

# MDWUM

czasopismo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

medycyna  
dydaktyka  
wychowanie

# 01

2020

Warszawa  
Rok LII  
ISSN 0137-6543



luty 2020

Studenckie Koło Naukowe  
warsztaty dermatochirurgiczne



# MDWUM 1/2020

Rok LII

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ISSN 0137-6543



## W numerze:

Wywiad z dr. hab. Rafałem Stecem – kierownikiem Kliniki Onkologii/Oddziału Onkologii Klinicznej CSK UCK WUM .....	2
Konferencja prasowa poświęcona transplantologii i onkologii .....	6
„Okulary dla Papui-Nowej Gwinei” – projekt lekarzy i studentów z Kliniki Neonatologii UCK WUM .....	8
Podsumowanie akcji „Święta z EDkiem – zaprosz studenta English Division na Święta Bożego Narodzenia!” .....	10
Kliniki .....	12
Stetoskop .....	14
Oblicza medycyny: Medycyna paliatywna .....	19
Nowoczesne technologie w edukacji medycznej – rozmowa z absolwentami WUM Małgorzatą Łukaszewicz i Kacprem Pawlikiem.....	25
Centrum Eksperymentalnych Terapii Chimerowymi Receptorami Antygenowymi (CECAR) .....	29
Rozmowa z Magdaleną Zgliczyńską – laureatką pierwszej edycji konkursu Fundacji Rozwoju WUM na naukowe stypendia wyjazdowe dla studentów .....	32
Oporność bakterii na antybiotyki – wyzwania nowoczesnej diagnostyki mikrobiologicznej .....	34
Rozmowa z opiekunami i członkami SKN Dermatologicznego: dr Joanną Czuwarą, dr Magdaleną Misiak-Gałązką, Leszkiem Blicharzem i Zuzanną Sitkowską .....	36
Historia cholery w dziewiętnastowiecznej Europie na podstawie historycznych karykatur i satyrycznych ilustracji .....	40
Wspomnienie o profesorze Jerzym Rutkowskim (1890-1972) w 130. rocznicę urodzin .....	44
<i>Dlaczego?</i> – list otwarty prof. Andrzeja Górskiego .....	46

## Nr 1/2020 przygotował zespół redakcyjny:

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

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

Druk: topdruk24

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

## Wywiad z dr. hab. Rafałem Stecem



Dr hab. n. med. Rafał Stec  
kierownik Kliniki Onkologii/Oddziału Onkologii Klinicznej  
CSK UCK WUM

*Klinika Onkologii jest jedną z najmłodszych jednostek na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Kiedy powstała i czym się zajmuje?*

Klinika powstała w 2018 r. Początkowo zajęliśmy się działalnością dydaktyczną związaną z wprowadzeniem nowego programu nauczania studentów. Rozpoczęliśmy autorski program dydaktyki, całkowicie zmieniając dotychczasową formę kształcenia w zakresie onkologii. Zwieńczeniem tego projektu jest podręcznik „Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii”. Jest to nowoczesny, wzorowany na amerykańskich, podręcznik z przedmową JM prof. Mirosława Wielgosia, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Z kolei część kliniczna onkologii powstała w nowo utworzonym Oddziale Onkologii Klinicznej, który powstał na bazie pododdziału onkologii Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych, którą od 2018 r. kieruje Pan Profesor Grzegorz Basak, a wcześniej długoletnim jej kierownikiem był Pan Profesor Wiesław Wiktor Jędrzejczak. Umieszczenie Kliniki oraz Oddziału Onkologii Klinicznej nadal strukturalnie wchodzącego w skład Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego UCK zawdzięczamy wielu osobom, m.in.: dyrektorowi szpitala Panu Maciejowi Zabelskiemu, który znalazł w nim dla nas miejsce, kierownikowi Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii Panu prof. Tomaszowi Bednarczukowi, który użyczył nam część pomieszczeń swojej kliniki, kierownikowi Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Panu prof. Grzegorzowi Basakowi, który wspierał nas i pomagał zorganizować się w strukturach szpitala, a przede wszystkim Panu rektorowi prof. Mirosławowi Wielgosiowi, który dał zielone światło onkologii na Uniwersytecie. Bez tych osób onkologia kliniczna, onkologia akademicka by nie powstała. Korzystając z okazji, chciałbym również wspomnieć rolę kierownika Zakładu Genetyki Medycznej Pana prof. Rafała Płoskiego, z którym współpracując od lat przy dobieraniu terapii na podstawie badań molekularnych dla naszych pacjentów, nie raz rozmawialiśmy o onkologii akademickiej i potrzebie umieszczenia jej w strukturach uniwersytetu i największego szpitala klinicznego w Polsce.

*Na naszej Uczelni działają już jednostki mające w nazwie słowo „onkologia”. Czym się od nich różni Klinika Onkologii?*

Klinika Onkologii/Oddział Onkologii Klinicznej spina interdyscyplinarność innych jednostek naukowo-klinicznych obecnych w strukturach Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, czyli wszystkie inne jednostki biorące udział w diagnostyce, planowaniu leczenia, następnie terapii i obserwacji pacjentów chorych na nowotwory. Nową jednostką włącza się w prace tzw. konsyliów onkologicznych, tzn. bierze aktywny udział w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. W odróżnieniu od innych jednostek Klinika/Oddział, którymi mam zaszczyt kierować, zajmuje się tzw. onkologią kliniczną, czyli leczeniem systemowym, immunoterapią, chemioterapią, terapiami ukierunkowanymi molekularnie, a nie leczeniem zabiegowym, jak np. chirurgia onkologiczna lub ginekologia onkologiczna.

### *Dlaczego tak duży nacisk kładzie Pan na rozwój onkologii klinicznej?*

Onkologia kliniczna jest odpowiedzią na współczesną potrzebę stworzenia nowoczesnej onkologii. Onkologia XXI w. powinna składać się z trzech elementów. Pierwszym z nich jest interdyscyplinarność, czyli współpraca. Współpracujemy z innymi specjalnościami medycznymi, lekarskimi czy stomatologicznymi w zakresie planowania terapii, opieki nad pacjentem i później ewentualnie podejmowania decyzji o sposobie leczenia i obserwacji pacjenta. Drugim elementem jest personalizacja. Nowoczesna onkologia dostosowuje terapię do konkretnego chorego. Musimy brać pod uwagę, że każdy pacjent jest inny, trapią go np. inne choroby współistniejące. Potrzebujemy zatem pomocy kardiologów, nefrologów, endokrynologów, ale również dermatologów, ponieważ terapie onkologiczne przez swoją toksyczność wywołują powikłania skórne, czy okulistów w przypadku powikłań wzroku. Na wybór konkretnej, indywidualnej terapii ma wpływ wiele czynników: stan zdrowia pacjenta, choroby współistniejące, a nawet wola pacjenta, bo jeżeli dysponujemy równorzędnymi metodami terapeutycznymi, pacjent ma prawo wyboru, jaką metodą chciałby być leczony. Trzeba również brać pod uwagę sytuację, kiedy pacjent chce być mniej intensywnie leczony za cenę mniejszych powikłań i lepszej jakości życia. I wreszcie trzeci element nowoczesnej onkologii – precyzja. Onkologia precyzyjna, podobnie jak nóż chirurgiczny, stosuje określoną terapię skierowaną na konkretne zaburzenie i mutacje. Zastosowanie tych trzech elementów tworzy nowoczesną onkologię, którą może realizować tylko onkologia kliniczna, czyli specjalizacja, która bierze udział w procesie pomocy diagnostycznej, pomaga innym specjalnościom w wyborze metody diagnostycznej, bierze udział w planowaniu leczenia, często w samym aktywnym leczeniu systemowym i obserwacji chorego po leczeniu onkologicznym.

### *Czy ten bardzo ambitny cel jest możliwy do zrealizowania dla tak młodej Kliniki?*

Jest to bardzo trudne wyzwanie, ponieważ w dzisiejszych czasach ciężko zorganizować nową jednostkę onkologiczną. Powodem są głównie finanse. Wiadomo, że środki budżetowe Uczelni czy szpitala klinicznego są ograniczone. Problemem jest również brak kadry. W Polsce brakuje przynajmniej 1,5 tys. onkologów ze specjalizacją. Zresztą nie dotyczy on tylko lekarzy, ale także pielęgniarek. Onkologia jest bardzo trudną specjalizacją nie tylko lekarską, ale też pielęgniarską, dlatego że po trosze musimy znać się na każdej specjalności medycznej. Brak finansów i odpowiedniej kadry sprawiają, że niezwykle trudno zorganizować podobną klinikę, tym bardziej że istnieje już kilka placówek onkologicznych na terenie województwa mazowieckiego, które mają ugruntowaną pozycję, również pod względem finansowym i kontraktowym.

### *Jak przebiegała Pana dotychczasowa praca zawodowa?*

Pracę zaczynałem w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Byłem zatrudniony w Klinice Nowotworów Układu Pokarmowego i w Klinice Nowotworów Piersi. Tam rozpocząłem swoją karierę zawodową i naukową. Następnie pracowałem przez kolejne 14 lat w Klinice Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego u Pana prof. Cezarego Szczylika. Doświadczenia naukowe, dydaktyczne, zawodowe i merytoryczne zebrane w tych dwóch najlepszych ośrodkach onkologicznych w Polsce staram się zaimplementować na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

### *Na jakich zagadnieniach koncentrują się Pana zainteresowania naukowe?*

To przede wszystkim onkologia precyzyjna, czyli biologia molekularna, profil molekularny nowotworów, genetyka, dobór terapii do pacjentów na podstawie zaburzeń molekularnych, a więc zagadnienia związane z terapią spersonalizowaną. Również interdyscyplinarność onkologii – to w przypadku naszego szpitala klinicznego ma kluczowe znaczenie. Ktoś może zadać pytanie, dlaczego szpital przy ul. Banacha jest wyjątkowym miejscem dla onkologii? Odpowiedź jest bardzo prosta: bo ten szpital ma świetne zaplecze interdyscyplinarne oraz posiada wiele klinik na europejskim i światowym poziomie.

Wsparcie innych jednostek w przypadku diagnostyki czy powikłań terapii onkologicznych jest nam niezwykle potrzebne. Bez ich udziału ciężko by nam było prowadzić leczenie na światowym poziomie. Szpital, w którym znajdują się tak unikatowe jednostki, nam to umożliwia. Ścisła współpraca między klinikami sprawia, że nie podejmujemy autorytarnych decyzji w zaciszu gabinetu, tylko muszą być one uzgadniane w gronie specjalistów różnych dziedzin. Każda z tych osób może prezentować odmienne spojrzenie na terapię pacjenta. Jednak ostatecznie zawsze staramy się wybrać optymalną i najlepszą metodę terapeutyczną, co w konsekwencji skutkuje efektywnością leczenia i większą szansą na wyleczenie naszych chorych.

### *Jak przedstawiają się plany dotyczące rozwoju Kliniki?*

Na pewno chcielibyśmy z czasem uzyskać lepsze warunki lokalowe. Jest na to szansa, mamy już przygotowany projekt nowoczesnej placówki w bloku E szpitala przy ul. Banacha. Tam planowana jest Klinika Onkologii z prawdziwego zdarzenia. Uruchomienie jej w nowym miejscu z pewnością poprawi jakość i komfort pracy personelu, a przede wszystkim zapewni naszym pacjentom lepsze warunki. Zależy nam na takim kierunku rozwoju onkologii, gdzie pacjent nie będzie musiał leżeć w szpitalu. Dlatego główny nacisk chciałbym położyć na umożliwienie pacjentom otrzymywania terapii systemowej w domu. Może to być np. chemioterapia przyjmowana w postaci tzw. infuzorów, którą już wprowadziliśmy. Z czasem może to być także zastosowanie terapii ukierunkowanej molekularnie, w ramach której pacjenci będą mogli przyjmować tabletki w domu. Chcielibyśmy personalizować leczenie każdego chorego, zaproponować mu najlepszą metodę terapeutyczną opartą na wszystkich specjalnościach obecnych na terenie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM.

*Na początku lutego obchodziliśmy kolejną edycję Światowego Dnia Walki z Rakiem. Czy Klinika Onkologii włączyła się w tegoroczne obchody?*

W zeszłym roku podczas Światowego Dnia Walki z Rakiem braliśmy udział razem z zakładami Wydziału Nauki o Zdrowiu w programie działań edukacyjnych i profilaktycznych. Jednak w tym roku z uwagi na zmiany organizacyjne było nam ciężko włączyć się w program obchodów. Dopiero niedawno zaczęliśmy działalność kliniczną, którą dalej chcemy rozwijać. Oprócz tego zależy nam na wdrożeniu trzech elementów. Po pierwsze, dydaktyka dla studentów. W przyszłym roku czeka nas ujednoczenie programu nauczania między byłym I i byłym II Wydziałem Lekarskim opartym na naszym akademickim warszawskim podręczniku onkologicznym, który stanie się literaturą obowiązkową dla studentów WUM. Po drugie, chcemy jeszcze bardziej usprawnić działania związane z terapią pacjentów, kładąc główny nacisk na umożliwienie przyjmowania terapii w warunkach domowych. Po trzecie, chcielibyśmy rozpocząć działalność naukową, która da nam szansę wzięcia udziału w polskich i zagranicznych konkursach grantowych.

*Czym różni się nowy podręcznik do nauki onkologii od innych dostępnych na rynku?*

Przede wszystkim zwrócę uwagę na sposób jego napisania. Jest to onkologia kliniczna wzorowana na podręcznikach amerykańskich. Ma bardzo przejrzysty układ, który sprawia, że osoba korzystająca z tej książki może się łatwo odnaleźć w poszczególnych rozdziałach, zarówno tych dotyczących zagadnień ogólnych, jak biologia molekularna, epidemiologia czy ogólne leczenie chorych na nowotwory, jak i zagadnień ściśle narządowych. Znajdują się w nim rozdziały poświęcone nowotworom dolnego odcinka układu pokarmowego, górnego odcinka układu pokarmowego, nowotworom nabłonkowym głowy i szyi itd. Książka zawiera również nowatorski, zgodny z aktualną wiedzą, program nauczania studentów napisany prostym, przystępnym językiem. Ważne informacje zostały wyróżnione w ramach zatytułowanych „Zapamiętaj”. Podręcznik zawiera bardzo dużo tabel i rycin. Każdy rozdział „narządowy” kończy podsumowanie ułatwiające wyciągnięcie najważniejszych wiadomości. Ważne są również informacje dotyczące przypadków z praktyki klinicznej. Podręcznik kończy polsko-angielski słownik pojęć onkologicznych.

Dzięki takim zabiegom książka może wskazać obecnym i przyszłym lekarzom Izby Przyjęć, jak prawidłowo zareagować na nagłe stany onkologiczne, u lekarzy innych specjalności wyeliminować obawy przed leczeniem schorzeń towarzyszących chorobie nowotworowej, natomiast lekarzom Podstawowej Opieki Zdrowotnej pozwoli zachować czujność onkologiczną, wsłuchując się w objawy zgłaszane przez pacjentów. Wydaje się, że nasz podręcznik powinien zrewolucjonizować rynek wydawniczy książek do nauczania onkologii.

*Uważa Pan, że budowa i wzmocnienie pozycji onkologii akademickiej powinny stanowić jedne z istotnych założeń strategii nowoczesnej onkologii. Czy jest szansa na jej zbudowanie?*

Onkologię akademicką w większości uniwersytetów trzeba zbudować od początku. Niestety nie jest to łatwe. Często kliniki onkologiczne nie posiadają pełnego zakresu programów lekowych zakontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, czyli nie mogą leczyć wielu nowotworów. Nie jest to dobra sytuacja, ponieważ poważnie osłabia kliniki. W większości uniwersytetów medycznych mają one mniejsze finansowanie i zajmują się leczeniem niszowych nowotworów. To powinno się zmienić. Dlatego, aby zbudować silną onkologię akademicką, musimy posiadać silną Klinikę Onkologii, która w swoim zakresie będzie mieć leczenie wszystkich nowotworów. Dlaczego? Chociażby dlatego, że w Centralnym Szpitalu Klinicznym znajdują się liczne jednostki wspierające interdyscyplinarność. To stanowi wielką przewagę nad innymi placówkami onkologicznymi. Tylko w takim ośrodku jak CSK możemy naprawdę scalić interdyscyplinarną wiedzę pochodzącą z różnych specjalistycznych klinik, po to by leczyć na najwyższym światowym poziomie naszych pacjentów. Aby tego dokonać, potrzebujemy uzyskać finansowanie i odpowiednie kontraktowanie usług medycznych.

Jednak to nie wszystko. Ścisły związek z uczelnią medyczną zapewni nie tylko uzyskanie odpowiedniego poziomu leczenia, ale również zagwarantuje odpowiedni poziom naukowy przekładający się na wysoką jakość onkologii. Dlatego konieczne jest połączenie nauki z praktyką kliniczną. Onkologia akademicka może być gwarantem właściwej dydaktyki studentów przez wykwalifikowanych nauczycieli akademickich, lekarzy specjalistów, których posiada uczelnia medyczna. Tylko tacy nauczyciele mogą przekazać studentom najlepszą wiedzę, która w przyszłości – po otrzymaniu przez nich dyplomu ukończenia studiów i rozpoczęciu praktyki lekarskiej – wzmocni ich czujność onkologiczną, bez względu na to, jaką specjalność będą wykonywać. Rozwój tych trzech elementów będzie budować onkologię akademicką. Jest jeszcze jeden ważny powód jej budowy – konieczność zachęcenia studentów do wyboru naszej specjalności. W tej chwili na terenie województwa mazowieckiego nie mamy obsadzonych wszystkich miejsc rezydenckich w specjalności „onkologia kliniczna”. Młodzi ludzie nie chcą jej wybierać. A kto ma ich zachęcić do specjalizowania się w onkologii, jak nie szpitale uniwersyteckie, nauczyciele akademicy i silna Klinika Onkologii?

*Tylko czy w tej chwili mamy narzędzia, aby taką onkologię akademicką tworzyć i rozwijać?*

Niestety, póki co tych narzędzi do końca nie mamy. Jak mówiłem, brakuje dobrego finansowania i zakontraktowania wszystkich programów lekowych. To sprawia, że część klinik nie może leczyć określonych nowotworów nowoczesnymi lekami. Aby zaszyły jakies zmiany, powinien być, moim zdaniem, przeznaczony specjalny budżet Ministerstwa Zdrowia czy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na rozwój klinik akademickich – budowę nowego obiektu, remont i wyposażenie. Bez takiego budżetu szpitale i uczelnie

muszą własnymi siłami i przy wsparciu sponsorów dźwignąć rozwój onkologii akademickiej. Jednak bez poważnego dofinansowania ze strony państwa jest to niemożliwe. A bez onkologii akademickiej nie będziemy mieli nowych onkologów. Wtedy nawet najlepsze programy onkologiczne czy inne plany rozwoju onkologii w Polsce nie udadzą się. W tej chwili mamy około 900 onkologów ze specjalizacją, a potrzeba 2,5 tys. Jak wspomniałem, nie wszystkie rezydentury mamy obsadzone. A nawet ci, którzy wybierają onkologię, często w ramach tzw. modułu internistycznego rezygnują z tej specjalizacji i przechodzą na inną.

#### *Dlaczego?*

Bo jest ciężka i niewdzięczna. Dodatkowo lekarze i cały personel kliniki onkologicznej muszą się zmierzyć z innym problemem związanym z obciążeniem psychicznym. Pacjent onkologiczny nie choruje sam – choruje również cała jego rodzina. A my często widzimy ich latami, czasem aż do śmierci pacjenta. Naprawdę trudno czasem wyłączyć emocje. To dlatego onkologów jest mało i dlatego musimy zrobić wszystko, aby ich nie stracić.

O tym, jak bardzo potrzebni są nowi onkolodzy świadczą liczby – w tej chwili mamy około miliona osób w Polsce, które znajdują się przed leczeniem, w trakcie diagnostyki, są leczone lub po leczeniu choroby nowotworowej. Na pewnym etapie onkolog kliniczny musi włączyć się do procesu decyzyjnego, terapeutycznego i obserwacyjnego tych pacjentów. Bez onkologii akademickiej, która zachęci studentów do wyboru naszej specjalizacji i pozwoli w przyszłości dostarczyć nowych kadr medycznych, każda reforma traci sens.

#### *Reprezentował Pan KRAUM w pracach Zespołu ds. Narodowej Strategii Onkologicznej. Dlaczego tak ważne jest przygotowanie tego dokumentu i jakie zapisy się w nim znajdują?*

Narodowa Strategia Onkologiczna jest bardzo ważna, ale nie należy zapominać, że nawet szybkie wdrożenie pewnych zapisanych w niej mechanizmów będzie skutkowało wynikami leczenia za kilka bądź kilkanaście lat. Sądzę, że warto wspomnieć o kilku elementach strategii.

Pierwszym z nich jest właśnie kształcenie nowych kadr onkologicznych, nie tylko lekarskich, ale też pielęgniarskich czy osób współpracujących, np. psychologów. Drugim elementem jest rozwój badań profilaktycznych i usystematyzowanie profilaktyki w Polsce po to, żeby badaniami przesiewowymi objąć jak największą liczbę pacjentów. To będzie skutkowało mniejszą zachorowalnością czy wcześniejszą wykrywalnością nowotworów. Strategia onkologiczna ma też w pewnym sensie usystematyzować samo leczenie nowotworów, które powinno się odbywać głównie w lepiej finansowanych ośrodkach referencyjnych. Według danych, które posiadamy, w ośrodkach mających niewielką liczbę przypadków określonego nowotworu powikłania są częstsze, śmiertelność wyższa, a efekty leczenia gorsze. Muszą zatem powstać ośrodki referencyjne, które będą lepiej finansowane, będą przyjmowały większą liczbę pacjentów chorujących na określone nowotwory. To sprawi, że pojawi się mniej powikłań, zanotujemy mniejszą śmiertelność leczenia i uzyskamy większą szansę na efektywność terapii. Narodowa Strategia Onkologiczna zawiera w końcu zapisy umożliwiające rozwój onkologii klinicznej, związane z finansowaniem nowoczesnych terapii na przestrzeni lat.

#### *Czy wiadomo, kiedy ta strategia wejdzie w życie?*

Pewne elementy miały zacząć obowiązywać już w tym roku. Mijmy nadzieję, że niedługo zostanie przyjęta przez rząd z uwagami zgłoszonymi przez członków zespołu biorącego udział w przygotowaniu projektu Narodowej Strategii Onkologicznej. Zespół ten ma pracować do 2030 r., czyli tak naprawdę to dopiero początek pracy. Jeżeli strategia zostanie przyjęta, to oczywiście jej wdrożenie musi przebiegać stopniowo. Warunkiem powodzenia jest przeznaczenie odpowiednich środków finansowych. Na początku ważne jest zbudowanie bazy danych onkologicznych. Odpowiednia analiza spływających tam informacji pozwoli na szybkie rozpoznanie miejsc, gdzie strategia nie przynosi pożądanych efektów, a następnie zastosowanie interwencji w celu uzyskania poprawy. Konieczne jest także utworzenie banków tkankowych i ośrodków badań klinicznych. O tym, dlaczego to jest tak ważne, świadczy przykład Australii. Tam znacznie spadła umieralność spowodowana nowotworami dzięki poprawie efektywności badań przesiewowych oraz leczeniu większej liczby pacjentów w badaniach klinicznych. Trzeba powiedzieć otwarcie, żaden budżet na świecie nie udźwignie nowoczesnych terapii onkologicznych finansowanych w stu procentach. Dlatego część pacjentów automatycznie musi być leczona w ramach badań klinicznych. Jednak, by do tego doszło, muszą się pojawić usystematyzowane ośrodki dopuszczone do przeprowadzenia takich badań, czyli posiadające akredytację badań klinicznych. I to wszystko będzie się składało na Narodową Strategię Onkologiczną w celu poprawy wyników leczenia. Nie łudźmy się – chorujących na nowotwory będzie coraz więcej. Pod koniec lat 80. mieliśmy niespełna 80 tys. zachorowań, w 2019 r. – 170 tys., a w 2025 r. szacuje się, że ich liczba przekroczy 225 tys. Pod względem leczenia niektórych nowotworów jesteśmy na szarym końcu Europy. Dlatego już dziś musimy podjąć radykalne kroki. Bez nich niedługo będziemy mieli jeden z najgorszych wyników leczenia nowotworów na świecie. To jeszcze jeden powód, dla którego warto uruchomić i rozwijać onkologię akademicką. Bez niej żadna reforma nie może się udać.

## Konferencja prasowa poświęcona transplantologii i onkologii

Stan polskiej transplantologii na początku 2020 r., w 25. rocznicę pierwszego udanego przeszczepienia wątroby u osoby dorosłej oraz otwarcie Kliniki Onkologii oraz Oddziału Onkologii Klinicznej będącego strukturalnie częścią Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM były tematami konferencji prasowej z udziałem JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosława Wielgoś, kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM prof. Krzysztofa Zieniewicza, kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej CSK UCK WUM prof. Sławomira Nazarewskiego, kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SKDJ UCK WUM dr. hab. Macieja Kosieradzkiego, koordynatora transplantacyjnego CSK UCK WUM Krzysztofa Zająca oraz kierownika Kliniki Onkologii oraz Oddziału Onkologii Klinicznej Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM dr. hab. Rafała Steca. Spotkanie z dziennikarzami prowadziła rzeczniczka prasowa Uniwersytetu Marta Wojtach.

26 stycznia każdego roku w naszym kraju, na pamiątkę pierwszego udanego przeszczepienia nerki od zmarłego dawcy w 1966 r., obchodzony jest Ogólnopolski Dzień Transplantacji. Przeszczepienie miało miejsce w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie. Przeprowadziło je: zespół chirurgiczny prof. Jana Nielubowicza w składzie: Waldemar Olszewski, Wojciech Rowiński, Jerzy Szczerbań oraz zespół nefrologiczny kierowany przez prof. Tadeusza Orłowskiego. Pacjentką była 18-letnia wówczas Danuta Milewska.

Niedawno minęła 25. rocznica pierwszego udanego przeszczepienia wątroby u osoby dorosłej. 30 grudnia 1994 r. w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się pierwsze w Polsce udane przeszczepienie wątroby od zmarłego dawcy u osoby dorosłej. Przeprowadził je zespół: dr Jacek Pawlak, doc. Bogdan Michałowicz i dr Krzysztof Zieniewicz przy współudziale dr. Pawła Nyckowskiego, dr. Piotra Małkowskiego, dr. Ireneusza Grzelaka i dr. Marka Schaeffera. Pacjentką była Jadwiga Buczek.



*Rektor prof. Mirosław Wielgoś podczas konferencji prasowej*



*Głos zabrał prof. Sławomir Nazarewski, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej CSK UCK WUM, która jest spadkobierczynią dorobku I Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie*



*Historię przeszczepiania wątroby na świecie i w Polsce przedstawił prof. Krzysztof Zieniewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby CSK UCK WUM*



*O specyfice przeszczepiania narządów w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SKDJ UCK WUM opowiedział jej kierownik dr. hab. Maciej Kosieradzki*



*Historyczne zdjęcie w 25. rocznicę pierwszego udanego przeszczepienia u osoby dorosłej – pacjentka Jadwiga Buczek z kwiatami, od prawej: prof. Sławomir Nazarewski, rektor prof. Mirosław Wielgoś, prof. Krzysztof Zieniewicz, prof. Jacek Pawlak, mgr Krzysztof Zajęc, dr hab. Maciej Kosieradzki*

Podczas konferencji prasowej rektor prof. Mirosław Wielgoś poinformował o powołaniu 27 stycznia 2020 r. Centrum Transplantologii WUM pod kierownictwem prof. Krzysztofa Zieniewicza. Prof. Mirosław Wielgoś zaproponował, żeby Centrum Transplantologii nazwano imionami profesorów Jana Nielubowicza i Tadeusza Orłowskiego.

Gośćmi specjalnymi spotkania z dziennikarzami byli: prof. Jacek Pawlak – kierował zespołem, który w 1994 r. przeprowadził pierwszy w Polsce udany przeszczep wątroby u osoby dorosłej oraz pani Jadwiga Buczek – pacjentka, której wówczas przeszczepiono wątrobę. Dane Poltransplantu pokazują, że w 2019 r. w Polsce od zmarłych dawców przeszczepiono 1473 narządy (907 nerek, 330 wątrób, 145 serc, 57 płuc, odbyły się 34 przeszczepienia nerki-trzustki, trzustki i wysp trzustkowych). Od żywych dawców przeszczepiono 73 narządy (52 nerki i 21 części wątroby).

Według danych przekazanych przez jednostki Uczelni w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym WUM w 2019 r. przeszczepiono 294 narządy (179 wątrób, 104 nerki i 11 transplantacji nerki-trzustki, trzustki i wysp trzustkowych), co stanowi 23% wszystkich przeszczepień tych organów w kraju. Specjaliści z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM przeszczepili 150 wątrób, zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus UCK WUM wykonał transplantacje 29 wątrób oraz 11 przeszczepień nerki-trzustki, trzustki i wysp trzustkowych, w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM przeszczepiono 11 nerek. W UCK WUM od żywych dawców przeszczepiono w ubiegłym roku 21 wątrób (CSK) i 17 nerek (SKDJ – 11 i CSK – 6). Ogółem liczba przeszczepionych narządów w klinikach szpitali Uczelni do 2019 r. wynosi blisko 9 tys. (8989 – 5737 nerek, 2961 wątrób i 290 nerek-trzustek, trzustek i wysp trzustkowych: CSK – 2656 nerek, 2275 wątrób i 129 trzustek-nerek, SKDJ – 3082 nerek, 686 wątrób i 161 nerek-trzustek, trzustek i wysp trzustkowych).

Uczestnicy wydarzenia mieli okazję obejrzeć multimedialną instalację będącą częścią kampanii Ministerstwa Zdrowia „Solidarnie dla transplantacji” w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



*Przecięcie wstęgi w Klinice Onkologii, od prawej: rektor prof. Mirosław Wielgoś, dyrektor CSK UCK WUM Maciej Zabelski oraz kierownik dr hab. Rafał Stec*

Okazją do zaproszenia dziennikarzy do UCK WUM było również otwarcie Kliniki Onkologii oraz Oddziału Onkologii Klinicznej będącego strukturalnie częścią Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych w Centralnym Szpitalu Klinicznym. Symbolicznego przecięcia wstęgi w Klinice zlokalizowanej obecnie w bloku D, na VII piętrze dokonali: rektor prof. Mirosław Wielgoś, dyrektor CSK UCK WUM Maciej Zabelski oraz kierownik dr hab. Rafał Stec. Więcej o nowej Klinice znajdą Państwo w otwierającym ten numer MDW wywiadzie z dr hab. Rafałem Stecem.

*Marta Wojtach*



# Okulary dla Papui-Nowej Gwinei

projekt lekarzy i studentów  
z Kliniki Neonatologii  
UCK WUM



Prof. dr hab. n. med. Bożena Kociszewska-Najman, kierownik Kliniki Neonatologii UCK WUM i dyrektor Uczelnianego Studium Doktoranckiego zainicjowała pomoc medyczną naszej Uczelni dla mieszkańców Papui-Nowej Gwinei. Dzięki znajomości Pani Profesor z dr. n. med. Norbertem Rhelitem w lipcu 2020 r. będzie zorganizowana pierwsza misja medyczna do Dystryktu Esa'Ala na Morzu Salomona w Papui-Nowej Gwinei, w której weźmie udział reprezentacja z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Populacja Esa'Ala liczy około 60 tys. mieszkańców. Jak informuje dr n. med. Norbert Rhelis, lekarz chorób zakaźnych, Polak na stałe mieszkający w Papui-Nowej Gwinei i pracujący w tamtejszym rządzie: „ludność prowincji Esa'Ala boryka się z biedą i ubóstwem, pozbawiona jest dostępu do bieżącej wody i energii elektrycznej, a także praktycznie całkowitego dostępu do opieki medycznej”.

Fundacja „Pomoc z Polski” utworzona przez dr. n. med. Norberta Rhelisa i okulistę lek. Dariusza Tuleję pomoże w organizacji opieki zdrowotnej w tym dystrykcie. Tegoroczne działania będą miały na celu przeprowadzenie ogólnych badań lekarskich noworodków i dzieci oraz badań okulistycznych całej populacji dystryktu Esa'Ala. Patronat honorowy nad tą niezwykle trudną, ale jednocześnie bardzo pożyteczną akcją zgodził się objąć JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś. Akcja odbywa się na zaproszenie rządu Papui-Nowej Gwinei, reprezentowanego przez premiera Papui-Nowej Gwinei Sir. Davisa Stevensa, LLB, MP, który zobowiązał się do zapewnienia ochrony wolontariuszom przez lokalną policję i wojsko. W misji medycznej w Papui-Nowej Gwinei Warszawski Uniwersytet Medyczny reprezentować będą: prof. Bożena Kociszewska-Najman (kierownik projektu), dr n. med. Piotr Maciejewicz (asystent Kliniki Okulistyki UCK WUM), Karol Taradaj (student VI roku kierunku lekarskiego WUM i doktorant Kliniki Okulistyki UCK WUM) oraz Tomasz Ginda (student VI roku kierunku lekarskiego WUM).



Już w najbliższych tygodniach rozpocznie się ogólnopolska zbiórka używanych okularów. Studenci Karol Taradaj i Tomasz Ginda nawiązali współpracę z blisko 200 salonami optycznymi w całym kraju, w których każda osoba może zostawiać swoje okulary dla potrzebujących mieszkańców Papui-Nowej Gwinei.

JM Rektor prof. Mirosław Wielgoś oraz prorektor ds. umiędzynarodowienia, promocji i rozwoju prof. Lidia Rudnicka zadeklarowali pomoc WUM w organizacji akcji, jak również zbiórki okularów. W najbliższych tygodniach studenci umieszczą specjalnie oznaczone pudełka do zbiórki okularów oraz rozwieszą plakaty informacyjne we wszystkich budynkach administracyjnych, dydaktycznych i szpitalach klinicznych WUM.

Jak informują organizatorzy, do przeprowadzenia akcji tylko na wyspie Esa'Ala potrzebnych będzie około 10 tys. par okularów korekcyjnych. Przydadzą się także okulary słoneczne z filtrem jako profilaktyka schorzeń plamki żółtej.

Liczymy na pomoc całej społeczności akademickiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wszystkich zainteresowanych pomocą w organizacji zbiórki okularów zachęcamy do kontaktu:

Organizatorzy: prof. Bożena Kociszewska-Najman (Klinika Neonatologii UCK WUM), dr n. med. Piotr Maciejewicz (Klinika Okulistyki UCK WUM), studenci Wydziału Lekarskiego: Karol Taradaj (tel. 512 441 587) i Tomasz Ginda (660 423 372)  
Patronat honorowy: rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosław Wielgoś

*Tekst: Karol Taradaj, Tomasz Ginda  
Zdjęcia: dr Norbert Rhelis, lek. Dariusz Tuleja*

## Podsumowanie akcji



# Święta z EDkiem

– zaprosz studenta English Division  
na Święta Bożego Narodzenia!

Po raz pierwszy w historii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego studenci English Division Wydziału Lekarskiego, którzy zostali na święta Bożego Narodzenia w Warszawie, mieli okazję spędzić ten wyjątkowy czas z rodzinami społeczności akademickiej WUM w ich gościnnych domach.

Było to możliwe dzięki akcji „Święta z EDkiem – zaprosz studenta English Division na Święta Bożego Narodzenia!”, którą zainicjowali i wspierali: rektor prof. Mirosław Wielgoś, prorektory prof. Barbara Górnicka i prof. Lidia Rudnicka, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Marcin Wojnar oraz prodziekan ds. studenckich English Division Wydziału Lekarskiego prof. Marek Postuła. W akcji udział wzięło 9 studentów English Division oraz 8 rodzin.

„Polska tradycja wigilijna mówi o pozostawieniu jednego miejsca przy stole dla samotnego wędrowca. W tym roku władze WUM nie poprzestały jedynie na samym zwyczaju i postanowiły po raz pierwszy w historii Uczelni zorganizować akcję, której celem jest zaproszenie do świątecznego stołu przez rodziny społeczności akademickiej WUM studentów English Division, którzy z różnych powodów nie spędzali tego wyjątkowego czasu w gronie bliskich” – mówi rektor prof. Mirosław Wielgoś.

Idea spotkała się z dużym zainteresowaniem zarówno zagranicznych studentów, jak i zapraszających rodzin, których zgłosiło się aż 15. W akcji wzięli udział studenci m.in. z Arabii Saudyjskiej, Malezji czy Singapuru, a wśród rodzin zapraszających znaleźli się pracownicy dydaktyczni i administracyjni oraz studenci naszej Uczelni.

„Bardzo nas cieszy, że pierwsza edycja akcji tak wspaniale się udała, mimo krótkiego czasu, w jakim ją zorganizowaliśmy razem z zespołami Dziekanatu ED oraz Biura Prasowego. Zainteresowanie przerosło nasze oczekiwania – do udziału w akcji zgłosiło się dwa razy więcej rodzin niż studentów. Wynika to z faktu, że większość studentów English Division podejmuje

decyzję o wyjazdach w tym okresie już na wiosnę. Kolejną akcją rozpoczniemy przed wakacjami” – mówi prof. Marek Postuła.

Jak twierdzi Fatimah Almatar, studentka V roku medycyny z Arabii Saudyjskiej, udział w świątecznej akcji WUM był niepowtarzalną okazją do poznania polskiej kultury i tradycji świąt Bożego Narodzenia, o których wcześniej niewiele wiedziała. „Słyszałam, że Wigilia jest dla Was najważniejszym wieczorem w roku, szczególnym świętem, dlatego cieszę się, że mogłam w niej uczestniczyć” – dodaje Fatimah.

Dla rodzin przyjmujących zagranicznych gości spędzenie świąt w ich towarzystwie było również inspirującym doświadczeniem. Jak podkreślił dr Tomasz Dzierżanowski, kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej WUM, jeden z przyjmujących: „(...) inicjatywa przyjęcia studentów w polskich rodzinach nie tylko buduje obraz naszej Uczelni, ale także naszego społeczeństwa. To, jak ich podejmiemy, będzie miało wpływ na to, jak o nas będą mówili jeszcze długo po powrocie do swoich krajów”.

Podobnego zdania jest prof. Urszula Demkow, kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego WUM, która zapraszając studentkę do swojego domu, chciała jej pokazać nie tylko magię świąt, ale przede wszystkim polską gościnność. „(...) studenci English Division kończą studia i później zazwyczaj wracają do swoich krajów, dlatego mam nadzieję, że dzięki naszej gościnności oraz stworzeniu miłej atmosfery wspomnienie o Polsce zabiorą ze sobą” – powiedziała prof. Urszula Demkow.

Sukces pierwszej akcji „Święta z EDkiem – zaprosz studenta English Division na Święta Bożego Narodzenia!” sprawił, że planowane są kolejne edycje.

*Marta Wojtach,  
Klaudia Wendycz*



## Pierwsze w Polsce zabiegi ablacji podłoża zaburzeń rytmu serca z wykorzystaniem nowej generacji cewników chłodzonych



20-21 stycznia w kierowanej przez prof. Grzegorza Opolskiego I Katedrze i Klinice Kardiologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyły się pierwsze w Polsce zabiegi ablacji podłoża zaburzeń rytmu serca z wykorzystaniem nowej generacji cewników chłodzonych.

W ciągu dwóch dni wykonano łącznie cztery zabiegi ablacji – izolacji żył płucnych u pacjentów z migotaniem przedsionków. U wszystkich pacjentów wskazaniem do zabiegu była objawowa arytmia oporna na próby leczenia farmakologicznego.

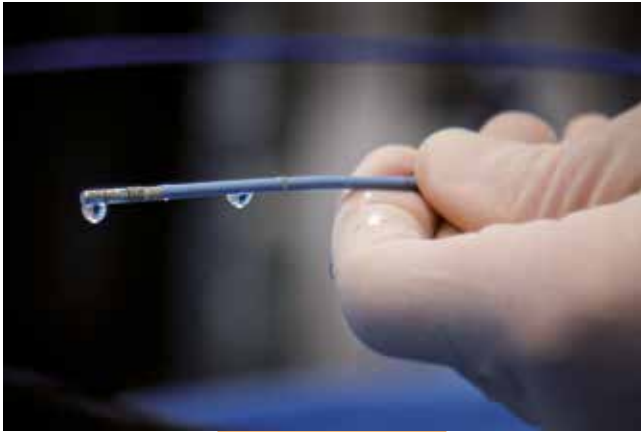
Zabiegi zostały przeprowadzone w ramach programu External Evaluation, do którego zaproszono dotychczas 20 ośrodków z Europy. W ramach programu w wybranych ośrodkach w Europie udostępniono najnowszy zarejestrowany sprzęt do leczenia zaburzeń rytmu serca, a opinie oraz doświadczenia zebrane w tych ośrodkach pozwolą na powszechne wdrożenie tej technologii. W Polsce planowane jest włączenie jeszcze jednego ośrodka.

Ablacja prądem o częstotliwości radiowej jest uznaną i powszechnie stosowaną metodą leczenia zaburzeń rytmu serca. W trakcie znacznej części zabiegów wykorzystywane są cewniki, których końcówka jest chłodzona za pomocą płynu (sól fizjologiczna), co ogranicza możliwość wiarygodnego odczytu temperatury skorelowanej z temperaturą uszkodzanej tkanki. Zastosowanie chłodzenia cewnika zmniejsza ryzyko wytworzenia skrzepliny na jego końcówce podczas ablacji. Pozwala również na efektywniejsze przekazanie energii do tkanek kosztem utraty informacji o rozgrzaniu tkanek. Podczas zabiegów wykorzystano chłodzone cewniki ablacyjne z możliwością pracy w trybie kontroli temperatury oraz dynamicznej regulacji chłodzenia (QdotMicro; Biosense Webster). Rozwiązanie to ma za zadanie zwiększenie bezpieczeństwa przeprowadzanych zabiegów m.in. przez uzyskanie informacji na temat rozgrzania tkanki i odpowiednie dostosowanie mocy oraz przepływu soli przez końcówkę cewnika.

Po zakończeniu udziału w programie External Evaluation planowana jest kontynuacja zastosowania tej metody ablacji w ramach Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W pierwszych zabiegach udział wzięły zespoły dr. Piotra Łodzińskiego w składzie: dr Michał Peller, dr hab. Paweł Balsam (zabiegi odbyły się na Oddziale Elektrokardiologii) oraz dr. hab. Edwarda Koźluka w składzie: dr Agnieszka Piątkowska, dr Dariusz Rodkiewicz, piel. Anna Kawa, Bartłomiej Kuć, technik Anna Grodzicka.

*Dr Piotr Łodziński  
I Katedra i Klinika Kardiologii UCK WUM*



KLINIKKI

## Awanse, nagrody

**Prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska** (dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego, kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej) i **prof. Kazimierz Niemczyk** (kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi) otrzymali najwyższe odznaczenie państwowe – Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski za wybitne zasługi w działalności na rzecz ochrony zdrowia oraz osiągnięcia w dziedzinie nauk medycznych.

**Prof. Tadeusz Tołłoczko** (rektor Akademii Medycznej w latach 1990-1996, wieloletni kierownik Kliniki Chirurgicznej II WL, a następnie Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii I WL) otrzymał Nagrodę Zaufania „Złoty Otis 2020” za dorobek życia w medycynie.

Zespół Zakładu Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej w składzie: **prof. Marcin Ufnal** (kierownik Zakładu), **dr Tomasz Hutsch**, **dr Marek Konop** oraz **lek. Piotr Konopelski** został nagrodzony przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego nagrodą za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności naukowej.

**Prof. Agata Szulc** (kierownik Kliniki Psychiatrycznej) została nagrodzona przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego nagrodą za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności dydaktycznej.

**Prof. Marcin Grabowski** (I Katedra i Klinika Kardiologii) został nagrodzony przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego nagrodą za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności wdrożeniowej.

**Prof. Bożena Kociszewska-Najman** (kierownik Kliniki Neonatologii WUM) oraz **dr hab. prof. UW Agnieszka Maryniak** (Wydział Psychologii UW) otrzymały mikrogrant na działania mające na celu przygotowanie projektu badawczego „Wpływ alkoholu spożywanego przez kobiety ciężarne na stan zdrowia i wyniki leczenia noworodków hospitalizowanych w Klinice Neonatologii”.

**Dr hab. prof. PAN Daniel Młocicki** (prodziekan Wydziału Lekarskiego, Katedra Biologii Ogólnej i Parazytologii WUM) oraz **dr Katarzyna Goździk** (Wydział Biologii UW) otrzymali mikrogrant na projekt „Utrzymanie *in vitro* szczepu referencyjnego (RH) pasożytniczego pierwotniaka *Toxoplasma gondii* w stałej hodowli komórek VERO, w celu optymalizacji metody wykrywania wolnokrążącego DNA pasożyta”.

**Dr Jarosław Biliński** (Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych) został wybrany Młodym Ambasadorem Europejskiego Towarzystwa Transplantacji Krwi i Szpiku (EBMT, *European Society for Blood and Marrow Transplantation*).

**Dr Jarosław Biliński** (Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych), **dr Halszka Kamińska** (Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej) i **dr Dominika Klimczak-Tomaniak** (Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych) otrzymali Nagrody Zaufania „Złoty Otis 2020” za debiuty naukowe 2019 w medycynie.

**Dr Mateusz Adamiak** (Zakład Medycyny Regeneracyjnej) oraz **mgr Monika Cymer** (doktorantka w Zakładzie Medycyny Regeneracyjnej) zostali wyróżnieni nagrodą Abstract Achievement Award podczas 61. Zjazdu Amerykańskiego Towarzystwa Hematologicznego (ASH *Annual Meeting & Exposition*), przyznawaną za wysoką ocenę nadesłanych prac naukowych.

**Lek. Łukasz Pulik** (doktorant i lekarz rezydent w Katedrze i Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM) oraz **dr hab. Edyta Brzóska-Wójtowicz** (Zakład Cytologii Wydziału Biologii UW) otrzymali mikrogrant na działania mające na celu przygotowanie projektu badawczego „Identyfikacja potencjalnych biomarkerów miRNA oraz molekularnego podłoża powstawania skostnień pozaszkieletowych u pacjentów poddawanych alloplastyce całkowitej stawu biodrowego”.

**Sandra Górska** (Katedra Technologii Leków i Biotechnologii Farmaceutycznej) otrzymała nagrodę IIER Excellent Paper Award w kategorii „najlepsza prezentacja” podczas International Conference on Natural Science and Environment za pracę „Imunomodulatory effect of rich Selenium mushroom polysaccharides isolated from submerged cultivated mycelium”.





## NOWI CZŁONKOWIE KOMITETÓW NAUKOWYCH PAN

Polska Akademia Nauk ogłosiła wyniki wyborów na członków komitetów naukowych PAN na kadencję 2020-2023.

Wśród wybranych znaleźli się byli i obecni pracownicy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

### KOMITET FIZYKI MEDYCZNEJ, RADIOBIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ PAN

**prof. Leszek Królicki** – kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej

### KOMITET IMMUNOLOGII I ETIOLOGII ZAKAŻEŃ CZŁOWIEKA PAN

**prof. Urszula Demkow** – kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego

**prof. Wiesław W. Jędrzejczak** – Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych

### KOMITET NAUK FIZJOLOGICZNYCH I FARMAKOLOGICZNYCH PAN

**prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska** – kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej

**dr hab. Przemysław Dorożyński** – Katedra Technologii Leków i Biotechnologii Farmaceutycznej

### KOMITET NAUK KLINICZNYCH PAN

**prof. Ryszarda Chazan** – wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii

**prof. Magdalena Durlik** – kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych

**prof. Bożena Werner** – kierownik Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej

### KOMITET NAUKI O ŻYWIENIU CZŁOWIEKA PAN

**dr hab. Barbara Bobrowska-Korcza** – Zakład Bromatologii

**dr hab. inż. Iwona Traczyk** – kierownik Zakładu Żywienia Człowieka

### KOMITET REHABILITACJI, KULTURY FIZYCZNEJ I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ PAN

**dr hab. Dariusz Białoszewski** – kierownik Zakładu Rehabilitacji

### KOMITET TERAPII I NAUK O LEKU PAN

**prof. Andrzej Członkowski** – Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej

**prof. Dagmara Mirowska-Guzel** – kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej

**prof. Jan Pachecka** – wieloletni kierownik Katedry Biochemii i Chemii Klinicznej

**prof. Agnieszka Pietrosiuk** – kierownik Zakładu Biologii Farmaceutycznej i Biotechnologii Roślin Leczniczych

**prof. Jadwiga Turło** – kierownik Katedry Technologii Leków i Biotechnologii Farmaceutycznej

### KOMITET ZDROWIA PUBLICZNEGO PAN

**dr hab. Adam Fronczak** – kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego

**dr hab. Dominik Olejniczak** – Zakład Zdrowia Publicznego

**prof. Bolesław Samoliński** – kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii

**prof. Bożena Walewska-Zielecka** – Zakład Zdrowia Publicznego

### KOMITET ROZWOJU CZŁOWIEKA PAN

**prof. Sergiusz Józwiak** – kierownik Kliniki Neurologii Dziecięcej

### KOMITET NEUROBIOLOGII PAN

**dr hab. Michał Biały** – Katedra i Zakład Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej





## Klinika Neonatologii wsparła działania Yorghas Foundation

Klinika Neonatologii, kierowana przez prof. Bożenę Kociszewską-Najman, oraz działające przy klinice Studenckie Koło Naukowe ProNeo objęły patronatem działania Yorghas Foundation na rzecz noworodków i ich matek w Afryce. Yorghas Foundation jest polską organizacją pozarządową ratującą noworodki oraz kobiety ciężarne i matki rodzące przed śmiercią powodowaną przez ubóstwo, brak higieny, brak dostępu do służby zdrowia i edukacji, a także przez złe praktyki tradycyjnej medycyny ludowej w krajach rozwijających się. Projekty fundacji obejmują m.in. szkolenia dla personelu medycznego i kobiet ciężarnych oraz zaopatrywanie ich w sterylne zestawy porodowe. Fundacja realizowała już projekty w Tanzanii, Ugandzie i Nigerii, gdzie zapewniła bezpieczne porody ponad 5000 matek i ich dzieciom. Obecnie przygotowuje się do wdrożenia kolejnego programu w Zambii. Prof. Bożena Kociszewska-Najman aktywnie wspiera działalność fundacji i wraz z zespołem kliniki oraz studentami z koła naukowego planuje wspólne przedsięwzięcia w celu poprawy opieki perinatalnej i zmniejszenia śmiertelności noworodków i niemowląt w Afryce.



## 1<sup>st</sup> Skull Base Surgery Dissection Course and Conference

12-14 grudnia 2019 r. odbyła się międzynarodowa konferencja naukowa poświęcona chirurgii podstawy czaszki, zorganizowana pod auspicjami Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Postawy Czaszki (ESBS, *European Skull Base Society*). Celem konferencji było rozpowszechnienie wiedzy na temat chirurgii podstawy czaszki wśród młodych chirurgów i studentów oraz wymiana doświadczeń dotyczących innowacyjnych metod leczenia i nowych technik przekazywania wiedzy. Uczestników powitał prof. Kazimierz Niemczyk – kierownik Katedry i Kliniki Otorynolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, pełniący także funkcję prezesa ESBS. Zaproszenie przyjęli m.in. prorektor prof. Jadwiga



Prof. Martin Jurlina

Turto, senator RP Józef Zając, przedstawiciel Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego Piotr Ziółkowski, prodziekan WL prof. Marcin Grabowski. Podczas konferencji wykłady przedstawili wybitni eksperci: prof. Martin Jurlina, prof. Robert Behr, prof. Juraj Koval, prof. İlhan Elmaci, prof. Gulmira Mukhamadiyeva. Odbyły się warsztaty, dyskusje oraz transmitowana na żywo operacja guza podstawy czaszki z wykorzystaniem najnowocześniejszych środków audiowizualnych. W trakcie wydarzenia ukonstytuowała się organizacja młodych specjalistów (Young Group in ESBS), którzy planują dalszy rozwój w zakresie chirurgii podstawy czaszki.

## Wizyta delegacji z Ukrainy

13 grudnia 2019 r. w rektoracie WUM odbyło się spotkanie delegacji Państwowej Akademii Medycznej Nauczania Podyplomowego im. Shupyka w Kijowie (PAMNP) i Ambasady Ukrainy w Polsce oraz przedstawicieli WUM. Uczelnie zawarły memorandum o współpracy i wymianie akademickiej. W imieniu naszej Uczelni umowę podpisała prorektor prof. Lidia Rudnicka, a ze strony PAMNP prorektor prof. Olesya Hulchij. W spotkaniu uczestniczyli m.in. przedstawiciele PAMNP – dyrektor szpitala dr Serhij Tsymbaliuk, przedstawiciel administracji prezydenta Ukrainy Julija Filipova oraz pierwsi sekretarze Ambasady Ukrainy w Polsce – Tamila Shutak i Vitalii Bilyi. Warszawski Uniwersytet Medyczny reprezentowali: prof. Kazimierz Niemczyk, kierownik Katedry i Kliniki Otorynolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi oraz z tej samej



kliniki prof. Ewa Osuch-Wójcikiewicz i dr hab. Antoni Bruzgielewicz. Kooperacja obu szkół wyższych będzie obejmować m.in.: wymianę wykładowców, naukowców, studentów, doktorantów, szkolenie podyplomowe rezydentów i studentów studiów doktoranckich, współpracę w ramach projektów Twinning oraz innych europejskich i międzynarodowych programów.

Podpisanie memorandum o współpracy i wymianie akademickiej



## Rozbudowa Szpitala Okulistycznego

18 grudnia 2019 r. dyrektor Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego prof. Jacek P. Szaflik w obecności rektora prof. Mirosława Wielgoś podpisał umowę z firmą WARBUD S.A. na realizację inwestycji „Nadbudowa, rozbudowa i przebudowa Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie”. W wydarzeniu uczestniczyli również zastępca kanclerza WUM Stanisław Pitucha oraz dyrektor Biura ds. Szpitali i Bazy Klinicznej Andrzej Sękowski. Nadbudowa, rozbudowa i przebudowa Szpitala Okulistycznego mieszczącego się przy ul. Sierakowskiego 13 przyniesie poprawę warunków leczenia pacjentów oraz zwiększenie dostępności usług okulistycznych. Na lepsze zmieni się również sytuacja studentów WUM. Projekt inwestycji jest współfinansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Pierwszym jej etapem będzie adaptacja budynku dawnego Dziecięcego Szpitala Klinicznego przy ul. Marszałkowskiej 24/26, który został przekazany przez WUM na cele tymczasowej siedziby dla Szpitala Okulistycznego. Planowana przeprowadzka do tymczasowej siedziby odbędzie się w połowie 2020 r., a zakończenie całej inwestycji zaplanowane jest na drugą połowę 2022 r.



Rektor prof. Mirosław Wielgoś, prezes zarządu WARBUD S.A. Jerzy Werle (po lewej) i dyrektor SPKSO prof. Jacek P. Szaflik. Fot. SPKSO

## Spotkanie noworoczne u rektora WUM

9 stycznia 2020 r. odbyło się tradycyjne spotkanie noworoczne obecnych władz oraz byłych rektorów naszej Uczelni. Na zaproszenie JM prof. Mirosława Wielgoś w spotkaniu uczestniczyli byli rektorzy: prof. Tadeusz Tołłoczko, prof. Andrzej Górski, prof. Leszek Pączek, obecni prorektorzy: prof. Barbara Górnicka, prof. Jadwiga Turło, prof. Lidia Rudnicka, prof. Wojciech Braksator, prof. Piotr Małkowski oraz kanclerz Małgorzata Rejnik i kwestor Jolanta Ilków.

*Uczestnicy spotkania*



## Otwarcie wystawy w Centrum Dydaktycznym

13 stycznia w Centrum Dydaktycznym otwarto wystawę pt. „1920-2020. 100 lat nauczania interny. Mściwój Semerau-Siemianowski – ojciec współczesnej kardiologii”. Inaugurując ekspozycję, rektor prof. Mirosław Wielgoś zaznaczał: „Mściwój Semerau-Siemianowski to pionier polskiej kardiologii, prekursor innowacyjnych metod leczenia i badań, ale przede wszystkim wspaniały nauczyciel akademicki. Wyprzedził swoją epokę i rozwinął polską kardiologię do poziomu europejskiego i światowego. 100 lat temu rozpoczęło się nauczanie interny i badania układu krążenia na WUM, a 70 lat temu wyodrębniono kardiologię z interny jako niezależną dziedzinę medycyny – to właśnie Jego dzieło”. Wykład pt. „Warszawskie Szkoły Kardiologiczne – historia badań nad sercem i naczyniami” wygłosił prof. Krzysztof J. Filipiak z I Katedry i Kliniki Kardiologii, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk Medycznych i pomysłodawca wystawy, który swoim wystąpieniem rozpoczął nową serię prelekcji „Koryfeusze warszawskiej medycyny akademickiej i ich szkoły naukowe”. Ekspozycję przygotowało Muzeum Historii Medycyny WUM pod kierownictwem dr. Adama Tyszkiewicza. Zaproszenie do uczestnictwa w spotkaniu przyjął prawnuk bohatera wystawy – Maestro Wojciech Semerau-Siemianowski, który wspominał swego znakomitego pradziadka oraz historię i dzieje rodu Semerau-Siemianowskich.

*Ekspozycja w Centrum Dydaktycznym*



## WUM i SGH podpisały umowę z Ministerstwem Zdrowia

15 stycznia w Ministerstwie Zdrowia podpisano umowę dotyczącą zorganizowania i przeprowadzenia przez konsorcjum, w skład którego weszły: Warszawski Uniwersytet Medyczny i Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, studiów MBA w ochronie zdrowia dla sektora publicznego. Przedsięwzięcie sfinansuje MZ w ramach projektu POWER „Akademia Menadżera – przeprowadzanie działań rozwojowych kadry zarządzającej”. Gospodarzem spotkania był minister zdrowia Łukasz Szumowski. Zgodnie z umową,



Sygnatariusze umowy wraz z gospodarzem spotkania

którą sygnowali dyrektor biura administracyjnego MZ Jarosław Kieszek, rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś oraz prorektor ds. nauki i zarządzania SGH dr hab. Piotr Wachowiak, studia potrwają 4 semestry – moduły (ponad 600 godzin dydaktycznych), podczas których poruszane będą kwestie ekonomiczno-finansowe w ochronie zdrowia, umiejętności menadżerskich, zarządzania i prawa w ochronie zdrowia. Osobny moduł stanowić będzie ochrona zdrowia. W studiach weźmie udział 40 osób wyłonionych w procesie rekrutacyjnym. Podpisana umowa to owoc wygranego przez WUM i SGH konkursu MZ na organizację studiów MBA w ochronie zdrowia dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych podległych Ministerstwu Zdrowia i administracji publicznej.

## XIII Konferencja Naukowa Wydziału Farmaceutycznego

24 stycznia odbyła się konferencja WF „Postęp współczesnej farmacji – nauka i przemysł”, zadedykowana jubileuszowi działalności naukowej i akademickiej prof. Bożenny Gutkowskiej, dziekana WF AM (1987-1993) i prorektora ds. kadr AM (1996-1999). Otwarcia dokonał przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk Farmaceutycznych dr hab. Marcin Sobczak. Witając uczestników, dziekan WF prof. Piotr Wroczyński odniósł się do wy-



Dziekan prof. Piotr Wroczyński i prof. Bożenna Gutkowska

działowej tradycji współpracy z przemysłem i tworzenia innowacyjnych leków. Laudację na cześć prof. Bożenny Gutkowskiej wygłosiła prorektor prof. Jadwiga Turło, następczyni jubilatki na stanowisku kierownika Katedry Technologii Leków i Biotechnologii Farmaceutycznej. Podczas konferencji wręczono nagrody za dokonania dydaktyczne. Dyplomy otrzymali: dr hab. Ł. Szeleszczuk, dr M. Klimaszewska, mgr D. Gajdzis-Kuls, dr A. Kowalczyk, dr S. Krukowski, dr P. Kurowski, dr J. Kurkowiak.

STETOSKOP

## Spotkanie inauguracyjne programu „MUWing Science”

17 stycznia odbyło się spotkanie inauguracyjne pierwszy w historii WUM program mentorski „MUWing Science”, umożliwiający studentom kierunku lekarskiego w języku angielskim rozwijanie swoich umiejętności i naukowych zainteresowań pod okiem wybitnych specjalistów z naszej Uczelni. Inicjatorem programu jest prodziekan Wydziału Lekarskiego ds. English Division prof. Marek Postuła. Podczas spotkania mentorzy przedstawili swoje pomysły na projekty, które planują realizować z podopiecznymi (mentees). Pomysły obejmowały takie zagadnienia, jak: hodowanie kultur komórkowych, *doctor shadowing* czy opracowanie kwestionariuszy do badań naukowych. Celem „MUWing Science” ma być możliwość zdobywania doświadczeń klinicznych i badawczych, rozwijanie swojej osobowości pod kierunkiem doświadczonych naukowców i nauczycieli. Pierwsza edycja programu „MUWing Science” będzie trwała przez rok akademicki 2019/2020. Mentorami zostało 29 członków społeczności akademickiej-



WUM (profesorów, lekarzy, pracowników dydaktycznych) reprezentujących różne dziedziny medycyny, m.in.: biochemię, kardiologię, psychologię zdrowia, immunologię, neonatologię, farmakologię, pediatrię. Aby zakwalifikować się do programu mentorskiego „MUWing Science”, studenci musieli napisać list motywacyjny z uzasadnieniem chęci znalezienia się w programie.

Prof. Marek Postuła (po prawej) podczas inauguracji programu



# Medycyna paliatywna

Dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

## Pojęcie i historia medycyny paliatywnej

Medycyna paliatywna należy do najmłodszych dziedzin medycyny. Mimo że cierpienie, choroba, umieranie i śmierć są immanentnymi elementami ludzkiego życia, konieczność opieki nad nieuleczalnie chorymi przez całe tysiąclecia medycyny nie była oczywistością. Uważano, zgodnie z nauczaniem ojców medycyny, że lekarz nie powinien podejmować się leczenia w sytuacji, gdy nie było szans na wyleczenie, ponieważ leczenie wiązało się z wysokim wynagrodzeniem i nieetyczne byłoby w takim wypadku jego przyjęcie. Dopiero w połowie XIX w. na łamach „The Lancet” i „The British Medical Journal” pojawiły się pierwsze artykuły o potrzebie dobrych warunków opieki nad umierającymi chorymi. Narodziła się wówczas świadomość nowego celu – dobrej jakości życia osoby umierającej oraz umierania w godności. We Francji, Australii, Wielkiej Brytanii, Irlandii i Stanach Zjednoczonych powstały pierwsze domy opieki dla nieuleczalnie chorych. Niektóre z nich przyjęły nazwę hospicjum, co po łacinie (*hospitium*) oznacza schronisko, gospodę, zajazd, nawiązując tym samym do zakładanych w czasach wypraw krzyżowych przydrożnych zajazdów dających schronienie podróżnym niemogącym kontynuować wędrówki z powodu choroby i odniesionych ran. Nazwa ta niosła w sobie metaforę ludzkiego życia – podróży i jej schyłku. Wielkie zakony chrześcijańskie, których rozkwit nastąpił w XII-XVI w., zakładały hospicja jako przytułki dla umierających bezdomnych. Ośrodki medyczne dla nieuleczalnie chorych pacjentów pojawiły się dopiero w XX w., a nazwa *hospicjum* upowszechniła się po drugiej wojnie światowej. W 1967 r. w Londynie powstała pierwsza na świecie placówka kliniczna St. Christopher’s Hospice. Dała początek nowoczesnemu leczeniu, badaniom i nauce opieki nad umierającymi chorymi. Jego założycielka Dame Cicely Saunders, angielska lekarka, a wcześniej pielęgniarka i pracownik socjalny stworzyła podwaliny nowoczesnego podejścia medycznego do chorych w schyłkowym okresie nieuleczalnej choroby. Według słów dr Saunders: „Cierpienie jest tylko wtedy nie do zniesienia, kiedy nikogo ono nie obchodzi”. Kluczową więc koncepcję opieki nad umierającym stanowi życzliwe towarzyszenie – chory nie zostanie opuszczony i do samego końca będzie otoczony ludzką życzliwą obecnością i opieką. Idea ta szybko rozpowszechniła się w latach 70., szczególnie w Zjednoczonym Królestwie i w Stanach Zjednoczonych, gdzie zakładano coraz liczniejsze hospicja. Polska była jednym z pierwszych krajów europejskich, w których powstały hospicja, za sprawą samej dr Saunders, która w 1978 r. złożyła wizytę w naszym kraju. Idea niesienia ulgi umierającym pacjentom trafiła na żyzny grunt środowisk przy parafiach rzymskokatolickich, ludzi dobrej woli, filantropów, „dobrych Samarytan”. Do końca lat 80. działało w Polsce już kilkanaście hospicjów domowych, a w latach 90. ubiegłego wieku pojawiły się pierwsze hospicja stacjonarne, prowadzone początkowo wyłącznie na zasadzie wolontariatu lekarzy, pielęgniarek i opiekunów niemedycechnych.

Około 1974 r. kanadyjski lekarz dr Balfour Mount do określenia opieki hospicyjnej wprowadził zamiennie pojęcie opieki paliatywnej, ponieważ słowo hospicjum miało już wówczas negatywny wydźwięk. Słowo „paliatywna” również

pochodzi z języka łacińskiego, gdyż *pallium* oznaczające wierzchnie okrycie, płaszcz już w XVII w. używane było w języku angielskim i francuskim jako określenie czynności medycznych uśmierzających cierpienie (ang. *palliate* – uśmierzać, łagodzić) niemających na celu wyleczenia. Oba określenia „paliatywny” i „hospicyjny” są często mylone i stosowane zamiennie chociaż nie są synonimami. Dziedzinę nauki nazywa się medycyną paliatywną i od 2003 r. stanowi w Polsce odrębną specjalizację lekarską. Lekarz po odbyciu szkolenia w trybie modułowym uzyskuje tytuł specjalisty medycyny paliatywnej, a pielęgniarka może uzyskać tytuł specjalisty pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Natomiast ruch społeczny oparty głównie na wolontariacie, mający na celu towarzyszenie umierającym chorym określa się ruchem hospicyjnym. Należy nadmienić, że nie powinno się stosować w stosunku do pacjentów określeń, takich jak „opieka terminalna”, „chory terminalnie” czy „pacjent paliatywny” jako pejoratywnych i stygmatyzujących. Prawidłowym zwrotem jest „chory w schyłkowym okresie nieuleczalnej choroby” albo kolokwialnie „pacjent z zaawansowanym nowotworem/w okresie uogólnienia choroby”, a dla opieki nad umierającym stosuje się określenie „opieka końca życia” lub „opieka u schyłku życia”. Przyjęto natomiast pojęcie „stan terminalny” na określenie okresu preagonii i agonii. W praktyce „opieka paliatywna” i „hospicjum” stosowane są zamiennie do określenia ośrodków medycznych im poświęconych.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2002 r. „opieka paliatywna to działanie mające na celu poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin stojących w obliczu problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnemu wykrywaniu, dokładnej ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych.

Można ją zastosować we wczesnym okresie choroby, także łącznie z innymi rodzajami terapii mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemio- i radioterapia. Posługuje się badaniami potrzebnymi do lepszego zrozumienia i leczenia przykrych objawów klinicznych”.

Zwraca się uwagę na korzyści z wczesnego wdrażania opieki paliatywnej wraz z leczeniem przyczynowym (np. onkologicznym), co przynosi poprawę nie tylko jakości życia chorego, ale także skuteczności leczenia zasadniczego i przedłużenie życia. W przypadku leczenia objawowego prowadzonego równoległe do onkologicznego stosowane jest także pojęcie opieki wspomagającej (ang. *supportive care in cancer*).

Definicja WHO wydaje się już historyczna. Obecnie szybko powiększa się grupa chorych, u których uzyskano wieloletnie przeżycie bez objawów aktywnego nowotworu, ale z przewlekłymi objawami spowodowanymi przez chorobę oraz jej leczenie. Coraz więcej pacjentów po udanym leczeniu onkologicznym trafia właśnie do opieki paliatywnej, głównie ambulatoryjnej. Tacy chorzy korzystają przez wiele lat (dowolnie długo) z odpowiedniej dla ich stanu formy opieki. Wraz z postępem medycyny zarówno „nieuleczalność” choroby, jak i jej „zagrażanie życiu” w coraz większej liczbie przypadków mogą być kwestionowane. Tym samym należy podkreślić, że opieka paliatywna w coraz większym stopniu nie dotyczy chorych bez szans na leczenie, a skierowanie do hospicjum nie oznacza zakończenia leczenia przyczynowego. Podsumowując, opieka paliatywna może być włączona na każdym etapie ciężkiej, zagrażającej życiu choroby, jeśli pacjent wymaga leczenia jej objawów, może być sprawowana równoległe z leczeniem onkologicznym i nie oznacza wyłącznie opieki końca życia, gdyż u coraz większej liczby pacjentów z dotychczas nieuleczalną śmiertelną chorobą udaje się uzyskać całkowitą remisję, a nawet wyleczenie.

Prawdą jest, że to właśnie w hospicjach, profesjonalnie przygotowanych do leczenia bólu i innych ciężkich objawów towarzyszących nowotworom, pacjenci w schyłkowym okresie życia otrzymują optymalną opiekę. Przyjęcie do hospicjum wcale nie musi być zakończone śmiercią pacjenta, a po ustąpieniu objawów chory nierzadko jest wypisany z powodu braku objawów kwalifikujących do dalszej specjalistycznej opieki paliatywnej.

W Polsce w opiece paliatywnej przybywa pacjentów z innymi niż nowotwór przewlekłymi chorobami, takimi jak stwardnienie rozsiane, stwardnienie boczne zanikowe, schyłkowe stadia niewydolności oddechowej, kardiomiopatie. Ścisły „katalog” rozpoznań kwalifikujących do opieki paliatywnej reguluje rozporządzenie ministra zdrowia, które stoi w sprzeczności z definicją WHO opieki paliatywnej, rekomendacjami Rady Europy oraz aktualną wiedzą medyczną. O przyjęciu do opieki paliatywnej nie powinno bowiem decydować rozpoznanie konkretnej choroby, ale występowanie uciążliwych objawów wymagających specjalistycznego leczenia. Ważne jest także, aby pamiętać, że hospicja stacjonarne nie są domami opieki długoterminowej, gdzie umieszcza się osoby wymagające wyłącznie pielęgnacji.

### Zasady medycyny paliatywnej

Według definicji sformułowanej przez WHO opieka paliatywna:

- zapewnia ulgę w bólu i innych przykrych dolegliwościach,
- afirmuje życie i uznaje śmierć za jego naturalny etap,
- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci,
- włącza aspekty psychologicznej i duchowej opieki nad chorym,
- wspiera pacjentów, aby umożliwić im prowadzenie aktywnego życia aż do śmierci,
- wspiera rodzinę w jej problemach, w okresie choroby pacjenta oraz w okresie żałoby,
- używa podejścia zespołowego w opiece nad chorym i jego rodziną, także w okresie żałoby – jeśli jest taka potrzeba,
- poprawia jakość życia chorego i może także wpłynąć pozytywnie na przebieg choroby.

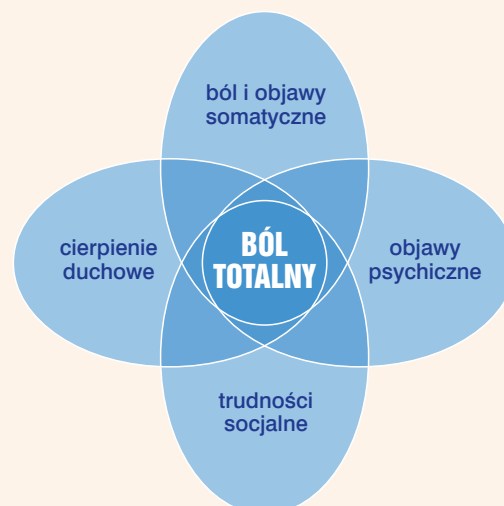
### Holistyczne podejście do pacjenta

Celem opieki paliatywnej jest uzyskanie jak najwyższej jakości życia chorego przez łagodzenie i zapobieganie cierpieniu w czterech obszarach przyczyn, tworzących model bólu totalnego zaproponowany przez Cicely Saunders (ryc. 1).

Są to:

- ból oraz inne objawy i zaburzenia somatyczne,
- zaburzenia psychiczne i psychologiczne, takie jak lęk, depresja, zaburzenia świadomości i zachowań,
- trudności socjalne i społeczne wynikające z utraty możliwości zarobkowania i zubożenia wskutek choroby, wykluczenia z powodu objawów uciążliwych dla chorego i otoczenia, takich jak nietrzymanie kału i moczu,
- cierpienie duchowe spowodowane świadomością zbliżającej się śmierci, często przebiegające burzliwie (kryzys egzystencjalny).

Jedynie zapobiegając i interweniując we wszystkich tych czterech obszarach, można skutecznie uśmierzyć cierpienie. Opieka paliatywna obejmuje zatem swoim działaniem chorego z wszystkimi jego problemami: fizycznymi, psychicznymi, społecznymi i duchowymi. Jest to jedna z najważniejszych zasad opieki paliatywnej, odzwierciedlająca holistyczne podejście do pacjenta.



Ryc. 1. Model bólu totalnego (Cicely Saunders)

### Podmiotowość chorego

Postawy wobec pacjenta w medycynie paliatywnej wyrażają jego podmiotowość, mającą swoje źródło w bezwarunkowej wartości życia człowieka, korzeniach filozofii personalistycznej (m.in. Karol Wojtyła, Victor E. Frankl). Zgodnie z tą filozofią każdej osobie należy się afirmacja (miłość) dla niej samej i dla jej godności. Wartość danej osoby (godność) i jej życia jest w niej samej, jest wrodzona i nieutralna, przynależna każdemu człowiekowi, niezależnie od jego przymiotów, także choremu i niepełnosprawnemu czy ogołoczonemu z wszelkich walorów fizycznych (np. sprawność, witalność, uroda), psychicznych (intelektualnych), społecznych (użyteczność społeczna) i moralnych (prawość, uczciwość itp.).

Medycyna paliatywna wyraża bezwarunkowy szacunek do ludzkiego życia, dlatego jest skrajnie przeciwna koncepcjom utylitarnym: selekcji eugenicznej i eutanazji.

### Akceptacja nieuchronności cierpienia i śmierci

Trzecią najważniejszą koncepcją medycyny paliatywnej jest akceptacja wszystkich elementów życia, w tym także cierpienia, umierania i śmierci. Victor E. Frankl stwierdził, że: „Nie tylko życie kreatywne i polegające na bogactwie doznań ma sens; skoro życie jako takie ma jakikolwiek sens, wówczas musi mieć go również cierpienie. Ludzka egzystencja nie jest bowiem kompletna bez cierpienia i śmierci”. Cierpienie, umieranie i śmierć są nieuniknionym składnikiem życia, bez których akceptacji – zdaniem Frankla – nie da się w pełni zaakceptować życia. Nie można więc w pełni uniknąć cierpienia, a jedynie uśmierzyć je do poziomu dającego się znieść. Nawet jeśli opanuje się wszystkie objawy fizyczne i psychiczne oraz zapewni wsparcie socjalne, chory, mierząc się ze zbliżającą się śmiercią, i tak będzie przeżywać cierpienie egzystencjalne związane z lękiem przed umieraniem i śmiercią, niepewnością istnienia po śmierci, nieistnieniem czy karą po śmierci.

Należy jednak podkreślić, że akceptacja nieuchronności cierpienia nie oznacza w żadnym razie jego tolerowania, gdyż nie wolno być obojętnym na ludzkie cierpienie. Samo cierpienie nie uszlachetnia, a jedynie jego cierpliwe znoszenie może przynosić choremu korzyści. Co do zasady, cierpienie należy uśmierzać, kierując się wolą pacjenta. Z szacunkiem jednak trzeba akceptować postawę tych chorych, którzy dopatrują się w swoim cierpieniu siły oczyszczającej, szansy wynagrodzenia za swoje winy, ofiary za winy cudze albo też aktu solidarności z innymi cierpiącymi.

Akceptacja nieuchronności śmierci wynika z szacunku wobec wartości ludzkiego życia, którego jest nieodzownym elementem. Umieranie przyjmuje się jako proces naturalny oraz konsekwencją nieuleczalnej choroby. Jedynym celem opieki paliatywnej jest więc uzyskanie najlepszej możliwej jakości życia, a wszelkie działania mają na celu wyłącznie złagodzenie cierpienia. Wydłużenie życia nie jest celem opieki paliatywnej, chociaż wcześniej wdrożona równoległe z leczeniem onkologicznym opieka paliatywna wydłuża życie chorych. Celem opieki paliatywnej nie jest też skrócenie życia, a eutanazja oraz samobójstwo wspomagane przez lekarza (ang. *physician-assisted suicide*) uznane są jako skrajnie sprzeczne z filozofią medycyny paliatywnej, nieetyczne i naruszające osobową godność człowieka.

Konsekwencją akceptacji umierania jako nieuchronnej konsekwencji nieuleczalnej choroby jest zaniechanie lub zaprzestanie terapii daremnej lub uporczywej. Terapię nazywamy daremną (ang. *futile treatment*), kiedy w ocenie lekarza chory ma małe szanse na wyleczenie, poprawę stanu zdrowia czy złagodzenie dolegliwości. U śmiertelnie chorych terapia daremna nie przynosi korzyści dla pacjenta, a jedynie skutki fizjologiczne. Terapia uporczywa (ang. *persistent treatment*) wskazuje na znaczną uciążliwość dla pacjenta, przekraczającą odnoszone przez niego korzyści. Postawę lekarza stosującego terapię daremną lub uporczywą dobrze opisuje wywodzące się z doktryny francuskiej pojęcie zaciekłości terapeutycznej.

Chory powodowany silną wolą życia może jednak podejmować lub akceptować decyzje o podtrzymywaniu leczenia, nawet za cenę skrajnego pogorszenia jakości życia. O ile to możliwe, otrzymuje wówczas leczenie zgodnie z jego wolą.

Chory może jednak odmówić dalszego przyjmowania środków zwyczajnych, takich jak płyny lub żywienie parenteralne, jeśli powodują one nasilenie cierpienia lub dystresu emocjonalnego czy przedłużają proces umierania. Spełnienie woli chorego o zaniechaniu lub zaprzestaniu terapii podtrzymującej życie wynika z zasady poszanowania autonomii chorego i jego samostanowienia. Kontynuowanie podawania większości leków, w tym nawadniania parenteralnego, w okresie agonii jest nieskuteczne i niecelowe.

### Warunki umierania w godności

Uznanie podmiotowości chorego przejawia się w sposób szczególny w zapewnieniu mu godnych warunków umierania w odniesieniu do potrzeb fizycznych, emocjonalnych, duchowych oraz materialnych:

- akceptowalny poziom cierpienia fizycznego – uśmierzenie objawów fizycznych do takiego poziomu, który pozwoli choremu na emocjonalne, psychiczne i duchowe przeżycie zbliżającego się końca życia,

- obecność i towarzyszenie – empatyczne, w atmosferze życzliwości, skierowane wsparcie emocjonalne, w preferowanym przez pacjenta otoczeniu,
- świadomość i odpowiedzialność – wynikające z poszanowania autonomii chorego, dzięki przekazywaniu prawdy bez odbierania nadziei, aby każdy miał prawo do przeżywania ostatnich dni życia wedle własnych preferencji, był włączony w proces podejmowania decyzji i miał szansę dopełnienia osobistego rozwoju,
- poczucie sensu cierpienia i umierania – przez wsparcie duchowe i psychologiczne, aby chory odnalazł sens przeżywanego cierpienia i umierania; u osób wierzących odnoszące się do relacji z Bogiem, w sensie uniwersalnym zaś do tajemnicy (*sacrum*) i intymności ludzkiej śmierci.

Prawo do umierania w godnych warunkach jest usankcjonowane ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w artykule 20 p. 2, który brzmi:

„Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”.

Umieranie „w spokoju i godności” oznacza także unikanie nadmiernej medykalizacji postępowania oraz zaciekłości terapeutycznej.

### Profesjonalne leczenie objawów

Osią medycyny paliatywnej jest specjalistyczne leczenie objawów oparte na zasadach *Evidence Based Medicine*. Już Cicely Saunders postulowała warunek konieczny opieki nad umierającym, aby otrzymywał opiekę profesjonalną, opartą na dowodach medycznych (ang. *compassionate evidence based care*), a nie tylko sprowadzającą się do „czułego kochania” (ang. *tender loving care*). W ostatnich dekadach nastąpił gwałtowny postęp w leczeniu bólu i innych objawów. Wprowadzono dziesiątki nowoczesnych leków i metod nefarmakologicznych. Zweryfikowano w badaniach klinicznych i odrzucono liczne utarte tradycyjne praktyki leczenia bólu i innych objawów. Dokonała się również zmiana paradygmatu prowadzenia badań klinicznych u chorych umierających. Obecnie uznaje się jako błąd unikanie lub odstępowanie od prowadzenia badań z udziałem pacjentów w ostatnich dniach i godzinach życia, ponieważ prowadzi to do kontynuowania stosowania praktyk ewidentnie nieskutecznych, a nawet szkodliwych dla chorych umierających. Prowadzenie badań z randomizacją jest jednak zwykle technicznie niemożliwe, dlatego wiele uznanych na podstawie założeń teoretycznych metod leczniczych czeka na weryfikację kliniczną.

### Opieka nad bliskimi pacjenta

Opieka paliatywna obejmuje nie tylko samego chorego, ale także jego bliskich. Nie kończy się wraz z jego śmiercią, lecz trwa nadal, szczególnie w formie opieki psychologicznej nad osobami osieroconymi. Rodziny dotknięte nieuleczalną chorobą jednego z jej członków mogą otrzymać wsparcie psychologiczne, duchowe i zwykle mogą liczyć na pomoc ze strony wolontariuszy – opiekunów, ludzi dobrej woli, nierzadko tych, którzy wcześniej sami przeszli przez trudny okres choroby i umierania najbliższych.

### Zespół interdyscyplinarny

Opiekę paliatywną sprawuje zespół, którego liderem najczęściej jest lekarz, współpracując z pielęgniarką, psychologiem, pracownikiem socjalnym, fizjoterapeutą, duchownym lub specjalistą opieki duchowej, dietetykiem, terapeutą zajęciowym, wolontariuszem niemedyceznym oraz członkami rodziny chorego.

Członkowie zespołu wzajemnie się uzupełniają, w niektórych sytuacjach zastępują, ale efektem jest jakość życia chorego jako wartość niemożliwa do osiągnięcia wyłącznie jako suma działań poszczególnych członków zespołu. Dlatego zespół ten określamy jako interdyscyplinarny.



### Medycyna paliatywna w Polsce i na świecie

Polska należy do liderów światowych co do liczby jednostek opieki paliatywnej, chociaż nadal liczba łóżek i kontraktowanych świadczeń są znacznie poniżej wymaganych norm. Mazowsze pod tym względem należy do najstabilniej rozwiniętych regionów.

Gwałtownie przybywa zachorowań na nowotwory, zwiększa się długość ich przeżycia, powiększa się też grupa osób po skutecznym leczeniu onkologicznym, ale z przetrwałymi, przewlekłymi objawami. To wszystko sprawia, że przybywa pacjentów objętych opieką paliatywną, a medycyna paliatywna staje się jedną z kluczowych i dynamicznie rozwijających się dziedzin wymagających ogromnych nakładów. Dodatkowo przybywa pacjentów z chorobami innymi niż nowotwór, głównie neurologicznymi, pulmonologicznymi, kardiologicznymi i nefrologicznymi. Już teraz w Niemczech pacjenci nieonkologiczni stanowią 60% wszystkich chorych objętych opieką paliatywną, podczas gdy w Polsce jest to tylko 10%. Przygotowanie kadr do sprawowania opieki paliatywnej jest sprawą nagłą i priorytetową.

### Medycyna paliatywna na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

Medycyna paliatywna jest przedmiotem obowiązkowym na wszystkich uniwersytetach medycznych na wydziałach lekarskich i pielęgniarstwach. W 2018 r. Warszawski Uniwersytet Medyczny wprowadził medycynę paliatywną jako przedmiot obowiązkowy na V roku studiów medycznych. Zajęcia prowadzone przez doświadczonych praktyków z Pracowni Medycyny Paliatywnej w Zakładzie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego odbywają się w formie seminariów. W 2019 r. prowadzone są zajęcia dla studentów English Division. Ponieważ jest to dziedzina kliniczna, docelowo planowane są zajęcia przy łóżku pacjenta. Uniwersytet nie posiada własnej jednostki klinicznej medycyny paliatywnej, a baza łóżkowa hospicjów stacjonarnych w Warszawie jest skąpa i nie pozwala na razie na zorganizowanie zajęć klinicznych dla wszystkich studentów medycyny. Niemniej dzięki wysiłkowi i wsparciu władz uczelni szanse na rozwój wiodącego ośrodka badawczo-dydaktycznego są ogromne.

Chociaż Pracownia Medycyny Paliatywnej działa od niedawna, ma na swoim koncie istotne publikacje, w tym współredagowanie obowiązującego w szkoleniach specjalizacyjnych podręcznika, a także udział w zespole międzynarodowym tworzącym wytyczne kliniczne. Coraz częściej studenci zgłaszają się z pytaniem o możliwość utworzenia koła naukowego przy Pracowni. Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów ze wszystkich roczników studiów.

*Dr n. med. Tomasz Dzierżanowski,  
specjalista chorób wewnętrznych, specjalista medycyny paliatywnej,  
adiunkt w Zakładzie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,  
kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej*

#### Piśmiennictwo

1. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T., *Medycyna paliatywna*, Poznań 2019, Termedia Wydawnictwa Medyczne.
2. du Boulay S., Rankin M., *Okno nadziei. Cicely Saunders - założycielka ruchu hospicyjnego*, Warszawa 2009, Wydawnictwo Znak.
3. Frankl V., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa 2011, Wydawnictwo Czarna Owca.
4. Hanks G. i in., *Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th Edition*, „Oxford University Press” 2011.
5. Kbler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań 2007, Wydawnictwo Media Rodzina.



## Nowoczesne technologie w edukacji medycznej

W grudniu 2019 r. Centrum Symulacji Medycznej (CSM) oraz Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny (ZIMiT) zaprosiły społeczność WUM do udziału w testach wirtualnego symulatora pacjenta InSimu. Szczególne zaproszenie skierowano do studentów, którzy mogli poznać i ocenić jedno z najnowocześniejszych narzędzi dydaktycznych. Uczestników poproszono o sprawdzenie swoich umiejętności diagnostycznych. Studenci mieli okazję postawić swoje pierwsze wirtualne diagnozy.

Symulacje to jeden z kierunków rozwoju edukacji we wszystkich dziedzinach wymagających umiejętności praktycznych. W najbliższym czasie WUM i pozostałe uczelnie medyczne w kraju czeka ewolucja programów kształcenia w kierunku jak najszerszego wykorzystania symulacji w kształceniu przed- i podyplomowym. Wydarzenie zorganizowane przez CSM i ZIMiT jest pierwszym z serii testów innowacyjnych narzędzi edukacyjnych zaplanowanych na obecny rok akademicki.

Z tej okazji poprosiliśmy o opinię na temat symulacji medycznych dwoje tegorocznych absolwentów WUM, obecnie młodych lekarzy – Małgorzatę Łukaszewicz i Kacpra Pawlika.

*Symulacje to względnie nowe narzędzie dydaktyczne w Polsce, chociaż po drugiej stronie Atlantyku od lat jest standardem. Jako studenci mieliście okazję poznać Centrum Symulacji Medycznych w WUM.*

*Jak wyglądał wasz pierwszy kontakt z symulacją medyczną?*

**Kacper Pawlik:** Pierwszy raz z „prawdziwą” symulacją spotkałem się podczas zajęć fakultatywnych z zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych.

*Co to znaczy „prawdziwą symulacją”?*

**KP:** Oczywiście wcześniej, już nawet na pierwszym roku, używaliśmy fantomów do nauki pierwszej pomocy. Jednak były one bardzo prymitywne, służyły wyłącznie do ćwiczenia prawidłowego uciskania klatki piersiowej. Natomiast podczas fakultetu z ALS-u (ALS, ang. *Advanced Live Support*) fantom oddychał, jego serce biło lub nie biło, a źrenice kurczyły się, reagując na światło latarki. Wrażenie było niesamowite! Używaliśmy prawdziwego defibrylatora, a przynajmniej tak wyglądał. Potem zaaranżowano sceny, w których nierzadko musieliśmy go użyć. Podzieleni na zespoły, początkowo niezdarnie przystąpiliśmy do akcji ratunkowej i z każdą kolejną próbą nasz zespół był coraz bardziej zgrany, a liczba popełnianych błędów malała. To było bardzo budujące doświadczenie. Kiedy udało się wyprowadzić naszego „pacjenta” z migotania komór i odzyskać krążenie, emocje sięgały zenitu. Zawsze będę to dobrze wspominał.

Małgorzata Łukaszewicz  
i Kacper Pawlik



### *Czym symulacje różnią się od tradycyjnego podręcznika?*

**Małgorzata Łukaszewicz:** Nauka medycyny przez symulację to coś zupełnie innego niż tradycyjny podręcznik, szczególnie w przypadku umiejętności praktycznych. To ogromna różnica móc ćwiczyć czynności niż czytać o tych czynnościach – nie ma porównania! Moim zdaniem ogromną wartością jest zaangażowanie wszystkich zmysłów na raz, łączenie wielu różnych aspektów w konkretną scenę. Podczas nauki z podręcznika zaangażowany jest tylko wzrok, w symulacji natomiast stajesz przed problemem, który trzeba całościowo rozwiązać. Najlepiej kiedy jest to praca zespołowa. Tak jak powiedział Kacper, wspólnie przeżywa się doświadczenie, które pozostaje na długo.

### *Mimo wszystko nie sposób wyobrazić sobie nauki medycyny bez podręczników.*

**MŁ:** To prawda, szczególnie kiedy mówimy o wiedzy teoretycznej. Jednak czytając, zapoznajemy się z jednym rozdziałem. W symulacjach uczymy się łączyć informacje pochodzące z wielu działów, wyciągać wnioski i rozwiązywać problemy. Oczywiście tę wiedzę trzeba było nabyć wcześniej. W trakcie zajęć symulacyjnych zrozumieliśmy, jak ważna jest umiejętność sprawnego podejmowania decyzji, szczególnie gdy pojawiają się emocje. Symulacje stawiają nas w sytuacji działania, w których nie jest istotne, jaką drogą zdobyliśmy wiedzę, czy był to papierowy podręcznik, Internet czy wykład. Ważne jest, co i jak zrobimy, jaki będzie efekt dla pacjenta. Symulacje weryfikują nie tylko wiedzę, ale również umiejętności zarówno komunikacji, jak i pracy w zespole. Wiemy, że podręczniki nie znikną, ale w procesie zapamiętywania ogromu informacji podczas studiów medycznych łatwo zgubić logiczne myślenie.

**KP:** Podczas moich studiów zawsze cieszyłem się z nadchodzących zajęć w CSM. Chętnie zwiększyłbym czterolub pięciokrotnie liczbę godzin nauczania przez symulację. Podczas mojego toku studiów kontakt z symulacją medyczną miałem około 10 razy. Według mnie to zdecydowanie za mało. Dzięki symulacjom w CSM nauczyłem się pracy zespołowej i działania w warunkach dynamicznie zmieniającej się sytuacji, która wymaga podejmowania szybkich i prawidłowych decyzji.

### *W grudniu 2019 r. dla studentów i absolwentów WUM udostępniono symulator wirtualnego pacjenta w aplikacji InSimu. Czy spróbowaliście sił w diagnozowaniu przygotowanych przypadków? Jakie są Wasze wrażenia?*

**MŁ:** Bardzo się cieszę, że WUM szuka nowych narzędzi edukacyjnych. Cieszę się też z inicjatywy przetestowania nowych rozwiązań przez studentów. Mam nadzieję, że takich pomysłów będzie więcej. Moim zdaniem studenci powinni mieć głos w dyskusji dotyczącej sposobów kształcenia. Sądzę, że takie testy są znakomitą okazją, żeby zapoznać się z czymś nowym, wyjść poza ramy książek i slajdów, które nie wszystkim odpowiadają. Również

braliśmy udział w testach i czekamy na kolejne. Ja mam bardzo pozytywne wrażenia po skorzystaniu z narzędzia InSimu. To ciekawy sposób do nauki diagnozowania pacjenta, pozwala na zlecenie wielu badań, analizowanie wyników i stawianie diagnozy. Najlepszym elementem jest feedback do każdego rozwiązanego przypadku. Nawet jeśli zrobiłeś wszystko dobrze, możesz dowiedzieć się, jakie inne badania należało zlecić. Dla mnie było zaskoczeniem, że pacjentów mogłabym zdiagnozować szybciej i taniej... Tak jak każde rozwiązanie, to też ma swoje wady, ale wydaje się, że spełnia najważniejsze założenia.

*Czy widzicie miejsce dla tego narzędzia w procesie kształcenia na WUM?*

**KP:** Czy konkretnie InSimu? Chciałbym jeszcze poznać alternatywy, szczególnie jeżeli byłyby podobne rozwiązania w języku polskim. Ogólnie dla idei wirtualnych pacjentów, jak najbardziej widzę takie miejsce! Za pomocą narzędzi mobilnych, takich jak InSimu, każdy może sam zmierzyć się z problemem wirtualnego pacjenta i przeprowadzić pełen proces diagnostyczny. W tradycyjnym nauczaniu klinicznym jest to bardzo trudne do realizacji. Jako student zazwyczaj spotykałem pacjenta z już postawionym rozpoznaniem i zleconymi badaniami. Nawet kiedy asystent ukrywał przed nami chorobę pacjenta i prosił, abyśmy sami ją zdiagnozowali, była to praca grupowa. Teraz jestem na stażu w UCK przy ul. Banacha i jeszcze lepiej widzę, jak dużo jest studentów w klinikach. Przy dużych grupach ćwiczenie umiejętności indywidualnego rozwiązywania problemów jest bardzo utrudnione. Warto już na studiach zapoznawać się z nowymi możliwościami kształcenia, aby być gotowym na rzeczywistość, która spotka nas później w pracy. Studia medyczne trwają 6 lat, następnie trzeba odbyć rok stażu podyplomowego, a specjalizacja trwa około 5 lat w zależności od wybranej ścieżki – łącznie daje nam to co najmniej 12 lat nauki. Patrząc na to, jakie metody diagnostyczne i lecznicze były powszechnie dostępne 20 lat temu, a jakie są obecnie, musimy się liczyć z koniecznością ciągłej aktualizacji wiedzy. Lekarze raczej posiadają mniej, niż więcej wolnego czasu, dlatego bardzo lubię takie metody, które pozwalają na efektywne wykorzystanie czasu, np. w kolejce czy autobusie. Mocno kibicuję mobilnym rozwiązaniom edukacyjnym.

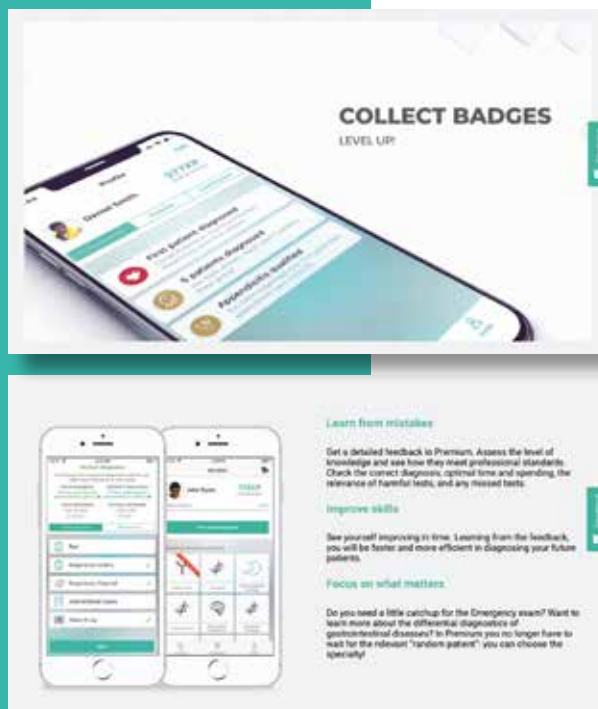
**MŁ:** Mnie podoba się pomysł nauki ze smartfona. Dzięki takim narzędziom możemy uczyć się w przerwie między zajęciami, w autobusie. Można wykorzystać każdą wolną chwilę. Na stażu też nie ma zbyt wiele wolnego czasu, codziennie przekonuję się, że na naukę trzeba wykorzystywać każdy nadarzający się moment.

*Proces edukacji lekarza nie kończy się wraz z uzyskaniem dyplomu ukończenia studiów. Wymagane jest ciągle kształcenie. Szczególnie podczas stażu podyplomowego i specjalizacji. Czy Waszym zdaniem podobne rozwiązania można zastosować również w kształceniu podyplomowym?*

**KP:** Jak najbardziej. Technicznie kształcenie w trakcie studiów i po nich nie różni się tak bardzo. Dominują kursy i wykłady ekspertów, a slajdy cały czas pozostają slajdami. Od starszych kolegów dowiedziałem się, że po ukończeniu studiów jeszcze nie raz odwiedzę salę seminaryjną. To się sprawdza. Dlatego uważam, że zarówno stażyści, jak i specjaliści oraz bardzo doświadczeni lekarze będą bardzo pozytywnie zaskoczeni nowymi metodami nauczania. Szczególnie symulacje rzadko występujących przypadków lub rzadkich prezentacji częstych chorób. Symulacja medyczna byłaby tu świetną pomocą umożliwiającą regularne odświeżanie i utrwalanie wiedzy.

*Niektórzy twierdzą, że symulacje medyczne odsuwają nas od prawdziwego człowieka. Jaka jest Wasza opinia na ten temat?*

**KP:** Zupełnie się z tym nie zgadzam. Symulacja może wzbogacić obecny proces nauczania przedmiotów klinicznych, ale na pewno go nie zastąpi. Relacja lekarz–pacjent jest dla mnie czymś wyjątkowym, czymś czego nie można doświadczyć, nie uczestnicząc w niej jako medyk lub chory. Z tego powodu zajęcia przy łóżku chorego powinny pozostać podstawą nauczania na uczelniach medycznych. Pracując jedynie z fantomem, nie doświadczyłbym sytuacji, w których dla pacjenta trzeba być po prostu drugim człowiekiem – podać rękę, powiedzieć coś pokrzepiającego czy po prostu być obok. Czasami pacjent potrzebuje tego bardziej niż kolejnej diagnozy. Po zajęciach z symulowanym pacjentem czułbym się jednak pewniejszy w realnych sytuacjach.



**MŁ:** Z mojego punktu widzenia to bardzo przypomina dyskusję na temat Internetu, który podobnie był oskarżany o niszczenie relacji międzyludzkich. Jednak również dzięki niemu mamy możliwość natychmiastowego kontaktowania się z praktycznie każdym na świecie, możemy pisać lub prowadzić rozmowy z bliskimi znajdującymi się na innych kontynentach. Myślę, że w obecnych czasach wiele związków czy relacji rodzinnych przetrwało dzięki Internetowi. Analogicznie symulacje medyczne nie odsuwają nas od prawdziwego człowieka, tylko modułują ten kontakt. Prawdopodobnie, dzięki szerszemu wykorzystaniu różnych rodzajów symulacji pacjenci nie będą musieli się obawiać, że student czy młody lekarz robi coś po raz pierwszy lub dopiero uczy się na nich danej procedury. Liczę, że dzięki temu pacjenci zyskają poczucie bezpieczeństwa i przekonania o odpowiednich kwalifikacjach personelu, a młody lekarz będzie się cieszył większym zaufaniem i lepszą reputacją.

*Obecny system edukacji zakłada dość sztywną ścieżkę edukacji, a przecież wciąż pojawiają się nowe narzędzia edukacyjne. Czy Waszym zdaniem studenci powinni mieć większą dowolność wyboru metody nauczania?*

**MŁ:** Jestem zwolenniczką większej personalizacji procesu kształcenia, ale oczywiście pewne podstawy wszyscy powinniśmy zdobyć wspólnie. Myślę jednak, że warto rozważyć wcześniejsze ukierunkowanie. Jako niedawna studentka chciałabym mieć większą możliwość wyboru metod nauczania, bardziej dostosowaną do indywidualnych potrzeb i sposobu nauki. Ważne są zdobyte umiejętności, a nie godziny przesiedziane przed projektorem lub książką. Chyba nie ma lepszego komplementu dla prowadzącego zajęcia, niż studenci, którzy wcale nie muszą, ale przychodzą na zajęcia, ponieważ uważają je za naprawdę wartościowe.

Opracowanie dr hab. Andrzej Cacko  
Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny



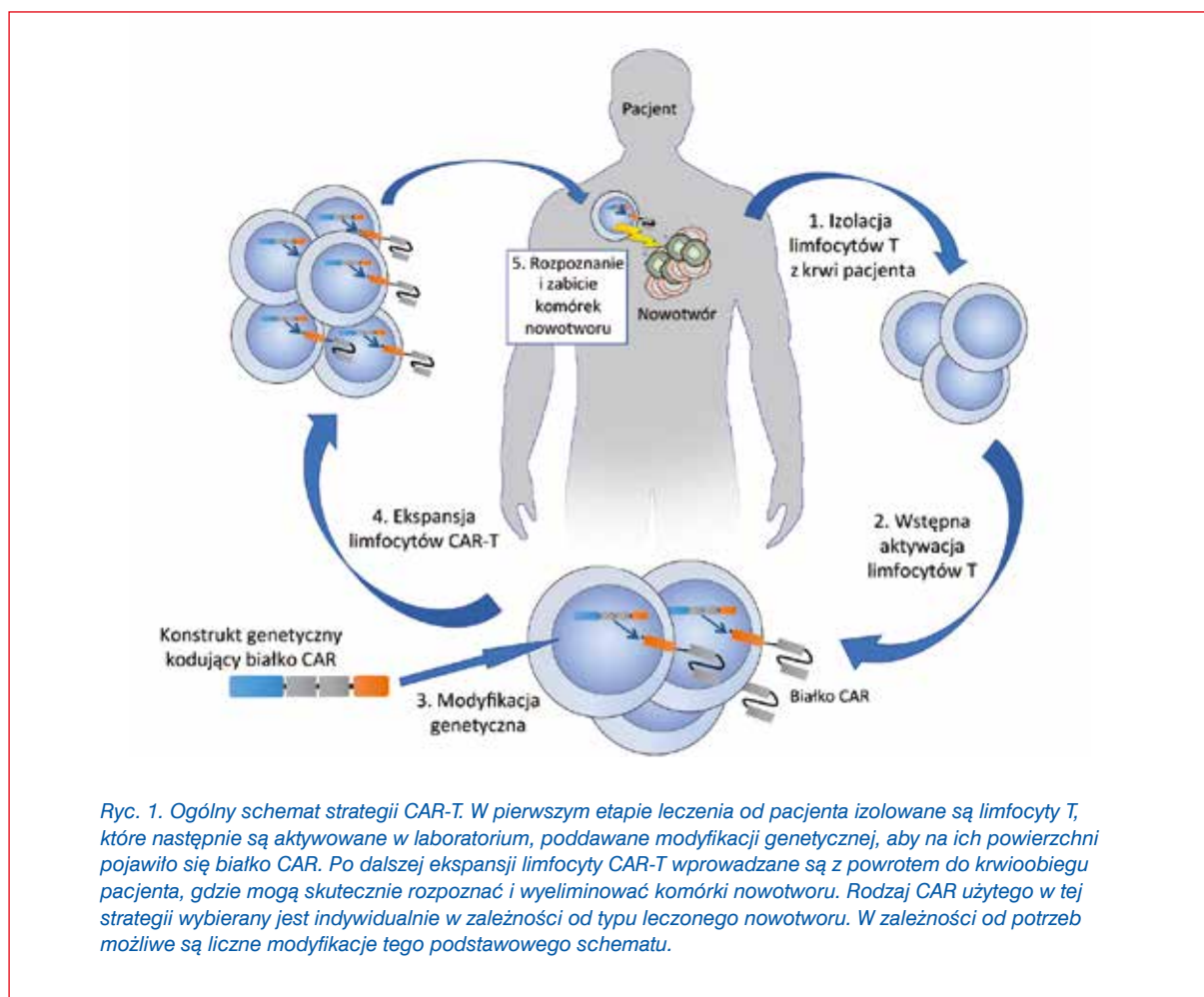
Dr hab. Radosław Zagożdżon

## Centrum Eksperymentalnych Terapii Chimerowymi Receptorami Antygenowymi (CECAR)

Nowoczesna immunoterapia jest w wielu przypadkach jedynym leczeniem, które może uratować życie chorych na nowotwór. Spośród różnych rodzajów immunoterapii przeciwnowotworowej jednym z najciekawszych dokonań ostatnich lat jest rozwój zaawansowanych terapii komórkowych w połączeniu z nowoczesną inżynierią genetyczną.

W terapiach tego typu komórki efektorowe układu odpornościowego (np. limfocyty T) są izolowane (zwykle od pacjenta, rzadziej od innych osób), aktywowane i/lub modyfikowane genetycznie w warunkach laboratoryjnych, a następnie podawane pacjentowi w celu wywołania efektu przeciwnowotworowego. W przypadku terapii komórkowej opartej na chimerowych receptorach antygenowych (ang. *chimeric antigen receptor*, CAR) do limfocytów wprowadza się metodami inżynierii genetycznej syntetyczne, rekombinowane białko CAR złożone zwykle z co najmniej trzech części funkcjonalnych: zewnątrzkomórkowej domeny wiążącej antygen, domeny kostymulującej oraz domeny indukującej aktywację efektu cytotoksycznego. Obecność białka CAR powoduje, że limfocyt T może swoiście rozpoznać komórkę docelową, a następnie ją bardzo skutecznie wyeliminować. Ogólny schemat strategii CAR-T przedstawiony jest na ryc. 1.

Na świecie prowadzi się obecnie kilkaset badań klinicznych dotyczących różnych aspektów terapii opartej na CAR. Dwa tego typu leki zostały już zarejestrowane w USA i Unii Europejskiej: axicabtagene ciloleucel (Yescarta, Kite)



i tisagenlecleucel (Kymriah, Novartis), w których białka CAR są zdolne do rozpoznania cząsteczki CD19 na powierzchni komórki docelowej. Ponieważ białko CD19 jest charakterystyczne dla limfocytów B i nowotworów wywodzących się z tych komórek, leki oparte na CAR anti-CD19 są stosowane głównie w ostrej białaczce limfoblastycznej (*acute lymphoblastic leukemia*, ALL) i chłoniakach B-limfocytowych. W Polsce mamy już za sobą pierwsze podanie terapii CAR-anty-CD19 pacjentowi z chłoniakiem, które przeprowadzono 28 listopada 2019 r. w Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

Na tym się jednak nie kończy, przynajmniej w teorii, zastosowanie terapii CAR-T. Terapia ta może potencjalnie służyć do eliminacji praktycznie każdego rodzaju nowotworu, o ile komórki takiego nowotworu posiadają na swojej powierzchni strukturę, która może być swoistym celem dla białka CAR. Nie jest to jednak zadanie trywialne, gdyż wiele nowotworów, zwłaszcza litych, jest w praktyce odporne na działanie terapii CAR-T. Badania mające na celu przełamanie tej oporności są jednym z najbardziej aktualnych i pasjonujących pól badawczych w dzisiejszej immuno-onkologii. W ostatniej dekadzie powstało wiele przedsiębiorstw i ośrodków akademickich, które prowadzą prace badawczo-rozwojowe dotyczące technologii CAR. W Polsce jednak, m.in. z powodu braku odpowiednich zasobów zapewniających kompleksową strukturę rozwoju tego typu terapii, strategię CAR nie były do niedawna rozwijane na etapie przedklinicznym.

Jednym z głównych założeń polityki naukowej i innowacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest opracowanie nowoczesnych immunoterapii nowotworów, a w szczególności dołączenie do elitarnego grona placówek prowadzących badania przedkliniczne, a docelowo również kliniczne nad terapiami CAR-T. Pierwsze działania w tym kierunku zostały poczynione w ramach projektu STREAM ([stream.wum.edu.pl](http://stream.wum.edu.pl)) finansowanego w latach 2016-2018 z europejskiego programu Horyzont 2020 i koordynowanego przez WUM (kierownikiem projektu był prof. dr hab. Jakub Gołąb). W projekcie tym nawiązano m.in. współpracę z grupą kierowaną przez prof. Karla-Johanna MalMBERGA z Oslo University Hospital, której wynikiem było opublikowanie wspólnej pracy oryginalnej w dziedzinie badań nad terapiami opartymi na CAR (*Cancer Immunol Res.* 2018;6:467).

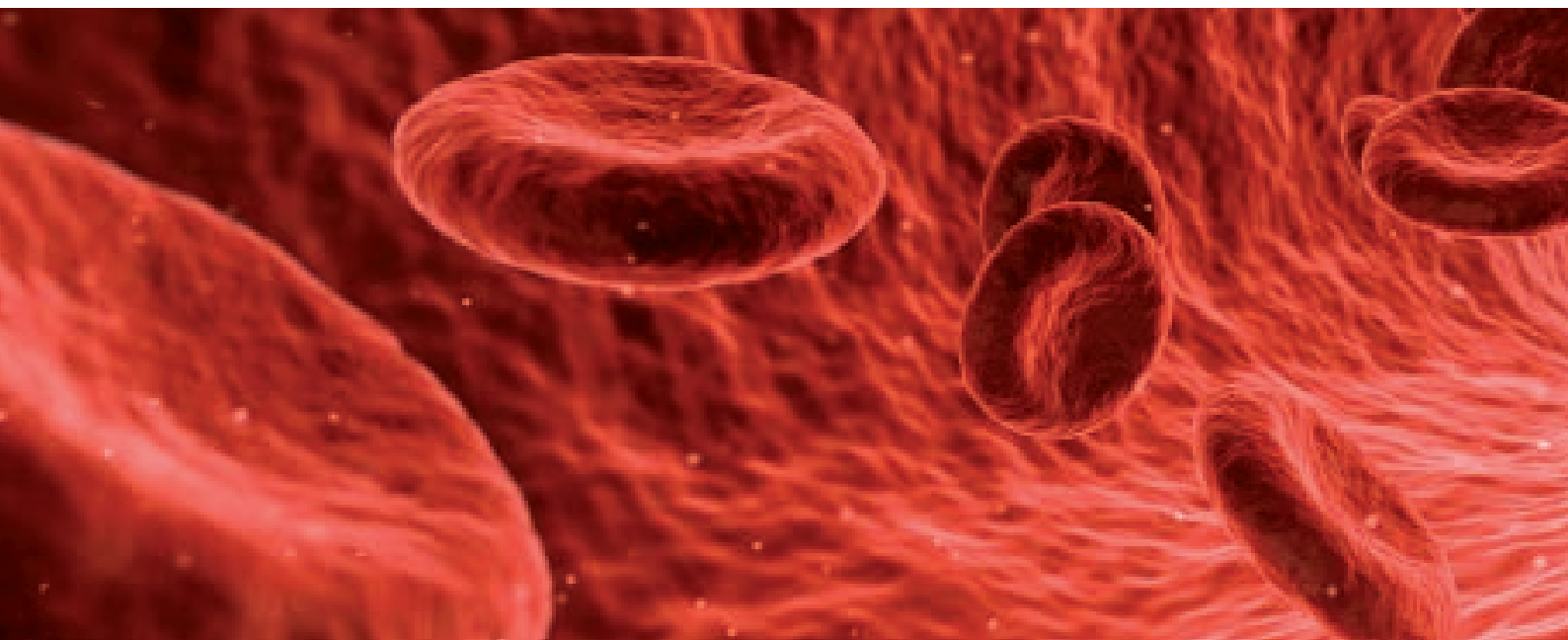
Po zakończeniu projektu STREAM badania przedkliniczne nad terapiami CAR są kontynuowane na naszej uczelni w ramach kolejnych grantów uzyskanych z Narodowego Centrum Nauki, Fundacji Polpharma i European Research Council. Prace te prowadzone są przez pracowników Zakładu Immunologii (ZI, kierownik prof. dr hab. Jakub Gołąb), Zakładu Immunologii Klinicznej (ZIK, kierownik dr hab. Radosław Zagożdżon) oraz Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych (KITiCW, kierownik prof. dr hab. Leszek Pączek) z wykorzystaniem infrastruktury oraz aparatury wspomnianych jednostek. Działania te są wspólnie koordynowane przez dr hab. Magdalenę Winiarską (ZI) i dr hab. Radosława Zagożdżona (ZIK). Jednostkami współpracującymi są Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM (kierownik prof. dr hab. Grzegorz Basak) oraz Pracownia Inżynierii Tkanekowej w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii (kierownik pracowni prof. dr hab. Małgorzata Lewandowska-Szumieł). Dodatkowo kontynuowana jest współpraca międzynarodowa z ośrodkiem w Oslo. Nawiązano także współpracę krajową, udokumentowaną podpisaniem w sierpniu 2019 r. trójstronnej umowy, z wiodącymi warszawskimi ośrodkami klinicznymi: Centrum Onkologii-Instytutem (obecnie Narodowy Instytut Onkologii) oraz Instytutem Hematologii i Transfuzjologii.

Należy podkreślić, że prace przedkliniczne nad terapiami CAR wymagają integracji wysokospecjalistycznej infrastruktury, nowoczesnej aparatury oraz zaawansowanych umiejętności zespołu badawczego. W związku z tym, aby usystematyzować organizację badań przedklinicznych nad terapiami CAR na naszej Uczelni, JM Rektor WUM prof. dr hab. Mirosław Wielgoś w zarządzeniu 9/2020 z dnia 10 stycznia 2020 r. powołał nową jednostkę o nazwie Centrum Eksperymentalnych Terapii Chimerowymi Receptorami Antygenowymi (CECAR). Po kierownika nowej jednostki został dr hab. Radosław Zagożdżon. Cele merytoryczne i organizacyjne nowego Centrum to m.in.:

- poszukiwanie i przygotowanie nowych kandydatów do przyjmowania leków opartych na CAR w klasie terapii komórkowych, m.in. z zastosowaniem modyfikacji genetycznych nowoczesną metodą CRISPR/Cas9,
- poszukiwanie nowych celów molekularnych dla immunoterapii CAR,
- zwiększenie skuteczności działania już istniejących rodzajów immunoterapii CAR oraz zmniejszenie działań niepożądanych,
- udział w optymalizacji i wprowadzeniu protokołów niezbędnych do tworzenia i stosowania immunoterapii CAR docelowo w warunkach klinicznych,
- udział w organizacji prac prowadzonych przez poszczególne jednostki WUM w dziedzinie terapii CAR oraz w koordynacji składania kolejnych wniosków o finansowanie badań w tym zakresie.

Niewątpliwie z entuzjazmem należy podejść do faktu dołączenia WUM do elitarnego grona jednostek prowadzących prace nad terapiami CAR. Należy też mieć nadzieję, że powstanie nowego Centrum przyczyni się już niebawem do publikacji pierwszych własnych prac oryginalnych przez badaczy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dziedzinie tej nowatorskiej strategii leczniczej.

*Dr hab. Radosław Zagożdżon,  
kierownik Zakładu Immunologii Klinicznej*





Materiał promocyjny Fundacji Rozwoju WUM



## Magdalena Zgliczyńska

laureatka pierwszej edycji konkursu  
Fundacji Rozwoju WUM  
na naukowe stypendia wyjazdowe  
dla studentów

Obecnie lekarka stażystka w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym WUM. W 2018 r. ukończyła studia na kierunku lekarskim na I Wydziale Lekarskim WUM.

Magdalena Zgliczyńska znalazła się w gronie dwóch zwycięzców wyłonionych spośród 16 osób zgłoszonych do konkursu na naukowe stypendia wyjazdowe dla studentów.

## Jak zostać stypendystą Fundacji Rozwoju WUM?

### *Jest Pani stypendystką I edycji naboru Fundacji Rozwoju WUM. Co to oznacza?*

Jesienią 2017 r. ogłoszono nabór wniosków o przyznanie stypendiów wyjazdowych Fundacji Rozwoju WUM. Złożyłam swoją aplikację i już 16 lutego 2018 r. otrzymałam decyzję o przyznaniu mi naukowego stypendium wyjazdowego Fundacji. Byłam wtedy studentką VI roku. W ramach stypendium Fundacja przyznała mi 10 000 zł, przewidziane na koszty związane z 14-dniowym wyjazdem, w szczególności koszty podróży i zakwaterowania.

### *Co zdecydowało, że wygrała Pani postępowanie konkursowe? Jakie kryteria były brane pod uwagę?*

W postępowaniu konkursowym, poza spełnieniem wymogów formalnych, pod uwagę brano przede wszystkim: publikacje naukowe, uzyskane nagrody i wyróżnienia, realizowane projekty badawcze, działalność w studenckich kołach naukowych oraz organizacjach studenckich, a także opinię władz Uczelni, opiekunów naukowych lub promotorów.

### *Gdzie odbyła Pani staż stypendialny? Czy stypendium miało charakter kliniczny?*

Dzięki otrzymanym środkom w sierpniu 2018 r. odbyłam dwutygodniowy staż w jednym z najlepszych oddziałów ginekologiczno-położniczych i medycyny matczyno-łożniczej na świecie – w Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal/Fetal Medicine, University of Toronto, w szpitalu Mount Sinai w Toronto w Kanadzie. Moim opiekunem naukowym był światowej sławy ginekolog, położnik i perinatolog – prof. Dan Farine. Wybór tematyki stażu był nieprzypadkowy. Od drugiego roku studiów medycznych aktywnie działałam w Studenckim Kole Naukowym przy I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM, które okazało się być wymarzonym miejscem do rozwoju moich zainteresowań i gdzie miałam szczęście spotkać wspianiałych opiekunów i nauczycieli, którzy jako pierwsi zainspirowali mnie do działalności naukowej.



#### *Czy wyjazd rozwinął Panią, poszerzył Pani wiedzę?*

Z całą pewnością. Został on doskonale zorganizowany przez sekretarkę i asystentkę prof. Dan'a Farine'a – Connie Stevens-Hileman, która również się mną opiekowała przez cały okres pobytu w klinice. Plan był niezwykle różnorodny. Podczas tych dwóch intensywnych tygodni odwiedziłam kilka różnych klinik i poznałam wielu pracujących tam lekarzy, którzy nie tylko posiadają ogromną wiedzę i doświadczenie oraz umiejętności dydaktyczne, ale także byli wobec mnie bardzo życzliwi. Przyglądałam się głównie opiece nad pacjentkami w ciąży wysokiego ryzyka, przede wszystkim obciążonymi schorzeniami kardiologicznymi, endokrynologicznymi, nefrologicznymi, z ciężkimi chorobami zakaźnymi, jak wirus zapalenia wątroby typu C czy ludzki wirus upośledzenia odporności. Część mojego stażu odbyłam w klinice skupiającej swoją działalność wokół chorób płodu – wad wrodzonych, chorób genetycznych, wewnątrzmacicznych zahamowań wzrostu płodu i powikłanych ciąż mnogich. Kilka dni spędziłam również w pracowni badań prenatalnych zarówno inwazyjnych, jak i nieinwazyjnych. Miałam także okazję przyglądać się opiece nad pacjentkami z nawracającymi poronieniami i wysokim ryzykiem porodu przedwczesnego. Staż obejmował również zajęcia na trakcie porodowym i sali operacyjnej.

#### *Jak ocenia Pani organizację pracy szpitala Mount Sinai?*

Stypendium było dla mnie doskonałą okazją do poznania struktury i sposobu funkcjonowania ochrony zdrowia w Kanadzie, który jest odmienny od naszego. Największego wrażenia nie zrobiła na mnie zaawansowana technologia czy nowoczesne wnętrza szpitali, a podejście lekarzy do pacjentów i pacjentów do lekarzy. Opierało się ono na ogromnej dozie wzajemnego zaufania i szacunku. Kobiety ciężarne przychodziły na wizytę z przygotowanymi pytaniami i omawiały z lekarzami wszelkie nurtujące je kwestie – od wyników badań prenatalnych, po utwory muzyczne, jakie chciałyby, żeby towarzyszyły im przy porodzie. Dodatkowo, dużym zaskoczeniem był dla mnie fakt, że zdecydowana większość specjalistów pracowała wraz z przydzielonymi do nich asystentami, którzy byli odpowiedzialni za większą część obowiązków administracyjnych, co niezwykle usprawniało pracę.

#### *Czy poleca Pani swoim koleżankom i kolegom skorzystanie z programu stypendialnego? Czy warto ubiegać się o stypendium?*

Tak, zdecydowanie! Wspomniane stypendium jest niepowtarzalną okazją do poszerzenia swoich horyzontów i pogłębienia wiedzy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Pozwala na poznanie, zupełnie odmiennych od polskich, modeli organizacji służby zdrowia. Jest to także niepowtarzalna okazja do podjęcia międzynarodowej współpracy naukowej oraz do nawiązania wielu ciekawych znajomości i przyjaźni. Stypendium daje też oczywiście możliwość odbycia niezwykłych podróży – w moim przypadku do Kanady. Toronto okazało się być inspirującym, wielokulturowym miastem, w którym nie można się nudzić. Jestem bardzo wdzięczna Fundacji Rozwoju Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za tę szansę.

*Rozmawiała Kamilla Walczak,  
współpracownik Fundacji Rozwoju WUM*

## CYKL WYKŁADÓW DLA STUDENTÓW

### Oporność bakterii na antybiotyki – wyzwania nowoczesnej diagnostyki mikrobiologicznej



Prof. Giovanni Gherardi



Wykłady spotkały się z dużym zainteresowaniem studentów



Pracownicy Zakładu Biologii Medycznej z autorem wykładów.  
Od lewej: dr hab. Marcin Padzik, Anna Marszałek, dr Anna Koryszewska-Bagińska, Kamila Strom, dr Sylwia Jarzynka, Anna Minkiewicz-Zochniak, prof. Giovanni Gherardi, dr hab. Gabriela Olędzka (kierownik Zakładu)

Antybiotykooporność i jej monitorowanie stanowi obecnie najważniejsze wyzwanie współczesnej mikrobiologii. Oporność bakterii na antybiotyki staje się codziennością w środowiskach szpitalnych i dotyczy wszystkich gatunków bakterii i grzybów. Największe niebezpieczeństwo stanowią tzw. patogeny alarmowe, drobnoustroje odporne na wszystkie dostępne leki przeciwbakteryjne, które są przyczyną inwazyjnych zakażeń, często śmiertelnych. Ten niezwykle istotny problem kliniczny wymaga wnikliwej i szybkiej diagnostyki, a kluczowe światowe i europejskie instytucje zdrowia publicznego nie pozostają obojętne wobec tych zagrożeń, m.in. Europejskie Centrum Profilaktyki i Kontroli Zakażeń (ECDC, ang. *European Centre for Disease Prevention and Control*), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*), Komisja Europejska (KE) czy Amerykańskie Centrum Profilaktyki i Kontroli Zakażeń (CDC, ang. *Centers for Disease Control and Prevention*).

Wychodząc naprzeciw podejmowanym współcześnie działaniom w walce z antybiotykoopornością, w Zakładzie Biologii Medycznej, jednostce Wydziału Nauk o Zdrowiu, zorganizowano wykłady poświęcone tej tematyce. Na zaproszenie dr hab. Gabrieli Olędzkiej Warszawski Uniwersytet Medyczny zaszczylił swoją obecnością prof. Govianni Gherardi z Uniwersytetu Campus Bio-Medico w Rzymie. Wykłady zostały zrealizowane w ramach zadania Visiting Professors projektu WUM AID – Akademia Innowacyjnej Dydaktyki, koordynowanego przez Biuro Jakości i Innowacyjności Kształcenia WUM.

Profesor Govianni Gherardi 14-17 stycznia 2020 r. prowadził cykl wykładów pt.: „Challenges in Clinical Microbiology”, w których uczestniczyło ponad 120 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. Profesor znalazł również czas, aby wziąć udział w panelu dyskusyjnym „O wyzwaniach współczesnej mikrobiologii”, zorganizowanym przez studentów Koła Naukowego „Agar”, a skierowanym do licealistów warszawskich szkół, którzy w przyszłości planują zostać studentami naszej Uczelni.

Profesor Giovanni Gherardi to wieloletni badacz i specjalista w dziedzinie mikrobiologii i mikrobiologii klinicznej. Na co dzień pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim Kampusu Bio-Medico, pełni również funkcję zastępcy dyrektora



Szkoły Specjalizacyjnej w zakresie Mikrobiologii Klinicznej i Wirusologii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Bio-Medico. Profesor jest członkiem wielu mikrobiologicznych stowarzyszeń i organizacji o zasięgu krajowym i międzynarodowym, takich jak: Association Microbiology Clinici Italiani, Society Italiana Microbiologia, European Society Clinical Microbiology & Infectious Disease, American Society Microbiology. Współpracuje także z wiodącymi organizacjami zajmującymi się ochroną zdrowia, w tym z Central of Disease Control and Prevention w Atlancie (CDC), w Stanach Zjednoczonych oraz Światową Organizacją Zdrowia (WHO).

Opublikował ponad 150 publikacji naukowych dotyczących diagnostyki mikrobiologicznej oraz oporności bakterii na antybiotyki. W swojej pracy zawodowej i naukowej zajmuje się tematyką bakteriologii, mikologii i parazytologii klinicznej, badaniem czynników wirulencji mikroorganizmów, a także patogenezą powstawania biofilmu bakteryjnego. Jednak za wiodącą tematyką naukową uznaje charakterystykę bakterii powodujących inwazyjne zakażenia, w tym zakażenia krwi (BSI, ang. *blood stream infections*), stanowiące wysoki odsetek wśród zakażeń szpitalnych oraz pozaszpitalnych. Od 2018 r. Profesor jest członkiem specjalistycznego Zespołu ds. Zarządzania Środkami Przeciwdrobnoustrojowymi Campusu Bio-Medico, który stanowi grupę ekspertów badających metody szybkiej i skutecznej mikrobiologii stosowane do szybkiego diagnozowania zakażeń krwi.

W ramach wykładów prof. Giovanni Gherardi poruszał tematy dotyczące „Działań przedlaboratoryjnych i laboratoryjnych w diagnostyce mikrobiologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem szybkiej diagnostyki zakażeń krwi”. Drugą ważną grupę tematyczną stanowiło „Wykrywanie komórkowych mechanizmów oporności bakterii na antybiotyki”. Wykład wieńczący wystąpienia Profesora

podejmował temat „Istotnej roli mikrobiologów w badaniu i monitorowaniu lekooporności bakterii w środowisku medycznym”, a także potrzeby tworzenia programów edukacyjnych w zakresie „Wykrywania lekooporności celem edukacji i lepszej współpracy personelu medycznego”. W tym ostatnim wykładzie Profesor wielokrotnie podkreślał duże znaczenie współpracy całego personelu medycznego, w tym mikrobiologów, lekarzy i personelu pielęgniarskiego nie tylko w procesie leczenia, ale przede wszystkim szybkiej i skutecznej wykrywalności i przeciwdziałaniu szerzeniu się lekooporności bakterii w środowisku szpitalnym. Profesor wielokrotnie podkreślał, że według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia już w 2050 r. inwazyjne zakażenia wywoływane przez szczepy lekooporne mogą stanowić najważniejszą przyczynę zgonów na całym świecie, wyprzedzając choroby nowotworowe oraz choroby układu krwionośnego.

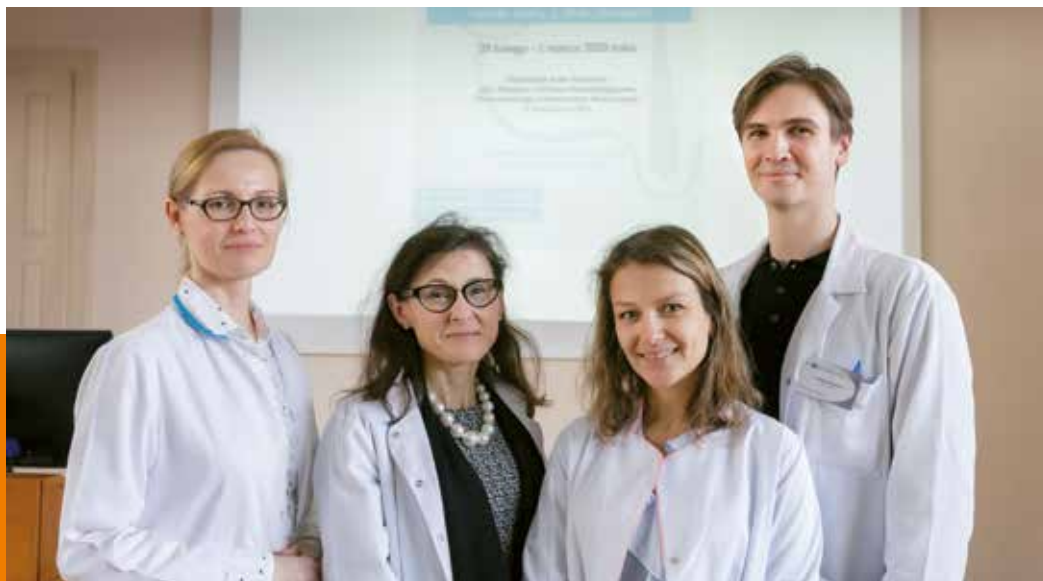
Świadomość istnienia sepsy i znajomość jej objawów może więc w przyszłości być jednym z najważniejszych programów edukacyjnych, bo należy pamiętać, że każda godzina zwłoki we wdrożeniu odpowiedniego leczenia zmniejsza szansę pacjenta na zdrowie i życie.

Bardzo serdecznie dziękujemy studentom Koła Naukowego „Agar” za zaangażowanie w organizację wykładów i forum dyskusyjnego. Szczególne podziękowania kierujemy w stronę studentów, którzy poświęcili czas na wysłuchanie wykładów, ale przede wszystkim wykazali się chęcią poszerzania swojej wiedzy na temat lekooporności bakterii – zjawisku, z którym na pewno zetkną się w swojej pracy zawodowej.

Zapraszamy na kolejne wykłady edukacyjne prowadzone w Zakładzie Biologii Medycznej.

Lic. Aleksandra Ostrowska,  
przewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego „Agar”

# SKN DERMATOLOGICZNE



Od lewej: dr n. med. Magdalena Misiak-Gałązka, dr n. med. Joanna Czuwara – opiekunowie SKN Dermatologicznego, Zuzanna Sitkowska – obecna przewodnicząca SKN Dermatologicznego, lek. Leszek Blicharz – przewodniczący SKN Dermatologicznego w latach 2017-2018

*Jak Państwo oceniają trzecią pozycję SKN Dermatologicznego w aktualnym rankingu kół naukowych WUM przygotowanym przez uczelniane Studenckie Towarzystwo Naukowe?*

**Joanna Czuwara:** Marzeniem każdego opiekuna koła naukowego jest dać studentom możliwość rozwoju na wielu polach. Dlatego kiedy w zeszłorocznym rankingu nasze koło, pomimo naprawdę ciężkiej pracy, spadło z ósmej na dwunastą pozycję, podjęliśmy decyzję, aby jeszcze mocniej zaangażować studentów w prowadzenie badań i przygotowanie publikacji, ponieważ to one przede wszystkim są brane pod uwagę podczas sporządzania rankingu. Poprzedni rok akademicki był bardzo płodny w publikacje i myślę, że głównie to zdecydowało o największym sukcesie koła. Oczywiście należy podkreślić, że ta zmiana nie wpłynęła na inne studenckie aktywności w kole, które nadal kontynuujemy.

*Jakie aktywności są kontynuowane?*

**Joanna Czuwara:** Zarówno pan Leszek Blicharz, jak i pani Zuzanna Sitkowska oraz pani Joanna Zozula, przewodnicząca koła w poprzednim roku akademickim organizowali spotkania naukowe, warsztaty, a przede wszystkim Ogólnopolską Konferencję Naukową „Interdyscyplinarne aspekty chorób skóry i błon śluzowych”, której szósta edycja odbędzie się w dniach od 28 lutego do 1 marca 2020 r. Konferencja stale się rozwija, a w tym roku będzie mieć ona rangę wydarzenia międzynarodowego. Najbardziej wymiernym wynikiem pracy w kole są jednak publikacje – ważne nie tylko w kontekście wszelkich kategoryzacji naukowych Kliniki Dermatologicznej czy koła, lecz także drogi zawodowej studentów po ukończeniu nauki na uniwersytecie.

*Jak członkowie koła zareagowali na wiadomość o podium?*

**Zuzanna Sitkowska:** Nie śmieliśmy nawet marzyć, że zajmiemy aż tak wysokie miejsce. Oczywiście dążyliśmy do tego, żeby zająć wysoką lokatę w rankingu, ale nie spodziewaliśmy się takiego sukcesu. Jest to dla nas ogromny zaszczyt. Wiemy, że poprzeczka została bardzo wysoko postawiona. To nam daje ogromną motywację, która jest jednak połączona z wielką odpowiedzialnością i zobowiązaniem, aby w kolejnym rankingu uplasować się na tej samej, a nawet wyższej pozycji. Aby tego dokonać, chcemy postawić na publikacje oraz umiędzynarodowienie naszej konferencji, pojawienie się na niej sesji anglojęzycznych oraz zaproszenie wykładowców i gości z zagranicy.

*Czy goście z zagranicy pojawią się już podczas tegorocznej edycji?*

**Magdalena Misiak-Gałązka:** Tak, w naszej konferencji weźmie udział dwóch zagranicznych profesorów: pani dr Catherina Stefanato z Londynu i pan dr Mohamad Goldust z Bazylei.

**Joanna Czuwara:** Będą oni mieć status *visiting professor* i oprócz wykładów dla uczestników konferencji pomogą w ocenie prac prezentowanych w języku angielskim. Jeden z poruszanych przez nich tematów będzie dotyczył kariery w zagranicznych ośrodkach naukowych. Uważam, że są oni świetnym przykładem takich karier. Pani dr Stefanato jest Włoszką, która w latach 90. pracowała w naszej Klinice, następnie w Stanach Zjednoczonych, a obecnie w Londynie. Podobnym przykładem lekarza, który zrobił karierę poza swoją ojczyzną jest pan dr Goldust. Sądzę zatem, że oboje przekażą studentom wiele cennych wskazówek.

*Jak dużą inspiracją dla młodych lekarzy i studentów mogą być zapraszani goście z zagranicy?*

**Leszek Blicharz:** Uczestnictwo w konferencji takich gości i rozmowa z nimi są bardzo ważne. Dla nas jednak bardzo liczą się także osoby, które na co dzień pracują w naszej Klinice i nieustannie angażują się w nasz indywidualny rozwój. Do takich osób należą m.in. opiekunowie naszego koła, inni lekarze specjaliści, a także sama kierownik Kliniki prof. Lidia Rudnicka, która jest międzynarodowym autorytetem w dziedzinie chorób włosów i chorób tkanki łącznej. Wszystkie te osoby starają się motywować nas do zdobywania wiedzy, publikowania prac naukowych, stawania się dermatologiem na poziomie światowym. Za to jesteśmy im bardzo wdzięczni. Oprócz tego każdy z nas, w zależności od tego, czym się zajmuje, posiada swoje autorytety z różnych dziedzin dermatologii, które otwierają nowe spojrzenie na choroby skóry oraz inspirują do dalszej pracy.

*Jak Pan wspomina przewodniczenie i działalność w kole naukowym?*

**Leszek Blicharz:** Przede wszystkim to jest dobra szkoła organizacji związana z przygotowaniem wielu wydarzeń. Nasze koło cały czas się rozwija. Każdy przewodniczący koła stara się zapoczątkować coś nowego, co mogłoby być kontynuowane w następnych latach. Mnie udało się wprowadzić warsztaty dermatopatologiczne. Wielką pomoc uzyskałem wtedy od pani dr Joanny Czuwary, która jest wybitnym autorytetem w dziedzinie dermatopatologii. Cieszę się, że także w tym roku akademickim studenci mogą poszerzać swoją wiedzę o informacje związane z tą dziedziną. Będąc w kole, cenilem sobie również możliwość zdobywania umiejętności naukowych i klinicznych przy wsparciu innych wspaniałych lekarzy.

*A Pani dlaczego włączyła się w prace koła?*

**Zuzanna Sitkowska:** Jeszcze przed rozpoczęciem studiów myślałam o dermatologii jak o ciekawej specjalizacji. Co prawda moje wyobrażenia o dermatologii przed podjęciem studiów mocno różniły się od tego, jak ona wygląda naprawdę, ale podczas studiów przekonałam się, że jest to dziedzina, która mnie pasjonuje i myślę o niej w kontekście swojej przyszłości. Ponadto już wcześniej angażowałam się w inne organizacje studenckie i koła naukowe. Chciałam połączyć dotychczasowe doświadczenie i zainteresowanie dermatologią, a praca w kole jest idealną okazją. Tak jak powiedział Leszek, w kole dostajemy szansę na naukowy rozwój, ale poznajemy też wiele wspaniałych ludzi i uczymy się pracy w grupie, co bardzo mnie zachęciło do dołączenia.

*Jakie tematy badawcze podejmują studenci działający w kole?*

**Magdalena Misiak-Gałazka:** Tematyka prac jest bardzo różnorodna, podobnie jak zainteresowania specjalistów tworzących zespół Kliniki Dermatologicznej. Dotyczy to zarówno prac klinicznych, retrospektywnych, jak i laboratoryjnych. Uważam, że rolą koła naukowego powinno być zaszczepienie w przyszłych lekarzach pasji do prowadzenia badań oraz umożliwienie zdobycia takiego doświadczenia w pracy klinicznej, które będzie wykorzystywane po zakończeniu studiów, w trakcie specjalizacji. Mamy nadzieję, że coraz więcej członków naszego koła będzie mogło kontynuować swoją pracę zawodową w naszej Klinice. Spośród najpopularniejszych obecnie tematów badawczych wymieniałabym: łuszczycę, choroby tkanki łącznej, dermatopatologię, trądzik różowaty, a także choroby włosów i skóry owłosionej głowy, co jest niewątpliwie związane z objęciem stanowiska kierownika Kliniki przez prof. Lidię Rudnicką.

*Czy będąc studentką, również działała Pani w SKN Dermatologicznym?*

**Magdalena Misiak-Gałazka:** Tak. Opiekunem koła była wówczas prof. Małgorzata Olszewska. Jestem jedną z grona wychowanków koła, którzy – podobnie jak teraz Leszek Blicharz – po skończeniu studiów związali się z Kliniką Dermatologiczną.

*Trudno nie zapytać o to samo drugiej opiekunki koła.*

**Joanna Czuwara:** Ja pojawiłam się w SKN Dermatologicznym w połowie lat 90. Zrzeszało ono kilka osób, a jego patronem był niepracujący już dr Andrzej Szmurło. Opiekunem koła jestem od czterech lat. Dołączyłam do dr Misiak-Gałazki, która dwa lata wcześniej została opiekunem. Jako specjaliści dermatologii i opiekunowie chcemy uświadomić studentom interdyscyplinarny

charakter naszej dziedziny i nauki w ogóle. To szczególnie widać w corocznych konferencjach, na które zapraszamy studentów innych kół naukowych zajmujących się np. błonami śluzowymi, zagadnieniami ginekologicznymi, onkologicznymi czy rakiem skóry. Studenci innych kół mogą również uczestniczyć w organizowanych przez nas warsztatach o tym, jak pisać publikacje. Zapraszamy na nie naukowców mających wiele opublikowanych prac. To z ich ust studenci dowiadują się, na co zwrócić uwagę, przygotowując publikację, jakich błędów unikać i jak zwiększyć szansę na opublikowanie pracy. Okazało się, że ta inicjatywa naszego koła spotkała się z wielkim zainteresowaniem studentów całego Uniwersytetu.

#### *Kim Państwa zdaniem powinien być opiekun koła?*

**Magdalena Misiak-Gałązka:** To zarazem łatwe i trudne pytanie. Myślę, że opiekun koła przede wszystkim powinien inspirować, wspierać, pełnić rolę lidera, który będzie w stanie pokazywać studentom różne możliwości działania naukowego i klinicznego oraz motywował ich do działania.

**Joanna Czuwara:** Moim zdaniem opiekun powinien starać się, żeby żaden pomysł studenta nie umarł. Młodzi ludzie, którzy mają głowę pełną pomysłów, potrzebują kogoś, kto umiejętnie oceni te pomysły i doprowadzi do rozwinięcia tych najbardziej ciekawych. Prawidłowe prowadzenie studenta powinno w konsekwencji zaowocować nie jałową pracą, a nowym odkryciem, spojrzeniem z innej perspektywy na dany problem. Patrząc w ten sposób na opiekuna koła, trzeba przyznać, że wymaga to od niego ogromnego zaangażowania, na które często w dzisiejszym świecie po prostu nie ma czasu.

Chciałabym jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt. Oprócz rozbudzenia w studentach pasji naukowej, która w przyszłości może przysłużyć się lepszemu zrozumieniu choroby lub zaowocować lepszą diagnostyką, musimy zaszczyścić w przyszłych lekarzach myślenie kliniczne. Należy to zrobić bez względu na to, czy adepci koła w przyszłości staną się dermatologami czy lekarzami innych specjalności.

#### *Dlaczego uważa Pani ten aspekt za istotny?*

**Joanna Czuwara:** Odnoszę wrażenie, że myślenia klinicznego zaczyna brakować w wykształceniu medycznym. Różne są tego powody: tempo życia, dostęp do Internetu, brak czasu na rozmowę z pacjentem, zbyt liczne grupy studenckie. A przecież ważne jest to, jakim językiem się wypowiadamy, na ile jesteśmy precyzyjni w medycynie, czy jesteśmy w stanie właściwie zbadać pacjenta pod względem klinicznym. Chciałabym, żeby członkowie naszego SKN po ukończeniu studiów mieli lepsze zrozumienie problemów skóry, bo skóra jest objawem wielu różnych chorób.

#### *Patrząc z perspektywy kilku lat, czego nauczył Pana kontakt ze studenckim kołem naukowym?*

**Leszek Blicharz:** Na pewno zwracania większej uwagi na problemy kliniczne, które mogą się pojawić w codziennej praktyce lekarskiej. Jestem pewien, że nawet jeżeli nie zostałbym dermatologiem, to dzięki działalności w kole umiałbym dużo świadomiej podejść do pacjenta z objawami dermatologicznymi. Mimo że w trakcie studiów nie mamy uprawnień do prowadzenia pacjentów, to na każdym spotkaniu koła omawialiśmy od strony praktycznej prawdziwe przypadki i uczyliśmy się interdyscyplinarnego podejścia do określonych problemów klinicznych. Koło umożliwiło nam również uczestniczenie w dyżurach, dzięki czemu pogłębialiśmy naszą wiedzę praktyczną. Oprócz tego oczywiście zdobyłem podstawy niezbędne w pracy naukowej, prowadzeniu badań oryginalnych, opracowywaniu artykułów, odpowiadaniu na recenzje, czyli cały warsztat niezbędny do publikowania, niezależnie od specjalności medycznej. A poza tym – zabrzmi to górnolotnie – koło uczy pasji i angażowania się w wybraną przez nas dziedzinę medycyny.

#### *Jak się toczą losy członków koła po zakończeniu studiów? Wielu z nich po otrzymaniu dyplomu zostaje dermatologami?*

**Joanna Czuwara:** Z ostatniego naboru taką osobą jest m.in. pan Leszek Blicharz, który ma już otwarty przewód doktorski i wierzę, że za chwilę dołączy do nas jako doktor nauk medycznych. Poza tym dwie panie są u nas na studiach doktoranckich i mam nadzieję, że będą dermatologami. Będą się starały o rezydenturę w naszej Klinice, co niestety nie jest jednoznaczne z tym, że ją otrzymają. Zaskoczyła nas pani Joanna Zozula, poprzednia przewodnicząca koła. Pani doktor, pracując w ramach stażu podyplomowego, odkryła piękno pracy medycyny interwencyjnej na SOR-ze, gdzie wykorzystuje swoją wiedzę także z dziedziny dermatologii.

#### *Jakie są – oprócz wspomianej wielokrotnie konferencji dermatologicznej – plany koła na obecny rok akademicki?*

**Zuzanna Sitkowska:** Podobnie jak w latach poprzednich, cyklicznie odbywają się warsztaty dermatochirurgiczne z dr Martą Sar-Pomian, doskonałą specjalistką w tej dziedzinie. Zwykle organizujemy je 2-3 razy w ciągu roku. Te oraz inne warsztaty –



Warsztaty dermatochirurgiczne

dermatoskopowe i dermatopatologiczne – odbędą się również podczas naszej konferencji. Oprócz tego planujemy zorganizować warsztaty na konferencji ginekologicznej, gdzie będziemy rozmawiać o dermoskopii zmian skórnych u osób ciężarnych. Także na tegorocznym WIMC-u przygotowujemy warsztaty dermatochirurgiczne i dermatoskopowe prowadzone przez studentów. Bardzo się cieszymy, że mamy do dyspozycji dermatoskopy, co czyni nasze warsztaty bardziej praktycznymi.

*W 2020 r. Klinika Dermatologiczna obchodzi stulecie istnienia. Czy studenci włączą się w obchody jubileuszu?*

**Joanna Czuwara:** To nie tylko sto lat naszej Kliniki, ale też sto lat powstania Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD). Z tej okazji odbędzie się jubileuszowy zjazd PTD. Obchody zapowiadają się ciekawie. W budynku, w którym od początku mieści się nasza Klinika, rodziła się warszawska dermatologia i działały wielkie osobowości tworzące i rozwijające naszą dziedzicę, m.in. profesorowie: Stefania Jabłońska, Tadeusz Chorzelski, Marian Grzybowski. Przez wiele lat Klinika była oknem na świat, dawała możliwość wyjazdów zagranicznych i stypendiów w renomowanych ośrodkach naukowych. Stulecie zawsze skłania do pewnych refleksji, dlatego chciałam powiedzieć, że to, co wyniosłam w czasie studiów, mając kontakt z Kliniką Dermatologiczną, to wiedza dobrego lekarza, klinicysty dermatologa, który będąc w zagranicznych ośrodkach naukowych, nie odstawał od swoich kolegów, a dodatkowo był chłonny zdobywania informacji o chorobach niewystępujących w naszym kraju. Mam nadzieję, że chociaż w części udaje nam się kontynuować te tradycje. A odpowiadając na pytanie, myślę, że znając panią prof. Lidę Rudnicką, studenci również wezmą udział w organizacji tego niezwykłego jubileuszu.

*Obecnie na parterze budynku przy ul. Koszykowej można oglądać wystawę poświęconą prof. Marianowi Grzybowskiemu.*

*Dla wielu młodych osób było to zapewne pierwsze bliższe spotkanie z osiągnięciami Profesora.*

**Zuzanna Sitkowska:** Wystawę poprzedziła konferencja zorganizowana w grudniu 2019 r. Mieliśmy okazję zagłębić się w życiorys i dokonania prof. Mariana Grzybowskiego, usłyszeć relacje historyków, a także osób, których rodzice mieli okazję poznać Profesora. Możliwość porównania ówczesnej dermatologii z jej współczesnymi standardami była bardzo cenną lekcją. Świadomość, jak rozwinęła się wiedza medyczna od tamtej pory i jakimi skromnymi narzędziami dysponowali ówcześni lekarze sprawia, że dokonania prof. Grzybowskiego zasługują na jeszcze większe uznanie.

**Leszek Blicharz:** Trzeba dodać, że wiele osób uważa prof. Mariana Grzybowskiego za wspaniałego dydaktyka, oddanego studentom niezwykłego nauczyciela. Myślę, że te tradycje są w naszej Klinice cały czas kontynuowane. Dlatego cieszymy się, że możemy uczyć się w auli, która nosi imię Profesora.



Człowiek zdrowy może być już martwy wieczorem...  
John Aberth, *Spektakle masowej śmierci*, Warszawa 2012



William Heath, *Kobieta z przerażeniem upuszczająca kubek herbaty po odkryciu „potwornej” zawartości kropli wody Tamizy, akwafora, 1828, Wellcome Collection. CC BY-NC*

Rok 1830 nie należał do najspokojniejszych na Starym Kontynencie. We Francji wybuchła rewolucja lipcowa, na terenie Belgii rozpadało się Królestwo Zjednoczonych Niderlandów, a w Królestwie Polskim rozpoczęły się walki niepodległościowe. Jednocześnie na wschodzie Europy pojawił się jeszcze jeden przerażający wróg, tym razem całej europejskiej populacji. Była nim cholera – niezwykle groźna choroba zakaźna, która potrafiła zabić zdrowego człowieka w ciągu kilku dni lub nawet kilku godzin. Pogłoski o nowej zaradzie, której ogniska doszukiwano się w Bengalu (pogranicze dzisiejszych Indii i Bangladeszu), docierały do zachodniego świata już kilkanaście lat wcześniej, pierwsza bowiem pandemia tej choroby wybuchła w dalekiej Azji w 1817 r. Wówczas jednak jej pochodz zatrzymał się u „bram Europy” na wysokości Stepów Astrachańskich. Od samego początku schorzenie to nazywano chorobą „indyjską” lub „azjatycką” ze względu na jego geograficzne pochodzenie. Biorąc natomiast pod uwagę charakterystyczny niebieskawy odcień ciał chorych, używano także terminu „niebieska śmierć”. W porównaniu z innymi chorobami cholera doprowadzała do błyskawicznej śmierci w okropnych bólach, często we własnych ekskrementach. Organizmy chorych były niezwykle wycieńczone licznymi biegunkami o wyglądzie zupy ryżowej i wymiotami prowadzącymi do krańcowego odwodnienia organizmów. Od samego początku zauważano, że choroba atakuje przede wszystkim ludność ubogą, żyjącą w warunkach sprzecznych z podstawowymi zasadami higieny. Długo jednak nie znano prawdziwej drogi transmisji choroby, dlatego za jej rozprzestrzenianie obwiniano początkowo miazmaty, czyli tzw. „złe powietrze”.

Pierwszym dużym europejskim miastem, które musiało stawić czoła cholercie, była Moskwa w 1830 r. Następnie choroba połączyła do Petersburga, a stąd już nie tylko drogą lądową, ale i wodną rozprzestrzeniła się po całej Europie. W związku z chorobą zaczęły krążyć liczne broszury, odezwy, a także karykatury i rysunki satyryczne uświadamiające o nowym, tajemniczym schorzeniu. Szczególnie interesująca jest trzecia grupa tych źródeł, pozwala ona bowiem analizować historię choroby w kontekście polityczno-społecznych przeobrażeń, jakie zachodziły w tym czasie na Starym Kontynencie.

Wiele satyrycznych ilustracji pochodzi z początku lat 30. XIX w. z terenu Francji. Do Paryża cholera dotarła ze stolicy Rosji w ciągu kilku miesięcy i od razu doprowadziła do paniki miejscową ludność, która nie otrzęsła się jeszcze z wydarzeń towarzyszących kolejnej wojnie domowej. Z tego też powodu pierwsze karykatury poświęcone chorobie ukazywały ją przeważnie na tle ówczesnych przeobrażeń politycznych. Najlepszym tego przykładem jest obrazek z 1832 r. przedstawiający na tle paryskiej ulicy, wśród leżących ofiar ówczesnego systemu państwowego, dwie obejmujące się alegoryczne postacie – wychudzonego mężczyznę w obdartym



Il. 1. Alegoryczne przedstawienie obejmujących się cholery i rewolucji, rycina, 1832, Biblioteka Narodowa w Paryżu



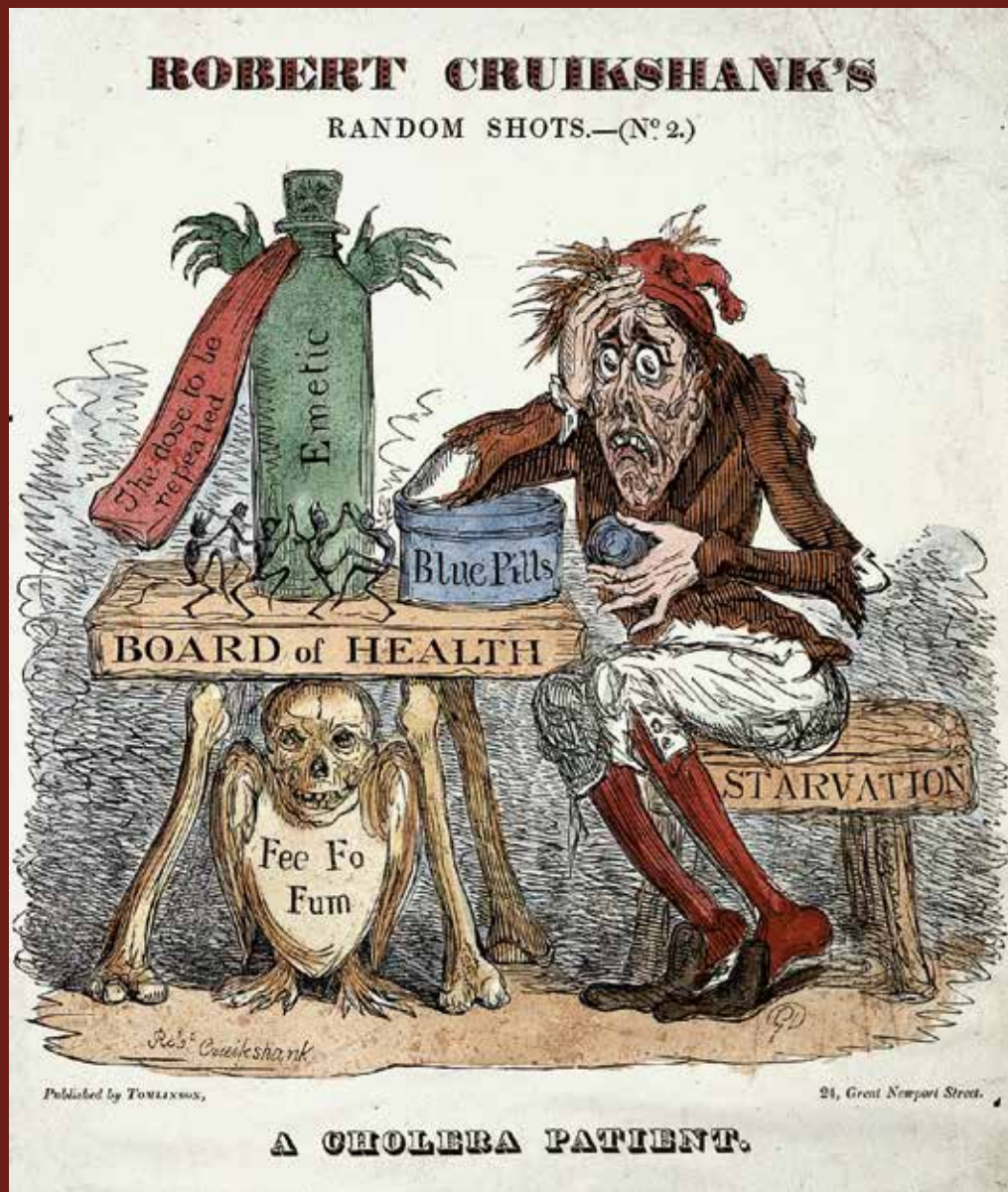
Il. 2. Robert Seymour, Cholera trująca zwycięzców i pokonanych, litografia, 1831, za: Creative Commons

stroju, który w pierwszej chwili może przywodzić na myśl wygodniatego podróżnika, lecz po głębszym zastanowieniu należy raczej łączyć go ze śmiertelną chorobą, oraz kobietę we frygijskiej czapce, którą jednoznacznie można wiązać z rewolucją (il. 1). Ten symboliczny uścisk obydwu spersonifikowanych sił spustoszenia w pełni oddaje ówczesną sytuację nad Sekwaną, gdzie w atmosferze wzajemnej nieufności i antagonizmów społecznych przy towarzyszącym im biedzie, ubóstwie i nędzy epidemia cholery miała ułatwione zadanie, by dokonać dzieła zniszczenia. Warto podkreślić, że sytuacja epidemiologiczna była na początku lat 30. XIX w. we Francji naprawdę dramatyczna. Każdego dnia na cholere w samym Paryżu zapadało 100 osób. W pośpiechu otwierano prowizoryczne szpitale, z czasem zaczęło też brakować miejsc na cmentarzach. Jednocześnie wszędzie szukano winnych tej epidemii, a oskarżenia kierowano nawet w stronę lekarzy i całego personelu szpitalnego. Na ulicach było słychać głosy, że najbiedniejszych ludzi, z którymi łączono elementarny brak higieny, celowo zatrwały elity państwowe.

Liczne rysunki satyryczne odwołujące się do dziesiątkującej ludność Europy drugiej pandemii cholery pojawiały się także po drugiej stronie Kanału La Manche, gdzie z tego powodu zmarło w latach 1831-1832 blisko 32 tysiące ludzi. Jeden z nich z 1831 r., autorstwa słynnego ilustratora Roberta Seymoura, ukazywał chorobę pod postacią widma o kościotrupich dłońiach i stopach, które kroczyło po placu boju, deptając zarówno zwycięzców, jak i pokonanych (il. 2). Obrazek ten w swej konwencji alegorycznej i kompozycyjnej odwoływał się do słynnego obrazu Eugène'a Delacroix „Wolność wiodąca lud na barykady” (1830), a także do równie znanego „Kolosa” (1825) namalowanego przez Francisco Goyę. Jak widać, w satyrze dziewiętnastowiecznej o profilu medycznym często sięgano po wzorce z najsztywniejszych dzieł sztuki, by wzmocnić siłę artystycznego przekazu.

Wiele karykatur poświęconych cholercy wykonał także inny znany dziewiętnastowieczny angielski ilustrator Robert Cruikshank. Szczególnie ciekawa była jego ilustracja pt. „Choleryczny pacjent” ukazująca niezwykle wychudzonego i wygłodzonego (podkreślone napisem na krześle STARVATION) mężczyznę w oberwanych ubraniach siedzącego przy stole, na którym widoczne jest niebieskie pudełko z napisem *Blue Pills* (środek przeczyszczający zawierający rtęć) oraz butelka o antropomorficznych cechach, na której znalazł się napis *Emetic* oraz *The dose to be repeated*, co wskazywało najprawdopodobniej na jeden z objawów choroby (il. 3). Obok tych dwóch elementów ukazano również *danse macabre* w wykonaniu niewielkich czarnych postaci przypominających diabły. W tej dopracowanej do ostatniego detalu rycinie każdy element ma swoje określone znaczenie. Napis na stole *BOARD OF HEALTH* odwołuje się do powszechnej krytyki wycelowanej w powołaną w 1831 r. w imperium brytyjskim Central Board of Health, która miała w założeniu przeciwdziałać epidemii, a w opinii wielu wykonywała swe obowiązki wolno i nieefektywnie. Równie wymowny jest kształt nóg stołu, pod którym ukazano tarczę z ludzką czaszką o sowych cechach, co symbolizowało jednoznacznie przesądzony los tytułowego pacjenta.

W tym okresie wiele angielskich, satyrycznych karykatur wskazywało także na problem nieczystości Tamizy (il. tytułowa). Na długo przed wynalezieniem mikroskopu oraz początkiem bakteriologii podejrzewano, że w rzece kryje się wiele drobnoustrojów, nie zdawano sobie jednak sprawy, że rozwiązanie zagadki rozprzestrzeniania się cholery związane jest z brudną, często skażoną fekaliami wodą. Jako pierwszy tezę taką zaproponował w 1848 r. londyński położnik anestezjolog John Snow. Sześć lat później, podczas kolejnej epidemii cholery w stolicy imperium brytyjskiego pewne wypadki potwierdziły słuszność jego przypuszczeń. W 1854 r. na przełomie sierpnia i września w ciągu kilkunastu dni zmarło na cholere w londyńskim Soho, w sąsiedztwie Broad Street, blisko 700 osób. Snow interesujący się przyczynami takiego zagęszczenia ofiar choroby stworzył mapę występowania zachorowań, która pozwoliła mu dojść do wniosku, że zanieczyszczona musiała być jedna z lokalnych studni. Z tego też powodu doprowadził do



Il. 3. Robert Cruikshank, Choleryczny pacjent, akwaforta, 1832, Wellcome Collection. CC BY

usunięcia uchwyty jej pompy. W ciągu kilku dni, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, epidemia zakończyła się. Za pomocą alegorii temat słynnej studni na Broad Street ukazał w dziele pt. *DEATH'S DISPENSARY* (PRZYCHODNIA ŚMIERCI) George John Pinwell w 1866 r. (il. 4).

Zanieczyszczenie wody i wynikające z tego kłopoty zdrowotne mieszkańców Londynu stanowiły olbrzymi problem jeszcze przez wiele kolejnych lat, o czym świadczą liczne karykatury ukazujące Tamizę jako ściek oraz przedstawienia personifikacji tej rzeki w towarzystwie alegorycznych wizerunków cholery, duru brzuszego i błonicy. Szczególnie katastrofalne ekologicznie było lato 1858 r., kiedy niezwykle wysokie temperatury doprowadziły do olbrzymiego spadku poziomu w rzece, co spowodowało zatrzymanie się i fermentację ścieków, a co za tym idzie wielki fetor odczuwalny w sercu miasta (tzw. *Great Stink*). W tym momencie wszyscy, włączając królową Wiktorię i brytyjski parlament, obawiając się ponownej epidemii cholery, zdali sobie sprawę, że trzeba jak najszybciej przeciwdziałać tej sytuacji. Zbawcą okazał się inżynier Sir Joseph William Bazalgette, który w latach 60. XIX w. zaprojektował nowoczesny system kanalizacji Londynu. Miasto w końcu uzyskało skuteczny środek zapobiegawczy w walce ze śmiertelnym wrogiem, oraz otrzymało jednocześnie „w darze” piękne nowoczesne nabrzeża, które do dziś są jego wizytówką.

Pandemie cholery atakowały Europę w XIX w. jeszcze kilkakrotnie. Szczególnie groźne ogniska choroby pojawiły się w największych miastach, m.in. w Neapolu (1884) i w Hamburgu (1892). Z czasem jednak zachodnia cywilizacja stała się lepiej przygotowana do odparcia natarcia. W 1884 r. w Berlinie Robert Koch ogłosił wyniki swoich badań potwierdzające, że za rozprzestrzenianie się cholery odpowiedzialna jest bakteria w jelicie cienkim. Wiele lat później, w 1965 r. nazwano ją *Vibrio cholerae* na cześć włoskiego uczonego Filippo Paciniego, który blisko trzy dekady przed Kochem doszedł do podobnych wniosków, jednak jego badania nie zostały rozpoznać i z pewnością nie znał ich także John Snow w Londynie. Odkrycie Paciniego i Kocha pozwoliło ostatecznie zrozumieć chorobę i doprowadziło do poprawy higieny i warunków sanitarnych w Europie.



Il. 4. George John Pinwell, *Przychodnia śmierci*, 1866, za: "FUN", 18.08.1866



Il. 5. Satyryczny obrazek ukazujący rozmowę w kawiarni podczas epidemii [cholery], za: "Kolce", nr 3, 9.11.1872

Na koniec warto wspomnieć o epidemiach cholery w XIX w. nad Wisłą. Pierwsze przypadki tej choroby pojawiły się wraz z drugą, światową pandemią pod koniec 1830 r. Zaraza trafiła do Królestwa Polskiego wraz z wojskami rosyjskimi, dlatego nazywano ją wówczas „chorobą rosyjską”. Kolejne epidemie wybuchały w Warszawie w latach 1837, 1848-1849 (badaniem cholery zajmował się wówczas sam Tytus Chałubiński), 1852, 1855, 1866-1867 (powołano wówczas Komitet Choleryczny), 1872-1873 i 1893. Szczególnie dobrze udokumentowana jest epidemia z początku lat 70. Na jej temat pojawiały się nie tylko liczne wzmianki w prasie codziennej, ale starano się również ten problem medyczny przedstawić w żartobliwej formie, tak by oswoić społeczeństwo z czającym się w sąsiedztwie niebezpieczeństwem. Przykładem tego jest rodzajowa scena z listopadowego pisma satyrycznego „Kolce” (nr 31, 9 listopada 1872 r.), na której ukazano dwóch mężczyzn uchwyconych w rozmowie przy kawiarnianym stoliku, zdających sobie sprawę z zagrożenia czającego się w wodzie. (il. 5) Jak zatem widać naukowe wnioski na temat rozprzestrzeniania się cholery szybko docierały do czytelników nad Wisłę. Po tej epidemii do dziś zachował się w Warszawie jeszcze jeden wizualny ślad. Jest nim mało znany, położony pomiędzy torami kolejowymi na granicy Pragi, Bródna i Gołędzinowa cmentarz choleryczny. Pochowano na nim w zbiorowym grobie 500 ofiar zarazy. Warto poszukać tej nekropolii podczas wiosennego, weekendowego popołudnia, a trafiwszy w to miejsce zapalić lampkę ku pamięci wszystkich zmarłych na świecie na „złowieszczą siostrzycę innych zaraz”<sup>1</sup>.

1. Cholerę tak nazywał Antoni Arkadiusz Puławski w pracy: *Co to jest cholera i jak się od niej bronić?*, Warszawa 1905



Wspomnienie  
o profesorze  
Jerzym Rutkowskim  
(1890-1972)  
w 130. rocznicę urodzin



*Jerzy Rutkowski – student i profesor*

W 2020 r. mija 130. rocznica urodzin wybitnego chirurga, nestora chirurgów polskich, prof. Jerzego Rutkowskiego. Urodził się w Warszawie 24 lutego 1890 r. Studia medyczne ukończył na Uniwersytecie w Moskwie w 1914 r. Przez kilka semestrów studiował w Zurychu, Heidelbergu, Wiedniu i Paryżu. Stopień naukowy doktora medycyny uzyskał w 1918 r. na Uniwersytecie w Kijowie, gdzie pracował w Zakładzie Anatomii Topograficznej i Chirurgii Operacyjnej oraz w Klinice Chirurgicznej. Podczas I wojny światowej był lekarzem wojskowym w armii carskiej. Rodzina Rutkowskich, uciekając z Kijowa przed rewolucją październikową, znalazła się w 1920 r. w Warszawie. W tym samym roku prof. Rutkowski rozpoczął pracę w II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego, w Szpitalu św. Ducha pod kierownictwem prof. Zygmunta Radlińskiego, gdzie pracował 15 lat. Jerzy Rutkowski uzyskiwał kolejno stopnie starszego asystenta, adiunkta i wreszcie w 1930 r. docenta, na podstawie pracy habilitacyjnej dotyczącej mięsaka limfatycznego. W tym czasie odbywał staże zagraniczne w klinikach chirurgicznych we Francji, Szwajcarii i Austrii. W latach 1933-1943 był kierownikiem oddziału chirurgicznego Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Od 1936 r. do wybuchu Powstania Warszawskiego był równocześnie ordynatorem I Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Dzieciątka Jezus. W 1938 r. odwiedził ośrodki chirurgiczne w Londynie, Paryżu, Strasburgu i Berlinie. Podczas obrony

Warszawy 25 września 1939 r., gdy operował chorego, został ciężko ranny w wyniku bombardowania szpitala przez samoloty niemieckie. W czasie okupacji hitlerowskiej kształcił młodzież akademicką w ramach tajnego nauczania. Operował rannych powstańców w filii Szpitala Wolskiego w Podkowie Leśnej. W 1946 r. został mianowany profesorem zwyczajnym chirurgii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego oraz kierownikiem II Kliniki Chirurgicznej, początkowo w szpitalu PCK, a od października 1947 r. w szpitalu przy ul. Sterlinga 1/3. W 1955 r. wrócił do Warszawy, gdzie objął kierownictwo II Kliniki Chirurgicznej Studium Doskonalenia Lekarzy w Szpitalu Elżbietanek przy ul. Goszczyńskiego. Mimo przejścia na emeryturę w 1964 r. pozostał aktywny zawodowo do końca życia, przyjmując pacjentów chorych na dychawicę oskrzelową w przychodni przyszpitalnej. Zmarł 24 maja 1972 r. w Warszawie.

Dorobek prof. Jerzego Rutkowskiego obejmujący ponad 300 prac jest niezwykle bogaty i charakteryzuje się dużą oryginalnością i innowacyjnością. Profesor był wybitnym chirurgiem o wszechstronnych zainteresowaniach. Trudno znaleźć dziedzinę chirurgii, w której nie byłoby wkładu profesora. Jako pierwszy w Polsce zajmował się szeroko chirurgią onkologiczną, np. chirurgicznym leczeniem raka przetyku. Był jednym z założycieli Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, a także pionierem organizacji krwiodawstwa i leczenia krwią. W tej dziedzinie wykazał się

talentem inżynierskim, wynajdując niezwykle prosty przyrząd (ręczna pompka z dwoma zaworami zwrotnymi) do bezpośredniego przetaczania krwi, mogący znaleźć zastosowanie na polu walki.

Wraz z wybitnym anestezjologiem prof. Stanisławem Pokrzywnickim wykonywał operacje w podciśnieniu kontrolowanym.

Profesor Rutkowski rozpoczął i rozwinął w Łodzi chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc. Jako pierwszy w Polsce wykonał tam cewnikowanie serca i dokonał pierwszej próby operacji Blalocka w zespole Fallota.

Był autorem oryginalnej chirurgicznej metody leczenia dychawicy oskrzelowej, która polegała na odnerwieniu zatoki tętnicy szyjnej. Opisał utajonego raka sutka oraz własny objaw rozpoznawczy zapalenia wyrostka robaczkowego.

W okresie międzywojennym napisał 3-tomowy podręcznik chirurgii, uaktualniony i wznowiony po wojnie. Wydał także podręcznik nauki o opatrunkach – desmurgii. Jego pasją była dydaktyka, kształcił zarówno studentów, jak i lekarzy. Wyszkolił wielu znanych chirurgów, takich jak profesorowie: Andrzej Alichniewicz, Stanisław Adamski, Kazimierz Rybiński, Henryk Rykowski, Andrzej Kawalski i Bogdan Wróblewski. Profesor Rutkowski lubił opowiadać o swoim chirurgicznym drzewie genealogicznym, które tworzyli profesorowie (od najmłodszego do najstarszego): Zygmunt Radliński (1874–1941), Bronisław Kader-Kadaras (1863–1937), Jan Mikulicz-Radecki (1850–1905).



*Prof. Jerzy Rutkowski w otoczeniu zespołów klinik chirurgicznych*

Był członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Łódzkiego Towarzystwa Naukowego, Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego, Gastrologicznego i Angiochirurgicznego, wieloletnim przewodniczącym Łódzkiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkiem Rady Naukowej przy Instytucie Hematologii, członkiem Rady Naukowej przy ministrze zdrowia, wiceprezesem i prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Zainteresowania Profesora wykraczały daleko poza medycynę. Obejmowały wiele dziedzin nauki, sztuki, muzykę, poezję, literaturę i teatr. Interesował się filozofią, astronomią i cybernetyką. Uczęszczał na odczyty prof. Tadeusza Kotarbińskiego i prof. Władysława Tatarkiewicza. Był poetą i dzięki znajomości wielu języków tłumaczem poezji. Dokonał przekładów wierszy Wergiliusza, Horacego, Szekspira, Whitmana, Verlaina, Musseta, Petrarcki, Lermontowa, Puszkina i Heinego.

Duże znaczenie miała dla Profesora rodzina. Był ciepłym, kochającym Dziadkiem, który wiele czasu poświęcił swoim wnukom. Jego życiowy optymizm udzielał się także im.

Na zakończenie warto zacytować słowa prof. Rutkowskiego: „Chirurgia to wiedza rozległa i głęboka, która wciąż się doskonali i rozwija, to sztuka myślenia, logika, umiejętność operowania i – co nie najmniej ważne – humanitaryzm”.

Własnym postępowaniem dowiódł, że był lekarzem – humanistą.

*Robert Rudowski – wnuk*

*Piśmiennictwo:*

*Alichniewicz A., Adamski S., Profesor Doktor Jerzy Rutkowski Chirurg Humanista, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1973, nr XLV, 9.*

*Machalski J., Odszedł, lecz żyje....Wspomnienie o profesorze Jerzym Rutkowskim.*

*Machalski J., Prof. dr med. Jerzy Rutkowski (Wspomnienie), „Słowo Powszechne” 02.06. 1972.*

*Nielubowicz J., Karwowski A., Jerzy Rutkowski (1890–1972). Album Chirurgów Polskich. Rudowski W. Śródka A. (red.), Wrocław 1990.*

*Noszczyk W., Szyszko S., Chirurgia w Polsce Ludowej, [w:] Zarys Dziejów Chirurgii Polskiej. Wydanie II, Noszczyk W. (red.), Warszawa 2011, s. 424.*



## Dlaczego?

Mam nadzieję, że mój list może stanowić inspirację, zwłaszcza dla młodego pokolenia medyków (studentów i młodych lekarzy), co do trudnych wyborów, jakie w życiu trzeba dokonywać.

Szanowny Panie Rektorze,

w 1975 r. zdałem w Nowym Jorku egzamin nostryfikacyjny lekarski (wtedy ok. 7% lekarzy z Polski go zdawało) i uzyskałem pismo, z którego do dzisiaj pamiętam najważniejsze zdanie: „... and you are eligible for an approved internship and residency training in hospitals in the US and Canada”.

Moi dwaj współtowarzysze z akademika Cornell University (jeden z Włoch, drugi z Argentyny) zrobili wielkie kariery w USA i osiągnęli status milionerów. Ja zaś w 1976 r. wróciłem do ogarniętej wielkim kryzysem politycznym i ekonomicznym Polski – pamiętam, jak przejeżdżaliśmy wówczas koło ówczesnego Supersamu, gdzie kłębił się tłum usiłujący kupić kartkowy kilogram cukru.

Wróciłem, mimo że rok wcześniej wyrzucono z pracy na Uczelni mojego ojca, śp. prof. Mariana Górskiego.

Pamiętam też, że poszedłem odwiedzić niedysponowanego wtedy mojego Wielkiego Nauczyciela prof. Tadeusza Orłowskiego, którego imienia Instytut został właśnie zlikwidowany, a statut WUM zredagowany w sposób, który de facto uniemożliwia jego istnienie (WUM w tym zakresie „wyróżnia się” na tle pozostałych uczelni medycznych, które WSZYSTKIE przynajmniej dopuszczają istnienie instytutów). Wszedłem do pokoju szpitalnego prof. Tadeusza Orłowskiego, który aż podniósł się z łóżka. W Jego oczach ujrzałem błysk (nie wiem, czy niedowierzania, a może – mam nadzieję – radości?). NIKT bowiem nie wierzył i nawet się z Nim zakładano, że nie wrócę z USA.

My jednak, na przekór wszystkim i wszystkiemu, wróciliśmy z USA, i to dwukrotnie – raz w 1976 r., a następnie w 1978 r. (nie muszę chyba identyfikować tu drugiej Osoby, o której mówię, pisząc my – wszyscy chyba to wiedzą).

A przecież luminarze nauki i medycyny amerykańskiej w renomowanym Sloan – Kettering Institute for Cancer Research w Nowym Jorku nie rozumieli mojej decyzji. Pytali: DLACZEGO? Przecież masz już pracę w PNAS, dwie w J. Immunol (nie licząc innych), zdane ECFMG (*Educational Council for Foreign Medical Graduates*).

# Dlaczego?

W 1978 r. w renomowanym Fred Hutchinson Cancer Research prof. E. Donall Thomas (laureat Nagrody Nobla za wprowadzenie transplantacji szpiku i doktor honoris causa WUM) oraz jego następca prof. J.A. Hansen (doktor honoris causa WUM) oferowali mi zatrudnienie i wsparcie. Moje wyjazdy miały charakter czysto naukowy – dysponuję odpowiednim zaświadczeniem z IPN-u, które jestem gotów w każdej chwili okazać.

Mimo wysiłków nie było mi jednak dane uruchomić programu transplantacji szpiku na Uczelni, mimo że dzięki staraniom prof. Orłowskiego udało się zakupić za tzw. „ciężkie” dolary zestaw do jego pobierania, który nigdy nie został użyty. Jego pozostałości do dziś można zobaczyć w pokoju w szpitalu, który jeszcze ośmielam się zajmować. DLACZEGO? Na pewno nie z tego powodu, że „wybrałem wolność”, tak jak to zrobiło wielu innych po zdany egzaminie amerykańskim.

Oczywiście uniemożliwienie uruchomienia programu transplantacji szpiku na Uczelni było dla mnie wielkim ciosem, bo to przecież miało być sensem mojej dalszej działalności. Żegnając się z prof. Orłowskim przed wyjazdem do USA, obiecałem mu, że wrócę i będę realizował ten program – był to nasz wspólny plan. Wykonaliśmy nawet (wspólnie z obecnymi Profesorami Leszkiem Pączkiem i Zbigniewem Gaciongiem) pierwszy przeszczep komórek hematopoetycznych u chorej z anemią. Potem jednak pojawiły się bariery, które zahamowały dalszy postęp w tej dziedzinie.

Nie przewidziano jednak, że zostanę rektorem Uczelni. Byłem wtedy jeszcze wystarczająco młody, aby urządzić klinikę „pod siebie”. Moją dewizą jednak było przekonanie, że wybór na rektora jest tak wielkim zaszczytem i wiąże się z ogromnym zaufaniem pracowników, że muszę służyć moim Wyborcom, a nie sobie. Rezygnowałem z dodatkowych apanaży, przywilejów, nie załatwiałem swej jednostce etatów, nie rozbudowałem jej do rangi katedry itd.

Zamiast zatem się „koronować” na kierownika odpowiedniej kliniki, mając tak doskonałe przygotowanie i poparcie czołowych amerykańskich ośrodków w Nowym Jorku i Seattle, moją funkcję rektora wykorzystałem do przekonania Rady Wydziału, aby w konkursie na kierownictwo Kliniki Hematologii poparła prof. Wiesława Jędrzejczaka (wbrew opinii ustępującego kierownika – nomen omen – prof. Zofii Kuratowskiej, która była wtedy także wicemarszałkiem Senatu i popierała biorącą udział w tym konkursie moją Koleżankę z grupy studenckiej prof. Jadwigę Dwilewicz-Trojaczek). Prof. Wiesław Jędrzejczak był wtedy szykanowany, pozbawiono go warsztatu pracy i rozważał emigrację do USA, ja jednak namówiłem Go do pozostania i podjęcia tego wyzwania. Nie była to – z wielu powodów – łatwa decyzja, ale jednak udało mi się przekonać Radę Wydziału, aby porzuciła zasadę „wsobnego chowu”.

Myślę, że nikogo nie trzeba dziś przekonywać, że moja decyzja była słuszna. Wiem też, że moja Koleżanka Jadwiga wykazała tu wielkie zrozumienie, za co pozostanę Jej wdzięczny na zawsze.

Nie byłem (i nadal nie jestem) związany finansowo z jakąkolwiek firmą czy sektorem prywatnym – uważam, że osoba na tym stanowisku powinna reprezentować wyłącznie interesy swych Wyborców, a nie inne. Jestem dumny, że „Journal of American Medical Association” opublikował tę moją deklarację konfliktu interesów w okresie mojego sprawowania funkcji rektora, a dziekan Wydziału Medycznego Harvard Medical School podał ją na łamach tego periodyku jako wzór.

Zamiast zatem urządzić sobie „miękkie lądowanie” po zakończeniu funkcji rektora zaangażowałem się w badania nad fagami. Walczyłem kilka lat, aby ten program realizować na terenie WUM, lecz to również nie zostało mi umożliwione. Byłem zatem zmuszony realizować je na terenie IITD PAN we Wrocławiu, początkowo za niewygórowane przecież wynagrodzenie 3800 zł brutto (3000 zł jako dyrektor, 800 zł dodatku specjalnego). Oczywiście bez mieszkania i kosztów podróży do stolicy, gdzie pozostała moja rodzina.



Nasz Ośrodek Terapii Fagowej (OTF) działa już 15 lat, a jego wyniki finansowe przedstawiam poniżej. Jak wiadomo, OTF pierwszy w Europie i USA osiągnął wielkie sukcesy w skali światowej (tylko ostatnio wizyta NIH, agencji ChRL Sin Hua, moja wypowiedź w SCIENCE z 15 listopada – wymieniam te najbardziej aktualne). Stał się wzorem do otwierania takich ośrodków w USA i Europie.

Liczne publikacje, granty, patenty, wreszcie sformułowanie mojej ostatniej teorii nt. zupełnie innego spojrzenia na fagi – nie tylko jako „zabójców” bakterii, ale potencjalnego czynnika p-zapalnego i immunomodulatora (wystarczy wpisać moje nazwisko w PUBMED). Jaki jest wymiar ekonomiczny tych sukcesów przedstawia poniżej załączone podsumowanie.

Oczywiście powstaje kolejne pytanie: DLACZEGO? Dlaczego często trzeba opuścić Uczelnię, aby wypracować coś naprawdę liczącego się w wymiarze międzynarodowym?

Mnie zdarzyło się to już dwukrotnie. „Do trzech razy sztuka” – obawiam się jednak, że przy najbardziej sprzyjających okolicznościach do udanej trzeciej próby nie starczyłoby mi już życia.

Jak wiadomo, mamy obecnie dramatyczną sytuację w służbie zdrowia, m.in. na skutek emigracji lekarzy. Dzisiejsza Polska różni się jednak krańcowo od tej, do której wracaliśmy w latach 1976–1978. Siła nabywcza mojej polskiej pensji stanowiła wówczas około 2% siły nabywczej mojego amerykańskiego „odpowiednika”. Dziś – o czym wspominałem w moim wykładzie inauguracyjnym przed kilku laty na wrocławskiej uczelni medycznej – może być nawet porównywalna. Potwierdziła to wtedy prof. Maria Siemionow, podając sytuację jej syna, który był wtedy rezydentem ortopedii w USA.

Zawsze jednak namawiałem i namawiam młodych lekarzy do pozostania w Polsce, cytując często prof. Władysława Bartoszewskiego: „Są w polskim języku dwa słowa: opłaca się i warto. Z pewnością nie wszystko co warto się opłaca, ale jestem głęboko przekonany, że nie wszystko co się opłaca jest w życiu coś warte”.

Szanowny Panie Rektorze,

w listopadzie obaj mieliśmy wystąpienia na konferencji organizowanej przez prof. Henryka Skarżyńskiego dotyczącej zdrowia Polaków, w sesji prowadzonej przez Pana Rektora Marka Krawczyka. W moim krótkim przemówieniu mówiłem m.in. o tym, czy warto nadal krzewić zasady wyrażone w przysiędze lekarskiej, a w szczególności przysiędze Hipokratesa. W wersji angielskiej „Encyclopedia Britannica” zapis brzmi: „I will keep pure and holy both my life and my art.”

Oczywiście daleki jestem od nawoływania do respektowania tej historycznej już deklaracji – przecież dziś wzbudziłoby to jedynie uśmiech politowania. Czy to jednak oznacza, że na pochyłej równi odchodzenia od jakichkolwiek zasad przyzwoitości, dobrych zwyczajów akademickich, etyki i moralności ma nie być już żadnych hamulców, zwłaszcza na wyższych uczelniach medycznych?

Szanowny Panie Rektorze,

Odpowiedź na zwarte w moim liście pytania pozostawiam Panu Rektorowi oraz Koleżankom i Kolegom, którzy go przeczytają.

Z wyrazami poważania  
A. Górski

## Podsumowanie finansowych aspektów działalności OTF

OTF stanowi unikatowy w skali międzynarodowej i jedyny w Unii Europejskiej ośrodek z eksperymentalną terapią stanowiącą istotną alternatywę dla antybiotyków w czasach narastającego problemu antybiotykooporności. Od rozpoczęcia swojej działalności ośrodek zarejestrował ponad 2100 pacjentów zainteresowanych terapią. Przy niewielkiej dotacji z subwencji i środków własnych Instytutu (łącznie bilans OTF za lata 2007-2018 po uwzględnieniu 179 tys. zł tzw. kosztów narzutu to 63 tys. zł), objął leczeniem ponad 700 pacjentów, u których wyczerpały się możliwości standardowych terapii pochodzących z: Polski, Niemiec, Czech, Słowacji, Holandii, Francji, Austrii, Węgier, Słowenii, Szwajcarii, Włoch, Portugalii, Finlandii, Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych i Peru. Dzięki utworzeniu OTF i osiągnięciom pracującego tu zespołu możliwe było m.in. uzyskanie przez Instytut środków na realizację dużych projektów na łączną kwotę ponad 32 milionów złotych.

UWAGA: miesięczne wynagrodzenia pięciu lekarzy pracujących w OTF (oczywiście część etatu) wynosi ok. 2500 zł.

Prof. Andrzej Górski nie pobiera żadnego wynagrodzenia.

Przygotował: dr Ryszard Międzybrodzki,  
zastępca dyrektora Centrum Medycznego IITD PAN, przy którym działa OTF,  
adiunkt w Zakładzie Immunologii Klinicznej WUM

