

MDW

Medycyna • Dydaktyka • Wychowanie

WARSZAWA
ROK LIII
ISSN 0137-6543

3-5
2021

CZASOPISMO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO



85 LAT DOMU MEDYKA

Rozmowa z rektorem WUM
prof. Zbigniewem Gaciongiem
str. 2

INFORMACJE

100-lecie nauczania stomatologii
akademickiej w Warszawie
str. 10

NAUKA

Rozpoznanie
śmierci człowieka
str. 44

Kampus Lindleya



MEDYCYNĄ DYDAKTYKĄ WYCHOWANIE



MDW

3-5 2021

CZASOPISMO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Rok LIII, NR 3-5/2021

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
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.

85 LAT DOMU MEDYKA

- 2 Marta Ewa Wojtach, Cezary Ksel | O Domu Medyka i „Nowym Medyku”.
Rozmowa z rektorem WUM prof. Zbigniewem Gaciongiem
5 Marta Ewa Wojtach | Przekazanie Księgi Pamiątkowej Klubu Medyków
6 Janusz Krzymień | Wspomnienia z Klubu Medyków
7 Marcin Rawicz | Klub Medyków – miejsce pięknych wspomnień

INFORMACJE

- 10 Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, Dorota Olczak-Kowalczyk, Marzena Murawska |
100-lecie nauczania stomatologii akademickiej w Warszawie
17 Marta Ewa Wojtach | Przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym UCK WUM otwarty został Dom
Ronalda McDonalda
20 Cezary Ksel | Promocja magistrów farmacji i magistrów analityki medycznej Wydziału
Farmaceutycznego
22 Cezary Ksel | Nerki wciąż kryją tajemnice. Rozmowa z prof. Magdaleną Durlik
– kierownikiem Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych
25 Marta Ewa Wojtach | Koordynatorzy transplantacyjni z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej
i Transplantacyjnej z nowym autem

KLINIKI

- 27 Krzysztof Zieniewicz | Pierwsza w Polsce transplantacja i retransplantacja wątroby
u chorej z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
28 Pierwsze w Polsce zastosowanie laparoskopii w skomplikowanym przypadku nowotworu
w marskiej wątrobie
30 Piotr Wieniawski, Bożena Werner | Pierwsze w Polsce wszczepienie
najnowocześniejszego narzędzia do wykrywania arytmii u dziecka

SENAT

- 32 Marta Ewa Wojtach, Marzena Murawska | Informacje z posiedzeń Senatu WUM – 29 marca
i 26 kwietnia

36 STETOSKOP

NAUKA

- 42 Badania nad unikalną metodą monitorowania ciśnienia opłucnowego podczas usuwania
płynu z jamy opłucnej
44 Janusz Trzebiecki | Rozpoznanie śmierci człowieka na podstawie kryteriów neurologicznych
w świetle zmian w prawie

DYDAKTYKA

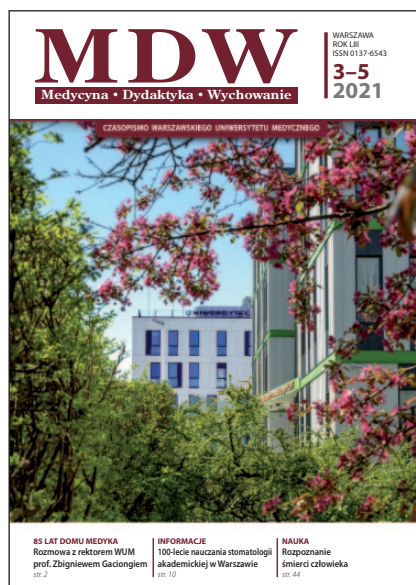
- 50 Szkolenia z zasad wykonywania szczepień przeciw COVID-19. Rozmowa z dr. Marcinem
Kaczorem – p.o. kierownika Centrum Symulacji Medycznych WUM
52 Sukces pierwszego w Polsce kursu „Leczenie ostrej fazy udaru mózgu z wykorzystaniem
sali wysokiej wierności”
54 Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbył się kurs z zaawansowanych technik
echokardiograficznych

STUDENCI

- 55 Cezary Ksel | Młodzi naukowcy WUM wśród finalistów konkursu magazynu „Forbes”.
Rozmowy z dr. Kajetanem Grodeckim i Krzysztofem Starszakiem

HISTORIA

- 61 Mariusz Panczyk | Szkodbut i badania kliniczne – Czego nauczył nas James Lind?



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



O DOMU MEDYKA I „NOWYM MEDYKU”

Rozmowa z rektorem WUM prof. dr. hab. n. med. Zbigniewem Gaciongiem

Panie Rektorze, jakie liceum Pan skończył?

Skończyłem XXX LO im. Jana Śniadeckiego na Woli.

Czyli pochodzi Pan Rektor z Warszawy...

Tak, jestem warszawiakiem z urodzenia.

Czy będąc w liceum, wiedział Pan o istnieniu Domu Medyka i działającego w nim Klubu Medyków?

Tak. Było to znane miejsce. Mnie głównie interesował występujący tam Salon Niezależnych, czyli kabaret, który tworzyli Jacek Kleyff, Janusz Weiss, później również Michał Tarkowski. Ich lekka antysystemowość sprawiała, że byli bardzo popularni. Pamiętam jedną z piosenek, którą śpiewał Jacek Kleyff. Nie wiem, czy tak zabawna byłaby dzisiaj, ale wówczas taka była – nosiła tytuł „Jajco holenderskie blues”. Licealista jednak miał utrudniony dostęp, wręcz zakaz wstępu do klubu. Chodzili tam głównie studenci...

W tym również Pan Rektor po rozpoczęciu studiów. Dlaczego wybrał Pan medycynę?

Zadecydował przypadek. Mnie bardziej interesowała biologia i nauki podsta-

wowe. W pierwszej połowie lat 70. byłem zafascynowany neurofizjologią. Był to okres, kiedy w wielu ośrodkach odkrywano różne nowe funkcje mózgu. W tym czasie, jako młody człowiek i licealista, odwiedzałem Instytut im. Nenckiego, którego pracownicy często kończyli medycynę. Na przykład prof. Witold Karczewski, późniejszy dyrektor Komitetu Badań Naukowych, był z wykształcenia lekarzem. To właśnie oni mnie przekonali, że ukończenie medycyny daje większe możliwości, ponieważ będąc lekarzem, można również zajmować się badaniami podstawowymi. To był tak naprawdę argument, który przeważał.

W jakich latach Pan studiował?

Od 1974 do 1980 roku.

Jakie to były czasy w Polsce?

Określiłbym go jako szary, brudny czas.

Czy ta szarzyzna polityczna odbijała się na działalności Klubu Medyków?

Nie byłem bardzo aktywnym uczestnikiem życia w Klubie Medyków. Jednak trzeba przypomnieć, że podczas roku akademickiego Klub Medyków był tak naprawdę jedynym miejscem, gdzie studenci między zajęciami mogli się spotkać. Było

ono zawsze straszliwie zatłoczone w czasie regularnych godzin zajęć, dodatkowo bardzo zadymione, bo trzeba niestety z bólem powiedzieć, że studenci palili.

Gdzie wtedy odbywały się zajęcia?

W kampusie Lindleya, który był głównym ośrodkiem życia studenckiego. Tam odbywały się zajęcia z nauk podstawowych, ale też rozpoczynały zajęcia kliniczne. Bardzo dobrym rozwiązaniem było wówczas odbywanie zajęć we wszystkich szpitalach w Warszawie. Pamiętam, że miałem zajęcia w Szpitalu Praskim, w szpitalach na ul. Brzeskiej i ul. Barskiej, Szpitalu Bielańskim czy w Konstancynie w Stocercze. Nie mieliśmy tylko zajęć na Bródnie, ponieważ Szpital Bródnowski zarezerwowano dla studentów II Wydziału Lekarskiego. Zatem jako student byłem obeznany z pracą wszystkich szpitali. Miałem między innymi zajęcia z panią prof. Zofią Kuratowską, która wówczas była jeszcze związana ze szpitalem na Barskiej. W pamięci zostały mi dyżury chirurgiczne na SOR-ze w Szpitalu Praskim.

Z kim Pan Rektor studiował na roku?

Na roku było wiele wspaniałych koleżanek i kolegów. Do II Wydziału Lekarskiego trafił prof. Leszek Pączek, z którym

85 LAT DOMU MEDYKA

znaliśmy się już w trakcie studiów. Moim kolegą ze studiów jest także prof. Marek Gołębiowski. Niestety część osób już nie żyje, jak dr hab. Andrzej Małek.

Czy w czasie studiów Pan Rektor miał świadomość, kto jest rektorem czy dziekanem uczelni?

Oczywiście, że tak.

Bo to był czas rektora prof. Leszka Szczęsnego Zgliczyńskiego i aż trzech dziekanów: prof. Andrzeja Trzebskiego, prof. Leszka Krysta i prof. Brunona Szczygła.

Tak. Doskonale pamiętam jak pan prof. Leszek Kryst wręczał nam indeksy, a opiekunem naszej grupy ze strony organizacji studenckiej był obecny prof. Henryk Skarżyński.

Miał Pan Rektor swojego mistrza na studiach?

Pracowałem z prof. Andrzejem Górskim, późniejszym rektorem, w jego zespole naukowym. Dzięki temu kończąc studia, byłem współautorem jedenastu publikacji, a to nie było częstą sytuacją. Profesor był także moim promotorem doktoratu. Panu prof. Górskiemu na pewno wiele zawdzięczam. Natomiast w latach późniejszych moim nauczycielem został pan prof. Tadeusz Orłowski, wielka postać, niesłusznie zapomniana, trochę na jego własną prośbę. Profesor był autorem trzech podstawowych podręczników do nauki diagnostyki, interny i nefrologii. Proponowaliśmy profesorowi, żeby nadal je wydawać, tak jak obecnie wydawana jest interna Szczeklika. Niestety profesor nie wyraził na to zgody. Uważam, że to wielka strata.

Gdzie wówczas studenci otrzymywali indeksy?

W sali Domu Medyka.

Dyplomy również?

Tylko indeksy. Dyplomy były wręczane w Sali Kongresowej Pałacu Kultury i Nauki.

Czyli Dom Medyka nie był tylko miejscem towarzyskich spotkań, koncertów i dyskotek.

Nie, do 2000 roku sala w Domu Medyka była także miejscem obrad Rady Wy-

działu Lekarskiego. Tam również odbyło się moje kolokwium habilitacyjne. Sala balowa Domu Medyka w okresie kiedy organizowano tam dyskoteki była dekorowana kolorowymi balonami, których nikt później nie zdejmował... Pamiętam więc obrady Rady Wydziału, które odbywały się w tej osobliwej dekoracji.

Jakie wydarzenie związane z Domem Medyka szczególnie utkwiło Panu Rektorowi w pamięci?

Wspomniane już własne kolokwium habilitacyjne. Wystąpienie po raz pierwszy przed Radą Wydziału, przed bardziej doświadczonymi, starszymi kolegami wiązało się z wielkim stresem. Wszyscy chcieli dobrze wypaść. Tym bardziej że ówczesne kolokwia miały zupełnie inną rangę. Po pierwsze, było ich mniej, a po drugie, miały inną formę. Najpierw odbywał się wykład kandydata, po czym rozpoczynano dyskusję. Pamiętam, że otrzymałem pytanie, na które nie umiałem odpowiedzieć. Nieżyjąca już pani prof. Zofia Poremska z Zakładu Biochemii zapytała mnie: „Panie doktorze, mam do pana pytanie, kiedy u szczura pojawiają się w jelicie receptory... witaminy D?”. Odpowiedziałem: „Nie wiem, pani profesor, nie wiem”. A ona na to: „No właśnie, tego nikt nie wie”...

A pamięta Pan Rektor wydarzenia artystyczne odbywające się w Klubie Medyków?

Wiem, że w Klubie Medyków zaczynał swoją karierę Zbigniew Hołdys. Nie widziałem jednak jego zespołu. Byłem za to na koncercie zespołu Klan Marka Ałaszewskiego. Był to bardzo popularny zespół grający muzykę psychodeliczną urozmaiconą wizualnymi efektami, podobnymi do tych pojawiających się na koncertach Pink Floyd. W „Medyku” byłem na wielu koncertach, ale właśnie ten mi utkwił w pamięci.

Jakie organizacje studenckie były ulokowane w Domu Medyka?

Mieściła się tam siedziba Socjalistycznego Związku Studentów Polskich – SZSP, nieładnie nazywanego „zsysem”, Akademickiego Związku Sportowego – AZS, w małym pomieszczeniu ulokowana była redakcja „Nowego Medyka”. Warto

wspomnieć także o spółdzielni studenckiej „Kubus”. W owych czasach studenci mogli dorabiać, pracując w spółdzielniach studenckich. Do VI roku studiów posiadałem książeczkę pracy i byłem regularnym pracownikiem właśnie spółdzielni studenckiej „Kubus”. Później, od VI roku zarabiałem już w inny sposób, pracując jako technik w laboratorium naukowym Instytutu Transplantologii. Wracając do spółdzielni studenckich. Działały one w każdej uczelni. Oprócz nich funkcjonowały również dwie spółdzielnie ponad uczelniane: BUDREM i BUDART. BUDREM zajmował się pracami budowlanymi na kontrakty, a BUDART działalnością artystyczną, czyli na przykład malowaniem kominów.

Jak wyglądała praca w takiej spółdzielni?

Student otrzymywał książeczkę pracy i mógł wypracować określoną liczbę godzin. Godzina pracy studenta była z góry wyceniona. Pracodawca, zgłaszając się do biura spółdzielni, deklarował, na ile godzin i do jakiej pracy potrzebuje studenta. Głównie były to prace porządkowe. Spółdzielnie pracy w innych uczelniach były obłożone chętnymi do pracy. Aby zdobyć zlecenie, trzeba było albo ustawić się w kolejce, albo mieć znajomości u kierownika spółdzielni. Inaczej sytuacja wyglądała u nas. Studenci medycyny nie korzystali z tej formy zatrudnienia. Dlatego było więcej zgłoszeń, niż chętnych. Otrzymywałem od kierownika spółdzielni informację, że jest zlecenie, i w ten sposób rozpoczynałem pracę. W późniejszym okresie miałem już swoich stałych odbiorców, głównie Biuro Projektów Przemysłu Farmaceutycznego „Polfa” z siedzibą na ul. Żurawiej. Byli bardzo zadowoleni i dumni, że student medycyny im kosze wynosi i sprząta. Pamiętam, jak z kolegą przenosiliśmy pracownię Biura Projektów „Polfy” z Tarchomina do zakupionej przez nią willi w Zalesiu. Instalowaliśmy tam tzw. pulmany, czyli stoły kreślarskie. Trzeba jednak powiedzieć, że praca w spółdzielni była słabo opłacana.

Wracając do Domu Medyka, były tam dwa ważne pomieszczenia: pierwsze to siedziba AZS-u, a drugie: kabina kinooperatora. Wspomniałem już też o małej

siedzibie redakcji „Nowego Medyka”. Było to skromne pomieszczenie, strasznie ciasne, w którym urzędowała sekretarka – pani Donata, potem pani Danusia. „Nowy Medyk” w swoim czasie zatrudniał najlepszych polskich dziennikarzy.

Wśród członków redakcji „Nowego Medyka” był również Pan.

Ja byłem tylko krótkim epizodem w historii redakcji, choć muszę przyznać, że był to bardzo dobry okres działalności pisma. Redakcja „Nowego Medyka” była otwarta dla wszystkich, którzy chcieli i umieli dobrze pisać. Trafiłem tam dzięki koledze z grupy i przyjacielowi Jurkowi Kołaczyńskiemu, który sprawował funkcję szefa działu naukowego. Wcześniej tym działem kierował Andrzej Górski. Trafiłem więc do sekcji naukowej. Byliśmy wtedy jedynym pismem, które na moją prośbę uzyskało zgodę „New England Journal of Medicine” na publikowanie ich artykułów w pełnym tłumaczeniu. Jak mówiłem, w redakcji pracowali wtedy najwięksi polscy dziennikarze. Później ich drogi różnie się potoczyły: część z nich w stanie wojennym odeszła z zawodu, część przeniosła się do innych redakcji. Piotr Aleksandrowicz związał się z „Rzeczpospolitą”, a później z „Pulsem Biznesu”, którego pisma był wieloletnim redaktorem naczelnym i wybitnym ekspertem od spraw gospodarczych. Pracowali z nami tacy dziennikarze, jak Bogdan Możdżyński, Marek Dziduszko, który potem został naczelnym „Sztandaru Młodych” czy fotograf Piotr Urbanellis, którego fotoreportaż z „Nowego Medyka” przedrukował amerykański „Newsweek”.

Jakie artykuły pisał Pan Rektor do „Nowego Medyka”?

Były to głównie teksty popularnonaukowe, np. o AIDS. Robiliśmy też prasówkę. W „Nowym Medyku” zatrudniony byłem na etacie redaktora. I mimo że pracowałem tam na pół etatu, wysokość pensji była porównywalna z tym, co płacił mi szpital. Jeśli dodamy do tego jeszcze wierszówkę, to okazywało się, że zarabiam lepiej niż pracując w uczelni i w szpitalu. Natomiast muszę przyznać, że dla mnie głównym magnesem była prenumerata przez redakcję „Nowego Medyka” zachodnich pism naukowych. Co ty-

dzień dostawałem na swoje biurko cztery podstawowe tytuły.

Czyli Pan Rektor będąc młodym lekarzem pracował jako dziennikarz?

Tak, jako regularny dziennikarz. Pamiętam wywiad z prof. Mirosławem Mossakowskim. Profesor był wtedy szefem Wydziału VI Polskiej Akademii Nauk. Rozmowę przeprowadziłem z naszym ówczesnym sekretarzem redakcji dr. Jackiem Wesołowskim, późniejszym szefem SOR-u na ul. Lindleya. Pan prof. Mossakowski przyjął nas u siebie w gabinecie, traktował nas poważnie, czym byliśmy wielce zaskoczeni. Przeprowadziliśmy bardzo sympatyczną, koleżeńską rozmowę.

Jak „Nowy Medyk” był odbierany przez studentów?

Czytali go zarówno studenci, ale też kandydaci na studia medyczne. Ci drudzy zapewne regularnie, od kiedy w „Nowym Medyku” zaczął się ukazywać prowadzony przez Jacka Danowskiego z Łodzi cykl omawiający pytania egzaminacyjne na studia medyczne.

Jak wyglądała bieżąca działalność redakcyjna w „Nowym Medyku”?

Co dwa tygodnie odbywały się spotkania kolegium redakcyjnego, podczas których dokonywano krytycznej rozbiórki numeru. Było na nich bardzo poważnie. Odbywały się także coroczne spotkania piszących medyków. Kwitły kontakty towarzyskie. Nawet sylwestry organizowaliśmy w redakcji. To była naprawdę „ciężka” praca, nikt się nie oszczędzał.

Czy tę gazetę można było gdzieś kupić?

Tak, była normalnie sprzedawana przez Młodzieżową Agencję Wydawniczą, czyli koncern będący częścią RSW Prasa-Książka-Ruch.

Gdzie odbywał się druk „Nowego Medyka”?

W Szczecinie. Mieszkał tam jeden z naszych korespondentów – lekarz Jurek Koralewski, który zajmował się drukiem.

Czy „Nowy Medyk” był zawieszony w stanie wojennym?

Tak, ale jednocześnie był chyba pierwszym odwieszonym czasopismem stu-

denckim. Myślę, że powodem było to, że „Nowy Medyk” od samego początku bardzo się separował od kwestii politycznych. Nawet w podtytule czasopisma nie była umieszczona informacja o Niezależnym Zrzeszeniu Studentów Polskich. Na odprawę do „białego domu”, czyli do Komitetu Centralnego chodził redaktor naczelny Andrzej Doroba, ale głównie dlatego, że w bufecie można było kupić niedostępne gdzie indziej towary.

Oprócz zawieszenia zdarzyła się jeszcze w „Nowym Medyku” polityczna ingerencja władz?

Nie, przede wszystkim dlatego, że „Nowy Medyk” nie publikował treści politycznych, w ogóle nie zajmował się polityką.

Ale za to drukowane były satyryczne komentarze.

W „Nowym Medyku” zaczynał Marcin Wolski. Dziś polecałbym satyryczną powieść Andrzeja Waligórskiego „Docent Basset (Uczeń Profesora Wilczura)” drukowaną u nas w odcinkach. Jej treść wciąż można znaleźć w Internecie. Jako ciekawostkę dodam, że we wrocławskim Studiu 202, czyli radiowej audycji tworzonej przez artystów kabaretowych, powieść ta została zaadaptowana na słuchowisko. Niestety pomimo wielu prób, nie udało mi się odnaleźć nagrań. Andrzej Waligórski, z którym byliśmy, jako Redakcja, bardzo zaprzyjaźnieni, był niezwykle sympatycznym człowiekiem. Jeździł do domów dziecka i układał dzieciom wierszyki, a rysownik Edward Lutczyn tworzył do nich rysunki.

Kiedy zakończyła się przygoda Pana Rektora z „Nowym Medykiem”?

Z chwilą wyjazdu do Stanów Zjednoczonych, czyli w 1988 roku. Po powrocie pojawiłem się w redakcji. W trakcie prywatyzacji tytułów prasowych „Nowy Medyk” został sprzedany. Z tego co wiem Andrzej Doroba zarezerwował autorski znak graficzny czasopisma. W efekcie nowy właściciel przestał wydawać gazetę. Prawa do niej przejął syn Andrzeja, Piotr i istniejące do dzisiaj Wydawnictwo Medyk. ■

*Rozmawiali Marta Ewa Wojtach,
Cezary Ksel*

PRZEKAZANIE UCZELNI KSIĘGI PAMIĄTKOWEJ KLUBU MEDYKÓW

Podczas majowego posiedzenia Senatu WUM odbyło się przekazanie na ręce rektora prof. Zbigniewa Gacionga przez dr. Bronisława Petscha Księgi Pamiątkowej Klubu Medyków.

To unikatowy dar dokumentujący okres lat 60. i 70. XX wieku w dziejach Klubu, miejsca szczególnego nie tylko dla naszej uczelni, ale także dla Warszawy. Pierwsze wpisy w księdze pochodzą z 1964 r. Wśród nich są autografy i życzenia od wielu wybitnych i sławnych osób odwiedzających Klub. Otwiera je autograf Marleny Dietrich, która złożyła wizytę w Klubie właśnie w 1964 r. Znajdziemy tam także podpisy m.in.: Jerzego Andrzejewskiego, Gilberta Bécaud, Andrzeja Łapickiego, Ludwika Sempolińskiego, Andrzeja Wajdy, Zbigniewa Cybulskiego, twórców kabaretu „Dudek” czy Wojciecha Młynarskiego.

Kilkadziesiąt kart składających się na księgę to świadectwo wielkiego znaczenia, jakim cieszył się Medyk wśród ludzi kultury i sztuki. Są one także dowodem na ogromny potencjał organizacyjny tkwiący w studentach Akademii Medycznej w Warszawie, którzy potrafili w Domu Medyka stworzyć najlepszy klub studencki w Polsce.

Dzięki staraniom jednego z kierowników Klubu Medyków, dr. Bronisława Petscha, związanego przez wiele lat z Katedrą i Kliniką Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego, Księga Pamiątkowa Klubu Medyków przetrwała niemal pół wieku. Teraz będzie mogła być pokazana szerszemu gronu odbiorców i opowiadać o niezwykłych dziejach Domu Medyka przy ul. Oczki w Warszawie.

Rektor podziękował za zaangażowanie w pozyskanie unikatowego daru zespołowi redakcji czasopisma „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”, reprezentowa-



Dr Bronisław Petsch (po prawej) przekazuje rektorowi prof. Zbigniewowi Gaciongowi Księgę Pamiątkową



Prof. Dagmara Mirowska-Guzel, dr Bronisław Petsch i Cezary Ksel

nemu przez redaktor naczelną prof. Dagmarę Mirowską-Guzel i redaktora Cezarego Ksela.

W tym roku świętujemy jubileusz 85-lecia Domu Medyka, który zbudowali studenci społecznicy. Jego otwarcie

odbyło się 22 lutego 1936 r. Przez ponad osiem dekad to właśnie w Domu Medyka najmocniej bił puls studenckiego życia stolicy, w nim toczyło się życie kulturalne i towarzyskie akademickiej Warszawy. ■

Marta Ewa Wojtach

WSPOMNIENIA Z KLUBU MEDYKÓW

*„Czy pamiętasz, jak to było, czy pamiętasz, jak to było,
Kiedy jeszcze bez wahania ludziom się wierzyło?
Gdy do szczęścia brakowało przyjaciół i wina,
Gdy się świat za oknem kończył tam, gdzie się zaczynał,
Gdzie się zaczynał”
zespół Andrzej i Eliza, tekst Bogdan Olewicz, 1977 r.*



Ponad 90 lat temu, w roku akademickim 1929/30, z inicjatywy Koła Medyków – Stowarzyszenia Samopomocowego Studentów Medycyny Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie pojawiła się idea wybudowania domu dla potrzeb studentów medycyny. Powstał Komitet Budowy Domu Medyków, którego pierwszym zadaniem było uzyskanie terenu pod budowę przy ul. Oczki. Komitet gromadził też fundusze, m.in. ze składek społecznych oraz organizowanych przez studentów imprez (np. „Szopki Medyków” – teatrzyku kierowanego przez studenta Stefana Wesołowskiego, w przyszłości wielkiego urologa polskiego). Projekt budynku przygotował architekt Stanisław Odyniec-Dobrowolski. Kamień węgielny wmurowano 6 listopada 1931 r. Budowa trwała pięć lat, z przerwami powodowanymi przez kłopoty finansowe. Studenci – członkowie Koła Medyków – brali aktywny udział w pracach. Uroczyste otwarcie Domu Medyka im. Józefa Piłsudskiego odbyło się 22 lutego 1936 r. – w XX-lecie istnienia Koła¹. Można również spotkać się z opinią, że najpierw był gmach Ambulatorium (lata 1937-38) przekształcony później w Dom Medyka, gmach, który jest przykładem skrajnego funkcjonalizmu². Nie podzielam informacji zawartych w tej publikacji.

22 lutego 2021 r. przypadała 85. rocznica powstania Domu Medyka, przez wiele lat miejsca związanego nie tylko ze spotkaniami studentów medycyny, ale przede wszystkim ośrodka kultury prowa-

dzzonego i zarządzanego przez studentów medycyny. Jeden z najważniejszych okresów rozwoju klubu przypada na koniec lat 60. i początek lat 70. Były to trudne czasy, działalność klubu nie była dobrze widziana przez ówczesne władze PRL. Ale dzięki wybitnym kierownikom klubu (dr Zbigniew Mossakowski, dr Bronisław Petsch), a także dzięki działalności prof. Wojciecha Dobkowskiego, prof. Wiesława Bonickiego i prof. Antoniego Krzeskiego, Medyk był w tym okresie uznawany za najlepszy klub studencki w Polsce.

Różnorodność form kulturalnych była olbrzymim atutem klubu. Można było uczestniczyć w koncercie studenta II roku PWSM Piotra Palecznego, we wspaniałych imprezach „Jazz Cinema” z udziałem najlepszych zespołów jazzu tradycyjnego, podczas których słuchano muzyki na żywo, będącej podkładem do wyświetlanych niemych filmów. Bawiono się podczas występu Czerwonych Gitar (wtedy jeszcze z czterema gitarzystami), podczas doskonałego koncertu grupy Dżamble czy zespołów związanych z klubem, takich jak Bemibek (zespół powstał w Hybrydach, ale Ewa Bem zawsze wspomina przy spotkaniach Klub Medyków), zespół Klan z Markiem Ałaszewskim, malarzem, muzykiem i barwną postacią, jakim był kierownik artystyczny zespołu Marek Skolarski, Grupy Rh- (wielu wykonawców, a członkami grupy byli m.in.: Natasza Czarmińska, Renata Lewandowska, Andrzej Koziół, Zbigniew Hołdys i wspaniały nieodżałowany Jan Pilecki, zaś teksty pisał m.in. Bogdan Olewicz). W klubie można było także posłuchać zespołu Andrzej i Eliza, występującego solo Zbyszka Hołdysa akompaniującego sobie na fortepianie (notabene fortepian zniknął

w czasie stanu wojennego) czy zupełnie innej prezentacji artystycznej – piosenki „Piękny był Stasio” w wykonaniu „Paździóra estrady” Romana Walisiaka. Słuchano także występujących gościnnie Magdy Umer, Elżbiety Jodłowskiej, Andrzeja Sikorowskiego.

Należy wspomnieć, że z inicjatywy prof. Antoniego Krzeskiego narodziła się wspaniała impreza „Komedówka” z udziałem najlepszych muzyków jazzowych. Podczas pierwszej odsłony „Komedówki” pokazano fragmenty filmu Jerzego Skolimowskiego „Ręce do góry”, filmu, który był przez cenzurę objęty przez wiele lat zakazem wyświetlania. Nie wiem, czy istnieją jakieś doniesienia o tamtejszej projekcji? W 1968 r. Festiwal Piosenki Studenckiej wyjątkowo nie odbył się w Krakowie – wyjątkowo, bo rok był wyjątkowy. Odbył się Kiermasz Piosenki Studenckiej w Medyku, a w jury zasiadał Wojciech Młynarski. Z tej okazji wydano nagrany na magnetofonie Tonette płytę pocztówkową z piosenką Waldemara Koconia. Ale nie zawsze były sukcesy!

Klub Medyków to nie tylko wydarzenia muzyczne. Jego wizytówką były występy kabaretowe. Tu działał, pomimo licznych interwencji władz, Kabaret Salon Niezależnych w składzie: Jacek Kleyff, Janusz Weiss, Roman Walisiak (później Walisiaka zastąpił Michał Tarkowski). Na występ Kabaretu trudno było się dostać, to było jedno wielkie jajco, oczywiście hollenderskie. Gościnnie występował Kabaret WSWF z Poznania Klops (od nazwy najpopularniejszej potrawy w stołówce studenckiej), znakomite skecze prezentowali Aleksander Gołębiowski, Krzysztof Jaślar i Zenon Laskowik (później TEY). Cały wieczór i noc (zabawa do białego

1 <https://doctors-notebook.com/2017/03/27/klub-medyk-jak-bawili-i-bawia-sie-studenci-na-wum/>

2 Chrościński J.A., Rottermund A., Atlas architektury Warszawy, Wydawnictwo Arkady, Warszawa 1977, s. 188.

rana) były dziełem Kabaretu Piwnicy Pod Baranami. Piotr Skrzynecki, aby wieczór odbył się pomyślnie, zamówił w ramach zapłaty dwie skrzyneczki pewnego płynu. To był w tym okresie niełatwy do dostania towar dla organizacji studenckiej. Rozliczyliśmy, z niemałymi trudnościami, wydatek jako słodczyce.

O czym można jeszcze wspominać? O dyskotekach DJ Ediego, o Kółku Dramatycznym (teatralnym) prowadzonym przez

Stefana Mrowińskiego, Jakuba Rucińskiego, Marka Grzesińskiego, o fantastycznych wernisażach. W roku 1967, w czasie przygotowań do wystawy w warszawskim Klubie Medyków, oficjalnie Jan Dobkowski z Jerzym Zielińskim (Jurrym) ogłosili powstanie grupy Neo-Neo-Neo. Teraz można kupić obrazy Jana z tego okresu za 40 000-80 000 zł (dzieło „Eteryčna” z 1972 r. wylicytowano za 110 000 zł). Mógłbym jeszcze pisać i pisać.

A obecnie Klub Medyków to imprezy, koncerty i karaoke! Klubokawiarnia? Podobno jest duży bar. Ja z tamtych opisywanych czasów z kulinariów pamiętam tylko kanapkę „Mogiela”. Czy z tą kanapką kojarzy się osoba, która wtedy często wałęsała się po klubie? ■

*Dr hab. n. med. Janusz Krzymień
Instytut Biocybernetyki i Inżynierii
Biomedycznej im. M. Nałęcz PAN.
W latach 1973-2018 związany z WUM*

KLUB MEDYKÓW – MIEJSCE PIĘKNYCH WSPOMNIENI

Marcin Rawicz – rocznik 1971

Pierwszy mój kontakt z Klubem Medyków był raczej niefortunny. Zaszedłem tam od razu po rozpoczęciu studiów w 1965 r., żeby zapisać się do ZSP (Zrzeszenia Studentów Polskich), wówczas najpoważniejszej organizacji studenckiej. Niestety, wizyta szybko się skończyła pokazaniem mi drzwi i rzuconą uwagą „synku, zabłądziłeś?”. Nic w sumie dziwnego, miałem dopiero 17 lat, wyglądałem na 14, do tego okularki... Choć nie miałem inklinacji do udzielania się w propagandzie, rozczarowany wyrzuceniem za drzwi, wstąpiłem do urzędującego po sąsiedzku Związku Młodzieży Socjalistycznej (ZMS-u), który wówczas zresztą na Akademii niewiele robił i w sumie niewiele mógł.

Za to ZSP oszałamiało aktywnością – sekcje, imprezy, barwne plakaty, muzyka... Aż żał było z tego nie korzystać, ale reżim pierwszego roku nie zostawiał nam wiele czasu. Sama anatomia pochłaniała z reguły pół nocy, prosektorium było codziennie, a zadawano sporo. Nie było wprawdzie szpilek, wykłady prowadził wielki prof. Witold Sylwanowicz, asystentem mojej grupy był doktor, późniejszy prof. Ryszard Aleksandrowicz – a wymagał sporo. Oprócz podstawowej pracy w Katedrze Anatomii Prawidłowej był czynnym i znakomitym chirurgiem,

co nie przeszkadzało mu w zaglądaniu do Medyka.

Z życiem klubu na ulicy Oczerki 1A bliżej zapoznałem się po pierwszym roku, kiedy ówczesny przewodniczący Komitetu Uczelnianego ZSP, Zbyszek Mossakowski (natenczas student V roku, co mi niesłychanie imponowało), wciągnął mnie trochę do aktywności w ZSP. Jednak poza udziałem w kilku kabaretach, mało bywałem w Medyku, raczej wpadałem tam między zajęciami. Dużo pracy i ściśle nadzorująca proces szkolenia kadra naukowa nie pozostawiała wiele czasu na inne sprawy. A ja dodatkowo pracowałem w Szpitalu Przemienienia Pańskiego, biegałem też do Zakładu Chirurgii Doświadczalnej.

Wreszcie przyszedł III rok i wielka odmiana – kliniki. Dorwaliśmy się do prawdziwej medycyny, pierwszy raz badaliśmy chorych, pisaliśmy historie choroby, było super. A że czasu było więcej, to i do Medyka wpadało się częściej.

W klubie nie czuło się, że w rządzącej partii narastają konflikty na najwyższych szczeblach władzy, a nad Polską (po izraelsko-arabskiej wojnie sześciodniowej w czerwcu 1967) zbierają się chmury antysemityzmu. Z perspektywy Medyka mało znaczące zdawało się wtedy transmitowane przez telewizję wystąpienie Władysława Gomułki, w którym zdefiniował na nowo, kto może być Polakiem i gdzie jest miejsce ludzi pochodzenia żydow-

skiego. A „klasa robotnicza” na „spontanicznych masówkach” krzyczała: Syjoniści do Syjonu!

Kiedy spojrzę te 54 lata wstecz, nie mogę wyjść ze zdziwienia, jak dalece byliśmy indoktrynowani – dla większości z nas ZSRR był oazą wolności, a o istnieniu opozycji mało kto słyszał. Niby coś mama wspominała w domu, ale z żelazną konsekwencją kierując mnie do zawodu lekarza, starała trzymać szczeniaka z daleka od polityki. Sprzyjała jej apolityczność Akademii Medycznej.

Wakacje i pierwsze miesiące nowego, III roku akademickiego, minęły na Akademii Medycznej bez burz. Dopiero około Bożego Narodzenia polityka wtargnęła w nasze akademickie życie, a to za sprawą „Dziadów” w reżyserii Kazimierza Dejmka w Teatrze Narodowym.

Obejrzałem to przedstawienie na stojąco, oszołomiony i spektaklem, i fantastyczną rolą Gustawa Holoubka, i burzliwymi reakcjami publiczności. Codziennie widownia była wypełniona tłumem, brawa i okrzyki coraz głośniejsze. „Dziady”, na których moje pokolenie się wychowywało w szkole, okazały się współczesnym, aktualnym manifestem.

W tej sytuacji władze wydały zakaz wystawiania dramatu Mickiewicza. I to właśnie otworzyło puszkę Pandory. Ostatnie przedstawienie „Dziadów” 30 stycznia 1968 r. zakończyło się demonstracją pod

pomnikiem Mickiewicza i interwencją milicji, dość spokojną, w porównaniu z tym, co wkrótce miało nadejść.

Studenci Uniwersytetu Warszawskiego zaczęli się organizować, protestowały środowiska twórcze. Nasza uczelnia była nieco z boku, ale niemal co dzień mieliśmy zajęcia na terenie UW w gmachach Medycyny Teoretycznej. Widzieliśmy więc, że coś się święci, jednak kontaktu z ówczesnymi grupami opozycyjnymi nie mieliśmy.

4 marca wyrzucono z Uniwersytetu Adama Michnika i Henryka Szlajfera. Na UW się zagotowało. Zbierano podpisy, rozdawano ulotki. 8 marca w piątek na dziedzińcu UW zgromadziło się kilka tysięcy studentów (i drugie tyle agentów SB). Uchwalono rezolucję i gdy wiec miał się ku końcowi, przez otwartą bramę od Krakowskiego Przedmieścia wjechało i zatrzymało się kilka autobusów typu PKS. Na balkon rektoratu wyszedł prorektor UW, prof. Zygmunt Rybicki, ogłaszając nielegalność wiecu. Zażądał rozwiązania go i opuszczenia uczelni.

Niemal natychmiast z autobusów wypadło stado bandziorów, niektórzy z opaskami ORMO (Ochotnicza Rezerwa Milicji Obywatelskiej), niektórzy nieoznakowani (gazety określały ich jako „aktyw robotniczy”). Zaczęli przemawiać wiecującym do rozumu przy pomocy drewnianych i gumowych pałek. Studenci zaczęli uciekać przez bramę, ale tam już czekał ekskluzywny komitet powitalny Milicji Obywatelskiej (później znany jako ZOMO). Zaczęło się polowanie i pałowanie na ulicy.

Tego dnia miałem zajęcia gdzie indziej, ale na terenie UW było sporo kolegów z mojego roku. Szczęśliwie dla nich, stojący na uboczu gmach Medycyny Teoretycznej nie wzbudził wielkiego zainteresowania pałujących – pewnie byli na uniwersytecie pierwszy raz w życiu. Następnego dnia (wtedy wolnych sobót nie było) Medyk stał się głównym punktem informacyjnym; wystraszeni koledzy opowiadali, co się działo na Krakowskim Przedmieściu. W sobotę także na Politechnice studenci zastrajkowali. Wywieszono plakaty, a część studentów wymaszerowała na Nowowiejską, skąd zostali brutalnie zapędzeni z powrotem na teren uczelni. Milicja się tam akurat nie pofatygowała.

W niedzielę napięcie rosło. Kto mógł, słuchał Wolnej Europy, biegaliśmy po znajomych (telefon w domu mało kto miał, a ci co mieli, bali się go używać). No i nadszedł poniedziałek, 11 marca 1968 r., pamiętny dla mnie i tych, którzy jeszcze żyją i nie zapomnieli tego czasu w Akademii Medycznej.

W poniedziałki mieliśmy w planie wykłady na terenie UW. Brama uniwersytetu była zamknięta, obwieszona hasłami, wpuszczano tylko za okazaniem legitymacji studenckiej. Wszędzie grupy dyskutujących ludzi. Gdy weszliśmy do budynku, okazało się, że na sali wykładowej siedzi II rok i nie zamierza wyjść. Atmosfera była gorąca. Zajął kierownik Katedry Fizjologii, podówczas doc. dr hab. Andrzej Trzebski, zobaczył zgromadzonych na sali 500 osób, machnął ręką i znikł.

A nastrój robił się coraz bardziej bojowy. Padały propozycje rezolucji, wymarszu w białych fartuchach na Krakowskie Przedmieście (przecież studentów medycyny nie ruszą) i podobne pomysły. Zaczęto atakować słownie władze uczelni. Doc. dr hab. Trzebski wrócił na salę i próbował nas uspokoić i... w tym momencie do gmachu wpadło parę granatów gazowych, wobec czego zabarykadowaliśmy drzwi wejściowe.

Wtedy coś mnie nawiedziło, wlałem na katedrę, żeby było mnie widać, i wygłosiłem przemowę, perswadując, że rektor nic nam złego nie zrobił i żeby siedzieć na tyłkach, bo nas spacyfikują. Będący w kontakcie z Koszykową (ówczesna siedziba władz AM) dr hab. Trzebski zaproponował, żebyśmy wybrali delegację, która pojedzie do rektora i przedstawi nasze postulaty. Delegację szybko zebrałem na zasadzie: „no to kto pojedzie ze mną?”. Ustaliliśmy, że reszta obecnych proklamuje strajk okupacyjny i nie wyjdzie, póki my nie wrócimy.

Wsiedliśmy do trolejbusu linii 53 (zatrzymywał się w Alei Niepodległości, ok. 100 m od rektoratu) i pojechaliśmy z duszą na ramieniu – nie wiedzieliśmy, co nas czeka, nie było jak poinformować rodziców. Krakowskie Przedmieście było jeszcze przejezdne – milicja i ORMO siedziały w pobliskim kinie Kultura (!), pacyfikacja zaczęła się mniej więcej godzinę po naszym wyjściu.

Około godziny 11 dojechaliśmy do rektoratu, gdzie czekała na nas godna reprezentacja władz uczelni: JM Rektor prof. Bolesław Górnicki, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Zdzisław Łapiński, I sekretarz Komitetu Uczelnianego PZPR, doc. dr hab. Zbigniew Bochenek oraz bliżej nieznany (nam przynajmniej) pan. Przed budynkiem stał Zbyszek Mossakowski, pospieszenie wepchnął mi kartkę ze sprawami ZSP do załatwienia, mówiąc: „oni są tacy wystraszeni, że się na wszystko zgodzą”. Nie pamiętam dokładnie, o co chodziło, zdaje mi się, że o przydział miejsc w akademikach.

Zebrane gremium bardzo nas onieśmieliło. Jego Magnificencja prosił siadać i spytał, co się dzieje? Jako samowznący przewodniczący delegacji wygłosiłem krótką orację, w której przedłożyłem szanownemu gronu nasz stosunek do tego, co się działo, wtargnięcia milicji na uniwersytet, bicia ludzi, no i oczywiście zdjęcia „Dziadów”. Profesor Górnicki nabrał powietrza, ale nim zdążył coś powiedzieć, dodałem pospieszenie: „Ale poza tym, panie rektorze, mamy bolesne sprawy na uczelni” – i tu z kartki Zbyszka pospieszenie wyłożyłem postulaty. Spodziewające się rewolucji grono profesorskie osłupiało.

Profesor Górnicki, lekko zacinając się, odpowiedział że te sprawy przecież można natychmiast załatwić (i tak się stało), a co do spraw politycznych, to on rozumie nasze wzburzenie, ale co mają do tego władze uczelni? Ja i kolega Bielecki z II roku przedłożyliśmy prośbę o wydanie wspólnej rezolucji władz uczelni i studentów potępiającej wydarzenia ostatnich dni, zwracając uwagę, że na Krakowskim Przedmieściu czeka na nasz powrót 500 studentów w rewolucyjnym nastroju. Grono wymieniło spojrzenia, wyrażające co najmniej potrzebę wezwania psychiatrów na konsultację, po czym rozpoczęły się negocjacje. Nie pamiętam już szczegółów, ale konkluzje osiągniętego (i podpisanego!) porozumienia były mniej więcej takie:

1. Władze uczelni rozumieją protest studentów, aprobuja przedstawione sprawy socjalne;
2. Władze uczelni wydają zgodę na zorganizowanie trzech wieców informacyjnych w Medyku w kolejnych dniach;

3. Władze uczelni zapewniają bezpieczeństwo członkom delegacji;
4. Studenci zobowiązują się do niezwłocznego opuszczenia uczelni, powrotu do zajęć i nieorganizowania innych, niż dozwolone przez rektora zgromadzeń.

Co do wspólnej deklaracji, to delikatnie nam oświadczono, że władze rozważają sprawę, ale po uspokojeniu sytuacji. To co nas uderzyło, to było spokojne, pełne troski zachowanie się JM Rektora, któremu wyraźnie zależało na naszym bezpieczeństwie.

Po zakończeniu rozmów tajemniczy pan uczestniczący w spotkaniu zapakował nas do nysy (taki ówczesny bus) i machając jakąś legitymacją przewiózł nas przez kordony milicji na uniwersytet. Tam przekazaliśmy kolegom ustalenia, a nasz „opiekun” zorganizował ewakuację bocznym wyjściem z uniwersytetu (na ul. Oboźną). Pilnowaliśmy, aby nie wychodziło nas na raz więcej niż 5 osób. Nikt z nas w tym dniu nie został zatrzymany.

Następnego dnia, we wtorek, zajęcia odbywały się chyba normalnie, ale po południu w Medyku w Sali Balowej zgromadziło się co najmniej pół uczelni. Atmosfera była gorąca, przemówienia rewolucyjne, przewodniczącego ZMS wygwizdano. Milicji ani SB nie było widać. Wiecowałam chyba do północy, o dziwo bez alkoholu i większych awantur. Nie pamiętam już, czy był ktoś z władz uczelni, ale widzieliśmy wielu asystentów i adiunktów. Uchwalono rezolucję potępiającą milicję, PZPR i Bóg wie, kogo jeszcze.

Na kontrakcję władzy nie trzeba było długo czekać. Już następnego dnia trzy osoby z naszej delegacji znikły. Wychoząc z porannych zajęć na internie, zaszedłem do Medyka i przed wejściem zobaczyłem spory tłumek, który na mój widok nieco się rozstąpił, wskazując mi prostą ścieżkę do gabloty ogłoszeń ZMS. Widniała tam odezwa, podpisana przez zarząd Komitetu Uczelnianego. Pod wielkim tytułem: „Oto ci, którzy uzurpują sobie prawo do przemawiania w waszym imieniu!” widniała prawie kompletna lista poniedziałkowej delegacji z krótką charakterystyką każdego z nas (dziewczyn w delegacji nie było). Na trzecim miejscu figurowałem ja z adnotacją: parszywy Żyd Marcin Rawicz, ojciec – stary wywroto-wiec, matka – redaktor „Kobiety i Życia”.

Bardziej niż strach ogarnęła mnie furia. Pognałem z wrzaskiem do KU ZMS, gdzie siedział ponury przewodniczący; rzuciłem w niego legitymacją, żądając natychmiastowego zdjęcia tej inskrypcji. Usłyszałem smętną odpowiedź: „to twoje prawo”, po czym wskazał mi drzwi.

Wkrótce po tym zaczął się drugi wiec, ale nie trwał długo, strach zaczął nam zaglądać w oczy, nie było bardzo już zresztą o czym wiecować.

Po powrocie do domu zastałem ojca, który pospiesznie wrócił z urlopu. Wyслуchał relacji, spokojnie, ale stanowczo zabronił mi dalszego uczestniczenia w wydarzeniach, argumentując prosto i dobitnie: „z faszystami nie walczy się z otwartą przyłbicą”. Mój ojciec miał, niesłusznie, jak to wtedy się mówiło, pochodzenie, przed wojną nazywał się Rabinowicz, był więźniem Auschwitz, sekretarzem Międzynarodowego Komitetu Oświęcimskiego, pisarzem i tłumaczem. Zajmował się głównie historią międzywojenną. Kiedyś, w wywiadzie radiowym zdefiniował faszyzm jako zjawisko doprowadzające przeciętnych mieszczan, przeciętnych zjadaczy chleba do tego, że potrafią widzieć wszystko oddzielnie. Nieludzkie zbrodnie i ludzkie radości; że zatracają poczucie zła, ogarnięci tym, co Anglicy nazywają „moral insanity” i pod wpływem zatrutej ideologii przetwarzają się w automaty, posłuszne impulsowi z zewnątrz.

Przez następne kilka dni nocowałem u swojej dziewczyny. Ponieważ nikt mojej mamy nie odwiedził, wróciłem do domu i na uczelnię. W tym czasie już masowo zwalniano z różnych uczelni zaangażowanych w protesty studentów. Na AM nic takiego nie miało miejsca, zajęcia odbywały się normalnie. Chyba 20 marca o 2 w nocy obudził nas w domu dzwonek do drzwi; zamiast milicji pojawił się listonosz z telegramem, wzywającym mnie do rektoratu na 7 rano. Pożegnałem się już w myślach ze studiami i w wisielczym nastroju pojechałem na Koszykową.

Pod gabinetem JM stała większość delegacji (z wyjątkiem tych aresztowanych). Po chwili wyszedł stamtąd jeden z kolegów, wypowiadając w kierunku zamkniętych drzwi słowa wielce obelżywe. Nie zdążyłem spytać, o co chodzi, bo wezwano mnie do środka.

Za biurkiem siedział zmęczony rektor Górnicki; zadał mi kilka pytań, po czym wstał, wręczył mi naganę z ostrzeżeniem i radził się zająć studiami, bo „kkkoledze jakoś słabo to idzie”. Nie dał nic powiedzieć, kazał się wynosić. Oczywiście wyszedłem, klnąc. Podobnie potraktowano nas wszystkich...

Na tym praktycznie wydarzenia marcowe na AM się zakończyły, nie licząc późniejszej próby zwerbowania mnie przez SB oraz rekomendacji Komitetu Uczelnianego PZPR do 2-letniej służby wojskowej po ukończeniu studiów, obie szczęśliwie zakończone niepowodzeniem. Nikt z nas nie został relegowany z uczelni, aresztowani koledzy dostali urlopy dziekańskie.

Zagadką jednak dla mnie była ta nagana. Wyjaśniła mi ją kilka lat później osoba znająca kulisy tej historii. Otóż Magnificencja dowiedział się, że na uczelnie przychodzą listy proskrypcyjne, na których SB umieszczała nazwiska studentów przewidzianych do relegacji. Profesor przyjechał do rektoratu późnym wieczorem, wysłał do nas telegramy i własnoręcznie przygotował nagany. Ostatni z nas opuścił rektorat przed 8 rano; o godzinie 9 zjawił się „ktoś” z listą. Rektor listę przyjął, po czym odpowiedział, że studenci zostali już ukarani, a dwa razy karać nie będzie. Do końca studiów nic już na ten temat nie usłyszeliśmy. Może to teraz brzmi banalnie, ale w tym czasie niewielu rektorów stać było na taką odwagę.

Po latach, kiedy broniłem pracy doktor-skiej w Instytucie Matki i Dziecka, gdzie prof. Górnicki był przewodniczącym Rady Naukowej, po wygłoszeniu stosownych formulek, zwróciłem się do niego ze ściśniętym gardłem: „A panu rektorowi dziękuję, za to że pozwolił mi pan zostać lekarzem”.

Starszy pan był zaskoczony, ale uśmiechnął się i powiedział: „bbbardzo mi miło, że kolega to jeszcze pamięta...”.

Medyk był świadkiem ważnych w moim życiu zdarzeń. Tam się spotykałem z moją pierwszą dziewczyną, tam się umawiałem z moją żoną, tam piłem paskudne piwo i planowałem podbój świata. Dzięki wam wszystkim, którzy tworzyliście to miejsce i dzięki za to, że wciąż trwa. ■

Dr n. med. Marcin Rawicz

Oddział Anestezjologii Warszawskiego Szpitala dla Dzieci



100-LECIE NAUCZANIA STOMATOLOGII AKADEMICKIEJ W WARSZAWIE



Obachody 100-lecia nauczania stomatologii akademickiej w Warszawie, połączone z XIV Międzynarodową Konferencją Zachód-Wschód, odbyły się 23 kwietnia 2021 r. Uroczystość swoim wystąpieniem uświetnił rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Zbigniew Gaciong.

Dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Dorota Olczak-Kowalczyk powitała zgromadzonych w Auli im. prof. Janusza Piekarczyka Centrum Dydaktycznego WUM oraz uczestniczących w obchodach w formie online.

Spotkanie obecnością zaszczytili rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong, prorektorzy: prof. Marek Kuch, prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Wojciech Lisik oraz prof. Paweł Włodarski. Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk powitała również przedstawicieli poszczególnych wydziałów: prodziekana Wydziału Lekarskiego prof. Anetę Nitsch-Osuch, dziekana Wydziału Farmaceutycznego dr hab. Joannę Kolmas, dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu dr hab. Mariusza Gujskiego i dziekana Wydziału Medycznego dr hab., prof. WUM Dariusza Białoszewskiego oraz władze kanclerskie: Wojciecha Orła i Mariusza Antoniaka.

Wśród zaproszonych gości byli: Wojewoda Mazowiecki dr Konstanty Radziwiłł, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia Małgorzata Zadorożna, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak, dyrektor UCK WUM Anna Łukasik, prezes spółki Centrum Medyczne WUM Justyna Mieszalska, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej dr Łukasz Jankowski, wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej dr Dariusz Paluszek, prezes Towarzystwa Warszaw-



W obchodach uczestniczył rektor prof. Zbigniew Gaciong

skiego Lekarskiego prof. Jerzy Jurkiewicz, rektorzy i prorektorzy WUM poprzednich kadencji: prof. Tadeusz Tołłoczko, prof. Andrzej Górski, prof. Marek Krawczyk, prof. Mirosław Wielgoś, prof. Andrzej Członkowski, prof. Renata Górka i prof. Marek Kulus oraz prof. Hubert Wanyura, prof. Andrzej Kukwa i prof. Lidia Chomicz, a także redaktor naczelna Czasopisma WUM „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” prof. Dagmara Mirowska-Guzel i dyrektor Muzeum Historii Medycyny WUM dr Adam Tyszkiewicz.

Uroczystość objęta była patronatem honorowym JM Rektora WUM prof. Zbigniewa Gacionga, który przekazał wyrazy uznania dla całej społeczności Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego. Rektor wręczył dziekan prof. Dorocie Olczak-Kowalczyk list z podziękowaniami za rozwój Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego i wszystkich instytucji, które poprzedziły jego powołanie w 2012 r., od kiedy to istnieje jako osobna jednostka WUM. Rektor przybliżył historię nauczania stomatologii akademickiej od roku

1920, tj. od czasu powstania Państwowego Instytutu Dentystycznego, aż do dziś. Zaznaczył, że jej rozwój nie byłby możliwy bez zaangażowania, trudu i wytrwałości wielu wspaniałych postaci polskiej stomatologii, bez wielkiego oddania rozwojowi stomatologii i kształceniu kolejnych pokoleń lekarzy dentystów oraz absolwentów kierunków: techniki dentystyczne i higiena stomatologiczna.

„Mimo że minął ponad wiek, nie zmieniły się zadania stawiane akademickiemu ośrodkowi stomatologicznemu, sto lat temu Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu, a dzisiaj Wydziałowi Lekarsko-Stomatologicznemu naszego Uniwersytetu. W 1920 r. zadaniem Instytutu określonym w paragrafie pierwszym Statutu było teoretyczne i praktyczne wykształcenie specjalistów w zawodzie lekarsko-dentystycznym. Ten zapis jest aktualny w odniesieniu do dzisiejszego Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego.

Zmienił się jednak poziom wykształcenia kandydatów na studentów. W 1920 r. z 682 osób przyjętych na pierwszy rok,

INFORMACJE

tylko 28 miało maturę i rozpoczęło studia ze statusem studenta zwyczajnego. Podczas ostatniej rekrutacji w Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym naukę rozpoczęły 182 osoby, oczywiście wszystkie posiadające maturę i to zdaną z bardzo dobrymi wynikami.

Obecnie w Wydziale kształconych jest 691 studentów, w tym 44 w utworzonym w 2012 r. English Dentistry Division. Kształcenie w ubiegłym roku ukończyły 154 osoby. Absolwenci Wydziału najlepiej w kraju zdają Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy. Pierwsze miejsce naszych absolwentów podczas wiosennej sesji LDEK to najlepsze obiektywne kryterium obrazujące wysoką jakość kształcenia na naszym Wydziale” – mówił rektor prof. Zbigniew Gaciong i dodał, że „choć zmieniały się nazwy urzędowe uczelni, w których kształceni byli lekarze dentyści – od Państwowego Instytutu Dentystycznego, poprzez Akademię Stomatologiczną, Oddział Stomatologiczny Wydziału Lekarskiego oraz I Wydziału Lekarskiego, aż po samodzielny Wydział Lekarsko-Dentystyczny, który w wyniku wymogów prawa został przemianowany w 2019 r. na Wydział Lekarsko-Stomatologiczny – to jedno pozostało niezmiennie: niezwykle postaci, które warszawską stomatologię akademicką tworzyły i nadal rozwijają”.

Rektor prof. Zbigniew Gaciong wręczył Medale im. dr. Tytusa Chałubińskiego. To wyraz wdzięczności społeczności akademickiej naszej uczelni dla znacznego wkładu uhonorowanych osób w rozwój kliniczny, naukowy i dydaktyczny warszawskiej stomatologii akademickiej, jak również całego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Medale otrzymali obecni na uroczystości prof. Hubert Wanyura – prodziekan Oddziału Stomatologicznego I WL (1999-2005), prof. Renata Górka – dyrektor Instytutu Stomatologii (2002-2005), prodziekan Oddziału Stomatologii I WL (2005-2012) oraz prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska – dyrektor Instytutu Stomatologii (2009-2012), prodziekan Oddziału Stomatologicznego I Wydziału Lekarskiego, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego i Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego (2012-2020). Medalami zostali również uhonorowani: prof. Leszek Kryst – dyrektor Instytutu Stomatologii (1973-1981), prodziekan Oddziału



Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk (po prawej) wręcza prof. Elżbiecie Mierzwińskiej-Nastalskiej Medal im. dr. Tytusa Chałubińskiego



Prof. Hubert Wanyura odbiera Medal im. dr. Tytusa Chałubińskiego

łu Stomatologicznego I WL (1972-1975), prof. Janusz Komender – prodziekan Oddziału Stomatologicznego I WL (1975-1981) i prof. Maria Szpringer-Nodzak – zastępca dyrektora Instytutu Stomatologii (1993-1994), a następnie dyrektor Instytutu Stomatologii (1994-1999).

Wojewoda Konstanty Radziwiłł, absolwent Akademii Medycznej w Warszawie, w swoim wystąpieniu zauważył, że poszczególne etapy nauczania stomatologii to historia, która nadal jest tworzona przez, między innymi, uczestników tej uroczystości. Dokonania Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego są niewątpliwie wielkie – to jedna z wiodących placówek, jeśli chodzi o naukę i dydaktykę. Konstanty Radziwiłł podziękował za to, że jest to jedno z najlepszych miejsc

do kształcenia, nie tylko w Polsce, ale i Europie, a absolwenci Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego są cenionymi specjalistami. Zwrócił również uwagę na wkład polskich stomatologów w zmianę postrzegania tej dziedziny i utrwalenie jej jako elementu medycyny.

Głos zabrał również prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz. Podziękował wszystkim stomatologom i pogratulował jubileuszu. Prof. Jerzy Jurkiewicz na ręce dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Doroty Olczak-Kowalczyk złożył podziękowanie i wyraz wdzięczności za pracę stomatologów. Następnie prodziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Agnieszka Mielczarek odczytała list gratulacyjny przesłany

przez ministra edukacji i nauki Przemysław Czarnka.

Listy gratulacyjny przesłali również dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia Małgorzata Zadorożna i prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Marzena Dominiak.

Przewodnicząca komitetu organizacyjnego obchodów jubileuszowych prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska przedstawiła prezentację „Sto lat historii nauczania stomatologii akademickiej w Warszawie”.

Swoimi wspomnieniami o ojcu prof. Marianie Górskim, który miał ogromne zasługi w rozwoju chirurgii szczękowej i stomatologicznej, podzielił się rektor Akademii Medycznej w latach 1996-1999 prof. Andrzej Górski. Jednym z akcentów tej części uroczystości było przekazanie do Muzeum Historii Medycyny WUM przez dr. Janusza Zawadzińskiego, pasjonata historii medycyny i stomatologii, odnalezionego w tzw. kapsule czasu oryginału aktu erekcyjnego gmachu Akademii Stomatologicznej z 4 lipca 1939 r.

W dalszej części uroczystości prelekcje wygłosili: dr hab. Anna Wójcicka z Warszaw Genomics Sp. z o.o i Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie – „Co kryje się w naszych genach?”; prof. Beata Kawala z Katedry Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji UM we Wrocławiu – „Czas w ortodoncji – kiedy za późno jest wciąż za wcześnie” oraz Janusz Szulik z Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska – „Odpowiedzialność cywilna lekarza dentystry”.

Marzena Murawska

W związku z obchodami 100-lecia warszawskiej stomatologii akademickiej redakcja Czasopisma WUM „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” poprosiła byłą i aktualną dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego o udzielenie odpowiedzi na pytania przybliżające rozwój warszawskiej stomatologii akademickiej, jej aktualną pozycję i wyzwania przyszłości.

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska

dyrektor Instytutu Stomatologii (2009-2012), prodziekan Oddziału Stomatologii I WL, dziekan Wydziału Lekarsko-Dentystycznego/Stomatologicznego (2012-2016 i 2016-2020)

Jakie elementy świadczą o sile i potencjale warszawskiej stomatologii akademickiej?

Wysoka ranga i potencjał warszawskiej stomatologii akademickiej biorą początek od utworzenia w 1920 r. w Warszawie **Państwowego Instytutu Dentystycznego** (PID), który należał do rzędu Państwowych Szkół Wyższych. Studenci korzystali – według orzeczenia Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego – z praw przysługujących akademikom. Powstanie Instytutu było gwarantem kształcenia lekarzy dentyistów na odpowiednim poziomie merytorycznym. Dlatego tak ważne w istnieniu Instytutu było dostosowanie programu studiów dentystycznych do poziomu akademickiego, wzorując się na programie studiów w uczelniach tego typu działających w Niemczech. Od tego czasu Warszawa zyskała pierwszeństwo w zakresie kształcenia lekarzy dentyistów w Polsce. Dużą wagę przykładano do systemu nauczania, powierzając go Komisji Stałej składającej się z przedstawicieli

specjalistycznych katedr stomatologicznych oraz w przedmiotach medycznych profesorom i wykładowcom Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Wykłady z chemii prowadzili natomiast profesorowie Politechniki Warszawskiej, a rysunek i modelarstwo artysta malarz. W tym okresie wydano pierwszy polski podręcznik dla studentów pt. „Technika dentystyczna”. Dbano także o rozwój kadry pedagogicznej, delegując pracowników naukowych Instytutu na roczne studia zagraniczne. Władze uczelni nie zaprzestały w dalszych staraniach zmierzających do podciągnięcia Instytutu pod ramową ustawę o szkołach akademickich. I tak kolejnym ważnym przedsięwzięciem, budującym potencjał warszawskiej stomatologii akademickiej, było przemianowanie Państwowego Instytutu Dentystycznego w 1933 r. na **Akademię Stomatologiczną** – uczelnię posiadającą już pełnię praw akademickich. Zmiana charakteru uczelni spowodowała potrzebę zreformowania studiów regulujących szkolnictwo akademickie, z wprowadzeniem 5-letnich studiów. Duże znaczenie miało to, że zarówno PID, jak i Akademia Stomatologiczna od samego początku były wspierane przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, korzystając z jego pracowni i fachowych sił wykładowych. W skład Rady Profesorów wchodził wybitni nauczyciele i wykładowcy: prof. F. Czubański – fizjologia, prof. E. Lotch – anatomia, prof. L. Paszkiewicz – anatomia patologiczna, prof. J. Mo-

drakowski – farmakologia, prof. R. Nitsch – bakteriologia i wielu innych profesorów Wydziału Lekarskiego UW. Z obszaru stomatologii klinicznej: prof. A. Meissner – chirurgia, prof. M. Zeńczak – ortodoncja, prof. H. Wilga – dentyistka zachowawcza, dr W. Cybulski – protetyka. Poziom kształcenia studentów był wysoki, absolwenci obok wiedzy fachowej otrzymywali duży zasób wiedzy ogólnolekarskiej, co czyniło uczelnię nie ustępującą w tym względzie wzorowo prowadzonym zagranicznym szkołom dentystycznym. Na podkreślenie zasługuje posiadanie przez uczelnię uprawnień do prowadzenia przewodów doktorskich i habilitacyjnych, a także nostryfikacji dyplomów uzyskanych za granicą.

Powstanie i rozwój PID, a potem Akademii Stomatologicznej, były swego rodzaju przełomem w dziejach nauczania i postępu nauk stomatologicznych w Polsce.

Kolejnym krokiem ewolucyjnym w historii warszawskiej stomatologii było powołanie w 1949 r. **Oddziału Stomatologicznego** w Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, a następnie Akademii Medycznej. Poskutkowało to dalszymi zmianami w programie nauczania studentów i jeszcze większym rozszerzeniem zakresu nauczania z przedmiotów ogólnolekarskich.

W trosce o dalszy rozwój i podnoszenie rangi stołecznej stomatologii utworzono w 1970 r. **Instytut Stomatologii**,



Ćwiczenia z protetyki z asystentami: Cygańskim, Siekierczyńskim i Janiną Galasińską-Landsbergerową

który był kontynuacją tradycji pierwszej polskiej uczelni stomatologicznej – Państwowego Instytutu Dentystycznego. Instytut Stomatologii został zorganizowany na bazie klinicznej, kadrowej i lokalowej Oddziału. Z czterech podstawowych Katedr powstało, zgodnie z wymogami czasu, 8 jednostek dydaktycznych: Klinika Chirurgii Szcękowej i Stomatologii, Zakład Stomatologii Zachowawczej, Zakład Protetyki Stomatologicznej, Zakład Ortodoncji, Zakład Stomatologii Dziecięcej, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Zakład Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej oraz Samodzielna Pracownia Radiologii i Fizykoterapii Stomatologicznej. Prodziekani Wydziału Lekarskiego ds. stomatologii pełnili w Instytucie obowiązki kierownicze. Wprowadzono wiele zmian w programie nauczania, wdrożono nowe przedmioty, w tym nauczanie przedkliniczne. Rada Naukowa Instytutu, jako jedyna w Polsce uzyskała uprawnienia do przeprowadzania przewodów doktorskich i nadawania stopnia doktora nauk medycznych. Był to niezwykle ważny fakt, nobilitujący warszawski Instytut w historii polskiej stomatologii.

Europejskie komisje wizytujące jednostki Instytutu, odbywające się przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, wyraziły opinie porównywalności poziomu kształcenia studentów Akademii Medycznej w Warszawie z wiodącymi placówkami krajów Europy Zachodniej.

Ogromnym osiągnięciem było nawiązanie współpracy pomiędzy Uniwersyte-tem w Lund w Szwecji i Akademią Me-

dyczną w Warszawie, która trwała 25 lat. Podobnie utworzenie w 1998 r. Interdyscyplinarnego Centrum Implantologicznego w Katedrze Protetyki Stomatologicznej, dzięki zdobyciu grantu z Unii Europejskiej. Zadaniem Centrum było szkolenie asystentów w obszarze implantologii stomatologicznej i przeniesienie zdobytych doświadczeń na grunt Polski, do działalności klinicznej, naukowej i dydaktycznej.

Rangę warszawskiej stomatologii w kraju i zagranicą podnosiły także, organizowane z dużym rozmachem, sympozja, kongresy, konferencje, z udziałem wykładowców zagranicznych. Międzynarodowa Konferencja Zachód-Wschód wpisała się na stałe w kalendarz corocznych wydarzeń. Warszawska stomatologia bardzo wzmocniła swoją pozycję, przejmując w szerokim zakresie szkolenie podyplomowe i organizację ogólnopolskich kursów do specjalizacji oraz podnoszących kompetencje kliniczne lekarzy stomatologów.

W murach warszawskiej stomatologii były i są redagowane ogólnopolskie czasopisma stomatologiczne o wieloletniej tradycji („Czasopismo Stomatologiczne”, „Protetyka Stomatologiczna”, „Forum Ortodontyczne”, „Chirurgia Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowa”, „Nowa Stomatologia”, „Implants”).

Utworzenie w 2012 r. samodzielnego **Wydziału Lekarsko-Dentystycznego** otworzyło szereg nowych możliwości dla dalszego rozwoju stomatologii w Warszawie. Pomimo wielu trudnych wyzwań, z wielkim entuzjazmem przystąpiliśmy do budowania nowego Wydziału. Opraco-

wano strategię rozwoju Wydziału spójną ze strategią uczelni. Postawiono na rozwój naukowy i dydaktyczny, zadbano o rozwój kadr naukowych oraz wiele starań dołożono do rozwoju inwestycyjnego.

Oferta edukacyjna Wydziału obejmuje kierunek lekarsko-dentystyczny w języku polskim i angielskim oraz studia licencjackie – techniki dentystyczne i higienę stomatologiczną. Kierunki te odpowiadają współczesnym formom kształcenia kadr, wchodzących w skład zintegrowanych zespołów stomatologicznych. Wzmocnieniem edukacji było także powołanie Zakładu Higieny Stomatologicznej.

W trosce o poziom nauczania, obok jednostek stomatologicznych, powołano jednostki medyczne, powiązane merytorycznie i ukierunkowane na obszar stomatologii (Zakład Mikrobiologii Stomatologicznej, Klinika Dermatologii i Immunodermatologii, Klinika Neurologii, Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej oraz wcześniej Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii oraz Klinika Otolaryngologii). Należy podkreślić, że od tego czasu zdecydowanie poprawił się poziom nauczania naszych studentów, którzy od lat zajmują czołowe miejsca w wynikach LDEK, co świadczy o poziomie merytorycznym ich przygotowania.

O sile Wydziału i warszawskiej stomatologii świadczyło posiadanie uprawnień do nadawania nie tylko stopnia doktora nauk medycznych w dyscyplinie stomatologia, ale także doktora habilitowanego nauk medycznych w dyscyplinie stomatologia oraz doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna. Dużym, mierzalnym osiągnięciem było uzyskanie kategorii naukowej A (MNiSZW 2017-2020), jako jedyny Wydział Lekarsko-Dentystyczny w Polsce.

Pomimo młodego Wydziału i jego organizacji od podstaw, wizytująca nas Państwowa Komisja Akredytacyjna przyznała nam pełną ocenę we wszystkich wymaganych kryteriach. Także w Rankingu Szkół Wyższych Wydział Lekarsko-Dentystyczny WUM zajmował I miejsce w Polsce w grupie kierunków dentystycznych.

Ranga i poziom uczelni wiążą się bezpośrednio z możliwością nawiązania oficjalnej współpracy z wiodącymi ośrodkami zagranicznymi. Podpisano umowy z University of Medicine and Pharmacy,

Faculty of Dental Medicine, Cluj-Napoka, School of Dental Medicine, University of Pennsylvania i Kings College London, pozwalające na współpracę naukową i dydaktyczną.

Obowiązki dydaktyczne, kliniczne i naukowe realizowaliśmy ciągle w za małej bazie dydaktycznej i klinicznej, usytuowanej w różnych częściach miasta, z przestarzałym, psującym się wyeksploatowanym sprzętem. Dlatego przełomowym wydarzeniem było otwarcie Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii, nowoczesnego obiektu, doskonale wyposażonego, umożliwiającego prowadzenie nauczania studentów oraz działalności naukowej na wysokim poziomie.

Warto podkreślić na koniec, że siła i potencjał warszawskiej stomatologii akademickiej, mierzone jej osiągnięciami, są wysiłkiem byłych i obecnych pracowników, którzy obok pracy dydaktycznej, klinicznej, naukowej – działając w gremiach uczelnianych i pozauczelnianych – budują markę warszawskiej stomatologii, jako ważnego ośrodka uniwersyteckiego w kraju.

Czy mógłbym poprosić o wskazanie i uzasadnienie 5 osób, które uważa Pani Profesor za najwybitniejsze w stuletniej historii warszawskiej akademickiej stomatologii.

Prof. Franciszek Zwierzchowski położył ogromne zasługi dla powołania Państwowego Instytutu Dentystycznego, pierwszej państwowej szkoły wyższej kształcącej lekarzy dentystów. To dzięki jego staraniom i wydatnej pomocy doszło do realizacji przedsięwzięcia. Będąc kierownikiem Katedry Dentystyki Zachowawczej, nie szczędził trudu i zaangażowania w tworzenie struktur akademickich, które stały się początkiem siły i potencjału warszawskiej stomatologii akademickiej.

Prof. Marian Zeńczak był wybitnym naukowcem i nauczycielem akademickim, organizatorem i współtwórcą Akademii Stomatologicznej w Warszawie, pierwszej w Polsce z pełnią praw akademickich uczelni stomatologicznej, której był prorektorem, a następnie rektorem. Kierował Katedrą Ortodoncji, był pierwszym profesorem ortodoncji w Polsce oraz twórcą ortodoncji, jako nowej dyscypliny stomatologicznej w kraju. Źródła podkreślają niezwykle zapał i młodzieńczy entuzjizm



Klinika Dentystyki Zachowawczej, fot. NAC

w organizowaniu nauczania klasycznej dentystyki na poziomie studiów wyższych oraz ogromne zaangażowanie profesora w odbudowywanie Akademii Stomatologicznej po wojnie, pokonując trudności organizacyjne i dydaktyczne, co było konieczne do wznowienia funkcjonowania uczelni w trudnych powojennych warunkach. Był prawdziwym przyjacielem młodzieży, uosobieniem sprawiedliwości i rzetelnej pracy. Cieszył się wielkim prestiżem w świecie nauki i medycyny.

Prof. Marian Górski był twórcą chirurgii szczękowej i podstaw chirurgii szczękowo-twarzowej w Akademii Medycznej w Warszawie i w Polsce. Został powołany przez Senat na stanowisko pierwszego kierownika Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej. Jednocześnie pełnił funkcję kierownika nowoczesnej Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowej, której był założycielem. Rozwinął traumatologię szczękową, onkologię jamy ustnej i struktur przyległych. Dostrzegł konieczność współpracy chirurgii szczękowej z innymi specjalnościami chirurgicznymi (chirurgią urazową, neurochirurgią). Wielkim osiągnięciem profesora było wprowadzenie dwutygodniowych bloków ćwiczeniowych z chirurgii szczękowej dla studentów stomatologii. Był wybitnym naukowcem, doskonałym lekarzem i specjalistą.

Prof. Janina Galasińska-Landsbergerowa była niezwykle twórczą postacią warszawskiej stomatologii, o dużym potencjale intelektualnym oraz ogrom-

nych umiejętnościach dydaktycznych i organizacyjnych. Cieszyła się wielkim szacunkiem współpracowników, była najwyższym autorytetem w środowisku stomatologicznym, nazywana pierwszą damą protetyki stomatologicznej w Polsce. Pełniła funkcję kierownika Oddziału Stomatologicznego, a następnie była twórcą i dyrektorem Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie, opartego na tradycjach Państwowego Instytutu Dentystycznego, którego sama była absolwentką. Z inicjatywy profesora zostały powołane nowe jednostki dydaktyczne Instytutu Stomatologii.

Prof. Janina Galasińska-Landsbergerowa położyła ogromne zasługi dla rozwoju Protetyki Stomatologicznej w Polsce, stworzyła warszawską szkołę protetyki, była kierownikiem Katedry Protetyki Stomatologicznej. Z jej podręczników uczyły się wszystkie powojenne roczniki. Była pierwszą kobietą stomatologiem w Polsce, która uzyskała habilitację. Profesor była wzorem nauczyciela akademickiego i wychowawcy, co znalazło odzwierciedlenie w wystawie zorganizowanej przez Muzeum Historii Medycyny WUM, pt. „Femina et Medicina. Portret Hygiei w tradycji akademickiej Warszawy”.

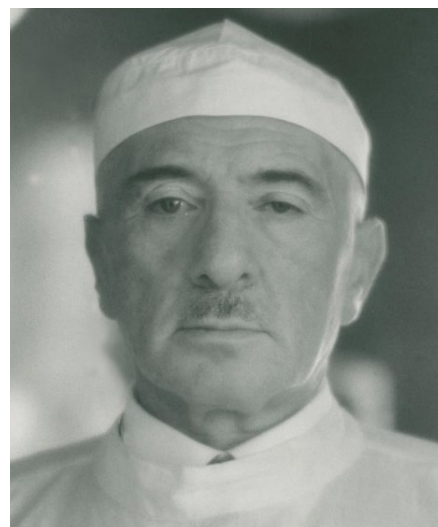
Prof. Janusz Piekarczyk pozostaje w naszej pamięci jako czołowa postać warszawskiej stomatologii. Należy do grona tych, którzy w ogromnym stopniu wpłynęli na kształt i rozwój stomatologii. Niezwykła aktywność i twórcze zaangażowanie w sprawy stomatologii pozostaną swego rodzaju wyróżnikiem profesora.



Prof. Franciszek Zwierzchowski, fot. NAC



Prof. Marian Zeńczak



Prof. Marian Górski



Prof. Janina Galasińska-Landsbergerowa



Prof. Janusz Piekarczyk

Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii, kierowana przez prof. Piekarczyka, dzięki jego staraniom stała się nowoczesną bazą naukowo-dydaktyczną i kliniczną. Profesor w swoim życiu posiada przebogatą działalność na rzecz uczelni. Pełnił w niej wiele funkcji, łączył wszystkich wokół Idei Wielkiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Przez dwie kadencje był rektorem Akademii Medycznej w Warszawie (1999-2005), prorektorem ds. dydaktyczno-wychowawczych, prodziekanem Wydziału Lekarskiego ds. Oddziału Stomatologii, dyrektorem Instytutu Stomatologii. Był wspaniałym wykładowcą, wysoko ocenianym i bardzo lubianym przez studentów. Pełnił wiele zaszczytnych funkcji prof. Piekarczyk zawsze był blisko stomatologii, dbał o jej nieustanny rozwój. Pełnił funkcję przewodniczącego Zarządu Oddziału

Warszawskiego PTS, a następnie Prezesa Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, jednego z największych w skali krajowej i europejskiej towarzystw naukowych. W 2005 r. został uhonorowany godnością doktora *honoris causa* Akademii Medycznej w Lublinie. Zapamiętane zostaną organizowane przez prof. J. Piekarczyka kongresy i konferencje stomatologiczne, które podnosiły rangę warszawskiej stomatologii w kraju i zagranicą, a nade wszystko integrowały środowisko. Był inicjatorem Międzynarodowej Konferencji Stomatologicznej Zachód-Wschód, do dzisiaj kontynuowanej przez Wydział Lekarsko-Stomatologiczny.

Jakie elementy w programie kształcenia stomatologów wymagają modyfikacji i dlaczego?

Stomatologia jest prężnie rozwijającą się dyscypliną medyczną, co wymaga

ciągłego śledzenia i wdrażania nowych metod diagnostyki i leczenia, w powiązaniu z nowoczesnymi rozwiązaniami technologicznymi i materiałowymi. Dlatego tak istotne jest stałe doposażanie uczeni i podmiotów dydaktycznych w nowoczesny sprzęt i aparaturę, aby można było prowadzić kształcenie studentów na wysokim poziomie, zgodnym z obowiązującymi trendami w praktyce klinicznej. Obok niezaprzeczalnie najważniejszego elementu w programie nauczania – kontaktu studenta z pacjentem, należy przyłożyć wagę do zajęć w warunkach symulacyjnych, pozwalających na nabywanie umiejętności praktycznych. Rozwijanie nauczania zintegrowanego w stomatologii, wdrażanie umiejętności współpracy w zespołach lekarz – higienistka stomatologiczna – technik dentystyczny, oraz nabywanie wiedzy ogólnolekarskiej, powinny być nieodzowną formą kształcenia.

INFORMACJE

Prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk
działek Wydziału Lekarsko-
-Stomatologicznego od 2020 roku

Na czym powinno polegać nowoczesne kształcenie stomatologii?

Stomatologia jest dziedziną niezwykle szybko rozwijającą się. Pojawiają się nowe leki i materiały, innowacyjne technologie, w tym technologie cyfrowe. Współczesne kształcenie musi uwzględniać aspekt postępu, tak aby absolwent kierunku lekarsko-dentystycznego, oprócz bazowej wiedzy i umiejętności, nabył zdolność oceny aktualnych możliwości rynku stomatologicznego. Ze względu na powszechną dostępność do różnorodnych źródeł informacji istotne jest, aby w procesie kształcenia studenci wykorzystywali wiedzę opartą na faktach naukowych, a także nabywali umiejętności z zakresu zarządzania informacją.

Tradycyjne nauczanie na kierunkach lekarsko-dentystycznym oraz higiena stomatologiczna zakłada nabycie podstawowych umiejętności praktycznych w ramach nauczania przedklinicznego w początkowym okresie studiów. Dalsze lata są zarezerwowane na doskonalenie umiejętności w praktyce klinicznej. Uważam, że wraz z nabywaniem przez studentów wiedzy i umiejętności powinien wzrastać poziom trudności procedur wykonywanych przez nich. Niezbędne jest więc wprowadzenie różnych metod nauczania w warunkach symulacji, także w trakcie zajęć klinicznych. Nauczanie w warunkach symulacji powinno przeplatać się z praktyką kliniczną.

Ważnym elementem w nauczaniu studentów Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego jest także nabycie umiejętności miękkich oraz zasad współpracy interdyscyplinarnej i pracy zespołowej. Na Wydziale prowadzone są studia na kierunkach: lekarsko-dentystycznym, techniki dentystyczne i higiena stomatologiczna. Absolwenci tych kierunków w przyszłości będą tworzyli zespół zapewniający pełną opiekę stomatologiczną swoim pacjentom. W przypadku kształcenia przyszłych lekarzy dentystów niezbędne jest nabycie umiejętności kompleksowej opieki nad pacjentem, z uwzględnieniem zarówno jego „stomatologicznych” potrzeb zdrowotnych, jak i ogólnego stanu zdrowia. Niezmiernie ważnym elementem jest więc nabywanie przez studentów wie-



Budynek Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii WUM

dzy ogólnomedycznej oraz umiejętności współpracy z lekarzami różnych specjalności stomatologicznych i medycznych.

W jaki sposób oddanie Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii WUM wpłynęło na jakość kształcenia studentów Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego?

Uniwersyteckie Centrum Stomatologii stanowi doskonałą bazę nauczania klinicznego we wszystkich specjalnościach stomatologicznych. W salach klinicznych poszczególnych Zakładów zaprojektowano stanowiska pracy klinicznej wyposażone w nowoczesne unity stomatologiczne. Umożliwia to realizację przez studentów procedur profilaktycznych i leczniczych na najwyższym poziomie, zgodnie ze współczesną wiedzą i zasadami ergonomii. Niezwykle ważne jest także usytuowanie wszystkich zakładów stomatologicznych w jednej lokalizacji. Stała obecność specjalistów reprezentujących różne dziedziny stomatologii znacznie usprawnia współpracę interdyscyplinarną i zapewnia nabywanie przez studentów umiejętności kompleksowego podejścia do pacjenta. Warto podkreślić także oszczędność czasu studentów. Wcześniejsza lokalizacja Zakładów w różnych punktach miasta z pewnością była utrudnieniem.

Wyższą jakość kształcenia zapewnia także dostępność auli wykładowej i sal seminaryjnych, które wyposażono w nowoczesny sprzęt audiowizualny.

Jakich zmian usprawniających edukację mogą spodziewać się studenci Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM?

Rozpoczęto pracę nad wdrożeniem nauczania w warunkach symulacji z zastoso-

waniem symulatorów wysokiej wierności oraz z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości. Obecnie prowadzone są już zajęcia fakultatywne z wykorzystaniem urządzeń Simodont Dental Trainer, który interaktywnie symuluje różne sytuacje kliniczne dotyczące chorób jamy ustnej. Dotychczasowe doświadczenia studentów i nauczycieli potwierdzają korzyści płynące z wprowadzenia nauczania z zastosowaniem tego urządzenia jako obowiązkowego. Realizowany jest także kolejny projekt nauczania oparty na rozwiązaniach VR.

Rozwinięte zostanie także nauczanie w zakresie stomatologii cyfrowej. Poszerzamy możliwość nauczania studentów w zakresie analizy ortodontycznej modeli 3D i teleroentgenogramów cyfrowych. Wkrótce zostanie zrealizowany zakup systemu CAD-CAM. Stosowanie systemu CAD-CAM jest przykładem zaadaptowania digitalizacji na potrzeby stomatologii. Skrót ten oznacza komputerowe wspomaganie projektowania oraz produkcji poszczególnych elementów protetycznych. Proces obrazowania i diagnostyki rejestrowany jest z użyciem skanera wewnątrzustnego. Opierając się na skanie, projektowany jest wirtualny model z pominięciem konieczności wykonania wycisku. Z użyciem programu komputerowego projektowane jest uzupełnienie protetyczne – licówka, wkład koronowy, korona czy most. Z użyciem techniki frezowania wykonywana jest gotowa praca. Technologia ta znacznie skraca czas wykonania uzupełnienia i zapewnia większą precyzję dopasowania odbudowy. ■

PRZY DZIECIĘCYM SZPITALU KLINICZNYM UCK WUM OTWARTY ZOSTAŁ DOM RONALDA MCDONALDA

Symboliczne oficjalne otwarcie drugiego w Polsce Domu Ronalda McDonalda, który powstał przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyło się 6 maja 2021 r. Budynek, zlokalizowany przy ul. Księcia Trojdena 2B w Kampusie Banacha WUM, jest pierwszym tego typu obiektem na świecie połączonym ze strefą przedszkolną, nazwaną WUMIKiem.

W otwarciu Domu uczestniczyli: prof. Zbigniew Gaciong – rektor WUM, prof. Paweł Włodarski – prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju WUM, Marzena Kowalczyk – zastępca dyrektora ds. administracyjno-technicznych UCK WUM, dr hab. Ernest Kuchar – zastępca dyrektora ds. leczenia DSK UCK WUM, Bożena Ściegłińska – naczelnia pielęgniarka DSK UCK WUM, Adam Pieńkowski – dyrektor generalny McDonald's Polska, prof. Adam Jelonek – prezes honorowy Zarządu Fundacji Ronalda McDonalda, prof. Wiesław W. Jędrzejczak – członek Rady Fundacji, przewodniczący Komisji Programowej Fundacji Ronalda McDonalda, Anna Sobota – członek Rady Fundacji Ronalda McDonalda, Katarzyna Nowakowska – prezes Zarządu Fundacji Ronalda McDonalda, dyrektor wykonawcza Fundacji, Krzysztof Kłapa – wiceprezes Zarządu Fundacji Ronalda McDonalda, Marta Ewa Wojtach – rzecznik prasowy WUM, Renata Barańska – manager Domu Ronalda McDonalda, Anna Borys – w przeszłości członek Rady Fundacji Ronalda McDonalda, obecnie donatorka i przyjaciółka Domu, wolontariusze oraz członkowie zespołu Domu.



Rektor prof. Zbigniew Gaciong i prezes zarządu Fundacji Ronalda McDonalda Katarzyna Nowakowska inaugurują działalność Domu Ronalda McDonalda

Pierwszą rodzinę hospitalizowanych dzieci Dom przyjął w czerwcu. Warunkiem skorzystania z gościny i opieki w fundacyjnym Domu jest rekomendacja i skierowanie ze strony Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM. Pobyt w Domu i korzystanie z jego pełnej oferty są bezpłatne.

„Podobnie jak w domach Fundacji Ronalda McDonalda na całym świecie, rodziny dzieci długotrwale leczonych w szpitalu zyskują „Dom poza domem”. Największym kapitałem naszej uczelni i szpitali, których uniwersytet ma aż pięć, jest znakomita kadra – która rozwija medycynę, leczy chorych i kształci kolejne pokolenia studentów. W uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym przy ul. Żwirki i Wigury rocznie pomoc uzyskuje ponad 72 500 (2020 r.) małych pacjentów. W naszych klinikach hospitalizowanych jest ponad 30 000 (2020 r.) dzieci i młodzieży. Wiele z nich, a szcze-

gólnie pacjenci onkologiczni, neonatologiczni oraz dzieci po przeszczepieniach szpiku przebywają w szpitalu najdłużej. Bywa, że taki pobyt trwa nawet ponad rok. Obecność rodziny i pomoc innych dobrych ludzi jest bezcenna dla procesu zdrowienia. Wspaniali studenci – przyszli pracownicy ochrony zdrowia – wspierają Fundację w ramach wolontariatu od wielu lat. Gmach Domu będzie zarazem siedzibą WUMIKa – przedszkola dla dzieci pracowników i studentów naszej uczelni. Jako rektor i lekarz jestem przekonany, że drugi Dom Ronalda McDonalda w Polsce, który powstał przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w realnym wymiarze pomoże małym pacjentom i ich rodzinom przejść przez niezwykle trudny czas jakim jest choroba dziecka” – mówi prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

„Cieszymy się, że drugi Dom Ronalda McDonalda w Polsce powstał przy



Zaproszeni goście podczas zwiedzania obiektu

Dziecięcym Szpitalu Klinicznym UCK WUM. Ta wspólna inicjatywa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Fundacji Ronald McDonald sprawi, że nasz szpital będzie jeszcze skuteczniej pomagał małym pacjentom. Powstanie Domu oznacza istotne wsparcie w procesie leczenia dzieci, które będą mogły mieć stały kontakt z najbliższymi. Szczególnie w długich procesach hospitalizacji obserwujemy jak ważne jest, aby rodziny były razem w tak trudnym czasie. W trosce o naszych najmłodszych pacjentów i ich rodziny szpital planuje również uruchomienie, z inicjatywy prof. Bożeny Kociszewskiej-Najman, w kierowanej przez panią profesor Klinice Neonatologii kilku pokoi dla mam noworodków, co umożliwi im sprawowanie stałej opieki nad maluchami” – mówi Anna Łukasik, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

Komfortowe warunki dla rodzin chorych dzieci

Dom Ronald McDonald przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym UCK WUM to ponad 2000 m² przyjaznej rodziny powierzchni użytkowej na trzech kondygnacjach. Znajduje się w nim 25 komfortowych apartamentów 2-, 3- lub 4-osobowych, zapewniających rodzinom osobistą przestrzeń. W każdym pokoju znajduje się przestronna i wygodna łazienka. Dom otoczony jest ogrodem, na dachu znajduje się taras, który pozwala odpocząć w otoczeniu roślin. Do dyspozycji rodzin

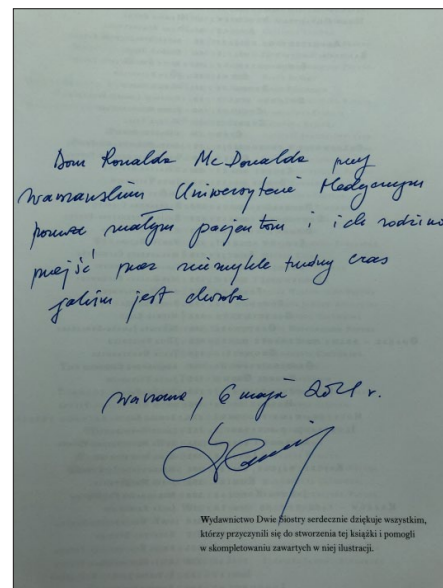
przygotowano dużą wspólną kuchnię i jadalnię, a także pralnię, bawialnię i bibliotekę. Koszty budowy (w tym zasadniczą część obejmującą 25 pokoi rodzinnych oraz rozbudowaną strefę wspólną) sfinansowane zostały ze środków Fundacji Ronald McDonald pochodzących z darowizn od firm i darczyńców indywidualnych. Warszawski Uniwersytet Medyczny użyczył Fundacji działkę budowlaną przy ul. Księcia Trojdena, na której wybudowany został Dom, oraz wniósł znaczący wkład finansowy.

Autorem budynku jest zespół AFP architektki pod kierunkiem Tomasza Flejterskiego i Alicji Szojdy.

Priorytet dla rodzin dzieci z oddziałów onkologicznych

Z pobytu w Domu Ronald McDonald mogą korzystać rodzice pacjentów Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM, przy czym priorytet zakwaterowania posiadają rodziny dzieci z oddziałów onkologicznych. Jak zauważa prof. Wiesław W. Jędrzejczak, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM, członek Rady Fundacji Ronald McDonald, miejsce to będzie służyło także adaptacji do życia po zakończeniu przez dzieci cyklu chemioterapii lub po przejściu przez nie zabiegu transplantacji szpiku.

„Współczesne agresywne terapie chorób nowotworowych z jednej strony oferują dzieciom wyleczenie, ale z drugiej



Rektor przekazał Domowi książkę z dedykacją

strony wymagają okresu adaptacji do życia w środowisku bez natychmiastowej specjalistycznej pomocy lekarskiej i pielęgnarskiej. Wymaga to stworzenia pośredniego ognia między pobytem w klinice onkologicznej a normalnym środowiskiem domowym, przedszkolnym i szkolnym. Obecne systemy ochrony zdrowia często nie przewidują istnienia takiego ognia i Domy Ronald McDonald mają za zadanie wypełnić tę lukę. Są przeznaczone dla chorych, którzy już zakończyli cykl chemioterapii lub otrzymali przeszczepienie szpiku, ale jeszcze są zagrożeni wczesnymi powikłaniami i mogą wymagać szybkiej specjalistycznej pomocy niedostępnej w potrzebnym czasie w pobliżu miejsca zamieszkania.

W tych domach dzieci przebywają z jednym z rodziców i przechodzą wstępny okres rekonwalescencji, aby po jego zakończeniu wrócić do swojego naturalnego środowiska. Jeśli na skutek choroby i leczenia powstały trwałe upośledzenia, to w trakcie pobytu w Domu Ronald McDonald rodzice nabywają umiejętności pomocy dzieciom w oswojeniu się z tą sytuacją, a także jej technicznej obsługi. Wszystko po to, aby tym najciężej dotkniętym przez los młodym ludziom przywrócić możliwość normalnego życia i ich samych przywrócić społeczeństwu” – mówi prof. Wiesław W. Jędrzejczak.

Namiastka normalnego życia

Dziecięcym Szpitalu Klinicznemu UCK WUM od lat współpracuje z Fundacją Ronald



Dom Ronalda McDonalda odwiedził prof. Marek Krawczyk (drugi z prawej)



Wizytę w Domu złożył także prof. Mirosław Wielgoś (pierwszy z lewej)

McDonalda. Każdego dnia zespół Fundacji jest obecny na szpitalnych oddziałach, towarzyszy hospitalizowanym dzieciom i ich najbliższym w walce z chorobą.

Prof. Michał Matysiak, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii DSK UCK WUM, członek Rady Fundacji Ronalda McDonalda z działalnością Fundacji zetknął się ponad 30 lat temu.

„Było to pod koniec lat 80. ubiegłego wieku, kiedy, pracując w szpitalach w Niemczech i w Austrii, po raz pierwszy zetknąłem się z różnymi fundacjami i zobaczyłem, czym jest Fundacja Ronalda McDonalda dla leczonych w szpitalu dzieci, a także dla ich rodzin. Wtedy też po raz pierwszy ujrzałem wprowadzanie w życie hasła, które Fundacji przyświeca do dziś: „Aby rodzina mogła być razem”. Minęło trochę czasu, Fundacja Ronalda McDonalda pojawiła się w naszym kraju i nagle okazało się, że oprócz pokoi rodzinnych, które Fundacja na początku organizowała i finansowała, zaczęto myśleć o Domu Ronalda McDonalda. Dziś marzenia te stały się faktem. Jeden Dom Fundacji Ronalda McDonalda funkcjonuje już od lat w Krakowie. Teraz otwiera się drugi w Warszawie przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Ogromna praca i zaangażowanie wielu darczyńców i wolontariuszy Fundacji, którym przyświecała idea poprawy jakości życia całych rodzin dzieci chorych na nowotwory sprawiły, że Dom Ronalda McDonalda stał się miejscem, w którym odnajdują oni namiastkę normalnego, domowego życia, znajdują pomoc psychologiczną i łatwiej znoszą trudny terapii. Pobyt w Domu – w pełni finanso-

wany przez Fundację Ronalda McDonalda – trwa do czasu zakończenia leczenia, co czasami oznacza od kilku dni do ponad roku” – mówi prof. Michał Matysiak.

Nowe standardy opieki pediatrycznej

Współpraca Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM i Fundacji Ronalda McDonalda służy poprawie standardów medycyny pediatrycznej, a także sprawia, że rodzina może być zawsze razem, także w tak trudnej sytuacji jak ciężka choroba dziecka i jego hospitalizacja.

„Zbudowaliśmy Dom w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala, aby najbliżsi dzieci chorych onkologicznie, hematologicznie, tych wszystkich, których leczenie wymaga najwięcej czasu, mieli jak największy komfort bliskości. Stała obecność rodziny jest dla dziecka źródłem poczucia bezpieczeństwa i Dom jest właśnie po to. Pomagając szpitalowi, wspieramy zespół medyczny, pomagając rodzicom, minimalizujemy bariery związane z odległością od szpitala, długością pobytu, kosztami, dostępem do leczenia. Dom powstał i będzie pomagać bezpłatnie dzięki ogromnemu zaangażowaniu przyjaciół, donatorów, którzy identyfikują się z naszą misją i pracą na rzecz całej rodziny dziecka długo hospitalizowanego. Dom to ważna, wspólna sprawa” – mówi Katarzyna Nowakowska, prezes zarządu i dyrektor wykonawcza Fundacji Ronalda McDonalda.

„To, że leczymy dziś dzieci z chorób nowotworowych w granicach 80-90% jest sukcesem oczywiście ekip leczących, ale także lekarza pierwszego kontaktu, lekarza pediatry, lekarza rodzinnego – czyli tego lekarza, do którego pacjent zgłosi się po raz pierwszy. Jednak nie można zapo-

minąć o wielkich zasługach licznych wolontariuszy Fundacji, którzy codziennie poświęcają swój czas na opiekę nad chorymi dziećmi i służą pomocą ich rodzinom.

To wolontariusze Fundacji Ronalda McDonalda dbają o to, by okres terapii niósł za sobą jak najmniej problemów dla chorych dzieci i ich rodzin. Musimy pamiętać, że dobro wraca. Warto więc angażować się w działania na rzecz innych, tak jak robi to Fundacja Ronalda McDonalda. Zachęcam do wsparcia działań Fundacji, bo wszystkie kroki, które Państwo podejmiecie, aby umożliwić Fundacji działanie na wszystkich jej polach, będą tymi, które sprawią, że więcej uśmiechu pojawi się na twarzach dzieci wracających do pełnego zdrowia” – dodaje prof. Michał Matysiak.

Pierwszy na świecie Dom ze strefą przedszkolną

Warszawski Dom posiada także – jako pierwszy na świecie – strefę o funkcjach przedszkolnych WUMIK, która powstała z inicjatywy i dzięki zaangażowaniu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. WUMIK, z blisko 300 m² powierzchni użytkowej, na co dzień służący dzieciom pracowników i studentów uniwersytetu, będzie również oferował opiekę zdrowemu rodzeństwu małych pacjentów, kiedy mama i tata będą zajmowali się siostrą lub bratem w szpitalu. Znajdą się w nim dwie sale, każda o powierzchni ok. 56 m² z łazienkami dziecięcymi, a także własny, ogrodzony, wyposażony w atestowany sprzęt plac zabaw o powierzchni 158 m². Obecnie trwają prace organizacyjne i formalne związane z uruchomieniem strefy przedszkolnej. ■

Marta Ewa Wojtach

PROMOCJA MAGISTRÓW FARMACJI I MAGISTRÓW ANALITYKI MEDYCZNEJ WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO

Promocja magistrów farmacji i magistrów analityki medycznej Wydziału Farmaceutycznego WUM odbyła się 15 maja 2021 r. w Auli wykładowej im. prof. Janusza Piekarczyka w Centrum Dydaktycznym. W uroczystości wziął udział rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong.

Gospodarzem tegorocznego dyplomatorium – zorganizowanego w formie hybrydowej – była dziekan Wydziału Farmaceutycznego dr hab. Joanna Kolmas. Władze rektorskie, wraz z Jego Magnificencją prof. Zbigniewem Gaciongiem, reprezentowali prorektorzy: prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska i prof. Marek Kuch. Przybyli dziekani Wydziałów naszej uczelni: prof. Rafał Krenke (Wydział Lekarski), prof. Dorota Olczak-Kowalczyk (Wydział Lekarsko-Stomatologiczny), dr hab. Mariusz Gujski (Wydział Nauk o Zdrowiu), dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski (Wydział Medyczny), oraz przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk Farmaceutycznych prof. Grzegorz Nałęcz-Jawecki. Obecni byli prodziekani Wydziału Farmaceutycznego: dr hab. Agnieszka Bazyłko i dr hab. Piotr Luliński.

Wśród zaproszonych gości w uroczystej promocji uczestniczyli: Alina Niewiadomska – prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Michał Byliniak – prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie, Katarzyna Ładno – dyrektor Oddziału Warszawa Towarzystwa Ubezpieczeniowego Inter Polska SA. Samorząd studentów WUM reprezentowali: Hanna Dąbrowska – przewodnicząca Samorządu Studentów Wydziału Farmaceutycznego i Jakub Olszewski – przewodniczący Zarządu Głównego Samorządu Studentów.

„To dzień, który wieńczy Wasz sukces i Waszą ciężką pracę” – powiedziała

dziekan dr hab. Joanna Kolmas, zwracając się do tegorocznych promowanych podczas otwarcia uroczystości. W tym roku dyplom otrzymało 126 absolwentek i absolwentów kierunku farmacja oraz 38 absolwentek i absolwentów kierunku analityka medyczna.

Gratulacje z okazji ukończenia trudnych studiów przekazał rektor prof. Zbigniew Gaciong. W swoim przemówieniu zwrócił uwagę, że „pandemia dotkliwie pokazała, jak ogromne jest zapotrzebowanie na pracowników ochrony zdrowia”, w tym na farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Podkreślił znaczenie ustawy o zawodzie farmaceuty, która weszła w życie 16 kwietnia tego roku. „To długo wypracowywany dokument dający farmaceutom nowe, szersze kompetencje. Określa on w sposób kompleksowy kwestie dotyczące m.in. uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty, samego wykonywania zawodu, a także kształcenia ustawicznego” – powiedział rektor. Prof. Zbigniew Gaciong przypomniał także o przypadającej w tym roku 95. rocznicy powstania w Polsce pierwszego Wydziału Farmaceutycznego, który uruchomiony został 6 czerwca 1926 r.



Rektor wręcza Weronice Krawczyk Złoty Laur Absolwenta



Dyplom odbiera Mariusz Bochnia



Zofia Wojciechowska – była starszoscina kierunku farmacja



Tegoroczní absolwenci Wydziału Farmaceutycznego

na Uniwersytecie Warszawskim. Na zakończenie rektor WUM przytoczył sentencję Leonarda Da Vinci „Zły to uczeń, który nie przewyższa swojego mistrza” i – zwracając się do tegorocznych promowanych – życzył absolwentom: „Przewyższajcie swoich mistrzów, bądźcie odważni w swoich marzeniach, nie osiadajcie na laurach, rozwijajcie się”.

Kilka słów do nowo promowanych wygłosiła także prodziekan WF dr hab. Agnieszka Bazyłko. „Wybrali Państwo zawody, które będą wymagały od Państwa ciągłego kształcenia, będą stawiały przed Państwem wyzwania, a przede wszystkim, które wiążą się z przyjęciem odpowiedzialności za swoje postępowanie, ale także za pacjenta. Są to jednocześnie zawody, które dają ogromną satysfakcję. Jesteście Państwo – obok lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych – trybami tej samej maszyny. Pandemia pokazała, jak ważnym elementem tej maszyny są diagności laboratoryjni i farmaceuci” – mówiła dr hab. Agnieszka Bazyłko.

Rektor i dziekan Wydziału Farmaceutycznego wręczyli Złoty Laur Absolwenta najlepszym studentom. W tym roku na kierunku farmacja Złoty Laur Absolwenta i dyplom z wyróżnieniem otrzyma-

ła Weronika Krawczyk, zaś na kierunku analityka medyczna Złoty Laur Absolwenta otrzymała Weronika Ziemian. Weronika Krawczyk otrzymała ponadto Nagrodę TU Inter Polska SA dla najlepszej absolwentki kierunku farmacja.

Po złożeniu ślubowania i odebraniu dyplomów ukończenia studiów Marcin Śmiarowski i Bartłomiej Brzozowski z Komisji Konkursowej wręczyli upominki i nagrody dla tegorocznych finalistów i laureatów Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego WUM. W 57. Konkursie Prac Magisterskich wykonanych na kierunku farmacja laureatami zostali: Magdalena Dziekońska (1. miejsce), Kamil Koronowski (2. miejsce), Aleksandra Pruszkowska (3. miejsce), w finale znaleźli się także: Mateusz Karasiewicz, Anna Helena Mazurek, Anna Zawisza, Aleksandra Biłant, Marta Walasek, Artur Wierzbowski. Nagrodę publiczności otrzymał Kamil Koronowski.

W 11. Konkursie Prac Magisterskich wykonanych na kierunku analityka medyczna laureatami zostali: Klaudia Radoszkiewicz (1. miejsce), Katarzyna Czudek (2. miejsce), Milena Małecka (3. miejsce), ponadto w finale znaleźli się: Magdalena Bondziul, Maciej Matuszewski, Magdale-

na Senczyszyn, Monika Słomka, Zuzanna Homoncik. Nagrodę publiczności otrzymała Monika Słomka.

W imieniu dyplomowanych głos zabrali: Kamil Koronowski – były przewodniczący Samorządu Studentów Wydziału Farmaceutycznego, Weronika Szczepańska – była starościna kierunku analityka medyczna oraz Zofia Wojciechowska – była starościna kierunku farmacja.

Na zakończenie Hanna Dąbrowska – przewodnicząca Samorządu Studentów Wydziału Farmaceutycznego i Jakub Olszewski – przewodniczący Zarządu Głównego Samorządu Studentów wręczyli podziękowania i upominki osobom angażującym się w działalność samorządu studentów WU: Kamilowi Koronowskiemu, Mariuszowi Bochni, Weronice Szczepańskiej, Maciejowi Matuszewskiemu oraz Agnieszce Sobczak.

Okolicznościowe przemówienia wygłosili także: Alina Niewiadomska – prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Michał Byliniak – prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie, oraz Katarzyna Ładno – dyrektor Oddziału Warszawa Towarzystwa Ubezpieczeniowego Inter Polska SA. ■

Cezary Ksel

NERKI WCIAŻ KRYJĄ TAJEMNICE

11 marca obchodzony był Światowy Dzień Nerek, powołany z inicjatywy Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Międzynarodowej Federacji Fundacji Nerek. Hasłem tegorocznego Dnia było „Jak dobrze żyć z przewlekłą chorobą nerek?”. Przewlekła choroba nerek i standardy jej leczenia, postępowanie z pacjentami nefrologicznymi w czasie pandemii oraz najciekawsze doniesienia naukowe na temat nerek są tematami rozmowy z prof. dr hab. n. med. Magdaleną Durlik – kierownikiem Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych SKDJ UCK WUM, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie nefrologii.

Szacuje się, że w Polsce z przewlekłą chorobą nerek zmagają się ponad 4 mln osób, lecz zdecydowana większość z nich o tym nie wie. Skąd wynika ten brak świadomości choroby?

Nerki są nieme, charakteryzują się dużą zdolnością adaptacji i bardzo długo nie sygnalizują żadnych dolegliwości. Pracę zniszczonego kłębuszka nerkowego – a każda nerka posiada około miliona kłębuszków – przejmuje inny, zdrowy. Oznacza to, że upływa dużo czasu do pojawienia się takich zaburzeń czynności nerek, które będą przejawiały się klinicznymi objawami. Dopiero kiedy pacjenci poczuć wyraźne dolegliwości kliniczne, najczęściej zgłaszają się do poradni. Wcześniej niestety dużo trudniej rozpoznać tę chorobę.

Dlaczego?

Dlatego że brakuje nam wiedzy o tej postępującej i rozwijającej się chorobie. Wyróżniamy pięć stadiów przewlekłej choroby nerek w zależności od wielkości przesączania kłębuszkowego. I i II stadium to bardzo wczesne etapy, w których objawy są praktycznie niezauważalne. Dopiero III stadium, w którym przesączanie kłębuszkowe obniża się poniżej 60 mililitrów na minutę, stanowi dzwonek alarmowy. Jednak nawet wtedy chory nie ma zazwyczaj żadnych dolegliwości. Te pojawiają się dopiero, kiedy choroba dojrzeje do V stadium. To może zabrać trochę czasu. Jeśli choroba postępuje powoli – a tak jest w przypadku współistnienia z inną chorobą cywilizacyjną, np. cukrzycą – to przez bardzo długi czas nie odczuwa się dolegliwości.



Prof. Magdalena Durlik

Jak zatem rozpoznać przewlekłą chorobę nerek?

Wskaźnikiem, który mógłby pomóc w rozpoznaniu przewlekłej choroby nerek jest nadciśnienie tętnicze oraz badania moczu i krwi. Niestety w większości przypadków nadciśnienie jest uważane jako choroba samoistna. Jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie wyjaśni, jaka jest przyczyna nadciśnienia, tylko uzna, że jest to pacjent z nadciśnieniem samoistnym – bo np. ma wszystkie możliwe czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych – to chory będzie długo leczony na nadciśnienie i nikt mu w tym czasie nie oceni czynności nerek.

W kierowanej przez Panią Profesor Klinikę pojawiają się głównie osoby w ostatnim stadium choroby?

Niekoniecznie. W Klinice Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych przebywają różni pacjenci. Jedną grupę stanowią osoby kierowane do nas z powodu wystąpienia białka w moczu, które jest wskazaniem do wykonania biopsji nerek. Często wśród tych pacjentów czynność narządu jest jeszcze prawidłowa, mają dobre przesączanie kłębuszkowe, a jedynie duży białkomocz. W takiej sytuacji jesteśmy w stanie zaproponować terapię immunosupresyjną w leczeniu pierwotnego i wtórnego kłębuszkowego

INFORMACJE

zapalenia nerek, w którym specjalizuje się nasza Klinika. Choroby nerek tej części naszych pacjentów nie są związane z chorobami cywilizacyjnymi. Drugą grupę stanowią pacjenci z ostrymi uszkodzeniami nerek, których przyczyny są często odwracalne, oraz schyłkową niewydolnością nerek, u których konieczne są dializy. Najliczniejszą grupę pacjentów stanowią ci, u których uszkodzenie nerek ma związek z chorobami cywilizacyjnymi.

Jakie choroby cywilizacyjne są za to odpowiedzialne?

W krajach rozwiniętych pierwszą przyczyną rozpoczęcia dializoterapii jest cukrzyca typu 2. Nakłada się na to wiek, starzenie się społeczeństw, miażdżyca, choroby układu krążenia, nadciśnienie. W takich przypadkach nie stosujemy agresywnego leczenia przewlekłej choroby nerek – można jedynie spowalniać jej przebieg i leczyć choroby współistniejące, które uszkadzają nerki. Cukrzyca, nadciśnienie, otyłość, hiperlipidemia, miażdżyca – to czynniki ryzyka progresji choroby nerek.

Czy są one także powodem stałego wzrostu liczby chorych na przewlekłą chorobę nerek?

Tak. Wiemy, że liczba chorych z przewlekłą chorobą nerek systematycznie wzrasta. W zeszłym roku „Lancet” opublikował ciekawe podsumowanie danych światowych gromadzonych od 1990 do 2017 r. Wynika z nich, że przewlekła choroba nerek dotyka 9,1% światowej populacji – stadium III choroby to 3,9%, stadium IV – 0,16%, a stadium V – 0,07%. Zatem największy odsetek stanowią osoby we wczesnych stadiach choroby. Dowiedzieliśmy się również, że od 1990 do 2017 r. częstość zapadania na przewlekłą chorobę nerek wzrosła o 29,3%, a śmiertelność wynosi 4,6%. W Polsce nie posiadamy dokładnych danych populacyjnych, zdiagnozowanych jest ponad 200 000 (dane NFZ), ale to osoby z już rozpoznaną i leczoną przewlekłą chorobą nerek. Estymując wyniki badań mniejszych grup chorych, możemy przypuszczać, że w Polsce jest około 4 mln pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w różnych stadiach. Dysponujemy dokładną liczbą chorych dializowanych w Polsce (około 20 000), która systematycznie wzrasta.

Jakie są konsekwencje wzrostu zachorowań dla zdrowia i systemu ochrony zdrowia?

Konsekwencja jest taka, że późne wykrycie choroby niewiele pomaga w spowolnieniu jej postępu. Pamiętajmy o tym, że dializoterapia jest jedną z najdroższych metod leczenia. Druga metoda leczenia nerkozastępczego, czyli transplantacja nerki, również jest kosztowna, ale jedynie w pierwszym okresie związanym z zabiegiem chirurgicznym. Niestety większość pacjentów z przewlekłą chorobą nerek nie kwalifikuje się do przeszczepienia. W Polsce tylko niecały 10% pacjentów z tą chorobą jest zgłaszanych do transplantacji narządu. Reszta skazana jest na przewlekłe leczenie dializami, którego nie można zaprzestać. Dlatego wzrost liczby chorych będzie generował ogromne koszty.

Gorsza czynność nerek i niższe przesączanie powodują rozwój powikłań związanych z przewlekłą chorobą nerek. Taka sytuacja prowadzi przede wszystkim do szybko postępującego uszkodzenia układu krążenia, miażdżycy czy niewydolności serca, czyli do przyspieszonych komplikacji sercowo-naczyniowych. Pacjenci dializowani umierają głównie na choroby układu krążenia.

Hasłem tegorocznego Światowego Dnia Nerek było: „Jak dobrze żyć z przewlekłą chorobą nerek?”. Czy naprawdę pacjentom żyje się dobrze?

To zależy w jakim są stadium choroby. Bardzo często uzależnione jest to także od przyczyny przewlekłej choroby nerek, czyli od współchorobowości. O tym, jak im się żyje, decyduje również dbanie o zdrowie. My, lekarze, namawiamy pacjentów do wielu prozdrowotnych zachowań, które spowolnią tę chorobę. Jednak jeżeli pacjent nie daje się namówić na redukcję masy ciała, jeśli bierze nieregularnie leki na nadciśnienie, nie przestrzega diety czy wypija małe ilości płynów – to nie będzie mu się dobrze żyło i przewlekła choroba nerek będzie szybko postępowała.

Jak temu zapobiec?

Powinniśmy cały czas edukować pacjentów, lecz w naszym systemie ochrony zdrowia nie jest to łatwe. Brakuje nam dietetyków, psychologów, rehabilitantów, koordynatorów różnorodnych działań po-

zwalających na edukację pacjentów. Wciąż mamy trudności z holistycznym spojrzeniem na pacjenta, a przecież w przypadku starszego człowieka, u którego występuje wiele chorób współistniejących, to wręcz konieczność.

Mówi Pani Profesor o brakach, a czy dostrzega Pani pozytyw?

Dobre jest to, że posiadamy poradnie nefrologiczne sprawujące opiekę nad tymi pacjentami. Ważne jest stworzenie ośrodków zapewniających kompleksowe leczenie nefrologiczne. Poradnia, którą kieruję, jest sprzężona z oddziałem. To oznacza, że pacjent wymagający hospitalizacji może zostać z poradni skierowany bezpośrednio na oddział. Posiadamy również Stację Dializ, w której lekarze przygotowują pacjenta do leczenia nerkozastępczego lub zgłaszają go do przeszczepu wyprzedzającego, powodując tym samym uniknięcie dializ. Sąsiadujemy z Kliniką Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej pomocną w wytworzeniu dostępu naczyniowego, kwalifikacji do transplantacji. Jesteśmy więc przykładem kompleksowego leczenia, co dla pacjenta nefrologicznego jest bardzo korzystne.

Takie kompleksowe podejście jest w Polsce regułą czy wyjątkiem?

Jedynie duże szpitale mogą sobie pozwolić na podobne zaplecze. Oczywiście poradni nefrologicznych jest znacznie więcej. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym WUM każda klinika powinna posiadać swoją poradnię. Nasza Poradnia Nefrologiczna leczy prawie 2000 chorych. Ze względów lokalowych nie jesteśmy w stanie przeprowadzać jedynie dializ otrzewnowych. Te realizuje Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM przy ul. Banacha.

Uczestniczyła Pani Profesor jako jeden z ekspertów merytorycznych w przygotowaniu Ogólnopolskiego Badania Pacjentów Nefrologicznych. Jakie płynęły z niego wnioski?

Badanie wykazało przede wszystkim to, że chorzy źle się odżywiają, nie chodzą do dietetyka, a także że szwankuje edukacja pacjentów. Jednak zwróciłabym uwagę głównie na aspekt niezadowolającego

stanu odżywienia, bo jest on szczególnie niebezpieczny. W przypadku dializ mówimy o tzw. odwrotnej epidemiologii. To oznacza, że chorzy z wysokim BMI żyją lepiej, a najgorzej ci z niskim wskaźnikiem masy ciała. Uważa się, że wyższe BMI jest rezerwą dla występującego w mocznicy u dializowanych niedożywienia białkowo-energetycznego. Oznacza to, że mają zapas, aby nie wpaść w niedożywienie. Osobom z najniższym BMI tego zapasu brakuje, dlatego żyje im się gorzej, dodatkowo rozwija się u nich zespół MIA (malnutrition – niedożywienie, inflammation – zapalenie, alteriosclerosis – alterioskleroza). Połączenie tych wszystkich elementów może prowadzić do zgonu sercowo-naczyniowego na dializach.

W jaki sposób pandemia wpłynęła na standardy leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek?

Jak już mówiłam, dializoterapia jest jedną z nielicznych terapii, której nie można przerwać. Nie mogliśmy odroczyć leczenia ze względu na rozwój pandemii. Musieliśmy zatem stworzyć takie warunki, w których pacjent, mimo pandemii, mógł zostać poddany dializie. Było to duże wyzwanie organizacyjne. Zgodnie z komunikatami konsultanta krajowego na Mazowszu udało się przygotować hybrydowe stacje dializ, z wyjątkiem stacji dializ w Szpitalu MSWiA, która była całkowicie covidowa. W stacjach hybrydowych pacjenci musieli być dializowani w izolacji

przestrzennej i izolacji czasowej. Obecnie dializy przeprowadzamy na jednej dużej sali, mamy również oddzielną mniejszą salę covidową. Oprócz tego musieliśmy zmierzyć się z trudnościami kadrowymi. Dużym wyzwaniem był brak personelu w stacjach dializ, szczególnie pielęgniarek dializacyjnych. W szczycie pandemii, w części stacji dializ Mazowska zdecydowano się na wykonywanie dializ dwa, a nie trzy razy w tygodniu, a także nieznaczne skrócenie czasu dializy na ok. 2-3 tygodnie. Ta druga możliwość dotyczyła jedynie tych chorych, którym pozwalało na to stan zdrowia. Pomimo tych trudności, leczenie nerkozastępcze było zapewnione.

Które ostatnie doniesienia naukowe dotyczące nerki zwróciły Pani zainteresowanie?

To przede wszystkim doniesienia covidowe. Ciekawe, ale jednocześnie najbardziej problematyczne są tematy identyfikacji koronawirusa w tkance nerkowej. Na łamach pism naukowych toczyła się ostatnio dyskusja o tym, czy uszkodzenie nerek, do którego często dochodzi w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2, to skutek bezpośredniego działania wirusa czy efekt pośredni burzy cytokinowej. Dyskusję – wydaje mi się, że wciąż nierozstrzygniętą – rozpoczęło odnotowanie przypadku znalezienia fragmentu wirusa SARS-CoV-2 w tkankach nerkowych. Możliwe, że działają tutaj dwa mechani-

zmy – zarówno bezpośredni, jak i pośredni. Proszę zauważyć – i to rzeczywiście jest bardzo ciekawe – że my tego wirusa we krwi praktycznie nie wykrywamy, nigdy też nie udowodniono transmisji zakażenia z dawcy narządu do biorcy. Powstaje zatem pytanie, jak wirus SARS-CoV-2 przedostaje się do nerek, skoro nie wykrywamy go w krążeniu.

Nerka wciąż kryje tajemnice?

Oczywiście. Zaskakują mnie duże możliwości adaptacyjne nerki. Bywa, że czasami usuwana jest jedna nerka i kawałek drugiej, a jednak ta pozostała jeszcze pacjentowi służy i funkcjonuje. Z pewnością chciałabym się dowiedzieć, jakie nerka ma możliwości regeneracyjne, czy – używając stymulacji – moglibyśmy w niej jeszcze coś naprawić, zanim chory będzie wymagał dializoterapii. Myśląc o możliwościach regeneracyjnych, warto przyjrzeć się bliżej komórce o nazwie podocyt, która nie namnaża się, zatem raz zniszczona, nie odtworzy się. Sądzę, że interesujące mogłoby być zbadanie, czy nerka posiada dodatkową czynność endokrynną, czy oprócz erytropoetyny i witaminy D produkuje jeszcze inne hormony. Oprócz tego nie do końca wykryte są mechanizmy zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej wczesnego działania fosfotoniny. Jak Pan widzi, nerka, podobnie jak medycyna, jeszcze nie jest do końca zbadana. ■

Rozmawiał Cezary Ksel



TRANSPLANTOŁODZY WUM UCZESTNIKAMI BIEGU PO NOWE ŻYCIE

12 czerwca odbył się 18. Bieg po Nowe Życie. Po raz dziesiąty wydarzenie wspierające polską transplantologię i propagujące wiedzę na temat przeszczepień zostało zorganizowane w Wiśle. Niezmienna pozostała formuła polegająca na spotkaniu się osób po przeszczepieniu, autorytetów polskiej medycyny transplantacyjnej oraz osób kultury, sportu i show biznesu w marszu nordic

walking. Na starcie stanęło 60 sztafet, które prowadzili m.in. Przemysław Saleta, Marcin Gortat, Piotr Żyła czy Ania Dąbrowska. Od lat wśród uczestników Biegu są specjaliści Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zajmujący się transplantacją. W tym roku byli to m.in. prof. Sławomir Naza-rewski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej CSK

UCK WUM), prof. Piotr Domagała (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SKDJ UCK WUM), prof. Roman Danielewicz (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego SKDJ UCK WUM) i prof. Jolanta Gozdowska (Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych SKDJ UCK WUM). ■

KOORDYNATORZY TRANSPLANTACYJNI Z KATEDRY I KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ SKDJ UCK WUM Z NOWYM AUTEM

Przekazanie samochodu dla koordynatorów transplantacyjnych Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus UCK WUM odbyło się 14 maja 2021 r. W spotkaniu uczestniczyli: rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong, kierownik Katedry i Kliniki prof. Maciej Kosieradzki, przedstawiciel darczyńcy, dyrektor ds. rozwoju Grupy WhyNot Travel Katarzyna Domagała, dr hab. Piotr Domagała oraz koordynatorzy transplantacyjni: mgr Edyta Karpeta i mgr Łukasz Górski.

„To ważna chwila dla kierowanej przez prof. Macieja Kosieradzkiego Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, a także dla naszej uczelni. Klinika jest ważną częścią WUM, w której przeszczepiany jest co piąty narząd w Polsce. Dzięki temu darowi jednostki WUM będą mogły nadal utrzymać tę wysoką pozycję wśród ośrodków przeszczepiających narządy. Samochód, który otrzymujemy, pozwoli naszym pracownikom i koordynatorom przyspieszyć proces organizacji transplantacji wszystkich narządów, jakie przeszczepiamy w klinikach naszej uczelni. Bardzo dziękuję za wsparcie. Bardzo je doceniamy” – powiedział rektor prof. Zbigniew Gaciong podczas uroczystego przekazania pojazdu.

Kierowana przez prof. Macieja Kosieradzkiego Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej zyskała samochód, z którego szpitalni koordynatorzy będą korzystać w celu wizyt we współpracujących z Kliniką oddziałach intensywnej terapii oraz ośrodkach dializ na terenie województwa mazowieckiego i świętokrzyskiego, a także w celu promowania idei transplantacji oraz wsparcia osobistego i logistycznego przy zgłaszaniu dawcy i organizacji pobrania. Tym obszarem działalności Klinika zajmuje się od lat.



Rektor prof. Zbigniew Gaciong przekazuje koordynatorowi transplantacyjnemu mgr. Łukaszowi Górskiemu klucze do samochodu



Od prawej: prof. Maciej Kosieradzki, rektor prof. Zbigniew Gaciong, mgr Edyta Karpeta, pani Katarzyna Domagała, dr hab. Piotr Domagała, mgr Łukasz Górski

Dzięki poświęceniu i pracy koordynatorów szpitalnych Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SKDJ UCK WUM co piąty narząd w Polsce przeszczepiany jest w szpitalach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jak podkreślił podczas spotkania prof. Maciej Kosieradzki, szczególnie w dobie pandemii ważne jest, aby ten trend utrzymać.

Darczyńcą auta, poprzez Stowarzyszenie Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, jest Grupa WhyNot Travel. „Nasza grupa wspiera polską transplantologię i dzisiejszy dar w postaci użyczenia auta jest tego kolejnym dowodem” – powiedział podczas przekazania auta dyrektor Katarzyna Domagała.

Marta Ewa Wojtach

Prof. dr hab. n. med. Maciej Kosieradzki o początkach i rozwoju współpracy Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej z lokalnymi oddziałami intensywnej terapii:

„Od kiedy pamiętam w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, jeszcze za czasów prof. Wojciecha Rowińskiego, ważną aktywnością młodszych asystentów było rozwijanie kontaktów i nawiązywanie relacji z oddziałami intensywnej terapii „w terenie”. Teren obejmował mniej więcej połowę szpitali Mazowsza, województwa świętokrzyskiego, znaczną część województwa warmińsko-mazurskiego i dzisiejszego Podlasia. Jeździliśmy tam z prof. Wojciechem Rowińskim, czasem działaliśmy, prowadząc rozmowy z kolegami z tych obszarów przez telefon. Za prof. Andrzeja Chmury rolę tę przejęli koordynatorzy szpitalni. Dodatkowo, raz do roku, dla zespołów lokalnych w powiatowych szpitalach organizowaliśmy wówczas konferencję, która starała się przemyścić różne dydaktyczno-naukowe przesłania dotyczące dawstwa narządów, ale służyła przede wszystkim zacieśnianiu relacji i budowaniu zaufania w trakcie wspólnych



Prof. Maciej Kosieradzki

spotkań. W 2015 r., po śmierci prof. Wojciecha Rowińskiego, zostałem prezesem Stowarzyszenia Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej. Od tego czasu wspólnie z naszymi koordynatorami zorganizowaliśmy kilkadziesiąt szkoleń w konwencji ETPOD (European Training Program in Organ Donation) na miejscu w szpitalach dawców na terenie całego kraju, spotkania dla nauczycieli, alumnów seminariów duchownych oraz trudne do zliczenia spo-

tkania z uczniami liceów i gimnazjów. W stacjach dializ przekonywaliśmy o konieczności i bezpieczeństwie dawstwa narządów od dawców żywych. Liczba osób, które wzięły udział w naszych szkoleniach to kilkanaście tysięcy. Do wszystkich tych miejsc docieraliśmy dostępnymi środkami transportu: własnymi samochodami, pociągami. W tej chwili, dzięki Grupie WhyNot Travel, zyskujemy użyteczne narzędzie, aby działalność tę wznowić”.

Alarmujące dane o transplantacji

W okresie pandemii SARS-CoV-2 w 2020 r. we wszystkich obszarach transplantacyjnych, poza przeszczepianiem serca, zaobserwowano około 20% spadek transplantacji.

W 2019 r. przeszczepiono 1473 narządy, w 2020 – 1180 narządów, dotychczas w 2021 – 352 narządy. Transplantolodzy przeprowadzili w 2019 r. 73 przeszczepienia od dawcy żywego, w 2020 – 59, a w 2021 – 15. Spadła również liczba zmarłych dawców narządów z: 502 w 2019 r., 393 w 2020 r. do 107 w 2021 r.

„Ten rok – jeśli nie zrobimy czegoś już teraz – zapowiada się jeszcze gorzej. Liczymy, że zmniejszy się obłożenie oddziałów intensywnej terapii chorymi z COVID-19 oraz że szpitale otworzą się na wizyty zaszczepionych koordynatorów z zewnątrz w celu wznowienia szkoleń, jak również na sytuację, w których dla dopełnienia formalności i dokumentów przyda się nasza pomoc, którą oferujemy” – mówi prof. Maciej Kosieradzki.

Profesor podkreśla, że działalność promocyjną w obszarze donacji narządów na terenie województwa mazowieckiego obecnie prowadzi tylko Warszawski Uniwersytet Medyczny, a liczba szpitali, w których w zeszłym roku odbyły się pobrania narządów, spadła na Mazowszu do czterech. ■

PIERWSZA W POLSCE TRANSPLANTACJA I RETRANSPLANTACJA WĄTROBY U CHOREJ Z ZAKAŻENIEM WIRUSEM SARS-COV-2

W Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM, kierowanej przez prof. Krzysztofa Zieniewicza, odbyła się pierwsza w Polsce transplantacja i retransplantacja wątroby z superpilnych życiowych wskazań u 18-letniej chorej po zatruciu paracetamolem, dodatkowo zakażonej wirusem SARS-CoV-2. Wskazaniem do pilnej transplantacji wątroby był stan bezpośredniego zagrożenia życia, w następstwie ostrej niewydolności wątroby z cechami narastającej ciężkiej niewydolności wielonarządowej.

W CSK UCK WUM 6 stycznia 2021 r. przeprowadzone zostało pierwsze przeszczepienie wątroby zgodnej grupowo z powodu wymienionych wyżej superpilnych wskazań. Kilka godzin przed rozpoczęciem operacji, w wyniku badania PCR-RT okazało się, że chora jest zakażona wirusem SARS-CoV-2. Zabieg przeprowadzono w pełnym zabezpieczeniu epidemiologicznym, zgodnym z rekomendacjami.

8 stycznia 2021 r. z powodu pierwotnego niepodjęcia funkcji (PNF – *primary nonfunction*) przez przeszczepiony narząd, chorą ponownie zgłoszono do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” jako superpilną biorczynię. Na szczęście udało się w krótkim czasie pobrać narząd od zmarłego dawcy w jednym ze szpitali w Polsce. Natychmiast wykonano drugie przeszczepienie wątroby.

Po tym zabiegu chora była prowadzona w Oddziale Intensywnej Opieki Chirurgicznej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM, w pełnym reżimie epidemiologicznym, przez zespół pod kierownictwem dr. Wojciecha Figla. Obserwowano już prawidłową funkcję narządu przeszczepionego

wraz ustępowaniem objawów niewydolności wielonarządowej.

Po uzyskaniu znamiennej poprawy klinicznej, w tym po powrocie świadomości, leczenie kontynuowano w Klinice Chorób Wewnętrznych i Hepatologii WUM, kierowanej przez prof. Piotra Milkiewicza. W trakcie całego procesu leczniczego nie obserwowano ciężkiej niewydolno-

ści oddechowej. Funkcja przeszczepionej wątroby pozostaje prawidłowa. W okresie pooperacyjnym doszło do konwersji wyniku PCR-CoV-2.

„Odmienność postępowania w sytuacji zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wynikała z konieczności zastosowania specjalnych procedur bezpieczeństwa i ochrony personelu medycznego w czasie całego



Zespół operacyjny w trakcie transplantacji



Zespół anestezjologiczny w trakcie operacji

procesu leczniczego. Szczególnie trudne było wykonanie precyzyjnych zespołów naczyniowych z użyciem indywidualnych środków ochrony osobistej. Dodatkową trudnością była konieczność zapewnienia izolacji chorej i ścisłego monitorowania przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 w kontekście leczenia immunosupresyjnego. Cała sytuacja wymagała wyjątkowego zaangażowania nie tylko zespołu lekarskiego, ale przede wszystkim pielęgniarskiego” – mówi kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby prof. Krzysztof Zieniewicz.

Szczególną rolę w procesie leczenia chorej odegrali chirurdzy-transplantolodzy: dr hab. Krzysztof Dudek, dr Konrad Kobryń, dr Michał Skalski, dr Jan Stypułkowski i anestezjolodzy: dr Marta Dec i dr Anna Brudkowska. Krążenie żyłne pozaustrojowe prowadził mgr Krzysztof Zając. Instrumentującymi byli: Anna Wąsik, Joanna Stasiak, Grzegorz Nowakowski, a pielęgniarkami anestesjologicznymi: Barbara Struś, Agata Małek oraz pielęgniarski anestesjologiczny Piotr Wesołowski. Należy docenić i podkreślić profesjonalizm i wielki wkład pracy zespołu pielęgniarskiego Oddziału Intensywnej Terapii Chirurgicznej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby oraz zespołu rehabilitantów.

Pacjentka w bardzo dobrym stanie ogólnym, w 30. dobie po pierwszej transplantacji powróciła do domu, pod opiekę rodziców. Jest systematycznie kontrolowana ambulatoryjnie w Poradni Transplantacyjnej Kliniki.

Sukces specjalistów Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM oraz przebieg ich dramatycznej walki o życie młodej kobiety był szeroko komentowany w polskich mediach. Doniesienia o niezwyklej operacji pojawiły się w najważniejszych krajowych dziennikach, a także portalach informacyjnych, naukowych i medycznych. W telewizyjnym programie informacyjnym „Panorama” wyemitowano materiał, w którym pacjentka po powrocie do pełni sił opowiadała o swoim dobrym samopoczuciu i normalnym funkcjonowaniu, zaś jej mama wyraziła wdzięczność dawcom narządu. ■

*Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieniewicz
Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,
Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM*

PIERWSZE W POLSCE ZASTOSOWANIE LAPAROSKOPII W SKOMPLIKOWANYM PRZYPADKU NOWOTWORU W MARSKIEJ WĄTROBIE

Rozległe anatomiczne resekcje wątroby wykonywane laparoskopowo mogą stać się standardem postępowania w chirurgii nowotworów wątroby – uważają specjaliści Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, którzy zdecydowali się 8 marca 2021 r. wykorzystać nigdy wcześniej nie stosowaną w Polsce laparoskopową operację usunięcia prawych segmentów marskiej wątroby u pacjenta z rzadkim agresywnym nowotworem tego narządu.

Niebezpieczne konsekwencje marskości wątroby

Marskość wątroby stanowi nieodwracalne uszkodzenie tego narządu oraz może prowadzić do powstania nowotworów wątroby, w tym nowotworów o typie raka wątrobowokomórkowego, których jest zdecydowana większość, a także agresywnych postaci łączących cechy raka wątrobowokomórkowego i raka dróg żółciowych. Taka sytuacja znacznie ogranicza możliwości leczenia, sprawiając, że usunięcie fragmentu narządu staje się zabiegiem szczególnie skomplikowanym.

„Marskość wątroby, nawet na etapie zachowanej funkcji narządu, jest związana ze znacznym ograniczeniem rezerwy czynnościowej i możliwości regeneracyjnych. Towarzyszące marskości nadciśnienie wrotne i zaburzenia krzepnięcia

zwiększają ryzyko krwawień, zarówno śród- jak i pooperacyjnych” – mówi prof. Michał Grąt z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM, który wraz ze współpracownikami podjął się wykonania zabiegu, dodając jednocześnie, że pomimo niebezpieczeństw związanych z tego typu nowotworem, usunięcie fragmentu wątroby z guzem oraz transplantacja wątroby stanowią jedyne potencjalnie radykalne metody leczenia.

Operacja obarczona dużym ryzykiem

Pacjent, którego zdecydowano się poddać tej pionierskiej w Polsce metodzie leczenia, zwanej laparoskopową operacją prawostronnej hemihepatektomii, borykał się z rzadkim agresywnym nowotworem wątroby o cechach raka wątrobowokomórkowego i raka dróg żółciowych (*combined hepatocellular/cholangiocellular carcinoma*) z masami nowotworowymi wypełniającymi prawą gałąź żyły wrotnej i jej odgałęzienia.

„W przypadku naszego pacjenta przeszczepienie wątroby było niemożliwe ze względu na szereg przeciwwskazań, takich jak: typ histologiczny nowotworu (komponenta raka dróg żółciowych), obecność mas nowotworowych w układzie wrotnym oraz bardzo wysokie stężenie alfafetoproteiny w surowicy. Z uwagi na znacznie zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych dla rozległych resekcji wątroby wykonywanych w marskości,



Zespół chirurgów i pielęgniarek zaangażowanych w program laparoskopowych rozległych anatomicznych resekcji wątroby w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM. Od lewej: dr Konrad Kobryń, dr Marcin Morawski, dr Małgorzata Nowosad, dr Maciej Krasnodębski, prof. Michał Grąt, dr Paweł Rykowski, piel. Jolanta Budny, piel. Ewa Lewińska, Oddziałowa Joanna Jabłonowska, piel. Natalia Belina

zastosowanie dostępu małoinwazyjnego stało się niezwykle korzystne dla zminimalizowania ryzyka” – wyjaśnił prof. Michał Grąt. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, chory szybko powrócił do przedoperacyjnego poziomu sprawności i opuścił Klinikę w 8. dobie po operacji.

Zabieg wymagający szczególnych umiejętności

Prawostronne hemihepatektomie, czyli anatomiczne resekcje prawych segmentów wątroby, należą do najbardziej rozległych i najtrudniejszych technicznie laparoskopowych operacji z zakresu chirurgii wątroby i są obarczone najwyższym ryzykiem powikłań, szczególnie krwawień i pooperacyjnej niewydolności wątroby. W przypadku chorych z marskością wątroby, operacje te wykonywane są jedynie w nielicznych i najbardziej wyspecjalizowanych ośrodkach zajmujących się chirurgią wątroby i dróg żółciowych na świecie.

„Laparoskopia zmniejsza uraz operacyjny, a także krwawienie śródoperacyjne i ból, poprawia proces rehabilitacji po operacji, oraz prowadzi do szybszego powrotu czynności przewodu pokarmowego. Ze względu na duży stopień trudności laparoskopowych resekcji wątroby głów-

nym czynnikiem ograniczającym zastosowanie tego dostępu są umiejętności i doświadczenie zespołu chirurgicznego oraz anestezjologicznego. Rozwój programu laparoskopowych dużych anatomicznych resekcji wątroby w naszej Klinice powoduje, że zastosowanie tej metody leczenia staje się dostępne dla większości chorych z resekcyjnymi nowotworami wątroby” – uważa prof. Michał Grąt.

Zabieg wykonał zespół w składzie: prof. Michał Grąt (operator), dr Maciej Krasnodębski, dr Marcin Morawski, dr Konrad Kobryń oraz dr Marta Dec (anestezjolog).

Przeprowadzenie operacji było możliwe dzięki rozwojowi pionierskiego programu laparoskopowych rozległych anatomicznych resekcji wątroby w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM przez prof. Michała Grąta i współpracowników: dr. Macieja Krasnodębskiego, dr. Konrada Kobrynia, dr. Marcina Morawskiego, dr. Pawła Rykowskiego, dr. Małgorzatę Nowosad, dr. Michała Skalskiego, dr. Martę Dec oraz dzięki ogromnemu zaangażowaniu zespołu pielęgniarskiego bloku operacyjnego, w tym m.in. Joanny Jabłonowskiej, Jolanty Budny i Marzeny Kaczmarskiej.

Program laparoskopowych resekcji wątroby w WUM

„Rozwojem programu rozległych laparoskopowych resekcji wątroby zainteresowałem się przed 2 laty podczas stażu w Klinice Chirurgicznej w Heidelbergu. Zespół pod kierownictwem prof. Buchlera wykonywał tam różnorodne laparoskopowe i robotowe operacje onkologiczne w obrębie jamy brzusznej. Po pierwszych przygotowaniach, polegających na wykonywaniu mniej rozległych resekcji wątroby metodą laparoskopową, prof. Krzysztof Zieniewicz zaakceptował rozpoczęcie programu rozległych resekcji anatomicznych. Wsparcie Pana Profesora umożliwiło nam przezwyciężenie szeregu trudności naturalnie występujących przy wprowadzaniu trudnych i ryzykownych operacji” – mówi prof. Michał Grąt.

Od września 2020 r. do chwili obecnej prof. Michał Grąt i współpracownicy wykonali w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM, kierowanej przez prof. Krzysztofa Zieniewicza, kilkanaście laparoskopowych rozległych anatomicznych resekcji wątroby z powodu pierwotnych i wtórnych nowotworów tego narządu. ■

Materiał powstał w ramach cyklu Biura Rzecznika Prasowego WUM „Naukowe czwartki WUM”

PIERWSZE W POLSCE

WSZCZEPIENIE NAJNOWOCZEŚNIEJSZEGO NARZĘDZIA DO WYKRYWANIA ARYTMIU U DZIECKA

W Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w Klinice Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej DSK UCK WUM, kierowanej przez prof. Bożenę Werner, wszczepiono najnowszą generacji pętlowy rejestrator arytmii BioMonitor IIIIm firmy Biotronik. Zabieg wykonał dr Piotr Wieniawski. Urządzenie zostało implantowane u 14-letniego chłopca z genetycznie uwarunkowaną chorobą serca i utratami przytomności o niejasnej etiologii. Jest to pierwszy zabieg wszczepienia takiego rejestratora w Polsce u dziecka. W marcu tego roku dr Marcin Michalak wraz z prof. Marci-

nem Grabowskim z I Katedry i Kliniki Kardiologii CSK UCK WUM, kierowanej przez prof. Grzegorza Opolskiego, przeprowadzili pierwszy taki zabieg w Polsce u dorosłego pacjenta.

BioMonitor IIIIm dysponuje największą obecnie dostępną pamięcią, wynoszącą 96 minut, w której gromadzone są zapisy wewnątrzsercowe. Wydłużone zapisy EKG (IEGM) pozwalają na dokładniejszą analizę

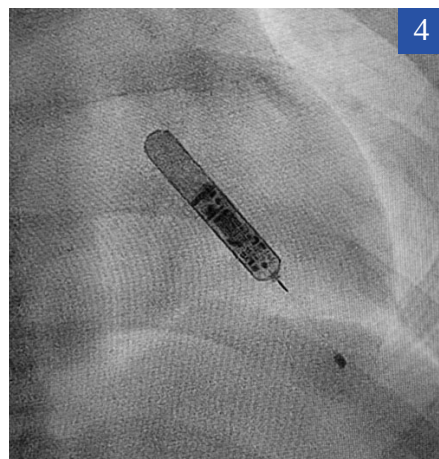
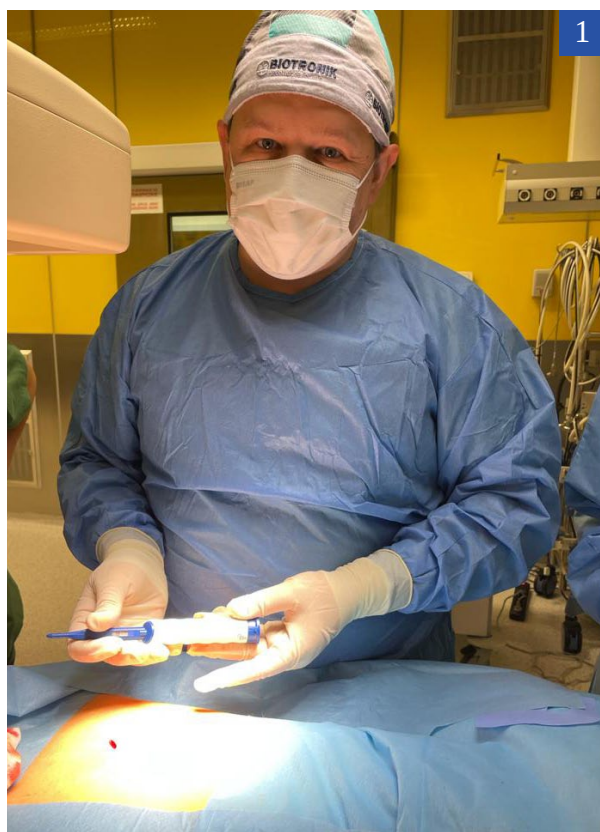


1
Dr Piotr Wieniawski

2
Zespół w trakcie operacji

3
Prezentacja modelu rejestratora pętlowego arytmii

4 5
Obraz rtg po wszczepieniu rejestratora



wykrytych nieprawidłowości i podjęcie odpowiednich decyzji terapeutycznych.

Dzięki temu rejestratorowi arytmii możliwe będzie zdalne monitorowanie chłopca za pomocą systemu HomeMonitoring z codzienną automatyczną transmisją danych. Funkcja ta daje możliwość przesyłania do 6 zapisów IEGM (EKG) na dobę. Warto wspomnieć, że BioMonitor IIIm wyposażony jest w baterię o ponad 5-letniej żywotności, co pozwala na długofalową opiekę nad pacjentem, a dodatkowe funkcje, takie jak HomeMonitoring nie wpływają na żywotność urządzenia.

Urządzenie pozwala rejestrować rytm serca pacjenta i wykrywać subkliniczne, nieodczuwalne dla pacjenta arytmie przedsionkowe, które nie rozpoznane w porę mogą prowadzić do licznych po-

wikłań, w tym pogłębiania się niewydolności serca, zatorów, udaru mózgu czy nawet śmierci.

Z klinicznego punktu widzenia bardzo istotny jest nowy algorytm RhythmCheck, który zwiększa skuteczność wykrywania arytmii przedsionkowych, redukując jednocześnie o 72% liczbę wyników fałszywie dodatnich. Sygnał wewnątrzsercowy rejestrowany przez urządzenie jest niemal pozbawiony zakłóceń, a doskonale widoczne załamki P i zespoły QRS, czyli sygnały pochodzące z przedsionków i komór, dają możliwość precyzyjnego rozpoznania zapisanych zdarzeń.

Rejestrator ten może również służyć jako monitor dla pacjentów po zabiegach ablacji. Jak zapewnia producent, w niedalekiej przyszłości będzie również mógł kontrolować temperaturę ciała pacjenta,

co może mieć również zastosowanie kliniczne w dobie pandemii.

W zabiegu uczestniczyli: dr Piotr Wieniawski, proktor – prof. Marcin Grabowski, anestezjolog dr Małgorzata Arukiewicz-Piowar, anestetyczka Małgorzata Sewerynik, pielęgniarka operacyjna Zofia Ryszkowska-Wójcik.

Dzięki współpracy w dziedzinie elektrotterapii z prof. Marcinem Grabowskim z I Katedry i Kliniki Kardiologii UCK WUM, po raz kolejny innowacyjne urządzenia są implantowane u dzieci wkrótce po pierwszych zastosowaniach u dorosłych.

*Dr n. med. Piotr Wieniawski,
prof. dr hab. n. med. Bożena Werner*

*Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii
Ogólnej DSK UCK WUM
Zdjęcia: Archiwum Kliniki*

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Bożeną Werner

– kierownikiem Kliniki Kardiologii
Wieku Dziecięcego i Pediatrii
Ogólnej DSK UCK WUM

Jaka jest obecnie w Polsce skala zastosowania elektrotterapii w leczeniu dzieci?

W Polsce wszczepia się stosunkowo mało urządzeń do elektrotterapii serca u dzieci. W ubiegłym roku wszczepiono łącznie 79 stymulatorów, kardiowerterów-defibrylatorów i rejestratorów arytmii. Na tę niewielką liczbę procedur mogła mieć wpływ pandemia COVID-19.

Jakie są główne bariery hamujące rozwój elektrotterapii w leczeniu dzieci w naszym kraju?

Główną barierą jest wielkość urządzeń wszczepialnych. Nie ma urządzeń do elektrotterapii serca dedykowanych dzieciom. U starszych dzieci i młodzieży nie ma różnicy w technice zabiegu, u małych dzieci wprowadzamy różnego rodzaju modyfikacje, takie jak inne miejsce wszczepienia urządzenia, miejsce umieszczenia elektrody, niekonwencjonalne użycie elektrod, itd. Niektórych procedur u najmniejszych dzieci nie udaje się wykonać.



Prof. Bożena Werner

Obecnie barierą, zarówno u dzieci, jak i dorosłych jest brak refundacji niektórych nowoczesnych, a co za tym idzie drogich urządzeń, w tym wszczepialnych rejestratorów pętlowych arytmii (ILR – implantable loop recorders lub ICM – implantable cardiac monitors). Dzięki staraniom ekspertów elektrotterapii w najbliższym czasie to się na szczęście zmieni i ICM zostaną objęte refundacją. Także wycena oraz refundacja obsługi HomeMonitoringa właśnie staje się fak-

tem co jest olbrzymim sukcesem polskich kardiologów.

Na czym polega współpraca Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej z I Katedrą i Kliniką Kardiologii w zakresie elektrotterapii?

Współpraca między Kliniką Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej a I Katedrą i Kliniką Kardiologii polega na wspólnym kwalifikowaniu i wykonywaniu procedur implantacji urządzeń do elektrotterapii serca u dzieci. Korzystanie z doświadczeń w leczeniu pacjentów dorosłych zaowocowało przeprowadzeniem pionierskich w grupie pediatrycznej zabiegów i wszczepianiem najnowszych urządzeń – kardiowerterów-defibrylatorów podskórnych, stymulatorów bezelektrodowych i rejestratorów arytmii. Obecnie Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej DSK UCK WUM oferuje pełen zakres usług i metod elektrotterapii serca u dzieci. Niezwykle istotnym efektem współpracy jest zapewnienie pacjentowi z wszczepionym w dzieciństwie urządzeniem do elektrotterapii serca ciągłości opieki w dorosłym życiu w UCK WUM.

Współpraca między ośrodkami pozwala na osiągnięcie najwyższej jakości usług, na światowym poziomie i zapewnia stały, dynamiczny rozwój. ■

POSIEDZENIE SENATU WUM

29 MARCA 2021

Podczas marcowego posiedzenia Senatu JM prof. Zbigniew Gaciong wręczył listy gratulacyjne w związku z wygraniem konkursów na stanowiska dyrektorów szpitali klinicznych Pani Annie Łukasik – dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM oraz Pani Ewie Piotrowskiej – dyrektor Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej.

Rektor wręczył akt powołania na stanowisko Kierownika II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii dr. hab. Pawłowi Andruszkiewiczowi, a także przekazał podziękowania za pełnienie obowiązków kierownika tej jednostki dr. Piotrowi Nowakowskiemu.

Posiedzenie Senatu było okazją do podziękowań prof. Jackowi Szaflikowi i prof. Małgorzacie Olszewskiej za pracę w roli prezesa Zarządu oraz członka Zarządu Fundacji Rozwoju WUM. Akt powołania na funkcję prezesa Zarządu Fundacji WUM odebrał prof. Piotr Radziszewski, na funkcję członków Zarządu Fundacji powołani zostali: dr hab. Laretta Grabowska-Derlatka i dr hab. Cezary Szmigielski. Rektor pogratulował kierownikom projektów realizacji tych przedsięwzięć. Dyplomy z gratulacjami za realizację projektów, drogą pocztową ze względu na sytuację epidemiologiczną, otrzymali: prof. Jakub Gołąb, prof. Piotr Małkowski, prof. Daniel Młocicki, prof. Marek Postuła, prof. Marek Radkowski, dr Mateusz Adamiak, dr Aleksander Kuś, dr Angelika Muchowicz, dr Piotr Nehring, dr Olga Tronina, mgr Martyna Krężolek.

Prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska, prorektor ds. personalnych i organizacyjnych przedstawiła informacje związane m.in. z podwyżkami wynagrodzeń. Uczelnia pokryje z własnych dodatkowych środków koszty podwyżki: koszt wynikający ze wzrostu minimalnej płacy krajowej, koszt podwyżek dla pracowników przebywających aktualnie na długotrwałych urlopach, koszt podwyżek dla pracowników wynagradzanych z przycho-



Wręczenie listu gratulacyjnego pani Annie Łukasik, dyrektorowi Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM



Wręczenie listu gratulacyjnego pani Ewie Piotrowskiej, dyrektorowi Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej

dów własnych uczelni, wzrost funduszu nagród rektora, wzrost nagród jubileuszowych i odpraw. Źródłem będą oszczędności z restrukturyzacji zatrudnienia.

Subwencja przeznaczona jest na podwyżki dla pracowników wynagradzanych z subwencji, ale uczelnia przeznaczy również środki własne na podwyżki dla pracowników wynagradzanych z przychodów własnych uczelni. Podwyżki otrzymają pracownicy, którzy pracują w uczelni powyżej 1 roku. W grupie nauczycieli aka-

demickich otrzyma je 85% pracowników osiągających najlepsze wyniki dydaktyczne i publikacyjne „punkty za slot”. Podwyżka zostanie przyznana z wyrównaniem od 1 października 2020 r.

Rektor prof. Zbigniew Gaciong podkreślił zaangażowanie związków zawodowych w ustalanie warunków podwyżek i podziękował za wkład w prace nad tym projektem.

Prof. Piotr Pruszczyk, prorektor ds. nauki i transferu technologii przedstawił informacje na temat ewaluacji, na której będą

SENAT

upływały najbliższe miesiące. Prorektor zaprezentował m.in. kryteria ewaluacyjne: poziom naukowy prowadzonej działalności, efekty finansowe badań naukowych lub prac rozwojowych oraz wpływ działalności naukowej na funkcjonowanie społeczeństw i gospodarki. Prof. Piotr Pruszczyk przedstawił również ubiegłoroczne zestawienie publikacji w różnych dyscyplinach i wskazał na istotny wzrost dobrze punktowanych publikacji. Wskazał również na ryzyka dotyczące zagrożenia niektórych projektów dydaktycznych i naukowych.

Prof. Marek Kuch, prorektor ds. studentów i kształcenia przedstawił informacje z ostatniego miesiąca na temat organizacji kształcenia i spraw studenckich. W związku z bardzo dużą liczbą zachorowań i hospitalizacji z powodu COVID-19 sytuacja epidemiologiczna w jednostkach, w których prowadzona jest dydaktyka dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest stale monitorowana. Na chwilę obecną, w ślad za rozporządzeniem ministra edukacji i nauki, zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego z dnia 18 marca 2021 r. (Dz.U. 2021 r. poz. 519), które weszło w życie z dniem 23 marca 2021 r.: zajęcia kształtujące umiejętności praktyczne, w tym zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe odbywają się nadal stacjonarnie, zgodnie z zaplanowanym przez jednostki harmonogramem, przy zachowaniu niezbędnych procedur przeciwepidemicznych. W uzasadnionych przypadkach, związanych z pogorszeniem się sytuacji epidemiologicznej, w pojedynczych jednostkach dydaktycznych tryb prowadzenia zajęć praktycznych może zostać zmieniony na wniosek kierownika jednostki za zgodą dziekana Wydziału. Wszystkie inne zajęcia dydaktyczne niż opisane powyżej, zaleca się, aby prowadzone były z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Zawieszona zostaje działalność Czytelni, Wypożyczalni z obsługą oraz Punktu sprzedaży skryptów w Centrum Biblioteczno-Informacyjnym.

Prorektor Marek Kuch przedstawił informacje z monitorowania zachorowań wg codziennego raportu z Biura Organi-



Dr hab. Paweł Andruszkiewicz otrzymuje akt powołania na stanowisko Kierownika II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii



Prof. Piotr Radziszewski otrzymuje akt powołania na funkcję prezesa Zarządu Fundacji WUM

zacji Pracy i Rekrutacji WUM oraz dane dotyczące szczepień, na podstawie raportu otrzymanego z Komisji ds. szczepień WUM. Dane dotyczyły pracowników, studentów i doktorantów. Na koniec swojego wystąpienia poinformował o sukcesie absolwentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy ukończyli studia w ciągu ostatnich dwóch lat: uzyskali oni najwyższą średnią punktów podczas Lekarskiego Egzaminu Końcowego (172,23) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (163,31) wśród wszystkich uczelni medycznych w wiosennej sesji egzaminacyjnej 2021 r.

Prof. Wojciech Lisik, prorektor ds. klinicznych i inwestycji przedstawił sytuację szpitali klinicznych. Decyzją Wojewody Mazowieckiego Konstantego Radziwiłła WUM został zobligowany do stworzenia

dodatkowych łóżek covidowych – prawie 400. W lokalizacji Banacha 240 i 30 intensywnej terapii, w lokalizacji Lindleya 148 i 28 intensywnej terapii. Obecnie posiadamy 80 łóżek covidowych w lokalizacji Lindleya i ponad 100 w lokalizacji Banacha. Prorektor zwrócił uwagę m.in. na ograniczenia w instalacji tlenowej na Lindleya. Prof. Wojciech Lisik poinformował, że został rozstrzygnięty przetarg na operatora parkingu w kampusie Banacha i została podpisana umowa. W ciągu 30 dni zostanie wprowadzony system parkowania. Prorektor mówił również, że WUM jest w trakcie procedowania końcowej opinii na temat ustanowienia hipoteki w zw. z pozyskaniem kredytu z BGK.

Prof. Paweł Włodarski, prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju przedstawił propozycje dyplomu

przygotowywanego wspólnie z Uniwersytetem w Montpellier. Dyplom potwierdza stopień naukowy doktora nadany we współpracy międzynarodowej przez Uniwersytet w Montpellier oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny. Dokument zawiera treści, które nie odbiegają od standardu. Jeżeli wzór zostanie zaakceptowany przez Senat, będzie przedsta-

wiony stronie francuskiej, która wstępnie pozytywnie go zaopiniowała.

Prof. Rafał Krenke zwrócił uwagę, że borykamy się z ogromnym niedoborem kadry, np. pielęgnarskiej, i należy rozważyć, czy nie zadbać o wykładnię Senatu, która umożliwiłaby elastyczne odbywanie zajęć, zarówno praktycznych, jak i przesunięcie części zajęć, które nie będą mo-

gły się odbyć w formie kontaktowej – żeby mogły się odbyć w formie online.

Rektor prof. Zbigniew Gaciong poinformował o piśmie Ministerstwa Zdrowia z prośbą o pilne utworzenie list chętnych studentów V i VI roku z podziałem na kierunki studiów, których wojewoda mógłby skierować do pracy przy zwalczaniu epidemii. ■

Marta Ewa Wojtach, Marzena Murawska

POSIEDZENIE SENATU WUM

26 KWIETNIA 2021

Podczas kwietniowego posiedzenia Senatu JM Rektor prof. Zbigniew Gaciong wręczył listy gratulacyjne związane z nadaniem tytułu naukowego profesora prof. Sebastianowi Granicy oraz prof. Piotrowi Janikowi. List gratulacyjny został przekazany również Panu prof. Piotrowi Szopińskiemu, który nie mógł uczestniczyć w tym posiedzeniu Senatu.

Pełnomocnik Rektora ds. Strategii WUM mgr Dariusz Solski przedstawił senatorom informację na temat prac nad strategią rozwoju uczelni w latach 2020-2024, w tym nowe cele strategiczne dla WUM w podziale na kategorie:

1. Kształcenie i sprawy studenckie – nauczanie na najwyższym poziomie dzięki efektywnej dydaktyce, nowoczesnym formom kształcenia i infrastrukturze.
2. Umiejędzynarodowienie, promocja i rozwój – najlepsi kandydaci, studenci i absolwenci dzięki doskonałej reputacji WUM, skutecznej promocji i komunikacji.
3. Działalność kliniczna i inwestycyjna:
 - silna pozycja akademickiej bazy leczniczej, gwarantująca efektywną współpracę w zakresie dydaktyki i nauki;
 - spółki zależne i inwestycje pracujące na rzecz powiększania przewagi konkurencyjnej WUM.
4. Sprawy personalne i organizacyjne – nowoczesne i profesjonalne zarządzanie uczelnią.



Rektor składa gratulacje prof. Sebastianowi Granicy



Wręczenie listu gratulacyjnego prof. Piotrowi Janikowi

5. Nauka i transfer technologii – wsparcie i rozwój innowacyjnych badań oraz osiągnięcie statusu uczelni badawczej.
 6. Pion Kanclerza – efektywny i elastyczny model zarządzania z pryncypialnie nadzorowaną dyscypliną budżetowo-kosztową jako fundament gwarantujący należyte wsparcie utrzymania i rozwoju obszarów merytorycznych WUM.
- Następnie głos zabrali prorektorzy, którzy przedstawili cele operacyjne mające przyczynić się do realizacji celów strategicznych.

Prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska, prorektor ds. personalnych i organizacyjnych przedstawiła informacje na temat Pracowniczych Planów Kapitałowych. Poinformowała, że zgodnie z Ustawą o finansach publicznych uczelnia została zobligowana do wprowadzenia Pracowniczych Planów Kapitałowych od 1 stycznia 2021 r. Ustawa nakłada obowiązek naliczania składek najpóźniej od 10 kwietnia 2021 r. WUM wywiązał się z ustawowego obowiązku i rozlicza składki od 1 kwietnia 2021 r., zatem Warszawski Uniwersytet Medyczny w ustawowym terminie zrealizował wszystkie obowiązki pracodawcy w zakresie Pracowniczych Planów Kapitałowych.

Senat wyraził opinię w sprawie wniosków o przyznanie nagród Prezesa Rady Ministrów za działalność naukową w 2020 r.

Prof. Piotr Pruszczyk, prorektor ds. nauki i transferu technologii poinformował, że każdego roku uczelnia może zgłosić kandydatów do nagrody Prezesa Rady Ministrów. WUM mógł zgłosić do nagrody kandydatów w kategoriach: doktoraty i habilitacje, w każdej z trzech dyscyplin, czyli łącznie 6 osób, oraz jedną osobę w kategorii: osiągnięcia w zakresie działalności naukowej, w tym twórczości artystycznej lub działalności wdrożeniowej. Łącznie WUM może przekazać 7 kandydatów, pozytywnie zaopiniowanych przez Uczelnianą Radę ds. Nauki. Senatorowie pozytywnie zaopiniowali następujące kandydatury:

- Pani dr Barbary Gierlikowskiej za wyróżniającą się rozprawę doktorską w 2020 r. pt. „Wybrane związki z roślin należących o rodziny Asteracea: ocena aktywności biologicznej i me-

chanizmów działania” w dyscyplinie nauk farmaceutycznych.

- Pana dr. Bartłomieja Zalewskiego za wyróżniającą się rozprawę doktorską w 2020 r. pt. „Interwencje żywieniowe w zapobieganiu i leczeniu otyłości u dzieci” w dyscyplinie nauk medycznych.
- Pani dr Marii Sikorskiej za wyróżniającą się rozprawę doktorską w 2020 r. pt. „Wpływ β -escyny na regenerację mięśni szkieletowych” w dyscyplinie nauk o zdrowiu.
- Pana dr. hab. Mariusza Tomaniaka za wyróżniające się osiągnięcia będące podstawą nadania stopnia doktora habilitowanego w 2020 r. Cykl publikacji: „Nowe strategie farmakoterapii przeciwpłytkowej po zabiegach przeszłonnych interwencji wieńcowych w populacji chorych o wysokim ryzyku powikłań niedokrwiennych i krwotocznych” w dyscyplinie nauk medycznych.
- Pani dr hab. Aleksandrze Wesołowskiej za wyróżniające się osiągnięcia będące podstawą nadania stopnia doktora habilitowanego w 2020 r. Cykl publikacji: „Gospodarka jakościowa i ilościowa mlekiem kobiecym na oddziale intensywnej terapii noworodka z uwzględnieniem pokarmu z banku mleka” w dyscyplinie nauk o zdrowiu.
- Panu prof. dr. hab. Marcinowi Sobczakowi nagrody Prezesa Rady Ministrów za osiągnięcia w działalności wdrożeniowej w 2020 r., tj.:

- a) prowadzenie badań naukowych, w wyniku których została zdobyta nowa wiedza w dziedzinie nauki;
- b) prowadzenie prac rozwojowych o charakterze aplikacyjnym;
- c) kierowanie zespołami badawczymi realizującymi projekty finansowane w drodze konkursów krajowych;
- d) autorstwo i współautorstwo wysokiej jakości publikacji naukowych dotyczących biomateriałów;
- e) praktyczne wykorzystanie wyników działalności naukowej w działalności przemysłowej.

Senatorowie zatwierdzili program kształcenia Szkoły Doktorskiej WUM.

Prorektor prof. Piotr Pruszczyk przedstawił podsumowanie działalności na-

ukowej. Zaprezentował zmianę liczebności prac wysokopunktowych, tj. powyżej 100 punktów. w roku 2019 w WUM było 560 takich publikacji, zaś w roku 2020 – 790. Liczba prac wysokopunktowych wzrosła o 41%. Prorektor wyraził nadzieję, że być może uda się uzyskać kategorię A we wszystkich dyscyplinach naukowych. Poinformował również o efektach działania funduszu publikacyjnego: od stycznia 2021 r. udzielono wsparcia dla 130 publikacji. Poruszył również kwestię nowych zasad wsparcia publikacji.

Senat poparł zmiany w regulaminie studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zatwierdził wzory dyplomów ukończenia studiów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zapoznał się z aktualną informacją na temat prowadzenia zajęć dydaktycznych ze studentami.

Prof. Wojciech Lisik, prorektor ds. klinicznych i inwestycji przedstawił senatorom informacje na temat UCK WUM oraz spółek zależnych WUM. Omówił m.in. kwestie dotyczące sprzedaży nieruchomości przy ul. Miodowej 18, audytu mającego na celu ocenę prawidłowości zgłaszania i usuwania wad oraz usterek w DSK UCK WUM, sprawę ustanowienia hipoteki dla zabezpieczenia kredytu z banku BGK dla UCK WUM, zmiany składu Rady Nadzorczej spółki Centrum Medyczne WUM oraz spółki Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM. Dyrektor UCK WUM mgr Anna Łukasik przedstawiła sytuację finansową UCK WUM.

Senat zatwierdził: programy studiów dla wszystkich toków studiów kierunku lekarsko-dentystycznego w języku polskim na rok akademicki 2021/2022, programy studiów dla wszystkich toków studiów kierunku lekarsko-dentystycznego w języku angielskim na rok akademicki 2021/2022, programy studiów dla wszystkich toków studiów kierunku higieny stomatologicznej na rok akademicki 2021/2022, programy studiów dla wszystkich toków studiów kierunku techniki dentystycznej na rok akademicki 2021/2022, programy studiów na kierunku techniki dentystycznej – tok studiów 2021/2022 – dla rozpoczynających studia w Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym. ■

Marta Ewa Wojtach



awanse, nagrody...

• **Prof. Piotr Janik** (Katedra i Klinika Neurologii UCK WUM) otrzymał tytuł profesora nauk medycznych i nauk o zdrowiu nadany przez prezydenta RP Andrzeja Dudę.

• **Prof. Paweł Łaguna** (Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii UCK WUM) otrzymał tytuł profesora nauk medycznych i nauk o zdrowiu nadany przez prezydenta RP Andrzeja Dudę.

• **Prof. Piotr Szopiński** (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej) otrzymał tytuł profesora nauk medycznych i nauk o zdrowiu nadany przez prezydenta RP Andrzeja Dudę.

• **Prof. Piotr Pruszczyk** (prorektor ds. nauki i transferu technologii, Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM) wszedł w skład Krajowej Rady ds. Kardiologii powołanej przez ministra zdrowia.

• **Prof. Piotr Radziszewski** (Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej UCK WUM) otrzymał od rektora prof. Zbigniewa Gacionga akt powołania na funkcję prezesa zarządu Fundacji Rozwoju WUM. Na funkcje członków zarządu powołani zostali: **dr hab. Laretta Grabowska-Derlatka** (II Zakład Radiologii Klinicznej UCK WUM) i **dr hab. Cezary Szmigielski** (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii UCK WUM).

• **Prof. Piotr Milkiewicz** (Klinika Hepatologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM) otrzymał dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs PRELUDIUM BIS 2) na realizację projektu

„Efekty kliniczne oraz mechanizmy molekularne działania S-adenosylmetioniny u pacjentów z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych (ang. PSC)”.

• **Prof. Jolanta Małyшко** (Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM) otrzymała dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs PRELUDIUM BIS 2) na realizację projektu „Kliste RNA, nowy panel biomarkerów oraz nauczania maszynowe w predykcji ostrego uszkodzenia nerek u dorosłych pacjentów hematoonkologicznych”.

• **Prof. Sebastian Granica** (Katedra Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii) otrzymał dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs PRELUDIUM BIS 2) na realizację projektu „Interakcje mikrobioty skóry ludzkiej z ekstraktami roślinnymi tradycyjnie stosowanymi w leczeniu schorzeń skóry”.

• **Dr hab. Magdalena Winiarska** (Zakład Immunologii) otrzymała dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs PRELUDIUM BIS 2) na realizację projektu „Identyfikacja w nowotworach CD19-negatywnych białek powierzchniowych jako alternatywnych celów dla terapii CAR-T”.

• **Dr hab. Paweł Andruszkiewicz** otrzymał od rektora prof. Zbigniewa Gacionga akt powołania na stanowisko kierownika II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UCK WUM.

• **Dr Abdessamad Zerrouqi** (Katedra i Zakład Biochemii) otrzymał dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs OPUS 20 + LAP) na realizację projektu „Wpływ metabolitu nowotworu na odpowiedź układu odpornościowego”.

• **Dr Joanna Elżbieta Zawacka-Pankau** otrzymała dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs OPUS 20 + LAP) na realizację projektu „Repozycjonowanie leków w celu aktywacji białek z rodziny p53 do ulepszenia leczenia przerzutującego raka płuca z mutacjami w genie TP53 i EGFR”.

• **Dr Tomasz Piotr Rygiel** (Zakład Immunologii) otrzymał dofinansowanie Narodowego Centrum Nauki (konkurs OPUS 20 + LAP) na realizację projektu „Dostarczanie immuno-aktywatorów do komórek fagocytyzujących w celu uzyskania odpowiedzi przeciwnowotworowej”.

• **Dr Urszula Piotrowska** (Katedra Chemii Analitycznej i Biomateriałów) otrzymała wyróżnienie specjalne w VI edycji Konkursu Lider Nauk Farmaceutycznych za najlepszą rozprawę doktorską z dziedziny farmacji. Promotorem pracy doktorskiej był prof. Marcin Sobczak, a promotorem pomocniczym dr hab. Ewa Olędzka.

• **Lek. Emilia Kowalczyk** (rezydentka Oddziału Klinicznego Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii Kliniki Pediatrii UCK WUM) zdobyła stypendium badawcze Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF) za projekt „Super Bolus – a remedy for a high glycemic index meal in children with type 1 diabetes on insulin pump therapy?”.

• **Lek. Katarzyna Wolder i lek. Mateusz Jermakow** (rezydenci Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM) uzyskali, ex aequo, najlepszy wynik w Polsce podczas tegorocznego egzaminu specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych.

• **Lek. Agata Majewska** (doktorantka I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii) oraz **dr Monika Grymowicz** (Klinika Endokrynologii Ginekologicznej)

STETOSKOP

współtworzyły pracę zamieszczoną w prestiżowym „The Lancet Gastroenterology & Hepatology” dotyczącą roli kwasu ursodeoksycholowego w wewnątrzwątrobowej cholestazie ciąży.

• **Lek. Paweł Sobczuk** (asystent z Katedry i Zakładu Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej) zajął drugie miejsce w polskiej edycji konkursu FameLab. Otrzymał także wyróżnienie specjalne Fundacji Kościuszkowskiej – partnera konkursu. Jest nim promesa gwarantująca trzymiesięczne stypendium naukowe w USA.

• **Mgr Andrzej Patyra** (doktorant II roku Szkoły Doktorskiej WUM) będzie realizował tzw. podwójny doktorat (International Dual Degree PhD doctorat en cotutelle), którego tematem jest „Wpływ związków bioaktywnych na regulację wydzielania insuliny i mechanizm leżący u jej podstaw: potencjalne zastosowanie w profilaktyce i leczeniu cukrzycy typu 2”. Realizacja podwójnego doktoratu stała się możliwa dzięki umowie między Warszawskim Uniwersytem Medycznym a Université de Montpellier. Promotorem pracy ze strony polskiej jest prof. Anna Karolina Kiss, zaś ze strony francuskiej prof. Catherine Oiry-Cuq.

• **Anna Łukasik** otrzymała od rektora WUM prof. Zbigniewa Gacionga list gratulacyjny w związku z wygranym konkursu na stanowisko dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

• **Ewa Piotrowska** otrzymała od rektora WUM prof. Zbigniewa Gacionga list gratulacyjny w związku z wygranym konkursu na stanowisko dyrektora Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej.

• **Arkadiusz Kołodziej** (student V roku kierunku lekarskiego) znalazł się w gronie laureatów Programu BioLAB prowadzonego przez Polsko-Amerykańską Komisję Fulbrighta. Odbędzie roczny staż na Uniwersytecie Wirginii (USA), gdzie dołączy do zespołu prof. Zhiyi Zuo w Klinice Anestezjologii.

• **Krzysztof Domka, Tomasz Grzywa, Joanna Nowaczyk, Sylwester Roguła, Dominika Siwik, Aleksandra Sobiborowicz, Emilia Szudejko, Michał Świerczewski, Izabela Walasik, Michał Zawistowski, Andriy Zhylko** (studenci Wydziału Lekarskiego) otrzymali stypendium Ministra Zdrowia przyznane za znaczące osiągnięcia naukowe lub sportowe.

• **Maciej Mach** (student IV roku kierunku lekarskiego) został powołany na Koordynatora Narodowego ds. Praktyk Klinicznych IFMSA-Poland.

• **Zofia Gajek** (studentka IV roku kierunku lekarskiego WUM) została wybrana na Koordynatorkę Narodową ds. Praw Człowieka i Pokoju IFMSA-Poland.

• **Sekcja Żeglarska AZS WUM** podczas Akademickich Mistrzostw Polski w Żeglarstwie wywalczyła złoty medal w kategorii drużynowej AMP Uczelni Medycznych. W skład mistrzowskiej drużyny weszli: Julia Szmit, Mateusz Safijan, Adam Chmiel, Magda Daniszewska, Tymoteusz Wawryk oraz Grzegorz Bienia. Srebrny medal w kategorii indywidualnej uczelni medycznych zdobyła załoga w składzie: Julia Szmit, Mateusz Safijan i Adam Chmiel, a druga nasza drużyna zajęła 4. miejsce.

• **Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych** UCK WUM uzyskała akredytację do stosowania genetycznie modyfikowanych limfocytów CAR-T firmy Novartis – produktu Kymriah. Limfocyty CAR T stosowane będą w celu leczenia chorych do 26. roku życia z opornym/nawrotowym chłoniakiem rozlanym z dużej komórki B (DLBCL) oraz z ostrą białaczką limfoblastyczną B-komórkową (B-ALL).

• **SKN Chirurgii Rekonstrukcyjnej WUM** przy Klinice Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; Oddział Zabiegowy otrzymało dofinansowanie w ramach programu „Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje” Ministerstwa Edukacji i Nauki na realizację projektu „Spersonalizowane implanty tytanowe do odbudowy układu stomatognatycznego”.

• **SKN przy Klinice Otorinolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi** UCK WUM otrzymało dofinansowanie w ramach programu „Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje” Ministerstwa Edukacji i Nauki na realizację projektu „Ocena markerów immunologicznych i przemiany nabłonkowo-mezenchymalnej w rozwoju raka krtani” oraz projektu „Immunomodulacyjna rola mikrośrodowiska guza na wyniki onkologiczne w zaawansowanym raku krtani”.

• **SKN GRAFT** przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Trans-

plantacyjnej UCK WUM otrzymało dofinansowanie w ramach programu „Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje” Ministerstwa Edukacji i Nauki na realizację projektu „Transplantacja non fiction”.

• **SKN FARMAKON** przy Katedrze Biochemii i Chemii Klinicznej otrzymało dofinansowanie w ramach programu „Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje” Ministerstwa Edukacji i Nauki na realizację projektu „Gen otyłości w terapii i diecie”.

• **SKN przy Klinice Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii** CSK MSWiA otrzymało dofinansowanie w ramach programu „Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje” Ministerstwa Edukacji i Nauki na realizację projektu „Czy hipoglikemia reaktywna i insulinooporność są czynnikami ryzyka rozwoju miażdżycy?” oraz projektu „Cukrzyca typu 2 jako czynnik ryzyka rozwoju osteoporozy”.

• **Warszawski Uniwersytet Medyczny** w najnowszym światowym zestawieniu Impact Rankings 2021 – Times Higher Education (THE) został najwyżej sklasyfikowany spośród wszystkich polskich uczelni, zajmując miejsce pomiędzy 100 a 200 w realizacji celu numer 3. „Zdrowie i dobre samopoczucie”. W innych obszarach podlegających badaniu WUM został sklasyfikowany następująco: cel numer 5. „Równość płci” – miejsce pomiędzy 300 a 400, cel numer 10. „Zmniejszenie nierówności” – miejsce pomiędzy 300 a 400, cel numer 4. „Jakość nauczania” – miejsce 801. W ogólnym zestawieniu Impact Rankings Times Higher Education 2021 znalazło się 12 polskich uczelni, wśród których najwyżej ocenione zostały: Warszawski Uniwersytet Medyczny (jako jedyna uczelnia medyczna z Polski), Politechnika Gdańska oraz Uniwersytet Warszawski (miejsca w przedziale 601-800).

• **Kierunek lekarski** prowadzony na WUM na poziomie jednolitych studiów magisterskich o profilu ogólnoakademickim uzyskał pozytywną ocenę programową Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

• **Kierunek fizjoterapia** prowadzony na WUM na poziomie jednolitych studiów magisterskich o profilu praktycznym uzyskał pozytywną ocenę programową Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

Debata o bezpieczeństwie szczepień

19 marca odbyło się spotkanie online „Godzina z ekspertami” dotyczące bezpieczeństwa szczepień przeciw COVID-19. Inicjatorem spotkania był rektor prof. Zbigniew Gaciong. Do udziału w spotkaniu prof. Paweł Włodarski, prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju, zaprosił specjalistów: prof. Piotra Pruszczyka (prorektora ds. nauki, kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo Zatorowej UCK WUM), dr. hab. Wojciecha Feleszkę (Klinika Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego UCK WUM) oraz dr. Pawła Grzesiowskiego (eksperta Naczelnej Izby Lekarskiej ds. COVID-19). Goście udzielali odpowiedzi na pytania dotyczące bezpieczeństwa stosowania szczepionki firmy Astra-Zeneca.

Sesja Sprawozdawcza

W kwietniu zainaugurowano cykl spotkań corocznej Sesji Sprawozdawczej Uczelnianego Studium Doktoranckiego WUM. Przez trzy miesiące (kwiecień, maj i czerwiec) odbywały się prezentacje doktorantów IV roku studiów doktoranckich przedstawiających zaawansowanie pracy doktorskiej oraz dotychczasowy dorobek naukowy (łącznie ponad 90 prezentacji). Sesja z powodu zagrożenia epidemiologicznego została zaplanowana na 9 spotkań modułowych (każdy moduł po 3-4 prezentacje, 2-3 moduły dziennie) przy ograniczonej liczbie uczestników. Udział w kwietniowych prezentacjach wzięli: rektor prof. Zbigniew Gaciong, prorektor prof. Piotr Pruszczyk, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk Farmaceutycznych prof. Grzegorz Nałęcz-Jawecki, dyrektor Szkoły Doktoranckiej prof. Michał Grąt. Sesje poprowadziła dyrektorka Uczelnianego Studium Doktoranckiego prof. Bożena Kociszewska-Najman. Doktorantów podczas prezentacji wspierali zaproszeni promotorzy prac.



Prof. Bożena Kociszewska-Najman i prof. Michał Grąt podczas kwietniowej Sesji Sprawozdawczej

Zawody o Puchar Rektora WUM

10 i 11 kwietnia na pływalni Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM odbyły się zawody Arena Grand Prix Puchar Polski, które uświetnił rektor prof. Zbigniew Gaciong. Warszawski turniej był ostatnią edycją kwalifikacji do XXXII Letnich Igrzysk Olimpijskich, które odbędą się w tym roku w Tokio. Walczono również o Puchar Rektora WUM dla sportowca, który uzyska najlepszy wynik w kategorii OPEN. Zdobył go Konrad Czerniak, olimpijczyk z Londynu i Rio de Janeiro, medalista mistrzostw świata i Europy, wielokrotny rekordzista Polski. Na zakończenie zawodów prezes Polskiego Związku Pływackiego Paweł Słomiński wręczył rektorowi prof. Zbigniewowi Gaciongowi okolicznościową statuetkę, dziękując za pomoc i organizację zawodów. Słowa podziękowania prezes PZP skierował również do kierownika CSR WUM mgr inż. Karoliny Skinder.



Rektor prof. Zbigniew Gaciong i zdobywca Pucharu Rektora WUM Konrad Czerniak

Dzień Otwarty

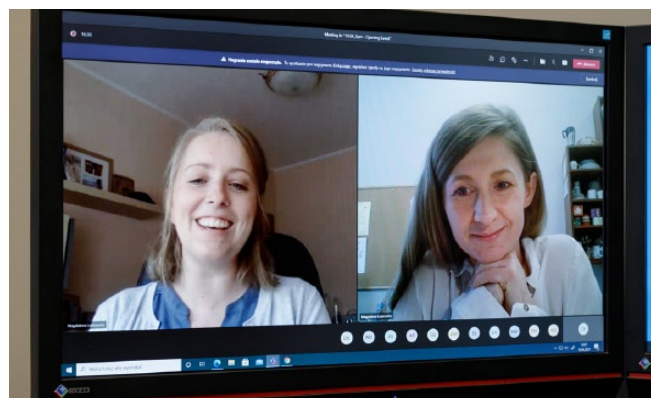
17 kwietnia odbył się Dzień Otwarty WUM dla kandydatów na studia. Wydarzenie odbywało się w formule online. Oficjalnego otwarcia dokonał rektor prof. Zbigniew Gaciong. Do zainteresowanych wyborem naszej uczelni zwrócił się także prorektor ds. studenckich i kształcenia prof. Marek Kuch. Gospodarzami Dnia Otwartego byli przedstawiciele Samorządu Studentów WUM: Hanna Dąbrowska oraz Jakub Olszewski. W programie Dnia Otwartego zaplanowano bloki tematyczne poświęcone wydziałom WUM i prowadzonym na nich kierunkom. Każdy z nich poprzedzony był filmem z udziałem dziekana prezentującego wydział. Reprezentanci kierunków lub przedstawiciele samorządów wydziałowych opowiadali m.in. o możliwościach rozwoju, aktywnościach w kołach naukowych, perspektywach pracy. Oprócz tego dr Longin Niemczyk – sekretarz Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej omówił tegoroczne kryteria rekrutacji. Odbyły się także webinaria przygotowane przez: prof. Grzegorza Basaka i prof. Zbigniewa Fijałkę.



Gospodarze Dnia Otwartego WUM: Hanna Dąbrowska i Jakub Olszewski

Dni Świadomości Zdrowia Psychicznego

19 kwietnia rozpoczęły się Dni Świadomości Zdrowia Psychicznego – siedmiodniowy cykl spotkań poświęconych dobrostanowi psychicznemu. Tegoroczna edycja z powodu pandemii została w całości przeniesiona do internetu. Wydarzenie zainaugurowało spotkanie pt. „Opening – The Opposite of Loneliness”. Uczestnicy wysłuchali specjalnego przesłania rektora prof. Zbigniewa Gacionga skierowanego do organizatorów i studentów. Spotkanie poprowadziły Maggie Lorkowska, przewodnicząca Psychologicznego SKN PSYCHE oraz koordynatorka Dni Świadomości Zdrowia Psychicznego wraz z dr Magdaleną Łazarewicz, koordynatorką Uniwersyteckiej Poradni Psychologicznej WUM.



Dr Magdalena Łazarewicz (po prawej) i Maggie Lorkowska

XIV Wiosna z Fizjoterapią

24 kwietnia odbyła się XIV edycja Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej „Wiosna z Fizjoterapią”. Tegorocznym tematem przewodnim był „Narząd ruchu – biomechanika, diagnostyka, leczenie”. Widzowie odbywającego się w trybie online wydarzenia wysłuchali wystąpienia rektora prof. Zbigniewa Gacionga. Przemawiali również przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu prof. Bolesław Samoliński i dziekan Wydziału Medycznego dr hab., prof. WUM Dariusz Białoszewski. Część naukową wydarzenia otworzyła prodziekan kierunku fizjoterapia dr Monika Lewandowska. Tak jak w poprzednich edycjach, konferencja miała charakter prac oryginalnych i przeglądowych, które zostały ocenione przez członków Rady Naukowej. Zaprezentowano prace przygotowane w ramach studiów magisterskich, prace doktorantów i te przygotowane przez uczestników sesji plakatowej. Wysłuchano również prelekcji „Życie nie znosi ograniczeń” Tomasza Bidusia, trenera i zawodnika rugby na wózkach.



Dziekan Wydziału Medycznego dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski

III Interaktywna Studencka Konferencja Internistyczna

24 i 25 kwietnia odbyła się trzecia edycja Ogólnopolskiej Konferencji „Przypadki i zagadki. Interaktywna Studencka Konferencja Internistyczna”. W otwarciu wydarzenia wziął udział rektor prof. Zbigniew Gaciong, który wygłosił także wykład „COVID-19 a nadciśnienie tętnicze”. Witając uczestników konferencji, dr Bartosz Symonides – opiekun SKN „Pressor” przypomniał, że spotkanie jest inicjatywą studencką, mającą na celu stworzenie forum służącego do zaprezentowania ciekawych i nietypowych przypadków klinicznych z zakresu chorób wewnętrznych i specjalizacji pokrewnych. Spotkanie prowadzili: Katarzyna Spychalska – przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji (także przewodnicząca SKN „Pressor”) oraz Mateusz Obal – wiceprzewodniczący SKN „Pressor”. Oprócz przypadków klinicznych zaprezentowanych przez studentów uczelni medycznych z całej Polski swoje wykłady przedstawili specjaliści WUM, m.in.: prof. Zbigniew Gaciong, prof. Rafał Krenke, prof. Jolanta Kunikowska, prof. Marcin Grabowski. Organizatorzy zaprosili również na warsztaty z podstaw tlenoterapii i wentylacji mechanicznej oraz podstaw badania echokardiograficznego.



Rektor WUM, opiekun SKN „Pressor” oraz studenci organizujący konferencję

WUM podpisał Magna Charta Universitatum

28 kwietnia rektor prof. Zbigniew Gaciong podpisał deklarację Magna Charta Universitatum, dzięki której WUM przystąpił do powstałego w 1988 r. Stowarzyszenia Magna Charta Observatory, z siedzibą w Bolonii. Sygnatariusze Magna Charta Universitatum zobowiązują się do przestrzegania fundamentalnych reguł i wartości deklaracji, w tym zasady wolności akademickiej, nauczania i prowadzenia badań naukowych, jak również zasady instytucjonalnej autonomii, będącej dyrektywą prawidłowego zarządzania i funkcjonowania uczelni.



Rektor prof. Zbigniew Gaciong prezentuje podpisaną deklarację

Muzeum Historii Medycyny WUM podczas Nocy Muzeów

15 maja, w związku z XVII edycją Nocy Muzeów w Warszawie, Muzeum Historii Medycyny WUM przygotowało trzy wydarzenia. Dr Adam Tyszkiewicz, dyrektor Muzeum, zaprosił do uczestniczenia w dwóch spotkaniach plenerowych: „Spacer po Starych Powązkach – śladami słynnych medyków i farmaceutów” oraz „Spacer po terenie Szpitala Dzieciątka Jezus z lartarką”, a także do wysłuchania wykładu online, pt.: „W świecie kościotrupów, smoków i zjaw, czyli o symbolice przedstawień chorób zakaźnych w sztukach wizualnych” – nadawanego z nowo powstałej muzealnej sali teatru anatomicznego. Otwarta 18 maja sala jest pierwszą wystawą stałą dla zwiedzających przygotowaną przez Muzeum Historii Medycyny WUM.



Dr Adam Tyszkiewicz i uczestnicy spaceru po terenie Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus UCK WUM

Zawody pływackie w CSR WUM

22 maja w Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnym WUM odbyły się eliminacje do 10. edycji Ogólnopolskich Zawodów Pływackich dla Dzieci „Od Młodzika do Olimpijczyka” organizowanych pod patronatem rektora prof. Zbigniewa Gacionga przez AZS Warszawa, przy wsparciu Ministerstwa Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu oraz m.st. Warszawa. Władze uczelni reprezentowali rektor prof. Zbigniew Gaciong oraz prorektor prof. Marek Kuch. Obecny był także prezes AZS Warszawa prof. Marek Konopczyński. W zawodach wzięło udział niemal 750 młodych pływaków urodzonych w latach 2007-2012, zrzeszonych w ponad sześćdziesięciu klubach. Finał jubileuszowej 10. akcji „Od Młodzika do Olimpijczyka” odbył się 12 czerwca również w CSR WUM.



Prof. Marek Kuch podczas otwarcia zawodów

Fizyka Medyczna – Farmacja Fizyczna

26 maja odbyła się IV konferencja „Fizyka Medyczna – Farmacja Fizyczna”, podczas której poruszano zagadnienia z pogranicza farmacji, medycyny i chemii. Konferencja stanowiła platformę wymiany myśli naukowej między Zakładem Fizyki Medycznej UW, który zajmuje się badaniami radiologicznymi, wykorzystaniem 3D-printing w tworzeniu protez czy modeli dla lekarzy, a Zakładem Chemii Fizycznej WUM koncentrującym się na modelowaniu molekularnym w aspekcie poszukiwania nowych leków i wykorzystaniu metod spektroskopowych użytecznych również w badaniu prototypów modeli 3D. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. Marcin Sobczak z Zakładu Chemii Biomateriałów WF WUM.

Wizyta Ambasadora Iraku

1 czerwca Ambasador Iraku Asaad Sultan Hachem Abogulal złożył wizytę w naszej uczelni. Jej celem było zainicjowanie współpracy między WUM a Ministerstwem Edukacji Republiki Iraku, polegającej na utworzeniu zespołów badawczych składających się z polskich i irackich naukowców. Dla omówienia tej inicjatywy ambasador Asaad Sultan Hachem Abogulal spotkał się z rektorem prof. Zbigniewem Gaciongiem. W spotkaniu uczestniczyli również prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju prof. Paweł Włodarski, prodziekan ds. English Division WL dr hab. Jacek Sieńko oraz kanclerz Wojciech Orzeł. Ambasador wyraził nadzieję, że do rekrutacji na medyczne studia w Warszawie przystąpi w najbliższych latach więcej kandydatów z Iraku. Obecnie WUM kształci 11 obywateli tego kraju. Ambasador podziękował za opiekę nad nimi, szczególnie za objęcie studentów programem szczepień przeciw COVID-19 realizowanym przez uczelnię.



Spotkanie Ambasadora Iraku z władzami WUM

Spotkanie rektora WUM z redaktorami podręcznika

2 czerwca odbyło się spotkanie rektora WUM prof. Zbigniewa Gacionga z redaktorami naukowymi podręcznika „Pielęgniarstwo w Podstawowej Opiece Zdrowotnej”: dr Mariolą Pietrzak, mgr Barbarą Knoff i dr. hab. Tomaszem Kryczką z Zakładu Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych WNoZ WUM. Tematem spotkania było przedstawienie i omówienie książki, która ukazała się 15 maja. W przekazanym liście rektor pogratulował współautorom i redaktorom naukowym wydawnictwa idei przygotowania podręcznika o charakterze interdyscyplinarnym. Wyraził przekonanie, że będzie ono stanowić „doskonałe źródło rzetelnej wiedzy nie tylko dla studentów pielęgniarstwa czy praktykujących pielęgniarzek, ale również dla wszystkich osób zainteresowanych podstawową opieką zdrowotną i jej funkcjonowaniem”. Książka powstała dzięki współpracy specjalistów z wieloletnim doświadczeniem w zakresie leczenia, pielęgnowania i edukacji pacjentów. Omówiono w niej zagadnienia związane z organizacją i funkcjonowaniem POZ w Polsce, praktyką pielęgniarstwa, społecznymi aspektami pracy pielęgniarzek oraz opieką nad pacjentami dorosłymi i dziećmi z różnymi schorzeniami. W poszczególnych schorzeniach uwzględniono zarówno zagadnienia kliniczne, jak i zakres zadań realizowanych przez pielęgniarki POZ.



Autorzy podręcznika podczas spotkania z rektorem

ODESZLI

Prof. dr hab. n. med. Jan Kazimierz Kopczyński

jeden z najwybitniejszych epidemiologów polskich, uczeń Jana Karola Kostrzewskiego, kierownik Zakładu Epidemiologii Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1974-2001, po przejściu na emeryturę wspierający rozwój Zakładu, wychowawca wielu pokoleń medyków, honorowy członek Polskiego Towarzystwa Higienicznego, odznaczony Medalem Komisji Edukacji Narodowej i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Dr n. med. Franciszek Majstrak

znakomity kardiochirurg, wieloletni pracownik Kliniki Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii CSK UCK WUM, p.o. kierownika tejże Kliniki (2008-2009), absolwent Akademii Medycznej w Warszawie (rocznik 1984), wybitny klinicysta, naukowiec i nauczyciel.

BADANIA NAD UNIKALNĄ METODĄ MONITOROWANIA CIŚNIENIA OPŁUCNOWEGO PODCZAS USUWANIA PŁYNU Z JAMY OPŁUCNEJ

Obecność płynu w jamie opłucnej to dość częsty problem kliniczny. Przyczyną mogą być tak powszechnie występujące choroby, jak: zapalenie płuc, gruźlica, choroby nowotworowe, niewydolność serca, marskość wątroby i wiele innych. Według amerykańskich szacunków w USA obecność płynu w opłucnej stwierdza się co roku u ok. 1,5 mln pacjentów. „Z szacunkowych danych wynika, że wysięk w jamie opłucnej spowodowany schorzeniami nowotworowymi dotyka w Polsce ok. 20-25 tys. pacjentów/rok. Lekarze pracujący w oddziałach chorób wewnętrznych czy oddziałach chorób płuc spotykają się z takimi pacjentami na co dzień, a punkcja opłucnej (toracenteza), podczas której usuwa się płyn z jamy opłucnej jest powszechnie stosowanym zabiegiem o charakterze diagnostycznym i terapeutycznym” – mówi prof. Rafał Krenke, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii CSK UCK WUM.

Celem nowego projektu realizowanego przez naukowców z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii CSK UCK WUM we współpracy z Instytutem Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. Macieja Nałęcza PAN jest zbadanie zależności pomiędzy objętością usuwanego płynu, a ciśnieniem opłucnowym oraz możliwości wpływu na tempo spadku ciśnienia podczas zabiegu. Szczegółowe cele wyznaczone przez naukowców to m.in. zweryfikowanie hipotezy, że kaszel lub zastosowanie ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych (CPAP) przez maskę twarżową powoduje poprawę upowietrznienia płuca, a także ocena, czy spadek utleno-



Od lewej: dr Elżbieta M. Grabczak, lek. Katarzyna Faber, prof. Rafał Krenke, dr hab. Piotr Korczyński, lek. Monika Zielińska-Krawczyk

wania krwi podczas i po zakończeniu zabiegu jest związany ze zwiększonym przepływem krwi przez nieupowietrzniony fragment płuca. Zbadany zostanie także wpływ obecności płynu na funkcję mięśni oddechowych. Badania mają nowatorski charakter. „Wyznaczamy nowe trendy i kierunki badań nad chorobami opłucnej” – mówi kierownik projektu prof. Rafał Krenke.

Polski wynalazek do mierzenia ciśnienia opłucnowego

Podczas rutynowo wykonywanej punkcji opłucnej nie stosuje się pomiaru ciśnienia opłucnowego, co może prowadzić do jego gwałtownego obniżenia, a w konsekwencji groźnego dla zdrowia stanu zwanego porozprężeniowym obrzękiem

płuca. Aby temu zaradzić, naukowcy WUM od kilku lat badają unikalną technikę monitorowania ciśnienia opłucnowego z wykorzystaniem elektronicznego manometru – autorskiego urządzenia skonstruowanego wraz z inżynierami Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN. Już badania wstępne ujawniły, że pomiar ciśnienia opłucnowego podczas toracentezy umożliwia bezpieczną ewakuację większej objętości płynu niż standardowa zalecana (tj. 1,0-1,5 litra), a także zakończenie zabiegu w przypadku nagłego spadku tego ciśnienia. „Optymistyczne wyniki wstępnych badań oraz zaobserwowanie wielu ciekawych i nieznanych zjawisk zachęciły nas do kontynuowania prac nad opracowaniem bezpiecznej i skutecznej procedury

ewakuacji płynu z jamy opłucnej” – mówi prof. Rafał Krenke.

Domniemany korzystny efekt kaszlu

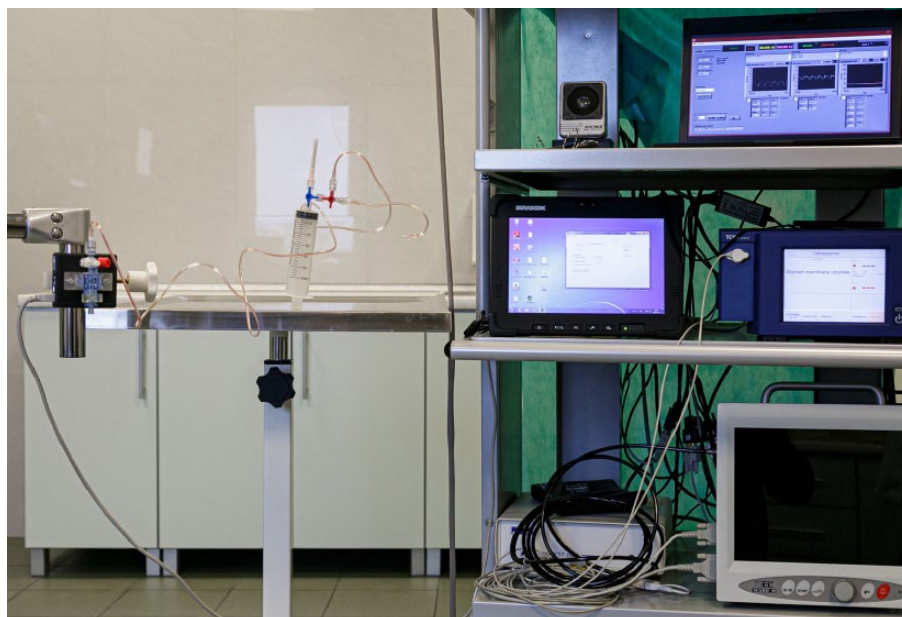
Jedno ze zjawisk, na które badacze zwrócili uwagę, dotyczyło kaszlu pojawiającego się w trakcie zabiegu toracentezy. Zauważono, że kaszel skutkuje podwyższeniem ciśnienia w jamie opłucnej, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia tempa spadku ciśnienia podczas usuwania płynu. „Podczas toracentezy dochodzi do spadku ciśnienia w jamie opłucnej. Okazało się, że kaszel może przeciwdziałać zbyt gwałtownemu obniżeniu tego ciśnienia. W konsekwencji kaszel może być postrzegany jako korzystne zjawisko, pozwalające lekarzowi skuteczniej usunąć płyn” – mówi prof. Rafał Krenke.

Pierwsze na świecie duże badanie

Wykorzystując tę wiedzę, naukowcy chcą także zbadać wpływ dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych na tempo spadku ciśnienia opłucnowego. „Dostępne dane wskazują, że jeśli u pacjenta poddanego toracentezie stosuje się dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych, to tempo spadku ciśnienia opłucnowego się zmniejsza, a tym samym zwiększa się bezpieczeństwo zabiegu oraz objętość płynu, którą można usunąć. W naszych badaniach chcemy do tego celu wykorzystać prosty aparat generujący dodatnie ciśnienie i maskę mocowaną do twarzy pacjenta. Sprawdzimy, jak ta procedura wpłynie na skuteczność zabiegu i proces rozprężania się płuca w trakcie usuwania płynu” – uważa prof. Rafał Krenke. Podobne badanie prowadzono dotąd na świecie tylko raz. Jednak, jak podkreśla ekspert WUM, były to jedynie prace wstępne sprawdzające efekt dodatniego ciśnienia. Natomiast brakuje większych badań pokazujących, czy rzeczywiście metoda ta jest skuteczna.

Zjawisko, którego nikt wcześniej nie opisał

Badacze chcą także bliżej poznać nieopisane wcześniej zjawisko zależności między wahaniami ciśnienia w jamie opłucnej podczas oddychania, a zmianą objętości serca. „Prawidłowym warunkiem wentylacji płuca są stałe zmiany ciśnienia w jamie opłucnej, które obniża się w czasie wdechu, a podwyższa się podczas



Elektroniczny manometr wykorzystywany do mierzenia ciśnienia opłucnowego

wydechu. W naszych wcześniejszych badaniach prowadzonych wspólnie z kolegami kardiologami, zauważyliśmy dodatkowe mikrowahania ciśnienia w jamie opłucnej, które prawdopodobnie odpowiadają zmianom objętości serca. W trakcie rozpoczętego właśnie projektu chcemy ustalić znaczenie tych oscylacji oraz sprawdzić, czy wiedza ta może zostać wykorzystana w medycynie klinicznej” – mówi prof. Rafał Krenke. Oprócz tego naukowcy będą oceniać skuteczność rehabilitacji pacjentów poddanych zabiegowi toracentezy. „Płuco, które było uciśnięte przez płyn, stosunkowo powoli powraca do swoich normalnych objętości. Dlatego realizując obecny projekt, chcemy zbadać, czy intensywna rehabilitacja w okresie okołozabiegowym pozwoli zwiększyć sprawność rozprężania się płuca po usunięciu płynu z jamy opłucnej” – mówi profesor.

Pionierzy badań nad toracentezą

„Końcowym efektem naszych prac powinno być upowszechnienie wyników badań i – jeśli okażą się przydatne – zaproponowanie zmiany standardu klinicznego. Kluczem do efektywnej pomocy wielu chorym z płynem w jamie opłucnej jest bezpieczny i skuteczny zabieg toracentezy” – mówi prof. Rafał Krenke, dodając, że podobnych badań na świecie wykonuje się niewiele. Ograniczeniem jest przede wszystkim odpowiednia aparatura służąca do pomiaru i rejestracji chwilowego ciśnienia w jamie opłucnej. „Posiadając

swój własny, autorski elektroniczny manometr oraz grupę doświadczonych klinicystów i inżynierów, staliśmy się pionierami w prowadzeniu takich badań”.

Naukowcy i partnerzy

Projekt „Wykorzystanie wysokoobjętościowej toracentezy i pomiaru ciśnienia opłucnowego do badania nowo opisanych zjawisk patofizjologicznych u chorych z płynem w jamie opłucnej” jest realizowany przez konsorcjum naukowe, w skład którego wchodzi Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM (lider) oraz Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. Macieja Nałęczka PAN (IBIB) (partner). Oprócz prof. Rafała Krenke, kierownika projektu, w badania zaangażowane są: dr Magdalena Grabczak, lek. Monika Zielińska-Krawczyk i lek. Katarzyna Faber oraz grupa badaczy z Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej: dr hab. inż. prof. IBIB Tomasz Gólczewski, dr inż. Marcin Michnikowski, dr inż. Krzysztof Zieliński i mgr inż. Anna Stecka. We wcześniejszych realizowanych badaniach dotyczących manometrii opłucnej uczestniczył także dr hab. Piotr Korczyński z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii oraz dr hab. Grzegorz Styczyński z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii WUM. ■

Materiał powstał w ramach cyklu Biura Rzecznika Prasowego WUM „Naukowe czwartki WUM”

ROZPOZNANIE ŚMIERCI CZŁOWIEKA NA PODSTAWIE KRYTERIÓW NEUROLOGICZNYCH W ŚWIETLE ZMIAN W PRAWIE

Dr hab. n. med.
Janusz Trzebicki
– kierownik I Kliniki
Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
SKDJ UCK WUM

Wstęp

Każdy człowiek rodzi się i umiera. Oba zdarzenia od zawsze definiują początek i koniec życia każdego z nas. Można by zatem zakładać, że powyższe zagadnienia są w pełni poznane, ich definicje są szczegółowo określone i ogólnie uznane, a tym samym nie budzą żadnych kontrowersji zarówno w społeczeństwie, jak i w gronie naukowców. Jednak pomimo postępu wiedzy o zjawiskach biologicznych, ściśle wyznaczenie czasu, kiedy z połączonych dwóch komórek, żeńskiej i męskiej, powstaje człowiek oraz określenie dokładnego punktu czasowego wystąpienia śmierci jest nadal dyskutowane i budzi duże emocje. Badania naukowe pozwoliły na poznanie kolejnych etapów rozwoju organizmu człowieka od momentu zapłodnienia poprzez procesy dojrzewania i starzenia się aż do śmierci.

Wiemy obecnie, że śmierć jest procesem zdysocjowanym, czyli funkcje poszczególnych organów i komórek nie kończą się w jednej chwili, gdyż są to zjawiska rozłożone w czasie. Śmierć jest procesem biologicznym, którego wyjściowe przyczyny mogą być różne, ale końcowym efektem jest zawsze nieodwracalne ustanie czynności ośrodkowego układu nerwowego (OUN), które prowadzi do dysfunkcji organizmu człowieka



jako całości. Wobec postępu medycyny, gdy w niektórych przypadkach klinicznych możliwe stało się podtrzymanie lub zastąpienie czynności poszczególnych układów czy organów, w tym układu oddechowego i krążenia, klasyczne metody stwierdzania zgonu w oparciu o kryteria krążeniowe i oddechowe zostały uzupełnione o kryteria neurologiczne. Pozwalają one na stwierdzenie całkowitej i nieodwracalnej dysfunkcji OUN, określanej jako śmierć mózgu, co jest równoznaczne ze stwierdzeniem zgonu. Również i te kryteria wraz z rozwojem wiedzy ulegają pewnym modyfikacjom, ale podstawowe założenia pozostają niezmiennie. Człowiek, u którego stwierdzono śmierć mózgu, nawet jeśli przez jeszcze pewien czas zachowana jest czynność serca, jest osobą zmarłą.

Śmierć ma wymiar biologiczny, społeczny i prawny. Z tych powodów wdrożenie do praktyki klinicznej nowych

kryteriów stwierdzania śmierci człowieka wymaga akceptacji społecznej i odpowiednich zmian legislacyjnych.

Stwierdzanie śmierci

W przeszłości rozpoznawanie śmierci człowieka opierano na stwierdzeniu braku czynności oddechowej i układu krążenia. W drugiej połowie XX wieku rozwój technik resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) umożliwił w niektórych przypadkach przywrócenie funkcji oddechowej i krążenia.

Obecnie możliwości podtrzymywania lub zastępowania funkcji układu oddechowego przez respiratory pozwalają na utrzymanie przy życiu i dalsze leczenie chorych z ciężkimi zaburzeniami tego układu lub bezdechem. Kolejnym objawem, na podstawie którego stwierdzano zgon człowieka w czasach przed opracowaniem i wdrożeniem technik RKO, było zatrzymanie krążenia krwi. Stwierdzenie

bezdechu i braku czynności serca było pewnymrozpoznanieśmierci człowieka. Również obecnie w przypadku nieskutecznej RKO lub gdy czynności resuscytacyjne nie są podejmowane z przyczyn medycznych, stwierdzenie nieodwracalnego zatrzymania krążenia krwi jest nadal uznaną i powszechnie stosowaną procedurą w celu stwierdzenia zgonu. Każdy lekarz czy lekarz dentyista może na podstawie kryteriów krążeniowych stwierdzić zgon (Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z dnia 5 grudnia 1996 z poz. zm.).

Jednak w ostatnich dekadach rozwój technik podtrzymywania czy zastępowania czynności układu oddechowego lub/i krążenia nie pozwala, w niektórych przypadkach, w prosty sposób na stwierdzenie śmierci człowieka jedynie na podstawie braku czynności tych układów. Nowoczesne techniki RKO umożliwiają ratowanie życia u chorych z bezdechem czy po zatrzymaniu krążenia. W przypadku układu oddechowego wentylacja zastępcza respiratorem może być stosowana przez wiele lat. W ostatnich czasach podejmowane jest leczenie technikami pozaustrojowymi w niektórych przypadkach u chorych po RKO, gdy serce nie podejmuje czynności, ale stan ogólny pacjenta rokuje powrót czynności hemodynamicznej serca lub czasowe zastosowanie krążenia pozaustrojowego stanowi „pomost” do momentu transplantacji serca.

Powyższe informacje wskazują, że procedury stwierdzenia zgonu na podstawie kryteriów oddechowo-krążeniowych w miarę rozwoju wiedzy medycznej i postępu technologicznego musiały zostać uzupełnione o inne kryteria, które pozwalałyby na pewną diagnostykę śmierci w niektórych sytuacjach klinicznych. Na podstawie wieloletnich obserwacji i badań klinicznych opracowano kryteria neurologiczne, które pozwalają na stwierdzenie śmierci człowieka, gdy dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego, czyli śmierci mózgu.

Stwierdzanie śmierci mózgu

Współczesna historia rozpoznawania śmierci człowieka na podstawie kryteriów neurologicznych miała swój początek w drugiej połowie XX wieku. Duńscy

badacze John Riishede i Sven Ethelberg w roku 1953 opublikowali opis 5 przypadków chorych w śpiączce z brakiem odruchów w zakresie nerwów czaszkowych, po urazie czaszkowo-mózgowym, u których stwierdzono zatrzymanie krążenia krwi w obrębie unaczynienia mózgu w obrazie angiograficznym. We wszystkich przypadkach doszło do ustania czynności serca w mechanizmie asystolii w ciągu 2 do 26 dni po potwierdzeniu braku przepływu krwi w OUN. Podobne obserwacje dotyczące zaburzeń przepływu krwi przez mózg poczynili Lofstedt i von Reis w 1956 roku u 6 pacjentów z brakiem odruchów z nerwów czaszkowych, bezdechem, wielomoczem, hipotensją i hipotermią. Jednak żaden z autorów nie zdefiniował stanu klinicznego opisywanych przypadków. Dopiero w roku 1959 zespoły francuskich naukowców z Paryża i Lyonu analizując pacjentów z wyżej wymienionymi objawami neurologicznymi i u których stwierdzili brak elektrycznej czynności mózgu na podstawie badań elektroencefalograficznych (EEG), wprowadzili pojęcie nieodwracalnej śpiączki i masywnej martwicy centralnej (coma depasse et necroses nerveuses centrales massives), które określało stan kliniczny znany obecnie jako śmierć mózgu. W kolejnych latach powstawały liczne opracowania, w których starano się opisać różne badania diagnostyczne, kliniczne i obrazowe pozwalające na rozpoznanie śmierci mózgu. W tym samym okresie zespół neurologów z Massachusetts General Hospital w Bostonie, pod kierownictwem Roberta Schwaba, prowadził badania z zakresu neurofizjologii oceniając badania EEG u chorych w głębokiej śpiączce. W ciągu 10 lat badaniem objęto 600 pacjentów, w tym u 150 stwierdzono objawy kliniczne sugerujące śmierć mózgu. Schwab i współpracownicy opracowali kryteria, które mogłyby pozwolić na rozpoznanie śmierci mózgu, do których zaliczyli objawy neurologiczne, bezdech i brak czynności elektrycznej mózgu w badaniu EEG. W roku 1964 w opiniotwórczym czasopiśmie – JAMA, współpracownik Schwaba, Hannibal Hamlin opublikował artykuł, w którym zaproponował jako nowe kryterium śmierci zapis EEG świadczący o braku czynności elektrycznej mózgu. Te i inne opracowania oraz analizy ekspertów dotyczące róż-

Procedury stwierdzenia zgonu na podstawie kryteriów oddechowo-krążeniowych w miarę rozwoju wiedzy medycznej i postępu technologicznego musiały zostać uzupełnione o inne kryteria, które pozwalałyby na pewną diagnostykę śmierci w niektórych sytuacjach klinicznych

nych rodzajów badań i ich wyników, które należy uznać za niezbędne kryteria dla stwierdzenia śmierci mózgu, nie uzyskały jednak pełnej akceptacji środowisk naukowych i klinicystów.

Dopiero w styczniu 1968 roku została oficjalnie powołana Komisja Ekspertcka na Uniwersytecie Harvarda w celu zbadania definicji śmierci mózgu. W jej skład wchodził neurochirurg, historyk medycyny i filozof, neurolog i neurochemik, socjolog i teolog, prawnik, epidemiolog, neurofizjolog, dwóch transplantologów (chirurg i nefrolog), a przewodniczącym był anestezjolog Henry Knowles Beecher. Prace zostały zakończone w marcu tego samego roku i opublikowane w czasopiśmie JAMA jako raport Komitetu: „Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death”. Eksperci zdefiniowali śmierć mózgu jako nieodwracalny brak jego czynności, czyli w badaniu klinicznym stwierdzenie braku jakiegokolwiek funkcji całego układu nerwowego. Przedstawili procedurę diagnostyczną obejmującą stwierdzenie braku: percepcji, reaktywności na bodźce zewnętrzne, spontanicznych odruchów podczas godzinnej obserwacji, reakcji szerokich źrenic na światło, ruchów gałek ocznych przy stymulacji błony bębenkowej

zimną wodą oraz przy obracaniu głowy, odruchu rzęsowego i rogówkowego oraz wymiotnego, odruchów ścięgnistych i podeszwowch. Wymagane było stwierdzenie nieobecności odruchu ziewania, przełykania i brak prężeń, a występowanie trwałego bezdechu musiało zostać potwierdzone podczas trzypięciominutowej obserwacji chorego po odłączeniu od respiratora poprzedzonej 10-cio minutową wentylacją powietrzem atmosferycznym i potwierdzoną w badaniu gazometrycznym prawidłową prężnością dwutlenku węgla we krwi tętniczej przed wykonaniem próby. Badaniem zalecanym, ale nie niezbędnym dla stwierdzenia śmierci mózgu było wykonanie EEG, a jego wynik powinien wykazać płaski zapis, czyli brak czynności elektrycznej mózgu. Jako badanie opcjonalne uwzględniono podaż do żyły obwodowej znacznika, którego niepojawienie się w badaniu dna oka świadczyło o braku przepływu mózgowego. Potwierdzenie nieodwracalności stwierdzonego stanu klinicznego stanowiło utrzymywanie się tych objawów podczas minimum 24-godzinnej obserwacji. Przedstawiono również możliwe przyczyny doprowadzające do nieodwracalnego uszkodzenia czynności całego układu nerwowego oraz czynniki wykluczające takie rozpoznanie, do których zaliczono hipotermię $<32,2^{\circ}\text{C}$ i stosownie leków powodujących depresję OUN. Lekarzem upoważnionym do postawienia diagnozy o wystąpieniu śmierci mózgu i stwierdzenia zgonu był lekarz leczący po zasięgnięciu opinii jednego lub kilku konsultantów, którzy mieli wiedzę na temat danego chorego.

W tym okresie powstały również podobne kryteria śmierci mózgu we Francji, Niemczech, Szwajcarii czy Kanadzie. Ostatecznie to „Harwardzkie kryteria śmierci mózgu” stały się na wiele lat standardem, pomimo że były opracowane jedynie na podstawie opinii ekspertów bez oparcia na wynikach szerokich badań klinicznych. Stanowiły jednak podstawę do dalszych badań i dyskusji dotyczących zagadnienia stwierdzania śmierci człowieka na podstawie objawów neurologicznych. Ocenę kliniczną tych kryteriów przeprowadzono w Narodowym Instytucie Chorób Neurologicznych i Udaru w USA na podstawie wielośrodkowego badania w grupie 503 chorych z podejrze-

niem śmierci mózgu, które opublikowano w 1977 roku. W przypadku 187 pacjentów objętych badaniem, u których potwierdzono diagnozę śmierci mózgu, wykorzystując „Harwardzkie kryteria śmierci mózgu”, kontynuowano leczenie w celu stwierdzenia, czy brak czynności OUN determinuje możliwość dalszego biologicznego funkcjonowania organizmu człowieka. Do samoistnego zatrzymania krążenia doszło u wszystkich badanych z tej grupy, co potwierdziło prawidłowe opracowanie kryteriów. Zalecono jednak pewne modyfikacje procedury diagnostycznej dotyczące czynników wykluczających możliwość dalszej diagnostyki, ram czasowych badania klinicznego i wykonania EEG oraz konieczność wykazania braku przepływu mózgowego w sytuacji, gdy badanie kliniczne jest niemożliwe. Niezwykle istotny był komentarz, w którym stwierdzono, że odruchy rdzeniowe mogą występować u ok. 40% chorych ze stwierdzoną śmiercią mózgu i w związku z tym nie wykluczają prawidłowego rozpoznania.

W kolejnych latach „Harwardzkie kryteria śmierci mózgu” przyczyniły się do ujednolicenia diagnostyki śmierci mózgu, pozwoliły na zakończenie terapii chorych z nieodwracalną dysfunkcją OUN, którzy do tej pory byli nadal leczeni w oczekiwaniu na spontaniczne zatrzymanie czynności serca pomimo daremności takiego postępowania. Jednak przeciwnicy stosowania tych kryteriów podnosili, że powstały one jedynie w celu umożliwienia pozyskiwania narządów do transplantacji. Nie można negować istotnego wpływu przedstawicieli tej dziedziny medycyny na proces tworzenia kryteriów śmierci mózgu. Dwóch lekarzy stanowiących grono ekspertów w Komitecie opracowującym kryteria było transplantologami. Jednocześnie następował rozwój transplantologii, co wymagało jasnego określenia, czy i w jakich przypadkach wolno pobrać narządy od osoby, u której wystąpiły objawy śmierci mózgu. W tamtych czasach narządy do przeszczepienia pochodziły od pacjentów zmarłych w mechanizmie krążeniowym, czyli u których stwierdzono śmierć na podstawie klasycznych kryteriów. Jednak narządy pobrane po zatrzymaniu krążenia nie były w optymalnym stanie dla podjęcia swojej funkcji u biorcy. Przeprowadzano jedynie

Opracowanie nowej procedury, opartej na kryteriach neurologicznych, pozwalającej na rozgraniczenie życia od śmierci było konieczne w przypadku chorych, u których postęp medycyny nie pozwalał na stwierdzenie zgonu na podstawie klasycznych kryteriów, a zachodziło uzasadnione podejrzenie, że dalsze leczenie będzie prowadzone u osoby, która zmarła, gdyż dysfunkcja mózgu stała się nieodwracalna

nieliczne przeszczepienia nerek pobranych od dawców żywych. Uwzględniając te czynniki, nie można jednak twierdzić, że opracowanie kryteriów śmierci mózgu było tylko wynikiem nacisku środowiska transplantologów. Jak wspomniano, podobne kryteria śmierci mózgu powstawały w różnych krajach, a w ich tworzeniu nie uczestniczyli transplantolodzy. Opracowanie nowej procedury, opartej na kryteriach neurologicznych, pozwalającej na rozgraniczenie życia od śmierci było konieczne w przypadku chorych, u których postęp medycyny nie pozwalał na stwierdzenie zgonu na podstawie klasycznych kryteriów, a zachodziło uzasadnione podejrzenie, że dalsze leczenie będzie prowadzone u osoby, która

zmarła, gdyż dysfunkcja mózgu stała się nieodwracalna.

W celu opracowania uregulowań prawnych stwierdzenia śmierci na podstawie kryteriów krążeniowych oraz neurologicznych w 1980 roku w Stanach Zjednoczonych powołano Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych. Komisja przedstawiła raport stanowiący podstawę dla Aktu Jednolitego Ustalania Śmierci (Uniform Determination of Death Act, UDDA) obowiązującego na terenie USA, w którym zapisano iż: „Osoba, u której stwierdzono nieodwracalne ustanie funkcji układu krążenia i oddechowego lub nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji całego mózgu, w tym pnia mózgu, nie żyje. Stwierdzenie zgonu musi odbywać się zgodnie z przyjętymi standardami medycznymi.”

W Polsce w roku 1984 wydano komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej, który wprowadził „Harwardzkie kryteria śmierci mózgu” do praktyki medycznej w naszym kraju (Dz.Ur. MZiOS Nr. 6 poz. 38 z dnia 26.06.1984 r.). Na tej podstawie dopuszczono prawnie procedurę stwierdzenia zgonu w oparciu o kryteria neurologiczne u chorych powyżej 10. roku życia z zachowaną czynnością serca, u których klasyczna definicja śmierci i metody jej stwierdzenia stały się niewystarczające w odniesieniu do stanów klinicznych, w których „szczególnie wyraźnie ujawnia się zdysocjowany charakter śmierci”. Wprowadzono pojęcie „śmierci osobniczej”, o rozpoznaniu której decyduje śmierć mózgu. Opisano 10 kryteriów: brak reakcji na bodźce zewnętrzne, szerokie źrenice bez reakcji na światło, bezruch gałek ocznych oraz brak ich reakcji na próbę błędnikową (kaloryczną), arefleksja, trwały bezdech (poprzedzony godziną wentylacją czystym tlenem, a następnie 3-4 minuty obserwacji po odłączeniu od respiratora), nasilające się podciśnienie krwi, mimo podawania środków presyjnych, brak zmian częstości uderzeń serca po celowej stymulacji farmakologicznej i ucisku na zatokę szyjną, brak czynności elektrycznej mózgu

w badaniu EEG przy stosowaniu bodźców świetlnych, dźwiękowych i termicznych oraz brak przepływu mózgowego w badaniu angiograficznym. Kryteria te musiały być spełnione łącznie przez co najmniej 24 godziny, aby rozpoznanie było pewne. Badania należało powtarzać, co 6-8 godzin z wyjątkiem angiografii.

Warunkiem rozpoczęcia powyższej procedury było zdiagnozowanie „ściśle określonej przyczyny, która spowodowała, iż pacjent znalazł się w stanie terminalnym” oraz stwierdzenie, że chory nie jest „pod wpływem leków depresyjnych dla ośrodkowego układu nerwowego, leków zwiotczających, jak też sztucznej hipotermii”. W skład komisji lekarskiej upoważnionej do stwierdzenia śmierci mózgu wchodził neurolog lub neurochirurg, anestezjolog oraz medyk sądowy lub lekarz wyznaczony przez właściwy terenowo zakład medycyny sądowej akademii medycznej. Transplantolog nie mógł uczestniczyć w komisji. Ocena komisji, że wszystkie kryteria zostały spełnione była potwierdzana podpisami pod protokołem, co pozwalało na stwierdzenie zgonu.

W roku 1990 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej podało do wiadomości pismem o numerze OZS/Tkom/02/02/90 znowelizowane wytyczne dotyczące kryteriów stwierdzenia śmierci mózgu. Jednak dopiero 9 sierpnia 1994 roku zostały one opublikowane w dzienniku urzędowym MZiOS (Dz.Ur. MZiOS.1994.11.24). W wytycznych określono, że: „W śmierci mózgu jako całości czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości, a tym samym śmierć człowieka”. W odróżnieniu od poprzednich kryteriów stwierdzenie śmierci mózgu oparto wyłącznie na badaniach klinicznych oceniających czynność pnia mózgu na podstawie oceny 7 odruchów pniowych i badania bezdechu. Wyłączono konieczność przeprowadzania badania EEG i arteriografii naczyń mózgowych, argumentując, iż stwierdzenie śmierci na podstawie klasycznych kryteriów krążeniowych nie wymaga wykonania pomiarów rzutu serca, elektrokardiografii czy angiografii wieńcowej. Podzielono procedurę rozpoznawania śmierci pnia mózgu na dwa etapy. W pierwszym,

w którym następowało wysunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu, należało dokonać odpowiednich stwierdzeń i wykluczeń. Pacjent musiał być w śpiączce, sztucznie wentylowany, przyczyna śpiączki rozpoznana, udowodnione strukturalne uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu. Do wykluczeń zaliczono: zatrucie, działanie środków farmakologicznych wpływających na OUN lub siłę mięśniową, hipotermię (z przyczyn zewnętrznych), zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne, występowanie drgawek i prężeń oraz wiek poniżej 12 lat. Spełnienie warunków etapu pierwszego pozwalało na przejście do drugiego, który obejmował dwukrotne wykonanie przez ordynatora oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, w odstępach trzygodzinnych, badań odruchów pniowych i bezdechu. Z chwilą zakończenia procedury, która potwierdzała śmierć pnia mózgu, komisja w składzie neurolog lub neurochirurg, anestezjolog oraz medyk sądowy mogła uznać badanego za zmarłego.

Nowe wytyczne zwierały szerokie omówienie zjawiska śmierci i procedur jej stwierdzenia, dokładniejszy opis, niż poprzednie, jak przeprowadzić badanie kliniczne oceniające odruchy pniowe oraz jak potwierdzić występowanie trwałego bezdechu.

We wstępie pięciu autorów, będących specjalistami w dziedzinach anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej, opisało jak ewoluowała definicja śmierci człowieka. Począwszy od klasycznej, opartej na stwierdzeniu ustania krążenia krwi, co oznaczało śmierć człowieka jako całości, poprzez nową definicję, w której nieodwracalne ustanie funkcji mózgu było jednoznaczne ze śmiercią człowieka jako całości, po definicję nową zmodyfikowaną, w której nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Przyjęcie pierwszej definicji nie oznaczało natychmiastowej śmierci wszystkich komórek ciała, w przypadku drugiej innych układów, a trzeciej wszystkich komórek mózgu.

Przedstawiono również różnice jakie występują między dwoma określeniami „cały” i „jako całości”, które są stosowane

przy opisywaniu zjawiska śmierci. Mają one różne znaczenie merytoryczne. Słowo „cały” oznacza wszystko bez reszty, co w odniesieniu do śmierci wskazuje na śmierć w aspekcie życia wszystkich składników stanowiących organizm. Wobec zdysocjowanego charakteru zjawiska śmierci jest to określenie nieodpowiadające rzeczywistości. Natomiast pojęcie „jako całość” opisuje więź, która łączy poszczególne elementy i w przypadku definicji śmierci prawidłowo wskazuje, że jej wystąpienie prowadzi do zerwania powiązań między poszczególnymi składnikami niezbędnymi do życia człowieka.

W roku 1995 uchwalono ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682). W art. 7 pkt. 1 ustawodawca określił jako dopuszczalne pobieranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej). W pkt. 2 ustalił, kto powołuje specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny, których zadaniem jest opracowanie kryteriów stwierdzania śmierci mózgowej, w pkt. 3 podał skład komisji stwierdzającej śmierć mózgową (3 specjalistów, w tym co najmniej jeden w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, drugi neurologii lub neurochirurgii, a specjalizacji trzeciego nie sprecyzowano), stwierdzenie śmierci mózgowej przez komisję musi być jednomyślne, w pkt. 4 i 5 przedstawił, kto powołuje komisję oraz zakazał, aby członek komisji brał udział w przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła śmierć mózgową.

Konsekwencją powyższej ustawy (art. 7 pkt 2) była konieczność wydania nowych wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu. Zostały one przedstawione w formie komunikatu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 29 października 1996 roku (Dz. Urz.MZiIOS.1996.13.36). Jediną zmianą w stosunku do poprzednich z 1994 (1990) roku było obniżenie wieku pacjenta, powyżej którego można było stwierdzać śmierć mózgową z 12 lat do 7 dnia życia.

W roku 2005 weszła w życie nowa ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i prze-

szczepianiu komórek, tkanek i narządów w związku z koniecznością unifikacji polskiego prawodawstwa z przepisami dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. (Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411). W art. 9 pkt 1-6 uregulowano zagadnienia dotyczące stwierdzania śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych. Są one podobne do tych opisanych w jednoimiennej ustawie z 1995 roku (Dz. U. Nr 138, poz. 682), jednak zawierają istotną zmianę. Ustawodawca nie stosuje określenia „trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej)”, natomiast zostało ono zastąpione nowym: „trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu)”. Ma to istotne znaczenie, ponieważ obowiązujące wytyczne w roku 2005 pochodzą z 1996 roku i dotyczą „śmierci mózgowej”, a nie śmierci mózgu.

18 kwietnia 2007 roku opublikowano obwieszczenie Ministra Zdrowia zawierające wytyczne stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu uwzględniające powyższe zmiany określające śmierć OUN (M.P. z 2007 r., nr 30, poz. 333), w pozostałym zakresie stanowiły one powtórzenie wytycznych z 1996 roku.

W dniu 17 lipca 2007 roku powstał nowy dokument dotyczący tych zagadnień (Monitor Polski z 2007 r., nr 46, poz. 547). Nowe wytyczne zostały opracowane przez zespół dziewięciu specjalistów, wśród których znajdował się specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej. Rozróżniono w nich uszkodzenia mózgu nadnamiotowe i podnamiotowe, włączono do procedur ustalania śmierci mózgu metody instrumentalne jako: „... cenne uzupełnienie badań klinicznych, a w niektórych przypadkach również postępowanie rozstrzygające”. Uzupełniono wytyczne o opis objawów pochodzących z rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych, które nie wykluczają rozpoznania śmierci pnia mózgu. Dodano definicję i określono czas obserwacji wstępnej, który jest wymagany przed przystąpieniem do dalszych etapów procedury stwierdzania śmierci mózgu, uwzględniając grupy wiekowe pacjentów. Ustalono czas jaki musi upłynąć między kolejnymi seriami badań klinicznych w zależności od wieku cho-

Słowo „cały” oznacza wszystko bez reszty, co w odniesieniu do śmierci wskazuje na śmierć w aspekcie życia wszystkich składników stanowiących organizm. (...) Natomiast pojęcie „jako całość” opisuje więź, która łączy poszczególne elementy i w przypadku definicji śmierci prawidłowo wskazuje, że jej wystąpienie prowadzi do zerwania powiązań między poszczególnymi składnikami niezbędnymi do życia człowieka

rego i charakterystyki uszkodzenia OUN. Opisano wskazania, sposób wykonania i interpretację wyników badań instrumentalnych, które mogą być wykorzystywane w procedurze stwierdzania trwałej nieodwracalnej utraty funkcji mózgu.

Kolejne zmiany w aktach prawnych dotyczących śmierci mózgu nastąpiły w roku 2017, kiedy to ustawodawca przeniósł przepisy o stwierdzeniu zgonu wskutek trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu z ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek

i narządów do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zmianę przeprowadzono słusznie argumentując, że stwierdzanie zgonu jest jedną z czynności, które wykonuje lekarz i najważniejszą ustawą do regulacji tej materii jest ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przepisy dotyczące śmierci mózgu zawarto w art. 43a ww. ustawy (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590). Regulują one podstawy prawne procedury stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Odmienne niż dotychczas został określony skład zespołu lekarzy, którzy mają za zadanie stwierdzenie śmierci mózgu. Zamiast trzyosobowej komisji, śmierć mózgu stwierdza dwóch specjalistów, w tym jeden w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii. Pierwszy przeprowadza obie serie badań klinicznych, a drugi uczestniczy jedynie w drugiej serii. Oboje przeprowadzają analizę koniecznych stwierdzeń i wykluczeń oraz oceniają wyniki diagnostyki obrazowej i klinicznej. Nie są oni specjalnie powoływani, a ich prawo do uczestniczenia w tej procedurze wynika bezpośrednio z posiadania odpowiedniej specjalizacji. W pkt 7 art. 43a zawarto jasny przekaz, że stwierdzenie śmierci mózgu jest równoznaczne ze stwierdzeniem zgonu. Takiego sformułowania nie było w poprzedniej ustawie. W pkt. 4 art. 43a wskazano na konieczność, nie rzadziej niż co 5 lat, przeprowadzenia oceny zgodności i kryteriów stwierdzania śmierci mózgu przez specjalistów w odpowiednich dziedzinach medycyny powołanych przez Ministra Zdrowia. W związku z tym, że od ostatniego obwieszczenia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu upłynęło 10 lat rozpoczęto prace nad nowymi wytycznymi, które poprzedzone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 zostały opublikowane w dniu 17 stycznia 2020 roku jako załącznik (M.P. 2020 Poz. 73 tom 1).

W założeniach ogólnych zamieszczono uniwersalną definicję śmierci opracowaną przez ekspertów podczas spotkania międzynarodowego w Montrealu w 2012 roku: „Śmierć jest to trwała utrata przytomności

oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie „trwałe” oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji.” Według tej definicji śmierć człowieka jako całości można stwierdzić na podstawie kryteriów neurologicznych bez względu na mechanizm, który do niej doprowadził. W części szczegółowej opisano dodatkowo wprowadzone nowe metody badania przepływu mózgowego, określono graniczne wartości parametrów homeostazy (krążeniowe, metaboliczne, ciepłoty ciała), które wykluczają podjęcie procedury stwierdzania śmierci mózgu. Przedstawiono odrębności w rozpoznawaniu śmierci mózgu u dzieci. Szczegółowo opracowano zagadnienie wpływu leków, ich dawek, okresu półtrwania i dopuszczalnych stężeń w surowicy krwi oraz środków psychotropowych, które mogą wpływać na prawidłową ocenę neurologiczną pacjenta. Każdy etap stwierdzania śmierci mózgu oraz poszczególne badania zostały wyczerpująco opisane i skomentowane.

Podsumowanie

Proces śmierci jest zdysocjowany, ale w sposób nieunikniony dochodzi do całkowitej dezintegracji organizmu jako całości. Definicja śmierci oraz procedury jej stwierdzania ewoluowały wraz z nowymi doświadczeniami i postępem nauki. W Polsce procedura stwierdzenia zgonu jest oparta na kryteriach krążeniowych lub neurologicznych w zależności od sytuacji klinicznej danego pacjenta, co zostało ujęte w ramy prawne w odpowiednich ustawach i delegacjach ustawowych jakimi są obwieszczenia Ministra Zdrowia. Śmierć mózgu jest równoznaczna ze zgonem pacjenta, a jej rozpoznanie nie powinno być jedynie kojarzone z dawstwem narządów, ale musi stanowić standardową procedurę medyczną, której przeprowadzenie należy każdorazowo rozważyć w sytuacji, gdy zachodzi podejrzenie, że u chorego mogło dojść do trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Zaniechanie takiego działania prowadzi do kontynuacji leczenia osoby zmarłej, co jest bezcelowe, a przede wszystkim wysoce nieetyczne.

Definicja śmierci oraz procedury jej stwierdzania ewoluowały wraz z nowymi doświadczeniami i postępem nauki. W Polsce procedura stwierdzenia zgonu jest oparta na kryteriach krążeniowych lub neurologicznych w zależności od sytuacji klinicznej danego pacjenta, co zostało ujęte w ramy prawne w odpowiednich ustawach i delegacjach ustawowych jakimi są obwieszczenia Ministra Zdrowia

Oczywiście zawsze jesteśmy zobowiązani do oceny, po wysunięciu podejrzenia u pacjenta śmierci mózgu, czy możliwa jest donacja narządów, która może uratować zdrowie i życie innych, jednak nie może być to warunek rozpoczęcia diagnostyki śmierci mózgu. ■

Składam serdecznie podziękowania Panu Profesorowi Romualdowi Bohatyrewiczowi, który będąc uczestnikiem tamtych ważnych dla polskiej medycyny wydarzeń, pomógł mi w poszukiwaniu źródeł i przekazał cenne uwagi.

SZKOLENIA Z ZASAD WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19

6 kwietnia 2021 r. w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym rozpoczęły się szkolenia uprawniające do wykonywania szczepień przeciw COVID-19. Propozycja została skierowana do farmaceutów, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych. Kurs jest ogólnopolskim przedsięwzięciem Ministerstwa Zdrowia i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, a zaangażowane w jego realizację są wszystkie uniwersytety medyczne. Szkolenie podzielono na część teoretyczną, realizowaną w formie e-learningu przez CMKP, oraz część praktyczną, realizowaną w formie zajęć stacjonarnych w uniwersyteckich centrach symulacji medycznych. Dr n. med. i n. o zdr. Marcin Kaczor, p.o. kierownika Centrum Symulacji Medycznych WUM, przybliży szczegóły organizacji na naszej uczelni kursów dla farmaceutów, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych uprawniających do wykonywania szczepień przeciw COVID-19.

Pod koniec stycznia 2021 r. farmaceuci, fizjoterapeuci i diagnosty otrzymali, na mocy ustawy antycovidowej, uprawnienia do podawania szczepionki. Kto i jakie starania podjął, aby możliwe stało się zorganizowanie dla nich kursu?

Na początku marca 2021 r. rozpoczęły się rozmowy zorganizowane przez Ministerstwo Zdrowia, wspólnie z przedstawicielami Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i uczelni medycznych w Polsce, dotyczące potrzeby przygotowania i uruchomienia szkoleń dla farmaceutów, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych. Z ramienia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w pierwszej fazie rozmów uczestniczyła dr hab. Joanna Peradzyńska, prodziekan Wydziału Medycznego WUM. Dzięki informacjom uzyskanym od dr hab. Joanny Peradzyńskiej Jego Magnificencja Rektor zdecydował o powierzeniu Centrum Symulacji Medycznych WUM koordynacji projektu na naszej uczelni.

Na czym polegały największe trudności przy organizacji tego szkolenia i jak udało się je pokonać?

Największym wyzwaniem był bardzo krótki czas od podjęcia decyzji o prowadzeniu szkoleń do momentu ich rozpoczęcia. Wszystkie działania organizacyjne odbywały się pod ogromną presją czasu.



Nauka wykonywania wkluc domięśniowych

W momencie podjęcia przez Ministerstwo Zdrowia decyzji o prowadzeniu szkoleń z wykorzystaniem infrastruktury centrów symulacji, zostałem wyznaczony przez rektora WUM prof. Zbigniewa Gacionga na koordynatora tego przedsięwzięcia. Jego realizacja wiązała się z koniecznością znalezienia w krótkim czasie odpowiedniej lokalizacji poza bazą kliniczną WUM, zaangażowania odpowiedniej liczby instruktorów, opracowania formuły kursu oraz przygotowania odpowiedniej liczby sprzętu potrzebnego do prowadzenia szkoleń. Jednym z warunków niezbędnych do prowadzenia

szkoleń było zaplanowanie ich w takim czasie, aby nie kolidowały z zajęciami dla studentów. Spełnienie tego wymogu sprawiło, że w praktyce szkolenia organizujemy przez cały tydzień – w dni powszednie odbywają się w godzinach 16.00-21.00, a w weekendy w godzinach 9.00-20.00. Zdecydowaliśmy się na prowadzenie ich w budynku ZIAM, przy ul. Żwirki i Wigury 81, w którym tymczasowo znajdują się pomieszczenia wykorzystywane na potrzeby Centrum Symulacji Medycznych WUM.

Oprócz wspomnianych wcześniej trudności niezmiennym problemem pozostaje

DYDAKTYKA

czas realizacji zamówień na sprzęt wykorzystywany do realizacji kursów. Mimo zastosowania najszybszych istniejących w uczelni procedur, okres realizacji złożonych zamówień przekroczył miesiąc.

W Centrum Symulacji Medycznych WUM pierwszy kurs został zorganizowany 6 kwietnia. Jakie elementy składają się na szkolenie?

Kurs składa się z części teoretycznej, opracowanej przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i prowadzonej w formie e-learningu, oraz praktycznej, realizowanej w formie warsztatowej w centrach symulacji. Obie części kończą się egzaminem, jednak dopiero zaliczenie części teoretycznej uprawnia do zapisania się na część praktyczną.

W naszej uczelni część praktyczna trwa 5 godzin i – jak wspomniałem – kończy się egzaminem. W trakcie tej części uczestnicy zdobywają wiedzę z zakresu przygotowywania roztworów szczepionek, wykonywania wkłuć domięśniowych, rozpoznawania i leczenia wstrząsu anafilaktycznego oraz prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wykorzystaniem automatycznych defibrylatorów zewnętrznych.

W celu ujednolicenia treści przekazywanych przez instruktorów w ramach szkolenia, pracownicy Centrum Symulacji Medycznych WUM przygotowali przewodnik dydaktyczny obejmujący wymagania w zakresie wiedzy i umiejętności, które powinni nabyć uczestnicy kursu.

Centrum Symulacji Medycznych WUM do końca kwietnia przeszkoliło 1350 osób. Czy w związku z tak dużym zainteresowaniem była możliwość przedłużenia kursu?

Byliśmy bardzo zaskoczeni, że w pierwszym dniu zapisów na szkolenia zapisało się 540 osób, a w ciągu następnych kilku dni listy na kwiecień zostały wypełnione. W miarę prowadzenia kursów zgłaszały się kolejne zainteresowane uczestnictwem osoby. Spowodowało to, że w drugiej połowie kwietnia na listach rezerwowych znajdowało się blisko 900 osób. Ta sytuacja sprawiła, że Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o przedłużeniu szkoleń na maj i czerwiec.



Uczestnicy kursu organizowanego przez Centrum Symulacji Medycznych WUM



Podczas kursu przeprowadza się szkolenie z resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Czy podobne zainteresowanie kursem widoczne jest w innych ośrodkach?

Zgodnie z informacjami, które posiadamy, kursy z zakresu szczepień cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem. W całym kraju do szkoleń przystąpiło blisko 10 tys. osób.

Kim są osoby przeprowadzające szkolenie w naszej uczelni?

Szkolenia prowadzone są przez pracowników Centrum Symulacji Medycznych WUM, a także I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii SKDJ UCK WUM i II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CSK UCK WUM, pracowników Zakładu Ratownictwa Medycznego oraz zakładów pielęgniarstwa Wydziału Nauk

o Zdrowiu. Łącznie zaangażowanych jest ponad 30 osób.

Jak udało się pogodzić masowy charakter kursu z obecną sytuacją epidemiczną?

Przestrzegamy bardzo rygorystycznie zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązujących w czasie pandemii. Jednym z podstawowych warunków prowadzenia kursu było zlokalizowanie go w budynku poza bazą kliniczną, oraz w miejscu umożliwiającym rozmieszczenie kursantów w sposób minimalizujący ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Wszystkie sale, w których przeprowadzany jest kurs, są na bieżąco wietrzone, w każdej z nich dostępne są płyny dezynfekujące, a uczestnicy zobowiązani są do noszenia maseczek. ■

SUKCES PIERWSZEGO W POLSCE KURSU „LECZENIE OSTREJ FAZY UDARU MÓZGU Z WYKORZYSTANIEM SALI WYSOKIEJ WIERNOŚCI”

Udar niedokrwienny mózgu jest drugą na świecie przyczyną zgonów i pierwszą przyczyną niepełnosprawności. W Polsce co roku odnotowywanych jest ok. 70 tysięcy nowych zachorowań, a prognozy mówią o 82,8-96,6 tys. udarów rocznie w 2025 r. „Problem, jak leczyć osoby z ostrym udarem, pojawia się niemal na każdym dyżurze neurologów w naszym kraju” – mówią specjaliści Katedry i Kliniki Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (CSK UCK WUM), którzy wyszli z inicjatywą zorganizowania w Centrum Symulacji Medycznych WUM kursu „Leczenie ostrej fazy udaru mózgu z wykorzystaniem sali wysokiej wierności”.

Sukces zakończonego pod koniec maja w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym cyklu czterech szkoleń udowodnił potrzebę wprowadzenia nowoczesnych narzędzi dydaktycznych do podyplomowego kształcenia neurologów.

Patronat naukowy nad kursem objęła Katedra i Klinika Neurologii CSK UCK WUM, kierowana przez prof. Annę Kosterę-Pruszczyk. Kierownikami naukowym szkolenia zostali pracujący w Klinice lekarze: dr Aleksandra Golenia i dr Antoni Ferens. Kurs został zorganizowany przez Centrum Symulacji Medycznych i Innowacji WUM oraz Boehringer-Ingelheim – firmę będącą producentem jedyne na świecie leku wykorzystywanego w przyczynowym leczeniu ostrej fazy udaru mózgu.

W leczeniu udaru mózgu cenna jest każda minuta

Leczenie ostrej fazy udaru mózgu jest w medycynie stanem nagłym wymagającym bardzo szybkiego podejmowania decyzji brzemiennych w skutkach, mających wpływ na dalsze życie pacjenta. Neurologi muszą zmierzyć się nie tylko z presją czasu, ale także z bardzo szerokim wachlarzem informacji, takich jak: stan kliniczny pacjenta, wyniki badania krwi i badań obrazowych (tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego), a następnie



Dr Antoni Ferens i dr Aleksandra Golenia

koniecznością rozpoczęcia natychmiastowej pomocy choremu. Odroczenie leczenia nawet o 15-30 minut zmniejsza szanse pacjenta na powrót do sprawności.

„Wykorzystanie Centrum Symulacji Medycznych do analizy i praktycznego ćwiczenia postępowania u chorych w ostrej fazie udaru mózgu to unikalna możliwość zmierzenia się, tym razem w komfortowych warunkach, z bardzo trudnymi niejednokrotnie decyzjami, które musi podejmować na dyżurze neurolog. W leczeniu przyczynowym udaru mózgu liczy się każda minuta” – mówi prof. Anna Kosterę-Pruszczyk – kierownik Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM.

„Symulacje medyczne dają, z jednej strony, możliwość bezpiecznej, czyli bez szkodzenia pacjentowi, nauki leczenia ostrej fazy udaru mózgu, a z drugiej, wierne oddają warunki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego czy Izby Przyjęć, umożliwiając przetrenowanie podejmowania decyzji na poszczególnych etapach” – dodaje dr Aleksandra Golenia z Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM.

Lepsza współpraca w zespole terapeutycznym

Adresatem kursu były osoby pracujące na co dzień w oddziałach neurologii z pododdziałem udarowym lub w oddziałach



Część praktyczna kursu



Uczestnicy szkolenia podczas realizacji jednego ze scenariuszy

udarowych. Jego celem była poprawa współpracy w zespole terapeutycznym leczącym pacjentów z udarem mózgu, a także nakreślenie głównych barier hamujących sprawną współpracę. W jednym szkoleniu uczestniczyło 8 osób – byli to neurologi lub osoby w trakcie specjalizacji z neurologii reprezentujący ośrodki z całej Polski i posiadający różne doświadczenie. Kurs podzielony został na część teoretyczną i praktyczną.

„Szkolenie rozpoczynało się od wprowadzenia i prezentacji najnowszych informacji na temat ostrej fazy udaru mózgu oraz przypomnienia najnowszych standardów i wytycznych. Większość kursu stanowiła jednak część praktyczna, na którą składały się następujące po sobie cztery bloki ćwiczeniowe. Na zakończenie omawialiśmy zasady wprowadzania nabytych

na kursie umiejętności w placówkach, w których pracują nasi kursanci” – mówi dr Antoni Ferens z Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM.

Program kursu, zakres tematyczny i scenariusze przygotowane zostały przez pracowników Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM. Centrum Symulacji Medycznych WUM zagwarantowało zaplecze technologiczne i sprzętowe oraz pozorantów odgrywających role pacjentów, wśród których były osoby pracujące na co dzień w CSM WUM – technicy i ratownicy medyczni.

Więcej chętnych niż dostępnych miejsc

Położenie większego nacisku na nabywanie umiejętności praktycznych sprawiło, że kursy spotkały się z bardzo pozytywnym odbiorem. Potwierdziły to ankiety

ewaluacyjne, wypełniane przez uczestników po każdym szkoleniu, które dodatkowo zakomunikowały potrzebę kontynuowania kursu.

„Zainteresowanie szkoleniem jest tak duże, że chętni muszą czekać w kolejce. W bieżącym roku akademickim zaplanowaliśmy cztery kursy. 22 maja odbył się ostatni z nich. Jednak po przerwie wakacyjnej ponownie ruszamy. Prawdopodobnie pod koniec września zorganizowane zostanie kolejne szkolenie” – mówi dr Aleksandra Golenia.

Eliminacja złych praktyk

Kurs „Leczenie ostrej fazy udaru mózgu z wykorzystaniem sali wysokiej wierności” pozwolił przetestować jeszcze raz postępowanie z osobą, u której wystąpił udar mózgu – tym razem w warunkach klinicznych, izolowanych, w takich, gdzie nikomu nie można zaszkodzić.

„Szkolenia uwidoczniły różnice w sposobie postępowania z takim chorym, czasem ujawniły niedokładności, z których lekarz do tej pory nie zdawał sobie sprawy. Kurs pozwolił ujednolicić sposób postępowania i wyeliminować nieświadomie stosowane błędy. Podczas szkoleń spotykaliśmy lekarzy pracujących w różnych ośrodkach – mogliśmy zatem wymienić się własnymi doświadczeniami i pomysłami na jak najlepszą pomoc osobom po udarze. My również, prowadząc kurs, bardzo wiele się uczymy” – mówi dr Antoni Ferens.

„Poprawa wewnętrzshpitalnych procedur, doskonalenie własnych umiejętności w kwalifikacji do leczenia trombolitycznego lub trombektomią mechaniczną to w efekcie kolejni pacjenci uratowani przed niepełnosprawnością. Tym bardziej cieszy mnie sukces, jakim okazał się kurs. Warto sięgać po nowoczesne narzędzia w kształceniu podyplomowym, wykorzystując we współpracy unikalne możliwości, jakie oferuje Warszawski Uniwersytet Medyczny” – dodaje prof. Anna Kostera-Pruszczyk.

Symulacje medyczne w neurologii

Symulacje medyczne są od kilku lat z powodzeniem wykorzystywane w dydaktyce przed- i podyplomowej. W zakresie intensywnej terapii i procedur zabiegowych korzysta się głównie z fantomów. W zakresie neurologii jest jednak inaczej.

„Objawy kliniczne schorzeń neurologicznych, na przykład charakterystycznych dla uszkodzenia mózgowego, są na tyle skomplikowane, że obecnie dostępne fantomy nie są w stanie ich zaprezentować” – mówi dr Antoni Ferens. Dlatego przygotowując kurs, zamiast fantomów zdecydowano się na wykorzystanie pozorantów prezentujących objawy neurologiczne. Dzięki temu symulowana sytuacja wygląda bardziej realistycznie. Praca z pozorantami, czyli osobami odgrywającymi rolę pacjentów, pozwala ćwiczyć podejmowanie szybkich decyzji, zatem jest odpowiednia do skorzystania ze scenariuszy z pacjentem w stanie nagłym – po udarze mózgu,

napadzie padaczkowym lub nagłej utracie przytomności.

Natomiast fantomy w dydaktyce z zakresu neurologii wykorzystuje się głównie, ćwicząc procedury wymagające umiejętności manualnych, np. podczas szkolenia nakłucia łędźwiowego organizowanego dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego WUM w trakcie zajęć z neurologii.

Klinika Neurologii CSK UCK WUM to lider leczenia udarów na Mazowszu

Klinika Neurologii CSK UCK WUM otrzymała dwukrotnie Certyfikat Diamentowy, przyznawany przez tzw. inicjatywę Angels działającą pod auspicjami European Stroke Organization, będącej

partnerem World Stroke Organization. Jest jednym z nielicznych w Polsce, a jedynym na Mazowszu oddziałem udarowym, któremu przyznano to wyróżnienie po raz drugi. Certyfikat Diamentowy to potwierdzenie najwyższych standardów leczenia pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu, oraz opieki w Oddziale Udarowym Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM. W Oddziale prowadzona jest kompleksowa diagnostyka i leczenie pacjentów z udarem niedokrwinnym mózgu. Oddział posiada 27 łóżek oraz 7 łóżek na Oddziale Intensywnej Opieki Neurologicznej (OION). ■

Materiał powstał w ramach cyklu Biura Rzecznika Prasowego WUM „Naukowe czwartki WUM”

NA WARSZAWSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM ODBYŁ SIĘ KURS Z ZAAWANSOWANYCH TECHNIK ECHOKARDIOGRAFICZNYCH

W sobotę 29 maja Centrum Symulacji Medycznych i Innowacji WUM, we współpracy z firmą Philips, zorganizowało „Kurs z zaawansowanych technik echokardiograficznych, wykorzystania i stosowania modułu analizy strain, obsługi i optymalizacji aparatu”.

Kierownikiem naukowym kursu była dr Monika Kowalczyk-Domagała, kierująca Pracownią Diagnostyki Nieinwazyjnej Układu Krążenia w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Jednym z prowadzących był dr Piotr Scisło z Pracowni Echokardiografii I Katedry i Kliniki Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM.

Kurs został zrealizowany w ramach kontraktu na dostawę najwyższej klasy echokardiografów premium podarowanych przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy do 17 wiodących ośrodków kardiologii dziecięcej w całym kraju.

W trakcie spotkania zaprezentowano m.in. zasady wykonywania badania echokardiograficznego u dzieci z elementami analizy sekwencyjnej i ocenę odkształcenia u dzieci z różnymi patologiami układu krążenia.

Uczestnicy wzięli też udział w kilkogodzinnych warsztatach na stacjach roboczych. Ich zadanie polegało na diagnostyce i opisie przypadków przygotowanych przez zespół prowadzących.

Na kurs przyjechało ponad 30 kardiologów dziecięcych z 15 polskich szpitali. ■



Dr Piotr Scisło



Warsztaty na stacjach roboczych

MŁODZI NAUKOWCY WUM WŚRÓD FINALISTÓW KONKURSU MAGAZYNU „FORBES”

25 marca 2021 r. magazyn „Forbes” ogłosił finalistów trzeciej edycji konkursu „25 przed 25” – rankingu najzdolniejszej młodzieży w Polsce. Wśród wyróżnionych młodych naukowców znalazły się trzy osoby związane z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. W kategorii „Nauka” wyróżniono Kajetana Grodeckiego oraz Krzysztofa Starszaka. Wśród finalistów kategorii „Walka ze skutkami pandemii” uznanie jury uzyskał Grzegorz Preibisch.

Dr n. med. i n. o zdr. Kajetan Grodecki

– finalista trzeciej edycji konkursu „25 przed 25” w kategorii „Nauka”, I Katedra i Klinika Kardiologii CSK UCK WUM

Zajmuje się Pan pracą naukową od wczesnych lat studiów, dlatego początek rozmowy chciałbym poświęcić postrzeganiu działalności naukowej przez studenta, a następnie młodego lekarza-praktyka. Czy między tymi dwoma rodzajami percepcji istnieje różnica?

Ciężkie pytanie, ponieważ moja praktyka jako lekarza nie jest zbyt długa. Na studiach podjęcie się pracy naukowej wynikało z poszukiwania możliwości samorozwoju, a nie ma lepszej motywacji do zgłębiania interesującego tematu niż chęć stworzenia jakiejś formy, która pozwoli to zrealizować. W moim przypadku to były artykuły naukowe. Sądzę, że w działalności naukowej praktykującego lekarza działa ta sama chęć zgłębiania tematu, jednak podchodzi się do niej bardziej profesjonalnie. Z pewnością na początku drogi naukowej jest to mniej odpowiedzialne zajęcie – wówczas nie prowadzi się jeszcze grantów, które potem trzeba rozliczać, a wszystkie wykonywane prace są de facto zatwierdzane czy nadzorowane przez opiekuna naukowego.



Dr Kajetan Grodecki

Różnica między tymi dwoma etapami polega też na tym, że początkowo łatwiej jest zmienić obszar zainteresowania. Później, w trakcie nawiązywania kolejnych współprac, kiedy się zobowiązuje, staje się coraz bardziej złożona, zmiana obszaru naukowego jest trudniejsza.

Czy angażowanie się w pracę naukową podczas studiów ma wpływ na to, jakim się jest lekarzem po otrzymaniu dyplomu?

To zależy od tego, jaki rodzaj nauki się uprawia. Spójrzmy na nauki podstawowe. Na pewno ten rodzaj badań jest ważną

STUDENCI

dziedziną nauki, ale doświadczenia zebrane w trakcie ich prowadzenia są ciężkie do przełożenia na pracę w klinice. Natomiast zajmując się medycyną kliniczną, a tak jest w moim przypadku, dociekania naukowe i prace badawcze są na pewno dobrą drogą do stania się lepszym lekarzem-praktykiem.

Jak rozpoczęły się i rozwijały Pana zainteresowania naukowe?

Zaczęło się od uczestniczenia w spotkaniach kardiologicznych kół naukowych. To tam pierwszy raz zetknąłem się z procedurą zwaną przezcewnikową wymianą zastawki aortalnej. Pomysł wykonania całej operacji z dostępu naczyniowego zrobił na mnie duże wrażenie. Rozpocząłem poszukiwanie miejsca, gdzie taka procedura byłaby często wykonywana. Dzięki panu prof. Krzysztofowi J. Filipiakowi trafiłem bardzo szybko do I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM, kierowanej przez pana prof. Grzegorza Opolskiego. Oni skontaktowali mnie z panem prof. Zenonem Huczkiem. W ten sposób już w czasie studiów zacząłem zajmować się różnymi aspektami tej procedury. Nieodłączną częścią przezcewnikowych procedur w kardiologii interwencyjnej jest obrazowanie serca. Dlatego też przejście do tomografii komputerowej, którą zajmuję się obecnie, było dosyć płynne. Miałem dodatkowo to szczęście, że zacząłem pracować nad projektem dotyczącym złożonych interwencji na bifurkacjach tętnic wieńcowych we współpracy z panem dr. hab. Maksymilianem Opolskim pracującym w Narodowym Instytucie Kardiologii. Jest to ośrodek należący do wiodących w obrazowaniu kardiologicznym, w którym wykonuje się naprawdę dużo tomografii komputerowych. Zdobyte doświadczenie w obrazowaniu umożliwiło mi otrzymanie „Diamentowego grantu”. Dzięki temu programowi udało mi się otworzyć przewód doktorski na VI roku studiów. Po rozpoczęciu doktoratu pojawiła się szansa wyjazdu do Stanów Zjednoczonych, gdzie w Cedars-Sinai Medical Center w Los Angeles pełnoetatowo przez półtora roku miałem okazję zajmować się tomografią komputerową. Kiedy tam pracowałem, rozpoczęła się pandemia COVID-19. Te nowe okoliczności spra-

wiły, że w orbicie moich zainteresowań pojawiły się także płuca. Chcąc zatem określić moje obecne zainteresowania naukowe, mogę powiedzieć, że zajmuję się głównie różnymi zastosowaniami tomografii komputerowej, szczególnie tomografii klatki piersiowej.

Jaką rolę w Pana rozwoju naukowym i zawodowym odgrywa prof. Zenon Huczek?

Na pewno jest dla mnie mentorem. Bardzo dużo pomaga mi w przechodzeniu przez kolejne etapy życia na uczelni. Pozycja pana profesora w świecie kardiologii interwencyjnej sprawia, że nieco łatwiej nawiązać mi współpracę z innymi ośrodkami i pozyskiwać dane. Ma to kluczowe znaczenie, ponieważ o sile artykułu naukowego świadczą dane, które zostały wykorzystane podczas przygotowania pracy. Dlatego im ich więcej, tym lepiej. Wiadomo, że obecnie przekazywanie między ośrodkami wszelkich informacji o pacjentach nie należy do prostych, stąd ugruntowana pozycja profesora w środowisku jest bardzo pomocna.

Czy tomografia komputerowa była również tematem Pana doktoratu, który – co warto odnotować – obronił Pan w połowie maja?

Mój doktorat dotyczy zastosowania nowych metod analizy obrazów tomograficznych w celu przewidywania ryzyka wystąpienia niekorzystnych wyników interwencji sercowo-naczyniowych. Trzeba sobie uzmysłwić, że struktura obrazu tomograficznego przypomina górę lodową: nad taflą wody widzimy jedynie wierzchołek, zaś pod powierzchnią znajduje się niewidoczna reszta, na którą składa się znaczna większość tej góry. Podobnie możemy spojrzeć na obraz tomograficzny – to, co w praktyce klinicznej ocenia się wzrokowo czy przy użyciu prostych parametrów geometrycznych, jest tylko niewielkim skrawkiem informacji, które można z tego obrazu wydobyć różnymi technikami. Istnieje wiele poziomów zaawansowania tych technik. Wspólnie nazywamy je ilościowymi parametrami tomograficznymi. Dzięki moim badaniom chciałem wydobyć nieco więcej informacji z obrazu tomograficznego po to, żeby wspomóc



Dr Kajetan Grodecki po otrzymaniu Diamentowego Grantu

optymalizację zabiegów przezcewnikowych na sercu.

W jaki sposób można wydobyć więcej informacji?

Można zastosować szereg różnych algorytmów, żeby tę informację skwantyfikować. Taka informacja na podstawowym poziomie stanowi różnicę w gęstości radiologicznej. Można jednak pójść dalej i zastosować podejście radiomiczne, gdzie z jednego obrazu ekstrahuje się setki, albo i tysiące poszczególnych parametrów charakteryzujących się tym, że już nie opisują struktury jako całości, ale pozwalają opisać stosunki między pojedynczymi woksłami tego obrazu, a także wydobyć takie predyktory danego zdarzenia, jakie gołym okiem nie byłyby dostępne.

Jakie znaczenie praktyczne dla chorych może mieć zastosowanie takich metod?

Dzięki nim zwiększamy potencjalnie wartość diagnostyczną obrazu tomograficznego, który jest rutynowo pozyskiwany w toku diagnostyki. Jak wspominałem, w kardiologii interwencyjnej, szczególnie w zabiegach strukturalnych serca, tomografia komputerowa jest podstawową

modalnością. Zatem stosując nowe metody analizy obrazów tomograficznych, zwiększamy wartość badania, które i tak byłoby wykonane. Trudno jednak powiedzieć, czy zmieni to podejście lecznicze do każdego, pojedynczego pacjenta, ponieważ te metody się nadal rozwijają. Myślę, że w ciągu kilku lat, w momencie, kiedy radiomika i jej pochodne zostaną zwalidowane, innymi słowy – kiedy zostanie sprawdzona przydatność kliniczna tych metod, będziemy dysponowali bardzo złożonymi modelami opartymi na uczeniu maszynowym, integrującym wszystkie parametry kliniczne oraz biomarkery obrazowe wykraczające poza zdolności obserwacji ludzkiego oka. To sprawi, że faktycznie będziemy mogli stwierdzić, że u danego pacjenta występuje większe ryzyko niekorzystnego zdarzenia w przyszłości, a to pozwoli np. na zaplanowanie zwiększonej liczby wizyt kontrolnych czy zintensyfikowanie leczenia.

W jakim kierunku – Pana zdaniem – będzie szedł rozwój nieinwazyjnych metod obrazowania serca i naczyń?

Na pewno dostępność do tych badań będzie rosła, podobnie jak wartość predykcyjna już pozyskanych obrazów. Będzie można z dużo większą pewnością stwierdzić lub wytypować pacjentów zagrożonych wystąpieniem niekorzystnego zdarzenia sercowo-naczyniowego. Dobrym przykładem jest nowy biomarker obrazowy – okołowieńcowa tkanka tłuszczowa (ang. *pericoronary adipose tissue*), czyli tkanka tłuszczowa okalająca tętnice wieńcowe. Często już na podstawie wyglądu i różnych parametrów ilościowych tej tkanki, która znajduje się poza naczyniem wieńcowym, można stwierdzić, że dane miejsce, zwężenie, które dopiero zaczyna powstawać, stanie się źródłem zawału u pacjenta w perspektywie 5 czy 10 lat. Uważam, że dane obrazowe będą odgrywały olbrzymią rolę w tzw. medycynie precyzyjnej.

Czy patrząc na postępy w zdobyczach technologicznych, stały rozwój metod obrazowania może być w jakiś sposób zahamowany?

Uważam, że obecnie nie ma takiego hamulca. Technologia cały czas się rozwija. Mamy coraz lepsze skanery, wykonuje

się coraz więcej badań, a przy tym obserwuje się przesunięcie preferencji w wykorzystywanych metodach z inwazyjnych na rzecz metod nieinwazyjnych.

Fascynuje się Pan nowymi technologiami w medycynie. Zapewne miał Pan z nimi do czynienia, pracując w szpitalu w Stanach Zjednoczonych. Które z nich zrobiły na Panu największe wrażenie?

Szczególne wrażenie zrobiło na mnie podejście radiomiczne w szczegółowym profilowaniu pacjentów z chorobami serca. Do tej pory radiomika była głównie domeną onkologów, dlatego wykorzystanie jej do oceny obrazów tomograficznych w kardiologii było bardzo nowatorskim podejściem. Podobnie było z zastosowaniem uczenia maszynowego i głębokiego uczenia. Nagle okazało się, że praca, która zajmuje 45 minut – jak w przypadku szczegółowej oceny płuc u pacjentów chorych na COVID-19 – zajmuje mniej niż minutę, jeśli użyjemy właściwego programu. Dostarczając mu odpowiednią ilość danych i trenując dany algorytm, program, w zależności od mocy obliczeniowej danego komputera, jest w stanie dokonać szczegółowej oceny płuc u chorych pacjentów z bardzo zbliżoną dokładnością w znacząco krótszym czasie.

W jakie projekty naukowe jest Pan obecnie zaangażowany?

Dalej rozwijam to, czym się zajmowałem w Stanach Zjednoczonych, czyli metodę nieinwazyjnej oceny kompozycji zastawki aortalnej. Do tej pory w tomografii komputerowej oceniano się tylko element zwapniały, który bardzo dobrze widać. Natomiast istotą stenozy aortalnej, czyli choroby, którą leczy się przezcewnikową implantacją zastawki aortalnej, jest nie tylko proces wapnienia, ale też włóknienia zastawki aortalnej. Okazuje się, że element włóknisty również można ilościowo określić w tomografii komputerowej. Właśnie tym zagadnieniem obecnie się zajmujemy. Docelowo chcielibyśmy, aby określenie stopnia zwłóknienia było w pełni zautomatyzowane przy użyciu głębokiego uczenia i sztucznej inteligencji. W praktyce wyglądałoby to w ten sposób, że po wgraniu odpowiedniego

obrazu tomograficznego, zastawka aortalna byłaby automatycznie segmentowana, oceniana i prezentowana lekarzowi. Ponadto pracuję nad wykorzystaniem algorytmu głębokiego uczenia do oceny zapalenia płuc pacjentów chorujących na COVID-19.

Jaką przyszłość widzi Pan przed wykorzystaniem sztucznej inteligencji w kardiologii?

Myślę, że sztuczna inteligencja będzie odgrywała olbrzymią rolę w kardiologii obrazowej. Będzie wykorzystywana po to, żeby szybko typować pacjentów, u których istnieje zagrożenie życia. To się dzieje na naszych oczach. Można przecież zdobyć dodatki do oprogramowania tomograficznego, dzięki którym możliwe stanie się typowanie spośród pacjentów osób z podejrzeniem zatorowości płucnej. Według mnie to jeden ze sztandarowych przykładów, w jaki sposób sztuczna inteligencja może ułatwić pracę. Umożliwi ona przyspieszenie selekcji pacjentów do leczenia konkretnego typu. Natomiast myślę, że pomimo jej coraz powszechniejszego wykorzystania, szeroko rozumiana sztuczna inteligencja nie będzie w stanie zastąpić elementu ludzkiego.

W marcu został Pan jednym z finalistów konkursu „25 przed 25” organizowanego przez magazyn „Forbes”. Spodziewał się Pan nagrody?

Patrząc na to, jak dużo czasu poświęcam nauce i jakie rezultaty przyniosła moja praca, oceniałem swoje szanse dość wysoko. Oczywiście w konkursach nie wszystko zawsze zależy od nas samych. Niemniej ostateczna decyzja jest miłym zaskoczeniem i walidacją dotychczasowej działalności. To z pewnością bardzo miła nagroda, w dodatku pomagająca nawiązywać współpracę biznesowe.

Konkurs wskazywał osoby, które „w pandemicznej rzeczywistości próbują zmienić świat na lepsze”.

Myślę, że to za dużo powiedziane. Ja po prostu staram się wykonywać jak najlepiej te zadania, które mi zostały powierzone. Chociaż z drugiej strony, przeświadczenie, że robi się coś, co zmienia świat na lepsze, jest bardzo budujące. ■

Rozmawiał Cezary Ksel

STUDENCI

Krzysztof Starszak

– finalista trzeciej edycji konkursu „25 przed 25” w kategorii „Nauka”, współorganizator i wiceprzewodniczący Studenckiego Koła Naukowego Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM

W magazynie „Forbes”, ogłaszając wyniki tegorocznej edycji konkursu „25 przed 25”, określono Pana jako „ambasadora ortopedii i innowatora”.

Czego należy dokonać, aby zostać ambasadorem ortopedii w tak młodym wieku?

Nazwanie mnie „Ambasadorem ortopedii” jest wielką uprzejmością redaktorów magazynu „Forbes”. To niezwykle zaszczytny tytuł, który jest również bardzo onieśmielający. Ortopedia w Polsce ma wielu pionierów – znakomitych specjalistów, którzy zapisali się w historii nie tylko krajowej medycyny. Prof. Ireneusz Wierzejewski, prof. Wiktor Dega czy prof. Adam Gruca to najśłynniejsze nazwiska, ale mógłbym wymieniać dziesiątki innych, wybitnych ortopedów, którzy dali wkład w rozwój tej dziedziny medycyny. Ich należy traktować jako pionierów, ambasadatorów, innowatorów. Czerpiąc inspiracje z ich biografii, stale poszerzając swoją wiedzę i realizując pomysły, staram się rozwijać i spełniać naukowe i zawodowe marzenia. Tytuł „Ambasadora i innowatora” przypadł mi z powodu realizacji endoprotezoplastyki biodra z zastosowaniem protezy custom-made i udziałem rozszerzonej rzeczywistości, która była pierwszą tego typu operacją. Miałem przyjemność brać udział w projekcie, który okazał się wielkim sukcesem i faktycznie – był innowacją.

Czym jest dla Pana ortopedia?

Od jak dawna się Pan nią interesuje i dlaczego wybrał Pan tę dziedzinę?

Ortopedią zainteresowałem się już jako małe dziecko, które odwiedzało ojca w pracy i miało możliwość przyglądania się codziennej praktyce klinicznej. Fascynacja przetrwała przez wszystkie etapy edukacji, aż do teraz. Nie zmieniałem obranego wcześniej kursu. Możliwość wzięcia udziału w pracach oddziałów ortopedii, współpraca z ortopedami i młodymi

pasjonatami z Ogólnopolskiego Studenckiego Towarzystwa Ortopedycznego tylko utwierdziły mnie w przekonaniu, że jest to właściwa droga. To bardzo ciężka specjalizacja, wymagająca dużego zaangażowania, ale jednocześnie niezwykle piękna, interdyscyplinarna, rozwojowa. Ortopedia jest dla mnie głównym zainteresowaniem zawodowym, istotnym fragmentem życia, częścią medycyny, którą chcę poznawać i się w niej realizować.

Swoj czas dzieli Pan między Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a Śląskim Uniwersytetem Medycznym. Co sprawiło, że związał się Pan z obiema uczelniami?

Mój związek z obiema uczelniami jest swego rodzaju unią personalną (śmiech). Mówiąc poważnie: Śląski Uniwersytet Medyczny jest moją uczelnią macierzystą – studiuję na Wydziale Nauk Medycznych w Zabrze i większość aktywności realizuję właśnie tutaj. Propozycję stworzenia SKN Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM i związania się z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym otrzymałem od mojego przyjaciela z częstochowskich czasów szkolnych Macieja Otworowskie-



Krzysztof Starszak

go, który wówczas był studentem i z racji swoich zainteresowań angażował się w prace Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM. Maciek rozwijał się pod opieką pana dr. hab. Pawła Łęgosza (opiekuna SKN), który z wielkim entuzjazmem podszedł do kwestii utworzenia takiej organizacji. Przyjechałem do Kliniki, miałem przyjemność poznać Szefera, odbyliśmy serdeczną rozmowę, postanowiłem zostać i dać z siebie wszystko, by rozwinąć nasz projekt.

Proszę opowiedzieć o początkach SKN Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM. Jak Pan – jako współzałożyciel – obecnie ocenia jego działalność?

Jak wspominałem, stworzenie Koła zaproponował mi Maciek Otworowski, wówczas student I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pomysł wyszedł od pana dr. hab. Pawła Łęgosza (wówczas jeszcze doktora), a Maciek zwrócił się do mnie, by porozmawiać o tym, czy możemy nawiązać współpracę. Obaj uznaliśmy, że jest to wspaniała szansa. Wiedzieliśmy jednak, że przed nami ogrom pracy związanej zarówno z promocją koła



Statuetka przyznana SKN Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM

wśród studentów, jak też wyróżnieniem się spośród innych kół naukowych, które, zwłaszcza w Warszawie, prezentują bardzo wysoki poziom. Chcieliśmy, aby nasza organizacja była materializacją wszystkich naszych życzeń i pragnień związanych z odpowiedzią na pytanie: „Jak wyglądałaby idealna organizacja studencka, do której sam chciałbym należeć?”. Nieszablone myślenie, otwarcie na studentów poza WUM, regularne, cykliczne spotkania, podczas których mieliśmy możliwość rozmów ze znakomitymi specjalistami, praca na oddziale, zaangażowanie naukowe, duże projekty – to przyciągało i przyciąga nadal wielu zainteresowanych. SKN Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM zostało uznane po pierwszym roku działalności za najlepsze koło naukowe w Polsce w kategorii „Debiut roku” prestiżowego konkursu StRuNa.

Zaangażowanie w ten projekt – stworzenie wspólnie organizacji od podstaw – to moja wielka duma i myślę, że Maciek uważa podobnie. Każda podróż z Katowic do Warszawy, najczęściej tylko na spotkanie koła, miała sens. Współpraca wniosła wiele do mojego życia. To był wspólny czas.

Obecnie wyłącznie przyglądam się działalności moich koleżanek i kolegów, którzy przejęli SKN Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM i jestem zadowolony z kierunku, który obrali. Studenci bardzo chętnie pracują w Klinice, ucząc się i angażując w działalność Oddziału. Powstały wartościowe publikacje, odbywają się spotkania i webinary poruszające ważne tematy kliniczne. Ostatnie otwarte spotkanie dotyczyło pisania prac naukowych. Wzięło w nim udział ponad 200 osób. To świadczy o tym, że oddaliśmy nasze Koło w dobre ręce.

W Warszawskim Uniwersytecie Medycznym związany jest Pan z Katedrą i Kliniką Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Czy wspólnie realizujecie obecnie jakies projekty naukowe i kliniczne?

Mój związek z Katedrą i Kliniką Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM trwa i rozwija się. Pan dr hab. Paweł Łęgosz, który jest zastępcą kierownika Kliniki i Ordynatorem Oddziału Endoprotezoplastyki, pełni również funkcję zastępcy dyrektora ds. leczenia Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus UCK

WUM. Ponadto rozpoczął specjalizację z chirurgii onkologicznej. Mimo tego, że obciążony jest ogromną liczbą obowiązków, zawsze znajduje czas na rozmowę, konsultację, wskazanie właściwej drogi. Klinika jest wyjątkowym miejscem, które sprzyja studentom, dlatego podejmowanie się kolejnych wspólnych wyzwań jest przyjemnością. Cały czas pracujemy i mamy wspólne cele, najbliższa przyszłość może okazać się owocna.

Fascynuje się Pan nowymi technologiami w medycynie i robotyką medyczną. Czy miał Pan już możliwość wykorzystania tych zainteresowań w praktyce klinicznej czy pracy badawczej?

Mam wielką przyjemność współpracować, a raczej czerpać z ogromnego doświadczenia, życzliwości i wiedzy pana prof. Zbigniewa Nawrata, kierownika Instytutu Protez Serca Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii oraz konstruktora robotów (Robin Heart). Od pierwszego roku studiów angażowałem się w pracę koła naukowego, którego opiekunem jest pan profesor i dzięki temu miałem możliwość nauki, obserwacji i wzięcia udziału w wielu wydarzeniach, których tematem była robotyka i innowacje w medycynie. Moje główne zainteresowanie naukowe – ortopedia i traumatologia – sprawiają, że muszę być skupiony na tym, co nowe i innowacyjne. Postępy bioinżynierii, materiały, roboty, nowoczesne techniki obrazowania, analizy i przetwarzania danych, sztuczna inteligencja, to tylko część tego, co teraz coraz śmielej wchodzi do praktyki klinicznej, a niedługo będzie codziennością dla pracujących lekarzy.

W ubiegłym roku pracowaliśmy w małym zespole nad projektem badawczym, którego tematem było zastosowanie robotów w medycynie zabiegowej. Sytuacja epidemiczna sprawiła jednak, że musieliśmy zmienić odrobinę zakres działania – jedna z publikacji dotyczy roli robotów w dobie pandemii Covid-19. Ten szczególnie trudny czas pokazał, że wdrażanie robotów operacyjnych, ale również np. tych, które dbają o czystość czy dobre samopoczucie pacjentów.

Nowe technologie towarzyszą mi cały czas, z czego się bardzo cieszę: trenerzy, liczne aplikacje, rozszerzona rzeczywistość...

W jakiej dziedzinie dostrzega Pan szansę na możliwie szerokie zastosowanie w przyszłości robotyki medycznej?

Wydaje mi się, że szanse są w każdej dziedzinie medycyny. Powszechna automatyzacja i coraz częściej pojawiający się termin „nowej rewolucji przemysłowej” wskazują na postęp w tym zakresie, również w obszarze nauk medycznych. Ograniczenia wynikają z naszej niewiedzy czy braku dokładnego sprecyzowania problemu, w czym robot mógłby usprawnić tu i teraz naszą pracę. To się jednak zmienia, a raporty wskazują, że wraz ze wzrostem zainteresowania robotyką medyczną, będzie rosła również liczba urządzeń coraz powszechniej wykorzystywanych na całym świecie. Kardiochirurgia, urologia, ginekologia, onkologia, ortopedia, otolaryngologia, rehabilitacja – to tylko kilka gałęzi medycyny, gdzie robotyka pełni coraz bardziej istotną rolę. Będzie ich więcej, jestem o tym przekonany.

Czy rozwój robotyki medycznej ma według Pana same zalety, czy też mogą wiązać się z nią jakieś niebezpieczeństwa?

W związku z zastosowaniem robotów w procedurach zabiegowych, należy brać pod uwagę ryzyko okołoperacyjne, które jest zawsze. Aby odpowiedzieć na to pytanie, musielibyśmy doprecyzować, czy mówimy o skali mikro – co złego może wydarzyć się w procedurze w kontekście pojedynczego pacjenta, czy też makro. Nie tyle niebezpieczeństwem, co wyzwaniem jest kwestia nauki operatorów i kreowania ich współpracy z pozostałymi członkami zespołu. Zachęcam do zapoznania się z artykułem, który współtworzyłem „Robotyka w medycynie zabiegowej – szanse i wyzwania w kształceniu lekarzy” w „Medical Robotics Reports” – poruszamy tam kilka zagadnień z tego zakresu.

W 2019 r. odniósł Pan duży sukces podczas konkursu „Złoty Skalpel”. Jak tamto wyróżnienie wpłynęło na Pana późniejszą pracę naukową i kliniczną?

Chciałbym podkreślić, że „Złoty Skalpel”, który jest jednym z najważniejszych wyróżnień w polskiej medycynie, nie jest

moim osiągnięciem indywidualnym. Sukces zbudowała ciężka praca całego zespołu. Mój udział był znaczący, jednak gdyby nie zintegrowane działania naszej Kliniki oraz firmy MedApp SA mój pomysł nie doczekałby się realizacji. Wyróżnienie – V miejsce (laureat) w „Złotym Skalpelu” jest ogromną nobilitacją. Fakt, że zespół był bardzo młody (również studencki) dodaje dodatkowej satysfakcji. Nie będę ukrywać, że nagroda otworzyła mi wiele drzwi – pojawiły się propozycje pracy, zaproszenia na konferencje, prośby o uczestniczenie w projektach. Myślę, że w plebiscycie „25 under 25” miało to również fundamentalne znaczenie. Dla mnie osobiście „Złoty Skalpel” w aspekcie „technicznym” był podobny do innych nagród. Po uroczystej gali, wielu słowach uznania i uściskach dłoni, pożegnałem się z Szeffem i Maćkiem, wsiadłem do samochodu i ruszyłem do Katowic. Euforia minęła, a jej miejsce wypełniła nadzieja, że to preludium. Trzeba wracać do pracy, jest wiele do zrobienia.

Jest Pan twórcą start-upu AlatusMed, a także projektu „Bajki kontra choroba”. Czy mógłby Pan w kilku słowach opowiedzieć o obu tych inicjatywach?

„Bajki kontra choroba” to projekt, który powstał w ramach start-upu współtworzonego z Michałem Smoczokiem, aktualnie studentem VI roku kierunku lekarskiego Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze. Wydaliśmy książeczki dla dzieci poświęcone tematyce białaczki, cukrzycy i astmy. W przystępny sposób przekazujemy młodym pacjentom informacje dotyczące choroby, diagnostyki, leczenia oraz tego, jak zmieni się ich życie po wyjściu ze szpitala. Boimy się tego, co pozostaje niewyjaśnione, zwłaszcza w momencie, kiedy jesteśmy chorzy. Dzieci zadają wiele pytań, a rodzice, którzy niejednokrotnie są zaskoczeni sytuacją, w jakiej muszą się odnaleźć, początkowo mogą nie potrafić na nie odpowiedzieć, co jeszcze bardziej wzmacnia niepokój. Nasze książeczki pozwalają na ograniczenie negatywnych emocji i przekazanie rzetelnej wiedzy w zrozumiałym i akceptowalnym przez dzieci sposób. W ramach start-upu AlatusMed pracujemy przede wszystkim nad rozwiązaniami mogącymi wpłynąć na poprawienie komfortu pacjentów.

Czy ortopedia jest interesującą dziedziną dla studentów? Czym może ich przyciągnąć?

Odpowiedź na to pytanie sprawia mi największą trudność. Początkowo chciałem powiedzieć, że dla studentów, którzy nie są zainteresowani medyczną zabiegową, ortopedia jest kolejnym obowiązkiem do zaliczenia, do którego podchodzi się bez zbędnych emocji, ale... wszystko zależy od sposobu przekazywania wiedzy, zaangażowania kadry dydaktycznej, woli zainteresowania. Bardzo istotnym czynnikiem jest mistrz – osoba, która potrafi przekazać wiedzę i zainspirować.

Ortopedia jest dziedziną medycyny obejmującą bardzo rozległy zakres działania, co dla jednych może być zaletą, a dla innych wadą. Z pewnością przyciąga rozwojowość i nieustanny postęp tej dziedziny, m.in. w zakresie technik operacyjnych, biomateriałów, innowacji. Na zainteresowanych czekają długie i wymagające zabiegi, również fizyczne, ale dające wielką satysfakcję. Powstają coraz ciekawsze publikacje, które są syntezą działania specjalistów z tego zakresu, biologów molekularnych, immunologów, farmakologów. Moim zdaniem będzie ich więcej, bo to przyszłość medycyny. Zachęcam często wszystkich przyszłych zabiegowców, którzy nie mają sprecyzowanego planu na przyszłość, do poznania pracy w dobrych ośrodkach, gdzie można zaobserwować, jak wiele jest do zrobienia. Co więcej, daje to szansę na ciekawe projekty w zespołach z inżynierami, lekarzami innych specjalizacji, biotechnologiami i programistami. Przykładów „za” mógłbym wymieniać jeszcze dużo, bo sam od lat przeżywam fascynację ortopedią, która coraz bardziej mnie pochłania. Zachęcam do dołączenia do SKN Ortopedii Rekonstrukcyjnej i Onkologicznej WUM, przyjscia na Oddział, poznania charakteru pracy i atmosfery. Ogólnopolskie Studenckie Towarzystwo Ortopedyczne jest również otwarte dla wszystkich zainteresowanych, chcących zaangażować się w społeczność młodych pasjonatów tej dziedziny medycyny. Według mnie warto podjąć się wyzwań, nawet jeśli są one wymagające. ■

Rozmawiał Cezary Ksel

SZKORBUT I BADANIA KLINICZNE – CZEGO NAUCZYŁ NAS JAMES LIND?

Dr hab. n. o zdr. Mariusz Panczyk

– Zakład Edukacji i Badań w Naukach o Zdrowiu

Wydział Nauk o Zdrowiu

Szkorbut jest jedną z najstarszych chorób w historii ludzkości i prawdopodobnie również jedną z nielicznych chorób żywieniowych, które przez wieki dręczyły ludzkość. Większość postrzega tę chorobę przeważnie w kontekście wielkich podróży żeglarzy i odkrywców w XV i XVI wieku. Jednak pierwsze doniesienia na temat szkorbutu znajdujemy w staroegipskim papirusie medycznym Ebersa (1550 p.n.e.), gdzie oprócz diagnozy podano także zalecenia dotyczące leczenia. W zapisach papirusa, jako remedium na szkorbut wskazuje się spożywanie cebuli i warzyw, o których wiadomo obecnie, że są bogate w witaminę C. Pierwszy formalny opis szkorbutu przypisuje się Hipokratesowi, który posłużył się określeniem „*ileos ematitis*” („*ειλεός αιματίτης*”). W czasach starożytnych występował głównie tzw. szkorbut lądowy. Był on efektem niedożywienia spowodowanym niedostateczną ilością świeżych warzyw i owoców w diecie mieszkańców długotrwale oblężonych miast oraz żołnierzy stacjonujących poza garnizonami wojskowymi.

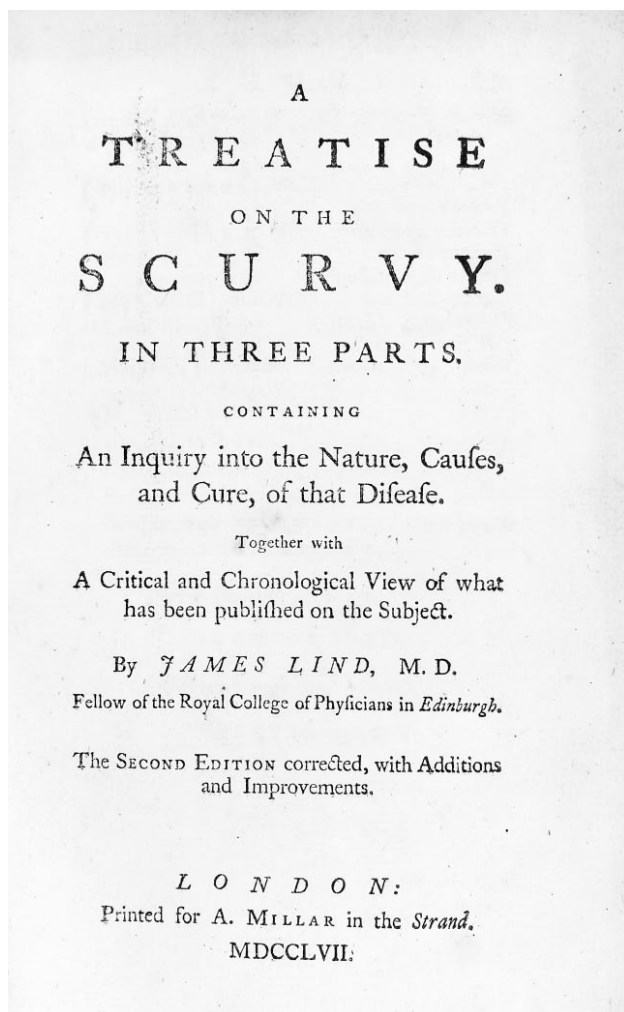
W czasach wielkich odkryć geograficznych, takich jak dopłynięcie do brzegów Ameryki przez Krzysztofa Kolumba, podróż Vasco da Gamy do Indii oraz pierwsza podróż dookoła świata Ferdynanda Magellana, problem szkorbutu pojawiał się z różnym nasileniem we flotach handlowych i wojennych licznych krajów kolonialnych. Słynny portugalski nawigator Vasco da Gama, podczas opływania Afryki zauważył, że wielu jego żeglarzy



James Lind (1716–1794) zdjęcie dostępne w domenie publicznej: https://en.wikipedia.org/wiki/James_Lind#/media/File:James_Lind_by_Chalmers.jpg

zachorowało, wykazując obrzęk nóg, ramion i dłoni, a także spostrzegł, że jedzenie świeżych pomarańczy przynosi korzystny efekt. Choroba jest opisywana jako „*amalati de la boccha*” („*klątwa ust*”),

która ustępuje po uzupełnieniu przez statek zapasów świeżej żywności. W czasie wielkich podróży między XVI a XVIII wiekiem w literaturze medycznej pojawiło się wiele doniesień o chorobie. Wśród nich



A Treatise on the Scurvy zdjęcie dostępne w domenie publicznej:
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:James_Lind,_A_Treatise_on_the_Scurvy,_1757_Wellcome_M0013130.jpg

najważniejsza jest książka duńskiego lekarza Johannusa Echthiusa, który pierwszy w podręczniku medycyny morskiej użył słowa „scorbutus” w 1556 r. W 1586 r. Thomas Candish podczas swojej misji żeglarskiej zauważył, że objawy szkorbutu ustępują po spożyciu ziela zwanego „scurvygrass” (*Cochlearia officinalis*) o którym obecnie wiadomo, że zawiera tyle samo kwasu askorbinowego, co sok z pomarańczy. W końcu w 1589 r. Richard Hakluyt, pisarz angielski, w swoim dziele „Podstawy nawigacji” używa słowa „szkorbut” („skurvie”).

Do typowych objawów szkorbutu zaliczyć można apatię, osłabienie, łatwość powstawania siniaków z małymi lub dużymi krwawkami na skórze, kruchość i krwawiące dziąsła oraz opuchnięte ręce i nogi. Pierwsze objawy szkorbutu pojawiają się po około miesiącu czasu niedoborów witaminy C w diecie. Wczesne objawy to złe samopoczucie i ospałość,

przechodzące w duszność, bóle kości, krwawienie z dziąseł, podatność na siniaki, słabe gojenie się ran, a wreszcie gorączka, drgawki i ostatecznie śmierć. Nawet w późnym stadium choroby opisane poważne objawy mogą być odwracalne. Szkorbut był odpowiedzialny za większą liczbę zgonów na morzu niż sztormy, walki, uszkodzenia okrętu i wszystkie inne choroby razem wzięte. Spośród wielu istniejących w tamtym czasie koncepcji na temat leczenia szkorbutu była między innymi ta, która zakładała zaburzenie równowagi między czterema płynami ciała (humorami) – krwią, żółcią, śluzem (flegmą) i czarną żółcią. Terapie mające na celu przywrócenie równowagi humorów zawierały między innymi oczyszczanie słoną wodą, upuszczanie

krwi, dodawanie kwasu chlorowodorowego do wody pitnej, smarowanie otwartych ran roztworem rtęci, picie piwa bezalkoholowego i inne bezskuteczne, ale politycznie akceptowalne i ekonomicznie dostępne kuracje. Na niektórych okrętach wprowadzano kary cielesne dla chorych marynarzy, zakładając, że choroba jest tak naprawdę wynikiem lenistwa, a dotknięci szkorbutem marynarze są zwykłymi bumelantami.

Imię Jamesa Lind, oficera brytyjskiej Royal Navy w XVIII wieku, jest nierozdzielnie związane z historią badań nad szkorbutem. Niemal 275 lat temu James Lind, szkocki chirurg marynarki, przeprowadza pierwsze w historii kontrolowane badanie kliniczne, którego opis znajdujemy w jego słynnym „Traktacie o szkorbutie” wydanym w 1753 r. Choć Lind nie był pierwszym, który zasugerował, że owoce cytrusowe mogą być lekarstwem na szkorbut, to był pierw-

szym, który zbadał ich działanie w zaplanowanym eksperymencie w 1747 r. Ważnym elementem tego eksperymentu było zastosowanie w planie badawczym grup kontrolnych. Mimo że sam Lind był zwolennikiem koncepcji, w której szkorbut jest wynikiem gnicia ciała spowodowanego niewłaściwym trawieniem, a nie sam skład diety, to jego doświadczenie pokazało możliwość skutecznego przeciwdziałania i leczenia szkorbutu za pomocą soku z cytrusów. Niedostateczna ilość kwasów w organizmie jako przyczyna szkorbutu skłoniła Lindę do użycia różnych źródeł kwasów pochodzących z diety w ramach zaplanowanego eksperymentu z grupami porównawczymi. Podczas patrolowania Zatoki Biskajskiej statkiem HMS Salisbury przeprowadzono eksperyment z udziałem 12 marynarzy zdradzających objawy szkorbutu. Uczestników badania podzielono na 6 par, które umieszczono w kajucie o tych samych warunkach, podając codziennie tę samą dietę. Dodatkowo każda para otrzymywała suplementację „składnika kwasowego”, uzupełniając podstawową dietę: grupa pierwsza kwartę cydru, grupa druga dwadzieścia pięć kropli witriolu (kwasu siarkowego), grupa trzecia sześć łyżek octu, grupa czwarta pół litra wody morskiej, grupa piąta dwie pomarańcze i jedną cytrynę, a ostatnia szósta grupa ostrą pastę z dodatkiem wody jęczmiennej. Leczenie grupy piątej ustało po sześciu dniach, kiedy skończyły się cytrusy, ale do tego czasu jeden marynarz był zdolny do służby, podczas gdy drugi prawie wyzdrowiał. Poza tym tylko w grupie pierwszej otrzymującej kwartę cydru dziennie, również zaobserwowano pewien pozytywny efekt leczniczy.

Sześć lat po swoim eksperymencie James Lind publikuje pierwsze wydanie „Traktatu o szkorbutie” („A treatise of the scurvy. Containing an inquiry into the nature, causes and cure of that disease. Together with a critical and chronological view of what has been published on the subject”). Było to nowatorskie podejście do opisu istniejącej literatury naukowej i zestawienia faktów dotyczących jednego problemu badawczego. Lind podjął się czegoś, co nazwalibyśmy obecnie przeglądem systematycznym dotyczącym szkorbutu, bowiem oparł się

na materiałach zastanych, sprecyzował dokładnie swoją metodę poszukiwania informacji oraz rozdzielił je na te wartościowe i te bezwartościowe. Tego rodzaju podejście zostało rozwinięte w XX wieku przez statystyka – Karla Pearsona, który w 1904 r. dokonał przeglądu wielu istniejących wyników badań na temat znaczenia szczepień przeciwko durowi brzuszemu, stosując przy tym metody statystycznej syntezy danych. Można więc powiedzieć, że James Lind zapoczątkował nie tylko erę badań klinicznych z grupą kontrolną, ale także tzw. badania wtórne. Stanowią one nieocenione źródło dowodów naukowych w postaci metaanaliz z powodzeniem stosowane współcześnie przy podejmowaniu decyzji klinicznych.

Mimo swojego systematycznego podejścia do danych opublikowanych przez innych autorów oraz wyników własnego eksperymentu, James Lind cały czas upierał się przy swojej koncepcji rozwoju szkorbutu, jako choroby będącej wynikiem „źle strawionego i gnijącego pokarmu w organizmie, złej wody, nadmiernej pracy i życia w wilgotnej atmosferze, która uniemożliwiała zdrowe pocenie się”. Nie dostrzegał więc kluczowej roli samej diety i jej składu jakościowego jako głównego czynnika wywołującego chorobę. Zaproponowany przez niego preparat („rob”) wytwarzany z soku z cytrusów okazał się być mało skuteczny, ponieważ opracowana metoda konserwacji termicznej niszczyła zawartą w nim witaminę C. Okoliczności te przyczyniły się do braku realnych zmian w zakresie zapobiegania i leczenia szkorbutu w marynarce brytyjskiej zaraz po publikacji „Traktatu o skorbutcie”. Dopiero w 1795 r., czyli 48 lat po eksperymencie Lindy, Admiralicja wprowadziła powszechną rekomendację dotyczącą rutynowego stosowania soku z cytryny, jako uzupełnienie podstawowej diety brytyjskich marynarzy.

Do połowy XIX wieku istniały liczne dowody na to, że szkorbutowi można całkowicie zapobiec i wyleczyć sokiem z cytryny. Udoskonalono metodę konserwacji soku bez utraty jego „aktywności przeciwskorbutowej”, m.in. przez mieszanie świeżego niegotowanego soku z cytryny z brandy w stosunku 1:10, a następnie przed zakorkowaniem zabezpieczenie

powierzchni płynu półcalową warstwą oliwy, co ograniczało dostęp powietrza. Mimo tych sukcesów w walce ze skorbutem, powrócił on nagle podczas wyprawy arktycznej Georga Naresa w latach 1875-1876. Mimo zastosowania sprawdzonych już zaleceń, podczas długiej wyprawy uczestnicy zaznali poważnych objawów szkorbutu. Epizod ten odbił się poważnym echem i zachwiał ponownie wiarą w skuteczność przeciwskorbutową soku z cytryny. Przyczyną wystąpienia tak nieoczekiwanych skutków było fałszerstwo dostarczonego preparatu przeciwskorbutowego, który zawierał zamiast soku z cytryny, sok z limonki. Dopiero 40 lat po tych wydarzeniach udało się ustalić, wykorzystując zwierzęcy model szkorbutu, że sok z limonki zawiera mniej niż 50% dawki witaminy C w porównaniu z sokiem z cytryny.

W Oslo w 1907 r. Axel Holst i Theodor Frölich stworzyli zwierzęcy model szkorbutu, manipulując dietą świnek morskich i wykazali przeciwskorbutowe właściwości jabłek, ziemniaków, niegotowanej kapusty i soku z cytryny. Wybór przez nich świnki morskiej był szczęśliwy, ponieważ obecnie wiadomo, że chociaż większość zwierząt może syntezować endogennie witaminę C, to wyjątkami są ludzie, małpy i właśnie świnki morskie. W 1912 r. Casimir Funk z Instytutu Listera w Londynie zaklasyfikował trzy schorzenia: beri-beri, szkorbut i krzywicę, jako choroby niedoboru składników nazywanych witaminami. Następnie biochemicy wyizolowali substancję przeciwskorbutową, której Albert Szent-Györgyi (laureat Nagrody Nobla z 1928 r.) nadał nazwę „kwas askorbinowy”.

Analizując osiągnięcia Jamesa Lindy w walce ze skorbutem oraz dokonania na polu metodologii badań, należy także krytycznie ocenić ich wartość. Po pierwsze na podstawie badań historycznych można wskazać, że już na początku XVII wieku istniały dość mocne dowody doświadczone potwierdzające potencjał przeciwskorbutowy soku z cytrusów. Wymienia się w tym względzie dwie postaci: Jamesa Lancastera oraz Hughę Plattę. James Lancaster podczas licznych podróży do Brazylii i Wschodnich Indii stosował wśród swojej załogi sok z cytryny, osiągając w walce ze skorbutem

umiarkowane sukcesy, m.in. podczas wyprawy w latach 1601-1603 oraz w 1604 i 1607 r. Natomiast Hugh Platt był jednym z pierwszych, który zajął się problemem utraty skuteczności przeciwskorbutowej soków cytrusowych („the help of a sweet olive oil supernatant... lest it lost much of his first manifest nature, which it has whilst it was contained within its own pulp and fruit”). Także tacy chirurdzy, jak William Clowes czy John Woodall zalecali w swoich naukowych opracowaniach z początku XVII wieku stosowanie soku pozyskiwanego m.in. z cytryny, limonki i tamaryndy w celu leczenia szkorbutu. Wiadomo także, że pomarańcze, cytryny i ich soki z pewnością były sprzedawane w Anglii w XVII wieku. Zostały one sprowadzone do Londynu z Portugalii przez Holendrów. Pod koniec XVII stulecia chirurdzy morscy wiedzieli już, że szkorbut jest rzadkością w krajach południowych, takich jak Hiszpania i Włochy, ponieważ marynarze z tych krajów spożywali świeże zielone warzywa i owoce cytrusowe.

Powyżej przedstawione fakty wskazują, że na długo przed eksperymentem Jamesa Lindy istniały już w Europie potwierdzone obserwacje wskazujące na rozwiązanie problemu zapobiegania i leczenia szkorbutu. Mimo tych przesłanek, wyraźnie zaznaczała się różnica w podejściu do problemu między medykami z bogatym doświadczeniem okrętowym, a tymi którzy mieli jedynie doświadczenie w medycynie lądowej. Ci drudzy zalecali głównie konwencjonalne terapie oparte na stosowaniu środków przeczyszczających i upuszczaniu krwi. William Cockburn, który był doradcą medycznym floty już w 1695 r., z powodzeniem zastosował świeże warzywa (kapustę, marchew i rzepę) w grupie 100 marynarzy ze skorbutem, odnosząc sukces. Wyniki jego obserwacji przyczyniły się do sformułowania w 1701 r. zaleceń dla marynarki wojennej, które obejmowały wzbogacanie diety u marynarzy o świeże cytryny. Równocześnie jednak Admiralicja nie stosowała konsekwentnie tych zaleceń. I tak za radą College of Physicians, które składało się głównie z medyków akademickich bez doświadczenia okrętowego, zaopatrzone wyprawę Comodore Ansona w latach 1740-1744 w eliksir

witriolu (kwas siarkowy, alkohol, cukier i przyprawy). Był to, jak zakładano, „substytut kwaśnych owoców”, zgodnie z koncepcją, że skuteczność owoców cytrusowych związana była z ich kwasowością. Z 1854 członków załogi, którzy wyruszyli w podróż na ośmiu statkach, wróciło jedynie 188 osób na jednym okręcie (997 z 1415 zgonów było spowodowanych szkorbutem).

Oceniając metodologiczną stronę eksperymentu Linda, należy wskazać na pewne ułomności jego projektu badawczego. Główne zarzuty dotyczą sposobu doboru próby, łączenia uczestników badania w pary, czasu trwania obserwacji i wyboru porównywanych terapii. Współcześni badacze starają się, aby wszyscy uczestnicy badania klinicznego mieli podobne stadium choroby. Warunek ten nie był spełniony przez Linda, gdyż sam, opisując przebieg eksperymentu, podał, że dwójka marynarzy z najcięższym przebiegiem choroby otrzymała pół litra wody morskiej jako dodatek do codziennej diety. Lind nie podał także sposobu, w jaki podzielił 12 uczestników badania na sześć par, ani jak przydzielił ich do poszczególnych testowanych terapii. Kontrowersje dotyczą także czasu trwania eksperymentu. Lind musiał być świadomy faktu, że dysponuje już na początku badania ograniczonymi zasobami cytrusów, które pozwoliły na prowadzenie obserwacji w jednej z grup jedynie przez sześć dni, podczas gdy badanie było planowane na 14 dni. Dobrze zaprojektowane badanie wymaga prowadzenia obserwacji w tym samym czasie w porównywanych grupach (zarówno w grupie kontrolnej, jak i testowej), oczekując skutków obserwacji po upływie jednakowej liczby dni. Warunku tego nie mógł spełnić Lind, ponieważ jedna z obserwacji zakończyła się znacznie wcześniej niż pozostałe. Sam wybór porównywanych w toku badania terapii także jest współcześnie oceniany krytycznie. Dobór „kwasowych substytutów” jako tych pasujących do forsowanej przez Jamesa Lindę koncepcji rozwoju szkorbutu był błędny, gdyż pozbawiony racjonalnych podstaw patofizjologicznych. Jak już wspomniano powyżej, co najmniej 150 lat przed eksperymentem Linda pojawiały się doniesienia o skuteczności przeciw-skorbutowej nie tylko cytrusów i soków

z nich pozyskiwanych, ale także świeżych warzyw zielonych czy niektórych ziół i owoców, takich jak jagody. Projektując swój eksperyment, James Lind nie wziął w ogóle pod uwagę konkurencyjnych terapii, których skuteczność była daleko bardziej potwierdzona niż np. kwasu octowego czy wody morskiej.

Analizując wkład Jamesa Lindę w badania wtórne, zapoczątkowane przez publikację „Traktatu o szkorbutcie”, należy także zwrócić uwagę na pewne istotne aspekty wiarygodności tego opracowania. Chronologiczne zestawienie zawiera 57 źródeł na temat szkorbutu opublikowanych między 1534 a 1753 rokiem (dodatkowych pięć uwzględniono w II wydaniu, a 12 kolejnych w II edycji „Traktatu”). Trudno jest ocenić w jakim stopniu Lind mógł uzyskać dostęp do wszystkich opublikowanych w tym czasie opracowań dotyczących szkorbutu. Należy zaznaczyć, że w tamtych czasach dostępność do wielu źródeł była bardzo ograniczona i możliwe jest, że niektóre istotne doniesienia zostały z tego powodu pominięte. Wiadomo na pewno, że w przygotowanym przez Lindę przeglądzie nie znalazły się opracowania zalecające stosowanie cytrusów w zwalczaniu szkorbutu opisane przez wspomnianych wcześniej XVII-wiecznych chirurgów Williama Clowesa czy Johna Woodalla.

Analizując główną hipotezę odnoszącą się do profilaktyki i leczenia szkorbutu opisaną w „Traktacie”, można zauważyć, że o ile koncepcja Johanna Kramera z 1721 r. i Johanna Bachstroma z 1734 r. dotycząca kluczowej roli diety bogatej w świeże warzywa jest zaakcentowana, to większość miejsca James Lind poświęca swojej własnej teorii na temat etiologii i terapii tego schorzenia. Znajdujemy obszerny opis pełen niejasnych i bezkrytycznych pojęć ze wskazaniem, że szkorbut morski był spowodowany nadmiernym poceniem się, któremu można zapobiec poprzez wentylację pomieszczeń i dostęp do suchego świeżego powietrza. Konsekwencją tych bezkrytycznych poglądów Linda było osłabienie i zepchnięcie w cień doniosłości odkrycia skuteczności cytrusów w walce ze szkorbutem. Przyczyniło się to także do odsunięcia w czasie o ponad 40 lat koniecznych zmian, co poskutkowało utratą

kolejnych zasobów ludzkich i wymiernych strat floty brytyjskiej. Istnieją także głosy niektórych historyków, które wskazują, że szkorbut był jedną z przyczyn utraty przez Anglików kolonii w Ameryce Północnej.

Oceniając krytycznie dokonania Jamesa Lindę na polu badań nad szkorbutem, należy mieć na uwadze naszą wiedzę na temat fizjologicznego znaczenia witaminy C oraz wszelkich skutków awitaminozy. Wiedząc ponad wszelką wątpliwość, że szkorbut jest chorobą związaną z niedoborem witaminy C, i że chorzy szybko reagują pozytywnie na leczenie oparte na dostarczaniu świeżych owoców i warzyw, które zawierają witaminę C, zakładamy, że Lind, który nic nie wiedział o istnieniu witamin, próbował jednak ustalić, że w warzywach i owocach – zwłaszcza w owocach cytrusowych – znajduje się składnik, który jest wyjątkowo skuteczny w leczeniu szkorbutu. Nasze założenie jest błędne. Lind bowiem w ogóle nie uważał szkorbutu za zaburzenie dietetyczne. Uważał, że jest to zasadniczo choroba związana z wadliwym trawieniem i wydalaniem. Jednak, mimo że ze współczesnej perspektywy jesteśmy w stanie wytknąć Lindowi wiele niedociągnięć i ułomności, zarówno w procesie badawczym, jak i w przygotowanym przez niego „Traktacie o szkorbutcie”, to niewątpliwie był on inspiracją dla kolejnych badaczy zajmujących się problematyką szkorbutu. Całościowy wkład Linda w rozwiązanie zagadki szkorbutu był przez dekady przeceniany, ale nowe ustalenia historyków pozwalają w pełni docenić znaczenie i osiągnięcia także innych badaczy i medyków, którzy zarówno przed eksperymentem Linda, jak i po nim w znaczącym stopniu przyczynili się do ustalenia istotnych faktów na temat etiologii, zapobiegania i leczenia szkorbutu. ■

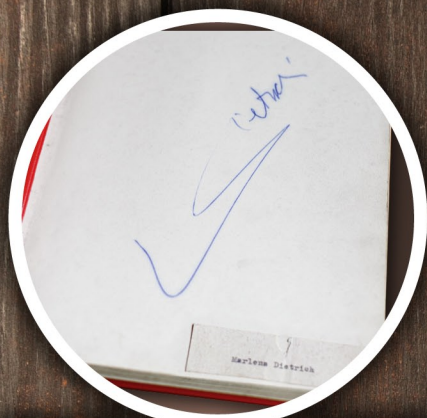
Polecana literatura:

1. Thomas DP. Sailors, scurvy and science. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997; 90(1): 50-4. doi: 10.1177/014107689709000118.
2. Hughes RE. James Lind and the cure of scurvy: an experimental approach. *Medical history*, 1975; 19(4): 342-51. doi: 10.1017/s0025727300020469.
3. The James Lind Library: <https://www.jameslindlibrary.org/>

Kampus Banacha



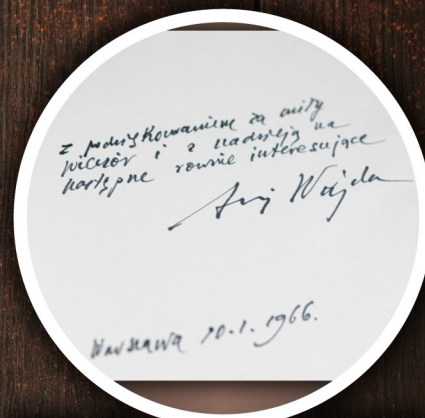
Księga Pamiątkowa Klubu Medyków



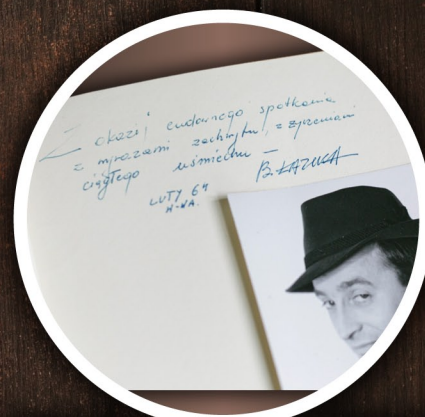
Marlena Dietrich



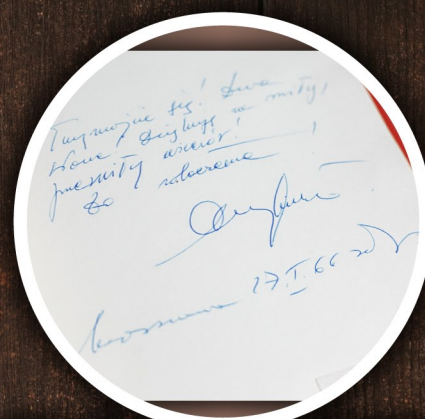
Kabaret „Dudek”



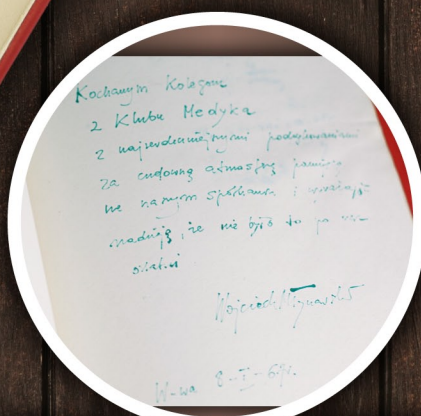
Andrzej Wajda



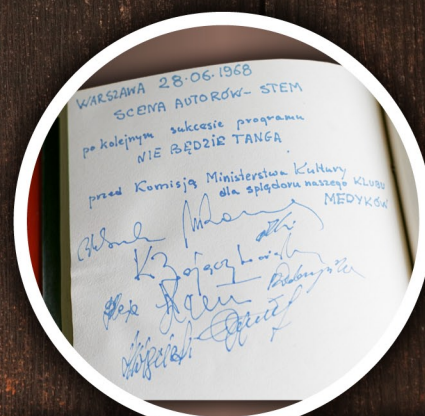
Bohdan Łazuka



Zbigniew Cybulski



Wojciech Młynarski



Scena Autorów – STEM

