRB1*03, DQB1*0201/x (genotyp ten w chwili rozpoczęcia badania nie był uznawany za czynnik ryzyka celiakii). Grupę kontrolną stanowili zdrowi ochotnicy (śr. wiek 15,6 lat) z ujemnym wynikiem badania na obecność przeciwciał przeciwko endomizjalnym. Ocenianymi punktami końcowymi były: autoimmunizacja typowa dla celiakii określona jako: 1) dodatnie miano przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej (tTG) co najmniej w 2 próbkach krwi pobranej w czasie kolejnych wizyt lub 2) dodatnie miano przeciwciał przeciwko tTG w 1 próbce krwi i dodatni wynik biopsji błony śluzowej jelita cienkiego oraz celiakia potwierdzona wynikiem biopsji błony śluzowej jelita cienkiego. Stwierdzono, że dzieci należące do grupy zwiększonego ryzyka rozwoju celiakii, którym gluten podano przed ukończeniem 3 miesiąca życia lub po 7 miesiącu życia, są dodatkowo obciążone większym ryzykiem zachorowania na celiakię w porównaniu z dziećmi, którym gluten zaczęto podawać między 4 a 6 miesiącem życia. Wyniki badania sugerują więc, że należy unikać zarówno zbyt wczesnego, jak i zbyt późnego wprowadzania glutenu.



Zaproponuj swojemu pacjentowi udział w badaniu PREVENTCD, czyli Zapobiec Celiakii

Jeżeli Państwa pacjent choruje na celiakię i niebawem zostanie ojcem lub matką, z pewnością niepokoi się, czy jego dziecko też będzie chorować. Zapraszamy do udziału w europejskim badaniu PREVENTCD (Zapobiec Celiakii). Biorąc udział w badaniu już wkrótce po urodzeniu dziecka można dowiedzieć się, jakie jest ryzyko wystąpienia u niego celiakii. Ujemny wynik badania praktycznie wyklucza możliwość tej choroby. Dodatni wynik wskazuje, że jest ono bardziej niż inne dzieci narażone na zachorowanie. Wczesna informacja o możliwości zachorowania i rady, jakich możemy udzielić jeszcze przed wystąpieniem objawów spowodują, że mniejsze będzie ryzyko wystąpienia ciężkiej postaci choroby oraz późniejszych powikłań. Dziecku z podwyższonym ryzykiem zachorowania możemy zapewnić fachową opiekę w specjalistycznych klinikach i poradniach Akademii Medycznej w Warszawie, proponujemy także udział w dalszej części badania.

Na czym polega wstępne badanie?

Do oceny ryzyka celiakii potrzebna jest niewielka objętość krwi pępowinowej pobranej zaraz po porodzie lub krwi żyłnej dziecka w kilka dni później. Wynik badania uzyskają Państwo po trwających ok. 6-8 tygodni laboratoryjnych badaniach genetycznych.

Koordinator badania w Polsce

Prof. dr hab. med. Hanna Szajewska
II Katedra Pediatrii AM w Warszawie, Działdowska 1, tel./fax: 022 452 33 09
hanna.szajewska@am.edu.pl

Kontakt w sprawie badania

Dr Anna Chmielewska
II Katedra Pediatrii AM w Warszawie, Działdowska 1, tel.: 0 602 677 037
achmielewska@onet.eu

Ilość glutenu

Wydaje się, że dawka antygenu pokarmowego spożywanego we wczesnym okresie niemowlęcym może wpływać na rozwój tolerancji pokarmowej [12]. Przemawiają za tym na przykład różnice w częstości występowania celiakii w dwóch sąsiednich krajach: Danii (rzadkie występowanie celiakii i mniejsze spożycie glutenu w okresie niemowlęcym) i Szwecji (częste występowanie celiakii) [13].

Ponadto, w Szwecji obserwowano epidemię celiakii u dzieci poniżej 2 r.ż. Czterokrotny wzrost zapadalności na celiakię był poprzedzony 2-krotnym wzrostem spożycia glutenu; gwałtowny obserwowany spadek zapadalności wiązano ze zmniejszeniem o ok. 1/3 spożycia glutenu [14]. Co więcej, w szwedzkim badaniu kliniczno-kontrolnym wykazano, że spożycie znacznej ilości produktów zawierających gluten, w porównaniu ze spożywaniem małych lub umiarkowanych ilości, znamienne zwiększało ryzyko wystąpienia celiakii (OR 1.5, 95% CI 1.1-2.1) [15]. Oprócz tego wykazano zależność ekspresji genu HLA-DQ2 od dawki glutenu (co może sugerować ilościowy model celiakii) [16]. Dotychczas nie zostało jednak rozstrzygnięte, czy istnieje bezpośrednia zależność od dawki, czy też pewna wartość progowa. Nie można wykluczyć, że tolerowana ilość glutenu zależy od predyspozycji genetycznych oraz czynników środowiskowych, takich jak np. omówione wcześniej karmienie piersią w czasie wprowadzania glutenu [10; 15].

PREVENTCD (ZAPOBIEC CELIAKII)

Z przedstawionych powyżej danych wynika, że problem pierwotnej profilaktyki celiakii poprzez modyfikacje dietetyczne nie został rozstrzygnięty. W związku z tym kilka zespołów badawczych podjęło się oceny wpływu sposobu żywienia we wczesnym okresie życia na zapobieganie chorobie trzewnej w ramach projektu badawczego PREVENTCD, finansowanego przez Unię Europejską, a w którym jednym z partnerów jest Akademia Medyczna w Warszawie. Akronim badania PREVENTCD powstał z połączenia angielskich słów prevent coeliac disease. Polska nazwa projektu to ZAPOBIEC CELIAKII.

Idea projektu PREVENTCD opiera się na założeniu, że stopniowe wprowadzanie małych ilości substancji pokarmowej sprawia, iż układ odpornościowy „uczy się” na nią odpowiadać. Celem badania jest ocena możliwości wywołania tolerancji glutenu u niemowląt z grupy ryzyka, a tym samym zapobiegania celiakii, oraz identyfikacja mechanizmów immunologicznych biorących udział w inicjowaniu nieprawidłowej odpowiedzi na gluten u dzieci z genetyczną predyspozycją do celiakii. Wieloośrodkowe badanie z randomizacją, metodą podwójnie ślepej próby, z placebo, przeprowadzone zostanie w 10 krajach europejskich, w tym w Polsce.

Do badania włączone zostaną niemowlęta z grupy ryzyka wystąpienia celiakii, spełniające następujące kryteria: celiakia u matki lub ojca i obecność u dziecka HLA-DQ2 i/lub HLA-DQ8. Do udziału w badaniu zostaną zaproszeni chorzy z celiakią, którzy spodziewają się dziecka. W chwili jego urodzenia pobrana zostanie krew pępowinowa w celu wykona-

nia badania genetycznego – oznaczenia HLA-DQ2 i HLA-DQ8. W dalszej części badania będą uczestniczyły wyłącznie dzieci, u których stwierdzona zostanie obecność HLA-DQ2 i/lub DQ8.

O ile nie będą istniały przeciwwskazania ze strony matki i/lub dziecka, wszystkie niemowlęta spełniające kryteria włączenia będą od urodzenia karmione piersią przez co najmniej 6 miesięcy. W 4 miesiącu życia niemowlęta zostaną losowo zakwalifikowane do grupy otrzymującej 1 g mączki pszennej, zawierającej 100 mg glutenu (grupa eksperymentalna) lub identycznie wyglądające i smakujące placebo, którym będzie laktoza (grupa kontrolna). Zarówno gluten, jak i placebo będą podawane doustnie, przez 8 tygodni. Okres obserwacji obejmie 3 lata. W 4, 5, 9, 12, 18, 24 i 36 miesiącu życia u dziecka zostanie pobrana krew (5 ml) w celu wykonania badań screeningowych w kierunku celiakii oraz markerów aktywacji limfocytów T, charakterystycznych dla celiakii. W przypadku stwierdzenia obecności markerów immunologicznych sugerujących obecność celiakii, rodzicom lub opiekunom dziecka zaproponowane zostanie wykonanie biopsji jelita cienkiego. W pierwszych 6 miesiącach życia dziecka w odstępach comiesięcznych, a następnie co 3 miesiące zostanie przeprowadzone dokładne badanie lekarskie z pomiarami masy i długości ciała. Rodzice zostaną również poproszeni o wypełnienie kwestionariusza żywieniowego. Pierwotnym punktem końcowym jest celiakia.

Jeżeli wyniki badania wykażą, że wprowadzanie glutenu w bardzo małych ilościach jeszcze w czasie karmienia piersią zmniejsza ryzyko wystąpienia celiakii, stworzone zostaną racjonalne przesłanki do zmiany dotychczasowych zaleceń dotyczących żywienia niemowląt, co w konsekwencji może doprowadzić do zmniejszenia zapadalności na celiakię. Efekt taki miałby daleko idące korzystne implikacje dla zdrowia publicznego. Szczegółowe informacje na temat badania (również w języku polskim), przydatne dla jego potencjalnych uczestników, można znaleźć na stronie internetowej www.preventcd.com

WPROWADZANIE GLUTENU – AKTUALNE WYTYCZNE

Zgodnie z aktualnym (2007) stanowiskiem Komitetu Żywienia Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) należy unikać zarówno zbyt wczesnego (<4 m.ż.), jak i późnego (≥7 m.ż.) wprowadzania glutenu do diety niemowlęcia. Gluten należy wprowadzać stopniowo, jeszcze w okresie kiedy dziecko karmione jest piersią. W Polsce do niedawna zalecano wprowadzanie glutenu dopiero w 10 m.ż. Stanowisko to uległo jednak ostatnio zmianie i obecnie zaleca się stopniowe wprowadzanie glutenu, w małych ilościach, w 5-6 miesiącu życia, jeszcze w czasie

karmienia piersią. U niemowląt karmionych sztucznie zaleca się wprowadzanie glutenu nie wcześniej niż w 5 m.ż., a nie później niż pod koniec 6 m.ż. Zalecenia mogą ulec zmianie po opublikowaniu wyników wspomnianego badania interwencyjnego.

PODSUMOWANIE

Celiakia ze względu na powszechność, a także uciążliwość i koszt diety bezglutenowej, której stosowanie jest konieczne przez całe życie, jest wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania możliwościami zapobiegania celiakii poprzez interwencje dietetyczne we wczesnym okresie życia. Sukces w tym zakresie miałby daleko idące korzystne implikacje dla zdrowia publicznego.

PIŚMIENNICTWO:

- Hill I.D., Dirks M.H., Liptak G.S., Colletti R.B., Fasano A., Guandalini S., Hoffenberg E.J., Horvath K., Murray J.A., Pivov M., Seidman E.G.: Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 1-19.
- Bai J., Zeballos E., Fried M., Corazza G.R., Schuppan D., Farthing M.J.G., Catassi C., Greco L., Cohen H., Krabshuis H.: OMGE Practice Guideline Celiac Disease. http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/guide13/guideline13.htm?omge_news1=200503
- Revised criteria for diagnosis of coeliac disease. Report of Working Group of European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *Arch Dis Child* 1990; 65: 909-911.
- Working Group of the United European Gastroenterology Week.: When is a celiac a celiac? Report of a working group. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 1123-8.
- Szajewska H.: Celiakia. [W:] Szczeklik A. (red.): Choroby wewnętrzne. Wydanie 1. Medycyna Praktyczna. Kraków 2005; 296-80.
- National Institutes of Health. Consensus development conference statement on celiac disease. <http://consensus.nih.gov/cons/118/118celiac.htm>
- Fassano A., Catassi C.: Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease. *Gastroenterology* 2001; 120: 636-51.
- Shan L., Molberg O., Parrot I., Hausch F., Filiz F., Gray G.M., Sollid L.M., Khosla C.: Structural basis for gluten intolerance in celiac sprue. *Science* 2002; 297: 2275-9.
- Mowat A.M.: Coeliac disease – a meeting point for genetics, immunology, and protein chemistry. *Lancet* 2003; 361: 1290-92.
- Akobeng A.K., Ramanan A.V., Buchan I., Heller R.F.: Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006; 91: 39-43.
- Norris J.M., Barriga K., Hoffenberg E.J., Taki I., Miao D., Haas J.E., Emery L.M., Sokol R.J., Erlich H.A., Eisenbarth G.S., Rewers M.: Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA* 2005; 293: 2343-51.

Tabela 1. Objawy i powikłania celiakii

Układ	Objawy kliniczne	Powikłania
Przewód pokarmowy	Przewlekła biegunka Bóle brzucha Spadek masy ciała Nawracające afty jamy ustnej Wymioty Zespół jelita drażliwego Zaparcie Hipertransaminazemia	Rak gardła, przełyku lub jelita cienkiego Chłoniak jelita cienkiego (EATL – <i>enteropathy associated T-cell lymphoma</i>) Celiakia oporna na leczenie (<i>refractory sprue</i>) Wrzodziejące zapalenie jelita czczego i krętego
Skóra	Zapalenie opryszczkowe skóry (ch. Durhinga)	
Układ krwiotwórczy	Niedokrwistość z niedoboru żelaza (częsty objaw u dorosłych) Niedokrwistość megaloblastyczna	Chłoniak niezaiarniczny (<i>non-Hodgkin lymphoma</i>) Hiposplenizm
Układ moczowo-płciowy	Opóźnione dojrzewanie Opóźniona menarche	Zaburzenia płodności Nawracające poronienia Porody przedwczesne Przedwczesna menopauza
Układ mięśniowo-szkieletowy	Oslabienie mięśniowe Tężyczka Niskorosłość	Osteoporoza i osteomalacja Patologiczne złamania
Ośrodkowy układ nerwowy	Padaczka (z lub bez zwapnień w mózgu) Migrena Depresja Ataksja	
Inne	Hipoplazja szkliwa	

12. Strobel S., Mowat A.M.: Oral tolerance and allergic responses to food proteins. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006; 6: 207-13.
13. Weile B., Cavell B., Nivenius K., Krasilnikoff P.A.: Striking differences in the incidence of childhood celiac disease between Denmark and Sweden: a plausible explanation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 21: 64-8.
14. Ivarsson A., Persson L.A., Nystrom L.: Epidemic of celiac disease in Swedish children. *Acta Paediatr* 2000; 89: 165-71.
15. Ivarsson A., Hernell O., Stenlund H., Persson L.A.: Breast-feeding protects against celiac disease. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 914-21.
16. Vader W., Stepniak D., Kooy Y., Mearin L., Thompson A., van Rood J.J., Spaenij L., Koning F.: The HLA-DQ2 gene dose effect in celiac disease is directly related to the magnitude and breadth of gluten-specific T cell responses. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 12390-5.
17. ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni C., Decsi T., Fewtrell M., Goulet O., Kolacek S., Koletzko B., Michaelsen K.F., Moreno L., Puntis J., Rigo J., Shamir R., Szajewska H., Turck D., van Goudoever J.: Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007 (w druku).

Oczekiwania studentów wobec przedmiotu *opieka paliatywna*, realizowanego w Akademii Medycznej w Warszawie

**Karolina Pietruk (1), Karolina Bobrowska (1),
Opiekun pracy: prof. dr hab. Anna Doboszyńska (2)**

1. *Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej*
2. *Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego AM w Warszawie*

STRESZCZENIE

Liczba godzin z zakresu opieki paliatywnej w ciągu pięcioletnich studiów wynosi 95 i jest niewystarczająca dla studentów pielęgniarstwa do opanowania oczekiwanych umiejętności.

Cel pracy: Określenie oczekiwań studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu wobec przedmiotu „opieka paliatywna”. Do badania zostało włączonych 129 studentów WNoZ z kierunku pielęgniarstwo. Metoda badania polegała na wypełnieniu anonimowej ankiety, zawierającej 20 pytań. Możliwości pracy w hospicjum nie bierze pod uwagę 1/3 studentów, 3/4 uważa naukę przedmiotu za potrzebną. Ankietowani uznali ponadto, że zajęcia powinny się odbywać w: hospicjum stacjonarnym (36%), oddziałach onkologicznych (25%), hospicjum domowym (24%), oddziałach geriatrycznych (15%). Za najbardziej dogodną formę badani uznali zajęcia praktyczne (22%), wykłady (20%), kontakt z rodzinami (20%), spotkania z osobami dotkniętymi chorobą terminalną (16%). Przed i po zrealizowaniu zajęć studenci deklarują brak umiejętności rozmowy z pacjentem o śmierci (30%), brak przygotowania psychologicznego (25%). Zajęcia praktyczne odbywają się u 58% studentów w grupie 9-10-osobowej, u 38% – 11-18-osobowej, jednocześnie 3/4 studentów uważa, że powinna być ona mniejsza. Mimo że studenci nie wyrażają zainteresowania pracą w hospicjum,

wykazują potrzebę realizowania zajęć z przedmiotu opieka paliatywna oraz mają wysokie oczekiwania wobec nich.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, oczekiwania

WSTĘP

Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najwyższej jakości życia chorych i ich rodzin poprzez łagodzenie bólu i innych objawów, wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe. Udzielanie w tym zakresie świadczeń wymaga działania wysoko wykwalifikowanego, interdyscyplinarnego zespołu fachowców różnych dziedzin. Zwraca się uwagę, że programy edukacji powinny być włączone do szkolenia studentów i wszystkich specjalistów ochrony zdrowia, którzy mogą uczestniczyć w tej opiece [1; 2]. Liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej każdego roku rośnie, dlatego istotą jest ciągły rozwój tego typu opieki. Studenci podczas nauki powinni zdobyć wiedzę i umiejętności potrzebne do pełnienia roli zawodowej zgodnie ze standardami kształcenia [3]. Przygotowanie studentów pielęgniarstwa do sprawowania funkcji w zakresie opieki paliatywnej wymaga zastosowania kształcenia o wysokiej jakości. W ciągu pięcioletnich studiów pielęgniarstkich liczba godzin z tego zakresu wynosi 95 i wydaje się być niewystarczającą dla studentów do opanowania oczekiwanych umiejętności.

CEL BADANIA

Celem przeprowadzonych badań było określenie oczekiwań studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu wobec przedmiotu „opieka paliatywna”, realizowanego w Akademii Medycznej w Warszawie.

MATERIAŁ I METODA BADANIA

Narzędziem badawczym był kwestionariusz własny ankiety. Składała się ona z 20 pytań – 16 otwartych i 4 zamkniętych. Badani mieli zagwarantowaną anonimowość. Pytania dotyczyły liczby godzin z przedmiotu, postawy wobec przedmiotu, formy prowadzonych zajęć, zdobytych oraz preferowanych umiejętności do pracy w placówce zajmującej się opieką paliatywną. W opracowaniu danych zastosowano statystykę opisową.

Badanie zostało przeprowadzone w lutym 2007 roku. Grupę badaną stanowiło 129 studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu kierunku pielęgniarstwo – 68 osób z III roku studiów licencjackich i 61 osób ze studiów magisterskich. Studenci III roku zostali zbadani na tydzień przed rozpoczęciem zajęć z przedmiotu, na studiach magisterskich ankietowane były natomiast osoby, które już zaliczyły przedmiot.

WYNIKI

Kontakt z osobami będącymi pod opieką paliatywną poza zajęciami w ramach uczelni miało 62,7% studentów. Brak takiego kontaktu zadeklarowało 34,1% osób.

Możliwość podjęcia pracy w placówce zajmującej się opieką paliatywną przez studentów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Chęć podjęcia pracy w hospicjum przez studentów

Chęć podjęcia pracy	Studenci przed rozpoczęciem zajęć	Studenci po zakończeniu zajęć
Jako wolontariusz	5,8%	6,5%
Jako praca zawodowa	4,4%	22,9%
Absolutnie nie	35,2%	39,3%
Nie zastanawiało się nad tym	54,4%	29,5%

W opinii 14,7% studentów, którzy jeszcze nie rozpoczęli zajęć z opieki paliatywnej, liczba godzin przeznaczonych na realizację tego przedmiotu jest zdecydowanie za duża. Żadna osoba ze studiów magisterskich nie zaznaczyła tej odpowiedzi. Za wystarczającą liczbę godzin, która obejmuje przed-

miot, uznało 48,5% osób z licencjatu i 70,4% ze studiów magisterskich. W opinii 13,2% studentów, którzy nie rozpoczęli zajęć i 18% po ich zakończeniu liczba godzin przypadająca na opiekę paliatywną jest zdecydowanie zbyt mała (ryc. 1).

Zdaniem 54% studentów zajęcia teoretyczne dały wiedzę na odpowiednim poziomie do wykonywania pracy w placówce opieki paliatywnej. Przeciwnie zdanie na ten temat miało 36% badanych.

Zajęcia praktyczne z przedmiotu obejmują 2 tygodnie praktyk – po 1 tygodniu zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Opinię studentów dotyczącą liczby godzin obejmującej zajęcia praktyczne z opieki paliatywnej pokazuje tabela 2.

Tabela 2. Liczba godzin zajęć praktycznych

Liczby godzin zajęć praktycznych powinno być:	Studenci przed rozpoczęciem zajęć	Studenci po zakończeniu zajęć
Zdecydowanie mniej	13,2%	0%
Jest wystarczająco	48,5%	57,3%
Zdecydowanie więcej	16,1%	32,7%
Nie mam zdania	20,5%	6,5%

Wykłady były wartościowym uzupełnieniem zajęć praktycznych dla 85,2% badanych. Zajęcia z opieki paliatywnej za zbędne uznało 7,3% osób, które jeszcze nie rozpoczęły nauki przedmiotu. Żadna osoba po zrealizowaniu zajęć nie zaznaczyła tej odpowiedzi. W opinii 20,5% studentów studiów I stopnia i 21,3% II stopnia zajęcia z opieki paliatywnej nie są niezbędne, natomiast dobrze, że są realizowane. Większość studentów, zarówno przed rozpoczęciem zajęć (63,2%), jak i po ich zakończeniu (72,1%) deklarowała, że zajęcia z opieki paliatywnej są potrzebne. Zdania na ten temat nie miało 8,82% ze studiów licencjackich i 6,55% ze studiów magisterskich (ryc. 2).

Zajęcia praktyczne odbywały się w hospicjum stacjonarnym. Ankietowani uznali, że zajęcia powinny się odbywać w innych placówkach opieki paliatywnej: 36% – w hospicjum stacjonarnym, 25% – w oddziałach onkologicznych, 24% – w hospicjum domowym, 15% – w oddziałach geriatrycznych (ryc. 3).

Za najbardziej dogodną formę kształcenia 22% badanych uznało zajęcia praktyczne, następnie

wykłady (20%), kontakt z rodzinami (20%) oraz spotkania z osobami dotkniętymi chorobą terminalną (16%).

Badanym po zrealizowaniu zajęć brakowało: przygotowania psychologicznego (75,4%), umiejętności rozmowy z pacjentem o śmierci (39,3%), umiejętności nawiązania kontaktu z pacjentem (39,3%), umiejętności nawiązania kontaktu z rodziną (22,9%), umiejętności pielęgnacji pacjenta umierającego (21,3%). Studenci przed rozpoczęciem zajęć wyrazili obawę, że po zrealizowaniu przedmiotu najbardziej może im zabraknąć: umiejętności rozmowy z pacjentem o śmierci (67,7%), przygotowania psychologicznego (65,5%), umiejętności nawiązania kontaktu z rodziną (36,7%), umiejętności nawiązania kontaktu z pacjentem (29,4%), umiejętności pielęgnacji pacjenta umierającego (26,4%) (ryc. 4).

Zajęcia teoretyczne 54% studentów poszerzyłyby o zagadnienia psychologiczne, zaś zajęcia praktyczne w opinii 45% ankietowanych powinny zostać poszerzone o inne oddziały (ryc. 5).

Zajęcia praktyczne odbywały się w 58% w grupie 9-10-osobowej, natomiast w 38% w grupie 11-18-osobowej (ryc. 6). Zdaniem studentów liczba osób w grupach jest: zdecydowanie za duża (42,6%), wystarczająca (49,1%), za mała (3,2%). Preferowaną liczbą osób w grupie jest 3-5 studentów z instruktorem (32%), 7-10 studentów z instruktorem (21%), mniej niż 3 osoby w grupie (2%), więcej niż 10 osób w grupie (0%). Zdania na ten temat nie wyraziło 6% osób (ryc. 7).

OMÓWIENIE

Opiece paliatywnej przypisuje się duże znaczenie w opiece zdrowotnej, co ma odzwierciedlenie w wytycznych Komitetu Rady Ministrów dla państw członkowskich, dotyczących organizacji opieki paliatywnej.

Literatura podkreśla konieczność włączenia medycyny paliatywnej do głównego nurtu medycyny w celu zapewnienia jej właściwego miejsca i znaczenia [4]. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa i zwiększeniem liczby osób w podeszłym wieku należy liczyć się ze wzrostem zapotrzebowania na opiekę paliatywną w najbliższych latach. Dlatego sprawą istotną jest również objęcie szkoleniem z zakresu medycyny paliatywnej większej liczby pracowników służby zdrowia [5]. Konieczny, choć trudny w medycynie paliatywnej, jest także rozwój badań naukowych i oparcie ich na dowodach naukowych [6].

Oczekiwania osób kształcących się powinny być nierozłącznym elementem, wpływającym na doskonalenie programów kształcenia w ramach

przedmiotu „opieka paliatywna”. Zarówno w polskiej, jak i zagranicznej literaturze fachowej nie znaleziono opracowań dotyczących oczekiwań studentów wobec tego przedmiotu, realizowanego na poziomie akademickim.

Znaczna większość badanych nie bierze pod uwagę możliwości pracy w hospicjum, bądź też nigdy nad tym się nie zastanawiała. W większości także studenci uważają liczbę godzin za wystarczającą do opanowania oczekiwanych umiejętności. Mimo to 3/4 studentów uznaje naukę przedmiotu za potrzebną. Studenci wyrażają zainteresowanie przedmiotem i chęć uczestniczenia w zajęciach. Dlatego istotne wydaje się zwrócenie szczególnej uwagi na sposób realizacji zajęć na poziomie akademickim.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej udzielane są w ramach opieki domowej, hospitalizacji na oddziałach specjalistycznych i ogólnych, oddziałach pobytu dziennego, opieki ambulatoryjnej w poradniach (poradniach medycyny paliatywnej, leczenia bólu, leczenia obrzęku limfatycznego i ran odleżynowych), pomocy w wypadkach nagłych oraz opieki wyręczającej (krótkotrwała hospitalizacja chorych dla zapewnienia wytchnienia ich bliskim). Zajęcia z opieki paliatywnej na poziomie akademickim dla studentów pielęgniarstwa odbywają się głównie w hospicjum stacjonarnym. W opinii studentów, prawdopodobnie ze względu na chęć poznania specyfiki pracy w innych warunkach (szpitalnych, domowych), zajęcia praktyczne powinny się odbywać również w innych placówkach świadczących usługi z tego zakresu.

Przed i po zrealizowaniu zajęć studenci deklarują brak umiejętności rozmowy z pacjentem o śmierci (30%) oraz przygotowania psychologicznego do pracy w hospicjach (25%). Opiekując się osobami terminalnie chorymi, należy dostosować komunikowanie do ich potrzeb, brać pod uwagę, w jakim zakresie chciałyby być poinformowane o swojej sytuacji, a także dostosować sposób przekazywania informacji do barier emocjonalnych i poznawczych, które są częste u osób cierpiących na zaawansowane, postępujące choroby. Dlatego zagadnienia psychologiczne poruszane podczas zajęć powinny być podstawą kształcenia studentów w opiece paliatywnej.

Zajęcia praktyczne odbywają się w licznych grupach – 9-10-, a nawet 11-18-osobowych. Przeważająca większość studentów uważa, że grupa powinna być znacznie mniejsza. Każde spotkanie studenta z pacjentem na praktykach jest szczególnym rodzajem kontaktu. Dostosowanie liczby osób w grupie daje studentom możliwość zdobycia cennego doświadczenia oraz umiejętności,

a pacjentom – możliwość uzyskania świadczeń wyższej jakości.

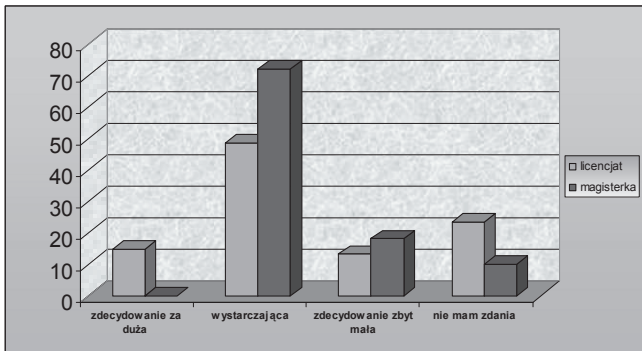
Opieka paliatywna jest aktywną, całościową opieką nad chorym, którego choroba nie reaguje na leczenie przyczynowe. Opanowanie bólu, innych objawów, problemów psychologicznych, społecznych, duchowych jest działaniem priorytetowym. Cel opieki paliatywnej stanowi osiągnięcie możliwie najlepszej jakości życia pacjentów oraz ich rodzin. Aby tego dokonać – jednym z kluczowych działań jest odpowiednie przygotowanie osób do pracy w tych instytucjach, zwłaszcza na poziomie akademickim.

WNIOSKI

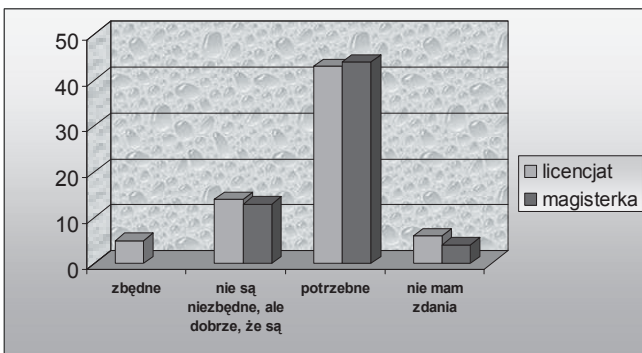
1. Mimo że studenci nie wyrażają zainteresowania pracą w hospicjum, wykazują potrzebę realizowania zajęć z przedmiotu, jakim jest opieka paliatywna oraz mają wysokie oczekiwania wobec nich.
2. Należałoby rozważyć możliwość:
 - zmniejszenia liczby osób w grupie ćwiczeniowej,
 - poszerzenia przedmiotu o teoretyczną wiedzę i praktyczne umiejętności psychologiczne,
 - umożliwienia odbycia praktyk w innych placówkach opieki paliatywnej niż hospicjum stacjonarne.

Odpowiedzi studentów na pytania ankietowe:

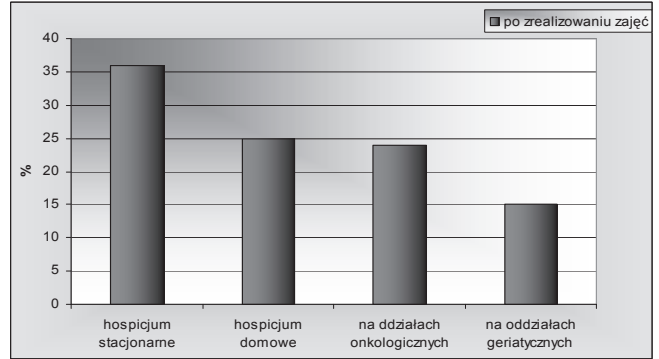
Ryc. 1. Liczba 15 godzin wykładów i 40 godzin zajęć praktycznych, jaka obejmuje przedmiot, jest dla Ciebie:



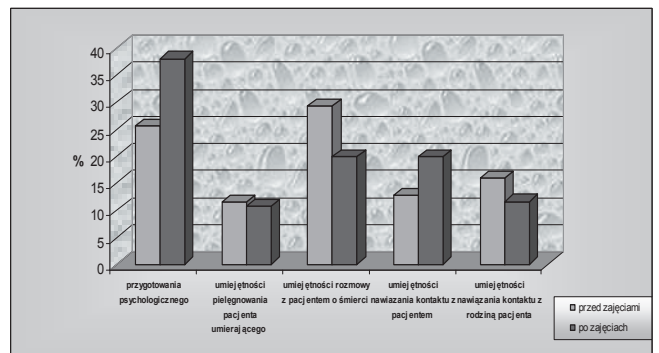
Ryc. 2. Zajęcia z opieki paliatywnej są dla Ciebie:



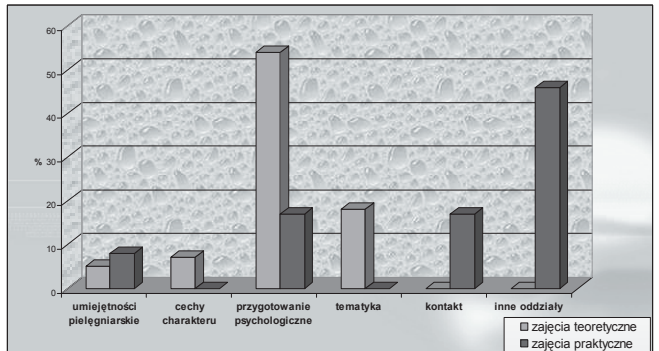
Ryc. 3. Zajęcia praktyczne powinny odbywać się w:



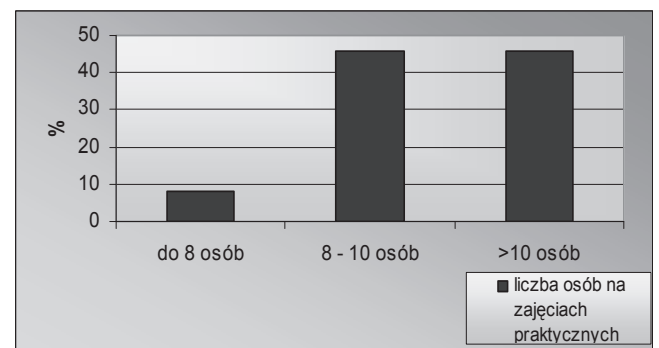
Ryc. 4. Czego brakuje Ci/może brakować w zajęciach:



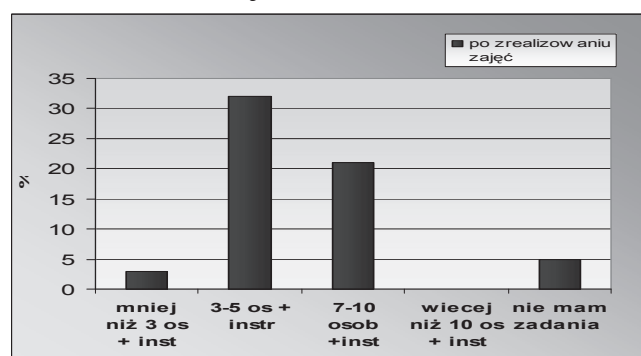
Ryc. 5. Zajęcia z opieki paliatywnej poszerzyłybyś o:



Ryc. 6. W iluosobowej grupie odbywały się zajęcia praktyczne:



Ryc. 7. W jakich grupach powinny odbywać się Twoim zdaniem zajęcia:



PIŚMIENNICTWO:

1. Rekomendacje K.M. dla państw członkowskich dotyczące opieki paliatywnej, przyjęte 12.11.03. na 860 Konferencji Zastępców Ministrów RE.
2. Olivier D.: *Jak działa zespół interdyscyplinarny?*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2, 3, 191-194; 2003.
3. Rozp. MENiS z dnia 15 IV 2002 r. – Dz. U. Nr 55, poz. 499.
4. Zylicz Z., Janssens M.: *Options in palliative care: dealing with those who want to die*, “Baillieres Clin. Anesthesiology” 12, 1, 121-131; 1998.
5. Doboszyńska A., Świetlik E.: *Organizacja opieki paliatywnej*, „Geriatrics Polska” 3, 209-215; 2006.
6. Abu-Saad H.H.: *Palliative Care: an international view*. “Patients Education and Counseling” 41, 15-22 ;2006.



Komunikaty

Wręczenie dyplomów absolwentom fizjoterapii

W dniu 20 lipca 2007 roku odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego. Po raz pierwszy wręczono dyplomy trzem rocznikom studentów, w pierwszej kolejności absolwentom studiów licencjackich dziennych, w drugiej licencjackich zaocznych oraz świeżo upieczonym magistrów.

Podczas uroczystości przemawiali: prof. Piotr Zaborowski – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. Maciej Karolczak – Dziekan II Wydziału Le-

karskiego, prof. Artur Mamcarz – Prodziekan ds. Oddziału Fizjoterapii oraz prof. Jerzy Jurkiewicz – Pełnomocnik ds. Studiów Zaocznych Oddziału Fizjoterapii. Wśród zaproszonych gości obecni byli: prof. Jerzy Stelmachów – Prorektor ds. Kadr, prof. Wiesław Gliški – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji



Prof. Joanna Juskowa, Prodziekan Oddziału Fizjoterapii (2001–5)

i Współpracy z Regionem, a także Elżbieta Wierzchowska – dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej M. St. Warszawa oraz prof. Joanna Juskowa – Prodziekan Oddziału Fizjoterapii w latach 2001/2005.

Uroczystość odbyła się w Auli Centrum Dydaktycznego Akademii Medycznej w Warszawie. Po raz pierwszy w ramach tego wydarzenia dyplomy odebrali absolwenci studiów zaocznych licencjackich. Wręczono 178 dyplomów ukończenia studiów licencjackich dziennych, 58 – ukończenia studiów zaocznych I stopnia oraz 93 dyplomy magisterskie. W trakcie uroczystości wyróżniono mgr Joannę Kurdziela, absolwentkę studiów



Prof. Piotr Zaborowski oraz prof. Maciej Karolczak gratulują uzyskania dyplomu

magisterskich, która zgodnie z §19 regulaminu studiów zostanie zgłoszona przez Radę Wydziału do Nagrody Rektora, ze względu na wysoką średnią ocen ze studiów i najwyższe oceny z egzaminu magisterskiego i pracy magisterskiej.



Pracownicy Akademii Medycznej w trakcie wręczania dyplomów



Absolwenci z dyplomami

Na zakończenie uroczystości w imieniu studentów trzech roczników przemawiali: Wojciech Fałęcki (studia I stopnia dzienne),

Dariusz Galardziak (studia I stopnia zaoczne) oraz mgr Weronika Baran (studia magisterskie).

(Małgorzata Pietkiewicz)

Obywatel Honorowy

Starogard Gdański, 6 lipca 2007 roku – podczas uroczystej sesji Rady Miasta tytuł Honorowego Obywatela nadano profesorowi Kazimierzowi A. Wardynowi.

Decyzja o nadaniu tytułu zapadła jednogłośnie. W uzasadnieniu podjętej uchwały czytamy: „Profesor Kazimierz Wardyn jest obecnie Dziekanem I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Już od ponad dwudziestu lat trwa współpraca Profesora ze Specjalistycznym Szpitalem św. Jana w Starogardzie Gdańskim i naszym miastem. Współpraca oparta jest na corocznych obozach naukowych studentów warszawskiej Akademii Medycznej, których profesor Wardyn jest pomysłodawcą i organizatorem. Wykonując codzienną pracę dydaktyczną w trakcie obozów, służy swoją ogromną wiedzą, doświadczeniem, życzliwością i zaangażowaniem. Korzystają z tego lekarze, studenci, a przede wszystkim pacjenci. Dzięki Profesorowi wielu pacjentów naszego szpitala skorzystało z fachowej pomocy, miało możliwość leczenia specjalistycznego w klinikach Akademii Medycznej w Warszawie i w placówkach me-

dycznych w innych krajach, z którymi Profesor współpracuje. Jest on także organizatorem spotkań naukowych integrujących środowisko lekarskie, w czasie których poruszane są ciekawe i istotne problemy medyczne. Pobytu Pana Profesora, jego asystentów i z roku na rok liczniejszej grupy studentów, wpisały się na stałe w wakacyjne zdarzenia Starogardu Gdańskiego. Wiążą się one z licznymi spotkaniami z interesującymi ludźmi, władzami miasta i powiatu, udziałem w wy-

darzeniach kulturalnych, szczególnie poznawaniem walorów turystycznych, historii oraz życia obecnego Starogardu Gdańskiego i Kociewia. Dzięki temu Starogard Gdański istnieje w świadomości wielu pokoleń lekarzy ukształtowanych przez profesora Kazimierza Wardyna. W 2004 roku Rada Miejska przyznała mu medal za zasługi dla Starogardu Gdańskiego. Jego działalność podnosi prestiż naszego miasta i jest dla nas wielką satysfakcją, że człowiek tej miary



Przewodnicząca Rady Miasta Helena Bugaj wręcza dyplom nadania tytułu Honorowego Obywatela Miasta Starogard Gdański prof. Kazimierzowi A. Wardynowi



Gratulacjom nie było końca. Pierwsze wyrazy uznania przekazał Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego Kazimierz M. Ujazdowski, następnie prof. Marek Krawczyk oraz dr Tomasz Rusinowicz, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej

jest tak mocno związany ze Starogardem Gdańskim. Dlatego zasługi

Proboszcz ks. Józef Pik, którzy skierowali do laureata słowa uznania i sympatii. Władze naszej uczelni reprezentował Dziekan I Wydziału Lekarskiego AM – prof. Marek Krawczyk. Gratulacje złożyli także profesorowie Akademii Medycznej w Warszawie: Sławomir Majewski, Piotr Fiedor, Krzysztof Czajkowski, Dyrektor Szpitala Św. Jana – dr Tadeusz Rocłowski i ordynatorzy poszczególnych oddziałów tej jednostki.

W czasie uroczystości nie zabrakło również chwili poezji. Jacek Cygan zadedykował profesorowi Wardynowi swój najnowszy tomik wierszy śródziemnomorskich, zatytułowany „Ambulanza”.

W wywiadzie udzielonym „Dziennikowi Bałtyckiemu” laureat podkreślił, że bardzo ceni sobie współpracę ze Starogardem Gdańskim: – Dzięki niej ta miejscowość jest najbardziej znanym w Akademii Medycznej polskim miastem. Wszyscy studenci i pracownicy naszej uczelni wiedzą, gdzie leży Starogard Gdański – stwierdził profesor Wardyn.

(M. Pietkiewicz, fot. Jacek Persa)



Jacek Cygan zadedykował laureatowi swój tomik wierszy

profesora Kazimierza Wardyna na rzecz społeczności miasta i powiatu starogardzkiego zasługują na nadanie tytułu Honorowego Obywatela Miasta Starogardu Gdańskiego”.

Uroczystość uświetnili swoją obecnością: Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego – Kazimierz M. Ujazdowski, Prezydent Miasta Starogard Gdański – Edmund Stachowicz, byli Prezydenci Miasta – Stanisław Karbowski, Paweł Głuch i Zbigniew Kozłowski, Starosta Powiatu Starogardzkiego – Sławomir Neuman oraz pozostali przedstawiciele władz miasta i powiatu, a także przedstawiciele władz duchownych: Rektor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego – ks. prof. Stanisław Wilk, Biskup Diecezji Warmińsko-Pelplińskiej – ks. Bernard Szlaga,



Błysku fleszy nie było końca

V Międzynarodowa Konferencja Studenckich Kół Naukowych

Na początku lipca br. w Centrum Konferencyjnym Zakładów Farmaceutycznych Polpharma w Starogardzie Gdańskim odbyła się V Międzynarodowa Konferencja Studenckich Kół Naukowych. Organizatorem symposium była Akademia Medyczna w Warszawie.

Konferencja Studenckich Kół Naukowych jest cyklicznym wydarzeniem, które odbywa się każdego roku w lecie w Starogardzie Gdańskim. Jej adresatem są studenci uczelni medycznych i młodzi lekarze z kraju i zagranicy. Stałymi organizatorami symposium są studenckie koła naukowe, które działają przy trzech jednostkach warszawskiej AM: przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej,

całego przedsięwzięcia jest prof. Kazimierz A. Wardyn.

Tegoroczna konferencja odbyła się w dniach 5 i 6 lipca. Była poświęcona zagadnieniom szeroko pojętej współczesnej

by od żywego dawcy, prof. Bolesław Rutkowski – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Nefrologii poruszył problem wpływu palenia papierosów na funkcję nerek, a prof. Sławomir Majewski omó-



Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby oraz II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii. Opiekunem

dy zaproszonych gości. Profesor Marek Krawczyk, Dziekan I Wydziału Lekarskiego, przedstawił zagadnienie transplantacji wątro-

medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem chorób wewnętrznych, chirurgii, ginekologii i położnictwa oraz medycyny rodzinnej. Prezentacje prac studenckich poprzedziły wykłady

wił podstawy zapobiegania zakażeniom Ludzkim Wirusem Brodawczaka (HPV), jednocześnie stawiając pytanie o możliwości realizacji jej założeń w Polsce. Podczas symposium zaprezentowano 36 prac, w tym 17 autorstwa studentów z uczelni zagranicznych, którzy reprezentowali między innymi ośrodki z Ukrainy, Białorusi i Rumunii. Najlepsze prace wyróżniono nagrodami. Kolejna konferencja odbędzie się za rok.

(Karolina Gwarek, fot. Jacek Persa)



Porozumienie i współpraca

We wtorek 26 czerwca br. podpisano list intencyjny pomiędzy Akademią Medyczną w Warszawie i Uniwersytetem Nauk Medycznych im. Króla Sauda bin Abdulaziza w Królestwie Arabii Saudyjskiej.

Podpisanie listu intencyjnego towarzyszyło dwudniowej wizycie Króla Arabii Saudyjskiej Abdullaha bin Abdulaziza Al Sauda w Polsce. W jego imieniu list intencyjny podpisał przedstawiciel Królestwa Arabii Saudyjskiej Dr. Abdullah Al Rabeeah, natomiast Rektora AM reprezentował prof. Maciej A. Karolczak, Dziekan II Wydziału Lekarskiego.

Warto podkreślić, że dwa lata temu Król Arabii Saudyjskiej przy-

służył się naszym krajowi, finansując operację rozdzielniczą bliźniaczkę syjamskich z Janikowa k. Inowrocławia. W zamian za to został wyróżniony tytułem honorowego mieszkańca rodzinnego miasta dziewczynek. Z kolei szef zespołu chirurgów kliniki w Rijadzie, w której przeprowadzono operację – Dr. Abdullah Al-Rabeeah – otrzymał Krzyż Komandorski Orderu Zasługi Rzeczypospolitej Polskiej.



List intencyjny podpisali prof. Maciej Karolczak oraz dr. Abdullah Al-Rabeeah

W ramach wizyty arabskiego władcy w naszym kraju zawarto również szereg innych ważnych umów, między innymi:

- memorandum o porozumieniu między Ministerstwem Zdrowia RP a Ministerstwem Zdrowia Królestwa Arabii Saudyjskiej o współpracy w dziedzinie zdrowia,
- memorandum o współpracy w zakresie nauki i edukacji między Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego RP a Ministerstwem Szkolnictwa Wyższego Królestwa Arabii Saudyjskiej,
- porozumienie o współpracy naukowej i technologicznej między Polską Akademią Nauk a Miasteczkiem Naukowo-Technologicznym im. Króla Abdulaziza w Arabii Saudyjskiej.

(Karolina Gwarek, fot. Jacek Persa)



AM na liście najczęściej cytowanych

Naukowcy z Collegium Medicum UJ i warszawskiej Akademii Medycznej mogą się pochwalić największą liczbą publikacji, cytowanych w pismach branżowych na całym świecie.

Listę najczęściej cytowanych polskich naukowców – specjali-

stów w dziedzinie nauk biomedycznych, opracował prof. Andrzej Pilc z Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie. Statystyki przygotował na podstawie danych „Science Citation Index”, które od ponad 30 lat zbiera amerykański Instytut Informacji Naukowej (ISI). Z informacji ISI wynika, że najczęściej cytowane są prace naukowców ze Stanów Zjednoczonych, na drugim

miejscu znajdują się uczeni z Wielkiej Brytanii, dalej z Japonii, Niemiec, Francji i Kanady. Niestety, pozycja Polski w rankingu z roku na rok jest coraz niższa – z naszego kraju pochodzi jedynie niecały procent publikacji o światowym znaczeniu. Wynika to zapewne z faktu zbyt niskich nakładów przeznaczanych na polską naukę.

(Karolina Gwarek; źródło PAP)