

MDWUM

czasopismo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

medycyna
dydaktyka
wychowanie



02

2020

Warszawa
Rok LII
ISSN 0137-6543

marzec 2020

Kampus Lindleya
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego





MDWUM 2/2020

Rok LII

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ISSN 0137-6543



Fot. na okładce Miron Bogacki

W numerze:

Wywiad z dr n. przyr. Elżbietą Urbanowską – kierownikiem Banku Komórek Krwiotwórczych (Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM)	2
Katedra i Klinika Neurologii WUM liderem leczenia udarów na Mazowszu	6
Lista Stu 2019	9
Koronawirus – raz na dziesięć lat... ..	10
Stetoskop	14
Oblicza medycyny: Medycyna lotnicza	20
Rozmowa z prof. Ireneuszem Gielatą i dr. Maciejem Ganczarem – redaktorami serii wydawniczej „ars medica ac humanitas”	24
Program mentorski na WUM	28
Rozmowa z prof. Piotrem Skarżyńskim – opiekunem Międzyośrodkowego SKN Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy Zakładzie Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej WUM	32
Przypadki i Zagadki. II Interaktywna Studencka Konferencja Internistyczna	36
V Warszawskie Dni Promocji Zdrowia	38
Kształcenie położnej w Polsce – uwarunkowania i możliwości	40
Obóz sportów zimowych AZS WUM	42
Laska Eskulapa oraz kielich Hygiei, czyli o roli węża w ikonografii medycznej i farmaceutycznej	46

Nr 2/2020 przygotował zespół redakcyjny:

prof. Dagmara Mirowska-Guzel – redaktor naczelna, dr hab. Anna Staniszevska – zastępca redaktor naczelnej,
 Marta Ewa Wojtach – sekretarz redakcji, Cezary Ksel – redaktor, dr Adam Tyszkiewicz – historia, Maja Sosnowska – grafika/DTP,
 Andrzej Stepnowski – foto, Michał Teperek – foto, Jolanta Tyczyńska – korekta

Adres redakcji: MDWum, ul. Pawińskiego 3, pok. 312, 02-106 Warszawa, tel.: (22) 57 20 615; e-mail: mdw@wum.edu.pl

Druk: topdruk24

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Wywiad z dr Elżbietą Urbanowską



Dr n. przyr. Elżbieta Urbanowska

– kierownik Banku Komórek Krwiotwórczych,
Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii
i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM

Pod koniec ubiegłego roku Bank Komórek Krwiotwórczych naszej uczelni obchodził 20-lecie istnienia. Czy pamięta Pani Doktor początek działalności banku?

Oczywiście. Początkowo Bank Komórek Krwiotwórczych był zlokalizowany w Klinice Hematologii na IV piętrze budynku szpitala przy ul. Banacha. W tym czasie dysponowaliśmy jedynie dwoma separatorami do pobierania komórek krwiotwórczych. Większa baza była przygotowywana w pomieszczeniach po aptece szpitalnej, w których znajdujemy się obecnie. Mogliśmy się przenieść tutaj, czyli do niskiego parteru w bloku C, dopiero po przeprowadzeniu generalnego remontu pomieszczeń. Zmiana lokalizacji sprawiła, że działalność banku nabrała tempa. Był listopad 1999 r. Wykonywaliśmy wtedy stosunkowo niewiele zabiegów aferezy, czyli pobrań komórek krwiotwórczych, które następnie podlegały przetworzeniu w banku. Pierwsze wykonywane przez nas zabiegi pobrań komórek krwiotwórczych były zabiegami autologicznymi, przygotowywaliśmy zatem materiał komórkowy do przeszczepień autologicznych. Potem zaczęliśmy wykonywać pobrania od dawców spokrewnionych. W końcu rozpoczęto w klinice przeszczepianie komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych. To spowodowało konieczność wprowadzenia pewnych modyfikacji dotyczących działania wszystkich ośrodków pobierających komórki krwiotwórcze od dawców niespokrewnionych. Przykładowo, pobranie komórek od dawcy niespokrewnionego dla potrzebującego ich chorego przebywającego w naszej Klinice Hematologii nie mogło się odbywać na terenie tej samej kliniki. Wprowadzenie tej zasady wynikało z konieczności zachowania pełnej anonimowości dawcy i biorcy.

Jaką rolę odgrywają banki komórek krwiotwórczych?

Produkt aferezy/szpik, który dostarczany jest do ośrodka transplantacyjnego i następnie przeznaczony dla chorego z tej kliniki, nie może być przeszczepiony od razu. Musi on najpierw trafić do banku komórek. Po otrzymaniu komórek bank ma dwie możliwości. Pierwszą jest przygotowanie i wydanie świeżego preparatu do przeszczepienia. Drugą zaś – przetworzenie, zamrożenie i przechowywanie komórek w ciekłym azocie przez nieograniczenie długi czas. Bank komórek krwiotwórczych jest zatem placówką, która przyjmuje pobrany materiał komórkowy, wykonuje kontrolę jego jakości, czyli bada, jak dużo jest w nim komórek hematopoetycznych odpowiadających za odnowę układu krwiotwórczego biorcy przeszczepu. Bank musi również ten preparat przechowywać. Ponadto zobowiązany jest do dystrybuowania takiego preparatu. Dopiero po wszystkich czynnościach wykonywanych w banku preparat może być przetransportowany do ośrodka transplantacyjnego i tam przetoczony. Mówiąc najogólniej – klinika transplantacyjna nie może nic zrobić bez banku. Brak banku oznacza, że klinika nie jest w stanie dokonać zabiegu przeszczepienia.

Co sprawiło, że banki komórek krwiotwórczych w ogóle się pojawiły?

Jak już wspomniałam, wszystko rozpoczęło się od zabiegów przeszczepienia autologicznego, potem doszły przeszczepienia spokrewnione, a następnie zabiegi przeszczepień niespokrewnionych. Zabiegi przeszczepień niespokrewnionych wymagały posiadania dużej puli zarejestrowanych dawców allogenicznych w tzw. ODS-ach (ośrodkach dawców szpiku). Dopóki w Polsce nie rozpoczęła działalności Fundacja DKMS i inne ośrodki dawców szpiku, zasoby Poltransplantu (Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji) w tym zakresie były dość skromne i liczyły tylko kilkadziesiąt

tysiący zarejestrowanych dawców. Podczas prawie 10 lat działalności Fundacji DKMS i innych ODS-ów zasoby te jednak wyraźnie się zwiększyły. W tej chwili w Polsce jest zarejestrowanych ponad 1,6 mln dawców. Mogłoby się wydawać, że to duża liczba, wystarczająca do pobrania komórek krwiotwórczych i przygotowania przeszczepu dla każdego biorcy, w tym dla takiego, który nie posiada dawcy rodzinnego. Jednak w rzeczywistości jeszcze dla około 30% biorców brakuje dawców zgodnych z nimi w zakresie antygenów HLA. Nasz ośrodek, czyli Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych oraz Bank Komórek Krwiotwórczych, jest jednym z największych w Polsce, które pobierają i dystrybuują materiał przeszczepowy dla innych ośrodków transplantacyjnych w Polsce i poza jej granicami. Rocznie dokonujemy kilkuset pobrań dla biorców na całym świecie, najczęściej w krajach Unii Europejskiej, Stanach Zjednoczonych, ale także biorców w Ameryce Południowej, Australii czy też w Afryce.

Wszystko, o czym Pani Doktor mówi, dotyczy przeszczepienia szpiku. Czy bank zajmuje się tylko tym?

Rzeczywiście, zaangażowanie banku w procedury przeszczepienia komórek jest naszym standardowym postępowaniem, ale bank komórek służy nie tylko do tego. Dokonywać w nim można także różnego typu czynności związanych z immunoterapią, w tym z komórkami CAR-T. Ponadto tzw. część produkcyjna banków komórek bierze udział w wytwarzaniu produktów leczniczych terapii zaawansowanej, czyli tzw. ATMP (Advanced Therapy Medicinal Products). W tym przypadku komórki, które będą zastosowane u ludzi, muszą być dostarczone do banku komórek, po czym zostają przekazane do jego części produkcyjnej i dopiero wtedy, po odpowiednich działaniach/przetworzeniu, mogą być stosowane u ludzi.

Jakie przepisy prawa określają działalność banków komórek krwiotwórczych?

Banki komórek nie mogą działać nie przestrzegając wymogów prawnych, tj. Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Banki mają określony zakres działalności i żeby wykonywać swoje czynności, muszą posiadać pozwolenie ministra zdrowia na działania w określonym zakresie zgodnym z powyższą ustawą. Takie pozwolenie udzielane jest na pięć lat. Banki komórek posiadają również europejski kod banku tkanek i komórek. Nasz bank jest tam zapisany pod numerem PL001269.

Jakie warunki należy spełnić, aby otrzymać pozwolenie ministra zdrowia?

Przede wszystkim w banku musi być zatrudniona osoba odpowiedzialna za przestrzeganie przepisów ustawy transplantacyjnej. Osoba ta odpowiada za wszystkie czynności związane z przetwarzaniem, dystrybucją, transportowaniem preparatu komórkowego, ale także pełni nadzór nad badaniami laboratoryjnymi, które określają jakość wytworzonego produktu, czyli, inaczej mówiąc, wytworzonego przeszczepu. Bank musi spełniać wymagania fachowe i sanitarne dla banku tkanek i komórek, a więc otrzymać pozytywną opinię sanepidu w tym zakresie, jak również wdrożyć system zapewnienia jakości i wyznaczyć osobę odpowiadającą za jego przestrzeganie oraz zatrudniać personel o kwalifikacjach zgodnych z ustawą (wyższe wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne). Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, jako organ nadzorujący banki tkanek i komórek, z upoważnienia ministra zdrowia, przeprowadza kontrolę w banku komórek i jeżeli wynik kontroli jest pozytywny, przedstawiany jest on na posiedzeniu Krajowej Rady Transplantacyjnej (KRT). Dopiero po pozytywnej opinii wydanej przez KRT minister zdrowia wydaje pozwolenie na pięć lat.

Czy w tym czasie bank podlega kontroli?

Oczywiście. W ustawie transplantacyjnej znajdują się zapisy mówiące o tym, że bank podlega kontroli co dwa lata. Dlatego pomimo otrzymania pięcioletniego pozwolenia musimy respektować zapisy zawarte w tej ustawie. Dodatkowo, jeżeli dojdzie do wystąpienia istotnego zdarzenia niepożądanego albo istotnej reakcji niepożądanej, związanej z pobraniem, przetwarzaniem, przechowywaniem, dystrybucją komórek krwiotwórczych od dawców, a następnie z przeszczepieniem tego materiału biorcy, bank jako pierwszy poddawany jest kontroli przeprowadzanej na wniosek ministra zdrowia. Kontroli podlega również ośrodek pobierający i/lub przeszczepiający.

Jak działały banki przed wprowadzeniem tych procedur?

Pierwsze w Polsce zabiegi przeszczepienia szpiku wykonano w latach 80. ubiegłego wieku. Brak jakichkolwiek procedur sprawiał, że działalność laboratoryjna różnych ośrodków, które przetwarzały komórki, nie była usystematyzowana. Oczywiście wszystkim zależało na tym, aby produkt komórkowy dostarczany choremu był bezpieczny. Trudno jednak było w tej sytuacji zagwarantować pełne bezpieczeństwo dawcy i biorcy. Dopiero wypracowanie szeregu procedur zmniejszyło możliwość zaistnienia błędów, które mogły się zdarzyć i które czasem, niestety, się zdarzały. Obecnie dysponujemy ujednoliconym postępowaniem, aczkolwiek nie można powiedzieć, że to postępowanie jest takie samo dla wszystkich banków w Europie, niemniej jest ono bezpieczne dla chorych. Oprócz stosowania zaleceń krajowych i dyrektyw unijnych każde państwo członkowskie może sobie wypracować takie procedury, które zagwarantują pełne bezpieczeństwo dawcy i biorcy. Dopiero implementacja dyrektyw unijnych przez kraje członkowskie sprawiła, że we wszystkich tych krajach sposób postępowania z dawcą, z komórkami krwiotwórczymi, z przeszczepem pozwala zagwarantować to bezpieczeństwo. Ma to istotne znaczenie, bo przecież zdarza się, że preparat komórkowy dystrybuujemy do innych miejsc niż

ośrodki przeszczepowe w Polsce. Biorca, do którego dystrybuujemy produkt, musi mieć pewność, że bez względu na to, z jakiego kraju unijnego pochodzi przeszczep, będzie on jednakowej, wysokiej jakości, a przede wszystkim, że będzie bezpieczny.

Czy uważa Pani te standardy za wystarczające?

Oprócz przestrzegania procedur wspomnianych już przeze mnie, zachowanie bezpieczeństwa wymaga kontroli, która musi dotyczyć wszystkiego: stosowanych urządzeń, materiałów i odczynników. Przestrzeganie wszystkich zaleceń powoduje, że można do minimum ograniczyć ryzyko wystąpienia pewnych niezgodności/nieprawidłowości. Z drugiej strony nie zawsze jesteśmy w stanie przewidzieć, co się zdarzy. Niemniej jednak w pewnych sytuacjach, mając na uwadze, że niektóre czynniki, sposób postępowania mogą spowodować obniżenie jakości produktu, jesteśmy w stanie temu zapobiec.

Jaka przyszłość czeka banki komórek krwiotwórczych?

Sądzę, że w przyszłości zwiększy się udział banku komórek w wytwarzaniu produktów leczniczych terapii zaawansowanej na rzecz medycyny spersonalizowanej, czyli wytworzenia produktów przeznaczonych dla określonego pacjenta. Trzeba jednak podkreślić, że wytworzenie takiego produktu wcale nie jest proste. W zależności od tego, jaki lek-komórki chcemy wytworzyć, produkt musi być poddawany szczególnym manipulacjom. Aby jednak tego dokonać, trzeba posiadać odpowiednią klasę czystości pomieszczeń, to jest taką, jaka obowiązuje przy wytwarzaniu leków. A to z kolei wymaga certyfikatów innych podmiotów nadzorujących taki sposób wytwarzania, w tym zgody Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Od jak dawna interesuje się Pani tematem komórek krwiotwórczych?

Od wielu lat. Zajmowałam się tym tematem zanim powstał nasz Bank Komórek Krwiotwórczych. Pracowałam z panem prof. dr. hab. n. med. Wiesławem Jędrzejczakiem w Wojskowym Instytucie Medycznym przy ul. Szaserów i brałam tam udział w pierwszych zabiegach przeszczepienia szpiku.

Pod koniec listopada 2019 r. obchodzono 35. rocznicę pierwszego w Polsce udanego przeszczepienia szpiku w ówczesnym Centralnym Szpitalu Klinicznym Wojskowej Akademii Medycznej. Szefem zespołu, który wykonał ten zabieg, był właśnie prof. Wiesław Jędrzejczak.

Kiedy pan prof. Jędrzejczak wygrał konkurs na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Hematologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej, zaproponował mi, abym przeniosła się z WIM przy ul. Szaserów i rozpoczęła wraz z nim tworzenie Banku Komórek Krwiotwórczych w Szpitalu przy ul. Banacha. O początkach funkcjonowania banku już mówiłam. Warto jeszcze dodać, że nasz bank oprócz tego, że pracuje na rzecz chorych Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych, kierowanej obecnie przez pana prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Basaka, przetwarza, przechowuje i bierze udział w zabiegach przeszczepiania autologicznych komórek krwiotwórczych u dzieci z Dziecięcego Szpitala Klinicznego WUM, w którym znajduje się Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Jest Pani specjalistką nauk przyrodniczych. Skąd zatem zainteresowanie tematem komórek krwiotwórczych?

To prawda, ale jestem też diagnostą medycyny laboratoryjnej ze specjalizacją z analityki klinicznej i laboratoryjnej hematologii medycznej. W czasie swojej pracy brałam czynny udział w realizacji badań w szeroko rozumianej hematologii doświadczalnej i klinicznej, chemioterapii i immunoterapii nowotworów ze szczególnym uwzględnieniem przeszczepiania szpiku. Oczywiście zaczynałam swoją działalność od doświadczeń na zwierzętach i eksperymentach związanych z różnymi sposobami postępowania z wykorzystaniem różnych rodzajów komórek.

W przestrzeni publicznej duże kontrowersje wzbudza bankowanie i wykorzystanie krwi pępowinowej. Jaka jest Pani opinia na temat wykorzystania krwi pępowinowej w leczeniu chorób?

Krew pępowinowa ma uznane wskazanie w leczeniu chorób nowotworowych układu krwiotwórczego. W sytuacji kiedy nie ma dawcy szpiku i brakuje dawców haploidentycznych, poszukujemy dawcy krwi pępowinowej. To jest uznane postępowanie, niewzbudzające kontrowersji w przypadku postępowania publicznego, czyli dla ogółu społeczeństwa. Krew pępowinowa ma również pewną przyszłość w medycynie regeneracyjnej, tj. do innych zastosowań niż leczenie zabiegami przeszczepienia szpiku. Tkanki płodu (łożysko, sznur pępowinowy, błony płodowe) są źródłem mezenchymalnych komórek macierzystych, czyli populacji komórek mających możliwość przekształcenia się w różnorodne typy dojrzałych komórek, między innymi w komórki tłuszczowe, kostne, chrzęstne, mięśniowe oraz nerwowe. Komórki te posiadają szczególne zdolności immunomodulacyjne, a więc takie, dzięki którym mają pozytywny wpływ na odporność, procesy naprawy oraz inne wybrane procesy zachodzące w ludzkim organizmie podczas odrzucania przeszczepu. Z tych komórek mezenchymalnych próbuje się wytworzyć produkty lecznicze terapii zaawansowanej, które mogą pomóc w leczeniu np. chorób zwyrodnieniowych, układu nerwowego czy różnych schorzeń kostnych. Jednak sytuacja obecnie wygląda tak, że tego typu działania pozostają w zakresie badań klinicznych. Brakuje nam uznanego, standardowego postępowania mówiącego o wykorzystaniu komórek mezenchymalnych pochodzących z wyżej wymienionych źródeł.

Dysponujemy oficjalnym stanowiskiem ministra zdrowia w sprawie bankowania rodzinnej krwi pępowinowej, zgodnie z którym Ministerstwo Zdrowia nie wydało negatywnej opinii odnośnie do bankowania krwi pępowinowej. Banki rodzinnej krwi pępowinowej, zanim dojdzie do jej zbankowania, powinny swoim potencjalnym klientom (rodzinie czy rodzicom) w sposób jasny, bezstronny, zgodny z prawdą i rzetelny przedstawić informacje na temat wad i zalet wykorzystania krwi pępowinowej obecnie oraz eksperymentalnego charakteru jej spożycia w przyszłości. Zatem Ministerstwo Zdrowia nie zakazuje pobierania krwi pępowinowej, ale jej bankowanie powinno głównie służyć do celów publicznych, a nie prywatnych. Przyjęty na lata 2011–2020 wieloletni Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej przewidywał rozwój allogenicznego bankowania komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej do celów publicznych.

Niestuszenie zatem rozbudzone są nadzieje, że krew pępowinowa to cudowny lek współczesnej medycyny?

Wszystkie działania dotyczące wytwarzania różnych produktów z krwi pępowinowej wymagają jeszcze wielu badań, aby mogły być w przyszłości stosowane – ale stosowane przede wszystkim do celów publicznych.

Jakie choroby matki stanowią przeciwwskazanie do bankowania krwi pępowinowej?

Na przykład cukrzyca i choroby genetyczne. Kobiety, które rozważają bankowanie krwi pępowinowej, przechodzą badania kwalifikacyjne, podobnie jak to ma miejsce przy kwalifikacji dawcy do pobrania komórek krwiotwórczych ze szpiku/z krwi obwodowej w przypadku dawców szpiku. Na tym etapie również można ustalić, czy istnieją przeciwwskazania do bankowania krwi pępowinowej.

A kto powinien rozważyć podjęcie takiej decyzji?

Jeżeli w rodzinie jest dziecko chore na nowotwór krwi, to można rozważyć pobranie i bankowanie krwi pępowinowej od nowo rodzącego się dziecka. Wtedy to może mieć sens. A w innych przypadkach? Teoretycznie każda osoba może podjąć decyzję o zbankowaniu krwi pępowinowej. Dlatego tak ważna jest rola lekarzy, aby przedstawić wady i zalety krwi pępowinowej oraz podać rzetelne, prawdziwe informacje na temat bankowania.

Czy Bank Komórek Krwiotwórczych włącza się w dydaktykę studentów?

Oczywiście. Studenci w ramach zajęć z hematologii odbywają również zajęcia w Banku Komórek Krwiotwórczych. Studenci zdobywają wiedzę na temat honorowego dawstwa (w tym uzyskiwania legitymacji i odznaki honorowego dawcy szpiku/zasłużonego dawcy szpiku), postępowania z komórkami (przetwarzanie, przechowywanie, dystrybucja), pobraniami komórek krwiotwórczych za pomocą separatorów komórkowych czy też pobrań szpiku na bloku operacyjnym. Zapoznają się również z badaniami kontroli jakości przeszczepu i badaniami laboratoryjnymi (badania met. cytometrii przepływowej, badania cytomorfologii szpiku i inne) wykonywanymi w pracowniach diagnostycznych zlokalizowanych w naszym banku.

Czego można życzyć Bankowi Komórek Krwiotwórczych w związku z 20-leciem istnienia?

Na pewno nowych, bardziej przestronnych pomieszczeń. W tych, w których obecnie funkcjonujemy, jesteśmy po prostu niewydolni. Brak miejsca sprawia, że nie jesteśmy w stanie po pierwsze zatrudnić więcej personelu, a po drugie z braku pomieszczeń o klasie czystości AB (tzw. clean room) rozwijać innych terapii. Nasz bank jest unikalny w skali naszego kraju, dlatego że oprócz części stricte bankowej, czyli służącej do przechowywania komórek krwiotwórczych w ciekłym azocie i zamrażarkach niskotemperaturowych oraz przetwarzania komórek, znajdują się na jego terenie także pracownie diagnostyczne – cytometrii, morfologii, które są niezbędne m.in. do testowania pobranego materiału komórkowego. Ma to ogromne znaczenie, bo możemy bardzo szybko przygotować wynik morfologii przeszczepu czy podjąć inne skuteczne działania związane z zapewnieniem odpowiedniej jakości preparatu. W wymienionych pracowniach diagnostycznych oraz pracowni cytomorfologii i hodowli komórek wykonywane są badania diagnostyczne na rzecz chorych naszej kliniki i innych klinik szpitala.

Dlaczego bankowanie komórek jest potrzebne?

Postęp wiedzy jest tak wielki, że trudno przewidzieć, do czego w przyszłości mogą być przydatne komórki przechowywane obecnie w ciekłym azocie. Być może w bliższej lub dalszej perspektywie czasowej uda nam się wykorzystać je do wytworzenia nowego, nieznanego w chwili obecnej produktu leczniczego. Nie możemy więc poprzestać na pobraniu komórek i wydaniu świeżego preparatu. Wraz z postępem medycyny, odkryciami nowych metod diagnostyki i terapii, rozwojem infrastruktury badawczej i narzędzi biotechnologicznych przechowywany materiał, jeżeli zajdzie taka konieczność, może być poddany innym, nieznanym obecnie procedurom, które w konsekwencji będą mogły się przyczynić do jeszcze bardziej skutecznego leczenia wielu skomplikowanych chorób.

Rozmawiał Cezary Ksel

Katedra i Klinika Neurologii WUM liderem leczenia udarów na Mazowszu



Zespół Katedry i Kliniki Neurologii

Katedra i Klinika Neurologii, kierowana przez prof. dr hab. n. med. Annę Kosterę-Pruszczyk z Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jako jedyny oddział udarowy na Mazowszu i jeden z kilkunastu w Polsce uzyskała prestiżowy Certyfikat Diamentowy inicjatywy European Stroke Organization – Angels, będącej partnerem World Stroke Organization. Uroczystość wręczenia certyfikatu odbyła się 26 lutego 2020 roku.

W uroczystości wzięli udział: prorektor ds. nauki i transferu technologii prof. Jadwiga Turło, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Marcin Wojnar, dyrektor CSK UCK WUM Maciej Zabelski, a także kierownicy katedr, klinik, zakładów i jednostek szpitala, w tym ściśle współpracujący z zespołem Kliniki Neurologii przy leczeniu pacjentów z udarem: kierownik II Zakładu Radiologii Klinicznej prof. Olgierd Rowiński z zespołem oraz kierownik Izby Przyjęć dr n. med. Ewa Opęchowska-Pacocha z zespołem, jak również zespół Kliniki Neurologii i jej przyjaciele.

Udar niedokrwienny mózgu jest drugą na świecie przyczyną zgonów i pierwszą przyczyną niepełnosprawności. W Polsce co roku odnotowywanych jest ok. 70 tysięcy nowych zachorowań, a prognozy mówią o 82,8–96,6 tys. udarów rocznie w 2025 r.

Certyfikat Diamentowy potwierdza, że zarówno leczenie pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu, jak i opieka w Oddziale Udarowym Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM spełniają najwyższe standardy.

W oddziale prowadzona jest kompleksowa diagnostyka i leczenie pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu. Oddział posiada 27 łóżek oraz 7 łóżek na Oddziale Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION).

„Współpraca szpitalnej Izby Przyjęć, Laboratorium Centralnego, Oddziału Udarowego Kliniki Neurologii i II Zakładu Radiologii, mieszczących się w szpitalu przy ul. Banacha, pozwoliła na optymalizację postępowania z pacjentem w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. Dzięki temu leczenie przyczynowe jest wdrażane w możliwie krótkim czasie od przyjęcia pacjenta do szpitala. Średni czas „od drzwi do igły” (ang. door to needle time), czyli czas od pojawienia się pacjenta w szpitalnej Izbie Przyjęć do niezbędnych badań diagnostycznych (w tym badań obrazowych) i rozpoczęcia leczenia trombolitycznego w naszym szpitalu wynosi niespełna 30 minut. Ponad 35% pacjentów z udarem niedokrwiennym leczymy przyczynowo: trombolitycznie lub wewnątrznaczyniowo, podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosi ok. 15%” – mówi prof. Anna Kosterę-Pruszczyk, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM.



W pierwszym rzędzie od prawej: prof. Jadwiga Turlo, prof. Marcin Wojnar, prof. Anna Kamińska, prof. Bolesław Samoliński



Wręczenie Diamentowego Certyfikatu



Prof. Anna Kostera-Pruszczyk



Agnieszka Tymecka-Woszczerowicz



Dr n. med. Piotr Szczudlik



Dr n. med. Antoni Ferens

Zespół Kliniki Neurologii CSK UCK WUM realizuje na najwyższym poziomie zalecenia Europejskiego Towarzystwa Udarowego i Polskiego Towarzystwa Neurologicznego dotyczące opieki w Oddziale Udarowym i prewencji wtórnej udaru, dzięki czemu Klinika już dwukrotnie otrzymała najwyższy Certyfikat Diamentowy inicjatywy Angels ESO.

Podczas spotkania odbyły się prezentacje:

- „Standard leczenia udaru niedokrwinnego mózgu” – prof. dr. hab. n. med. Anny Kostery-Pruszczyk
- „Leczenie udaru mózgu w CSK UCK WUM: rejestr ResQ” – dr. n. med. Antoniego Ferensa
- „Trombektomia mechaniczna w leczeniu udaru niedokrwinnego” – dr. n. med. Piotra Szczudlika.

„Celem Inicjatywy European Stroke Organization – Angels (Acute Networks striving for Excellence in Stroke) jest: optymalizacja procesu leczenia ostrego udaru niedokrwinnego mózgu, zwiększenie liczby szpitali przystosowanych do leczenia udaru mózgu oraz poprawa i utrzymanie jakości leczenia w istniejących ośrodkach” – mówiła podczas spotkania Agnieszka Tymecka-Woszczerowicz z European Stroke Organization – Angels.

Przed spotkaniem odbyło się szkolenie dla zespołów ratownictwa medycznego prowadzone przez neurologów z Kliniki Neurologii CSK UCK WUM.



Pracownicy i przyjaciele Katedry i Kliniki Neurologii



Od prawej: dr n. med. Andrzej Opuchlik, prof. Olgierd Rowiński, Maciej Zabalski, dr n. med. Ewa Opęchowska-Pacocha, prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Agnieszka Tymecka-Woszczerowicz, dr n. med. Antoni Ferens

Dr Antoni Ferens – Katedra i Klinika Neurologii CSK UCK WUM

Udar mózgu to choroba o nagłym początku charakteryzująca się wystąpieniem ogniskowej lub znacznie rzadziej uogólnionej dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego o przyczynie naczyniowej. Rokrocznie na świecie doznają go 22 miliony ludzi, w Polsce ok. 90 tysięcy. Jest to druga przyczyna zgonu i główna przyczyna długotrwałej niesprawności osób dorosłych, powyżej 40. roku życia.

W zależności od mechanizmu uszkodzenia centralnego układu nerwowego wyróżniamy najczęstszy udar niedokrwieny oraz rzadziej występujące krwotok śródmózgowy i krwotok podpajęczynówkowy.

Udar mózgu jest powikłaniem innych chorób, najczęściej patologii układu sercowo-naczyniowego. Na chorobę tę w największym stopniu narażone są osoby starsze, chorujące na nadciśnienie tętnicze, miażdżycę, migotanie przedsionków i hipercholesterolemię. Kolejne czynniki ryzyka podlegające modyfikacji poprzez zmianę trybu życia to otyłość, nikotynizm, alkoholizm oraz brak aktywności fizycznej.

Rozpoznanie udaru wymaga stwierdzenia nagłego wystąpienia najczęściej ogniskowych objawów neurologicznych. Mimo że symptomatologia kliniczna tego schorzenia może być bardzo różnorodna, w znacznej większości przypadków występują podobne i typowe objawy. Zdecydowanie najczęściej udar objawia się niedowładem połowicznym, asymetrią twarzy, zaburzeniami mowy (zarówno o charakterze afazji, jak i dyzartrii) czy zaburzeniami czucia. Rzadziej stwierdza się zawroty i bóle głowy, zaburzenia widzenia czy zaburzenia zachowania.

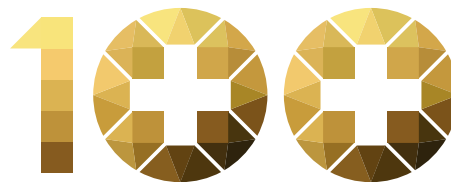
Najprostsza skala rozpoznania udaru FAST (akronim od angielskich słów *F face* – twarz, *A arm* – ręka, *S speech* – mowa, *T time* – czas) polega na wykonaniu przez pacjenta trzech zadań: uśmiechnięciu się, wyciągnięciu obu kończyn górnych przed siebie oraz powiedzeniu dowolnego zdania. Stwierdzenie nieprawidłowości przy którymkolwiek z nich pozwala na rozpoznanie ponad 80% udarów.

Od przeszło dwóch dekad udar mózgu jest chorobą, dla której posiadamy skuteczne metody terapii. Jednak efekt leczenia i tym samym szansa pacjenta na powrót do pełnej sprawności silnie zależą od czasu, jaki upłynął od powstania choroby do momentu podjęcia leczenia.

W przypadku podejrzenia tej zagrażającej życiu choroby jej leczenie jest możliwe jedynie w warunkach szpitalnych. Każdorazowo należy zapewnić pacjentowi możliwie jak najszybszy transport do najbliższego szpitala posiadającego w swej strukturze oddział udarowy.



LISTA



2019

27 lutego 2020 r. zostały ogłoszone wyniki plebiscytu Lista Stu 2019 – najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie i systemie ochrony zdrowia. Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosław Wielgoś (kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii) po raz kolejny znalazł się w pierwszej dziesiątce plebiscytu najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie.

W tym roku organizator plebiscytu, redakcja „Pulsu Medycyny”, przygotował również dodatkowe wyróżnienie – dla osób, które mają wpływ na rozwój polskiej medycyny poprzez dzielenie się swoją wiedzą z szerokim gronem odbiorców. Tytułem promotora wiedzy uhonorowano prof. Krzysztofa J. Filipiaka (I Katedra i Klinika Kardiologii).

Oprócz rektora prof. Mirosława Wielgosia na liście stu najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie znaleźli się inni wybitni naukowcy naszej uczelni: prof. Krzysztof J. Filipiak (I Katedra i Klinika Kardiologii, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk Medycznych – miejsce 11.), prof. Wiesław Jędrzejczak (Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych – miejsce 12.), prof. Grzegorz Opolski (kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii – miejsce 13.), prof. Krzysztof Zieniewicz (kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby – miejsce 16.), prof. Magdalena Durlik (kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych – miejsce 23.), prof. Jacek Szaflik (kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki – miejsce 24.), prof. Jerzy Szaflik (miejsce 25.), prof. Hanna Szajewska (kierownik Kliniki Pediatrii – miejsce 29.), prof. Piotr Pruszczyk (kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej – miejsce 47.), prof. Leszek Pączek (kierownik Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych – miejsce 53.), prof. Marcin Grabowski (I Katedra i Klinika Kardiologii, prodziekan ds. integracji i rozwoju Wydziału Lekarskiego – miejsce 61.), prof. Piotr Skarżyński (Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej – miejsce 62.), prof. Marek Krawczyk (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby – miejsce 73.), prof. Lidia Rudnicka (kierownik Katedry i Kliniki Dermatologicznej, prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju – miejsce 78.), dr hab. Leszek Czupryniak (kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych – miejsce 85.), prof. Anna Kostera-Pruszczyk (kierownik Katedry i Kliniki Neurologii – miejsce 91.), prof. Marek Kulus (kierownik Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego – miejsce 92.).

Na liście stu najbardziej wpływowych osób w systemie ochrony zdrowia znaleźli się: lek. Łukasz Jankowski (Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych – miejsce 23.), dr Grzegorz Juszczyk (Zakład Zdrowia Publicznego – miejsce 54.) oraz dr hab. Maciej Niewada (Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej – miejsce 96.).

Na czele rankingu znaleźli się prof. nadzw. dr hab. Mirosław Ząbek (Mazowiecki Szpital Bródnowski) i minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski.

Od 17 lat „Puls Medycyny” wyróżnia osoby, które mają szczególny wpływ na rozwój polskiej medycyny, a od 5 lat także tych, którzy przyczyniają się do poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Kandydaci oceniani byli przez kapitułę konkursu składającą się z wybitnych ekspertów. Wyboru dokonało jury złożone ze specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny i ośrodki w kraju, a także ekspertów ochrony zdrowia, przedstawicieli organizacji pacjentów oraz redakcję „Pulsu Medycyny”.



KORONAWIRUS – RAZ NA DZIESIĘĆ LAT...

Epidemiolodzy są zgodni: średnio raz na dziesięć lat na świecie pojawia się nowy koronawirus, stając się problemem klinicznym indywidualnych pacjentów, ale także powodując zagrożenia dla zdrowia publicznego. W 2002 r. obserwowano zachorowania znane jako SARS (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome*), zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej, zanotowano wówczas 8437 zachorowań, śmiertelność wynosiła 10%. Pierwszy raz rozpoznał chorobę lekarz WHO Carlo Urbani, który diagnozował 48-letniego biznesmena z nieznanym schorzeniem przebiegającym tak jak zapalenie płuc, sam zakaził się od niego i zmarł 29 marca 2003 r. w Tajlandii. W 2012 r. po raz pierwszy raportowano zachorowania nazwane MERS, bliskowschodni zespół oddechowy (ang. *Middle East Respiratory Syndrome*), znane są 2494 zachorowania, śmiertelność wynosiła 34%. Prawdopodobnym źródłem dla SARS i MERS były nietoperze i wielbłądy. Po raz trzeci koronawirus zwrócił na siebie światową uwagę, nie zachowując dziesięcioletniej przerwy, bo w 2020 r...

11 marca 2020 r. dyrektor WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus ogłosił drugą pandemię XXI w. – pandemię koronawirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), wywołującego chorobę Covid-19 (ang. *Coronavirus Disease*). Jak podkreślił, jest to pierwsza pandemia wywołana przez koronawirusa (ale druga w tym stuleciu, po pandemii wywołanej przez wirus grypy A (H1N1) pdm 09 w 2009 r.).



Decyzja ta opierała się na potwierdzeniu rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 w 114 krajach poza Chinami, w których liczba przypadków wzrosła 13-krotnie, osiągając poziom 118 tysięcy zachorowań i 4291 zgonów w dniu ogłoszenia pandemii. Około 90% przypadków choroby zdiagnozowano na terenie Chin i Korei Południowej, w których na początku marca 2020 r. doszło do istotnego zmniejszenia nasilenia choroby. Wcześniej WHO ogłosiło nowy koronawirus (2019-nCoV) zagrożeniem dla zdrowia publicznego. Co to oznaczało i jakie miało konsekwencje? W świetle Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych WHO z 2005 r. (ang. *International Health Regulation, IHR*) zagrożenie zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym (ang. *Public Health Emergency of International Concern, PHEIC*) to: „wydarzenie nadzwyczajne, które: stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego w innych państwach poprzez międzynarodowe rozprzestrzenianie się chorób; potencjalnie wymaga skoordynowanej reakcji międzynarodowej” (w tym m.in. ma wpływ na ruch międzynarodowy, podróże itp.). Taka sytuacja miała miejsce po raz szósty, wcześniej nastąpiło to: w kwietniu 2009 r. – z powodu epidemii świąskiej grypy (H1N1), w maju 2014 r. – z powodu „powrotu” wirusa *poliomyelitis* (Afganistan, Pakistan, Nigeria), sierpniu 2014 r. – z powodu epidemii gorączki krwotocznej wywołanej wirusem Ebola w Afryce Zachodniej, lutym 2016 r. – w związku z epidemią zakażeń wirusem zika na Półkuli Zachodniej, czerwcu 2019 r. – z powodu zachorowań wywołanych wirusem Ebola w Demokratycznej Republice Kongo.

W Polsce pierwsze zachorowanie wywołane wirusem SARS-CoV-2 potwierdzono 4 marca 2020 r. Jak należało się spodziewać, i co było nieuniknione, liczba zachorowań się zwiększała. Pozostaje odpowiedź na pytanie, czy w naszym kraju powtórzy się model włoski (z dużą liczbą zachorowań i licznymi zgonami) czy niemiecki (gdzie pandemia wydaje się być lepiej kontrolowana). Szansą na uniknięcie modelu włoskiego jest wdrożenie działań mających na celu „dystansowanie społeczne”, czyli zamknięcie szkół, galerii handlowych, zastosowanie telemedycyny – wszystko po to, by ograniczyć możliwą transmisję wirusa w populacji.



Nie zapobiegnie to epidemii, ale ją „spłaszczy”, wydłuży w czasie – co ma ogromne znaczenie dla wydolności zasobów systemu ochrony zdrowia. Badania obserwacyjne oraz te wykorzystujące modelowanie matematyczne, a także wcześniejsze doświadczenia związane z pandemią grypy, aktualne doświadczenia z Chin jednoznacznie wskazują, że wczesne i wszechstronne wdrożenie metod dystansowania społecznego skutecznie spowalnia rozprzestrzenianie się wirusa w społeczeństwie. Szacuje się, że zastosowanie w Chinach tej metody działania o tydzień wcześniej mogłoby zmniejszyć liczbę przypadków Covid-19 o 65%, a ich wprowadzenie dwa lub trzy tygodnie wcześniej – zmniejszyłoby liczbę chorych odpowiednio o 86% i 95%! Te liczby jednoznacznie dowodzą, jak ważna jest w przypadku zwalczania epidemii samodyscyplina, poczucie odpowiedzialności i – tak po ludzku – zdrowy rozsądek. Włoskie Ministerstwo Zdrowia podało, że analiza przeprowadzona przez Istituto Superiore di Sanità (ISS) potwierdziła, że wszystkie grupy wiekowe, w tym młodzi ludzie, przyczyniają się do rozprzestrzeniania się Covid-19. Jedną piątą osób z pozytywnym wynikiem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 we Włoszech ma od 19 do 50 lat.

Co dzisiaj wiemy o SARS-CoV-2 i Covid-19?

Pewników jest niewiele, bo choroba jest nowa. Warto przypomnieć – pierwsze opisy grypy pochodzą z 420 r. p.n.e. i są autorstwa Hipokratesa, a grypa nadal potrafi nas zaskoczyć, profesjonalistów nie dziwi więc wiele znaków zapytania wokół nowego patogenu czy schorzenia. Ale wielce prawdopodobne wydaje się, że: zakażenie SARS-CoV-2 szerzy się głównie drogą kropelkową (kaszel) i kontaktową (dotykanie powierzchni zanieczyszczonych wirusem). Transmisja wertykalna jest mało prawdopodobna. Możliwe jest wydalenie wirusa w okresie bezobjawowym (a tym samym osoby w okresie bezobjawowym mogą być źródłem zakażenia), czas inkubacji (wylegania) choroby wynosi 1–14 dni (najczęściej 5–7 dni). Najbardziej typowe objawy to: gorączka (>38 st. C), kaszel, duszność. 80% zachorowań ma przebieg łagodny. Obserwacje włoskie wskazują na to,



że: 10% przypadków zakażenia SARS-CoV-2 jest bezobjawowych, 5% zakażonych manifestuje niewielkie objawy, 30% ma objawy łagodne, 31% ma objawy klasyczne, 6% ma poważne objawy, stan 19% zakażonych określa się jako krytyczny, a 24% badanych przypadków jest hospitalizowanych. Ciężki, powikłany przebieg choroby obserwowany jest u osób po 65. roku życia, z chorobami towarzyszącymi (np. choroby układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, cukrzyca).

Analiza danych włoskich potwierdza również, że 56,6% zmarłych pacjentów miało ponad 80 lat, a dwie trzecie z nich – co najmniej trzy istniejące wcześniej choroby przewlekłe. Miarą ciężkości choroby jest śmiertelność (odsetek pacjentów, którzy umierają w przebiegu zachorowania). W przypadku Covid-19 śmiertelność zależy od wieku, występowania wspomnianych wyżej chorób przewlekłych oraz... od kraju. Dlaczego raportowana śmiertelność wynosi <1% w Korei Południowej, 3% w Chinach i 6% we Włoszech? Przede wszystkim zależy to od wartości mianownika (jeśli obliczana jest liczba zgonów jedynie w odniesieniu do hospitalizacji – śmiertelność jest wyższa, jeżeli do mianownika włącza się rozpoznania prawdopodobne, ustalone jedynie na podstawie objawów klinicznych, bez potwierdzenia laboratoryjnego – śmiertelność jest niższa). Tak więc musimy więcej wiedzieć o prawdziwym zasięgu choroby, by precyzyjnie ustalić śmiertelność. Ponadto, należy wskazać, że populacja włoską jest tą najstarszą w Europie (blisko jedna czwarta społeczeństwa jest w wieku powyżej 65 lat) i znacząco młodsza od chińskiej. Wreszcie, smutna prawda – w modelu włoskim, na skutek kumulacji liczby pacjentów wymagających hospitalizacji, w tym leczenia na oddziałach intensywnej terapii – nie wszystkim chorym udaje się zapewnić na czas szansę na odpowiednie leczenie.

Walka z epidemią/pandemią ma swoje etapy: ograniczanie choroby (przede wszystkim wyszukiwanie przypadków i izolacja/kwarantanna chorych i narażonych na zachorowanie), opóźnianie (poprzez m.in. dystansowanie społeczne), badania nad chorobą i patogenem, minimalizacja skutków epidemii/pandemii. Na razie – pozostajemy w fazie drugiej...

*Dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
Wydziału Lekarskiego WUM*



Awanse, nagrody

Prof. Tomasz Jakimowicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej UCK WUM), **prof. Jolanta Kostrzewa-Janicka** (kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej), **prof. Przemysław Kunert** (Klinika Neurochirurgii UCK WUM), **prof. Marek Postuła** (Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej), **prof. Piotr Skarżyński** (Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej) i **prof. Marta Struga** (Katedra i Zakład Biochemii) odebrali z rąk prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy akt nadania tytułu profesora.

Prof. Rafał Krenke (kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii) został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski za wybitne zasługi w działalności na rzecz ochrony zdrowia oraz za osiągnięcia w dziedzinie nauk medycznych.

Prof. Dagmara Mirowska-Guzel (kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej) została wybrana na przewodniczącą Komitetu Terapii i Nauk o Leku Polskiej Akademii Nauk na kadencję 2020–2023.

Prof. Irenusz Nawrot (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej) otrzymał od wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiłła akt powołania (kolejna pięcioletnia kadencja) na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie angiologii.

Dr hab. Krystyna Szymańska (Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego) otrzymała od wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiłła akt powołania (kolejna pięcioletnia kadencja) na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dziecięcej.

Dr hab. Maria Radziwoń-Zaleska (Katedra i Klinika Psychiatryczna) otrzymała od wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiłła akt powołania (kolejna pięcioletnia kadencja) na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii.

Dr hab. Aneta Nitsch-Osuch (kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego) otrzymała od wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiłła akt powołania (pierwsza kadencja) na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie epidemiologii.

Mgr farm. Sylwia Lewandowska-Pachecka (Zakład Biochemii i Farmakogenomiki) otrzymała od wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiłła akt powołania (pierwsza kadencja) na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie farmacji aptecznej.

Dr hab. Michał Grąb (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby) otrzymał dofinansowanie w konkursie SONATA BIS Narodowego Centrum Nauki na realizację projektu „Poprawa jakości wątrób pobranych do przeszczepienia od zmarłych dawców poprzez zastosowanie mechanicznej perfuzji w hipotermii”.

Dr Katarzyna Czarzasta (Katedra i Zakład Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej), **dr Maciej Krasnodębski** (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby) oraz **lek. Karol Zbroński** (doktorant z I Katedry i Kliniki Kardiologii) odbędą staże w renomowanych ośrodkach medycznych USA w ramach programu im. prof. F. Walczaka zainicjowanego przez Narodową Agencję Wymiany Akademickiej oraz Ministerstwo Zdrowia. Na przeprowadzenie swoich staży wybrali następujące ośrodki: Harvard Medical School (dr Katarzyna Czarzasta), University of Texas MD Anderson Cancer Center (dr Maciej Krasnodębski) oraz Mount Sinai Hospital (lek. Karol Zbroński).

Aleksandra Hyży (studentka kierunku dietetyka) zajęła 2. miejsce w finale VI edycji szkoły przedsiębiorczości Brave Camp za projekt ProMeSkill obejmujący stworzenie agencji szkoleniowo-doradczej specjalizującej się w nauczaniu umiejętności miękkich pracowników ochrony zdrowia.



Współczesne kierunki w opiece nad kobietą rodzącą

5 lutego w Centrum Dydaktycznym odbyła się międzynarodowa konferencja naukowa „Współczesne kierunki w opiece nad kobietą rodzącą – doświadczenia międzynarodowe” poświęcona kierunkom rozwoju opieki nad kobietą rodzącą. Wydarzenie, zorganizowane przez Wydział Nauk o Zdrowiu WUM, Oddział Uniwersytecki Polskiego Towarzystwa Położnych oraz Zakład Położnictwa i Zakład Zdrowia Prokreacyjnego CMKP, zainaugurowało obchody Międzynarodowego Roku Pielęgniarki i Położnej na naszej uczelni. Uczestników konferencji przywitała dr Beata Szyber z Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej pełniąca funkcję przewodniczącej Oddziału Uniwersyteckiego Polskiego Towarzystwa Położnych. Otwarcia spotkania dokonała dziekan WNoZ dr hab. Joanna Gotlib. Podczas pierwszej sesji omówiono współczesne problemy opieki nad rodzącą w kontekście przygotowania położnych do pracy, a swoją wiedzę i doświadczeniami podzieliły się m.in. specjalistki z Uniwersytetu w Genewie. Tematem drugiej sesji było kształcenie przed- i podyplomowe położnych oraz współpraca zespołu w opiece okołoporodowej.



Od prawej: dziekan WNoZ dr hab. Joanna Gotlib, dr Grażyna Bączek, dr Beata Szyber

Inauguracja kampanii Nursing Now Polska

5 lutego w Ministerstwie Zdrowia zainaugurowano kampanię Nursing Now Polska oraz obchody Międzynarodowego Roku Pielęgniarki i Położnej, w których uczestniczyli przedstawiciele władz Ministerstwa Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP) oraz innych organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne, a także studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo z ośrodków akademickich z całej Polski, w tym WUM. Podczas spotkania wyświetlono film prezentujący przełomowe wydarzenia w pielęgniarstwie w latach 2019–2020, następnie odbył się wykład inauguracyjny prezesa PTP dr Grażyny Wójcik „Czy współczesny świat potrzebuje Florencji Nightingale”. Ponadto studentki i studenci pielęgniarstwa i położnictwa z całej Polski uczestniczyli w specjalnie zorganizowanym spotkaniu, w trakcie którego zwiedzili Dziecięcy Szpital Kliniczny UCK WUM, Muzeum Historii Pielęgniarstwa oraz wzięli udział w wykładzie eksperckim prof. Marcina Grabowskiego (I Katedra i Klinika Kardiologii WUM).



Prof. Marcin Grabowski (piąty od lewej) w otoczeniu słuchaczy wykładu eksperckiego

List intencyjny WUM i FamiCordTx

6 lutego rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosław Wielgoś oraz przedstawiciele firmy FamiCordTx: prezes zarządu Tomasz Baran i członek zarządu dr Tomasz Oldak, podpisali list intencyjny dotyczący współpracy w zakresie rozwoju i wdrażania immunoterapii jako innowacyjnej strategii leczenia nowotworów. Celem podpisania listu jest zacieśnienie strategicznej współpracy między Katedrą i Kliniką Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM, Zakładem Medycyny Regeneracyjnej WUM oraz FamiCordTx w zakresie rozwoju CAR-T – najbardziej zaawansowanej i spersonalizowanej technologii stosowanej w leczeniu hematologicznym, polegającej na opracowaniu dla każdego pacjenta leku na bazie jego własnych limfocytów. FamiCordTx posiada wyłączną licencję na rozwój i komercjalizację technologii CAR-T w Europie oraz, jako spółka z grupy kapitałowej Polskiego Banku Komórek Macierzystych SA, jest pierwszym polskim przedsiębiorstwem posiadającym odpowiednie zaplecze technologiczne, wiedzę i doświadczenie niezbędne do wytwarzania terapii z użyciem CAR-T.

Parafowanie dokumentu. Od lewej: dyrektor Biura Prawnego WUM Jacek Sobczak, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych prof. Grzegorz Basak, rektor prof. Mirosław Wielgoś, prezes zarządu FamiCordTx Tomasz Baran, członek zarządu FamiCordTx dr Tomasz Oldak



Nowatorska operacja tętniaka łuku aorty

6 lutego w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyń UCK WUM we współpracy z II Zakładem Radiologii Klinicznej oraz II Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii UCK WUM przeprowadzono operację polegającą na całkowicie przezskórnej implantacji nowej generacji stentgraftu do tętniaka łuku aorty. Operację wykonał zespół w składzie: prof. Zbigniew Gałązka, dr Rafał Maciąg (radiolog), dr Tadeusz Bering (kardioanestezjolog), we współpracy z prof. Mario Lachatem – chirurgiem naczyniowym z Uniwersytetu Medycznego w Zurychu. Zabieg wykonano u 72-letniego chorego, wcześniej zdyskwalifikowanego przez kardiochirurgów z przeprowadzenia otwartej aneuryzmektomii z powodu bardzo wysokiego ryzyka operacyjnego. Tętniak miał średnicę 8 cm i obejmował odejścia tętnic łuku aorty. Z przezskórnego dostępu udowego założono stentgraft Nexus do aorty wstępującej i pnia ramienno-głowego w połączeniu z neuroprotekcją oraz szybką stymulacją serca (ang. *rapid ventricular pacing*). Operację wewnątrznacyniową poprzedziło wykonanie skrzyżowanego przeszczepu od prawej do lewej tętnicy szyjnej wspólnej i obliteracja odejścia tętnicy podobojczykowej lewej. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań, a kontrolna angiotomografia komputerowa wykazała pełne wyłączenie worka tętniaka z układu krążenia i prawidłowy przepływ krwi w tętnicach domózgowych.

Zima w mieście na WUM

11, 13, 18 i 20 lutego podczas mazowieckich ferii zimowych Muzeum Historii Medycyny oraz Biblioteka Główna WUM zaprosili uczniów szkół podstawowych do odkrywania tajemnic kampusu Banacha. W ramach trwającej w okresie mazowieckich ferii zimowych akcji „Zima w mieście” dzieci wraz z przewodnikiem mogły odbyć spacer po Rektoracie, Centrum Dydaktycznym i Centrum Biblioteczno-Informacyjnym. Dwugodzinna wycieczka obejmowała zwiedzanie Sali Senatu



WUM, auli wykładowej im. prof. Janusza Piekarczyka, biblioteki akademickiej oraz sal wykładowych znajdujących się w CBI. Młodych gości zapoznano z tradycją akademicką Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i pracą Biblioteki Głównej WUM. Przygotowano także dla nich prezentacje i quizy.

Krzysztof Królikowski (Muzeum Historii Medycyny) oprowadza uczestników akcji „Zima w mieście” po Sali Senatu WUM

Szkolenie CBL dla nauczycieli akademickich

12 lutego w Centrum Biblioteczno-Informacyjnym rozpoczęły się trzydniowe warsztaty dla dydaktyków WUM z metody nauczania nazywanej Case-Based Learning (CBL). Szkolenie prowadzili specjaliści w zakresie edukacji kadry dydaktycznej studiów medycznych prof. Sabine Gerhke-Beck oraz prof. Harm Peters z Uniwersytetu Medycznego Charité w Berlinie. W trakcie zajęć prowadzonych metodą CBL nauczyciel angażuje studentów w scenariusze oparte na rzeczywistych przypadkach medycznych. Uczestnicy wspólnie poszukują istotnych spośród dostępnych informacji i podejmują



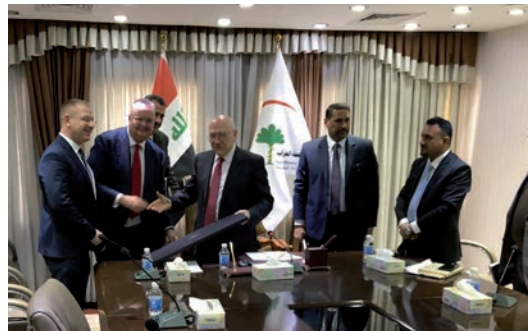
na tej podstawie decyzje związane z hipotetycznym leczeniem danego pacjenta. Prowadzący w tym czasie pilnują organizacji i zarządzają grupą. Metoda CBL doskonali umiejętność poszukiwania potrzebnych danych w celu zdefiniowania zaistniałych problemów. Szkolenie zostało zorganizowane przez Biuro Jakości i Innowacyjności Kształcenia WUM i sfinansowane w ramach programu WUM AID Akademia Innowacyjnej Dydaktyki.

Prowadzący szkolenie prof. Sabine Gerhke-Beck i prof. Harm Peters



Podpisanie listu intencyjnego

12 lutego pełnomocnik rektora ds. współpracy z Republiką Iraku prof. Krzysztof J. Filipiak wraz z kierownikiem Centrum Symulacji Medycznych WUM dr. Marcinem Kaczorem podpisali w Bagdadzie list intencyjny o współpracy medycznej naszej uczelni z Ministerstwem Zdrowia Iraku i Zespołem Szpitali Klinicznych w Bagdadzie. Strona iracka zainteresowana jest współpracą dydaktyczną, naukową, kliniczną, a przede wszystkim możliwością odbywania krótkoterminowych staży klinicznych i szkoleń w Centrum Symulacji Medycznych WUM przez specjalistów z Iraku. Gospodarze są także zainteresowani podpisaniem szczegółowej umowy i rewizytą w WUM w najbliższym czasie. Nasi iraccy partnerzy chcieliby również wprowadzić program symulacji medycznej do własnego systemu szkoleń przed- i podyplomowych oraz zbudować centrum symulacji medycznych na terenie Zespołu Szpitali Klinicznych, które byłoby pierwszym tego typu centrum w Iraku. Plany i zainteresowania strony irackiej zbieżne są z aktualnymi planami WUM. Prof. Krzysztof J. Filipiak oraz dr Marcin Kaczor zwiedzili największy na Bliskim Wschodzie Zespół Szpitali Klinicznych w Bagdadzie, odbyli rozmowy z ministrem zdrowia Iraku prof. Jaafarem Allawim, dyrektorem Zespołu Szpitali Klinicznych dr. Hassanem M. Abbasem al-Temimim, dyrektorem Centrum Akredytacyjnego Specjalizacji Lekarskich 22 Krajów Arabskich dr. Tarikiem K. Alassadim oraz sekretarzem generalnym Centrum Specjalizacji Medycznych Iraku dr. Jawadem Ibrahimem al-Sharifem. Na specjalnej konferencji przedstawiono prezentację na temat WUM, możliwości współpracy, studiów anglojęzycznych w WUM oraz projektu Centrum Symulacji Medycznych.



Prof. Krzysztof J. Filipiak, prof. Jaafar Allawi, dr Marcin Kaczor i reprezentanci strony irackiej

Spotkanie poświęcone prof. Marcinowi Kacprzakowi

17 lutego w Auli Zakładu Medycyny Sądowej odbyło się spotkanie z cyklu „Koryfeusze warszawskiej medycyny akademickiej i ich szkoły naukowe”. Uczestnicy wysłuchali prelekcji kierownika Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego dr hab. Anety Nitsch-Osuch pt. „Nie ma ani takiej nędzy, ani takiego bogactwa, które by higieny nie potrzebowało stale. Prof. Marcin Kacprzak – lekarz, filantrop, czarodziej słowa, nauczyciel i rektor”. Początek spotkania poświęcono biografii prof. Marcina Kacprzaka (1888–1968), rektora Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1955–1962, pioniera higieny i medycyny społecznej (dziś nazywanej zdrowiem publicznym) w Polsce. Profesor, jako jeden z pierwszych naukowców w kraju, wprowadził do terminologii medycznej pojęcie medycyny zapobiegawczej i dostrzegął znaczenie nierówności społecznych, obecnie nazywanych nierównościami w zdrowiu. Uczestnicy spotkania mogli zapoznać się z najważniejszymi publikacjami profesora, obejrzeć jego rzeźbiarski portret autorstwa innego słynnego lekarza, a jednocześnie artysty – Adama Grucy, a także zajrzeć do indeksu studenckiego z czasów prof. Kacprzaka. Organizatorem spotkania było

Muzeum Historii Medycyny WUM.



Dr hab. Aneta Nitsch-Osuch

VI praktyczny kurs kardiochirurgii

18 lutego odbył się praktyczny kurs kardiochirurgii dla studentów WUM i pracowników Instytutu Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN (IFiZZ). To szósta edycja spotkania organizowanego od 2018 r. przez Klinikę Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii UCK WUM. Na mocy podpisanego z WUM porozumienia o współpracy już po raz drugi gospodarzem warsztatów był IFiZZ, kierowany przez prof. Andrzeja Hermana. Uczestnicy, korzystając z preparatów serc świni domowej, poznali najpierw anatomię serca w kontekście omawianych procedur kardiochirurgicznych, a następnie ćwiczyli procedurę chirurgiczną na symulatorach zalecanych przez Europejskie Stowarzyszenie Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (Devotini Aortic Valve Simulator, Verberkmoes Mitral Sim). Spotkania w IFiZZ były również okazją do wysłuchania wykładów pracowników Instytutu (prof. Urszula Paślawska) oraz WUM (prof. Marcin Grabowski) na temat badań naukowych realizowanych wspólnie przez lekarzy medycyny i weterynarii. Organizatorem cyklu szkoleń i głównym prowadzącym jest adiunkt Kliniki Kardiochirurgii dr Radosław Wilimski wraz z jej pracownikami: lek. Mateuszem Wondołkowskim i lek. Adamem Arendarczykiem. Za organizację kursu w IFiZZ oraz pozyskanie preparatów serc świń odpowiedzialny był dr hab. Paweł Kowalczyk. Symulatory kardiochirurgiczne oraz materiały szewne otrzymano z firmy Johnson & Johnson / Ethicon.



Uczestnicy kursu

STETOSKOP

CO SŁYCHAĆ...

Odstonięcie gabloty „Nie ma przyszłości bez przeszłości...”



Uczestnicy spotkania

20 lutego, w ramach obchodów Międzynarodowego Roku Pielęgniarki i Położnej oraz 200. rocznicy urodzin Florence Nightingale – angielskiej pielęgniarki uznawanej za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa, w Zakładzie Podstaw Pielęgniarstwa odsłonięto gablotę z pamiątkami ukazującymi początki pielęgniarstwa, polskie prekursorki tego zawodu oraz materiały i sprzęt, jakimi się posługiwały. Gospodarzami uroczystości byli: kierownik Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa dr hab. Andrzej Krupienicz oraz wykładowca Marzena Jaciubek. W trakcie wydarzenia studentka I roku pielęgniarstwa, przewodnicza SKN „Zacznij od podstaw” Wiktoria Persińska przedstawiła sylwetkę Florence Nightingale, zaznaczając, że przyszłość stanowi kluczowy element tożsamości zawodowej, a bez pamięci o historii i tradycjach zawodu nie zbuduje się jego przyszłości.

Obchody Światowego Dnia Chorób Rzadkich



Prof. Mirosław Wielgoś, prof. Katarzyna Życińska i dr Zbigniew J. Król – zastępca dyrektora CSK MSWiA

26 lutego w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA przy ul. Wołoskiej w Warszawie odbyła się konferencja „Terażniejszość i perspektywy w onkologii i chorobach rzadkich”, zorganizowana wspólnie z Katedrą i Zakładem Medycyny Rodzinnej WUM (kierownik: prof. Katarzyna Życińska) z okazji przypadającego 29 lutego Światowego Dnia Chorób Rzadkich. W wydarzeniu uczestniczył rektor prof. Mirosław Wielgoś. Obchody Światowego Dnia Chorób Rzadkich w Polsce odbyły się po raz jedenasty. Jesteśmy jednym z niemal 100 krajów na świecie, które cyklicznie angażują się w podnoszenie wiedzy i świadomości społeczeństwa, władz publicznych, przedstawicieli przemysłu, badaczy, pracowników służby zdrowia na temat chorób rzadkich i ich wpływu na życie pacjentów. Szacuje się, że na całym świecie choroby rzadkie mogą dotyczyć 6 proc. populacji, czyli aż 300 mln ludzi, co w Polsce przekłada się na niemal 2,5 mln chorych.



Wykład poświęcony prof. Jerzemu Modrakowskiemu

2 marca w auli im. prof. Janusza Piekarczyka w Centrum Dydaktycznym odbyło się kolejne spotkanie z cyklu „Koryfeusze warszawskiej medycyny akademickiej i ich szkoły naukowe”. Wysłuchano wykładu prof. Dagmary Mirowskiej-Guzel (kierownika Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej) pt. „Prof. Jerzy Modrakowski – europejski uczyony, obywatel i wizjoner. Ostatni przedwojenny rektor Uniwersytetu Warszawskiego”, który przypomniał sylwetkę i historię kariery naukowej profesora, jego bogatą działalność dydaktyczną i organizacyjną, a także przybliżył słuchaczom znaczenie tego wybitnego człowieka dla dziejów warszawskiej medycyny akademickiej oraz dziedzictwa polskiego szkolnictwa wyższego. Prof. Jerzy Modrakowski zapisał się na kartach międzywojennej historii akademickiej jako twórca i kierownik Zakładu Medycyny Eksperymentalnej Wydziału Lekarskiego UW, następnie dziekan WL UW, rektor Akademii Stomatologicznej oraz ostatecznie rektor UW. Gośćmi specjalnymi spotkania były dr n. praw. Jadwiga Modrakowska-Skiba – córka prof. Jerzego Modrakowskiego, oraz wnuczka dr Anna Modrakowska-Kasprzak.



Organizatorzy spotkania prof. Dagmara Mirowska-Guzel i dr Adam Tyszkiewicz (dyrektor Muzeum Historii Medycyny)

Podsumowanie akcji „Społeczność WUM dla WOŚP”



3 marca rektor prof. Mirosław Wielgoś i przewodniczący zarządu Samorządu Wydziału Lekarskiego Piotr Nawrot podsumowali akcję „Społeczność WUM dla WOŚP”. Społeczność akademicka WUM zebrała 18 331 złotych na rzecz 28. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Na aukcjach podarowanych przez pracowników, studentów oraz doktorantów naszej uczelni można było wylicytować np. jogging z rektorem, „Atlas of Trichoscopy” od prof. Lidii Rudnickiej, zestawy z uczelnianymi gadżetami, lunch z dziekanem Wydziału Lekarskiego prof. Marcinem Wojnarem czy bluzy z logotypami wydziałów. Organizatorami akcji były samorządy wydziałowe WUM oraz IFMSA-Poland Oddział Warszawa.

Współpraca WUM i Polfy Tarchomin

5 marca rektor prof. Mirosław Wielgoś oraz Jarosław Król – prezes zarządu Spółki Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”, i Małgorzata Stockrocka – dyrektor Pionu Badań i Rozwoju, Rozwoju Biznesu i Kontroli Jakości, podpisali list intencyjny dotyczący rozwijania i wspierania działań edukacyjnych, a także

budowania wspólnej platformy technologiczno-naukowej, która umożliwi powstawanie nowych terapii. W dokumencie zapisano, że WUM i Polfa Tarchomin będą współdziałały w kształtowaniu przyszłych standardów edukacyjnych na rzecz rozwoju studentów, m.in.

pod kątem pracy w ośrodkach badawczo-rozwojowych firm farmaceutycznych, ułatwiających wejście absolwentów na rynek pracy. Studenci kierunku farmacja, którzy ukończyli

IV rok studiów, będą mogli już od najbliższych wakacji odbywać praktyki w Polfie Tarchomin. Przewidziane są miesięczne praktyki dla 30 osób. Zadeklarowano również możliwość odbycia miesięcznych praktyk przez trzech studentów kierunku lekarskiego w Dziale Informacji Medycznych oraz trzech studentów kierunku lekarskiego w Dziale Badań Klinicznych. Planowane są także wykłady i szkolenia dla studentów. Prof. Mirosław Wielgoś zaznaczył, że równie ważny jest aspekt naukowy deklarowanego współdziałania, tak aby powstały wspólne projekty WUM i przemysłu farmaceutycznego. Podczas rozmów zapowiedziano powstanie Advisory Board, którego obszarem działania będą nowe formy podania leków i terapii łączonych.



Prof. Mirosław Wielgoś oraz delegacja ZF „Polfa”
(od lewej): Jarosław Król, Małgorzata Stockrocka,
dr Dariusz Borkowski

STETOSKOP

CO SLYCHAĆ...

WUM na warszawskim salonie edukacyjnym

6 i 7 marca w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie, w trakcie XXXIII Międzynarodowego Salonu Edukacyjnego PERSPEKTYWY 2020, licealiści zainteresowani studiowaniem medycyny mieli okazję poznać ofertę edukacyjną WUM. Do wyboru ścieżki kształcenia przekonywali przedstawiciele uczelnianego Biura Rekrutacji i Organizacji Kształcenia, którzy udzielali szczegółowych informacji o proponowanych przez WUM kierunkach studiów, zasadach rekrutacji oraz kwestiach formalnych związanych z naborem. Liczna grupa studentów dzieliła się wiedzą i doświadczeniem na temat praktycznego wymiaru kształcenia na WUM. Wszyscy zainteresowani nauką mogli również wziąć udział w oficjalnej prezentacji uczelni, poprowadzonej przez dr. Longina Niemczyka – sekretarza Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej.



Studenci WUM przy stoisku uczelnianym

ODESZLI

Dr n. med. Elżbieta Kuźma-Mroczkowska – znakomita specjalistka w dziedzinie nefrologii i pediatrii, wieloletni pracownik naszej uczelni na stanowisku adiunkta badawczo-dydaktycznego w Katedrze i Klinice Pediatrii i Nefrologii WL.

Aleksandra Wołkowska – wykładowca języka angielskiego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w latach 1984–2018.

Medycyna lotnicza – jej krótka historia

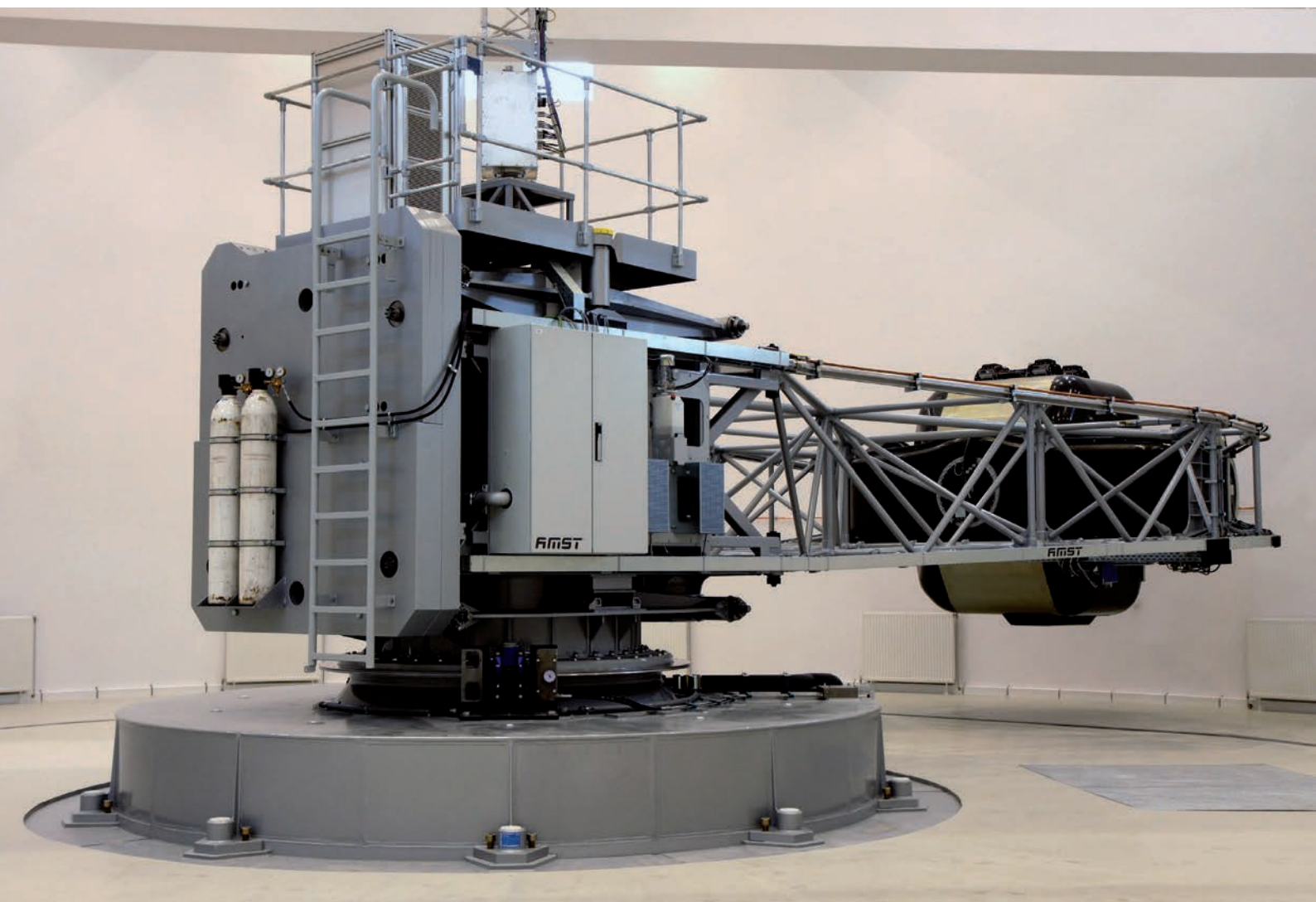
Legenda o Dedalu i Ikarze była zapewne asumptem do wykorzystania wiedzy medycznej dla ludzi, którzy postanowili wzbic się w przestworza. Początkowo, jeszcze przed naszą erą, ze względów technicznych zdobywano wiedzę o wpływie niedotlenienia na organizm, prowadząc badania podczas wypraw wysokogórskich. Natomiast bardziej systematyczne doniesienia, które przyczyniły się do rozwoju medycyny lotniczej, pochodzą z XVIII w. i dotyczą lotów balonowych, podczas których badano atmosferę: wilgotność powietrza, temperaturę, ciśnienie atmosferyczne. W 1786 r. na Uniwersytecie Montpellier (najstarsza uczelnia medyczna na świecie) zrealizowano pierwszą pracę doktorską z medycyny lotniczej, która dotyczyła możliwości wykorzystania balonów do celów leczniczych. Wiele z tych lotów w tamtym okresie kończyło się katastrofami, nie ze względów technicznych, ale raczej z powodu zaburzeń ustroju amatorów awiacji, wynikających z: oddziaływania obniżonego ciśnienia atmosferycznego, braku tlenu, niskiej temperatury, zmian wilgotności powietrza. Pierwszą książkę omawiającą zagadnienia medyczne ważne w lotnictwie napisał Francuz D. Jeurdanet (1861 r.), który przedstawił w niej badania, m.in. nad anoksemią, prowadzone w warunkach wysokogórskich w Meksyku. Początek XIX w. to badania nad chorobą kesonową, prowadzone głównie na zwierzętach, aby ocenić skutki szybkiego przejścia z większego ciśnienia barometrycznego do niższego, co oceniano w barokomorach. Pod koniec XIX w., po pojawieniu się pierwszych konstrukcji samolotów, przed medycyną lotniczą stanęły nowe wyzwania i otworzyły się możliwości eksploracji fizycznego środowiska, w którym można było realizować loty. Stąd też na początku XX w. powstały w wielu krajach (USA, Anglia, Włochy, Belgia) centra badań lotniczych (lekarskie laboratoria astronautyki), w których prowadzono badania lotniczo-lekarskie i oceniano przydatność kandydatów do wykonywania lotów.

W Polsce pierwsze badania dające początek medycynie lotniczej sięgają końca XIX i początku XX w., a dotyczyły one oddziaływania klimatu wysokogórskiego na człowieka. W 1844 r. dr Józef Mejer z Uniwersytetu Jagiellońskiego opublikował pracę pt. „Skutki ciśnienia powietrza pod względem fizjologicznym i patologicznym”. Natomiast pierwsze przepisy oceny zdolności do służby w powietrzu ukazały się w naszym kraju w 1921 r. Wówczas też dostrzeżono potrzebę zorganizowania systematycznej opieki dla personelu lotniczego. I tak pod koniec 1926 r. utworzono Wydział Lotniczo-Lekarski przy Instytucie Badań Technicznych Lotnictwa, który nadzorował badania lekarskie kandydatów, jak również personelu lotnictwa prowadzone w ośrodkach usytuowanych przy szpitalach okręgowych w Warszawie, Poznaniu, Krakowie i we Lwowie. Natomiast aby sprostać rozwijającej się technice lotniczej i związanym z nią warunkom realizacji lotów oraz czynnikiem oddziałującym na pilota, a także podjąć badania naukowe, postanowiono powołać specjalistyczną medyczną placówkę naukową.



Komora niskich ciśnień i temperatur z możliwością nagłej dekompresji (Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej)

Dlatego też rozkazem ówczesnego ministra spraw wojskowych Józefa Piłsudskiego 7 stycznia 1928 r. powstało Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich wraz z Wojskową Komisją Lotniczo-Lekarską. Przez kolejne lata rozbudowano ową instytucję, budując laboratoria, a w 1931 r. powołano Radę Naukową Centrum. W 1936 r. przekształcono placówkę w Instytut Badań Lekarskich Lotnictwa. Wówczas spektrum badań lotniczo-lekarskich obejmowało następujące zagadnienia: wpływ obniżonego ciśnienia barometrycznego na ustrój, wpływ szybkości i zmiany kierunku lotu na ustrój, zmęczenie zawodowe lotami i jego redukcją, ponadto dokonywano pomiarów antropometrycznych i oceniano morfologię personelu lotnictwa. Prowadzono też badania doświadczalne na ludziach i zwierzętach w komorach niskich ciśnień, a także opracowywano metodyki badań lotniczo-lekarskich. Rezultaty tych badań zawarto w 208 publikacjach na kartach powołanego w 1932 r. „Biuletynu Medycyny Lotniczej”, który po roku przemianowano na „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej”, a ukazywał się do września 1939 r. W czasie II wojny światowej wielu lekarzy lotniczych zabezpieczało loty polskich załóg lotniczych walczących w różnych formacjach przeciw okupantowi. Po jej zakończeniu w 1945 r. reaktywowano działalność lekarzy lotniczych, tworząc w 1947 r. Centralny Instytut Badań Lotniczo-Lekarskich, do którego zadań należało głównie lecznictwo i orzecznictwo lotniczo-lekarskie, a tylko w niewielkim stopniu badania naukowe, m.in. ze względu na braki zarówno aparaturowe, jak i kadry naukowej. Natomiast kiedy w 1953 r. wybudowano komory niskich ciśnień, rozpoczęto badania doświadczalne nad wpływem obniżonego ciśnienia na ustrój pilota, wpływem różnego rodzaju lotu na odczyny układu krwiotwórczego, sercowo-naczyniowego, układ przedsionkowy oraz narząd wzroku. Ponadto interesowano się też higieną lotniczą, organizacją żywienia personelu lotnictwa, podnoszeniem kondycji psychofizycznej i badaniem wypadków oraz katastrof lotniczych. W 1955 r. Centralny Instytut Badań Lotniczo-Lekarskich



Wirówka przeciążeniowa dla ludzi (Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej)

przeorganizowano, nadając mu nową nazwę – Wojskowy Instytut Naukowo-Badawczy i Doświadczalny Medycyny Lotniczej. Postęp techniczny w technice lotniczej stawiał przed medycyną lotniczą nowe zadania. Utworzono pracownie naukowe (higieny, fizjologii, psychofizjologii), a także termobarokomorę dla ludzi i zwierząt z możliwością nagłej dekompresji. Zadaniem nowo powstałych wówczas pracowni stało się zaspokajanie bieżących potrzeb lotnictwa, które generowane były przez wprowadzanie do eksploatacji coraz bardziej skomplikowanych konstrukcji lotniczych. Istotne się zatem okazało prowadzenie prac naukowych o charakterze doświadczalnym. Po oddaniu do eksploatacji w 1965 r. wirówki przeciążeniowej dla małych zwierząt, a także wirówki dla ludzi oraz katapult, można było symulować warunki realizacji zadań w powietrzu, co znacznie poszerzyło możliwości prowadzenia badań naukowych. W tych symulatorach badano wiele odczynów fizjologicznych oraz sprawność psychologiczną podczas oddziaływania przeciążeń na organizm. W 1970 r. Instytut uzyskał prawo prowadzenia przewodów doktorskich oraz uznanie medycyny lotniczej za specjalność lekarską. Z kolei w 1958 r. placówka opiekująca się personelem lotniczym przyjęła nazwę Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej. Wraz ze zmianą nazwy zintensyfikowano badania naukowe, które dotyczyły m.in.: adaptacji wzroku do ciemności, analizy obciążeń psychofizycznych podczas realizacji zadań w lotnictwie, efektywności wypoczynku personelu lotniczego, a także testowano ubiory wysokościowe.

W kolejnych latach ponowny rozwój techniki lotniczej stworzył możliwości realizacji zadań w różnych porach doby, na różnych wysokościach i w różnych warunkach meteorologicznych i klimatycznych. Dlatego też prowadzono badania związane z rytmami biologicznymi, aktywnością okołodobową, wpływem pracy zmianowej i nocnej na organizm i sprawność psychofizyczną załóg lotniczych. W tym celu powstały zespoły robocze zajmujące się chronomedycyną i chronopsychologią. Ponadto stale modernizowano symulatory lotnicze: wirówkę przeciążenia, komory ciśnień i temperatur z nagłą dekompresją, komory hiperbaryczne, oraz stworzono pracownię widzenia nocnego i symulator dezorientacji przestrzennej Gyro-IPT, a także urządzenia do szkolenia i treningu katapultowania, symulator badawczo-treningowy Japetus.

Należy podkreślić, że Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej brał udział w programie selekcji medycznej i psychologicznej kandydatów do lotu kosmicznego i przygotowania kandydatów do misji kosmicznej. Natomiast pierwszy polski kosmonauta Mirosław Hermaszewski, który przebywał w kosmosie od 27 czerwca do 5 lipca 1978 r., na pokładzie statku kosmicznego prowadził przygotowane przez stronę polską eksperymenty naukowe.

Wszystkie symulatory środowiska pracy personelu lotniczego pozwoliły na zintensyfikowanie badań doświadczalnych i klinicznych w zakresie medycyny lotniczej. Ponadto symulatory lotnicze pozwalają lekarzom medycyny lotniczej na zwiększenie możliwości diagnostycznych i oceny prognostycznej przydatności zawodowej do służby na różnych stanowiskach w lotnictwie, biorąc pod uwagę aktualny stan psychofizyczny.

W ostatnich latach powstała Środowiskowa Pracownia Nowych Zastosowań Diagnostycznych Jądrowego Rezonansu Magnetycznego oraz Pracownia Dietetyki i Leczenia Otyłości.

Forum wymiany myśli między specjalistami z medycyny lotniczej w Polsce i na świecie stanowią kongresy naukowe i czasopisma z tego zakresu. I tak corocznie, na innym kontynencie, są organizowane International Conference of Aerospace Medicine, a w naszym regionie European Congress of Aerospace Medicine. Inną formą dzielenia się wiedzą z medycyny lotniczej są periodyki naukowe. W naszym kraju wydawane jest czasopismo „The Polish Journal of Aviation Medicine, Bioengineering and Psychology”, natomiast czasopismem o zasięgu światowym jest „Aerospace Medicine and Human Performance”.

*Dr Zdzisław Kobos
Rejonowa Wojskowa Komisja Lotniczo-Lekarska
oraz Katedra Psychologii Pracy i Stresu UKSW*

Redaktorzy serii wydawniczej

ars medica ac humanitas



Dr Maciej Ganczar
kierownik Studium Języków Obcych
Warszawski Uniwersytet Medyczny

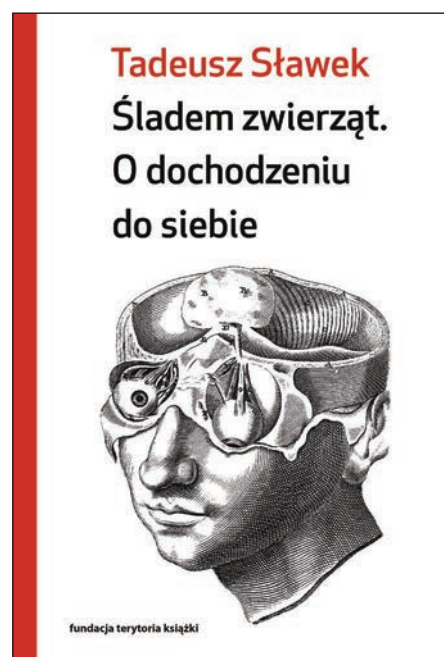
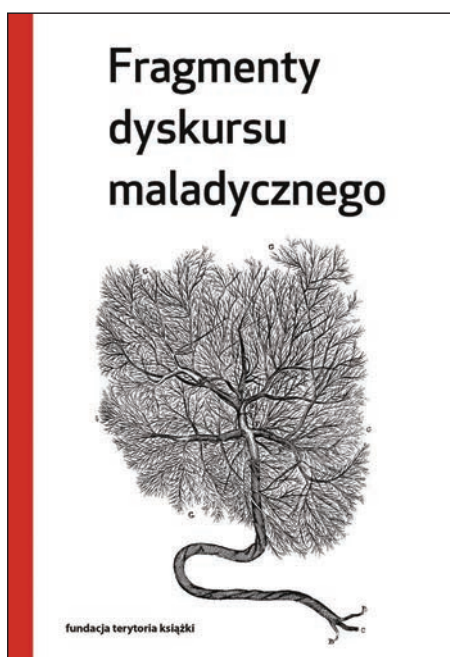


Prof. Ireneusz Gielata
Wydział Humanistyczny
Uniwersytet Śląski

Dlaczego zdecydowaliście się Państwo na stworzenie nowej serii wydawniczej „ars medica ac humanitas”?

Maciej Ganczar: Pamiętam, jak podczas organizowanej kilka lat temu konferencji poświęconej wątkom medycznym w humanistyce podszedłem do prof. Gielaty i wspomniałem, że po planowanej wówczas konferencji o związkach medycyny z filmem i teatrem warto byłoby rozpocząć prace nad kolejną, koncentrującą się na postrzeganiu medycyny przez filozofię oraz etyce w medycynie. Były to wtedy takie luźne pomysły. W rozmowie poruszyliśmy też temat publikacji pokonferencyjnych, które już mieliśmy w planach. Doboru artykułów, podziału ich na dwa odrębne tomy. I to wtedy doszliśmy do wniosku, że może warto by pomyśleć o całej serii wydawniczej. Tytuł serii zrodził się nieco później.

Ireneusz Gielata: Ale, wejdę w słowo, idea serii zrodziła się właściwie od razu. Chodziło o to, aby poprzez serię zbliżyć do siebie medyków i humanistów, a dokładnie ich języki, którymi posługują się w przestrzeni uniwersytetu, jak i poza nim (a może przede wszystkim poza nim), a które to języki, poprzez specjalizację w nauce, podział na wąskie dyscypliny, aż nadto oddaliły się od siebie, by nie powiedzieć, że wręcz stały się sobie obce. A kiedyś tak nie było, chociażby dlatego, że wydziały medyczne stanowiły część jednego uniwersytetu.



Jaka problematyka będzie stanowiła punkt wspólny książek i monografii składających się na serię?

Ireneusz Gielata: Można to oddać jednym zwrotem – ludzka kruchość, a w szczególności kruchość cielesna. Ale nie tylko ta ludzka, również – czego dowodzi chociażby intrygujący esej Tadeusza Sławka „Śladem zwierząt. O dochodzeniu do siebie” – zwierzęca, w której może się przejrzeć każdy z nas.

Do jakiego odbiorcy adresują Państwo serię „ars medica ac humanitas”?

Maciej Ganczar: Seria z naturalnej kolei rzeczy skierowana jest do humanistów, wszystkich tych, którym bliska jest jej idea i problematyka, o której mówił prof. Gielata. Ale wiemy, że jest gros lekarzy zainteresowanych tą tematyką. Niech świadczy o tym fakt, że w Radzie Naukowej Serii mamy czterech medyków, którzy wyrazili chęć partycypowania w projekcie. Od dr. hab. Piotra Tyszki dowiedziałem się, że korzysta z naszych wcześniejszych publikacji pokonferencyjnych na swoich zajęciach. W tomie maladycznym niemało miejsca poświęcone jest stomatologii i stomatologom. Myślę, że i oni będą zainteresowani, żeby sięgać po kolejne tomy z naszej serii.

Ireneusz Gielata: I nie tylko. Ta seria ma też uwrażliwić czytelników poszczególnych tomów na doświadczenie kruchości, a tym samym wywierać wpływ nie tylko na kształt dyskursu akademickiego, lecz także debaty publicznej. Dojmująca – mówię „dojmująca”, bo przecież jakże bolesna – kruchość, której doświadcza każdy z nas, powinna stać się chociażby jednym z głównych przedmiotów debaty politycznej. Niedowierzenie? Polityk czytający książki z serii „ars medica ac humanitas”? Dzisiaj, kiedy zamknięto uniwersytety i szkoły, mogą to sobie już bardziej wyobrazić niż jeszcze parę dni temu.

Oprócz Pana Profesora i Pana Doktora redaktorem serii jest dr hab. Monika Ładoń – autorka książki „Choroba jako literatura. Studia maladyczne”. Czy wydanie jej wpłynęło na monografię „Fragmenty dyskursu maladycznego”?

Ireneusz Gielata: Odpowiedzią jest wstęp do „Fragmentów dyskursu maladycznego” autorstwa Moniki Ładoń. Wystarczy przeczytać, do czego bardzo zachęcam. Monika Ładoń, o wiele lat ode mnie młodsza badaczka, stała się dla mnie swoistym nauczycielem. Mówiąc jednym zdaniem: udzieliła mi pierwszych lekcji myślenia maladycznego. To między innymi dzięki jej publikacjom dokonał się w polskiej humanistyce swoisty zwrot, w efekcie którego mogła zrodzić się myśl o powstaniu serii „ars medica ac humanitas”.

Co o doświadczeniu choroby chcą nam przekazać autorzy tekstów zawartych w monografii „Fragmenty dyskursu maladycznego”?

Ireneusz Gielata: Maciej się zastanawia, wiem dlaczego. Albowiem niełatwo na to pytanie odpowiedzieć w kilku zdaniach. Teksty zebrane w antologii podejmują bardzo różnorodną i złożoną problematykę. Tytuł, zresztą zapożyczony z książki Rolanda Barthes'a („Fragmenty dyskursu miłosnego”), wskazuje na to, że są to „próby”, swoiste fragmenty maladycznego języka – języka, który pozwala niejako „mówić” cierpiącemu ciału, a przez to uczy czegoś, co dzisiejsza humanistyka zwykła najogólniej określać mianem „empatycznego spojrzenia”. Pierwszy tom z naszej serii, przy całej odmienności tematycznej i wielości metodologicznej, to „fragmentaryczny wielość” na temat kruchości naszych ciał, kruchości, którą, jakby powiedział Hans-Georg Gadamer, „skrywa zdrowie”, a – jeszcze raz użyję tego słowa – „dojmująco” odśłania choroba.

W jaki sposób doświadczana obecnie pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 może wpłynąć na recepcję dwóch jak dotąd książek wydanych w serii „ars medica ac humanitas”?

Maciej Ganczar: Może powiem przewrotnie. Ile seria może skorzystać z kolejnej i z pewnością nie ostatniej pandemii. Przypomnę tylko, że literatura jest pełna przykładów czerpania z kolejnych plag, by tylko tak skrótowo wymienić „Dziennik roku zarazy” Daniela Defoe, „Dekameron” Boccaccia, „Dżumę” Camusa, „Miłość w czasach zarazy” Marqueza czy – jako germanista nie mogę tego nie wspomnieć – nowelę „Śmierć w Wenecji” Tomasza Manna. Wszystkie te pozycje i wiele innych mimo swojej fikcji literackiej, a może właśnie dzięki niej, uczą nas o postawach w chwili zarazy, ale przede wszystkim, jak przetrwać. Może i po obecnej pandemii koronawirusowej powstanie już mniej fikcyjny tom jej poświęcony, by kolejne pokolenia przygotować na nowe pandemiczne wyzwania.

Ireneusz Gielata: Nawiązując do słów Macieja, i dziś literatura, jak wspomniana wyżej „Dżuma”, podpowiada nam, co się dzieje wokół nas. Podam jeden przykład, szkoda, że nie pamiętali o nim wcześniej politycy, zresztą co ja mówię, nie tylko oni – by przypomnieć słowa z „Dżumy”: „byli humanistami: nie wierzyli w zarazy”. Doktor Rieux jako pierwszy wie, i nie chce tego skrywać, mając świadomość skutków, do jakich może to doprowadzić, że wybuchła w Oranie epidemia. Choć, jak podkreśla to narracja, początkowo i dla niego to zagrożenie miało wymiar czegoś „niereczywistego”. Dlaczego? Odpowiem cytatem z powieści: „kiedy człowiek jest lekarzem, ma pojęcie o cierpieniu i nieco więcej wyobraźni”. Teraz, gdy przywołałem te słowa, a nie robiłem tego od lat, zauważam ich związek również z ideą serii wydawniczej „ars medica ac humanitas”.

Wydanie serii to owoc współpracy trzech ośrodków: WUM, UŚ i UW. Czy jest to Państwa pierwszy projekt? Przy jakich projektach współpracowaliście wcześniej?

Maciej Ganczar: Jak już mówiłem w jednym z wcześniejszych wywiadów w naszym czasopiśmie uniwersyteckim, wszystko zaczęło się od współpracy z Uniwersytetem Warszawskim, kiedy to dwa lata po objęciu przeze mnie stanowiska kierownika Studium Języków Obcych we współpracy z Wydziałem „Artes Liberales” zorganizowaliśmy w roku 2014 konferencję „Literatura piękna i medycyna”, na którą z odczytem przyjechali naukowcy z siedemnastu ośrodków naukowych, w tym prof. Gielata z artykułem poświęconym cyklowi „Dzieło Garrenów” Sándora Máraiego. To wtedy się poznaliśmy, a na kolejnej konferencji wykuły się zęby idei naszej serii naukowej. I tak Uniwersytet Śląski został trzecim ośrodkiem współpracującym z naszym Uniwersytetem. Teraz, kiedy ukazały się dwa pierwsze tomy serii, możemy myśleć o dalszych formach współpracy. Nie tylko o wspólnych publikacjach i konferencjach.

Ireneusz Gielata: Dodam, że chcemy, aby ta współpraca w przyszłości przyjęła postać szerszą, wychodzącą poza samą organizację sesji i poszerzenie jej o kolejne tomy. Chcielibyśmy zrealizować wspólny projekt dydaktyczny, na przykład nazywając go „lekcjami choroby”.

*Seria została zainicjowana dzięki środkom finansowym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a realizowana w ramach programu badawczo-dydaktycznego „Dyskursy maladyczne – teoria i praktyka”.
Czy mógłbym poprosić o kilka słów na temat tego programu?*

Ireneusz Gielata: Częściowo już na to pytanie padła odpowiedź. Trochę rozwijając. Teoria – to chociażby kolejne tomy z serii „ars medica ac humanitas”, ale ważniejsza jest praktyka, a więc wypracowanie metod nauczania lekarzy, pielęgniarek, ale i studentów nauk humanistycznych, kształtujących coś, co nazwałbym (choć przyznaję, że nie wiem do końca jak) „maladycznym spojrzeniem” – lekarza na pacjenta, polityka na obywatela, każdego z nas na innego. W każdym razie, gdybym nauczał takiego przedmiotu, to właśnie to uznałbym za podstawowy i najważniejszy „efekt kształcenia”.

Co przekonało oficynę słowo/obraz terytoria, aby jej nakładem rozpocząć wydanie serii?

Maciej Ganczar: Oficyna słowo/obraz terytoria to marka sama w sobie. O tym nie trzeba nikogo przekonywać. Warszawski Uniwersytet Medyczny czy Uniwersytet Śląski to też znane marki. Naturalną koleją rzeczy było, że pierwsze kroki i e-maile z zapytaniami skierowałem do prof. Stanisława Rośka, założyciela i prezesa wydawnictwa. Profesor Rosiek zgodził się na serię w zasadzie z miejsca. O jego pozytywnym odbiorze niech świadczy fakt, że od początku uważał, że taka seria zasługuje na najlepszego grafika – jest nim Janusz Górski, profesor Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku.

Na serię składają się obecnie dwie pozycje. Czy planujecie Państwo następne? Jakich problemów będą dotyczyć?

Maciej Ganczar: Rocznie planujemy wydawanie dwóch, trzech tomów. Chociaż już teraz mamy około pięciu propozycji. Najwcześniej ukażą się zapewne „Lekcje choroby” pod redakcją Krystyny Koziołek oraz „Fragmenty dyskursu żałobnego” m.in. pod redakcją Moniki Ładoń i Grzegorza Olszańskiego. Myślę, że warto by też pomyśleć o tomie pod roboczym tytułem „Fragmenty dyskursu pandemicznego”, ale to może już po czasie zarazy.

Ireneusz Gielata: To dobry pomysł. Oczywiście będą też kolejne tomy autorskie, w momencie złożenia ich do druku będziemy je zapowiadać.

Rozmawiał Cezary Ksel

REDAKTORZY SERII WYDAWNICZEJ „ARS MEDICA AC HUMANITAS”

dr Maciej Ganczar (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

prof. dr hab. Ireneusz Gielata (Uniwersytet Śląski)

dr hab. Monika Ładoń (Uniwersytet Śląski)

RADA NAUKOWA SERII

prof. dr hab. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

prof. dr hab. Barbara Górnicka (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

prof. dr hab. Małgorzata Grzegorzewska (Uniwersytet Warszawski)

prof. dr hab. Krystyna Koziołek (Uniwersytet Śląski)

dr Michał Oleszczyk (Uniwersytet Warszawski)

prof. dr hab. Tadeusz Sławek (Uniwersytet Śląski) – przewodniczący Rady Naukowej Serii

prof. dr hab. Mirosław Wielgoś (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

prof. dr hab. Paweł Włodarski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Program mentorski na WUM



W styczniu 2020 r. ruszył program mentorski „MUWing Science”, pierwszy w historii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jego inicjatorem jest prof. Marek Postuła – prodekan Wydziału Lekarskiego ds. English Division. Będąc przed kilku laty stypendystą Programu Fulbrighta, profesor poznał wartość mentoringu. Nie ukrywa, że jego współpraca z mentorem miała kluczowe znaczenie dla rozwoju kariery naukowej i zdobywania umiejętności. Dlatego też od kilku lat propaguje mentoring, samemu będąc mentorem w ramach programu TopMinds skierowanego do studentów i młodych naukowców wstępujących na ścieżkę badań naukowych i chcących dalszego doskonalenia swoich kompetencji. Wyniki amerykańskiej ankiety przeprowadzonej przez American Society for Training and Development wśród ludzi na kierowniczym stanowisku potwierdziły, że mentoring pozytywnie wpływa na satysfakcję zawodową^[1]. Program „MUWing Science” ma na celu umożliwienie studentom kierunku lekarskiego z nauczaniem w języku angielskim pracę nad samorozwojem i poszerzeniem naukowych zainteresowań pod okiem wybitnych specjalistów z naszej uczelni.

Początki koncepcji mentoringu sięgają starożytnej Grecji. Uważa się, że genezą współczesnego rozumienia mentoringu jest relacja Mentora i Telemacha, znana z eposu „Odyseja” Homera sprzed ponad 3000 lat. Odyseusz przed udaniem się na wojnę trojańską powierzył swojego młodego syna Telemacha pod opiekę Mentorowi, zaufanemu towarzyszowi. Niezliczone przygody Odyseusza i długotrwały powrót do domu sprawiły, że ojciec na dziesięciolecia stracił kontakt z synem. W tym czasie to Mentor wychowywał, wspierał, dbał i opiekował się chłopcem. Homer nie dostrzegł jednak w relacji Mentora i Telemacha cech, które współcześnie uznalibyśmy za wzorzec mentoringu. To stało się dopiero pod koniec XVII w. dzięki powieści „Les aventures de Telemaque” (1699) francuskiego autora François Fénelona. Padają tam określenia Mentora jako „przewodnika i instruktora”, a także wprowadzone zostaje pojęcie relacji mentoringowej. Od tego momentu upowszechniło się dostrzeganie w mentorze starszego, doświadczonego nauczyciela, z którego wiedzy mogą czerpać jego podopieczni^[2].

Historia zna mnóstwo takich relacji. Najbardziej powszechna to relacja rodziców z dziećmi czy dziadków z wnukami. Przykłady można mnożyć, a znane one są każdej epoce dziejów i każdej ludzkiej aktywności. Sokrates był mentorem i nauczycielem Platona, Platon zaś odgrywał taką samą rolę w życiu Arystotelesa. Przejdźmy do współczesnego świata biznesu. Bill Gates za swojego mentora uważał Warrena Buffetta, a Steve Jobs był mentorem dla Marka Zuckerberga, kiedy ten zastanawiał się, jak rozwinąć Facebooka. Po śmierci Jobsa w 2011 r. Mark Zuckerberg napisał: „Steve, dziękuję, że byłeś dla mnie mentorem i przyjacielem. Dziękuję, że pokazałeś, że to, co budujemy, może zmienić świat. Będę za Tobą tęsknić”. Warto wspomnieć jeszcze o jednej słynnej parze, którą połączyła relacja mentoringowa – to Michelle Robinson (znana teraz jako Michelle Obama) i Barack Obama. Przed laty Michelle

została wyznaczona na mentora dla Baracka w kancelarii prawnej, w której oboje pracowali, gdy on odbywał tam staż. W swoich wspomnieniach były prezydent USA często podkreśla, że wsparciu Michelle zawdzięcza swoje sukcesy i wielkie osiągnięcia^[3].

Okazuje się, że bohaterowie podobnych relacji mogą stać się wręcz ikonami popkultury. To przykład Yody, który jest mentorem Luke'a Skywalker'a z „Gwiezdných Wojen”, czy Dumbledore'a, mentora Harry'ego Pottera^[4].

Oczywiście relacje mentoringowe nie muszą się kończyć małżeństwem, jak w przypadku Michelle i Baracka Obamy, ale ich konsekwencją są długoterminowe korzyści, jakich ludzie doświadczają, inwestując czas i uwagę w relację mentora i mentorowanego/podopiecznego (*mentee*). Warunkiem skutecznej relacji mentoringowej jest pojawienie się korzyści zarówno dla mentora, jak i dla podopiecznego. Relacja ta musi polegać na nawiązaniu kontaktu oraz dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem. Tylko wtedy mentoring realizuje swój cel.

Mentoring gwarantuje korzyści obu stronom^[5]. Podopieczny może zaoferować swojemu mentorowi cenne spostrzeżenia lub pomoc w radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z różnic pokoleniowych w środowisku akademickim. Zaufany mentor zaś swojemu podopiecznemu może udzielić rzetelnych wskazówek lub wsparcia w rozpoczęciu kariery naukowej na uczelni.

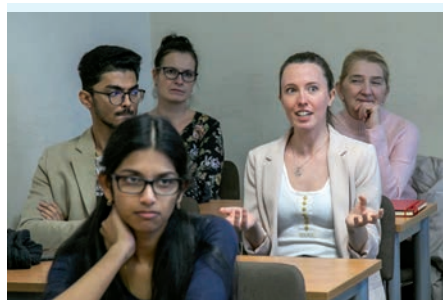
Relacja mentoringowa zakłada pomoc i zachętę w momentach wahania. Mentor jest świetnym słuchaczem udzielającym rad w procesie podejmowania decyzji. Może pomóc w zidentyfikowaniu problemów lub przedstawieniu korzyści, których nie byliśmy świadomi. Natomiast podopieczny często może być jedynym głosem optymizmu i nadziei dla mentora, skłaniając go do otwarcia się na innowacje.

Mentoring wskazuje również, jak działać, by ustrzec się błędów. Chociaż prawdą jest, że uczymy się na własnych błędach, to lekcja dana nam przez mentora i poznanie jego ścieżki kariery pozwolą nam ustrzec się pomyłek. Mentor natomiast w trakcie swojej kariery, po wytyczeniu pewnych szlaków, może nie dostrzegać znaków ostrzegawczych ani nowych rozwiązań, które widzi podopieczny.

Mentoring daje możliwości awansu. Najbardziej oczywista sytuacja to ta, w której mentorzy są szczególnie pomocni w rozwoju kariery podopiecznych, głównie na początkowych etapach. Jednak patrząc długoterminowo, pomoc w karierze może przynieść korzyści obu stronom. Początkowo mentor pomaga podopiecznemu, lecz później to podopieczny, osiągając kierownicze lub wpływowe stanowiska, staje się ambasadorem mentora lub propagatorem jego pracy. Kariera mentora rozwija się również dzięki osiągnięciom podopiecznego. Nie jest więc niespodzianką, że relacje mentoringowe stają się jednymi z najbardziej zaufanych doradców w pracy i życiu.

Korzyścią płynącą z mentoringu jest w końcu rozwój umiejętności. Relacje mentorskie wspierają w określaniu i realizacji osobistych celów podopiecznego, poszerzaniu ich perspektyw oraz wzmacnianiu planów samorozwoju. Wskazówki i informacje zwrotne od mentora budują w podopiecznym wiarę w siebie. Mentorzy zaś rozwijają swoje umiejętności interpersonalne i przywódcze. Zdobywanie doświadczenia mentora może też być wykorzystane w przygotowywaniu wniosków o promocję lub nagrodę. Zarówno na podopiecznych, jak i mentorów relacje mentorskie działają motywująco do dalszego rozwoju osobistego.

Jedną ze studentek, które po raz pierwszy zdecydowały się na przygodę z mentoringiem, jest Patricia Gransitzka z Niemiec. „Moja mentorka pani dr hab. Jolanta Kunikowska (adiunkt w Zakładzie Medycyny Nuklearnej WUM – red.) skontaktowała się ze mną wkrótce po tym, jak wysłałam jej list motywacyjny. Razem z kierownikiem Zakładu prof. Leszkiem Królickim zorganizowali spotkanie dla nas trzech »mentees« (podopiecznych) w celu omówienia naszych celów i zainteresowań, aby dobrać nam najlepiej odpowiadającego mentora. Medycyna nuklearna jest dość nieznaną specjalizacją wśród studentów medycyny, często myloną z radioterapią. Fascynują mnie sposoby medycyny nuklearnej na wizualizację procesów metabolicznych w całym ciele, demaskowanie patologii, takich jak przerzuty, a także wykorzystanie tych sposobów do ukierunkowanej terapii niektórych rodzajów raka. Interesują mnie onkologiczne aspekty medycyny nuklearnej i techniki hybrydyzacji PET/CT, dlatego zostałam przydzielona do pani dr hab. Kunikowskiej. Umówiliśmy się na cotygodniowe spotkania w Zakładzie. Poznają tam proces pracy, metody obrazowania i uczę się, jak wykonywać raport przypadku. Następnym moim zadaniem będzie zastosowanie nowo zdobytej wiedzy w moim pierwszym raporcie przypadku nadzorowanym przez mojego mentora. Pani dr hab. Kunikowska jest bardzo miła i troszczy się o mój rozwój. Poinformowała mnie o kursie »Jak pisać artykuły naukowe?« dla młodych naukowców WUM. Niestety, tylko pracownicy WUM mogli w nim uczestniczyć. Byłoby cudownie, gdyby pewnego dnia istniał podobny kurs dla studentów” – powiedziała Patricia Gransitzka.



Zapytaliśmy również jedną z mentorek programu „MUWing Science” dr Magdalenę Łazarewicz (Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej WUM, koordynator prac Uniwersyteckiej Poradni Psychologicznej) o to, jak się rozwija jej współpraca z podopiecznymi. „Mam dwóch podopiecznych, ale tylko jeden z nich, Adrien, zdecydował się rozpocząć od razu swoją przygodę z psychologią. Został aktywnym członkiem Psychologicznego Studenckiego Koła Naukowego PSYCHE i włączył się w pracę zespołu przygotowującego pierwszą edycję Dni Świadomości Zdrowia Psychicznego WUM (MHAD – Mental Health Awareness Days), które rozpoczęły się 2 marca (warsztaty i spotkania miały trwać do 13 marca, ale zostały skrócone o cztery dni przez zarządzenie rektora w związku z zagrożeniem koronawirusem – red.). Adrien będzie również pracował nad projektem badawczym. Praca postępuje powoli ze względu na obecne okoliczności, ale przykłada się do niej z taką samą determinacją, jak przy organizowaniu MHAD. Jako mentor staram się troszczyć o rozwój moich podopiecznych. Zachęcam drogą e-mailową do udziału w różnych wydarzeniach akademickich i nieakademickich. Mam nadzieję, że rozwiną oni swoje zainteresowania i nabiorą odwagi oraz pewności siebie w realizacji swoich marzeń”.

Badania dotyczące programów mentorskich (zarówno w środowisku akademickim, jak i w przedsiębiorstwach prywatnych) pokazują, że pomagają one w budowaniu kultury uczenia się, dzielenia się wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniami wśród pracowników. Stwierdzono również, że mentoring poprawia wydajność pracowników i tworzy środowisko sprzyjające rozwojowi osobistemu i zawodowemu. Dzięki wprowadzeniu programów mentoringu uniwersyteckiego uczelnie mogą identyfikować, zatrzymać talenty i wspierać ich rozwój [6].

Nietrudno zauważyć, że programy mentorskie wnoszą same pozytywne wartości do akademickiego systemu edukacyjnego. Zrozumieli to prof. Marek Postuła oraz 28 reprezentantów społeczności akademickiej naszej uczelni, którzy odpowiedzieli na zaproszenie do tego, aby zostać mentorem dla studentów English Division. Wśród nich są profesorowie, lekarze, pracownicy dydaktyczni, specjaliści reprezentujący różne dziedziny medycyny, m.in.: biochemię, kardiologię, psychologię zdrowia, immunologię, neonatologię, farmakologię i pediatrię (patrz: tabela obok). W trakcie spotkania inauguracyjnego 17 stycznia br. mentorzy podkreślili wysoki poziom kandydatów na podopiecznych i żalowali, że do programu mogli wybrać tylko niektórych z nich. To wskazuje, że w naszych studentach drzemie ogromny potencjał. Nie warto go marnować, wręcz należy pielęgnować. Dlatego liczymy, że coraz większa grupa nauczycieli, lekarzy i profesorów naszej uczelni podejmie się mentoringu. Czy studenci WUM mogą na nich liczyć?

*Delfina Święćkowska
Pion ds. Umiędzynarodowienia, Promocji i Rozwoju WUM*

- [1] <https://www.udel.edu/udaily/2020/january/five-reasons-to-become-mentor-mentee/>
 [2] <https://www.open.edu/openlearn/ocw/mod/oucontent/view.php?id=74475§ion=2>
 [3] <https://www.pushfar.com/article/15-famous-mentoring-relationships/>
 [4] <https://www.pushfar.com/article/15-famous-mentoring-relationships/>
 [5] <https://www.udel.edu/udaily/2020/january/five-reasons-to-become-mentor-mentee/>
 [6] https://teaching.unsw.edu.au/academic-mentoring/benefits_to_mentoring



MENTORZY BIORĄCY UDZIAŁ W PROGRAMIE MUWing SCIENCE

1.	Dr Andrzej Ciechanowicz	Zakład Medycyny Regeneracyjnej WUM
2.	Dr Natalia Czaplńska	Klinika Neonatologii WUM
3.	Lek. Małgorzata Czesak	Katedra i Klinika Otorinolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi WUM
4.	Prof. dr hab. Urszula Demkow	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego WUM
5.	Dr hab. Izabela Domitrz	Klinika Neurologii WUM
6.	Dr Ceren Eyiletten-Postuła	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM
7.	Prof. dr hab. Krzysztof J. Filipiak	I Katedra i Klinika Kardiologii WUM
8.	Lek. Aleksandra Gąsecka	I Katedra i Klinika Kardiologii WUM
9.	Dr Ewa Gluszczyk-Idziakowska	Klinika Neonatologii WUM
10.	Dr Emilia Grosicka-Maciąg	Katedra i Zakład Biochemii WUM
11.	Dr hab. Agnieszka Kapton-Cieślicka	I Katedra i Klinika Kardiologii WUM
12.	Dr hab. Jolanta Kunikowska	Zakład Medycyny Nuklearnej WUM
13.	Dr Magdalena Łazarewicz	Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej WUM
14.	Dr hab. Łukasz Małek	Instytut Kardiologii
15.	Dr Michał Marchel	I Katedra i Klinika Kardiologii WUM
16.	Dr hab. Tomasz Mazurek	I Katedra i Klinika Kardiologii WUM
17.	Dr Tomasz Pilecki	Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM
18.	Prof. dr hab. Marek Postuła	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM
19.	Dr Joanna Przybek-Skrzypecka	Katedra i Klinika Okulistyki WUM
20.	Dr Joanna Schreiber-Zamora	Klinika Neonatologii WUM
21.	Prof. dr hab. Jolanta Siller-Matula	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM Uniwersytet Wiedeński
22.	Lek. Dariusz Sotdacki	Wojskowy Instytut Medyczny
23.	Dr Agnieszka Szmigielska	Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii WUM
24.	Dr Daniel Śliż	III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
25.	Prof. dr hab. Marcin Ufnal	Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej WUM
26.	Dr Radosław Wilimski	Klinika Kardiologii i Katedry i Kliniki Kardiologii WUM
27.	Lek. Ewa Wilkos	Klinika Neonatologii WUM
28.	Lek. Mateusz Zawadka	II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii WUM
29.	Lek. Klaudyna Zwierzyńska	Katedra i Klinika Otorinolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi WUM



Prof. dr hab. n. med. Piotr Skarżyński

opiekun Międzyośrodkowego SKN Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
przy Zakładzie Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej WUM

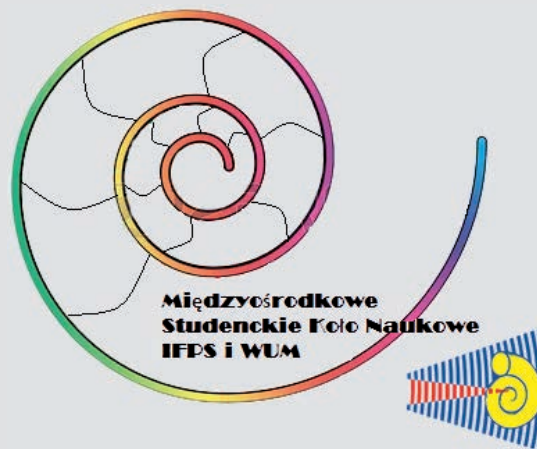
Panie Profesorze, jest Pan nie tylko opiekunem, ale też twórcą Międzyośrodkowego SKN Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy Zakładzie Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej WUM. Dlaczego przed ponad dziesięcioma laty zdecydował się Pan na jego założenie?

Założyłem je, gdy dostrzegłem potrzebę stworzenia interdyscyplinarnego zespołu osób, które podzielałyby moje pasje – naukę, medycynę i otolaryngologię. Od początku powstania koła pełniłem funkcję przewodniczącego, wówczas jeszcze jako student I Wydziału Lekarskiego WUM, a w 2008 r. po uzyskaniu tytułu lekarskiego zostałem opiekunem. Byłem przekonany, że współpraca z osobami, które tak jak ja chcą rozpocząć karierę naukową, kliniczną, dydaktyczną, skierowaną bezpośrednio lub pośrednio na polepszenie stanu opieki zdrowotnej i wzrost świadomości pacjentów na temat zdrowego trybu życia, w tym higieny słuchu, i przyczynienie się do szerszego udostępnienia usług medycznych w kraju i za granicą może przynieść spektakularne efekty. Patrząc na dokonania członków koła i ich zaangażowanie, widzę, że osiągnąłem swój cel. Obecnie nasze koło skupia blisko 50 osób, które z wielką pasją się rozwijają i stawiają pierwsze kroki jako naukowcy.

Efekty widać także w obecnym rankingu SKN WUM, w którym znaleźliście się Państwo na 4. miejscu.

W porównaniu z poprzednią edycją to awans aż o 24 pozycje.

To dla nas duże wyróżnienie i docenienie ciężkiej pracy, zaangażowania, godzin spędzonych nad dokumentacją, przy łóżkach pacjentów i na wspólnych dyskusjach. Pamiętajmy, że oprócz bardzo wymagających studiów, praktyk, wykładów i ćwiczeń, studenci – członkowie koła – mają wiele innych obowiązków. Mimo to znajdują czas na pracę naukową, współorganizację wydarzeń, uczestnictwo w konferencjach naukowych, ale również działania



prospętnie podczas pikników naukowych. Zajęcie 4. miejsca w rankingu kół naukowych pokazuje nam, że nasza praca ma wartość nie tylko naukową, ale przede wszystkim edukacyjną – pomagamy studentom odkryć swoją drogę naukowo-kliniczną, a także pacjentom, pokazując im, jak dbać o słuch czy głos.

Cechą tego koła jest jego międzyośrodkowy charakter. Jak ten fakt wpływa na Państwa działalność?

Międzyośrodkowe Studenckie Koło Naukowe stało się platformą wymiany doświadczeń w środowisku interdyscyplinarnym. To przekłada się na różnorodność członków naszego SKN. Skupia ono studentów kierunków medycznych – lekarskiego, audiofonologii, protetyki słuchu, ponadto studentów informatyki i akustyki, psychologii, pedagogiki, elektroniki, polonistyki, inżynierii biomedycznej, a nawet lingwistyki stosowanej. Jak Pan widzi, członkami koła są nie tylko studenci WUM. Działalność naszego SKN wychodzi poza granice uczelni, docierając do innych jednostek: Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Warszawskiej, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie czy Politechniki Gdańskiej. Działalność koła, jego profil oraz multidyscyplinarność sprawiają, że często studenci po otrzymaniu dyplomu ukończenia szkoły wyższej chętnie kontynuują aktywność w naszym SKN, będąc stażystami w innych placówkach medycznych. Ta multidyscyplinarność i szeroki profil badawczy pozwalają nam spojrzeć na zagadnienia z wielu perspektyw – medycznej czy technicznej (tj. ścisłej, naukowej), a także humanistycznej. Proszę mi wierzyć, że dyskusje i burze mózgów w tak zróżnicowanym gronie są bardzo kształtujące, pomagają otworzyć się na inne, często nietypowe spojrzenia, a w konsekwencji stają się przyczynkiem do podjęcia i rozpoczęcia wartościowych inicjatyw.

Dlaczego akurat Państwa koło naukowe skupia tak multidyscyplinarne grono studentów?

Ma to związek z podstawową cechą nowoczesnej otolaryngologii, która wymaga pracy i zaangażowania przedstawicieli wielu specjalności na różnych poziomach – terapii, diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji. Efektywny i zadowalający wynik terapii to rezultat pracy lekarzy, diagnostów, techników, audiofonologów, psychologów czy logopedów. Na rozwój nowoczesnej otolaryngologii wpływ mają także technologie zastosowane podczas tworzenia innowacyjnych metod leczenia. Wykorzystywanie najnowszych zdobyczy techniki sprawia, że członkami naszego koła są również osoby związane z kierunkami wykładanymi na politechnice. Ich wiedza o nowych technologiach jest pomocna np. w diagnostyce słuchu czy podczas tworzenia programów badań przesiewowych. Wśród nas są także studenci kierunków typowo humanistycznych, których przygotowanie nie tylko podnosi poziom wspólnych prac naukowych, ale też pozwala sprawnie komunikować społeczeństwu nasze osiągnięcia i projekty. Ta różnorodna paleta osób jest bardzo pomocna lekarzom, ponieważ każda z nich potrafi podpowiedzieć coś, co dla nich jest oczywiste, a dla medyka niekoniecznie, ale co w konsekwencji wpłynie na jakość leczenia pacjenta czy poprawę zdrowia społeczeństwa.

Na co mogą liczyć studenci, którzy chcieliby się związać z Państwa kołem?

Postępuję się słowami Benjamina Franklina, który mówił: „Powiedz mi, to zapomnę. Naucz mnie, to może zapamiętam. Zaangażuj mnie, to się nauczę”. Naszym zadaniem jest angażować młodych ludzi, którzy chcą rozpocząć swoją drogę w świecie naukowym, ale czasem nie wiedzą jak. Moim celem, jako opiekuna koła, jest bycie niejako mentorem dla osób, które chcą podejmować nowe działania, są żądne wiedzy, a przy okazji pragną poznać nowych ludzi mających podobne zainteresowania naukowe. Aktywni członkowie koła uczestniczą w analizie wyników badań, przyjeżdżają np. do Kajetan, by obserwować procedury medyczne. Mogą również bezpłatnie uczestniczyć w szkoleniach i międzynarodowych konferencjach dla profesjonalistów (np. Window Approach Workshop, Politzer Society Meeting, World Congress of Otology), biorą też udział w badaniach przesiewowych organizowanych na różnych kontynentach. Często sami wychodzą z inicjatywą wyjazdu na konferencję, podjęcia jakiegoś problemu badawczego czy wzięcia udziału w projekcie. Dzięki nim widzę, jak duży potencjał tkwi w młodej kadrcie. Chciałbym podkreślić wagę sfery naukowej. Znaczna liczba publikacji w czasopiśmie punktowanych i wskaźniki oraz liczba wystąpień konferencyjnych w kraju i za granicą pokazują szczególne zaangażowanie członków koła w promocję nauki polskiej, podejmowanie nowych wyzwań, budowanie współpracy międzynarodowej i poszerzanie wiedzy. Organizacja wielu konferencji międzynarodowych obrazuje wieloaspektowość działalności koła oraz zasięg międzynarodowy podejmowanych działań. Uczestnictwo w społecznych inicjatywach obrazuje, jak młodzi naukowcy – członkowie koła – budują pozytywny obraz lekarza. Udowadniamy, że lekarz jest nie tylko specjalistą i naukowcem, ale również animatorem działań edukacyjnych i promujących zdrowy tryb życia. Jako opiekun koła podejmuję różnorodne inicjatywy, by młodych naukowców szkolić, mobilizować do rozwoju osobistego i zdobywania nowej wiedzy. Chcę, by uprawiali swój przyszły zawód z pasją i zaangażowaniem. Jak wspomniałem, bardzo często nasza współpraca nie kończy się w momencie ukończenia studiów czy stażu. Wielu członków koła przedłuża współpracę z nami, znajdując zatrudnienie w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu, Centrum Słuchu Mowy Medincus jako lekarze (rozpoczynając specjalizację), audiofonolodzy, protetycy słuchu, psychologowie, koordynatorzy badań klinicznych i inni.

Wspomniał Pan Profesor o pracach naukowych. Jak dużo ich prezentujecie i publikujecie?

W roku akademickim 2018/19 członkowie koła przedstawili 24 prace i byli współautorami 27 publikacji w czasopiśmie krajowych i międzynarodowych, ponadto współorganizowali 10 konferencji i warsztatów, w tym jeden kongres światowy. Zdobyliśmy wspólnie dwie nagrody: II i III kategorii w sesji laryngologicznej podczas 15th Warsaw International Medical Congress (2019). W bieżącym roku akademickim 2019/20 przedstawiliśmy już 3 prace i opublikowaliśmy 4 artykuły (MNIŚW – 20; IC – 275,60). Ponadto współorganizowaliśmy aż 10 konferencji i warsztatów międzynarodowych oraz uczestniczyliśmy, jak co roku, w Targach Kół Naukowych (stan na 15 stycznia 2020 r.). Natomiast dorobek członków koła od początku jego działalności to: 163 publikacje pełnotekstowe i zjazdowe w wydawnictwach, takich jak: „Archives of Medical Science”, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology” czy „Journal of International Advanced Otology”, 153 prace naukowe przedstawione na konferencjach krajowych i zagranicznych, co zaowocowało 27 nagrodami i wyróżnieniami, organizacja 49 konferencji krajowych i międzynarodowych, w tym m.in. światowe kongresy International Tinnitus Seminar and 1st World Tinnitus Congress w 2017 r. oraz 32nd Politzer Society Meeting with 2nd World Congress of Otology w 2019 r. itp.

Jakimi tematami i zagadnieniami badawczymi zajmują się obecnie członkowie koła?

Obecnie rozpoczynamy lub kontynuujemy badania m.in. w zakresie badań przesiewowych słuchu na czterech kontynentach, szumów usznych, w szczególności wśród pacjentów z różnymi systemami implantów słuchowych, otolaryngologii w chorobach rzadkich itp. Prowadzimy też badania kwestionariuszowe nad korzyściami z aparatowania słuchu w różnych grupach wiekowych.



Członkowie jury, koordynator sesji laryngologicznej oraz członkowie Międzyośrodkowego SKN Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – prelegenci sesji laryngologicznej podczas 18th Warsaw International Medical Congress. Od prawej: prof. Piotr H. Skarżyński, prof. Krzysztof Kochanek, prof. Lidia Zawadzka-Głós, Kinga Włodarczyk, Katarzyna Nykiel, Klaudia Kunz, Kamila Renke, Alina Ratajczak, Maria Goceł, Karolina Bieńkowska, Joanna Rajchel, Anna Krawczyńska, Joanna Marciniak, Jakub Zygadło (koordynator sesji)

Na zakończenie chciałbym poprosić Pana Profesora o podanie własnej definicji opiekuna studenckiego koła naukowego.

Jako opiekun SKN staram się regularnie poświęcać czas i uwagę członkom koła, pomagać im odnaleźć się w naukowych meandrach, pokazywać możliwe rozwiązania, wspierać i rozwiewać wątpliwości. Opiekun musi być również oparciem w chwilach naukowego zwątpienia, które zdarzają się każdemu.

Bardzo istotne dla mnie, jako opiekuna koła, jest wskazanie drogi młodym ludziom, będącym na początku swojej ścieżki zawodowej, nakreślenie kierunków dalszego rozwoju, tak aby ich przyszła praca dawała im satysfakcję, ale i wykorzystywała zainteresowania oraz zdobyte podczas studiów umiejętności i wiedzę. Zawsze uważałem, że najlepszym sposobem na start zawodowy jest posiadanie dorobku i kompetencji. To wszystko można osiągnąć w naszym kole naukowym. Trzeba jednak mieć w sobie zaangażowanie, pragnienie zdobywania nowej wiedzy, chęć do działania i współpracy. Chcę, aby koło naukowe kształtowało postawę i było naturalnym początkiem kariery. W większości przypadków tak się właśnie dzieje. A najlepszym dowodem na to jest fakt, że wśród moich doktorantów na WUM niemal połowa to osoby zaczynające swoją działalność w naszym kole.

Rozmawiał Cezary Ksel



Przypadki i Zagadki

II Interaktywna Studencka Konferencja Internistyczna

22 i 23 lutego 2020 r. odbyła się ogólnopolska konferencja „Przypadki i Zagadki. II Interaktywna Studencka Konferencja Internistyczna”, zorganizowana przez Studenckie Koło Naukowe „Pressor”, którego opiekunem jest dr Bartosz Symonides. Koło działa od ponad 20 lat przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii WUM, kierowanej przez prof. Zbigniewa Gacionga.

Ceremonię otwarcia zaszczylicili swoją obecnością m.in. prorektor ds. personalnych i organizacyjnych prof. Piotr Małkowski, dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. Piotr Wroczyński, prodziekan ds. integracji i rozwoju Wydziału Lekarskiego prof. Marcin Grabowski.

Celem konferencji było poszerzenie wiedzy studentów w zakresie chorób wewnętrznych, oparte na interaktywnym udziale w wydarzeniu oraz umożliwienie uczestnikom wygłoszenia własnych prezentacji dotyczących ciekawych przypadków klinicznych. Wszyscy prelegenci, zarówno eksperci, jak i studenci, przygotowali pytania związane z tematyką swoich wykładów, na które słuchacze mogli odpowiadać poprzez stronę www.kahoot.it. Dzięki takiej formie prowadzenia prelekcji uczestnicy nie tylko mieli możliwość pogłębienia swojej wiedzy, ale także mogli ją sprawdzić.

Wykłady eksperckie zaprezentowali: prof. Bożena Kociszewska-Najman (Klinika Neonatologii), prof. Michał Czurzyński (Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii), prof. Grzegorz Basak (Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych), dr hab. Agnieszka Kuch-Wocial (Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii), dr hab. Piotr Korczyński (Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii), dr Bartosz Symonides (Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii), lek. Dagny Krankowska (Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii).

W programie pojawiły się wykłady studentów reprezentujących nie tylko WUM, ale wiele uczelni w Polsce: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytet Rzeszowski, Uniwersytet Opolski, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach i Śląski Uniwersytet Medyczny.

Specjalnymi gośćmi konferencji byli Michał i Łukasz Dąbrowscy, zmagający się z rzadką, genetyczną chorobą von Gierkego, którzy przybliżyli zagadnienia związane z tym schorzeniem z punktu widzenia pacjentów.

Spośród prac studenckich wyłoniono trzy najlepiej zaprezentowane przypadki kliniczne, które zostaną opublikowane w „Polskim Merkuriuszu Lekarskim”. Pierwsze miejsce zajęły Katarzyna Winiarska i Maria Taborek ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, prezentujące przypadek „W poszukiwaniu przyczyny przewlekłej hiponatremii u 66-letniej pacjentki”. Na drugim miejscu znalazła się Katarzyna Tomaszczuk z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, która przedstawiła pracę „Niespecyficzne bóle szyjnego odcinka kręgosłupa. Zaskakujący wynik badania angio-TK u 79-letniej pacjentki ze schyłkową niewydolnością nerek”. Trzecie miejsce zajął Bartosz Szurlej z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezentujący „Zatory w tętnicach obwodowych u młodego pacjenta – czy pogłębiać diagnostykę?”.

Ważnym elementem projektu było zorganizowanie warsztatów ze spirometrii i pletyzmografii, prowadzonych przez lek. Martę Mischczuk i lek. Karolinę Malesę-Tarasiuk z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii oraz warsztatów z kardiowersji i defibrylacji, które prowadziła lek. Aleksandra Świącz-Zarzycka z II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W trakcie wydarzenia uczestnicy mieli możliwość wzięcia udziału w loterii charytatywnej na rzecz Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, w której do wygrania było: ponad 100 książek, stetoskop, pulsoksymetry, ciśnieniomierze, kalendarze, kubki, torby, vouchery, notatniki, koszulki, ogrzewacze i wiele innych nagród. Dzięki zorganizowaniu loterii udało nam się zebrać 2523 zł. Odwiedzający naszą konferencję mogli również uczestniczyć w Dniach Dawcy Szpiku DKMS, a także obliczyć wiek swojego serca.

Nad konferencją, od strony naukowej i merytorycznej, czuwał prof. Zbigniew Gaciong oraz dr Bartosz Symonides. W skład Komitetu Organizacyjnego weszli: Marta Ludwiczak, Katarzyna Szychalska, Sebastian Szewczyk, Maria Maślanko, Dorota Kłos, Izabela Paszkowska, Jakub Taratuta, Mateusz Obal oraz Katarzyna Cienszkowska.



Od lewej: Izabela Paszkowska, Sebastian Szewczyk, Jakub Taratuta, Katarzyna Spychalska, dr Bartosz Symonides, prof. Zbigniew Gaciong, Katarzyna Cienszkowska, Marta Ludwiczak, dr hab. Piotr Korczyński, prof. Bożena Kociszewska-Najman oraz Maria Maślanko



Warsztaty z kardiowersji i defibrylacji



Katarzyna Spychalska i Sebastian Szewczyk z WUM podczas prezentacji swojej pracy



Organizatorzy konferencji w otoczeniu przedmiotów przeznaczonych na loterię charytatywną na rzecz Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę



Michał i Łukasz Dąbrowscy

Koło Naukowe „Pressor” działa przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii od ponad 20 lat. Członkowie koła biorą czynny udział w projektach naukowych prowadzonych w Klinice.

Są współautorami doniesień zjazdowych na konferencjach krajowych i zagranicznych (niejednokrotnie wyróżnianych) oraz publikacji dotyczących pierwotnego i wtórnego nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków, zatorowości płucnej, chorób naczyń, roli układu współczulnego w chorobach układu krążenia.

W ramach działalności koła prowadzone są regularne spotkania z wykładami z zakresu nie tylko hipertensjologii, angiologii i kardiologii, ale także chorób wewnętrznych.

Organizowane są warsztaty i prezentacje z nieinwazyjnych metod oceny układu krążenia. Członkowie koła mają możliwość pogłębiania swojej praktycznej wiedzy i umiejętności z zakresu chorób wewnętrznych zarówno podczas roku akademickiego w trakcie dyżurów pełnionych w Klinice, jak i w okresie wakacyjnego obozu naukowego.

Koło jest organizatorem Ogólnopolskiej Konferencji Przypadków Klinicznych „Przypadki i Zagadki. Interaktywna Studencka Konferencja Internistyczna”.



V Warszawskie Dni Promocji Zdrowia

SKN Zdrowia Publicznego Sekcja Promocji Zdrowia działa od 2003 r. przy Zakładzie Zdrowia Publicznego WUM. Jest jedynym swego rodzaju kołem kładącym nacisk na tak ważne zagadnienie jak zdrowie publiczne. Działania koła obejmują organizację i czynny udział w konferencjach naukowych, wydarzeniach uczelni oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu, organizację warsztatów oraz szkoleń z zakresu promocji zdrowia dla dzieci, młodzieży oraz seniorów. Członkowie koła wspólnie zdobywają wiedzę i poszukują rozwiązania problemów z zakresu zdrowia publicznego. Koło jest otwarte dla każdego zainteresowanego zagadnieniami szeroko pojętego zdrowia publicznego.

27–28 lutego 2020 r. w Centrum Dydaktycznym WUM odbyła się piąta edycja Warszawskich Dni Promocji Zdrowia. Konferencja została zorganizowana przez SKN Zdrowia Publicznego Sekcją Promocji Zdrowia (opiekunowie: dr hab. Dominik Olejniczak, dr Aneta Duda-Zalewska) działające przy Zakładzie Zdrowia Publicznego WNoZ przy wsparciu partnera społecznego Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani. Tegoroczne wydarzenie odbyło się pod hasłem: „Nieznajomość zdrowia szkodzi, więc #WEŻ SIĘ ZBADAJ! Badania profilaktyczne kluczem do zdrowia”.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonała dr hab. Anna Staniszevska z Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM, prezes Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani. Gości przywitani także rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś oraz prodziekan ds. dietetyki, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego WNoZ dr hab. Robert Gałązkowski.

Wykład inauguracyjny wygłosił dr Bogdan Wojtyniak, prof. nadzw. NIZP-PZH, zastępca dyrektora ds. analiz i strategii w zdrowiu publicznym Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

W pierwszym dniu konferencji odbyły się panel dyskusyjny oraz rozmowa one-on-one z gośćmi specjalnymi. Moderatorem oraz gospodarzem dnia była red. Ewa Drzyzga, prowadząca w telewizji TVN program „36,6”.

Panel dyskusyjny dotyczył istoty i podejścia społeczeństwa do badań profilaktycznych. W gronie prelegentów znaleźli się: lek. Tomasz Latos (poseł na Sejm IX kadencji oraz przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia), dr hab. Andrzej Marcinkiewicz (Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera), prof. Artur Mamcarz (III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, WUM / Polskie Towarzystwo Kardiologiczne), lek. Michał Sutkowski (Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce), mgr Magdalena Nidzgorska-Cichońska (specjalista laboratoryjnej diagnostyki medycznej, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka J. Piłsudskiego w Płońsku) oraz red. Michał Figurski (Fundacja Najśłodsii).

Jednym z głównych tematów dyskusji była analiza przyczyn niechęci do wykonywania badań. Paneliści przekonali, że dzięki badaniom profilaktycznym często udaje się wykryć chorobę niedającą jeszcze żadnych objawów, co umożliwia jej skuteczne leczenie na wczesnym etapie. Wiele chorób przebiega bezobjawowo, a zdiagnozowanie ich zbyt późno zmniejsza skuteczność leczenia. Odpowiednie badania profilaktyczne należy więc systematycznie wykonywać w każdym wieku. Podstawowe badania, takie jak: morfologia krwi obwodowej, OB, glukoza, lipidogram czy badanie ogólne moczu, każdy powinien wykonywać co najmniej raz w roku. Jak podkreślił prof. Mirosław Wielgoś, dobry



W otwarciu konferencji uczestniczył rektor prof. Mirosław Wielgoś

kontakt lekarz–pacjent to jedna z ważniejszych kwestii, które mogą zachęcić do badań profilaktycznych. Pacjenci mają prawo do świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie, powinni być świadomi m.in. tego, jakiego rodzaju badania profilaktyczne powinni na danym etapie życia wykonać. Podczas dyskusji zwrócono również uwagę na niepełne wykorzystanie potencjału medycyny pracy w zakresie badań profilaktycznych pracowników. „Obecnie funkcjonujące rozporządzenie z 1996 r. uległo przedawnieniu i wymaga niezwłocznej aktualizacji” – podkreślił dr hab. Andrzej Marcinkiewicz. Poseł Tomasz Latos i prof. Artur Mamcarz podkreślili konieczność wpisania badania poziomu cholesterolu do badań medycyny pracy.

Gośćmi specjalnymi rozmowy jeden na jednego byli dr hab. Andrzej Marcinkiewicz oraz dr Daniel Śliż (III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP). W rozmowie z Ewą Drzyzgą dr hab. Andrzej Marcinkiewicz przybliżył swoje spostrzeżenia na temat nowoczesnych inicjatyw dotyczących zdrowia, w tym wykorzystania aplikacji mobilnych do zmiany stylu życia. Przedstawiona została wizja idealnego modelu współczesnej służby zdrowia, w którym lekarze mogliby pozwolić sobie na zapraszanie zdrowych osób, aby móc prowadzić i edukować ich na temat działań profilaktycznych. „Lekarze zamiast zajmować się health care, zajmują się sick health – brakuje czasu na rozmowę o zdrowiu i jego utrzymaniu. Wszystko sprowadza się w chwili obecnej do medycyny naprawczej. Proporcje te powinny się odwrócić” – podsumował dr Daniel Śliż.

Tego samego dnia odbyła się również premiera wydawnictwa #wezsiezbadaj – przewodnika po badaniach profilaktycznych, wydanego przez Fundację Obywatele Zdrowo Zaangażowani. Autorami opracowania są dr hab. Anna Staniszevska, dr hab. Dominik Olejniczak, dr Daniel Śliż, mgr Magdalena Nidzgorska-Cichońska oraz mgr Aleksandra Kielan.

Drugi dzień konferencji otworzyła mgr Aleksandra Kielan (doktorantka, Zakład Zdrowia Publicznego WUM, dyrektor biura Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani), która przybliżyła działalność fundacji. Przewodnicząca SKN Zdrowia Publicznego Donata Korvel opowiedziała o działalności koła oraz poprzednich edycjach WDPZ. Następnie odbył się konkurs adresowany do studentów różnych uczelni, podczas którego mogli zaprezentować wyniki swoich prac. Autorzy najlepszych otrzymali nagrody ufundowane przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Wydarzenie patronatem objęli: rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu WUM, Główny Inspektor Sanitarny, Ministerstwo Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Urząd Dzielnicy Ochota m.st. Warszawy, Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia, a partnerami wydarzenia byli: USP Zdrowie, Rynek Zdrowia oraz Radio dla Ciebie.

Donata Korvel
SKN Zdrowia Publicznego Sekcja Promocji Zdrowia



Dr hab. Anna Staniszevska



Uczestnicy panelu dyskusyjnego promowali wydawnictwo #wezsiezbadaj



2020
MIĘDZYNARODOWY ROK
PIELĘGNIARKI
I POŁOŻNEJ

KSZTAŁCENIE POŁOŻNEJ W POLSCE – UWARUNKOWANIA I MOŻLIWOŚCI

System kształcenia położnych w Polsce oparty jest obecnie na kształceniu uniwersyteckim. Od 2000 r. absolwenci szkół licealnych mogą uzyskać zawód położnej, aplikując na I stopień studiów na kierunku położnictwo. Studia trwają 3 lata (6 semestrów) – kończą się uzyskaniem tytułu licencjata położnictwa. Tytuł ten uprawnia absolwentki i absolwentów do ubiegania się o prawo wykonywania zawodu, które przyznają Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych. Uzyskanie tytułu licencjata umożliwia również (po zdaniu egzaminu wstępnego) kontynuowanie kształcenia uniwersyteckiego na studiach II stopnia. Studia te trwają 2 lata (4 semestry) i kończą się uzyskaniem tytułu magistra położnictwa. Tytuł magistra otwiera drogę do kształcenia na III stopniu – aplikowanie do Szkoły Doktorskiej. Ta ścieżka kończy się uzyskaniem tytułu doktora nauk o zdrowiu.

Najważniejsze elementy procesu kształcenia położnych reguluje Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (poprzednie rozporządzenie z 2012 r.)

Studia pierwszego stopnia mają profil praktyczny i liczą co najmniej 4720 godzin (180 ECTS), z czego połowę stanowią zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe. W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie specjalistyczną problematykę z zakresu położnictwa, neonatologii i ginekologii, rozwój, budowę i funkcje organizmu człowieka w warunkach prawidłowych i patologicznych, etiologię, patomechanizm, objawy, przebieg i sposoby postępowania diagnostycznego i terapeutyczno-opiekuńczego w wybranych jednostkach chorobowych w chorobach wewnętrznych, chirurgii, pediatrii i psychiatrii, uwarunkowania i mechanizmy funkcjonowania człowieka zdrowego i chorego, system opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej i wybranych państwach członkowskich Unii Europejskiej, zasady promocji zdrowia i profilaktyki chorób, modele opieki położniczej nad kobietą w każdym okresie życia i stanie zdrowia, etyczne, społeczne i prawne uwarunkowania wykonywania zawodu położnej.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

- udzielać świadczeń zdrowotnych w przypadku: kobiety ciężarnej, kobiety rodzącej, kobiety w okresie połogu i noworodka oraz kobiety chorej ginekologicznie, w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki i profesjonalnej opieki położniczo-ginekologicznej, prekoncepcyjnej, prenatalnej, perinatalnej, a także w przypadku kobiety w okresie przekwitania i senu,
- rozpoznawać ciążę, sprawować opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej i wykonywać badania niezbędne do monitorowania jej przebiegu,
- samodzielnie prowadzić i przyjmować poród fizjologiczny (w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych) i poród z położenia miednicowego, także z nacięciem i szyciem krocza,
- monitorować płód z wykorzystaniem aparatury medycznej oraz wykrywać stany odbiegające od normy u matki i dziecka w okresie ciąży, porodu i połogu,
- podejmować do czasu przybycia lekarza konieczne działania w sytuacjach nagłych, w tym ręcznie wydobyć łożysko i ręcznie zbadać macicę,
- sprawować opiekę nad matką i noworodkiem, promując karmienie naturalne, monitorując przebieg okresu poporodowego oraz badając noworodka, a także podejmując w sytuacjach nagłych wszelkie niezbędne działania, w tym natychmiastową reanimację,
- sprawować opiekę ginekologiczno-położniczą nad kobietą,
- prowadzić działalność edukacyjno-zdrowotną w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa, przygotowania do rodzicielstwa i urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia, w tym poradnictwem laktacyjnym, oraz prowadzić profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych,
- udzielać pierwszej pomocy i podejmować działania ratownicze w ramach resuscytacji krążeniowo-oddechowej,

- przeprowadzać badanie podmiotowe i przedmiotowe w celu postawienia diagnozy pielęgniarstwa lub położniczej,
- wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne niezbędne do kontynuacji leczenia w ramach realizacji zleceń lekarskich,
- decydować o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
- samodzielnie udzielać świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych w zakresie określonym w przepisach,
- dokonywać analizy jakości opieki położniczo-neonatologicznej i ginekologicznej,
- organizować pracę własną i podległego personelu oraz współpracować w zespołach opieki zdrowotnej.

W zakresie kompetencji społecznych absolwent położnictwa kieruje się dobrem pacjenta, szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece, okazuje zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną. Przestrzega praw pacjenta, samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki. Przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem. Ponoś odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe. Zasięga opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu. Przewiduje i uwzględnia czynniki wpływające na reakcje własne i pacjenta. Dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych.

Szczegółowe efekty kształcenia wywodzą się z czterech dziedzin nauki i odpowiadających im subdyscyplin:

- nauki podstawowe (anatomia, fizjologia, patologia, embriologia i genetyka, biochemia i biofizyka, mikrobiologia i parazytologia, farmakologia, radiologia),
- nauki społeczne (psychologia, socjologia, pedagogika, prawo medyczne, zdrowie publiczne, język angielski),
- nauki w zakresie podstaw opieki położniczej (podstawy opieki położniczej, etyka zawodu położnej, promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna, dietetyka, organizacja pracy położnej, badanie fizykalne, zakażenia szpitalne, system informacji w ochronie zdrowia),
- nauki w zakresie opieki specjalistycznej (techniki położnicze i prowadzenie porodu, położnictwo i opieka położnicza, ginekologia i opieka ginekologiczna, neonatologia i opieka neonatologiczna, pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne, choroby wewnętrzne, chirurgia, psychiatria, anestezjologia i stany zagrożenia życia, rehabilitacja w położnictwie, neonatologii i ginekologii, podstawy ratownictwa medycznego, badania naukowe w położnictwie, seminarium dyplomowe).

Doświadczenie kliniczne student zdobywa w czasie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Musi w ich trakcie wykazać się następującymi efektami:

- udzielanie porad kobietom ciężarnym, w tym przeprowadzenie co najmniej 100 badań prenatalnych,
- sprawowanie opieki nad co najmniej 40 kobietami ciężarnymi,
- przyjęcie co najmniej 40 porodów albo co najmniej 30 porodów i asysta przy co najmniej 20 porodach,
- aktywny udział w przyjmowaniu porodu z położenia miednicowego, a w przypadku gdy jest to niemożliwe – w warunkach symulowanych,
- nacięcie krocza i zakładanie szwów, a w przypadku gdy jest to niemożliwe – w warunkach symulowanych,
- opieka nad co najmniej 40 kobietami, u których mogą wystąpić powikłania w trakcie ciąży, porodu i połogu,
- opieka nad co najmniej 100 kobietami w okresie połogu i zdrowymi noworodkami,
- obserwacja i opieka nad noworodkami niedonoszonymi, przenoszonymi, z niską masą urodzeniową i chorymi,
- opieka nad kobietami z objawami patologicznymi ginekologicznymi i położniczymi.

Studia pierwszego stopnia na kierunku położnictwo kończą się egzaminem dyplomowym, składającym się z części teoretycznej i praktycznej. Egzamin dyplomowy, po złożeniu pracy dyplomowej (studium przypadku), obejmuje sprawdzenie wiedzy i umiejętności praktycznych zdobytych w całym okresie studiów. Licencjat z położnictwa pozwala (po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu) na podjęcie pracy w wielu obszarach – szpital (sala porodowa, oddział położniczo-noworodkowy, oddział patologii ciąży, oddział neonatologii, patologii noworodka, OIOM neonatologiczny, oddział ginekologii, izba przyjęć), opieka środowiskowa, przychodnie. Aktualnie obserwujemy bardzo duże zapotrzebowanie na rynku medycznym na absolwentki i absolwentów położnictwa – nasze młode koleżanki i nasi młodzi koledzy mogą wybierać najbardziej atrakcyjne oferty, negocjować warunki zatrudnienia. Ta sytuacja bardzo dobrze rokuję dla przyszłości tego zawodu, jego rozwoju i prestiżu.

Obóz sportów zimowych AZS WUM



**K**

ażdego roku początek lutego to dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ekscytujący czas, związany z przerwą zimową na naszej uczelni. Klub Uczelniany Akademickiego Związku Sportowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (AZS WUM) tradycyjnie już zadbał o to, aby studenci mieli okazję do białego szaleństwa na zagranicznych stokach. Tym razem wybraliśmy kompleks narciarski Vialattea (mleczna droga) leżący w Valle di Susa na granicy włosko-francuskiej. Sportowa atmosfera była wszechobecna, ponieważ mieszkaliśmy w wiosce olimpijskiej położonej w miejscowości Sestiere na wysokości 2035 m n.p.m. Miejscowość była siedzibą XX Zimowych Igrzysk Olimpijskich odbywających się w 2006 r.

Wyruszyliśmy 1 lutego wczesnym popołudniem w dwudziestoczworgodzinną trasę autokarem. Ku naszemu ogromnemu szczęściu bez przeszkód dojechaliśmy do celu, co było ogromną ulgą w porównaniu z zeszłorocznym wyjazdem. Niewtajemniczonym przybliżę, że przed rokiem, jadąc do San Pellegrino, napotkaliśmy przeszkodę – zasypana przez lawinę przełęcz Brennero sprawiła, że nasza podróż wydłużyła się do 42 godzin.

Po przyjeździe większość uczestników wybrała relaks w hotelowym basenie lub lekki trening na siłowni przygotowujący do wysiłku na stoku. Strefa fitness & wellness była dostępna przez cały wyjazd, z czego codziennie ochoczo korzystaliśmy.

W poniedziałek po przydziale do grup szkoleniowych rozgrzewaliśmy się na stokach Sestiere. Podczas tegorocznego obozu AZS WUM istniała możliwość zaliczenia zajęć wychowania fizycznego i duża część uczestników się na to zdecydowała. Oprócz tradycyjnych szkoleń narciarskich (dwa poziomy zaawansowania) i snowboardowych Studium Wychowania Fizycznego i Sportu (SWFiS) wprowadziło nową, atrakcyjną formę zaliczenia zajęć. Osoby, które nie były zainteresowane klasycznym szkoleniem, mogły uzyskać wymagane obecności na podstawie zapisu w aplikacji mobilnej zliczającej liczbę kilometrów pokonanych na nartach (z wyłączeniem jazdy na wyciągu należało przejechać minimum 20 km, ale studenci średnio wyjeżdżali ok. 40–60 km!). Oprócz zapisu tras studenci spotykali się rano na wspólnej rozgrzewce oraz przesyłali zdjęcia ze stoku. Zbiórka była zaplanowana codziennie o godz. 8.30 lub 9.00, tak aby studenci mogli w pełni wykorzystać dzień na stoku. Na ten ciekawy pomysł wpadła mgr Kinga Kłaś-Pupar, która była opiekunem wyjazdu z ramienia SWFiS WUM. Zaawansowana grupa narciarska odbywała treningi z mgr. Pawłem Krawczykiem, a grupa średnio zaawansowana z mgr Agnieszka Besler. Mgr Igor Pegza z firmy JafiSport szkolił grupę snowboardową oraz uczył naszych studentów skomplikowanych sztuczek na snowparku. Szkolenia nie były obowiązkowe, jednak cieszyły się dużym zainteresowaniem.





Warunki pogodowe nas nie rozpieszczały. Pomimo pięknego słońca i niskiej temperatury okazało się, że duża część wyciągów została zamknięta ze względu na silny, porywisty wiatr, którego prędkość dochodziła nawet do 170 km/h. Drugiego dnia z tego powodu zamknięto wszystkie pobliskie regiony narciarskie. Nam udało się poszusować rano na dostępnych stokach w Sestiere, ale po południu podjęto decyzję o zamknięciu również naszej części regionu ze względów bezpieczeństwa. Był to idealny pretekst, żeby się lepiej poznać. Po południu nastął czas integracji i dobrej zabawy przy studenckich grach. Do naszej dyspozycji była również salka spotkań, w której wieczorami organizowaliśmy szkolenia, warsztaty i luźne spotkania integracyjne. Jeden z wieczorów poświęcony był alternatywnym metodom narciarskim, takim jak: freeride, freetouring i skitouring, oraz bezpieczeństwu lawinowemu. Temat przybliżali Paweł Krawczyk oraz Paulina Podlasin, która była opiekunką wyjazdu z ramienia klubu AZS WUM. Podczas spotkania studenci mogli zobaczyć i porównać różne typy specjalistycznego sprzętu pozwalającego na podchodzenie na nartach z założonymi fokami oraz komfortowy zjazd, również poza trasami narciarskimi, a także pobawić się nimi. Dodatkowo poruszono temat bezpieczeństwa zimą w górach, a dokładniej tego, jak unikać lawin i bezpiecznie poruszać się w terenie na nartach. Studenci mogli poznać i wypróbować profesjonalne, atestowane ABC lawinowe, w którego skład wchodzi sonda, łopata oraz detektor. Kolejną z atrakcji były warsztaty z serwisowania sprzętu, na których Igor Pegza uczył, jak dbać o sprzęt i jak go serwisować. Każdy miał możliwość własnoręcznego naostrzenia krawędzi oraz wyrównania i nasmarowania ślizgu w swoim sprzęcie.

W kolejnych dniach warunki na stokach znacznie się poprawiły, wiatr ustał, a piękne włoskie słońce opalało nasze uśmiechnięte twarze. Mogliśmy do woli korzystać z uroków dostępnych dla nas 400 km tras, w tym stoku Kandahar o długości 1523 m, który był areną Pucharu Świata oraz olimpijskiego half pipe (rynna o długości 130 m) w Bardonecchia. Wielką atrakcją był wspólny wyjazd na stronę francuską, gdzie jeździliśmy przez cały dzień w cudownych warunkach. Okazało się, że była to perełka tego wyjazdu.

W piątek zorganizowaliśmy imprezę pożegnalną i podsumowującą obóz, ponieważ był to nasz ostatni wieczór w Sestiere, a dzień później zegnaliśmy się z regionem podczas ostatniego, szóstego dnia narciarskiego. Wieczorem wyruszyliśmy w podróż powrotną do Warszawy. Oprócz zadowolenia studentów ogromnym sukcesem wyjazdu jest brak kontuzji wśród uczestników. Mamy nadzieję, że oprócz rozsądku naszych studentów główną przyczyną są regularne treningi odbywające się przez cały rok akademicki w naszych sekcjach AZS WUM, na których studenci mogli przygotować się do sezonu.

W miłym towarzystwie i miłych okolicznościach czas leci szybko. Tak też było na tegorocznym wyjeździe. Szykujemy się już na kolejny rok, w którym będzie jeszcze więcej atrakcji, więcej śniegu, szusów i integracji studenckiej! W końcu alternatywnym rozwinięciem skrótu AZS jest Atmosfera, Zabawa, Sport! Zapraszamy wszystkich studentów WUM na nasze darmowe zajęcia AZS organizowane w Centrum Sportu i Rehabilitacji WUM przez cały rok. Mamy ponad trzydzieści różnych sekcji dostępnych dla studentów. Sekcje mają charakter zarówno zawodniczy, jak i rekreacyjny, można trenować dla własnej przyjemności i zupełnie niezobowiązująco lub reprezentować uczelnię na arenie ogólnopolskiej w duchu rywalizacji międzyuczelnianej. Plan zajęć dostępny jest na stronie swfis.wum, a więcej informacji można znaleźć na facebookowym profilu naszego klubu. Do zobaczenia na treningu!

LASKA ESKULAPA ORAZ KIELICH HYGIEI, CZYLI O ROLI WĘŻA W IKONOGRAFII MEDYCZNEJ I FARMACEUTYCZNEJ



Ilustr. 1. Pomnik upamiętniający 200 lat nauczania medycyny w Warszawie, kampus Banacha WUM, fot. M. Bogacki

*Widzisz węża, co w koło tej laski się kręci;
Bys go poznał, twarz jego zachowaj w pamięci,
W niego się przeistoczę [Eskulapa] i tobie objawię...*

Za: Owidiusz, „Przemiany”, tłum. B. Kiciński, Kraków 2002

Na terenie kampusu Banacha Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, od strony narożnika ulic ks. Trojdena oraz Żwirki i Wigury, znajduje się pomnik odwołujący się do początków nauczania medycyny w Warszawie na poziomie akademickim (Ilustr. 1). Jego najbardziej wyrazistym elementem jest laska Eskulapa – prastary znak oznaczający medycynę. Ten sam symbol, tj. opleciona przez węża laska, występuje również w godle warszawskiej uczelni medyków oraz w logo wielu innych instytucji medycznych na całym świecie, m.in. na fladze Światowej Organizacji Zdrowia. Dodatkowo emblematy wykorzystujące motyw węża można również spotkać na wielu szyldach aptek i szpitali. Mamy wtedy najczęściej do czynienia z kielichem Higieji – najważniejszym atrybutem córki Asklepiosa (odpowiednik rzymskiego Eskulapa w mitologii greckiej), która uosabiała, zgodnie z wierzeniami starożytnych, zdrowie¹.

Dlaczego zatem wąż – zwierzę symbolizujące w kulturze chrześcijańskiej zło i szatana, za sprawą przede wszystkim węża kuszącego Ewę w raju oraz jadowitych gadów zesłanych przez Boga na Izraelitów w drodze ku Ziemi Obiecanej, stał się jednym z najbardziej znanych symboli medycznych? Na początek rozważań niech wystarczy odpowiedź, że takie znaczenie uzyskał już wąż miedziany, zawieszony na słupie przez Mojżesza na polecenie Boga, o czym donosi Księga Liczb Starego Testamentu. Jego zadaniem było przywrócenie zdrowia wszystkim tym Hebrajczykom, których wcześniej pokąsały pełzające gady.

Korzeni powiązań węży z medycyną, życiem i zdrowotnością należy jednak szukać w starożytnym Egipcie. W krainie faraonów symbolem czasu życia ludzkiego był Uroboros, tj. wąż potykający własny ogon. Ze względu na regenerację ciała węży, objawiającą się w corocznej zmianie przez nich skóry, przedstawienia samopżerających się gadów łączono nie tylko z wiecznością, ale też z odradzającym się życiem. W dawnych wierzeniach wieloaspektowy charakter tego zwierzęcia wiązano także z uzdrowicielską mocą matki Ziemi.

Wężę odgrywały najprawdopodobniej dużą rolę w zamierzcztych czasach także na Krecie, na wyspie tej bowiem ok. połowy II tysiąclecia przed Chrystusem wykształcił się kult bogini z wężami. Świadczy o tym odkopana w Knossos na początku XX w. przez Arthura Evansa słynna niewielka fajansowa figurka, ukazująca boginię lub kapłankę trzymającą w rękach dwa wijące się gady. Ten tajemniczy wizerunek należy najprawdopodobniej wiązać z odprawianiem obrzędu poświęconego nieustannie odnawiającej się sile życia.

Jeszcze większe znaczenie w kontekście medycyny zwierzę to zyskało w okresie klasycznym, kiedy stało się atrybutem boga Asklepiosa – syna boga Apolla i córki króla tesalskiego o imieniu Koronis. Kilka wersji greckich mitów opowiada, w jaki sposób przyszedł na świat przyszły bóg sztuki lekarskiej. Jedna z nich podaje, że Apollo „wyrwał” syna z łona swojej niewiernej kochanki, którą za zdradę złożono na stosie. Warto w tym miejscu nadmienić, że wśród badaczy greckich mitów wielu doszukiwało się w tej historii metaforycznego

¹ W starożytnych źródłach oraz w dziełach sztuki Higieja występuje także jako małżonka lub partnerka Asklepiosa, Z. Bela, „Panakeia i Hygieia, a przy okazji Fenicjana”, w: idem, „Od magii przez alchemię do chemioterapii”, Kraków 2018, s. 79-98.

opisu pierwszego cesarskiego cięcia. Większość antycznych greckich opowieści donosiła, że następnie ojciec oddał Asklepiosa pod opiekę centaura Chirona, który nauczył swojego wychowanka sztuki lekarskiej. Z czasem Asklepios stał się tak biegły w swoim fachu, że odkrył nawet sposób przywracania zmarłym życia. Działalność syna Apolla nie spodobała się w końcu Zeusowi, który obawiał się zakłócenia porządku świata, dlatego też Pan Olimpu zabił „wskrzesiciela ludzi” piorunem. Po śmierci bóg medycyny miał

zostać przemieniony w konstelację i stać się gwiazdozbiorem Wężownika. Najważniejszym atrybutem Asklepiosa był wąż, ponieważ starożytni Grecy wierzyli, że każdy dobry lekarz musi reprezentować cechy, jakie posiada właśnie to zwierzę, czyli: roztropność, ostrożność, a jednocześnie chytryść i podstęp (Ilustr. 2). Najważniejszym miejscem kultu Asklepiosa było Epidauros na Peloponezie, gdzie powstał wielki kompleks świątynny, w którym leczono chorych za pomocą snu. Z innych ośrodków religijnych poświęconych bogu medycyny warto wymienić wyspę Kos oraz Pergamon. W wielu greckich świątyniach

trzymano żywe węże w klatkach; gady te były także zwierzętami domowymi, które domownicy nosili na piersi, a dzieci się z nimi bawiły. Z czasem kult Asklepiosa dotarł do Rzymu. Stało się

tak za sprawą wielkiej zarazy, która nawiedziła miasto nad Tybrem w 293 r. p.n.e. Sprowadzenie do stolicy imperium boga odpowiedzialnego za uzdrawianie dokładnie opisał Owidiusz w swym słynnym dziele „Przemiany”. W tym okresie laska Eskulapa była już rozpoznawalnym symbolem sztuki lekarskiej i stanu lekarskiego. Warto w tym miejscu podkreślić, co słusznie zauważył w swojej

pracy „Do historii medycyny wprowadzenie” Zdzisław Gajda, rozróżnienie laski Eskulapa i innego znanego, antycznego symbolu wykorzystującego motyw węża – kaduceusza Hermesa – boga handlu. Kaduceusz to kij opleciony symetrycznie parą tych gadów i zwieńczony parą skrzydełek. Symbolikę węża w sztukach medycznych spopularyzował w czasach nowożytnych Cesare Ripa w swym słynnym słowniku emblematycznym „Iconologia”. W dziele tym, wybitnie naśladowującym w konstruowaniu alegorii prace starożytnych, na ilustracji zatytułowanej „Zdrowotność” Ripa ukazał niewiastę, która w jednej ręce trzyma koguta (kolejne zwierzę poświęcone Eskulapowi za sprawą cechy czujności), a w drugiej wijącego się węża (Ilustr. 3). Obrazowi temu towarzyszy też opis, z którego warto przytoczyć fragment dotyczący jednego z atrybutów personifikacji zdrowotności: Wąż [...] jest znakiem zdrowia, wespół zaś z laską, wokół której się owija, oznacza zdrowie ciała podtrzymywane wigorem ducha i tchnień duchowych. Podobny wizerunek uosobienia zdrowotności

Symbolikę węża w sztukach medycznych spopularyzował w czasach nowożytnych Cesare Ripa w swym słynnym słowniku emblematycznym „Iconologia”. W dziele tym, wybitnie naśladowującym w konstruowaniu alegorii prace starożytnych, na ilustracji zatytułowanej „Zdrowotność” Ripa ukazał niewiastę, która w jednej ręce trzyma koguta (kolejne zwierzę poświęcone Eskulapowi za sprawą cechy czujności), a w drugiej wijącego się węża (Ilustr. 3). Obrazowi temu towarzyszy też opis, z którego warto przytoczyć fragment dotyczący jednego z atrybutów personifikacji zdrowotności: Wąż [...] jest znakiem zdrowia, wespół zaś z laską, wokół której się owija, oznacza zdrowie ciała podtrzymywane wigorem ducha i tchnień duchowych. Podobny wizerunek uosobienia zdrowotności



Ilustr. 2. Giovanni Battista Cipriani, Asklepios z wężem, rysunek, XVIII w., zb. Wellcome Library



Ilustr. 3. Personifikacja Zdrowotności za: C. Ripa, „Iconologia”, Siena 1613, zb. Polona



Ilustr. 4. Bartholomäus Hübner, *Higieja stojąca przed piramidą upamiętniającą wybitne postacie w dziejach medycyny*, akwafora, 1777, zb. Wellcome Library



Ilustr. 5. Plakat wystawy pt. „Gegen der Tuberculose” zorganizowanej w Gewerbemuseum w Bazylei, okres międzywojenny, zb. Wellcome Library

pod postacią pięknej kobiety, której głównym atrybutem jest opleciony węzem kij, znajduje się też na osiemnastowiecznej akwaforcie autorstwa Bartholomäusa Hübnera (Ilustr. 4). Główna bohaterka przedstawienia, zwana przez autora dzieła Higieją, wskazuje prawą dłonią pomnik w kształcie piramidy, na ścianie którego wypisano imiona najśłynniejszych lekarzy: Hipokratesa, Galena, Wesaliusza, [Gerarda] van Swieten oraz botanika [Joseph Pitton de] Touneforda. Bez żadnych wątpliwości pracę Hübnera można uznać za gloryfikację osiągnięć sztuki lekarskiej.

Do tej pory tekst skupiał się przede wszystkim na lasce Eskulapa, ale nie mniejszą moc w sztukach plastycznych miał również kielich Higieji – najśłynniejszy znak farmacji. Stał się nim ostatecznie w końcu XVIII w., kiedy Paryskie Towarzystwo Farmaceutyczne wybiło monetę z takim właśnie symbolem. Zgodnie z wierzeniami starożytnych Greków opleciona węzem czara była, co zostało już wcześniej podkreślone, najważniejszym wyróżnikiem bogini zdrowia Higieji. W symbolu tym, podobnie do laski Eskulapa, odwoływano się przez stulecia do linienia tego zwierzęcia, co miało oznaczać ozdrowienie i długowieczność. Kielich Higieji wszedł na stałe do farmaceutycznej ikonografii na całym świecie. Występuje na przykład jako główny motyw godła Wydziału Farmaceutycznego WUM.

Na koniec rozważań poświęconych roli węża w medycznej ikonografii warto jeszcze zaprezentować plakat odbywającej się przed II wojną światową w Gewerbemuseum w Bazylei wystawy pt. „Gegen der Tuberculose” (Przeciw gruźlicy) (Ilustr. 5). Na pierwszy rzut oka głowa Gorgony z wijącymi się węzami miała wyrażać na posterze zło i niebezpieczeństwo, związane z tytułową chorobą zakaźną. Jednak dla bardziej wtajemniczonych symbol ten miał drugie znaczenie. Według wierzeń starożytnych w części żył Gorgony płynęła zbawienna krew, która miała moc uzdrawiania, a nawet wskrzeszenia zmarłych. To właśnie dzięki niej Asklepios posiadał zdolność wskrzeszania zmarłych, o czym była mowa wcześniej. W dawnych czasach mięso żmij i węży wykorzystywano także do produkcji leku zwanego teriakiem. Panaceum to – specyficzna odtrutka – stosowano jako środek uzdrawiający zażywany niemal w każdej chorobie. Jak zatem widać, na wielu płaszczyznach, nie tylko mitologicznych, emblematycznych, ale i leczniczych, na stałe powiązano węże z naukami Asklepiosa.