



W ciągu 20 lat wakcynologia zrobiła ogromny postęp

rozmowa
z dr. hab. Ernestem Kucharem

INFORMACJE

WOŚP
dla laryngologii dziecięcej
str. 4

STUDENCI

Pomoc psychologiczna
dla studentów WUM
str. 31

HISTORIA

Walka z tyfusem plamistym
w warszawskim getcie
str. 44

MEDYCYNĄ DYDAKTYKĄ WYCHOWANIE



MDW

11-12 2020

CZASOPISMO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Rok LII, NR 11-12/2020

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ISSN 0137-6543

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

prof. Dagmara Mirowska-Guzel | redaktor naczelna
dr hab. Anna Staniszeńska | zastępca redaktor naczelnej
mgr Marta Ewa Wojtach | sekretarz redakcji
mgr Cezary Ksel | redaktor
dr Adam Tyszkiewicz | historia
mgr Michał Szulc | grafika/DTP
inż. Roman Sergej | skład
mgr Marzena Murawska | korekta
Dział Fotomedyczny WUM | zdjęcia

Adres redakcji:

MDW, ul. Żwirki i Wigury 63, pok. 121B
02-091 Warszawa
tel.: (22) 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl

Druk: Sekcja Druków Uczelnianych WUM

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



Projekt okładki: mgr Michał Szulc
Projekt logo „MDW”: mgr Marta Ewa Wojtach

WYWIAD NUMERU

2 Ernest Kuchar | W ciągu 20 lat wakcynologia zrobiła ogromny postęp

INFORMACJE

- 4 Cezary Ksel | WOŚP dla laryngologii dziecięcej
- 6 Prof. Marek Krawczyk doktorem *honoris causa* Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
- 7 Bożena Kociszewska-Najman | Międzynarodowa konferencja neonatologiczna
- 8 Cezary Ksel | XXX Sesja Noblowska

KLINIKA

- 10 Jakub Kosma Rokicki | Nowatorski zabieg wszczepienia stymulatora serca
- 11 Wacław Hołowko, Tadeusz Wróblewski, Krzysztof Zieniewicz | Minimalnie inwazyjna, wielonarządowa operacja onkologiczna
- 12 Grzegorz Rosiak | Pierwsza w Polsce przeszkońska krioablacja guza nerki

SENAT

- 14 Marta Ewa Wojtach | Informacje z posiedzeń Senatu WUM 30 listopada i 14 grudnia 2020 r.

17 STETOSKOP

OBLICZA MEDYCyny

- 22 Elżbieta Kozak-Szkopek | Geriatria

NAUKA

- 27 Sergiusz Józwiak | „Annals of Neurology” publikuje wyniki badania EPISTOP
- 28 Piotr Laudański | WUM w międzynarodowym projekcie badającym nowoczesne metody zachowania płodności
- 29 Pierwsza polska aplikacja COVID-owa

STUDENCI

- 31 Cezary Ksel, Magdalena Łazarewicz | Pomoc psychologiczna dla studentów WUM
- 34 Karolina Kобрzyńska | Równanie matematyczne, które odchudza
- 36 Cezary Ksel | Zdalne zajęcia wychowania fizycznego na WUM

HISTORIA

- 41 Cezary Ksel | Ślady Jana Nielubowicza. 20 lat bez Profesora
- 44 Adam Tyszkiewicz | Walka z tyfusem plamistym w warszawskim getcie na podstawie wybranych kronik i wspomnień pamiętnikarskich

W CIĄGU 20 LAT WAKCYNOLOGIA ZROBIŁA OGROMNY POSTĘP

Dr hab. n. med. Ernest Kuchar
– kierownik Kliniki Pediatrii
z Oddziałem Obserwacyjnym
DSK UCK WUM, prezes Polskiego
Towarzystwa Wakcynologii

Niemal 20 lat temu wykryto pierwsze ognisko zakażenia koronawirusem SARS-CoV-1. Jak od tego czasu zmieniła się wiedza zakaźników na temat tych wirusów?

Pierwsze ognisko zakażenia SARS wybuchło w Chinach w 2002 r. Chorobę tę cechowała znaczna, bo 10-procentowa śmiertelność. Zdecydowanie wyższa niż w przypadku obecnego COVID-19. Ognisko SARS-CoV-1 udało się wówczas wygasić na terenie Chin, w Guangdong. Poza Chinami pojawiły się jedynie pojedyncze przypadki zakażenia, w Polsce zaś nie zaobserwowano żadnego. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia nie ogłosiła wówczas pandemii. Od tamtego czasu wakcynologia zrobiła ogromny postęp. Opracowano tzw. platformy technologiczne, czyli krótko mówiąc sposoby szybkiej produkcji szczepionek z użyciem gotowych nośników. Jak to rozumieć? Przykładem platform technologicznych są np. wektory wirusowe. Technologia ich stosowania polega na tym, że do nieszkodliwego dla ludzi wirusa wszczepia się antygen, przeciwko któremu chcemy wytworzyć odporność. Mając gotowy nośnik, czyli gotową platformę, po umieszczeniu w niej antygeny otrzymujemy szczepionkę. Kolejnym przykładem postępu w wakcynologii są szczepionki mRNA wykorzystywane podczas obecnej pandemii. Dzisiaj potrafimy szybko syntetyzować mRNA.

Na czym polega innowacyjność tych szczepionek?

W przypadku szczepionek mRNA platforma, o której mówiłem, polega na wytworzeniu nośników w postaci pęcherzyków, nanocząsteczek lipidowych, innymi słowy – na opracowaniu liposomów. Stanowiło to ogromny przełom. Do tego momen-



tu, mimo że potrafiliśmy zsyntetyzować mRNA w procesie technologicznym, dzięki użyciu tzw. drukarek mRNA, wstrzyknięcie mRNA nie działało, ponieważ było natychmiast inaktywowane przez RNA-zy. Dopiero wykorzystanie liposomów potrafiących wnikać do komórki doprowadziło do przełomu. Zatem o innowacyjności tych szczepionek świadczy zastosowanie technologii liposomalnej oraz produkcji mRNA przy użyciu „drukarki”.

Jak pamiętamy, w lutym 2020 r. Chiny podały pełen genom nowego koronawirusa – zawiera on 15 genów i koduje 1285 aminokwasów – oraz jego dokładny opis. Po upublicznieniu tych informacji BioNTech – mając opracowaną platformę, czyli „drukarki” mRNA oraz nośniki w postaci liposomów – błyskawicznie rozpoczął pracę nad produkcją szczepionki. Naukowcy nie poruszali się po omacku. Wiedzieli, że kluczowym białkiem, które należy zablokować, jest glikoproteina powierzchniowa S. Wiedzieli też, że skoro wraz z tą glikoproteiną wirus przyczepia się do receptora komórki, działając na zasadzie klucza do zamka, należy zablokować ten proces, wytwarzając przeciwciała przeciwko glikoproteinie S. To wszystko sprawiło, że stworzenie szczepionki było o wiele prostsze.

To częściowo jest odpowiedź na zarzut o zbyt krótki czas przygotowania szczepionki.

Dokładnie. Ale jest jeszcze inny powód, który na to wpłynął. W jej przygotowanie zainwestowano naprawdę duże kwoty. Inwestycja w nowy produkt leczniczy, a szczepionka jest takim produktem, liczona jest w miliardach dolarów. Na każdym etapie badań podejmuje się decyzję o ich kontynuacji i dalszym inwestowaniu. W przypadku szczepionki przeciw SARS-CoV-2 zadziałał dodatkowo fakt, że pieniądze pochodziły z grantów rządowych. W ten sposób z firm zostało zdjęte ryzyko. Normalnym trybem procedura powstania i produkcji szczepionki trwa około 10 lat. W tym czasie prowadzi się długotrwałe, wielofazowe badania. Po zakończeniu każdego etapu prac badawczych dokonuje się oceny, następnie podejmuje decyzję o ich kontynuowaniu albo zaprzestaniu. Dopiero potem, po żmudnych pracach w laboratorium, opracowuje się technologię masowej produkcji, na końcu zaś buduje fabrykę. Okoliczności, o których mówiłem, doprowadziły do sytuacji, że wszystko robiono naraz, z jednej strony badano szczepionkę, a z drugiej budowano linię produkcyjną. Dodatkowo granty rządowe i swego rodzaju

nacisk polityczny sprawiły, że zniknęły automatycznie wszelkie przeszkody administracyjne. Dzięki tym wszystkim elementom mogliśmy otrzymać nowoczesną szczepionkę już po roku od pojawienia się koronawirusa SARS-CoV-2.

Czy wiedza o innych koronawirusach przydała się podczas obecnej pandemii?

O nowym i o wcześniejszych koronawirusach wiedzieliśmy dużo. Pierwszy koronawirus z 2002 r., czyli SARS-CoV-1, jest w 80% homologiczny z SARS-CoV-2. Warto przypomnieć, że wtedy również rozpoczęto badania nad szczepionką. Zostały one jednak zakończone rok później, ponieważ udało się wygasić ognisko zakażenia. Natomiast zdobyte wtedy doświadczenie i badania przedkliniczne można było bezpośrednio zastosować do SARS-CoV-2. W międzyczasie zagrażał nam jeszcze inny koronawirus, MERS w 2008 r., i wtedy również rozpoczęto prace nad szczepionkami. Te wszystkie doświadczenia wykorzystano obecnie.

Jakie zmiany zachodzą w organizmie po otrzymaniu szczepionki?

Jeśli mówimy o szczepionce mRNA, to mRNA w pęcherzyku nanolipidowym przechodzi do cytoplazmy – a nie do jądra komórkowego, co jest bardzo ważne. Następnie wykorzystuje mechanizm komórkowy powodujący, że rybosomy z mRNA drukują białko S. Białko S jest białkiem obcym, w związku z czym komórka wystawia go na swojej powierzchni jako antygen. Po rozpoznaniu go przez układ immunologiczny uruchamiane są naturalne mechanizmy odpornościowe, to znaczy przeciwko antygenowi S, który prezentuje komórka, tworzone są swoiste przeciwciała i uczulone limfocyty cytotoksyczne CD8, jak też pomocnicze CD4. W ten sposób nabieramy odporności. Jeżeli zatem w przyszłości zetknemy się z dzikim, zjadliwym koronawirusem, organizm nasz będzie na to przygotowany.

A w przypadku szczepionki wektorowej?

Przy tego rodzaju szczepionkach wykorzystuje się nieszkodliwego wirusa, może to być adenowirus szympansi czy adenowirus ludzki, ale zdefektowany, czyli taki, który został pozbawiony swoich właściwości chorobotwórczych. Materiał szczepionki wchodzi do jądra komórki. Tam DNA z wirusa nośnikowego przepisywane jest na mRNA. Po czym następuje sekwencja znana ze szczepionek mRNA.

Dlaczego konieczne są dwie dawki szczepionki?

Potrzeba przyjęcia dwóch dawek wynika z przeprowadzonych badań klinicznych. Ujawniły one, że dopiero podanie dwóch dawek daje odporność zapewniającą obronę organizmu przed patogenem. Jedna dawka tego nie gwarantuje, po jej otrzymaniu zdarzały się przypadki zachorowań. Być może produkt firmy Johnson & Johnson będzie jednodawkowy. Warto w tym miejscu przypomnieć, że konieczność otrzymania kilku dawek szczepionki nie jest niczym nowym. Przeciwnie w przypadku szczepionek dla dzieci niekiedy należy podać trzy, a nawet cztery dawki.

Czy wiadomo już, jak trwałą odporność wytworzymy?

Tego jeszcze nie wiemy. Na wiarygodne dane musimy poczekać. W tym momencie możemy jedynie domniemywać, jak długotrwałą odporność zapewni nam szczepionka. Osobiście szacuję ten okres na 4–5 lat. Być może po tym czasie koronawirus zostanie opanowany, a wtedy nie będzie potrzeby kolejnego szczepienia. **Nie grozi nam zatem konieczność corocznych szczepień przeciwko koronawirusowi, tak jak ma to miejsce w przypadku grypy?**

Jest to mało prawdopodobne. Po pierwsze, grypa znacznie szybciej mutuje niż koronawirusy. Po drugie, ma znacznie krótszy okres wylegania. To sprawia, że musimy mieć przeciwciała, które zadziałają natychmiast. W przypadku koronawirusa okres wylegania trwa ok. tydzień. To na tyle długo, że organizm zdąży, jeśli ma tylko komórki pamięci – a udowodniono, że po szczepieniach takie komórki powstają – na nowo wytworzyć swoiste przeciwciała.

Dlaczego wirus mutuje?

To normalny proces. Wirusy zawsze mutują. Taka jest ich ekologia. Podobnie jest z wirusami zawierającymi RNA. Kwas rybonukleinowy jest łańcuchem pojedynczym, z którego tworzy kopie enzym replikaza RNA, z założenia popełniający błędy. Są one skutkiem mechanizmu przystosowania wirusa. Te błędy są właśnie mutacjami wirusa. W efekcie wirusy RNA stale się zmieniają. Koronawirus nie jest tu wyjątkiem. Powiedziałbym wręcz, że on na tle innych wirusów RNA jest nawet dość stabilny.

Obecnie uwagę opinii publicznej przykuwają m.in. mutacje z Wielkiej

Brytanii, RPA i Brazylii.

Co możemy o nich powiedzieć?

Wiemy, że mutacja brytyjska jest znacznie bardziej zaraźliwa. To oznacza, że do zakażenia potrzebna jest mniejsza dawka wirusa lub wirus występuje w wyższym stężeniu w wydzielinie dróg oddechowych. Wiemy również, i to jest dobra informacja, że szczepionki działają przeciwko tej mutacji. Nieco inaczej jest w przypadku mutacji z RPA. Tutaj mamy pewne wątpliwości, czy szczepionka będzie działać na tak dużą mutację. Uspokajająco może brzmieć za to informacja, że wirus nie może pozwolić sobie na daleko idącą mutację białka S, ponieważ to uniemożliwiłoby mu połączenie z receptorem ACE2. A brak połączenia z receptorem komórki skutkuje brakiem zakażenia.

Na jakim etapie jesteśmy obecnie w pandemii koronawirusa?

Mam nadzieję, że jesteśmy po drugim szczycie. Na to wskazują dane epidemiologiczne. Natomiast nie wiadomo, ile szczytów zachorowań jeszcze przed nami. Liczby mówią bardzo dużo i dają pewną wskazówkę. Spójrzmy, jak dużo osób nabrało odporności w Polsce. Według oficjalnych danych przechorowało ponad milion osób. Nieoficjalnie mówi się o liczbie 5-6 milionów. To oznacza, że wciąż ponad 30 milionów Polaków jest podatnych na zakażenie. Natomiast zaszczepiliśmy jak dotąd 400 tysięcy osób, czyli ok. 1% społeczeństwa.

Kiedy zatem możemy spodziewać się trzeciej fali pandemii?

Albo na wiosnę, albo na jesień. To zależy tylko od nas i od naszych zachowań. Pamiętajmy, że to nie wirus się przenosi, tylko my go przenosimy. Zatem to, kiedy i jaką skalę będzie mieć kolejna fala zależy od mobilności ludzi i przestrzegania zaleceń.

Powiedział Pan niedawno, że cechuje nas „zaburzona ocena ryzyka” polegająca na tym, że jako większe zagrożenie postrzegamy szczepionkę, niż COVID-19. Czy po rozpoczęciu Narodowego Programu Szczepień uważa Pan podobnie?

Tak, aczkolwiek nietrudno zauważyć, że coraz więcej ludzi przekonuje się do szczepień przeciw SARS-CoV-2. Najlepszym dowodem na to są kolejki chętnych do rejestracji. Zapotrzebowanie jest znacznie większe niż dostępność szczepionek. Zdaje sobie jednak sprawę, że opinia publiczna jest bardzo zmienna. Wystarczy, że pojawi się

informacja o szkodliwym działaniu szczepionki, a będziemy obserwować wahnięcie w drugą stronę. Jeżeli decyzje są oparte na emocjach, to bardzo łatwo je zmienić.

Przez ostatnie lata obserwujemy wzrost akceptacji dla ruchów antyszczepionkowych. Czy obecna sytuacja może mieć wpływ na osłabienie tego trendu?

Trudno powiedzieć. Ruchy antyszczepionkowe są pewnym marginesem, jednak dosyć stałym. Natomiast opinie na temat szczepień tworzą szerokie spektrum. Obejmuje ono zarówno fanatycznych antyszczepionkowców, jak i tych, którzy potrzebują informacji czy są po prostu przekonani do szczepień. Między nimi jest zdecydowana większość ludzi podchodzących do tego tematu zdroworozsądkowo. Potrzebują oni merytorycznej informacji zanim podejmą świadomą decyzję. Nie sądzę, aby taką informacją przekonał pan antyszczepionkowca. Do niego nie trafi żaden argument, ponieważ jego cel życia polega na walce ze szczepieniami. Tego celu życia tak łatwo go nie pozbawimy.

Czy jako specjalista chorób zakaźnych i prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, które notabene w 2021 r. będzie obchodziło 20-lecie istnienia, zauważa Pan zmiany w postrzeganiu szczepień ochronnych, które zaszły w świadomości społecznej na przestrzeni ostatniego roku?

Uważam, że jeżeli są w ogóle jakieś pozytywne aspekty obecnej pandemii, to jednym z nich jest właśnie dostrzeżenie znaczenia chorób zakaźnych i szczepień jako ważnych elementów ochrony zdrowia przez społeczeństwo oraz przez decydentów. Zakaźnictwo i szczepienia przez całe lata były w odwrocie, były niedoceniane. Stale mówiło się o kardiologii czy onkologii, a choroby zakaźne uważane były za choroby minionej epoki, na które chorują ludzie biedni i z niedostatkami higieny. Cały budżet szczepień w Polsce był mniejszy od budżetu jednego szpitala rejonowego. Wśród decydentów nie było przekonania do znaczenia chorób zakaźnych. Obecnie takie przekonanie już jest. Dlatego mam nadzieję, że te właściwe proporcje się utrzymają. Nie chciałbym, żeby po pandemii o chorobach zakaźnych ponownie zapomniano. ■

Rozmawiał Cezary Ksel

Wywiad przeprowadzony 1 lutego 2021 r.

WOŚP dla laryngologii dziecięcej

Podczas tegorocznego 29. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, który odbył się 31 stycznia, zbierano fundusze na zakup sprzętu dla oddziałów dziecięcej laryngologii, otolaryngologii i diagnostyki głowy. To już kolejny raz, kiedy Fundacja Jurka Owsiaaka postanowiła skupić się na systemowym wsparciu placówek leczących dzieci z chorobami ucha, nosa, krtani, gardła oraz innych narządów głowy i szyi. Od 2008 r., kiedy podczas 16. Finału WOŚP zbierano fundusze na sprzęt dla dzieci ze schorzeniami laryngologicznymi, zakupiona aparatura zużyła się. Dlatego konieczne stało się zaopatrzenie polskich ośrodków laryngologii i otolaryngologii dziecięcej w nowoczesny sprzęt do diagnostyki i leczenia. O komentarz na temat tegorocznego Finału poprosiliśmy prof. dr hab. n. med. Lidię Zawadzką-Głos – kierownika Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej DSK UCK WUM.



Prof. Lidia Zawadzka-Głos

Jak Pani Profesor zareagowała na informację, że 29. Finał WOŚP będzie poświęcony dziecięcej laryngologii?

Poświęcenie 29. Finału WOŚP otolaryngologii dziecięcej uważam za wspinały pomysł. Otolaryngologia dziecięca jest wąską dziedziną specjalizacji medycznej, niemniej bardzo ważną. Większość problemów wieku dziecięcego wiąże się z chorobami infekcyjnymi lub zmianami wrodzonymi w zakresie uszu, zatok przynosowych, gardła i krtani. Obserwuje się również wzrost zachorowań na choroby nowotworowe głowy i szyi u dzieci. Dla dobrej i sprawnej diagnostyki oraz leczenia na wysokim poziomie niezbędny jest odpowiedni sprzęt medyczny oraz wy-

szkolona kadra medyczna. Zdaję sobie sprawę, że bez pomocy Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy pozyskanie wysoko-specjalistycznego sprzętu jest często bardzo trudne.

Podczas tegorocznego Finału zbierano fundusze dla oddziałów dziecięcej laryngologii, otolaryngologii i diagnostyki głowy. Jakiej aparatury szczególnie brakuje w tych jednostkach?

Współczesne badanie laryngologiczne w celu postawienia diagnozy wstępnej opiera się między innymi na zastosowaniu sprzętu endoskopowego, takiego jak fiberoskopy, oraz optyki. Takie urządzenie jak nasofiberoskop do oceny nosogardła i jamy nosa jest niezbędne w poradniach



otolaryngologicznych oraz oddziałach szpitalnych. Sprzęt jest drogi, a powinien znajdować się w większości placówek otolaryngologicznych jako podstawowe narzędzie diagnostyczne.

W technikach operacyjnych zatok przynosowych dominują obecnie dostępy endoskopowe, które wykonuje się z użyciem odpowiednich zestawów optyk i toru wizyjnego. Dostęp endoskopowy jest mniej obciążający dla pacjenta, a gojenie przebiega szybciej. Jest to bardzo istotne zwłaszcza dla dziecka. Możliwość rejestracji obrazu endoskopowego, poprzez odpowiednio zabezpieczony system nagrywania, umożliwia analizę trudnych przypadków oraz niekiedy konsultacje wielospecjalistyczne.

Bardzo cennym sprzętem dla ośrodków klinicznych jest nawigacja chirurgiczna, którą stosuje się podczas trudnych zabiegów w obrębie zatok przynosowych oraz podstawy czaszki w przypadkach chorób nowotworowych, powikłań wewnątrzczaszkowych procesów infekcyjnych lub zmian wrodzonych, gdzie wymagana jest szczególna precyzja.

Diagnostyczny sprzęt audiologiczny posiada obecnie większość ośrodków otolaryngologii dziecięcej, ale powinien on podlegać okresowej wymianie i być uzupełniany o nowoczesne moduły badania słuchu lub rozszerzenia możliwości diagnostyki, np. badania i terapii centralnych

zaburzeń słuchu. Nadal bardzo brakuje sprzętu do diagnostyki zaburzeń równowagi u dzieci.

Czego Państwa środowisko oczekuje po tegorocznej zbiórce?

Środowisko otolaryngologów dziecięcych jest wdzięczne za zauważenie przez WOŚP potrzeb sprzętowych zarówno podstawowych oddziałów otolaryngologii dziecięcej, jak i potrzeb jednostek klinicznych. Mam nadzieję, że tegoroczna zbiórka WOŚP, pomimo niezależnych trudności związanych ze stanem epidemiologicznym, będzie jak zawsze efektywna i da szansę na rozwój dla wielu jednostek otolaryngologii dziecięcej, a tym samym przyczyni się do poprawy opieki nad chorym dzieckiem. Pozyskany sprzęt ma bowiem za zadanie służyć przyspieszeniu postawienia diagnozy, poprawie warunków leczenia chirurgicznego oraz zwiększyć możliwości diagnostyki i terapii.

Jak pandemia wpłynęła na funkcjonowanie kierowanej przez Panią Profesor Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej UCK WUM?

Pandemia to czas zahamowania codziennej, intensywnej, planowej pracy. To czas nowych wyzwań i pracy w zmienionych warunkach, przekierowania działalności na rozwiązywanie problemów najbardziej pilnych. Staramy się podołać tym

problemom, świadcząc usługi medyczne potrzebującym pacjentom. Nadal funkcjonuje, choć z ograniczeniami, Poradnia Otolaryngologiczna, Pracownia Audiologii, Pracownia Badań Endoskopowych, hospitalizujemy pacjentów w Klinice. Działalność dydaktyczna dla studentów prowadzona jest obecnie w formie hybrydowej – zajęcia kliniczne oraz online. Każdy marzy o powrocie do normalności.

Pozostawiając na boku problem pandemii, jakie są inne największe wyzwania oddziałów laryngologii dziecięcej?

Podniesienie standardów diagnostyki i leczenia chorób otolaryngologicznych u dzieci jest wyzwaniem dla każdego oddziału otolaryngologii dziecięcej. Jest to możliwe dzięki intensywnemu szkoleniu kadr medycznych lekarzy, techników audiologii, logopedów. Środowisko otolaryngologów dziecięcych nie jest liczne. Dlatego aby umożliwić dostęp do opieki specjalistycznej pacjentowi pediatrycznemu, należy zadbać o szkolenie nowych kadr, zwiększanie limitu miejsc specjalizacyjnych. Oczywiście dalszy rozwój otolaryngologii dziecięcej nie jest możliwy bez dostępu do współczesnego sprzętu medycznego. Dlatego tak istotna jest rola WOŚP i organizowanie realnej pomocy dla ośrodków medycznych. ■

Rozmawiał Cezary Ksel

PROF. MAREK KRAWCZYK

DOKTOREM *HONORIS CAUSA*

UNIwersytetu

JANA KOCHANOWSKIEGO

W KIELCACH

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (UJK) nadał prof. Markowi Krawczykowi, rektorowi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dwóch kadencji w latach 2008-2016, tytuł doktora *honoris causa*. Ceremonia wręczenia dyplomu odbyła się 28 października 2020 r. Wyróżnienie zostało nadane na wniosek Collegium Medicum UJK, zaś recenzentami byli prof. Piotr Richter z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i prof. Grzegorz Wallner z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

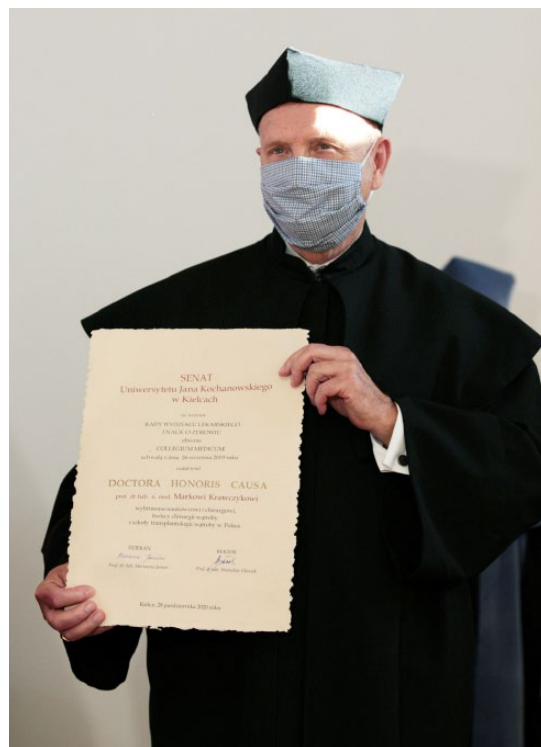
Laudację wygłosił rektor UJK prof. Stanisław Głuszek. Podsumowując osiągnięcia nowego doktora honorowego, powiedział: „Dorobek naukowy prof. Marka Krawczyka jest imponujący, udokumentowany licznymi publikacjami i osiągnięciami. Zarówno recenzenci oraz mówiący te słowa stawiają wysoce pozytywną opinię rekomendującą do godności doktora *honoris causa* prof. Marka Krawczyka, wybitnego klinicystę i naukowca spełniającego wszystkie akademickie kryteria, jak i prawego człowieka o wysokim autorytecie moralnym”.

Rozpoczynając swój wykład pt. „Mistrz chirurgii a nowoczesne technologie” prof. Marek Krawczyk wyznał: „To dla mnie wielki honor, że jestem tu dzisiaj, jako 18. odznaczona osoba tym tytułem i jako drugi medyk, doktor honorowy tej uczelni. (...) To dla mnie specjalny dzień. Z powodu pandemii data tej uroczystości przesunęła się o pół roku. Bardzo trudno jest zebrać myśli sprzed kilku miesięcy. Chciałbym jednak wyrazić wielką wdzięczność. Przyjmuję ten tytuł z pokorą. Moje wzruszenie jest nie do wyrażenia. Nie marzyłem, że dostąpię takiego zaszczytu”.

Podczas wykładu profesor opowiadał o swoim credo życiowym i zawodowym.

Cytował między innymi noblistkę, Wisławę Szymborską i fragment jej odczytu noblowskiego z 1996 r.: „Jest, była, będzie zawsze pewna grupa ludzi, których natchnienie nawiedza. To ci wszyscy, którzy świadomie wybierają sobie pracę i wykonują ją z zamiłowaniem i wyobraźnią. Bywają tacy lekarze, bywają tacy pedagodzy, bywają tacy ogrodnicy i jeszcze setka innych zawodów. Ich praca może być bezustanną przygodą, jeśli tylko potrafią w niej dostrzec coraz to nowe wyzwania. Pomimo trudów i porażek, ich ciekawość nie stygnie. Z każdego rozwiązane zagadnienia wyfruwa im rój nowych pytań”.

Prof. Marek Krawczyk to jedna z najważniejszych postaci polskiej medycyny, specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz transplantologii klinicznej. Jest członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk i członkiem korespondentem Polskiej Akademii Umiejętności. Był wieloletnim kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM. Jako



Prof. Marek Krawczyk z dyplomem doktora *honoris causa* UJK

kierownik Kliniki stworzył program przeszczepiania wątroby od dawcy żywego. W 1999 r. w Klinice dokonano pierwszego w Polsce udanego pobrania fragmentu wątroby od żywego dawcy dla dziecka (transplantacja w Centrum Zdrowia Dziecka). Prof. Marek Krawczyk jest laureatem wielu nagród i odznaczeń krajowych oraz zagranicznych, m.in.: medalu Pro Ecclesia et Pontifice przyznanego przez papieża Franciszka (2019), francuskiego Orderu Palm Akademickich (2014), Krzyża Komandorskiego Orderu Odrodzenia Polski (2016). Ponadto profesor jest członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Amerykańskich (2019) i wielu innych towarzystw naukowych polskich i zagranicznych. ■



Podczas uroczystości prof. Marek Krawczyk otrzymał także statuetkę z popiersiem Jana Kochanowskiego



Członkowie Komitetu Naukowego konferencji (od lewej): dr hab. prof. IPCZD Dariusz Gruszczyński, prof. Barbara Królak-Olejnik, prof. Bożena Kociszewska-Najman i dr hab. prof. UM Jan Mazela

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NEONATOLOGICZNA

W dniach 8–9 października 2020 r. odbyła się Międzynarodowa Konferencja Neonatologiczna „eProInfantis 2020 International”. Sympozjum, w którym udział wzięli znani wykładowcy zagraniczni, przybrało formę online ze streamingiem na żywo.

Współorganizatorem konferencji była prof. Bożena Kociszewska-Najman, kierownik Kliniki Neonatologii DSK UCK WUM, a Komitet Naukowy wraz z panią profesorem tworzyli: dr hab. prof. UM Jan Mazela (Klinika Zakażeń Noworodka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu), prof. Barbara Królak-Olejnik (Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu) i dr hab. prof. IPCZD Dariusz Gruszczyński (Klinika Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Instytut „Pomnik-Centrum

Zdrowia Dziecka” w Warszawie). Członkowie Komitetu Organizacyjnego przebywali w studiu konferencji w Poznaniu, mając łączność z wykładowcami z całego świata, i bez większych problemów mogli uczestniczyć w dyskusji.

Konferencja odbyła się pod honorowym patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. Andrzeja Tykarskiego oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego prof. Ryszarda Lauterbacha.

8 października przeprowadzone zostały e-warsztaty, a 9 października całonocne obrady z udziałem wybitnych ekspertów z: USA, Kanady, Japonii, Norwegii, Finlandii, Niemiec, Szwecji, Izraela, Wielkiej Brytanii, Włoch i Holandii. Kontakt z tak szerokim gronem znanych i cenionych specjalistów z neonatologii umożliwił wymianę doświad-

czeń. Liczne i bardzo ciekawe dyskusje dotyczyły głównego zagadnienia konferencji, jakim było „Micropreemies – the smallest with biggest challenges”, uwzględniające organizację w poszczególnych krajach kompleksowej opieki nad noworodkami skrajnie niedojrzalymi, urodzonymi między 24–28 tygodniem ciąży.

Wprowadzenie nowoczesnych metod diagnostycznych oraz leczenia najmniejszych pacjentów zwiększa istotnie ich przeżywalność i jednocześnie wyraźnie zmniejsza ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwoju psychoruchowego u tych dzieci.

Konferencja „eProInfantis 2020 International” okazała się bardzo dużym sukcesem, a liczba uczestników (ponad 500 osób) – zarówno specjalistów z neonatologii, jak również lekarzy w trakcie specjalizacji z neonatologii – przerosła najśmielsze oczekiwania organizatorów. To niesamowite i niezwykle pozytywne, że mimo otaczającej nas pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, która spowodowała istotne zmiany w naszym życiu osobistym i zawodowym, tak liczna grupa specjalistów z wielu krajów wykazuje chęć spotkania się online w celu wymiany doświadczeń naukowych i klinicznych. ■

*Prof. Bożena Kociszewska-Najman
kierownik Kliniki Neonatologii UCK WUM*

XXX

SESJA NOBLOWSKA

Jubileuszowa XXX Sesja Noblowska, zorganizowana przez Wydział Lekarski WUM, odbyła się 21 grudnia 2020 r. Została poświęcona przedstawieniu laureatów tegorocznej Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny, a także omówieniu znaczenia odkryć, których dokonali. W październiku Komitet Noblowski zdecydował, że nagrodę otrzymają Harvey J. Alter, Michael Houghton i Charles M. Rice za odkrycie wirusa wywołującego zapalenie wątroby typu C. Tegorocznymi wykładowcami Sesji byli: prof. Alicja Wiercińska-Drapała – kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii oraz prof. Aneta Nitsch-Osuch – kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, prodziekan Wydziału Lekarskiego. Specjalny wykład prezentujący historię Sesji Noblowskich wygłosił prof. Marek Krawczyk – rektor WUM w latach 2008–2016 i dziekan I WL w latach 2002–2008. Z powodu sytuacji epidemicznej spotkanie przybrało formę przekazu online.

Sesję Noblowską otworzyli dziekan WL prof. Rafał Krenke, jako gospodarz wydarzenia, oraz rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong. Dziekan zwrócił uwagę, że mimo zmienionej formy, podczas Sesji prezentowane będą znakomite wykłady, które dzięki zaproszonym gościom gwarantują niezmiennie wysoki poziom merytoryczny. „Wirusy i wywoływane przez nie schorzenia stanowią kłamrę spinającą prace badawcze prowadzone przez tegorocznych laureatów Nagrody Nobla już w latach 70. i 80. XX w. z naszą dzisiejszą trudną rzeczywistością. COVID-19 to nie tylko ostra choroba układu oddechowego, ale również choroba innych narządów. Zebrane doświadczenia wskazują również, że dochodzi do podostrego albo przewlekłego uszkodzenia układu oddechowego, zmiany jego architektoniki i zaburzeń funkcjonalnych, które wymagają niekiedy leczenia przeszczepieniem



Prof. Rafał Krenke – dziekan WL



Prof. Zbigniew Gaciong – rektor WUM



Prof. Alicja Wiercińska-Drapała – kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii



Prof. Aneta Nitsch-Osuch – kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

narządu. A tę formę leczenia przeciw od dawna stosuje się z powodzeniem w leczeniu marskości wątroby wywołanej zakażeniem wirusem typu C” – powiedział prof. Rafał Krenke.

Zapraszając do wzięcia udziału w spotkaniu, rektor prof. Zbigniew Gaciong wyraził przekonanie, że pomimo zmiany w formie tegorocznej edycji, Sesja Noblowska pozostanie świętem nauki z udziałem całej społeczności akademickiej.

Prof. Marek Krawczyk w prezentacji „Historia Sesji Noblowskich w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym” omówił najważniejsze edycje grudniowych spotkań



Prof. Marek Krawczyk – rektor WUM w latach 2008–2016 i dziekan I WL w latach 2002–2008

INFORMACJE

tradycyjnie odbywających się w Galerii Porczyńskich. Podsumowując dwadzieścia dziewięć dotychczasowych edycji, profesor podkreślił, że Sesja Noblowska to uroczystość szczególna, albowiem nie jest dedykowana konkretnej grupie zawodowej, społecznej czy naukowej. „Zawsze gromadziły audytorium osób, które były i są głodne wiedzy, pragnących stale poszerzać swoje horyzonty, a przede wszystkim potrzebujących zrozumieć istotę wielkich osiągnięć docenianych przez Komitet Noblowski” – powiedział prof. Marek Krawczyk.

Wykład prof. Alicji Wiercińskiej-Drapała „HCV – od zakażenia do wyleczenia” był poświęcony laureatom Nagrody Nobla 2020, ich osiągnięciom, aktualnym problemom oraz perspektywom leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C. Wystąpienie prof. Anety Nitsch-Osuch „Choroby zakaźne nowe i ponownie pojawiające się – jak zmieniają świat?” stanowiło próbę odpowiedzi na nurtujące pytania, dlaczego pojawiają się choroby zakaźne i dlaczego znane od stuleci schorzenia wciąż stanowią dla nas wyzwanie. ■

Cezary Ksel

Fotografie z XXX Sesji Noblowskiej są ujęciami z filmu dostępnego na stronie www.wum.edu.pl

Historia Sesji Noblowskich*

Inicjatorem i organizatorem pierwszych pięciu Sesji Noblowskich (lata 1991–1995) był prof. Andrzej Karwowski – dziekan I Wydziału Lekarskiego w latach 1990–1996. Sesje Noblowskie, zgodnie z wolą ich inicjatora, oprócz ważnej funkcji poznawczej miały pełnić rolę platformy spotkań nauczycieli akademickich ze studentami, stanowić święto nauki. Trudności lokalowe uczelni, z którymi na początku lat 90. borykała się Akademia Medyczna w Warszawie, były powodem, że I Sesja Noblowska, zorganizowana 6 grudnia 1991 r., odbyła się w Pałacu Kazimierzowskim UW. Dopiero IV Sesja Noblowska odbyła się w Galerii Porczyńskich – miejscu powszechnie kojarzonym z corocznym grudniowym spotkaniem. Od 1996 do 2001 r. gospodarzem spotkań był prof. Wiesław Gliński – dziekan I WL w latach 1996–2002. Na szczególną

uwagę zasługuje XI Sesja Noblowska, która pierwotnie miała odbyć się w grudniu 2001. Spotkanie nie odbyło się w Galerii Porczyńskich, a Sesję zorganizowano dopiero podczas posiedzenia Rady I WL w marcu 2002 r. W latach 2002–2007 gospodarzem Sesji Noblowskiej był prof. Marek Krawczyk (dziekan I WL w latach 2002–2008). W 2003 r. uczestnicy po raz pierwszy otrzymali okolicznościową publikację przedstawiającą poszczególnych wykładowców oraz ich wystąpienia. Kolejnym gospodarzem Sesji Noblowskich (lata 2008–2015) był prof. Mirosław Wielgoś (dziekan I WL w latach 2008–2016). W roku 2015 podczas XXV Sesji Noblowskiej pojawiło się z inicjatywy dziekana nowe wydarzenie. Po ogłoszeniu referatów związanych z Nagrodą Nobla, wręczono po raz pierwszy Nagrodę Fundacji Kościuszkowskiej im. Bogdana i Zygmunta Janczewskich na najlepszą pracę oryginalną z zakresu medycyny klinicznej opublikowaną w anglojęzycznym piśmie medycznym o światowym zasięgu. Trzykrotnie gospodarzem Sesji Noblowskich (2016–2018) był prof. Paweł Włodarski – dziekan I WL w latach 2016–2019. XXVII Sesję Noblowską zaszczyliła swoją obecnością doktor *honoris causa* naszej uczelni prof. Ewa Radwańska, na stałe pracująca w Stanach Zjednoczonych i zasiadająca w kapitule decydującej o wyborze naukowca uhonorowanego Nagrodą Fundacji Kościuszkowskiej. W roku 2019 Sesję przygotował i poprowadził prof. Marcin Wojnar – dziekan nowo powstałego Wydziału Lekarskiego.

Wykładowcy Sesji Noblowskich (SN):

- **I SN** – prof. Hubert Kwieciński, prof. Andrzej Trzebski;
- **II SN** – prof. Artur Czyżyk, prof. Eugeniusz Gąsior, prof. Marek Jakóbiński;
- **III SN** – prof. Ewa Bartnik, prof. Tadeusz Mazurczak;
- **IV SN** – prof. Wojciech Sawicki, prof. Janusz Nauman, prof. Joanna B. Strosznajder;
- **V SN** – prof. Jan Rowiński, prof. Lech Korniszewski;
- **VI SN** – prof. Marek Jakóbiński, prof. Wiesław W. Jędrzejczak,

- **VII SN** – prof. Magdalena Fikus, prof. Paweł P. Liberski;
- **VIII SN** – prof. Ewa Szczepańska-Sadowska, prof. Ryszard J. Gryglewski;
- **IX SN** – dr hab. Katarzyna Nałęcz, dr Cezary Wójcik;
- **X SN** – prof. Waldemar Szelenberger, prof. Andrzej Friedman, prof. Leszek Kaczmarek;
- **XI SN** – prof. Barbara Grzelakowska-Sztabert;
- **XII SN** – prof. Danuta Maślińska, prof. Bożena Kamińska-Kaczmarek, prof. Andrzej Kaczanowski;
- **XIII SN** – prof. Marek Gołębiowski, prof. Andrzej Jasiński;
- **XIV SN** – dr hab. Przemysław Bieńkowski, prof. Andrzej Kukwa;
- **XV SN** – prof. Stanisław Konturek, prof. Jan Dzieniszewski;
- **XVI SN** – dr hab. Rafał Płoski, prof. Włodzimierz J. Krzyżosiak, prof. Jakub Gołąb;
- **XVII SN** – prof. Jacek Modliński, prof. Piotr Stępień, prof. Jacek Malejczyk;
- **XVIII SN** – prof. Sławomir Majewski, prof. Antoni Basta, prof. Janusz Cianciara;
- **XIX SN** – prof. Anna Barańczyk-Kuźma, prof. Janusz Siedlecki;
- **XX SN** – prof. Marian Szamatowicz, prof. Jacek Modliński, prof. Leszek Pawelczyk;
- **XXI SN** – prof. Jacek Bigda, dr Tomasz Stokłosa, prof. Sergiusz Markowicz;
- **XXII SN** – prof. Leonora Bużańska, prof. Mariusz Ratajczak, prof. Andrzej Witek;
- **XXIII SN** – prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska, prof. Joanna B. Strosznajder;
- **XXIV SN** – prof. Jerzy Vetulani, dr Rafał Czajkowski;
- **XXV SN** – prof. Andrzej Członkowski, prof. Dagmara Mirowska-Guzel, dr hab. Daniel Młocicki;
- **XXVI SN** – prof. Lidia Rudnicka, prof. Dominika Nowis, dr hab. Małgorzata Gajewska;
- **XXVII SN** – prof. Małgorzata Tafil-Klawe, dr hab. Michał Biały;
- **XXVIII SN** – prof. Jakub Gołąb, prof. Grzegorz W. Basak;
- **XXIX SN** – prof. Marcin Ufnal, dr Katarzyna Drela; dr Tymoteusz Żera;
- **XXX SN** – prof. Alicja Wiercińska-Drapała, prof. Aneta Nitsch-Osuch.

* Przygotowano na podstawie wystąpienia prof. Marka Krawczyka „Historia Sesji Noblowskich w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym” podczas XXX Sesji Noblowskiej.

NOWATORSKI ZABIEG WSZCZEPIENIA STYMULATORA SERCA

Z ZASTOSOWANIEM SYSTEMU ELEKTROANATOMICZNEGO U PACJENTKI W CIĄŻY

W listopadzie w I Katedrze i Klinice Kardiologii CSK UCK WUM (kierownik prof. Grzegorz Opolski) pacjentce w ciąży wszczepiono stymulator serca z zastosowaniem systemu elektroanatomicznego do nawigacji śródzabiegowej. Stanowiło to zmianę w stosunku do standardowej techniki zabiegowej, w której operator do określenia położenia cewników i elektrod wewnętrznych naczyń używa promieniowania rentgenowskiego. Z uwagi na to, że pacjentka poddawana zabiegowi była w 18. tygodniu ciąży, zaś promieniowanie rentgenowskie może mieć szkodliwe działanie na rozwijający się płód, podjęto decyzję o zastosowaniu nowatorskiej metody.

28-letnia pacjentka została pierwotnie przyjęta w 13. tygodniu ciąży z powodu nawracających omdleń o nieustalonej przyczynie. U chorej wszczepiono wówczas podskórny rejestrator rytmu serca (ILR), który pozwala na ciągły zapis pracy serca oraz wykrycie arytmii nawet przez kilka lat. Zabieg ten nie wymaga zastosowania promieniowania X, a po jego wykonaniu pacjentka była pod nadzorem zespołu Pracowni Kontroli i Telemonitoringu Urządzeń Wszczepialnych Serca. Było to możliwe dzięki zastosowaniu technologii telemedycznej pozwalającej na zdalną transmisję z wszczepionego urządzenia do szpitala, gdzie członkowie zespołu medycznego uzyskiwali raporty na temat pracy serca pacjentki. Z uwagi na wykryte zaburzenia pracy serca stanowiące bezpośrednie zagrożenie życia matki i płodu, zakwalifikowano pacjentkę do pilnego zabiegu wszczepienia stymulatora serca. Cięża wymagała ograniczenia stosowania promieniowania rentgenowskiego i wyboru odmiennej metody lokalizacji wprowadza-

nych do serca elementów układu stymulującego serce. Na zaplanowane postępowanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej WUM (przewodnicząca prof. Magdalena Kuźma-Kozakiewicz).

Wykonany przez Zespół Oddziału Elektrokardiologii z Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM (prof. Marcin Grabowski, dr Piotr Łodziński, dr Jakub Kosma Rokicki, mgr Małgorzata Kotowicz, mgr Dorota Świątek, mgr Dorota Dużyńska i mgr Elżbieta Świętoń) zabieg składał się z dwóch etapów.

„W pierwszym etapie wykonano mapę dużych naczyń i serca z wykorzystaniem elektrod mapujących. Następnie, na bazie uzyskanych trójwymiarowych obrazów, wprowadzono elementy układu stymulującego do docelowych jam serca i obserwowano na bieżąco ich położenia na ekranie monitora. Dzięki współpracy z firmą Abbott (mgr Paweł Połec, mgr Bartosz Małachowski) do przeprowadzenia tej nowatorskiej procedury medycznej wykorzystano system do elektronawigacji Ensite Precision umożliwiający lokalizację elektrod z zastosowaniem pola elektromagnetycznego o niewielkim natężeniu” – tłumaczy dr Piotr Łodziński. „Wczesny okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań i nie wymagał dłuższego pobytu niż po standardowych procedurach tego typu. Zabiegi w technice bez zastosowania promieniowania rentgenowskiego to trend zyskujący



Zespół przeprowadzający zabieg. Na fotografii brak dr. P. Łodzińskiego



Położenie elektrod stymulatora na trójwymiarowym modelu serca w systemie elektroanatomicznym

popularność na całym świecie w wiodących ośrodkach zajmujących się elektrofizjologią serca. Do tej pory Zespół Kliniki Kardiologii WUM mógł poszczycić się zabiegami ablacji przeprowadzanymi według tej strategii” – dodaje prof. Marcin Grabowski, dziękując jednocześnie członkom Komisji Bioetycznej WUM za sprawne procedowanie wniosku i wyrażenie zgody na zabieg. ■

Dr Jakub Kosma Rokicki
I Katedra i Klinika Kardiologii CSK UCK WUM

MINIMALNIE INWAZYJNA, WIELONARZĄDOWA OPERACJA ONKOLOGICZNA

Zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM, kierowanej przez prof. Krzysztofa Zieniewicza, przeprowadził 3 grudnia 2020 r. po raz pierwszy w pełni laparoskopową, jednoczasową anatomiczną resekcję wątroby oraz lewostronną hemikolektomię.

Operację wykonał zespół w składzie: prof. Tadeusz Wróblewski, lek. Wacław Hołówko oraz lek. Jan Stypułkowski (asysta), lek. Grzegorz Witek (asysta). Pacjentkę znieczuliła dr Marta Dec. Do operacji instrumentowała mgr Marzena Kaczmarzka, funkcję pielęgniarki anestezjologicznej pełniła mgr Ewa Sobczak.

Wskazaniem do operacji u 59-letniej pacjentki był dwuogniskowy rak jelita grubego z przerzutem do wątroby w seg. 2/3. Ze względu na objawową kamicę pęcherzyka żółciowego wykonano równocześnie cholecystektomię. W badaniu histopatologicznym rozpoznano dwu-



Prof. Tadeusz Wróblewski (po prawej) i lek. Wacław Hołówko

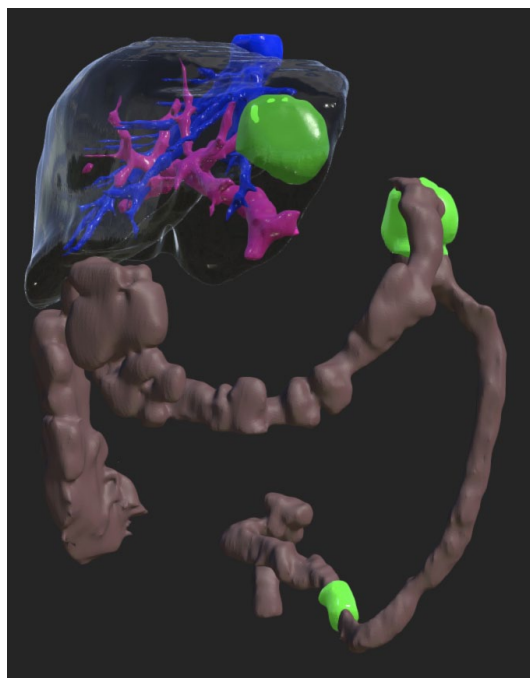
ogniskowego raka gruczołowego jelita grubego pT3(m) N1b(3/21) M1 R0.

„Podczas operacji usunęliśmy lewą połowę jelita grubego z powodu dwóch oddalonych od siebie o 15 cm ognisk nowotworu, przeprowadziliśmy lewostronną bisegmentektomię boczną w związku z synchronicznym przerzutem do segmentu I i II wątroby oraz cholecystektomię z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego. Operacja objęła zatem trzy regiony w jamie brzusznej” – mówi prof. Tadeusz Wróblewski. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana z Kliniki w 5. dobie pooperacyjnej.

„Dostęp minimalnie inwazyjny na dobre zyskał uznanie w leczeniu chorób onkologicznych. Poza korzyściami, takimi jak m.in. zmniejszenie bólu pooperacyjnego, zmniejszenie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej i krótszy okres rehabilitacji, pacjenci onkologiczni

mogą szybciej podjąć leczenie uzupełniające. Wykonywanie jednoczasowych, laparoskopowych operacji wielonarządowych dodatkowo skraca czas od chirurgicznie radykalnego usunięcia nowotworu do momentu włączenia pooperacyjnej chemioterapii” – mówi lek. Wacław Hołówko, który w swojej pracy skupia się na minimalnie inwazyjnym sposobie leczenia chorób jamy brzusznej, w tym schorzeń onkologicznych.

Dzięki współpracy Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM oraz Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego działa ogólnopolski rejestr laparoskopowych resekcji wątroby. Aktualnie w prowadzenie rejestru zaangażowanych jest 7 ośrodków, m.in. z Krakowa, Białegostoku, Lublina, Łodzi i Bydgoszczy. ■



Wizualizacja położenia guzów nowotworowych (na zielono): dwa ogniska pierwotne raka jelita grubego – zagięcie śledzionowe i esica oraz przerzut do segmentów wątroby II i III

Lek. Wacław Hołówko,
prof. Tadeusz Wróblewski,
prof. Krzysztof Zieniewicz
Klinika Chirurgii Ogólnej,
Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM

PIERWSZA W POLSCE PRZESKÓRNA KRIOABLACJA GUZA NERKI

Pierwszy w Polsce zabieg przezskórnej krioablacji guza nerki, wykonany pod kontrolą tomografii komputerowej, został przeprowadzony 2 grudnia 2020 r. w II Zakładzie Radiologii CSK UCK WUM, kierowanym przez prof. Olgierda Rowińskiego.

Dzięki nawigacji tomografii komputerowej wprowadzono igły do wnętrza guza, a następnie ich końcówki zostały schłodzone do temperatury od -20 do -40°C. Tak niska temperatura zniszczyła guz i niewielki margines tkanek wokół niego bez konieczności wykonywania operacji. Pacjent został skierowany na ablację ze względu na obciążenia ogólne, które czyniły operację zbyt ryzykowną. Zabieg trwał około 3 godzin i był zdalnie nadzorowany przez dr. Patricka Knüsela, radiologa interwencyjnego ze Szwajcarii. Dr Knüsel miał stały podgląd obrazów tomografii, USG, aparatu do ablacji oraz pola operacyjnego. Zdalny nadzór nad zabiegiem pozwolił uniknąć ryzyka, z którym wiązać się podróż w czasie pandemii.

Zabieg wykonywali radiolodzy interwencyjni dr Grzegorz Rosiak, lek. Dariusz Konecki i dr Krzysztof Milczarek, anestezjolog dr Alicja Kwiatkowska, pielęgniarka Barbara Dąbrowska oraz technicy elektromedycyny Tomasz Lipczewski i Monika Pac. W szpitalu pacjent znajdował się pod opieką dr. Tomasza Ostrowskiego z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyni CSK UCK WUM, kierowanej przez prof. Zbigniewa Gałązkę, natomiast na stałe jest prowadzony przez dr. Roberta Nowakowskiego z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, kierowanej przez prof. Tomasza Demkowskiego.

Skuteczność przezskórnej krioablacji raka nerki jest zbliżona do operacji (około 95%), a powikłania są bardzo rzadkie przy prawie zerowej śmiertelności. Niestety obecnie najprawdopodobniej w żadnym

polskim szpitalu nie wykonuje się takich zabiegów. Są one wymagające sprzętowo, ponieważ powinny być wykonywane pod kontrolą tomografii komputerowej.

Nefrektomia radykalna lub oszczędzająca jest leczeniem z wyboru w przypadku raka nerki. Ze względu na ogólne obciążenie niektórzy pacjenci nie mogą zostać poddani takiej terapii. W przypadku raka nerki 5-letnie przeżycie, zależne od raka, wynosi około 95%. Jest to więc skuteczność zbliżona do nefrektomii oszczędzającej. Pamiętać należy, że odsetek powikłań po ablacji jest znacznie niższy niż po operacji przy prawie zerowej śmiertelności – co jest szczególnie istotne u pacjentów starszych i obciążonych.

Do wykonania pierwszej krioablacji raka nerki przygotowaliśmy się od dwóch lat. Większość z tego czasu zajęły sprawy organizacyjno-administracyjne. Jeszcze do niedawna firmy produkujące odpowiedni sprzęt nie były obecne w Polsce lub nie były gotowe na współpracę. Jednak w tym roku nawiązaliśmy współpracę z firmą Boston Scientific Polska, która sprawnie i solidnie podeszła do tematu, wypożyczając nam sprzęt i organizując szkolenie. Konieczne było również przekonanie lekarzy prowadzących pacjentów z rakiem nerki. Dopiero kontakt z Kliniką Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii zaowocował wykonaniem pierwszego zabiegu. Przy metodzie leczenia, która nie była wcześniej w Polsce stosowana, obawy są całkowicie zrozumiałe.

Radiologia interwencyjna to dziedzina zajmująca się zabiegami małoinwazyjnymi wykonywanymi pod kontrolą badań obrazowych, takich jak USG, tomografia komputerowa czy fluoroskopia rentgenowska. Dzięki takim zabiegom można leczyć wiele typów nowotworów u pacjentów, którzy nie mogą być poddani operacji. Na świecie radiologia interwencyjna jest

jednym z czterech podstawowych filarów leczenia onkologicznego obok chirurgii, chemioterapii i radioterapii. W Polsce jest to dziedzina mało rozwinięta i nasze działania mają na celu rozpowszechnienie tych metod leczenia. W okresie pandemii, kiedy mamy do czynienia z niedoborem łóżek i personelu, krótszy pobyt pacjenta w szpitalu (zwykle wychodzi na drugi dzień po zabiegu) jest szczególnie istotny.

W II Zakładzie Radiologii UCK WUM radiologia interwencyjna ma swoje ważne miejsce – wykonujemy tu około 3 tysięcy zabiegów rocznie (prawdopodobnie najwięcej w Polsce). Wykorzystujemy również techniki ablacyjne – od kiedy wykonaliśmy pierwszą termoablację 7 lat temu, odbyło się kilkaset takich zabiegów. Zabiegi te dotyczyły głównie wątroby. Ze względu na brak finansowania przez NFZ rzadziej wykonujemy termoablację guzów płuc i nadnerczy. Niemal wszystkie ablacje wykonywane są pod jednoczesną kontrolą tomografii komputerowej i USG, co znacznie poprawia ich bezpieczeństwo oraz skuteczność.

Radiologia interwencyjna w onkologii jest obecna od lat 80. XX w., ale jej najbardziej dynamiczny rozwój przypada na ostatnie 20 lat. Niestety w Polsce tylko niewielki procent pacjentów wymagających leczenia małoinwazyjnego ma do niej dostęp. Dotyczy to m.in. leczenia raka nerki. We wszystkich wytycznych najważniejszych towarzystw onkologicznych i urologicznych ablacja określana jest jako metoda skutecznego leczenia raka nerki u pacjentów starszych i obciążonych.

Przewaga krioablacji nad termoablacją guzów nerek polega na mniejszym ryzyku uszkodzenia układu kielichowo-miedniczkowego. Dodatkowo w tomografii komputerowej strefa ablacji jest wyraźnie widoczna.

Aktualnie zaleca się, aby zabiegi krioablacji były wykonywane pod kontrolą

W Wielkiej Brytanii wykonuje się ponad 1000 krioablacji rocznie, we Francji ponad 700, a w Polsce do tej pory zabiegi te nie były w ogóle dostępne

tomografii komputerowej z dwóch powodów: po pierwsze, dzięki temu strefa ablacji jest wyraźniej widoczna niż w USG, po drugie, umożliwia to odsunięcie wrażliwych narządów (np. pętli jelitowych) za pomocą soli fizjologicznej, unikając w ten sposób ich uszkodzenia (taki manewr, zwany hydrodyssekcją, rzadko jest możliwy do wykonania pod kontrolą USG).

W Wielkiej Brytanii wykonuje się ponad 1000 krioablacji rocznie, we Francji ponad 700, a w Polsce do tej pory zabiegi te nie były w ogóle dostępne. Naszym zdaniem około 400–500 pacjentów rocznie mogłoby skorzystać z tej metody leczenia. Podstawową barierą jest refundacja NFZ, która pokrywa ok. 10–15% kosztów zabiegu. Z drugiej strony, miesięczny wydatek leczenia systemowego raka nerki czasami przekracza koszt jednego, radykalnego i małoinwazyjnego zabiegu, jakim jest krioablacja. W listopadzie 2019 r. Krajowa Rada ds. Onkologii zatwierdziła propozycje zmian taryfikacji zabiegów radiologii interwencyjnej w onkologii. Stosowny wniosek został złożony w tym roku w NFZ i liczymy, że zostanie rozpatrzony pozytywnie.

W II Zakładzie Radiologii UCK WUM mamy unikatowy na skalę Polski program wielodyscyplinarnego leczenia raka wątrobowokomórkowego – wspólne działania chirurgów wątroby, onkologów i radiologów interwencyjnych dają bardzo dobre efekty. Pokazuje to, że w wielu przypadkach bez radiologii interwencyjnej nie możemy mówić o nowoczesnym leczeniu pacjentów onkologicznych. ■

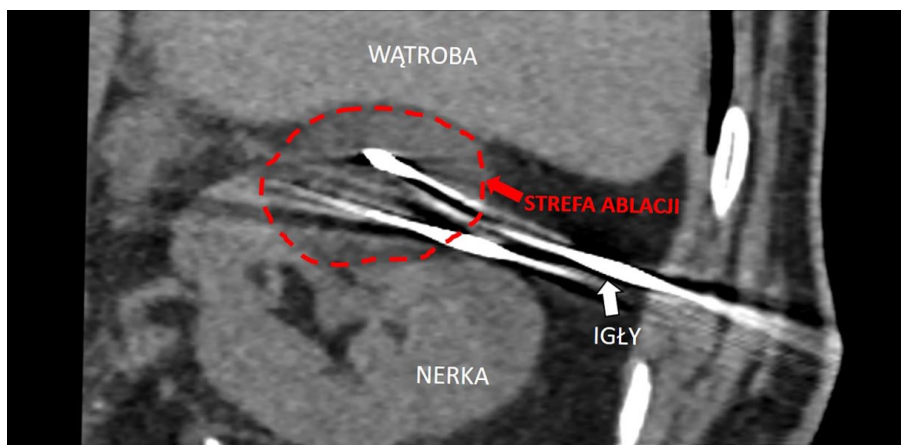
Dr Grzegorz Rosiak
II Zakład Radiologii CSK UCK WUM



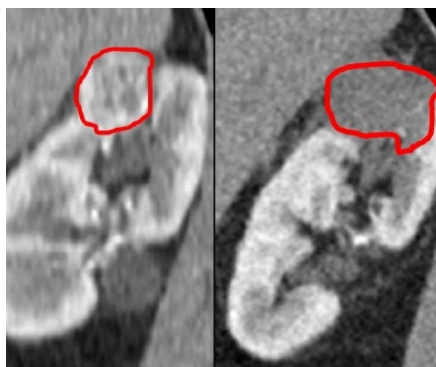
Zabieg przezskórnej krioablacji guza nerki



Dr Patrick Knüsel (na ekranie monitora) nadzoruje zabieg



Widoczna strefa ablacji w tomografii komputerowej



Krioablacja guza nerki (przed i po zabiegu)



Blizna po krioablacji

POSIEDZENIE SENATU WUM

30 LISTOPADA 2020

Podczas posiedzenia Senatu WUM 30 listopada JM prof. Zbigniew Gaciong wręczył gratulacje w związku z otrzymaniem przez pracowników naszej uczelni Nagród Ministra Zdrowia.

Prof. Grzegorz Opolski, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego otrzymał Nagrodę Ministra Zdrowia za całokształt dorobku. Rektor przekazał prof. Opolskiemu gratulacje związane z uhonorowaniem tym szczególnym wyróżnieniem wieloletniej pracy na rzecz rozwoju polskiej medycyny, szczególnie kardiologii, a także za aktywną działalność kliniczną, naukową, dydaktyczną i organizacyjną w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Nagrodę Ministra Zdrowia w zakresie działalności naukowej otrzymała dr Aleksandra Gąsecka van der Pol z I Katedry i Kliniki Kardiologii CSK UCK WUM, za pracę naukowo-badawczą dotyczącą terapii przeciwplatek, w tym pracę pn. „Platek pęcherzyki zewnętrzne receptora P2Y12 w ostrym zawał serca”. Rektor złożył dr Gąseckiej van der Pol gratulacje online, gdyż pani doktor nie było w Sali Senatu podczas hybrydowego posiedzenia Senatu.

Listy gratulacyjne od rektora odebrali przedstawiciele nauczycieli akademickich wyróżnionych nagrodą w zakresie działalności dydaktycznej, którą Minister Zdrowia przyznał zespołowi w składzie: dr hab. Rafał Stec – kierownik Kliniki Onkologii CSK UCK WUM, prof. Andrzej Deptała – kierownik Zakładu Profilaktyki Onkologicznej, dr Marta Smoter i lek. Magdalena Chmielowiec z Kliniki Onkologii, dr Leszek Kraj z Katedry i Kliniki Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM oraz prof. Mariusz Frączek z II Katedry



Rektor prof. Zbigniew Gaciong (po prawej) wręcza gratulacje prof. Grzegorzowi Opolskiemu

i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, za autorstwo nowoczesnego podręcznika akademickiego „Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dla lekarzy specjalizujących się w onkologii”.

Posiedzenie Senatu było okazją do wręczenia przez rektora prof. Zbigniewa Gacionga i prezesa Studenckiego Towarzystwa Naukowego Olę Płazę Złotych Odznak Studenckiego Towarzystwa Naukowego pierwszej grupie wyróżnionych. Otrzymali je absolwenci kierunku lekarskiego: Marta Fudalej, Aleksander Ślusarczyk, Aleksandra Soplińska, Michał Proczka, Anna Michałowska, Jakub Żółkiewicz, Karol Taradaj oraz absolwenci kierunku analityka medyczna: Justyna Holka i Magdalena Senczyszyn. Wręczenie Złotych Odznak STN kolejnej grupie nagrodzonych odbyło się na grudniowym posiedzeniu Senatu.

Senat wybrał pierwszych członków Rady Uczelni na kadencję 2021-2024, którymi zostali: prof. Aleksander Nawrat, dr Bogdan Lang, prof. Kazimierz Niemczyk, prof. Leszek Pączek. Ponieważ głosowanie nie wyłoniło wszystkich członków, II tura

wyborów do Rady Uczelni została zaplanowana na kolejne posiedzenie Senatu.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę referowaną podczas posiedzenia przez prorektora prof. Wojciecha Lisika i p.o. dyrektora UCK WUM Annę Łukasik – ustanowienia hipoteki na nieruchomościach WUM, obejmujących Kampus Banacha, w celu zabezpieczenia spłaty kredytu, jaki zamierza zaciągnąć UCK WUM w Banku Gospodarstwa Krajowego, o łącznej wartości nie mniejszej niż 600 mln (150% kredytu).

Prorektor prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska przedstawiła Senatorom informacje na temat zaległych urlopów pracowników WUM. Problem w szczególności dotyczy nauczycieli akademickich. Według danych z dnia 16.11.2020 r. – średnio pracownicy mają 21 dni zaległego urlopu w 2020 r., a za rok 2019 – średnio 2 dni. Uczelnia musi zarezerwować środki na wypłaty ekwiwalentów urlopowych, co generuje ogromne koszty – ogółem 12,7 mln zł. Prorektor zapowiedziała wprowadzenie nowych zasad i trybu udzielania urlopów wypoczynkowych na-

uczycielom akademickim i pracownikom niebędącym nauczycielami zatrudnionymi w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W swoim wystąpieniu prorektor mówiła również o Pracowniczych Planach Kapitałowych (PPK). Od dnia 1 stycznia 2021 r. przepisy te stosuje się również do WUM. Konieczny jest wybór instytucji finansowej, która utworzy rachunki PPK dla pracowników, będzie nimi zarządzała i je prowadziła. JM Rektor powołał komisję do spraw wyboru takiej instytucji finansowej, w skład której wchodzi również przedstawiciel organizacji związkowych. Prorektor prof. Marek Kuch przedstawił sprawozdanie z przebiegu kształcenia w warunkach pandemii. Prorektor prof. Piotr Pruszczyk odpowiedział na pytania dotyczące finansowania publikacji. Zapowiedział, że obecnie nie są wspierane publikacje za 70 pkt, ale ta sytuacja może ulec zmianie w przyszłym roku. Przypomniał też o otwarciu naboru wniosków na adjustację językową prac naukowych. Senat za-

aprobował porozumienie WUM z dwoma uczelniami francuskimi – École Polytechnique, Palaiseau i University of Montpellier – dotyczące prowadzenia wspólnego doktoratu „Cotutelle”. Obie umowy dotyczą doktorantów realizujących badania w Wydziale Farmaceutycznym. Senatorowie wyrazili zgodę na zawarcie umowy bilateralnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z Narodowym Uniwersytetem Medycznym im. Oleksandra Bohomolca w Kijowie.

Senat wybrał skład Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów na kadencję 2020/2024 (nauczyciele akademicy: dr hab. Edyta Krzych-Fałta, WNoZ – przewodnicząca, dr hab. Kinga Ostrowska, WF – zastępca przewodniczącej, dr Wiesława Duda-Król, WL – członek, lek. dent. Maja Lipiec, WLS – członek, dr Anna Obszyńska-Litwiniec, WM – członek; studenci: Piotr Nawrot, WL – członek, Artur Wawer, WLS – członek, Daria Cze- czuk, WM – członek, Hanna Dąbrowska,

WF – członek, Klaudia Żmijewska, WNoZ – członek).

Senat powołał Odwoławczą Komisję Dyscyplinarną dla Studentów na kadencję 2020/2024 (nauczyciele akademicy: dr hab. Magdalena Suchacz, WL – przewodnicząca, dr hab. Gabriela Olędzka, WNoZ – zastępca przewodniczącej, lek. dent. Natalia Bratek-Stańczyk, WLS – członek, dr Maciej Janiszewski, WM – członek, dr hab. Katarzyna Paradowska, WF – członek; studenci: Agata Andrzejczyk, WL – członek, Bartłomiej Woryński, WLS – członek, Natalia Łuczak, WM – członek, Barbara Daszczuk, WF – członek, Michał Czaplicki, WNoZ – członek).

Senatorowie zatwierdzili zmiany w planach i programach studiów podyplomowych: „Dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych”, „Medycyna estetyczna”, „Metodologia badań klinicznych”.

*Marta Ewa Wojtach
Rzecznik prasowy WUM*

POSIEDZENIE SENATU WUM

14 GRUDNIA 2020

Podczas grudniowego posiedzenia Senatu rektor prof. Zbigniew Gaciong wręczył dyplomy uznania dyrektorom warszawskich liceów ogólnokształcących za najwyższe miejsca w rankingach sporządzonych przez WUM na podstawie rekrutacji w 2020 r. Dyplomy odebrały Joanna Kielbasa – dyrektor IX Liceum Ogólnokształcącego im. Klementyny Hoffmanowej w Warszawie oraz Regina Lewkowicz – dyrektor XIV Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Staszica w Warszawie. Gratulacje w związku z uzyskaniem „Lauru Medycznego im. Doktora Wacława Mayzla”, nagrody V Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk otrzymała Anna Michałowska, absolwentka Wydziału Lekarskiego. Grudniowy Senat był okazją do wręczenia dowodów



Zdalne posiedzenie Senatu WUM

uznania za działalność w studenckim ruchu naukowym drugiej grupie wyróżnionych. Z rąk rektora prof. Zbigniewa Gacionga i Olgi Płazy Złote Odznaki STN odebrali: Klaudia Klicka (WL), Szymon Baluszek (WL), Mateusz Jeżewski (WL), Aleksandra Hyży (WNoZ).

Prof. Krzysztof Czajkowski – przewodniczący Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej, przedstawił Senatorom sprawozdanie UKR z procesu rekrutacyjnego studentów przeprowadzonego na rok akademicki 2020/2021. W 2020 r. przyjęto na studia 2850 osób. Najwięcej z nich, aż 540, rozpocznie jednolite studia magisterskie w trybie stacjonarnym na kierunku lekarskim. Spośród studiów stacjonarnych I stopnia największa liczba studentów zasilili pielęgniarstwo, podobnie jest na studiach II stopnia. Minimalna przykładowa liczba punktów, która umożliwiała rozpoczęcie nauki na WUM to 236,6 na kierunku lekarskim (w 2019 r. było to 228 pkt) i 206,2 na fizjoterapii (191,2 w 2019 r.).

Senatorowie wybrali prof. dr. hab. inż. Aleksandra Nawrata, członka Rady Uczelni, na przewodniczącego Rady Uczelni, wskazanego zgodnie z zapisem §33 ust. 1 Statutu WUM przez JM Rektora. W ramach wyborów uzupełniających Senat wybrał na członków Rady Uczelni: dr. hab. prof. UW Marcina Matczaka i prof. Romana Smolarczyka.

Rektor przedstawił Senatorom zastrzeżenia, jakie zgłosił do planu rzeczowo-fi-

nansowego. Zauważył, że przewidywany tegoroczny budżet będzie wyższy od ubiegłorocznego aż o 18%, podczas gdy w latach ubiegłych coroczny wzrost kosztów uczelni wynosił ok. 5%. Prof. Zbigniew Gaciong zwrócił uwagę, że nie jest to związane z sytuacją epidemiczną, gdyż pomimo ograniczeń w funkcjonowaniu WUM nie ma udokumentowanego wpływu pandemii na realizację tegorocznego planu finansowego uczelni. Rektor wyraził też zastrzeżenia wobec niektórych decyzji inwestycyjnych i projektów rozpoczętych w ostatnich latach, których nieuzasadniony koszt pogarsza wynik finansowy uczelni, jej potencjał rozwojowy i konkurencyjność. Jako przykład podał informatyzację uczelni, termomodernizację budynków Wydziału Farmaceutycznego oraz projekt inwestycji Centrum Symulacji Medycznych. Zastrzeżenia, zdaniem rektora, budzą również zamieszczone w planie rzeczowo-finansowym koszty funkcjonowania wydziałów, których zasadność nie została zweryfikowana.

W głosowaniu tajnym Senatorowie wybrali następujący skład Komisji Dyscyplinarnej dla Nauczycieli Akademickich na kadencję 2020/2024: prof. dr. hab. Tomasz Wolańczyk, RDNM – przewodniczący, prof. dr. hab. Agnieszka Pietrosiuk, RDNF – zastępca przewodniczącego, prof. dr. hab. Tadeusz Wróblewski, WL – zastępca przewodniczącego, prof. dr. hab. Aleksandra Czerw, RDNoZ – członek, dr. hab. Piotr Bienias, WLS – członek, dr. hab. Magdalena

Wojnarowska-Soldan, WNoZ – członek, dr. hab. Katarzyna Sykłowska-Baranek, WF – członek, dr. hab. Dorota Włodarczyk, WM – członek, przewodniczący Samorządu Studentów Jakub Olszewski, WL – członek.

Prorektor prof. Piotr Pruszczyk przedstawił Senatorom informacje dotyczące aktualnego stanu ewaluacji naukowej. Senat pozytywnie zaopiniował zmiany w uchwale nr 6/2020 Senatu z dnia 27.01.2020 w sprawie wprowadzenia trybu działania i sposobu postępowania rad dyscyplin naukowych w postępowaniach o nadanie stopnia naukowego w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Prorektor prof. Marek Kuch zaprezentował comiesięczną informację na temat prowadzenia zajęć ze studentami. Senat przyjął uchwałę w sprawie odbywania na studiach zajęć kształtujących umiejętności praktyczne w podmiotach leczniczych i służbach sanitarno-epidemiologicznych w ramach zadań związanych z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 w roku akademickim 2020/2021.

Prorektor prof. Paweł Włodarski omówił podczas posiedzenia Senatu plany stworzenia Księgi Identyfikacji Wizualnej naszej uczelni. Senat pozytywnie zaopiniował zawarcie umowy pomiędzy WUM a Uniwersytetem w Murcii, dotyczącej kontynuacji współpracy w ramach programu ERASMUS+.

Marta Ewa Wojtach
Rzecznik prasowy WUM





awanse, nagrody...

• **Prof. Grzegorz Opolski** (kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii UCK WUM) został wyróżniony Nagrodą Ministra Zdrowia za całokształt dorobku. Profesor znalazł się także w gronie badaczy wyróżnionych przez prezesa Polskiej Akademii Nauk prof. Jerzego Duszyńskiego za wybitne osiągnięcia naukowe w 2020 r.

• **Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk** (kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM) została wyróżniona statuetką św. Apolonii – patronki dentystów, przyznawaną przez Okręgową Radę Lekarską wraz z Komisją ds. Lekarzy Dentystów.

• **Prof. Andrzej Horban** (kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych WUM, główny doradca premiera ds. COVID-19) został nagrodzony w XX edycji konkursu „Sukces roku w ochronie zdrowia – Liderzy medycyny” w kategorii zdrowie publiczne.

• **Prof. Marcin Grabowski** (I Katedra i Klinika Kardiologii UCK WUM) zajął trzecie miejsce w organizowanym przez „Puls Medycyny” konkursie „Złoty Skalpel” za pierwsze polskie zastosowanie technologii bluetooth w urządzeniach do elektrotterapii serca u dorosłych pacjentów.

• **Prof. Krzysztof Zieniewicz** (kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby UCK WUM) wraz z zespołem zajęli siódme miejsce w organizowanym przez „Puls Medycyny” konkursie „Złoty Skalpel” za wykonanie pierwszej w Polsce transplantacji wątroby po zastosowaniu mechanicznej, pozaustrojowej perfuzji i oksygenacji narządu w hipotermii, techniką D-HOPE.

• **Prof. Marek Kulus** (kierownik Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dzie-

cięcego UCK WUM) otrzymał nominację na członka Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim (kadencja 2021–2024) działającej przy Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

• **Prof. Jacek P. Szaflik** (kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki) został powołany na funkcję prezesa Fundacji Rozwoju WUM.

• **Prof. Hanna Szajewska** (kierownik Kliniki Pediatrii UCK WUM) i **prof. Jakub Gołąb** (kierownik Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury) znaleźli się w gronie TOP 2% najlepszych naukowców na świecie, których publikacje są najczęściej cytowane przez innych autorów. Zestawienie opublikowane na łamach czasopisma „PLOS Biology Journal” przygotowali analitycy z Uniwersytetu Stanforda we współpracy z wydawnictwem Elsevier i firmą SciTech Strategies.

• **Prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska** (kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM) otrzymała dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki w ramach konkursu OPUS 19 na prowadzenie projektu „Ocena roli układu apelinergicznego w rozwoju kardiotoxyczności indukowanej dokso-rubicyną w modelu zwierzęcym”.

• **Prof. Marcin Ufnal** (kierownik Zakładu Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej WUM) otrzymał dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki w ramach konkursu OPUS 19 na prowadzenie projektu „(TNT-CVD) Trimetyloamina jako toksyna w chorobach układu krążenia”.

• **Dr hab. Radosław Zagożdżon** (kierownik Zakładu Immunologii Klinicznej

WUM) otrzymał dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki w ramach konkursu OPUS 19 na prowadzenie projektu „Zwiększanie precyzji immunoterapii przeciwnowotworowej chimerowymi receptorami antygenowymi (CAR) przez zastosowanie ekspresji CAR indukowanej chemokinami”.

• **Dr hab. Jolanta Kunikowska** (Zakład Medycyny Nuklearnej UCK WUM) objęła stanowisko prezydenta Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej na lata 2021–2022.

• **Zespół w składzie: dr hab. Rafał Stec** (kierownik Kliniki Onkologii UCK WUM), **prof. Andrzej Deptała** (kierownik Zakładu Profilaktyki Onkologicznej WUM), **dr Marta Smoter i lek. Magdalena Chmielowiec** (Klinika Onkologii UCK WUM), **dr Leszek Kraj** (Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM) oraz **prof. Mariusz Frączek** (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej WUM) został wyróżniony Nagrodą Ministra Zdrowia w zakresie działalności dydaktycznej za autorstwo podręcznika akademickiego „Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dla lekarzy specjalizujących się w onkologii”.

• **Zespół lekarzy z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej UCK WUM** znalazł się wśród laureatów corocznych wyróżnień przyznawanych przez dziennikarzy „Rynku Zdrowia” – „Portrety Polskiej Medycyny 2020” – za przeprowadzenie unikalnej na skalę światową operacji autotransplantacji nerki przeszczepionej z pozaustrojową rekonstrukcją naczyniową. W imieniu zespołu nagrodę w kategorii „Lekarz Rynku Zdrowia” odebrał kierownik Kliniki **prof. Sławomir Nazarewski**.

• **Prof. Dominika Nowis** (WUM) oraz **dr Anna Marusiak** (UW) zostały laureatkami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Ocena wpływu wy-ciszenia kinazy MLK4 na wzmocnienie odpowiedzi na chemioterapię w mysim modelu raka piersi”.

• **Prof. Anna Kostera-Pruszczyk** (WUM) oraz **prof. Katarzyna Tońska** (UW) zostały laureatkami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Rozpoznanie, jak liczną grupę wśród pacjentów ze stwardnieniem rozsianym stanowić mogą osoby, u których przyczyną bądź jedną z przyczyn jest pierwotne zaburzenie związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem mtDNA”.

• **Prof. Michał Grąt** (WUM), **lek. Marcin Morawski** (WUM) oraz **prof. Marek Maleszewski** (UW) zostali laureatami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Optimalizacja wytwarzania nowej linii komórkowej wykazującej funkcje hepatocytów”.

• **Dr hab. Aleksandra Wesołowska** (WUM), **dr hab. Bartłomiej Walczak** (UW) oraz **dr Bartłomiej Blesznowski** (UW) zostali laureatami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Opracowanie i przeprowadzenie ogólnopolskiego badania dotyczącego promocji karmienia piersią w ujęciu interdyscyplinarnym”.

• **Dr hab. Joanna Peradzińska** (WUM), **dr hab. Natalia Siudzińska** (UW) oraz **dr hab. Marzena Stępień** (UW) zostały laureatkami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Ustalenie norm czasu fonacji dla polskiej populacji zdrowych osób dorosłych, a także zależności między wynikami uzyskanymi przez kobiety i mężczyzn, związek między czasem fonacji a stopniem i kształtem kanału głosowego, sprawnością oddechową i ogólną sprawnością fizyczną, sprawnością głosową”.

• **Dr hab. Ernest Kuchar** (WUM), **prof. Rafał Płoski** (WUM), **dr Katarzyna Suski-Grabowski** (UW) oraz **dr Miron Bartosz Kursa** (UW) zostali laureatami konkursu dla zespołów badawczych

WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Identyfikacja czynników genetycznych i środowiskowych aktywacji syndromu PIMS w Polsce”.

• **Dr Monika Rużycka-Ayoush** (WUM) oraz **dr Agata Kowalczyk** (UW) zostały laureatkami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Nanobiosensor w diagnostyce koronawirusa SARS-CoV-2”.

• **Dr Monika Grymowicz** (WUM) oraz **dr hab. Marcin Rzesutek** (UW) zostali laureatami konkursu dla zespołów badawczych WUM i UW, i otrzymają środki na pomoc w realizacji projektu „Uzupełnienie luk w badaniach naukowych dotyczących dobrostanu i zdrowia psychicznego kobiet w okresie ciąży i postpartum. Zbadanie wpływu warunków pandemii SARS-CoV-2 na dobrostan psychiczny kobiet”.

• **Dr hab. Tadeusz Przybyłowski** (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii UCK WUM) został powołany przez rektora WUM na stanowisko Uczelnianego Koordynatora Programu ERASMUS+ w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

• **Dr hab. Jakub Piwowarski** (Katedra Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii WUM) wraz z kierowanym przez siebie zespołem naukowców otrzymał Złoty Medal w kategorii medycyna i biotechnologia podczas Międzynarodowej Warszawskiej Wystawy Wynalazków za opracowanie formuły o działaniu przeciwzapalnym do stosowania miejscowego w stanach zapalnych skóry i błon śluzowych. Pan docent otrzymał także dofinansowanie Narodowego Centrum Badań i Rozwoju w ramach konkursu LIDER XI na realizację projektu „Synteza API, opracowanie formuły oraz przeprowadzenie badań *in vivo* dla kremu zawierającego postbiotyczny metabolit mikrobioty jelitowej człowieka – U228 do stosowania miejscowego w terapii atopowych stanów zapalnych skóry”. Projekt będzie realizowany we współpracy z **dr Barbarą Żyżyńską-Granicą** z Katedry i Zakładu Biochemii WL.

• **Dr hab. Mariusz Panczyk** (Zakład Edukacji i Badań w Naukach o Zdrowiu WUM) otrzymał grant Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej w ramach

programu „Granty interwencyjne NAWA” na realizację kierowanego przez siebie projektu „EDUNURSE COVID CHALLENGE – developing a strategy to counteract the effects of the COVID-19 pandemic on nursing students’ education proces”.

• **Dr Rafał Maciąg** (II Zakład Radiologii Klinicznej) i **prof. Zbigniew Gałązka** (kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyń UCK WUM) otrzymali wsparcie finansowe Agencji Badań Medycznych dla projektu „Zastosowanie leukocytarnej fibryny bogatopłytkowej jako stymulatora procesu angiogenezy u chorych poddawanych rewaskularyzacji z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych”.

• **Projekt „Translational Research on Endometriosis”** (akronim TREND), realizowany przez WUM oraz 6 prestiżowych uniwersytetów: Westfaelische Wilhelms-Universitaet Muenster (Niemcy), Karolinska Institutet (Szwecja), Universiteit Maastricht (Holandia), Univerza Ljubljani (Słowenia), Consejo Nacional De Investigaciones Cientificas Tecnica (Conicet) (Argentyna), a także 3 firmy biotechnologiczne, otrzymał dofinansowanie w konkursie Research and Innovation Staff Exchange. Głównym badaczem reprezentującym WUM w tym projekcie jest **prof. Piotr Laudański** (I Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM).

• **Konsorcjum, którego liderem jest Warszawski Uniwersytet Medyczny**, wygrało konkurs Agencji Badań Medycznych na opracowanie polskiej terapii adoptywnej (CAR/CAR-T). W skład konsorcjum wchodzi: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie oraz Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Konsorcjum ma charakter otwarty i mogą dołączać do niego kolejne jednostki.

• **Dr Jarosław Biliński** (Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM) zdobył III miejsce w kategorii Innowacyjny

STETOSKOP

Naukowiec podczas XII edycji konkursu „Innowator Mazowsza” za pracę „Koloniczacja jelit przez bakterie antybiotykooporne u chorych na nowotwory układu krwiotwórczego: znaczenie kliniczne i strategia postępowania”.

• **Dr Aleksandra Gąsecka van der Pol** (I Katedra i Klinika Kardiologii UCK WUM) została wyróżniona Nagrodą Ministra Zdrowia w zakresie działalności naukowej, w tym za pracę „Płytkowe pęcherzyki zewnątrzkomórkowe a stosowanie antagonistów receptora P2Y12 w ostrym zawale serca”. Pani doktor wraz z **dr. Łukaszem Kołtowskim** (I Katedra i Klinika Kardiologii UCK WUM) zostali laureatami grantu AISN PTK 2020 we współpracy z firmą Abbott Medical, przyznanego na realizację projektu „Ocena stężenia mikropęcherzyków z komórek śródbłonna i komórek mięśni gładkich naczyń u pacjentów z dysfunkcją naczyń mikrokrążenia wieńcowego”.

• **Lek. Tomasz Ginda** (Klinika Neonatologii UCK WUM) oraz **dr hab. Grażyna Kmita** (Wydział Psychologii UW) otrzymali mikrogrant na badania wstępne projektu „Porównanie standardów opieki okołoporodowej nad matką i noworodkiem w Polsce i Zimbabwie ze szczególnym uwzględnieniem analizy wybranych urodzeniowych parametrów biometrycznych oraz określenie predyktorów zwiększonej umieralności okołoporodowej w populacji afrykańskiej”.

• **Mgr Barbara Gierlikowska** (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego UCK

WUM) otrzymała dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki w ramach konkursu PRELUDIUM 19 na prowadzenie projektu „Wpływ wybranych mediatorów białkowych (cytokin i innych cząsteczek) obserwowanych podczas przebiegu sepsy na fagocytozę i uwalnianie zewnątrzkomórkowych sieci neutrofilowych (NET)”.

• **Publikacja „Analysis of the Visual Perception of Female Breast Aesthetics and Symmetry: An Eye-Tracking Study”**, której współautorami są **dr Wiktor Paskal** (asystent w Zakładzie Metodologii Badań Naukowych) i **dr Adriana Paskal** (prowadząca badania wraz z zespołem Zakładu) uznana została za najlepszy artykuł w kategorii estetyki piersi podczas Kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Plastycznych – 89. edycji Plastic Surgery The Meeting, gdzie nagrodzono najlepsze prace z dziedziny chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej opublikowane w 2019 r.

• **Projekt „Akcja detronizacja – zdejmijmy koronę wirusowi”**, koordynowany przez Samorząd Studentów WUM, zdobył I miejsce w kategorii studenckie inicjatywy prozdrowotne podczas konkursu „Pro Juvenes” organizowanego przez Parlament Studentów Rzeczypospolitej Polskiej.

• **Anna Michałowska** (studentka VI roku Wydziału Lekarskiego) otrzymała przyznawany przez Polską Akademię Nauk Laur Medyczny im. dr. Wacława Mayzla za publikację „Prevalence and anatomic characteristics of single coronary artery diagnosed by computer tomography angiography”.

• **Laureatami Złotej Odznaki STN WUM**, przyznawanej przez Studenckie Towarzystwo Naukowe WUM wybitnym absolwentom uczelni za całokształt pracy naukowej, zostali: z Wydziału Lekarskiego – lek. Szymon Baluszek, lek. Marta Fudalej, lek. Mateusz Jeżewski, lek. Klaudia Klicka, lek. Anna Michałowska, lek. Michał Proczka, lek. Aleksandra Soplińska, lek. Aleksander Ślusarczyk, lek. Karol Taradaj, lek. Jakub Żółkiewicz; z Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego – lek. dent. Agata Walczyk; z Wydziału Farmaceutycznego – mgr Justyna Holka, mgr Magdalena Senczyszyn; z Wydziału Nauk o Zdrowiu – mgr Aleksandra Hyży.

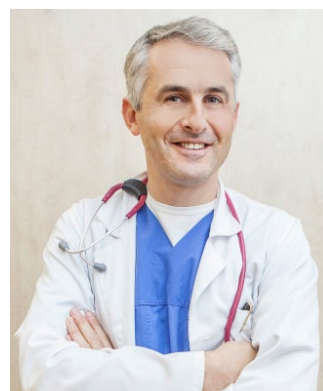
• **Marta Kras** (studentka IV roku kierunku lekarskiego, Koordynator Lokalna Programu Stałego ds. Wymiany Naukowej IFMSA-Poland Oddział Warszawa) i **Janusz Świczkowski-Feiz** (student IV roku kierunku lekarskiego, Koordynator Lokalny Programu Stałego ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS) zostali uhonorowani nagrodą im. Zbigniewa Ehrmanna podczas Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland.

• **Katarzyna Rylewicz** (prezydent Oddziału IFMSA-Poland Oddział Warszawa) otrzymała nominację na funkcję wiceprezydenta ds. wizerunku i komunikacji w Zarządzie Głównym IFMSA-Poland.

• **Anna Krawczyk** otrzymała nominację na stanowisko Koordynatora Narodowego ds. Edukacji Medycznej na szczeblu krajowym IFMSA-Poland.

Badanie WUM i ARC Rynek i Opinia

Na początku listopada opublikowano badanie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i ARC Rynek i Opinia, z którego wynika, że COVID-19 zmniejsza liczbę innych infekcji. Co czwarty Polak przyznaje, że od marca rzadziej przechodził infekcje górnych dróg oddechowych niż jeszcze rok temu. Tylko 8% badanych twierdzi, że chorowało częściej. Środki mające zapobiegać COVID-19 chronią nas też przed innymi wirusami. Dr hab. Wojciech Feleszko (Klinika Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego UCK WUM), komentując wyniki badań, stwierdził: „Te dane są zgodne z tym, co obserwują badacze w innych krajach – że maseczki oraz dystans społeczny przyczyniły się do powstrzymania innych zakażeń sezonowych. Zaskakujący jest tylko stosunkowo niski odsetek osób deklarujących skuteczność tego środka”. Badanie zostało zrealizowane w dniach 18–23 września 2020 r. przez ARC Rynek i Opinia metodą CATI (N=1207), na reprezentatywnej próbie pod względem płci, wieku, wykształcenia, wielkości miejscowości zamieszkania oraz województwa.



Dr hab. Wojciech Feleszko

212. rocznica rozpoczęcia nauczania medycyny w Warszawie

13 listopada z okazji 212. rocznicy rozpoczęcia nauczania medycyny w Warszawie władze rektorskie złożyły kwiaty pod kamiennym obeliskiem upamiętniającym jubileusz naszej uczelni. W wydarzeniu uczestniczyli: rektor prof. Zbigniew Gaciong oraz prorektorzy – prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska, prof. Marek Kuch, prof. Wojciech Lisik, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Paweł Włodarski. Kamienny obelisk został odsłonięty w 2009 r. z okazji jubileuszu 200-lecia nauczania medycyny w Warszawie. Pod obeliskiem wmurowano przesłanie z deklaracją społeczności akademickiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o wychowywaniu i nauczaniu młodzieży akademickiej oraz niesieniu pomocy wszystkim chorym i potrzebującym, a także jubileuszową dewizę społeczności naszej uczelni o służbie „Ludziom i Ojczyźnie”.



Wieniec złożony przez władze rektorskie pod kamiennym obeliskiem

Akcja „Strumień Życia”

17 listopada odbyła się akcja poboru krwi „Strumień Życia”, zorganizowana z inicjatywy studentów zrzeszonych w IFMSA-Poland Oddział Warszawa. W akcji wzięło udział 38 osób. Wszyscy chętni musieli wypełnić kwestionariusz i w specjalnie przygotowanym ambulansie Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa przejść rutynowe badania pozwalające wykryć szereg czynników stanowiących przeciwwskazanie do oddania krwi. Ostatecznie do poboru zakwalifikowano 21 osób.

Intranet

25 listopada uruchomiona została nowa platforma informacyjna – Intranet. Dodatkowy kanał, stworzony dla pracowników w ramach rozwijania narzędzi komunikacji wewnętrznej uczelni, zawiera m.in. akty prawne, dokumenty, komunikaty, formularze, ogłoszenia dla pracowników czy przydatne linki. Na stworzonej platformie zamieszczono informacje publikowane wcześniej na stronie internetowej uniwersytetu w zakładce „Uczelnia” na podstronach „pracownik” i „ważne dokumenty”. Osoby korzystające z komputerów podłączonych do sieci WUM mogą uzyskać dostęp do platformy ze strony głównej, poprzez zakładkę „Uczelnia”, w której umieszczono podstronę „Intranet”. Użytkownicy komputerów spoza sieci WUM muszą zalogować się do intranetu poprzez portal SSL.



Intranet

Warszawski Uniwersytet Medyczny



Wyszukaj w tej witrynie

Ogłoszenia dla pracowników

Tytuł

Zaproszenie do zgłaszania propozycji kursów w ramach Uniwersytetu Otwartego UW

Winstaty dla kandydatów na Liderów Zespołów Badawczych - WIRTUALNY INSTYTUT BADAWCZY

Aktualizacja dotycząca konferencji naukowych organizowanych zdalnie (Dzi. w Konferencji)

Ogłoszenie dotyczące sesyjki w tygodniu 18-25 stycznia

Linki
Workflow
Controlling
Centralny Rejestr Umów
Pensum
HCM
Szkolenie intranetowe
System rezerwacji sal
Obsługa techniczna konferencji
Portal SSL-VPN
Telefony alarmowe

Strona główna Intranetu WUM

Siódma edycja kursu kardiochirurgii

15 grudnia odbyła się 7. edycja praktycznego kursu kardiochirurgii dla studentów z zastosowaniem symulatorów procedur kardiochirurgicznych, organizowanego przez Klinikę Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii UCK WUM. Uwzględniając wszystkie wymogi epidemiologiczne dotyczące prowadzenia praktycznych zajęć dla studentów, udało się kontynuować misję edukacyjną Kliniki Kardiochirurgii UCK WUM, pomimo trwającej pandemii koronawirusa. Po raz trzeci zaproszono do współpracy Instytut Fizjologii i Żywienia Zwierząt im. Jana Kielanowskiego PAN, którego pracownicy naukowcy uczestniczyli w kursie online. Dr hab. Paweł Kowalczyk przedstawił wykład „Od stresu do chirurgicznego zespolenia naczyniowego”, prof. Urszula Paślawska podzieliła się doświadczeniem nt. małoinwazyjnych zabiegów naczyniowych u psów, a dr hab. Jarosław Woliński omówił tricks & tips, które stosuje w badaniach doświadczalnych na dużych zwierzętach. W części praktycznej dr Radosław Wilimski zapoznał 15 uczestników spotkania ze sztucznymi i naturalnymi modelami chirurgicznego zespolenia naczyniowego, a Piotr Ignas przygotował prezentację o nowoczesnych materiałach szewnych i hemostatycznych w chirurgii naczyniowej. Organizatorem cyklu szkoleń i głównym prowadzącym jest adiunkt Kliniki Kardiochirurgii UCK WUM dr Radosław Wilimski wraz z pracownikami Kliniki dr. Mateuszem Wondolowskim i dr. Adamem Arendarczykiem.



Zajęcia praktyczne podczas kursu kardiochirurgii

Spółeczność WUM wsparła „Nasze Dzieci”

Jedną ze świątecznych inicjatyw była zbiórka dla Placówki Opiekuńczo-Wychowawczej „Nasze Dzieci” w Czernicach Borowych, w którą zaangażowała się cała społeczność Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ośrodek jest domem dla 15 dzieci w wieku od 7 do 18 lat. Potrzeby są duże, a dzięki wsparciu WUM udało się niektóre z nich zrealizować. Wychowankowie przygotowali listy upragnionych prezentów, wśród których były m.in. rękawice piłkarskie, dekoracje do pokoju, karty z piłkarzami czy akcesoria fryzjerskie. Wszystkie marzenia zostały spełnione. Dodatkowo „Nasze Dzieci” otrzymały wsparcie w postaci przedmiotów codziennego użytku, niezbędnych do funkcjonowania domu. Nie zapomnieliśmy o książkach i planszówkach, które dzieci uwielbiają. 21 grudnia dwa wypełnione prezentami samochody pojechały do Czernic Borowych, gdzie nastąpiło uroczyste przekazanie przez kierownik Biura Informacji i Promocji WUM Agnieszkę Stępień wszystkich darów. To była wyjątkowo wzruszająca chwila. Mieszkańcy placówki odwzajemnili się podziękowaniami w formie graficznej dla naszej społeczności, tym bardziej cennymi, że podpisane przez obdarowanych.



Prezenty zebrane dla dzieci z Czernic Borowich

O szczepieniach na SARS-CoV-2

23 grudnia na platformie MS Teams oraz kanale YouTube odbyło się spotkanie z rektorem prof. Zbigniewem Gaciongiem i prof. Andrzejem Horbanem (przewodniczącym Uczelnianego Zespołu ds. Zagrożenia Koronawirusem, kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych dla Dorosłych WUM, konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych) poświęcone akcji szczepień przeciwko SARS-CoV-2. Profesorowie na żywo odpowiadali na pytania i wyjaśniali wątpliwości dotyczące zarówno kwestii medycznych, jak i organizacyjnych związanych ze szczepieniami.



Od prawej: prof. Zbigniew Gaciong, prof. Andrzej Horban

ODESZLI

Prof. dr hab. n. med. Maria Wąsik

ceniony pracownik nauki i oddany dydaktyk, który całe swoje życie zawodowe poświęcił Zakładowi Immunologii Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Prof. dr hab. n. med. Jan Michał Rowiński

pracownik Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1969–2000, wybitny nauczyciel akademicki wielu pokoleń lekarzy.

Prof. dr hab. n. med. Bogdan Kamiński

kierownik Oddziału, Zakładu, a następnie Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1964–2000, współtwórca anestezjologii akademickiej w naszej uczelni, na początku lat 60. XX w. inicjator powstania działającego do dziś Studenckiego Koła Naukowego „Ankona”.

Dr hab. n. med. Anatol Dowżenko

profesor nadzwyczajny Akademii Medycznej w Warszawie, związany z naszą uczelnią w latach 1998–2011, kierownik Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej (2002–2011), wybitny specjalista w dziedzinie radiologii, pionier polskiej neuroradiologii interwencyjnej.

Dr hab. n. med. Mariusz Jasik

zasłużony pracownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii oraz II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalista chorób wewnętrznych, diabetologii i farmakologii klinicznej, doskonały nauczyciel i ambitny naukowiec.

Dr hab. n. med. Tomasz Łazowski

kierownik I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii naszej uczelni w latach 2009–2015, specjalista w zakresie anestezjologii, znakomity nauczyciel akademicki, założyciel Polskiego Towarzystwa Terapii Interdyscyplinarnej, wyróżniony wieloma Nagrodami JM Rektora za osiągnięcia dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne.

GERIATRIA

Dr n. med. Elżbieta Kozak-Szkopek,
– specjalista chorób wewnętrznych, specjalista geriatrii,
adiunkt w Klinice Geriatrii WNoZ WUM,
konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii

Proces starzenia się człowieka i choroby wieku podeszłego były już od starożytności przedmiotem zainteresowań – początkowo filozofów, później lekarzy. Pochwałę okresu starości wyraził Konfucjusz (551–479 p.n.e.) słowami: „Uwierz mi, że starość jest dobra i przyjemna”. Hipokrates (460–377 p.n.e.) skłaniał się do uważania starości jako choroby samej w sobie, a źródła chorób upatrywał w braku równowagi organizmu, w zakresie określonych przez niego czterech podstawowych cieczy: krwi, śluzu, żółci, czarnej żółci (krew żylna). W utrzymaniu równowagi podkreślał znaczenie diety, higieny, ćwiczeń fizycznych, światła słonecznego. Arystoteles (384–322 p.n.e.) przedstawił teorię starzenia się opartą na utracie ciepła, co miało się wiązać z podatnością na występowanie chorób w okresie starości. Galen (ok. 129–200) skonsolidował hipokratyczne i arystotelesowskie teorie starzenia się w jedną. Uważał, że choroba była sprzeczna z naturą, a ponieważ starzenie się było procesem naturalnym i nieuniknionym, nie można go uznać za patologiczny. Jednak nie wierzył, że jest to całkowicie zdrowe, naturalne, a raczej, że jest to stan pośredni między zdrowiem a chorobą. Pod tym względem z pewnością wyprzedził swój czas. Galen w traktacie „Higiena” (*De Sanitate Tuenda*) rozwinął koncepcję gerokomii, to jest opieki nad osobami starszymi. Jeden z najwybitniejszych i najbardziej wpływowych perskich lekarzy i filozofów, Ibn Sina (980–1037), znany jako Avicenna, skonsolidował system medycyny Galena w ramach medycyny islamskiej. Największym jego dziełem jest „Kanon medycyny: reżim starości”, w którym opisywał rolę snu, leczenia zaparć, diety z wykorzystaniem owoców,



Dr Elżbieta Kozak-Szkopek

imbiru, czerwonego wina. Sto lat później Roger Bacon (1214–1294) podobnie podkreślał rolę diety, higieny w opóźnianiu starzenia się, co zawarł w publikacji „Lekarstwo na starość i zachowanie młodości”. W 1623 r. Francis Bacon (1561–1626) w pracy „Historia naturalna i eksperymentalna życia i śmierci lub przedłużania życia” uznał, że starzenie dokonuje się na skutek nierównomiernej naprawy różnych części ciała, co prowadzi do rozkładu i śmierci. W 1724 r. ukazała się praca Sir Johna Floyera z Lichfield (1649–1734) „Medicina gerocomica lub galeniczna sztuka ochrony zdrowia starszych ludzi”, uznawana za pierwszą znaczącą monografię na temat medycyny wieku podeszłego, która została pierwotnie wydrukowana w języku angielskim. W 1761 r. Giovanni Morgagni (1682–1771) w swoich badaniach anatomicznych wykazywał, że wiele chorób w starszym wieku, a szczególnie przewlekłych, może pozostać bezobjawowych przez wiele lat. Praktyczny traktat Charlesa Duranda-Fardela „Traité Clinique et Pratique des

Maladies des Vieillards”, opublikowany w 1854 r., obejmował całą na ówczesne czasy dziedzinę chorób w starszym wieku, próbując powiązać patologię z dokładną diagnozą. Jean-Martin Charcot (1825–1893) w wykładach, które wzbudziły zainteresowanie naukowe i stały się dostępne w tłumaczeniu na język angielski w 1882 r., stwierdził, że u starszych osób występują określone choroby, takie jak osteomalacja i zanik mózgu, oraz że nawet najcięższe zaburzenia objawiają się nieznacznymi, niewyraźnymi objawami. W swoich wykładach promował ideę rozwoju medycyny wieku podeszłego, głosząc, że „znaczenie specjalistycznego badania chorób w okresie starości nie może być obecnie kwestionowane”. W drugiej połowie XIX w. wyodrębniły się różne specjalizacje medyczne. W 1863 r. ukazał się artykuł pt. „A Practical Treatise on the Diseases and Infirmities of Advanced Life” autorstwa Daniela Maclachlana. Ten londyński lekarz zwrócił uwagę na trudności w postawieniu diagnozy u osób starszych, u których często

współistniało kilka chorób. Zasugerował ostrożność przy przepisywaniu leków starszym pacjentom i zalecił, aby modyfikacja dawki była konieczna u słabszych pacjentów, ponieważ działanie leku staje się mniej pewne w miarę zaawansowania starości. Maclachlan zakończył stwierdzeniem, że medycyna starości będzie ważną gałęzią wiedzy medycznej.

Początek XX w. jest okresem wprowadzenia obowiązującego do dzisiaj nazewnictwa. W 1903 r. dyrektor Instytutu Pasteura w Paryżu, Ilja Miecznikow (1845–1916) zaproponował nazwę „gerontologia” dla dziedziny nauki, która zajmuje się szeroko pojętymi aspektami starzenia się i starości. W takim ujęciu gerontologia ma charakter interdyscyplinarny, łącząc różne dziedziny nauk biologicznych, społecznych, humanistycznych. W 1909 r. wiedeński lekarz Ignatz Leo Nascher (1863–1944), pracujący w Nowym Yorku, jako pierwszy wprowadził nazwę „geriatria” dla medycyny wieku podeszłego. Słowa te wywodzą się z języka greckiego: „geras” oznacza starość, a „gerontos” – starzec. Odrębności kliniczne grup wiekowych w medycynie obrazuje koncepcja podziału na medycynę wieku dziecięcego, czyli pediatrię, medycynę wieku średniego, czyli mediatrę i medycynę wieku podeszłego, czyli geriatrię. Geriatria jest zorientowana na rozwiązywanie polietyologicznych problemów zdrowotnych, środowiskowych i socjalnych, a nie tylko wielu pojedynczych chorób, wykracza poza zakres interny, obejmując neurologię, psychiatrę, rehabilitację, i wykracza poza zakres medycyny. W 1914 r. ukazała się książka Naschera pt. „Geriatria: choroby starości i ich leczenie”.

W 1938 r. w Niemczech powstało Niemieckie Towarzystwo do Badań Starości. Dalszy rozwój medycyny geriatrycznej wiąże się z Wielką Brytanią. Pod koniec lat 30. XX w. doktor Marjory Warren, konsultant szpitala West Middlesex w Londynie, opracowała zasady klinicznego postępowania w chorobach wieku podeszłego i organizacji opieki geriatrycznej. Sprecyzowała specyficzne cechy chorowania osób starszych i konieczność odrębności leczenia i opieki. W celu poznania wpływu chorób na wydolność czynnościową oraz w celu wczesnego wykrywania potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych osób

w podeszłym wieku, stworzyła podstawy całościowej oceny geriatrycznej. W 1948 r. geriatria została uznana w Anglii za odrębną specjalizację lekarską. W ramach nowo powstałej Narodowej Służby Zdrowia (NHS, National Health Service) powołano pierwszego konsultanta z dziedziny geriatrii – doktora Toma Wilsona. W 1942 r. powstało w Stanach Zjednoczonych pierwsze na świecie Towarzystwo Geriatryczne (AMG, American Geriatrics Society), które rozpoczęło publikowanie pierwszego specjalistycznego periodyku pod tytułem „Geriatrics”, wydawanego do dzisiaj. W 1947 r. zostało utworzone British Geriatrics Society (BGS), którego oficjalnym czasopismem jest „Age and Ageing”.

Zmiany demograficzne, jakie wystąpiły po zakończeniu II wojny światowej, związane z wydłużaniem czasu trwania życia, przyczyniły się do rozwoju gerontologii i geriatrii. W całym świecie zaczęły powstawać instytuty naukowe i czasopisma naukowe zajmujące się problematyką starzenia i starości.

W krajach europejskich tempo rozwoju geriatrii było zróżnicowane. W Belgii w 1945 r. wdrożono przepisy regulujące funkcjonowanie centrów leczniczych dla osób starszych. W 1963 r. zarekomendowano tworzenie oddziałów geriatrycznych, które stały się powszechne w latach osiemdziesiątych. W 1985 r. wprowadzono specjalizację z geriatrii, po specjalizacji z chorób wewnętrznych. W Szwecji geriatria została uznana za oddzielną specjalizację lekarską w 1969 r. Rozwój geriatrii w Danii i Irlandii przypada na lata siedemdziesiąte. W Czechach w 1974 r. powstała Podkatedra Geriatrii i Gerontologii przy Instytucie Studiów Podyplomowych w Pradze, a w 1983 r. geriatria stała się odrębną specjalizacją lekarską po specjalizacji z chorób wewnętrznych. Z kolei na Słowacji w 1979 r. geriatria stała się samodzielną specjalnością, a także zaczęto tworzyć przychodnie i oddziały geriatryczne. W 1991 r. po zjednoczeniu Niemiec towarzystwa działające w obu państwach połączyły się w Niemieckie Towarzystwo Gerontologii i Geriatrii, które w 1995 r. przekształciło się w Towarzystwo Medycyny Geriatrycznej.

W 1990 r. w celu integracji i promowania rozwoju medycyny geriatrycznej w krajach Unii Europejskiej, doszło

do spotkania przedstawicieli geriatrów i założenia w czerwcu 2000 r. Europejskiego Towarzystwa Medycyny Geriatrycznej (EUGMS, European Geriatric Medicine Society), którego pierwszym prezydentem został dr Brian Wiliams ze Szkocji. Obecnie jest nim prof. Finbarr C. Martin z Londynu. EUGMS wydaje czasopismo „European Geriatric Medicine” oraz organizuje coroczne kongresy medycyny geriatrycznej.

Historia medycyny geriatrycznej w Polsce

Za początek zainteresowań gerontologicznych w Polsce uznaje się opublikowanie w 1946 r. pracy Józefa Mruka pt. „Zmiany nadnerczy w wieku starym”, wydanej w Krakowie nakładem Polskiej Akademii Umiejętności. Pierwszą placówką geriatryczną w Polsce było Sanatorium Geriatryczne w Inowrocławiu, powstałe w 1956 r. z inicjatywy i pod kierownictwem dr. Bogdana Snarskiego. Organizowane tam sympozja naukowe pod nazwą „Dni Geriatryczne” oraz towarzyszące im publikacje naukowe były pierwszymi formami szkoleń lekarzy w dziedzinie geriatrii. W 1960 r. w Opolu powstała pierwsza poradnia geriatryczna zorganizowana przez dr. Wojciecha Pędicha i dr. Danutę Jakubowską. W 1961 r. powstały dwa pierwsze oddziały geriatryczne – w Katowicach, którego ordynatorem była dr Bogna Żakowska-Wachelko oraz w Łodzi, którym kierowała dr Kinga Wiśniewska-Roszkowska. W obu placówkach szkolono lekarzy, publikowano prace naukowe, powstały pierwsze podręczniki z dziedziny geriatrii. Świadomość rosnącego znaczenia gerontologii i geriatrii przełożyła się na powołanie w 1967 r. Sekcji Geriatrycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, której przewodniczył dr Lucjan Dobrowolski. Jesienią 1973 r. z inicjatywy prof. Jerzego Piotrowskiego powstało Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG), będące interdyscyplinarnym stowarzyszeniem naukowym skupiającym przedstawicieli różnych dziedzin: lekarzy, psychologów, socjologów, demografów. Jego wieloletnim prezesem był prof. Wojciech Pędich.

W 1980 r. powstała pierwsza jednostka akademicka – Klinika Geriatrii w Krakowie, kierowana przez prof. Józefa Kocembę. W kolejnych latach szkolenie

studentów medycyny z zakresu geriatrii rozpoczęto na uczelniach w Białymstoku, Gdańsku i Bydgoszczy.

W 1994 r. z inicjatywy prof. Tadeusza Wróblewskiego zostało założone Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce. Profesor Wróblewski prowadził wówczas Instytut Geriatrii w Warszawie, na bazie zakładu opiekuńczo-leczniczego. W 1998 r. doszło do przekształcenia tej jednostki w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy im. Sue Ryder, który został włączony do zadań opieki długoterminowej.

Z inicjatywy PTG pod koniec lat dziewięćdziesiątych zostały przeprowadzone ogólnopolskie badania dotyczące sytuacji ludzi starych w Polsce, nawiązujące do pionierskich badań Jerzego Piotrowskiego z lat siedemdziesiątych. Efektem tych badań było wydane w 2002 r. studium pt. „Polska starość”, pod redakcją Brunona Synaka. PTG było realizatorem projektu PolSenior „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” (PBZ-ME-IN-9/2/2006), który objął prawie 6 tys. osób starszych. Wyniki badania zostały zebrane w monografii pod redakcją Małgorzaty Mossakowskiej, Andrzeja Więcka i Piotra Błędowskiego, wydanej w 2012 r. Pokłosiem tego badania są liczne publikacje w międzynarodowych periodykach geriatrycznych. Obecnie zakończył się projekt badawczy PolSenior 2 „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, który był realizowany w latach 2018–2020 przez zespół z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego we współpracy z polskimi ekspertami z sześciu uczelni i instytutów. Wstępne wyniki tego badania, które objęło blisko 6 tys. Polaków w wieku od 60 do 106 lat, były prezentowane w formie cyklu konferencji online w listopadzie i grudniu 2020 r. (<https://konferencjapolsenior2.pl/>; <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>). Na początek 2021 r. jest przewidziana publikacja monografii z wynikami projektu PolSenior 2.

Pod patronatem PTG wydawane są recenzowane czasopisma naukowe „Gerontologia Polska” oraz „Geriatria”.

Towarzystwa regularnie organizują coroczne kongresy i konferencje naukowe

oraz liczne szkolenia. Organizatorem ostatniego, 15. Międzynarodowego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Medycyny Geriatrycznej (EUGMS) we wrześniu 2019 r. było Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, a gospodarzem Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJCM w Krakowie, kierowana przez prof. Tomasza Grodzickiego. Na kongresie sprecyzowano europejskie wymagania szkoleniowe w zakresie medycyny geriatrycznej, które zostały przesłane do centralnej organizacji European Union of Medical Specialists (UEMS) w celu zatwierdzenia. Kolejnym krokiem będzie przygotowanie do europejskiego egzaminu z medycyny geriatrycznej.

Standardy i organizacja medycyny geriatrycznej

UEMS Geriatrics Section jest jedną z 43 sekcji specjalistycznych UEMS. Według danych Sekcji Geriatrii UEMS medycyna geriatryczna jest uznaną niezależną specjalizacją medyczną w 17 z 31 krajów europejskich, a w 10 krajach funkcjonuje jako podspecjalizacja, z czego w dwóch krajach (Niemcy, Francja) istnieją oba modele (niezależna specjalność i podspecjalność). Tylko w 5 krajach (Cypr, Estonia, Grecja, Portugalia i Słowenia) nie ma uznanego podyplomowego stopnia medycznego w geriatrii. W Polsce specjalizację z geriatrii wprowadzono w latach 80.

Ze względów historycznych i strukturalnych organizacja medycyny geriatrycznej jest różna w poszczególnych krajach europejskich. Zostały opracowane standardy geriatryczne. Według definicji przedstawionej przez Sekcję Geriatryczną Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego pacjent geriatryczny to osoba:

- z typową dla wieku podeszłego wielochorobowością;
- ze związanym z wiekiem zwiększonym ryzykiem wystąpienia złożonych patologii;
- z utratą autonomii w wyniku pogorszenia sprawności funkcjonalnej;
- ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Zasadniczymi cechami charakteryzującymi chorowanie osób starszych są:

polipatologia, polisymptomatologia, często atypowa, na którą składają się objawy starzenia, poszczególnych schorzeń, stanów geriatrycznych oraz objawy jatrogenne, wynikające z ryzyka polifarmakoterapii i polipragmazji. Do wielkich problemów geriatrycznych należą takie stany, jak: upadki, niesprawność ruchowa, osteoporoza starcza, unieruchomienie, odleżyny, niedożywienie, zaburzenia narządu zmysłów (niedowidzenie, niedosłuch), zaburzenia czynności zwieraczy (nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, zaparcia) oraz zespoły psychogeriatryczne: demencja, depresja, delirium. Nakładanie się procesu starzenia poszczególnych układów i narządów na objawy i przebieg chorób oraz spadek rezerw życiowych sprzyjający dekompensacji wielonarządowej, generują odmienny jakościowo i ilościowo obraz kliniczny u chorego w podeszłym wieku.

Podstawowym standardem geriatrycznym jest dokonywanie całościowej oceny geriatrycznej (COG) pacjenta w wieku podeszłym, której celem jest ocena stanu funkcjonalnego, psychicznego, ocena ryzyka występowania wielkich problemów geriatrycznych w oparciu o wystandaryzowane testy. Przesiewową skalą służącą do kwalifikacji chorych do przeprowadzenia COG jest skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey). Utrata zdolności do wykonywania wymienionych w tej skali czynności życia codziennego z powodu choroby stanowi ryzyko znacznego pogorszenia sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat. Uzyskanie w tej skali 3 i więcej punktów kwalifikuje pacjenta do wykonania COG.

Ocena stanu czynnościowego w ramach COG polega na określeniu zdolności pacjenta do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (kąpanie, ubieranie się, korzystanie z toalety, jedzenie, przemieszczanie się, kontrolowanie oddawania moczu i stolca) za pomocą skali ADL (Activities of Daily Living) oraz złożonych czynności życia codziennego (korzystanie z telefonu, wychodzenie z domu, robienie zakupów, gotowanie, pranie, sprząatanie, przyjmowanie leków, gospodarowanie pieniędzmi) za pomocą skali IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

Ocena stanu fizycznego polega na ocenie ryzyka upadków (skala Tinetti, test „wstań i idź” – Timed Up & Go, TUG),

ryzyka odleżyn (skala Norton), ryzyka niedożywienia (skala MNA – Mini Nutritional Assessment), ryzyka zespołu słabości.

Ocena stanu umysłowego obejmuje badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń pamięci za pomocą testu MMSE (Mini – Mental State Examination) i testu rysowania zegara (TRZ) oraz badanie w kierunku zaburzeń nastroju za pomocą geriatrycznej skali oceny depresji.

Zgodnie ze standardami, aby w pełni diagnozować i realizować potrzeby zdrowotne osób starszych, opieka zdrowotna geriatryczna powinna opierać się na pracy interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego w składzie: lekarz geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog.

Świadczenia zdrowotne z zakresu opieki geriatrycznej mogą być realizowane przez zespół geriatryczny w warunkach:

- poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna);
- geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna);
- oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne);
- dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej);
- konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w oddziałach szpitalnych niegeriatrycznych.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia na 100–120 tys. mieszkańców powinno być dostępnych około 20–25 miejsc na oddziałach stacjonarnych, 15–25 miejsc na oddziałach dziennych geriatrycznych, 1 poradnia z dwoma etatami dla lekarzy geriatrów.

Anglia jest przykładem, gdzie opieka zdrowotna geriatryczna jest zorganizowana na wszystkich wyżej wymienionych poziomach. W Belgii z kolei jest największa liczba łóżek geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców (72,2). Ze 110 belgijskich szpitali tylko 7 nie ma oddziału geriatrycznego, a każdy pacjent powyżej 75. roku życia, obserwowany w izbie przyjęć, ma przesiewową ocenę geriatryczną celem określenia wskazań do przyjęcia do oddziału geriatrycznego lub konsultacji geriatrycznej w przypadku przyjęcia na inny oddział. W tabeli 1 przedstawiono dane liczbowe pozyskane ze strony EUGMS dotyczące stanu geriatrycznego w wybranych państwach europejskich.

Stan geriatry w Polsce

W Polsce na koniec 2018 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły ok. 25% ogółu mieszkańców, co oznacza wzrost o ponad 5% w stosunku do roku 2010. Według danych GUS na koniec 2019 r. osób w wieku 65 lat i więcej było 18,1%, co daje 6 947 019 seniorów, z czego 2,7 mln to osoby 75-ladne i starsze. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry systematycznie rośnie. W 2008 r. liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry wynosiła 201. Wg danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL), aktualna liczba geriatrów wynosi 493. Liczba jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry wynosi 52. Jednostki te dysponują 305 miejscami szkoleniowymi. Niestety w ciągu ostatnich dwóch lat obserwuje się mniejsze zainteresowanie podejmowaniem kształcenia w tej specjalności, mimo że należy ona do listy priorytetowych. Specjalizację w dziedzinie geriatry zaliczono do dziedzin priorytetowych już w 2003 r., ponownie potwierdzono to w 2009 r., jak również jest na liście priorytetowych dziedzin medycyny na mocy obecnie obowiązującego rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. Obniżone zainteresowanie specjalizacją z geriatry może wynikać z niepewności co do przyszłości tej specjalności z uwagi na brak oddziałów geriatrycznych na 1. i 2. poziomie referencyjności w sieci szpitali, o czym pisał w raporcie rocznym konsultant krajowy w dziedzinie geriatry prof. Tomasz Kostka. Od września 2020 r. funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry pełni prof. Tomasz Targowski.

W Polsce funkcjonują poradnie geriatryczne i oddziały geriatryczne, pozostałych form organizacyjnych nie ma. Liczba 56 oddziałów geriatrycznych obejmuje około 900 łóżek geriatrycznych szpitalnych, najwięcej w województwie śląskim. W Katowicach jest szpital geriatryczny, którego wieloletnim dyrektorem był dr Jarosław Derejczyk. Zgodnie ze standardami geriatrycznymi i zarządzeniami NFZ pacjent geriatryczny to chory w wieku 60 lat i więcej, z co najmniej trzema przewlekłymi chorobami z trzech różnych układów, z ryzykiem pogorszenia stanu

funkcjonalnego. Oddział geriatryczny jest miejscem, gdzie osoby starsze wymagające hospitalizacji mogą otrzymać kompleksową opiekę medyczną. Właściwe zdiagnozowanie potrzeb i deficytów zmniejsza ryzyko wystąpienia różnych typowych dla tego wieku powikłań hospitalizacji, takich jak chociażby zespół majaczeniowy, istotne pogorszenie sprawności funkcjonalnej, odleżyny czy upadki. Takie działania dają szansę na powrót do zdrowia i do stanu funkcjonalnego sprzed zachorowania. Rehabilitacja i usprawnienie pacjenta to jedna z podstawowych funkcji oddziału geriatrycznego. W oddziale geriatrycznym każdy pacjent ma wykonywaną całościową ocenę geriatryczną. U pacjentów hospitalizowanych, zgodnie z zarządzeniem prezesa NFZ nr 73/2017/DSOZ, całościowa ocena geriatryczna udokumentowana kwalifikacją na podstawie skali VES-13 i wypełnioną kartą całościowej oceny geriatrycznej stanowi dodatkowo świadczenie z katalogu świadczeń do sumowania.

Odrębności klinicznego podejścia do pacjenta geriatrycznego uwzględniają także standardy diabetologiczne, kardiologiczne w zakresie leczenia nadciśnienia tętniczego czy niewydolności serca, a także onkologiczne, stosując elementy oceny geriatrycznej w ocenie zespołu kruchości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.

Stan geriatry w województwie mazowieckim

Stan opieki zdrowotnej w zakresie geriatry na obszarze województwa mazowieckiego jest następujący. Kontrakt z Oddziałem Mazowieckim NFZ w 2020 r. miało 8 oddziałów, na ogólną liczbę 108 łóżek oraz 9 poradni geriatrycznych. Wg danych z rejestru NIL na obszarze województwa mazowieckiego jest zarejestrowanych 42 z 493 ogółu lekarzy geriatrów w Polsce, w tym w wieku do 40 lat – 5 lekarzy, w wieku 41–50 lat – 10 lekarzy, 51–60 lat – 11 lekarzy, 61–70 lat – 10 lekarzy, powyżej 70 lat – 6 lekarzy. W województwie mazowieckim jest 31 miejsc szkoleniowych w zakresie geriatry w 6 ośrodkach akredytowanych.

Do 2013 r. na terenie województwa mazowieckiego nie było oddziału geriatrycznego, co stanowiło o braku możliwości realizacji specjalizacji z geriatry. W 2013 r.

Tabela 1. Stan geriatry w wybranych państwach europejskich (dane European Union Geriatric Medical Society za 2015 r.)

LP.	Państwo	Ludność tys.	65+ %	Liczba lekarzy	Liczba geriatrów	Liczba łóżek szpitalnych	Liczba łóżek geriatrycznych
1.	Polska	38.038	15.3	141.400	400	188.100	1.050
2.	Austria	8.584	18.5	43.126	1.280	64.815	1.608
3.	Belgia	11.209	18.1	32.182	290	70.138	7.020
4.	Czechy	10.538	17.8	48.023	442	56.586	391
5.	Dania	5.745	19.0	20.682	84	14.190	506
6.	Finlandia	5.500	20.0	28.565	296	25.000	nie podano
7.	Francja	66.810	18.0	325.870	1.756	443.767	10.000
8.	Niemcy	82.900	22.0	377.000	2.149	497.182	nie podano
9.	Szwecja	9.900	20.0	39.000	450	24.500	1450
10.	Wielka Brytania	66.435	18.3	15.727	1.630	2.4/1000	nie podano

powstały dwa 10-łóżkowe pododdziały geriatryczne: Pododdział Geriatrii Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus oraz Pododdział Geriatrii Kliniki Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie. 13 października 2015 r. został otworzony 36-łóżkowy Oddział Geriatryczny w Szpitalu Wolskim. 15 października 2015 r. przekształcono Instytut Reumatologii w Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, tworząc Klinikę i Poliklinikę Geriatrii. W kolejnych latach powstał Oddział Geriatryczny Szpitala Powiatowego w Pułtusku oraz Pododdział Geriatryczny w Szpitalu Bielańskim. Funkcjonują także nieposiadające akredytacji do szkolenia z geriatry pododdziały geriatryczne Szpitala w Piasecznie i Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

W strukturach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na Wydziale Nauki o Zdrowiu w 2002 r. powstał Zakład Geriatrii, którego kierownikiem był prof. Krzysztof Galus. W 2006 r. został przekształcony w Klinikę Geriatrii. Obecnie obowiązki kierownika Kliniki pełni dr Katarzyna Broczek. Jednostka prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie geriatry i gerontologii dla studentów kierunku pielęgniarstwa, położnictwa, zdrowia publicznego, organizuje coroczne kursy ogólnopolskie dla lekarzy, wymagane w programie specjalizacji w zakresie geriatry. Pracownicy Kliniki byli wykonawcami projektu PolSenior oraz uczestniczą w opracowywaniu wyników projektu PolSenior 2. W 2020 r. został zakończony, prowadzony od 2017 r., międzynarodowy projekt IONIS – System

wsparcia osób z zaburzeniami funkcji poznawczych i ich opiekunów w środowisku domowym i poza domem, realizowany w ramach europejskiego programu AAL (Active Assisted Living). Klinika Geriatrii WUM będzie partnerem wdrażanego projektu „PerHeart – Personalised ICT solution to reduce re-hospitalization rates in heart failure elderly patients suffering from comorbidities” w ramach programu ERA PerMed. Publikacja książkowa pod redakcją Katarzyny Broczek i Krzysztofa Jankowskiego pt. „Stany nagłe. Geriatria” znalazła się w 2019 r. w wykazie piśmiennictwa obowiązującego lekarzy realizujących kształcenie specjalizacyjne oraz przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie geriatry.

Perspektywy geriatryi

Celem rozwoju medycyny geriatrycznej jest dążenie do tworzenia struktur organizacyjnych opieki geriatrycznej na poziomach określonych w wyżej opisanych standardach w oparciu o zespół geriatryczny.

Rozpowszechnianie zasad medycyny geriatrycznej pozwoli na:

- wczesne wykrywanie chorób i problemów geriatrycznych dzięki zastosowaniu skal całościowej oceny geriatrycznej;
- dostosowanie diagnostyki, leczenia i prowadzenia chorych do specyfiki chorowania i stanu funkcjonalnego chorego;
- utrzymanie jak najdłużej dobrego stanu czynnościowego osoby starszej mimo jej chorób / z jej chorobami.

Korzyści stosowania standardów geriatrycznych pokazują liczne publikacje

na podstawie badań, które coraz częściej dotyczą populacji pacjentów w bardzo podeszłym wieku.

Dbłość o jakość kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie geriatry przyczyni się do wyższego poziomu zainteresowania i rozwoju medycyny geriatrycznej.

Profesor Józef Kocemba, wybitny geriatra i gerontolog, mawiał:

„Ponieważ starość po prostu się zdarza, to o STAROŚCI wypada ROZMAWIAĆ, STAROŚCI nie wolno się OBAWIAĆ, STAROŚCI należy się stale UCZYĆ”. ■

Piśmiennictwo

1. Ritch A., History of geriatric medicine: from Hippocrates to Marjory Warren. J R Coll Physicians Edinb. 2012; 42(4): 368-374.
2. Szczepińska K., Pietryka A., Rozwój geriatry w krajach europejskich – historia i zasoby (cz. 1). Gerontol Pol. 2008; 6(2): 61-73.
3. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? Gerontol Pol. 2008; 16(3): 149-159.
4. Bień B., Błędowski P., Broczek K., i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Gerontol Pol 2013, 21(2): 33-47.
5. Kozak-Szkopek E., Podstawowe zasady geriatry. Część 2: Zasady całościowej oceny geriatrycznej, diagnostyki i farmakoterapii pacjenta geriatrycznego. Medycyna po Dyplomie 2018; 27(12): 54-62.
6. <https://www.mp.pl/geriatria/skale>
7. Zarządzenie prezesa NFZ nr 73/2017/DSOZ – nfz.gov.pl
8. <https://www.eugms.org/our-members/national-societies.html>
9. <http://gerontologia.org.pl/>
10. <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>
11. IONIS: <https://wnoz.wum.edu.pl/content/program-mi%C4%99dzynarodowy-indoor-and-outdoor-niticsplus-solution-dementia-challenges-ionis#overlay=pl/node/1068/edit>
12. PerHeart: www.erapermed.eu/wp-content/uploads/2020/02/NEWSLETTER-3-final.pdf

„ANNALS OF NEUROLOGY” PUBLIKUJE WYNIKI BADANIA EPISTOP

Wyniki badania EPISTOP, w którym brało udział 16 ośrodków z Europy, USA i Australii (10 ośrodków klinicznych, 5 laboratoriów i jeden ośrodek administracyjny), a koordynowanego przez prof. Sergiusza Józwiaka, kierownika Kliniki Neurologii Dziecięcej DSK UCK WUM, zostały opublikowane w czasopiśmie „Annals of Neurology”, oficjalnym periodyku Amerykańskiej Akademii Neurologii.

EPISTOP to pierwszy na świecie międzynarodowy program naukowo-badawczy, w którym badane były mechanizmy rozwoju padaczki od etapu powstawania pierwszych zmian w mózgu, zanim jeszcze widoczne są napady drgawek. Projekt był największym badaniem medycznym finansowanym ze środków 7. Programu Ramowego UE i koordynowanym przez polski ośrodek (Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”).

Obecnie wiadomo, że napady padaczkowe to końcowy efekt długotrwałego procesu zwanego epileptogenezą, który obejmuje zmiany molekularne i strukturalne mózgu prowadzące do padaczki. Według obecnie obowiązujących zasad postępowania w padaczce leczenie rozpoczyna się w momencie pojawienia się napadów drgawek. Niestety u małych dzieci im dłuższy jest czas między pierwszymi napadami a włączeniem leczenia, tym większe jest ryzyko lekoopornej padaczki oraz zaburzeń rozwoju dziecka.

W 2006 r. w IPCZD grupa prof. Sergiusza Józwiaka rozpoczęła pilotażowe badanie, w którym niewielkiej grupie pacjentów ze stwardnieniem guzowatym podano leczenie przeciwpadaczkowe nieco wcześniej niż przed wystąpieniem drgawek, ale po stwierdzeniu u nich wyładowań w mózgu za pomocą badania EEG. Korzystne wyniki tego badania, wskazujące na możliwość zapobiegania ciężkiej padaczce u dzieci, stanowiły podstawę do opracowania projektu EPISTOP. Miał on na celu nie tylko potwier-



Prof. Sergiusz Józwiak

dzenie tych wstępnych wyników, ale także badanie mechanizmów powstawania padaczki u dzieci.

W projekcie EPISTOP uczestniczyły niemowlęta ze stwardnieniem guzowatym w wieku do 4 miesiąca życia, u których jeszcze nie doszło do napadów padaczkowych. W sumie we wszystkich ośrodkach klinicznych w Europie i Australii do projektu włączono 101 dzieci, które badane były do ukończenia 2. roku życia. U każdego uczestnika badania początkowo co 4 tygodnie, a następnie co 6 tygodni wykonywano badanie EEG w celu wykrycia wyładowań przed napadami padaczkowymi.

Wyniki badania EPISTOP wykazały, że profilaktyczne leczenie przeciwpadaczkowe znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia padaczki, a także jej ciężkość i ryzyko lekooporności. Równocześnie całkowicie zapobiega wystąpieniu napadów skłonów. W całym badaniu EPISTOP nie stwierdzono u żadnego dziecka cięższych form opóźnienia rozwoju. Równocześnie w czasie trwania projektu EPISTOP pacjenci uczestniczący w badaniu, którego wyniki zostały opublikowane w 2011 r., osiągnęli wiek szkolny. Ich dłuższa obserwacja pokazała, że pacjenci leczeni profilaktycznie są w większości wolni od napadów padaczki. U połowy

dzieci można było odstawić leczenie, a rozwój 80% z nich jest zupełnie prawidłowy, mogą chodzić do szkoły razem ze zdrowymi rówieśnikami. Jest to ogromna zmiana w porównaniu do grupy leczonej po napadach, wśród której tylko 20% dzieci rozwija się prawidłowo w wieku szkolnym, zaś większość ma opóźnienie rozwoju i cechy autystyczne.

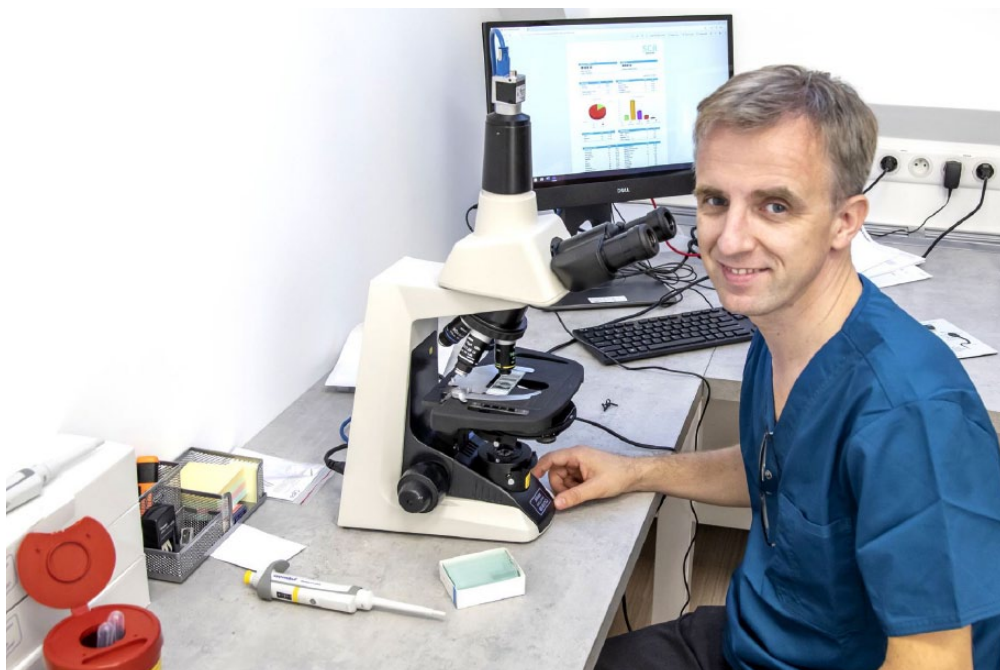
Poza częścią kliniczną w projekcie EPISTOP podjęto po raz pierwszy kompleksowe badania zmierzające do wykrycia mechanizmów powstawania padaczki i jej niekorzystnego wpływu na rozwój dzieci. EPISTOP wykorzystuje szeroki wachlarz badań, od najbardziej podstawowych ocen klinicznych, przez analizy sygnałów elektrycznych pochodzących z mózgu (EEG), obrazów uzyskanych w rezonansie magnetycznym, do zaawansowanych metod molekularnych badań genów, RNA i białek. Niezwykle istotne jest także to, że niektóre mechanizmy rozwoju padaczki obserwowane w stwardnieniu guzowatym mogą tłumaczyć powstawanie napadów nie tylko w tej chorobie, ale w wielu innych rodzajach padaczki. Chociaż EPISTOP zakończył się formalnie w 2019 r., prace nad tą częścią projektu jeszcze trwają. ■

Prof. Sergiusz Józwiak
kierownik Kliniki Neurologii
Dziecięcej DSK UCK WUM

WUM W MIĘDZYNARODOWYM PROJEKCIE BADAJĄCYM NOWOCZESNE METODY ZACHOWANIA PŁODNOŚCI

Prof. Piotr Laudański

z I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM został jednym z ekspertów międzynarodowego projektu ERIN – Ethically Responsible INnovations in reproductive medicine



Celem projektu finansowanego w ramach działań Horyzont 2020 jest stworzenie ram etycznych niezbędnych do pracy naukowej i klinicznej w zakresie spersonalizowanej medycyny rozrodu. Obejmuje on w szczególności zagadnienia tzw. przedimplantacyjnej diagnostyki genetycznej oraz nowoczesnych metod zachowania płodności, czyli nowej dziedziny medycyny „oncofertility”.

Prof. Piotr Laudański wejdzie w skład niezależnego ciała doradczego, tzw. Advisory Board, złożonego z przedstawicieli pięciu europejskich uczelni (z Belgii, Anglii, Węgier, Rosji i Polski). Będzie regularnie uczestniczył w spotkaniach i seminariach przybliżających społeczności międzynarodowej problematykę niepłod-

ności, ze szczególnym uwzględnieniem problemów etycznych oraz aspektów zastosowania nowoczesnych technik molekularnych w codziennej praktyce lekarskiej.

„Szczególnie interesującą częścią projektu będzie analiza możliwości zastosowania metod oszczędzania płodności u kobiet poddanych chemioterapii. Obecnie, w ramach równoległego projektu na Uniwersytecie Karolińskim, prowadzone są zaawansowane badania nad powstaniem tak zwanego sztucznego jajnika, który w założeniu ma pomóc młodym kobietom poddanych chemioterapii w przyszłości zachować płodność. Dlatego wymagana jest dyskusja w gronie ekspertów nad aplikacyjnymi i etycznymi aspektami tego typu metod” – mówi

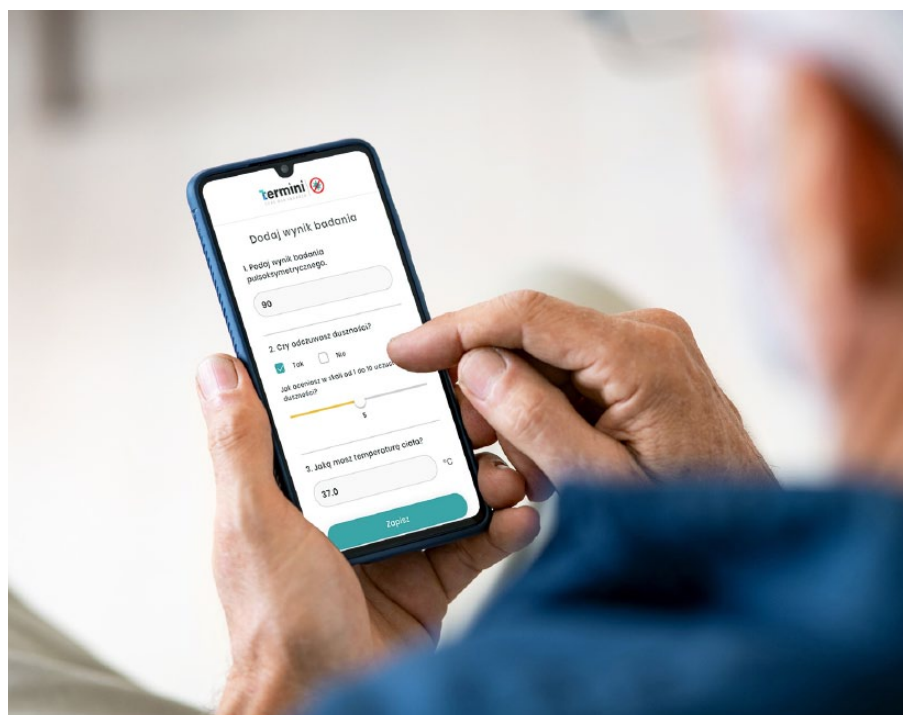
prof. Piotr Laudański. Międzynarodowy zespół specjalistów reprezentujących różne dziedziny nauki pozwoli na dogłębną dyskusję o możliwościach nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia niepłodności.

Podstawę merytoryczną projektu będzie stanowiła współpraca między trzema czołowymi europejskimi uczelniami – Uniwersytetem w Maastricht (Holandia), Uniwersytetem Karolińskim (Szwecja) oraz Uniwersytetem Tartu (Estonia).

Projekt finansowany jest w ramach działań Horyzont 2020, tzw. „Twinning project” (konkurs: WIDESPREAD-05-2020). ■

*Prof. Piotr Laudański
I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM*

PIERWSZA POLSKA APLIKACJA COVID-owa



Aplikacja ułatwi typowanie osób, które mogą już być zakażone, nawet jeśli nie odczuwają jeszcze objawów infekcji. Wskaże też, czy dany pacjent potrzebuje bezpośredniej konsultacji lekarskiej, czy też może zostać w domu, gdzie jego stan będzie na bieżąco monitorowany

Z inicjatywy Centrum Symulacji Medycznych i Innowacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz firmy Termini powstała aplikacja pomagająca w diagnozowaniu chorych zakażonych koronawirusem, bez konieczności wizyty u lekarza. Zastosowana na dużą skalę, będzie mogła odciążyć służbę zdrowia i dostarczać danych dotyczących przebiegu choroby.

Stworzenie aplikacji COVID.Termini.app, która powstała w ramach projektu systemu rejestracji pacjentów współfinansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR), to efekt pracy 7-osobowego zespołu programistów spółki Termini. Projekt powstał z inicjatywy Centrum Symulacji Medycznych

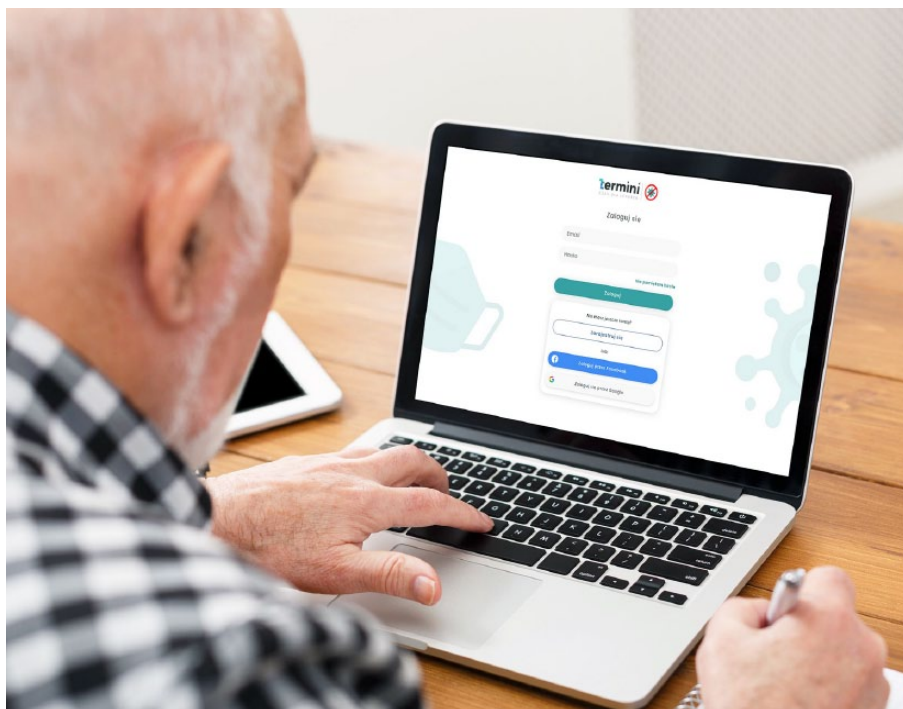
i Innowacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (CSMI WUM) w konsultacji z Zakładem Informatyki Medycznej i Telemedycyny WUM. To pierwsze takie rozwiązanie w Polsce i jedno z pierwszych w Europie. „Głównym celem, jaki sobie postawiliśmy, jest odciążenie polskiego systemu ochrony zdrowia poprzez zautomatyzowanie działań na niektórych poziomach opieki nad pacjentami. Aplikacja ułatwi typowanie osób, które mogą już być zakażone, nawet jeśli nie odczuwają jeszcze objawów infekcji. Wskaże też, czy dany pacjent potrzebuje bezpośredniej konsultacji lekarskiej, czy też może zostać w domu, gdzie jego stan będzie na bieżąco monitorowany. Korzystanie z aplikacji nie zastępuje oczywiście badania, ale dzięki analizie trzech podstawowych



Dr Marcin Kaczor

parametrów umożliwia przyspieszenie decyzji diagnostycznych i terapeutycznych” – mówi dr Marcin Kaczor, prezes CSMI WUM.

COVID.Termini.app jest już dostępna online i w pełni gotowa do użytku, ale aktywowana zostanie dopiero wtedy, kiedy w systemie pojawią się administratorzy



Aplikacja COVID.termini.app jest bardzo prosta w obsłudze, więc mogą z niej korzystać także seniorzy

Korzystanie z COVID.Termini.app jest bardzo proste. Jedyny wydatek, jaki ponosi pacjent, jest związany z zakupem pulsoksymetru – nieinwazyjnego (zakładanego na palec) urządzenia elektronicznego służącego do pomiaru saturacji, czyli wysycenia tlenem krwi

(mogą nimi być placówki medyczne, ale też samorządy), którzy wykupią abonament na korzystanie z niej. „Dopóki to się nie wydarzy, każdy pacjent, który wypełni formularz rejestracyjny i wprowadzi dane, otrzyma e-maila z powiadomieniem, czy aktualnie jego miasto, gmina czy powiat jest obsługiwany przez jakiś podmiot zarządzający” – mówi Michał Szulecki, prezes spółki Termini.

Jak to działa?

Korzystanie z COVID.Termini.app jest bardzo proste. Jedyny wydatek, jaki ponosi pacjent, jest związany z zakupem pulsoksymetru – nieinwazyjnego (zakładanego na palec) urządzenia elektronicznego służącego do pomiaru saturacji, czyli wysycenia tlenem krwi.

Po zarejestrowaniu się w dostępnej online aplikacji, użytkownik podaje trzy dane: procentowy wynik badania pulsoksymetrem, subiektywną ocenę odczuwanych duszności (w skali od 1 do 10) oraz temperaturę ciała. W kolejnej wersji aplikacji konieczne będzie jeszcze dodanie informacji o liczbie oddechów na minutę oraz wartości tętna, którą także można odczytać z pulsoksymetru. Dane będą automatycznie przesyłane do lekarza lub ratownika medycznego zarejestrowanego w systemie, wskazanego przez samorząd lub instytucję publiczną – administratora.

„Jeśli wynik pomiarów jest niepokojący, na przykład pulsoksymetr wskazuje wielkość saturacji poniżej 90%, pacjent zostaje oznaczony za pomocą „czerwonej chorągiewki”. Lekarz wie, że osoba taka potrzebuje pomocy i dzwoni do niej, żeby przeprowadzić dodatkową konsultację” – wyjaśnia Michał Szulecki. „W trakcie rozmowy może ocenić, że np. stan chorego nie jest dobry, ale mimo to może samodzielnie dotrzeć do szpitala albo że jego stan wymaga wezwania karetki” – mówi Szulecki. Dodaje, że docelowo w ramach aplikacji będzie wdrożony drugi kanał przekazywania danych przez pacjenta – automatyczna ankieta telefoniczna. Pacjent, zamiast wpisywać dane do aplikacji, będzie mógł wybierać je tonowo w trakcie połączenia głosowego z automatem. Jeśli wyniki będą niepokojące, na końcu usłyszysz komunikat: „Za chwilę skontaktuje się z tobą lekarz”.

Skuteczne monitorowanie stanu pacjentów wymaga wprowadzania danych minimum dwa razy dziennie. Jeśli pacjent tego nie robi, system automatycznie powiadomienia za pomocą SMS-a o kolejnym terminie przeprowadzenia pomiarów.

Nie tylko dla szpitali i sanepidu

Twórcy COVID.Termini.app podkreślają, że działanie aplikacji będzie miało sens pod warunkiem jej stosowania na szeroką

skale. Dlatego zakładają, że jej administratorami nie muszą być placówki ochrony zdrowia, które i tak obecnie są przeciążone pracą. „Usługę obsługi mieszkańców może zamówić np. samorząd województwa, powiatu gminy czy miasta. Ze swojej strony zapewniamy też zakontraktowanie ratowników medycznych do obsługi aplikacji, zarządzania danymi i działaniami dla pacjentów” – mówi Michał Szulecki. Ponieważ aplikacja jest połączona z GUS-owskim rejestrem TERYT, pacjent po wybraniu swojej lokalizacji automatycznie trafia do najbliższego administratora (ratownika lub lekarza). „Każde miasto może dzięki temu zadbać o swoich mieszkańców i jednocześnie odciążać sanepid i szpital. To idealne rozwiązanie problemu, z jakim borykają się obecnie osoby podejrzewające u siebie chorobę – brakiem możliwości szybkiego kontaktu z wyszkolonym pracownikiem ochrony zdrowia w celu zdiagnozowania i profesjonalnej oceny stanu chorego” – dodaje dr Marcin Kaczor. ■

Informacje na temat działania aplikacji znajdują się na stronie: <https://covid-info.termini.app>
Materiały prasowe

POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA STUDENTÓW WUM

www.upp.wum.edu.pl

Odkilku lat w literaturze naukowej i popularnej zaobserwować można rosnące zainteresowanie zdrowiem psychicznym i dobrostanem studentów uczelni wyższych. Wynika to głównie z alarmujących statystyk dotyczących zdrowia psychicznego osób młodych, w tym danych o rosnącej liczbie samobójstw wśród studentów.

Badanie przeprowadzone przed kilku laty przez Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej WUM w ramach polsko-norweskiego projektu SUPP „Adaptacja, Integracja i Wsparcie Psychospołeczne Studentów Zagranicznych” ujawniło, że ponad 25% studentów naszej uczelni często lub prawie cały czas czuje się samotnie, a ponad 35% często odczuwa przytłoczenie poziomem doświadczanego stresu (Łazarewicz i in., 2015 – szczegółowy raport z badań SUPP dla studentów zagranicznych dostępny jest na stronie www.supp.wum.edu.pl). Podobny wskaźnik dotyczył zarówno studentów z Polski, jak i studentów zagranicznych. Wyniki te pokrywają się z rezultatem innych badań, m.in. norweskim badaniem SHoT, które zostało przeprowadzone na grupie ponad 50 tys. studentów. Wykazało ono, że w latach 2010–2018 odsetek studentów cierpiących na zaburzenia psychiczne wzrósł z 16% do 29%, zaś wysoki poziom osamotnienia odczuwa ponad 20% z nich¹. Metaanaliza 195 badań z udziałem 129 123 studentów medycyny z 47 krajów wykazała, że 27% z nich uzyskało pozytywny wynik w kierunku depresji, a 11% zgłaszało myśli samobójcze podczas trwania ich edukacji medycznej², co w literaturze stara się



Jeden z pokoi Uniwersyteckiej Poradni Psychologicznej – Punkt Konsultacyjny WUM

zazwyczaj wyjaśniać wysokim poziomem lęku i stresu doświadczanego w czasie studiów medycznych.

Wskazany wysoki i stale wzrastający poziom objawów zaburzeń zdrowia psychicznego oraz trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym młodzieży akademickiej jasno wskazują na konieczność działań nakierowanych na poprawę zdrowia psychicznego i dobrostanu studentów. Działająca od 2014 r. (z przerwami) Uniwersytecka Poradnia Psychologiczna – Punkt Konsultacyjny wychodzi naprzeciw problemom, z którymi borykają się studenci WUM. Jednak potrzebę dostępu w ramach uczelni do profesjonalnego wsparcia psychologicznego sygnalizowali oni jeszcze na długo przed oficjalnym powstaniem Poradni. „Jako pracownicy Zakładu Psychologii i Komunikacji Medycznej od lat spotykaliśmy się z prośbami studentów o poradę psychologiczną lub interwencję kryzysową, indywidualną lub w ich grupach dziekańskich. Przed powstaniem Poradni zarówno studenci polscy, jak i zagraniczni zwracali się do nas nieformalnie, po zajęciach dydaktycznych, często przełamując w sobie opór, niepewność i obawiając się naszej reakcji na taką wykraczającą poza kontekst dydaktyczny prośbę”

– mówi dr Magdalena Łazarewicz, koordynator Uniwersyteckiej Poradni Psychologicznej – Punkt Konsultacyjny WUM.

Poradnię uruchomiono po raz pierwszy w styczniu 2014 r. Ograniczony dostęp do pomocy psychologicznej i terapeutycznej dla obcokrajowców w Polsce zadecydował, że początkowo jej oferta dostępna była jedynie dla studentów Oddziału Nauczania w Języku Angielskim przy ówczesnym II Wydziale Lekarskim. Pozostali studenci konsultowani byli przez pracowników Zakładu Psychologii i Komunikacji Medycznej *pro bono*. Po zakończeniu pilotażowego działania Poradni w październiku 2014 r., do marca 2018 r. funkcjonowanie Poradni zostało ograniczone do konsultacji *pro bono* studentów dotychczas objętych opieką i wymagających jej utrzymania oraz osób najpilniej potrzebujących pomocy psychologicznej (ze względu na doświadczane stany lękowe, depresję, myśli samobójcze, bulling, problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych). „Cały czas pracowaliśmy nad tym, aby rozwijać działania Poradni i móc oficjalnie oferować jej pomoc wszystkim potrzebującym tego członkom społeczności studenckiej WUM. Udało się to w marcu 2018 r., po czterech latach

1. Knapstad M, et al., 2018 – Raport „Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018”, [https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20(1).pdf)
2. Rotenstein LS, et al. Prevalence of depression, Depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. JAMA. 2016;316(21):2214, <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>

W kwietniu 2020 r. Parlament Studentów RP rozpoczął inicjatywę „Strefa komfortu PSPR” oferującą wsparcie psychologiczne online dla studentów, a także możliwość uczestnictwa w webinarium prowadzonych przez specjalistów. Na stronie internetowej akcji wsparciopsychologiczne.psrp.org.pl znajdują się materiały na temat zdrowia psychologicznego. Korzystając z niej, można także zapisać się na e-wizytę u psychoterapeuty i skonsultować się online. Znajduje się tam również mapa wskazująca miejsca wsparcia, w których studenci mogą szukać pomocy

od jej pierwszej inauguracji, dzięki wsparciu finansowemu Fundacji Rozwoju WUM oraz wsparciu ze środków własnych uczelni” – dodaje dr Łazarewicz.

Przez dwa kolejne lata Poradnia działała jako projekt Zakładu Psychologii i Komunikacji Medycznej finansowany z funduszy Fundacji Rozwoju WUM i własnych uczelni. Natomiast od lutego 2020 r. stanowi już odrębną jednostkę organizacyjną WUM o nazwie Uniwersytecka Poradnia Psychologiczna – Punkt Konsultacyjny, podlegającą bezpośrednio prorektorowi ds. studenckich i kształcenia.

Poradnia oferuje poradnictwo psychologiczne, indywidualne i grupowe interwencje kryzysowe, coaching, działania psychoedukacyjne, trening radzenia sobie ze stresem (w tym trening biofeedback) oraz edukację psychoseksuologiczną. Dysponuje także stroną internetową (www.upp.wum.edu.pl) z materiałami samopomocowymi w językach polskim i angielskim. Poradnię tworzy ośmiu psychologów związanych z Zakładem Psychologii i Komunikacji Medycznej WUM: dr Magdalena Łazarewicz, dr Mirosława Adamus, dr Joanna Chylińska, dr Tomasz Krasuski, dr Hanna Rozenek, dr hab. Dorota Włodarczyk, mgr Urszula Ziętalewicz oraz mgr Jakub Związek.

„Niewielka liczba 11 studentów konsultowanych w ciągu pierwszego półrocza działalności Poradni (styczeń–czerwiec 2014) wzrosła do średnio 120 osób na semestr. Po oficjalnym ogłoszeniu na stronach WUM i Fundacji Rozwoju WUM działania Poradni w marcu 2018 r., w ciągu tygodnia otrzymałam blisko 60 wiadomości e-mail z prośbą o umówienie konsultacji. Od tego czasu do końca 2020 r. przeprowadziliśmy 1585 godzin konsultacji dla ponad 500 osób. Te liczby zdają się nie pozostawiać złudzeń, jak potrzebna studentom jest nasza Poradnia” – wylicza dr Łazarewicz i podkreśla, że obecnie w ciągu roku kontakt z Poradnią nawiązuje średnio 250 studentów, zaś ostatecznie z pomocy korzysta około 200–220 osób. „Stanowi to nieco ponad 2% liczby wszystkich studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Około 15% konsultowanych w Poradni to studenci zagraniczni. Oznacza to, że rocznie z naszej pomocy korzysta 4% spośród wszystkich studentów zagranicznych WUM. Tak wygląda

funkcjonowanie Poradni w liczbach bezintensywnej akcji informującej studentów o jej istnieniu (ta została przerwana przez wybuch pandemii)”.

Zgłaszający się do Poradni mogą liczyć na bezpłatne krótkoterminowe konsultacje psychologiczne i interwencje kryzysowe. Obejmują one około trzy sesje na osobę. Większa liczba spotkań oferowana jest studentom w dwóch przypadkach. Po pierwsze, kiedy wymagają oni szczególnego i natychmiastowego wsparcia, a Poradnia nie jest w stanie w krótkim czasie pomóc w znalezieniu terapii poza WUM. Po drugie, w sytuacjach kiedy okaże się, że w krótkim okresie można domknąć prace nad konkretnym problemem, z jakim student się zmagają. „Taka organizacja pracy pozwala na udzielenie pomocy największej liczbie studentów i utrzymanie okresu oczekiwania na pierwszą wizytę na poziomie nie dłuższym niż 2–3 tygodnie” – zauważa dr Łazarewicz.

W wyjątkowych przypadkach prowadzone są interwencje grupowe. Dotyczy to np. sytuacji, kiedy grupa studentów przechodzi wspólnie trudne doświadczenie (takie jak śmierć kolegi, katastrofa naturalna, atak terrorystyczny w kraju pochodzenia) lub kiedy pojawia się w niej silny konflikt.

Największa grupa studentów (33%), która zgłasza się do Poradni, boryka się z problemami obniżonego nastroju, w tym depresji, często z towarzyszącymi myślami samobójczymi. Niewiele mniej odwiedzających ma trudności w relacjach interpersonalnych (31%) i relacjach rodzinnych (25%). Studenci zgłaszają także problemy związane z zaburzeniami lękowymi, obniżoną samooceną, nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem i problemami z kontrolowaniem emocji, których skutkiem czasem są agresja czy samookaleczanie. „Wysoki poziom stresu i lęku dotyczący funkcjonowania na uczelni zdaje się dotyczyć głównie studentów pierwszych lat studiów, którzy dopiero wypracowują strategie radzenia sobie ze stresem akademickim” – dodaje dr Łazarewicz.

Dotykająca wszystkich pandemia koronawirusa nie pozostaje bez wpływu na dobrostan zdrowia psychospołecznego. Wprowadzanie kolejnych obostrzeń, konieczność zdalnej nauki, ogranicze-

STUDENCI

nie aktywności fizycznej, ograniczenia w kontaktach międzyludzkich i poczucie niepewnej przyszłości mogą nie tylko nasilić problemy, z którymi studenci już się borykali, ale także wywołać nowe.

Działalność Poradni przystosowano do zmieniającej się sytuacji epidemicznej. Od wybuchu pandemii do końca roku akademickiego 2019/2020 prowadzono jedynie zdalne konsultacje. Obecnie Poradnia funkcjonuje w sposób hybrydowy. „Konsultacje zdalne odbywają się za pośrednictwem indywidualnie ustalanych ze studentami komunikatorów. Konsultacje stacjonarne prowadzi część konsultantów, z zachowaniem zasad

bezpieczeństwa: w dobrze wentylowanych pokojach konsultacyjnych Poradni, w maseczkach, z zachowaniem dystansu fizycznego. Osobom, które ze względów epidemiologicznych wybierają konsultacje zdalne, ale ich sytuacja mieszkaniowa nie pozwala na intymną rozmowę online z psychologiem, udostępniamy na czas konsultacji pokoje Poradni. Obecnie studenci częściej wybierają konsultacje zdalne, wyrażnie jednak tęskniąc, podobnie jak i my, za bezpośrednim kontaktem” – mówi dr Łazarewicz.

Trudno przewidywać, jak długo potrwa obecny stan związany z zagrożeniem epidemicznym i jakie długoterminowe

skutki dla wszystkich sfer życia wywoła pandemia. Można jednak przypuszczać, że będą one znaczące i zapotrzebowanie na wzmoczoną pomoc psychologiczną wśród studentów utrzymywać się będzie przez dłuższy czas. Warto zatem zarówno troszczyć się o tych, którzy już teraz potrzebują pomocy, jak i planować działania na przyszłość: przygotować Poradnię na większą liczbę zgłaszających się po pomoc studentów, a także wdrażać działania promujące dobrostan i zdrowie psychiczne oraz świadomość zdrowia psychicznego wśród całej społeczności studenckiej. ■

Cezary Ksel,
dr Magdalena Łazarewicz

W styczniu 2021 r. Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta Grzegorz Błażewicz przekazał Ministrowi Edukacji i Nauki Przemysławowi Czarnekowi raport Rzecznika Praw Pacjenta „Zdrowie psychiczne na polskich uczelniach” dotyczący działań podejmowanych na rzecz zdrowia psychicznego środowiska akademickiego (w szczególności studentów). Dokument ukazuje konieczność zintensyfikowania prac służących poprawie zdrowia psychicznego i dobrostanu studentów oraz uczynienia oddziaływań w tym zakresie standardem w polskich instytucjach szkolnictwa wyższego. Jednym z ważnych elementów raportu jest m.in. komentarz ekspertek z WUM dr hab. Doroty Włodarczyk z Zakładu Psychologii i Komunikacji Medycznej i dr Magdaleny Łazarewicz z ww. Zakładu, koordynatorki prac Uniwersyteckiej Poradni Psychologicznej – Punkt Konsultacyjny WUM. W towarzyszącym raportowi piśmie do Ministra Edukacji i Nauki Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta wskazuje na zasadność stworzenia jednoznacznych rekomendacji dla uczelni odnośnie wdrażania działań nakierowanych na poprawę zdrowia psychicznego i dobrostanu społeczności akademickiej. Prosi także o przedstawienie informacji o działaniach planowanych w obszarze szkolnictwa wyższego mających na celu zapewnienie i rozwinięcie wsparcia dla studentów i pracowników uczelni podczas kryzysu psychicznego.

W odpowiedzi resort edukacji i nauki przytoczył wyniki badań przeprowadzonych przez Niezależne Zrzeszenie Studentów (NSZ) wskazujące, że w czasie pandemii koronawirusa co czwarty ankietowany student deklaruje zdecydowaną lub umiarkowaną chęć skorzystania z bezpłatnego wsparcia psychologicznego (raport „Sytuacja studentów w czasie epidemii koronawirusa”, 3426 respondentów z ponad 100 uczelni). Natomiast według 64% studentów dostęp do profesjonalnej i bezpłatnej pomocy psychologicznej w Polsce nie jest wystarczający (raport „Zdrowie psychiczne studentów”, 2815 respondentów). Minister Edukacji i Nauki, podziękowując Rzecznika Praw Pacjenta o dobrostan psychiczny studentów i pracowników uczelni w czasie stanu epidemii, zaapelował do władz uczelni o zapoznanie się z raportem „Zdrowie psychiczne na polskich uczelniach” (raport dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji i Nauki). Ponadto w opublikowanym na stronie Ministerstwa opracowaniu



Spotkanie ekspertek WUM z przedstawicielami Rzecznika Praw Pacjenta, wrzesień 2020. Od lewej: Grzegorz Błażewicz – Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta, dr hab. Dorota Włodarczyk i dr Magdalena Łazarewicz, Aleksandra Wenelczyk i Grzegorz Saj – Departament ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Fot. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

„Środowiskowe wytyczne dotyczące działalności uczelni w roku akademickim 2020/2021” zarekomendowano rozwiązania, których celem jest bezpieczne funkcjonowanie uczelni w zakresie działalności dydaktycznej. Wśród rekomendacji są: zaspokojenie potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego oraz wsparcia psychologicznego studentów, m.in. poprzez zachęcanie ich do rozmów, zadawania pytań oraz wyjaśnianie, że mogą doświadczać różnych reakcji emocjonalnych; przygotowanie listy dostępnych psychologów i poinformowanie studentów o możliwości skorzystania z takiej pomocy; współpraca, jeśli to możliwe, z lekarzami pierwszego kontaktu, aby identyfikować i wspierać studentów wykazujących oznaki niepokoju (punkt 2.2.5).

Warto dodać, że Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej WUM prowadzi badania „COVID-19 a dobrostan studentów” (4071 badanych studentów polskich uczelni i 511 studentów z zagranicy na I etapie badania), których wyniki pozwolą na lepszy wgląd w sytuację psychospołeczną studentów w czasie pandemii COVID-19.



Absolwentka WUM popularizatorką dietetyki

Karolina Kobrzyńska, tegoroczna absolwentka WUM, została laureatką Ogólnopolskiego Konkursu Popularyzator Dietetyki 2020. Organizatorami pierwszej edycji konkursu były Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej wraz z Zakładem Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Zwycięzczyni ukończyła studia magisterskie na kierunku dietetyka. Z nagrodzoną pracą pt. „Jesteśmy uwięzieni w tkance tłuszczowej?” można zapoznać się na blogu dietetycznym „Przez żołądek do serca”, dostępnym na stronie internetowej tygodnika „Polityka”. Specjalnie dla czytelników Czasopisma WUM „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” Karolina Kobrzyńska przygotowała artykuł „Równanie matematyczne, które odchudza”.

RÓWNANIE MATEMATYCZNE, KTÓRE ODCHUDZA

Wszyscy nieustannie poszukujemy „diety cud”, która pomoże nam pozbyć się zbędnych kilogramów. Myślę, że ciężko byłoby znaleźć osobę, która chociaż raz w swoim życiu nie podejmowała próby odchudzania. Często poświęcamy wiele czasu na przeglądanie witryn internetowych oferujących przeróżne metody na osiągnięcie wymarzonej sylwetki. Jednak każda „nowinka” internetowa przynosi inne doniesienia. Niektórzy „specjaliści” twierdzą, że dieta oparta na detoksie jest najskuteczniejsza w redukcji tkanki tłuszczowej, inni z kolei zalecają post jedzeniowy. Istnieją również zwolennicy diet niskowęglowodanowych oraz niskotłuszczowych. Internetowa oferta wyboru diet, modeli i sposobów żywienia jest nieskończenie długa. Autorzy polecający wybrane diety, zapewniają, że to właśnie taki sposób żywienia zapewni nam najbardziej optymalną utratę tkanki tłuszczowej. Skoro istnieje tak wiele diet o „cudownych” właściwościach odchudzających, to trzeba się zastanowić: Dlaczego wciąż, paradoksalnie, tyjemy?

Można bez wahania stwierdzić, że świat ogarnęła epidemia otyłości. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) alarmuje o gwałtownym przyroście osób z otyłością i nadwagą na przestrzeni ostatnich 30 lat. Co ciekawe, Polska osiąga czołowe miejsce w Europie. Co czwarty Polak jest otyły, a nadwagę osiąga trzech na pięciu dorosłych. Zatem gdyby istniała „dieta cud”, to problem nadwagi i otyłości nas by nie dotyczył. Pora przestać tracić czas na szukanie „cudownego” sposobu pozbycia się nadprogramowych kilogramów. Często wybieramy konkretną dietę, ponieważ sama jej nazwa brzmi egzotycznie,

oryginalnie i modnie. Czy nie lepiej brzmi „stosuję dietę paleo” w porównaniu do „jestem na diecie odchudzającej”? Niemniej jednak, jakkolwiek intrygująca jest nazwa stosowanej diety, to nie zapewni ona redukcji wagi, jeśli nie zastosujesz podstawowego równania matematycznego. Odchudzanie jest łatwiejsze niż myślimy.

Istnieje tutaj prosta i sprawiedliwa zależność:

1. Ilość kalorii dostarczonych do organizmu > Zapotrzebowanie kaloryczne organizmu = Przybieranie tkanki tłuszczowej
2. Ilość kalorii dostarczonych do organizmu < Zapotrzebowanie kaloryczne organizmu = Utrata tkanki tłuszczowej

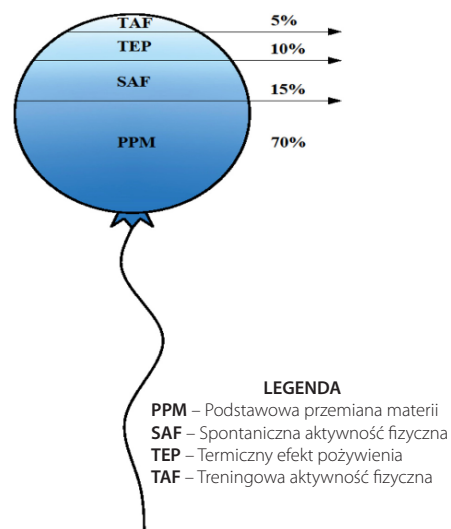
Oczywiście sam proces odchudzania może zostać utrudniony poprzez wpływ innych czynników, np.: stres, predyspozycje genetyczne, współistniejące choroby metaboliczne. Niemniej jednak żaden z nich nie jest w stanie nam uniemożliwić procesu odchudzania opartego na powyżej przedstawionej, niepodważalnej zależności. Prawda jest tylko jedna. Nieodzwymn elementem procesu redukcji tkanki tłuszczowej jest uzyskanie deficytu energetycznego (punkt 2). Jeśli więc nie chudniemy, to oznacza, że dostarczamy więcej kalorii niż powinniśmy w celu uzyskania tego deficytu. Niestety w dzisiejszym świecie, gdzie dostępność jedzenia jest nieograniczona, a producenci żywności ścigają się w rozpieszczaniu konsumentów kubków smakowych, nie jest łatwo jeść mało. Wszyscy kochamy jedzenie. Jak więc spełnić założenia równania matematycznego, które jest niezbędnym elementem podczas odchudzania?

Czym jest zapotrzebowanie kaloryczne?

Nasze zapotrzebowanie energetyczne, czyli to, ile nasz organizm potrzebuje kalorii dostarczanych w postaci jedzenia, można porównać do balonu. Każdy z nas ma swój indywidualny balon odziedziczony po rodzicach. Można się tutaj doszukać pewnej niesprawiedliwości, ponieważ niektóre osoby mogą jeść więcej niż inne (są właścicielami dużego balonu). Jednakże nic straconego dla osób, które zostały obdarzone skromniejszym balonikiem, ponieważ jego wielkość można zwiększać. Poniższa grafika (Ryc. 1) przedstawia sumę wydatków energetycznych naszego organizmu. Ilość włączanego powietrza do balonu symbolizuje liczbę kalorii jaką dostarczamy. Jeśli balon nie jest w całości wypełniony powietrzem, to uzyskujemy deficyt energetyczny (punkt 2). Czy zatem nie byłoby cudownie móc powiększyć balonik?

Trzeba jeść, żeby żyć

Jak widać na grafice, organizm ludzki najwięcej energii wydatkuje na podstawową przemianę materii (PPM). Składają się na nią wszystkie procesy podtrzymujące



Ryc. 1. Grafika stworzona na podstawie: Trexier E.T. i wsp. Metabolic adaptation to weight loss: implications for the athlete. *J Int Soc Sports*, 2014; 11:7

podstawowe funkcje życiowe: oddychanie, praca mózgu, bicie serca oraz działanie innych organów. Mówiąc wprost, jest to minimalna ilość energii, jaką trzeba dostarczyć do organizmu, żeby żyć bez wykonywania dodatkowej aktywności. Ponieważ największy nakład kalorii z pożywienia zostaje właśnie zużyty na pokrycie PPM, powstało wiele mitów na temat tego wskaźnika. Mimo tego, że na wartość podstawowej przemiany materii wpływają: masa ciała, wzrost, skład ciała, płeć, wiek oraz predyspozycje genetyczne, wahania hormonalne, skład mikrobioty itp., to różnice osobnicze są stosunkowo niewielkie. Wyjątek może stanowić choroba wyniszczająca o podłożu zapalnym lub nieleczona choroba tarczycy, gdzie wahania w wartości PPM mogą być znaczące. Niemniej jednak w większości przypadków każdy człowiek potrzebuje podobnej wartości kalorycznej do podtrzymania funkcji życiowych. Co więcej, wartość ta jest dość stała i nieznacznie podlega naszym wpływom. Stąd nie jest to przestrzeń, w której możemy powiększyć swój balonik...

Jak więc zwiększyć swój balonik?

I Unikaj głodówek

Na strawienie pokarmu organizm również zużywa energię, co nazywamy termicznym efektem pożywienia (TEP). Wartość ta mieści się w przedziale 5-15% i jest zależna od kompozycji diety i proporcji makroskładników. Najwięcej energii w postaci ciepła organizm uwalnia po strawieniu produktów białkowych, kolejno węglowodanowych i tłuszczowych. Paradoksalnie na dietach o dużych restrykcjach kalorycznych spalamy mniej kalorii z powodu nieznacznej ilości zjedanego pokarmu. Co więcej, restrykcyjna dieta prowadzona długoterminowo powoduje spadek energii i stanowi ograniczenie dla aktywności fizycznej. To z kolei przekłada się na zmniejszenie zapotrzebowania kalorycznego.

II Trenuj

Nie sposób zaprzeczyć, że regularny trening przyczynia się do spalania kalorii i polepszenia wyglądu sylwetki. Niemniej jednak treningowa aktywność fizyczna (TAF) stanowi jedynie 5% sumy wydatków energetycznych naszego organizmu. Na wielkość tej wartości składa się rodzaj i długość prowadzonego treningu oraz

poziom wytrenowania. Mogłoby się wydawać, że kiedy pot leje się z nas strumieniami podczas biegania lub ćwiczeń interwałowych, to właśnie wtedy nasza fałdka na brzuchu magicznie znika. Niestety taką teorię można włożyć między bajki. Warto zwrócić uwagę, że nie należy przeszacowywać wydatku energetycznego związanego z rekreacyjnym treningiem na siłowni czy zajęciach fitness (co nie dotyczy sportowców zawodowych, wykonujących długie i ciężkie treningi). Realnie osiągnięte wartości spalonych kalorii wynoszą od 150 do 300 na jednostkę treningową (dla „przeciętnego Kowalskiego”). Oczywiście wprowadzenie aktywności fizycznej do swojego codziennego harmonogramu może przyczyniać się do spadku masy ciała. Mimo to skuszenie się jedynie na batonika, może często pokryć kalorie spalone podczas treningu. Stąd trening nie poszerza znacząco naszego balonika i nie stwarza tak dużego deficytu energetycznego, jak mogłoby się wydawać.

III Uprawiaj spontaniczną aktywność fizyczną

Na początku zaznaczę, że spełnienie wszystkich trzech zasad: dieta bez dużych restrykcji kalorycznych, trening oraz zachowanie wysokiej spontanicznej aktywności fizycznej (SAF), zaowocuje utartą zbędnych kilogramów. Jednakże chciałam podkreślić, że SAF (które oznacza wszelką aktywność niezwiązaną z treningiem) uważam za czynnik kluczowy w procesie odchudzania. Na początku historii balonikowej zaznaczyłam, że osoby ze skromniejszym balonikiem nie powinny się zmartwiać, ponieważ istnieje możliwość jego zwiększenia. Właśnie dotarliśmy do strefy, w której jest to najbardziej realne. Spontaniczna aktywność fizyczna obejmuje codzienne przemieszczanie się na uczelnię czy do pracy, wchodzenie po schodach, podbieganie do odjeżdżającego autobusu, mimikę twarzy, gestykulację rękami podczas rozmowy oraz energiczność i żywiołowość. Często nie mamy świadomości, jak wiele kalorii możemy wydatkować w ciągu dnia poprzez modyfikację lub zwiększenie codziennych czynności życiowych. Kiedy brakuje czasu na kolejny trening na siłowni, warto szukać okazji w życiu codziennym do spalania kalorii. Zrezygnowanie z windy na korzyść schodów, wysiadanie

na wcześniejszym przystanku, pójście pieszo na zakupy – to buduje ogromny potencjał do spełnienia założeń wcześniejszego przeliczonego równania i osiągnięcia deficytu energetycznego, który pozwoli nam owocnie schudnąć. Najprościej mówiąc – czas wstać z kanapy i zacząć żyć w ruchu!

Balonik obrazujący wydatki energetyczne naszego organizmu pomaga nam sobie uświadomić, że niezależnie od tego, jaką dietę stosujesz i jakie produkty wyklucasz, to bez zachowania deficytu energetycznego nie schudniesz. Prawdą jest, że jednym przychodzi to łatwiej, innym trudniej, ale to nie zmienia faktu, że wszyscy jesteśmy ulepieni z tej samej gliny. Matematyka jest jedna i sprawiedliwa. Jeśli liczba kalorii dostarczonych do organizmu jest mniejsza niż Twoje zapotrzebowanie kaloryczne, to schudniesz. I nie ma tutaj żadnej ukrytej filozofii. Warunkiem owocnego odchudzania się jest uzmysłowienie sobie podstaw tego procesu. Zdobyta wiedza optymalizuje i ukierunkowuje podejmowane przez nas działania. Warto przestać tracić czas na poszukiwanie „diety cud”, a w zamian zacząć działać nad skutecznym powiększaniem swojego balonika i osiągnięciem dzięki temu deficytu energetycznego. ■

Piśmiennictwo

1. Brończyk-Puzoń A., Koszowska A., Nowak J. i wsp., Epidemia otyłości na świecie i w Polsce. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2014; 5(1):1-5.
2. Howell S., Kones R., „Calories in, calories out” and macronutrient intake: The Hope, Hype, and Science of Calories. Am J Physiol – Endocrinol Metab. 2017; 313(5):608-612.
3. Trexler E.T., Smith-Ryan A.E., Norton L.E., Metabolic adaptation to weight loss: implications for the athlete. J Int Soc Sports Nutr. 2014; 11(1):7:1-7.
4. Nielsen S., Hensrud D.D., Romanski S., Levine J.A., Burguera B., Body composition and resting energy expenditure in humans: role of fat, fat-free mass and extracellular fluid. Int J Obes. 2000; 24:1153-1157.
5. Rosenbaum M., Hirsch J., Gallagher D.A., Leibel R.L., Long-term persistence of adaptive thermogenesis in subjects who have maintained a reduced body weight. Am J Clin Nutr. 2008; 88(4):906-912.
6. Ratajczak A., Moszak M., Grzymisławski M., Dietary recommendations for hypothyroidism and Hashimoto's disease. Nurs Public Heal. 2017; 7(4):305-311.
7. James, W.P.T. & Schofield, E.C. 1990., Human energy requirements. A manual for planners and nutritionists. Oxford, UK, Oxford Medical Publications under arrangement with FAO.

ZDALNE ZAJĘCIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO NA WUM*

Zawieszenie większości zajęć kontaktowych wywołało potrzebę przygotowania przez nauczycieli akademickich zdalnej lub hybrydowej formy wykładów, seminariów czy ćwiczeń. Spowodowane przez pandemię koronawirusa ograniczenia w tradycyjnej formie kształcenia nie ominęły także zajęć sportowych organizowanych przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu WUM. Zmiany dotknęły zarówno zajęć w ramach obowiązkowego wychowania fizycznego, jak i organizowanych przez AZS WUM sekcji rekreacyjnych i sportowych. Studium od zawsze wychodziło naprzeciw potrzebom studentów. Oferowało imponującą różnorodność tematyczną zajęć sportowych, tak aby każdy – bez względu na stopień zainteresowania aktywnością fizyczną – mógł znaleźć coś dla siebie. Nie inaczej jest teraz. Samooobrona, joga, total body condition, trening siłowo-wytrzymałościowy, boks, pilates, siłownia domowa czy stretching to tylko kilka z kilkunastu rodzajów zajęć online oferowanych w ramach wychowania fizycznego na naszej uczelni. Co prawda nie zastąpią one tradycyjnego grania w piłkę nożną czy lekcji pływania, ale pozwolą choć na chwilę zapomnieć o skutkach pandemii. O tym, jak wyglądają obecnie zajęcia sportowe na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym opowiadają kierownik Studium Wychowania Fizycznego i Sportu WUM, trenerzy i studenci.

Mgr Jerzy Chrzanowski
– kierownik Studium Wychowania
Fizycznego i Sportu WUM

**Zgodnie z zarządzeniem rektora
prof. Zbigniewa Gacionga od 16 paź-
dziernika 2020 r. zajęcia sportowe**



Mgr Jerzy Chrzanowski

**na Warszawskim Uniwersytecie
Medycznym odbywają się z wykorzy-
staniem wybranej przez kierownika
jednostki metody i techniki kształ-
cenia na odległość. Jak Studium
Wychowania Fizycznego i Sportu
przygotowało się do tej sytuacji?**

Przygotowani byliśmy już podczas wiosennego zamknięcia. Wtedy również musieliśmy zorganizować zajęcia zdalne. Na samym początku pewnym problemem okazała się wykorzystywana do tego celu platforma internetowa. Jedynym legalnym i bezpiecznym narzędziem, rekomendowanym przez Centrum Informatyki WUM, zarówno wtedy, jak i teraz, jest MS Teams. Jednak jego ówczesna dostępna wersja była bardzo okrojona. Nie pozwalała na przykład widzieć wszystkich ćwiczących studentów. Dopiero we wrześniu pojawiła się nowa funkcjonalność, umo-

liwiająca objąć widzeniem całą grupę. Aby móc przygotować zajęcia wychowania fizycznego, wszyscy trenerzy przeszli szkolenia z MS Teams. Pomogliśmy szczególnie tym, którzy nie byli biegli w korzystaniu z nowych technologii.

Jak Pan obecnie ocenia tę platformę?

Nie mamy problemu z jej wykorzystaniem. Jednak nie mogę powiedzieć, aby było to idealne narzędzie.

Dlaczego?

Zdarzają się wciąż, aczkolwiek sporadycznie, przypadki braku studenta w bazie czy trudności z jego dopisaniem. Da się to jednak dość łatwo rozwiązać. Natomiast problemem, który wciąż sprawia trenerom bardzo duże trudności, jest brak możliwości włączenia muzyki z niezależnego źródła. Kiedy prowadzący zajęcia zrobi to,

* Materiał przygotowany przed wejściem w życie zarządzeń rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego nr 16/2021 z 18 stycznia 2021 roku oraz nr 34/2021 z 1 lutego 2021 roku, które zawieszały działalność Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od dnia 18 stycznia 2021 roku do dnia 14 lutego 2021 roku.

STUDENCI

student nie może usłyszeć podkładu muzycznego. Razem z informatykami wciąż pracujemy nad rozwiązaniem tej niedogodności i mam nadzieję, że niebawem będzie można ją wyeliminować.

Jakie były największe wyzwania, przed którymi stanęło Studium, przygotowując zajęcia online?

Używając narzędzi do nauki zdalnej, nie mogliśmy, i wciąż nie możemy, zorganizować wszystkich zajęć. Dotyczy to głównie koszykówki, siatkówki czy pływania. W tej sytuacji wyjściem jest organizowanie przez trenerów treningów przygotowujących albo zajęć teoretycznych, podczas których omawiane są np. zasady gry lub sposoby wykonywania elementów gry. Brak możliwości przeprowadzania pewnych ćwiczeń w grupie czy na basenie sprawia, że ich zakres jest bardzo okrojony.

Drugi problem jest poważniejszy i dotyczy odpowiedzialności za bezpieczeństwo studenta. W normalnej sytuacji lekcji kontaktowych trenerzy odpowiadają za bezpieczeństwo zajęć i osób w nich uczestniczących. Tymczasem wciąż nie wiadomo, czy taką samą odpowiedzialnością trenerzy obarczeni są w przypadku zajęć zdalnych. Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, że student po drugiej stronie monitora nagle zasłabnie, zemdleje. Co wtedy? Trener nie zawsze ma możliwość wezwania karetki do jego mieszkania.

Czy przed takimi przypadkami można się jakoś zabezpieczyć?

Właśnie w tym tkwi problem, że nie możemy tego zrobić. Wielkość ekranu i okienek pokazujących się na monitorze pozwala co prawda ocenić poprawność ćwiczeń wykonywanych przez studenta, uniemożliwia jednak wczesne dostrzeżenie objawów złego samopoczucia. Nie jesteśmy zatem w stanie odpowiednio zareagować. Jedyne co możemy uczynić, to zadać pytanie studentom, czy dobrze się czują, czy pomieszczenie, w którym przebywają, jest wentylowane, czy dysponują odpowiednią ilością miejsca do wykonywania ćwiczeń.

Podobny problem dotyczy wszystkich prowadzących zdalne zajęcia, nie tylko trenerów.

Owszem, niemniej jednak na zajęciach wychowania fizycznego czy zajęciach

sportowych to ryzyko rośnie. Studenci po prostu wykonują pewne ćwiczenia fizyczne, na które ich organizm może źle zareagować. Nie możemy wykluczyć, że tak się nie stanie.

Wspomniał Pan, że jedynym rekomendowanym narzędziem do zajęć zdalnych jest MS Teams. To oznacza, że z innych platform nie korzystacie?

Na zajęciach wychowania fizycznego korzystamy tylko z MS Teams. Natomiast na zajęciach sportowych trenerzy mają możliwość wyboru innych narzędzi – i korzystają z nich, ale pod warunkiem wyrażenia na to pisemnej zgody przez wszystkich studentów. Dotyczy to głównie platform Zoom i Jitsi Meet. Problemem jest ochrona danych osobowych i wizerunku. Jestem ją w stanie zagwarantować, tylko korzystając z MS Teams. To dlatego w przypadku zajęć obligatoryjnych nie korzystamy z innych platform.

Jak się zmienił plan zajęć wychowania fizycznego?

Przygotowaliśmy całkowicie nowy plan dostosowany do sytuacji w jakiej się znaleźliśmy. Obecnie wychowanie fizyczne w formie kontaktowej prowadzimy wyłącznie dla studentów ratownictwa medycznego. Wynika to z ich programu studiów zawierającego m.in. szkolenia z ratownictwa wodnego czy samoobrony, których nie da się zorganizować zdalnie. Dlatego za zgodą dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu wszystkie zajęcia dla ratowników są prowadzone w formie kontaktowej. Takiej zgody nie otrzymaliśmy od dziekana Wydziału Medycznego, dlatego zajęcia z metod rehabilitacji na kierunku fizjoterapia prowadzone są tylko online.

Staraliśmy się przygotować plan zajęć w taki sposób, aby po ponownym uruchomieniu zajęć kontaktowych studenci mogli przyjść w tym samym dniu i o tej samej godzinie na odpowiednią salę. Mam nadzieję, że prędzej czy później to nastąpi. Obecnie trenerzy w większości prowadzą zajęcia online z sal obiektu Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego.

Trudno sobie jednak wyobrazić zdalne zajęcia z pływania...

Zajęcia z pływania online zostały zamienione na zajęcia ogólnorozwojowe z ele-

mentami technik pływania. Trenerzy uczą studentów wszystkiego, co można zrobić poza wodą, np. technik wzmacniających.

Czy podobna modyfikacja dotknęła też inne zajęcia?

Wszystkie treningi grup sportowych, takich jak siatkówka, koszykówka – teraz są zajęciami ogólnorozwojowymi prowadzonymi z domu. Zajęcia z siłowni zamieniliśmy na domową siłownię – trenerzy pokazują, jak można wykonywać pewne ćwiczenia siłowe w domu, wykorzystując przedmioty, które mamy obok, np. butelki zamiast hantli. W tej sytuacji najlepiej sobie radzą takie zajęcia, jak joga czy pilates, które można bardzo prosto prowadzić online. Jesteśmy w sytuacji wyjątkowej. Wiem, że jest grono studentów, które chciałoby powrotu kontaktowych zajęć wychowania fizycznego. Otrzymuję w tej sprawie mnóstwo pytań i prośb. W tym momencie wciąż obowiązuje nas wspomniane przez pana na wstępie zarządzenie rektora. Udało nam się jednak powrócić od 22 października do zajęć kontaktowych sekcji sportowych. Jednak to też nie oznacza, że wszyscy członkowie tych sekcji przechodzą na zajęcia. Niektóre osoby stresują się, boją, po prostu wolą zostać w domu.

Studium wprowadziło także możliwość zaliczenia wychowania fizycznego na podstawie pracy własnej studentów. Jaką popularnością cieszy się ta forma zajęć?

Rzeczywiście, uruchomiliśmy na prośbę pani prorektor prof. Agnieszki Cudnoch-Jędrzejewskiej zajęcia „trening własny”, które polegają na cotygodniowym umieszczeniu na kanale wideo nagranych własnych treningów. W praktyce wygląda to tak, że student wysyła do mnie filmiki czy linki do nich, ja zaś oceniam merytorycznie prezentowane ćwiczenia. Na tę formę zajęć zapisało się około 200 studentów. To z jednej strony dużo, ale zważywszy, że z wychowania fizycznego korzysta blisko 4000 osób, to jednak nie jest duży procent. Na tę formę zajęć decydują się głównie ci, którzy świadomie ćwiczą i wiedzą, czego oczekują od zajęć sportowych, dlatego zdecydowana większość ćwiczeń prezentowanych na filmach jest właściwa. Nie ukrywam jednak, że obejrzenie w tygodniu prawie dwustu 1,5-godzinnych filmów

STUDENCI

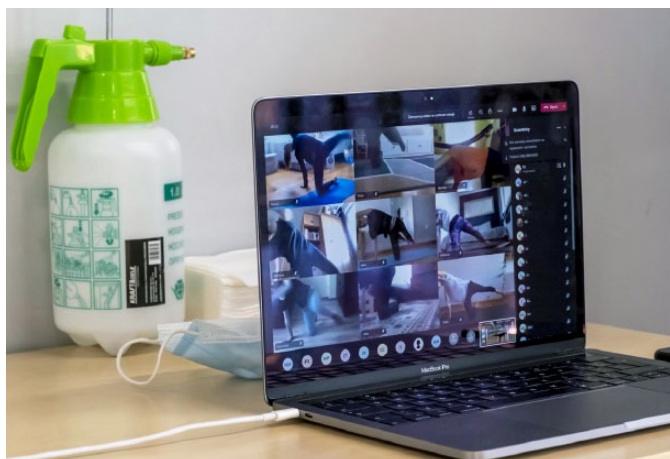
jest na tyle męczące, że po zakończeniu pandemii z pewnością nie będziemy kontynuować tej formy zaliczenia.

Czy w związku z przedłużającym się stanem epidemicznym Studium będzie

decydowało się na kolejne zmiany w realizacji zajęć sportowych?

Nie. W przypadku lockdownu będziemy kontynuować zajęcia online. Wspominałem już, że pomimo trudnego okresu, Studium daje radę. W miarę sprawnie prze-

szliśmy na formę zajęć zdalnych, chociaż dla kilku trenerów był to dość stresujący skok technologiczny. Bez względu jednak na formę zajęć nadal chcemy poprzez swoją pasję do sportu zachęcać wszystkich naszych studentów do kultury fizycznej.



Mgr Marzena Walenda podczas zdalnych zajęć wychowania fizycznego

TRENERZY

Mgr Marzena Walenda (Stadium Wychowania Fizycznego i Sportu WUM) prowadzi zajęcia online: joga, pilates, cardio shape, zgrabne pośladki i uda, fizjoterapia

Przygotowywane przeze mnie zajęcia online mają podobną formę do tych prowadzonych stacjonarnie. Różnią się jednak poziomem trudności oraz doбором ćwiczeń. Nie wszystkie zajęcia można poprowadzić zdalnie, dlatego w tym semestrze zapraszam studentów przede wszystkim na takie formy ruchu, jak pilates, joga bądź shape (ćwiczenia kształtujące głównie mięśnie brzucha oraz kończyn dolnych). Zakładam, że studen-

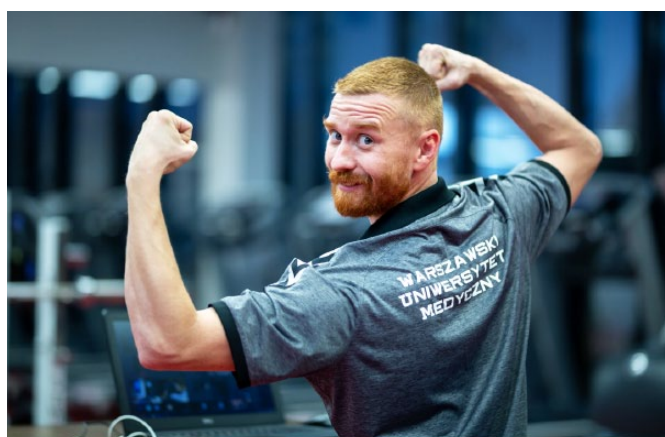
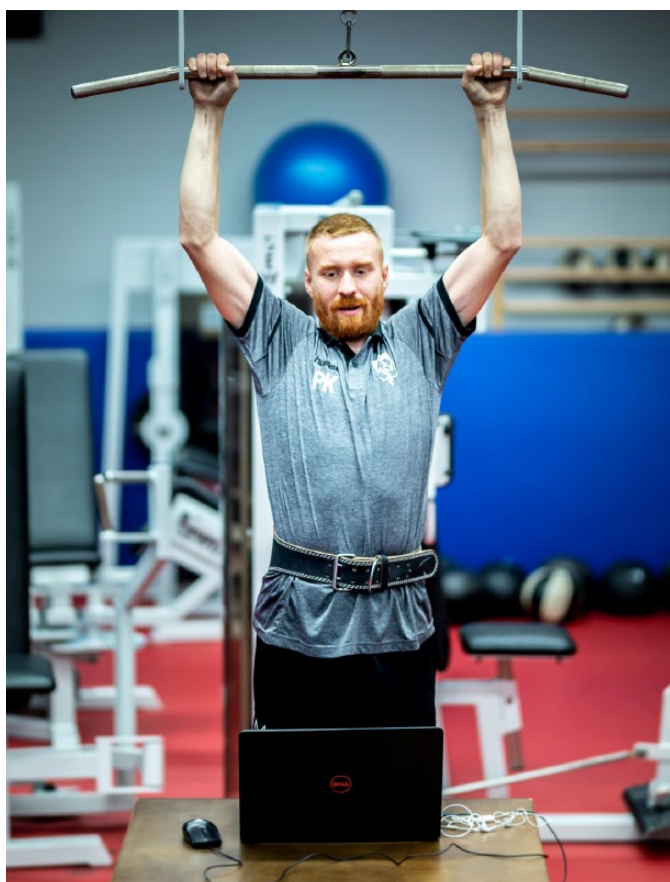
ci dysponują stosunkowo małą przestrzenią, a niektórzy nie posiadają nawet maty do ćwiczeń. Przygotowując zajęcia, biorę więc pod uwagę również te czynniki. Chcę, aby przestrzeń czy brak sprzętu nie wpływały na jakość zajęć. Ćwiczenia wykorzystywane podczas zajęć online mają zwykle najprostsze formy, czyli bez dodatkowych utrudnień. Zależy mi, aby nie powodowały one znacznego wzrostu tętna i były możliwe do wykonania w zaciszu swojego domu na małej przestrzeni. Dobierając ćwiczenie do danego treningu, kładę również nacisk na możliwości jego zaprezentowania, tak aby nie było żadnych wątpliwości o jakie ćwiczenie chodzi. Uważam, że idea zajęć sportowych online w czasie pandemii jest bar-

dzo korzystna. Studenci mogą „przewietrzyć głowę” między jednym a drugim wykładem online. Nie wyobrażam sobie uczenia się przed komputerem przez wiele godzin i nie poruszania się chociaż raz dziennie.

Mgr Paweł Krawczyk (Stadium Wychowania Fizycznego i Sportu WUM) prowadzi zajęcia online „Siłownia domowa”

Staram się, aby zajęcia prowadzone przeze mnie były jak najbardziej zindywidualizowane. Jako pracownicy Studium Wychowania Fizycznego i Sportu w semestrze letnim poprzedniego roku akademickiego przygotowaliśmy treningi pozwalające na kształtowanie

STUDENCI



Zdalne zajęcia wychowania fizycznego przygotowane przez mgr. Pawła Krawczyka

poszczególnych cech układu mięśniowego w warunkach domowych, z różnym obciążeniem (w głównej mierze własnego ciała). Studenci mogą wybrać jeden z treningów i realizować go podczas zajęć online, zgodnie z moimi uwagami, w celu optymalizacji i intensyfikacji ćwiczeń. Dodatkowo zajęcia w formie zdalnej dają szansę na omówienie teoretycznych podstaw treningu siłowego, czyli skumulowanie praktycznej wiedzy o cechach układu mięśniowego, rodzajach ćwiczeń, obciążeniach treningowych, oraz zasad budowania treningu siłowego

w zależności od założonych celów treningu. Podczas zajęć w pierwszej kolejności zwracam uwagę na prawidłowe wykonanie ćwiczenia, a także dobór odpowiedniego obciążenia (własnego ciała i/lub zewnętrznego) do możliwości siłowych każdego studenta oraz charakteru kształtowania cech układu mięśniowego. Pomimo zdalnej formy prowadzenia treningów, wciąż bardzo ważne jest dla mnie bezpieczeństwo podczas zajęć. Kluczowe jest również odpowiednie przygotowanie do części głównej treningu, czyli solidna rozgrzewka, oraz często bagatelizowana

część końcowa mająca na celu przede wszystkim uspokojenie organizmu zgodnie z krzywą natężenia wysiłku fizycznego. Część końcowa poświęcona jest głównie na rozciąganie poszczególnych grup mięśniowych, co jest szczególnie ważne w czasie treningu siłowego. Idea zajęć zdalnych wzbudza we mnie ambiwalentne odczucia. Zajęcia kontaktowe pozwalają mi na indywidualną pracę z każdym studentem, obserwowanie reakcji organizmu na wysiłek, jak również korzystanie w bezpiecznych warunkach ze sprzętu znajdującego się w siłowni,

na której odbywają się zajęcia realizowane przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu. Rozumiem jednak w jakiej sytuacji epidemiologicznej się znaleźliśmy. Dlatego forma online jest pewnego rodzaju kompromisem, aby zrobić coś dla własnego zdrowia psychofizycznego i odporności. Niemniej jednak czekam z niecierpliwością na dni, podczas których będę mógł spotkać się ze studentami na zajęciach na siłowni, czyli naturalnym dla trenera środowisku.

Mgr Kinga Kłaś-Pupar (Studium Wychowania Fizycznego i Sportu WUM) prowadzi zajęcia online: stretching, kształtowanie sylwetki, techniki relaksacyjne, rolowanie + relaks, stretching + rolowanie, tai chi

Prowadzone zajęcia realizuję, opierając się na przygotowanym wcześniej autorskim programie dla konkretnej dyscypliny na bieżący rok akademicki. Ze względu na specyfikę zajęć online zwracam uwagę na dostosowanie proponowanych ćwiczeń do ograniczonej przestrzeni, w której studenci trenują we własnych mieszkaniach czy domach. Szczególnie akcentuję techniki zapobiegające przeciążeniom i schorzeniom układu ruchu związanymi z wielogodzinną pracą przy komputerze lub innym urządzeniu zdalnym. Stosuję metodę FMS (Functional Movement System) służącą profilaktyce i rehabilitacji oraz kształtowaniu motoryczności. W obecnej sytuacji epidemiologicznej zdalne zajęcia sportowe stanowią jedyną bezpieczną formę treningu i moje doświadczenie w pracy ze studentami oraz pracownikami WUM pokazuje, że dobrze spełniają swoją rolę. Oczywiście zależy to w dużej mierze od uprawianej dyscypliny sportu czy rekreacji, trudno na przykład przeprowadzić zajęcia online z gier zespołowych. Zajęcia zdalne nie zastąpią również w stu procentach zajęć na sali czy boisku, ponieważ w nauczaniu ruchu bezpośredni kontakt z ćwiczącym jest kwestią niezwykle istotną.

STUDENCI

Maryana Mozese Luakande – studentka I roku pielęgniarstwa

W momencie otrzymania informacji o zajęciach online trudno było wyobrazić sobie, jak będą one wyglądać. Jednak z perspektywy czasu widzę, że obawy nie miały podstaw. Zajęcia z technik relaksacyjnych przygotowywane przez panią Kingę Kłaś-Pupar bardzo mi się podobają. Za pomocą dużej galerii na MS Teams pani Kinga może obserwować, jak wykonujemy prezentowane przez nią polecenia. Mając wsparcie wykładowcy, nie czujemy się zdani tylko na siebie. Poznajemy wiele rodzajów technik relaksacyjnych. A niektóre z nich, jak trening autogenny Schultza, potrafią skutecznie przeciwdziałać moim silnym atakom migreny. Pozostałe techniki również wpływają bardzo korzystnie na organizm. Możemy je wykonywać nie tylko na zajęciach, ale także w czasie wolnym. Studenci innych grup wychowania fizycznego również mają ciekawe zajęcia. Mogą nagrywać efekty swojej pracy i wysyłać wykładowcom, którzy oceniają ich jakość i poprawność. Mogą także przedstawiać dokonania sportowe monitorowane przez aplikację Endomondo. Sięgają po inne sposoby efektywnego ćwiczenia i mogą liczyć na wsparcie wykładowców, trenerów oraz innych studentów. Dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technologii każdy student może otrzymać od nich indywidualne instrukcje, rady i konsultacje.

Bartłomiej Kowalski – student I roku kierunku lekarskiego

Zdaniem moim i większości studentów zajęcia z wychowania fizycznego w formie online są mniej ciekawe od tradycyjnej ich formy. Zajęcia stacjonarne zawsze będą atrakcyjniejsze, ze względu na dostęp do obiektów sportowych, które na naszej uczelni są bardzo dobrze wyposażone. Również kontakt z prowadzącymi zajęcia jest ograniczony. Trenerom ciężiej jest nas kontrolować i poprawiać wykony-

wane ćwiczenia. Jakość zajęć zależy także od miejsca zamieszkania studenta. W akademiku bądź na stacji trudno jest znaleźć odpowiednią przestrzeń do wykonywania ćwiczeń. Mimo wszystko cieszy nas fakt, że zajęcia w ogóle się odbywają. Doceniamy pomysły trenerów na przeprowadzanie efektywnych treningów w tych trudnych warunkach i mobilizowanie nas do ćwiczeń. Czekamy jednak na możliwość powrotu na siłownię, basen i do hali.

Michał Kurek – student I roku kierunku lekarskiego

Nigdy nie byłem fanem szeroko rozumianych zajęć online, tym bardziej tych praktycznych. Sytuacja jednak zmusiła nas trochę do ich polubienia. Dziś muszę przyznać, że coraz bardziej przekonuję się do tej formy, przede wszystkim dlatego, że pozwala zaoszczędzić sporo czasu. Podobają mi się to, że mogę wziąć udział w zajęciach z wychowania fizycznego, nie wychodząc z domu – mogę zdążyć na trening, który zaczyna się równo z końcem zajęć z anatomii. Jednak będąc zwolennikiem „robienia” a nie „udawania, że robimy”, nie rozumiem propozycji zajęć „wspinaczka online” czy „siatkówka online”... Wydaje mi się, że tego typu zajęcia w Internecie mijają się z celem – bo jak? Co tydzień dyskutujemy o zasadach lub piszemy jakieś prace? Marzyły mi się w tym roku zajęcia ze wspinaczki – jest to dla mnie kompletnie nowa forma, nigdy tego nie próbowałem. Natomiast nie wyobrażam sobie zapisać się na te zajęcia online. Wychowanie fizyczne na kamerkach to również pokusa. Ja akurat jestem po intensywnym kursie wychowania fizycznego w Akademii Teatralnej, gdzie oprócz WF miałem gimnastykę, trzy lata tańca, plastykę ruchu, jogę, pływanie... Mówiąc wprost, jestem zaprzyjaźniony ze sportem od jakiegoś czasu. Stąd mam ambicję i ochotę na ćwiczenia fizyczne po prostu dla siebie. Niemniej jednak wiem, jak można w prosty sposób, zakładając kamerkę, zrobić sobie „cheat day” i przeleżeć na macie całą godzinę. ■

Opracował i rozmawiał Cezary Ksel

ŚLADY JANA NIELUBOWICZA.

20 LAT BEZ PROFESORA

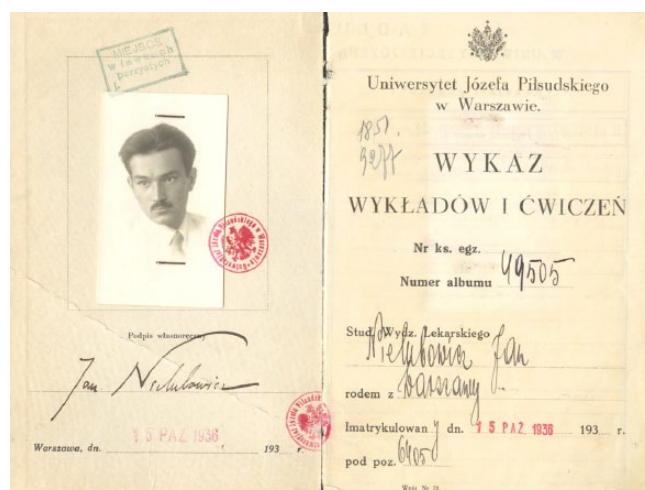
W lutym 2020 r. minęła dwudziesta rocznica śmierci prof. Jana Nielubowicza – rektora Akademii Medycznej w Warszawie dwóch kadencji (lata 1981–1986), wieloletniego kierownika (1959–1986) I Kliniki Chirurgicznej, późniejszej Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii, a obecnie Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, uważanego powszechnie za twórcę współczesnej, nowoczesnej polskiej chirurgii naczyniowej.

Ogromny postęp, którego powojenna medycyna polska doświadczyła w obszarze diagnostyki, leczenia, kształcenia i humanistycznego podejścia lekarza do chorego jest zasługą wielu medyków, wśród których szczególne miejsce zajmuje „wybitny chirurg i uczony, którego osiągnięcia na polu medycyny wprowadziły go na trwałe do panteonu nauki polskiej”, jak pisał o prof. Nielubowiczu inny rektor naszej uczelni prof. Jerzy Szczerba. Uznaje się profesora za prekursora w Polsce wielu rozwiązań i metod diagnostycznych i terapeutycznych, innowatora i animatora postępu, dla którego bycie chirurgiem było nie tylko wykonywaniem odpowiedzialnej specjalizacji lekarskiej, lecz wiązało się z wyborem odpowiedniej postawy życiowej.

Jednak czy w dobie powszechnego kwestionowania autorytetów niezwykle dokonania prof. Nielubowicza mogą wywołać potrzebę podążania podobną ścieżką? Czy studenci, przemierzający Kampus Banacha i mijający od dwóch lat znak z nazwą ulicy Jana Nielubowicza, zdają sobie sprawę, kim był patron tej niewielkiej uliczki biegnącej obok szpitala, w którym pracował? Wciąż możemy spotkać i porozmawiać z osobami znającymi profesora, współpracującymi z nim, uczęszczającymi na przygotowywane przez niego seminaria i wykłady. Ale czy przyszli lekarze, wchodzący w kolejne strony „Ostrych schorzeń jamy brzusznej”, „Chirurgii klinicznej” czy „Chirurgii klinicznej i operacyjnej” mają

świadomość znaczenia, jakie profesor wywarł na polską medycynę? Jednym słowem, czy ogrom dokonań osoby, która odeszła 20 lat temu, może wywołać u nich pozytywną refleksję? Z pewnością wszyscy, których los zetknął z prof. Nielubowiczem, pamiętają i doceniają jego dorobek naukowy, kliniczny i administracyjny. Zapewne dla wielu legenda Nielubowicza pozostaje wciąż żywym drogowskazem postępowania człowieka, naukowca i lekarza. A co z resztą? Są przecież osoby, dla których Jan Nielubowicz jawi się jako postać z podręcznika, notatki na Wikipedii czy jako bohater znajdowanych gdzieś, beznamietnych informacji biograficznych.

Może zatem warto przypomnieć sobie osobę, która wciąż fascynuje i intryguje. Tylko jak to zrobić? Rzucanie kolejnych dat z bogatej biografii Jana Nielubowicza niechybnie wtłacza profesora w klimat akademii „ku czci”. Stawiany w ten sposób pomnik pozostawi obojętnym zarówno tych, którzy pamiętają profesora, a przede wszystkim tych, którzy o profesorze wiedzą mało lub nic. „Odczłowieczanie wielkich ludzi nadaje znamiona fałszu, na który sobie nie zasłużyli” pisał prof. Tadeusz Tołłoczko we wspomnieniu o prof. Nielubowiczu. Dlatego idąc tym tropem, oddamy głos samemu profesorowi. Stanie się tak za sprawą dwóch bardzo ciekawych dokumentów. Jeden z nich to audycja telewizyjna z 1999 r. pt. „Mój ślad”, którego bohaterem jest prof. Jan Nielubowicz. Ten zaledwie kilkunastominutowy film przygotowany dla Programu 1 TVP jest jednym z cyklu rozmów prowadzonych z autorytetami medycyny, nauki, kultury i polityki, jak prof. Edward Rużyłło, prof. Henryk Samsonowicz, Wiesław



Indeks studenta Jana Nielubowicza

Ochman czy Jerzy Maksymiuk. Drugi dokument to znaleziona w Archiwum WUM, przygotowana przez profesora w 1984 r. 71-stronicowa książeczka, na którą składa się 19-stronicowy życiorys, a także m.in. informacje o wykładach i referatach wygłaszanych osobiście na kongresach oraz zjazdach polskich i zagranicznych, wykaz promowanych doktorów i doktorów habilitowanych czy spis 327 opublikowanych prac. Osobliwość tego dokumentu polega dodatkowo na tym, że nie jest jedynie wyliczanką suchych faktów. Daty z biografii prof. Jana Nielubowicza mieszają się z elementami wspomnień, refleksji i uwagami o swoim życiu, pracy naukowej, klinicznej i dydaktycznej.

Wypowiedź do audycji „Mój ślad” została nagrana w 1999 r. – szczególnie dla prof. Nielubowicza, 25 czerwca tego roku na Zamku Królewskim otrzymał godność doktora *honoris causa* Akademii Medycznej w Warszawie. Pomimo zaimka „mój” w tytule, profesor skupił się na dokonaniach następujących po sobie generacji lekarzy dwudziestowiecznych, podkreślając, że postęp w medycynie zależy od odpowiedniego wykształcenia przyszłych kadr medycznych i umożliwienia im dalszego rozwoju naukowego. Prezentuję pełną wypowiedź pochodzącą z tej audycji, bez redakcyjnych poprawek.

„Jestem człowiekiem bardzo szczęśliwym, dlatego że tak ojciec mój, i dziadek, jak też i wszyscy nauczyciele moi przekazali mi, że chorego trzeba nie tylko leczyć, ale także troszczyć się o niego i służyć mu. Najważniejszym śladem, który zostawili polscy chirurdzy w XX wieku, te wszystkie pokolenia, było wielkie oddanie sprawie ojczyzny, jak też i oddanie choremu człowiekowi. Tego starałem się nauczyć moich uczniów.

„Okres życia od objęcia obowiązku stanowiska kierownika Kliniki do chwili obecnej uważam za najpiękniejszy i za najszczęśliwszy okres mego życia. Miałem największą radość jaką daje świadomość, że jest się potrzebnym komuś”

prof. Jan Nielubowicz

Zacząłem się od tego, że w końcu XIX wieku, kiedy Polska w zaborze krakowskim dostała autonomię, wtedy medycyna polska była u szczytu swojego. Muszę powiedzieć, że wtedy byliśmy jedną z przodujących nauk lekarskich w Europie. I wtedy wielcy profesorowie, do których zaliczamy m.in. Rydygiera, Mikulicza, Browicza, Adamkiewicza i wielu innych, stworzyli niesamowitą szkołę i wykształcili wielu profesorów, którzy w momencie, gdy wybuchła w 1918 roku Polska, mogli zająć katedry we Wilnie i w Warszawie, gdzie nie było dotąd uniwersytetów. Ale nie tylko to. Bo jeszcze oprócz tego, to mnie zawsze strasznie wzrusza, przyjechało do Polski 23 profeso-

rów polskiego pochodzenia, lekarzy, którzy mając za granicą ustabilizowane pozycje, miejsce i znaczenie, rzucili wszystko, by jechać do Polski. Ich działanie wypadło mniej więcej na lata międzywojenne.

Oni wykształcili dwa pokolenia następnych lekarzy – starsze i młodsze. Te dwa pokolenia, które przyszły potem, stanęły wobec bardzo trudnego zadania: wojna i 45 lat Polski Ludowej. Wojna zabrała wielu ludzi, bo wszędzie, gdzie był partyzant, powstaniec, żołnierz polski, tam od wieków był też i lekarz. Dość wspomnieć, że na liście katyńskiej znajduje się 600 nazwisk lekarzy polskich, m.in. dwóch moich nauczycieli akademickich z Warszawy – doc. Zawodziński i doc. Zuberbier. A co do Polski Ludowej, to najgorsze, co można było zrobić, to stało się to, że do medycyny weszła polityka i ubóstwo. Ubóstwo przede wszystkim spowodowało to, że lekarz był spauperyzowany, niedouczone, nie miał czasu na to, żeby się uczyć i pracować, i nie mógł się rozwijać odpowiednio. Wreszcie brak pieniędzy na narzędzia, lekarstwa. To wszystko spowodowało, że zaczęliśmy zostawać w tyle.

O ile w 39 roku medycyna polska nie różniła się bardzo dużo od zachodniej, to teraz zaczęliśmy zostawać w tyle. Ja obliczałem to na jakieś 15, 20 lat... Może troszkę przesadzam, ale tak było. I wtedy te dwa pokolenia, o których mówiłem, zrobiły straszliwy wysiłek, żeby dogonić. A tam gdzie żeśmy mieli wykłady czy referaty, gdy się pod nazwiskiem zjawiało „Poland, Pologne, Polska”, wiadomo było, że nauka polska trwa i istnieje. To był także nasz ślad.

Wykształciliśmy bardzo dużo lekarzy. Było nas 13 000 przed wojną, zostało 7000 po wojnie, a dzisiaj jest 100 000 – to też jest nasz ślad.

A teraz zwracając się do tych młodszych z Państwa, którzy siedzą przed kamerami, proszę was bardzo – jeżeli kiedyś w życiu spotkacie kompetentnego, mądrego i służącego choremu lekarza, to powiedzcie Państwo, że to jest ślad ostatnich dwóch pokoleń lekarskich w Polsce”.

Uzupełnieniem tej niezwykle wypowiedzi niech staną się fragmenty wspomnianego życiorysu, cytowane z zachowaniem oryginalnej pisowni. Profesor opisuje w nim m.in. rozpoczęcie pracy na naszej uczelni i współpracę z prof. Tadeuszem Butkiewiczem, wyjazdy zagraniczne, w tym ten

najważniejszy, jako stypendysta Fundacji Rockefellera, do USA w 1958 r., dużo miejsca poświęca prowadzonym badaniom doświadczalnym, zagadnieniom dotyczącym prac naukowych oraz dążeniu do jak najlepszego kształcenia młodych kadr chirurgicznych i dydaktyki studentów.

Wspominając początki pracy zawodowej w Warszawie, prof. Jan Nielubowicz napisał: „W maju 1945 roku powróciłem do Warszawy jako repatriant, a od 1.VI.1945 roku zostałem przyjęty przez prof. T. Butkiewicza do pracy jako wolontariusz w Klinice Chirurgicznej mieszczącej się wówczas w szkole przy ul. Boremlowskiej. 1.I.1946 roku wraz z przeniesieniem się Kliniki PSK (dawny Szpital Dz. Jezus) zostałem etatowym asystentem Kliniki, w której pracuję do dnia dzisiejszego. Od początku mej pracy w Klinice, tj. od 1945 roku do czasu wybrania mnie na kierownika Kliniki byłem uczniem i asystentem prof. T. Butkiewicza. Był to wielki chirurg polski, któremu zawdzięczam bardzo wiele. Niezwykle prawy i uczciwy lekarz i człowiek: nauczył mnie chirurgii, a szczególnie sposobu logicznego myślenia i wnioskowania klinicznego. Pomagał mi stale i jemu zawdzięczam ciągłą zachętę do pracy naukowej i dydaktycznej. Był i jest dla mnie wzorem prawdziwego chirurga – Polaka – lekarza”.

Profesor wielokrotnie mówił, jak ważna dla jego rozwoju zawodowego była możliwość wyjazdów i staży zagranicznych, szczególnie ten organizowany przez Fundację Rockefellera: „Jako stypendysta Fundacji Rockefellera odbyłem przez cały 1958 rok staż w USA w Bostonie w Massachusetts General Hospital Uniwersytetu w Harvard. Był to rok najwyższej wagi dla mego dalszego rozwoju naukowego i zawodowego. Poznałem i rozumiałem na czym polegał ogromny postęp w naukach medycznych, który dokonał się w latach 1940–1959, rozumiałem też na czym polega nauka w medycynie klinicznej, nauczyłem się zasad nowoczesnego prowadzenia prac doświadczalnych. Fundacja Rockefellera zaznajomiła mnie też z nowoczesnymi poglądami na temat uczenia studentów, prowadzenia wykładów, seminariów i tego wszystkiego, co w USA określa się mianem „Medical Education”. Z postęпами chirurgii mogłem zapoznać się przez ten czas, ucząc się jej od największych mistrzów owych czasów i pionierów poszcze-

gólnych kierunków postępu chirurgii. Byli to: Dr E.D. Churchill, Dr Grillo (chirurgia płuc), Dr R. Linton (chirurgia naczyń obwodowych), Dr R. Catelli, Dr C. Weich (chirurgia jamy brzusznej), Dr R. Sweet (chirurgia przełyku i klatki piersiowej), Dr O. Cope (chirurgia endokrynologiczna – szczególnie nowa chirurgia nadnerczy, przystawki i trzustki), Dr B. Cannon (chirurgia plastyczna), Dr F. Moore (zaburzenia metabolizmu u chorych chirurgicznych, chirurgia doświadczalna). Wszystko czego się nauczyłem było dla mnie zupełnie nowe, bardzo różne od tego co myśleliśmy i co wykonywaliśmy w kraju. Dziś, gdy pisząc ten życiorys spoglądam na swój rozwój naukowy wstecz, uważam że był to najważniejszy dla mej przyszłej pracy naukowej rok nauki chirurgii klinicznej. Będąc jeszcze w USA postanowiłem sobie, że dołożę wszelkich starań, aby po powrocie do Polski choć część sposobu myślenia i nowości, których nauczyłem się wówczas, wprowadzić w życie do kliniki, w której dane mi będzie pracować”.

Profesor hołdował zasadzie, że praktyka chirurgiczna powinna być oparta na naukach podstawowych oraz eksperymencie laboratoryjnym. Dlatego przez wiele lat kierował zarówno Kliniką Chirurgiczną, jak i Zakładem Chirurgii Doświadczalnej. O swojej pracy laboratoryjnej pisał tak: „Przez cały czas mej pracy w Akademii Medycznej, przechodząc różne wyżej wymienione stopnie w I Klinice Chirurgicznej, prowadziłem również prace doświadczalne. Początki były trudne, pierwsze prace powstawały na mój własny koszt w pionierskich warunkach, w piwnicy Kliniki Chirurgicznej bez laboranta i wydzielonej specjalnej pracowni. (...) Sytuacja wybitnie się poprawiła, gdyż w roku 1955 profesor Paszkiewicz, Sekretarz Naukowy VI Wydziału P.A.N. utworzył przy Zakładzie Patomorfologii P.A.N. Zakład Chirurgii Doświadczalnej. W październiku 1955 roku zostałem w tej pracowni zastępcą prof. Zaorskiego, który był kierownikiem Zakładu, a od 10.IV.1957 roku zostałem Kierownikiem Zakładu. (...) Mogłem też, dzięki pomocy PAN prowadzić prace doświadczalne pracując równolegle po południu w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej. Wypełniało mi to całe dnie przez ten czas mego życia, który spędziłem w Warszawie w latach 1959-1981, tj. do czasu wybrania mnie

na Rektora A.M.. Wówczas popołudniową pracę doświadczalną musiałem zmieniać na spełnianie obowiązków Rektora Akademii Medycznej. Pisząc dzisiaj ten życiorys (1.I.1983 roku) planuję i marzę o tym, aby zaraz po ukończeniu kadencji rektorskiej, tj. 31.VIII.1984 roku p o w r ó c i ć [podkreślenie prof. Nielubowicza – red.] do pracy doświadczalnej w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk”.

W życiorysie znaleźć można jeszcze inny fragment o łączeniu pracy klinicznej z doświadczalną oraz o zainteresowaniach naukowych: „Bardzo trudno jest chociażby w skrócie opisać cele i wyniki wszystkich prac, w których byłem autorem i współautorem. Najogólniej można powiedzieć, że zainteresowania moje dotyczyły prawie wszystkich dziedzin chirurgii ogólnej. Szczególnie jednak wiele prac dotyczy patofizjologii chirurgii naczyń obwodowych, przeszczepiania nerek, chirurgii wątroby, chirurgii endokrynologicznej i chirurgii innych narządów jamy brzusznej. Największym ułatwieniem w mojej pracy naukowej była możliwość łączenia przez cały czas pracy doświadczalnej i klinicznej. (...) Dzięki temu połączeniu nie opanowane jeszcze w naszym kraju problemy jak też i niektóre zagadnienia oryginalne, wyłaniające się w czasie pracy klinicznej mogłem rozwiązywać najpierw w pracowni doświadczalnej, a zdobyte tam informacje i dane mogłem przenieść z zachowaniem wielkiej ostrożności, odpowiedzialności i rozważliwej do pracy klinicznej, tj. do leczenia chorych ludzi. Codzienna praca, rano w klinice, po południu w zakładzie wypełniała mi całe dni. Wszystkie prace naukowe i książki pisałem w niedzielę, święta i w czasie urlopów. Okres życia od objęcia obowiązku stanowiska kierownika Kliniki do chwili obecnej uważam za najpiękniejszy i za najszczęśliwszy okres mego życia. Miałem największą radość jaką daje świadomość, że jest się potrzebnym komuś”.

O kształceniu zagranicznym swoich współpracowników pisał: „Starałem się też o to, aby możliwie jak największa liczba moich współpracowników przeszła szkolenie w Anglii, Szwecji czy USA. W ciągu 23 lat mej pracy na stanowisku kierownika Kliniki asystenci moi przebyli 467 miesięcy za granicą. Wszystkie wyjazdy na Zachód zostały załatwione przeze mnie, dzięki uzyskaniu od różnych

zagranicznych kierowników katedr, instytucji, osób prywatnych, a także z PAN stypendiów fundowanych. Ministerstwo Zdrowia opłaciło tylko kilka 1-2-miesięcznych wyjazdów do Moskwy i Pragi”.

Na zakończenie fragment o studentach i pracy dydaktycznej: „Od samego początku mej pracy w Akademii Medycznej, tj. od 1946 roku uczyłem studentów, najpierw jako asystent kliniki, później jako kierownik, profesor chirurgii. Do czasu przeniesienia Kliniki z ul. Nowogrodzkiej na ul. Banacha, tj. 16 lat mej pracy na stanowisku kierownika Kliniki (1959-1975) miałem przez cały rok 2 razy w tygodniu wykłady. Łącznie 3 godziny tygodniowo. Później na ul. Banacha wobec tego, że nie ma tam jeszcze sali wykładowej, początkowo miałem co tydzień 2-godzinne seminaria ze studentami raz na tydzień. Od dwóch lat prowadzę codziennie rano od 7.30–8.15 seminaria z grupami studentów. Daje mi to dużo radości”.

Warto dodać, że część biograficzną książki kończy odręczny podpis profesora wraz z datą „Warszawa, 1 stycznia 1984 r.” oraz dopisek: „10 maja 1984 roku zostałem wybrany ponownie w wyborach demokratycznych na Rektora A.M. w Warszawie”.

Był człowiekiem cechującym się siłą i wytrwałością w dążeniach, pokonującym własne, ludzkie słabości i obdarzonym wielowymiarową osobowością (prof. Jerzy Szczerbań), którego postawę prof. Tadeusz Tołłoczko określił jako przywiązanie do myśli i myślenia, a nie do idei, zasad czy abstrakcji. „Słowa śmierci nie znają” napisał w jednej ze swoich powieści Wiesław Myśliwski. Dlatego mimo że prof. Jana Nielubowicza od 20 lat nie ma wśród nas, jego własne słowa mogą mieć większą moc przywracania i podtrzymywania pamięci o nim, niż rzędy liczb i dat wypełniające często „odczłowieczone” materiały wspomnieniowe. ■

Cezary Ksel

Piśmiennictwo

1. Szczerbań J., Jan Nielubowicz (1915-2000) w stulecie urodzin i 15. rocznicę śmierci, Medycyna Dydaktyka Wychowanie, 2015, 11: 2-3.
2. Tołłoczko T., Wspomnienie o Profesorze Janie Nielubowiczu, Medycyna Dydaktyka Wychowanie, 2013, 9: 20-26.
3. Archiwum WUM, Teczka osobowa Jana Nielubowicza 7848 wytworzona w Dziale Kadr Akademii Medycznej w Warszawie. Sygnatura archiwalna teczek 191/38/186.

WALKA Z TYFUSEM PLAMISTYM W WARSZAWSKIM GETCIE NA PODSTAWIE WYBRANYCH KRONIK I WSPOMNIENI PAMIĘTNIKARSKICH

*HISTORIA TYFUSU PLAMISTEGO
TO DZIEJE NIESZCZĘŚĆ, NĘDZY
I UPODLENIA LUDZKOŚCI*

August Hirsch

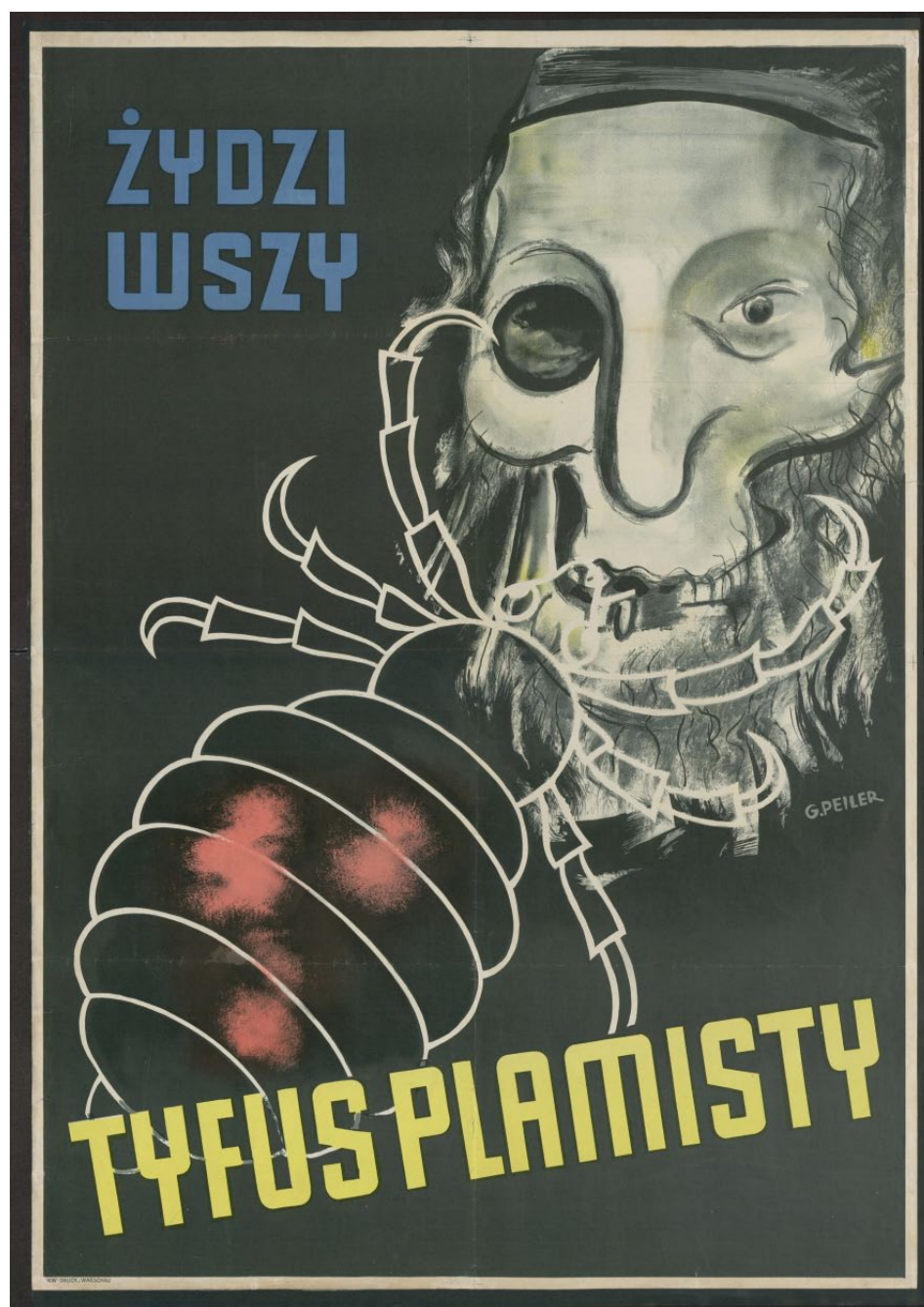
Przed osiemdziesięcioma laty, 16 listopada 1940 r. zamknięto bramy getta warszawskiego. Praktycznie z dnia na dzień w samym centrum miasta, na 307 hektarach stłamszono ludność żydowską, która zmuszona była walczyć na śmierć i życie nie tylko z bestialską polityką hitlerowców, ale także z nędzą, głodem oraz panoszącymi się chorobami zakaźnymi. Na kartach historii tej zamkniętej dzielnicy zapisał się szczególnie bój z tyfusem plamistym, okupant stworzył bowiem sprzyjające warunki do rozprzestrzeniania się tej niebezpiecznej zarazy. Do naszych czasów zachowało się wiele przekazów w postaci pamiętników, dzienników i wspomnień naocznych świadków tych tragicznych wydarzeń, m.in. prezesa Judenratu Adama Czerniakowa, historyka Emanuela Ringelbluma, a także słynnych lekarzy getta: Ludwika Hirszfelda, Henryka Makowera i Jakuba Pensona, którzy na co dzień nie tylko stykali się z chorobą, ale również stawiali jej czoła. Na podstawie tych niezwykle cennych źródeł historycznych przypomnijmy dramatyczne okoliczności, w jakich rozwijała się w getcie epidemia tyfusu. Zanim jednak przeniesiemy się do czasów II wojny światowej, konieczne jest przywołanie najważniejszych informacji o występowaniu tej choroby w minionych wiekach, ponieważ żadne inne schorzenie zakaźne tak często nie towarzyszyło wojnom.

Podejrzewa się, że tyfus plamisty, zwany także często dudem plamistym, uaktywnił się już w starożytności, niepodwa-

żalne jednak dowody jego występowania, biorąc pod uwagę zachowane historyczne opisy objawów chorobowych, przynoszą czasy nowożytne. Na pewno zaatakował armię króla Francji Franciszka I, oblegającą w 1528 r. Neapol pod władaniem cesarza Karola V, wtórował wojnie trzydziestoletniej w latach 1618–1648, powrotowi armii Napoleona w 1812 r. z nieszczęśliwej wyprawy na Moskwę oraz żołnierzom serbskim w okopach na froncie wschodnim I wojny światowej. Jego ekspansji sprzyjała zawsze bieda, ubóstwo oraz ziało. Z tego też powodu przyczynił się do śmierci tysięcy Irlandczyków podczas tzw. wielkiego głodu w połowie XIX w. oraz ponad 3 milionów obywateli Związku Radzieckiego w latach 1918–1922. Choroba zabijała także masowo osadzonych w wielu zatłoczonych więzieniach na całym świecie, dlatego nazywano ją często gorączką więzienną, gorączką obozową lub gorączką wojenną. W XVI w. tyfus plamisty opisał włoski lekarz Girolamo Francastoro, natomiast jako samoistną jednostkę kliniczną wydzielił w pierwszej połowie XIX w. amerykański lekarz William Wood Gerhard. Dopiero jednak w 1909 r. francuski bakteriolog Charles Nicolle wskazał na rolę wszy w przenoszeniu zarazki na człowieka. Nie udało mu się jednak jeszcze tego patogenu zdefiniować, dlatego na odkrycie bakterii *Rickettsia prowazekii* świat musiał poczekać siedem kolejnych lat. Stało się to za sprawą brazylijskiego uczonego Henrique’a da Rocha Lima, który nazwał zidentyfikowaną bakterię

na cześć zmarłego na tyfus kolegi, Austriaka Stanisława von Prowazka oraz innego znanego zmarłego na tę chorobę bakteriologa amerykańskiego pochodzenia – Howarda T. Rickettsa, albowiem oni także wcześniej prowadzili badania w tym kierunku. Wielki wkład w walkę z chorobą miał Polak – profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie Rudolf Weigl, który w lwowskim Instytucie Badań nad Tyfusem Plamistym opracował metodę hodowli wszy, dzięki czemu wyprodukował jako pierwszy na świecie skuteczną szczepionkę chroniącą przed śmiercią. Wśród tzw. karmicieli wszy, współdziałającymi z Weiglem we Lwowie, byli m.in. Stefan Banach, Zbigniew Herbert, Władysław Orlicz i Stanisław Skrowaczewski. To w dużej mierze dzięki odkryciu lwowskiego naukowca II wojna światowa była pierwszym konfliktem zbrojnym od stuleci, w którym choroba ta nie ogarnęła w dużym stopniu walczących na froncie. Należy w tym miejscu podkreślić, że już w okresie międzywojennym występowała dużo rzadziej na ziemiach polskich, biorąc pod uwagę poprawiające się w całym kraju warunki sanitarne i higieniczne.

Tyfus plamisty zaatakował jednak niestety ponownie i to z olbrzymią siłą. Przyczynili się do tego hitlerowcy, którzy wykorzystali go jako narzędzie do walki z ludnością żydowską. Epidemie tyfusu wybuchały w niemieckich obozach koncentracyjnych oraz w gettach m.in. Łodzi, Lwowa i Warszawy. W tym ostatnim z miast pierwsze ostrzeżenia przed



Antysemitki plakat niemieckich władz okupacyjnych, 1942, Polona

rozprzestrzenianiem się choroby zaczęli Niemcy oficjalnie ogłaszać w propagandowych drukach zaraz po zajęciu Warszawy, zanim jeszcze wystąpiły pierwsze przypadki choroby. Jednocześnie wychodziły pierwsze rozporządzenia administracyjne wycelowane w społeczność niearyjską. Żydom nie wolno było jeździć pociągami, mogli przemieszczać się jedynie wybranymi tramwajami; obowiązywał ich także nakaz noszenia pod karą śmierci opaski z gwiazdą Dawida. W tym czasie kierownikiem Wydziału Zdrowia w niemieckim zarządzie miejskim Warszawy był lekarz Kurt Schremph, niezwy-

kle brutalny, zagorzały SS-man. Jedno z jego pierwszych rozporządzeń zakazywało Żydom leczenia w aryjskim szpitalu; podobnie Aryjczyk nie mógł skorzystać z pomocy w żydowskim szpitalu.

Pierwsza epidemia tyfusu wybuchła w Warszawie na początku stycznia 1940 r., zanim jeszcze utworzono oficjalnie getto. Co prawda szybko udało się nad nią zapanować – zachorowało jedynie 10 tysięcy osób (w większości byli to Żydzi wysiedlani do Warszawy z przyłączonych do III Rzeszy terenów), a śmiertelność zatrzymała się na poziomie 10% – była ona jednak poważnym ostrzeżeniem

na przyszłość. W tym czasie, w wydawanym przez okupantów „Nowym Kurierze Warszawskim”, pojawiały się już artykuły podżegające przeciw Żydom, sugerujące, że nie chorują oni na tę chorobę lub przechodzą ją bardzo lekko, natomiast potrafią nią zarazić celowo Niemców. Z tego też powodu hitlerowcy wykorzystali tyfus propagandowo jako jeden z powodów do utworzenia zamkniętej dzielnicy w Warszawie. Decyzję tę uzasadniali przyczynami sanitarnymi oraz zagrożeniem epidemiologicznym dla całego miasta.

Na wybuch w getcie o wiele potężniejszej epidemii nie trzeba było długo czekać.

Choroba pojawiła się w maju 1941 r., gdy teren ten zamieszkiwało blisko 440 tys. ludzi. Wywołały ją przede wszystkim panoszące się na każdym kroku, trudne do opanowania wszy, które przechodziły błyskawicznie z człowieka na człowieka. Największymi ogniskami choroby były tzw. punkty, czyli stołeczne sale po kinach i innych instytucjach publicznych, do których kierowano wysiedlanych z miast i miasteczek Żydów, przybywających do Warszawy bez żadnego dobytku. Z czasem natężenie zarazy w getcie tak bardzo wzrosło, że nie oszczędzała ona nikogo. Na tyfus zapadali zarówno biedni i wygłodzeni mieszkańcy dzielnicy, jak i żyjący na co dzień w miarę przyzwoitych warunkach. Ci, co mogli sobie na to pozwolić, ściągali na wizyty domowe lekarzy, którzy pobierali za każdą poradę 50-100 zł, dzięki czemu niektórzy medycy wewnątrz murów dzielnicy zbijali „fortuny”. Starano się także nabywać sprowadzaną ze Lwowa szczepionkę Weigla, ale nie było to takie łatwe, a jej cena na czarnym rynku sięgała początkowo 400-500 zł za dawkę dla dwóch osób; w kolejnych miesiącach kwota ta urosła nawet do 1000 zł za pojedynczą porcję.

Gorsze od samej epidemii okazały się dla mieszkańców getta zarządzenia przeciwepidemiczne narzucane przez okupanta. Nie przynosiły one żadnych pozytywnych rezultatów, doprowadzały wręcz do rozprzestrzeniania się choroby. Szczególnie niebezpieczne były paradoksalnie wymuszane odgórnie dezynfekcje, podczas których używano siarki, która nie zabijała wszy. Podczas takich akcji wyrzucano ludzi z mieszkania i dokonywano rabunku, po czym niszczone nie tylko cały dobytek rodzin, ale także zabierano im dach nad głową. Inną zmorą Żydów były obowiązkowe, zbiorowe kąpiele odbywające się w pięciu kąpieliskach getta. W ich trakcie dochodziło także do perfidnego rabunku prywatnego dobytku. Za niezgłoszenie przypadku tyfusu groziła w getcie kara śmierci, dlatego też, gdy chory pojawiał się w rodzinie, wystawiano go nocą na ulicę, by zapobiec klęsce całego domostwa. W takich okolicznościach więzy rodzinne przestawały się niemalże liczyć. Bardzo często, zarówno w przypadku dezynfekcji, jak i przymusowych kąpiei dochodziło do wymuszania pieniędzy



Ludwik Hirszfeld, NAC

od bogatych za zwolnienie ich mieszkań od tego typu „działań sanitarnych” albo do wręczania pracownikom kolumn dezynfekujących lub zakładów kąpielowych łańcuchów, byle tylko wydali odpowiednie zaświadczenia. Zazwyczaj kończyło się na tym, że ci, co mieli się kąpać, niestety nie robili tego, a insekty roznoszące chorobę dalej panoszyły się na każdym kroku.

Już po tym krótkim opisie warunków sanitarnych panujących w tej dzielnicy można stwierdzić, że życie w niej było prawdziwym koszmarem. Na ulicach leżały zwłoki ludzi – w wielu przypadkach były to ofiary tyfusu. Po jakimś czasie taki widok na nikim już nie wywierał wrażenia; ludzie mijali obojętnie ciała, często nawet swoich członków rodziny i sąsiadów. Co jakiś czas służby administracyjne getta zbierały rozkładające się zwłoki, by przenieść je do masowych gro-

bów, przypominających „piaskowe góry”, na cmentarzu przy ul. Okopowej.

Najbardziej znanym lekarzem walczącym z tyfusem plamistym w getcie warszawskim był wybitny serolog profesor Ludwik Hirszfeld. Trafił on do tej dzielnicy nieco później niż inni Żydzi, dopiero bowiem w lutym 1941 roku. Po pojawieniu się w getcie zgłosił się od razu do prezesa Judenratu Adama Czerniakowa, ofiarowując swoją pomoc w walce z epidemią tyfusu. Trzeba przyznać, że jego pojawienie się w dzielnicy wywołało początkowo wiele kontrowersji. Brak akceptacji w stosunku do jego osoby wynikał z faktu, że przed wojną Hirszfeld usunął wszystkich Żydów z kierowanego przez siebie Instytutu Higieny. Kronikarz getta Emanuel Ringelblum pisał wprost, że „prowadził on [Hirszfeld] antysemicką politykę”. Negatywnie do słynnego serologa nastawiony



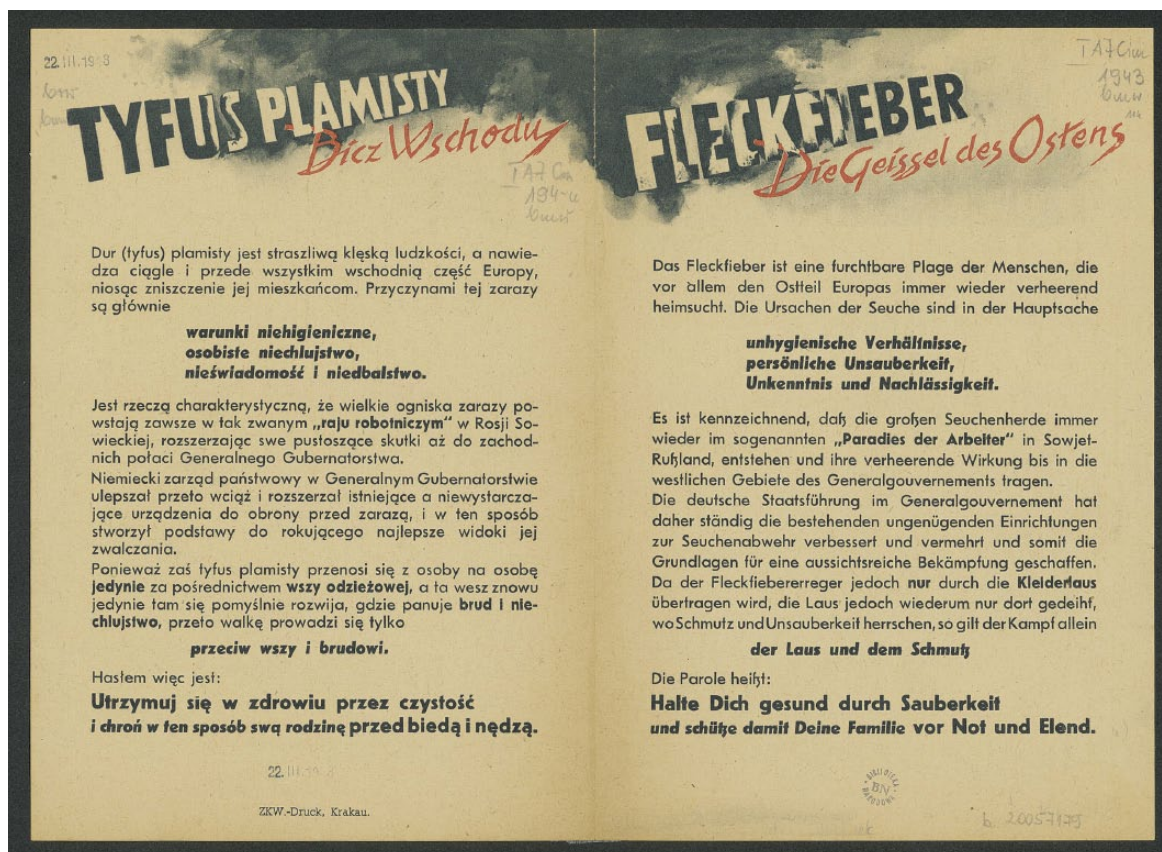
Gubernator Ludwig Fischer na wystawie pt. „Tyfus” w Warszawie, 1942, NAC

był także dr Izrael Milejkowski, w którego rękach, jako przewodniczącego Wydziału Zdrowia Publicznego Rady Żydowskiej w Warszawie, znajdowały się wówczas sprawy sanitarne w dzielnicy. Z czasem jednak, pomimo obustronnych niełatwych relacji, obaj lekarze zaczęli ze sobą ściśle współpracować. Hirszfeld stanął na czele nowo powołanej Rady Zdrowia w getcie, której zadaniem miał być postęp w walce z chorobą. Czas ku temu był najwyższy, albowiem w ciągu jednego miesiąca odnotowywano tysiące chorujących na dur w mieszkaniach i kilkuset w szpitalach, które według Milejkowskiego stawały się powoli „mordowaniami”. Chorzy leżeli w nich po kilka osób na łóżkach lub zalegali na podłogach sal, na tyfus zapadała też większość personelu medycznego. Działania rekomendowane przez Hirszfelda i jego współpracowników były wielotorowe. Po pierwsze, słynny serolog przygotował memoriał skierowany do władz niemieckich wyjaśniający prawdziwe powody epidemii, tj. zatłoczenie getta, brak mydła, powszechny głód. Dokument był bardzo odważnie opracowany, gdyż oskarżenie wycelowano bezpośrednio w okupanta. Po drugie, w budynkach

przeniesionego Szpitala Starozakonnego na ul. Stawki stworzono pracownię bakteriologiczną, gdzie opracowywano nowe możliwości rozpoznawania duru plamistego. Po trzecie, zaczęto organizować wykłady dla lekarzy, higienistów i laborantów z zakresu chorób zakaźnych. Początkowo były trudności z ich uruchomieniem, bo duża grupa lekarzy rozpoczęła agitację przeciwko Hirszfeldowi w kontekście jego działań przedwojennych. Z czasem prelekcje zaczęły się jednak cieszyć dużą popularnością, stały się nawet podstawą życia umysłowego, a także akademickiego nauczania w podziemiu w tej części miasta. Dzięki Hirszfeldowi przemieniono kolumny dezynfekcyjne na o wiele praktyczniejsze kolumny gospodarcze, oraz poprawiono warunki w szpitalach, wprowadzając czystą bieliznę dla pacjentów i zwiększając liczbę łóżek. Latem 1941 r. udało się uzyskać w końcu zezwolenie władz niemieckich (w tym czasie kierownikiem Wydziału Zdrowia, w miejsce Schrepfha, był bar dziej ludzki Wilhelm Hagen) na leczenie tyfusu w domach prywatnych, nowe przypadki choroby trzeba było jednak nadal obowiązkowo zgłaszać.

Jednym z najważniejszych współpracowników Hirszfelda i wsparciem w walce z tą chorobą zakaźną był Henryk Makower – w czasie wojny pełniący funkcję ordynatora chorób zakaźnych w szpitalu dziecięcym im. Bersohnów i Baumanów. Jego relacje z getta są naprawdę dramatyczne. W jednym z akapitów swojego pamiętnika pisał na przykład: „Na rikszy przywiózł mi policjant nagiego chłopca, zawiniętego w duży, gruby arkusz papieru do pakowania. Odsunąłem trochę papier znad głowy: roje wszy łążyły po włosach i gnieździły się w uszach. Chłopiec był prawie zżarty przez wszy, wyglądał jak szkielet. Nie wiem nawet, czy miał tyfus; zmarł, jeszcze zanim przeniesiono go na oddział”. Warte wspomnienia jest też odnotowane przez Makowera niezwykle wymowne spostrzeżenie jednego z lekarzy, który miał ponoć powiedzieć o kolejnych napływających przybyszach do getta, że „nowe wszy – „zagraniczne” rzuciły się na już częściowo uodpornionych na „stare” wszy Żydów warszawskich”.

Innym lekarzem, który podjął bezna dziejną walkę z tyfusem plamistym w getcie, był doskonały klinicysta Jakub Pensson. W czasie wojny kierował oddziałem



Ulotka pt. „Tyfus plamisty – bicz wschodu, Fleckfieber – Die Geißel des Ostens”, 1943, Polona

chorób zakaźnych, który powstał z dawnego oddziału chorób wewnętrznych przeniesionego na ul. Stawki szpitala na Czystem. Nie tylko leczył tam chorych na tyfus plamisty, ale przeprowadzał także badania naukowe, pomimo zakazu wydanego przez okupanta. W wyniku licznych obserwacji ocenił, w jaki sposób choroba dotykała poszczególnych członków rodziny; zauważył, że jej przebieg w małżeństwach przebiegał zdecydowanie różnicowo. Wykazał także, że ważną cechą choroby była neurotropowość zarazka manifestująca się ciężkimi zapaleniami mózgu i zajęciem opon mózgowo-rdzeniowych. Największym jednak jego sukcesem naukowym było opisanie cech ostrej niewydolności nerek, która występowała często przy tyfusie. Udowodnił, że osoby zmagające się z tą chorobą, w okresie wielomoczu spowodowanego niewydolnością nerek wydalały znacznie więcej mocznika niż osoby zdrowe lub chore na gruźlicę, dur brzuszny czy czerwonkę. Po wojnie na podstawie tych badań przygotował Penson rozprawę habilitacyjną pt. „Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie”. Pracę tę tym bardziej trzeba docenić, bowiem

w czasie likwidacji getta przepadło niestety całe archiwum szpitalne składające się z ok. 25 tys. historii chorób, protokołów sekcyjnych i preparatów histologicznych, z którego badacz ten korzystał, a z jego zespołu przeżyły jedynie 4 osoby. Dzięki wspomnieniom Penson wiemy także, w jaki sposób hitlerowcy lekarze radzili sobie z tyfusem. Jeden z nich – Walter Menk – leczył ponoć chorych za pomocą surowicy ozdrowieńców. Miał o tyle łatwiej w poszukiwaniach badawczych, że mógł, w przeciwieństwie do żydowskich lekarzy, prowadzić je oficjalnie. Metoda przez niego wymyślona nie przyniosła jednak żadnych pozytywnych wyników. Penson opisywał go jako bezdusznego, zaślepionego swoją teorią lekarza, dla którego ludność żydowska była jedynie materiałem badawczym. Po getcie odbywały się także wycieczki młodych niemieckich lekarzy, mające na celu ukie runkowanie zwiedzających w stronę nienawiści do społeczności żydowskiej jako roznośników chorób zakaźnych.

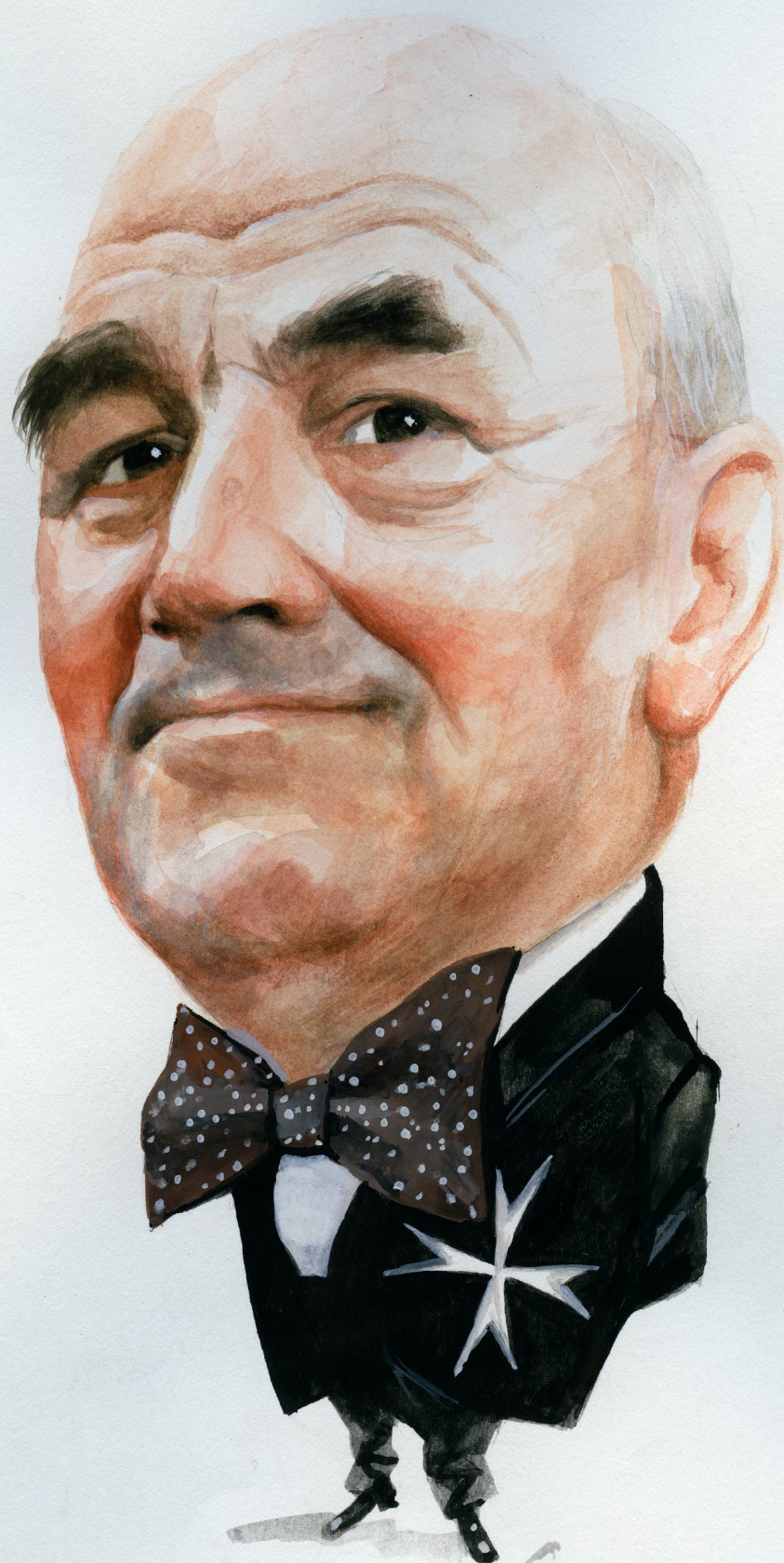
W pierwszych dniach czerwca 1942 r. epidemia tyfusu zaczęła wygasać. Bez wątpienia przyczyniła się do tego działalność Rady Zdrowia pod przewodnictwem

Hirszfelda; przypuszcza się jednak, że doszło także do eliminacji jednostek o słabszej odporności i stopniowego uodpornienia ludności. Zarazek stracił zapewne z czasem także swoją złośliwość, natomiast w jego miejsce pojawiła się gruźlica oraz walka na śmierć i życie z wszechobecnym w dzielnicy głodem, który już wcześniej sprzyjał rozwojowi tyfusu. Niestety to kolejne smutne historie związane z warszawskim gettem, które warto pewnego dnia przypomnieć w kontekście medycznym i ludzkim ku przestrodze na przyszłość. ■

Dr Adam Tyszkiewicz
Muzeum Historii Medycyny WUM

Piśmiennictwo

1. Czerniakowa A., Adama Czerniakowa dziennik getta warszawskiego 6 IX 1939-23 VII 1942, oprac. Marian Fuks, Warszawa 1982.
2. Ciesielska M., Tyfus – groźny zabójca i cichy sprzymierzeniec, Warszawa 2015.
3. Rigelblum E., Kronika getta warszawskiego, wrzesień 1939 – styczeń 1943, Warszawa 1988.
4. Kiple K.F., Wielkie epidemie w dziejach ludzkości, Poznań 2002.
5. Makower H., Pamiętnik z getta warszawskiego, październik 1940 – styczeń 1943, Wrocław 1987.
6. Makarewicz W., Rutkowski B. (red.), Penson J. (1899-1971). Od szpitala na Czystem do Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2005.



Szymowski

*„Miałem największą radość jaką daje świadomość,
że jest się potrzebnym komuś”*

prof. Jan Nielubowicz