

MDWUM

czasopismo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

medycyna
dydaktyka
wychowanie



05

2019

Warszawa
Rok LI
ISSN 0137-6543

czerwiec 2019

Pani Djasmin Namwezi
CEO SwC Services w Kigali, Rwanda





W numerze:

Rozmowa z prof. Piotrem Kasprzakiem – doktorem <i>honoris causa</i> Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z roku 2019	2
Rozmowa z dr. hab. Januszem Trzebickim – Kierownikiem I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii WUM	4
Jubileusz 20-lecia Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM	8
Noc Muzeów w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym	10
Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z wizytą w WUM	12
WUM z nowym Statutem	14
Stetoskop	15
Kliniki	20
Fakty i mity medyczne – alergie	22
Mikrogranty dla naukowców WUM i UW	24
Narodowe Centrum Nauki dofinansuje projekty WUM	27
Zestaw narzędzi i metod dydaktycznych wykorzystywanych na zajęciach z chorób wewnętrznych dla różnych kierunków na WUM – Olga Rostkowska	28
Czy studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ściągają? – Bartłomiej Woryński, Stanisław Pawlak	30
Rozmowa z Jackiem Dziedziakiem i Martą Kiziak – Prezesem i Prezesem Elektem Studenckiego Towarzystwa Naukowego WUM	37
Studenci analityki medycznej WUM najlepsi w Polsce!	40
Rozmowa z Maciejem Toczkiem i Rafałem Mładanowiczem – studentami IV roku kierunku lekarskiego, muzykami zespołu SUSIE, WHY?	42
<i>Habent sua fata libelli</i> – prof. Andrzej Górski	44
Pierwsza rocznica śmierci Profesora Jerzego Szczerbania. Wystąpienie pożegnalne prof. Marka Krawczyka podczas pogrzebu Rektora naszej Uczelni – prof. dr. hab. Jerzego Szczerbania	46
Wyniki konkursu dla studentów	48

Nr 05/2019 przygotował zespół redakcyjny:

prof. dr hab. Dagmara Mirowska-Guzel (Redaktor Naczelna – Przewodnicząca Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw), dr hab. Anna Staniszevska (Z-ca Redaktor Naczelnej – Z-ca Przewodniczącej Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw), Marta Wojtach (Sekretarz Redakcji – Dyrektor Biura Prasowego – Rzecznik Prasowy), Cezary Ksel, Kamilla Walczak, Klaudia Wendycz, Maja Sosnowska (Redaktor Graficzny); zdjęcia: Michał Teperek, Wanda Widomska, Jarosław Oktaba, Tomasz Jędrzejewski; korekta: Katarzyna Pietruszka

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.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Kasprzak

– doktor *honoris causa* Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Profesor Piotr Kasprzak jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi (1974 rok). I stopień specjalizacji w chirurgii uzyskał w 1977 roku, zaś II stopień – pięć lat później. Pracę zawodową rozpoczął w 1975 roku jako asystent Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej w Tuszynie k. Łodzi. Zainteresowania chorobami naczyń obwodowych pogłębiał, pracując dodatkowo w Poradni Chorób Naczyń Szpitala im. Kopernika w Łodzi. Na początku lat 80. szkolił się w dziedzinie chirurgii naczyniowej u prof. Helmutha Dencka w Wiedniu. W 1984 roku skorzystał z zaproszenia prof. Dietera Raithela, który właśnie obejmował nowo utworzony Oddział Chirurgii Naczyniowej w Norymberdze, do pracy w charakterze jego zastępcy. W 1996 roku uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych (Uniwersytet w Erlangen). Od 1995 roku do chwili obecnej pracuje na Uniwersytecie w Ratyźbonie, prowadząc najpierw Departament Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej w Klinice Chirurgii Ogólnej, a od 2015 do 2017 roku samodzielny Oddział Chirurgii Naczyniowej. Od 1 kwietnia 2017 roku pełni funkcję Senior Eksperta tego Oddziału. Po przeprowadzeniu przewodu habilitacyjnego uzyskał w 2014 roku na podstawie działalności naukowej i dydaktycznej tytuł profesora nadzwyczajnego na Uniwersytecie w Ratyźbonie.

Głównymi kierunkami zainteresowań prof. Piotra Kasprzaka są techniki otwarte i endowaskularne, przede wszystkim w leczeniu zwężeń tętnic szyjnych i zmian tętniakowatych aorty.

Dorobek naukowy prof. Piotra Kasprzaka obejmuje ponad 50 pełnotekstowych prac naukowych w czasopismach posiadających *Impact Factor*, osiągając aktualnie liczbę punktów IF – 188, a indeks Hirscha – 19.

Jaką wartość ma dla Pana Profesora fakt przyznania Panu tytułu doktora honoris causa przez Warszawski Uniwersytet Medyczny?

Odczuwam ogromne wzruszenie, potęgowane tym, że wyróżnienie to przyznał mi właśnie Warszawski Uniwersytet Medyczny – uczelnia, z którą związany jestem od wielu lat. Zdaję sobie jednak sprawę, że nigdy nie jest się jedynym autorem sukcesu. Zawsze stoi za nim wiele osób, które wspomagały mnie i mobilizowały podczas mojej pracy zawodowej i naukowej. Mam w stosunku do nich ogromną wdzięczność i szacunek. Trzeba także podkreślić, że przyjęciu godności doktora *honoris causa* towarzyszy pokora, ponieważ z jednej strony jest to olbrzymi zaszczyt, ale z drugiej wielkie zobowiązanie na przyszłość.

Kto w największym stopniu wpłynął na wybór drogi zawodowej Pana Profesora i późniejsze dokonania?

Wszystko zaczęło się już w domu rodzinnym dającym podstawę do budowania zainteresowań medycznych. Kolejnym etapem był uniwersytet i nauczyciele akademicki, których zadaniem jest formowanie tego, co tkwi w człowieku. Prawdą jest, że każdy z nas ma wiele doskonałych kwalifikacji, tylko nie zawsze potrafimy je obudzić. Również nasza praca zawodowa naznaczona jest nauką i podejmowaniem wyborów. Dokonanie odpowiedniego wyboru wymaga czasem szczęścia oraz pomocy kompetentnych i godnych zaufania osób – rodziny, profesorów, lekarzy.

Pan Profesor już na studiach wybrał drogę chirurgii naczyniowej. Dlaczego tę dziedzinę?

Zainteresowanie chirurgią zaczęło się już w studenckim kole naukowym. Początkowo fascynowała mnie chirurgia serca. Uznałem jednak, że serce, mimo że jest centralnym organem w organizmie człowieka, to jednocześnie jest tylko jednym z wielu narządów. Co innego naczynia krwionośne, które mamy praktycznie we wszystkich narządach, a żaden nie może funkcjonować bez prawidłowego działania tętnic i żył. Uświadomienie sobie tego stało się punktem zwrotnym. Od tej chwili wiedziałem, że swoją drogę zawodową chcę związać z chirurgią naczyń, czyli układem warunkującym funkcjonowanie wszystkich narządów człowieka. Nie bez kozery mówi się, że jesteś tak młody, jak młode są twoje naczynia.

Od 45 lat jest Pan Profesor świadkiem rozwoju chirurgii naczyniowej. Jakie wydarzenia uznaje Pan Profesor za kamienie milowe w rozwoju tej dziedziny medycyny?

Ogromne znaczenie w początkach rozwoju chirurgii naczyniowej miały działalność Francuza Jeana Kunlina, który zaczął stosować własne żyły pacjenta jako przeszła naczyniowe w niedokrwienu, czy przeprowadzanie w latach 50. XX wieku pierwszych otwartych zabiegów na aorcie. Jednak, patrząc na ostatnie 40-50 lat, przełomem było na pewno wprowadzenie technik wewnątrznacyniowych we wszystkich dorzeczach i obszarach tętnic. Musimy sobie zdawać sprawę, że duża część chorych, którzy przychodzą do nas, to często osoby w wieku 60-70 lat, mające nie tylko problemy naczyniowe, ale też inne, jak problemy kardiologiczne czy cukrzyca. Obarczanie takich pacjentów skomplikowanym, inwazyjnym zabiegiem związanym z dużymi ranami, a czasem z problemami gojenia wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla chorego. Dlatego metody wewnątrznacyniowe są w moim przekonaniu największym postępem. Dzięki nim dajemy szansę na wyleczenie większej liczby chorych.

Uczestniczył Pan Profesor w wielu pionierskich operacjach. Które z nich Pan szczególnie wspomina?

Jest to przeprowadzony już ponad 10 lat temu w Ratzbombie pierwszy zabieg endowaskularny w obrębie łuku aorty, czyli blisko serca i tętnic zaopatrujących głowę i mózg, wykonany przy współpracy z Panem prof. Timothy Chuterem z Uniwersytetu w San Francisco. Ten zabieg był zupełnie wyjątkowy, ponieważ chodziło nam z jednej strony o wyłączenie poszerzenia tętniakowatego, a z drugiej – o zapewnienie dopływu krwi do ośrodkowego układu nerwowego.

Wspomniał Pan Profesor o współpracy z naszą Uczelnią. Dotyczy ona głównie Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej.

Mówiąc o tej współpracy i jej powodzeniu, należy podkreślić ogromną rolę, jaką odegrał Pan prof. Jacek Szmidt – bez wątpienia jeden z pionierów technik endowaskularnych w zabiegach wykonywanych na aorcie w Polsce, który niestrudzenie, pomimo wielu przeciwności, walczył o wprowadzenie bardzo zaawansowanych technik ze stent-graftami mającymi odgałęzienia do tętnic trzewnych. Bez osobistego zaangażowania Pana Profesora nie udałoby się zakończyć tego powodzeniem. Przez ostatnie lata moje związki z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym były bardzo głębokie i cieszę się, że współpraca ta była jednym z elementów przyczyniających się do niezwykłego rozwoju Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej oraz jej późniejszych sukcesów. Odczuwam ogromną dumę, że mogłem być częścią tego procesu.

Jak Pan Profesor ocenia fakt implantacji już ponad 500 stent-graftów piersiowo-brzuszných w Klinice kierowanej obecnie przez prof. Sławomira Nazarewskiego?

To, co zapoczątkował Pan prof. Jacek Szmidt, jest w tej chwili nie tylko kontynuowane, ale przede wszystkim rozwijane. Na wielkie słowa uznania zasługują zarówno Pan prof. Sławomir Nazarewski, jak i Pan doc. Tomasz Jakimowicz. Moim zdaniem dzięki nim i całemu zespołowi Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej należy obecnie do czołowych ośrodków nie tylko w Europie, ale i na świecie, jeżeli chodzi o skomplikowane zabiegi wewnątrznacyniowych operacji tętniaka aorty piersiowo-brzuszej.

W jakim kierunku, zdaniem Pana Profesora, będzie podążał rozwój chirurgii naczyniowej?

Sądzę, że techniki wewnątrznacyniowe będą się dalej rozwijały. Oprócz tego będzie się zwracało coraz baczniejszą uwagę także na ochronę radiologiczną. To zagadnienie nie dotyczy tylko pacjentów, ale również całego personelu zajmującego się tymi zabiegami. Należy pamiętać, że chory jest operowany raz, może dwa razy, natomiast personel pracuje cały czas, zatem musi się chronić codziennie przed negatywnymi skutkami działania promieni rentgenowskich. Pojawiają się już urządzenia, które – za pomocą zdalnego sterowania – umożliwiają przeprowadzanie podobnych zabiegów w bezpiecznej odległości. Czas pokaże, czy wejdą do powszechnej praktyki. Myślę, że istotne w przyszłości stanie się dalsze badanie roli genetyki w różnych patologich chorób naczyń oraz leczenie zachowawcze. Badania takie mogą sprawić, że w przyszłości konieczność wykonywania zabiegów będzie mniejsza, ponieważ będziemy w stanie wpływać hamująco na: z jednej strony, rozwijanie się poszerzeń tętniakowatych, a z drugiej – tak zwanych zmian zarostowych zamykających światło naczyń.

Rozmowa z...



Dr hab. n. med. Janusz Trzebicki

– Kierownik I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii WUM

Panie Docencie, spotykamy się w roku jubileuszu 60-lecia Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, organizacji, w której sprawuje Pan funkcję Przewodniczącego Oddziału Mazowieckiego.

Rzeczywiście, Towarzystwo powstało w 1959 roku, wówczas jako Towarzystwo Anestezjologów Polskich. Jego utworzenie umożliwiło i umożliwia nadal wymianę doświadczeń, przeprowadzanie licznych badań populacyjnych czy kontakt z międzynarodowymi środowiskami anestezjologów na kongresach w Polsce i za granicą. Obecnie Towarzystwo, podobnie jak cała światowa anestezjologia, skupiło się głównie na poprawie bezpieczeństwa pacjentów. Dzięki aktywności międzynarodowej i krajowej Towarzystwa w Polsce zaimplementowano wiele nowości technologicznych, organizacyjnych i edukacyjnych w anestezjologii i intensywnej terapii, które odpowiadają najwyższym europejskim standardom. Jednak nadal jest dużo do zrobienia w tym zakresie.

Jakie znaczenie dla medycyny miały powstanie i rozwój anestezjologii?

Myślę, że należałoby podzielić historię medycyny na erę przed 16 października 1846 roku i erę po tej dacie. Tego dnia w Bostonie przeprowadzono skuteczne znieczulenie eterem i uwolniono pacjenta od bólu podczas operacji. Był to początek nowej medycyny, a w szczególności chirurgii.

Czy mógłby Pan Docent sobie wyobrazić współczesną medycynę bez anestezjologii?

Nie ma takiej możliwości, żeby funkcjonowała współczesna medycyna bez anestezjologii i intensywnej terapii. Używam określenia „anestezjologia i intensywna terapia”, ponieważ obecnie w 17 krajach europejskich te dwie dziedziny są nierozdzielalne – w Polsce również. Mam nadzieję, że tak pozostanie, a wszelkie próby zmiany tego będą skazane na niepowodzenie. Oczywiście dla dobra pacjenta musimy działać interdyscyplinarnie i współpracować z innymi specjalnościami. Nie jesteśmy bogami. Mamy za to swoją wiedzę i odpowiednie umiejętności oraz bardzo wysokie standardy szkolenia trwającego 6 lat. Podczas tego okresu szkolący się anestezjolog przez 4 lata wykonuje znieczulenia

pod kierunkiem specjalisty oraz 2 lata przebywa w oddziale intensywnej terapii, gdzie uczy się postępowania w stanach zagrożenia życia, również pod kierunkiem specjalisty. Po 6 latach zdaje egzamin państwowy. Anestezjologia jest specjalnością wymagającą bardzo szerokiego spojrzenia na zagadnienia związane z fizjologią, patofizjologią i całym spektrum zagadnień medycznych, ponieważ zajmujemy się nie tylko znieczuleniem.

A co jest istotą anestezjologii?

Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w okresie okołoperacyjnym. Przygotowujemy chorego do zabiegu, a szczególnie do znieczulenia, czuwamy nad jego bezpieczeństwem w trakcie znieczulenia, jak również w okresie pooperacyjnym. Zajmujemy się także leczeniem bólu oraz pacjentami w stanie krytycznym.

Mówiło się kiedyś, że anestezjologia „stoi na czterech nogach”.

To prawda. Zajmujemy się znieczuleniem, intensywną terapią, leczeniem bólu i resuscytacją. Te „cztery nogi” powodują, że nasza specjalność jest niezbędna dla zapewnienia bezpieczeństwa chorym i zapotrzebowanie na nasze „usługi” ciągle wzrasta. Olbrzymi postęp w polskiej anestezjologii i intensywnej terapii nastąpił w roku 1998.

Dlaczego?

Wielkim sukcesem strajku anestezjologów było wydanie rozporządzenia ministra zdrowia pod tytułem „Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii”. Dzięki temu dokumentowi staliśmy się pierwszą specjalnością w Polsce posiadającą standardy zapisane w postaci rozporządzenia, które są nadal obowiązujące. To sprawia, że zarówno anestezjolodzy, jak i organizatorzy służby zdrowia nie mogą sobie dowolnie kształtować form i zasad pracy. Obowiązuje unifikacja w takich elementach, jak: odpowiednia liczba zatrudnionych anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych, zarówno na blokach operacyjnych, jak i w oddziałach intensywnej terapii, ale także zapewnienie wystarczającego sprzętu czy odpowiedniego finansowania. Jednak nadal z powodów finansowych i organizacyjnych nie osiągnęliśmy idealnej sytuacji w tym zakresie. Ciągle musimy tłumaczyć, że standardy to nie fanaberia naszego środowiska, tylko zasady, które zwiększają bezpieczeństwo chorych.

W jaki sposób standardy przekładają się na sytuację pacjenta?

W badaniach międzynarodowych udowodniono bezpośrednią korelację między śmiertelnością w oddziałach intensywnej terapii a liczbą pielęgniarek – im mniej pielęgniarek, tym większa śmiertelność. Ideałem, do którego dążymy, jest stan, w którym jedna pielęgniarka przypada na jednego pacjenta. W oddziałach intensywnej terapii leczymy pacjentów najczęściej chorych, w bezpośrednim zagrożeniu życia i zdrowia. Dlatego są oni leczeni w sposób bardzo intensywny i agresywny, co wymaga stałej opieki pielęgniarskiej i oczywiście specjalisty oraz dostępu do odpowiedniego sprzętu specjalistycznego. Bezpieczeństwo chorych podczas znieczulenia wymaga odpowiedniego monitorowania funkcji życiowych oraz stałej obecności zespołu anestezjologicznego, co zapisano w standardach.

Pan Profesor Tadeusz Tołłoczko w swojej niedawno wydanej książce opisuje specyficzne, szorstkie relacje między anestezjologami a chirurgami. Nadal można je zauważyć?

Zawsze były, są i prawdopodobnie będą. Nie jest to tylko polska przypadłość, za granicą także funkcjonują te same, niekiedy niewybredne dowcipy. Dlaczego tak się dzieje? Być może obydwie grupy mają za wysokie ego... Wiem jednak, a nauczyło mnie tego 27 lat pracy jako anestezjolog, że możemy dogadać się z każdym operatorem. To wymaga od anestezjologa przede wszystkim kultury osobistej oraz dogłębnej wiedzy i doświadczenia. Jeżeli nasze decyzje będą profesjonalne, to zostaną uszanowane przez inne specjalności. Chociaż anestezjologia nie jest panaceum na wszystko, to należy zauważyć, że działając w sytuacjach skrajnie ciężkich, bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, potrafimy w wielu przypadkach uratować jego zdrowie i życie.

Pierwszy szwedzki anestezjolog Thorsten Gordh powiedział: „Istotą anestezjologii jest świadomość, że znieczulenie to stan pomiędzy życiem i śmiercią. To każe traktować ją naprawdę bardzo poważnie”.

To absolutna racja. Dlaczego nam się wydaje, że jesteśmy tacy wspaniali? Codziennie na bloku operacyjnym można powiedzieć, że „wprowadzamy pacjenta w stan śmierci”, a następnie potrafimy – w większości przypadków – „przywrócić go do życia”. Mówię „w większości przypadków”, ponieważ zgodnie z informacjami zawartymi w jednym z ostatnio

prze czytanych doniesień w mniej więcej 1 na 10 000 przypadków może dojść do bardzo poważnych powikłań zakończonych zgonem pacjenta, a związanych z obszarem działania anestezjologa. Chociaż liczby różnią się w zależności od badania, faktem jest, że śmiertelność z powodu powikłań anestezjologicznych spadła co najmniej dziesięciokrotnie w ciągu ostatnich dekad. Pamiętam, jak kiedyś wyglądało monitorowanie podczas zabiegu, a jak jest w tej chwili. Nastąpił imponujący rozwój technik monitorowania, wprowadzono nowe leki i techniki znieczulenia oraz zintensyfikowano działania w zakresie optymalizacji przygotowania pacjenta do operacji i opieki pooperacyjnej.

Niezwykły postęp dotyczy każdej dziedziny medycznej...

Tak, ale szczególnie anestezjologia poczyniła olbrzymi krok naprzód. Przede wszystkim dzięki wysiłkowi towarzystw anestezjologicznych, które potrafiły przygotować w 2010 roku Deklarację Helsińską Bezpieczeństwa Pacjenta w Anestezjologii. Podkreśla ona kluczową rolę anestezjologii w zapewnieniu bezpieczeństwa chorego w okresie okołoperacyjnym i proponuje działania w celu ograniczenia powikłań, w tym: odpowiednie monitorowanie funkcji życiowych, wprowadzenie procedur bezpieczeństwa oraz raportowanie chorobowości, umieralności i zdarzeń krytycznych, co umożliwia ich prewencję. Anestezjolodzy z całego świata zobowiązali się wdrażać te zalecenia.

Dlaczego Pan Docent zafascynował się anestezjologią?

Zafascynowało mnie olbrzymie wyzwanie, przed którym musi stanąć anestezjolog. To jest bardzo ciężka praca, zajmująca 24 godziny na dobę. Nawet po wyjściu ze szpitala myśli się o tym, co zrobiłem dobrze, co źle, a co mogłem zrobić lepiej. Śpiąc w domu, słyszymy czasem odgłos monitora EKG z sali operacyjnej, ale to tylko sen – jeśli odgłos jest miarowy, śpimy dalej. Praca jest arcyciekawa i satysfakcjonująca. Pracujemy zespołowo i interdyscyplinarnie, sukces nigdy nie jest indywidualny, gorzej gdy dochodzi do porażki. Współpracujemy z wieloma specjalnościami, co wymaga dużych umiejętności porozumiewania się i zrozumienia, że anestezjolog nie jest specjalistą od wszystkiego, nawet gdy ma dużą wiedzę i doświadczenie. Tego między innymi uczymy adeptów anestezjologii. Dobra współpraca jest warunkiem sukcesu, który przekłada się na zdrowie i ratowanie życia tych, którzy nam zaufali, czyli naszych chorych.

I wszystko byłoby wspaniale, gdyby nie brak odpowiedniej liczby anestezjologów. Co prawda, zgodnie z danymi Izby Lekarskiej z 3 kwietnia 2019 roku, anestezjologów jest około 6700 i ta liczba wzrasta, ale jest wciąż niewystarczająca. A powodem są coraz większe potrzeby i coraz większa operatywa. Dane z 2008 roku pokazały, że na świecie wykonuje się 230 milionów operacji. To są olbrzymie liczby. W naszym szpitalu, to dane sprzed 2-3 lat, wykonuje się około 12 000 operacji. W każdym przypadku, przy każdym znieczuleniu, nieważne, czy to jest znieczulenie ogólne, czy regionalne, czy analgeza – na sali muszą być obecni anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna. Rezydenci muszą być nadzorowani przez specjalistów. To są wymogi standardów, o których mówiłem. Musimy je spełniać dla bezpieczeństwa pacjentów.

Gdzie jeszcze dostrzega Pan Docent bariery hamujące rozwój anestezjologii w Polsce?

Myślę, że w tej chwili największą barierą, oprócz wspomnianych problemów z liczbą anestezjologów, stanowi sprawne wdrażanie procedur, a więc organizacja. Jako specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii nie jesteśmy gorsi niż koledzy i koleżanki z zagranicznych ośrodków. Nie mamy gorszego wykształcenia ani gorszej wiedzy praktycznej, ale organizacyjnie nie umiemy tego dobrze wykorzystać. To wymaga dalszego wysiłku ze strony anestezjologów, ale wspartego przez decydentów i organizatorów opieki zdrowotnej w Polsce. Sami wszystkiego nie zrobimy.

A przed jakimi wyzwaniami stoi obecnie ta dziedzina medycyny?

Wyzwaniem jest między innymi to, żebyśmy – przy tak niskiej liczbie anestezjologów i tak dużej ilości pracy – zachowali nasze standardy i nie dopuścili do ich złamania. Nie możemy sobie pozwolić, będąc nawet pod presją finansową czy inną, aby te standardy obniżyć. Nie możemy również dopuścić do rozdzielenia się anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce. Specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii są w tej chwili jedynymi osobami, które mogą prowadzić oddziały intensywnej terapii. I tak musi pozostać, bo jesteśmy najlepiej do tego przygotowani.

Jednak to nie jedyne wyzwania. Na pewno wśród nich znajduje się poprawa okołoperacyjnego bezpieczeństwa pacjenta. Mamy już wytyczne dotyczące tego, jak prowadzić pacjentów w okresie przedoperacyjnym, czyli przygotowania do zabiegu. Kiedyś nie przykładano dużego znaczenia do tego elementu. Okazało się, że jest on bardzo ważny, bo zmniejsza ryzyko powikłań. W okresie śródoperacyjnym pacjent musi być właściwie monitorowany oraz musi mieć zachowaną homeostazę organizmu przez odpowiednie zindywidualizowane postępowanie anestezjologiczne. Uśmierzenie bólu jest naszym pierwszoplanowym zadaniem i obowiązkiem. Nie ma powodu, żeby w XXI wieku ktokolwiek odczuwał ból. Niestety według niektórych danych nawet 50% pacjentów po operacjach odczuwa ból, czasem bardzo duży. Musimy zrobić wszystko, żeby go skutecznie eliminować. Tylko takie kompleksowe postępowanie może ograniczyć powikłania pooperacyjne.

Zwróciłbym jeszcze uwagę na wyzwanie dotyczące zakażeń wewnątrzszpitalnych. Ma to związek między innymi z prawidłowym myciem rąk. My, jako personel medyczny oddziału intensywnej terapii, jesteśmy najczęściej wektorem przenoszenia tych zakażeń. Dlatego mycie rąk jest tak samo ważne, jak celowana antybiotykoterapia, aby chronić zdrowie i życie naszych chorych. Wydaje mi się, że jeszcze niektórzy lekarze i pielęgniarki nie w pełni doceniają wagę tej prostej czynności jaką jest mycie rąk.

W ubiegłorocznym wykładzie dla licealistów w ramach programu patronackiego WUM, mówiąc o przyszłości anestezjologii, wspominał Pan o tak zwanym automacie anestezjologicznym. Na czym polega jego mechanizm?

Chociaż anestezjologa czy ogólnie lekarza nie zastąpi żaden automat, bo przecież automat też musi być zaprogramowany i nadzorowany przez człowieka, to pojawiają się na świecie możliwości pozwalające na zasadzie pętli zamkniętej zautomatyzować niektóre czynności anestezjologiczne. Dotyczy to na przykład podawania anestetyków dożylnych, jak propofol, pod kontrolą monitora głębokości snu. Uzyskane dane z monitora są przekazywane do pompy podającej propofol, co pozwala na utrzymanie podczas znieczulenia odpowiedniej głębokości znieczulenia. Ten sam model działania można zastosować dla uzyskania optymalnej płynoterapii śródoperacyjnej. Monitor hemodynamiczny przekazuje dane o stanie układu krążenia chorego do pompy podającej płyny dożylnie. Również można zintegrować podawanie środków zwiotczających mięśnie z monitorem oceniającym ich stopień zwiotczenia. Powstały już urządzenia, które łączą wyżej wymienione możliwości monitorowania, podawania leków i płynów infuzyjnych. Postęp technologiczny i wiedzy medycznej pozwala na coraz większą automatyzację w anestezjologii. Myślę jednak, że na razie anestezjolog nie zostanie zastąpiony przez żadne roboty. Prawdą jest, że wiele technicznych udoskonaleń pomaga nam w optymalizacji nadzoru nad pacjentem, ale ostatecznie i tak wszystko musi analizować anestezjolog i on podejmuje ostateczne decyzje kliniczne.

Od powstania Kliniki w 1964 roku kierowali nią znakomici specjaliści. Czy na zakończenie mógłbym poprosić o kilka słów na temat Pana poprzedników na stanowisku kierownika I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii?

Wszyscy byli i są wspaniałymi ludźmi. Pan Profesor Bogdan Kamiński, pierwszy kierownik Kliniki, to autorytet w dziedzinie anestezjologii, jeden z pionierów tej dziedziny medycyny, który wspólnie z nieżyjącym już dr. Januszem Kąckim zbudował warszawską anestezjologię. Kolejnym kierownikiem była pani prof. Ewa Mayzner-Zawadzka, która zapewniła dalszy dynamiczny rozwój naszej Kliniki, wychowała kolejne pokolenia specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Pani Profesor jest jednym z luminarzy naszej specjalności, a jej wkład w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii jest nie do przecenienia. W roku 2009 kierownikiem Kliniki został Pan dr hab. n. med. Tomasz Łazowski, dla którego wentylacja mechaniczna i zagadnienia z nią związane nie miały żadnych tajemnic. Pan Docent Tomasz Łazowski kontynuował chlubne tradycje naszej Kliniki. Intensywnie uczestniczył w pracach Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Był przez trzy kadencje przewodniczącym Oddziału Mazowieckiego naszego Towarzystwa. Wszyscy kierownicy działali dla dobra pacjentów i przyczynili się do rozwoju naszej specjalności. Mając tak wybitnych poprzedników, uważam, że jest dla mnie zaszczytem kontynuowanie ich dzieła, ale wymaga to ciężkiej pracy, a niekiedy prowadzi do frustracji, czy aby nie jest to praca syzyfowa. Jednak moi współpracownicy wychowani przez poprzednich kierowników Kliniki stanowią wspaniałą, profesjonalną zespół ludzi, który pozwala na optymistyczne myślenie o przyszłości.

Rozmawiał Cezary Ksel



Dziekan WNoZ prof. Piotr Małkowski



Jubileusz 20-lecia Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM

13 czerwca w Centrum Dydaktycznym odbyła się uroczysta gala przygotowana z okazji 20-lecia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W spotkaniu poprowadzonym przez Dziekana WNoZ prof. Piotra Małkowskiego wziął udział Rektor WUM prof. Mirosław Wielgoś.

W Auli wykładowej im. prof. Janusza Piekarczyka zebrali się liczni goście, w tym przedstawiciele władz rektorskich, dziekańskich i administracyjnych naszej Uczelni, reprezentanci resortu zdrowia, samorządów zawodowych, instytucji ochrony zdrowia, konsultanci krajowi i wojewódzcy, członkowie władz uczelni wyższych z Polski i zagranicy, kierownicy oraz pracownicy katedr, klinik i zakładów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Przybyli m.in.: Prorektorzy WUM prof. Barbara Górnicka, prof. Jadwiga Turło, prof. Krzysztof J. Filipiak, prof. Andrzej Deptała, Dziekan I WL prof. Paweł Włodarski, Dziekan II WL prof. Marek Kuch, Dziekan WF prof. Piotr Wroczyński, Prodziekani reprezentujący bratnie Wydziały, Kanclerz WUM mgr Małgorzata Rejnik, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski, Główny Inspektor Sanitarny Jarosław Pinkas, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny dr Grzegorz Juszczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego Agnieszka Gonczarek, Dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy Paweł Chęciński, a także członkowie Rady Uczelni, w tym prof. Bolesław Samoliński i dr hab. Marcin Matczak.

Wydział Nauki o Zdrowiu reprezentowali, oprócz Dziekana, Prodziekani: prof. Bożena Czarkowska-Pączek, dr hab. Joanna Gotlib, prof. Piotr Węgrzyn, dr hab. Robert Gałązkowski, prof. Katarzyna Koziak. Przybyli poprzedni Dziekani WNoZ: prof. Longin Marianowski (kierujący Wydziałem w latach 2000-2002) oraz prof. Zdzisław Wójcik (2008-2012). Szczególnie gorąco przywitani zostali obecni na uroczystości członkowie pierwszej Rady Wydziału: prof. Bożena Tarchalska-Kryńska i prof. Bruno Szczygieł.

Rektor prof. Mirosław Wielgoś w swoim wystąpieniu podkreślił, że siłą Wydziału Nauki o Zdrowiu, który na stałe już „wrósł” w tkankę Uniwersytetu, są tworzący go i kierujący nim ludzie. Konsekwencją ich zaangażowania i poświęcenia jest obecna pozycja Wydziału i pięciu kierunków, na których studenci odbierają edukację. „Wydział kształci ogromną część naszych studentów. W tym roku akademickim liczba żaków wynosi blisko 3000 osób, a od momentu powstania Wydział ukończyło prawie 17 tysięcy absolwentów, którzy z powodzeniem pracują w naszym kraju, jak i poza jego granicami. Dorobek Wydziału mierzony jest między innymi liczbą wykształconych w nim pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, dietetyków i specjalistów zdrowia publicznego. To nieoceniony wkład Wydziału Nauki o Zdrowiu w rozwój tak Uczelni, jak i ochrony zdrowia w całym kraju” – mówił prof. Mirosław Wielgoś. Rektor podkreślił

także osiągnięcia naukowe WNoZ. Przez 20 lat w Wydziale nadano 149 stopni naukowych doktora (z czego 102 w dziedzinie nauki o zdrowiu) oraz 34 stopnie doktora habilitowanego, 8 pracowników uzyskało tytuł profesora, dodatkowo u 4 kolejnych osób procedowane jest postępowanie w celu uzyskania tego tytułu naukowego.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski zwrócił uwagę na to, że w przyszłości rola Wydziału Nauki o Zdrowiu będzie jeszcze bardziej się zwiększać, a powodem tego stanie się wzrastające znaczenie kadr medycznych wspomagających lekarzy: pielęgniarek, położnych, a także specjalistów zdrowia publicznego i ekonomiki zdrowia.

Dziekan WNoZ podkreślił, że dokonania Wydziału nie byłyby możliwe bez zaangażowania, konsekwencji i ciężkiej pracy wszystkich pracowników WNoZ oraz wsparcia obecnych i poprzednich władz Uczelni. Podziękował śp. prof. Januszowi Piekarczykowi – Rektorowi w latach 1999-2005, prof. Leszkowi Pączkowi – Rektorowi w latach 2005-2008, oraz obecnym władzom rektorskim i administracyjnym „za pomoc w kontynuowaniu i ulepszaniu działania naszego Wydziału”.

Agnieszka Gonczarek, w imieniu Marszałka Województwa Mazowieckiego Adama Struzika, przekazała na ręce prof. Piotra Małkowskiego Medal Pamiątkowy „Pro Masovia”, nadawany instytucjom, które wybitnie przyczyniły się do gospodarczego, kulturalnego lub społecznego rozwoju Mazowsza. Adam Struzik uhonorował także dyplomami uznania osoby, które w ciągu 20 lat tworzyły Wydział Nauki o Zdrowiu i nim kierowały.

Oficjalne otwarcie obchodów 20-lecia Wydziału Nauki o Zdrowiu zakończyła prezentacja filmu przygotowanego na tę okazję, w którym wystąpili pracownicy naukowcy, nauczyciele, studenci oraz absolwenci WNoZ. Na część wykładową obchodów jubileuszu złożyły się sesje „Aktualne kierunki rozwoju nauk o zdrowiu” oraz sesja naukowa, podczas której zaprezentowano prace o najwyższej punktacji IF pracowników WNoZ z 2018 roku. W programie sesji I znalazły się wystąpienia: prof. Marii Ruzafa Martinez (Department of Nursing, University of Murcia, Hiszpania), prof. Katarzyny Czabanowskiej (International Health Department, Maastricht University, Holandia), dr hab. Roberta Gałązkowskiego (Prodziekan ds. Oddziału Dietetyki i Kierunku Ratownictwo Medyczne), dr Olgi Troniny (Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Instytut Transplantologii) oraz Katarzyny Ładno (Dyrektor Oddziału TUIINTER Polska S.A. w Warszawie).

Program sesji naukowej składał się z wystąpień: prof. Andrzeja Deptały (Zakład Profilaktyki Onkologicznej), prof. Bożeny Kociszewskiej-Najman (Klinika Neonatologii), dr Aleksandry Wesotowskiej (Klinika Neonatologii, Zakład Dietetyki Klinicznej), lek. Piotra Alstera (Klinika Neurologii), dr hab. Anny Badowskiej-Kozakiewicz (Zakład Biofizyki i Fizjologii Człowieka) oraz prof. Piotra Węgrzyna (Klinika Położnictwa i Perinatologii).



Władze rektorskie obecne na jubileuszowej gali



Prodziekani WNoZ oraz władze dziękujące bratnich Wydziałów



Gratulacje Dziekanowi WNoZ składają Dziekan I WL i Dziekan WF



Dziekan II WL przekazuje Dziekanowi WNoZ Księgę Pamiątkową



Prof. Longin Marianowski z dyplomem uznania przyznany przez Marszałka Województwa Mazowieckiego



Dyplomy uznania prezentują dr hab. Joanna Gotlib i prof. Piotr Węgrzyn



Wręczenie Dziekanowi Medalu Pamiątkowego „Pro Masovia” przyznanego Wydziałowi Nauki o Zdrowiu WUM przez Marszałka Województwa Mazowieckiego



Prof. Maria Rufaza Martinez

Noc Muzeów

w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym



Muzeum Historii Medycyny WUM od lat włącza się w inicjatywę mającą na celu udostępnienie zbiorów muzealnych szerokiej publiczności odwiedzającej danego dnia placówki kultury w godzinach wieczornych i nocnych. Tegoroczna urozmaicona oferta przyciągnęła tłumy chcących zapoznać się z przygotowanymi wystawami, wysłuchać wykładu, posłuchać koncertu czy wejść do gabinetu Rektora naszej Uczelni.

Wystawą przygotowaną przez Muzeum Historii Medycyny WUM specjalnie na Noc Muzeów była ekspozycja „Na granicy życia i śmierci. Tajemnicza mumia ze zbiorów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”. Dzięki wystawie można było na chwilę „przenieść się” do starożytnego Egiptu i odkryć tajemnice grobowców królewskich. Odwiedzający mogli dowiedzieć się, w jaki sposób mumifikowano zmarłych oraz jakie przedmioty zabierano ze sobą w ostatnią drogę. Oprócz oryginalnych zabytków warto było zobaczyć też pięknie wykonane kopie rzeźb z grobowca Tutanchamona w skali 1:1. Dodatkowo prof. Andrzej Niwiński wygłosił wykład „Mumie egipskie, odwieczna tajemnica”, a dr Hanna Pliszka, mgr Halina Przychodzeń, dr Małgorzata Brzowska, dr Sylwia Tarka przygotowały prezentację „Mumie, mumifikatorzy i paleopatologie”.

Odwiedzający mogli zapoznać się również z wystawami: „Femina et Medicina. Portret Hygiei w tradycji akademickiej Warszawy”, „20 lat minęło... Najważniejsze chwile Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM” oraz „Akademicka medycyna i farmacja w Warszawie w okresie międzywojennym”.

Wszystkich, którzy chcieli lepiej poznać Kampus Banacha, dr Adam Tyszkiewicz – Dyrektor Muzeum Historii Medycyny WUM zaprosił na spacer szlakiem symboli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Niewątpliwą atrakcją tegorocznej Nocy Muzeów była szansa zwiedzenia pomieszczeń WUM, takich jak: Sala Senatu, gabinet Rektora, gabinet Dziekana I Wydziału Lekarskiego, Aula im. prof. J. Piękarczyka w Centrum Dydaktycznym. Dla zwiedzających w godzinach wieczornych i nocnych otwarta była także Biblioteka Główna WUM.

Muzycznym akcentem tegorocznej edycji był Koncert Orkiestry Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod batutą B. Herman, pt. „Taniec nocy”, na który złożyły się kompozycje: C. Gradela, W. Kazaneckiego, M. Lorenca, J. Straussa, J. Brahmsa, P. Czajkowskiego.

Głównymi partnerami wydarzenia były: Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej WUM, Orkiestra WUM, Biblioteka Główna WUM i Stowarzyszenie Miłośników Egiptu „Herhor”.



Rektor prof. Mirosław Wielgoś i Tomasz Połć – Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego z wizytą w WUM

22 maja JM Rektor prof. Mirosław Wielgoś gościł Przewodniczącego Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego (PTSR) – Pana Tomasza Połcia. W trakcie spotkania Przewodniczący PTSR przypiął do kłapy marynarki prof. Mirosława Wielgosia pomarańczową wstążeczkę – symbol środowiska osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym. Podczas rozmowy poruszono tematy związane z metodami diagnozowania i leczenia *sclerosis multiplex* (SM), potrzebami pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, dyskutowano także o budowaniu powszechnej wiedzy na temat SM i dbaniu o prawa chorych.

W rozmowie Rektor prof. Mirosław Wielgoś podkreślił, jak ważne są: podnoszenie świadomości na temat stwardnienia rozsianego, integracja środowiska osób z SM i społeczne postrzeganie chorych. „Z uwagą śledzę działalność Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Z podziwem odnoszę się zwłaszcza do działań przynoszących konkretne efekty w zakresie zwiększenia dostępności osób chorujących na stwardnienie rozsiane do nowoczesnych metod terapeutycznych i rehabilitacji. Cała społeczność akademicka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego solidaryzuje się z chorymi w Polsce i na całym świecie” – zaznaczył.

30 maja obchodzono Światowy Dzień Stwardnienia Rozsianego – z tej okazji Rektor przekazał osobom cierpiącym na stwardnienie rozsiane, a także całemu środowisku zaangażowanemu w rozwiązywanie problemów pacjentów z SM słowa wsparcia i solidarności.

PTSR to jedyna ogólnopolska organizacja zrzeszająca osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane, ich rodziny i przyjaciół. Misją PTSR jest poprawa jakości życia chorych oraz zapewnienie im dostępu do leczenia i rehabilitacji, a także likwidacja barier psychologiczno-społecznych.

Światowy Dzień Stwardnienia Rozsianego (World MS Day) to święto ustanowione przez Międzynarodową Federację Stwardnienia Rozsianego (MSIF – *Multiple Sclerosis International Federation*) i celebrowane przez krajowe towarzystwa zrzeszające chorych na SM oraz ich bliskich.



Co skłoniło Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego do podjęcia decyzji o przypięciu Rektorowi WUM pomarańczowej wstążki?

Tomasz Połec: 30 maja obchodzimy Światowy Dzień Stwardnienia Rozsianego, dlatego zwróciliśmy się do Pana Rektora prof. Mirosława Wielgosia z prośbą o objęcie patronatem honorowym całego wydarzenia. Pan Rektor wyraził zgodę. Przypięciem wstążki chcieliśmy wyrazić swoją wdzięczność.

Dlaczego jest to dla Państwa tak istotne?

Objęcie patronatu przez Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podnosi rangę i znaczenie wydarzeń organizowanych przez nas w związku z obchodami Światowego Dnia Stwardnienia Rozsianego. Obchody mają charakter globalny. Tego dnia wszystkie organizacje na świecie zajmujące się stwardnieniem rozsianym organizują liczne spotkania i konferencje. Także nasze Towarzystwo, wraz z Fundacją SM – Walcz o siebie, zorganizowało konferencję odbywającą się w siedzibie Rzecznika Praw Pacjenta. Podczas tego sympozjum wszyscy mieliśmy przypięte pomarańczowe wstążki.

Jakie znaczenie w rozpowszechnianiu wiedzy o SM ma głos środowiska akademickiego?

Ogromne. Gdyby nie specjaliści, profesorowie, którzy od lat zajmują się neurologią, a w szczególności stwardnieniem rozsianym, nie byłoby mowy o jakimkolwiek postępie. Trzeba pamiętać, że oprócz naszego głosu, czyli środowiska pacjenckiego, głos środowiska medycznego jest równie ważny, a może nawet ważniejszy. Jest szczególnie istotny na przykład podczas rozmów w resorcie zdrowia na temat wprowadzenia zmian czy regulacji, które w naszym przekonaniu są konieczne – dotyczy to zwłaszcza dostępu do leczenia osób chorych na SM. Gdyby nie silne wsparcie środowiska akademickiego, cechujących się wielkim autorytetem specjalistów w tej dziedzinie, nasz głos nie byłby słyszany w takim stopniu, na jaki zasługuje.

Co uznaje Pan za największe osiągnięcie w walce z tą chorobą?

Myszę, że największym osiągnięciem jest przede wszystkim zrozumienie, że rozpoznanie stwardnienia rozsianego nie oznacza wyroku, perspektywy poruszania się na wózku inwalidzkim czy dożgonnego leżenia w łóżku. Wielki postęp dostrzec można w zmianie postrzegania SM jako schorzenia, które nie wyklucza i z którym można walczyć. Oczywiście wciąż jest to choroba nieuleczalna, natomiast można ją już powstrzymać. Ba, z tego co wiem, pracuje się obecnie nad lekami potrafiącymi wpływać na odbudowę mieliny, której uszkodzenie jest przyczyną stwardnienia rozsianego. A to oznacza, że być może będzie można cofać skutki tej choroby. Zapewne jest to perspektywa jeszcze dość odległa, niemniej praca nad tym trwa. Dzięki postępowi w medycynie i zmianom w świadomości społecznej na temat SM – mam nadzieję, że chorzy na stwardnienie rozsiane będą samowystarczalni, będą normalnie żyć.



WUM z nowym Statutem

Integralny i konsekwentny rozwój nauki oraz dydaktyki, powołanie odpowiedzialnych za działalność naukową organów kolegialnych, jakimi są Rady Dyscyplin Naukowych, pozostawienie wydziałów jako struktur dbających o kształcenie i jego jakość, powstanie Rady Uczelni, niezależnego organu wspomagającego rozwój Uczelni – to główne założenia nowego Statutu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego uchwalonego przez Senat Uczelni w dniu 27 maja 2019 r.

Nowy Statut jest spójny z kierunkami przekształceń szkolnictwa wyższego ukonstytuowanymi w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, wprowadzając mechanizmy usprawniające zarządzanie Uczelnią, jednocześnie utrzymuje demokratyczne tradycje stanowienia wspólnoty uniwersyteckiej o jej kształcie.

„Mimo że Ustawa 2.0 nakłada na Rektora obowiązek i czyni go odpowiedzialnym za przygotowanie projektu Statutu, to w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym była to praca kolegialna, a jego ostateczny kształt był niewątpliwie wynikiem konsensusu – dalece odmiennego od pierwotnych propozycji i uwzględniającego w każdym punkcie zasady demokracji” – mówi prof. Mirosław Wielgoś, Rektor WUM.

Szczególnie istotny jest przyjęty przez Senat WUM sposób integracji nauki z dydaktyką, odpowiedni do znaczenia, jakie Konstytucja dla Nauki przypisuje ewaluacji dyscyplin naukowych, od której obecnie zależą kluczowe aspekty działania Uczelni, takie jak: możliwość nadawania stopni naukowych, możliwość prowadzenia kierunków studiów oraz poziom otrzymywanej z budżetu państwa subwencji. Przyjęta w uchwalonym Statucie organizacja Uczelni wyodrębnia, wybierane w demokratyczny sposób, nowe struktury, takie jak Rady Dyscyplin Naukowych odpowiedzialne za efektywny rozwój dyscyplin naukowych. Jednocześnie zachowuje dotychczasowe struktury wydziałów odpowiedzialne za zapewnienie wysokiego poziomu kształcenia studentów w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Jak podkreśla prof. Mirosław Wielgoś, ważne jest, że w pracach nad projektem Statutu osiągnięto konsensus, mimo że nie było jednomyślności co do przyjęcia poszczególnych rozwiązań, zwłaszcza dotyczących nowej roli i znaczenia rad wydziałów. W odniesieniu bowiem do uczelni medycznych sposób organizacji zajęć dydaktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest procesem trudnym, ale i niezbędnym dla kształcenia przyszłych medyków.

Projekt Statutu został pozytywnie zaopiniowany przez działające na terenie Uczelni związki zawodowe. Został również przekazany zgodnie z procedurą Radzie Uczelni WUM. Pozytywną opinię odnośnie do projektu Statutu WUM przedstawił podczas posiedzenia Senatu WUM Przewodniczący Rady Uczelni prof. Aleksander Nawrat.

Zdaniem prof. Mirosława Wielgosia uchwalenie Statutu należy uznać za duży sukces, gdyż obecnie wiele uczelni boryka się z tym problemem, a niewypełnienie tego obowiązku do 1 października 2019 r. poza tym, że wprowadza stan niezgodności z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, to przede wszystkim wiąże się dla uczelni z trudnymi nawet do przewidzenia konsekwencjami natury organizacyjno-finansowej.

„WUM ma ten komfort, że Statut został przyjęty, dzięki czemu może on wejść w życie od 1 października 2019 r., a prace nad jego dalszym udoskonalaniem mogą się odbywać już bez presji czasowej i rygoru ustawowego” – podsumowuje prof. Mirosław Wielgoś.

Marta Wojtach
Dyrektor Biura Prasowego – Rzecznik Prasowy
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Awanse, nagrody

Prof. Bożena Czarkowska-Pączek (Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa WNoZ, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego), **prof. Bożena Kociszewska-Najman** (Kierownik Kliniki Neonatologii), **prof. Hanna Pituch** (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej), **prof. Marcin Grabowski** (I Katedra i Klinika Kardiologii), **prof. Piotr Suchocki** (Zakład Bioanalizy i Analizy Leków) oraz **prof. Marcin Ufnal** (Kierownik Zakładu Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej) otrzymali z rąk Prezydenta RP Andrzeja Dudy nominacje profesorskie.

Prof. Anna Barańczyk-Kuźma (wieloletni Kierownik Katedry i Zakładu Biochemii, a obecnie Pełnomocnik Rektora WUM ds. Koordynacji Programów Erasmus i CEEPUS) otrzymała tytuł Profesora Honorowego Uniwersytetu Transylwanii w Brasow. Uroczystość wręczenia dyplomu „Honorary Professor” Uniwersytetu Transylwanii odbyła się 4 czerwca podczas posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego, któremu przewodniczył Dziekan Wydziału prof. Marius Moga.

Prof. Renata Górka (Kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia) została powołana na drugą kadencję do pełnienia funkcji krajowego konsultanta w dziedzinie periodontologii, którą będzie piastować przez najbliższe pięć lat.

Prof. Zbigniew Gaciong (Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii) został członkiem Rady Doskonałości Naukowej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu – w dyscyplinie nauk medycznych.

Dr hab. Piotr Henryk Skarzyński (Zakład Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej) zajął I miejsce w konkursie „Supertalenty w medycynie 2019” organizowanym przez Puls Medycyny.

Dr hab. Ewelina Sielska-Badurek (adiunkt w Katedrze i Klinice Otolaryngologii) wygrała 8. edycję konkursu popularyzatorskiego dla naukowców FameLab. Zwycięstwo zapewniło jej udział w międzynarodowym finale FameLab International w Cheltenham w Wielkiej Brytanii podczas Cheltenham Science Festival. Ponadto otrzymała nagrodę specjalną przyznaną przez Fundację Kościuszkowską – trzymiesięczne stypendium naukowe w USA.

Dr Katarzyna Zawada (Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego WUM) oraz **dr hab. Elżbieta Megiel** (Wydział Chemii UW) otrzymały mikrogrant na badania wstępne dotyczące rodników nitroksylowych – związków chemicznych stosowanych w badaniach stresu oksydacyjnego oraz testowanych w kierunku ich zastosowania jako nowych, mniej toksycznych niż obecnie używane, środków kontrastujących w obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego (MRI).

Mgr Aneta Manda-Handzlik (doktorantka Studium Medycyny Molekularnej, asystent w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego) otrzymała stypendium Fundacji na rzecz Nauki Polskiej – START.

Mgr Paweł Koczkodaj (doktorant w Zakładzie Edukacji i Badań w Naukach o Zdrowiu) otrzymał stypendium w ramach School of Advanced Science on Science Diplomacy and Innovation w University of Sao Paulo w Brazylii.

Marta Rogalska (studentka II roku I WL) zajęła I miejsce, a **Kuba Retecki** (student II roku I WL) zajął II miejsce podczas XVI Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy Biochemicznej „Superhelisa 2019”. Nasza drużyna w składzie: **Olga Grodzka, Marta Rogalska i Kuba Retecki** zwyciężyła także w klasyfikacji zespołowej.

Albert Stachura (student V roku kierunku lekarskiego I WL, członek SKN Medycyny Doświadczalnej przy Zakładzie Metodologii Badań Naukowych) został zwycięzcą sesji „Immunology” – jednej z 22 sesji ustnych, które odbyły się w trakcie International Student Congress Of (bio)Medical Sciences 2019 (ISCOMS) w Uniwersyteckim Centrum Medycznym w Groningen w Holandii.

Alexander Woltersom (student VI roku English Division) zajął II miejsce w konkursie Young Cardiac Surgeon Award podczas 68. edycji kongresu chirurgicznego Europejskiego Towarzystwa Kardiochirurgii oraz Chirurgii Naczyniowej (ESCVS) odbywającego się w Groningen (Holandia). Spośród ponad 300 zgłoszonych prac naukowych jedynie 7 zostało wybranych do walki o nagrody specjalne.

Izabela Tomas (studentka III roku specjalności higiena stomatologiczna) w V Ogólnopolskiej Olimpiadzie Higienistek Stomatologicznych zajęła II miejsce w kategorii osób uczących się, zaś absolwentki WUM **Magdalena Śmigiera i Aleksandra Bogdewicz-Curyl** zajęły odpowiednio I i II miejsce w kategorii higienistek pracujących.

Abstrakt pt. „Rifaximin in selective digestive decontamination in acute pancreatitis – 9-years of retrospective clinical study”, przygotowany przez **Jacka Taturę, Martę Sznurkowską, Ewę Józefik** – studentów V roku kierunku lekarskiego ze Studenckiego Koła Naukowego EUS WUM (pod przewodnictwem dr. hab. Michała Lipińskiego oraz prof. Grażyny Rydzewskiej z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit szpitala MSWiA), został zaprezentowany podczas 50. edycji największej konferencji gastroenterologicznej na świecie „Digestive Disease Week” w San Diego.

Konferencja „Czyste ręce ratują życie”

9 maja odbyła się 3. edycja Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Czyste ręce ratują życie”. Gospodarzem spotkania była dr hab. Aneta Nitsch-Osuch – Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Zaproszenie przyjęli przedstawiciele władz dziekańskich Uczelni: prof. Paweł Włodarski – Dziekan I WL, prof. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska – Prodziekan I WL oraz dr hab. Joanna Gotlib – Prodziekan WNoZ. Podczas spotkania poruszono główne zagadnienia dotyczące profilaktyki zakażeń krwiopochodnych. Omówiono obecną i odnoszącą się do przeszłości sytuację epidemiologiczną oraz działania profilaktyczne mające przynieść poprawę stanu teraźniejszego. Podzielono się także wiedzą o postrzeganiu zakażenia HIV przez Polaków, odpowiedziano na pytanie, czy możliwa jest eliminacja WZW B i C w Polsce, oraz przedstawiono dane epidemiologiczne dotyczące zakażeń HIV/AIDS w naszym kraju. Osobne miejsce poświęcono leczeniu wirusowego zapalenia wątroby.



Dr hab. Aneta Nitsch-Osuch

Aktualne zagadnienia hematologii dziecięcej

11 maja w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym odbyła się III konferencja „Aktualne zagadnienia hematologii dziecięcej – spojrzenie lekarza praktyka”, zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Pediatrii, Hematologii i Onkologii WUM oraz Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej (PTOHD). Konferencję prowadził jej pomysłodawca i organizator – prof. Michał Matysiak. Poruszano problemy diagnostyki i leczenia dzieci z wrodzonymi i nabytymi skazami krwiotwórczymi, zagadnienia dotyczące diagnostyki różnych postaci neutropenii oraz przedstawiono najczęstsze zakażenia grzybicze, problemy związane z zakażeniem *Clostridium difficile*, a także kwestie wczesnej diagnostyki choroby Gauchera i nocnej napadowej hemoglobinurii. Wśród wykładowców znaleźli się m.in.: prof. Tomasz Szczepański – Prezes PTOHD, a także specjaliści reprezentujący kilkanaście ośrodków klinicznych w Polsce.

Konferencja z okazji Dnia Położnej

15 maja w Centrum Dydaktycznym odbyła się VIII Konferencja WNoZ „Transkulturowość w położnictwie i ginekologii” zorganizowana z okazji Dnia Położnej. Gospodarzem była dr Barbara Mazurkiewicz – opiekun SKN Etyki przy Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, które wraz z SKN Położnych zorganizowało konferencję. Wykład inauguracyjny „Życie i działalność zawodowa bł. Stanisławy Leszczyńskiej” wygłosiły Zofia Szyszkowska-Furtak – Prezes Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Oddziału Lublin oraz Mariola Sienkiewicz ze Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni”. Podczas dwóch sesji tematycznych



wybrano najlepsze wystąpienia: „Rola kobiety w Arabii Saudyjskiej” (Alicja Marcinowska i Kamila Kraszewska z SKN Etyki) oraz „Student położnictwa w Afryce” (Joanna Baranowska, Anna Szynalik, Marta Olender, Julia Pszczółkowska z SKN Położnych). Zwycięską w sesji plakatowej okazała się praca „The follow-through experience, czyli praktyczna nauka sprawowania ciągłej opieki nad pacjentką przez położną” Aleksandry Grejcz, Konstancji Bińki, Anny Bielik (SKN Położnych przy Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej).

Goście oraz organizatorzy konferencji

STETOSKOP

... CZYLI

Komisja ds. Jakości Kształcenia

16 maja WUM po raz czwarty był gospodarzem spotkania członków Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim, której Przewodniczącym jest prof. Janusz Moryś z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Naszą Uczelnię w pracach tego gremium reprezentuje prof. Marek Kulus, pełniący w kadencji 2017-2020 funkcję Zastępcy Przewodniczącego. Głównym tematem obrad były propozycje zmian do „Kwestionariusza samooceny przeprowadzanej na kierunku lekarskim” zgodnie z zaleceniami US Department of Education. Dyskutowano również na temat konieczności ubiegania się o akredytację World Federation for Medical Education. Ponadto ustalono składy komisji oraz opracowano przyszły harmonogram wizytacji wydziałów lekarskich w poszczególnych uczelniach.



Członkowie posiedzenia Komisji

Dzień Kultury Jakości Uczelni

17 maja odbyła się VI konferencja „Dzień Kultury Jakości Uczelni” poświęcona wyzwaniom nowoczesnej edukacji medycznej. Konferencję otworzył prof. Marcin Wojnar – Pełnomocnik Rektora ds. Jakości Kształcenia, Przewodniczący Uczelnianego Zespołu ds. Jakości Kształcenia. W wydarzeniu wzięli udział przedstawiciele władz WUM: Prorektori prof. Barbara Górnicka i prof. Krzysztof J. Filipiak oraz Dziekan I WL prof. Paweł Włodarski. W trakcie konferencji rozstrzygnięto konkurs na najciekawszą inicjatywę dydaktyczną podnoszącą jakość kształcenia – „Orzeł WUM”. Laureatką została Olga Rostkowska – doktorantka z Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych. Wśród poruszanych tematów były takie kwestie jak: egzaminowanie programatyczne i progres-testy, wiarygodność ankiety oceny dydaktycznej i rola dowodów naukowych w kształceniu kadr medycznych. Osobne miejsce poświęcono wykorzystaniu tzw. „symulowanego pacjenta” w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych, roli wykładowcy w erze PowerPointa oraz zasadności „nauczania o nauce” czy radzeniu sobie z frustracją studenta.



Przemawia prof. Marcin Wojnar

Pediatria, jakiej nie znacie

18 i 19 maja odbyła się IX konferencja naukowo-szkoleniowa skierowana do studentów i młodych lekarzy „Pediatria, jakiej nie znacie”, podczas której poruszano najbardziej aktualne problemy z dziedziny pediatrii, weryfikowano obiegowe opinie i poszukiwano odpowiedzi na pytania nurtujące młodych pediatrów. Otwarcia sympozjum dokonała Anna Malinowska z Biura Rzecznika Praw Dziecka. Konferencja składała się z 6 ustnych sesji studenckich poprzedzonych wykładem eksperckim, do wygłoszenia którego zaproszono m.in.: prof. Piotra Albrechta (Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci), prof. Marka Kulusa (Klinika Pneumologii i Alergologii Wieków Dziecięcego), prof. Macieja Karolczaka (Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci), dr. hab. Bolesława Kalickiego (Konsultant Wojewódzki z dziedziny Pediatrii dla obszaru Województwa Mazowieckiego), dr. hab. Marię Pokorską-Śpiewak (Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego). Oprócz sesji plenarnych przygotowano warsztaty: biopsji szpiku, endoskopowe, nakłucia lędźwiowego, płynoteraapii u dzieci, neurologiczne, otoskopowe oraz wykonywania zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS) u dzieci.

Prelegenci wraz z organizatorami konferencji



Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

22 maja odbyła się konferencja „Opieka koordynowana w pielęgniarstwie”, przygotowana z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, którą poprowadzili: dr hab. Tomasz Kryczka – Kierownik Zakładu Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych oraz dr Zofia Sienkiewicz – pracownik tegoż Zakładu, Przewodnicząca Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Przybyłych przywitała prof. Bożena Czarkowska-Pączek – Prodzikan ds. Oddziału Pielęgniarstwa WNoZ. Władze rektorskie reprezentowała prof. Barbara Górnicka. Wykład inauguracyjny o planowanych zmianach w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym pielęgniarek i położnych wygłosiła Dorota Zinkowska – Naczelnik Wydziału Analiz i Współpracy w Departamencie Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. W trakcie sesji wykładowej poruszano m.in. kwestie dotyczące implikacji moralnych w terapii osób w podeszłym wieku, dyskutowano także nad modelem pielęgniarstwa prowadzącej.



Przywitanie gości przez prof. Bożenę Czarkowską-Pączek

W ramach sesji posterowej swoje prace przedstawiło 31 zespołów: I miejsce przyznano autorom z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie: Małgorzacie Marcysiak, Joannie Wierzbickiej, Bożenie Ostrowskiej oraz Marioli Pietrzak z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, za pracę pt. „Pacjent otyły w POZ a opieka koordynowana”.

Wizyta delegacji z Białorusi

23 maja gościliśmy delegację z Białorusi, na czele z Wiceministrem Zdrowia Dmitrijem Piniewiczem, która przybyła do Polski na zaproszenie Ministerstwa Zdrowia. Honory gospodarza pełnił Prorektor WUM prof. Krzysztof J. Filipiak. Głównym organizatorem wydarzenia była Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), rekomendująca wizytę strony białoruskiej w Polsce. W spotkaniu uczestniczyli m.in.: Irena Kireyeva – Dyrektor Wydziału Medycznego Przeglądu Specjalistycznego, Mikhail Kisel – Przewodniczący Specjalistycznej Komisji Regionu Brześcia ds. Rehabilitacji Medycznej, Vasil Smychok – Dyrektor Republikańskiego Centrum Naukowo-Klinicznego ds. Ekspertyzy Medycznej i Rehabilitacji, Valiantsin Rusovich – Przedstawiciel Białorusi w WHO ds. Ochrony Zdrowia, Łukasz Kruk – Główny Specjalista Wydziału Współpracy Dwustronnej Departamentu Współpracy Międzynarodowej MZ oraz prof. Piotr Węgrzyn – Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii UCK WUM. Wiceminister Zdrowia Białorusi wyraził zainteresowanie podpisaniem umowy bilateralnej z WUM obejmującej m.in.: wymianę studentów i nauczycieli akademickich,

współdziałanie na polu naukowym, organizację sympozjów, seminariów, wymianę myśli badawczej i materiałów naukowych oraz tworzenie wspólnych projektów badawczych.



Prof. Piotr Węgrzyn (pierwszy od lewej) oprowadza gości po Klinice Położnictwa i Perinatologii

STETOSKOP
... CZYLI

Wizyta gości z Rwandy

28 maja gościliśmy w murach naszej Uczelni panią Djasmin Namwezi – Prezesa SwC Services, działającej w Kigali (Rwanda) firmy świadczącej usługi poradnictwa edukacyjnego i wspierającej przyszłych studentów w wyborze najlepszej dla nich uczelni wyższej. Wraz z panią prezes Warszawski Uniwersytet Medyczny odwiedzili pracownicy firmy oraz młodzież zainteresowana studiami medycznymi. Gości przyjęła i oprowadziła po Kampusie Banacha Delfina Święćkowska z Pionu ds. Umiejdzynarodowienia, Promocji i Rozwoju. Członkowie delegacji z Afryki zapoznali się z infrastrukturą Kampusu, zwiedzili budynki Rektora, Centrum Biblioteczno-Informacyjnego i Centrum Dydaktycznego. Zapoznali się również z warunkami rekrutacji na studia prowadzonych w języku angielskim oraz szczegółami dotyczącymi programów nauczania w English Division.



Delegacja z Rwandy

Przyszli studenci zwiedzają Kampus Banacha

31 maja, w przeddzień egzaminu wstępnego na studia medyczne WUM: English Division, Dentistry Division oraz Pharmacy Division, osoby m.in. z Grecji, Izraela, Portugalii i USA zainteresowane nauką w języku angielskim zwiedziły główny kampus uniwersytecki, poznając nie tylko historię i tradycję naszej Uczelni, ale także warunki studiowania oraz infrastrukturę naukowo-badawczą, którą posiada WUM. Kandydatów oprowadzała Delfina Święćkowska z Pionu ds. Umiejdzynarodowienia, Promocji i Rozwoju. Przyszli studenci naszej Uczelni byli pod wielkim wrażeniem WUM i wyrażali nadzieję, że zostaną zaliczeni w poczet studentów rozpoczynających naukę w roku akademickim 2019/2020. Egzaminy wstępne do programów z nauczaniem w języku angielskim odbyły się w 9 różnych miastach na całym świecie: Bangkoku, Berlinie, Dubaju, Kuala Lumpur, Nowym Jorku, Oslo, Taipei, Tel-Awiiwie i Warszawie. Na studia w English Division, Dentistry Division oraz Pharmacy Division zostaną zakwalifikowani kandydaci z najlepszymi wynikami.



Delfina Święćkowska (po lewej) z młodzieżą

XXI Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej

Od 31 maja do 1 czerwca odbywały się XXI Warszawskie Dni Kardiologii Akademickiej, których głównym organizatorem była I Katedra i Klinika Kardiologii. Wydarzenie miało na celu przedstawienie najnowszych osiągnięć w zakresie diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego. W tym roku położono nacisk na zagadnienia dotyczące farmakoterapii, elektroterapii, echokardiografii oraz kardiologii interwencyjnej. Otwarcia konferencji dokonali prof. Grzegorz Opolski (Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii) oraz dr hab. Renata Głowczyńska (I Katedra i Klinika Kardiologii). W programie znalazły się także sesje Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, które poprowadziła prof. Dagmara Mirowska-Guzel (Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej).



Prof. Grzegorz Opolski i dr hab. Renata Głowczyńska



Pierwsze warszawskie międzynarodowe warsztaty diagnostyki raka płuca



Zabieg wideotorakoskopii, operuje prof. Ales Rozman, Słowenia (po prawej), asystuje dr Piotr Korczyński (w środku), pielęgniarka Anna Kamińska (po lewej)

W dniach 14-15 maja w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyły się pierwsze warszawskie międzynarodowe warsztaty diagnostyki raka płuca (1st Warsaw International Workshop on Lung Cancer Diagnostics, WAWWLC). Z inicjatywą zorganizowania warsztatów wystąpili członkowie Zespołu Ośrodka Pneumonologii Interwencyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy mając świadomość, że efekty diagnostyki i leczenia tego nowotworu są wciąż wysoce niezadawalające są przekonani o konieczności wprowadzania i upowszechniania nowych, skuteczniejszych metod diagnostycznych. Zdaniem wielu ekspertów rak płuca stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej pneumonologii, torakochirurgii i onkologii. Według danych z USA liczba chorych umierających każdego roku z powodu raka płuca jest większa od łącznej liczby zgonów z powodu innych pięciu powszechnie występujących nowotworów, tj. raka piersi, raka jelita grubego, raka gruczołu krokowego, czerniaka i chłoniaków. Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone, ale jedną z głównych jest fakt, iż 70-80% wszystkich przypadków raka płuca jest wykrywanych w zaawansowanym stadium choroby uniemożliwiającym radykalne leczenie chirurgiczne. Z kolei skuteczność do niedawna stosowanych innych metod leczenia (chemioterapia i radioterapia) jest bardzo ograniczona. W ostatnim dziesięcioleciu wprowadzono do praktyki klinicznej wiele nowych leków, których zastosowanie jest uwarunkowane obecnością w komórkach nowotworu swoistych mutacji, rearanżacji genów lub obecnością odpowiednich receptorów białkowych. Takie molekularnie ukierunkowane leczenie umożliwia z jednej strony poprawę skuteczności, a z drugiej pozwala ograniczyć działania niepożądane. Koniecznym warunkiem zastosowania leków ukierunkowanych molekularnie jest nie tylko dokładne rozpoznanie histopatologiczne typu raka płuca, ale także potwierdzenie obecności odpowiednich mutacji. Dlatego w ostatnich latach przywiązuje się ogromną wagę do jakości materiału diagnostycznego pobieranego z ognisk nowotworowych. W tym aspekcie bronchoskopia oraz inne techniki endoskopowe (np. wideotorakoskopia) odgrywają kluczową rolę umożliwiającą stosunkowo mało inwazyjne pozyskanie materiałów do diagnostyki histopatologicznej i molekularnej. Ośrodek Pneumonologii Interwencyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM posiada w tym zakresie ogromne doświadczenie. Był pierwszym ośrodkiem pneumonologii interwencyjnej w Polsce. Powstał w 2006 roku i do dziś jest jedynym ośrodkiem pneumonologicznym w kraju wykonującym niektóre rodzaje zabiegów.



Sala endoskopowa – komentarze bezpośrednio po jednym z przeprowadzonych zabiegów. W centrum zdjęcia prof. Artur Szlubowski, Zakopane (w niebieskim stroju operacyjnym), przy pacjencie, na drugim planie dr Piotr Korczyński i dr hab. Paweł Andruszkiewicz



Prof. Rafał Krenke moderuje dyskusję o praktycznych aspektach technik bronchoskopowych stosowanych w diagnostyce raka płuca



Sala wykładowa z bezpośrednią transmisją z sali endoskopowej

Zadaniem warsztatów zorganizowanych przez zespół lekarzy Ośrodka Pneumonologii Interwencyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM było praktyczne zapoznanie uczestników z najnowocześniejszymi rodzajami zabiegów i technik endoskopowych stosowanych w diagnostyce raka płuca. Współorganizatorami warsztatów były Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM oraz działające przy klinice Stowarzyszenie „Zdrowe Płuca”, którego prezesem jest prof. dr hab. n. med. Ryszarda Chazan, poprzedni kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM. Realizując swoje zadania statutowe, Stowarzyszenie pozyskało środki finansowe, m.in. od firmy Boehringer Ingelheim Polska, umożliwiające profesjonalne i nowoczesne przygotowanie warsztatów.

W zajęciach uczestniczyli lekarze specjaliści chorób płuc z 7 europejskich krajów: Austrii, Bułgarii, Węgier, Polski, Rumunii, Słowacji i Serbii. Celem było zapoznanie lekarzy z najnowszymi metodami endoskopowej diagnostyki raka płuca. Warsztaty miały charakter praktyczny i odbywały się w Ośrodku Pneumonologii Interwencyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii z bezpośrednią transmisją do sali wykładowej w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym WUM. Podczas zajęć lekarze WUM (dr Piotr Korczyński, dr hab. Marta Dąbrowska, dr hab. Katarzyna Górńska, prof. Rafał Krenke) wspólnie z zaproszonymi kolegami z innych ośrodków (prof. Ales Rozman, Golnik, Słowenia; prof. Artur Szlubowski, Kraków, Polska; dr hab. Jarosław Pieróg, Szczecin, Polska) przeprowadzili cztery złożone zabiegi endoskopowe z wykorzystaniem m.in. sztywnych bronchoskopów wentylacyjnych, wideobronchoskopów, sztywnych i półsztywnych torakoskopów, wentylacji HFV (*high frequency ventilation*), endobronchosonografii, ultrasonografii wewnątrzprzełykowej, minisondy USG, kriobiopsji i innych technik. Znieczulenie do zabiegów zapewnił dr hab. Paweł Andruszkiewicz z zespołem. W części wykładowej uczestniczyli także inni uznani eksperci z Polski i zagranicy, wśród nich prof. Joanna Chorostowska-Wynimko, prof. Tadeusz M. Orłowski, dr hab. Jolanta Kunikowska, prof. Ales Ryska, prof. Witold Rzyman, dr hab. Tadeusz Przybyłowski. Wiele czasu poświęcono na wymianę poglądów oraz dyskusję nad wypracowaniem jak najbardziej skutecznych i bezpiecznych technik diagnostyki endoskopowej raka płuca oraz jego powikłań, m.in. nowotworowego wysięku w opłucnej. Uczestnicy wykładów z ogromnym uznaniem wypowiadali się na temat najwyższej jakości zabiegów oraz wyjątkowej wartości edukacyjnej warsztatów. Warto zwrócić uwagę, że dzięki środkom pozyskanym na realizację projektu „Poprawa jakości i dostępności świadczeń medycznych oraz efektywności leczenia pacjentów z chorobami układu oddechowego poprzez unowocześnienie bazy diagnostyczno-leczniczej w Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii SP CSK w Warszawie” (Działanie 9.2 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko) Ośrodek Pneumonologii Interwencyjnej został ostatnio wyposażony w nowe urządzenia, aparaturę diagnostyczną i nowoczesne rozwiązania teleinformatyczne. Z powodzeniem odgrywa więc rolę przodującego w Polsce ośrodka małoinwazyjnej diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego.

Prof. Rafał Krenke

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM

FAKTY I MITY MEDYCZNE

Dr n. med.
Anna Zawadzka-Krajewska

– alergolog, pulmonolog, pediatra
Klinika Pneumonologii i Alergologii
Wieków Dziecięcego WUM

alergie

MIT: Dodatni punktowy test skórny (PTS) stanowi dowód, że badany alergen jest przyczyną choroby

FAKT: Wystąpienie reakcji skóry na alergen dowodzi obecności w niej mastocytów skórnych opłaszczonych swoistą immunoglobuliną E (IgE). Obserwowane reakcje skóry informują o uczuleniu na poziomie skóry. Wnioskowanie o alergii w zakresie innych narządów na podstawie PTS jest wnioskowaniem pośrednim. Wynik dodatni PTS nie stanowi bezspornego dowodu, że badany alergen jest przyczyną choroby. Umożliwia to dopiero korelacja wyniku badania z wywiadem i objawami klinicznymi w czasie ekspozycji na alergen dodatni w PTS. Dodatkowo PTS występują u ok. 30% populacji, z czego jedynie u połowy obserwuje się objawy choroby alergicznej. Dodatkowo PTS bez objawów choroby mogą świadczyć o alergii, której objawy ustąpiły, lub być przejawem utajonej alergii czy alergii klinicznie nieobjawiającej się w przeszłości, lub wskazywać na alergizację z objawami, które ujawnią się w latach późniejszych. Fałszywie dodatnie wyniki PTS występują u ok. 30% testowanych. Przyczyną może być dermatografizm, obecność substancji drażniących w testowanym roztworze, nieswoiste wzmocnienie odczynu przez silną reakcję w okolicznych tkankach i nieprawidłowe wykonanie testów powodujące krwawienie. Fałszywie ujemne wyniki PTS występują u ok. 15-17% testowanych. Przyczyną mogą być: zbyt małe stężenie alergenu w roztworze, choroby, które zmieniają reakcję skórną, zmniejszona reaktywność skóry u dzieci i osób starszych, nieprawidłowa technika wykonania PTS, przyjmowanie leków wpływających na wyniki PTS, miejscowa produkcja IgE (na poziomie błony śluzowej, np. tylko w nosie).

MIT: Średnica bąbla w PTS koreluje z ciężkością przebiegu choroby

FAKT: Wiele czynników wpływa na wynik, czyli ocenę średnicy bąbla w PTS:

- miejsce wykonania – większa średnica bąbla w PTS występuje na plecach niż na przedramionach, większa jest również w części proksymalnej ramienia niż dystalnej;

- płeć – większa średnica bąbla występuje u mężczyzn niż u kobiet. Kobiety w 1. dniu menstruacji i w 20. dniu cyklu słabiej reagują na test z histaminą;
- sezonowość – w pyłkowicy, tj. uczuleniu na pyłki roślin wiatropylanych odpowiedź skóry jest silniej zaznaczona w czasie sezonu i tuż zaraz po sezonie;
- wiek pacjenta – odpowiedź skóry na alergen jest najslabiej wyrażona u małych dzieci i u osób starszych. Reaktywność skóry wzrasta do 30. r.ż., potem stopniowo maleje;
- dieta – w dniu wykonania PTS należy wykluczyć z diety pokarmy zawierające duże ilości histaminy lub powodujące jej uwalnianie.

Spożycie tego typu pokarmów zwiększa średnicę bąbla. Do pokarmów bogatych w aminy biogenne należą:

- owoce, np.: truskawki, maliny, czarne jagody,
- orzechy,
- sery żółte twarde i półtwarde,
- ryby: śledź, tuńczyk, łosoś, makrela, sardela,
- skorupiaki,
- wszystkie konserwy mięsne i rybne,
- czekolada,
- wino, piwo;
- stany patologiczne skóry – odpowiedź na testowany alergen jest silniej wyrażona w ostrej pokrzywce i dermatografizmie, słabsza odpowiedź występuje w czasie hemodializ i do 4-6 tygodni po reakcji systemowej – wstrząsie anafilaktycznym;
- zakażenia – ciężkie zakażenia zmieniają stan odporności organizmu. Należy wówczas odroczyć badanie o 2-3 tygodnie;
- długie nasłonecznienie – zmienia odczynowość skóry, tym samym średnica bąbla w PTS jest mniejsza;
- leki – przeciwhistaminowe, glikokortykosteroidy podawane miejscowo i doustnie, inhibitory kalcineuryny, przeciwciała monoklonalne anty-IgE.

O średnicy bąbla w PTS decyduje również:

- komercyjny roztwór alergenów, jakim pacjent jest testowany – ekstrakty alergenowe używane do PTS są biologiczną mieszanką

zawierającą różne proteiny, glikoproteiny i polipeptydy. Wyniki PTS z tym samym alergenem z komercyjnych testów produkowanych przez różne firmy/fabryki różnią się z powodu różnic w standaryzacji;

- technika wykonania PTS – badania dowodzą, że współczynnik zmienności (CV – *coefficient of variation*) pomiędzy wykonującymi testy wynosił 25%;
- technika odczytywania PTS – obiektywne techniki: laserowa przepływometria włośniczkowa, metoda ultrasonograficzna o dużej rozdzielczości, kontaktowa termografia ciekłokrystaliczna, termografia wizyjna, inwazyjna metoda mikrodializy odczynów skórnych stosowane są w pracach doświadczalnych. Powszechnie do odczytywania średnicy używana jest linijka z podziałką milimetrową;
- lancet, którym wykonywane są PTS – porównanie współczynnika zmienności dla bąbla w PTS wykonywanych różnymi ostrzami waha się od 22,6% do 39,5%.

MIT: Swoista immunoterapia alergenowa (ASIT – *alergen-specific immunotherapy*) może być stosowana w każdym wieku

FAKT: ASIT nie powinno być stosowane u pacjentów do 5. r.ż., ponieważ poniżej tego wieku:

- występuje duża dynamika rozwoju odpowiedzi immunologicznej;
- istnieją trudności w ustaleniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy objawami klinicznymi a ekspozycją na alergeny;
- obserwowana jest duża ewolucja objawów alergii atopowej, z czego wynikają trudności w ocenie skuteczności ASIT;
- brak jest ustalonej optymalnej dawki podtrzymującej;
- ważne są względy bezpieczeństwa – mały pacjent poniżej 5. r.ż. zwykle nie sygnalizuje zagrażających objawów ogólnych.

MIT: Ocena skuteczności swoistej immunoterapii alergenowej oparta jest na oznaczaniu stężenia swoistych IgE skierowanych przeciwko alergenom wchodzącym w skład szczepionki i na punktowych testach skórnych PTS z tymi alergenami

FAKT: Skuteczność ASIT oceniana jest na podstawie:

- objawów klinicznych – stopnia zmniejszenia nasilenia objawów;
- zużycia leków – im mniejsze zużycie leków w okresie ekspozycji na odczulany alergen, tym większa skuteczność ASIT.

Nie zaleca się wykonywania PTS i oznaczania sIgE dla oceny skuteczności ASIT.

MIT: ASIT jest mało skuteczna, a niejednokrotnie zagrożona wystąpieniem reakcji niepożądanych

FAKT: ASIT jest jedyną przyczynową metodą leczenia alergii IgE-zależnej. Niepowodzenia ASIT wynikają z błędów w kwalifikacji pacjentów do immunoterapii i błędów w jej prowadzeniu. Do błędów w kwalifikacji należą:

- choroby niepoddające się immunoterapii (alergie IgE-niezależne);
- wybranie alergenu bez znaczenia klinicznego – ASIT powinna być „uszyta na miarę”, czyli oparta na diagnostyce molekularnej z uwzględnieniem istotnych klinicznie głównych komponentów alergenowych. Przed podjęciem ASIT musi być udowodniony związek przyczynowo-skutkowy ekspozycji na alergen z objawami choroby;
- wybór alergenu bez dowiedzionej skuteczności w ASIT.

Do błędów prowadzenia ASIT należą:

- stosowanie niestandardyzowanych alergenów w szczepionkach;
- zbyt mała dawka alergenu w szczepionce;
- zbyt krótki czas immunoterapii – optymalny okres ASIT wynosi od 3 do 5 lat. Pierwszą ocenę skuteczności ASIT należy przeprowadzić po roku leczenia, następnie w odstępach rocznych. Brak poprawy po 2 latach jest wskazaniem do przerywania immunoterapii;
- brak stosowania się do prewencji alergenowej;
- brak współpracy w leczeniu ze strony pacjenta.

Miejscowe reakcje po swoistej immunoterapii alergenowej podskórnej (SCIT – *subcutaneous immunotherapy*) stanowią 90% wszystkich reakcji niepożądanych. U 66% pacjentów jest to jedyny objaw niepożądany. Reakcje miejscowe mogą być:

- natychmiastowe – do 30 min po podaniu szczepionki i mogą poprzedzać wystąpienie reakcji uogólnionej. Istnieje wówczas zwiększone ryzyko podczas kolejnego wstrzyknięcia alergenu;
- opóźnione – powyżej 30 min po podaniu szczepionki. Zwykle nie stanowią istotnego ryzyka rozwinięcia się reakcji uogólnionej po kolejnym wstrzyknięciu alergenu.

Istnieje możliwość indukcji zespołu alergii pyłkowo-pokarmowej u odczulanych na pyłki traw.

Większość reakcji niepożądanych swoistej immunoterapii alergenowej podjęzykowej (SLIT – *sublingual immunotherapy*) stanowią reakcje miejscowe:

- świąd w obrębie jamy ustnej,
- pieczenie wokół jamy ustnej i warg,
- obrzęk warg i okolicy podjęzykowej,
- objawy żołądkowo-jelitowe: ból w obrębie jamy brzusznej, biegunka.

Więcej objawów ubocznych występuje w fazie zwiększenia dawki szczepionki niż w fazie terapii podtrzymującej.

W trakcie SLIT obserwowane są również reakcje uogólnione. Zdarzają się zdecydowanie rzadziej niż reakcje miejscowe. Do reakcji uogólnionych należą:

- zapalenie błony śluzowej nosa i spojówek,
- zaostrzenie astmy, kaszel,
- pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy,
- ból głowy, zawroty głowy, osłabienie, mdłości.

SLIT z pyłkami roślin i alergenami pokarmowymi wiąże się z możliwością rozwoju eozynofilowego zapalenia przetyku.



Dr n. med. Anna Zawadzka-Krajewska

Mikrogranty dla naukowców WUM i UW

1 października 2018 r. rozpoczął się nabór wniosków o przyznanie mikrograntów na prowadzenie wspólnych projektów przez pracowników i doktorantów z WUM i UW. Ich celem jest pokrycie kosztów działań służących przygotowaniu projektu finansowanego ze źródeł zewnętrznych, np. NCN, NCBiR, MNiSW. Kwota dofinansowania – maksymalnie 10 tys. złotych – może być wykorzystana m.in. na: krótkie pobyty w zagranicznych ośrodkach naukowych, badania wstępne niezbędne do złożenia wniosku, zaproszenie uznanego międzynarodowego badacza, czy też pokrycie kosztów udziału w konferencjach i seminariach. Prezentujemy wybrane projekty naukowe, na które przyznano mikrogranty.



Kierownicy projektu:

- dr n. farm. Wioletta Olejarz
(Zakład Biochemii i Farmakogenomiki,
Wydział Farmaceutyczny WUM)
- mgr Mateusz Filipek
(Zakład Fizyki Biomedycznej,
Wydział Fizyki UW)

Wpływ egzosomów pochodzenia nowotworowego na progresję raka gruczołu krokowego w warunkach in vitro

Rak gruczołu krokowego jest trzecim pod względem częstotliwości występowania wśród nowotworów złośliwych wykrywanych u mężczyzn w Polsce i na świecie, przy czym obserwuje się stały wzrost zachorowań. Skuteczne leczenie raka prostaty jest w wielu przypadkach trudne ze względu na szybkość przerzutów oraz późne wykrycie. Najnowsze badania wykazały, że egzosomy pochodzenia nowotworowego (TEX – *tumor-derived exosomes*) odgrywają istotną rolę w supresji układu immunologicznego w mikrośrodowisku nowotworu (TME – *tumor microenvironment*), co sprzyja progresji guza. Coraz więcej dowodów sugeruje, że komórki nowotworowe uwalniają dużą ilość egzosomów, co może nie tylko wpłynąć na proksymalne komórki nowotworowe i komórki zrębowe w lokalnym mikrośrodowisku, ale także wywierać wpływ systemowy. Egzosomy mogą wpływać na wzrost guza, angiogenezę, ucieczkę spod nadzoru immunologicznego, lekooporność oraz tworzenie przerzutów. Zdolność egzosomów do przenoszenia białek, DNA, miRNA, mRNA, lncRNA sprzyja komunikacji między komórkami nowotworowymi oraz może wpływać na regulację ścieżek sygnalizacyjnych w komórkach biocyta. Zakres przeprowadzonych badań w ramach niniejszego projektu będzie obejmował wyindukowanie mutacji pod wpływem promieniowania jonizującego (X oraz γ) prowadzące do powstawania komórek klonogennych, analizę egzosomów po transformacji nowotworowej oraz zbadanie mechanizmów molekularnych sprzyjających progresji nowotworu. Badania te umożliwią w przyszłości opracowanie nowych metod diagnostyki i leczenia raka gruczołu krokowego.



Kierownicy projektu:

- dr n. biol. Aleksandra Wesołowska – z prawej (Klinika Neonatologii Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM, p.o. kierownik Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją przy Regionalnym Banku Mleka w Szpitalu im. Świętej Rodziny w Warszawie)
- dr Magdalena Michalska-Kacymirow – z lewej (Centrum Nauk Biologiczno-Chemicznych UW)

Opracowanie metodyki badawczej oznaczania makroelementów oraz pierwiastków śladowych w próbkach mleka kobiecego

Celem projektu jest zaproponowanie metodyki oznaczania całkowitej zawartości wybranych pierwiastków w próbkach mleka kobiecego. Mleko kobiece jest naturalnym, pierwszym pokarmem każdego noworodka – zdrowego i chorego. Dla dzieci intensywnie i długo leczonych żywienie naturalne traktowane jest jako wspomaganie terapii. Dlatego tak ważne jest, aby pokarm kobiecy, szczególnie ten, który przechowywany jest w bankach mleka i dystrybuowany dla tych najbardziej potrzebujących dzieci, był bezpieczny i optymalny pod względem makro- i mikrośladników.

Z tego powodu w realizowanym projekcie szczególny nacisk zostanie położony na zoptymalizowanie procedur ilościowej oceny wybranych makro- i mikroelementów, a także pierwiastków toksycznych w mleku kobiecym. Opracowana metodyka badawcza będzie mogła zostać wykorzystana w dalszych badaniach nad mlekiem kobiecym. W projekcie zdecydowano się na analizę następujących pierwiastków: wapń, fosfor, żelazo, cynk, selen, nikiel, ołów, arsen i kadm.

W pierwszej kolejności zostanie opracowana procedura przygotowania próbek mleka do analizy elementarnej. Kolejnym krokiem będzie zoptymalizowanie metod oznaczania wybranych pierwiastków. W tym celu zostanie wykorzystana spektrometria mas z plazmą indukcyjnie sprzężoną (ICP-MS – *inductively coupled plasma – mass spectrometry*). Metodę tę wybrano ze względu na niskie granice wykrywalności, dużą selektywność oraz doskonałą czułość. Dodatkowymi zaletami są możliwość prowadzenia oznaczeń wielopierwiastkowych i możliwości uzyskania informacji na temat składu izotopowego próbek.

Wstępne badania pozwoliły na wybranie optymalnej metody przygotowania próbek mleka kobiecego do analiz metodą ICP-MS. Stwierdzono, iż najlepszym rozwiązaniem będzie zastosowanie mineralizacji w układzie zamkniętym ze wspomaganie mikrofalowym. W ramach projektu wyznaczono parametry pracy układu, pozwalające na uzyskanie całkowitego rozтворzenia próbek, a także na uzyskanie jak najlepszej powtarzalności procesu.

Przeprowadzone badania umożliwiły również wyznaczenie warunków pomiarowych oznaczania wybranych pierwiastków metodą ICP-MS, tj. przepływy gazów czy szybkość dozowania roztworu. Przy zastosowaniu optymalnych warunków pomiarowych udało się uzyskać zadowalające granice oznaczalności dla wybranych izotopów pierwiastków, które występowały w próbkach w bardzo niskich stężeniach. W celu określenia możliwości analitycznych ICP-MS oznaczono zawartość wybranych pierwiastków w certyfikowanym materiale odniesienia.

Dalsze prace w projekcie będą miały na celu optymalizację warunków pracy układu dla pierwiastków, które występują w próbkach w wyższych stężeniach (wapń i fosfor).



Kierownicy projektu:

- prof. dr hab. n. med. Marta Wróblewska (Zakład Mikrobiologii Stomatologicznej, Wydział Lekarsko-Dentystyczny WUM)
- dr hab. Radosław Stachowiak (Zakład Mikrobiologii Stosowanej, Instytut Mikrobiologii, Wydział Biologii UW)

Typowanie genetyczne szczepów klinicznych *Acinetobacter baumannii*

Celem projektu było zbadanie metodami genotypowymi 25 szczepów klinicznych zidentyfikowanych metodą MALDI-TOF MS (*matrix-assisted laser desorption/ionisation time-of-flight mass spectrometry*). Pierwszą z zastosowanych metod typowania molekularnego była technika MLST (*multilocus sequence typing*). Według wybranego schematu MLST (Oxford) sekwencjonowano 7 genów – *gltA* (syntaza cytrynianowa), *gyrB* (gyraza DNA podjednostka B), *gdhB* (dehydrogenaza glukozy B), *recA* (czynn timer kombinacji homologicznej), *cpn60* (chaperonina 60-kDa), *gpi* (izomeraza glukozy-6-fosforanowa) oraz *rpoD* (czynn timer sigma polimerazy RNA). Przed sekwencjonowaniem przeprowadzono reakcję łańcuchową polimerazy (PCR – *polimerase chain reaction*) z użyciem starterów zamówionych na podstawie danych dostępnych w bazie PubMLST, chociaż niektóre startery wymagały jeszcze optymalizacji. Produkt PCR analizowano przez elektroforezę, aby się upewnić, że startery przyłączyły się specyficznie do miejsca docelowego. Oczyszczone próbki przesyłano do zewnętrznego usługodawcy do sekwencjonowania. Uzyskane sekwencje genów analizowano za pomocą programu PubMLST, w którym na podstawie profilu allelicznego (genotypu) dany szczep zostaje zaklasyfikowany do określonego typu sekwencyjnego (ST). Do tej pory dokonano analizy sekwencji z 16 szczepów, pozostałych 9 izolatów zostanie sklasyfikowanych do końca roku akademickiego. Z wyników genotypowania metodą MLST wynika, że 6 izolatów należy do typu sekwencyjnego ST425 (37,5%), 6 szczepów do ST195 (37,5%) oraz 4 izolaty do ST208 (25%). Wszystkie ST różnią się tylko jednym allelem genu *gpi*. Dalsza analiza za pomocą programu eBurst v3 wykazała, że wszystkie wyżej wymienione typy sekwencyjne należą do jednego kompleksu klonalnego.

Do badań wykorzystano także technikę PFGE (*pulsed-field gel electrophoresis*), która pozwala na uzyskanie charakterystycznego dla danego szczepu układu prążków DNA na żelu, co z kolei umożliwia ustalenie pokrewieństwa szczepów i zaklasyfikowanie izolatów do kłastrów. Uzyskany w PFGE układ prążków analizowano w programie BioNumerics 7.6.3 poprzez analizę skupień. Badane szczepy zostały zaklasyfikowane do dwóch grup. Do grupy Clone A zawierającej trzy podgrupy (A1, A2, A3) zostało przypisanych 10 izolatów, a pozostałe izolaty – do grupy Clone B, w której wyróżnia się cztery podgrupy.

Podsumowanie

Z przeprowadzonych badań oraz przeglądu literatury naukowej wynika, że wszystkie przebadane szczepy należą do rozproszonego na całym świecie kompleksu klonalnego CC92, znanego również jako międzynarodowy klon numer 2 (*worldwide clonal lineage 2*) oraz do *pan-European clonal lineage II* (EUII). Założycielem kompleksu klonalnego CC92 jest typ ST208, którego obecność wykryto w analizowanej kolekcji szczepów.



NARODOWE CENTRUM NAUKI

DOFINANSOWANIE PROJEKTÓW WUM

Narodowe Centrum Nauki (NCN) przyznało dofinansowanie dla 10 projektów WUM biorących udział w konkursach Preludium 16 i Opus 16.**W konkursie Preludium 16 wsparcie otrzymają:**

- mgr inż. Klaudyna Paulina Fidyć (doktorantka Studium Medycyny Molekularnej w Zakładzie Immunologii Klinicznej, promotor: dr Małgorzata Firczuk) na projekt pt. „Zbadanie mechanizmów oporności na wenetoklaks i sposobów jej zwalczania w ostrej białaczce limfoblastycznej B-komórkowej z rearanżacjami genu MLL”,
- lek. Aleksandra Gąsecka-van der Pol (doktorantka w I Katedrze i Klinice Kardiologii, promotor: prof. Krzysztof J. Filipiak) na projekt pt. „Wartość prognostyczna płytkopochodnych mikroRNA u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym leczonych nowymi antagonistami receptora P2Y₁₂”,
- mgr Renata Pionke (doktorantka w II Klinice Psychiatrycznej, promotor: dr hab. Łukasz Gawęda) na projekt „Mechanizmy anomalii self w grupie osób chorujących na schizofrenię i w grupie ryzyka rozwoju psychozy. Badanie z wykorzystaniem zadań poznawczych i metody pobierania próbek doświadczenia (ESM)”,
- lek. Dorota Helena Jaguś (doktorantka w Katedrze i Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych, promotor: prof. Jolanta Małyżko) na projekt pt. „Wczesne rozpoznanie ostrego uszkodzenia nerek u dorosłych biorców allogenicznym komórkom krwiotwórczym – jakie jest znaczenie nowych biomarkerów?”.

W konkursie Opus 16 środki finansowe otrzymają:

- prof. Marcin Ufnal (Zakład Fizjologii i Patofizjologii Eksperymentalnej) na projekt pt. „Rola piezolitów i osmolitów w układzie krążenia w zdrowiu i chorobie”,
- dr hab. Marek Antoni Postuła (Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej) na projekt pt. „Ocena prognostycznego znaczenia mikrocząsteczek pochodzących z płytek krwi oraz mikroRNA u pacjentów z udarem niedokrwinnym nieznanego pochodzenia – ESUS”,
- dr hab. Maciej Filip Dawidowski (Katedra i Zakład Technologii Leków i Biotechnologii Farmaceutycznej) na projekt pt. „Nowe, racjonalnie zaprojektowane modulatory importu enzymów do glikosomu w pasożytach Trypanosoma”.

Wsparcie otrzymają także trzy projekty, w których nasza Uczelnia jest partnerem:

- „Immunomodulacyjny wpływ bakteriofagów na funkcje komórek układu immunologicznego”, kierownik projektu: dr Ryszard Międzybrodzki (Zakład Immunologii Klinicznej) – konsorcjum w składzie: Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda PAN oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, I Wydział Lekarski,
- „Wielopoziomowe badanie molekularne na podstawie laserowej mikrodyssekcji rogówek w celu identyfikacji biomarkerów i celów terapeutycznych w stożku rogówki” – Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Farmaceutyczny, Instytut Genetyki Człowieka PAN oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, I Wydział Lekarski,
- „Poszukiwanie korelacji struktura-aktywność przeciwdrobnoustrojowa wybranych grup związków boraheterocyklicznych” – Politechnika Warszawska, Wydział Chemiczny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Farmaceutyczny.

W konkursie Preludium o środki na badania mogły się ubiegać osoby rozpoczynające karierę naukową, nieposiadające stopnia naukowego doktora. Warunkiem udziału w konkursie było ograniczenie liczby członków zespołu badawczego zaangażowanego w realizację projektu do trzech osób, przy czym osoba ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym mogła wystąpić we wniosku jedynie w roli opiekuna naukowego. W ostatniej edycji konkursu Preludium do NCN nadesłano 1088 wniosków, spośród których 256 otrzymało środki finansowe.

OPUS to konkurs na projekty badawcze, których kierownikiem może być badacz niezależnie od etapu kariery naukowej i posiadanego stopnia/tytułu. W ostatniej edycji konkursu do NCN wpłynęło aż 1880 wniosków, z czego do finansowania zostało zakwalifikowanych 361 projektów.



Orzeł WUM

Nagroda dla wyróżniających się dydaktyków
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Zestaw narzędzi i metod dydaktycznych wykorzystywanych na zajęciach z chorób wewnętrznych dla różnych kierunków na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym*



Wręczenie nagrody „Orzeł WUM” podczas VI edycji Dni Kultury Jakości Uczelni,
Od lewej: Olga Rostkowska – laureatka narody, Prorektor prof. Barbara Górnicka,
prof. Marcin Wojnar

W swojej pracy chętnie korzystam z technik, instrumentów czy narzędzi, jakie powstały m.in. pod wpływem treningów umiejętności miękkich, w których uczestniczyłam w okresie bycia członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny (EMSA Europe). Wiele pomysłów ewoluowało także pod wpływem zajęć z „Dydaktyki szkoły wyższej” odbywających się w ramach studiów doktoranckich, a prowadzonych przez Panią Doktor Magdalenę Woynarowską-Sołdan.

Opisywane niżej metody stosowane były przede mnie głównie podczas pracy ze studentami kierunku lekarskiego, elektroradiologii lub pielęgniarstwa, którzy odbywali zajęcia z chorób wewnętrznych w Klinice Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM pod kierownictwem Pani Profesor Magdaleny Durlik. Zajęcia miały formę kilkutygodniowych bloków, co ma istotne znaczenie przy znajdowaniu właściwej równowagi między częściami praktycznymi a teoretycznymi oraz dyskusjami. Istotne jest również zbudowanie relacji ze studentami, poznanie ich i oswojenie z pewnymi metodami pracy, które nie były stosowane na innych zajęciach. Realizowane ćwiczenia przez większość czasu skupiały się na pracy z pacjentem, ale na początku lub na końcu spotkania zawierały pewien dodatkowy element sprawdzający lub porządkujący wiedzę. Poniżej prezentuję kilka przykładów narzędzi i metod dydaktycznych, które być może czytelników czasopisma „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” zainspirują do urozmaicenia swoich własnych zajęć.

Puzzle

Studenti mają za zadanie (indywidualnie lub w grupach) dopasować obrazek ukazujący schematycznie ból brzucha do stanu chorobowego lub opisać pokazane ilustracje samodzielnie. Wspólnie omawiamy następnie przedstawione zagadnienia i potencjalne trudności diagnostyczne przy bólach brzucha w danej lokalizacji. Prowokuje to działanie w grupie oraz stanowi punkt wyjścia do prowadzenia zajęć o charakterze pracy na przypadkach. Oczywiście metoda puzzli (łączenia w pary „objaw-choroba”, grupowania zespołów objawów) może być wykorzystywana przy opracowywaniu innych tematów. Stosowałam ją m.in. do różnicowania typów niedokrwistości, zespołu nerczycowego/nefrytycznego czy charakteryzowania chorób zapalnych jelit.

Hand-outy i minitesty

Na zajęcia możemy przygotować materiały ćwiczeniowe, które studenci wypełniają indywidualnie, a następnie są one wspólnie omawiane.

Dobłą metodą na pozyskanie pytań jest zaproszenie studentów do udziału w ich układaniu i tworzenie wspólnie testów dla kolegów, co służyć może także jako forma powtórzenia materiału.

Jednym z istotnych celów tego narzędzia jest oswojenie studentów z bardzo regularnym sprawdzaniem wiedzy w różnej formie i „na wrywki”, ale zawsze z omówieniem poruszanych zagadnień i w przyjaznej atmosferze. Test, quiz, zestaw pytań otwartych do zapisania ma na celu przede wszystkim pomóc studentowi ułożyć sobie dany temat na własne potrzeby, ale też zbudowanie przekonania, że „robienie błędów jest OK”. Szczególnie na studiach powinniśmy wręcz „eksponować się” na popełnianie błędów i pokonywanie trudności w bezpiecznym otoczeniu. Asystent ma zapewnić pomoc w ich dostrzeganiu i uzupełnianiu brakującej wiedzy.

Dydaktyka przez edukację

Zaangażowanie studentów w sprawy prewencji i edukacji pacjentów procentuje nie tylko pod względem medycznym dla chorych, ale pozwala również zbudować w przyszłym pracowniku systemu ochrony zdrowia poczucie misji „edukatora”. Ćwiczenia kliniczne mogą być do tego świetną przestrzenią.

Prezentacje bez tekstu

W ramach odrabiania zajęć lub jako element zaliczający blok studenci mogą przygotować na ćwiczenia krótkie wystąpienia na zaproponowany (lub wylosowany) temat, które zaprezentują przed kolegami. Jeśli zdecydują się na PowerPoint, ważną zasadą jest wykorzystywanie tylko zdjęć, ilustracji i schematów, aby unikać tak bardzo powszechnego czytania ze slajdów, a skupić się na przygotowaniu merytorycznym. Schemat jest następujący:

patrzę na obrazek ⇒ przypominam sobie ⇒ opowiadam kolegom

Poprzez uczenie innych studenci utrwalają pozyskane przez siebie wiadomości. Ten rodzaj aktywność wprowadza również element trenowania wystąpień publicznych i przyjmowania „pytań z sali”. Nie bez znaczenia jest tu także wykazywanie się kreatywnością, co wszyscy zawsze bardzo doceniają. Niekiedy nawet tytuły wystąpień lub liczby prezentowane były w formie rebusa czy zagadki dla kolegów.

Test powtórzeniowy w formie gry

W ramach powtarzania materiału lubię przygotowywać specjalną prezentację z pytaniami testowymi dotyczącymi ustalonych zagadnień. Do każdego wyświetlanego pytania do wyboru są 4 odpowiedzi: A-B-C-D, z czego tylko jedna jest prawidłowa. Każdy ze studentów otrzymuje papierową planszę A-B-C-D oraz opakowanie zapałek. Przy każdym pytaniu student musi oszacować, na ile jest pewien swojej odpowiedzi („Ile zapałek mogę postawić na daną odpowiedź?”). Przykładowo: jeśli według studenta odp. A jest na pewno prawidłowa – może na niej umieścić wszystkie zapałki. Jeśli waha się między B i C, to może rozdzielić zapałki po połowie na tych dwóch polach. Można też je rozłożyć po równo na wszystkich polach itd., wedle indywidualnego szacunku. Zapałki umieszczone na niewłaściwych odpowiedziach są tracone. Wygrywa ten, kto zachowa ich najwięcej do końca serii pytań.

Interakcje z większą publicznością

Jedną z metod, które chętnie stosuję podczas dużych wykładów, jest forma e-głosowania za pomocą smartfonów. Wykorzystuję do tego różne platformy, w zależności od liczby uczestników (m.in. polleverywhere).

Ten rodzaj interakcji jest pretekstem, aby wykorzystać swój smartfon – co na ogół i tak większość osób robi w czasie wykładów. Zachęcajmy naszych studentów, by wyjmowali telefony i szukali dla siebie nawzajem informacji na dany temat (np. najlepszy schemat ukazujący działania niepożądane glikokortykosteroidoterapii).

Historia, literatura, film

Warto nawiązywać do przykładów z kultury (i popkultury!), które pozwolą zapamiętać studentom więcej danych na temat omawianej sytuacji klinicznej. Metodę tę z powodzeniem stosuje portal Osmosismed (koniecznie proszę zajrzeć na ich Instagram). Jednym z moich ulubionych przykładów jest opowieść o Dawidzie i Goliacie, a dokładniej o podejrzeniu akromegalii u Goliata. Pobudza ona wyobraźnię, pozwala podtrzymać uwagę słuchaczy, a przy okazji osadza znajomość objawów choroby (tutaj: akromegalii) w kontekście znanych historii¹. Wspaniale o powyższym przykładzie opowiada pisarz Malcolm Gladwell w jednym ze swoich wystąpień TEDx, które polecam wszystkim zainteresowanym historią, literaturą i medycyną:

The unheard story of David and Goliath by Malcolm Gladwell

https://www.ted.com/talks/malcolm_gladwell_the_unheard_story_of_david_and_goliath?language=en

Podsumowanie

Wiele z opisywanych tutaj materiałów i metod wymaga przygotowania się przed zajęciami. Część powstała przez świadome poszukiwania lub dzięki odrobinie szczęścia w natknięciu się na odpowiednie źródła. Budowanie własnego portfolio narzędzi dydaktycznych bywa czasochłonne, ale pozwala mieć metody do pracy przez wiele kolejnych spotkań seminaryjnych lub ćwiczeniowych i przychodzi z pomocą w chwilach braku pomysłu na wypełnienie całego bloku zajęciowego. Im szerszy ten wachlarz stworzymy, tym więcej możemy zaoferować studentom, a jednocześnie sobie – przez zagospodarowanie czasu w interaktywny sposób. A może będzie to dla nas mniej czasochłonne niż przygotowanie klasycznych slajdów PowerPoint? Ciekawym rozwiązaniem jest też zaangażowanie osób nauczanych do współtworzenia niektórych materiałów (np. edukacyjnych notatek dla pacjentów). Ważne jest, aby eksperymentować, mieć jako nauczyciel odwagę, ciekawość i otwartość do próbowania nowych metod oraz dużo słuchać i obserwować swoich studentów. Myślę, że udział w kształceniu i kształtowaniu przyszłej kadry medycznej jako profesjonalistów, a jednocześnie wrażliwych, pogodnych ludzi to ogromna odpowiedzialność. Ale chyba przede wszystkim przywilej.

Olga Rostkowska

Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM

*ze względu na wymogi redakcyjne przesłany materiał oryginalny został skrócony, a załączone ryciny usunięte

1. Donnelly DE, Morrison PJ: Hereditary Gigantism-the biblical giant Goliath and his brothers. *Ulster Med. J.* 2014; 83(2): 86-8. https://www.researchgate.net/publication/264396571_Hereditary_Gigantism-the_biblical_giant_Goliath_and_his_brothers

W związku z powtarzającymi się sytuacjami sugerującymi rozpowszechnienie i bezkarność ściągania w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, studenci zostali poproszeni o podjęcie działań mających na celu ocenę skali zjawiska i opinię samych zainteresowanych na ten temat. Od nas jako społeczności akademickiej zależy, czy będziemy chcieli dostrzegać problem ściągania i czy podejmiemy działania na rzecz jego ograniczania, zarówno te systemowe, jak i indywidualne. Czy chcemy i umiemy z tym procederem walczyć? Mam nadzieję, że wyniki przeprowadzonego badania oraz komentarze zarówno studentów, jak i nauczycieli akademickich skłonią nas do refleksji i być może będą początkiem dyskusji, także na łamach uczelnianego czasopisma.

Dagmara Mirowska-Guzel – Redaktor Naczelna

Czy studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ściągają?

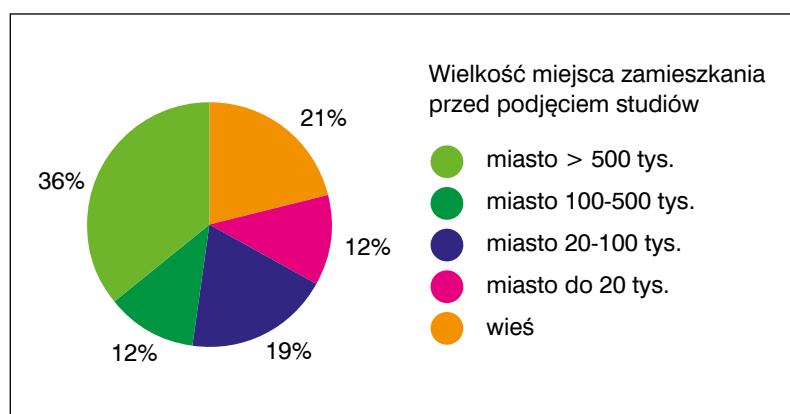
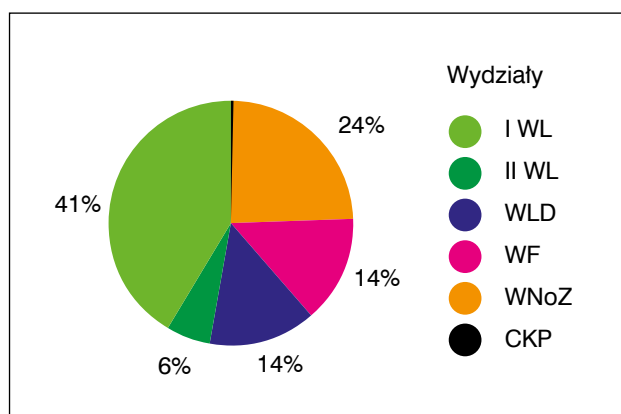


Bartłomiej Woryński, Stanisław Pawlak – studenci III roku Wydziału Lekarsko-Dentystycznego

Na przełomie marca i kwietnia 2019 roku została przeprowadzona internetowa ankieta, która miała na celu opisanie zjawiska ściągania wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W ankiecie wzięło udział 825 osób, w tym 152 absolwentów i 673 studentów (co stanowi 7% wszystkich studentów). Najliczniej reprezentowanym wydziałem w badanej próbie był I Wydział Lekarski.

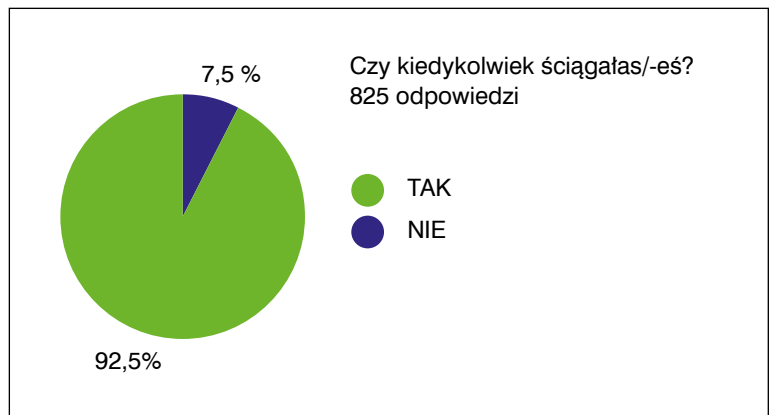
Kim są ankietowani?

Średnia wieku badanych wynosiła nieco ponad 23 lata. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety (76%). Największa dysproporcja płci występuje pośród respondentów z Wydziału Nauki o Zdrowiu (89% kobiet do 9% mężczyzn). W przypadku miejsca zamieszkania przed podjęciem studiów głosy rozkładały się niemal po równo. 71% badanych odpowiedziało, że nie poprawiało matury.



Czy studenci ściągają?

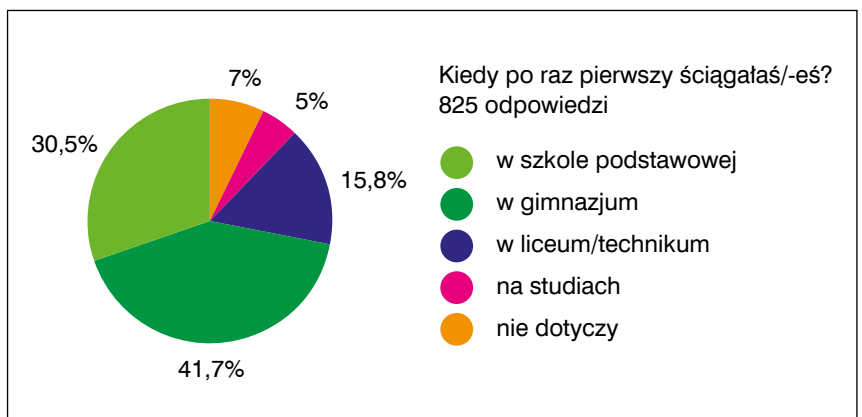
Ponad 90% ankietowanych (92%) odpowiedziało twierdząco na pytanie o to, czy kiedykolwiek ściągałi. Najwięcej osób deklarujących, że zdarzyło im się ściągać, było na Wydziale Nauki Zdrowiu oraz II Wydziale Lekarskim (94%), natomiast respondenci z Wydziału Lekarsko-Dentystycznego najrzadziej przyznawali się, że ściągałi (choć odsetek ten i tak wynosił prawie 90%).



Kiedy to się zaczęło?

Najwięcej ankietowanych deklarowało, że po raz pierwszy zapuściło przysłowiowego żurawia w gimnazjum (41,7%), co trzeci badany zrobił to w szkole podstawowej (30%).

Jak widać obok na diagramie, problem ściągnięcia pojawia się niemal wraz ze startem przystępu do edukacji.

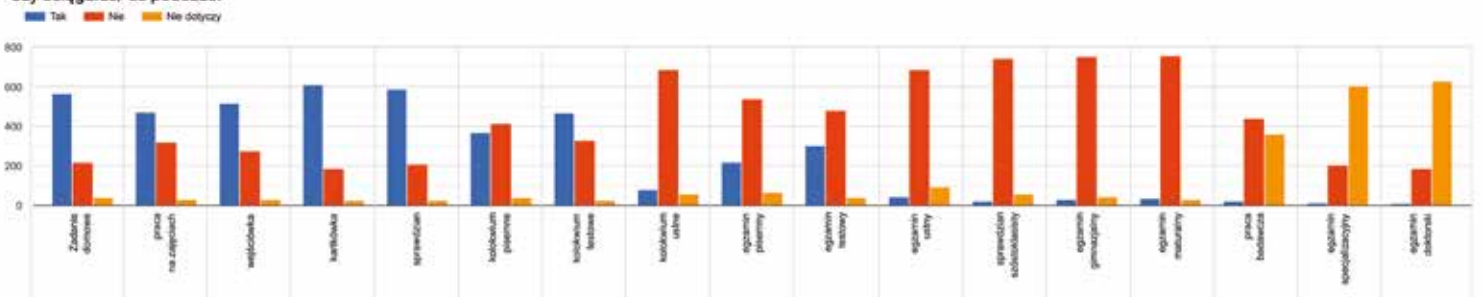


Kiedy i w jaki sposób najczęściej studenci ściągają?

Ankietowani najczęściej ściągałi podczas kartkówek (74%), sprawdzianów (71%) oraz zadań domowych (69%). Ponad połowa respondentów ściągała także w czasie wejściówek (63%), kolokwium testowych oraz pracy na zajęciach (po 57%). Podczas egzaminów testowych (37%) i kolokwium pisemnych (45%) ankietowanym również zdarza się skorzystać z różnych niedozwolonych pomocy. Co ciekawe, podczas odpowiedzi ustnych respondenci także potrafili oszukać egzaminujących. Autorów badania najbardziej zaskoczyło ściągnięcie w trakcie egzaminów doktorskich i specjalizacyjnych oraz egzaminów maturalnych i gimnazjalnych. W badanej próbie były to na szczęście pojedyncze przypadki. Co więcej, niektórym ankietowanym nieobcy jest plagiat podczas pisania prac badawczych.

Najczęściej stosowana przez uczestników badania jest najstarsza metoda – ściągnięcie od innej osoby (79%). Inna tradycyjna metoda – ściągnięcie na kartce (53%) minimalnie wygrywa z nowymi technologiami – ściągnięcie z telefonu (50%).

Czy ściągał/-eś podczas:





Fot. ilustracyjne

Dlaczego respondenci ściągają?

Najczęściej wymienianym powodem ściągania jest strach przed niezaliczeniem (67%). Kolejnymi często zgłaszanymi argumentami są: chęć zdobycia lepszej oceny (37%) oraz strach przed drugim terminem w innej formie niż pierwszy termin (26%). Pojedyncze osoby motywowały swoje postępowanie: brakiem czasu, nieodpowiednimi pytaniami, uznając, że „materiał sprawiał trudności w nauczaniu się”, „zakres materiału wymagany do zaliczenia nieadekwatny do zrozumienia i zaliczenia przedmiotów, za duża ilość materiału”, było to zaliczenie z przedmiotów, które w opinii studentów nie mają związku z kierunkiem studiów, „zbyt szczegółowe pytania”, „trudność ze zrozumieniem materiału i zhierarchizowaniem wiedzy przed omówieniem jej na zajęciach, co czyniło naukę do wejściówki utrudnioną, a brak zaliczeń z wejściówek realnym problemem grożącym koniecznością pisania egzaminu komisyjnego”.

Na pytanie: Czy miałaś/-eś wyrzuty sumienia po ściąganiu? – jedna trzecia respondentów odpowiedziała twierdząco.

Czy w społeczeństwie występuje powszechne przyzwolenie na ściąganie?

Trzy czwarte ankietowanych (76%) zgadza się z twierdzeniem, że społeczeństwo przyzwala na ściąganie. Niektórzy uważają, że jest to zależne od przedmiotu oraz formy zaliczenia. Pojawiła się również wypowiedź dobrze obrazująca problematykę ściągania: *nie powszechne, ale występuje. Powszechny jest natomiast wyścig szczurów. Po co komuś przedmiot typu historia, WOS na 5, jeśli ich nie znosi? Po nic. A jednak nawet gdy idziesz na medycynę – gdy masz świadectwo z wyróżnieniem, jesteś „lepszy” rzekomo niż ten, który ma 3, a jest sto razy od Ciebie lepszy z biologii. Każdy orze jak może, żeby pójść dalej. Jeśli mówimy o samych studiach – uczę się z książek, materiałów, naprawdę niejednokrotnie bardzo dokładnie. Idę na egzamin – dostają 3. Kolega, który naprawdę nie robił nic na zajęciach, zrobił BAZĘ, dostał 4+. Nienawidzę się uczyć dla ocen, ale te się LICZĄ DO STAŻU. I co mam zrobić? Kiedy trafiam na pytanie od czapy, zerkam do kolegi niżej, który zrobił bazę, ale nie tknął książki. Wychodzi na plus. Nigdy nie przychodzę na studiach na egzamin nieprzygotowana. Za to bardzo często okazuje się, że najważniejsze na egzaminie są pierdoły. Tak więc punkt widzenia zależy od punktu siedzenia.*

Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że 49% respondentów nie popiera postawy społeczeństwa wobec ściągania.

Co respondenci sądzą o ściąganiu?

Co ciekawe, pomimo tego, że zdecydowana większość ściąga, to niemal połowa ankietowanych (49%) jest przeciwna ściąganiu, 36% nie ma zdania na ten temat. Przyglądając się poszczególnym wydziałom, możemy zauważyć, że procentowo respondenci I Wydziału Lekarskiego popierają ściąganie w najmniejszym stopniu (55% jest przeciwko ściąganiu), natomiast na drugim biegunie znajdują się studenci II Wydziału Lekarskiego (24% popiera ściąganie).

Mimo że większość ankietowanych nie popiera ściągania, to 52% nie zgłosiłoby informacji o osobie, która ściąga.

Według 86% respondentów ściąganie jest postępowaniem nieetycznym, jednakże niektórzy uważają, że jest to zależne od sytuacji (przykładowo: ściąganie na egzaminie jest nieetyczne, natomiast ściąganie pracy domowej nie jest już nieetyczne), pojawiają się również głosy, że ściąganie na zaliczeniach, na których występują pytania o dużej trudności, jest postępowaniem etycznym. Niektórzy również uważają, że etyczność jest wprost proporcjonalna do ważności przedmiotu.



Fot. ilustracyjne

Co studenci sądzą o ściąganiu?

Aleksandra Hyży, dietetyka, I rok studiów II stopnia: Ściąganie to zjawisko, które w kulturze szkoły zadomowiło się w Polsce na dobre, pomimo prób zwalczania go w ostatnich kilku latach. Przecież w krajach anglosaskich to poważnie karane przestępstwo, dlaczego u nas miałyby być inaczej? Wydaje mi się, że zamiast oceniać osoby ściągające lub samo ściąganie warto zastanowić się, dlaczego właściwie uczniowie i studenci to robią.

W Polsce na ściąganie, jakby nie patrzeć, jest przyzwolenie, a najgorsze wcale nie jest ściągać na egzaminie, klasówce czy kartkówce, ale dać się na tym złapać. Co ludzie próbują w ten sposób udowodnić? Nie wiem. Może to, że są sprytniejsi, że oni nie dali się przyłapać, a „tam siedzi frajer, co nie uważał i go przyłapali”. Naturalnie konsekwencje dotyczą tylko „fajera”, zarówno te szkolne, jak i wśród znajomych.

Warto także zwrócić uwagę na to, kiedy uczniowie zaczynają ściągać, i wcale nie jest to 1 klasa szkoły podstawowej. Bynajmniej nie dlatego, że są to jeszcze nieskalane nieuczciwością małe istotki, ale dlatego, że nie mają powodów, by oszukiwać na teścikach, ponieważ... nie są stawiane za nie oceny. Tak naprawdę szaf ściągania rozpoczyna się w klasie 4, gdy zostają wprowadzone stopnie szkolne, a wraz z nimi magiczna średnia ocen. Dlaczego magiczna? Bo nagle, ni stąd, ni zowąd, staje się podstawowym narzędziem do porównywania i oceny uczniów, nie tylko jako uczniów *per se*, ale także ludzi. „Jak ma słabe stopnie, to na pewno jest leniwy”, „Nie uczy się wcale, oceny takie słabe”, „O, jaki pilny uczeń, same szóstki!”. Z tym że żadna z tych informacji nie musi być prawdziwa. Ocena nie świadczy o niczym – ani o zdolnościach, ani o wiedzy, ani tym bardziej o pracowitości. Jedynie co – to może o umiejętności zdawania testów. Zatem szóstkowy uczeń może być leniwy, ale szalenie zdolny, a dwójkowy pracować i uczyć się, kiedy tylko może, a w ocenach tego nie widać. Ale że myślenie ogółu jest, jakie jest, to trzeba się do tego dostosować i walczyć nie o wiedzę, tylko o oceny, bo to one są wyrocznią i decydują, co z tobą, uczniu, będzie. To jest moment, kiedy zostajesz postawiony przed wyborem – albo się uczysz i nie masz gwarancji, że ocena będzie taka, jaka chcesz, albo ściągasz i zwiększasz szanse na piątkę czy szóstkę. Pokusa jest tym silniejsza, im mniej lubisz, masz mniejsze zainteresowanie bądź zdolności z zakresu jakiegoś przedmiotu. W końcu nikt się onnipotentny i omniscynty nie rodzi, ale średnia to średnia i masz być dobry ze wszystkiego, czyż nie? Żeby mama z tatą po wywiadówce byli zadowoleni i przy kawie mogli porównywać wyniki swoich dzieci. Okropne, prawda?

Niestety ciągnie się to przez całe życie edukacyjne, tak długo, jak obecne są oceny i „kult średniej”. Bo przecież „najlepszy uczeń/najlepszy student” to ten z najwyższą średnią, prawda? Dlaczego nie patrzy się na postęp, systematyczność, na działalność poza uczelnią, na wybitne zdolności w jednym lub dwóch kierunkach, tylko na tę nieszczęsną średnią? Pewnie dlatego, że to najprostsza metoda szybkiego zaklasyfikowania „wartości i jakości” uczniów, która nie wymaga wiele wysiłku, ale za to jaka bywa krzywdząca. No więc co – chcesz być „najlepszy”, a że najlepszy oznacza najwyższe oceny i średnią (co nie zawsze idzie w parze z wiedzą!), więc... ściągasz.

Kogo przy tym oszukujesz? Zasadniczo wszystkich – nauczyciela, który jest święcie przekonany o twoich nieprzespanych nocach, kiedy studiowałeś/-aś przebieg wojen perskich. Rodziców, którzy przekonani o twojej pasji do historii prawdopodobnie będą cię usilnie namawiać na studia prawnicze. Przede wszystkim siebie, bo wiesz, że nie rozróżniasz

Leonidasa od Kserksesa, a mimo to znajomi mają cię za historycznego geniusza. I czy to twoja wina – nie, to wina systemu, który cię do tego zmusza. Jesteś przecież świetnym matematykiem, szóstkę masz praktycznie na dzień dobry, ale przecież nie możesz mieć trójki z historii, bo zepsuje ci średnią, więc... ściągasz.

Ściąganie naprawdę nie jest problemem samym w sobie – jest efektem dużego, systemowego problemu, jakim jest „kult średniej” i porównywanie się na podstawie ocen. W przypadku uczelni medycznej zagrożenie jest jeszcze większe – jeśli teraz się nie nauczysz i nie zdobędziesz potrzebnych umiejętności, jak poradzisz sobie w sytuacji, kiedy nie będziesz mógł zajrzeć do ściągki? Ale wiedz, ludzie wokół będą mieli prawo na tobie polegać, bo przecież byłeś prymusem! Na pewno chcesz ryzykować czyjeś życie w imię lepszej oceny kilka lat wcześniej?

Piotr Nawrot, kierunek lekarski, III rok: Ściąganie to temat znany nam – studentom – już od czasów szkolnych. Myślę, że każdy z nas pamięta choć jedną sytuację, kiedy (potocznie) ściągał – czyli skorzystał z pomocy naukowej w trakcie testu, kartkówki czy pracy w grupie. Natomiast temat ściągania przez studenta postrzegam jednoznacznie. Jednym z naszych obowiązków – studentów swojej Alma Mater – jest dbanie o jej dobre imię i przestrzeganie praw i obowiązków studenta. W mojej opinii korzystanie z pomocy naukowych, telefonu, notatek czy odpowiedzi kolegi obok jest niedopuszczalne. Pominę aspekty moralne, natomiast wydaje mi się, że najważniejsza jest rzeczywistość. Studiując medycynę, czyli ucząc się zawodu medyka, uczymy się nie tylko dla siebie, ale także dla swoich przyszłych pacjentów, których zamierzamy leczyć. Dziś oczywiście każdy z nas chciałby mieć jak najlepsze oceny z zaliczeń czy egzaminów, jednak prawda jest taka, że te oceny są potrzebne tylko teraz – do stypendium i średniej ocen. To, czego się nauczymy, będzie nam służyć przez całe życie. Dlatego uważam, że każdy z nas, studentów, powinien sam sobie odpowiedzieć w duchu, czy jest wobec siebie uczciwy i czy przysłowiowa gra jest warta świeczki.

Andrzej Patyra, Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Samorządu Studentów: Uważam, że istnieje przyzwolenie społeczne na ściąganie. Gdy studiowałem we Francji, przed każdym egzaminem przewodniczący komisji informował, że osoba przyłapana na ściąganiu zostanie wydalona z uczelni. Nie ściągał nikt. Tymczasem w Polsce wszyscy przymykają oko. Nikt nie zwraca uwagi, że ściąganie to nie jest czyjaś prywatna sprawa – oceny są głównym czynnikiem warunkującym otrzymanie stypendium.

Student IV roku WUM: Ściąganie napędza ściąganie. Nigdy nie byłem zwolennikiem ściągania, zawsze go unikałem, nie czułem, żeby było mi do czegośkolwiek potrzebne... aż do momentu, kiedy na kolejnym roku studiów dowiedziałem się, że nie zdam, jeśli nie będę ściągał. Taką informację przekazali mi starsi koledzy. „My ściągaliśmy całym rokiem na zaliczeniach. Zakładowi to nie przeszkadza”. Pierwsze kolokwium: otwieram, patrzę, rzeczywiście, odbiega od tego, na co się przygotowałem, kurczę, strasznie trudne, nie zdam... wywalą mnie. Mus musiem, ściagam tak jak wszyscy na tym przedmiocie. Ba! Tak jak ściągał poprzedni rocznik i te jeszcze wcześniejsze również. Jaki tego skutek? Sami „geniusze” na naszym roku. Wniosek zespołu dydaktycznego: „układamy za łatwe kolokwia, musimy układać trudniejsze”. Myślicie: kolejny rocznik będzie miał przechłapanie? Otóż nie. Spokojnie, mają smartfony, Internet, komunikatory, dadzą radę. Może nawet będą lepsi od poprzedników?

Refleksja: czy pojedynczy student może wygrać z potęgą połączonych globalną siecią baz danych? Czy ten student, który chce żyć uczciwie, ma szansę na pomyślne zaliczenie kolejnego roku? Czy pytania na kolokwium i egzaminach są rzeczywiście dostosowane do osiągalnej wiedzy studentów? A może przez ostatnie lata dostosowały się do pojemności serwerów Wikipedii?



Fot. ilustracyjne

Dr Antonina Doroszewska – Studium Komunikacji Medycznej WUM

Wyniki badań przeprowadzonych przez Bartłomieja Woryńskiego i Stanisława Pawlaka pokazują, że ściąganie jest zjawiskiem powszechnym. Myślę, że potwierdzają nasze – nauczycieli, rodziców, a kiedyś uczniów, doświadczenia i spostrzeżenia. Problem ten dotyczy więc nas bezpośrednio. Niewykluczone zatem, że część naszych studentów dostała się na WUM dzięki ściąganiu. Bardzo też prawdopodobne, że część z nich skończy Uczelnię niekoniecznie z wiedzą, której uczymy, ale dzięki umiejętności ściągania. A może ściąganie to nie jest specjalna umiejętność, nie wymaga dużego wysiłku? Może to my, nauczyciele, umożliwiamy ten proceder, przymykając oko? Myślę, że to jest pytanie, na które każdy z nas – nauczycieli – powinien sobie odpowiedzieć. Powszechność ściągania sprawiła, że wszyscy się do tego przyzwyczaili. System kontroli w najlepszym przypadku, nie zawsze jednak, wyciąga konsekwencje wobec osób, które dopuścili się ściągania. Nie zniechęca jednak do podejmowania prób zaliczenia, zdania egzaminu poprzez oszustwo, wysiłkiem kolegi czy koleżanki, nie własnym. Studenci nie mają poczucia, że ściągać po prostu nie wypada, bo to jest nieuczciwe w stosunku do nauczyciela, rówieśników, ale przede wszystkim wobec samego siebie. Studiowanie to samodzielny, zgodny z zainteresowaniami, pasjami, planami na przyszłość wybór.

Bardzo się cieszę, że zostały przeprowadzone te badania, szczególnie że ich inicjatorami byli sami studenci. Dobrze, że zauważają takie nieuczciwe praktyki, nadal stosowane przez ich koleżanki i kolegów, i dobrze, że chcą z tym walczyć. Myślę, że warto, by wnioski z badań stały się impulsem do szerszej dyskusji nie tylko na temat ściągania, ale też praw i obowiązków studentów i nauczycieli.

Dr hab. n. o zdr. Mariusz Panczyk

Przewodniczący Zespołu ds. Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia
Wydziału Nauki o Zdrowiu

Podstawą dobrze funkcjonującej uczelni wyższej jest zachowanie tzw. integralności akademickiej, której filarami są takie wartości jak: uczciwość, zaufanie, szacunek i odpowiedzialność¹. Złe praktyki czy nieuczciwość to terminy, które charakteryzują występki studentów przeciwko etyce akademickiej, czym bez wątpienia jest oszustwo egzaminacyjne, zwane potocznie „ściągnięciem”².

Problem oszustw egzaminacyjnych czy też plagiatowania prac zaliczeniowych występuje w wielu krajach świata i jest dostrzegany w uczelniach kształcących specjalistów w naukach medycznych czy naukach o zdrowiu^{3,4,5}. Świadomość obecności negatywnych zjawisk, które rozpowszechniają się w środowisku akademickim, powinna skłaniać jego przedstawicieli do wprowadzania systemu zapobiegającego nieuczciwości. Ignorowanie przez społeczność akademicką powyższego problemu może prowadzić w perspektywie do spadku zaufania i wiarygodności uczelni, a ponadto wpływa negatywnie na jakość kształcenia. Dobrze oddają to słowa Chrisa Parka „(zachowania te) uderzają w etos zaufania i uczciwości, które leżą u podstaw każdej działalności akademickiej”⁶.

Nieuczciwe zachowania mocno oddziałują na integralność akademicką, ponieważ wpływają negatywnie na proces nauczania i uczenia się⁷, a także dlatego, że w przypadku nieetycznych działań w trakcie studiów istnieje duże ryzyko wystąpienia podobnych zachowań w późniejszej praktyce zawodowej⁸. Uczelnie, które w niedostatecznym stopniu przestrzegają zasad integralności akademickiej, ponoszą część odpowiedzialności za nieetyczne zachowania kliniczne swoich absolwentów, nawet jeśli są one tylko pośrednio związane z oszustwami, których student dopuścił się podczas studiów⁹. Zapobieganie złym praktykom oraz usuwanie ze społeczności akademickiej tych studentów, którzy reprezentują niskie standardy etyczne oraz niewystarczające przygotowanie do zawodu, to ważne zadania dla wydziałów kształcących przyszłe kadry medyczne.

Istnieje zapewne wiele różnych czynników, które przyczyniają się do rozpowszechnienia negatywnych zjawisk, takich jak oszustwo egzaminacyjne. Należy przedsięwziąć kroki, zmierzając do poprawy jakości systemu oceniania studentów. Jak wskazują analizy niektórych badaczy, częstość występowania nieuczciwych praktyk jest ściśle związana z istnieniem jasnych zasad dotyczących oceniania. Kluczowe są tutaj konsekwencje ponoszone przez studentów za nieetyczne zachowania oraz rygorystyczne ich egzekwowanie. Oczywiście zasady oceniania powinny być podawane przed rozpoczęciem zajęć dydaktycznych oraz przed kolokwiami i egzaminami, a także zapisane w sylabusach przedmiotów.

Uczelnia musi jasno komunikować studentom swoje stanowisko wobec nieuczciwych praktyk akademickich, szczególnie w zakresie polityki zapobiegającej oszustwom egzaminacyjnym. Uczelnie powinny konsekwentnie przestrzegać reguł i wysokich standardów uniwersyteckich, aby być postrzeganymi przez studentów i pracowników za uczciwe i wiarygodne w swoich działaniach. Stała troska o zachowanie integralności akademickiej jest kluczowym elementem dobrze funkcjonującej uczelni, która zapewnia sprawiedliwe warunki kształcenia dla wszystkich studiujących i bierze odpowiedzialność za dobre przygotowanie zawodowe swoich absolwentów.

1. Gaberson KB: Academic dishonesty among nursing students. *Nursing Forum* 1997; 32(3): 14-20.

2. McCrink A: Academic misconduct in nursing students: behaviors, attitudes, rationalizations, and cultural identity. *JNE* 2010; 49(11): 653-659.

3. Kirkland KD: Academic honesty: Is what students believe different from what they do? Bowling Green State University; 2009.

4. Wideman MA: Caring, sharing, coping and control: Academic dishonesty and the nursing student. University of Toronto, 2009.

5. Park EJ, Park S, Jang IS: Academic cheating among nursing students. *Nurse Educ. Today* 2013; 33(4): 346-352.

6. Park C: Rebels without a clause: towards an institutional framework for dealing with plagiarism by students. *J. Furth. High. Educ.* 2004; 28(3): 291-306.

7. McCabe DL, Trevino LK, Butterfield KD: Cheating in Academic Institutions: A Decade of Research. *Ethics Behav.* 2001 ; 11(3): 219-232.

8. Harper MG: High tech cheating. *Nurse Educ. Pract.* 2006; 6(6): 364-371.

9. Tippitt MP, Ard N, Kline JR, Tilghman J, Chamberlain B, Meagher PG: Creating environments that foster academic integrity. *NEP* 2009; 30(4): 239-244.



Jacek Dziędziak

– Prezes Studenckiego Towarzystwa Naukowego WUM,
student VI roku kierunku lekarskiego

Marta Kiziak

– Prezes Elekt Studenckiego Towarzystwa Naukowego WUM,
Prezydent 15th Warsaw International
Medical Congress for Young Scientists,
studentka V roku kierunku lekarskiego

Za nami 15. edycja Warsaw International Medical Congress for Young Scientists (WIMC). Czas na podsumowania.

Jacek Dziędziak: Dotychczas byłem zaangażowany w cztery edycje WIMC i muszę przyznać, że tę ostatnią będę wspominał najlepiej. Włożyliśmy w jej zorganizowanie bardzo dużo pracy. Podczas tej edycji inaugurowaliśmy kilka nowych inicjatyw, przede wszystkim trzy nowe sesje oraz konkurs start-upów. Była to dla mnie wyjątkowa edycja także dlatego, że po raz pierwszy w pełni odpowiadałem za wszystko. Nie miałem żadnego supervisora, a jedynie pomoc ze strony Marty i całego Zarządu.

Co sprawia największą przyjemność przy organizacji tak dużego wydarzenia?

Marta Kiziak: Myślę, że najprzyjemniejszym aspektem organizacji takich wydarzeń jest możliwość pracy w zespole. Najściślejszy zarząd Studenckiego Towarzystwa Naukowego (STN) odpowiadający za organizację WIMC to 20 osób. Wielokrotnie spotykamy się w ciągu roku, rozmawiamy o sprawach organizacyjnych, wspieramy się. To sprawia, że lepiej się poznajemy i coraz bardziej jesteśmy ze sobą związani. Drugi aspekt to satysfakcja z tego, co udało nam się zorganizować. Kiedy słyszymy wiele pozytywnych opinii uczestników na temat kongresu, cieszy nas to i mobilizuje do jeszcze cięższej pracy oraz wprowadzania kolejnych zmian i udoskonaleń.

Ale organizacja tak dużej konferencji to na pewno nie sielanka. Nie było żadnych trudności?

J.D.: Były! Szczególnie masa papierkowej pracy, której co roku się od nas wymaga, oraz niezliczona liczba małych „pożarów”, które musimy gasić na bieżąco w ciągu roku. Czasami jest naprawdę ciężko, ale zawsze staramy się stanąć na wysokości zadania.

M.K.: Pewnym ułatwieniem przy organizacji WIMC jest fakt, że mamy już utarte szlaki, wiemy, do kogo i gdzie się zwrócić, żeby szybciej załatwić pewne sprawy. Pozostaje nam tylko dogrywanie szczegółów, unikanie błędów popełnianych w przeszłości i troska o to, żeby wszystko wyszło idealnie.

Czy w związku z 15-leciem kongresu przygotowaliście coś wyjątkowego?

J.D.: Pojawił się tort, ale okazją były moje urodziny, które obchodziłem w czasie kongresu. W związku z jubileuszem Warsaw International Medical Congress zaprosiliśmy byłych prezesów Studenckiego Towarzystwa Naukowego WUM – Pawła Sobczuka, Małgorzatę Pawłowską i Magdalenę Czerwińską. Na ich pomoc zawsze mogliśmy liczyć.

M.K.: I co więcej – dalej możemy liczyć. W tym roku Gosia i Magda pomagały przy rejestracji i wydrukach certyfikatów, a Paweł był jednym z prelegentów naszej nowej inicjatywy „Akcja Publikacja”. To wszystko świadczy o tym, że działając w STN, nie da się nawet po skończeniu studiów odciąć i zapomnieć atmosfery WIMC – i przejść obojętnie obok tego kongresu. Więzy, które tworzą się przy jego organizacji, są bardzo trwałe.

Skoro jesteście przy prelegentach, kto zrobił największe wrażenie na was i uczestnikach?

J.D.: Przede wszystkim warto sobie uświadomić, że zaproszenie prelegentów, szczególnie z zagranicy, jest bardzo czasochłonne. Na każde 80 wysłanych maili z prośbą o wygłoszenie wykładu na kongresie odpowiada 10 osób, z czego 9 informuje, że nie może do nas przyjechać, a 1 – że konieczne jest dogranie jeszcze wielu szczegółów. W tym roku, myśląc o prelegentach, wiedzieliśmy, że chcemy zająć się tematyką medtechową. Dlatego cieszyliśmy się z obecności zajmującej się robotyką Pani prof. Marty Kwiatkowskiej z Wielkiej Brytanii, którą Marta poznała na University of Cambridge.



Organizatorzy tegorocznej edycji Warsaw International Medical Congress

M.K.: Pani Profesor dała świetny wykład na temat tego, jak sztuczna inteligencja wpływa na codzienne życie oraz jaki może mieć wpływ na współpracę z pacjentami i na ich leczenie. Staramy się umożliwić uczestnikom zdobycie innej wiedzy niż na konwencjonalnych zajęciach w czasie studiów. Wiemy z Jackiem, że wśród nas jest dużo studentów zainteresowanych nie tylko medycyną kliniczną, czyli pracą między innymi w szpitalu, ale też aspektami biznesowymi czy bioinżynieryjnymi. Jestem przekonana, że ten wykład ich usatysfakcjonował.

J.D.: Warto dodać, że Marta wraz z Panem Dziekanem Włodarskim i Panią Dziekan Cudnoch-Jędrzejewską oprowadzali również Panią Profesor po laboratoriach Centrum Badań Przedklinicznych. Zauważyłem, że z profesorami z zagranicy mamy nieco inny kontakt niż z polskimi. Są bardziej otwarci, przyjaźni, gotowi z nami porozmawiać, spróbować rozwiązać wspólnie nasze wątpliwości naukowe. Wciąż pozostają dla nas autorytetami i wzorcami do naśladowania, ale jednocześnie są ludźmi, z którymi można prowadzić interesujące konwersacje.

M.K.: Wspomnę jeszcze o dr. Peterze Macnealu, który był tak zaciekawiony organizacją naszego kongresu, że dołączył do Social Programme'u i wspólnie ze studentami uczestniczył w wycieczkach i innych, mniej oficjalnych spotkaniach. Na co dzień nie mamy wielu możliwości, aby złapać tak bliski kontakt z naukowcami, których osiągnięcia dla wielu osób są inspiracją.

*Kongres to przede wszystkim wykłady i prezentacja ogromnej liczby prac naukowych studentów. Wystarczy spojrzeć na „prze-
rażającą” objętość książki abstraktów.*

J.D.: I to po odcięciu ponad 50% prac, które do nas przychodzą. Objętość książki to raz, a dwa, że trzeba ją zrobić. W tym miejscu chciałbym podziękować za nieocenioną pomoc naszej byłej studentce Agacie Skowron, która przez trzy edycje zajmowała się sesjami na WIMC, a w tym roku przygotowywała książkę abstraktów. To kolejny przykład, że większość osób, które były zaangażowane w organizację kongresu, z czystej koleżeńskiej przysługi nadal chce nam pomagać.

Ważne, że prac jest dużo, ale najważniejsze, aby prezentowały bardzo dobrą jakość.

M.K.: Mamy bardzo transparentny system oceny prac przez naszych recenzentów. Mimo to staramy się cały czas udoskonalać proces. W tym roku razem z prof. Jakubem Gołąbem i prof. Aleksandrą Banaszkiwicz stworzyliśmy nieco inny formularz oceny niż w zeszłym roku, żeby możliwie jak najdokładniej i najlepiej móc oceniać uczestników. Recenzenci są tak dobierani, by nie oceniali prac pochodzących z ich ośrodków, ponadto wszystkie prace są zakodowane, dlatego nie wiadomo, kto jest autorem ani jaka jest afiliacja.

Grand Prix tegorocznego kongresu zdobyła Oshin Behl. Kim jest i czego dotyczyła jej praca?

J.D.: Praca "The Effects of Font Style and Size on Memory in Middle School Children" Oshin Behl zdeklasowała konkurencję najpierw podczas sesji Public and Global Health, a następnie sesji plenarną. Autorka udowodniła w niej, w jaki sposób wybór rodzaju i rozmiaru czcionki wpływa na proces zapamiętywania i uczenia się. Warto dodać, że Oshin była już na WIMC w zeszłym roku. Tak jej się spodobało, że postanowiła ponownie odwiedzić nas w tym roku.

Wśród nowości tegorocznego kongresu były trzy sesje. Jakież?

J.D.: Pierwsza to Lifestyle Medicine. Obserwujemy, że ta dziedzina bardzo mocno się rozwija, także na WUM. Już w zeszłym roku słyszeliśmy głosy o potrzebie stworzenia takiej sesji. Utwierdziła nas w tym liczba zgłoszonych prac i frekwencja podczas sesji. Ludzie nie mieli gdzie siedzieć, kiedy odbywała się prezentacja prac. Druga sesja to ginekologiczne case reports. Do tej pory dostały się one do sesji chirurgicznej, jednak uznaliśmy, że dotyczą zbyt specyficznych zagadnień i zasługują na oddzielne miejsce. Trzecia sesja dotyczyła nefrologii z transplantologią.

A jak narodził się pomysł na konkurs start-upów?

M.K.: Pomysł narodził się w zeszłym roku. Będąc na kongresie World Health Summit w Berlinie, z którym współpracujemy, mogliśmy zobaczyć, jak taki konkurs się odbywa. Jacek był bardzo zdeterminowany, aby podobne wydarzenie przygotować u nas. Ja, muszę przyznać, podchodziłam do tego pomysłu z dystansem. Z jednej strony widziałam potrzebę zorganizowania takiego konkursu, z drugiej, bałam się, że jest na to za wcześnie. Obawiałam się, że nie będzie wystarczającego odzewu, szczególnie ze strony społeczności WUM. Sądziłam, że trzeba zacząć od edukacji studentów, czym jest start-up, i zachęcania ich do podjęcia takich inicjatyw. Zrobiliśmy bardzo dobrą promocję konkursu na UW, również kilka organizacji z SGH pomogło nam dotrzeć do ludzi z ich uczelni. Ostatecznie na konkurs, który zorganizowaliśmy z Inkubatorem UW, otrzymaliśmy 10 zgłoszeń, z czego 8 osób zaprezentowało swoje pomysły. Muszę przyznać, że byłam pod wielkim wrażeniem. Start-upy były w większości bardzo dobrze przygotowane, a prezentacje świetne.

Konkurs wygrał Dominik Wawrzuta – nasz student.

J.D.: Dominik jest twórcą aplikacji jakszczepic.pl. W zeszłym roku wygrał na WIMC sesję Public and Global Health i był z nami na wspomnianym World Health Summit. Myślę, że bacznie obserwował, jak taki konkurs wygląda, bo fantastycznie się przygotował. Tym bardziej jest nam miło, że wygrał start-up podejmujący tak ważny temat, jak szczepienia.

M.K.: Myślę, że Dominik jest idealnym przykładem dla studentów, że jak ma się pomysł i determinację, to można bardzo wiele osiągnąć. Wiem, że skontaktował się z Inkubatorem UW chwilę po tym, jak organizacja ta rozpoczęła współpracę z WUM. Chciał rozwijać swój projekt, ale nie wiedział, do kogo się zwrócić. Teraz jest już trochę łatwiej, niemniej studenci wciąż mają niewielką wiedzę i świadomość dotyczącą start-upów. Dlatego w przyszłym roku oprócz kontynuacji konkursu będziemy chcieli położyć nacisk właśnie na edukację i zachęcanie kół naukowych do podjęcia inicjatyw innych niż związane tylko z pracami klinicznymi.

Czego jeszcze możemy się spodziewać w kolejnej edycji WIMC?

M.K.: Przede wszystkim dzięki temu, że co roku otrzymujemy dofinansowanie z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, chcemy całkowicie zelektronizować funkcjonowanie kongresu, w tym systemu rekrutacji. Bliska nam jest filozofia „less waste”, dlatego chcielibyśmy oszczędzić ogromną ilość papieru, którą trzeba zużyć na druk książki abstraktów, Logistic Guide czy innych materiałów. Elektroniczny system umożliwi nam też sprawniejsze komunikowanie się z uczestnikami i współorganizatorami konferencji.

Panie Jacku, w tym roku kończy Pan kierowanie Studenckim Towarzystwem Naukowym. Jak Pan podsumuje ten okres?

J.D.: Nie będę już nim kierował, ale z pewnością będę pomagał. Najgorszy moment nadejdzie w październiku, kiedy podczas Walnego Zgromadzenia odbędzie się oficjalna zmiana na stanowisku Prezesa STN WUM. Studenckie Towarzystwo Naukowe to cztery lata mojego życia. Najpierw byłem koordynatorem sesji okulistycznej na WIMC, następnie osobą odpowiedzialną za sesje na tym kongresie, później Prezesem Elektem, teraz Prezesem STN-u. To kawał czasu. Mam wrażenie, że podczas studiów poświęciłem Towarzystwu więcej czasu niż nauce. Ale niczego nie żałuję, a teraz dodatkowo wiem, że oddaję STN w dobre ręce.

A Pani, jako przyszły Prezes STN WUM, jakie stawia sobie zadania?

M.K.: Postawiłam sobie trzy cele. Pierwszy to wprowadzenie tzw. Talentów WUM-u. Chciałabym, aby całe środowisko akademickie zauważyło i doceniło wszelkie zainteresowania i osiągnięcia studentów – nie tylko te naukowe. Aby studenci ci byli mniej anonimowi, bo dzięki temu mogą zachęcić innych do pracy i bycia kreatywnym. Drugi cel to, jak mówiłam, edukacja i zachęcanie studentów WUM do zakładania swoich start-upów. Trzeci cel związany jest z kontynuacją „Akcji Publikacji”, która w tym roku miała swój debiut. Planuję w kolejnych edycjach wprowadzić część warsztatową z udziałem specjalistów mających doświadczenie w pisaniu prac naukowych, wyszukiwaniu źródeł i rozpoznawaniu fake newsów.

J.D.: Kończąc, chcielibyśmy wspólnie podziękować Opiekunowi STN Panu prof. Jakubowi Gołąbowi za dobre rady i za to, że nie przestaje w nas wierzyć, oraz Pani Elżbiecie Kosteckiej, Pani Ewie Kondratowicz oraz Panu Maciejowi Kaszyńskiemu z Biura Spraw Studenckich, bez pomocy których nie udało by nam się uporać z wieloma problemami. A przede wszystkim wspinałemu Zarządowi STN, z którym przyszło nam pracować w tym roku. WUM może być dumny z takich studentów.

Rozmawiał Cezary Ksel



(Od lewej) Katarzyna Konderla, Daria Malarczyk i Monika Słomka z pucharem zwycięzcy V Ogólnopolskich Symulacji Diagnostycznych

Studenci analityki medycznej WUM najlepsi w Polsce!

Drużyna przyszłych diagnostów laboratoryjnych z Oddziału Medycyny Laboratoryjnej naszej uczelni – Daria Malarczyk, Kasia Konderla i Monika Słomka – zostały zwyciężczyniami V Ogólnopolskich Symulacji Diagnostycznych.

Symulacje to trwająca już piątą edycję inicjatywa przypominająca zawody w diagnostyce laboratoryjnej. Zespoły z niemal wszystkich ośrodków akademickich w kraju, kształcących kadry medycznych laboratoriów diagnostycznych, mierzą się w zadaniach polegających na badaniu materiału pobranego od pacjentów i próbie rozpoznania na tej podstawie możliwych jednostek chorobowych. Tegoroczna rywalizacja odbyła się w Krakowie, w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, w dniach 10-13 kwietnia.

Celem Ogólnopolskich Symulacji Diagnostycznych jest zachęcenie studentów analityki medycznej do poszerzenia swojej wiedzy i praktycznego wykorzystania nabytych umiejętności oraz sprawdzenie zdolności analizowania i wyciągania wniosków. Organizatorzy podkreślali w tym roku również odpowiedzialność zawodu diagnosty laboratoryjnego i jego istotną rolę w procesie ustalania rozpoznania. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli „O dostępności i finansowaniu diagnostyki laboratoryjnej” z sierpnia 2017 roku, badania laboratoryjne stanowią najtańsze źródło informacji diagnostycznej – są podstawą ok. 60% decyzji lekarskich, generując średnio 3,3% wszystkich kosztów opieki zdrowotnej.

Uczestnicy musieli wykazać się szeroką wiedzą z naprawdę wielu dziedzin diagnostyki, znacząco różniących się od siebie specyfiką pracy. Były to: analityka ogólna, serologia, biologia molekularna, chemia kliniczna, diagnostyka parazytologiczna, hematologia laboratoryjna, mikrobiologia oraz toksykologia. Wszystko to w zaledwie trzy dni,



Studentki WUM podczas rywalizacji

zatem jedyną receptą na sukces było dobre i sumienne przygotowanie się wcześniej. Takie właśnie przygotowanie odebrały nasze zawodniczki podczas studiów w Oddziale Medycyny Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego WUM. Warto przy tym zaznaczyć, że to dopiero drugi raz, kiedy reprezentacja z Warszawy stanęła do tego konkursu. Po przetarciu szlaków w roku ubiegłym w bieżącym udało się zdobyć upragnione zwycięstwo.

Patronat nad wydarzeniem objęli: Dziekan Wydziału Farmaceutycznego UJ CM – prof. dr hab. Jacek Sapa, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej. Mogło się ono odbyć także dzięki hojności wielu prywatnych i publicznych sponsorów oraz partnerów. Opracowaniem merytorycznym zadań zajęły się powiązane z diagnostyką medyczną zakłady Collegium Medicum UJ, natomiast organizacją przebiegu całego przedsięwzięcia – sami studenci analityki medycznej z Krakowa, udowadniając swoją ciężką pracą, że potrafimy!

Wyjazd uczestniczek na Ogólnopolskie Symulacje Diagnostyczne odbył się z inicjatywy Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych, organizacji zrzeszającej studentów analityki medycznej Oddziału Medycyny Laboratoryjnej WUM. W związku z wygraną – w przyszłym roku Symulacje odbędą się właśnie u nas!

*Bartosz Zawadzki
Przewodniczący Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych WUM*

SWISIE, WHY?



W maju mieliście okazję występować na Medykaliach. Jak było?

Maciej Toczek: Wielkie przeżycie. Super przygoda. Po raz pierwszy mogliśmy zaprezentować się na tak dużej scenie, na której pojawiły się później świetne zespoły, takie jak *Clock Machine* czy *Łąki Łan*. Pomimo pewnych technicznych problemów, których nie udało nam się uniknąć, było bardzo pozytywnie.

Rafał Mładanowicz: Rzeczywiście, niezapomniane przeżycie, ale była to też swego rodzaju nobilitacja dla nas, amatorów, móc zagrać na tej samej scenie co profesjonalści.

Kiedy założyliście zespół?

M.T.: Mniej więcej 2 lata temu rozpadł się zespół punkowy, w którym działałem. W tym samym czasie spotkałem Rafała, z którym zacząłem wspólnie grać – tylko i wyłącznie na gitarach akustycznych. Wychodziło nam to całkiem nieźle, dlatego postanowiliśmy zacząć razem komponować. Mimo iż opieramy się na „akustykach”, nie oznacza to, że bazujemy na stricte akustycznych dźwiękach. Używamy różnych pogłosów, ech, modulacji, aby wykorzystać te gitary jak najlepiej.

R.M.: Ja, zanim poznałem Maćka, miałem długi okres niegrania na gitarze. Spotkałem go na jednym z obozów i dzięki temu odświeżyłem sobie temat gitary. Kiedy Maciek zaproponował mi współpracę, stwierdziłem, że nie mam nic do stracenia.

Posiadacie wykształcenie muzyczne?

R.M.: Ja jestem po szkole muzycznej I stopnia.

M.T.: Ja za to objąłem się o garaże i różne piwnice w Kielcach, skąd pochodzę. W ten sposób szlifowałem swoje umiejętności.

W lutym własnym wysiłkiem wydaliście waszą pierwszą płytę „Nigdy wcześniej”. Jak tego dokonaliście?

M.T.: Nagraliśmy EP-kę z czterema utworami, których można posłuchać na większości platform muzycznych, jak Spotify, Tidal, YouTube czy iTunes. Ponieważ żywot artysty jest ciężki i nie stać nas było na wynajęcie profesjonalnego studia nagraniowego, chwytałyśmy się sprawdzonych domowych sposobów. Wszystko nagrywaliśmy w mieszkaniach naszych dwóch kolegów – Mikołaja i Antka, których serdecznie pozdrawiamy. Chowaliśmy sprzęt muzyczny do szafy, którą dla wytlumienia niepotrzebnych dźwięków okładaliśmy poduszkami i prześcieradłami – i nagrywaliśmy. Oczywiście nie było to takie proste, jak tutaj opisujemy... Dla przykładu: kiedyś przy samym końcu nagrywania ścieżki, pod domem przejechała karetka pogotowia, tym samym skutecznie niwecząc nasz trud nagrania wokali w tamtej chwili. Po zarejestrowaniu wszystkich ścieżek dźwiękowych mogliśmy zacząć je łączyć i odpowiednio obrabiać. Pomógł nam w tym nasz kumpel, który na co dzień zajmuje się muzyką elektro (polecamy -> *Zombie Commando*).

Maciej Toczek
i Rafał Mładanowicz
– studenci IV roku kierunku lekarskiego,
muzycy zespołu SUSIE, WHY?



Jak mówiłem, materiał umieściliśmy na różnych platformach muzycznych. Oczywiście nie spodziewamy się wielkiej liczby wyświetleń. Staramy się działać powoli i przede wszystkim cieszyć się muzyką. Bo robimy to dla muzyki. Wkładamy w nią całe nasze serce, angażujemy się najbardziej, jak możemy, jednocześnie nie zapominając, że przede wszystkim jesteśmy studentami, a muzyka i koncerty to nasza odskocznia.

Dlaczego wybraliście gitary akustyczne?

R.M.: To był mój pomysł. Gitary akustyczne brzmią inaczej niż elektryczne, mają swój specyficzny charakter, jednak ostatnio wychodzimy z naszej „strefy komfortu” i eksperymentujemy z nowymi brzmieniami. Na Juwenaliach, podczas których graliśmy na dużej scenie w rozszerzonym składzie, używaliśmy gitar elektrycznych, których masywniejszy dźwięk lepiej pasuje do takich koncertów. Gitara akustyczna świetnie nadaje się do koncertów kameralnych przy kawie i winie.

Jak powstają wasze utwory?

M.T.: W tej chwili wygląda to mniej więcej tak, że piszę tekst, do którego przygotowuję wstępny kręgosłup instrumentalny. Idę z tym szkicem do Rafała i następnie pracujemy wspólnie nad całością.

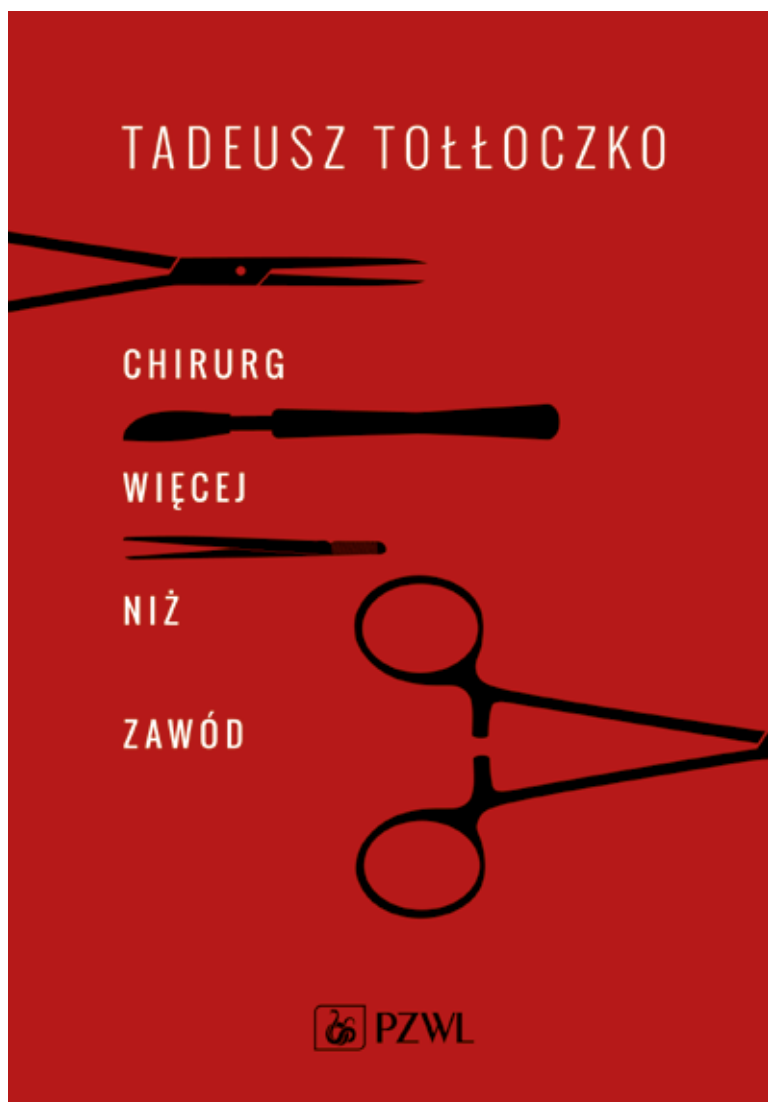
W jaki sposób udaje się wam łączyć koncerty, pracę nad tworzeniem muzyki ze studiami lekarskimi?

R.M.: Staramy się znaleźć jeden, dwa dni w tygodniu na próby. Przyznam, że mieliśmy nieco problemów, jeżeli chodzi o czas, w I semestrze tego roku akademickiego. Spotykaliśmy się wtedy częściej, ponieważ chcieliśmy ogarnąć nasz koncertowy materiał, ale teraz, kiedy jest on dopracowany, spotykamy się na ogół przed koncertami i przypominamy sobie to, co wyćwiczyliśmy już wcześniej. Raz włożyliśmy w to bardzo dużo pracy, a teraz wysiłek procentuje. Dobre zgranie i fakt, że gramy ze sobą już od dłuższego czasu, bardzo ułatwia nam występy na żywo. Wiemy, czego możemy się po sobie spodziewać w danej chwili i w danym utworze, powoli zaczynamy je grać prawie z zamkniętymi oczami (śmiech). Poza tym kiedy współpracujesz z kimś od dłuższego czasu, zaczynasz rozumieć podejście tej osoby do muzyki – wtedy interakcja na scenie jest bardziej spontaniczna i autentyczna.

Gdzie będzie można was w najbliższym czasie posłuchać na żywo?

M.T.: Przez ostatnie miesiące graliśmy bardzo często i na chwilę obecną robimy krótką przerwę. Dołączyło do nas dwóch chłopaków i chcemy wspólnie zmienić nieco charakter utworów, które graliśmy do tej pory, a to będzie wymagało czasu. Poza tym trwa sesja, więc odpoczynek na pewno się przyda. Planujemy stworzyć nowy set składający się z 10-12 utworów, aby jesienią, koło września lub października, móc znowu pojawić się na scenie, z gotowym i dopracowanym materiałem. Być może w wakacje uda nam się nagrać jakieś utwory, acz z takimi deklaracjami zawsze warto się wstrzymać do końca.

R.M.: Chcemy zmienić nasze brzmienia na takie, które prezentowaliśmy na Juwenaliach. Teraz musimy cały materiał akustyczny przerobić na taki, który będzie dobrze brzmiał w czteroosobowym składzie. W niektórych utworach muszę całkowicie zmienić ścieżkę gitarową, zmodyfikować pewne elementy. I, podobnie jak było z Maćkiem, musimy się dograć całym składem, bo mimo że jesteśmy amatorami, to chcemy, aby całość materiału na koncertach brzmiała jak najlepiej i jak najbardziej profesjonalnie. Kiedy to wszystko we czwórkę dopracujemy, będziemy myśleć o koncertach.



Habent sua fata libelli

Książki mają swe losy – to znane powiedzenie brzmi w pełnej oryginalnej wersji: *pro captu lectoris habent sua fata libelli* (Terentianus Maurus, III w. n.e.). Tak więc znaczenie tej maksymy jest podwójne: książki mają swe własne losy, swe własne życie, ale też ich odbiór zależy od percepcji, zrozumienia oraz interpretacji tekstu przez konkretnego czytelnika. W dobie medycyny spersonalizowanej to stwierdzenie wydaje się zatem nabierać szczególnego sensu. Niżej podpisany nie występuje oczywiście jako krytyk literacki, lecz właśnie jako jeden z wielu potencjalnych czytelników i lekarz z blisko 50-letnim stażem zawodowym, mający w swym dorobku również popularyzację humanistycznych aspektów naszej lekarskiej działalności.

Gdybym został poproszony o wyrażenie opinii o książce najwięcej jak to potrafię, dosłownie w jednym zdaniu, brzmiałoby ono: czyta się jednym tchem. Mam nadzieję, że moje zdanie podzieli większość czytelników, w tym także tych, którzy mogą ją przyjąć z większym dystansem niż niżej podpisany. Lekkość pióra Autora, zwięzłość i umiejętność zachowania pewnego dystansu do ważnych spraw naszego życia – i śmierci – sprawia, że owa lekkość pióra przekłada się na wartość czytania i chęć wyrażenia osobistej refleksji. Takie są właśnie oczekiwania Autora, który w przedmowie stwierdza, że chciałby, aby lektura książki wywołała uśmiech, ale i pobudzała do przemyśleń. Oto zatem garść przemyśleń, jakie stały się moim udziałem.

Niezależnie od zajmowanego stanowiska – a Autorowi dane było zajmować najwyższe stanowiska – i to wyłącznie z wyboru – w świecie akademickim i organizacjach publicznych (m.in. rektor AM w Warszawie, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, prezydent Światowego Towarzystwa Szpitalnictwa) zachował On zawsze zdrowy rozsądek, dystans i poczucie humoru (mądrego humoru!), co stanowi jedną z recept na sukces wydawniczy, jakim powinno być dotarcie do szerokich rzesz czytelników. Niezbędne przy tym jest również dysponowanie cechą, którą Niemcy określają mianem: *schlagfertig* – zdolność do szybkiej, ciętej i trafnej riposty, zarówno słownej, jak i decyzyjnej. Można się sporo w tej mierze od Autora nauczyć, na podstawie wypowiedzi zarówno samego Autora, jak i jego interlokutorów (w czasach jakich żyjemy, gdy plagiat szerzy się jak zaraza, oddawanie *suum cuique* zamiast przypisywania sobie zasług i dokonań innych osób to nie tak częsta cecha!). Tu także upatruję znaczących wartości dydaktycznych książki, jakimi są krzewienie dobrych zasad w nauce i życiu akademickim. Do tego lejtmotywu wraca Autor zresztą na jej łamach często, przy różnych okazjach.

Czytelnik dowie się zatem z lektury, że życie profesjonalne chirurga może się realizować nie tylko wtedy, gdy ma on lancet w dłoni – i to „pozachirurgiczne” życie może być nader bogate. Z zadumą zapoznałem się z fragmentami, w których Autor przytacza swe rozmowy z chorymi – w czasach, gdy lekarze przeznaczają na takie rozmowy coraz mniej czasu, zaś lukę tę wypełnia coraz bardziej kontakt wirtualny. Od dawna próbowałem wyjaśnić studentom znaczenie i przetłumaczyć na język polski termin *medical attention*, a zatem to, co jest tak dramatycznie ważne w prowadzeniu chorych (zwłaszcza ciężko) – myślę, że wyjaśnienie tego terminu znajdziemy na łamach książki.

Znany lekarz i filozof kanadyjski William Osler (kojarzony zwykle z tzw. guzkami Oslera – jeśli ktokolwiek jeszcze pamięta ten termin) stwierdził: „Dobry lekarz leczy chorobę, bardzo dobry leczy chorego dotkniętego przez tę chorobę”. Jeśli dziś prawie nikt już nie wie, czym są guzki Oslera – być może jest to jakaś miarą czasów, w jakich żyjemy – warto, aby wszyscy pamiętali, że wspomniana максима ma jednak wartość nieprzemijającą. Lektura książki nasuwa więc kolejną refleksję: chirurg – i ogólnie lekarz – powinien starać się być nie tylko dobrym, ale bardzo dobrym lekarzem – tym bardziej że nie sprowadza się to jedynie do precyzji cięcia chirurgicznego czy zastosowania robota da Vinci!

Autor zdołał ukończyć swe dzieło wbrew dotkliwym przeciwnościom losu (wspomina o tym w przedmowie). Dzięki determinacji i sile woli zdołał je pokonać: *finis coronat opus!*

Wydanie książki zbiega się ze zbliżającym się 90-leciem Autora. Chciałbym zatem złożyć Wielce Czcigodnemu i Dostojnemu Jubilatowi krótkie i najwięźlejsze życzenia *ad hoc* (gdyż właściwy czas na ich stosowne składanie – zarówno co do treści, jak i formy – to koniec lipca br.):

Drogi Tadeuszu,

Z okazji wydania Twojej książki i w przeddzień Twoich urodzin pragnę złożyć Ci życzenia, postępując się słowami Wieszcza, *nomen omen* z „Pana Tadeusza”:

„O gdybym kiedyś dożył tej pociechy, aby te księgi zbłądziły pod strzechy”.

Postęp technologii sprawia, że to marzenie jest możliwe do realizacji przez każdego czytelnika, nie tylko lekarza. Każdego, który szuka odpowiedzi nie tylko na pytanie, jak wygląda praca chirurga, ale o sens życia, jego celowość – i to co w nim tak naprawdę jest cokolwiek warte.

„Są w polskim języku dwa słowa: opłaca się i warto. Opłaca się odnosi się do zysku, korzystnego interesu, warto odnosi się do sfery duchowej. Z pewnością nie wszystko, co warto, to się opłaca. Jednak jestem głęboko przekonany, że nie wszystko, co się opłaca, jest w życiu coś warte. **Warto być uczciwym, choć nie zawsze się to opłaca. Opłaca się być nieuczciwym, ale nie warto**” (*Władysław Bartoszewski*).

Pro captu (eius) lectoris książka prof. Tadeusza Tołłoczki wychodzi naprzeciw powyższemu dylematowi, z jakim jesteśmy skonfrontowani praktycznie każdego dnia naszego lekarskiego i pozalekarskiego życia.

Andrzej Górski



Pierwsza rocznica śmierci Profesora Jerzego Szczerbania

1 maja 2019 roku minął rok od śmierci Pana Profesora Jerzego Szczerbania – Rektora naszej Uczelni w latach 1979-1981, Kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby I Wydziału Lekarskiego w latach 1979-1989, organizatora i Kierownika Zakładu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu w latach 2001-2006. Podczas uroczystości pogrzebowej, która odbyła się 15 maja 2018 roku, mowę pożegnalną w imieniu całej społeczności akademickiej wygłosił Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Mirosław Wielgość*. Oprócz Jego Magnificencji głos zabrali prof. Krzysztof Zieniewicz (Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby) oraz prof. Marek Krawczyk (Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2008-2016, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby w latach 1998-2016), którego mowę pogrzebową przypominamy poniżej.

Redakcja

Wystąpienie pożegnalne prof. dr. hab. Marka Krawczyka podczas pogrzebu Rektora naszej Uczelni – prof. dr. hab. Jerzego Szczerbania

Szanowny Panie Rektorze, Drogi Panie Profesorze, mój wieloletni, niezastąpiony Szefie.

Wielki to smutek żegnać Cię na zawsze. Trudno pogodzić się z potęgą praw wieczności.

Doskonale pamiętam nasze pierwsze spotkanie zawodowe w 1977 roku, kiedy zdawałem egzamin specjalizacyjny z chirurgii. To od Ciebie, Drogi Jerzy, przed 41 laty otrzymałem przepustkę do uprawiania zawodu chirurga. Po tylu latach pragnę Ci za to serdecznie podziękować.

Nie potrafię dzisiaj powiedzieć, czy nić zaufania między nami pojawiła się już wówczas. Przełomem w naszych spotkaniach był na pewno rok 1980, kiedy objąłeś kierowanie naszą wspólną Kliniką. Zmieniłeś jej oblicze, nadałeś jej, Drogi Panie Profesorze, inny charakter, który trwa do dzisiaj, bowiem powołałeś do życia pierwszą w Polsce Klinikę Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby i przyczyniłeś się do jej rozwoju, a moja droga zawodowa zaczęła się kształtować pod Twoim wpływem. Czy można moją wdzięczność dzisiaj wyrazić inaczej niż słowem dziękuję?

Dziękuję Ci za zaufanie, którym mnie obdarzyłeś. Kiedy zachorował Twój Tata, wysłałeś mnie na Podlasie, bym był jego lekarzem. Kiedy zapadła decyzja o leczeniu operacyjnym, wskazałeś na mnie. Czyż może być większa pochwała dla ucznia ponad fakt, że nauczyciel powierza Mu zdrowie najbliższej osoby?

Razem stanęliśmy do operacji Prymasa Polski, czyż nie jest to kolejny dowód zaufania – za który dzisiaj także Ci dziękuję.

Twoja biegłość i precyzja jako chirurga była nie do przecenienia. Byłeś i pozostaniesz na zawsze niedoścignionym Maestro zarówno w chirurgii naciśnienia wrotnego, jak i w każdej innej dziedzinie chirurgii. Pod Twoim wpływem zmieniliśmy razem sposób uprawiania chirurgii w Lecznicy przy Emilii Plater. Nie baliśmy się wykonywać w tym specyficznym

*) <https://www.wum.edu.pl/2018-05-16-pozegnanie-prof-dr-hab-n-med-jerzego-szczerbania>



Prof. Jerzy Szczerba i prof. Marek Krawczyk przed siedzibą WHO w Genewie, 1989 r.

szpitalu najtrudniejszych operacji. Twoja wiedza, Drogi Mistrzu Skalpela, zapewniała pewność wyników leczenia operacyjnego w zakresie problemów, których poprzednicy się nie podejmowali. Niezliczone rzesze pacjentów zarówno z tamtego szpitala, jak i naszego uczelnianego, czyli z ulicy Banacha, zawdzięczają Ci zdrowie, a w wielu przypadkach życie.

Po okresie intensywnej pracy szpitalnej podjąłeś się, Drogi Panie Rektorze, niezwykle trudnej pracy eksperta w Światowej Organizacji Zdrowia. W Genewie, jako Dyrektor Biura Rozwoju i Promocji Badań Naukowych, spędziłeś kilka lat. Ogromnie Cię tam ceniono i nie chciano się zgodzić, żebyś odszedł bezpowrotnie, kiedy dobiegła do końca Twoja misja. Znając Twoją charyzmę, kompetencję i umiejętność harmonijnej współpracy, zaproponowano Ci kierownictwo projektu i stanowisko konsultanta WHO ds. Centrum Zdrowia Publicznego w Kobe. Jak zawsze wywiązałeś się z tego zadania znakomicie, bo wszystko robiłeś z wielkim zaangażowaniem i profesjonalizmem.

Obdarzony byłeś wieloma talentami, byłeś poliglotą, władając pięcioma językami, miałeś muzyczny słuch absolutny, dzięki czemu wspaniale grałeś na skrzypcach i pianinie. Jak znajdowałeś czas na te wszystkie działania? Niezmiennie imponowałeś tym wielu ludziom.

Podczas Twego pobytu w Genewie nasza przyjaźń z Tobą i Twoją wspaniałą żoną dr Eugenią Szczerbaniową zacieśniła się jeszcze bardziej. Z moją żoną Grażyną byliśmy przez Was zawsze przyjmowani po królewsku. Pamiętam jak dzisiaj wspólne wyjazdy na lodowiec, doskonałe fondue, którym raczyliśmy się wysoko w Alpach Szwajcarskich. Dziękujemy Ci za niezwykle ciekawe, dzięki Twojej erudycji, rozmowy,

jak i spotkania, podczas których jako wspaniały gawędziarz sypałeś dowcipami i anegdotami jak z rękawa. W takich chwilach najbardziej, Szanowny Panie Profesorze, ujawniała się Twoja artystyczna dusza.

Kiedy po latach pracy za granicą wróciłeś do Kliniki, a byłeś jeszcze w kwiecie wieku chirurgicznego, pracowaliśmy ramię w ramię. Szczerze mówiąc, razem przez kolejne lata kierowaliśmy Kliniką. Zawsze radziłem się Ciebie i w trudnych, i w prostych sprawach. Dzisiaj za te lata wspólnej pracy mogę powiedzieć znowu tylko jedno słowo: dziękuję – bo jak inaczej mogę wyrazić moją wdzięczność i spłacić zaczerpnięty u Ciebie dług?

Szanowny Panie Profesorze, byłem pierwszym Pana doktorem habilitowanym. Niezliczone godziny spędzaliśmy wspólnie na sali operacyjnej. Korzystałem z Pana wiedzy i umiejętności przez cały ten czas. Mogę dzisiaj śmiało i jednoznacznie powiedzieć, że to, co osiągnąłem w życiu zawodowym, to także jest Pańskie dzieło.

W listopadzie 2017 roku w najlepszym na świecie czasopiśmie chirurgicznym „Annals of Surgery” opublikowałem artykuł. Napisałem w nim, że aby osiągnąć biegłość w zawodzie chirurga, trzeba mieć szczęście, mieć możliwość współpracować z ludźmi, od których możemy się wiele nauczyć. Moim szczęściem było mieć za nauczyciela mistrza chirurgii prof. Jerzego Szczerbana. To zdanie przytaczam z tegoż artykułu. Jestem ogromnie zadowolony, Drogi Mój Mistrzu, że zdażyłem Ci ten artykuł przekazać.

Patrzę ze smutkiem na Twoją urnę. Ogromnie żałuję, że już nigdy nie spotkamy się ani w Twoim gościnnym domu, ani w żadnym innym miejscu.

Dramatyczna choroba zabrała wielkiego Rektora, Profesora i wirtuoza chirurgii.

Dzisiaj Twoi uczniowie, współpracownicy i chirurdzy wątroby z całej Polski chylą przed Tobą czoło.

Spoczywaj w pokoju.

Zespół Katedry Farmakologii ogłosił w tym roku konkurs na wiersz „trochę medyczny” dla studentów III roku I Wydziału Lekarskiego. Pragmatycznym celem konkursu było zwrócenie uwagi na niebanalne zagadnienie przeciwwskazań do stosowania leków w ogóle i przeciwwskazań do stosowania beta-adrenolityków w szczególności.

Potwierdziło się, że medycy mają wenę. Warto wiedzieć, że znani piszący lekarze to m.in. Arthur Conan Doyle czy Michael Crichton, Stanisław Lem oraz Tadeusz Boy-Żeleński.

Otrzymaliśmy trzynaście wierszy – wszystkie warte uznania.
Autorom serdecznie gratulujemy!

Poniżej publikacja wierszy medalowych.

MIEJSCE 1 *ex aequo* grupa 4b i grupa 18a

Fraszka o Hipo-Tonim

Nieczne mary i smutki
Głębokiego Wstrząsu skutki
Ciężkiej Depresji koszmary
Hipo-Tonim targaty
(Ciastka już nie pomagaty)

Wnet potem oblał się cały
Gdy zjawy do uszu szeptały
Że szaman jednoznacznie wykluczył
(Choć w szkole kiepsko się uczył)
Chory Węzeł Zatokowy
Oraz Blok Przedsionkowo-Komorowy

I gdy serce Hipciowi zwalniało
W Ciężką Bradykardię popadało
Sprytny szaman dostrzegł
O czym go znajomy znachor ostrzegł
Na łydkach trzytonowych
Krytyczną Chorobę Tętnic Obwodowych

Uradowany Toni, gdy diagnoza była gotowa
(Gdzie znalazła się także Ciężka Zdekompensowana
Niewydolność Lewokomorowa)
Odetchnął z ulgą razem z kumplem Henrykiem
Bo Hipo-Toni był Hipo-Chondrykiem

(w imieniu grupy 4b przesłał pan Krzysztof Wiechetek)

Doktorze, pacjent w złym stanie, proszę nie oglądać fejsbuka

Zaczynając po studiach swą praktykę lekarską
Byłem czerwony z zapału niczym Tabasco
Z historii mych pacjentów, mój miły kolego
Wynikło – farmakologiczny jestem nieuk, oto dlaczego

Pielęgniarka do gabinetu zapalczywie stuka i puka
„Doktorze, pacjent w złym stanie, proszę nie oglądać fejsbuka”
Stan chorego słaby – bradykardia, wstrząs i hipotonia spora
Myślę – to pewnie coś z sercem, na beta-adrenolityk pora

Po podaniu tegoż specyfiku
Pacjent zrobił fiku-miku
I na inny świat się wyniósł
Po drugiej dawce leku, co gom przyniósł

Kolejny pacjent to był dla mnie wielki szok
Drugiego stopnia przedsionkowo-komorowy blok
Chory węzeł zatokowy i niewydolność zdekompensowana
W mojej głowie terapia była od razu przygotowana

To pacjent starszy i na wskroś kardiologiczny
Oto lek dla niego właściwy, zarazem sympatyczny
Po połknięciu i spożyciu tabletek beta-adrenolityku
Zza chmur wołał: niedługo się zobaczymy, młody smyku

Przepowiednia wkrótce prawdą się stała
Gdy do lekarza własna żona mnie zagnała
Bo miałem humor depresyjny oraz sine nogi
Beta-adrenolityk; dołączyłem do pacjentów załogi

Stąd morał wynika prosty, warty zapamiętania
Ucz się farmakologii, co od błędów wzbrania
Bo w innym wypadku, mój młody zastępcu
Do mnie trafisz lub zostaniesz przestępcą

(w imieniu grupy 18a przesłał pan Mateusz Maternia)

MIEJSCE 2 *ex aequo* grupa 3b i grupa 16a

Dla ucznia Hemingwaya następna stacja

Dla ucznia Hemingwaya następna stacja
To lewej komory dekompensacja
Poczuł spadek wiedzy i ciśnienia
A zarwana nocka nic tutaj nie zmienia
(Inaczej pisząc w otwartej pytań toni
Popada on w stan mdłej hipotonii)
To kolokwium z farmy nim tak wstrząsa
Naukowy blok od przedsionku do komory płąsa
Blok ten drugiego lub trzeciego stopnia
Nasz student przez dwóje w depresji stopniał
I gdy słyszy o chorobie zatokowego węzła
Tętnice obwodowe biedak zwężyła
Tak że za mało krwi ma w nogach
A jego serce powoli jak na zwalnających progach
(Martwi się jego przyjaciół stara gwardia
Iż może to być ciężka bradykardia)
Wszystkie te jego wpadki, mizerne zmagania
To do β -adrenolityków bezwzględnie przeciwwskazania

(w imieniu grupy 3b przesłał pan Jakub Wachowicz)

I recytuj wierszyk z głowy

β -adrenolityki to leki znakomite,
Lecz przeciwwskazania mają rozmaite.
Ucz się ich, lekarzu młody,
I recytuj wierszyk z głowy:

Gdy ci smutno, gdy ci źle,
Takich leków wystrzeż się.

Gdy serduszko bije wolno
I zbyt niskie jest ciśnienie,
Gdy brak krwi kończynom dolnym
Lub chcesz płucom dać wytchnienie,

Kiedy serce nie domoże,
Bo komora lewa słaba
I poprawić nic nie może,
Lek ten podać jest najgorzej.

Kiedy w sercu dwa-trzy bloki,
I we wstrząsie jest nasz pacjent,
Kiedy węzeł ma zatoki,
Wierszykowi przyznaj rację.

„A co z astmą, mój doktorze?
Mi oskrzela kurczą się!”
Otóż lek ów podać możesz,
Lecz zastanów dobrze się.

(w imieniu grupy 16a przesłała pani Julia Drózdź)

MIEJSCE 3 grupa 8a

W rymy liczne spakujemy

Beta-bloker to lek ważny,
Ale ten jest niepoważny,
Kto przestrogi zignoruje
I w tych stanach zastosuje:

Przedsiorkowo-komorowy
Blok dwu- i trzeciostopniowy,
Chory węzeł zatokowy,
Tętnic problem obwodowy,

Gdy kończyny niedokrwione,
Gdy ciśnienie obniżone,
Bradykardia wciąż się wzmacnia,
Wstrząs po cichu się zakrada.

Gdy ciężko lewej komorze
I pompować już nie może.
Coraz bardziej się pograża,
Z kompensacją nie nadąza.

Kiedy przygnębienie, smutki,
Poważnej depresji skutki,
Nieustannie się zbliżają,
Niczym burza nadciągają.

Gdy to wszystko wraz zbierzemy,
W rymy liczne spakujemy,
Mamy wnet przeciwwskazania
Do tych leków stosowania!

(w imieniu grupy 8a przesłała pani Ewa Mudrewicz)



N O C M U Z E Ó W

