

MDW

Medycyna • Dydaktyka • Wychowanie

WARSZAWA
ROK LIII
ISSN 0137-6543

6-8
2021

CZASOPISMO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO



INFORMACJE

Relacje
z dyplomatorów
str. 2

DYDAKTYKA

Modele
anatomiczne
str. 28

DYDAKTYKA

Rozmowa
z dr. Pawłem Wittem
str. 32



Dyplomatorium kierunku lekarskiego prowadzonego w języku angielskim – 26 czerwca 2021 r.



Czepkowanie absolwentów pielęgniarstwa – 14 lipca 2021 r.



Czepkowanie absolwentek położnictwa – 15 lipca 2021 r.

MEDYCYNĄ DYDAKTYKĄ WYCHOWANIE



MDW

6–8 2021

CZASOPISMO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Rok LIII, NR 6–8/2021

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
Warszawski Uniwersytet Medyczny | 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.

INFORMACJE

- 2 Cezary Ksel | Dyplomatorium kierunku lekarskiego prowadzonego w języku angielskim
- 4 Cezary Ksel | Czekowanie absolwentek i absolwentów pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu
- 6 Cezary Ksel | Czekowanie absolwentek położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu
- 8 Cezary Ksel | Dyplomatorium Wydziału Medycznego
- 10 WUM międzynarodowym liderem wśród polskich uczelni medycznych
- 11 Cezary Ksel | Rozmowa z dr. hab. Łukaszem Kołtowskim – laureatem I miejsca w konkursie „Supertalenty w Medycynie 2021” (I Katedra i Klinika Kardiologii CSK UCK WUM)
- 14 Kto i dlaczego nie chce się szczepić na COVID-19? Badanie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ARC Rynek i Opinia

KLINIKA

- 16 Pierwsza w Polsce poszerzona prawostronna hemihepatektomia techniką laparoskopową po wcześniejszej embolizacji żył wątrobowych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM
- 17 Pierwsza ocena mikrokążenia wieńcowego w I Klinice Kardiologii CSK UCK WUM
- 17 Nowatorska operacja wszczepienia stawu kolanowego „uszytego na miarę” w Klinice Ortopedii i Rehabilitacji WUM

SENAT

- 18 Marta Ewa Wojtach | Informacje z posiedzeń Senatu WUM – 29 maja, 28 czerwca, 30 sierpnia

21 STETOSKOP

NAUKA

- 24 Naukowe czwartki WUM: Szansa dla milionów kobiet. Ruszają prace nad testem na endometriozę
- 26 Naukowe czwartki WUM: Problemy z leczeniem dzieci chorych na hemofilię po ukończeniu 18 lat

DYDAKTYKA

- 28 Julian Komarnitki | Modele anatomiczne
- 32 Rozmowa z dr. Pawłem Wittem – prezesem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci DSK UCK WUM)

85 LAT DOMU MEDYKA

- 35 Bronisław Petsch, Cezary Ksel | Wspomnienie „Klub Medyków w Warszawie – ulica Oczerki 7” oraz rozmowa „>>Studiowałem<< Klub Medyków”

HISTORIA

- 40 Maria J. Turos | Lekarze wojskowi w gronie założycieli Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego



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



DYPLOMATORIUM KIERUNKU LEKARSKIEGO PROWADZONEGO W JĘZYKU ANGIELSKIM



Promocja absolwentów kierunku lekarskiego prowadzonego w języku angielskim odbyła się 26 czerwca 2021 r. w Auli Wykładowej im. prof. Janusza Piekarczyka. W uroczystości wziął udział rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong.

Gospodarzem tegorocznego dyplomatorium, odbywającego się w formie hybrydowej, był dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Rafał Krenke. Władze rektorskie reprezentowali: rektor prof. Zbigniew Gaciong oraz prorektorzy: prof. Marek Kuch i prof. Paweł Włodarski. Obecni byli prodziekani Wydziału Lekarskiego: prof. Aneta Nitsch-Osuch, dr hab. Jacek Sieńko, prof. Aleksandra Banaszkiewicz i dr hab. Łukasz Koperski, a także dziekan Wydziału Farmaceutycznego dr hab. Joanna Kolmas, prodziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Agnieszka Mielczarek oraz prodziekan Wydziału Medycznego dr hab. Joanna Peradzyńska.

W 2021 roku dyplom otrzymało 86 absolwentów programu 6-letnich studiów prowadzonych w języku angielskim oraz 22 absolwentów programu 4-letniego. Złoty Laur Absolwenta otrzymała Emilia Kniola z kierunku lekarskiego programu 6-letniego (średnia 4,64).

Zwracając się do 108 tegorocznych absolwentów kierunku lekarskiego prowadzonego w języku angielskim, rektor prof. Zbigniew Gaciong pogratulował zakończonej sukcesem edukacji na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym pomimo problemów związanych z pandemią COVID-19.

„Uczelnia zrobiła wszystko, co możliwe, aby państwa w tym trudnym czasie wesprzeć, żebyście byli zdrowi i bezpieczni. Znaczna część z państwa studiowała z miejsc oddalonych nieraz o tysiące kilometrów od uniwersytetu. W tym roku powróciliście na uczelnię i dzięki naszym wspólnym – uniwersytetu i państwa – staraniom dzisiaj odbieracie dyplomy, któ-



Przemawia rektor prof. Zbigniew Gaciong. Siedzą od prawej: prof. Rafał Krenke, dr hab. Jacek Sieńko, dr hab. Łukasz Koperski, prof. Aleksandra Banaszkiewicz



Przemawia dziekan prof. Rafał Krenke

re są przepustką do zawodowego życia” – mówił prof. Zbigniew Gaciong, przypominając, że otrzymanie dyplomu stanowi jedynie pierwszy krok umożliwiający dalszy rozwój zawodowy i naukowy.

Rektor podkreślił, że w zawodzie lekarza konieczne jest nie tylko stałe przyswajanie nowej wiedzy medycznej, ale też humanistyczne spojrzenie na pacjenta: „Musicie nadążać za bardzo szybko rozwijającą się medycyną. Kto nie nadąży, może szkodzić pacjentowi, a tu nie ma margine-

su błędu, chodzi bowiem o ludzkie zdrowie i życie. Będziecie leczyć ciało, ale równie ważne jest umiejętne wspieranie procesu zdrowienia pacjenta poprzez zrozumienie, wysłuchanie, uśmiech i dobre słowo. To tak niewiele, a naprawdę działa. Warte przywołania są słowa Hipokratesa – »wielu to lekarze z tytułu, a niewielu z postępowania«. Bądźcie lekarzami, którzy są przyjaciółmi pacjentów. To daje wielką satysfakcję i napęd do działania” – powiedział rektor.

INFORMACJE

Kończąc swoje przemówienie, prof. Zbigniew Gaciong przypomniał, że pomimo wielu zmian czekających na nowych absolwentów niezmienny pozostanie fakt ukończenia przez nich Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Temat pandemii i jej wpływu na program kształcenia pojawił się również w przemówieniu dziekana Wydziału Lekarskiego prof. Rafała Krenke. Dziekan podkreślił, że zakończona sukcesem edukacja uniwersytecka jest owocem ciężkiej pracy i determinacji studentów. „Wasi nauczyciele i mentorzy wiedzą, że studiowanie medycyny w innym państwie jest dużo bardziej wymagające i trudniejsze od studiowania w ojczyźnie. Dlatego macie prawo czuć wielką satysfakcję z tego, że pomimo ogromnych trudności, przeszkód i pojawiających się czasem wątpliwości udało wam się osiągnąć sukces” – mówił prof. Rafał Krenke.

Dziekan zwrócił uwagę na znaczenie wsparcia rodzinnego oraz rolę nauczycieli akademickich w kształceniu przyszłych lekarzy. Zachęcał do stałego podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych i poszerzania wiedzy medycznej. Zauważył również, że elementem praktyki lekarskiej jest wzięcie odpowiedzialności za pacjenta oraz za członków zespołu terapeutycznego. Podkreślił, że pomimo trudów związanych z praktyką lekarską największą radość płynnie z poczucia niesienia pomocy i ratowania życia. „Pamiętajcie, aby pielęgnować w sobie empatię i współczucie dla pacjenta. Tylko wtedy pacjenci obdarzą was zaufaniem” – dodał.

Prof. Rafał Krenke podziękował obecnym i byłym dziekanom oraz prodziekanom naszej uczelni – prof. Markowi Kuchowi, prof. Bożenie Werner, prof. Marcinowi Wojnarowi, prof. Markowi Postule i dr. hab. Jackowi Sieńko – za wysiłki służące rozwojowi studiów lekarskich prowadzonych w języku angielskim i budowanie platformy służącej rozwiązywaniu problemów studentów zagranicznych.

Po złożeniu przyrzeczenia lekarskiego i otrzymaniu dyplomów głos zabrali: w imieniu promowanych Gabriel Zaremba-Wróblewski oraz reprezentujący English Division Student Government Jannush Nathan.

Oprawę muzyczną przygotował Chór Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. ■

Cezary Ksel



Wręczenie dyplomu ukończenia studiów



Składanie przyrzeczenia lekarskiego przez tegorocznych absolwentów



Przemawia Jannush Nathan – przedstawiciel English Division Student Government. Po prawej prof. Aneta Nitsch-Osuch



CZEPKOWANIE ABSOLWENTEK I ABSOLWENTÓW PIELĘGNIARSTWA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU



Ceremonia czepkowania osób kończących studia I stopnia kierunku pielęgniarstwo odbyła się 14 lipca 2021 r. W uroczystości prowadzonej przez dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu dr. hab. Mariusza Gujskiego uczestniczył rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong.

Przybyli przedstawiciele władz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: rektor prof. Zbigniew Gaciong, prorektor prof. Paweł Włodarski, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Rafał Krenke, prodziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Agnieszka Mielczarek, prodziekan ds. pielęgniarstwa WNoZ dr hab. Łukasz Czyżewski, prodziekan ds. położnictwa WNoZ dr hab. Justyna Teliga-Czajkowska, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu prof. Bolesław Samoliński i członkowie Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Gościliśmy ponadto: dyrektora Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego Tomasza Sławatyńca, prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofię Małas, przewodniczącą Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Annę Dudzińską, zastępcę dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Beatę Szlendak, prezesa zarządu Grupy Luxmed Annę Rulkiewicz.

Wśród uczestników byli także m.in.: dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM Anna Łukasik, dyrektor ds. rozwoju i promocji zdrowia Szpitala św. Rodziny Dariusz Małczyk, zastępcę dyrektora ds. pielęgniarstwa Szpitala Klinicznego im. ks. A. Mazowieckiej Marzena Sienicka, naczelną pielęgniarkę w lokalizacji Żwirki i Wigury UCK WUM Bożena Ściegłińska, naczelną pielęgniarkę w lokalizacji Banacha UCK WUM Halina Sęk.

Podczas tegorocznej uroczystości aktowi czepkowania poddano 210 absolwen-



Rektor prof. Zbigniew Gaciong i dziekan WNoZ dr hab. Mariusz Gujski



Czepkowanie absolwentek pielęgniarstwa

tów studiów I stopnia kierunku pielęgniarstwo. Wśród nich znalazło się 198 kobiet i 12 mężczyzn.

Rektor prof. Zbigniew Gaciong rozpoczął swoje przemówienie od przywitania wszystkich obecnych w auli oraz widzów

transmisji internetowej. Szczególnie mocno podkreślił znaczenie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza w systemie ochrony zdrowia. „Pielęgniarki i pielęgniarsze są potrzebni od zawsze. Nie tylko w czasach pandemii. (...) Czekamy na Was. Jesteście

INFORMACJE

w naszych szpitalach bardzo potrzebni” – powiedział prof. Zbigniew Gaciong.

Rektor zwrócił uwagę, że czepkowanie jest rytuałem potwierdzających zdobytą wiedzę i uzyskanie dyplomu, a pierwsza w Polsce uroczystość nałożenia czepka odbyła się w 1911 r. w krakowskiej Szkole Zawodowej Pielęgniarek. Prof. Zbigniew Gaciong zauważył także, że tegoroczna uroczystość przypada w setną rocznicę rozpoczęcia zawodowego nauczania pielęgniarstwa w Warszawie. Przypomniawszy, że w 1921 r. z inicjatywy władz Warszawy, Uniwersytetu Warszawskiego, którego wówczas nasza uczelnia była częścią, oraz Ministerstwa Zdrowia Publicznego rozpoczęła działalność Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa. Wymienił również datę 19 kwietnia 1991 r. – dzień uchwalenia ustawy, na mocy której został powołany do życia samorząd pielęgniarzek i położnych.

Podczas uroczystości czepkowania dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego Tomasz Sławatyniec odczytał list wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiła.

„Stają państwo u progu niełatwej drogi zawodowej, w którą wpisana jest odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta. Sprostanie temu wyzwaniu wymaga nie tylko gruntownego przygotowania merytorycznego, ale także wrażliwości na cudze cierpienie, empatii, cierpliwości i wyrozumiałości. W tej konieczności osobistego poświęcenia wyraża się humanistyczny wymiar pracy pielęgniarki i pielęgniarza. Jest ona służbą drugiemu człowiekowi. Chciałbym, aby zawsze towarzyszyła państwu świadomość, że to zadanie niezwykle

ważne i potrzebne społecznie” – napisał wojewoda mazowiecki.

Do tegorocznych absolwentów z okolicznościowym przemówieniem zwrócił



Michał Czaplicki odbiera gratulacje i podziękowania za studentką działalność samorządową



Wręczenie nagrody dla najaktywniejszych studentów



Tegoroczne absolwentki

się także prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, która kończąc, przekazała dziekanowi dr. hab. Mariuszowi Gujskiemu specjalną monografię wydaną z okazji 30-lecia samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych. Natomiast prezes zarządu Grupy Luxmed Anna Rulkiewicz zachęcała absolwentów do szukania własnych dróg rozwoju zawodowego.

Przed odebraniem przyrzeczenia prodziekan dr hab. Łukasz Czyżewski zauważył, że dyplom ukończenia studiów służy przede wszystkim zdobyciu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza. Podkreślił, że wiedza i umiejętności otrzymane podczas studiów są ulotne, dlatego ważne jest jak najszybsze rozpoczęcie pracy zawodowej.

Akt czepkowania przeprowadzili: dr Beata Dziezic, dr Karolina Prasek, dr Anna Sadowska, mgr Izabella Krzykwa i mgr Agnieszka Nerek. Absolwenci oprócz czepków otrzymali listy gratulacyjne.

Podczas uroczystości wyróżniono trzy absolwentki, które uzyskały najlepszą średnią z toku studiów: Angelę Malewską (4,74), Agatę Magdalenę Stachowską (4,38) i Dominikę Niewierowską (4,34). Wręczono również nagrody dla najaktywniejszych studentów. Otrzymali je: Michał Czaplicki, Katarzyna Krzyżanowska oraz Aleksandra Murawska. Wręczono im także upominki od przewodniczącej Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Anny Dudzińskiej.

W imieniu tegorocznych absolwentów głos zabrała Katarzyna Krzyżanowska, starościna III roku. ■

Cezary Ksel



CZEPKOWANIE ABSOLWENTEK POŁOŻNICTWA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU



Was zawód należy do grupy „najpiękniejszych zawodów świata” – powiedział rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong do 113 absolwentek studiów I stopnia kierunku położnictwo podczas tradycyjnej ceremonii czepkowania. Gospodarzem spotkania odbywającego się 15 lipca 2021 r. był dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu dr hab. Mariusz Gujski.

Uroczystość zaszczytlili swoją obecnością: rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Zbigniew Gaciong, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu dr hab. Mariusz Gujski, prodziekan Wydziału Lekarskiego prof. Aleksandra Banaszekiewicz, prodziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego prof. Agnieszka Mielczarek, prodziekani Wydziału Nauk o Zdrowiu: prof. Robert Gałązkowski, dr hab. Justyna Teliga-Czajkowska i dr hab. Łukasz Czyżewski, prodziekan Wydziału Medycznego dr hab. Joanna Peradzyńska, a także przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu prof. Bolesław Samoliński. Władze administracyjne reprezentował zastępca kanclerza inż. Mariusz Antoniak.

Zaproszenie przyjęli m.in.: dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego Tomasz Sławatyniec, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, przewodnicząca Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Anna Dudzińska, zastępca dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Beata Szlendak, a także dyrektorzy i reprezentanci szpitali warszawskich.

W przemówieniu do tegorocznych absolwentek rektor prof. Zbigniew Gaciong zwrócił uwagę, że istotą ceremonii czepkowania jest uznanie wiedzy i umiejętności nabytych podczas studiów, a także symboliczne nadanie prawa do rozpoczęcia pracy zawodowej. Pokreślił, że wy-



Rektor WUM podczas uroczystości czepkowania



Ceremonia czepkowania

jatkowość zawodu położnej polega na towarzyszeniu w najpiękniejszych i najważniejszych chwilach w życiu każdego człowieka. Zauważył, że – bez względu na okoliczności – wszystkie zawody medyczne są niezmiennie ważne dla zdrowia i życia ludzi. Dlatego tak duże znaczenie ma posiadanie odpowiedniej liczby wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek, położ-

nych i specjalistów pozostałych obszarów medycyny.

Prof. Zbigniew Gaciong zachęcał absolwentki do związania swojej kariery zawodowej ze szpitalami klinicznymi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i placówkami współpracującymi z naszą uczelnią, a także do rozpoczęcia kształcenia na studiach II stopnia.

INFORMACJE

Specjalny list do tegorocznych absolwentek położnictwa wystosował wojewoda mazowiecki Konstanty Radziwiłł. „Nałożenie czepka to ukoronowanie wysiłku włożonego w zdobycie kwalifikacji niezbędnych do sprawowania opieki nad chorymi i symboliczny akt przyjęcia w poczet położnych. Stoją panie u progu niełatwej drogi zawodowej, w którą wpisana jest odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta. Sprostanie temu wyzwaniu wymaga nie tylko gruntownego przygotowania merytorycznego, ale także wrażliwości na cudze cierpienie, empatii, cierpliwości i wyrozumiałości. W tej konieczności osobistego poświęcenia wyraża się humanistyczny wymiar pracy położnej” – napisał wojewoda mazowiecki w liście odczytanym przez dyrektora Tomasza Sławatyńca.

Do bohaterek uroczystości zwrócili się także prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, Jeannette Kalyta – położna koordynująca Oddział Położniczy w Szpitalu Medcover, a także prodziekan ds. położnictwa dr hab. Justyna Teliga-Czajkowska, która powiedziała m.in.: „Dołożyłyście wszelkich starań, aby w tak trudnych warunkach ukończyć kształcenie. Dziś, składając uroczyste przyrzeczenie oraz otrzymując czepkę położnej, staniecie u progu nowego zawodowego życia i wielkiej przygody”.

Przyrzeczenie tegorocznych absolwentek studiów I stopnia kierunku położnictwo odebrała dr Agnieszka Nowacka, zaś aktu czepkowania dokonały: dr Grażyna Bączek, dr Beata Szyber, dr Mariola Błachnio oraz mgr Anna Narewska. Absolwentki otrzymały także listy gratulacyjne od dziekana dr. hab. Mariusza Gujskiego.

Podczas uroczystości wyróżniono trzy osoby, które uzyskały najlepszą średnią z toku studiów. Nagrody otrzymały: Anna Marta Smereka (4,42), Anna Bielik (4,37) i Angelika Lejter (4,37). Uhonorowano również najaktywniejsze studentki: Konstancję Bińkę, Antoninę Aleksandrę Frydzińską, Emilię Goździewską, Kamilę Kraszewską, Katarzynę Zofię Krysińską, Alicję Weronikę Marcinowską oraz Aleksandrę Zalewską.

Na zakończenie części oficjalnej do tegorocznych absolwentek – w imieniu starościny III roku Emilii Goździewskiej – zwróciła się Julia Krzemińska. ■

Cezary Ksel



Składanie przyrzeczenia przez absolventki położnictwa



Wręczenie listów gratulacyjnych



Dziekan WNoZ składa gratulacje absolwentce kierunku położnictwo



DYPLOMATORIUM WYDZIAŁU MEDYCZNEGO



Ponad 200 osób zakończyło w tym roku akademickim kształcenie na Wydziale Medycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. 11 sierpnia 2021 r. absolwenci czterech kierunków realizowanych na najmłodszym wydziale naszej uczelni – audyofonologii, elektroradiologii, fizjoterapii oraz logopedii ogólnej i klinicznej – odebrali dyplomy ukończenia studiów. Uroczystość poprowadził dziekan Wydziału Medycznego dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski, któremu towarzyszyli prodziekani: dr hab. Joanna Peradzyńska oraz dr Monika Lewandowska.

W Auli Wykładowej im. prof. Janusza Piekarczyka zasiedli: reprezentujący rektora WUM prof. Marek Kuch, prorektor ds. studenckich i kształcenia, prof. Wojciech Lisik, prorektor ds. klinicznych i inwestycji, prof. Rafał Krenke, dziekan Wydziału Lekarskiego, dr hab. Joanna Kolmas, dziekan Wydziału Farmaceutycznego, dr hab. Mariusz Gujski, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, prof. Agnieszka Mielczarek, prodziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego. W uroczystości wzięli także udział: prof. Bożena Kociszewska-Najman, dyrektor Uczelnianego Studium Doktoranckiego, mgr Irmina Utrata, dyrektor Biblioteki Głównej WUM. Specjalnymi gośćmi dyplomatorium byli: prof. Olga Jauer-Niworowska, kierownik Zakładu Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej UW oraz prof. Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

W roku akademickim 2020/2021 kształcenie zakończyło: 73 studentów fizjoterapii II stopnia, 59 – elektroradiologii I i II stopnia, 50 – logopedii ogólnej i klinicznej I i II stopnia oraz 21 – audyofonologii z protetyką słuchu I stopnia. Był to drugi rocznik dyplomowy absolwentów uruchomionego w roku akademickim 2018/2019 Wydziału Medycznego.



Przemawia prorektor ds. studenckich i kształcenia prof. Marek Kuch



Przemawia dziekan Wydziału Medycznego dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski

„Idźcie dalej do przodu i nie zapominajcie, z jakiej uczelni jesteście” – powiedział, w imieniu rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek

Kuch. Prorektor podkreślił, że rozpoczętą drogę zawodową będą wypełniać nie tylko radość i spełnienie związane z pomocą chorym, ale również trudności

INFORMACJE

i wyzwania. Zachęcał studentów, aby pomimo przeszkód nie cofać się i stawiać czoła problemom.

Zwracając się do bohaterów uroczystości, dziekan Wydziału Medycznego dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski pogratulował im odniesionego sukcesu. „Z wielką troską kibicowaliśmy wam w trudniejszej niż zwykle nauce, realizowanej w ciągle zmieniających się z powodu trwającej pandemii warunkach. Szczególnie doceniamy fakt, że zdołaliście – pomimo tych obiektywnych trudności – w większości ukończyć swoje prace dyplomowe, których znaczna część miała charakter badawczy” – powiedział dziekan. Życzył im także, aby nie ustawiali w pogłębianiu swojej wiedzy zawodowej. „Bez jej ciągłej aktualizacji nie ma bowiem mowy o dobrym leczeniu pacjentów. Z tego powodu macie, moi drodzy absolwenci, i obowiązek, i prawo, i przywilej ustawicznego kształcenia. Dotyczy to zarówno zdobywania kolejnych poziomów wykształcenia uniwersyteckiego, jak również uzyskiwania kolejnych umiejętności i specjalizacji w ramach różnych szkoleń podyplomowych. Tylko w taki sposób możecie stać się samodzielnymi, cenionymi fachowcami i pożądanymi członkami zespołów terapeutycznych” – dodał dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski.

Tradycyjnie podczas dyplomatorów wręczane są medale „Złoty Laur Absolwenta” przyznawane najlepszym studentom na danym kierunku. W tym roku wyróżnienie przyznawane przez rektora studentom z najwyższą średnią otrzymali: Olga Choroszevska (elektrodiagnostyka), Agnieszka Beata Bonikowska (elektrodiagnostyka), Karolina Barbara Żurek (logopedia ogólna i kliniczna) oraz Zofia Pochylska (fizjoterapia).

Ciepłe słowa do studentów skierowała prof. Olga Jauer-Niworowska, która życzyła im, aby w wybranym zawodzie odnaleźli drogę do siebie i tych, którym będą pomagać. Do absolwentów zwrócił się także prof. Maciej Krawczyk. Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów podkreślił potrzebę poszukiwania autorytetów w przyszłej pracy zawodowej. W imieniu Samorządu Studentów głos zabrała Aleksandra Kalbarczyk, a w imieniu absolwentów Zofia Pochylska. ■

Cezary Ksel



Wręczenie „Złotego Lauru Absolwenta”. Od lewej: prof. Marek Kuch, Karolina Barbara Żurek, prof. Wojciech Lisik, Zofia Pochylska, dr hab. prof. WUM Dariusz Białoszewski



Absolwenci wraz z dyplomami ukończenia studiów otrzymali przypinki wydziałowe



Aleksandra Kalbarczyk zabrała głos w imieniu samorządu studentów

Academic Ranking of
World Universities

TOP 800

2021

WUM MIĘDZYNARODOWYM LIDEREM WŚRÓD POLSKICH UCZELNI MEDYCZNYCH

W sierpniu 2021 r. opublikowano ranking najlepszych szkół na świecie – Academic Ranking of World Universities (ARWU), zwany „Listą szanghajską”. Warszawski Uniwersytet Medyczny uplasował się w tegorocznym zestawieniu w grupie miejsc pozycjonowanych od 701. do 800., awansując o dwie grupy w stosunku do ubiegłego roku. Nasza uczelnia została także najlepiej oceniona spośród polskich uczelni medycznych. „Zajęcie przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w rankingu szanghajskim najwyższej pozycji spośród polskich uczelni medycznych, uplasowanie się w pierwszej czwórce polskich uczelni w ogóle, a także awans o dwie grupy w stosunku do roku 2020 jest potwierdzeniem marki naszej uczelni. Z pewnością wpłynie to na zwiększenie rozpoznawalności WUM na światowym rynku edukacyjnym. Ogłoszenie wyników rankingu w czasie rekrutacji na studia też ma olbrzymie znaczenie. Kandydaci poszukują bowiem najlepszych uczelni, aby po ich ukończeniu mieć gwarancję pracy, rozwoju i satysfakcji zawodowej” – powiedział rektor WUM prof. Zbigniew Gaciong, komentując pozycję Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w tegorocznym rankingu.

Zajęcie pozycji lidera wśród polskich uczelni medycznych to – według prof. Zbigniewa Gacionga – przede wszystkim konsekwencja innowacyjnych projektów badawczych realizowanych przez naukowców WUM. „Uczelnia nadal konsekwentnie, zgodnie z założeniami strategii WUM na lata 2020–2024, będzie

wspierać swoich naukowców i ich projekty. W tym najbardziej prestiżowym rankingu jest duże grono naszych badaczy zakwalifikowanych jako «wysokocytowani». To ich praca i zaangażowanie w największym stopniu stanowi o rozpoznawalności naszego uniwersytetu w świecie. Bezpośredni wpływ na klasyfikację w rankingu ma też udział WUM w międzynarodowych naukowych konsorcjach i sieciach badawczych, np. European Research Network, a także dalsze pogłębianie współpracy z wiodącymi zagranicznymi ośrodkami badawczymi i uniwersytetami, takimi jak na przykład: European Research Council, National Institutes of Health, University of Oxford, Charité – Universitätsmedizin Berlin” – zauważył rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W gronie 1000 najlepszych szkół wyższych znalazło się 10 polskich uczelni. Podobnie jak w roku ubiegłym najwyżej oceniono Uniwersytet Jagielloński i Uniwersytet Warszawski (poz. 401-500). W siódmej setce obok WUM znalazła się Akademia Górniczo-Hutnicza im. St. Staszica w Krakowie. Kolejne miejsca zajęły Politechnika Gdańska (poz. 801-900), Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (poz. 801-900), Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (poz. 801-900), Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (poz. 901-1000), Politechnika Warszawska (poz. 901-1000) i Politechnika Wrocławska (poz. 901-1000).

W stosunku do lat ubiegłych nie zmieniła się czołówka najlepszych

uczelni na świecie. W 2021 roku zestawienie otwiera Uniwersytet Harvarda. Na drugim miejscu znalazł się Uniwersytet Stanforda, a na trzecim brytyjski Uniwersytet Cambridge. W pierwszej dziesiątce jest 8 uczelni amerykańskich i dwie brytyjskie.

Metodologia rankingu wykorzystuje 6 obiektywnych wskaźników. Pod uwagę bierze się: liczbę absolwentów (oraz osobno pracowników), którzy otrzymali Nagrodę Nobla lub Medal Fieldsa, liczbę publikacji w czasopismach „Nature” lub „Science”, liczbę najlepiej cytowanych naukowców (Highly Cited Researchers) oraz publikacji, które znalazły się w wybranych indeksach cytowań (Science Citation Index – Expanded oraz Social Sciences Citation Index). W zestawieniu uwzględnia się też wielkość osiągnięć w stosunku do wielkości uczelni.

Rektorzy 10 polskich uczelni znajdujących się w Academic Ranking of World Universities otrzymali od ministra edukacji i nauki Przemysława Czarneka list z gratulacjami, w którym podziękował „za dotychczasowe zaangażowanie i wysiłek w dążeniu do jak najlepszych wyników pracy uczelni”. Wśród adresatów listy był prof. Zbigniew Gaciong. „Jestem jednocześnie przekonany, że wyróżnienie to rozbudzi w uczelnianych społecznościach akademickich wciąż nieodkryte pokłady rezerw otwierających drogę do dalszego doskonalenia, a także determinacji we współzawodnictwie oraz dążeniu do osiągania ambitnych celów” – napisał w gratulacjach minister Przemysław Czarnek. ■

Rozmowa z dr. hab. n. med. Łukaszem Kołtowskim laureatem I miejsca w konkursie „Supertalenty w Medycynie 2021” (I Katedra i Klinika Kardiologii CSK UCK WUM)



Wręczając Panu nagrodę dla zwycięzcy konkursu „Supertalenty w Medycynie 2021”, użyto określenia „kardiolog z żyłką wynalazcy”. Kiedy odkrył Pan w sobie tę żyłkę wynalazcy?

Trudno mi wskazać taki moment, ale przypominam sobie wyjazd przed kilkudziesięcioletnią laty do ojca, który w Sankt Augustin pod Bonn skończył się w zakresie kardiologii dziecięcej. Pamiętam z tego półrocznego pobytu interesujące i bardzo długie dyskusje na temat wspomagania krążenia, funkcjonowania serca i możliwości jego zastąpienia sztucznym narządem. Zastanawiałem się, dlaczego nie powstało sztuczne serce. Ojciec tłumaczył mi różne zawiłości, np. że krew poddawana w pompie ściskaniu mechanicznemu ulega uszkodzeniu, co powoduje niedokrwistość. Rozmowy te zachęciły mnie do przygotowywania własnych szkiców sztucznego serca czy sztucznej komory, zaprojektowanych tak, aby nie dochodziło do zbyt dużego ucisku na krwinki czerwone. Oczywiście te dziecinne dylematy zakończyły się na etapie dywagacji i teoretycznych rozważań. Gdyby jednak pomyśleć o początkach, to potrzeba znajdowania rozwiązań pojawiła się chyba właśnie wtedy – miałem 13 lat.

A w latach późniejszych co stanowiło taki katalizator?

Myślę, że było nim uświadomienie sobie możliwości, jakie daje wykorzystanie urządzeń mobilnych w ochronie zdrowia. Zanim do tego doszło, w trakcie studiów

medycznych interesował mnie temat organizacji służby zdrowia i jej usprawniania. Aby zgłębić ten problem, rozpocząłem zaoczne studia w Akademii Leona Koźmińskiego. Umożliwiły mi one wyjazd na Erasmusa do Sztokholmu, gdzie dostrzegłem nowy sposób zarządzania zdrowiem pacjenta za pomocą różnego rodzaju urządzeń przenośnych. Zachwyciłem się tą zupełnie mi nieznaną koncepcją. Przypomnijmy, że były to czasy bez smartfonów, używano jedynie palmtopów. Na zakończenie kursu z innowacji napisałem pracę zaliczeniową o pacjencie z ostrym zespołem wieńcowym, wykonującym w domu badania, których wyniki transmituje na biurko lekarza prowadzącego. Pacjent był więc de facto diagnozowany z poziomu jego własnego domu. Było to 15 lat temu i już wtedy zafascynowałem się możliwością wykorzystania nowych technologii w zarządzaniu zdrowiem. Uważałem to za coś oczywistego. Tym bardziej, że również moi szwedzcy mentorzy, profesorowie dostrzegali potencjał zastosowania zdobytych technik. Dlatego zacząłem się interesować informatyką, analityką danych, zaawansowaną statystyką, modelami predykcyjnymi czy modelami stratyfikacji ryzyka, a w dalszej kolejności siecią neuronową czy sztuczną inteligencją w rozumieniu stosowania jej w medycynie do podejmowania lepszych decyzji.

Kapituła konkursu zwróciła uwagę na opracowany przez Pana i opatentowany system spirometryczny

służący monitorowaniu i samokontroli pacjentów z chorobami płuc.

Myśl usprawnienia diagnostyki chorób płuc pojawiła się już w 2014 roku. Będąc w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM na Banacha, zorientowałem się, jak trudno jest wykonać bardzo ważne badanie czynnościowe funkcji płuc, czyli spirometrię. Stwierdziłem, że warto pewne pomysły wykorzystywane w diagnostyce kardiologicznej zastosować również w przypadku pacjentów z chorobami płuc. Badanie jednodowodowe EKG robiło się już wówczas przy łóżku chorego, a idąc na konsultacje do pacjenta, echokardiografy mogliśmy włożyć do kieszeni. Tak narodził się pomysł, aby podjąć próby wykorzystania potencjału urządzeń przenośnych do stworzenia systemu spirometrycznego służącego do monitorowania i samokontroli pacjentów z chorobami płuc. Na swojej drodze spotkałem ludzi interesujących się tematami medycznymi i dodatkowo posiadających doświadczenie inżynierskie. Wspólnie stworzyliśmy system AioCare, który obecnie jest dystrybuowany w ponad 30 krajach na świecie.

Sądzi Pan, że żyłka wynalazcy musi towarzyszyć każdemu lekarzowi?

Nie wiem, czy każdemu. Natomiast proszę spojrzeć na dawnych medyków tworzących podwaliny medycyny, np. Leonarda da Vinci, który był zarówno lekarzem, jak i konstruktorem. Czytam jego książki, jestem zafascynowany jego sposobem

działania polegającym najpierw na obserwacji rzeczywistości, następnie znalezieniu i zrozumieniu problemu czy patologii, a ostatecznie na podjęciu pracy nad rozwiązaniem i naprawieniem problemu. Wydaje mi się, że w pewnym stopniu jest to element naszego zawodu. My, lekarze, również cały czas powinniśmy wątpić i szukać usprawnień, bacznie obserwować otaczający nas świat i starać się na każdym poziomie wdrażać rozwiązania pomocne dla pacjenta.

Jakie zdobycze współczesnej kardiologii inwazyjnej, której poświęcił Pan swoją pracę kliniczną, mają szczególny wpływ na zdrowie i życie pacjentów?

W kardiologii inwazyjnej per se nasze działania zaczęły mocno wchodzić w obszar, którym dotychczas zajmowała się kardiochirurgia. Poza tętnicami wieńcowymi, które zostały już dawno zagospodarowane przez kardiologię interwencyjną, wkroczyliśmy w obszar zastawek, innymi słowy – w obszar leczenia wad strukturalnych, zamykania różnego rodzaju ubytków, naprawy pojawiających się nieprawidłowości, w tym głównie naprawę lub wymianę niesprawnych zastawek serca. Ponadto w ramach leczenia tętnic wieńcowych zaczynamy schodzić na poziom mikronaczyń i mikrokrążenia. Ten drugi obszar, na który wkracza współczesna kardiologia interwencyjna, ma szczególne znaczenie. Powiedziałbym wręcz, że jesteśmy w przededniu rutynowego diagnozowania chorób mikrokrążenia z wykorzystaniem nowoczesnych metod pozwalających uniknąć subiektywnej oceny badania, a co za tym idzie – umożliwiających postawienie lepszej diagnozy. Metody te dotychczas były stosowane w laboratoriach. Dopiero od niedawna zaczynają być komercyjnie dostępne, mogą być również instalowane w szpitalach. I to już się dzieje. Kolejny obszar, którym zajmuje się współczesna kardiologia interwencyjna, dotyczy oceny narastania blaszki miażdżycowej, funkcji i struktury tej blaszki przez bardzo zaawansowane obrazowanie wewnątrznaczyniowe.

Rozwój jakich technologii, oprócz obrazowania, wpływa w największym stopniu na postępy w kardiologii inwazyjnej?

To przede wszystkim miniaturyzacja narzędzi mająca kolosalne znaczenie dla

postępów w leczeniu zastawek serca. Ponadto wciąż odkrywamy nowoczesne materiały, które posiadają specyficzne właściwości uzyskiwania swojej sztywności w ciele lub dostosowują się do temperatury ciała. Warto również zwrócić uwagę na rozwój nowoczesnych, biochemicznych lub biofizycznych sensorów, a także ich miniaturyzację pozwalającą na implantację bezpośrednio w serce. Interesująco rozwija się bezprzewodowa transmisja danych, która jest nie tylko coraz szybsza, ale także umożliwia przesyłanie informacji z urządzeń wszczepialnych do systemu monitorującego stan pacjenta. System zatem jest w stanie w czasie rzeczywistym kontrolować stan chorego i odpowiednio zareagować na niepokojące objawy. Jest to swego rodzaju opiekun elektroniczny wykrywający zaburzenia. Nie są to rzeczy nowe, bo przecież już teraz mamy pacjentów z zaimplementowanymi urządzeniami, takimi jak stymulator, którzy są monitorowani w czasie rzeczywistym. Jednak w związku z dużą liczbą osób borykających się z chorobami sercowo-naczyniowymi obszar bezprzewodowej transmisji danych będzie się dalej spektakularnie rozwijać.

Czy to samo można powiedzieć o wykorzystaniu wirtualnej rzeczywistości?

Dziś stosujemy i mamy pierwsze doświadczenia z rozszerzoną rzeczywistością, czyli augmented reality. Jest to technologia umożliwiająca operatorowi, działającemu w goglach, oglądanie obrazów z tomografii komputerowej pacjenta w trakcie zabiegu, który wykonuje. Pozwala ona operatorowi lepiej planować dany zabieg. Jej wprowadzanie do kardiologii inwazyjnej jest jednak na bardzo wczesnym etapie. Wykorzystanie tej technologii idzie w takim kierunku, aby – ograniczając stosowanie ilości promieni rentgena – wykonywać zabieg, nie patrząc na monitor, tylko na pacjenta i widzieć wirtualnie nałożone jego naczynia, serce i narzędzia, którymi działamy niejako w ciele pacjenta leżącego na stole. Natomiast warto podkreślić, że wirtualna rzeczywistość, czyli virtual reality, daje szersze możliwości. Stosuje się ją np. podczas treningów zespołu z udziałem symulacji, podczas których zespół może w wirtualnym pomieszczeniu trenować z wirtualnym pacjentem wszelkiego rodzaju zabiegów. Mam nadzieję, że w budo-

wanym Centrum Symulacji Medycznych WUM takie technologie będą dostępne. Wirtualna rzeczywistość to w końcu także edukacja pacjenta, paradoksalnie bardzo skuteczna. Wspólnie z dr. hab. Pawłem Balsamem opublikowaliśmy w czasopiśmie „Cardiology Journal” badanie dotyczące tego, jak półtoraminutowy film w technologii 3D, pokazany pacjentom za pomocą gogli Oculus i smartfona, wpływa na zapamiętanie przez pacjenta zaleceń lekarza. Wzrost stopnia zapamiętania informacji był zdumiewający.

Jak Pan ocenia obecny stan polskiej kardiologii inwazyjnej?

Biorąc pod uwagę dostępność leczenia ostrych zespołów wieńcowych, czyli pomoc w sytuacji zagrożenia życia, to na tle Europy lokujemy się mocno w czołówce. Natomiast w obszarze wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań, np. w leczeniu wad zastawkowych, przed nami wciąż dużo pracy. Nie wynika to jednak z braku naszych umiejętności czy braku dostępu do nowoczesnych technologii. Problemem jest brak finansowania. Niestety w obszarze leczenia wad strukturalnych i niewydolności serca nie znalazły się pieniądze na zbudowanie odpowiedniego systemu.

Z jakimi jeszcze wyzwaniami muszą radzić sobie kardiologowie inwazyjni?

Aby jakaś dziedzina mogła się rozwijać, potrzebni są ludzie tworzący zespoły badawcze. W kardiologii inwazyjnej jest jeszcze bardzo wiele do odkrycia. Niestety problemy kadrowe to hamują. Mamy bardzo zdolnych ludzi, którym brakuje czasu na tzw. research. W ośrodkach akademickich nie funkcjonują odpowiednie rozwiązania pozwalające na to, aby grafik naszej pracy podzielić na dni poświęcone leczeniu pacjentów oraz dni poświęcone działalności badawczo-naukowej. Mówiąc o pracy naukowej, mam na myśli nie tylko pisanie publikacji, ale także przeprowadzanie badań, przygotowanie wniosków grantowych czy rozwijanie współpracy z szeroko pojętymi partnerami, zarówno naukowcami z innych uniwersytetów, jak i przemysłem.

Panu udaje się jednak łączyć pracę zawodową i naukową.

W moim przypadku duża aktywność na polu nowoczesnych technologii z jednej

INFORMACJE

strony, a z drugiej wnikliwa obserwacja i rozumienie potrzeb pacjentów rodzą różnego rodzaju pomysły na granty. Tak było w przypadku realizowanego obecnie projektu, na który otrzymaliśmy grant w konkursie Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK. To projekt, którego celem jest rozwój nowoczesnej diagnostyki w obszarze mikrokrążenia.

Na czym polegałaby innowacja w diagnostyce?

Na wykorzystaniu nowoczesnych markerów, biomarkerów, mikropecherzyków, które mogłyby stać się w pewnym momencie markerem nieinwazyjnym. Jeżeli udałoby nam się udowodnić i odkryć biomarkery specyficzne dla choroby mikrokrążenia, moglibyśmy tanim kosztem wytypować pacjentów mających ten rodzaj choroby i zaprosić ich na bardziej specjalistyczne leczenie. Dzięki tym biomarkerom udałoby nam się w prosty sposób identyfikować osoby narażone na powikłania zdrowotne. Ci, którzy mieliby podwyższony marker, zostaliby poddani różnego rodzaju dodatkowym badaniom.

Chciałbym przez chwilę zatrzymać się na temacie stentów, ponieważ w tym roku mija 35 lat od rozpoczęcia implantacji pierwszych stentów metalowych. Jaki będzie dalszy kierunek ich rozwoju?

Pierwsze stenty rzeczywiście były metalowe, czysto stalowe. Powodowały jednak dużo odpowiedzi tkankowej, to znaczy zarastały. Później powstały stenty uwalniające lek, pokryte polimerem z lekami antymitotycznymi hamującymi wzrost śródbłonna. Jednocześnie, wraz z rozwojem materiałów, zaczęto produkować stenty kobaltowo-chromowe, bardziej przyjazne, biokompatybilne i wytrzymałe konstrukcje. Z biegiem lat stenty traciły na swojej grubości – przeszło stentu spadło z około 300 mikrometrów na samym początku do obecnych 60 mikrometrów. To tyle co ułamek włosa. Dalszy krok stanowią stenty bioresorbowalne, czyli takie, które po 3–4 latach po implantacji znikają z naczynia, pozostawiając to naczynie wygojone. Jesteśmy po pierwszej generacji tego rodzaju stentów, która – w moim przekonaniu – nie była odpowiednio dopracowana. Dlatego na stenty bioresorbowalne drugiej

generacji patrzymy z dość dużym sceptycyzmem. Niemniej sądzę, że idziemy w dobrym kierunku, czyli stentów zachowujących się podobnie jak rozpuszczalne szwy.

Jakie nowoczesne procedury diagnostyczne i metody leczenia stosuje Pracownia Kardiologii Inwazyjnej I Katedry i Kliniki Kardiologii?

Staramy się wdrażać wszystkie nowe technologie. W zakresie wad strukturalnych już ponad 10 lat temu rozpoczęliśmy wszczepianie zastawki aortalnej TAVI, a później jej kolejne generacje. Jako pierwsi rozpoczęliśmy zabiegi w obszarze zastawki mitralnej, plastikę zastawki mitralnej z wykorzystaniem wewnątrznacyniowej zapinki. Dr Arkadiusz Pietrasik i dr Adam Rdzanek również jako pierwsi w Polsce wykonali zapięcie tym samym klipem mitralnym jednoczasową korekcję zastawki trójdzielnej, czyli operację z punktu widzenia kardiochirurgicznego już zaawansowaną, bo wymagającą interwencji na dwóch stronach serca. Kolejnym etapem jest nowa zastawka mitralna, czyli wszczepienie całej zastawki do serca w pozycję zastawki dwudzielnej.

Oprócz kardiologii inwazyjnej drugim obszarem Pana zainteresowań jest telemedycyna. Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na jej rozwój?

Mieliśmy dużo szczęścia, ponieważ podwaliny systemu telemedycyny zostały zbudowane w Polsce jeszcze przed wybuchem pandemii. Nasz zespół kliniczny był mocno zaangażowany w zmianę legislacyjną. W 2015 roku wspólnie z prof. Grzegorzem Opolskim, prof. Marcinem Grabowskim i dr. hab. Pawłem Balsamem oraz kolegami z innych ośrodków przygotowaliśmy „Deklarację Bałtycką”, czyli dokument, który zebrał opinie kardiologów i środowiska medycznego na temat ówczesnego stanu telemedycyny i głównych barier hamujących jej rozwój. Znalazła się tam informacja, że polskie prawo zabrania de facto korzystania z dobrodziejstw telemedycyny, teleporad, zdalnego monitorowania i podejmowania decyzji klinicznych przy użyciu narzędzi telemedycznych. Opublikowanie deklaracji zaowocowało stworzeniem Fundacji Telemedycyna Grupa Robocza, której celem było znoszenie różnego rodzaju barier i dostarczanie rze-

telnych dowodów naukowych potwierdzających wartość telemedycyny. Pierwszym efektem naszych działań była zmiana ustawy o działalności leczniczej. Nowe regulacje pomogły wykorzystać zdobycze telemedycyny podczas zbliżającej się pandemii. Zniknęły bariery hamujące jej stosowanie. Ówczesny prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, obecny minister zdrowia Adam Niedzielski, wprowadził w ciągu trzech tygodni zmiany w finansowaniu, które umożliwiły rozkwit teleporad. W moim przekonaniu prowadzenie teleporad w czasie pandemii odegrało ogromną rolę w zapobieganiu jeszcze większej liczbie ofiar COVID-19.

Mimo to słyszy się czasem krytyczne opinie o teleporadach.

Teleporady nie mogą rozwiązać wszystkich problemów pacjentów. Szacujemy, że służą one około 60% z nich, zaś 40% wymaga mimo wszystko kontaktu fizycznego z lekarzem. Pamiętajmy, że teleporada to tylko głos. To nie jest wideo-konsultacja, podczas której widzimy pacjenta. Gdybyśmy teleporady połączyli z wideo-konsultacją, a także wykorzystali narzędzia bezprzewodowej transmisji danych, to umożliwiliby to nam precyzyjniejszą diagnozę, zmniejszając tym samym liczbę pacjentów wymagających kontaktu fizycznego z lekarzem.

Jaki przewiduje Pan rozwój telemedycyny?

Będzie szła w kierunku miniaturyzacji oraz analizowania dużej ilości danych o stanie zdrowia pacjenta, które następnie zostaną poddane analizie, ale nie przez lekarza, a specjalne systemy flagujące pacjentów.

Wchodzimy zatem w obszar sztucznej inteligencji?

Sztuczna inteligencja będzie się bardzo szybko rozwijała. Co do tego nie mam żadnych wątpliwości. Przez ostatnie 2–3 lata, realizując wiele własnych projektów, zobaczyłem wyższość sztucznej inteligencji nad klasyczną statystyką. Dlatego w przyszłości będziemy coraz powszechniej korzystali z jej dobrodziejstw. My nie wchodzimy w obszar sztucznej inteligencji, my w niej jesteśmy. Wystarczy się rozejrzeć... ■

Rozmawiał Cezary Ksel

KTO I DLACZEGO NIE CHCE SIĘ SZCZEPIĆ NA COVID-19?

– BADANIE WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO ORAZ ARC RYNEK I OPINIA

Co trzeci Polak (32%) w wieku od 18 do 65 lat przyznaje, że nie zamierza się zaszczepić na COVID-19.

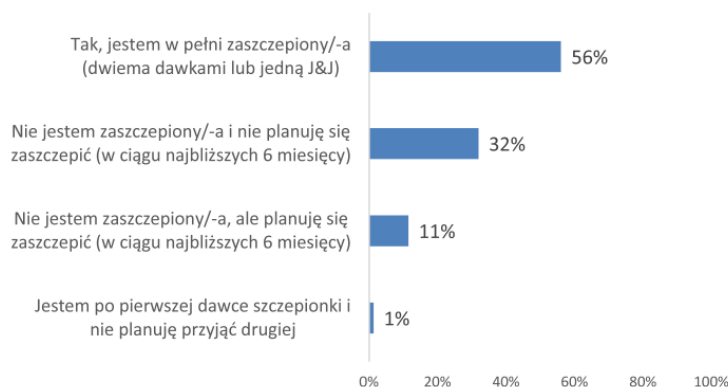
Aż 27% badanych deklaruje, że nic nie przekona ich do zmiany zdania, a 5% dopuszcza pewne argumenty, które mogłyby ich przekonać do zmiany decyzji – wynika z badania zrealizowanego przez ARC Rynek i Opinia we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Co dziesiąty Polak planuje zaszczepić się na COVID-19 w ciągu najbliższych sześciu miesięcy, zaś ponad połowa Polaków w wieku 18-65 lat jest zaszczepionych. Odsetek osób, które nie planują się zaszczepić jest bardzo wysoki i stanowi 32%. Wśród przeciwników szczepienia jest więcej kobiet (37% kobiet versus 27% mężczyzn) oraz osób z grupy wiekowej 25-34 lata (41%) i z podstawowym wykształceniem (41%). Zdecydowanie najmniej jest tutaj osób z najstarszej badanej grupy wiekowej (45-65 lat) – 23% oraz osób z wykształceniem wyższym – 24%.

Jako główną przyczynę nieszczepienia się badani podają brak takiej potrzeby oraz brak zaufania i negatywne nastawienie do szczepienia. Niemal co piąty respondent uważa, że szczepionka nie jest skuteczna i obawia się skutków ubocznych.

Wśród trzech argumentów, które przemówiłyby do części osób, które obecnie nie zamierzają się szczepić, są: potwierdzona skuteczność szczepionki, otrzymanie pieniędzy/nagrody lub przymus/regulacje prawne.

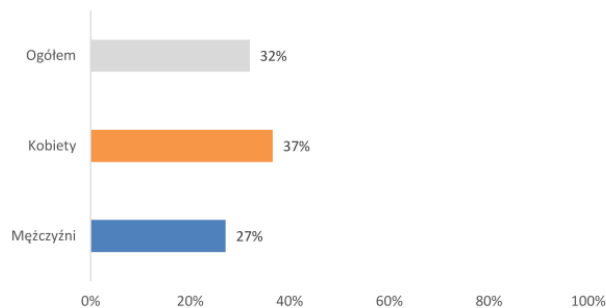
Komentarz dr hab. Wojciecha Feleszko (WUM): – Wnioski z tego badania są dwójakie – po pierwsze, że pula zdecydowanych przeciwników szczepień przeciw COVID-19 się nie zmienia i pozostaje na poziomie ok. 27-30%, i tak prawdopodobnie zostanie. Nawet IV fala epidemii prawdopodobnie nie zachęci nikogo z tych respondentów

Sytuacja dot. szczepień na COVID-19 i plany Polaków w tym obszarze



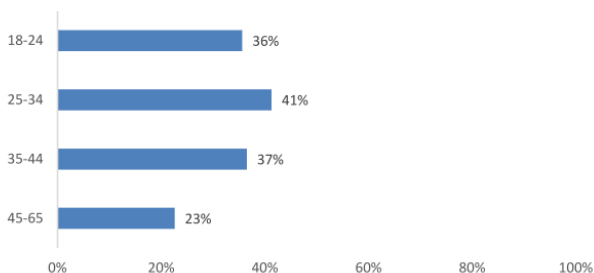
Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

Odsetek osób, które nie planują się zaszczepić



Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

Odsetek osób, które nie planują się zaszczepić w podziale na wiek



Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

INFORMACJE

do zmiany zdania. Po drugie, że wśród tych, którzy deklarują się jako przeciwnicy istnieje pewna pula takich osób (ok. 15%), które gotowe są zmienić zdanie w momencie nabrania większej pewności co do skuteczności szczepionki, zachęty finansowej czy też wynikających z niezaszczenia obostrzeń natury prawnej. Chodzi w szczególności o utrudniony dostęp do restauracji, kin, transportu publicznego itp. Wydaje się, że zwłaszcza argument o skuteczności szczepienia mógłby zostać wykorzystany w rzetelnej kampanii informacyjnej opartej na faktach, to znaczy: pokazującej twarde dane naukowe głoszone ustami ekspertów, a nie jak dotychczas – celebrytów. W takie role mogłyby się wcielić rozpoznawalne autorytety naukowe (takie jak np. prezes Polskiej Akademii Nauk, dr Paweł Grzesiowski czy prof. Krzysztof Simon). Wątpliwy sukces polskiego programu szczepień (ok. 48% zaszczepionych) nie odbiega zasadniczo od wyników uzyskanych w innych państwach Europy Wschodniej (np. Słowacja 42%, Słowenia 47%, Czechy 53%, Rumunia 25%) i różni się zasadniczo od wyników państw Europy Zachodniej (Francja 67%, Hiszpania 70%, Holandia 66%, Włochy 64%). Czyżby pewną rolę odgrywały tutaj nie tylko czynniki związane z wykształceniem (w Polsce przeważającą grupę nieszczepiających się stanowią osoby z wykształceniem podstawowym), poziomem społecznego zaufania, ale też i ciężkości 1, 2 i 3 fali epidemii? Ponadto, stajemy za moment przed niezwykle ciekawą obserwacją: jak przebieg 4 fali zmieni nastawienie Polaków do szczepień. Np. w Izraelu, gdzie bardzo szybko osiągnięto poziom zaszczepienia 60% i krzywa wyszczepialności stała się w miejscu, to w odpowiedzi na zniwo, jakie zebrała 4 fala, udało się poprawić ten odsetek do niemal 75% i krzywa nadal pnie się w górę.

Informacja o badaniu

Raport powstał na podstawie badania zrealizowanego przez ARC Rynek i Opinia metodą CAWI (ankiety online zrealizowane na ePanel.pl) na próbie populacji Polaków w wieku 18-65 lat N=1016, reprezentatywnej pod względem płci, wieku, wielkości miejscowości zamieszkania, wykształcenia oraz regionu GUS. Termin realizacji badania: 4-10 sierpnia 2021 r.

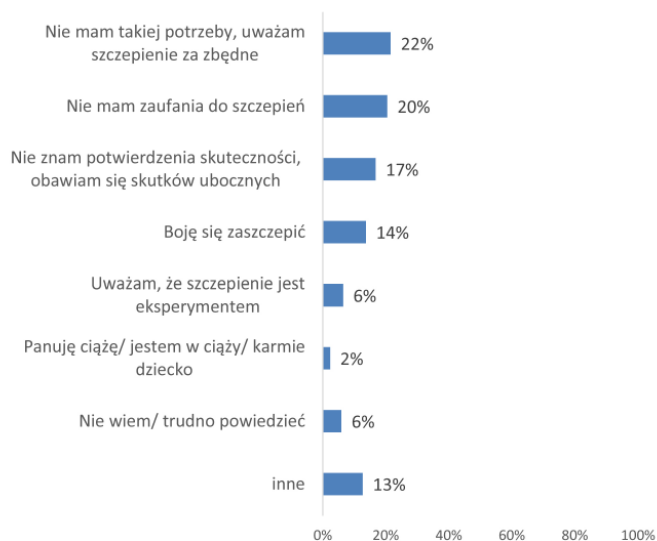
Materiały prasowe

Odsetek osób, które nie planują się zaszczepić (wykształcenie)



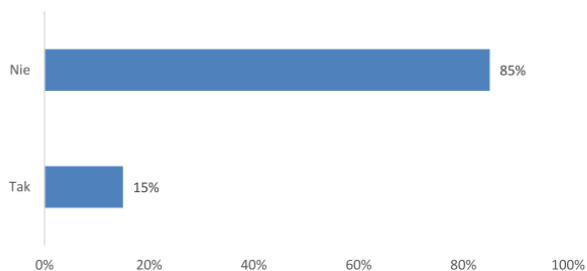
Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

Przyczyny nieszczepienia się



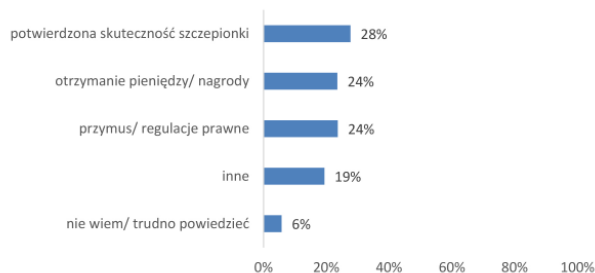
Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

Czy są argumenty, które by Cię przekonały do zmiany zdania i zaszczepienia się?



Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

Co zachęciłoby Cię do zmiany zdania i przyjęcia szczepionki?



Źródło: Badanie ARC Rynek i Opinia oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 4-10.08.2021

PIERWSZA W POLSCE POSZERZONA PRAWOSTRONNA HEMIHEPATEKTOMIA TECHNIKĄ LAPAROSKOPOWĄ PO WCZEŚNIEJSZEJ EMBOLIZACJI ŻYŁ WĄTROBOWYCH W KLINICE CHIRURGII OGÓLNEJ, TRANSPLANTACYJNEJ I WĄTROBY CSK UCK WUM

Pierwszą w Polsce prawostronną poszerzoną hemihepatektomię techniką laparoskopową poprzedzoną embolizacją żył wątrobowych i gałęzi żyły wrotnej wykonał w marcu 2021 r. prof. Michał Grąt wraz z zespołem w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM, kierowanej przez prof. Krzysztofa Zieniewicza. Operację, obejmującą wycięcie 70% miększego wątroby, przeprowadzono u chorego z zaawansowanym rakiem wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. Prawostronna poszerzona hemihepatektomia jest praktycznie najbardziej rozległą możliwą do wykonania onkologiczną operacją wycięcia części wątroby.

Standardem przeprowadzania tak rozległych resekcji wątroby jest szerokie otwarcie jamy brzusznej (laparotomia) pod łukami żebrowymi. Dostęp ten zapewnia odpowiedni wgląd w pole operacyjne i ułatwia przeprowadzenie operacji. Z drugiej strony tak rozległe cięcie w obrębie powłok brzucha naraża chorego na ból, powikłania związane z gojeniem rany pooperacyjnej (zakażenia, krwawiki, przepukliny czy nawet rozjęście się rany z wytrzewieniem) oraz przedłuża powrót do sprawności w okresie pooperacyjnym. Skrócenie okresu rehabilitacji i zmniejszenie ryzyka powikłań są natomiast kluczowe w odpowiednio szybkim rozpoczęciu chemioterapii uzupełniającej. Zastosowanie mało inwazyjnego dostępu laparoskopowego w tych niezwykle trudnych technicznie operacjach wątroby bezpośrednio wpływa na przebieg pooperacyjny poprzez zminimalizowanie bólu, znaczące zmniejszenie ryzyka powikłań



Prof. Michał Grąt wraz z zespołem podczas przeprowadzania operacji

oraz przyspieszenie powrotu do pełnej sprawności. Ponadto precyzyjne preparowanie tkanek w technice laparoskopowej zmniejsza śródoperacyjną utratę krwi i zmniejsza ryzyko konieczności przetaczania preparatów krwiopochodnych.

Niewątpliwie zalety zastosowania techniki laparoskopowej w rozległych anatomicznych resekcjach wątroby są ograniczone przez znaczny stopień trudności technicznej tych operacji. Z tego względu operacje te wykonywane są jedynie w bardzo niewielkiej liczbie ośrodków chirurgii wątroby na świecie. Wykonanie najbardziej rozległej z tych operacji było możliwe dzięki doświadczeniu, które prof. Grąt wraz z zespołem uzyskali, tworząc i rozwijając pionierski program rozległych laparoskopowych resekcji wątroby w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM. Co niezwykle istotne, operację wykonano po wcześniejszym zamknięciu dopływu

i odpływu krwi z prawych segmentów wątroby technikami radiologii interwencyjnej przez zespół kierowany przez prof. Olgierda Rowińskiego. Zabieg ten doprowadził do przerostu fragmentu wątroby, który miał pozostać po operacji, w stopniu umożliwiającym uniknięcie pooperacyjnej niewydolności wątroby. Tym samym chory z wyjściowo nieoperacyjnym, zaawansowanym nowotworem dróg żółciowych został poddany leczeniu umożliwiającemu wyzdrowienie poprzez zastosowanie mało inwazyjnych procedur radiologii interwencyjnej oraz mało inwazyjnej, lecz niezwykle rozległej operacji wątroby. Chory w dobrym stanie został wypisany do domu 7 dni po przeprowadzonej operacji.

W operacji asystowali dr Maciej Krasnodębski, dr Michał Skalski i dr Konrad Kobryń. Znieczulenie przeprowadziła dr Marta Dec. ■

Materiały prasowe

PIERWSZA OCENA MIKROKRĄŻENIA WIEŃCOWEGO W I KLINICE KARDIOLOGII CSK UCK WUM

W ramach I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wystartował program diagnostyki czynnościowej mikrokrażenia wieńcowego. Jego realizacja opiera się na nowoczesnym sprzęcie diagnostycznym pozwalającym na precyzyjną ocenę zmian w najdrobniejszych tętnicach serca.

„Obecnie standardem diagnostyki choroby wieńcowej jest badanie koronarograficzne, które pozwala na ocenę nasierdżiowych tętnic wieńcowych. Okazuje się jednak, że tętnice wieńcowe stanowią zaledwie fragment układu krążenia mięśnia sercowego, a pozostałe 90% tworzone jest przez mikrokrażenie. Poszerzenie diagno-

styki o ocenę mikrokrażenia jest wskazane u pacjentów z dolegliwościami stenokardialnymi, u których nie stwierdza się zmian w tętnicach wieńcowych (tzw. zespół INOCA i MINOCA)” – informuje dr hab. Łukasz Kołtowski.

Pierwszy zabieg diagnostyki mikrokrażenia wykonał 23 sierpnia 2021 r. zespół w składzie: dr hab. Łukasz Kołtowski, dr hab. Mariusz Tomaniak, mgr Iwona Wyszomirska, mgr Ewa Brauła oraz Tomasz Badyłak.

Program diagnostyki mikrokrażenia jest realizowany w ramach Pracowni Kar-



Dr hab. Łukasz Kołtowski wraz z zespołem podczas zabiegu diagnostyki mikrokrażenia

diologii Inwazyjnej I Katedry i Kliniki Kardiologii CSK UCK WUM. ■

Materiały prasowe

NOWATORSKA OPERACJA WSZCZEPIENIA STAWU KOLANOWEGO „USZYTEGO NA MIARĘ” W KLINICE ORTOPEDII I REHABILITACJI WUM

Zespół Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykonał u 57-letniego pacjenta wszczepienie endoprotezy stawu kolanowego z zachowaniem więzadła krzyżowego tylnego. Implant był przygotowany tak, aby idealnie pasował do kości pacjenta. To pierwsza taka operacja w Polsce.

Pionierski zabieg z wykorzystaniem dokładnie takiej „uszytej na miarę” endoprotezy przeprowadzono 2 września 2021 roku w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym, pod kierunkiem dr. hab. Artura Stolarczyka. Wszczepienie endoprotezy wykonano u pacjenta cierpiącego na chorobę zwyrodnieniową, która spowodowała destrukcję stawu kolanowego. Implant

przygotowany techniką 3D w Stanach Zjednoczonych na podstawie badania tomografii komputerowej z dokładnością do 0,1 mm idealnie dopasowano do budowy kości pacjenta. Zastosowane rozwiązanie pozwoli lepiej odtworzyć biomechanikę kolana w stosunku do standardowych technik i umożliwi większą aktywność chorego po zabiegu. Lekarze przewidują, że za trzy tygodnie chory będzie poruszał się bez kul, po 6-tygodniowej rehabilitacji wróci do pełnej sprawności. Operacja przebiegła pomyślnie, pacjent jeszcze w dniu zabiegu poruszał się o własnych siłach.



Dr hab. Artur Stolarczyk wraz z zespołem w trakcie zabiegu

Przeprowadzenie operacji poprzedzone było szkoleniami, które zespół dr. hab. Artura Stolarczyka odbył z ortopedami m.in. z Austrii, USA, Anglii, Belgii i Francji. ■

Materiały prasowe



POSIEDZENIE SENATU WUM 29 MAJA 2021

JM Rektor prof. Zbigniew Gaciong wręczył prof. Pawłowi Łagunie gratulacje w związku z uzyskaniem tytułu profesora. Dr Bronisław Petsch przekazał na ręce rektora Księgę pamiątkową Klubu Medyków będącą udokumentowaniem działalności klubu w latach 60. i 70. XX w.

Prorektor prof. Marek Kuch przedstawił Senatowi comiesięczną informację na temat prowadzenia zajęć dydaktycznych w uczelni.

Prorektor prof. Wojciech Lisik poinformował senatorów, że 20 maja 2021 r. wystosował do rektora prośbę o przeprowadzenie audytu finansowo-organizacyjnego UCK WUM w związku z planowaną zmianą statutu UCK WUM. Na pytania senatorów odpowiadała dyrektor UCK WUM Anna Łukasik.

Senatorowie otrzymali informację na temat statusu procedowania strategii WUM.

Senat wyraził pozytywną opinię w sprawie wniosku rady uczelni w przedmiocie powołania Komitetu Sterującego, który będzie monitorował sposób wydatkowania i spłaty kredytu stanowiącego przedmiot zabezpieczenia hipotecznego kredytu w BGK oraz wdrażania planu restrukturyzacji.

Prorektor prof. Piotr Pruszczyk przedstawił Senatowi: sprawę powołania Ośrodka Badawczo-Klinicznego Chorób Rzadkich WUM, ranking naukowy jednostek WUM za rok 2020, informację na temat indywidualnego 4-letniego rankingu naukowego, proponowane kryteria przyznawania Nagród Naukowych Rektora, zasady finansowania ze środków subwencji projektów naukowych (minigrantów) studenckich, projektów młodego badacza, projektów wewnętrznych).

Senat pozytywnie zaopiniował:

- recenzję przygotowaną przez prof. Ireneusza Nawrota z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej



Rektor prof. Zbigniew Gaciong przegląda Księgę pamiątkową Klubu Medyków przekazaną przez dr. Bronisława Petscha



Wręczenie listu gratulacyjnego prof. Pawłowi Łagunie

i Transplantacyjnej WUM na temat osiągnięć naukowych pana profesora Andersa Bergenfelza w związku z wszczęciem postępowania o nadanie tytułu doktora *honoris causa* przez Uniwersytet Jagielloński w Krakowie;

– wniosek o nagrodę indywidualną naukową ministra zdrowia za 2020 r. dla pana dr. hab. Mariusza Tomania za udział w międzynarodowych badaniach w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii przeciwpłytkowej wśród pacjentów

- z chorobą wieńcową, poddawanych przezskórnym interwencjom na tętnicach wieńcowych (PCI);
- wniosek o nagrodę indywidualną organizacyjną ministra zdrowia za 2020 r. dla pana prof. Zbigniewa Fijałka za wieloletnią pracę na rzecz zapewnienia jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych w Polsce i w agendach UE, jak również zwalczania procederu fałszowania produktów i suplementów diety.

Senatorowie zatwierdzili zmiany:

- w programie studiów dla kierunku lekarskiego prowadzonego w języku

polskim dla wszystkich cykli kształcenia na rok akademicki 2021/2022,

- w programie studiów dla kierunku lekarskiego prowadzonego w języku angielskim dla wszystkich cykli kształcenia na rok akademicki 2021/2022.

W związku z wnioskiem prof. Kazimierza Niemczyka dotyczącym akceptacji zmian kierunkowych do nowego Statutu UCK WUM zgłoszonym na posiedzeniu Senatu 29 maja 2021 r. JM Rektor prof. Zbigniew Gaciong zwołał 21 czerwca 2021 r. nadzwyczajne posiedzenie Senatu, którego przedmiotem była informacja o pracach

Rektorskiej Komisji ds. opracowania Statutu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM. Rektor poprosił prorektora prof. Wojciecha Lisika o przedstawienie uwag w sprawie przedłożonej propozycji Statutu UCK WUM i zmian kierunkowych zaproponowanych przez prof. Kazimierza Niemczyka. Prof. Wojciech Lisik poinformował, że w związku z decyzją Rektorskiej Komisji z 14 czerwca 2021 r. o konieczności zasięgnięcia opinii prawnej komisja wystąpiła o taką opinię i uzyskała negatywną opinię prawną dotyczącą zmian kierunkowych zaproponowanych przez prof. Kazimierza Niemczyka. ■

Marta Ewa Wojtach



POSIEDZENIE SENATU WUM 28 CZERWCA 2021

Na posiedzeniu Senatu JM Rektor prof. Zbigniew Gaciong wręczył prof. Markowi Krawczykowi gratulacje z okazji uzyskania tytułu doktora *honoris causa* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, podkreślił niezwykle zasługi prof. Marka Krawczyka dla całej społeczności akademickiej oraz przekazał życzenia dalszych sukcesów. Prof. Marek Krawczyk podkreślił wagę i znaczenie wyróżnienia przyznanego przez najstarszą polską uczelnię i stwierdził, że podkreśla ono także wartość uczelni, gdyż jest uhonorowaniem całego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

JM Rektor poinformował, że z uwagi na jego uczestnictwo w uroczystości nadania tytułu doktora *honoris causa* prof. Markowi Krawczykowi prof. Marek Kuch odebrał w imieniu uczelni dyplom z okazji zajęcia przez WUM 10. miejsca w rankingu „Perspektyw”. Rektor podkreślił, że wysoka pozycja uczelni w rankingu jest efektem pracy całej społeczności akademickiej, za co wszystkim podziękował.



Rektor prof. Zbigniew Gaciong wręcza prof. Markowi Krawczykowi gratulacje z okazji uzyskania tytułu doktora *honoris causa* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Senat w głosowaniu jawnym przyjął Strategię Rozwoju Uczelni na lata 2020–2024. Rektor przypomniał, że strategia powstawała przy aktywnym udziale społeczności akademickiej. Strategia została przyjęta przez Radę Uczelni WUM. Zgodnie z ustawą jest to jedyny koniecz-

ny warunek prawny, by strategia stała się obowiązująca, jednak Statut WUM przewiduje także zatwierdzenie jej przez Senat.

Prorektor prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska przedstawiła senatorom status reorganizacji uczelni, jak również plany

zmian w tym zakresie na najbliższy rok. Senat w głosowaniu jawnym przyjął regulamin okresowej oceny nauczycieli akademickich WUM.

Prorektor prof. Piotr Pruszczyk przekazał senatorom informacje na temat: opublikowania rankingu jednostek, liczby dofinansowań publikacji, kosztów ponoszonych przez uczelnię od zgłoszenia do uzyskania patentu, opracowania precyzyjnej procedury, która ma określić, kiedy twórca może ubiegać się o ochronę patentową w kraju, kiedy w jednym kraju europejskim, a kiedy może robić to w szerszym zakresie.

Prorektor prof. Marek Kuch przedstawił Senatowi comiesięczną informację

na temat organizacji kształcenia i spraw studenckich.

Senat debatował na temat kryteriów tworzenia stanowisk profesorów uczelni w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Senat w głosowaniu tajnym wyraził zgodę na powołanie pana prof. dr. hab. Macieja Kosieradzkiego na członka Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego WUM.

Senat w głosowaniu jawnym przyjął:

- uchwałę rekrutacyjną na rok akademicki 2022/2023;
- zmiany w planie i programie studiów podyplomowych pn. „Medycyna Estetyczna”;

– uchwałę w sprawie uchylecia Uchwały nr 85/2016 Senatu z dnia 28 listopada 2016 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Studiów Podyplomowych WUM z mocą obowiązującą od wejścia w życie Zarządzenia Rektora wprowadzającego nowy Regulamin Studiów Podyplomowych WUM.

Senat w głosowaniu jawnym wyraził zgodę na przyjęcie kandydatów do Szkoły Doktorskiej WUM na rok akademicki 2021/2022 poza ustalonym limitem miejsc. ■

Marta Ewa Wojtach



NADZWYCZAJNE POSIEDZENIE SENATU WUM 30 SIERPNIA 2021

Podczas nadzwyczajnego posiedzenia Senatu prorektorzy prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska i prof. Marek Kuch przedstawili senatorom informacje na temat organizacji pracy i roku akademickiego 2021/2022 w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z 10 sierpnia 2021 r. uchylającego rozporządzenie w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania niektórych podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Senat zatwierdził:

- zmiany w programie studiów na kierunku lekarskim na rok akademicki 2021/2022;

- efekty uczenia się wraz z programem kształcenia na kierunku dietetyka dla cyklu kształcenia rozpoczynającego się od roku akademickiego 2021/2022 na studiach I stopnia, stacjonarnych i niestacjonarnych II stopnia;
- efekty uczenia się wraz z programem kształcenia na kierunku zdrowie publiczne dla cyklu kształcenia rozpoczynającego się od roku akademickiego 2021/2022 na studiach I stopnia, stacjonarnych i niestacjonarnych II stopnia;
- program studiów na kierunku farmacja na rok akademicki 2021/2022;
- zmiany w programie studiów na kierunku fizjoterapia dla studentów, którzy rozpoczęli studia w latach:

2018/2019, 2019/2020, 2020/2021, 2021/2022.

Senatorowie głosowali za uchYLENIEM uchwały nr 17/2020 Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z 24 lutego 2020 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu studiów podyplomowych „SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia” z mocą obowiązującą od wejścia w życie Zarządzenia Rektora wprowadzającego nowy Regulamin studiów podyplomowych SGH-WUM MBA. Senat wyraził zgodę na przyjęcie poza ustalonym limitem miejsc, w drodze postępowania rekrutacyjnego do Szkoły Doktorskiej na rok akademicki 2021/2022, osób zrekrutowanych do V edycji programu „Doktorat Wdrożeniowy”. ■

Marta Ewa Wojtach



awanse, nagrody...

• **Prof. Wiesław W. Jędrzejczak** (Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM) otrzymał Nagrodę Zaufania „Złoty Otis 2021” w kategorii „dorobek życia w medycynie”.

• **Prof. Andrzej Kutner** (Zakład Bioanalizy i Analizy Leków WUM) wraz z prof. Krzysztofem Woźniakiem (UW) otrzymali dofinansowanie w 2. edycji konkursu realizowanego w ramach programu „Inicjatywa doskonałości – uczelnia badawcza”, działania VI.1: „Wzmacnianie i rozwój współpracy pomiędzy Uniwersytetem Warszawskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w procesie federalizacji” na realizację projektu „Opracowanie struktur nowych analogów witamin D jako potencjalnych leków do poprawy skuteczności standardowej terapii raka jajnika”.

• **Prof. Urszula Anna Demkow** (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego WUM) wraz z dr. Markiem Michalewiczem (UW) otrzymali dofinansowanie w 2. edycji konkursu realizowanego w ramach programu „Inicjatywa doskonałości – uczelnia badawcza”, działania VI.1: „Wzmacnianie i rozwój współpracy pomiędzy Uniwersytetem Warszawskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w procesie federalizacji” na realizację projektu „Ocena wpływu wariantu B.1.1.7 wirusa SARS-CoV-2 na epidemiologię i obraz kliniczny COVID-19 wśród dzieci”.

• **Dr hab. Ksenia Szymanek-Majchrzak** (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej WUM) wraz z prof. Dariuszem Bartosikiem (UW) otrzymali dofinansowanie w 2. edycji konkursu realizowanego w ra-

mach programu „Inicjatywa doskonałości – uczelnia badawcza”, działania VI.1: „Wzmacnianie i rozwój współpracy pomiędzy Uniwersytetem Warszawskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w procesie federalizacji” na realizację projektu „Analizy genomiczne wieloopornych szczepów *Enterobacter* izolowanych z materiałów klinicznych, ze szczególnym uwzględnieniem komponent mobilomu, jako determinanty antybiotykoodporności”.

• **Dr hab. Gabriela Olędzka** (Zakład Biologii Medycznej WUM) wraz z dr. hab. Maciejem Mazurem (UW) otrzymali dofinansowanie w 2. edycji konkursu realizowanego w ramach programu „Inicjatywa doskonałości – uczelnia badawcza”, działania VI.1: „Wzmacnianie i rozwój współpracy pomiędzy Uniwersytetem Warszawskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w procesie federalizacji” na realizację projektu „Identyfikacja oligosacharydów izolowanych z mleka ludzkiego o wysokiej aktywności przeciwdrobnoustrojowej”.

• **Dr hab. Łukasz Kołtowski** (I Katedra i Klinika Kardiologii UCK WUM) zajął 1. miejsce w konkursie „Supertalenty w medycynie 2021”.

• **Dr Eliza Głodkowska-Mrówka** (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego) zajęła 8. miejsce w konkursie „Supertalenty w medycynie 2021”.

• **Dr Aleksandra Gąsecka van der Pol** (I Katedra i Klinika Kardiologii UCK WUM) zajęła 9. miejsce w konkursie „Supertalenty w medycynie 2021”.

• **Dr Leszek Kraj** (Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób We-

wewnętrznych UCK WUM) zajął 10. miejsce w konkursie „Supertalenty w medycynie 2021”.

• **Dr Jarosław Biliński** (Katedra i Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM) wraz z dr hab. Justyną Olko (UW) otrzymali dofinansowanie w 2. edycji konkursu realizowanego w ramach programu „Inicjatywa doskonałości – uczelnia badawcza”, działania VI.1: „Wzmacnianie i rozwój współpracy pomiędzy Uniwersytetem Warszawskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w procesie federalizacji” na realizację projektu „Różnorodność językowo-kulturowa w służbie medycyny – badanie tradycyjnych społeczności należących do mniejszości etnicznych jako potencjalnych superdawców mikrobioty jelitowej”.

• **Dr Tomasz Dziedzic** (Klinika Neurochirurgii WUM) wraz z dr Aleksandrą Bałą (UW) otrzymali dofinansowanie w 2. edycji konkursu realizowanego w ramach programu „Inicjatywa doskonałości – uczelnia badawcza”, działania VI.1: „Wzmacnianie i rozwój współpracy pomiędzy Uniwersytetem Warszawskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w procesie federalizacji” na realizację projektu „Badanie wzorca zmian strukturalnych i czynnościowych w odniesieniu do funkcjonowania poznawczego u pacjentów z lekooporną padaczką skroniową – analiza interdyscyplinarna”.

• **Dr inż. Aleksandra Karolina Kruk** (Laboratorium Badań nad Mikrobiotą Człowieka Microbiota Lab) otrzymała grant Narodowego Centrum Nauki (konkurs SONATINA dla młodych badaczy) na realizację projektu „Czy etanolowy wyciąg z kłącza pięciornika (*Tormentillae tinctura*) wspomaga leczenie zespołu ciekającego jelita?” realizowanego w środowiskowym laboratorium Microbiota Lab.

• **Joanna Julia Chmielewska** (doktorantka, Studium Medycyny Molekularnej), **Filip Aleksander Garbicz** (doktorant, Studium Medycyny Molekularnej), **Monika Maria Gawalko** (doktorantka, I Katedra i Klinika Kardiologii), **dr Aleksandra Gąsecka-van der Pol** (I Katedra i Klinika Kardiologii), **dr Agnieszka Graczyk-Jarzynka** (Zakład Immunologii), **dr Maciej Marek Kołodziej** (Klinika Pediatrii), **dr Aleksander Jan Kuś** (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii), **Paweł Matryba** (doktorant, Zakład Immunologii), **dr Zofia Pilch** (Zakład Immunologii), **dr Caren Eyileten Postuła** (Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej), **lek. Monika Aldona Storman** (doktorantka, Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych), **dr Natalia Szejkó** (Zakład Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej), **dr Mariusz To-**

maniak (I Katedra i Klinika Kardiologii) oraz **Iga Maria Wasilewska** (doktorantka, Studium Medycyny Molekularnej) otrzymała stypendia ministra edukacji i nauki.

• **Lek. Tomasz Głazewski** (Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych) otrzymał nagrodę Karski 2020, przyznaną osobom walczącym o godność człowieka bez względu na okoliczności.

• **Centralny Szpital Kliniczny UCK WUM** otrzyma od Ministerstwa Zdrowia dofinansowanie w wysokości miliona złotych na zakup sprzętu dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Środki zostaną przekazane w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Dofinansowanie przeznaczono na zakup nowoczesnego sprzętu do opieki nad pacjentami z niewydolnością wielonarządową i potencjalnymi dawcami.

• **Warszawski Uniwersytet Medyczny** otrzymał dotację z Ministerstwa Edukacji i Nauki na zakup sprzętu do badania zmian zachodzących w skórze (dla Katedry i Kliniki Dermatologicznej) oraz najnowszej generacji ultrasonografu do wolumetrycznej oceny przepływu krwi w tętnicach ośrodkowego układu nerwowego (dla Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyń).

• **Kierunek lekarski** prowadzony na Wydziale Lekarskim naszej uczelni otrzymał Certyfikat i Znak Jakości „Studia z Przyszłością”. Podczas Gali Finałowej VI edycji Ogólnopolskiego Konkursu i Programu Akredytacyjnego Warszawski Uniwersytet Medyczny i Politechnikę Warszawską uhonorowano również Laurem Europejskim za wzorowe umiędzynarodowienie studiów i współpracę z zagranicą.

Międzynarodowy kurs pobierania i przechowywania narządów

Od 9 do 11 czerwca po raz pierwszy w Europie Środkowo-Wschodniej odbył się kurs pobierania i przechowywania narządów jamy brzusznej pochodzących od dawców zmarłych – International Donor Surgery and Organ Preservation Masterclass. Szkolenie, którego organizatorem była Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej UCK WUM, obejmowało część teoretyczną oraz ćwiczenia praktyczne. W kursie wzięło udział 22 lekarzy z Polski, Szwecji, Litwy i Bułgarii. Tematyka i zakres zajęć objęły m.in.: ocenę i kwalifikację dawcy narządów, techniki chirurgiczne pobierania narządów – nerki, trzustki i wątroby, techniki przechowywania narządów, w tym użycie specjalistycznych pomp, które poza organizmem przepuszczają przez narząd nasycony tlenem płyn (mechaniczna perfuzja). Ćwiczenia na preparatach odbyły się w Centrum Edukacji Medycznej przy ul. Brzeskiej w Warszawie oraz w Instytucie Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN w Jabłonie. Grono wykładowców stanowiło 8 zagranicznych i 9 polskich specjalistów będących światowymi ekspertami w zakresie pobierania i przechowywania narządów.



Prof. Maciej Kosieradzki – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej UCK WUM podczas teoretycznej części kursu

Warsztaty z kardiologii interwencyjnej

25 czerwca w ramach jubileuszowej edycji Warsaw Course on Cardiovascular Interventions – WCCI XXV odbyły się warsztaty WAR-CTO SYMPOSIUM poświęcone leczeniu przewlekłych niedrożności tętnic wieńcowych. Dużym walorem edukacyjnym szkolenia była możliwość zdalnego uczestniczenia w zabiegach transmitowanych w czasie rzeczywistym. W trakcie warsztatów, dzięki współpracy I Katedry i Kliniki Kardiologii UCK WUM oraz VU University Medical Center Amsterdam wykonano dwa skuteczne, wyskospecjalistyczne zabiegi rekanalizacji przewlekle zamkniętych tętnic wieńcowych, z użyciem nowoczesnych technik wizualizacji. W trakcie transmisji zabiegów z Pracowni Hemodynamiki Kliniki Kardiologii UCK WUM operatorzy Paul Knaapen, Alex Nap i Arkadiusz Pietrasik mieli możliwość aktywnego udziału w merytorycznej dyskusji dotyczącej strategii leczenia oraz dzielenia się komentarzami eksperckimi z poszczególnymi etapów zabiegu z uczestnikami konferencji. ➔



Operatorzy Paul Knaapen, Alex Nap i Arkadiusz Pietrasik

WCCI jest jedną z najważniejszych konferencji realizowanych pod auspicjami Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych (AISN) Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Wydarzenie gromadzi kardiologów inwazyjnych z całego świata. W tegorocznej edycji warsztatów wzięli udział wybitni specjaliści z zakresu leczenia przewlekłych niedrożności tętnic wieńcowych.

Współpraca na rzecz kształcenia zawodowego fizjoterapeutów

3 sierpnia prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, i prof. Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów (KRF), podpisali list intencyjny dotyczący woli współpracy na rzecz rozwoju kształcenia zawodowego fizjoterapeutów. Współpraca między uczelnią i samorządem będzie dotyczyła działań w obszarach obejmujących fizjoterapię, m.in. w kardiologii, chirurgii, pulmonologii, pediatrii i onkologii. W spotkaniu wzięł również udział dr Zbigniew Wroński, wiceprezes KRF ds. nauki i edukacji. Inicjatywa podpisania dokumentu wyszła ze strony dziekana Wydziału Medycznego WUM dr. hab. prof. WUM Dariusza Białoszewskiego oraz prof. Macieja Krawczyka, prezesa Krajowej Rady Fizjoterapeutów.



Rektor prof. Zbigniew Gaciong (po lewej) i prof. Maciej Krawczyk po podpisaniu dokumentu

Szkolimy personel medyczny

W dniach 16-27 sierpnia specjaliści z I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UCK WUM oraz z Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM przeprowadzili w Centrum Symulacji Medycznych naszej uczelni szkolenie dla personelu medycznego z opieki nad pacjentem z COVID-19. Uczestnicy szkolenia zdobywali wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie pomocy pacjentom z ciężkim przebiegiem COVID-19. Organizacja szkolenia została sfinansowana przez Ministerstwo Zdrowia w ramach przygotowań do nadejścia kolejnej fali zakażeń.



Uczestnicy w trakcie szkolenia

ODESZLI

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Domańska-Janczewska

wybitna specjalistka z zakresu patologii ciąży, absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (rocznik 1958), związana przez całe swoje życie zawodowe z naszą uczelnią (1958–2003), pracowała najpierw w II Klinice Położnictwa i Ginekologii, następnie w I Klinice Położnictwa i Ginekologii.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Langner

nestor polskiej dermatologii, absolwent Akademii Medycznej w Warszawie (rocznik 1959), przez wiele lat związany z Kliniką Dermatologiczną (1961–2005), pionier Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, organizator Sekcji Farmakoterapii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Dr n. med. Marta Krawiec

absolwentka naszej uczelni z roku 2005, związana z Kliniką Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego I Katedry Pediatrii w latach 2010–2018.

Urszula Chrośniak

studentka III roku Wydziału Lekarskiego.

SZANSA DLA MILIONÓW KOBIET. RUSZAJĄ PRACĘ NAD TESTEM NA ENDOMETRIOZĘ

Stworzenie prostego, taniego i skutecznego testu diagnostycznego umożliwiającego wcześniejsze wykrycie endometriozy jest celem badań grupy międzynarodowych ekspertów. Specjaliści z wiodących europejskich ośrodków naukowych, w tym z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rozpoczynają prace nad rozwiązaniami pozwalającymi opracować nieinwazyjny test. Jego brak powoduje, że miliony kobiet na całym świecie wciąż borykają się z bolesnymi objawami endometriozy, nie wiedząc, że cierpią na schorzenie grożące niepłodnością.



Prof. Piotr Laudański

Warszawski Uniwersytet Medyczny jest jedynym ośrodkiem naukowym z Polski, który dołączył do międzynarodowego projektu „Translational Research on Endometriosis – TREND0”. To finansowane ze środków UE badanie zajmie się najważniejszymi problemami w diagnostyce i terapii endometriozy. Projekt zrzesza ekspertów w dziedzinie nauk

klinicznych i translacyjnych oraz partnerów przemysłowych z sześciu krajów Europy i Ameryki Południowej: Szwecji (Karolinska Institutet), Estonii (Tervise tehnoloogiate Arenduskeskus, IPDX Diagnostics OU), Niemczech (Universitätsklinikum Münster oraz firma OxPro- tect GmbH) oraz Argentyny (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

Niezdiagnozowany ból milionów kobiet

Endometrioza jest chorobą dotykającą 10% kobiet w wieku rozrodczym. Na całym świecie ze schorzeniem tym zmagają się 176 milionów kobiet, w Unii Europejskiej – 14 milionów. W Polsce zaś na endometriozę choruje ponad 1 milion kobiet w wieku rozrodczym. Przyczyną choroby jest rozrost tkanki macicy w obrębie podbrzusza. Choć znane są najczęstsze objawy, takie jak silny ból podczas miesiączki i stosunku płciowego oraz przewlekły ból miednicy, to prawidłowe zdiagnozowanie choroby zajmuje lata, a kobiety nią dotknięte są bardziej narażone na raka jajnika niż reszta populacji. Nieleczona może prowadzić do niepłodności.

„Endometrioza to poważna jednostka chorobowa. Jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych u kobiet w wieku rozrodczym, która powoduje dolegliwości u co dziesiątej kobiety. Oznacza to, że jedna na dziesięć kobiet w wieku od około 18 do około 45 lat będzie miała objawy związane z endometriozą. Dodatkowo u 30% kobiet z endometriozą występują problemy z zacięciem w ciążę” – mówi prof. Piotr Laudański z I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM.

Problemy z diagnostyką

Obecnie podstawowa diagnostyka endometriozy polega na wykonaniu zwykłego ultrasonograficznego badania ginekologicznego. Jednak na jego podstawie można tylko domniemywać, że pacjentka choruje na endometriozę. Aby potwierdzić diagnozę, konieczne jest wykonanie kosztownego zabiegu laparoskopowego, polegającego na operacyjnym pobraniu wycinka zmian o charakterze endometriozy, a następnie jego badaniu histopatologicznym. Wysoka cena zabiegu hamuje jednak dostęp wielu kobietom do tego badania diagnostycznego.

„Problem polega również na tym, że większość kobiet nie chce od razu się operować. Takie objawy jak ból można leczyć, np. za pomocą tabletek antykoncepcyjnych. Jednak w ten sposób przedłuża się czas do ostatecznej diagnozy. To sprawia, że okres od pierwszych objawów do ostatecznej diagnozy endometriozy jest bardzo długi na całym świecie. Według szwedzkich wyliczeń średni czas potrzebny na postawienie ostatecznej diagnozy wynosi aż 9 lat” – zauważa prof. Piotr Laudański.

Od biomarkerów do testów diagnostycznych

Przyczyną problemów ze zdiagnozowaniem endometriozy jest brak testów diagnostycznych. Długotrwała diagnostyka oraz brak testu diagnostycznego mogą narażać kobiety na potencjalne niebezpieczeństwo.

„Endometrioza jest chorobą, która się rozwija. Ma cztery stopnie zaawansowania. Im wyższy stopień zaawansowania, tym cięższe objawy. Dlatego im wcześniej będziemy w stanie zdiagnozować endometriozę, tym lepiej dla zdrowia kobiety” – mówi prof. Piotr Laudański, który wraz z grupą specjalistów z różnych krajów rozpoczyna poszukiwania biomarkerów endometriozy mogących określić, czy pacjentka choruje na endometriozę, bez konieczności jej operowania.

W ramach projektu TREND0 powstanie międzynarodowa grupa badawcza, która będzie miała na celu stworzenie nieinwazyjnych testów diagnostycznych, które doprowadzą do skrócenia opóźnień w diagnostyce i wyeliminują nierówności dostępu do kosztownej opieki zdrowotnej.

„Zaproponowanie mi udziału w projekcie jest związane z prowadzonymi przeze mnie w Polsce badaniami. Duży, wieloosrodkowy, koordynowany przeze mnie projekt, który obecnie jest już na ukończeniu, polegał na rekrutowaniu pacjentek z endometriozą w ośmiu ośrodkach w Polsce, zebraniu materiału i za pomocą nowoczesnych technik z zakresu proteomiki poszukiwaniu potencjalnych biomarkerów endometriozy. Realizując ten projekt, nawiązałem kontakty z ośrodkami w Europie i na świecie, w tym z tymi zaangażowanymi w projekt TREND0. Prowadzenie naszych badań zainteresowało ich na tyle, że postanowiono włączyć mnie w prace międzynarodowego zespołu ekspertów. Mamy nadzieję, że wspólnie stworzymy interdyscyplinarny zespół, który opracuje podstawy zintegrowanego testu diagnostycznego, który z kolei umożliwi pacjentkom wcześniejsze wykrycie endometriozy. W tym kierunku podążamy” – mówi prof. Piotr Laudański.

Zdaniem specjalisty Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego projektowany test diagnostyczny powinien być jak najmniej inwazyjny dla pacjentek, oprócz tego tani, łatwo dostępny, czuły i swoisty.

Coraz powszechniejsza wiedza o endometriozie

„Pierwsze koncepcje dotyczące etiologii endometriozy pochodzą z lat 30. XX wieku. Pojawiła się wówczas słynna teoria Johna Sampsona, który po raz pierwszy założył, że endometrioza powstaje wskutek tzw. refluksu wstecznego. Dowodził on, że pomimo iż podczas miesiączki kobiety zrzucają niepotrzebne endometrium na zewnątrz, to część krwi miesięczkowej zawsze wstecznie dostaje się jajowodami do jamy otrzewnowej.

„Endometrioza to poważna jednostka chorobowa. Jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych u kobiet w wieku rozrodczym, która powoduje dolegliwości u co dziesiątej kobiety. Oznacza to, że jedna na dziesięć kobiet w wieku od około 18 do około 45 lat będzie miała objawy związane z endometriozą”

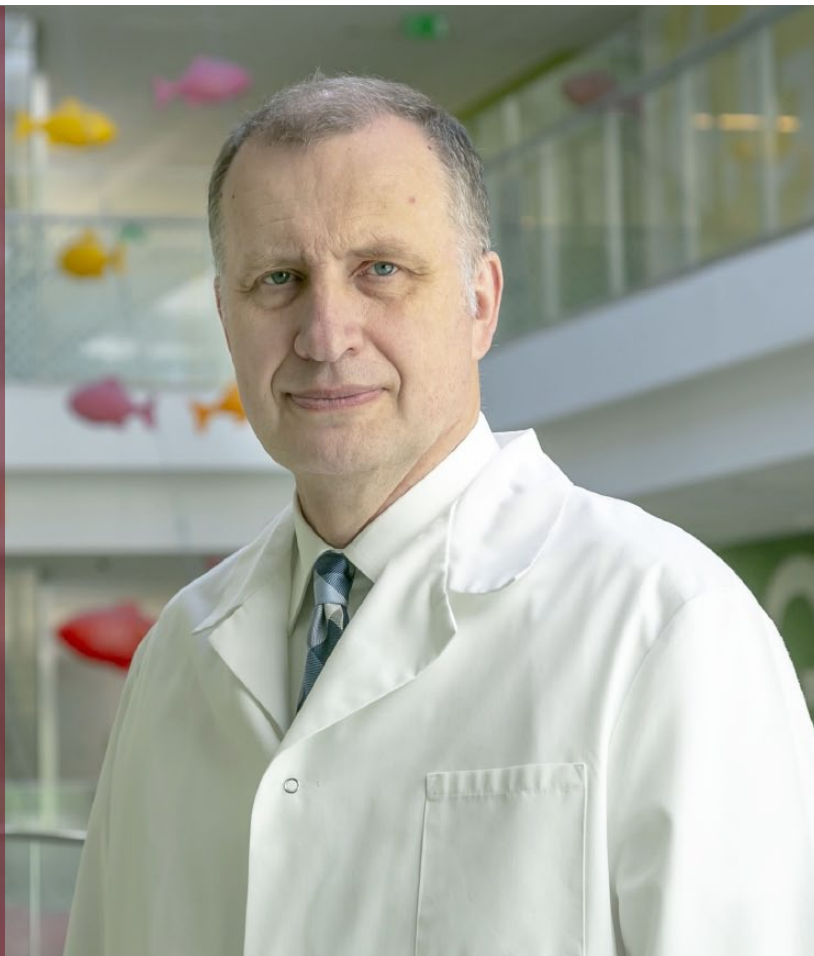
prof. Piotr Laudański

Taka sytuacja występuje u większości kobiet. Jednak nie wiadomo, dlaczego u 10% kobiet komórki endometrium implantują się i rozrastają w nieprawidłowy sposób, powodując endometriozę” – mówi prof. Piotr Laudański i dodaje, że choć wiedza ta pochodzi z początków XX wieku, to dopiero współcześnie temat endometriozy staje się znany i powszechny, co jest konsekwencją zwiększającej się z roku na rok świadomości zdrowotnej kobiet oraz wiedzy o leczeniu niepłodności. ■

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

prof. Paweł Łaguna

Problemy z leczeniem dzieci chorych na hemofilię po ukończeniu 18 lat



W niektórych częściach Polski nie ma możliwości przekazywania chorych na hemofilię pacjentów pediatrycznych, kończących 18 lat, do ośrodków leczenia dorosłych – alarmuje prof. Paweł Łaguna z Katedry i Kliniki Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM. Specjalista Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego od lat walczy o polepszenie standardów leczenia chorych na hemofilię.

W Polsce liczba wszystkich chorych na wrodzone skazy krwotoczne sięga 5 tysięcy. Większość z nich (ok. 3 tysięcy) stanowią pacjenci leczeni z powodu hemofilii. To głównie chorzy z ciężką postacią hemofilii, czyli tacy, u których stężenie czynnika VIII lub czynnika IX jest mniejsze niż 1%. U ok. 100 pacjentów w Polsce, w wyniku pojawienia się inhibitorów, czyli przeciwciał przeciwko VIII lub IX czynnikowi krzepnięcia, podany im w standardowych dawkach brakujący czynnik krzepnięcia w ogóle nie działa – tłumaczy specjalista.

Problemy z ośrodkami dla dorosłych

Według prof. Pawła Łaguny w Polsce opieka nad dziećmi chorymi na hemofilię spełnia wszelkie najwyższe standardy światowe. Od 2008 r. sukcesywnie powstają nowe ośrodki opieki nad dziećmi

chorymi na hemofilię, a istniejące dotąd są intensywnie rozbudowywane. Problemem jest jednak wciąż współpraca z ośrodkami leczącymi dorosłych chorych na hemofilię.

„W niektórych częściach Polski nie ma możliwości przekazywania pacjentów pediatrycznych, kończących 18 lat, do ośrodków leczenia dorosłych pacjentów z wrodzonymi zaburzeniami krzepnięcia” – mówi prof. Paweł Łaguna i podkreśla, że zdarzają się placówki, które nie chcą zajmować się pacjentami chorymi na hemofilię. „Opieka nad pacjentami chorymi na hemofilię wymaga bowiem szczególnego doświadczenia całego personelu medycznego, co sprawia, że wiele ośrodków nie spełnia tych kryteriów” – stwierdza prof. Paweł Łaguna z Katedry i Kliniki Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii DSK UCK WUM. Na dodatek liczba specjalistów z dziedziny hematologii

nie jest w Polsce duża. Obecnie dziećmi chorymi na hemofilię zajmuje się 50 pediatrów i ta liczba na chwilę obecną jest wystarczająca.

„Problemem jest brak specjalistów zajmujących się leczeniem hemofilii u osób dorosłych. Wynika to z tego, że osób dorosłych żyjących z hemofilią jest więcej niż chorujących dzieci, dodatkowo pacjenci ci mają większe potrzeby. Problem potęguje fakt, że hematolodzy leczący dorosłych zajmują się głównie onkologią, a nie zaburzeniami krzepnięcia u dorosłych” – uważa prof. Paweł Łaguna.

Możliwa szybsza diagnostyka

W ostatnim okresie – dzięki współpracy między innymi ze stowarzyszeniami zrzeszającymi pacjentów chorych na wrodzone zaburzenia krzepnięcia – udało się wprowadzić zmiany w organizacji i funkcjonowaniu ambulatoryjnej hematologicznej opieki specjalistycznej.

„Nowe rozporządzenie w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozwoli mniejszym ośrodkom lepiej diagnozować i szybciej rozpoznawać wrodzone zaburzenia krzepnięcia u dzieci. Przez niemal trzy lata walczyliśmy o nowe zapisy i braliśmy czynny udział w przygotowaniu dokumentu podpisanego pod koniec kwietnia przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. Prace nad nową wyceną usług ambulatoryjnych rozpoczęły się w 2019 r. Eksperti od dawna postulowali zmiany, uważając, że zarówno procedury diagnostyczne, jak i badania czynników krzepnięcia nie są właściwie wycenione. Szpital zmuszony był do nich dopłacać. W efekcie często zdarzały się sytuacje, kiedy pacjent mający kolejne krwawienia nie mógł otrzymać żadnej diagnostyki. Szpitale odsyłały go, nie chcąc narażać się na wysokie koszty takich badań. Teraz to się zmieni. Zwiększenie wydatków na diagnostykę umożliwi szybsze rozpoznanie zaburzenia krzepnięcia zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Konsekwencją tego będzie wcześniejsze rozpoczęcie le-

czenia tych pacjentów” – mówi prof. Paweł Łaguna.

Przełom w profilaktyce i leczeniu

Leczenie i profilaktyka chorych poprawiają się od 2008 r. Wprowadzony wówczas program zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią i pokrewnymi skazami krwotocznymi włączył do profilaktyki wszystkie dzieci od 0 do 18. roku życia. W efekcie każdy z pacjentów w Polsce mógł otrzymać za darmo czynnik krzepnięcia VIII lub IX w dawce profilaktycznej, zapobiegającej krwawieniom.

„Oczywiście z każdym rokiem leczenie się zmienia. Obecnie wszystkim naszym pacjentom podajemy czynniki rekombinowane, czyli nieotrzymywane z osocza ludzkiego, a otrzymywane drogą genetyczną” – dodaje prof. Paweł Łaguna z Katedry i Kliniki Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii DSK UCK WUM.

Leczenie najnowszej generacji

Przełomem w leczeniu chorych na hemofilię było opracowanie Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019–2023. Także w jego tworzeniu udział wziął prof. Paweł Łaguna, powołany przez ministra zdrowia do Rady Programu, a następnie wybrany na jej wiceprzewodniczącą.

Narodowy Program nie tylko zapewnił pacjentom profilaktykę wylewów, ale umożliwił tzw. personalizację, czyli dobieranie dawki czynnika krzepnięcia indywidualnie do potrzeb danego pacjenta. Kolejna zmiana dotyczy najczęściej chorych, u których pojawił się inhibitor czynnika VIII lub czynnika IX w następstwie leczenia pacjenta na hemofilię A lub B. Udało się zastosować u nich leki najnowszej generacji, tzw. przeciwciała monoklonalne (emicizumab, Hemlibra), powodujące w konsekwencji zatrzymanie krwawienia i jego profilaktykę.

„Od 2017 roku Rada Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne, w której biorę udział, podjęła decyzję o włączeniu do tego innowacyjnego leczenia już prawie 40 pacjentów w Polsce, zarówno pediatrycznych, jak i dorosłych. Naszym zamiarem jest stopniowe rozszerzenie listy tych pacjentów” – mówi prof. Paweł Łaguna.

WUM wiodącym ośrodkiem w leczeniu dzieci chorych na hemofilię

Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM, kierowana przez prof. dr. hab. n. med. Michała Matysiaka, to jeden z największych w Polsce ośrodków leczących dzieci chorujące na hemofilię. Jest ośrodkiem referencyjnym dla całego kraju w leczeniu zaburzeń krzepnięcia u dzieci, w tym szczególnie chorych na hemofilię. Pod opieką specjalistów warszawskiego ośrodka akademickiego jest 130 małych pacjentów chorych na hemofilię.

„W naszej klinice zajmujemy się najbardziej skomplikowanymi przypadkami zaburzeń krzepnięcia u dzieci. Służymy pomocą także innym placówkom medycznym, szkoląc kadrę lekarską oraz pielęgniarską. Pozostajemy w stałym kontakcie w mniejszych ośrodkach, chorymi i ich rodzinami. Staramy się, aby standardy postępowania z chorym na hemofilię były na najwyższym poziomie we wszystkich ośrodkach pediatrycznych w kraju” – mówi prof. Paweł Łaguna.

Klinika współpracuje także ze Stowarzyszeniem Chorych na Hemofilię. Jak zauważa prof. Paweł Łaguna, współpraca z organizacjami zrzeszającymi pacjentów ma fundamentalne znaczenie we wprowadzaniu zmian służących poprawie leczenia i wypracowywaniu nowych sposobów postępowania z chorymi. ■

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



MODELE ANATOMICZNE

Dr n. med. Julian Komarnitki Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej

O ile najwcześniej udokumentowane źródła opisujące struktury anatomiczne w celach medycznych sięgają czasów starożytności, to zainteresowanie budową ciała ludzkiego pobudzone fascynacją artystyczną bierze swój początek znacznie wcześniej, niż potrafimy sobie wyobrazić. Za przykład może służyć figurka Wenus z Willendorfu datowana na okres 24 000–22 000 p.n.e. Rozwój anatomii jako nauki był nierozzerwalnie związany ze sztuką, czego przykładem mogą być wspaniałe ryciny Leonarda da Vinci (1452–1519) lub ryciny Jana Stefana z Kalkoru (1499–1550), ucznia Tycjana, który zilustrował dzieło Wesaliusza „De humani corporis fabrica”. Jednak bardziej niż ryciny na wyobraźnię działała trójwymiarowe odwzorowanie kształtu ciała ludzkiego przez rzeźbę. Rozmaitość kształtów i funkcji, jaką możemy odnaleźć w anatomii stanowi od dawna inspirację dla artystów rzeźbiarzy⁽¹⁾.

Ważne miejsce w historii modeli anatomicznych zajmuje ceroplastyka – sztuka



Model głowy wykonany w wosku przez Gaetana Zumbo (1695). (Źródło: San Juan R.M.; 2018)

DYDAKTYKA

modelowania w wosku. Istotny wkład w rozwój tej techniki został włożony przez artystów włoskich pracujących na Uniwersytecie Bolońskim. Najstarszym anatomicznym modelem woskowym przygotowanym w celach edukacyjnych jest model głowy wykonany w XVII wieku przez sycylijskiego artystę Gaetana Giuliana Zumbo, który otrzymał wykształcenie na Uniwersytecie Bolońskim i pracował jako rzeźbiarz dla Kosmy III Medyceusza⁽²⁾. Jego prace słynęły z precyzji i staranności w odwzorowaniu takich struktur jak nerwy, naczynia i mięśnie. Jego następcą był znany boloński malarz Ercole Lelli, który, asystując zespołowi w Katedrze Anatomii Uniwersytetu Bolońskiego, tworzył wspaniałe modele anatomiczne^(3,4). Jego prace kontynuowała Anna Morandi, żona profesora anatomii na uniwersytecie w Bolonii Giovanniego Manzoliniego. Spektrum jej prac obejmowało również rzeźbienie narządów miednicy mniejszej, pokazując w detalach przebieg ciąży i porodu. Jej prace to zbiór 30 modeli narządów zmysłów, narządów moczowo-płciowych i układu krążenia. Następnym artystą kontynuującym pracę nad powiększeniem kolekcji w Uniwersytecie Bolońskim był Giuseppe Astorri. Na szczególną uwagę zasługują jego modele nerwów czaszkowych, spłotu szyjnego i pnia współczulnego. Słynny włoski malarz, rzeźbiarz i ilustrator Cesare Bettini zasłynął z dużej precyzji w rzeźbieniu w wosku struktur ośrodkowego układu nerwowego, w tym mózgowia ponadnaturalnej wielkości⁽⁵⁾. Popularność modeli woskowych nabierała rozpędu i w krótkim czasie powstawały pracownie w kolejnych miastach: we Florencji, w Pawii, Cagliari, Budapeszcie, Paryżu i Londynie.

Kolejną ważną techniką w tworzeniu modeli anatomicznych jest rzeźbienie w drewnie. Modele służące celom medycyny naturalnej, ilustrujące punkty stosowane w akupunkturze były tworzone w Chinach już w XIV wieku. Jednak to w Europie, w słynnej szkole plastycznej La Specola działającej we Florencji i kierowanej przez Felice Fontanę, narodził się pomysł tworzenia modeli anatomicznych z drewna. Powstała w ten sposób kolekcja modeli drewnianych ilustrujących relacje topograficzne i czynnościowe układów



Model anatomiczny narządów wewnętrznych. Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej. (Źródło: Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej)

narządów⁽⁶⁾. Najslawniejszym modelem, który został stworzony w tamtym okresie, był model stojącego mężczyzny wykonany z trzech tysięcy drewnianych elementów, ilustrujący ponad 100 struktur anatomicznych. Jego przygotowanie zajęło artyście 10 lat⁽⁷⁾.

Rzadką i bardzo kosztowną techniką wykonania modeli anatomicznych jest rzeźbienie w kości słoniowej. W okresie między XIV i XVII wiekiem we Francji, w Niemczech i we Włoszech były tworzone ruchome wieloczęściowe modele z kości słoniowej. Najslawniejszym artystą pracującym w tej technice był Stephan

Zick z Nuremberga. Jego najslawniejszy model wykonany z kości słoniowej przedstawiał ciężarną kobietę⁽⁸⁾.

W czasach współczesnych modele anatomiczne są wykonywane na szeroką skalę i powszechnie dostępne. Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego posiada bogatą kolekcję modeli anatomicznych, a część z nich stanowi wartość historyczną. W zakładzie znajduje się również pracownia modeli anatomicznych, która powstała z inicjatywy prof. Bogdana Ciszka. Wykonywane w niej modele powstają przy udziale całego zespołu, co pozwala

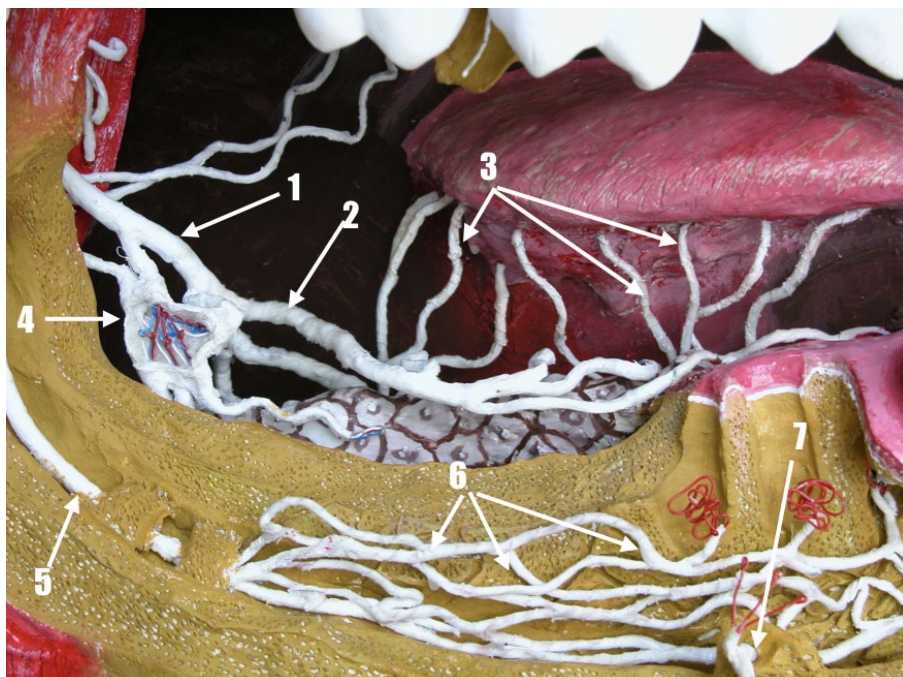


Model nerwu trójdzielnego na początkowym etapie*



Model nerwu trójdzielnego po zakończeniu*

na tworzenie prawdziwie unikatowych kształtów, których zadaniem jest ułatwienie studentom nauki trudnych zagadnień. Przykładem takiego modelu jest „Model nerwu trójdzielnego” wykonany w roku 2004. Inspiracją do jego stworzenia tego był zniszczony model nerwu trójdzielnego wykonany przez prof. Andrzeja Kukwę. Prace nad modelem były pierwotnie prowadzone w pracowni rzeźby prof. Grzegorza Kowalskiego na Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie. Po kilku latach model został ukończony w pracowni prof. Henryka Skarżyńskiego w Kajetanach. Do jego wykonania zostały użyte różne techniki rzeźbiarskie, między innymi technika papier mâché. Model ilustruje przebieg głównych gałęzi nerwu trójdzielnego i ich podział względem dołów czaszki. Następnym modelem ponadnaturalnej wielkości jest „Model pnia mózgu” wykonany z włókna szklanego i żywicy epoksydowej. Model ten jest szczególnie lubiany przez studentów. Jego głównym zadaniem jest pokazanie lokalizacji i charakteru jąder nerwów czaszkowych. Model jest wyposażony w kolorowe diody i włączniki umożliwiające studentom samodzielnie opanować nazwę danej struktury anatomicznej. Na uwagę zasługuje też model



Niektóre gałęzie nerwu żuchwowego*

Legenda:

1. N. lingualis, 2. N. sublingualis, 3. Rr. linguales, 4. Ganglion submandibulare, 5. N. alveolaris inferior,
6. Plexus dentalis inferior, 7. N. mentalis

kości skroniowej ilustrujący wewnętrzną budowę narządów słuchu i równowagi zlokalizowanych w części skalistej. Prace nad modelem były początkowo prowadzone w pracowni rzeźbiarskiej znanego artysty i rzeźbiarza magistra sztuki Michała Kałużnego, a następnie

w pracowni modeli anatomicznych Zakładu Anatomii Prawidłowej i Klinicznej. Liczne modele anatomiczne koron zębów stałych wzbogaciły naszą kolekcję i przyczyniły się do ułatwienia nauki bruźd i guzków studentom Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego.

DYDAKTYKA

Mimo swojej nawet największej dokładności ryciny anatomiczne są w stanie odzwierciedlić zagadnienie jedynie w dwóch wymiarach. Natomiast modele, pokazując relacje topograficzne narządów w trzech wymiarach, dają poczucie przestrzeni i z większą precyzją przemawiają do wyobraźni studenta. W pracy badawczej wykonanej przez zespół naszego zakładu wyraźnie widać korzystny wpływ modeli anatomicznych na proces zapamiętywania. Porównując wpływ na skuteczność nauki w stosowaniu różnych rodzajów pomocy naukowych, stwierdziliśmy wyraźną przewagę modeli anatomicznych⁽⁹⁾.

Warto podkreślić, że w naszej pracowni nad tworzeniem modeli pracują anatomicy. Ich wieloletnie doświadczenie dydaktyczne i fascynacja budową ciała ludzkiego ma bezpośredni wpływ na powstającą formę, która jest symbiozą wiedzy anatomicznej i zmysłu artystycznego. ■

*Dr n. med. Julian Komarnitki
Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej*

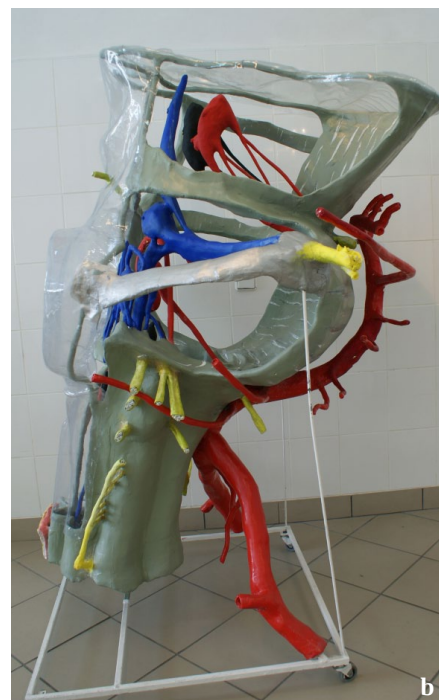
** Fotografie ze zbiorów własnych autora*

Piśmiennictwo:

1. Marković D., Marković-Živković B., Development of anatomical models – chronology. „Acta Medica Medianae” 2010; 49(2):56-61.
2. San Juan R.M., Chapter 4 – Gaetano Zumbo's anatomical wax model: from skull to cranium, „Progress in Brain Research” 2018; 243:75-105.
3. Haviland T.N., Parish L.C., A brief account of the use of wax models in the study of medicine, „J Hist. Med. Allied Sci” 1970; XXV(1):52-75.
4. Maraldi N.M., Mazzotti G., Cocco L., Manzoli F.A., Anatomical waxwork modeling: the history of the Bologna anatomy museum, Anat Rec 2000; 261(1):5-10.
5. Abbot A., Hidden Treasures: Bologna's Poggi Palace, „Nature” 2008; 453:597.
6. Chen J.C.T., Amar A.P., Levy M.L., Apuzzo M.L.J., The development of anatomic art and sciences: the ceroplastica anatomic models of La Specola, „Neurosurgery” 1999; 45(4):883.
7. Olry R., Wax, wooden, ivory, cardboard, bronze, fabric, plaster, rubber and plastic anatomical models: praiseworthy Precursors of Plastinated Specimens, „J. Int. Soc. Plastination” 2000; 15(1):30-35.
8. Thompson C.J.S., Anatomical Manikins, „J. Anat.” 1925; 59(4):442-445.
9. Komarnitki I., Skadorwa T., Zdunek P., Bartczuk R.P., Makomaska-Szaroszyk E. and Ciszek B., Classic anatomical models are still effective in the didactics of human anatomy, „General and Professional Education” 2019; 1:30-38.



*Model pnia mózgu**



*Model kości skroniowej. Obok kość skroniowa w rzeczywistym wymiarze**



*Modele koron zębów**

Rozmowa z dr. n. o zdr. Pawłem Wittem prezesem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci DSK UCK WUM)

Co skłoniło Pana do wyboru dwóch uznawanych za najtrudniejsze specjalizacji w pielęgniarstwie – pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz pielęgniarstwa paliatywnego?

Wybrałem je, ponieważ z całego wachlarza dostępnych szkoleń specjalizacyjnych były według mnie najciekawsze, wiązały się też z wykonywaną przeze mnie działalnością. Początki mojej pracy to anestezjologia i intensywna terapia dorosłych, potem kontynuowałem swoje zatrudnienie w tej specjalności w szpitalu pediatrycznym. W pracę w tej specjalności jest wpisana duża umieralność pacjentów. Dlatego opiekując się chorymi, zacząłem się zastanawiać nad zagadnieniem jakości śmierci, umierania, czyli problemem wciąż niedostrzeganym w Polsce. Temu tematowi poświęciłem swój doktorat. Wybór drugiej specjalizacji wydawał mi się wobec tego naturalny. Chciałem po prostu poszerzyć swoją wiedzę. Temu również służyła decyzja o podjęciu studiów podyplomowych z psychoonkologii klinicznej, których ukończenie pozwala na pracę w charakterze psychoonkologa udzielającego specjalistycznego wsparcia ludziom, którzy znaleźli się na bardzo niekorzystnym etapie swojego życia.

Czy jest ktoś, kto udziela wsparcia pielęgniarcom i pielęgniarzom anestezjologicznym lub paliatywnym? Są to przecież specjalności wyjątkowo mocno obciążające zarówno fizycznie, jak i psychicznie.

Z pewnością są to specjalności, które obciążają, czasem być może bardziej

psychicznie niż fizycznie. Jednak dotychczas w Polsce nie został wypracowany żaden system pomocy pracownikom medycznym, którzy stykają się ze śmiercią na co dzień. W porównaniu do policji, gdzie psycholog dyżuruje 24 godziny na dobę, a pracownicy komendy mogą w każdej chwili porozmawiać ze specjalistą, lekarze czy pielęgniarki nie mają takiej możliwości. Pracownik medyczny, jeżeli odczuwa taką potrzebę, może skorzystać z prywatnej konsultacji psychologicznej. Brak debriefingu, czyli spotkania z psychologiem, podczas którego byłaby szansa omówienia traumatycznego zdarzenia i otrzymania słów wsparcia, sprawia, że trudne sytuacje nawarstwiają się i coraz bardziej obciążają, doprowadza-

jąc do rotacji pielęgniarek i pielęgniarzy, szczególnie tych pracujących na oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii.

Dlaczego właśnie tam?

Myślę, że wiele z nich ma już po prostu dość. Na oddziale intensywnej terapii i anestezjologii przebywamy głównie z pacjentami nieprzytomnymi, dlatego trzeba cały czas być czujnym i zwracać uwagę na wszelkie zmiany w parametrach podstawowych funkcji życiowych. Ponieważ z oficjalnych statystyk wynika, że śmiertelność na intensywnej terapii, szczególnie wśród dorosłych, wynosi nawet 70%, wśród personelu pielęgniarstwowego pojawia się czasem myślenie o bezsen- sie ich pracy. To sprawia, że w pewnym



Dr Paweł Witt

momencie zostaje zachwiana równowaga, przestajemy cieszyć się sukcesami, a widzimy tylko naszą beznadziejność.

Co uznaje się za sukces w intensywnej terapii?

Nadal za sukces uznaje się stan, w którym pacjent może opuścić oddział. Niestety w Polsce w dalszym ciągu podchodzimy ilościowo, to znaczy zwracamy głównie uwagę na to, czy pacjent przeżył, czy zmarł. Sukcesem zatem jest przeżycie pacjenta. Jednak nie zastanawiamy się, jaka jest później jakość jego życia.

Czy za sukces można uznać pomoc w godnym odejściu?

Tak jest w opiece paliatywnej. Tutaj bardzo dużym i dość trudnym osiągnięciem jest zapewnienie jakości umierania. W naszym kraju wciąż jest wielu przeciwników stwierdzenia, że istnieje dobra śmierć. Ludzie uważają, że pacjent ma oczekiwanie jedynie odnośnie do życia.

A jest inaczej?

Tak. Na pewnym etapie życia otrzymujemy informację, że nasz czas bardzo szybko się kurczy. Kiedy świadomie wkraczamy na ostatnią prostą swojego życia, czyli kiedy ktoś nas do tej chwili odpowiednio przygotowuje, na przykład osoba z personelu medycznego z nami szczerze porozmawia, to pojawiają się przesłanki świadczące o tym, że pacjenta interesuje, jak będzie umierał. Bo to jest dosyć przewrotne – dla jednych będzie to jakość życia z informacją, że jest się na etapie umierania, a dla innych jakość umierania, chociaż wciąż żyjemy.

Na co pacjent zwraca wtedy szczególną uwagę?

Na przykład, czy będzie odczuwał ból, duszność, czy pozostanie przy nim rodzina albo jak wyglądają poszczególne etapy odchodzenia. Pacjenci bardzo często na te tematy chcą rozmawiać. Niestety, nawet w opiece paliatywnej zdarzają się osoby do tego nieprzygotowane, które nie chcą rozmawiać i uciekają od tych tematów. Jak mówiłem, sukcesem w opiece paliatywnej jest zapewnienie komfortu umierania, jednak nie tylko w sensie uświadomienia samego procesu, ale również nakreślenia krótkofalowych celów

możliwych do zrealizowania w czasie, który nam pozostał.

Można ośwoić się ze śmiercią i żyć dalej?

Można zaakceptować fakt, że jest się umierającym, i żyć dalej. Oswojenie się ze śmiercią nie oznacza położenia się do łóżka i oczekiwania na to, co nieuchronnie nadejdzie. Podobnie jak od rozmowy o umieraniu się nie umiera. Ten czas, w zależności od stanu zdrowia, można przecież poświęcić na coś całkiem innego. Dzięki lekom nowej generacji, które mogą zaktywizować człowieka mającego obniżony nastrój bądź będącego w depresji, można na przykład po raz ostatni odwiedzić ukochane miejsca, sprawiając, że okres odchodzenia, mimo że tak trudny, będzie wyjątkowy. Ta zmiana podejścia do procesu umierania determinuje pacjenta do niezwykle świadomego gospodarowania swoim czasem.

Czy psychoonkologia, o której Pan Doktor mówił, bardziej pomaga choremu, czy jego opiekunom?

Myślę, że psychoonkologia aż tak bardzo nie pomaga samym umierającym. Natomiast pomaga chorym. To konsekwencja programu kształcenia nastawionego na walkę. Walkę o to, by nie dać się depresji, załamaniu, żeby stawić czoła leczeniu. Psychoonkologia powinna wkraczać już w momencie rozpoznania choroby, kiedy człowiek rozpoczyna długotrwałą batalię. Tak jest za granicą, gdzie pacjent po otrzymaniu diagnozy, że choruje na nowotwór, powinien automatycznie odwiedzić psychologa. U nas zaś specjalista ten jest dostępny bardzo często dopiero w hospicjum. Moim zdaniem wtedy wsparcie psychoonkologiczne nastawione na walkę jest już nieprzydatne. Dla pacjenta paliatywnego ważne jest coś innego niż walka, bo przecież jego dotychczasowe leczenie to ciągła walka – mianowicie wyznaczanie celów, które jest w stanie realnie zrealizować. Myślę, że o wiele bardziej pożyteczne byłoby wtedy założenia psychologii umierania, tanatopsychologii, której czołowym reprezentantem w naszym kraju jest prof. Józef Binnebesel z Torunia. Na studiach podyplomowych z psychoonkologii umieraniu poświęconych jest zaledwie kilka zajęć. Zdecydowanie za mało, biorąc pod

uwagę, jak trudnym tematem jest rozmowa z umierającym i jego bliskimi. Ani na studiach pielęgniarskich, ani na lekarskich nie ma zajęć, które uczyłyby, jak porozmawiać z osobą umierającą. Tu leży klucz do zrozumienia, dlaczego osoby wykonujące zawody medyczne unikają tego tematu.

Uciekają od trudnych pytań?

Niektórzy rzeczywiście uważają, że pacjenci na końcowym etapie życia zadają trudne pytania. Owszem, zadają i zdają sobie sprawę, że nie są to łatwe sytuacje. Kiedy prowadzę taką rozmowę, staram się, aby to pacjent, a nie ja był prowadzącym. I dlatego też mogę powiedzieć, że pacjent, zadając pytanie dotyczące samej śmierci oraz procesu odchodzenia, zna już na nie odpowiedź. Od nas oczekuje jedynie potwierdzenia. Z mojego doświadczenia wiem także, że takie rozmowy pacjent prowadzi z reguły z jedną osobą, której zaufa najbardziej. Bardzo często nie jest to lekarz, tylko pielęgniarka. Dlatego, że to ją widzi najczęściej. Towarzyszenie człowiekowi w trakcie umierania jest według mnie jednym z najbardziej intymnych momentów w jego życiu. Dlatego powinniśmy mieć na to dużo czasu – czego, jak wiadomo, brakuje. I to bez względu na grupę zawodową.

Kto zatem wybiera pracę w tych dwóch trudnych specjalnościach?

Dla wielu młodych ludzi specjalność anestezjologii i intensywnej terapii jest po prostu nęcąca. Po pierwsze, jest bardzo techniczna. Na oddziale intensywnej terapii wykorzystuje się mnóstwo specjalistycznego sprzętu. Można się zatem wiele nauczyć. Po drugie, pracując tam, widzimy wymierny efekt swojej pracy. Cały czas ścigamy się z czasem, z tyłu głowy mając świadomość, że są tylko dwie opcje – albo pacjent przeżyje, albo nie przeżyje. Dla wielu praca w takich warunkach jest formą adrenaliny i wyzwania, które hartuje człowieka. Po trzecie wreszcie, daje ona możliwość pracy w zespole, który jest prawdziwym zespołem. Jest to jedyna specjalność, w której są jasne akty prawne mówiące, że personel pielęgniarski udzielający świadczeń pacjentom w anestezjologii i intensywnej terapii musi posiadać odpowiednie wykształcenie podyplomowe, a tym samym wykazać się pewnym zakresem kompetencji.

Ostatnio zauważamy bardzo duży wpływ ratowników medycznych, którzy decydują się na studiowanie pielęgniarstwa, a następnie – po wejściu do systemu – na rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Podobną tendencję widać w opiece paliatywnej?

Zanim odpowiem, wróć do swoich początków w opiece paliatywnej. Rozpoczynając tę pracę, żywy był we mnie stereotyp, że jest ona odpowiednia dla doświadczonej, starszej osoby na emeryturze, która nie dając już rady w szpitalu, chce pochylić się nad umierającym i potrzymać go za rękę. Z czasem sytuacja się zmieniła. Od paru lat zauważam, że do opieki paliatywnej wchodzi coraz więcej młodych ludzi. Często są to osoby mające doświadczenie w anestezjologii i intensywnej terapii.

Myślę, że wynika to z charakteru pracy w opiece paliatywnej. Pracując w hospicjum, jesteśmy zdani wyłącznie na siebie. W domowej opiece paliatywnej pielęgniarstwo jest bardziej samodzielne niż w szpitalu, gdzie lekarza mamy zawsze pod ręką, a w razie potrzeby znajdą się także koleżanki czy koledzy do pomocy. Myślę, że to samodzielność pracy i chęć sprawdzenia się, bo na pewno nie finanse, przyciągają młodych do opieki paliatywnej.

Czy uzyskanie specjalizacji pielęgniarstwa jest potrzebne i warto poświęcić?

Patrząc na specjalizację jako element kształcenia, podnoszenia kwalifikacji, świadomości i kompetencji, myślę, że jest potrzebne. Sądzę jednak, że wraz z uzyskaniem specjalizacji powinny zajść większe zmiany niż dotychczas. Zdobycie każdej specjalizacji jest trudne, jednak w przypadku specjalizacji pielęgniarstwa trudności zaczynają się już na etapie decydowania się na jej rozpoczęcie. Czyż nie powinno być tak, że pielęgniarstwo, podobnie jak lekarz, może robić specjalizację w ramach rezydentury? Brak takich regulacji sprawia, że pielęgniarstwo, przychodząc na specjalizację po kilku, kilkunastu godzinach pracy, są po prostu wykończone. Kiedy po poświęceniu kilkuset godzin i zdaniu egzaminu państwowego pielęgniarstwo

uzyska w końcu tytuł specjalisty, ustawodawca powinien dać jej jakieś konkretne kompetencje, których nie może wykonywać pielęgniarstwo innych specjalności. To kształtowałoby popyt i budowało rangę danej specjalizacji. Tego na razie brak. Niestety często dla ustawodawcy nie ma znaczenia, czy i jaką masz specjalizację. Zdarza się, że aby podjąć jakąś pracę – chociażby na oddziale anestezjologii – wystarczy ukończyć kurs kwalifikacyjny. Dlatego najczęściej podstawową przyczyną wyboru specjalizacji jest czynnik finansowy. Znalezienie się w innej grupie zaszerogowania i wyższe uposażenie stają się podstawową determinantą.

Nie można jednak powiedzieć, że w pielęgniarstwie nic się nie zmieniło...

Patrząc na pielęgniarstwo 10 lat temu i dziś, widzę dużą różnicę. Kilka lat temu byłem pierwszą w województwie mazowieckim osobą z naszego środowiska zawodowego, która zaczęła wypisywać recepty. Teraz tych osób jest całkiem sporo, korzystają oni ze swoich uprawnień. Dzięki wprowadzeniu odpowiednich przepisów duża część leków mogła być przeze mnie w ramach kontynuacji wypisana. Nałożyło to na nasze środowisko dużą samodzielność, ale i odpowiedzialność. Mimo że część osób nie chce jej brać na swoje barki, myślę, że był to krok w dobrym kierunku.

Na czym jeszcze polega różnica?

Głównie na zwiększaniu kompetencji i ich uregulowaniu w aktach prawnych. Było to konieczne wraz ze wzrastającą świadomością prawniczą. I choć niektóre rozporządzenia, np. o samodzielnych czynnościach pielęgniarstwa, zbyt ograniczają możliwości działania naszego środowiska, to myślę, że zmiany idą we właściwą stronę. O receptach już wspominałem. Dobrze również, że wprowadzono poradę pielęgniarstwa. Jednak ona także ma swoje minusy, ponieważ pielęgniarstwo może przyjąć chorego i wypisać mu receptę, ale nie ma prawa wypisać zwolnienia. Nie rozumiem też, dlaczego wciąż nie mamy prawa stwierdzić zgonu. O potrzebie przygotowania odpowiednich regulacji, które wprowadziłyby taką możliwość, mówi się od lat, ale efekty wciąż są mierne.

Co Pan miał na myśli, mówiąc w jednym z wywiadów, że brakuje w pielęgniarstwie nowych młodych liderów?

To, że młodzi ludzie nie są zainteresowani przywództwem. Chcąc być dobrymi w swoim zawodzie i zarobić odpowiednio pieniądze, muszą poświęcić się pracy i doksztalcaniu. Na inną działalność po prostu brakuje im czasu. Szkoda, bo to właśnie za młodymi ludźmi mogliby pójść inni. Dopiero ich żywiołowość, hart ducha i determinacja w połączeniu z doświadczeniem starszego pokolenia pielęgniarstwa mogłoby przynieść naszemu środowisku ożywczy impuls. Niestety nasze środowisko gubi to, że jest niespójne. Koledzy lekarze bardzo często potrafią się zjednoczyć i razem stanąć do walki. Tylko jednomyślność gwarantuje sukces – a nam tego brakuje.

Czy młode pokolenie patrzy na swój zawód inaczej?

Przede wszystkim to pokolenie traktuje lekarzy jak współpracowników, a nie przełożonych. Lekarz już dawno przestał być zwierzchnikiem pielęgniarstwa, a stał się kolegą z jednej uczelni, z którym się współpracuje. Tutaj dostrzegam największą zmianę w porównaniu z dawnym modelem kształcenia kadry pielęgniarstwa opartym na liceach medycznych. Wtedy kształciło się z przeświadczeniem, że lekarz jest szefem, z którym nie wchodzi się w żadne dyskusje, że ma zawsze rację. To schematyczne myślenie, przez lata powielane przez kolejne generacje pielęgniarstwa, skończyło się. Teraz młode osoby potrafią bardzo często postawić granice. Są ambitne, chcą się uczyć, ale na pewne zachowania sobie już nie pozwolą.

W tym roku mury Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego opuścił kolejny rocznik absolwentów pielęgniarstwa. Czego chciałby Pan Doktor im życzyć?

Aby zostali w pielęgniarstwie, byli pewni własnej wartości, swojej wiedzy oraz swoich działań i stali się profesjonalistami, o których się mówi z szacunkiem. To dość długa droga, ale warta przebycia. ■

Rozmawiał Cezary Ksel



Dr n. med. Bronisław Petsch KLUB MEDYKÓW W WARSZAWIE – ULICA OCZKI 7

Najlepsze lata klubu to okres od drugiej połowy lat sześćdziesiątych aż do początku lat siedemdziesiątych. W tych latach Klub Medyków zyskał dużą popularność w środowisku studenckim Warszawy. Ciekawe imprezy ściągały komplety widowni, a klubowe zespoły muzyczne i teatralne zdobywały nagrody na festiwalach kultury studenckiej. Odbываły się spotkania z twórcami i artystami, zarówno polskimi, jak i zagranicznymi. Goście chętnie zaglądali do kolorowego zakątka, jakim za żelazną kurtyną stał się nasz klub.

Pamiętkową kronikę z wpisami sławnych osób, które gościły w klubie od 1964 r., otwiera Marlena Dietrich. W księdze znajdują się między innymi nazwiska Jerzego Andrzejewskiego, Gilberta Bécaud, Janusza Oseki, Andrzeja Łapickiego, Józefa Słotwińskiego, Ludwika Sempolińskiego, Juliusza Emira, Andrzeja Wajdy, Zbigniewa Cybulskiego, Macieja Zembatego, wykonawców kabaretu „Dudek”, Roberto Bravo, Andrzeja Szajewskiego, Bruno O’Ya, Wojciecha Młynarskiego i Lucjana Motyki.

W 1969 r. Klub Medyków w uznaniu zasług został laureatem nagrody „Czerwonej Róży” w Ogólnopolskim Konkursie Klubów Studenckich organizowanym przez Radę Naczelną Zrzeszenia Studentów Polskich. Ta pozycja klubu to głównie zasługa Zbyszka Mossakowskiego, który kierował Klubem Medyków do 1969 r. To była nie-



Program Klubu Medyków na kwiecień 1969 roku



Ulotka informacyjna Galerii Klubu Medyków

zwykłą postacią. Potrafił on łatwo zjednywać sobie zarówno studentów pomagających w działalności organizacyjnej, jak i czołowych artystów sceny krajowej, których zapraszał na występy w klubie.

Moja przygoda z klubem zaczęła się w końcówce lat sześćdziesiątych, kiedy jako student Akademii Medycznej spędzałem tam z grupą przyjaciół dużo czasu, głównie w dobrze zaopatrzonym klubowym barze (co czasami było uciążliwe dla otoczenia). Zbyszek Mossakowski znalazł sposób na skierowanie tej aktywności w pożytecznym kierunku i zaproponował, abyśmy włączyli się do pomocy w orga-

nizacji imprez klubowych, za co obiecał nam karty wolnego wstępu na wszystkie klubowe imprezy.

Zacząłem od posady „bramkarza” pilnującego wejścia, sprawdzającego bilety i czuwającego nad porządkiem. Stopniowo przeszedłem wszystkie szczeble kariery, poprzez funkcję kierownika sekcji organizacyjnej i porządkowej do pozycji kierownika klubu w 1970 r.

W międzyczasie kierownikami klubu byli Wiesław Bonicki (obecnie neurochirurg) i Wojtek Dobkowski (anestezjolog).

Klub prowadził szeroką działalność muzyczną. Poza wieczorkami tanecznymi,

85 LAT DOMU MEDYKA

na których grały zespoły Medicus 60, Klan, Zen, System i Lancety, odbywały się koncerty z cyklu „Beat Session”, w których brali udział między innymi tacy czołowi warszawscy muzycy jak: Zbyszek Hołdys, Wojtek Waglewski, Darek Kozakiewicz, Maciek Głuszkiewicz, Renata Lewandowska i Romek Czystaw oraz Marek Ałaszewski.

Działało Studio Piosenki „Grupa Rh-” stworzone i prowadzone przez Jana Pileckiego, Marka Malaka i Bogdana Olewicz, do których dołączył Zbyszek Hołdys. Wykonawcami piosenek byli Natasza Czarmińska, Romuald Czystaw, Andrzej Kozioł, Renata Lewandowska, Wojciech Nałęcz, Waldemar Kocoń i Marian Rogalski. Grupa zdobywała liczne nagrody na przeglądach i konkursach piosenkarских, a w 1970 r. wystawiła, zbierając bardzo dobre recenzje, oratorium „Wyprawa do Atlantydy”. Działał też Teatr Piosenki „Pratchawiec” Macieja Wojtyszki.

W tym czasie powstał również teatr STEM 67, prowadzony przez Marka Grzejskiego, Jakuba Rucińskiego i Stefana Mrowińskiego. Wystawiano sztuki Samuela Becketta, Friedricha Dürrenmatta, Harolda Pintera.

W 1970 r. zadebiutował, przyciągający liczną widownię, kabaret „Salon Niezależnych” stworzony przez Janusza Weiss, Jacka Kleyffa i Romana Walisiaka. Do kabaretu dołączył Michał Tarkowski. Występy Salonu cieszyły się ogromną popularnością i miały wierną, doskonale włączającą się we wspólną zabawę publiczność.

W 1971 r. w Klubie Medyków odbył się Międzynarodowy Przegląd Teatrów Studenckich, w ramach którego gościliśmy zespoły teatralne z Anglii, Francji, Niemiec, ZSRR i Stanów Zjednoczonych. Przed klubem ustawiały się olbrzymie kolejki studentów chcących zobaczyć nowy, otwarty przekaz teatralny.

Ważną pozycją programową był też Jazz Club.

Raz w tygodniu do wyświetlanych starych filmów kina niemego zespoły jazzu tradycyjnego grały podkład muzyczny. Odbywały się cykliczne koncerty „Jam session”, przyciągające najlepszych krajowych muzyków, takich jak Zbyszek Namysłowski, Tomasz Stańko, Andrzej Trzaskowski, Włodzimierz Nahorny, Michał Urbaniak, Mieczysław Kosz, Marian



Artyści występujący w Klubie Medyków: (góra od lewej) – Natasza Czarmińska (grupa Rh-), Jacek Kleyff (Salon Niezależnych), Anna Zdanowicz (grupa Rh-), Wojciech Nałęcz (grupa Rh-), Andrzej Kozioł (grupa Rh-), Natasza Czarmińska (grupa Rh-)



Zaproszenie na wernisaż Marii Wituskiej 8 maja 1972 r.

Komar, Tomasz Szukalski, Kazimierz Jonkisz, Marek Bliziński, Marianna Wróblewska i Zespół Novi.

W 1971 r. odbył się cykl koncertów „Muzyka pozostała” poświęconych twórczości zmarłego dwa lata wcześniej Krzysztofa Trzcńskiego Komedy.

Impreza ta była powtarzana w następnych latach i zdobyła miano najlepszej, najciekawszej imprezy muzycznej roku w Warszawie.

Udane były też Ogólnopolskie Przeglądy Zespołów Artystycznych Medyków oraz Ogólnopolskie Kiermasze Piosenki Studenckiej. Wydarzeniem, które długo pamiętano, był niezwykle, dwukrotnie powtarzany recital największej gwiazdy polskiej piosenki Ewy Demarczyk. Gościliśmy również krakowską Piwnicę pod Baranami.

W klubie odbywały się także wieczory muzyki poważnej i poezji, turnieje brydżowe i szachowe, działał Dyskusyjny Klub Filmowy.

Ciekawe spotkania organizował Klub Myśli Politycznej, gdzie zaproszeni dziennikarze toczyli gorące dyskusje przyciągające licznych słuchaczy.

W galerii Klubu Medyków odbywały się wernisaże i wystawy malarskie, fotograficzne i plakatu. Swoje prace wystawiali między innymi Jan Skoczylas, Jerzy Juk-Kowarski, Jan Sawka, Edward Dwurnik, Wojtek Bersz, Eugeniusz Małkowski (Geno), Jadwiga Budzisz-Buynowska, Piotr Kasprzak i Maria Wituska.

Poza wymienionymi powyżej (z konieczności skrótowo) ambitnymi wydarzeniami kulturalnymi i artystycznymi toczyło się w klubie bogate życie towarzyskie,

które ożywiała obecność stałych bywalców o niekonwencjonalnych osobowościach. Nie sposób nie wspomnieć charyzmatycznego disc jockeya Eddiego i jego energicznych dyskotek „Eddie Show” czy poety Leszka Kowalewskiego zwanego „Missisipi” (poeta z filmu „Rejs” Marka Piwowskiego), który szukał inspiracji poetyckich w klubowej kawiarni.

Praca w klubie to był piękny okres mojego życia. Wspólnie z Markiem Dąbrowskim, Tadeuszem Cienkuszem, Krzysztofem Urbaniakiem, Bogdanem Ostrowskim, Antonim Krzeskim, Antonim Pomianowskim, Krzysztofem Napieralskim i Jackiem Różgą (wszyscy byli studentami Akademii Medycznej) pracowaliśmy w klubie i jednocześnie świetnie się bawiliśmy.

Pozostały wspomnienia, do których często wracamy wraz z żoną, również poznając w naszym Klubie. ■

Bronisław Petsch



Nii näeb välja üliõpilasklubi „Medykow” aadress, kelle 28 esindajat eile Tallinna saabunud. Nõukogude Liidu üliõpilaste ühendamiseks on Wrocławis toimunud üliõpilasteatrite festivali käigus Moskva Avioinstituudi ja Tšeljabinski Polütehnilise Instituudi isetegevuslaste „Medykow” võitis tänavu Poola 150 üliõpilasklubi võistluses esikoha — auhind kannab poetilist nime „Punane Roos” ja selle juurde kuulub preemiasõit Nõukogude Liitu noorte eluga tutvuma. Kokku kestab visiit kümme päeva ja delegatsiooni juht, üliõpilasklubi juht, Poola Üliõpilaste kultuurikomisjoni loominguise töö grupi juhataja KRZYSZTOF MROZIEWICZ rääkis meie vabariigi prog-

WARSZAWA, ul. OCZKI 5/7

rammis olevast niimoodi: „Kavas on muidugi tutvumine iidse Tallinnaga, külas käik „Rahva Viidu” kolhoosi ja tutvumine Polütehnilise Instituudi noortega. Täna õhtul on Tombi-nim. Kultuuripalees meie ansambli kontsert koos Tallinna isetegevuslastega.”

Mida kujutab endast klubi „Medykow”?

„Poola üliõpilasklubi jagunevad suuruse järgi kolme kategooriasse. Esimesse, kõige suuremasse, kuulub ka meie klubi oma 1650 liikmega. Põhimõtteliselt töötame Varssavi Meditsiiniakadeemia (hoolimata kaalukast nimest siiski õppeasutus) juures, kuid meie liikmeskonda kuulub ka teiste kõrgemate õppeasutuste üliõpilasi, samuti töölisi noori.

Tegemus käib 29 sektsioonis huvialade järgi. Kõrvuti loominguise aladega pöörame suurt tähelepanu poliitilise teadmiste arengule. Edukalt töötab nn poliitilise mõtte klubi, mis korraldab diskussioone, kohtumisi väliskommunikatsiooniga, lahkab aktuaalseid probleeme.

Tihti koostöö on meie klubil Varssavi suuremate töökoolidega — metallurgia- ja tehasega „Warszawa”, juhtiba radiotehasega ning autotehasega FSO. Korraldame ühiseid kultuuri- ja puhkeüritusi. Ka selle programmi, mida meie ansambel esitavad Nõukogude



Grupp Tallinnas külas käigul viibivaid poola üliõpilasi, klubi „Medykow” liikmeid.

Artykuł opublikowany w estońskiej prasie. W Tallinie odbywały się rozmowy z miejscowymi aktywistami w trakcie występów Klubu Medyków w ZSRR, 1972 r. Od lewej: druga – Grażyna Szynekiewicz (mgr farmacji), trzecia – Nina Gromadkiewicz (RN ZSP), czwarty – Krzysztof Mroziewicz (itd.), szósty – Bronisław Petsch

„Studiowałem” Klub Medyków

Rozmowa z dr. n. med. Bronisławem Petschem

W powszechnej opinii inicjatorem Klubu Medyków był niezjący już dr Zbigniew Mossakowski. Dlatego naszą rozmowę chciałbym rozpocząć od przypomnienia tej niezwyklej osoby.

Zbyszek Mossakowski pamiętam bardzo dobrze, bo właśnie dzięki niemu włączyłem się w prace klubu. Rzeczywiście, Klub Medyków był jego pomysłem i realizacją. Dzięki niemu miejsce, które wcześniej przypominało raczej zwykły dom kultury, stało się tętniącym życiem, wyjątkowo oryginalnym klubem. Zbigniew Mossakowski tak naprawdę stworzył swego rodzaju instytucję kultury. Możliwe to było przede wszystkim dzięki jego walorom osobistym. Posiadał niezwykłą zdolność przyciągania do siebie ludzi otwartych i kreatywnych. Wśród nich w pewnym momencie pojawiłem się ja.

Jak rozpoczęła się panów znajomość?

To było na III roku studiów. Po ćwiczeniach klinicznych wraz z kolegami zawsze kierowaliśmy się do klubu. Zbyszek, przebywający tam codziennie, zaczął nas rozpoznawać i obserwować. Pewnego dnia podszedł

do mnie i zapytał, czy nie chcielibyśmy pomóc w prowadzeniu klubu. Wiedział, że lubimy przychodzić na ul. Oczki, zachęcał nas kartami wolnego wstępu na wszystkie imprezy w zamian za pomoc w ich organizacji. Zgodziłem się. Mossakowski zrobił mnie kierownikiem organizacyjnym.

Czym dokładnie się Pan zajmował?

Byłem związany z klubem od 1968 do 1972 r. Początkowo zajmowałem się podstawowymi sprawami, ze sprzątniem włącznie. Jednak po jakimś czasie zostałem szefem sekcji porządkowej. Wraz z grupą bardziej rosnących ode mnie studentów medycyny wpuszczałem osoby do klubu. Następnie byłem kierownikiem ds. programowych, po czym zostałem kierownikiem Klubu Medyków.

W czasie, kiedy kierował pan Klubem Medyków, miejsce to było mekką kulturalną dla studentów. Jak Pan tego dokonał?

To była głównie zasługa Zbyszka Mossakowskiego. Ja jedynie kontynuowałem jego pomysł na klub. Starłem się nie ze-

psuć jego koncepcji. Czasem wzbogacałem pewne elementy poprzez dobór ludzi będących rzeczywistymi pasjonatami kultury i życia studenckiego. Wsłuchiwałem się w opinie gości odwiedzających nasz klub i kształtowałem program tak, aby stał się otwarty dla wszystkich.

Nawet dziś, patrząc na program klubu, robi wrażenie liczba i tematyka wydarzeń, a także artyści pojawiający się na scenie. Łatwo było prowadzić takie miejsce?

Bardzo trudno, tym bardziej że większość osób zaangażowanych w działalność klubu robiła to społecznie. Ja otrzymałem umiarkowaną pensję z Akademii Medycznej. Natomiast zastępcy kierownika dostawali wynagrodzenie ze Zrzeszenia Studentów Polskich.

Dlaczego?

Wynikało to ze struktury Klubu Medyków. Klub był agendą ZSP, ale budynek Domu Medyka, w którym mieścił się klub, należał do Akademii Medycznej. Uczelnia czuła się odpowiedzialna za działalność klubu i finansowała pewne rzeczy.

85 LAT DOMU MEDYKA

Natomiast cały aktyw, czyli kilkadziesiąt osób, głównie studentów medycyny, pracował za darmo.

Związki klubu z ZSP sięgają lat 50. Warto przypomnieć, że pierwszy założycielski kongres ZSP w kwietniu 1950 r. odbył się właśnie w Klubie Medyków.

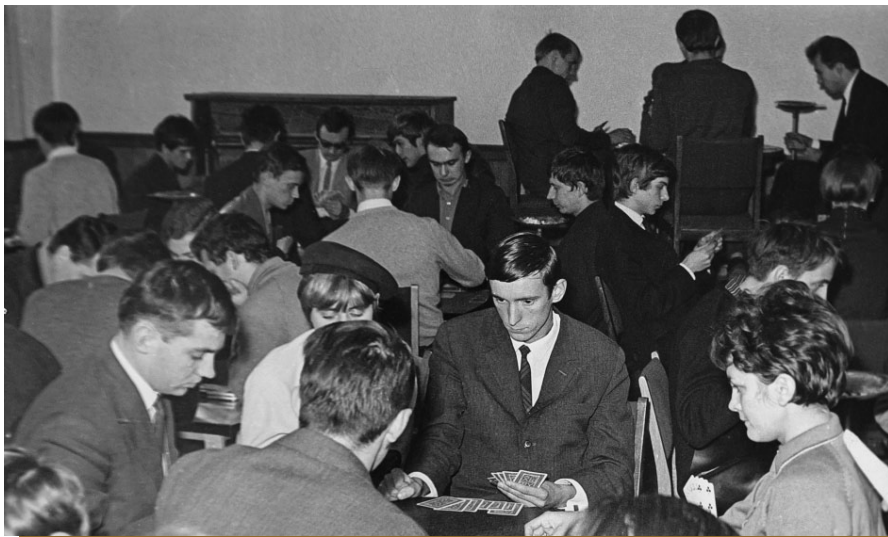
Natomiast w 1970 r. Rada Naczelna ZSP, której wówczas przewodniczącym był Stanisław Ciosek, późniejszy ambasador w Moskwie, zleciła naszemu klubowi zorganizowanie w Teatrze Wielkim olbrzymiej imprezy na kilka tysięcy osób z okazji 20-lecia Zrzeszenia Studentów Polskich. Zaangażowano kilkadziesiąt osób z Klubu Medyków – oczywiście w charakterze wolontariuszy. Udało nam się, choć było to wielkie przedsięwzięcie. Zapamiętałem je bardzo dobrze dlatego, że odbywało się ono tuż po tym, jak zdobyliśmy Czerwoną Różę, czyli odznaczenie dla najlepszego klubu studenckiego w Polsce przyznawane podczas Ogólnopolskiego Konkursu Klubów Studenckich.

Jaka była opinia władz uczelni na temat klubu. Czy mieliście z władzami akademii jakiś kontakt?

Oczywiście. Na uczelni działał pełnomocnik rektora do spraw klubu, z którym się raz na jakiś czas spotykaliśmy. Jak już wspominałem, podlegaliśmy swoistej dwuwładzy, zarówno rektora, jak i ZSP. Była to sytuacja niezręczna, ale mająca też swoje zalety – w zasadzie nie podlegaliśmy ani akademii, ani ZSP. Z akademią nie musieliśmy konsultować programu, z drugiej strony byliśmy w stanie zablokować zakusy ZSP, które chciało spiąć owoce z działalności naszego klubu. Jednym słowem, aby klub sprawnie działał, musieliśmy żyć w symbiozie ze wszystkimi.

A czy kiedykolwiek zasugerowano, aby klub nie podejmował pewnych tematów?

Nie było żadnych nacisków politycznych ani z jednej, ani z drugiej strony. Oczywiście wszystkie programy spektakli teatralnych czy odbywających się w klubie kiermaszów piosenki musiały być uzgadniane na ul. Mysiej, gdzie mieścił się Główny Urząd Kontroli Prasy, Publikacji i Widowisk. Istniała wówczas cenzura państwowa i musieliśmy również przejść przez ten etap. Jednak – wracając



Turniej brydżowy w Klubie Medyków, 1970 r. W centrum obecny chirurg Wojciech Krasnodębski



Mecz reprezentacji Klubu Medyków z Hybrydami, maj 1971 r. Na zdjęciu studenci Akademii Medycznej. W górnym rzędzie od lewej: trzeci – Bronisław Petsch (obecnie chirurg), czwarty – Wojciech Trusiński (chirurg), piąty – Janusz Mikołajewski (ortopeda), siódmy – Jacek Sałkowski (chirurg), siedzą od lewej: trzeci – Wojciech Dobkowski (anestezjolog), piąty – Wiesław Jurewicz (chirurg), siódmy – Krzysztof Napieralski (mgr farmacji), dziewiąty – Krzysztof Majorowski (chirurg)

do pana pytania – bezpośredniego nacisku nie było. Wyjątkiem jest tu rok 1968. Wtedy rzeczywiście można było odczuć pewną presję, szczególnie ze strony komitetu partyjnego uczelni, który miał pretensje do nas, że zbieramy podpisy pod różnymi petycjami.

Czy współpracowaliście z innymi klubami studenckimi?

Tak, głównie z Hybrydami i Stodołą. W tamtych czasach razem z nimi tworzyliśmy trzy najbardziej liczące się kluby w Warszawie. Klub Remont dołączył w późniejszych latach. Współpraca przybiegała czasem wymiar sportowej rywalizacji. Tak było przede wszystkim podczas juwenaliów. W ich trakcie rozgrywaliśmy mecz

piłkarski z Hybrydami na stadionie Syrenki, na tyłach Stodoły. Pamiętam, że przejazd na stadion odbywał się dorożkami. Oczywiście w tej rozgrywce nie chodziło o wynik, ważna była integracja między uczelniami. W moim archiwum zachowało się jedno zdjęcie z tego spotkania.

Które wydarzenia organizowane w Klubie Medyków zapadły Panu Doktorowi w pamięć?

Na pewno „Muzyka pozostała” z muzyką Krzysztofa Komedy. Na pomysł tego wydarzenia wpadł Antoś Krzeski. To była fantastyczna impreza i niezwykle dwie noce. Przybyła Zofia Komédowa, żona Krzysztofa Komedy, a występowali najwybitniejsi polscy muzycy jazzowi.

85 LAT DOMU MEDYKA

Odbływały się także projekcje filmów, do których Komeda skomponował muzykę. Odwiedził nas Jerzy Skolimowski. „Muzyka pozostała” zdobyła bardzo szerokie uznanie i ogromną popularność. Tłumy ciągnęły także na drugie wydarzenie, które utkwiło mi w pamięci. Był to festiwal teatrów studenckich. Swoje spektakle wystawiały grupy m.in. z Niemiec, Stanów Zjednoczonych, Francji czy ZSRR. Chętnych widzów było tak dużo, że trudno było nad nimi zapanować. Nie dziwiłem się takiemu zainteresowaniu. Dla młodych ludzi, studentów, ważny był każdy kontakt z zachodnią kulturą, będącą dla nas synonimem otwartości i wolności. Tego w ówczesnej Polsce po prostu brakowało.

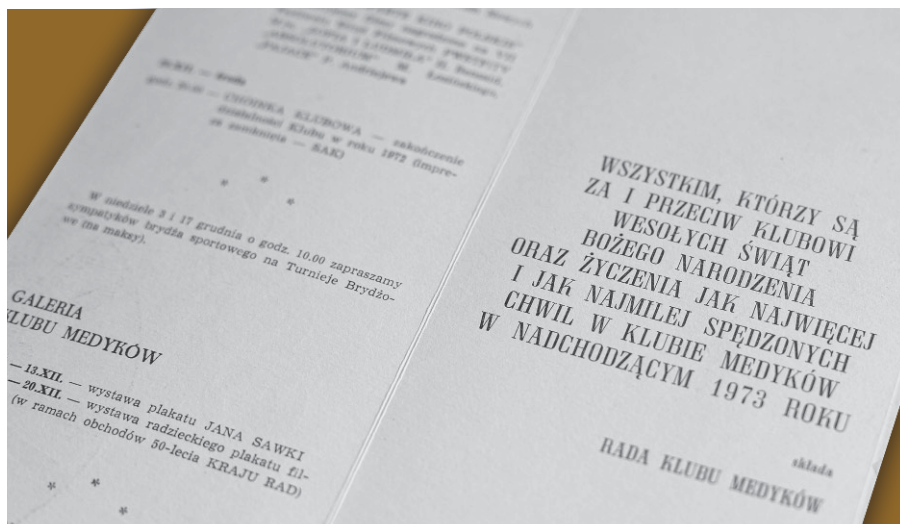
Pamiętam również koncert Ewy Demarczyk, który był olbrzymim przeżyciem. Do Klubu Medyków ściągnęliśmy ją z wielkim trudem. Wszyscy wiedzieliśmy, jak bardzo nie lubi występować i jakie warunki stawia w razie wyrażenia zgody na koncert. Namawialiśmy ją pół roku. W końcu jednak przyjechała i dała dwa koncerty.

Czym się wyróżniała kultura studencka tamtych lat?

Przede wszystkim należy podkreślić, że pozycja kultury studenckiej była zupełnie inna niż obecnie. W klubach studenckich pączkowało wiele różnych form kultury, nie tylko adresowanej do studentów. Nigdzie indziej nie mogłyby powstać pomysły, które w pewien sposób szły pod prąd panującym wówczas tendencjom. Klub Medyków stał się kuźnią wszelkich pomysłów i inicjatyw tworzonych przez artystów, aktorów, piosenkarzy, satyryków czy malarzy. Na tle innych klubów byliśmy absolutnie wyjątkowi.

Skąd taka pewność?

Miałem doskonale rozeznanie w innych klubach, nie tylko warszawskich. W pewnym momencie moja praca została dostrzeżona i doceniona – otrzymałem tytuł szefa najpierw Środowiskowej, a potem Ogólnopolskiej Rady Klubów Studenckich. Była to organizacja zrzeszająca wszystkie kluby studenckie. To umożliwiło mi podróże po kraju i ocenianie ich. Klub przy ul. Oczki rzeczywiście się wyróżniał. Choć trzeba zaznaczyć, że we wszystkich dużych miastach kluby studenckie stały



Ulotka informacyjna Klubu

na bardzo wysokim poziomie. I co najważniejsze, były niezależne.

Przyzna Pan Doktor, że w tamtych czasach to ewenement.

Zadecydowała przede wszystkim dość liberalna polityka cenzury stosowana w przypadku klubów. Podam przykład: po uzgodnieniu w ciągu dnia z cenzorami na Mysiej zmian, które koniecznie należy wprowadzić, np. w programie Salonu Niezależnych, wieczorem program siedł i tak w takim kształcie, jaki chcieli artyści, a nie cenzor. Mimo że ówczesne prawo cenzury przekraczaliśmy nagminnie, nie pamiętam, aby z tego powodu pojawiły się jakiekolwiek restrykcje.

O dość łagodnym podejściu cenzury świadczy też organizowany przez nas Klub Myśli Politycznej. Do udziału w dyskusji zapraszaliśmy dziennikarzy i ambasadorów różnych krajów, nie tylko socjalistycznych. Na jednym ze spotkań był nawet ambasador Zjednoczonej Republiki Arabskiej. W ich trakcie ścierały się czasem diametralnie różne poglądy na politykę, życie, religię – co wówczas wydawało się rzeczą niewyobrażalną.

Otrzymanie dyplomu ukończenia studiów zakończyło Pana przygodę z klubem?

Nie do końca. Przyznaję, że nie wyobrażałem sobie życia bez Klubu Medyków. Byłem tam cztery lata. Kiedy koledzy studiowali medycynę, ja odnosiłem wrażenie, że „studuję” Klub Medyków. Przebywałem na Oczki dzień i noc. Nawet po skończeniu studiów przez rok pracowałem w klubie.

Mimo to odszedłem, chociaż w jakimś sensie zmusiło mnie życie. Nie śpieszyłem się na staż. A ponieważ wówczas otrzymywało się nakazy do jego odbywania, w końcu otrzymałem wezwanie. Nie mając wyjścia, musiałem rozpocząć staż w pogotowiu ratunkowym, kończąc w ten sposób moją przygodę z klubem. Po mnie jego kierownikiem został Jacek Rózga, w późniejszych latach pracujący w Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego. Po jego odejściu zaczął się remont klubu. Do tej pory zostałem zaproszony na dwa spotkania związane z planami reaktywacji Klubu Medyków. Wszystkie zakończyły się fiaskiem.

Jak Pan Doktor tłumaczy niezwykle popularność Klubu Medyków w latach 60. i 70.?

Myślę, że na to złożyło się wiele czynników. Na pewno decydujący wpływ miał czas, zupełnie specyficzny – okres niepokoїв studenckich w całej Europie. Rok 1968 był przełomem nie tylko we Francji. Także w Polsce młodzież protestowała, ponieważ chciała coś zmienić, była głodna zmiany i otwarcia na świat. Staraliśmy się wyjść naprzeciw ich potrzebom maksymalnie, jak to tylko było możliwe, nie zapominając o ówczesnym kontekście politycznym. Sądzę też, że kluczowa była chęć kontynuacji pomysłu na klub, który stworzył Mossakowski. Nie udało by się to jednak, gdyby nie ludzie, którzy nie tylko chcieli pielęgnować wzorzec klubu studenckiego, ale też twórczo i ambitnie go rozwijać. ■

Rozmawiał Cezary Ksel

Na zdjęciach dokumenty z archiwum prywatnego dr. Bronisława Petscha

LEKARZE WOJSKOWI W GRONIE ZAŁOŻYCIELI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

Dr n. med. Maria J. Turos

Zakład Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej WUM

Powołanie do istnienia odrębnego towarzystwa naukowego grupującego lekarzy stało się bez wątpienia bardzo istotnym wydarzeniem dla medyków warszawskich. Od samego początku lekarze wojskowi, związani jeszcze z armią I Rzeczypospolitej, następnie Księstwa Warszawskiego, a później Królestwa Polskiego, znaleźli się w ścisłym gronie tego gremium, stanowiąc znaczący trzon jego założycieli. Dwunastu spośród nich już dnia 25 listopada 1820 roku uwierzytelniło akt erekcyjny tej potrzebnej środowisku instytucji.

Pod owym dokumentem, o którego wyglądzie tak pisał Józef Peszke: *druk ten, należący dziś do tzw. białych kruków składający się z arkusza papieru szaro-żółtawego złożonego w czwórkę*¹, kolejno podpisy swoje zostawili: Franciszek Ksawery Baldauf, Andrzej Franciszek Dybek, Ignacy Fijałkowski, Karol Stanisław Grygowicz (Grygorowicz), Jakub Fryderyk Hoffman, Jan Karol Kühnel, Stanisław Przysański, Karol Stackebrandt, Jan Stummer, Fryderyk Gottlieb Schwenciki, Wilhelm Wallburg (Wahlburg), Jan Fryderyk August Wernery.

1. Franciszek Ksawery Baldauf – jego akces figuruje jako pierwszy, z dodanym w języku niemieckim *sehr gern*², czyli *bardzo chętnie*.

Medyk ten z wojskiem polskim związany był jeszcze w Legionach generała Henryka Dąbrowskiego, później z Legią Nadwiślańską, z którą to formacją przebył cały szlak bojowy w Hiszpanii, Rosji i we Francji. Kolejom jego życia oraz długiej, po-

nadpięćdziesięcioletniej pracy zawodowej poświęcony został bardziej szczegółowy tekst zamieszczony w 2020 roku na łamach „Skalpela”, czasopisma Wojskowej Izby Lekarskiej³. W momencie założenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego pełnił obowiązki naczelnego sztabslekarza Wojska Polskiego zastępując na tym stano-

wisku Jana Stummera. Pochowany został na starych Powązkach w Warszawie, gdzie ocalała częściowo zasypiana ziemią tablica.

2. Andrzej Franciszek Dybek – przystępując, prócz podpisu zostawił krótki komentarz: *czytał i w nadziei, że idzie o rzecz dobrą, o naukę, której się*



Tablica nagrobna Franciszka Ksawerego Baldaufa na warszawskich Powązkach



Andrzej Franciszek Dybek

poświęca lekarz i której prawdziwem źródłem iest doświadczenie przystępuję⁴.

Urodził się w Poznaniu, zaś studiował w Berlinie. W grudniu 1806 roku zgłosił się do powstających oddziałów Wojska Polskiego. Został przydzielony do formacji kawalerii, z którą przeżył kampanię 1809 roku. Jesienią 1810 roku rozpoczął starania o odpowiedni stopień akademicki. W styczniu 1811 roku zapisał się na uniwersytet we Frankfurcie nad Odrą i tam po złożeniu przepisanych egzaminów oraz przedstawieniu pracy „*De vulnerandi potestate aeri compresso utique abneganda*”⁵ uzyskał tytuł doktora medycyny i chirurgii, zaś miesiąc później otrzymał drugi tytuł doktora, tym razem w dziedzinie nauk filozoficznych na uniwersytecie w Wittenberdze. Podczas kampanii rosyjskiej 1812 roku kierował ambulansem przydzielonym do jednej z polskich formacji⁶. W tragicznej fazie odwrotu, po przekroczeniu Berezyny, przejął obowiązki naczelnego lekarza Wojska Polskiego. Po dotarciu do Warszawy zorganizował lazaret w dawnych koszarach gwardii pieszej koronnej. Uczestniczył w walkach na terenie Saksonii, gdzie 11 maja 1813 roku odznaczono go Legią Honorową. Brał udział w bitwie pod Lipskiem⁷. W lipcu 1814 roku powrócił do Polski i został mianowany lekarzem dywizyjnym w korpusie jazdy. Jednocześnie



Nagrobek Andrzeja Franciszka Dybka na warszawskich Powązkach



Kamień nagrobny Jakuba Fryderyka Hoffmana na cmentarzu ewangelicko-augsburskim w Warszawie

wchodził w skład komisji weryfikującej kadry medyczne armii Królestwa Polskiego. Komisja Rządowa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego powierzyła mu również funkcję organizatora Kliniki Chirurgicznej przy nowo powołanym w 1816 roku uniwersytecie. Prowadził zajęcia dydaktyczne, zaś w latach 1818–1825 sprawował funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego, zjednując sobie wielką życzliwość studentów. Zmarł nagle 6 lutego 1826 roku w wieku zaledwie czterdziestu trzech lat⁸.

W tym miejscu wypada wspomnieć, że Andrzej Franciszek Dybek został pierwszym wiceprezesem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Jego grobowiec na starych Powązkach był poddany pracom konserwatorskim, ale niestety uległ destrukcji.

3. Ignacy Fijałkowski – przystępuje równie uwierzytelnione następnie podpisem.

Nie mamy o nim wielu danych. Urodził się w 1783 roku w Andrychowie, z Wojskiem Polskim związany od 1809 roku. Dla lekarzy wojskowych przygotował podręcznik „Początki chirurgii” wydany w 1811 roku. Po roku 1813⁹, przy czym nie jest wykluczone, że dopiero w 1819, przeszedł do pracy w szpitalach cywilnych, zaś od 1823 roku prowadził wykłady z położnictwa na Uniwersytecie Warszawskim. Współpracował z Warszawskim Królewskim Towarzystwem Przyjaciół Nauk¹⁰. Zmarł poza Warszawą w Zawidzu k. Sierpca.

4. Karol Stanisław Grygowicz (Grygorowicz) – przystępuje, i następnie złożył swój podpis.

Wiemy o nim również niewiele. Urodził się w 1772 roku w Kaliszu¹¹ bądź też w 1784 roku w Krakowie i posiadał wysokie wykształcenie akademickie, był doktorem medycyny, magistrem chirurgii i *akuszerji*¹² Akademii Krakowskiej. Z wojskiem związany od 1807 roku¹³. Został odznaczony Legią Honorową i krzyżem *Virtuti Militari*¹⁴. W Królestwie Polskim od 1817 roku pracował w biurze rachunkowości Wydziału Lekarskiego, zaś na przełomie lutego i marca 1831 roku, po opuszczeniu Warszawy przez Jana Stummera, zajął jego stanowisko szefa Wydziału Lekarskiego i pełnił wszystkie obowiązki administracyjne. Wyjechał później do Buska,



Sarkofag Jana Karola Kühnela na cmentarzu ewangelickim przy ul. Młynarskiej w Warszawie

gdzie był lekarzem w Szpitalu św. Mikołaja. Zmarł w tej miejscowości w 1855 roku.

5. Jakub Fryderyk Hoffman – przystępuje.

Urodził się w 1758 roku. Uczył się w Elblągu, potem w Królewcu i Rydze. Pracował w aptekach w Petersburgu i Archangielsku. Około 1780 roku wyjechał z Rosji początkowo do Królewca, a następnie do Wiednia oraz Berlina. W 1784 roku uzyskał stopień doktora medycyny na uniwersytecie we Frankfurcie nad Odrą, następnie przybył do Warszawy, gdzie przez sześć lat był lekarzem przybocznym biskupa Giedroycia. W 1794 roku został powołany na stanowisko lekarza wojskowego w 16. pułku piechoty, zaś w czasie insurekcji kościuszkowskiej kierował lazaretami w Pałacu Radziwiłłowskim i Szpitalu Ujazdowskim. Po upadku insurekcji kościuszkowskiej wyjechał do Włoch, gdzie w latach 1797–1798 został lekarzem w Legionach Polskich. W 1807 roku objął stanowisko naczelnego lekarza w dwóch dużych lazaretach wojskowych w okolicach Płocka: w Tokarach i Dobrzykowie¹⁵. Późną jesienią 1809 roku objął katedrę historii naturalnej w nowo

powstałej Szkole Medycznej w Warszawie. Dla potrzeb nauczania biologii w 1811 roku urządził ogród botaniczny, który następnie został włączony w teren Uniwersytetu Warszawskiego. W 1817 roku objął na tymże uniwersytecie dodatkowo jeszcze Katedrę Mineralogii. Zmarł 17 października 1830 roku w Warszawie. Spoczął wraz z żoną na cmentarzu ewangelickim w Warszawie¹⁶. Kamień nagrobny zachował się, niestety łupem złodziei padły metalowe wkute litery, dlatego napis, zresztą niezbyt czytelny, stanowi jedynie ślady po nich.

6. Jan Karol Kühnel – wyraźnie napisał tak, ale swojej deklaracji nie parał podpisem.

Tu danych biograficznych jest niestety bardzo mało. Pochodził z Berlina, gdzie urodził się w 1770 roku, przy czym Stanisław Kościński wspomina, iż *przybył do Warszawy z wojskiem pruskim ok. 1796, od roku 1813 był członkiem komisji nadzorczej lazaretów ks. warszawskiego*¹⁷. Ponadto pełnił obowiązki *naczelnika i urzędnika zdrowia dywizji pierwszej*¹⁸ wojsk Księstwa Warszawskiego. W 1813 roku wraz z oddziałami polskimi przebywał

na terenie Saksonii. Po zakończeniu działań zbrojnych w 1814–1815 roku powrócił do Warszawy, po czym otworzył jeden z pierwszych ogólnodostępnych gabinetów lekarskich w tym mieście¹⁹. Zmarł 23 stycznia 1836 roku w Warszawie. Został pochowany na cmentarzu ewangelickim przy ul. Młynarskiej. Monumentalny grobowiec z popiersiem dłuta Jakuba Tatarkiewicza²⁰ zachował się, ale wymaga renowacji.

7. Stanisław Przysański – na dokumencie, nim złożył swój podpis, zaznaczył: *czytałem i chętnie przystępuję*.

Kolejna z postaci, o której danych nie zachowało się zbyt wiele. Urodził się w 1785 roku w Grudusku. Studiował w Instytucie Medyko-Chirurgicznym w Berlinie, zaś doktorat z chirurgii uzyskał w 1819 roku na Uniwersytecie Warszawskim. W czasach Księstwa Warszawskiego był lekarzem od 1808 roku w wojskowym lazarecie²¹ mieszczącym się w koszarach sapieżyńskich. Za udział w kampanii 1809 roku został uhonorowany krzyżem *Virtuti Militari*. W Królestwie Polskim działał w administracji, a następnie był sztabslekarzem początkowo w pułku piechoty, zaś od 1816 roku strzelców konnych gwardii. W latach 1817–1828 pracował w Szpitalu Ujazdowskim, a ponadto od 1824 roku prowadził zajęcia w szkole dla felczarów wojskowych, gdzie dawał wykłady z zakresu anatomii. W 1828 roku został mianowany naczelnym lekarzem dywizji gwardii. Po roku 1833 wyjechał do Szczecina, a następnie do Krasnegostawu, gdzie zmarł 18 kwietnia 1852 roku.

8. Karol Stackebrandt – nakreślił: *mit vielen Vergnügen Tritt bei, czyli z przyjemnością dołączam*, i następnie się podpisał.

Pochodził z Wrocławia. Studiował w Jenie i w Berlinie, gdzie uzyskał tytuł doktora medycyny. Od 1810 roku był lekarzem w pułku artylerii konnej. Za kampanię w 1812 roku uhonorowany orderem *Virtuti Militari*. W czasach Królestwa Polskiego początkowo pracował w pułku ułanów, a następnie w latach 1827–1830 w korpusie artylerii i inżynierów oraz w dywizji piechoty. Od 1832 roku do śmierci kierował Szpitalem Ujazdowskim. Zmarł 9 marca 1855 roku i pochowany został na cmen-

tarzu ewangelickim przy ul. Młynarskiej w Warszawie. Obecnie miejsce grobu jest niemożliwe do ustalenia²².

9. Jan Stummer – prócz złożenia podpisu zaznaczył jeszcze: *chętnie przystępuję*.

Kolejny z „ojców założycieli” Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego urodził się w 1784 roku w Krakowie, gdzie również studiował i w 1808 roku uzyskał stopień doktora medycyny. Z wojskiem związany był od 1808–1809 roku, zaś od 20 maja 1809 pracował jako lekarz w lazarecie polowym podczas oblężenia Sandomierza. 30 grudnia 1809 podał się do dymisji i powrócił do kariery akademickiej. Przez pewien czas pełnił obowiązki kierownika Katedry Anatomii w Akademii Krakowskiej. Ponownie wstąpił do armii 4 marca 1813 roku – w początkowym okresie został mianowany lekarzem dywizyjnym, a następnie naczelnym lekarzem korpusu. W Królestwie Polskim pełnił od 1815 roku tę samą funkcję, z przerwą w latach 1818–20, gdy prowadził wykłady oraz specjalne seminaria z anatomii na Uniwersytecie Warszawskim. W 1831 roku podał się do dymisji i w początkach marca wyjechał do Krakowa²³. Powrócił ok. 1832 roku i pełnił obowiązki początkowo w komitecie, a następnie w Radzie Lekarskiej Królestwa Polskiego, której członkiem etatowym był od 1838 roku. W 1845 roku przeszedł na emeryturę. Zmarł 15 sierpnia 1845 roku w Warszawie i został pochowany na starych Powązkach. Potężny grobowiec rodzinny zachował się w dość dobrym stanie.

10. Fryderyk Gottlieb Szwencki – zaznaczył na wstępie: *Mit Vergnügen trete ich dieser Gesellschaft bey, czyli z przyjemnością dołączam do tej inicjatywy*, po czym uwierzytelnił swoim podpisem.

Urodził się w 1783 roku w Guben nad Nysą Łużycką, zaś studia medyczne rozpoczął w Dreźnie. Początkowo związany z armią saską, po otrzymaniu dymisji dnia 29 sierpnia 1811 roku został *urzędnikiem zdrowia I klasy* w 2. pułku piechoty Księstwa Warszawskiego. Brał udział w kampanii moskiewskiej, m.in. pracując w lazaretach w Smoleńsku²⁴. Z wyjątkowym poświęceniem w czasie batalii pod

Lipskiem spieszył z pomocą rannym bezpośrednio na linii walk²⁵. Pozostał w mieście w pierwszym, najtrudniejszym okresie po ustaniu działań zbrojnych i jego nazwisko, w zapisie fonetycznym, jako jednego z bardziej czynnych chirurgów wspomina dokument powstały w październiku 1813 roku²⁶. Później zgłosił się samorzutnie, o czym wspomina Stanisław Kościński²⁷, do lazaretu mieszczącego się w Halle, gdzie pod okiem prof. Meckela²⁸ pracował aż do 1815 roku. Doświadczenia zawodowe zebrał w pracy „*De aneurismatis structura*”, która 24 marca 1815 roku przyniosła mu stopień doktora medycyny i chirurgii²⁹. Za swoją odwagę i poświęcenie dla rannych odznaczony najpierw srebrnym, a następnie złotym krzyżem *Virtuti Militari*³⁰. W Królestwie Polskim początkowo był sztabslekarzem w pułku grenadierów gwardii, a następnie pełnił obowiązki lekarza dywizyjnego dywizji gwardii. Od 1828 roku wraz z Józefem Celińskim i wspomnianym już Stanisławem Przysańskim³¹ wszedł w skład ścisłego kierownictwa Szpitala Ujazdowskiego, zaś w 1831 roku był szefem lazaretów wojskowych w Warszawie. Po kapitulacji we wrześniu 1831 roku pozostał w mieście i, już jako cywil, w latach 1833–1838 zajmował stanowisko lekarza naczelnego Szpitala Ewangelickiego. Został też członkiem honorowym Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. Podobnie jak Jan Karol Kühnel prowadził w Warszawie gabinet lekarski przeznaczony dla wszystkich. Zmarł w Warszawie 27 marca 1860 roku, a pochowany został na cmentarzu ewangelickim. Pomimo danych Eugeniusza Szulca³² o miejscu lokalizacji grobowca jest ono praktycznie nie do ustalenia.

11. Wilhelm Wallburg (Wahlburg)

– przy swoim akcesie napisał: *mit Mit vollkommen Vergnügen trete ich einem Vereine bey, der das wissenschaftlichen zum allgemeinen bestern zu verbreiten zum Zwecke hat, czyli z całą przyjemnością przyłączam się do stowarzyszenia, którego celem jest rozpowszechnianie wiedzy naukowej dla najlepszych*, dodając jeszcze sentencję w języku łacińskim: *res unita prosperat et propagat mentem*.

O tej postaci znów wiemy bardzo niewiele. Urodził się w 1759 roku. Studiował

w Pradze i Budapeszcie, a według Stanisława Kościńskiego również w Wiedniu³³, zaś doktorat medycyny i chirurgii otrzymał w 1803 roku w Akademii Krakowskiej, gdzie początkowo prowadził również wykłady dla przygotowujących się do egzaminu magistra chirurgii pod okiem Rafała Józefa Czerwiakowskiego. W 1812 roku pracował w armii Księstwa Warszawskiego i za swoje czyny odznaczony został złotym krzyżem Virtuti Militari. Po 1815 roku podał się do dymisji, zaś od 1818 roku był wykładowcą położnictwa na Uniwersytecie Warszawskim oraz kierował Instytutem Położnictwa mieszczącym się przy ul. Jezuickiej³⁴. Zmarł w Warszawie w 1823 roku. Miejsce pochówku niestety nie jest znane.

12. Jan Fryderyk August Wernery

– zaznaczył *sehr gern*, czyli *bardzo chętnie*.

To ostatni z medyków wojskowych, którzy jako pierwsi podpisali akces do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Urodził się w 1781 roku w Wanzleben pod Magdeburgiem. Związany z wojskiem Księstwa Warszawskiego już w 1806 roku. Za swoje męstwo został odznaczony złotym krzyżem Virtuti Militari. W Królestwie Polskim był lekarzem w szkole aplikacyjnej oraz w korpusie weteranów i inwalidów. Brał czynny udział w zwalczaniu epidemii cholery, jaka panowała w Warszawie w 1831 roku. Zmarł w wieku 71 lat. Pochowany na cmentarzu ewangelickim, przy czym choć Eugeniusz Szulc precyzuje miejsce pochówku³⁵, jest ono dziś trudne do ustalenia.

Na trzydziestu ośmiu lekarzy warszawskich, jakich nazwiska figurują na liście „ojców założycieli” Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, dwunastu medyków związanych z wojskiem to liczba bardzo duża. Pracowali także nad przygotowaniem statutu Towarzystwa, którego pierwszą wersję w języku polskim przygotowywał Andrzej Franciszek Dybek, zaś w niemieckim Karol Stackebrand. Swoje liczne uwagi zgłosili Ignacy Fijałkowski, a także Jan Stummer. Będąc już pełnoprawnymi członkami Towarzystwa, intensywnie włączali się w życie naukowe, wygłaszając referaty czy doniesienia. Szczególnie często głos zabierali Andrzej

Franciszek Dybek, Ignacy Fijałkowski oraz Jan Fryderyk August Wernery, który zajmował się przede wszystkim tematami związanymi z chirurgią³⁶, lecz po zapoznaniu się z porządkiem obrad kolejnych posiedzeń, jakie cytuje w swojej monografii Józef Peszke³⁷, wyraźnie widać, że sekundował im Franciszek Ksawery Baldauf.

Wszyscy posiadali jak na owe czasy bardzo wysokie kwalifikacje i doskonałe przygotowanie zawodowe. Siedmiu miało doktoraty medycyny i chirurgii, dwóch spośród nich doktorat z chirurgii i magisterium medycyny, zaś trzech doktorat chirurgii³⁸.

Za swoje zasługi w niesieniu pomocy rannym, często z narażeniem własnego życia, zostali uhonorowani, o czym było już wspomniane, odznaczeniami wojskowymi.

Nie bez znaczenia będzie również wspomnieć, iż pięciu spośród nich było czynnymi wykładowcami najpierw Szkoły Medycznej, a następnie fakultetu medycznego na Uniwersytecie Warszawskim, zaś Andrzej Franciszek Dybek pełnił nawet funkcję dziekana.

Śmiało więc można napisać, że medycy w mundurach stanowili elitę społeczeństwa Warszawy pierwszej połowy XIX wieku. ■

Przypisy:

- ¹ „Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820–1920. Dzieje Towarzystwa część I napisał Józef Peszke”, Nakł. Tow. Lek. Warszawskiego, Warszawa 1931, s. 33 przypis.
- ² Tamże, s. 37.
- ³ M.J. Turos, „Lekarz Legionów, Legii Nadwiślańskiej, wojska Królestwa Polskiego i warszawskiej biedoty. Franciszek Ksawery Baldauf”, w: „Skalpel” 2020, 4:12-15.
- ⁴ „Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820–1920. Dzieje Towarzystwa część I napisał Józef Peszke”... – s. 37.
- ⁵ P. Girsztowt, „Andrzej Franciszek Ksawery Dybek”, w: „Tygodnik Ilustrowany” nr 282, t. XI, Warszawa 18 lutego 1865, s. 2.
- ⁶ Z. Lech, Karol Eichler, „Bieg życia mój” Nieznany pamiętnik farmaceuty Księstwa Warszawskiego i Królestwa Kongresowego. Część I kampania 1812”, w: „Arch. Hist. Med.” 1978, XLI, s. 114 i nast.
- ⁷ W. Piotrowski, „Andrzej Dybek”, w: „Polski Merkurusz Lekarski” 1997: t. III, nr 15, s. 151.
- ⁸ J. Peszke, „Dr med. A. F. Ks. Dybek”, w: Album biograficzny zasłużonych Polaków i Polek wieku XIX, Warszawa 1901, s. 53.
- ⁹ Fr. Giedroyc, „Służba zdrowia w dawnym wojsku polskim”, Departament Sanitarny, Warszawa 1927, s. 401.
- ¹⁰ I. Fijałkowski, „Rozprawa Ignacego Fijałkowskiego [...] na zapytanie Towarzystwa Królewskiego

– Warszawskiego Przyjaciół Nauk ogłoszone na posiedzeniu publicznym tegoż Towarzystwa dnia 30 kwietnia 1814 roku w osnowie następującej: Towarzystwo wyznacza nagrodę ... Pisarzowi, który najdokładniejszą poda instrukcją, ułożoną w sposobie najstosowniejszym do pojęcia ludu, mającą za cel oświecić mieszkańców kraju w tém, czego się strzedz i co czynić we wszelkich względach mają, dla zapobieżenia uszkodzeniu zdrowia i życia”, w: Druk. X Piłarów, Warszawa 1819.

¹¹ St. Kościński, „Słownik lekarzów polskich”, nakładem autora, Warszawa 1883, s. 156.

¹² Fr. Giedroyc, „Służba zdrowia w dawnym wojsku polskim...” – s. 416.

¹³ Tamże.

¹⁴ Tamże.

¹⁵ T. Srogosz, „Lazarety główne na zapleczu działań armii francuskiej i polskiej w 1807 r.”, w: „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią (Kulturą) Medycyną” 2000, t. 7, zesz. 2.

¹⁶ E. Szulc, „Cmentarze ewangelickie w Warszawie”, KAW, Warszawa 1989, s. 95.

¹⁷ St. Kościński, „Słownik lekarzów polskich...” – s. 253.

¹⁸ „Przypisy lekarstw dla Szpitalów Wojska Polskiego. Dzieło tłumaczone z języka francuskiego...” w Warszawie roku 1810. Nr inw. Bibl. Nar. I 481.841.

¹⁹ E. Szulc, „Cmentarze ewangelickie w Warszawie...” – s. 98.

²⁰ „Cmentarze ewangelickie w Warszawie”. Przewodnik praktyczny. Wyd. Foto-Art. Print, Warszawa br. r. wyd. s. 111.

²¹ Fr. Giedroyc, „Służba zdrowia w dawnym wojsku polskim...” – s. 491.

²² E. Szulc, „Cmentarze ewangelickie w Warszawie...” – s. 174.

²³ Tamże.

²⁴ S. Peszke, „Mój pobyt w niewoli rosyjskiej w 1812 roku”, Gebethner i Wolff, Warszawa 1913, s. 5.

²⁵ „Pamiętnik generała Józefa Szymanowskiego”, Lwów 1898, s. 106.

²⁶ R. Nauman, „Völkerschlacht bei Leipzig”, Leipzig F.D. Weigel, 1863, s. 431.

²⁷ St. Kościński, „Słownik lekarzów polskich...” – s. 504.

²⁸ „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, serya II, t. XIII, Warszawa 1857, s. 9.

²⁹ Tamże.

³⁰ „Rocznik Wojskowy Królestwa Polskiego na rok 1830” w Warszawie, w: Litogr. Sztabu Kwatern. G. Wojska, br. r. wyd. s. 212.

³¹ Tamże.

³² E. Szulc, „Lekarze pochowani na cmentarzu ewangelicko-augsburskim w Warszawie”, w: „Arch. Hist. i Fil. Medycyny” 1989, 52, 1, s. 138 i E. Szulc, „Cmentarze ewangelickie w Warszawie...” – s. 52-53.

³³ St. Kościński, „Słownik lekarzów polskich...”.

³⁴ H. Bojczuk, „Niemieckojęzyczni lekarze warszawscy założyciele i organizatorzy TLW...” – s. 133.

³⁵ E. Szulc, „Lekarze pochowani na cmentarzu ewangelicko-augsburskim w Warszawie...” – s. 139.

³⁶ H. Bojczuk, Niemieckojęzyczni lekarze warszawscy założyciele i organizatorzy TLW, w: „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego”, t. CXLI, nr 10, 2006, s. 134.

³⁷ „Stulecie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1820–1920. Dzieje Towarzystwa część I napisał Józef Peszke”...

³⁸ „Lista osób leczonych i lekarstwami trudniących się w Królestwie Polskim w roku 1820” br. m. i r. wyd.



