

Gazeta



UNIwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Uczelniana

Miesięcznik informacyjny ♦ rok XX ♦ nr 11 (204) grudzień 2014 ♦ ISSN 1429-5822

Szczęśliwych Świąt Bożego Narodzenia

*Wszystkim pracownikom,
studentom i sympatykom
naszej Uczelni*

życzę zdrowia, szczęścia i radości.

*Nadchodzący rok
niech będzie czasem obfitującym
we wszelką pomyślność
w życiu całej akademickiej społeczności
oraz naszych rodzin*

*Rektor
prof. dr hab. Marek Ziętek*

Od Redakcji

Drodzy Czytelnicy,

Zespół Redakcyjny „Gazety Uczelnianej” pragnie Państwu złożyć najserdeczniejsze życzenia z okazji Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego 2015 Roku. Dziękujemy wszystkim, którzy brali udział we współredagowaniu naszego pisma, wiernym Czytelnikom jesteśmy wdzięczni za monitorowanie najważniejszych wydarzeń z życia Uczelni, a nowych zachęcamy do przesyłania swoich artykułów.

W grudniowym wydaniu relacjonujemy jedno z najbardziej wzruszających chwil dla studentów i ich nauczycieli – wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego.

W numerze rozmawiamy także z wyjątkowymi osobami: prof. Marią M. Sąsiadek, prof. Andrzejem Mysiakiem, prof. Andrzejem M. Falem oraz dr Jadwigą Wais.

Życzymy miłej lektury!

Redakcja

W numerze

- ♦ Absolwentówka na Wydziale Nauk o Zdrowiu 1
- ♦ Uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego 3
- ♦ Intensywna Terapia Kardiologiczna – wyzwanie współczesnej kardiologii 4
- ♦ Rozmowa z prof. Marią M. Sąsiadek Konsultantem Krajowym z zakresu genetyki klinicznej 7
- ♦ Szukajcie mistrzów, bądźcie systematyczni, chodźcie na dyżury 10
- ♦ „Dziękuję za 10 lat współpracy całemu mojemu zespołowi – bez dobrego zespołu żaden szef nie zdziała” 12
- ♦ O sztuce życia i umierania 13
- ♦ Złoty medal, wyróżnienie i nagroda specjalna dla naukowców z naszej Uczelni 15
- ♦ BIT's 1st Annual World Congress of Oral & Dental Medicine – CODM 2014 16
- ♦ Brokerskie spotkanie sieciujące 17
- ♦ Chór UMW w prestiżowym projekcie „1000 Voices for Peace” 18
- ♦ Serwis informacyjny Biblioteki UMW 19
- ♦ Nominacje profesorskie 20
- ♦ Moja Akademia (cz. 31) 22

Okładka: Monika Kolęda

Absolwentówka na Wydziale Nauk o Zdrowiu

28 listopada 2014 r. w Auli Leopoldina Uniwersytetu Wrocławskiego odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Uroczystość zaszczylił swoją obecnością prof. dr hab. Michał Jeleń, Prorektor ds. Dydaktyki.

Po wystąpieniu Prorektora głos zabrała Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu dr hab. Joanna Rosińczuk, prof. nadzw., która podkreśliła, że „z satysfakcją można powiedzieć, że obecnie na Wydziale, po uporządkowaniu dydaktyki, zgodnej ze standardami nauczania lub Krajowymi Ramami Kwalifikacji, nie ma problemu z uzyskaniem akredytacji na wszystkich kierunkach i stopniach kształcenia, a dyplomy naszych absolwentów są akceptowane przez pracodawców wszystkich krajów Europy i wielu krajów Świata”. Szczególnie ciepłe



słowa skierowała do absolwentów stwierdzając, że „w dniu dzisiejszym może towarzyszyć uczucie uzasadnionej dumy, wynikającej z silnej motywacji do pokonywania przeszkód i własnych słabości, aby osiągnąć upragniony dyplom

ukończenia trudnych, a także elitarnych studiów w renomowanej Uczelni”.

Po wystąpieniu Pani Dziekan tegoroczní absolwenci złożyli ślubowanie. Następnie Prorektor ds. Dydaktyki prof. Michał Jeleń i Dziekan WNoZ prof. Joanna Rosińczuk wręczyli dyplomy 178 absolwentom z ogólnej liczby 530, „którzy nie szczędzili wytężonej pracy i poświęcenia, aby osiągnąć ten nadrzędny życiowy cel” – jak podkreśliła Pani Dziekan. Najlepsi z nich, ze średnią powyżej 4,8 otrzymali z rąk Prorektora „Odznakę dla absolwenta wyróżniającego się w nauce” oraz listy gratulacyjne. Wręczono je aż 24 studentom. Najlepsi absolwenci z każdego kierunku otrzymali również nagrody książkowe. Najlepszą absolwentką Wydziału Nauk o Zdrowiu w roku akademickim 2013/2014, ze średnią 4,88 została mgr Anna



Wiśniewska. Podczas uroczystości listami gratulacyjnymi wyróżniono 22 najlepsze prace magisterskie w dziedzinie pielęgniarstwa, fizjoterapii oraz zdrowia publicznego.

Wyróżniono również przewodniczącą Koła Naukowego Położnictwa Praktycznego – Danutę Sahaj. Dla najlepszych absolwentów nagrody sponsorskie ufundowały: Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (Zarząd Oddziału Wojewódzkiego we Wrocławiu), Dolnośląski Oddział Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (Oddział Dolnośląsko-Nadodrzański) oraz Oddział Dolnośląski Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej. Dr Iwona Mazur wręczyła nagrody studentom, którzy zwyciężyli w organizowanym po raz drugi przez Oddział Dolnośląski STOMOZ konkursie na najlepszą pracę dyplomową, dotyczącą zarządzania w ochronie zdrowia.

Na zakończenie uroczystego rozdania dyplomów głos zabrały mgr Urszula Olechowska – przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz dr Mariola Marynicz-Hyla – wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Zarząd Oddziału Wojewódzkiego we Wrocławiu.

W imieniu absolwentów wystąpiła mgr Krystyna Juroca – absolwentka kierunku pielęgniarstwo II stopnia. Kierując słowa podziękowania do władz uczelni i wydziału oraz pracowników i nauczycieli akademickich podkreśliła, że „Dzisiejszy uroczysty dzień jest uwieńczeniem Waszej pracy z nami i nad nami. Jest także podsumowaniem zaledwie jednego z epizodów w grubym tomie naszego życia. Czas spędzony na tej uczelni pozwolił nam na zaopatrzenie się w bagaż wiedzy, z którym wkroczyliśmy w kolejny etap naszej zawodowej drogi”.

(fot. na str. 1 T. Walów
fot. na str. 2 P. Golusik)



Uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego

5 grudnia 2014 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego. Uroczystość otworzył JM Rektor UMW prof. dr hab. Marek Ziętek. Rektor złożył absolwentom serdeczne gratulacje za bardzo dobre wyniki w nauce, a także życzył im wielu sukcesów w pracy zawodowej. W tym roku mury UMW opuściło 65 osób z WL-S oraz 14 z ED.

Dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego dr hab. Beata Kawala, prof. nadzw. poprowadziła dalszą część uroczystości. Skierowała wyrazy uznania w stronę polskich absolwentów, zaś do studentów English Division zwróciła się Prodziekan ds. Naukowych WL-S dr hab. Małgorzata Radwan-Oczko, prof. nadzw.

Po złożeniu przysięgi lekarskiej absolwentom wręczono dyplomy. Najlepszych nagrodzono nadawaną przez JM Rektora UMW odznaką „Wzorowy student”, wrę-



czono ją 9 absolwentom. Najlepsiymi studentami wydziału byli: Paweł Popecki ze średnią ocen 4,90 oraz Natalia Grychowska i Paulina Sieradzka, które podczas studiów uzyskały średnią ocen 4,74. Wręczono także dodatkowe nagrody sponsor-skie. Słowa uznania i podziękowań dla wykładowców i pracowników administracyjnych Uczelni, w imieniu absolwentów, wygłosił lek. dent. Pa-

weł Popecki oraz lek. dent. Abdulaziz Hamed. Głos zabrał także przedstawiciel Samorządu Studentów UMW – Volodymyr Buchynskyy.

W wydarzeniu wzięli udział: Prorektor ds. Dydaktyki prof. dr hab. Michał Jeleń, przedstawiciele Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego oraz honorowi gości, w tym emerytowani profesorowie – prof. dr hab. dr h.c. Kazimierz Kobus, prof. dr hab. Stanisław Pielka, prof. dr hab. Bogumił Płonka oraz dr hab. Halina Panek, a także Prezes Fundacji Uniwersytetu Medycznego Wiesław Zawada, przedstawiciel DIL ds. Stomatologii dr Urszula Kanaffa-Kijlińska oraz sponsorzy. Uroczystość przebiegała w bardzo podniosłej atmosferze.

Absolwenci Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego zdobyli podczas studiów solidne przygotowanie zawodowe oraz wiedzę, którą z pewnością będą mieli możliwość wykorzystać w praktyce. Wszystkim absolwentom serdecznie gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów!

(fot. P. Golusik)



Intensywna Terapia Kardiologiczna – wyzwanie współczesnej kardiologii

Rozmowa z prof. dr hab. Andrzejem Mysiakiem

– Niedawno w Genewie odbył się Kongres „Acute Cardiovascular Care”. Od wielu lat jest pan rzecznikiem rozwoju intensywnej terapii kardiologicznej w Polsce.

– Kolejny już kongres pod egidą Acute Cardiovascular Care Association (ACCA) European Society of Cardiology (ESC), który odbył się w Genewie wyraźnie wskazuje na rosnące i uzasadnione zainteresowanie kardiologów tą tematyką. Jednym z ważnych tematów prowadzonej obecnie dyskusji jest miejsce ciągłego monitorowania inwazyjnego w intensywnej terapii kardiologicznej, w odniesieniu do intensywnie rozwijających się metod nieinwazyjnych.

Przypomnę, że pierwszy oddział intensywnej terapii kardiologicznej powstał w Wielkiej Brytanii w 1961 r. Utworzono go dla potrzeb monitorowania chorych z zawałem mięśnia serca. Prowadzono w nim wczesną diagnostykę i leczenie migotania komór.

Od tego momentu przez przeszło 40 lat nie udało się wypracować jednolitych, powszechnie akceptowanych standardów, obejmujących strukturę i funkcję oddziałów intensywnej terapii kardiologicznej.

Pierwsze wiążące zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące tej kwestii zostały ostatecznie sformułowane dopiero w 2005 r. Prezentowały one wymagania kadrowe z uwzględnieniem kompetencji lekarzy oraz uzyskiwania stosownej akredytacji, uwarunkowań sprzętowych



Prof. dr hab. Andrzej Mysiak kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

i lokalowych. Należy podkreślić, że pracownie hemodynamiki i elektrofizjologii są miejscami zaawansowanej diagnostyki i leczenia zabiegowego i muszą posiadać zaplecze pozwalające na rozwinięcie pełnego frontu intensywnej terapii.

Przez kilkanaście lat, pełniąc w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym funkcję Przewodniczą-

cego Sekcji Intensywnej Terapii Kardiologicznej, prowadziłem działania mające na celu wykazanie jak ważne dla diagnostyki i leczenia jest wprowadzenie do polskiej kardiologii intensywnych procedur medycznych.

– Czy można sądzić, że występują przeszkody w rozwoju intensywnej terapii kardiologicznej w Polsce?

– Tak w istocie jest. Przede wszystkim są nimi uwarunkowania organizacyjno-prawne, które nie dopuszczają możliwości odrębnego finansowania przez NFZ tego obszaru w kardiologii. W ramach prac komisji, powołanej przed kilkoma laty przy Ministerstwie Zdrowia przez specjalistę krajowego ds. kardiologii, opracowałem projekt obligatoryjnych wymogów dla intensywnej terapii kardiologicznej w naszym kraju. Pomimo akceptacji nie został on jednak wdrożony, właśnie z powodu braku możliwości finansowania przez NFZ. Poza niewielkimi wyjątkami, wszelkie działania z zakresu intensywnej terapii na oddziałach kardiologii, nie są refundowane odrębnie, lecz muszą być bilansowane w ramach rozliczeń z NFZ odnoszonych do leczenia chorych z poszczególnymi kardiologicznymi jednostkami chorobowymi.

– Mimo tego w kierowanej przez pana Katedrze i Klinice Kardiologii powstał jeden z największych i najlepiej wyposażonych oddziałów intensywnej terapii kardiologicznej w Polsce. Na dodatek spełnia on wymogi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jak do tego doszło?

– To prawda. Utworzenie tego oddziału jest konsekwencją prowadzonych przeze mnie od 1990 r.

działań, w ramach których skutecznie zainicjowałem wprowadzenie do Kliniki Kardiologii procedur z zakresu intensywnej terapii u hospitalizowanych pacjentów w stanie zagrożenia życia z przyczyn kardiologicznych.

Miałem doświadczenie i specjalizację uzyskane podczas wcześniejszej pracy w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii pod kierunkiem prof. A. Arońskiego. Wykształcona została kierunkowo grupa lekarzy kardiologów, a wśród nich osoby, które jako nieliczne dotąd w Polsce zdobyły European Accreditation in Intensive and Acute Cardiac Care uznawaną jako niezbędną do prowadzenia działalności w tym obszarze w większości krajów Unii Europejskiej.

Przed przeniesieniem Kliniki do USK udało mi się przekonać władze Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i dyrekcję szpitala do konieczności utworzenia obszaru przeznaczonego na intensywną terapię kardiologiczną, czego w planach nie przewidywano w takim wymiarze. Wiązało się to z koniecznością gruntownej zmiany projektu zagospodarowania pomieszczeń przeznaczonych dla Kliniki Kardiologii w nowej części centrum klinicznego przy ul. Borowskiej.

W wyniku tego w ekspresowym wręcz tempie powstał 17-lóżkowy

oddział, spełniający wymogi ESC do prowadzenia intensywnej terapii kardiologicznej. Został on podzielony na część właściwą i tzw. pośrednią z dużym pomieszczeniem centralnego monitorowania.

Oddział ten jest obecnie częścią obszaru zabiegowego 60-lóżkowej Kliniki Kardiologii, w którym znajdują się także sale Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii. Jest to rozwiązanie propagowane obecnie przez ESC, a jeszcze rzadko spotykane w Polsce. Daje możliwość bezpośredniej, optymalnej opieki nad pacjentami z destabilizacją układu krążenia. Dzieje się to przy udziale zespołu złożonego z kardiologów interwencyjnych, elektrofizjologów i lekarzy zajmujących się intensywną terapią kardiologiczną.

Nasz oddział jest doskonale wyposażony w system monitorowania elektrokardiograficznego i hemodynamicznego. Ma możliwość zastosowania respiratorów, a także systemy automatycznej infuzji leków. Jednocześnie w skład stałego zespołu Kliniki wszedł specjalista anestezjolog, co dodatkowo ułatwia przeprowadzanie znieczuleń do kardiowersji elektrycznej czy wykonywanie trudnych zabiegów, a także opiekę nad pacjentami leczonymi za pomocą respiratorów.

Na 3680 chorych leczonych w ubiegłym roku w naszej Klinice około 1000 pacjentów zostało poddanych intensywnej terapii lub co najmniej zaawansowanemu nadzorowi kardiologicznemu. Kilkudziesięciu pacjentów leczylśmy za pomocą respiratorów przez okres nawet wielu tygodni. Należy podkreślić przy tym, że Klinika od pięciu lat realizuje kontrakt z NFZ z korzystnym dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, znacząco dodatnim, wynikiem finansowym.

– Można powiedzieć, że intensywna terapia w Klinice Kardiologii oznacza nową jakość w pracy kardiologów.

– Powiem więcej. Dzięki doskonałemu, profesjonalnemu zespołowi wdrożyliśmy nowe procedu-



ry kardiologiczne. Ich bezpieczne przeprowadzenie wymaga nie tylko perfekcyjnego przygotowania lekarzy i pielęgniarek, ale także pełnego zaplecza z zakresu intensywnej terapii. Z powodzeniem przeprowadzamy zabiegi TAVI, czyli przeszkońnego wszczepiania zastawki aortalnej; we współpracy z Kliniką Chirurgii Serca również drogą przekoniuszkową. Zamykamy także ubytki międzyprzedsionkowe i uszka lewego przedsionka. Stosowanie tego ostatniego zabiegu pozwala na uniknięcie przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego u pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków. To bardzo istotne, szczególnie w przypadku przeciwwskazań do tego rodzaju terapii przy istniejącym bardzo dużym ryzyku powikłań krwotocznych.

We współpracy z Klinikami Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego oraz Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii prowadzimy zabiegi denerwacji tętnic nerkowych. Są one stosowane u pacjentów z tzw. opornym nadciśnieniem tętniczym.

W Pracowni Elektrofizjologii, dzięki rozszerzeniu profesjonalnego składu kadrowego, obok już wcześniej wykonywanych zabiegów wszczepiania urządzeń stymulujących serce, urządzeń resynchronizujących (CRT) i kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) oraz badań elektrofizjologicznych i ablacji wprowadziliśmy zabiegi usuwania uszkodzonych elektrod stymulatorowych i defibrylatorowych.

Te ostatnie procedury wykonuje się jedynie w niektórych ośrodkach kardiologicznych w Polsce. Przygotowujemy się do zabiegów leczenia migotania przedsionków metodą krioablacji oraz do wspomagania lewej komory serca u chorych we wstrząsie kardiogenym. Będziemy to robić za pomocą systemu Impella i ciągłego pozaustrojowego natleniania krwi (ECMO).



Wprowadziliśmy również możliwość stosowania kontrolowanej hipotermii u pacjentów po zatrzymaniu krążenia. Wykonujemy blisko 1700 zabiegów angiografii i 800 angioplastyk wieńcowych rocznie, w tym około 500 w przebiegu ostrych zespołów wieńcowych.

– Widać tu jakie korzyści dla kardiologii można wiązać z nową specjalizacją z zakresu intensywnej terapii.

– Uważam, że bardzo ważne jest wykształcenie określonej świadomości kardiologów oraz ich wyszkolenie w zakresie umiejętności niezbędnych w obszarze intensywnej terapii.

Obecnie można mówić o szczególnej sytuacji dotyczącej intensywnej terapii realizowanej poza oddziałami anestezjologii. Z jednej strony nie jest ona, poza małymi wyjątkami, finansowana odrębnie. Z drugiej strony NFZ stworzył wymagania warunkujące akredytację oddziałów kardiologii, obejmujące konieczność inwazyjnego monitorowania hemodynamicznego, leczenia za pomocą respiratorów czy odrębnego dyżuru lekarskiego, pełnionego w obszarze intensywnego nadzoru kardiologicznego. W efekcie w Polsce działa kilka klinik kardiologicznych z intensywną terapią w nazwie, a w pozostałych procedury z tego zakresu są przecież praktycznie wykonywane.

Od kilkunastu lat działa w Polsce Sekcja Intensywnej Terapii Kardiologicznej PTK, a w Europie wspomniana ACCA ESC. Organizowane są również kongresy poświęcone wyłącznie tej tematyce, co świadczy o wzmożonym nią zainteresowaniu. Nowa specjalizacja powinna nadać określony kierunek praktycznym szkoleniom z zakresu metod intensywnej terapii.

Anestezjologowie są najlepiej wyszkoleni do prowadzenia działań proceduralnych niezbędnych w ramach intensywnej terapii, a nasza dotychczasowa współpraca z Katedrą i Kliniką Anestezjologii kierowaną przez prof. A. Küblera jest bardzo dobra. Jednak zgodnie z zaleceniami ESC i obecnymi realiami to kardiologowie, jedynie wspierani przez konsultantów z innych dziedzin medycyny, powinni obejmować pełną opieką pacjentów z ostrymi i ciężkimi schorzeniami serca.

Pamiętajmy, że obiektem leczenia są chorzy wymagający przede wszystkim wiedzy i doświadczenia kardiologicznego. Jeżeli założyć, że dotychczasowe wykształcenie specjalisty kardiologa nie pozwala na wykorzystywanie współczesnych możliwości w opiece nad pacjentami z ostrą lub ciężką niewydolnością serca, to trzeba wykorzystać w tym celu obecnie tworzoną specjalizację z intensywnej terapii dla nieanestezjologów, albo

rozszerzyć program specjalizacji z kardiologii.

Obecnie konieczne staje się utworzenie w Polsce, na bazie istniejących oddziałów kardiologii, sieci modelowych jednostek intensywnej terapii kardiologicznej, zgodnych z wzorcami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W tym względzie obecna sytuacja w Polsce jest niestety opóźniona i nieoptymalna. Sytuację tę można porównać do tej sprzed lat, kiedy to środowisko kardiologiczne wręcz wywalczyło powstanie i finansowanie sieci pracowni hemodynamiki.

– **Jakie są najważniejsze „słowa kluczowe” charakteryzujące intensywną terapię kardiologiczną?**

Należą do nich zespołowe działania pod presją czasu, podleganie algorytmom w ramach ustalonej wcześniej logistyki oraz podział zbioru wykonywanych czynności na profesjonalne role. Przykładem jest dążenie do osiągnięcia jak najkrótszego czasu od przyjęcia do

szpitala do angioplastyki wieńcowej (*door-to-balloon time*) u chorych z zawałem serca typu STEMI, z równoczesnym zachowaniem pełnego nadzoru i działań stabilizujących pacjentów.

Uważam też za istotne stosowanie list kontrolnych (*check-list*), które zostały wprowadzone już w niektórych obszarach Kliniki. Optymalne jest przy tym uznanie pracowni hemodynamiki, elektrofizjologii i oddziału intensywnej terapii kardiologicznej jako zintegrowanego obszaru funkcjonalnego, pozwalającego na natychmiastowe rozwinięcie wszelkich dostępnych narzędzi intensywnej terapii.

– **Czy intensywna terapia kardiologiczna odgrywa szczególną rolę w ośrodku akademickim?**

Intensywna terapia kardiologiczna, oprócz klinicznego znaczenia, jest również obszarem bardzo ważnym i jednocześnie trudnym z naukowego punktu widzenia. Ważnym, bo zaawansowane monitorowanie zdestabilizowanego układu krążenia oraz jego dyna-

micznej reakcji na podjęte postępowanie dostarcza *in statu nascendi* wielu danych, stanowiących następnie podstawę do budowania wielowymiarowych modeli układu krążenia. Pozwala nie tylko na uzasadnione bieżącą sytuacją kliniczną optymalne zastosowanie wytycznych, ale także na konfrontację uznanego modelu patofizjologicznego z profilem hemodynamicznym konkretnego chorego.

Obszar intensywnej terapii kardiologicznej jest przy tym trudny do przeprowadzania badań naukowych, bo wielośrodkowe randomizowanie pacjentów z zaburzoną homeostazą z założenia nie daje możliwości włączania do analiz dużych, jednorodnych grup pacjentów, co nie wpływa korzystnie na wiarygodność uzyskiwanych wyników. Dobrze wyposażony i zorganizowany ośrodek intensywnej terapii kardiologicznej jest również bardzo ważnym miejscem do prowadzenia szeroko pojętej dydaktyki przed- i podyplomowej.

(fot. A. Zadrzywłski)

Adam Zadrzywłski

Rozmowa z prof. Marią M. Sasiadek Konsultantem Krajowym z zakresu genetyki klinicznej

– **Jak to się stało, że Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu został konsultantem krajowym z zakresu genetyki klinicznej?**

– Szczerze mówiąc sama do końca tego nie wiem. Faktem jest, że Minister Zdrowia nie zaakcepto-

wał żadnej z kandydatur na to stanowisko zaproponowanych przez Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka. Ku mojemu zaskoczeniu, po ponad pół roku bez konsultanta krajowego z zakresu genetyki klinicznej wiceminister zaproponował mi objęcie tej funkcji. Po konsultacjach ze środowiskiem

genetyków zdecydowałam się na przyjęcie propozycji i z dniem 27.10.2014 r. Minister Zdrowia powołał mnie na to stanowisko. Sprawowanie tej funkcji zaczynam ze znacznym bagażem zaległości, ponieważ konsultanta krajowego ds. genetyki nie było przez tak długi okres. Nie odbył się egzamin

specjalizacyjny w letniej sesji, nie były opiniowane liczne decyzje i rozporządzenia ministerstwa, Agencji Ochrony Technologii Medycznych oraz NFZ. Do końca roku zostało niewiele czasu, tak że muszę się skupić, aby zdążyć, by te najważniejsze zaległości nadrobić.

– Jakie są główne zadania konsultanta krajowego?

– Konsultant sprawuje nadzór nad szkoleniem specjalizacyjnym. To znaczy, że jest odpowiedzialny za organizację postępowania akredytacyjnego ośrodków, które starają się o prawo do prowadzenia specjalizacji, organizację działań zmierzających do aktualizacji programów specjalizacyjnych, organizację kursów specjalizacyjnych oraz ich właściwe prowadzenie, a także dopuszczenie specjalistów do egzaminów. Konsultanci nadzorują poziom usług świadczonych z danej dziedziny, to znaczy, że we współpracy z konsultantami wojewódzkimi prowadzą nadzór merytoryczny poziomu placówek, które prowadzą takie usługi.

Moja sytuacja jest dość wygodna, w porównaniu z konsultantami z innych dziedzin, gdyż w Polsce jest niewiele poradni genetycznych – 13 państwowych i kilka prywatnych. Na pewno moją pracę utrudni to, że w Polsce nie ma regulacji prawnych porządkujących zasady świadczenia porad genetycznych, ani wykonywania badań genetycznych. W naszym kraju nie podpisano Konwencji Bioetycznej Rady Europy. Nie ma też prawa krajowego. Zatem jesteśmy pozbawieni procedur, standardów jakościowych i etycznych w tej dziedzinie. Oznacza to, że wszystkie placówki, które chcą się zajmować genetyką mogą to robić bez nadzoru merytorycznego.

– Czy nie trzeba tego wszystkiego zmienić?

– Jak najbardziej, ale nie będzie to takie proste. Niestety dla genetyki nie ma przyjaznego klimatu, nie ma też pieniędzy. Nigdy do tej pory resort zdrowia nie rozpoczął działań na rzecz utworzenia krajowego

systemu opieki genetycznej. Poradnie genetyczne istnieją jedynie przy dużych centrach – Instytucie Matki i Dziecka, Centrum Zdrowia Dziecka czy Centrum Matki Polki, albo zostały zorganizowane w placówkach naukowych, tak jak to jest u nas we Wrocławiu czy w Gdańsku, Bydgoszczy i Białymstoku. Nie ma w Polsce struktury opieki genetycznej, która byłaby zbudowana i wyposażona



Prof. dr hab. Maria M. Sasiadek
kierownik Katedry i Zakładu
Genetyki Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu (fot. A. Zadrzywłowski)

na w sprzęt przez resort zdrowia. Wszystkie placówki zorganizowane przy uczelniach borykają się z brakiem zorganizowanych możliwości uzyskania sprzętu, dlatego w coraz większym zakresie usługi te są świadczone przez prywatne placówki.

– Czy jednak nowy konsultant krajowy może coś w tej materii zmienić, czym się zajmie? Jak wygląda opieka genetyczna w Polsce?

– Finansowanie naszej działalności na pewno będzie jednym z głównych punktów, który znajdzie się w agendzie moich najważniejszych działań na przyszły rok. Podobnie jak dążenie do wprowadzenia

odpowiedniego ustawodawstwa. W oficjalnej strukturze opieki medycznej w Polsce trzeba znaleźć miejsce dla genetyki klinicznej. Trzeba znaleźć sposób finansowania zakupu sprzętu i tworzenia nowych placówek. W Polsce jest za mało poradni genetycznych. W rezultacie tworzą się horrendalne kolejki. W naszej poradni np. na poradę u lekarza czeka się do 2016 r.

Świadomość znaczenia badań genetycznych w medycynie rośnie nie tylko wśród lekarzy, ale też wśród pacjentów. Oznacza to, że kolejka będzie rosła. Będzie więcej skierowań do placówek genetycznych. Na pewno opieka genetyczna musi być tak ustawiona, żeby – podobnie jak w onkologii – i tu nie było kolejek np. do badań prenatalnych dla dzieci, dla których wczesne rozpoznanie będzie stanowiło klucz do późniejszego prawidłowego postępowania terapeutycznego. Potrzebna jest więc reorganizacja sposobu kontraktowania z NFZ, wprowadzenie procedur „citowych”. No i konieczne jest urealnienie stawek dla genetyki.

Obecnie w wielu regionach kraju opieka genetyczna nie istnieje. Pacjenci muszą dojeżdżać, często do odległych, dużych ośrodków, w których są takie placówki. Tymczasem poradnie genetyczne powinny być otwarte przy szpitalach o profilu ginekologicznym, onkologicznym, neurologicznym czy pediatrycznym. Dyskusyjne jest to, jak taką opiekę zorganizować. Organizacja struktury opieki genetycznej w Polsce to najważniejsza sprawa. Nie da się tego zrobić bez zmiany systemowego finansowania procedur genetycznych. Niestety, świadomość decydentów o możliwościach badań genetycznych oraz ich wycena zatrzymały się na 1978 r.

Tymczasem, podobnie jak w innych specjalnościach medycznych, postęp w genetyce klinicznej jest ogromny. Fakt, że genetyka w Polsce jest dramatycznie niedofi-

nansowana sprawa, że zostajemy w tyle za całym światem. Mamy wszystkie techniki w ręku. Potrafimy z nich korzystać, ale są to techniki tak drogie, że często pacjent musi płacić sam albo musimy go wysyłać za granicę, gdyż nie mamy w kraju środków, aby tak kosztochłonne badania były prowadzone. Jest więc konieczna restrukturyzacja sposobu finansowania naszych usług tak, aby pieniądze zostawały w kraju.

– **Wspomniała pani profesor o Ustawie Bioetycznej.**

– To ogromne zadanie, które nie całkiem pozostaje w gestii konsultanta krajowego. Konsultant krajowy może jedynie tłumaczyć, naciśkać, apelować...

Decyzja o ratyfikowaniu Ustawy Bioetycznej Rady Europy zależy od decyzji władz kraju. Konwencje należy jak najszybciej ratyfikować oraz wprowadzić w Polsce krajowe przepisy prawne ściśle regulujące rynek usług genetycznych. Na razie mamy do czynienia z bezkarnością firm, które np. w Internecie za 300 zł proponują badania genetyczne w celu dochodzenia ojcostwa. Ludzie wysyłają swoje DNA do zupełnie nieznanej firmy, nikt nie wie jak to DNA będzie badane, nikt nie wie jakie jest utajnienie danych osobowych oraz genetycznych, nikt nie wie kto uzyskuje dostęp do takiego DNA, ani nie kontroluje tego, jakie są standardy wykonywania badań.

Mało kto zdaje sobie sprawę, że wypuszczamy w przestrzeń publiczną najbardziej osobiste informacje o sobie. Pamiętajmy, że informacja o chorobach genetycznych to nie jest tylko informacja o pacjencie. To jest też informacja o jego matce, ojcu, rodzeństwie, dzieciach itd. To są wysoce poufne dane.

Obecnie proponuje się wiele testów adresowanych bezpośrednio do klienta. Są testy reklamowane, jako testy pozwalające wykrywanie osobistych skłonności do np. osteoporozy, ryzyka zachorowania na różne nowotwory i wiele in-

nych. Prawda jest taka, że testy te najczęściej nie mają żadnych certyfikacji do wykorzystywania ich w diagnostyce. Ludzie jednak płacą za przysłowiowego kota w worku. Naiwnych nie brakuje.

Trzeba więc jak najszybciej stworzyć nadzór nad badaniami genetycznymi w Polsce. Trzeba skonstruować prawo, które nie dopuści do swobodnej manipulacji materiałem genetycznym Polaków ani na żerowanie na ich naiwności. Jeśli nie zostaną przeprowadzone radykalne zmiany w organizacji i finansowaniu genetyki klinicznej w Polsce, to obawiam się, że specjalizacja ta nie będzie się dalej rozwijała.

– **To chyba czarny scenariusz.**

– Oby się nie spełnił. Przynajmniej we Wrocławiu zdecydowanie nie wygląda tak czarno. Nasz ośrodek genetyczny tworzą dorośli, młodzi ludzie, lekarze i biolodzy molekularni, którzy pracują z ogromnym zaangażowaniem i chcą robić specjalizację. Prawda jest jednak taka, że w kraju nie tworzy się nowych miejsc pracy dla genetyków, nie powstają nowe placówki państwowe.

– **Może nie potrzebujemy takich poradni?**

– No to skąd, w naszej poradni bierze się półtoraroczne oczekiwanie na wizytę u genetyka. Do dziś mam w pamięci krótką rozmowę podczas posiedzenia komisji senackiej z jednym z senatorów, który powiedział, cytując: „a kto widział gena?”. Była wtedy prowadzona dyskusja na temat konsekwencji medycznych badań genetycznych. Jak długo będzie taka świadomość i takie pojmowanie genetyki przez decydentów, to na rozwój tej dziedziny nie mamy co liczyć.

Ja jednak nie wyobrażam sobie funkcjonowania współczesnej medycyny bez genetyki. To niesamowite narzędzie, które robi dużo dobrego.

Jednak o mizernym zainteresowaniu Ministerstwa Zdrowia problemami genetyki może świadczyć fakt, że dwa lata temu zakończyło

się działanie komisji eksperckiej, w skład której wchodził wieloprofilowy zespół prawników, etyków, genetyków, przedstawiciela GIO-DO, którą powołał jednak nie minister zdrowia, a minister nauki! Komisja ta opracowała propozycję ustawy bioetycznej nakreślającej ramy funkcjonowania wszystkich, którzy badają geny. Ze smutkiem muszę stwierdzić, że resort zdrowia nie jest zainteresowany jej wprowadzeniem.

– **Żyjemy w dziwnej rzeczywistości.**

– Mój poprzednik twierdził, że premier Kopacz miała powiedzieć, że będzie to załatwione. Za krótko jestem konsultantem, żebym zdążyła rozmawiać na ten temat z ministrem Arłukowiczem.

– **Jak duża jest skala problemów genetycznych w Polsce?**

– Mówi się, że około 3% żywo urodzonych dzieci rodzi się z problemem genetycznym, 5–10% nowotworów to nowotwory dziedziczne. W licznych nowotworach coraz częściej terapia jest oparta na profilu genetycznym pacjenta/nowotworu. Coraz więcej par ma problemy z płodnością, a 10–15% z nich ma właśnie problemy genetyczne. Coraz powszechniejsze stają się zapłodnienia pozaustrojowe, czyli wspomagane metody prokreacji, coraz więcej ciężarnych korzysta z badań prenatalnych.

Zapotrzebowanie na badania genetyczne jest więc bardzo duże, a będzie jeszcze większe! Chcąc solidnie zająć się tym problemem obok uwarunkowań, o których wspominałam, potrzeba genetyków. Obecnie jest ich w Polsce... osiemdziesięciu kilku! We Wrocławiu mamy 6 lekarzy specjalistów i dwóch w trakcie specjalizacji. Mam to szczęście, że pojawili się w moim zespole ludzie mądrzy, inteligentni, zainteresowani pracą i pełni determinacji!

– **Oby pani profesor Marii Sądziadek, Konsultantowi Krajowemu z zakresu genetyki klinicznej, udało się poprawić sytuację genetyki klinicznej w Polsce.**

Szukajcie mistrzów, bądźcie systematyczni, chodźcie na dyżury – radzi studentom medycyny Mateusz Palczewski, doktorant, rezydent w Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej, założyciel portalu i czasopisma PrzypadkiMedyczne.pl

– Pochodzi Pan z rodziny lekarskiej?

– Nie. Jestem pierwszym lekarzem w rodzinie. Moja żona także jest lekarką, niebawem rozpoczyna specjalizację z psychiatrii dziecięcej.

– Nie miał Pan wątpliwości czy powinien zostać lekarzem?

– Oczywiście, wiele razy. Śmialiśmy się z kolegą często, że może trzeba było otworzyć piekarnię. A na poważnie – przez całe studia równolegle interesowałem się informatyką, stworzyłem portal PrzypadkiMedyczne.pl, a potem czasopismo. Myślałem, że na przykład informatyka, to dużo łatwiejszy chleb niż zawód lekarza, gdzie wiedzy do opanowania jest dużo, a potem odpowiedzialność jest ogromna. Ale to były przemijające wahania. Dzisiaj cieszę się, że nie zmieniłem decyzji.

Czułem podświadomie, że nadaję się na lekarza, bo lubię kontakt z ludźmi. To chyba podstawa w tym zawodzie.

– Studia lekarskie wymagają setek godzin nad książkami. To studia dla tych co lubią się uczyć.

– Fakt, nauki jest dużo. Są przedmioty – kamienie milowe studiów: anatomia, farmakologia, interna – egzaminy z nich są trudne, przygotowanie wymaga dużo pracy.

Największy „odsiew” jest na pierwszym roku. Potem ludzie, jak już przejdą dalej i wiedzą jak się uczyć, to kończą studia, oczywiście, czasem z różnymi przygodami. Znam też osoby, które zdobyły dyplomy, mimo że nie miały – tak to ujmę – predyspozycji intelektualnych, jakie niekiedy przypisuje się studentom medycyny. Jak ktoś jest uparty, to skończy studia.

– To studia dla tych, co kalkulują, że będą mieli dobrze płatną robotę? Czy też dla ludzi z misją, wrażliwych?



Mateusz Palczewski
(fot. Archiwum prywatne)

– Dla jednych i drugich, ale dziś jednak trudno myśleć o medycynie i pracy lekarza jako takiej, która przynosi łatwy zarobek.

Najpierw długie, wymagające studia, następnie często bardzo trudna rekrutacja na wymarzoną specjalizację, a potem często praca w kilku miejscach, to konieczność, nie wybór. Nie wynika to z chęci zarabiania nie wiadomo jak wiele, a jest podyktowana najczęściej potrzebą spłaty kredytu za mieszkanie. Szkoda, że po tak długiej edukacji, będąc lekarzami, wypełniając bardzo odpowiedzialny zawód musimy mierzyć się z takimi problemami.

Z drugiej jednak strony trzeba być realistą – nasz kraj znajduje się na takim, a nie innym poziomie rozwoju gospodarczego, historia ostatnich stuleci też nas nie rozpieszczała. Oddzielnym tematem jest także, najogólniej ujmując, sposób zarządzania systemem ochrony zdrowia w kraju. Myślę, że jeśli czymś pragnieniem są

wysokie zarobki to niekoniecznie będzie celował w medycynę.

Zawsze mnie zastanawia, dlaczego nie moglibyśmy zarabiać tyle, co nasi rówieśnicy z branży programistycznej, czyli 3-4 razy więcej. Czy nasz zawód nie jest dostatecznie potrzebny? Oczywiście są także specjalizacje lekarskie, choć jest ich niedużo, dzięki którym można zarobić dużo.

– Kiedy przychodzi moment na studiach, żeby myśleć, szukać okazji żeby więcej skorzystać z czasu studiów?

– Od początku. Jest jeden warunek – trzeba być systematycznym. Nigdy nie zapomnę, jak na IV roku, jedna ze starszych koleżanek powiedziała do mnie: Mateusz, ucz się dermatologii na każde zajęcia, bo materiału na koniec robi się bardzo dużo. Wziąłem to sobie do serca, zdałem go na dwóch piątkach, ale na moim roku były dramaty, ludzie oblewali go po kilka razy. Takim egzaminem jest też niewątpliwie interna, szczególnie po wprowadzeniu testu, to olbrzymi materiał do przerobienia.

Może to zabrzmieć banalnie, ale jeśli jest się systematycznym, to łatwiej znaleźć czas na dodatkowe zajęcia.

– Według jakiego klucza szukać dodatkowych miejsc, zajęć, gdzie można by się realizować?

– Dobrym pomysłem jest dołączanie do kół naukowych. Poza poszerzaniem wiedzy z konkretnych dziedzin, to także sposobność na naukę pisania prac naukowych, pierwsze wystąpienia na konferencjach i uczestniczenie w dyżurach.

Przede wszystkim zachęcam, aby chodzić na dyżury, i to do różnych klinik. Wycieczki na dyżury, także nocne, zacząłem już na drugim roku, podczas gdy zajęcia kliniczne zaczynały się na trzecim. Nikt nie robił z tym kłopotów.

Zacząłem od kardiochirurgii, czyli dziedziny bardzo wymagającej. Powiedziano mi, że to koło naukowe, gdzie bardzo dużo można się nauczyć. Od tej pory zacząłem się interesować chirurgią. Szybko poczułem, że mam pewne predyspozycje manualne do pracy jako chirurg.

– **Ktoś to Panu powiedział?**

– Można wyczuć to samemu. Jeśli nie ma się problemów z wiązaniem węzłów chirurgicznych, nie robi się słabo na widok otwartej jamy brzusznej, czy klatki piersiowej, a przede wszystkim jest się ciekawym, jaki będzie kolejny etap zabiegu – to można samemu to oszacować.

Chodząc na dyżury trzeba być cierpliwym. Studenci czasem wyobrażają sobie, że jak pójdą do kliniki to trafią na sceny rodem z „Doktora House’a”, trudne przypadki, dylematy lekarzy prowadzących, dużo się będzie działo. Dyżur dyżurowi nie jest równy. Na studiach byłem na setkach dyżurów, ale dosłownie na kilku działało się coś naprawdę ekscytującego. Ale to i tak nie o tą ekscytację chodzi.

Takie doświadczenia bardzo przybliżają pracę, którą na co dzień wykonują lekarze, ale – co podkreślam, i tak byłem zaskoczony, kiedy już sam trafiłem na oddział.

Kiedy przyszedłem pierwszego dnia do pracy dowiedziałem się, że mam już dwie swoje sale z pacjentami, muszę kontrolować wyniki badań, dawać zlecenia dotyczące leczenia, rozmawiać z rodzicami na temat dalszego sposobu leczenia, kiedy dziecko wyjdzie do domu, odpowiadać na dziesiątki pytań.

Gdybym jeszcze raz był na czwartym, piątym roku starałbym się podczas dyżurów podążać krok w krok za lekarzem dyżurnym. Patrzeć jakie podejmuje decyzje, jakie wypisuje kroplówki, pytać dlaczego taki antybiotyk, a nie inny, dlaczego w takiej dawce, a nie innej.

Zachęcam także, aby uczyć się dokładnie, zgłębiać tematy – i wcale nie po to, aby zdać najbliższy egzamin, ale aby tą wiedzę można było kiedyś wykorzystać.

– **Dużo Pana kolegów lub koleżanek chodziło na dyżury?**

– Według mojej wiedzy, mniej-szość.

– **Lekarze chętnie widzą studentów na oddziałach?**

– Na ogół nie mają nic przeciwko. Dobrze wybierać doświadczonych lekarzy, którzy mają opanowane procedury i dużą wiedzę.

Najważniejsza jest jednak cierpliwość i determinacja. Jeśli ktoś będzie chodził raz w miesiącu na półtora godziny, to niewiele się dowie.

I jeszcze jedno: na studiach nie jesteśmy uczeni prowadzenia dokumentacji medycznej, tego, jak wypełnić kartę zleceń, jak wpisać lek, jak go rozpiścić na kolejne dni. To naprawdę zajmuje mnóstwo czasu w pracy.

Ogólnie, przydałby się przedmiot: przygotowanie do pracy jako lekarz. Choćby i na koniec studiów. To byłoby przejście do praktyki.

– **Co ma Pan na myśli?**

– W polskim systemie ochrony zdrowia jest olbrzymi deficyt lekarzy w stosunku do liczby pacjentów. Na lekarza spada ogrom dodatkowej pracy, o której podczas studiów się nie mówi. Nie mówi się, że będziemy często w sytuacjach, kiedy natłok zadań będzie bardzo duży i trzeba będzie działać pod presją. Zrobienie wypisu pacjenta, przyjęcie pacjenta na ostrym dyżurze, a w głowie ciągle tkwi myśl, że na mojej sali są pacjenci, którymi też muszę się zająć. A tu jeszcze trzeba znaleźć czas na to, by podejść do pacjenta lub jego rodziców by z nimi porozmawiać.

– **Był Pan na „Bogach” o profesorze Relidze?**

– Oczywiście. Świetny film. Po wyjściu z kina od razu się chciało wracać do pracy, tak jest pozytywny. I dobrze przedstawia realia.

– **Tamte realia, czy współczesne?**

– Wtedy profesor Religa sam od podstaw budował klinikę w Zabrzu. My też dzisiaj własnymi siłami próbujemy wyremontować klinikę.

– **Profesor Religa skupił wokół siebie grupę ludzi, niektórzy sami garnęli się do niego. Byli tam dzisiejsi profesorowie Zembała, Bochenek, Cichoń, dla których Religa był przewodnikiem, liderem, mistrzem. Pan też na studiach miał takiego przewodnika? Czy warto takiej osoby szukać?**

– Warto. Miałem tę przyjemność, że moim pierwszym przewodnikiem był pan profesor Romuald Cichoń, uczeń profesora Religi. Na słynnym zdjęciu

wykonanym po zabiegu przeszczepu to on leżał wyczerpany w tle pod ścianą.

Jestem mu wdzięczny za cenne rady, kiedy chodziłem na zajęcia koła naukowego kardiochirurgii. Inspirował mnie, wiele się od niego nauczyłem – także w kwestii postawy jaką powinien przyjmować lekarz.

W tej chwili kierownikiem mojej specjalizacji jest szef naszej kliniki profesor Dariusz Patkowski, on jest moim przewodnikiem, bardzo cierpliwym. Jak i zresztą cały zespół.

Właśnie uczestnicząc w dyżurach można poznać taką osobę, od której będzie można wiele się nauczyć, która pokieruje, podpowie. Taką wiedzę przyswaja się dużo lepiej, niż tę przeczytaną w książce.

– **Studenci medycyny mają też wiele okazji na wyjazdy stypendialne za granicę. Warto z nich korzystać?**

– Warto, ale trzeba analizować, czy tam gdzie pojedziemy, czegokolwiek się nauczymy. Niekiedy można podczas stypendiów zaobserwować jak działa system opieki zdrowotnej w innym kraju, co dobre jest do przeniesienia do Polski, nawet na najniższym poziomie.

Byłem dwa razy w Stanach Zjednoczonych w Cleveland na kilkumiesięcznych stażach, na miesięcznym wyjeździe do Walencji. Były związane z chirurgią, a już wiedziałem, że zajmę się nią w przyszłości.

– **Na studiach stworzył Pan portal PrzypadkiMedyczne.pl., który szybko nabrał dużego rozmachu. Co Panu dało to przedsięwzięcie?**

– Na początku dużą frajdę, bo to był nowy, oryginalny pomysł. A patrząc z dzisiejszej perspektywy: przedyskutowaliśmy setki przypadków medycznych ze studentami, doktorantami, lekarzami z całego kraju. Poznawaliśmy opinie na temat tego samego przypadku ludzi z innych ośrodków, z innych uczelni.

Mam z tego czasu dużo znajomości, które podtrzymuję.

Poza tym powstało czasopismo „PrzypadkiMedyczne.pl”, punktowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

W tym roku został zarejestrowany dziesięciotysięczny użytkownik portalu. Ta inicjatywa cały czas się rozwija i ciągle się podoba.

„Dziękuję za 10 lat współpracy całemu mojemu zespołowi – bez dobrego zespołu żaden szef nic nie zdziała” – rozmowa z dr. hab. Andrzejem M. Falem, prof. nadzw.

W listopadzie powołano Pana Profesora na Prezesa Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego – jak teraz będzie wyglądała współpraca z katedrą?

Wybór na Prezesa Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego jest kontynuacją mojej aktywności w tym obszarze, jest także wyrazem uznania dla dolnośląskiego oddziału, który należy do najaktywniejszych w Polsce. W dużej części wiąże się także z moim przejściem do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz jednocześnie z zaproszeniem do stworzenia profilu zdrowia publicznego w Uczelni Łazarskiego. Generalnie te wszystkie aktywności wiążą się z Warszawą, stąd także konieczność zmniejszenia ilości obowiązków we Wrocławiu. Katedra Zdrowia Publicznego naszego Uniwersytetu pozostanie jednak moim „dzieckiem”, mam nadzieję na dobrą współpracę z moim następcą na stanowisku jej kierownika, a także na kontynuację projektów i przewodów doktorskich. Wierzę, że przekazuję katedrę w dobre ręce, a niewątpliwie współpraca z Narodowym Instytutem i Uczelnią Łazarskiego przyniesie także korzyści Uniwersytetowi Medycznemu we Wrocławiu, pozwalając na prowadzenie dużych projektów z zakresu zdrowia publicznego.

Panie Profesorze, stworzył Pan Katerę Zdrowia Publicznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu ponad 10 lat temu, proszę powiedzieć co przez ten czas udało się osiągnąć, czy Pana oczekiwania się sprawdziły?



Tak jak w każdej sytuacji – prawdopodobnie mogąc przejść te 10 lat jeszcze raz, wiele rzeczy zrobiłbym inaczej, ale wiele bezwzględnie bym powtórzył. Uważam, że stworzenie nowego kierunku studiów było wyzwaniem, któremu podołaliśmy dzięki wspaniałej postawie wielu pracowników Katedry. W Katedrze powstał kompleksowy podręcznik zdrowia publicznego oraz kwartalnik mający obecnie dobrą pozycję „w branży”. W pierwszych latach działania w Katedrze wykladało wielu praktyków, na co dzień zarządzających różnymi instytucjami z obszaru ochrony zdrowia. Późniejsze regulacje ustawowe uniemożliwiły jednak tak szeroką współpracę, co moim zdaniem jest istotną szkodą dla atrakcyjności dydaktyki.

Zdecydowanie chciałbym, aby było więcej prowadzonych badań naukowych, jednak przy przede wszystkim dydaktycznym profilu Katedry wynik kilkudziesięciu IF i prawie tysiąca punktów MNiSW jest zupełnie niezły.

Katedra Zdrowia Publicznego dzięki swojemu interdyscyplinarnemu obszarowi działań inicjuje wiele wydarzeń zarówno z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, jak również skupia się na zarządzaniu i organizowaniu ochrony zdrowia. Proszę opowiedzieć o wydarzeniach, które na stałe wpisały się w działalność Katedry.

Przez kolejne lata inicjowaliśmy, a potem kontynuowaliśmy kilka cyklicznych konferencji: „Wrocławskie Dni Zdrowia Publicznego” – jedna z największych imprez studenckich o zdrowiu publicznym w Polsce, w ramach której naszym studentom, pod patronatem Katedry, udało się zorganizować dwie debaty oksfordzkie – formy unikalne na polskich uczelniach, konferencję Know Health – wspólnie z partnerami stworzyliśmy międzynarodowe forum, w trakcie czterech edycji którego gościliśmy już ponad trzydziestu wykładowców z całego świata, m.in. z USA, Kanady, Japonii, ale także z większości krajów UE.

Przez wiele lat przewodniczyłem Radzie Konsorcjum „Wrocławski Instytut Zdrowia Publicznego”, którego konsorcjantami byli JM Rektor UMW, Prezydent Wrocławia, Wojewoda dolnośląski i Marszałek województwa. Udało się zrealizować

wiele wspólnych projektów, choćby dotyczących nadwagi młodzieży, nadmiernej umieralności noworodków, wczesnej diagnostyki alergii i astmy. W ostatnich 2–3 latach aktywność zdecydowanie zmalała, co wynika z wielkości środków wpisanych w nieco kryzysowe w tym kontekście budżety.

Jakie było najtrudniejsze wyzwanie, z którym należało się zmierzyć? Co jeszcze pozostało do zrobienia?

Ponieważ, jak wspomniałem, dydaktyka jest istotnym celem Katedry, bardzo ważne było zawsze stworzenie i prowadzenie kierunku zdrowie publiczne. Z tym też wiązały się i w dalszym ciągu wiążą, największe wyzwania i trudności. Z powodu zmian w standardach kształcenia, a w zdrowiu publicznym w ostatnich latach zmieniały się one kilkakrotnie, za każdym razem trzeba było dostosowywać do nich programy nauczania. Trudności powodowała

też niewielka liczba samodzielnych pracowników, specjalistów zdrowia publicznego, co zawsze utrudniało budowę silnego minimum kadrowego. Dopiero ostatnia nowela ustawy, nieco liberalizująca wymogi, pozwoliła na chwilę oddechu. Uważam, że największym wyzwaniem stojącym przed następnym kierownikiem katedry jest dalsze zwiększanie atrakcyjności kierunku. W obliczu niżu demograficznego jest to jedyna droga do jego utrzymania i rozwoju.

Kierowanie Katedrą to wiele wyzwań organizacyjnych, ale to także umiejętność współpracy z ludźmi. W jaki sposób udawało się Panu łączyć te dwa obszary?

Chyba po prostu miałem szczęście. Katedra w pewnych okresach, wliczając także osoby pracujące na umowy-zlecenia, zatrudniała ponad 50 osób. W moim odbiorze atmosfera była wspaniała, przyjazna, momentami wręcz rodzinna. Może

nawet nie do końca na co dzień zdawaliśmy sobie sprawę, jak dużą strukturę stanowimy – specyfiką dużych katedr teoretycznych jest rozłożenie w czasie – różni asystenci prowadzą zajęcia, mają konsultacje etc. w różnych porach dnia, czasami nawet do godziny 21, czasami w weekendy, a czasami w różnych budynkach Uniwersytetu. To „rozproszenie” dla mnie było zawsze najtrudniejszym elementem w efektywnym prowadzeniu Katedry.

Chciałbym skorzystać z okazji i bardzo podziękować za 10 lat współpracy całemu mojemu zespołowi. Bez dobrego zespołu żaden szef nic nie zna czy. Państwo byliście zawsze wspaniali, chociaż bywało trudno. Mam nadzieję, że ten duch pozostanie w Was na jeszcze wiele lat. Moi drodzy – zostaję w Katedrze, chociaż będę tu dużo rzadziej, ale każdy z Państwa zawsze, jak dotychczas może do mnie z każdym problemem przyjść.

Katarzyna Kozłowska

O sztuce życia i umierania – rozmowa z dr Jadwigą Wais

Książki pt. „Bracia Grimm i Siostra Śmierć” otrzymała bardzo dobre recenzje. Co Pani czuje, czytając pozytywne opinie na temat własnej książki?

Z chwilą gdy wydawnictwo Eneteia wydało moją książkę „Bracia Grimm i Siostra Śmierć”, zniknęła mi ona z oczu i nie miałam pewności co się z nią stanie i czy do kogoś dotrze. To tak jakbym wrzuciła butelkę z wiadomością do wielkiego oceanu. Dla tego wielką radość sprawiała mi informacja zwrotna w postaci recenzji, a zwłaszcza audycji Dagmary Chojnackiej, nadanej 1 listopada 2014 r. o mojej książce w Radiu Wrocław.



Jadwiga Wais – dr, socjolożka, antropolożka baśni i przemiany duchowej. Zajmuje się zagadnieniami z pogranicza filozofii, psychologii, socjologii, mitologii, baśni i literatury pięknej. Prowadzi na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu zlecone zajęcia z psychologii medycyny. Autorka książek „Gilgamesz i Psyche” (2001), „Ścieżki baśni” (2007), „Bracia Grimm i Siostra Śmierć” (2014). W przygotowaniu książka o sztuce miłości w baśniach.

Książka porusza bardzo ważne tematy – mówi o życiu i śmierci. Czy jest to książka dla każdego?

Od dawna fascynuję się baśniami. „Bracia Grimm i Siostra Śmierć” jest moją drugą książką o baśniach. Baśnie europejskie, w tym także baśnie słowiańskie i baśnie Braci Grimm mają swoje źródła w archaicznych tradycjach lokalnych, antycznych, perskich, indyjskich, chińskich. Zanim zostały spisane, to przez setki lat krążyły jako opowieści ustne, otwierając słuchaczom drzwi do innych przestrzeni i innego czasu – do nieskończoności i wieczności. Magia czarodziejskiego królestwa baśni zaspokaja nasze pierwotne potrzeby przeżycia porwających przygód, wspólnoty, pokoju, harmonii, dotknięcia tajemnicy życia i śmierci. W mojej książce wędruję wraz z baśniowymi bohaterami drogą pełną niebezpieczeństw i niespodzianek w poszukiwaniu sposobu na spełnienia życia i oswojenia się ze śmiercią. Każdy może wziąć udział w tej wędrówce.

Umieranie kojarzy się z przeżyciem tragicznym, budzi lęk... Jak Pani postrzega proces umierania?

Doświadczenie poucza nas, że to inni umierają. A mimo to boimy się śmierci. Nie spełniło się marzenie mędrców o lekarstwie na lęk przed śmiercią. Do lat 70. XX wieku śmierć była tematem tabu. Dopiero dzieło lekarki Elizabeth Kubler-Ross

udowodniło, że można rozmawiać o śmierci nawet z umierającymi osobami. Od tego czasu jesteśmy świadkami procesu przełamywania zмовы milczenia dotyczącej śmierci i umierania. Rozmawianie o śmierci i towarzyszenie w umieraniu osobom kochanym i bliskim mają w sobie moc łagodzenia lęku. Dzięki temu umieranie przestaje być jakimś patetycznym i strasznym rytuałem i staje się doświadczeniem czulej opieki, codziennej obecności w rozmowie i w milczeniu. Najlepiej wyjaśniają to słowa pewnego syna czuwającego przy mamie w hospicjum: „Moja kochana mama mnie dobrze urodziła a teraz ja ją dobrze umieram”...

W książce wspomina Pani o kampanii „Umierać po ludzku”. Czy akcja przyniosła założone skutki?

W Polsce do przerywania milczenia o śmierci i umieraniu przyczyniły się dwie wielkie akcje społeczne. Pierwsza zainicjowana przez „Politykę” w 1998 r. poprzez serię artykułów „Przedostatnia posługa”. Druga akcja społeczna „Umierać po ludzku” została przeprowadzona przez „Gazetę Wyborczą” w 2008 r. Obie te akcje społeczne trwają do dziś. Biorą w nich udział lekarze, studenci medycyny, bioetycy, psycholodzy, dziennikarze, reportażyści, księża, wolontariusze, krajowi kolsuntanci medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Najcenniejsze są tysiące listów czytelników i wypowiedzi w Internecie (m.in. na stronie www.umieracpoludzku.pl). W listach ludzie dawali wyraz stłumionym dotąd uczuciom rozpaczy, bezsilności, samotności i lęku. Dzieliли się przeżyciami i doświadczeniami ze „szpitalnego umierania” swoich najbliższych. 71 procent pytanym w sondażu odpowiedziało, że żyjemy tak, jakby śmierci nie było. Wszyscy boimy się rozmawiać, a nawet myśleć o niej. Wychowani w głębokim przekonaniu, że o śmierci nie wypada mówić, zwłaszcza publicznie, przekazujemy ten wzorzec dzieciom, którym jeszcze trudniej w samotności poradzić sobie z tą pilnie strzeżoną tajemnicą. Społeczna akcja „Umierać po ludzku” przerwała tamę. Czytelnicy są wdzięczni, że wreszcie

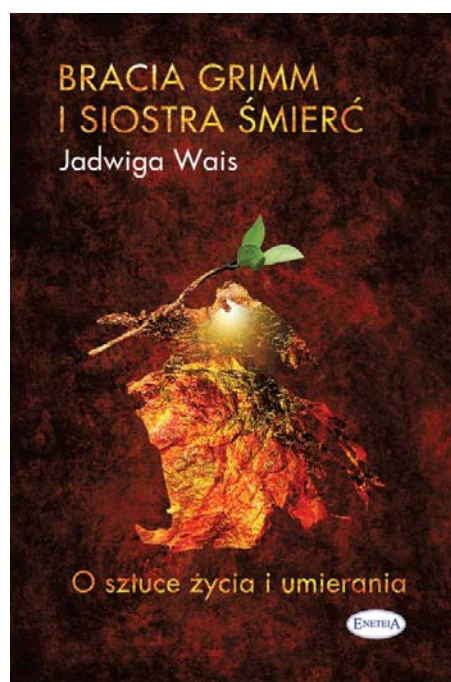
mogą otwarcie i szczerze podzielić się swoim poczuciem winy, krzywdy, samotności, bezradności w doświadczaniu umierania osób bliskich. Wiele możemy nauczyć się z tych listów, reportaży, wyznań i rozmów. Na niektórych uczelniach medycznych zostały wprowadzone warsztaty i zajęcia z medycyny paliatywnej dla studentów, którzy w przyszłości będą lekarzami. Na zakończenie akcji został wydany „Informator dla ludzi przewlekle chorych, umierających i ich rodzin”, w którym zamieszczono również dziesięć Praw Człowieka Umierającego.

Czy „Bracia Grimm i Siostra Śmierć. O sztuce życia i umierania” to obowiązkowa lektura dla studentów UMW?

Pragnę gorąco polecić moją książkę studentom medycyny. Moimi mistrzyniami są lekarki Elizabeth Kubler-Ross i Cecylia Sunders – ich książki są podręcznikami dla lekarzy na całym świecie. Stworzyły one nowoczesną medycynę paliatywną. Ich rozmowy z umierającymi ludźmi wzbogacą wiedzę studentów medycyny o życie fizyczne, psychiczne i duchowe umierających ludzi i ich rodzin. Pomogą studentom nauczyć się tego, czego najbardziej się boją: spotkania, rozmawiania i milczenia z umierającymi pacjentami. Byliśmy pierwszą w Polsce uczelnią medyczną, która wprowadziła do dydaktyki studentów medycyny zagadnienia śmierci i umierania.

Roman Skawiński już w latach 80. wprowadził na naszej wrocławskiej uczelni zajęcia z tanatologii dla studentów medycyny. Od tamtej pory do dziś zarówno władze uczelni, jak i kolejni szefowie nauk humanistycznych pozostają otwarci na te zagadnienia.

Jednak nawet najlepsze książki nigdy nie zastąpią realnego, osobistego spotkania z człowiekiem przewlekle chorym, starym, samotnym i umierającym, dlatego moi studenci w ramach zajęć z psychologii medycyny po dwa razy odwiedzają DPS-y (tzw. domy starców) i hospicja. Niektórzy z nich kontynuują te odwiedziny już jako wolontariusze.



Złoty medal, wyróżnienie i nagroda specjalna dla naukowców z naszej Uczelni

W dniach 13–15 listopada 2014 r. w Brukseli odbyły się 63 Targi Wynalazczości, Badań Naukowych i Nowych Technologii „Brussels Innova”, podczas których Wrocławskie Centrum Badań EIT+ zaprezentowało m.in. wynalazek: „Sposób wykrywania obniżonej podatności na przeciwnowotworową chemioterapię adjuwantową u pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego”. Wynalazek ten został również zgłoszony na odbywający się na tych targach konkurs EUREKA. Autorami zgłoszonego rozwiązania są m.in. pracownicy Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: dr hab. Marzenna Podhorska-Okołów prof. nadzw., dr Agnieszka Gomułkiewicz, mgr Mateusz Olbromski oraz prof. dr hab. Piotr Dzięgiel.

W ramach konkursu, grono 90 ekspertów z Belgii oraz innych krajów, pod przewodnictwem jury z Olivierem Nagelmackersem, ekspertem biznesu na czele, dokonało oceny zaprezentowanych wynalazków. Najlepszym pomysłem naukowców z całego świata przyznano nagrody i medale. Rozwiązanie pracowników Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, dotyczące zastosowania nowego sposobu oceny predykcyjnej w rakach gruczołu piersiowego, zostało nagrodzone złotym medalem ze specjalnym wyróżnieniem jury, a także nagrodą specjalną przyznaną przez Stowarzyszenie Wynalazczości z Tajwanu (Taiwan Prominent Inventor Association) zrzeszające ponad 2000 członków na całym świecie. Jak zaznaczył prof.



Mgr Mateusz Olbromski, prof. Piotr Dzięgiel, dr Agnieszka Gomułkiewicz, dr hab. Marzenna Podhorska-Okołów, prof. nadzw.

Piotr Dzięgiel, wynalazek naukowców z naszej uczelni w przyszłości może zaowocować nowym podejściem w terapii raków gruczołu pier-

siewego oraz poprawić efektywność leczenia guzów nowotworowych różnych narządów.

(fot. A. Zadrzywlski)



BIT's 1st Annual World Congress of Oral & Dental Medicine – CODM 2014

W dniach 13–16 listopada 2014 r., na zaproszenie Komitetu Naukowego BIT's 1st Annual World Congress of Oral & Dental Medicine oraz rządu prowincji Hainan w Chinach przebywaaliśmy w Haikou na Pierwszej Konferencji Stomatologicznej zorganizowanej w ramach BIT's 5th Word Gene Convention – 2014. Jednocześnie odbywały się inne konferencje poruszające problemy medyczne. Ceremonia otwarcia zgromadziła ponad trzy tysiące uczestników z całego świata. W Keynote Forum wystąpili czterej laureaci Nagród Nobla w dziedzinie chemii z lat 1988, 2009, 2011 i 2013 oraz m.in.: dr Orlando Monteiro da Silva Past-President Word Dental Federation (FDI) i prezydent Portugalskiego Towarzystwa Stomatologicznego, dr Sammy Noumbissi – prezydent International Academy of Ceramic Implantology ze Stanów Zjednoczonych Ameryki.

Przewodnim tematem konferencji było „Bring Beatiful Smile to the Earth”. Wystąpienia podzielono na sesje tematyczne z zakresu biologii

jamy ustnej, chorób jamy ustnej i ich leczenia, stomatologii zapobiegawczej, ortodoncji, endodoncji, protezyki stomatologicznej, implantologii, stomatologii operacyjnej i wielu innych. Ogółem wygłoszono ponad 200 referatów w 50 równoległych sesjach naukowych. Nasze referaty dotyczyły wpływu chemicznych środków retrakcyjnych używanych podczas wykonania protez stałych na pierwotne fibroblasty, pochodzące z ludzkiego dziąsła oraz zgodności z elastomerycznymi materiałami wyciskowymi. Wyniki tych badań zostały wcześniej opublikowane w czasopiśmie Archives of Oral Biology oraz Journal of Prosthetic Dentistry i dostrzeżone przez Komitet Naukowy Konferencji. Byliśmy na tej konferencji jedynymi wykładowcami z Polski. Dr hab. Jolanta Saczko prof. nadzw. została ponadto poproszona o prowadzenie sesji naukowej Prosthodontics Aesthetic and Restorative Dentistry. Podczas sesji wywiązała się twórcza dyskusja oraz nawiązano kontakty mogące w przyszłości służyć wymianie naukowej.



Oprócz korzyści naukowych wyjazd dostarczył wielu niezapomnianych wrażeń i spotkania z chińską kulturą. Miałyśmy możliwość uczestniczenia w wycieczce obejmującej ciekawe miejsca na wyspie Hainan (park geologiczny, stożek wulkanu) oraz zwiedzanie miasta Haikou, obiektów sakralnych i Muzeum Narodowego.

Szczególnie pragniemy podziękować JM Rektorowi UMW prof. dr. hab. Markowi Ziętkowi i Prezesowi Fundacji UMW inż. Wiesławowi Zawadzkie za merytoryczną pomoc i wsparcie finansowe naszego uczestnictwa w konferencji.



Broderskie spotkanie sieciujące – możliwości finansowania projektów badawczych w nowej perspektywie finansowej 2014–2020

27 listopada 2014 r. w sali W4 Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analizy Medycznej UMW odbyło się Broderskie spotkanie sieciujące, którego głównym tematem były możliwości finansowania projektów w nowej perspektywie finansowej 2014–2020. Spotkanie zorganizowali Brokerszy Innowacji: Justyna Bazan z Wydziału Nauk o Zdrowiu i Aleksander Zuchowski z Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analizy Medycznej.

Celem spotkania było tworzenie infrastruktury społecznej wspierającej proces komercjalizacji wiedzy, opierającej się na integracji środowiska naukowego i ekonomicznego poprzez dążenie do upowszechniania polskich innowacyjnych rozwiązań w zastosowaniu gospodarczym.

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele firm sektora medycznego i farmaceutycznego.

W ramach spotkania wystąpiła międzynarodowa firma Euro-Funding Advisory Group, zajmująca się pozyskiwaniem środków na działalność naukową. Składało się ono

z czterech sesji: pierwsza dotyczyła programów krajowych i regionalnych w ramach nowej perspektywy finansowej 2014–2020 w obszarze nauk medycznych. Tematem przewodnim drugiej sesji był program Horyzont 2020, trzecia sesja została poprowadzona przez przedstawiciela firmy Philips, który mówił o komercjalizacji wyników prac B+R na przykładzie urządzeń medycznych, a czwartą sesję stanowił tzw. networking.

Brokerszy Innowacji, realizujący Program Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, zajmują się analizą wyników prac naukowych pod kątem komercjalizacji, budowaniem sieci powiązań Wydziałów z otoczeniem i podejmują działania w kierunku doprowadzenia do efektywnej komercjalizacji w postaci licencji lub spółki typu *spin-off*.

Program MNiSW Brokerszy Innowacji jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.

(fot. T. Walów)



Chór UMW w prestiżowym projekcie „1000 Voices for Peace”

W dniach 4–9 listopada 2014 r. Chór „Medici Cantantes” Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod dyktando dr hab. Agnieszki Franków-Żelazny uczestniczył w Belgii – na zaproszenie Instytutu Polskiego w Brukseli oraz festiwalu „Festival van Vlaanderen” – w międzynarodowym projekcie „1000 Voices for Peace”. Chór wrocławskich medyków reprezentował tym samym kraj jako jedyny polski zespół spośród 39 chórów z 17 krajów świata. Ideą projektu było uczczenie 100. rocznicy wybuchu I wojny światowej – jak podkreślali organizatorzy – „wojny, która miała daleko idące konsekwencje dla całej planety, która spowodowała, że stary świat sprzed 1914 r. przestał istnieć”.

Pierwsze dwa dni upłynęły członkom chóru na pobycie w Ypres (Ieper), gdzie uczestniczyli w uroczystości poświęconej ofiarom I wojny światowej oraz wykonali wspólny koncert wraz z miejscowym chórem Het Iepers Kamerkoor. Była to także doskonała okazja do lepszego pozna-



nia tragicznej historii I wojny światowej, bezsensu jej ofiar, których pamięć do dziś jest żywo podtrzymywana na terenach „flandryjskich pól”.

Przymiarki do wielkiego finału rozpoczęły próby w Gandawie, które następnie przeniosły się do stolicy – ostatnie 3 dni upłynęły na intensywnych przygotowaniach w Narodowej Bazy-

lice Najświętszego Serca w Brukseli. Tam właśnie, 9 listopada miał miejsce koncert finałowy – w obecności króla i królowej Belgów – Filipa I i Matyldy wraz z ponad tysiącem wykonawców z towarzyszeniem brukselskich filharmoników pod dyktando Andresa Mustonena, wrocławscy chórzyci wykonali światową prapremierę dzieła Krzysztofa Pendereckiego „Dies Illa” – napisanego specjalnie na tę okazję. Przesłanie pokoju – odtworzone w czasie uroczystości – wystosowali Sekretarz Generalny ONZ Ban Ki-moon, z kosmosu astronauta Alexander Gerst, Max Surayev i Reid Wiseman, a specjalną przemowę do obecnych, bezpośrednio na koncercie, wystosował Herman van Rompuy – przewodniczący Rady Europejskiej, który objął cały projekt swoim patronatem.

Udział Chóru UMW w tak znakomitym i znamienitym projekcie był ogromnym wyróżnieniem i kolejnym podkreśleniem jego poziomu artystycznego.

(fot. Daniel Ost, Festival van Vlaanderen, Bruksela)



Serwis informacyjny Biblioteki UMW

Materiały dydaktyczne w Repozytorium Uczelnianym

W 2013 r. Biblioteka UMW rozpoczęła realizację projektu „Repozytorium naukowo-dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”. E-zasoby Repozytorium będą docelowo tworzyć trzy kolekcje: dydaktyczna, naukowa i dziedzictwa kulturowego. Jako pierwsze zostały zamieszczone zasoby w kolekcji dziedzictwa kulturowego, która liczy obecnie 100 pełnotekstowych pozycji z zakresu medycyny z XIX i początku XX w., których autorami są osoby bezpośrednio lub pośrednio związane z Wrocławiem i Dolnym Śląskiem (m.in. doktoraty obronione na Uniwersytecie Wrocławskim, publikacje wydane we Wrocławiu lub Lwowie).

W styczniu 2015 r. jest planowane uruchomienie kolekcji dydaktycznej, którą będą tworzyć: wykłady, prezentacje, materiały dydaktyczne przygotowane przez prowadzących, skrypty, itp. Główną zaletą Repozytorium jest zniesienie barier w dostępie, zwiększenie skuteczności wyszukiwania, rozpowszechniania, a co za tym idzie oddziaływania publikacji, wspieranie edukacji studentów poprzez ułatwianie dostępu do materiałów dydaktycznych, zdeponowanych w jednym konkretnym miejscu, na wspólnej platformie. O poziomie dostępności materiałów dydaktycznych decyduje ich autor – otwarty Internet, sieć uczelniana czy komputer w Bibliotece UMW.

Wszystkich chętnych do zamieszczenia cyfrowych wersji swoich materiałów dydaktycznych zachęcamy do kontaktu z redakcją Repozytorium: dominika.sidorska@umed.wroc.pl lub aleksandra.gniady@umed.wroc.pl.

Zgromadzone publikacje są udostępniane każdemu zainteresowanemu za pośrednictwem strony internetowej Biblioteki UMW w zakładce „Repozytorium”: www.bg.umed.wroc.pl/repozytorium.html

Informacja patentowa

Informacja patentowa dostarcza wiedzy na temat zgłoszonych i prawie chronionych rozwiązań i technologii. Rocznie na świecie publikuje się około 1,5 miliona dokumentów patentowych. Źródłami informacji patentowej są m.in. wydawnictwa oficjalne urzędów patentowych, akty normatywne, Międzynarodowa Klasyfikacja Patentowa, Międzynarodowa Klasyfikacja Towarów i Usług, Międzynarodowa Klasyfikacja Wzorów Przemysłowych czy udostępniane online bazy danych. Wiele bezpłatnych baz i usług online dostępnych w Internecie umożliwia wyszukiwanie przyznanych i zgłoszonych patentów.

Na stronach European Patent Office można przeszukiwać patenty w serwisie Espacenet (<http://worldwide.espacenet.com/>) – systemie wyszukiwawczym, zawierającym ponad 80 milionów dokumentów patentowych z całego świata, skorzystać z European Publication Server – dostęp do publikowanych cotygodniowo zgłoszeń o przyznanych patentach, European Patent Register czy Patent Scope. Serwis Espacenet umożliwia również wyszukiwanie za pośrednictwem „narodowych instancji”, w tym polskiej.

Krajowe urzędy patentowe również udostępniają darmowe narzędzia do wyszukiwania patentów. W przypadku Urzędu Patentowego Rzeczypospolitej Polskiej (<http://www.uprp.pl/>) są to bazy danych UP RP: wy-

nalazki, wzory użytkowe, znaki towarowe, wzory przemysłowe, wzory zdobnicze, oznaczenia geograficzne, topografie układów scalonych, jak i system wyszukiwawczy Espacenet-PL (<http://pl.espacenet.com/>), który umożliwia wyszukiwanie danych bibliograficznych i opisów polskich wynalazków i wzorów użytkowych, dokumentacji patentowej EPO patentów ważnych na terytorium Polski.

Przykładowe patentowe bazy innych krajów to: DepatisNET (Niemcy), USPTO (USA), IPSUM (UK).

Komercyjnymi źródłami informacji patentowej są również bibliograficzne bazy danych i serwisy zawierające, oprócz literatury naukowej, opisy dokumentów patentowych, jak np. baza Scopus, Chemical Abstracts Service (SCI Finder) czy Ebsco Discovery Service. Wymienione bazy danych znajdują się aktualnie w subskrypcji Biblioteki UMW. W bazie CAS (SCI Finder) można wyszukiwać patenty wg nazwiska wynalazcy, numeru patentu, nazwy organizacji, daty publikacji. Ebsco Discovery Service przeszukuje zawartość bazy danych US Patent and Trademark Office (USPTO), a baza Scopus 24 miliony patentów z urzędów patentowych: US Patent & Trademark Office, European Patent Office, Japan Patent Office, Word Intellectual Property Organization, UK Intellectual Property Office.

Godziny otwarcia Biblioteki UMW w okresie ferii zimowych

23 grudnia – godz. 8–16
24–28 grudnia – nieczynne
29–30 grudnia – godz. 8–16
31 grudnia – godz. 8–14
1–6 stycznia – nieczynne

Nominacje profesorskie

10 listopada br. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski wręczył akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. W gronie naukowców znaleźli się pracownicy naszej Uczelni, nominacje profesorskie nauk medycznych otrzymali: Halina Grajeta i Tomasz Wróbel.

Prof. dr hab. Halina Grajeta



foto. Wojciech Olkuszniak

Prof. dr hab. Halina Grajeta ukończyła studia na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1976 r. i w tym samym roku została zatrudniona jako asystent w Katedrze i Zakładzie Bromatologii AM, gdzie pracuje do obecnej chwili. W 1985 r. uzyskała stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych na podstawie rozprawy doktorskiej pt. „Badania zawartości arsenu w roślinnych produktach spożywczych i całodziennych posiłkach”. W 1980 r. uzyskała specjalizację pierwszego stopnia z analizy farmaceutycznej. Stopień naukowy doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych z zakresu bromatologii uzyskała w 2002 r. na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Wpływ wybranych produktów pochodzenia roślinnego na gospodarkę lipidową szczurów w zależności od składu diet doświadczalnych”. Od 2008 r. jest zatrudniona na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Bromatologii i Dietetyki, a od 2009 r. jest kierownikiem tej Katedry.

Prof. Halina Grajeta jest członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, była sekretarzem Zarządu Wrocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego, członkiem Komisji Analizy Bromatologicznej Komitetu Chemii Analitycznej PAN i Komisji Analizy Żywności Komitetu Chemii Analitycznej PAN. Od 2005 r. jest członkiem Komitetu Redakcyjnego czasopisma Bromatologia i Chemia Toksykologiczna, a od 2012 r. – zespołu Ekspertów powołanego przez Ministra Zdrowia do nowelizacji programu specjalizacji w dziedzinie „bromatologia”. Była organizatorem Ogólnopolskich Sympozjów Bromatologicznych oraz członkiem komitetów organizacyjnych i naukowych licznych konferencji.

Dorobek naukowy pani profesor obejmuje 221 pozycji, w tym: 83 prace oryginalnych, 15 prac poglądowych, 2 rozdziały w monografiach w języku angielskim, 3 rozdziały w monografiach w języku polskim, 87 streszczeń zjazdowych, 1 zgłoszenie patentowe. Jest autorem podręcznika z analizy żywności i żywienia człowieka dla studentów Wydziału Farmaceutycznego i Wydziału Nauk o Zdrowiu (kierunek dietetyka), 2 skryptów do ćwiczeń z bromatologii dla studentów Wydziału Farmaceutycznego oraz 15 prac popularno-naukowych. Dorobek naukowy prof. Haliny Grajety obejmuje prace zarówno z zakresu analizy żywności, jak i z żywienia człowieka. Badania naukowe, w których realizacji uczestniczyła przed habilitacją były związane głównie z jakością zdrowotną i bezpieczeństwem żywności, natomiast po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego dotyczyły różnych i ważnych aspektów żywienia człowieka, m.in. wpływu wybranych składników pokarmowych na biodostępność podstawowych i ważnych dla zdrowia pierwiastków (Ca, Mg, Cr), oceny sposobu żywienia osób

chorych i zdrowych, oznaczania zawartości bioaktywnych składników w żywności, wpływu rodzaju diety na działanie flawonoidów – związków o prozdrowotnym działaniu. Prace poglądowe i popularno-naukowe dotyczyły roli żywienia w profilaktyce różnych chorób.

Prof. Halina Grajeta była członkiem (12), a także kierownikiem (13) zespołów realizujących zadania badawcze w ramach statutowych badań własnych uczelni i grantu KBN oraz w ramach umowy z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu i Wrocławskimi Zakładami Zielarskimi „Herbapol”.

Jej działalność dydaktyczna przeddyplomowa to prowadzenie ćwiczeń (do 2003 r.) oraz wykładów z przedmiotu bromatologia dla studentów kierunku farmacja Wydziału Farmaceutycznego, prowadzenie przedmiotu własnego wydziału: Żywienie człowieka z elementami dietetyki (do 2013 r.) dla studentów kierunku analityka medyczna Wydziału Farmaceutycznego, prowadzenie wykładów z przedmiotów: chemia żywności oraz higiena, toksykologia i bezpieczeństwo żywności dla studentów kierunku dietetyka Wydziału Nauk o Zdrowiu, opracowanie programu nauczania i koordynacja przedmiotu Analiza i ocena jakości żywności dla studentów kierunku dietetyka Wydziału Nauk o Zdrowiu. W ramach szkolenia podyplomowego prowadziła wykłady dla studentów Studiów Podyplomowych Analityki Medycznej oraz w ramach ciągłego szkolenia podyplomowego dla farmaceutów, organizowanego przez Wrocławski Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Jest promotorem 2 przewodów doktorskich, ponad 48 prac magisterskich, recenzentem pracy doktorskiej, prac magisterskich, projektów badawczych i licznych prac publikowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych.

W latach 2005–2012 (2 kadencje) prof. Halina Grajeta była prodziekanem ds. studentów, a od 2012 r. jest dziekanem Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Aktywnie uczestniczy w pracach licznych komisji wydziałowych, rektorskich

Prof. dr hab. Tomasz Wróbel



Prof. dr hab. Tomasz Wróbel w 1989 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim. Od 1991 r. jest zatrudniony w Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, gdzie obecnie pełni funkcję zastępcy Kierownika Kliniki. Stopień doktora na podstawie rozprawy doktorskiej pt.: „Rola megakariocytów i fibroblastów w procesie włóknienia szpiku w zespołach mieloproliferacyjnych” otrzymał w 2006 r., natomiast stopień doktora habilitowanego uzyskał w roku 2008 r. na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt.: „Rola angiogenezy w patogenezie wybranych nowotworów układu krwiotwórczego”. Prof. dr hab. Tomasz Wróbel ma specjalizacje z chorób wewnętrznych (1997 r.), hematologii (1999 r.) i transplantologii klinicznej (2008 r.)

Dorobek naukowy prof. dr hab. Tomasz Wróbla obejmuje łącznie ponad 300 publikacji, IF za pełne prace 54, punktacja MNiSW/KBN – 1031 punktów. Liczba cytowań 230, a indeks Hirsha 9. Głównie zainteresowania badawcze prof.

i senackich. Za swoją działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną otrzymała 24 nagrody (15 indywidualnych i 9 zespołowych) JM Rektora AM i UM. Posiada odznaczenia: Złoty Krzyż Zasługi nadany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej (1999), Złotą Odznakę Honorową „Akademia

dr hab. Tomasz Wróbla to patogeneza i leczenie nowotworów mieloproliferacyjnych, rola angiogenezy w patomechanizmie nowotworów układu krwiotwórczego oraz biologia nowotworów układu chłonnego. Był także kierownikiem dwóch projektów badawczych finansowanych przez KBN/NCN. Realizował ponadto wiele badań finansowanych ze środków uzyskiwanych na projekty w ramach prac własnych uczelni. Prof. dr hab. Tomasz Wróbel brał czynny udział w kongresach organizowanych przez European Haematology Association, European Bone Marrow Transplantation, w kongresach American Society of Hematology (ASH), American Society of Clinical Oncology (ASCO), a także w zjazdach Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów oraz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Za osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej był wielokrotnie nagradzany przez JM Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Prof. dr hab. Tomasz Wróbel uczestniczy w pracach Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków, Polskiej Grupy Białaczkowej, Polskiej Grupy Szpiczakowej, Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego oraz Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku.

Prof. dr hab. Tomasz Wróbel był promotorem 2 zakończonych doktoratów. Pełnił także funkcję recenzenta prac doktorskich i habilitacyjnych, a także grantów NCN oraz uczelnianych wniosków o sfinansowanie projektów badawczych.

Prof. dr hab. Tomasz Wróbel, oprócz zajęć dydaktycznych z he-

Medica Wratislaviensis” nadana przez Senat Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (2006), Złoty Medal za Długoletnią Służbę nadany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej (2010) oraz Medal Komisji Edukacji Narodowej (2014).

matologii dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego oraz studentów English Division, jest opiekunem Studenckiego Koła Naukowego Hematologii Onkologicznej.

Pod jego kierunkiem specjalizację z chorób wewnętrznych uzyskało 3 lekarzy, a z hematologii 4 lekarzy. Obecnie jest kierownikiem specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych – 2 osoby oraz hematologii – 3 osoby. Od 2007 r. uczestniczy w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym z Chorób Wewnętrznych jako przewodniczący komisji egzaminacyjnej lub egzaminator.

Od 5 lat prowadzi kursy szkoleniowe dotyczące terapii chłoniaków Lymphoma Forum of Excellence organizowane pod patronatem Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków. Jest autorem rozdziałów poświęconych klasyfikacji oraz diagnostyce i leczeniu chłoniaków nieziarniczych oraz chłoniaka Hodgkina, w podręcznikach „Wielka Interna” oraz „Onkologia praktyczna”. Jest członkiem wielu Towarzystw Naukowych m.in. Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, American Society of Hematology. Jest redaktorem Działu „Choroby układu chłonnego” czasopisma „Hematologia” oraz redaktorem tematycznym czasopisma „Acta Haematologica Polonica”.

Od 2005 r. jest członkiem Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego. W kadencji 2005–2008 był członkiem Senatu AM, a także Uczelnianego Kolegium Elektorów. Od 2012 r. pełni funkcję Prodziekana ds. dydaktyki Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego.

Bogdan Łazarkiewicz

Doktoraty *honoris causa*

Nadawanie doktoratów *honoris causa* przez uniwersytety, akademie i inne wyższe uczelnie to piękna tradycja akademicka specjalnego wyróżnienia. Stopnie i tytuły naukowe są uwarunkowane spełnieniem ściśle określonych wymogów naukowych i procedur zawartych w ustawie o szkolnictwie wyższym. Doktor *honoris causa* to godność (urzędowo tytuł), którym może być wyróżniony nie tylko wybitny uczony, ale również artysta, polityk, mąż stanu, szczególnie zasłużony dla społeczeństwa (świecki lub duchowny) bez względu na narodowość i kraj pochodzenia. A oto przykłady: w 1879 r. Uniwersytet Wrocławski nadał godność doktora *honoris causa* muzykowi Johannesowi Brahmsowi, kompozytorowi „Uwertury akademickiej *Gaudeamus igitur*”, która stała się studenckim hymnem. W 1921 r. Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie nadał doktorat *honoris causa* politykowi Herbertowi Hooverowi z USA, który w latach 1929–1933 był prezydentem Stanów Zjednoczonych Ameryki. Nasza Akademia Medyczna w 2009 r. nadała godność doktora *honoris causa* byłemu metropolicie wrocławskiemu, kardynałowi Henrykowi Gulbinowiczowi. W 2008 r. Politechnika Wrocławska nadała tytuł doktora *honoris causa* kanclerz Republiki Federalnej Niemiec Angeli Merkel.

Już w średniowieczu podobne wyróżnienia honorowe dodawano do tytułu doktora wybitnym jednostkom w formie przymiotników.

Że wspomnę tu *doctor angelicus* (św. Tomasz z Akwinu), *doctor christianissimus* (Jan Gerson), czy *doctor mirabilis* (Roger Bacon). Jednym z pierwszych, który niezależnie od stopnia naukowego doktora zaczął nadawać „doktoraty” jako honorowe wyróżnienie był Uniwersytet Paryski (XII wiek).

W statucie naszej Uczelni (Statut Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z dnia 17 września 2012 r.) zapisy o doktoratach *honoris causa* znajdują się w trzech paragrafach: § 7 „Promocja doktora *honoris causa*”, § 9 „O akademickim tytule honorowym nadawanym przez Uczelnię” i § 78 „Komisja do Spraw Doktoratów *Honoris Causa*”.

Z pisemnym wnioskiem i uzasadnieniem o nadanie doktoratu *honoris causa* może wystąpić członek Rady Wydziału, posiadający tytuł profesora lub stopień doktora habilitowanego (dawny docent) do rektora Uczelni. Po wstępnej akceptacji przez rektora wniosek wraca do dziekana, który po wstępnej opinii Wydziałowej Komisji ds. Doktoratów *Honoris Causa*, następnie jest dyskutowany na posiedzeniu Rady Wydziału i ta powołuje dwóch recenzentów. Pozytywne recenzje i pozytywny wynik tajnego głosowania Rady Wydziału upoważnia dziekana do wystąpienia z wnioskiem do Senatu Uniwersytetu Medycznego



Prof. Hans Georg Knoch otrzymuje tytuł doktora *honoris causa*
Akademii Medycznej we Wrocławiu (25.11.1985 r.)

o nadanie tytułu doktora *honoris causa*.

W okresie PRL-u każdorazowa decyzja Uczelni o nadanie doktoratu *honoris causa* musiała być zatwierdzona przez ministra. Promotorem doktoratu *honoris causa* przeważnie jest wnioskodawca.

Poczet doktorów *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu rozpoczyna prof. Stanisław Kulczyński, filozof, zoolog i botanik, były profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, a po II wojnie światowej organizator i pierwszy rektor Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej, w strukturach którego przez pięć lat działał nasz Wydział Lekarski. Uroczystość promocyjna odbyła się 3 marca 1961 r. już w ramach naszej Akademii Medycznej, a promotorem był prof. Antoni Falkiewicz.

Wśród 87 doktoratów *honoris causa*, jakie nadała nasza Uczelnia do 2014 r., ja miałem zaszczyt czterokrotnie pełnić funkcję promotora. Byli to promowani: prof. Hans Georg Knoch – chirurg, rektor Akademii Medycznej w Dreźnie, dyrektor Kliniki Chirurgicznej, prof. Waldemar Kozuszek – chirurg, dyrektor Kliniki Chirurgicznej w Bochum, prof. Stanisław Konturek – fizjolog, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i prof. Ryszard Badura – chirurg weterynaryjny, rektor Akademii Rolniczej we Wrocławiu. Wymienieni wyżej współpracowali naukowo z odpowiednimi katedrami, klinikami lub zakładami naszej Uczelni, a w Dreźnie i Bochum odbywali staże specjalistyczne asystenci i studenci na zasadach wymiany bezdewizowej.

Piękne ceremonie nadawania doktoratów *honoris causa* prawie zawsze odbywały się w barokowej Auli Leopoldyńskiej Uniwersytetu Wrocławskiego w czasie inauguracji roku akademickiego lub jako wydzielona uroczystość. Dwa doktoraty *honoris causa* wyraźnie róż-



Prof. Waldemar Kozuszek otrzymuje tytuł doktora *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu (4.10.1995 r.)



Prof. Stanisław Konturek (pierwszy z prawej) otrzymuje tytuł doktora *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu (6.10.1998 r.) (fot. Paweł Golusik)



Prof. Ryszard Badura otrzymuje tytuł doktora *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu (3.3.2000 r.) (fot. Marek Kosendiak)

niły się od tradycyjnej ceremonii ich nadawania.

Prof. Adam Gruca – ortopeda, były pracownik Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, a po II wojnie światowej kierownik kliniki Akademii Medycznej w Warszawie, z powodu ciężkiej choroby i zaawansowanego wieku nie mógł przybyć do Wrocławia i dokument nadania doktoratu *honoris causa* naszej Uczelni (25.02.1982 r.) został mu wręczony przez rektora prof. Mariana Wilimowskiego i promotora prof. Stefana Koźmińskiego w jego domu w Warszawie.

Prof. Józef Mądalski (w latach 1962–1964 Dziekan Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu) uzyskał doktorat *honoris causa* naszej Uczelni zatwierdzony przez Senat, jednak na uroczystość wręczenia, która miała miejsce kilka tygodni później, 13 stycznia 1996 r. nie przybył, ponieważ wcześniej zmarł (fotel dla doktoranta był pusty, przewieszony czarną wstęgą). Doktorat *honoris causa* ojca odebrała jego córka.

Obaj promowani mieli około 90 lat... Podobne przypadki nie należą do rzadkości również na innych wyższych uczelniach. Tytuły honorowe, medale, odznaczenia i inne wyróżnienia za działalność i osiągnięcia należy przyznawać i wręczać wcześniej, osobom, które



Prof. Bogdan Łazarkiewicz otrzymuje tytuł doktora *honoris causa* Akademii Rolniczej we Wrocławiu (30.4.2002 r.)



Prof. Bogdan Łazarkiewicz otrzymuje tytuł doktora *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu (6.10.2009 r.)

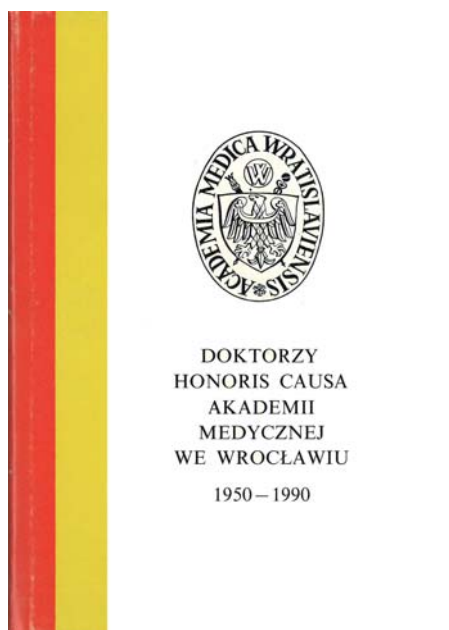
jeszcze w miarę są zdrowe i sprawne, i potrafią się cieszyć, a także wytrzymać fizycznie przedłużające się często uroczystości jubileuszowe. Nie mogą to być gratyfikacje „za to, że ktoś długo żyje”...

30 kwietnia 2002 r. Wydział Weterynarii Akademii Rolniczej we Wrocławiu nadał mi godność doktora *honoris causa*. Wnioskodawcą i promotorem był prof. Ryszard Badura.

6 października 2009 r. w czasie uroczystej inauguracji roku akademickiego 2009/2010 otrzymałem

doktorat *honoris causa* w mojej własnej Uczelni – Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, a wnioskodawcą i promotorem był prof. Zygmunt Grzebieniak, mój następca, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej.

W 1990 r. wydano książkę „Doktorzy *honoris causa* Akademii Medycznej we Wrocławiu 1950–1990” pod redakcją Bogdana Łazarkiewicza i Leszka Barga, obejmującą poczet pierwszych 34 doktorów *honoris causa* naszej Uczelni.



Boże Narodzenie w okresie okupacji – nastroje wyrażone w literaturze pięknej

W ciągu minionych lat niejednokrotnie miałem okazję do poruszania tematyki Bożego Narodzenia na łamach naszego pisma. Artykuły były oparte głównie na własnych wspomnieniach. Przytoczę niektóre z nich, które ukazały się w *Gazecie Uczelnianej*: „Z dawnych kresowych wspomnień wigilijnych i świąteczno-noworocznych. Wieczór wigilijny” (2008). Na własnych wspomnieniach i przeżyciach były też oparte inne artykuły. Przykładowo „Okres Bożego Narodzenia w naszej kresowej tradycji” (2010). „Betlejem – garść własnych wspomnień” (2011). „Kolędy i ich żywa tradycja w Polsce” (2012). „Boże Narodzenie – gody, pasterka, wigilia” (2013).

W obecnym zaś artykule pragnę rozwinąć bliżej temat naszkicowany w 2009 r. „Boże Narodzenie w piśmiennictwie polskim – na przestrzeni tysiąclecia” dotyczącego II wojny światowej.

Ten przebogaty i stosunkowo mało znany temat zasługuje w moim odczuciu na rozwinięcie i bliższą znajomość, a czasami poezja najlepiej obrazuje sytuację i nastroje.

Na szczególnie wyróżnienie zasługuje wiersz Stanisława Balińskiego (1899–1984), poety i nowelisty, związanego przed wybuchem II wojny światowej z grupą poetycką „Skamander”. Jest to nastrojowo liryczny wiersz, najbardziej oddający atmosferę tamtych czasów, wielokrotnie drukowany pod tytułem „Kolęda warszawska” (1939), według Stanisława Balińskiego „Peregrynacje”. Poezje wybrane 1928–1981. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1982. Uważam, że należy go przytoczyć w całości.

*„O matko odłóż dzień Narodzenia,
Na inny czas.
Niechaj nie widzą oczy Stworzenia,
Jak gnębią nas.
Niechaj się rodzi Syn Najmilszy
Wśród innych gwiazd.
Ale nie u nas, nie w najsmutniejszym
Ze wszystkich miast.
Bo w naszym mieście, które pamiętam
Z dalekich dni,
Krzyże wyrosły, krzyże i cmentarz,
Świeże od krwi.
Bo nasze dzieci pod szrapnelami,
Padły bez tchu,
O Święta Mario módl się na nami
Lecz nie – choć tu.
A jeśli chcesz już narodzić się w cieniu,
Warszawskich zgłiszcz
To lepiej zaraz po narodzeniu
Rzuć się na Krzyż.
I dalej znoszą dla niej pod niebezpieczeństwem
Śmiertelny chłód wygnania,
I w nowe piekło zaciskając pięści
Na dno upadku w niemieckich obozach.
Moją Ojczyzną jest Polska Rodzina
Walcząca w mroku, samotnie i w cieniu,
Czy tam czy tutaj to jeszcze nas łączy
Nurt nieśmiertelny co we krwi się sący,
I każe sercu taką moc natężyć,
Że wbrew rozumom musimy zwyciężyć.*

Warto też za Encyklopedią Katolicką t. II Lublin 1985, s. 875 wspomnianego powyżej S. Balińskiego, zasługującego na szczególne wyróżnienie, przypomnieć, że motyw Narodzenia Chrystusa w okrutnej sytuacji wojny powtarzał się wielokrotnie w twórczości T. Gajcego, K. K. Baczyńskiego i wielokrotnie u T. Baczyńskiego, kilkakrotnie u T. Borowskiego.

Warto podnieść, że zjawiali się też negatywni bohaterowie uwspółcześionych wydarzeń betlejemskich, jak Narodu uosobienie okupanta we lwowskiej kolędzie z 1943 r. J. Gam-

skiej-Łempickiej. Krematoryjna rzeczywistość przejawia się w wierszu N. Rostworowskiego „Jezus uśmiechnięty”. Należy przypomnieć T. Borowskiego „Kolędę obozową”. Z nimi korespondują też wątki związane z tułaczym życiem polskich żołnierzy, np. T. Wittlina „Święto na Wschodzie” (1944) oraz J. Olechnowskiego „Wigilia w Ziemi Świętej” (1944). Tęsknotę za krajem uchodźców przebywających w obozach niemieckich wyrażała także np. M. Pawlikowska-Jasnorzevska „Christmas card”, czy M. A. Wasilewski „W stalagu” (1947).

Motyw Bożego Narodzenia, zwłaszcza motyw wigilijny jako najbardziej kontrastujący z ponurą rzeczywistością okupacyjną, występował również w twórczości partyzanckiej, często pochodzenia ludowego, np. L. J. Okonia „Wigilia partyzancka”. Na wspomnienie zasługuje też twórczość J. Pocka „Pastorałka”, „Psotnik w leśniczówce”. Warto na zakończenie zaznaczyć, że tematyka okupacyjna nadawała ton nie tylko poezji i twórczości okresu wojny, ale też twórczości pierwszych lat po wyzwoleniu.

Żywotność tematyki Bożego Narodzenia funkcjonuje w tysiącletniej, polskiej historii literatury niemal od początku dziejów, aż niewzruszenie po dzień dzisiejszy, mimo – jak widać – nie zawsze w czasie pogody dziejów, ale w całej naszej historiografii. Sama zaś żywotność Świąt Bożego Narodzenia, niezależnie od meandrów historii, mimo iż ustępują pierwszeństwa Wielkanocy w polskiej tradycji narodowej, to właściwie nie straciły swojej siły oddziaływania – niezależnie czy ktoś wierzy, czy też nie dowierza.

Aktualności

Habilitacje i doktoraty

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego 19 listopada 2014 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskał:

- ♦ lek. Krzysztof Forgacz: „Chemioterapia drugiej linii zaawansowanego raka jelita grubego – czynniki predykcyjne i prognostyczne”.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego 19 listopada 2014 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna otrzymała:

- ♦ dr Donata Urbaniak-Kujda: „Rola mikrośrodowiska w patogenezie szpiczaka plazmocytozy na podstawie oceny ekspresji metaoproteinaz i ich regulatorów oraz molekularnych czynników pozakomórkowych”.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego 20 listopada 2014 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskali:

- ♦ lek. Justyna Beata Gąsiorowska: „Wpływ roślinnych związków wielopierścieniowych na aktywność napięciowo-zależnych kanałów potasowych Kv1.3 w linii komórkowej T Jurkat białaczki limfoblastycznej oraz na wybrane właściwości błon lipidowych”,
- ♦ lek. Dominika Maria Jakubczyk: „Zmiany czynności układu krzepnięcia u chorych z ciężką sepsą/wstrząsem septycznym”,
- ♦ lek. Małgorzata Alicja Kaczorowska: „Wpływ dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych podczas śródoperacyjnej wentylacji nieinwazyjnej w trakcie znieczulania podpajęczynówkowego na stan układu oddechowego operowanych”,
- ♦ lek. Karolina Amata Pesz: „Badania nad znaczeniem wybranych zmian genetycznych w transformacji nowotworowej podstawnokomórkowego raka skóry”.

Uchwałą Rady Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej 20 listopada 2014 r. stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych w dziedzinie nauki farmaceutyczne uzyskali:

- ♦ mgr Sylwia Płaczkowska: „Laboratoryjne wskaźniki profilu metabolicznego w ocenie ryzyka wystąpienia insulinooporności u ludzi młodych”,
- ♦ mgr Wojciech Słupski: „Wpływ symwastatyny na działanie przeciwlękowe i farmakokinetykę diazepam”.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego 21 listopada 2014 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych z zakresu stomatologii uzyskała:

- ♦ lek. Magdalena Kazanowska-Dygała: „Ocena częstości występowania *Helicobacter Pylori* w wybranych patologiach jamy ustnej”.

Lista Stu Pulsu Medycyny

Lista 100 to zestawienie najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia, która tworzona jest przez „Puls Medycyny” od ponad dziesięciu lat.

Wśród laureatów tegorocznej edycji znaleźli się: prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka – kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UMW oraz prof. dr hab. n. farm. Janusz Pluta – kierownik Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku UMW.

Jedyny Polak, który wystartuje w prestiżowych zawodach w Norwegii

Dr Aureliusz Kosendiak z Katedry Zdrowia Publicznego zakwalifikował się jako jedyny z Polski do prestiżowych zawodów „Norseman” rozgrywanych w Norwegii. Co roku startuje w nich zaledwie 250 zawodników z całego świata. Ekstremalne zmagania zawodnicy rozpoczynają bladym świtem. Zebrani na promie oczekują na dźwięk syreny, która będzie sygnałem do skoku i kąpieli w lodowatej wodzie. „Już teraz w każdą sobotę przyzwyczajam organizm do zbliżonych warunków. W wolnym czasie spędzam 5–8 minut, w jeziorze w Pawłowicach we Wrocławiu lub w pobliskiej Widawie, ponadto kilka godzin dziennie na treningu siłowym, rowerowym oraz pływackim” – mówi dr Aureliusz Kosendiak.

Po przepłynięciu prawie 4 kilometrów w blisko 11-stopniowej wodzie, zawodnicy zmierzają się ze 180 kilometrową jazdą na rowerze w ekstremalnych warunkach – w górach są one nieprzewidywalne: wiatr, deszcz, niska temperatura, ogromne przewyższenia, jednym słowem na wszystko trzeba być przygotowanym. Ostatnim etapem jest bieg na dystansie maratonu z podbiegami o nachyleniu 10%. Norseman jest uznawany za najcięższy triathlon na świecie, a sam start i udział w nim to wielka nobilitacja i wyróżnienie. Rozpoczynając zmagania w lodowatej wodzie fiordu z poziomu 0 m n.p.m. uczestnicy „Norsemana” finiszują na szczycie góry Gaustatoppen na wysokości 1883 m n.p.m. Organizatorzy podkreślają, że są to zawody ekstremalne i bardzo ciężkie, więc zalecają mądry, wyczerpujący oraz długi trening. „Najważniejsze jest dążyć do realizacji marzeń oraz własnych celów, próbować pomimo licznych barier i podejmować działanie, czas pokaże co się stanie – trzeba być dobrej myśli” podkreśla dr Aureliusz.