



GAZETA

ISSN 1506-9745

GDAŃSK

AMG

Rok 18

Styczeń 2008

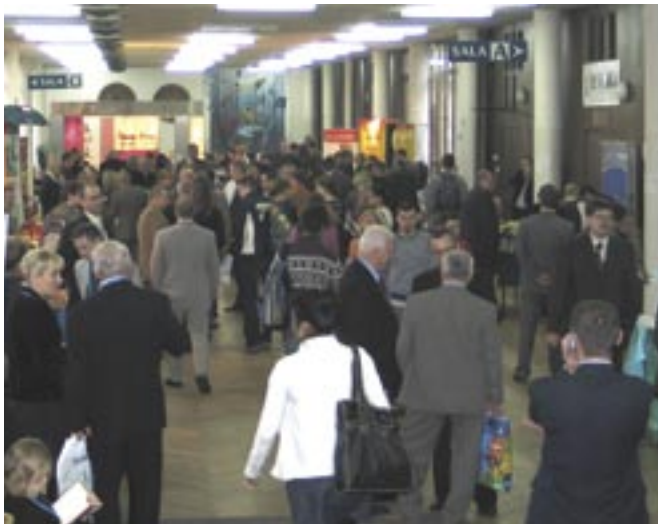
nr 1 (205)



## Z życia Uczelni



W dniu 6 grudnia 2007 r. rektor AMG prof. Roman Kaliszan i rektor Akademii Pomorskiej w Słupsku prof. Danuta Gierczyńska podpisali umowę o współpracy obu uczelni



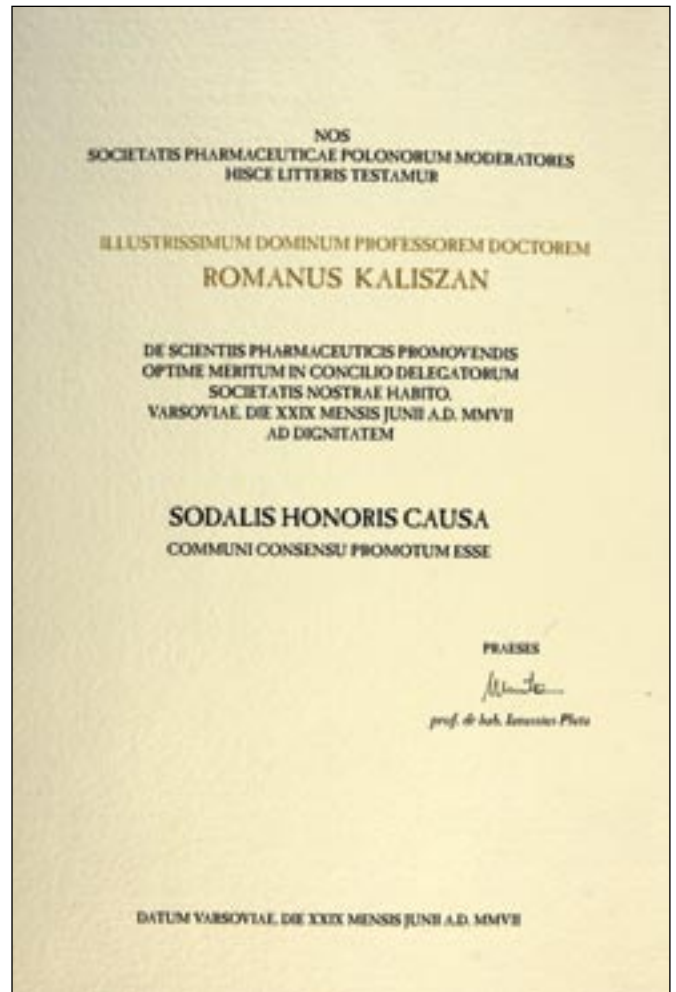
Uczestnicy URONEPTUNALII'2007 w holu Collegium Biomedicum

str. 8



Rektor prof. Roman Kaliszan dokonuje wmurowania aktu erekcyjnego budowy Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej AMG

str. 7



Prof. Roman Kaliszan został wyróżniony godnością członka honorowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego



Medal im. Mirosława Mossakowskiego przyznany prof. Andrzejowi Szutowiczowi z okazji jubileuszu 40-lecia Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk

str. 8





# W oczekiwaniu Nowego Roku

Rok 2007 dobiega końca. Niewątpliwie, rok ten był jednym z najtrudniejszych w historii Akademii Medycznej w Gdańsku. Jedynie wzgląd na dramatyczny stan finansowy szpitali klinicznych skłonił pracowników zdesperowanych upokarzająco mizernymi zarobkami do złagodzenia żądań płacowych. Nasze szpitale tylko o włos uniknęły katastrofy. Kompromis osiągnięto kosztem najwyższych emocji, wysiłku, ofiary, zwątpienia i upokorzenia wszystkich partnerów. Nie możemy jednak przestawać myśleć z niepokojem o problemach, którym trzeba będzie stawić czoła w 2008 roku.

W tym miejscu chciałoby się pożalić na niefortunny obrót losu. Akcja protestacyjna w ochronie zdrowia wybuchła w skali ogólnopolskiej w sytuacji, kiedy w Akademickim Centrum Klinicznym (ACK) zaczęły skutkować działania naprawcze. Przyjęty przez Senat program antykrzysowy zyskał aprobatę Ministerstwa Zdrowia. Dzięki temu ACK otrzymało dotację wspomagającą w wysokości 23 mln zł. Ten program był też warunkiem przyznania Uczelni blisko pięćsetmilionowej inwestycji: Akademickiego Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktycznego – ACKID. Niestety, wdrażanie trudnego programu ratunkowego wystawiło Dyрекcję ACK na niezwykle ciężką próbę. Nowatorskie w skali kraju koncepcje oddłużenia Szpitala stanęły pod znakiem zapytania, gdy sektor bankowy odstąpił od negocjacji kredytowych. Powodem była fatalna sytuacja w całym systemie ochrony zdrowia w Polsce. Dodatkową komplikację wywołało niezrozumiałe wycofanie swojej decyzji przez poprzedniego ministra zdrowia – decyzji przyznającej ACK tzw. pomoc publiczną. Rozmowy przeprowadzone z p. minister Ewą Kopacz dają nadzieję na przewyższenie zaistniałego impasu.

Ponieważ szpitale kliniczne stanowią osnowę wyższego szkolnictwa medycznego, to ich kłopoty rzucają się głębokim cieniem na sytuację Uczelni. Nie pozwala to w pełni cieszyć się z faktu, że rok 2007 był dla Szkoły wyjątkowo dobry.

Liczba studentów AMG przekroczyła w tym roku 5 tysięcy. Najważniejsze jest jednak to, że wzrost ilości studentów nie powoduje obniżania jakości kształcenia. Dowodem jest uzyskanie przez naszych absolwentów medycyny w 2007 roku w Lekarskim Egzaminie Państwowym pierwszego miejsca w Polsce, z dużą przewagą nad innymi uczelniami.

Systematycznie powiększa się English Division, z liczbą 450 studentów doganiamy krajową czołówkę. Rozpoczęliśmy kształcenie na nowych kierunkach: inżynieria mechaniczno-medyczna (z Politechniką Gdańską) i logopedia (z Uniwersytetem Gdańskim).

Pięknie rozwinął się kadrowo Wydział Nauk o Zdrowiu. Umożliwiło to złożenie wniosku do Centralnej Komisji o przyznanie prawa doktoryzowania, potrzebnego do ubiegania się naszej Uczelni o status uniwersytetu medycznego.

Zanotowaliśmy bardzo wyraźny wzrost liczby zakończonych i wszczętych przewodów habilitacyjnych. Jest to pokłosie atmosfery panującego w AMG uznania dla aktywności naukowej. Wzrost tej aktywności obiektywnie dokumentują poprawiające się systematycznie wyniki oceny parametrycznej. To z kolei przekłada się na regularny awans AMG w corocznych rankingach prasowych.

W 2007 roku planowo przebiegały prace nad historyczną inwestycją – ACKID. Przygotowany został plac pod budowę gmachu Centrum Medycyny Inwazyjnej oraz projekt techniczny niezbędny do uzyskania pozwolenia na budowę. Udało się także uzgodnić plan II etapu inwestycji, obejmujący rewitalizację obecnie użytkowanego zaplecza klinicznego.

Rozpoczęliśmy prace budowlane Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej. Prace remontowe i modernizacyjne nabrały szczególnego rozmachu w Międzywydziałowym Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni oraz w budynkach dydaktycznych Wydziału Lekarskiego i Wydziału Farmaceutycznego. Na osiedlu studenckim, powiększonym o jeden akademik, prace modernizacyjne wchodzi w finalną fazę – do końca 2008 roku całe osiedle będzie wyglądać świeżo i kolorowo, tak jak od tego roku wygląda DS 1. Wkrótce też znikną ostatnie szpecące krajobraz AMG baraki.

W mijającym roku zakończyliśmy porządkowanie spraw nieruchomości. Na formalną akceptację ministra skarbu czeka jeszcze tylko transakcja sprzedaży nieruchomości przy ul. Kieturakisa.

Rok 2007 Uczelnia kończy w dobrej kondycji finansowej. Po latach, kiedy roczny deficyt dochodził nawet do kilkunastu milionów złotych, po raz pierwszy uzyskaliśmy nadwyżkę przychodów na kosztach. Stało się to dzięki wysiłkowi całej społeczności akademickiej.

Dziękuję w tym miejscu za zgodę na zwiększone obciążenie dydaktyczne kadrze nauczającej, której liczba nie wzrasta, mimo przyrastającej liczby studentów. Dziękuję pracownikom nie będącym nauczycielami akademickimi, których liczba zmalała od początku 2005 roku o blisko 10%, przy bynajmniej nie malejących zadaniach.

Dziękuję prorektorom, dziekanom, prodziekanom, kadrze zarządzającej, pełnomocnikom rektora, członkom komisji i zespołom tworzących stałą i dorazną strukturę organizacyjną Uczelni i szpitali klinicznych za pełną oddania, konstruktywną pracę na rzecz naszej *Alma Mater*.

Życzę wszystkim Pracownikom i Studentom Akademii Medycznej w Gdańsku szczęśliwego Nowego Roku.

Roman Kaliszan  
Rektor

**W numerze...**

W oczekiwaniu Nowego Roku . . . . .	3
Szpital nasz widzę nowoczesny . . . . .	4
Dokąd zmierza AMG? . . . . .	5
Wmurowanie kamienia węgielnego . . . . .	7
URONEPTUNALIA'2007 . . . . .	8
Prof. Andrzej Szutowicz uhonorowany . . . . .	8
Kalendarium Rektorskie . . . . .	8
Kodeks etyki naszej Uczelni . . . . .	9
Spotkanie z prof. Jerzym Limonem . . . . .	9
Torakoneptunalia 2007 . . . . .	10
Rekomendacje <i>Newsweek Polska!</i> . . . . .	11
Rak płuca . . . . .	12
Europejski Kodeks Walki z Rakiem . . . . .	13
U jakiego lekarza chciałby się Pan leczyć? . . . . .	15
Zdrowie dla Pomorza 2005 – 2013 . . . . .	16
Profesor Olgierd Narkiewicz członkiem rzeczywistym PAN . . . . .	18
III Świąteczny Koncert Onkologiczny . . . . .	19
Komunikacja ze światem zewnętrznym . . . . .	20
Notatnik głupiego palanta . . . . .	21
Nowi doktorzy . . . . .	22
Towarzystwa . . . . .	22
Studenckie	
Obozy Społeczno-Naukowe . . . . .	23
POWROTY . . . . .	23
Bal Karnawałowy Pracowników AMG . . . . .	23
Opieka pastoralna nad ludźmi chorymi i starymi . . . . .	24
Geneza Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych AMG . . . . .	26
Lekarze i pielęgniarki z AMG zbadali radnych Sejmiku Województwa Pomorskiego . . . . .	30

**GAZETA AMG**

**Redaguje zespół:** dr Marek Bukowski, Michał Burdyński, dr hab. Piotr Czauderna, prof. Brunon Imieliński, lek. Marek Labon, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), prof. Wiesław Makarewicz (red. naczelnego), dr hab. Antoni Nasal, prof. AMG, dr hab. Roman Nowicki, prof. AMG (rzecznik prasowy AMG), dr Tomasz Zdrojewski, red. tech.: mgr Tadeusz Skowyrą, współpraca graficzna mgr Sylwia Scisłowska. Fot. Dariusz Omernik

Adres redakcji: **Gazeta AMG**  
Biblioteka Główna AMG,  
Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 0-58-349-14-83;  
e-mail: gazeta@amg.gda.pl;  
www: <http://www.gazeta.amg.gda.pl>

Druk: **Drukonsul**. Nakład: 770 egz.

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

**Warunki prenumeraty:**

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru 3 zł; w prenumeracie zagranicznej – 3 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk  
76 10901098 0000 0000 0901 5327

# Szpital nasz widzę nowoczesny ...

Kiedy pod koniec 2005 roku przystępowaliśmy w naszej Uczelni do prac studyjnych nad koncepcją modernizacji Akademickiego Centrum Klinicznego, wydawało się to odległą mrzonką, tym bardziej, że wiele podobnych wysiłków spaliło w przeszłości na panewce. Ten bardzo ambitny cel stał się jednym z priorytetów działań władz Akademii Medycznej.

Jak wszystkim Państwu wiadomo, zdecydowano, że ze względów finansowych nie jest realna budowa w całości nowego szpitala. Postanowiono, iż projekt zostanie rozłożony na dwa główne etapy, które umożliwią zarówno stopniową modernizację szpitala poprzez budowę nowych obiektów, jak i „urbanistyczne” unowocześnienie całego kompleksu poprzez prace renowacyjno-rewitalizacyjne.

Początkowo, dzięki rozpisaniu specjalnej ankiety, zebrano opinie kierowników jednostek klinicznych Uczelni. Następnie zespół pracujący pod moim kierownictwem jako pełnomocnika rektora przygotował koncepcję programową nowej inwestycji (I etapu projektu), którą nazwano Centrum Medycyny Inwazyjnej. Prace toczyły się w iście ekspresowym tempie, dzięki czemu udało się złożyć w wymaganym czasie odpowiedni wniosek inwestycyjny do Ministerstwa Zdrowia. Następną barierą było wprowadzenie inwestycji do budżetu centralnego, ale i ją udało się szczęśliwie pokonać. Na ten wstępny sukces zapracowało wiele osób, tak ze środowiska Uczelni, jak i spoza niego. Nie sposób wymienić tu wszystkich. Przywołam tylko tych, którzy przysłużyli się najbardziej: pan Jacek Tarnowski, w owym czasie kierownik gabinetu doradców premiera RP Kazimierza Marcinkiewicza, pan Bogdan Borusewicz, marszałek Senatu RP, dr Tomasz Zdrojewski, doradca prezydenta RP ds. zdrowia, pan Piotr Ołowski, ówczesny wojewoda pomorski. Swój wkład miały też władze samorządowe województwa pomorskiego, zwłaszcza jego marszałek, pan Jan Kozłowski, jak i władze Pomorskiego Oddziału NFZ z jego dyrektorem, dr. Mirosławem Górskim na czele. Wsparli nas także pomorscy politycy, posłowie i senatorzy. Swój wkład miał też prof. Kohnke z Politechniki Gdańskiej, opracowując wstępne założenia architektoniczne dla nowej części szpitala.

W trakcie prac projektowych nad nowym szpitalem dla AMG delegacja Uczelni odwiedziła nowoczesne szpitale w Skandynawii, m.in. w Oslo, Turku i Helsinkach; uznaliśmy bowiem, że lepiej uczyć się z cudzych doświadczeń niż z własnych błędów. Wizyty te miały ogromne znaczenie i przyczyniły się w wielkim stopniu do powstania nowoczesnej koncepcji szpitala, opracowanej poprzez, wyłonione drogą przetargu, konsorcjum dwóch znanych firm projektowych: Arch-Deco z Gdyni oraz Kuryłowicz i Associates z Warszawy.

Niedawno zakończyły się prace nad ostateczną koncepcją szpitala. Na stronie tytułowej *Gazety AMG* prezentujemy Państwu wygląd zewnętrzny nowego budynku CMI. Jak to już wielokrotnie pisano, pomieści on inwazyjną część szpitala: kliniki zabiegowe, OIT, KOR, oddział przeszczepów szpiku kostnego, blok 15 sal operacyjnych, pracownię badań endoskopowych, oddział pobytu jednodniowego, ponadto kompleks przychodni, hotel dla pacjentów i gości, a także zaplecze kongresowo-dydaktyczne, w tym Katedrę i Zakład Patomorfologii oraz Zakłady Patofizjologii i Immunologii. Projekt architektoniczny jest niezwykle interesujący i wierzymy, iż będzie stanowił milowy krok w architekturze polskich szpitali, zaś pacjentom stworzy optymalne i komfortowe warunki powrotu do zdrowia, personelowi natomiast ułatwi pracę, zbliżając ją do standardów zachodnich. Co więcej, projekt ten poddano międzynarodowemu audytowi w renomowanej fińskiej firmie architektonicznej Paatela and Co. i było to nowatorskim pomysłem w dziedzinie publicznych inwestycji w polskiej służbie zdrowia. Mogę wszystkich zapewnić, iż realizowany projekt stanie się wizytówką nie tylko naszej Uczelni, ale i całego regionu. Będzie to szpital otwarty na potrzeby pacjentów, elastyczny w swoich funkcjach, łączący najnowszą technologię medyczną z przyjazną architekturą. Krótko mówiąc, będzie to szpital, jakiego w Polsce dotąd nie ma.

Dr hab. Piotr Czauderna,  
pełnomocnik rektora ds. Programu Nowego  
Szpitala Uniwersyteckiego

# Dokąd zmierza AMG?

Można by zaśpiewać, za nami strajk, przed nami strajk... Chodzi oczywiście przede wszystkim o strajki i protesty lekarzy. Myślę, że nikt nie ma wątpliwości, co do słuszności ich żądań. Dlaczego wobec tego tak trudno o porozumienie? Bo chodzi o pieniądze? Jasne. Nawet, jak nie wiadomo o co chodzi, to wiadomo, że chodzi o pieniądze. A tu bez wątpienia wiadomo. Na dodatek ACK jest mocno zadłużone. Wydaje się, że niektórzy traktują żądania lekarzy jak nóż przystawiony do gardła ACK. Czy słusznie? Nie wiem, ale być może. Tyle tylko, że dalsze unikanie rozwiązania tego problemu przez dyrekcję ACK, a w dalszej kolejności władze AMG, chociaż jest (używając obrazowego porównania) być może próbą odsunięcia tego noża od gardła, ale jednocześnie z dużą pewnością jest rozpoczęciem przybijania gwoździ do trumny najpierw ACK, a potem AMG. Dlaczego? Nie ma żadnych wątpliwości, że liczenie na utrzymywanie dobrych pracowników za śmieszne pieniądze nie udało się jeszcze chyba nigdy i nigdzie. Pierwszy lepszy menedżer doskonale wie, że jeśli chce się mieć dobrych pracowników, to trzeba o nich dbać. Również w aspekcie finansowym. Lepsii idą zawsze tam, gdzie lepiej płacą. I pomimo, że jesteśmy Akademią Medyczną, z jednym z najlepszych Wydziałów Farmaceutycznych w Polsce, lekarstwa na to nie wymyślimy. Nie ma cudów. Nie da się utrzymać kadry lekarskiej na Akademii Medycznej, nie proponując odpowiedniego wynagrodzenia. I to nie tylko z powodu wyjazdów zagranicznych, które w najbliższym czasie mogą się nasilić, w związku z próbami pozyskania polskich lekarzy w innych krajach UE, gdzie wchodzące dyrektywy dotyczące czasu pracy będą również wywoływać zwiększony popyt na lekarzy. Konkurencję będziemy mieć również pod bokiem. W związku z nasileniem braku lekarzy szpitale będą zmuszone konkurować również wysokością zarobków. Już obecnie zatwierdzone podwyżki w wielu szpitalach w kraju (np. Radom); a nawet w niektórych szpitalach regionu (np. Kościerzyna) powodują znaczną różnicę na niekorzyść AMG.

Ostatnio słychać dużo o nowym Centrum Medycyny Inwazyjnej AMG. Czy będzie miał tam kto operować? Nie jestem pewien.

Gwałtownie zwiększamy ofertę dydaktyczną (tylko w tym roku liczba studentów przyjętych na pierwszy rok studiów wzrosła w stosunku do poprzedniego o około 30% !!!).

Czy będzie miał kto prowadzić zajęcia? Tego też nie jestem pewien.

Oczywiście, są to pozytywne aspekty. Uczelnia musi się rozwijać. Uczelnia powinna zwiększać swoją ofertę zarówno kliniczno-leczniczą, jak i dydaktyczną. Ale najważniejszym elementem, najważniejszym kapitałem Uczelni muszą być własne kadry. Jeśli Uczelnia nie będzie dbała o własnych pracowników, również pod względem finansowym, to wkrótce może zabraknąć nam kadr. Rozbudowując ofertę Uczelni a nie dbając o pracowników, możemy się rozłożyć, i to bardzo szybko. Zwiększając nabór studentów w tym roku w tak dużym stopniu, uruchamiając nowe kierunki powinniśmy już dziś myśleć o zwiększaniu zatrudnienia, aby za dwa, trzy lata podobać zwiększonym zadaniom. Tu zwracam uwagę na to, że na szczęście dla pracowników, zgodnie z przepisami nie da się już podnosić pensum dydaktycznego (dobiłszy do maksimum), a na większą liczbę nadgodzin pracownicy wcale nie muszą się zgodzić.

A jak to wygląda obecnie? Wystarczy popatrzeć na sposób traktowania naszych doktorantów. Traktowanie doktorantów pracujących na klinikach woła wręcz o pomstę. Komiczne wręcz stawki, kłopoty z dokończeniem specjalizacji itp. Czy można się dziwić, że mamy brak chętnych na studia doktoranckie? Otóż, doprowadzenie do sytuacji, w której na studia doktoranckie na AMG robione są dodatkowe nabory uzupełniające na wiosnę, bo brak jest kandydatów, jest najlepszym zobrazowaniem tej sytuacji. Dalsze utrzymywanie takiej sytuacji stanowi wielkie zagrożenie dla przyszłości AMG.

A sytuacja na Oddziale Stomatologicznym? Już rok temu słyszałem o zagrożeniu odebraniem Uczelni uprawnień do kształcenia na kierunku stomatologicznym z powodu zbyt małej ilości pracowników naukowo-dydaktycznych w zakładach stomatologicznych. Nie interesowałem się tym zbyt, więc nie wiem, jaka jest sytuacja obecnie, ale sam znam kilka osób, które zrezygnowały z pracy na Akademii z powodów ekonomicznych i prowadzą wyłącznie własną praktykę stomatologiczną.

Obecnie prowadzona polityka skrajnego oszczędzania na pracownikach naukowo-dydaktycznych jak i klinicystach musi przynieść efekty. Oczywiście, zgubne efekty. Dlatego uważam, że kolejne propozycje dyrekcji ACK, walczącej o utrzymanie pensji lekarzy specjalistów poniżej średniej krajowej są ewidentnym działaniem na szkodę Uczelni. I każda kolejna propozycja tego typu, przedstawiając to obrazowo, to kolejne uderzenie młotkiem (raczej solidne uderzenie) w gwóźdź do trumny ACK. Fakt zadłużenia ACK nic tu nie zmienia. To nie lekarze są winni takiemu stanowi rzeczy. I pomimo że zdaję sobie sprawę z tego, że dalsze zadłużanie ACK może grozić katastrofą, to dalsze utrzymywanie *status quo* na pewno do niej doprowadzi.

Pozostaje pytanie, co można a raczej, co należy zrobić. Otóż myślę, że coś można. Wiadomo na pewno, że w służbie zdrowia w przyszłym roku znajdzie się kilkanaście miliardów PLN więcej. Można więc (i trzeba!!!) wywalczyć więcej pieniędzy, między innymi, a może przede wszystkim na podwyżki. Dlatego chciałbym zadać publicznie pytanie, czy dyrekcja ACK wie, jaki musi wywalczyć kontrakt, aby lekarze specjaliści dostali w przyszłym roku może nie trzy, ale chociaż dwie średnie krajowe? Czy są wykonane symulacje, określające brzegowe warunki kontraktu konieczne do zapewnienia lekarzom chociaż takich umów, jakie zostały podpisane już dwa miesiące temu w Radomiu? Czy Uczelnia przygotowała różne strategie negocjacji z NFZ w zależności od sytuacji? Czy dyrekcja ACK prowadzi rozmowy z innymi szpitalami na temat warunków wspólnego negocjowania minimalnych stawek za punkt w przyszłorocznych kontraktach? Myślę, że lekarze chcieliby znać odpowiedzi na powyższe pytania.

Bo jeśli tych odpowiedzi nie ma, to znaczy, że jedyną (a w każdym razie jedyną widoczną) strategią jest zmuszanie pracowników (w tym wypadku klinicystów) do pracy za pół darmo tak długo aż manna sama spadnie z nieba. A to jak wynika z Biblii, zdarza się zaledwie raz na kilka tysięcy lat. Dlatego proponuję przestać walczyć z lekarzami, poszukać wspólnej strategii, być może włączając przedstawicieli lekarzy do negocjacji z NFZ, być może tworząc wspólny front z innymi szpitalami w negocjacjach zarówno z NFZ, jak i z politykami. Być może razem z innymi uczelniami medycznymi w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia. I przestać wreszcie proponować lekarzom pracę w klinice za symboliczną złotówkę.





## *Akt Erekcyjny*

### BUDOWY CENTRUM NAUKOWO-BADAWCZEGO MEDYCYNY LABORATORYJNEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

Centrum powstaje w ramach projektu finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Stanowi kontynuację 45-letniego rozwoju gdańskiej szkoły Biochemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej. Zapewni zgodne z wymaganiami XXI wieku stabilne warunki pracy naukowej, dydaktycznej i dalszego rozwoju tej dziedziny wiedzy medycznej w Akademii Medycznej w Gdańsku.

Podpisanie tego aktu nastąpiło, kiedy to:

*Prezydentem Rzeczypospolitej Polskiej był Pan Lech Kaczyński  
Marszałkiem Sejmu RP Pan Bronisław Komorowski  
Marszałkiem Senatu RP Pan Bogdan Borusewicz  
Prezesem Rady Ministrów Pan Donald Tusk  
JM Rektorem Akademii Medycznej w Gdańsku Pan Prof. Roman Kaliszan  
Projekt obiektu przygotowała Pani mgr inż. arch. Iwona Zyman-Frydryszek*

**UROCZYSTY TEN AKT WŁASNYM PODPISEM POŚWIADCZAJĄ:**

JM Rektor AM w Gdańsku

Pełnomocnik JM Rektora ds. Budowy Centrum

Kancelarz AM w Gdańsku

*Działo się w Gdańsku 29 listopada 2007 roku.*

# Uroczystość wmurowania kamienia węgielnego

Uroczystość podpisania aktu erekcyjnego i wmurowania kamienia węgielnego pod budowę Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej Akademii Medycznej w Gdańsku odbyła się 29 listopada 2007 r. w miejscu, w którym niemal przez 80 lat stał pawilon (barak) nr 27 zbudowany dla potrzeb i użytkowany przez Klinikę Chorób Zakaźnych, a przez ostatnie ćwierć wieku – tymczasowa siedziba Katedry Biochemii Klinicznej AM i Laboratorium Centralnego PSK nr 1 w Gdańsku. Znajdowała się tutaj znana wszystkim „pobieralnia”.

W uroczystości udział wzięli rektor AM w Gdańsku prof. Roman Kalisz, prorektorzy, profesorowie Andrzej Hellmann, Zbigniew Nowicki, Jacek Bigda, pełnomocnik rektora ds. budowy Centrum prof. Andrzej Szutowicz, kanclerz mgr Marek Langowski, członkowie Rad Wydziałów Lekarskiego, Farmaceutycznego i Nauk o Zdrowiu oraz przedstawiciele pionów technicznych Uczelni. Licznie przybyli pracownicy Katedr Biochemii Klinicznej Wydziału Lekarskiego i Analityki Klinicznej Wydziału Farmaceutycznego oraz studenci Oddziału Medycyny Laboratoryjnej – przyszli użytkownicy Centrum. Nie zabrakło przedstawicieli głównego wykonawcy firmy Doraco w osobach wiceprezów: Zenon Dąbrowski i Sławomira Bautembacha. Dopisała również listopadowa pogoda.

Nad przebiegiem uroczystości czuwał rzecznik prasowy AM w Gdańsku prof. Roman Nowicki, który powitał przybyłych i poprosił o zabranie głosu rektora prof. Romana Kalisza.

Rektor przedstawił zarys podjętych w ostatnich latach starań, zmierzających do modernizacji zaplecza naukowego i dydaktycznego medycyny laboratoryjnej w naszej Uczelni. Podkreślił, że plany wymagały wielu modyfikacji i dostosowania do szybko zmieniającej się sytuacji Uczelni i ACK. W staraniach tych, które doprowadziły do uzyskania 7 mln zł w konkursie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, aktywnie uczestniczył dr hab. Leszek Kalinowski. Poinformował, że budowa Centrum jest wstępem do wielokrotnie większego przedsięwzięcia, którym będzie rozpoczynająca się w roku przyszłym budowa Centrum Medycyny Inwazyjnej – inwestycji o wartości kilkuset milionów złotych. Realizacja tych materializujących się już zamierzeń, dostosuje Uczelnię i Akademickie Centrum Kliniczne do wymagań XXI wieku. Podziękował również profesorom Stefanowi Angielskiemu i Jerzemu Rogulskiemu, którzy walnie przyczynili się do powstania i rozwoju biochemii klinicznej na Wydziałach Lekarskim i Farmaceutycznym AM w Gdańsku.

Następnie głos zabrał pełnomocnik rektora ds. budowy Centrum prof. Andrzej Szutowicz, który przypomniał zebranym, że Akademia Medyczna w Gdańsku była pierwszą uczelnią medyczną w Polsce, która uznała diagnostykę laboratoryjną – biochemię kliniczną za nową, niezależną dziedzinę nauk medycznych i wprowadziła ją do programu nauczania studentów wydziału lekarskiego. Twórcą Gdańskiej Szkoły Biochemii Klinicznej jest profesor Stefan Angielski, wybitny biochemik kliniczny, któremu w grudniu 1963 r. ówczesny rektor AMG prof. Jakub Penson powierzył organizację Pracowni Biochemii Klinicznej.

Przez ponad 40 lat owocnej działalności naukowej i dydaktycznej tej jednostki powstało wiele wysoko cenionych prac oryginalnych, poglądowych, podręczników i opracowań naukowych, publikowanych w renomowanych czasopismach naukowych od *Acta Biochimica Polonica* do *Nature*. Powstawały nowe koncepcje kształcenia przed i podyplomowego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej i analityki klinicznej. W Katedrze Biochemii Klinicznej szlify samodzielniego pracownika nauki zdobyło 10 naukowców, a niemal 60 osób stopnie doktora. Wychowankowie Katedry zajmują dzisiaj wiele stanowisk kierowniczych w naszej Alma Mater, jak również w instytucjach nauko-

wych i medycznych za granicą. Spośród nich na uroczystości obecne były trzy panie prodziekan naszej Uczelni – prof. Wiesława Łysiak-Szydłowska, prof. Mirosława Szczepańska-Konkel i prof. Apolonia Rybczyńska

Tak się złożyło, że rozwój naukowy i dydaktyczny Gdańskiej Szkoły Biochemii Klinicznej szedł nierozłącznie w parze z problemami lokalizacyjnymi. Przeżyliśmy w tym czasie kilka przeprowadzek z jednych do drugich i trzecich prowizorycznych pomieszczeń. Wiadomo, prowizoria mają niezwykłą tendencję do przechodzenia w stan zbliżony do trwałego. Na szczęście, te kłopoty mają się wkrótce skończyć.

Uroczystość wbudowania kamienia węgielnego jest symbolem zakończenia tego etapu, a jednocześnie znakiem kontynuacji tradycji i rozwoju Gdańskiej Szkoły Biochemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej. Stanowi również pierwszy po długim czasie materialny wyraz uznania przez decydentów jej zasług dla naszej Uczelni i znaczenia tej dyscypliny w Polsce. Mamy nadzieję, że Centrum otworzy drogę dla jej dalszego rozwoju i stabilizacji, lecz nie do wygodnej stagnacji. Budowa jest finansowana z funduszy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Centrum będzie siedzibą Katedry Biochemii Klinicznej Wydziału Lekarskiego i Katedry Analityki Klinicznej Wydziału Farmaceutycznego AM w Gdańsku. Dzięki temu możliwy będzie dalszy rozwój i intensyfikacja badań naukowych nad patobiologią nerki, patomechanizmami degeneracji neuronów cholinergicznymi, zaburzeniami metabolizmu lipoprotein, patomechanizmami molekularnymi cukrzycy i płytek krwi oraz mechanizmami działaniami NO, w których gdańska szkoła odnosi sukcesy na skalę międzynarodową. Toczące się wokół nas prace budowlane pozwalają na optymistyczną prognozę, że wbudowanie kamienia węgielnego rozpoczyna sprawny, i miejmy nadzieję, terminową realizację budowy naszych marzeń. Przyszli użytkownicy są przekonani, że nowo powstające Centrum zapewni im godne i zgodne z wymaganiami współczesnej wiedzy warunki do pracy naukowej i dydaktycznej.

W swoim wystąpieniu prof. Stefan Angielski podziękował Rektorowi za aktywne i, co najważniejsze, skuteczne popieranie rozwoju medycyny laboratoryjnej w AMG. Podkreślił istotną rolę, jaką pełnił i pełni gdański ośrodek medycyny laboratoryjnej w Polsce. Życzył wytrwałości i sukcesu w realizacji naszego wspólnego projektu.

Ks. Jędrzej Orłowski, duszpasterz akademicki, pomodlił się o błogosławieństwo dla budowy i ludzi z nią związanych oraz dokonał poświęcenia aktu erekcyjnego. W ten sposób, po „mistycznych” 44 latach oczekiwania i poszukiwań właściwej drogi nie tylko siły ziemskie, ale i wyższe zaczęły w naszym przedsięwzięciu odgrywać znaczącą rolę.

Po przemówieniach akt erekcyjny wmurowano w narożniku podłogi przyszłej rozdzielni centralnego ogrzewania. Sygnatariusze aktu erekcyjnego położyli nań pierwsze kielnie betonu. Również wielu zebranych nie odmówiło sobie przyjemności uczynienia podobnie.

Uroczystość zakończyła symboliczna lampka szampana. Wszyscy rozchodzili się w dobrych nastrojach.

Już w tym samym dniu mury zaczęły rosnąć jak na drzewkach. Dzisiaj, 4 grudnia 2007 r., kiedy składam to sprawozdanie, wielu świadków podpisania aktu erekcyjnego nie poznałoby miejsca, w którym tego dokonano.

Prof. Andrzej Szutowicz,  
pełnomocnik rektora ds. budowy Centrum  
Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej AMG

## URONEPTUNALIA'2007

W dniach 7–8 grudnia 2007 r. odbyły się kolejne, dwunaste już URO-NEPTUNALIA, organizowane przez zespół Katedry i Kliniki Urologii. Na to ogólnopolskie spotkanie urologów przybyło ponad 400 uczestników. Sympozjum przebiegało według sprawdzonej już formuły.

W piątek, 7 grudnia, przeprowadzono siedem operacji transmitowanych „na żywo” z sal operacyjnych na Salę im. prof. S. Hillera w Collegium Biomedicum. Zabiegi przeprowadzane były równocześnie na trzech salach operacyjnych. Prof. M. Fish, kierownik Kliniki Urologii Uniwersytetu w Hamburgu, wykonała dwie operacje rekonstrukcji cewki moczowej. Kolejny gość, światowy autorytet, prof. H. Abol-Enein z Uniwersytetu w Mansoura (Egipt) z przyczyn niezależnych nie mógł dotrzeć do Gdańska. Planowaną cystektomię z wytworzeniem szczelnego zbiornika moczowego, którą pierwotnie miał wykonać prof. Abol-Enein, przeprowadził prof. K. Krajka (Gdańsk).

Dr M. Matuszewski przeprowadził zabieg nefrofibroskopii interwencyjnej, który polegał na usunięciu złożu z odszypułowanego kielicha nerki, ukazując szerszemu gronu kolegów możliwości zastosowania nefrofibroskopa. Ten sprzęt, którym od niedawna dysponuje nasza Klinika, został zakupiony ze środków pozabudżetowych szpitala.

Zaawansowanymi umiejętnościami laparoskopowymi zaprezentowali się zaproszeni koledzy ze Szczecina, Wrocławia i Bydgoszczy. Dr M. Stojewski przeprowadził zabieg radykalnego wycięcia nerki z powodu guza, dr T. Szydełko dokonał plastyki połączenia miedniczkowo-moczowodowego, natomiast dr S. Listopadzki wykonał usunięcie nadnercza ze wskazań onkologicznych. Adiunkt naszej Kliniki dr M. Roslan zoperował, również przy użyciu metody laparoskopowej, chorą z przetoką pęcherzowo-pochwową.

W piątek wieczorem odbyło się spotkanie towarzyskie w „Mieście Aniołów” położonym nad gdańską Motławą. Miła i koleżeńska atmosfera sprawiła, że goście bawili się do późnych godzin nocnych.

W dniu następnym, 8 grudnia, odbyły się dyskusje panelowe na temat przeprowadzonych zabiegów oraz zaprezentowano odległe wyniki operacji przeprowadzonych w czasie URONEPTUNALII 2006. Pani prof. M. Fish wygłosiła wykład na temat postępowania operacyjnego przy zwężeniach cewki moczowej.

W sobotę wieczorem zespół Kliniki Urologii spotkał się z gośćmi z Niemiec na uroczystej kolacji w restauracji „Pod Łosiosiem”.

Mamy nadzieję, że miła atmosfera towarzysząca sympozjum oraz jego wysoki poziom merytoryczny, skłoni naszych gości do ponownego przybycia do Gdańska na kolejne spotkanie z cyklu „Uroneptunalia”.

Lek. Artur Gibas



## Prof. Andrzej Szutowicz uhonorowany

Dnia 4 grudnia 2007 roku odbyły się obchody jubileuszu 40-lecia Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk. Obchody uświetnili swoją obecnością i przemówieniami okolicznościowymi prezes PAN prof. Michał Kleiber i przewodniczący Wydziału Nauk Medycznych PAN prof. Wojciech Kostowski. Historię Instytutu przedstawił jego obecny dyrektor prof. Zbigniew Czernicki. Z tej okazji zasłużonych pracowników i współpracowników Instytutu uhonorowano Medalem im. Profesora Mirosława J. Mossakowskiego. Wśród wyróżnionych był również pracownik naszej Uczelni prof. Andrzej Szutowicz – wieloletni członek Rady Naukowej Instytutu. Sesję naukową swoimi wykładami plenarnymi uświetnili światowej sławy uczeni prof. Andreas Reichenbach (University of Leipzig) i prof. Marek Radoski (Trinity College, Dublin). W drugiej części swoje osiągnięcia przedstawili pracownicy sześciu czołowych jednostek Instytutu.

□

## Kalendarium Rektorskie

22-23.11.2007 – posiedzenie KRASP, w którym uczestniczył rektor prof. Roman Kaliszan, odbyło się w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

24.11.2007 – sesja naukowa z okazji 20-lecia Pracowni Endoskopii Dziecięcej Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej połączone z jubileuszem pracy prof. Marii Korzon. W uroczystościach udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan.

24.11.2007 – XVII okręgowy zjazd Gdańskiej Rady Aptekarskiej, w którym uczestniczył rektor prof. Roman Kaliszan.

28.11.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wzięli udział w sesji zwyczajnej zgromadzenia członków PAN Oddział w Gdańsku.

30.11.2007 – jubileusz 60-lecia działalności Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, podczas którego rektor prof. Roman Kaliszan został wyróżniony tytułem honorowego członka PTF.

3.12.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan gościł w swoim biurze dziekana wydziału medycznego Tbilisi State Medical University prof. George Giorgobiani.

4.12.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wzięli udział w inauguracji edycji chirurgicznej Konkursu Studenckich Prezentacji Dydaktycznych esKaPaDa zorganizowanego przez Studenckie Towarzystwo Naukowe.

4.12.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan jako członek Komitetu Monitorującego Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego na lata 2007–2013 uczestniczył w spotkaniu inauguracyjnym tegoż komitetu.

7.12.2007 – uroczystość 40-lecia pracy naukowo-dydaktycznej prof. Józefa Lisowskiego, wieloletniego rektora Akademii Morskiej w Gdyni, w której uczestniczył dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Janusz Moryś.

11.12.2007 – spotkanie w Nadbałtyckim Centrum Kultury z laureatem Nagrody im. Jana Heweliusza za rok 2006, prof. Jerzym Limonem, w którym udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan.

Mgr Urszula Skatuba



## Kodeks etyki naszej Uczelni

Od czterech miesięcy, powołany przez rektora prof. Romana Kaliszana, zespół pracuje nad kodeksem etyki dla naszej Uczelni.

Istnieje potrzeba określenia dostosowanych do specyfiki Uczelni zasad postępowania etycznego i powinności na nich opartych, jak również potrzeba oceny ich realizacji.

Znaczenie kodeksów etycznych i ich rola w generowaniu postaw moralnych jest przedmiotem wielu dyskusji i kontrowersyjnych opinii. Jakkolwiek można się zgodzić z poglądem, że kodeks sam w sobie nie zapewnia przestrzegania zawartych w nim zasad, to jednak pozwala, choć w ogólnym zarysie, wskazywać na obowiązujące normy postępowania. Bez kodeksowych zasad postępowania niemożliwym jest zarówno ocena wizerunku Uczelni, jak dążenie do jego poprawy.

W skład zespołu wchodzi przedstawiciele różnych grup społeczności akademickiej: prorektor ds. klinicznych prof. Zbigniew Nowicki, profesorowie Jolanta de Walden-Gałaszko i Roman Nowicki, dr med. Marta Michowska, student Michał Brzeziński i pisząca te słowa.

Mamy pełną świadomość, że podjęliśmy się bardzo trudnego zadania i że nasz projekt będzie, być może, niedoskonały.

Założeniem było, aby kodeks opracowany przez przedstawicieli poszczególnych grup społeczności akademickiej stał się jakby wspólną wizją zasad głoszonych i stosowanych w naszej Uczelni. Projekt kodeksu będzie przedstawiony w Extranecie, by przed zatwierdzeniem go przez Senat mogli się Państwo z nim zapoznać i przesać nam swoje krytyczne uwagi, sugestie lub propozycje.

To bardzo ważne, aby każdy członek naszej społeczności czuł się pośrednim twórcą tego opracowania.

Myślę, że warto przybliżyć Państwu tryb, w jakim przebiega praca nad tworzeniem kodeksu. Przygotowujemy go działami. Opieramy się na wartościach, takich jak: prawda, dobro, sprawiedliwość. Na tle tych wartości określamy ogólne zasady postępowania, a potem opracowujemy powinności wobec nauki, dydaktyki i dobra wspólnego, jakim jest nasza Uczelnia. Pragniemy, aby kodeks był bogaty w treści, jednak nie rozbudowany zbyt o szczegóły. Każdy z członków naszego zespołu przygotowuje własną wizję poszczególnych działów kodeksu. Nasze opracowania umieszczamy przed spotkaniami w Extranecie, na stronie przeznaczonej dla prac zespołu. Rozesłane materiały pozwalają na lepsze przygotowanie się do wspólnej dyskusji w czasie naszych spotkań. Dyskusje prowadzimy bardzo ożywione i wtedy właśnie najlepiej uświadamiamy sobie, jak wiele korzystamy podczas toczonych polemik. Kodeks powstaje więc z poszczególnych opracowań dopiero po dyskusji i akceptacji całego zespołu.

Prof. Janina Suchorzewska

## Spotkanie z profesorem Jerzym Limonem

laureatem Nagrody im. Jana Heweliusza  
za rok 2006



Tradycyjnie, po upływie roku od przyznania Nagrody Naukowej Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza, Nadbaltyckie Centrum Kultury i Gdańskie Towarzystwo Naukowe organizują w Ratuszu Staromiejskim w Gdańsku spotkanie z Laureatem, oferując mu możliwość publicznego wygłoszenia wykładu. We wtorek 11 grudnia piękna sala Ratusza wypełniła się publicznością, wśród której zobaczyć można było wiele znanych na Wybrzeżu osobistości pragnących wysłuchać wykładu prof. Jerzego Limona – profesora Uniwersytetu Gdańskiego, wybitnego humanisty i szekspirologa, prezesa Fundacji Theatrum Gedanense.

Tytuł wykładu był intrygujący – „Przećć słowa na miecze i sztylety. Uczeni, pisarze, agenci: z dziejów współpracy w Gdańsku”. Profesor w wielce interesującej formie podzielił się ze słuchaczami swoją wiedzą wyszperaną w licznych archiwach europejskich i amerykańskich o knowaniach króla szkockiego Jakuba z bogatymi patrycjuszami gdańskimi w XVII wieku przeciwko tym, którzy ośmielili się ogłosić w Gdańsku drukiem krytyczną księgę opisującą jego panowanie. Wykład prezentował materiał z najnowszej przygotowywanej przez Profesora książki.

Zgodnie ze zwyczajem praktykowanym od wielu już lat, Laureat otrzymuje w prezencie od organizatorów spotkania swój portret. Nastąpiło więc uroczyste odsłonięcie przygotowanego portretu pędzla artystki z Akademii Sztuk Pięknych Doroty Borowskiej, który przedstawia Profesora w fotelu, w rozpiętej, sportowej koszuli i z uduchowioną twarzą. Po wykładzie był czas na gratulacje od rodziny (córki i brata) oraz pracowników Fundacji Theatrum Gedanense. Wieczór zakończyła laudacja i dwie piosenki zaśpiewane przy akompaniamencie gitary przez znanego artystę, a niegdyś studenta Laureata, Tymona Tymańskiego.

Gospodarzem bardzo sprawnie i w bardzo miły sposób prowadzącym to spotkanie był Władysław Zawistowski.

Prof. Wiesław Makarewicz

# Torakoneptunalia 2007

W dniach 28–29.09.2007 r. w Pomorskim Parku Naukowo-Technologicznym w Gdyni odbyła się kolejna, piąta ogólnokrajowa konferencja z cyklu Torakoneptunalia pt. „Nowoczesne technologie w diagnostyce i leczeniu raka płuca”. Na konferencję przybyli znakomici goście z kraju i z zagranicy, a wśród nich: Bernard Park z Nowego Jorku, Francesca Melfi i Elena Bozzi z Pizy, Tadeusz Orłowski z Warszawy, Tomasz Grodzki ze Szczecina, Jerzy Kozielski z Katowic, Marcin Zieliński z Zakopanego, Wojciech Dyszkiewicz oraz Cezary Piwkowski z Poznania i Adam Zapaśnik z Gdańska.

Ideą tegorocznej konferencji była dyskusja na temat nowoczesnych technologii, stosowanych w torakochirurgii i pulmonologii. W celu podwyższenia atrakcyjności, jak również zaprezentowania możliwości nowoczesnego sprzętu medycznego, wybraliśmy formułę bezpośredniego, audio-wizualnego przekazu procedur wykonywanych przez ekspertów w salach operacyjnych ACK SPSK 1 do sali konferencyjnej w Pomorskim Parku Naukowo-Technologicznym w Gdyni. Przedsięwzięcie to wymagało bardzo wielu przygotowań, koordynacji i zaangażowania organizatorów, jak również ekip prowadzących przekaz (TVP Gdańsk, TP SA), zarządzających siecią akademicką TASK oraz służb technicznych Szpitala. Daleko idącą pomoc zapewniła Dyrekcja ACK SPSK 1. Bezpośredni przekaz obsłużyło 16 osób.

Obrady rozpoczęły się sesją dla władz miasta i Uczelni oraz dyrektorów szpitali z Pomorza i całej Polski. Pierwsza prezentacja dotyczyła technicznych i ekonomicznych aspektów zakupu robota DaVinci dla szpitali w Polsce. Bardzo ciekawy wykład wygłoszony przez szefa firmy Surgical Intuitive Europe, Franca Van Hyfte, połączony z możliwością wypróbowania „na żywo” manipulacji robotem był inspiracją dla władz Szpitala i Uczelni do podjęcia starań pozyskania tej maszyny dla Centrum Medycyny Inwazyjnej AM w Gdańsku. Sprowadzenie robota z Holandii do Gdańska na prezentację kosztowało firmę 15 000 Euro.

Drugi wykład wygłoszony przez przedstawicielkę firmy General Electrics, Ilonę Uszczuk, był tematycznie powiązany z poprzednim i dotyczył nowoczesnych metod finansowania służby zdrowia. Wywody oparte na bogatym doświadczeniu firmy we wspólnych przedsięwzięciach medycznych ze szpitalami w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, wykazał alternatywne możliwości finansowania nowoczesnych, często bardzo drogich, inwestycji w służbie zdrowia i spotkał się z dużym zainteresowaniem zaproszonych gości.

Po tej zamkniętej części konferencji rozpoczęły się przekazy na żywo z sal operacyjnych Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku (ACK AMG). Pokaz dotyczył zastosowania autofluorescencji w diagnostyce patologii dróg oddechowych. Podczas prezentacji swoje bogate doświadczenia przedstawili prof. Tadeusz Orłowski oraz prof. Jerzy Kozielski, jednocześnie komentując wraz z operatorem dr. Dariuszem Dziedzicem na żywo wykonywane badania. TEMLA (Transcervical Extended Mediastinal Lymphadenectomy) jest nowym, nie mającym jeszcze swojej ugruntowanej pozycji w diagnostyce i leczeniu raka płuca zabiegiem, wykonanym po raz pierwszy przez dr. hab. Marcina Zielińskiego. Dr Zieliński podczas krótkiego wykładu przedstawił teoretyczne podstawy wykonywania tego typu operacji i pokazał doświadczenia zakopiańskiego ośrodka torakochirurgicznego w wykonywaniu tej procedury. W późniejszej sesji słuchacze mieli również możliwość śledzenia przekazu z operacji wykonywanej przez dr. Zielińskiego. Podczas przekazu na sali wykładowej swoje argumenty za i przeciw wykonywaniu tego typu operacji

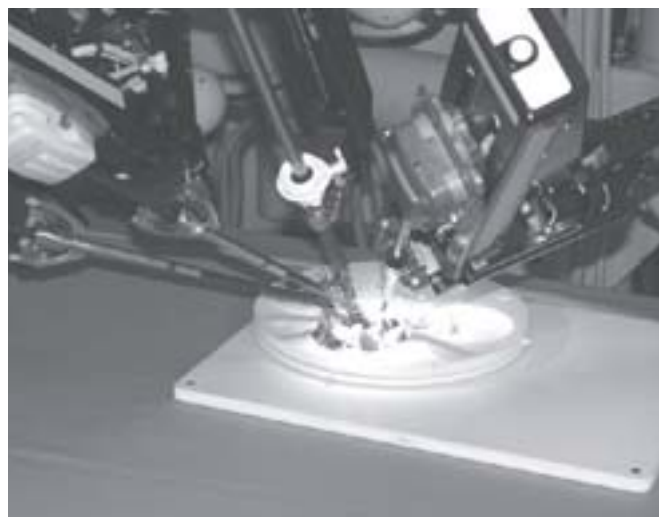


Organizatorzy dr hab. Witold Rzyman i dr Adam Sternau wraz z uczestnikami konferencji

przedstawiali prowadzący – dr hab. Tomasz Grodzki oraz dr hab. Witold Rzyman. Liczne pytania do operatora i często ostra dyskusja świadczyły o dużym zainteresowaniu torakochirurgów z całej Polski tym tematem.

Użycie promieniowania laserowego w udrażnianiu dróg oddechowych jest uznaną metodą leczenia. Skojarzenie tej metody z zastosowaniem nowoczesnych respiratorów wysokiej częstotliwości nadaje jednak nową jakość tego typu zabiegom i dlatego stwierdziliśmy, że warto pokazać i upowszechnić w Polsce tak wyrafinowane techniki znieczulenia i operacji. Operację przekazywaną na żywo z ACK AMG wykonywał dr. Cezary Piwkowski z Poznania, a komentował i jednocześnie dzielił się własnym doświadczeniem prof. Tadeusz Orłowski z Warszawy. W komentarzach i dyskusji zwracały uwagę różne techniki wykonywania laserowego udrażnienia tchawicy w Polsce. Wszyscy uczestnicy byli jednak zgodni – jeżeli jest to tylko możliwe, to miejsce zwężenia należy wyciąć chirurgicznie. Pacjent, u którego wykonano pokazową operację, był bardzo zadowolony z jej wyniku i jeszcze tego samego dnia chciał być wypisany do domu. Na podkreślenie zasługuje fakt sprawnego prowadzenia znieczulenia przez dr. Radosława Owczuka z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Gdańsku, który doskonale poradził sobie z tym skomplikowanym sposobem wentylacji, pomimo krótkiego okresu przygotowań.

Kolejny wykład dotyczył nowej techniki stosowanej w leczeniu chorych z nieoperacyjnym nowotworem płuca, tj. termo-



Robot Da Vinci w akcji

ablacji. W Polsce po raz pierwszy tę metodę zastosował gdański ośrodek chirurgii klatki piersiowej w 1999 roku. Termoablacja jest dynamicznie rozwijającą się w świecie metodą leczenia nowotworów, a w szczególności przerzutów nowotworowych do wątroby i płuc. Jednym z ośrodków o największym doświadczeniu w tego typu zabiegach jest Uniwersytecki Szpital w Pizie, skąd przyjechała E. Bozzi i przedstawiła bardzo bogaty materiał na temat zastosowania termoablacji w raku płuca. Doświadczenie ośrodka gdańskiego w tym sposobie leczenia jest największe w Polsce, co potwierdziła dyskusja toczona pomiędzy dr. Dariuszem Zadrożnym z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej AMG, prof. Michałem Studniarkiem i dr. hab. Witoldem Rzymanem. Ten ostatni przygotował perspektywny projekt badawczy o zasięgu krajowym, dotyczący termoablacji guzów płuca. W dyskusji zwrócono uwagę, że w naszym kraju, pomimo dość dużego zapotrzebowania na takie zabiegi i udowodnionych ewidentnych korzyści dla chorych, Narodowy Fundusz Zdrowia nie przewiduje w katalogu tego typu procedury medycznej.

Wieczorem na pokładzie „Daru Pomorza”, zacumowanym przy Skwerze Kościuszki w Gdyni, odbyło się spotkanie towarzyskie. Miła, koleżeńska atmosfera sprawiła, że goście bawili się do późnych godzin nocnych.

Drugi dzień konferencji rozpoczął się mocnym akcentem, gdyż tematem pierwszego wykładu były wyniki praktycznego zastosowania robotów w chirurgii. Frank Van Hyfte z pewnością przekonał słuchaczy, że tego typu operacje śmiało konkurują z konwencjonalnymi, a także, że mapa Europy, Ameryki i Azji jest gęsto pokryta ośrodkami stosującymi robota DaVinci. Niestety, pomimo że nasi południowi sąsiedzi, Czesi, posiadają już 4 roboty, to Polska na tej mapie pozostaje białą plamą. Mamy nadzieję, że ta sytuacja zmieni się w niedługim czasie i również w naszym kraju można będzie leczyć pacjentów przy zastosowaniu najnowocześniejszych technik. Po wykładzie prezentowany w centrum wystawienniczym robot oblegany był przez uczestników, którzy chcieli praktycznie wypróbować możliwości manipulowania nim w zaaranżowanym modelu pola operacyjnego.

W Polsce jest już kilka 64-rzędowych tomografów tomokomputerowych, ale niewielu lekarzy orientuje się, jak szerokie możliwości diagnostyczne wynikają z ich zastosowania. Na ten temat mówił dr Adam Zapaśnik, który pomimo trudności technicznych doskonale przedstawił w swojej prezentacji możliwości obrazowania 3D (zwłaszcza wirtualnej bronchoskopii i wirtualnego obrazowania naczyń wieńcowych) oraz możliwości oceny pojedynczych cieni okrągłych w płucu z pomiarami ich objętości, gęstości i oceny dynamiki przyrostu objętości na podstawie porównania kolejnych badań. Aparaty tego typu z pewnością będą miały szerokie zastosowanie, gdy rozpocznie się w Polsce realizacja kilku (co najmniej 2) programów badań przesiewowych u ludzi z grup ryzyka zachorowania na raka płuca.

Ostatnim, jednak najbardziej oczekiwanym punktem konferencji, był wykład połączony z operacją transmitowaną na żywo z ACK AMG, poświęcony wideotorakoskopowemu usunięciu płata płuca. Na wykład zaproszeni zostali znakomici eksperci: dr Bernard Park (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York) oraz dr Francesca Melfi (Universita di Pisa). Na wstępie, w tle rozpoczynającej się operacji, podzielili się swoimi osiągnięciami i doświadczeniami w wykonywaniu tego typu zabiegów. Potem na bieżąco komentowali ważne momenty operacji, którą wykonywał najbardziej doświadczony chirurg w tego typu zabiegach w Polsce, dr Cezary Piwkowski z Poznania. Na sali wykładowej wyczuwalne było duże napięcie wśród słuchaczy. Wydawało się, że każdy z uczestników w myślach sam wykonuje ten zabieg. Gdy ze względu na upływający czas konieczne było przerwanie transmisji, obserwa-

rzy protestowali i domagali się kontynuacji. Pacjent, u którego wykonano operację radykalną raka płuca wraz z usunięciem węzłów chłonnych śródpiersia, był usatysfakcjonowany, został wypisany do domu w 4 dobie po operacji. Mamy nadzieję, że ten wykład połączony z pokazem przyczyni się do szerszego wykonywania tego typu operacji we wczesnych postaciach raka płuca również w naszym kraju. W Gdańsku stosujemy tego typu zabiegi od listopada br.

Konferencja doskonale pokazała, jak szybko rozwijają się nowoczesne metody stosowane w medycynie i jak nowe metody przekazu można stosować w doskonaleniu umiejętności lekarzy.

Przygotowanie konferencji byłoby niemożliwe bez wsparcia ze strony Jerzego Zająca, dyrektora Urzędu Miejskiego w Gdyni i prezydenta Gdyni Wojciecha Szczurka, pracowników Telewizji Polskiej S.A. Oddz. Gdańskiego, Telekomunikacji Polskiej S.A. oraz Trójmiejskiej Akademickiej Sieci Komputerowej.

Dr Adam Sternau

## Siedem klinik AMG rekomenduje Newsweek Polska!

W rankingu najlepszych polskich szpitali pt. „Gdzie się leczyć” dołączonym do wydania *Newsweek Polska* z dnia 26.11.2007 r. znalazło się aż 7 Klinik AMG.

Rankingiem objęto 8 specjalizacji: kardiologię, kardiologię, neurochirurgię, ortopedię, okulistykę, gastroenterologię, gastroenterologię dziecięcą i psychiatrię. Redakcja *Newsweeka* wysłała ankiety tylko do ośrodków, które mają uprawnienia do kształcenia lekarzy. Pytania dotyczyły m.in. opieki nad pacjentem po operacji, dostępu do najnowszych metod operowania oraz czasu oczekiwania na planowany zabieg, a także zakażeń szpitalnych. W ocenie uwzględniono również akredytację przyznaną przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Ranking przygotowano wspólnie z Towarzystwem Promocji Jakości w Ochronie Zdrowia, które stale współpracuje m.in. z Uniwersytetem Harvarda w Bostonie i od lat profesjonalnie zajmuje się oceną działania placówek służby zdrowia.

Wśród najlepszych polskich klinik kardiologicznych wymieniono **Klinikę Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej AMG**. W gronie najlepszych klinik kardiologicznych znalazła się **I Katedra i Klinika Kardiologii AMG**. Wśród 20 polecanych przez *Newsweek* klinik neurochirurgicznych 6 miejsce zajęła **Katedra i Klinika Neurochirurgii AMG**. **Katedra i Klinika Chorób Oczu AMG** uplasowała się na 11 pozycji wśród 29 najlepszych oddziałów okulistycznych w kraju. **Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii AMG** oraz **Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych ACMMiT AMG** reprezentują najwyższy poziom w dziedzinie gastroenterologii, a **Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych AMG** – w dziedzinie psychiatrii.

Serdecznie gratulujemy Kierownikom i Pracownikom naszych najlepszych Klinik!

prof. Roman Nowicki  
rzecznik prasowy AMG



# Rak płuca. Kara za grzechy czy prawo do godnego leczenia?



Stowarzyszenie Ludzi Wyleczonych z Raka Płuca przy Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej AMG i Polska Grupa Raka Płuca zorganizowała 14.11.2007 r. w Instytucie Chorób Płuc i Gruźlicy w Warszawie konferencję prasową i debatę na temat: „Rak płuca. Kara za grzechy czy prawo do godnego leczenia?”. Spotkanie, pod patronatem ministra zdrowia, prof. Zbigniewa Religi, odbyło się w ramach Miesiąca Świadomości Raka Płuca, jakim jest listopad.

Prelegentami byli: Magdalena Gutowska, pacjentka; U. Krassowska, socjolog, dyrektor Sektora Badań Społecznych TNS OBOP; prof. M. Krakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Centrum Onkologii w Warszawie; dr hab. P. Łuków, filozof, etyk, wykładowca w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego i w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie; prof. T. Orłowski, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, kierownik Kliniki Chirurgii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie; prof. K. Roszkowski-Śliż, konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc, dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie; prof. J. Skokowski, prezes Stowarzyszenia Ludzi Wyleczonych z Raka Płuca (LWzRP).

Walka z rakiem płuca to bardzo wysokie koszty społeczne i ekonomiczne. Rodzi się pytanie, czy osoby, które świadomie niszczą zdrowie i życie swoje oraz innych, powinny być traktowane tak samo jak inni chorzy?

Aż 71 proc. ankietowanych opowiedziało się za tym, aby chorzy na raka płuca mieli taki sam dostęp do leczenia jak chorzy na inne nowotwory. Wyniki te pokazują, że w naszym społeczeństwie nadal istnieje przekonanie, iż chory nie ma wpływu na własne zdrowie, a czynniki zewnętrzne nie determinują powstania choroby – mówiła Urszula Krassowska, socjolog. Choroba, niezależnie od tego czy mamy na nią wpływ, czy nie, nie podlega ocenie etycznej. Nie można zatem postrzegać jej w kategoriach kary, a pacjenta nie można potępiać – tak komentował dr hab. Paweł Łuków, etyk, filozof.

Niezależnie od tego, czy jest się biernym czy czynnym palaczem, leczenie należy się każdemu. Nasze Stowarzyszenie namawia wszystkich, którzy znajdują się w grupie podwyższ-

onego ryzyka, aby poddawali się okresowym badaniom profilaktycznym.

W ramach budowania świadomości choroby i znaczenia wczesnej diagnozy w leczeniu nowotworów płuca opracowaliśmy kartki pocztowe z przesłaniem: „Twoje płuca – Twoje życie. Sprawdź, czy są zdrowe”, które zawierają instrukcję „krok po kroku”, co robić, gdy jest się w grupie podwyższonego ryzyka.

## Zapamiętaj:

**Nie pal!**  
**Badaj się regularnie!**  
**Nie sprowadzaj na siebie raka!**

Listopad na całym świecie obchodzony jest jako Miesiąc Świadomości Raka Płuca (LCAM, Lung Cancer Awareness Month). W Polsce organizowany był po raz drugi. W 2006 r. Stowarzyszenie Ludzi Wyleczonych z Raka Płuca zainicjowało ogólnopolską kampanię edukacyjną „Rak płuca. Wczesne wykrycie = Dłuższe życie”. Jej głównym celem było przekonanie społeczeństwa, że kluczową rolę w walce z nowotworem płuca odgrywa wczesne rozpoznanie choroby. W ramach kampanii zorganizowano 9 konferencji regionalnych w: Lublinie, Krakowie, Katowicach, Gdańsku, Łodzi, Wrocławiu, Poznaniu, Białymstoku i Bydgoszczy. Opracowane zostały ulotki informacyjne (20 tys.), które za pośrednictwem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) trafiły do pacjentów w wielu regionach kraju.

Organizacji chorych na raka płuca na świecie jest bardzo mało. Nasze Stowarzyszenie, jedyne w Polsce, założone zostało w 1994 r. przez pacjentów i personel Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, gdzie członkowie i osoby wspierające spotykają się w każdy drugi wtorek miesiąca o godz. 12.00.

Prof. Jan Skokowski  
 prezes Stowarzyszenia LWzRP

*Zdrowie Polaków zależy w znacznej mierze od tego, jak wiele osób przekonamy do zmiany stylu życia.*

prof. Witold Zatoński

## Europejski Kodeks Walki z Rakiem

Z inicjatywy Unii Europejskiej proklamowano w 1985 r. w Mediolanie program Europe Against Cancer. Głównym celem programu było ograniczenie do 2000 roku oczekiwanej liczby zgonów nowotworowych o 15% poprzez wspólną działalność, dotyczącą prewencji pierwotnej (zwłaszcza wobec palenia tytoniu), badania przesiewowe, kształcenie i szkolenia.

Strategiczne podejście stało się możliwe po powstaniu w 1987 r. Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Kodeks został uzupełniony w 1994 r., a w 2003 r. w Mediolanie Unia Europejska przygotowała trzecią jego edycję. Konieczność uwzględnienia sytuacji zagrożenia nowotworami złośliwymi w Unii Europejskiej, rozszerzonej o nowe państwa członkowskie, w tym Polskę i inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej leżała u podstaw opublikowania kodeksu. Należało dostosować program nowotworowy do nowych wyzwań, w tym prognozy wzrostu zachorowań na choroby nowotworowe w najbliższej dekadzie, w szczególności w krajach akcesyjnych.

W najnowszej edycji Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem wzięto również pod uwagę aktualny stan wiedzy o czynnikach ryzyka, leczeniu i profilaktyce nowotworów złośliwych, a także, poprzez udział ekspertów z różnych krajów, specyfikę narodowych programów nowotworowych. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie aktywnie uczestniczył w pracach nad powstaniem zmienionej edycji kodeksu.

Publikacja kodeksu walki z rakiem i jednoczesne wdrażanie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, uchwalonego przez Sejm 1 lipca 2005 r., są znakomitym wezwaniem do ograniczenia zagrożenia chorobami nowotworowymi polskiej populacji.

Europejski Kodeks Walki z Rakiem to zbiór 11 zasad profilaktyki w walce z chorobami nowotworowymi – 7 pierwszych zaleceń dotyczy stylu życia (prewencja pierwotna), 4 kolejne poruszają zagadnienie wczesnej diagnostyki populacyjnej (prewencja wtórna).

### 11 zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem

1. Nie pal
2. Wystrzegaj się otyłości
3. Bądź codziennie aktywny
4. Spożywaj więcej warzyw i owoców
5. Ogranicz spożycie alkoholu
6. Unikaj nadmiernej ekspozycji na słońce
7. Unikaj substancji rakotwórczych
8. Zaszczep się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B
9. Weź udział w programach ochrony zdrowia publicznego:
10. Kobiety po 25. roku życia: badania w kierunku raka szyjki macicy

10. Kobiety po 50. roku życia: badania w kierunku raka piersi
11. Kobiety i mężczyźni po 50. roku życia: badania w kierunku raka jelita grubego

### Europejski Kodeks Walki z Rakiem

1. Nie pal; jeśli już palisz, przestań. Jeśli nie potrafisz przestać, nie pal przy niepalących.
  - W krajach rozwiniętych 25–30% wszystkich zgonów z powodu nowotworów ma związek z paleniem tytoniu.
  - Po zaprzestaniu palenia ryzyko tego typu nowotworów szybko się zmniejsza. Korzyści zdrowotne obserwuje się już po 5 latach od zerwania z nałogiem.
  - Dym tytoniowy wydychany przez palaczy wymusza bierne palenie na osobach z otoczenia.
  - Palenie papierosów przez kobiety w ciąży zwiększa prawdopodobieństwo obumarcia płodu lub późniejszego upośledzenia fizycznego i psychicznego rozwoju dziecka.
  - Dla zmniejszenia skutków palenia tytoniu zasadnicze znaczenie ma „polityka antytytoniowa”, w której zakres wchodzi takie działania, jak: podnoszenie opodatkowania wyrobów tytoniowych, zakaz reklamy papierosów, tworzenie w miejscach publicznych stref wolnych od dymu, zwiększenie świadomości społecznej na temat mocy uzależniającej dymu.

#### 2. Wystrzegaj się otyłości.

- W krajach zachodnich otyłość stanowi drugi po paleniu tytoniu czynnik ryzyka rozwoju chorób przewlekłych, zwłaszcza cukrzycy, chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych.
- W ciągu ostatnich lat w większości krajów Europy odsetek ludzi otyłych gwałtownie wzrasta. W Polsce dotyczy aż około 20% społeczeństwa.
- Przekonujące dane wskazują na związek otyłości z zachorowaniami na raka okrężnicy, piersi (po menopauzie), trzonu macicy, nerki i gruczolakoraka przełyku.
- Szacuje się, że w Europie Zachodniej nadwaga i otyłość stała się przyczyną rozwoju około 11% nowotworów okrężnicy, 9% nowotworów piersi, 39% nowotworów trzonu macicy, 37% gruczolakoraków przełyku, 25% nowotworów nerki i 24% nowotworów pęcherzyka żółciowego.

3. Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne.

- Aktywność fizyczna związana z regularnym, umiarkowanym wysiłkiem może być wskazana dla utrzymania odpowiedniej masy ciała, szczególnie u osób prowadzących siedzący tryb życia. Zaleca się wykonanie gimnastyki 3 razy w tygodniu po pół godziny. Z punktu widzenia profilaktyki chorób nowotworowych korzystniejsze są jednak częstsze, bardziej forsowne ćwiczenia.

4. Spożywaj więcej różnych warzyw i owoców: jedz co najmniej 5 porcji dziennie. Ogranicz spożycie produktów zawierających tłuszcze zwierzęce.

- Wyniki szeregu badań epidemiologicznych wskazują, że spożywanie dużych ilości warzyw i owoców zmniejsza ryzyko zachorowań na różne nowotwory, szczególnie przełyku, żołądka, okrężnicy, odbytnicy i trzustki.
- Spożycie produktów zbożowych pełnoziarnistych oraz o dużej zawartości błonnika zmniejsza ryzyko zachorowania



na raka jelita grubego i inne nowotwory przewodu pokarmowego.

- Niższe współczynniki zachorowalności na różne typy nowotworów złośliwych w regionach południowej Europy wiązano z dietą śródziemnomorską, która jest uboższa w białka i tłuszcze pochodzenia zwierzęcego, a bogatsza w ryby, oliwę z oliwek, warzywa, owoce i pełne ziarna zbóż, a także z obecnością umiarkowanej ilości alkoholu.
- Owoce i warzywa należy spożywać przy każdym posiłku i konsekwentnie zastępować nimi przekąski między posiłkami – zgodnie z zaleceniami WHO i agencji rządu USA: „warzywa i owoce spożywaj 5 razy dziennie” (minimum 400 g dziennie, tj. 2 sztuki owoców i 200 g warzyw).

5. Jeśli pijesz alkohol – piwo, wino lub alkohole wysokoprocentowe – ogranicz jego spożycie: mężczyźni do dwóch porcji dziennie, kobiety do jednej porcji dziennie.

- Picie alkoholu zwiększa ryzyko nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego i układu oddechowego nawet u osób niepalących. Natomiast picie wraz z paleniem tytoniu istotnie zwiększa ryzyko zachorowania na wymienione nowotwory, a każdy z tych czynników potęguje działanie drugiego.
- Udowodniono, że 10 lat po zaprzestaniu spożywania alkoholu ryzyko zachorowania na raka przełyku zmniejsza się o 60%.
- Korzystne działanie alkoholu na układ krążenia obserwuje się jedynie u osób w średnim wieku.
- Dzienny limit spożycia dla mężczyzn nie powinien przekraczać 20 g etanolu (tj. około 2 szklanek piwa, 2 kieliszków wina lub 2 małych kieliszków mocnego alkoholu), a w przypadku kobiet – 10 g.

6. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. Szczególnie chroń dzieci i młodzież. Osoby mające skłonność do oparzeń słonecznych powinny przez całe życie stosować środki chroniące przed słońcem.

- Na nowotwory złośliwe skóry zapadają głównie ludzie rasy białej o jasnej karnacji, którzy zamieszkują regiony o znacznej ekspozycji na promienie ultrafioletowe (UV).
- Mieszkańcom Europy należy zalecać ograniczenie ekspozycji na promieniowanie słoneczne – zmniejszenie łącznej ekspozycji w ciągu całego życia, a w szczególności unikanie epizodów bardzo silnej ekspozycji i oparzeń słonecznych.
- Najsilniejszym fenotypowym czynnikiem ryzyka zachorowania na czerniaka są jednak liczne znamiona barwnikowe występujące na skórze.
- Przebywając na świeżym powietrzu, należy chronić się przed słońcem w godzinach od 11.00 do 15.00 (są to godziny największego narażenia na promieniowanie UV). Zaleca się przebywanie w cieniu, noszenie okularów przeciwsłonecznych i odpowiedniego, chroniącego przed słońcem ubrania. Dobre zabezpieczenie przed słońcem stanowi gęsto tkana bawełna. Należy stosować kosmetyki zawierające filtry przeciwsłoneczne.
- Odradza się korzystanie z tzw. łóżek opalających, gdyż urządzenia te emitują promieniowanie zbliżone do tego, które uważa się za odpowiedzialne za zwiększone ryzyko zachorowań na czerniaka skóry.

7. Przestrzegaj ściśle przepisów dotyczących ochrony przed narażeniem na znane substancje rakotwórcze. Stosuj się zawsze do instrukcji postępowania z substancjami rakotwórczymi. Przestrzegaj zaleceń krajowych ośrodków ochrony radiologicznej.

- Szacuje się, że na początku lat 90. ubiegłego stulecia około 32 miliony robotników (23% zatrudnionych) w UE było



narażonych na działanie czynników rakotwórczych w dawkach przekraczających wartości podstawowe.

- Do najczęstszych zagrożeń zawodowych zalicza się: promieniowanie słoneczne, bierne wdychanie dymu tytoniowego, pył zawierający wolną krzemionkę, gazy spalinowe z silników Diesla, produkty rozpadu radonu, pył drzewny, benzen, azbest, formaldehyd, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, związki chromu VI, kadmu i niklu.
  - Badania obejmujące górników zawodowo narażonych na duże stężenia radonu w powietrzu dostarczyły przekonujących dowodów, że radon wywołuje raka płuca.
8. Bierz udział w programach szczepień ochronnych, przede wszystkim przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B.
- Około 18% nowotworów w populacji światowej przypisuje się przewlekłym zakażeniom wirusowym, bakteryjnym i pasożytniczym.
  - Obecnie w Polsce prowadzi się szczepienia noworodków, młodzieży w wieku 14 lat, osób należących do grup ryzyka, osób z bliskiego otoczenia chorych zakażonych HBV, a ostatnio również pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby (w szczególności zakażonych HCV). Program szczepień ochronnych (w Polsce) nie przewiduje szczepień osób podróżujących w rejony o dużej i pośredniej endemiczności wirusowego zapalenia wątroby typu B.

Dla niektórych nowotworów istnieją programy badań przesiewowych zwiększających szansę na ich wyleczenie.

9. Kobiety po 25. roku życia powinny uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Badania te należy prowadzić w ramach programów podlegających procedurom kontroli jakości zgodnym z Europejskimi wytycznymi kontroli jakości badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.
10. Kobiety powyżej 50. roku życia powinny uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi. Badania te należy prowadzić w ramach programów zdrowotnych podlegających procedurom kontroli jakości zgodnym z Europejskimi wytycznymi kontroli jakości mammograficznych badań przesiewowych.
11. Kobiety i mężczyźni po 50. roku życia powinni uczestniczyć w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy. Badania te powinny być prowadzone w ramach programów uwzględniających procedury kontroli jakości.

Prof. Wiesław Makarewicz



Tadeusz Tołłoczko

## U jakiego lekarza chciałby się Pan leczyć?

Istnieje powszechne oczekiwanie, ażeby w sprawach zdrowia lekarz był powiernikiem zarówno chorego jak i społeczeństwa. Chory oczekuje, że lekarz będzie zainteresowany nie tylko jego chorobą, nie tylko fizycznymi aspektami jego choroby, ale że uwzględniać będzie jego problemy natury egzystencjalnej, społecznej i psychologicznej. Chorzy oczekują od lekarzy znacznie więcej niż tylko diagnozowania i leczenia zgodnego z opracowanymi standardami. Chory oczekuje nie tylko „technologicznej” sprawności w ustalaniu rozpoznania i prowadzeniu leczenia, lecz również tego, że jego niepokój, ból, strach i nadzieje odbiją się echem w świadomości lekarza i wpłyną na ich poznanie, zrozumienie i współodczuwanie.

Dlatego co najmniej atmosfera życzliwości i uprzejmości powinna wypełniać przestrzeń między chorym a lekarzem. Odpowiedź lekarza na te oczekiwania chorego zależy od jego warunków pracy, jego sposobu bycia jako człowieka ukształtowanego przez kulturę środowiska, w którym wzrastał, żyje i pracuje.

W pełni zdaję sobie sprawę, że ja sam jako chory poszukiwałem lekarza o zupełnie innej gradacji i hierarchii cech, niż tego oczekują chorzy ode mnie jako lekarza. Mnie niepotrzebne byłoby jego współczucie, „współuczestniczenie” w mojej chorobie. Ja od lekarza zupełnie nie oczekiwałem pociechy, lecz wyłącznie jego merytorycznego zaangażowania w proces diagnostyki i terapii. Potrzebna byłaby mi jego empatia.

Najwyżej ceniłbym jego fachowość, a więc doświadczenie, wiedzę, zdolność klinicznego rozumowania, umiejętność oceny i zarządzania ryzykiem, umiejętność odróżniania tego, co wie i umie, od tego, czego się tylko domyśla. Pragnąłbym, aby wyznawał i realizował zasadę, że tylko to, co najbardziej skuteczne jest wystarczająco dobre dla mnie jako chorego. Aby miał finansowe i techniczne możliwości realizacji tej zasady i aby nie podlegał administracyjnej, niekiedy ślepej presji o wątpliwej wartości, pozornego oszczędzania na mnie jako chorym. Tak więc chciałbym, aby nie miał narzuconych limitów w sprawowaniu nade mną opieki, a miał możliwości stosowania środków nawet o małym, ale jeszcze możliwym prawdopodobieństwie skuteczności.

Byłoby bardzo dobrze, gdyby dodatkowo atmosfera wyczuwalnej troski, życzliwości, uprzejmości, a może i współczucia wypełniała przestrzeń między nami. Z kolei w trosce o siebie samego chciałbym, aby leczący mnie, np. chirurg przystąpił do pracy wypoczęty i psychicznie nieobciążony możliwością zabrania przez komornika na licytację potrzebnej do operacji i znieczulenia aparatury medycznej.

Czego bym nie oczekiwał? Nie oczekiwałem jego doskonałości i nieomyślności. Z pewnością też nie chciałbym, aby tok jego lekarskiego rozumowania przebiegał wg zasady *wishful thinking*, czyli myślenia zgodnego z życzeniem. Za przekroczenie moich praw jako pacjenta uznałbym zainteresowanie moim stanem zdrowia i przebiegiem choroby przez adwokatów i dziennikarzy, czyhających nie na moje wyleczenie, lecz na lekarski błąd, który mógłby być popełniony wobec mnie jako pacjenta. Ich zainteresowanie oceniałbym jako zagrożenie zarówno dla mego prawa do intymności, ale również jako bezpośrednie zagrożenie dla procesu mego leczenia. To oni są odpowiedzialni za powstanie *defensive medicine*.

Przed laty sam znalazłem się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Przed wdrożeniem kardioinwazyjnego leczenia,

Redakcja z przyjemnością informuje, że za zgodą Autora ukażą się w kolejnych numerach *Gazety AMG* rozważania prof. Tadeusza Tołłoczki, emerytowanego profesora chirurgii AM w Warszawie, z pogranicza etyki, prawa i medycyny.



Prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko – chirurg, absolwent AM w Warszawie. W latach 1974–1999 kierownik kolejno dwóch Klinik Chirurgii AM w Warszawie, a następnie kierownik Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii CSK w Warszawie. W latach 1990–1996 rektor AM w Warszawie. Od 1996 r. do 2007 r. przewodniczący Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN (trzy kadencje). W latach 1989–2006 delegat narodowy do „International Federation of Surgical Colleges”. Członek Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy ministrze zdrowia; członek „Komitetu Etyki w Nauce” przy Prezydium PAN.

obarczonego wówczas jeszcze dużym ryzykiem, profesor zapytał mnie, czy mam jakieś życzenia. Mam – odpowiedziałem – *To know the truth, only truth and nothing else than the truth!* Jeśli mam umrzeć, to chciałbym mieć pełną tego świadomość.

Aczkolwiek zabieg zakończył się pełnym sukcesem, to jednak nie przebiegał bez trudności i zagrożeń. Byłem ich w pełni świadomy podczas całego zabiegu, ponieważ zgodnie z moją prośbą, operator informował mnie o przebiegu procedury. W żadnym wypadku nie oczekiwałem „cudu”, ale ani na chwilę nie opuszczała mnie jednak pewność usiłowania optymalnego rozwiązania problemów w granicach posiadanych przez operatora możliwości. Wiem dobrze, że lekarz nie może „uzdrowić”, ale może „wyleczyć”. Taki jest bowiem tok rozumowania i postępowania wszystkich chirurgów podczas operacji. Byłem przekonany, że operujący mnie lekarz sam miał racjonalną wiarę w skuteczność swego postępowania i tym właśnie wzbudzał we mnie nadzieję i pobudzał mnie jako chorego do współdziałania. Dlatego miałem do niego pełne zaufanie.

Osobisty mój przykład jest dowodem, że każdy chory ma inny zamek do swej osobowości. Lekarze natomiast wyposażeni zostali przez doświadczenie, co najwyżej, w nie zawsze pasujące do tych zamków wytrychy. Dlatego w kontakcie z chorym, rzeczywistą sztuką jest wiedzieć, co powiedzieć, jak powiedzieć, komu powiedzieć, i kiedy powiedzieć. A to jest wielką sztuką. I w tym aspekcie trzeba być naprawdę utalentowanym. Wszelkie instrukcje i pouczenia samozwańczych „humanistów” noszą wszystkie cechy sztuczności i pompatyczności. Pouczenia najczęściej dają osoby, które nigdy nie były nawet świadkami rozmowy z chorym w sytuacji zagrożenia jego życia i sami nigdy do swoich rad by się nie zastosowali. □

# Zdrowie dla Pomorzan 2005 – 2013

## Grupy Robocze ukończyły kolejne ważne projekty

W szybkim tempie postępują prace nad Programem Zdrowie dla Pomorzan. Ten ważny program polityki zdrowotnej spotkał się z niespodziewanie dużą reakcją i dobrym odzewem pomorskich środowisk odpowiedzialnych za zdrowie mieszkańców naszego regionu. Bez żadnej przesady można powtórzyć za wicemarszałkiem województwa pomorskiego Leszkiem Czarnobajem, że dokument, który ostatecznie w całości ma przyjąć w 2008 roku Sejmik naszego województwa, stanowić będzie swoistą konstytucję zdrowotną. Jego celem jest określenie priorytetów i zasad rozwoju najważniejszych dziedzin związanych ze zdrowiem na Pomorzu. Aktualnie projekt ZdP 2005–2013 obejmuje następujące moduły:

- choroby nowotworowe,
- choroby serca i naczyń (kardiologię i neurologię)
- opiekę nad matką i dzieckiem,
- cukrzycę,
- choroby psychiczne,
- organizację sieci szpitali,
- monitorowanie i prewencję.

Przypomnijmy, że ZdP 2005–2013 powstał dzięki inicjatywie władz Urzędu Marszałkowskiego oraz Akademii Medycznej w Gdańsku. Następnie do grona realizatorów dołączyły inne główne instytucje odpowiedzialne za zdrowie mieszkańców regionu: Urząd Wojewódzki, Oddział Pomorski Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzki Urząd Statystyczny oraz Konwent Starostów.

Do głównych celów ZdP 2005–2013 zaliczono:

1. Konsolidację i standaryzację działań najważniejszych podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w województwie pomorskim, obejmującą:
  - monitorowanie (zasoby, jakość, epidemiologia, analiza koszt–efekt)
  - prewencję
  - diagnostykę
  - terapię
2. Współpracę na rzecz wprowadzania nowoczesnych procedur i systemów organizacyjnych
3. Współpracę na rzecz pozyskiwania środków zewnętrznych

Od 2005 roku trwały przygotowania i uzgodnienia przedstawicieli pięciu publicznych instytucji województwa pomorskiego odpowiedzialnych za najważniejsze problemy dot. zdrowia w regionie. Powołane w kolejnych dziedzinach Grupy Robocze po dość żmudnych pracach i negocjacjach w roku 2006 ukończyły oraz przyjęły odpowiednie strategiczne dokumenty w zakresie: monitorowania i prewencji, kardiologii oraz diagnostyki i terapii udarów mózgu. Niewątpliwym sukcesem autorów tej części projektu ZdP 2005–2013 był fakt, że Sejmik Pomorski zatwierdził te dokumenty w jednomyślnych głosowaniach.

W roku 2007 rozpoczęto lub kontynuowano prace nad kolejnymi dziedzinami objętymi projektem ZdP 2005–2013. W listopadzie br. zakończono bardzo ważny dokument dotyczący onkologii, który przedstawiono Sejmikowi w dniu 26 listopada br. W tym też dniu doszło do spektakularnego badania i edukacji radnych Sejmiku Województwa Pomorskiego. Akcja ta mająca na celu konstruktywny marketing na rzecz właściwego finansowania działań i inwestycji dot. zdrowia w regionie zosta-

ła szeroko rozpropagowana przez pomorskie media. Jej realizatorzy – studenci, pielęgniarki i lekarze AM w Gdańsku, podobnie jak przed rokiem w Sejmie RP, zostali bardzo przychylnie przyjęci przez władze i postów naszego województwa.

Jednak najważniejszym zadaniem w projekcie ZdP w 2007 roku było wykonanie prac analitycznych, polegających na pilotażu proponowanej Ustawy o sieci szpitali. Zadanie wykonano w ścisłej współpracy z przedstawicielami i ekspertami Ministerstwa Zdrowia na podstawie oficjalnie podpisanego porozumienia. Dodatkowym, ważnym dla nas aspektem wspólnego z MZ projektu były równocześnie toczące się prace rządowe i parlamentarne nad ustawą, zmieniającą bardzo niekorzystny i niesprawiedliwy dla województwa pomorskiego algorytm podziału środków publicznych na świadczenia medyczne w poszczególnych województwach naszego kraju. W ich wyniku od 2008 roku budżet Oddziału Pomorskiego NFZ ma zwiększyć się o około 20%, czyli o prawie 0,5 mld zł.

Prace dotyczące pilotażu Ustawy o sieci szpitali stanowiły profesjonalny i po raz pierwszy wykonywany w takim zakresie w woj. pomorskim projekt, będący w istocie studium wykonalności planowanej ustawy. Jego celem było wypracowanie optymalnego systemu opieki szpitalnej w woj. pomorskim. Posłużono się następującymi metodami, które stanowiły zarazem główne części projektu:

1. ocena jakości i zarządzania jakością w szpitalach woj. pomorskiego,
2. ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali,
3. analiza finansowania i struktury świadczeń oraz wykorzystania łóżek szpitalnych.

Jak podkreślali to wszyscy autorzy pilotażu, wnioski z przeprowadzonych prac, niezależnie od dalszych losów ustawy, okazały się bardzo przydatne dla Ministerstwa Zdrowia oraz pomorskich władz. Podzielono je na 4 części. Ich skrót przedstawia się następująco:

### I. Wnioski ogólne

1. Powstał bardzo wartościowy materiał analityczny dotyczący lecznictwa zamkniętego, niekiedy burzący dotychczasowe stereotypy.
2. Ustawa o sieci szpitali zwykle jest odbierana jako mechaniczne tworzenie sieci w oparciu o dawne metody nakazowo-rozdziałowe. Tymczasem jej główne narzędzia dotyczą jakości, finansowania i określenia popytu na świadczenia. Dlatego ustawa powinna nosić tytuł: Ustawa o jakości i wyrównaniu dostępu do świadczeń w szpitalach w Polsce.
3. Równoległe z wprowadzeniem ustawy należy rozwiązać problem „skrytego” przerzucania kosztów diagnostyki przez POZ na izby przyjęć szpitali bądź szpitalne oddziały ratunkowe.
4. Ustawa o ratownictwie zawiera zapisy pozwalające na zbyt szerokie korzystanie z SOR w przypadku każdego pogorszenia stanu zdrowia.
5. Nie ma potrzeby likwidacji szpitali w województwie pomorskim. Istnieje natomiast konieczność ich restrukturyzacji poprzez:
  - wprowadzenie modelu opłacalnych procedur opieki medycznej długoterminowej,
  - istotnego rozwoju rehabilitacji, szczególnie narządu ruchu dla osób starszych,
  - negocjacji między dyrektorami szpitali i samorządami o konsolidacji niektórych grup świadczeń i likwidacji małych oddziałów.
6. Proponowana ustawa nie odnosi się do szpitalnej opieki dziennej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, tymczasem wzmocnienie tych działów powinno zmniejszyć zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną.

7. Proponowana ustawa wprowadza bardzo ważne mechanizmy monitorowania jakości i finansowania szpitali oraz pozwala na wykrywanie występowania dużych dysproporcji w województwie w dostępie do świadczeń.
8. Zmianę profilu i zakresu działania szpitali powinny najwyższym stopniu umożliwiać i wymuszać potrzeby medyczne, ewentualnie czynniki finansowe, a nie administracyjne.

## II. Wnioski dotyczące oceny jakości

1. Moduł dotyczący jakości został bardzo dobrze i nowocześnie przygotowany przez autorów tej części ustawy.
2. Zarządzanie jakością w szpitalach powinno być monitorowane przez instytucje zewnętrzne jak Centrum Monitorowania Jakości (CMJ), w żadnym razie nie przez NFZ (jak zakładał projekt ustawy).
3. Samoocena zarządów szpitali na Pomorzu w zakresie jakości wskazała na stosunkowo dobry jej poziom w szpitalach pomorskich. Weryfikacja przez CMJ trzech szpitali unaocniła jednak bardzo duże dysproporcje w samoocenie i stanie faktycznym. Dlatego warto przeprowadzić obiektywną kontrolę wszystkich szpitali przez organizację zewnętrzną.
4. Automatyczne wejście szpitali resortowych do sieci szpitali i wyłączenie ich z systemu kontroli (wg założeń ustawy) będzie jednoznacznie działać na ich szkodę.

## III. Wnioski dotyczące finansowania

1. Proponowane kryteria ekonomiczne są prawidłowe, ale wobec olbrzymiego zadłużenia pomorskich szpitali mogą stanowić element doboru do sieci tylko przy równoległym, skutecznym kontynuowaniu Ustawy o pomocy publicznej.
2. Istotnie niższe niż średnie w kraju finansowanie w ostatnich latach szpitali w woj. pomorskim powoduje, że zdecydowana większość szpitali ważnych dla systemu nie spełnia kryteriów „wejściowych” do sieci.
3. Wobec tego trzeba, przed wprowadzeniem ustawy, wyrównać szanse między województwami, by zapewnić im równy start.
4. Kryteria finansowe nie powinny być „rozluźnione”, lecz należy poprawić sytuację szpitali na starcie procesu tworzenia sieci.
5. Należy wprowadzić okres dostosowawczy dla szpitali – 3 lata – dla uzyskania wymaganych kryteriów finansowych.

## IV. Wnioski dotyczące części ustawy o wyrównaniu dostępu do świadczeń medycznych dla mieszkańców Pomorza

1. Brak w pełni wiarygodnych danych epidemiologicznych uniemożliwia realizację tego zadania na podstawie parametrów epidemiologicznych.
2. Dysponujemy bardzo dobrą wiedzą o mapie finansowania i strukturze świadczeń oraz migracji pacjentów między powiatami.
3. Nie mamy rzetelnej wiedzy o kolejkach osób oczekujących na hospitalizację.
4. Z wymienionych wyżej przyczyn opracowane dane należy uznać za wstępne i poddać je wielostronnym konsultacjom.
5. Wyrównanie dostępu do świadczeń medycznych dla mieszkańców Pomorza powinno wynikać z przyjęcia podobnych potrzeb w powiatach, odniesionych do wskaźników demograficznych.
6. Na Powiśle brakuje sieci oddziałów wysoko specjalistycznych lub szpitala wysoko specjalistycznego.



7. Określenie optymalnych potrzeb powinno uwzględniać aktualne fakty i trendy w zakresie migracji.
8. Ocena optymalnej liczby i rozmieszczenia łóżek szpitalnych w województwie powinna obejmować oddzielnie łóżka „ogólne” oraz „specjalistyczne”, a także uwzględniać fakt, iż pacjenci preferują hospitalizację w pobliżu miejsca zamieszkania.
9. Bardzo cenne, wręcz nieodzowne dla bezpieczeństwa ekonomicznego szpitali wysoko specjalistycznych, byłoby wprowadzenie referencyjności oddziałów szpitalnych z odpowiednimi standardami i ich kontrolą.

W podsumowaniu aktualnych prac programu ZdP 2005–2013 należy wyrazić nadzieję i życzyć organizatorom opieki zdrowotnej oraz mieszkańcom naszego województwa, by wspólne prace ekspertów sześciu najważniejszych pomorskich instytucji zostały dobrze wykorzystane i jak najprędzej wdrożone w systemie pomorskiej ochrony zdrowia. Przygotowane dokumenty są wynikiem szczegółowych i wielostronnych analiz, uzyskały też pozytywne opinie specjalistycznych gremiów i kompetentnych osób. Dzięki temu mają kluczowe i strategiczne znaczenie dla polityki zdrowotnej naszego województwa.

Dr Tomasz Zdrojewski, pełnomocnik  
rektora AMG ds. ZdP 2005–2013,  
prof. Zbigniew Nowicki,  
prorektor ds. klinicznych AMG



Alina Boguszewicz



# Profesor Olgierd Narkiewicz członkiem rzeczywistym PAN

W dniu 13 grudnia br. godność członka rzeczywistego PAN uzyskał prof. dr hab. Olgierd Narkiewicz. Ta nominacja Profesora zbiega się z okrągłą 60. rocznicą jego zatrudnienia w naszej Akademii. Bez wątpienia zdarza się to niezwykle rzadko, żeby kariera naukowca była nierozłącznie związana z jedną uczelnią przez tak długi okres. Jest to przy tym kariera (w dobrym znaczeniu tego określenia) tak niezwykła i bogata, że można by nią obdzielić co najmniej kilku pracowników naukowych.

Olgierd Narkiewicz, repatriant z Wileńszczyzny, ze znanego kresowego rodu, rozpoczął pracę w Zakładzie Anatomii Prawidłowej ówczesnej Akademii Lekarskiej w Gdańsku, na stanowisku asystenta, już jako student II roku Wydziału Lekarskiego. Od tej chwili, przez dalsze 60 lat przeszedł wszystkie stopnie kariery akademickiej od asystenta w 1947 r. do profesora zwyczajnego w 1979 r.

Ukoronowaniem tej drogi było objęcie kierownictwa Katedry Anatomii w roku 1964. Funkcję tę profesor sprawował do roku 1996, a więc przez 32 lata! Profesor odbył liczne staże zagraniczne, które kształtowały jego zainteresowania układem nerwowym. Może najważniejszy, któremu można przypisać wielki wpływ na kierunki jego badań, to pobyt w Madison University Wisconsin (USA), gdzie pracował pod kierunkiem prof. Jerzego Rosego (1962–1963). Wszedł wtedy do ekskluzywnej grupy *Rockefeller fellows*. Godne wymienienia w dziedzinie kontaktów zagranicznych są poza tym: Zakład Anatomii University College London, Laboratorium Mikroskopii Elektronowej – C. Gray (1968), Zakład Anatomii F. Wallenberga w Bergen – Norwegia (1983) oraz placówki specjalizujące się w badaniach mózgu – Max Planck Institut w Niemczech (1983) i Instytut Podstawowych Badań nad Zaburzeniami Rozwojowymi, Staten Island, USA (1990–1991).

Prof. Narkiewicz zmienił program nauczania anatomii klasycznej w ten sposób, że uwzględniał on przede wszystkim aspekty czynnościowe i kliniczne. Do nauczania w ramach anatomii klinicznej wprowadził neuroanatomie, po dłuższej nieobecności w krajowej dydaktyce. Jako pierwszy w kraju wprowadził anatomie kliniczną jako odrębny przedmiot nauczania dla studentów III roku Wydziału Lekarskiego i opracował oryginalny program.



Po obronie doktoratu w 1951 r.

Wśród osiągnięć naukowych Olgierda Narkiewicza na pierwszym planie znalazły się badania nad połączeniami nerwowymi w mózgu, w szczególności ośrodków podkorowych. Oryginalnym odkryciem było wykazanie licznych połączeń zwrotnych przedmurza z korą mózgu, w postaci pętli neuronalnej przedmuru-korowej, modulujących czynność kory. Okazało się przy tym, że poszczególnym okolicom kory odpowiadają ściśle określone obszary przedmurza. Udało się zlokalizować w przedmurzu okolice posiadające połączenia z korą ruchową, czuciową, wzrokową i słuchową (nagroda Sekretarza PAN, 1987) Badania nad przedmurzem i wykrycie połączeń i funkcji tej struktury były pierwszymi w piśmiennictwie światowym obserwacjami, potwierdzanymi później przez amerykańskich fizjologów.

Wśród badań nad jądrami podkorowymi mózgu ważne odkrycie stanowiło wykazanie w jednym z ośrodków układu limbicznego – ciele migdałowatym dwu okolic o odmiennej budowie sy-

naptycznej, odpowiadającym ośrodkom o różnym wpływie na nąpędy i emocje (nagroda Sekretarza PAN, 1974, 1981). Zostało ono wykorzystane przy leczeniu neurochirurgicznym niektórych zaburzeń występujących w padaczkę skroniowej. Innym osiągnięciem było wykrycie, iż połączenia cholinergiczne kory mózgu dochodzące do hipokampa, struktur związanych w znacznym stopniu z pamięcią, biorą początek w grupach

komórek nerwowych, tzw. przegrody mózgu (nagroda Sekretarza PAN, 1977). Okazało się przy tym, że jednostronne ich zniszczenie jest kompensowane enzymatycznie po stronie przeciwległej. Stąd już niedaleko do badań nad chorobą Alzheimera. Narkiewiczowi udało się oznaczyć lokalizację i stopień nasilenia zmian patologicznych w niektórych okolicach mózgu w przebiegu tej choroby. Wyniki tych obserwacji wykorzystano do przyżyciowych badań mózgu za pomocą nowoczesnych metod obrazowania. Pozwoliło to na wykazanie istotnych różnic w strukturze niektórych ośrodków mózgu w chorobie Alzheimera w porównaniu do tych – w procesie fizjologicznego starzenia.

Badania Narkiewicza i jego szkoły nie ograniczały się do statycznej anatomii, ale, szczególnie jeśli chodzi o układ nerwowy, wkraczały w dziedzinę neurofizjologii. Nic dziwnego, bowiem wśród swoich nauczycieli wymienia on poza profesorami Michałem Reicherem i Je-



Po otrzymaniu tytułu profesora w 1972 r.

ryzm Rose, także Jerzego Konorskiego – najwybitniejszego polskiego neurofizjologa. Nie bez znaczenia było tu również zainteresowanie prof. Narkiewicza tematyką kliniczną, wyrazem czego było uzyskanie specjalizacji w dziedzinie neurologii w roku 1959. Z tych przesłanek zrodziła się idea przekształcenia kierowanego przez niego zakładu w placówkę o nazwie Zakład Anatomii i Neurobiologii, w którym prace na temat przedmurza, zarówno teoretyczne, jak i kliniczne, są nieustannie kontynuowane (ponad 200 publikacji).

Wyrazem kierunku badawczego i dydaktycznego, określającego mianem anatomii klinicznej, mogą być szczegółowe badania, przeprowadzone przez Olgierda Narkiewicza na temat segmentowego unaczynienia nerek – temat jednej z pierwszych prac w piśmiennictwie światowym.

Prof. Narkiewicz jest autorem lub współautorem około 250 publikacji, w tym ponad 120 prac oryginalnych i wielu pozycji podręcznikowych (rozdziałów w podręcznikach), a także prac poglądowych.

Był promotorem 13 przewodów doktorskich i pod jego kierunkiem 7. uczonych habilitowało się. Uczestniczył we władzach Uczelni jako prodziekan (1962–1970) i dziekan (1970–1971) Wydziału Lekarskiego oraz przez kilka kadencji jako członek Senatu.

W 1991 r. został wybrany członkiem korespondentem VI Wydziału Polskiej Akademii Nauk, a zarówno wcześniej, jak i potem wchodził (i wchodzi) w skład Komitetu Nauk Fizjologicznych (od 1988 r.) i Neurologicznych (od 1991 r.). W latach 1992–1998 pełnił funkcję zastępcy przewodniczącego Oddziału PAN w Gdańsku, którego członkiem zarządu jest od roku 1988 r. Od tego roku jest także członkiem Komisji Dyscyplinarnej PAN I Instancji.

Prof. Narkiewicz uczestniczył w licznych radach naukowych, m.in. przy Ministrze Zdrowia (1974–1976), Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Nenckiego (od 1996 r.), Centrum (obecnie Instytutu) Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN im. Mirosława Mossakowskiego (od 1991 r.) oraz Instytutu Amin Biogennych w Łodzi (1999–2001).

Zapisał też swoją aktywnością znaczącą kartę w towarzystwach naukowych. Był i nadal jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anatomicznego, którego przewodniczącym był w latach 1979–1988 i przedstawicielem w International Federation of Anatomical Associations (IFAA) – od 1995 r. Jest członkiem International Brain Research Organization (IBRO). Uzyskał honorowe członkostwo Bułgarskiego Towarzystwa Anatomów, Histologów i Embriologów (1978), Polskiego Towarzystwa Anatomicznego (1994) oraz Polskiego Towarzystwa Badań Układu Nerwowego (2005).

W roku 2001 nacierzysta Uczelnia nadała prof. Olgierdowi Narkiewiczowi najwyższą godność – doktora *honoris causa*.

Dla pełnego obrazu wszechstronnych działań Profesora warto jeszcze wspomnieć o współpracy z komitetami redakcyjnymi kilku czasopism naukowych, jak „Folia Morphologica”, „Acta Neurobiologiae Experimentalis” i „Postępy Biologii Komórki”.

Wśród licznych odznaczeń i wyróżnień były: nagrody naukowe Prezydenta Miasta Gdańska im. Jan Heweliusza (1995) i Ministra Zdrowia oraz Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku, a także szereg odznaczeń i medali, w tym: Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski (2005) i Medal Komisji Edukacji Narodowej.

Prof. Olgierd Narkiewicz nadal czynnie uczestniczy w działalności naukowej i dydaktycznej Zakładu.

Prof. B. L. Imieliński



Wyróżnienia gdańskich onkologów

## III Świąteczny Koncert Onkologiczny

W dniu 15 grudnia odbył się w Sali Opery Leśnej w Sopocie doroczny koncert organizowany przez Gdańską Fundację Onkologiczną im. Jerzego Dymśy i Lions Club Gdańsk-1. Podobnie jak poprzednie, stanowił on podsumowanie działalności mającej na celu pomoc pomorskim ośrodkom onkologicznym, a także był okazją do zebrania środków finansowych dla gdańskiego hospicjum. W minionym roku działalność ta pozwoliła na zakup sprzętu medycznego dla dwóch klinik onkologicznych Akademickiego Centrum Klinicznego i dla Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza.

Koncert zgromadził liczne grono uczestników, związane z obydwojema organizacjami i onkologią. Wśród zaproszonych gości była żona b. prezydenta RP Danuta Wałęsowa, szef gabinetu politycznego premiera poseł Ziemi Pomorskiej Sławomir Nowak, marszałek województwa pomorskiego Jan Kozłowski oraz prezydent Gdańska Paweł Adamowicz.

Otwarcia dokonał prezydent Lions Club Gdańsk-1, dr Paweł Skarzyński. Pierwszą część spotkania wypełniło uroczyste wręczenie nagród marszałka województwa pomorskiego Za Wybitne Osiągnięcia w Onkologii. Uhonorowane zostały dwie znakomite lekarki, specjalistki w tej dziedzinie, które poświęciły swoje życie zawodowe walce z rakiem i ratowaniu dzieci i dorosłych. Były to prof. Anna Balcerska, kierownik Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej i dr Anna Kobierska z Kliniki Onkologii i Radioterapii. Piękne laudacje wygłosili: prof. Janina Suchorzewska (dla dr Kobierskiej) i prof. Czesław Stoba (dla prof. Balcerskiej). Obecni byli laureaci z poprzednich lat: prof. Jerzy Limon, prof. Jan Skokowski, dr Hanna Karnicka-Młodkowska i dr Maria Solska.

Drugą część stanowił uroczysty koncert w wykonaniu Polskiej Orkiestry Kameralnej w Sopocie pod dyrekcją Wojciecha Rajskiego. Wykonała ona serenadę C-dur op. 48 Piotra Czajkowskiego, a po przerwie utwory muzyki filmowej i musicalowej, m.in. *West Side Story*, *Chicago*, *Les Misérables* i *Skrzypka na dachu*.

Część koncertową prowadzili prof. Ewa Jassem i mecenas Marian Kulwikowski.

Okolicznościowe wystąpienie Krajowego Duszpasterza Hospicjów – ks. dr. Piotra Krakowiaka było akcentem kończącym uroczystość.

Na zakończenie wszyscy zgromadzeni odśpiewali kilka kołęd przy akompaniamencie wspaniałej orkiestry pod batutą prof. Rajskiego.

Prof. B. L. Imieliński

Dr hab. Witold Rzyman  
Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AMG

# Komunikacja ze światem zewnętrznym – wyzwanie lekarza klinikisty i naukowca

Człowiek współczesny ma nieustanny kontakt ze zdobyciami nauki, a przy okazji poznaje wiele słów, których zwykle nie używa. Czy bez terminów fachowych nie potrafilibyśmy zrozumieć i opisać otaczającego nas świata? I tak, i nie. Z rzeczywistością, która nas otacza, dajemy sobie radę bez używania słów specjalistycznych, wykorzystujemy bowiem potoczną znajomość rzeczy. Świat nauki dociera do nas za pośrednictwem terminologii. Przekaz tej wiedzy człowiekowi spoza kręgu medycyny wymaga dostosowania się do jego poziomu intelektualnego oraz wiedzy na dany temat i uproszczenia przekazu.

Bez terminologii specjalistycznej nie sposób przyswoić sobie wiedzy naukowej, ponieważ służy ona specjalistom do precyzyjnego przekazywania informacji. Znajomość terminologii musi być w dodatku obszerna, gdyż terminy naukowe są wzajemnie powiązane – użycie jednego z nich wymaga na ogół znajomości innych. Wiedza o danej dziedzinie wymaga znajomości szeregu zjawisk z nią związanych. W języku medycznym mamy szczególne nagromadzenie pojęć pochodzących z łaciny, greki i języka angielskiego. Wszelkie procedury i nazewnictwo w medycynie pochodzi z tych trzech języków. Nazwy łacińskie otrzymują procedury medyczne, których w czasach, kiedy łacina była językiem żywym, nie było. Co więcej, potoczny język lekarski różni się od tego ściśle fachowego. Język komunikacji jest w związku z tym trudny, gdyż lekarz musi wyzłocić się z okowów nazewnictwa medycznego, aby przekazać klarowny komunikat „na zewnątrz”.

Język, którego używa lekarz, ma swoje korzenie w dwóch źródłach – w literaturze medycznej i w życiu codziennym. Łacińsko-angielska etymologia słownictwa medycznego tworzy świat nowomowy medycznej i warunkuje sposób porozumiewania się pomiędzy lekarzami w praktyce codziennej. Możliwość jasnego i komunikatywnego przekazania treści związanych z medycyną zarówno pacjentom jak i pracownikom innych dziedzin nauki jest trudnym wyzwaniem dla lekarza klinikisty.

Zasady komunikacji lekarz – pacjent jak i komunikacji lekarz naukowiec – inny naukowiec opierają się na tych samych zasadach. Przekazanie hermetycznego świata nauki medycznej, otoczonej ścisłym murem nazewnictwa specjalistycznego, jest tak samo trudne w obu tych przypadkach. Jest jednak zasadnicza różnica. W kontaktach lekarz – pacjent dochodzi element emocjonalny, zmieniający komunikację, czasem w sposób zasadniczy. Komunikacja z innym naukowcem odbywa się zwykle na platformie publikacji naukowych. Z pacjentem kontakt jest zawsze żywy. Problem komunikacji z chorym jest dla lekarza sprawą podstawową będącą w niektórych aspektach zbieżną z interdyscyplinarnym kontaktem medyka-naukowca. W obu przypadkach natrafiamy jednak na trudności. Można powiedzieć, że zarówno w kontaktach z pacjentem, jak i z innym naukowcem prawda wyrażona przez P. Muldnera-Nieckow-

skiego jest podstawą tego kontaktu „wodolejstwo, owijanie w bawełnę, pozorowanie naukowości tekstu, używanie rozwlekłych zwrotów, a zwłaszcza barokowych konstrukcji stylistycznych w pracach naukowych jest słusznie uważane za istotne uchybienie”. Przeszkadza to w odbiorze przez adresata treści zawartej w publikacji lub rozmowie. Ujawnia brak jasnych poglądów i świadomych przesłanek, którymi kieruje się autor.

## Komunikacja lekarz – pacjent

W komunikacji lekarza z pacjentem odgrywają ogromną rolę silne emocje. Pacjent jest chory, przerażony chorobą, jej konsekwencjami oraz obawami o własne życie. Zachorowanie często wiąże się z nagłym uświadomieniem sobie faktu – nie jestem już młody. Dla większości to szok. Emocje chorego wyrażają się w różny sposób; czasami jest sparaliżowany, a czasem prezentuje postawę agresywną, obarczającą otoczenie za zło, które go spotkało. Wszystkie te emocje trzeba zrozumieć i odpowiednio rozładować, co nie jest możliwe w wyrwykowym spotkaniu lekarza z chorym. Komunikacja z chorym w tych okolicznościach jest znacząco utrudniona. Pacjent rozumie przekazywaną mu informację, lecz często po wizycie nie pamięta, o czym rozmawiał z lekarzem i jaka była istota przekazanej informacji. Potwierdzeniem, w jaki sposób emocje wpływają na zrozumienie przekazanej informacji oraz zapamiętywanie jest relacja z badania opublikowanego w piśmie *Lancet*, w którym to w rok po rozpoczęciu badania klinicznego przepytano chorych poddanych eksperymentowi medycznemu, co wiedzą na temat badania, w którym brali udział. Połowa chorych nie wiedziała lub nie pamiętała, w jakim badaniu brała udział, a jedynie 20% wiedziało, czego badanie dotyczyło.

Pacjent często pamięta jedynie, w jaki sposób zachowywał się lekarz. Jego odbiór wiadomości przekazywanych mu jest zaburzony. Najważniejsza staje się forma przekazu. Dlatego też osiągnięcie celu, jakim jest przekazanie informacji pacjentowi, musi opierać się na odpowiedniej postawie, jasnym tłumaczeniu w zrozumiałym języku. Zdania powinny być krótkie. Przestraszenie chorego od razu przekreśla szanse na nawiązanie z nim kontaktu. Rozmowa z chorym dotyczy spraw trudnych, wiąże się z informacjami o utracie zdrowia, zagrożeniu życia. Pacjent jest sparaliżowany, nieprzygotowany na obszerną informację. Najważniejsza jest w tej sytuacji postawa lekarza, to znaczy wyraz twarzy, postawa i chęć zrozumienia pacjenta.

Najtrudniejsze jest przeprowadzenie rozmowy z chorym w sytuacji, gdy mamy mu do przekazania złe wiadomości. Potrzeba na to dużo czasu. W tym przypadku ważne jest, aby starać się pacjenta nakłonić do prowadzenia rozmowy, zadawania pytań i wyciągania wniosków. Niestety, jest to możliwe w coraz mniejszym stopniu ze względu na brak czasu. W społeczności lekarskiej wykształciły się mechanizmy uniku w obawie przed reakcjami pacjenta na złe wiadomości. Wielomówstwo, zasypywanie pacjentów medycznymi szczegółami, uniemożliwianie choremu wyrażenia reakcji na złą wiadomość, stwarzanie nierealnych nadziei itp. są podświadomą próbą ucieczki od zasadniczego tematu i obawą przed reakcją chorego na złą informację. Taka postawa obraca się przeciwko pacjentowi jak i lekarzowi. Pierwszy traci oparcie w lekarzu, a drugi zaufanie chorego.

Podczas rozmowy z chorym język musimy dostosować do jego poziomu wiedzy i zasobu wiadomości. Używamy często zwrotów, które nie mają nic wspólnego z rzeczywistością, są jednak łatwe do zapamiętania i tłumaczą istotę procedury. I tak na przykład używamy określenia „czyszczenie żył” zamiast „udrażnianie światła tętnicy wieńcowej z wszczepieniem pro-



tezy wewnątrznacyniowej”. Podobnych przykładów można by mnożyć bez liku.

## Komunikacja lekarz naukowiec – inny naukowiec

Porozumienie z innymi naukowcami również opiera się na tych samych zasadach jak komunikacja lekarz – pacjent. Płatformą do komunikowania się są oczywiście publikacje w piśmiennictwie naukowym. Sposób publikacji jest ustalony. Publikacja składa się z pięciu zasadniczych części. Rozpoczyna ją abstrakt, następnie jest wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja i zwykle wszystko podsumowane jest wnioskami. Piśmiennictwo zamyka publikację. Podstawową zasadą jest jasność przekazu. W trakcie przygotowywania wielu badań do druku zastanawiałem się jak rozwiązać ten problem. Będąc w „oku cyklonu” tracimy często zdrowy rozsądek i chcemy przekazać czytelnikowi/odbiorcy wszystko, co wiemy. Najtrudniejsze jest skupienie się na najważniejszych elementach, wynikających z badań i przekazanie ich w klarowny sposób. Gdy poradzimy sobie z selekcją materiału, tak aby przekaz był czytelny a najważniejsze wyniki odpowiednio wyeksponowane, następuje ważny element, czyli opisanie wszystkiego w sposób zrozumiały i jasny. Zgodnie z zasadą dobrej praktyki redakcyjnej i naukowej praca naukowa nie jest filmem sensacyjnym i nie musi trzymać w napięciu do końca, aby ujawnić zaskakujący finał. Czytelnik lepiej odniesie się do tekstu, gdy od początku wie, do czego zmierza autor. Ta zasada pozwala w sposób otwarty i jasny odebrać tekst publikacji.

Osobiście przed wystaniem tekstu do redakcji, proszę o recenzję osobę, którą uznaję za autorytet. Pewnego razu, gdy miałem stałe wątpliwości, czy tekst jest zrozumiały, ktoś mi powiedział: „daj to do przeczytania swojemu synowi”. Tak też zrobiłem. Syn był najlepszym recenzentem. Podkreślił wszystkie zdania, które były dla niego niezrozumiałe, zbyt skomplikowane i za długie. Genialnie proste. Od tej pory robię tak zawsze.

Tytuł artykułu przeczytają wszyscy, którzy wezmą do ręki wydawnictwo. Od jego brzmienia zależy, czy zwróci uwagę. Niestety, tytuł musi być nie tylko ciekawy, powinien przedstawić istotę badania i częściowo zaprezentować materiał i metodykę. No, i do tego wszystkiego wydawca ogranicza nas do określonej liczby znaków lub słów. Napisanie dobrego tytułu wymaga doświadczenia i wyczucia. Zły tytuł spowoduje, że wielu potencjalnych czytelników ominie całą zawartość artykułu, co dla autora jest największą porażką.

Streszczenie czyta około 20% czytelników. Powinno zawierać wszystkie najważniejsze informacje płynące z badań w pigułce. Idealnym abstraktem jest wzór Einsteina:  $E = mc^2$ . Jedynie pięć znaków, a za nimi morze informacji. Do tego należy dążyć. O ile w słowotoku kolejnych rozdziałów możemy ukryć wiele rzeczy, to w abstrakcie zrobić się tego nie da. W wynikach musimy ponownie dążyć do precyzji oraz skoncentrować się na dwóch sprawach: nie powtarzać danych w postaci tekstu zawartych w tabelkach i wykresach oraz wyeksponować znaczące wyniki. W dyskusji należy omówić wyniki własne oraz zinterpretować je w odniesieniu do innych badań w danym przedmiocie i wyrazić własną opinię na ten temat.

Wszystko to na pozór bardzo proste a jednak wszyscy wiemy, jak dużo trudu sprawia przedstawienie swoich badań szerokiej publiczności. Jeśli przyświeca nam pręszanie, że nasze badanie powinno być zrozumiałe dla wszystkich, nawet tych, nie zajmujących się naszą dziedziną, to jesteśmy na dobrej drodze do osiągnięcia tego celu.

□

## Notatnik głupiego palanta



Nakładem Oficyny Wydawniczej FINNA w Gdańsku ukazała się książka Zbigniewa Komandora Jabłońskiego (to brzmi podobnie jak Aleksander hrabia Fredro) pod niezwykłym tytułem „Notatnik głupiego palanta”. Tytuł wydaje się pewnego rodzaju prowokacją artystyczną, podobnie jak fakt, że autor nie stroni w tym dziele od wulgarności. Absolwent Wydziału Lekarskiego naszej Akademii (1965) powołany do wojska, swoje życie zawodowe związał z ma-

rynarką wojenną. W czasie studiów współtworzył (wraz z Wojciechem Bogusławskim i Stefanem Kopczyńskim) teatrzyk studencki „Kontrapunkt”, w którym występował. Specjalista chorób wewnętrznych, przez długie lata komendant Szpitala Wojskowego w Helu. Wcześniej odkrył w sobie talent poetycki i wydał przez minione lata 8 tomików, w których szczególne miejsce zajmowały tematy marynistyczne, a zwłaszcza piękno Półwyspu Helskiego („Helskie pory roku”, „Helskie listopady”, „Wiersze helskie”. „Ginący półwysep”). Wiele z nich publikowaliśmy w naszej „Gazecie” jak choćby „Słowo patetyczne na jubileusz AMG”. Omawiana książka jest drugą próbą Jabłońskiego jako prozaika.

Sam autor pisze o niej: „to fabularyzowana opowieść o czasach PRL-u z narracją bieżącą. Głównym bohaterem jest chirurg, który dwukrotnie został powołany do służby w Marynarce Wojennej, jego kontakty, rozmyślenia, przeżycia. Wielowątkowa fabuła rozgrywa się na Wybrzeżu, poza granicami kraju, w szpitalu i na okręcie wojennym. Są w niej rozważania na temat polityki, wojska, rodziny, miłości i seksu”. Do tej charakterystyki należy dodać, że autor ulega popularnemu sądowi, jakoby wszyscy chirurdzy i wojskowi słynęli z rubasności i lubili posługiwać się „twardą mową”. Wątki poświęcone seksowi uderzają zbyt dużym naturalizmem, na jaki stać autora znającego anatomię. W moim przekonaniu szkoda wrażliwości poety na takie epatowanie naturalistycznymi opisami.

W „postowiu” pisze recenzent Henryk Połchowski: „nie brak tu mocnych słów i siarczystych sformułowań... gdyż morze wymaga od marynarzy wielu wyrzeczeń i hartu ducha, a gdyby ktoś chciał to wszystko ugładzić lub przeinaczyć, naraziłby się tylko na śmieszność i kpinę ze strony marynarskiej braci”. W innym miejscu ten sam recenzent pisze: „znając osobę autora, a także dotychczasową jego twórczość nie mogłem początkowo zrozumieć, jak przyzwoicie wykształcony człowiek, lekarz, poeta, pisarz, humanista, podróżnik, człowiek obracający się wśród elit, zarówno w środowisku lekarskim, wojskowym, jak i wśród ludzi sztuki mógł wymyślić coś tak bezsensownego i trywialnego...”.

Co do mnie, to dalej nie rozumiem i wolę poezje Jabłońskiego, o czym mu zresztą osobiście zakomunikowałem.

Prof. B. L. Imieliński

## NA WYDZIALE LEKARSKIM

### Nowi doktorzy

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej otrzymali:

1. mgr Damian JEŻYK – starszy wykładowca, Katedra Anatomii i Antropologii AWF w Gdańsku, praca pt. „Zmienność mięśni brodawkowatych przegrodowych w prawej komorze serca u człowieka i innych ssaków”, promotor – prof. dr hab. Marek Grzybiak, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej,
2. mgr Beata Mirosława KOZIŃSKA – asystent, Pracownia Psychologii Klinicznej i Psychoterapii, Zakład Psychologii, Instytut Socjologii i Psychologii, Uniwersytet w Szczecinie, praca pt. „Typ przywiązania a wielowymiarowa ocena stanu podmiotowego kobiet z chorobą nowotworową piersi”, promotor – dr hab. Mikołaj Majkowicz, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej,
3. mgr Michał PIKUŁA – asystent, Zakład Histologii, Katedra Histologii i Immunologii AMG, praca pt. „Charakterystyka ludzkich komórek macierzystych naskórka i próba wykorzystania ich do odtworzenia naskórka z uwzględnieniem różnego wieku dawców”, promotor – prof. dr hab. Andrzej Myśliwski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej,
4. mgr inż. Piotr WIERZBICKI – asystent, Katedra Histologii i Immunologii AMG, praca pt. „Analiza delekcji i ekspresji genu SASH1 w zmianach dysplastycznych błony śluzowej w przewlekłych zapaleniach jelita grubego oraz w raku jelita grubego”, promotor – prof. dr hab. Zbigniew Kmiec, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny otrzymali:

1. lek. Marta GRUCHAŁA-NIEDOSZYTKO – asystent, Katedra i Zakład Farmakologii AMG, praca pt. „Wpływ estrogenu na farmakologiczną aktywację kanałów K<sup>+</sup> zależnych od ATP w sercu i mięśniach gładkich naczyń świnki morskiej”, promotor – dr hab. Ivan Kocić, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie stomatologii otrzymali:

1. lek. stom. Mariusz Krzysztof BOCHNIAK – asystent, Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej AMG, praca pt. „Zmiany patologiczne w przyzębiu jako jeden z możliwych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej i zawału serca”, promotor – dr hab. Jadwiga Sadlak-Nowicka prof. nzw. AMG, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie stomatologii,
2. lek. stom. Jowita MICZUDAJTIE-JAROSZ – słuchacz Studiów Doktoranckich, Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej AMG, praca pt. „Stan narządu żucia oraz potrzeby lecznicze w zakresie jamy ustnej wybranych grup wieku populacji okręgu wileńskiego z uwzględnieniem wpływu środowiska”, promotor – dr hab. Barbara Kocharńska, Rada

Wydziału Lekarskiego w dniu 13 grudnia 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie stomatologii.

## NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM

### Nowi doktorzy

stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych otrzymał

mgr Marcin MARSZAŁŁ – asystent, Katedra i Zakład Toksykologii AMG, praca pt. „Ekspozycja na dym tytoniowy a poziom homocysteiny i jej kofaktorów we krwi i moczu u osób palących i niepalących”, promotor – prof. dr hab. Wojciech Czarnowski, Rada Wydziału Farmaceutycznego AMG w dniu 11 grudnia 2007 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych.

## Towarzystwa

### Polskie Towarzystwo Psychologiczne Oddział Gdański

zaprasza na spotkanie otwarte w dniu 7 stycznia 2008 r. o godz. 16.00 do Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku, ul. Polanki 117, sala konferencyjna (wejście od Pomorskiego Centrum Medycznego). W programie:

Psychologia zdrowia – szersze spojrzenie na rolę psychologii w medycynie – dr hab. Bogusław Borys, kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej AMG

### KATOLICKIE STOWARZYSZENIE LEKARZY POLSKICH Oddział GDAŃSK

#### APEL DO SPOŁECZEŃSTWA TRÓJMIASTA I POMORZA

W trosce o zdrowie i ratowanie życia ludzkiego zwracamy się do Wszystkich Obywateli i do każdego indywidualnie o wyrażenie zgody na transplantacje i pobieranie narządów od zmarłych.

Konieczne jest, aby w tej tak trudnej dziedzinie były zachowane wszelkie zasady sztuki i wiedzy medycznej, zgodnie z poszanowaniem etyki lekarskiej i godności człowieka.

Niech każdy z nas przyzwoli na pobranie swoich narządów po śmierci, aby ratować drugiego człowieka.

Niech brak sprzeciwu będzie jednoznaczny z akceptacją.

W tym apelu jesteśmy zgodni z głosem Episkopatu Polski i wieloletnim nauczaniem Jana Pawła II.

TAK – dla cywilizacji życia.

Gdańsk, 15 grudnia 2007 r.

W imieniu Zarządu Mirosław Pietrzak

# Studenckie Obozy Społeczno-Naukowe

## Kwidzyn'2007 – Reaktywacja

Po wielu latach przerwy do kalendarza studenckich imprez wróciły wakacyjne obozy, które poza możliwością odbycia praktyk, dały studentom szansę na zawarcie nowych przyjaźni i poznanie wielu ciekawych miejsc.

Dzięki wspólnej inicjatywie marszałka Leszka Czarnobaja i prof. Janusza Jaśkiewicza w dniach 8–27 lipca odbył się Studencki Obóz Społeczno-Naukowy w Kwidzynie, nad którym patronat objął prorektor ds. dydaktyki prof. Jan Marek Słomiński. Zaangażowanie władz miasta, a w szczególności pana burmistrza Romana Bery, sprawiło, że przerósł on nasze najśmielsze oczekiwania.

W obozie uczestniczyło ponad 30 studentów wszystkich lat kierunku lekarskiego naszej *Alma Mater*, którzy odbyli wakacyjne praktyki studenckie w szpitalu NZOZ Zdrowie w Kwidzynie. Trzon grupy stanowili członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń oraz jego opiekunowie lek. Daria Dobaczewska, lek. Karolina Kondej i dr med. Jerzy Jankau.

Studenci mieli szansę w sposób bardziej bezpośredni dotrzeć do pacjenta i podzielić się swoją wiedzą, biorąc udział w akcji mającej na celu promocję zdrowia wśród mieszkanek Kwidzyna i okolic. W ramach Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oraz Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi uczyli na specjalnie przygotowanych fanto-

mach, jak prawidłowo badać piersi oraz informowali o konieczności zgłaszania się na badania cytologiczne.

Powagi naszemu przedsięwzięciu dodała obecność mammobusu, który dzięki działaniom Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego, stacjonował pod siedzibą starostwa, prowadząc profilaktyczne badania przesiewowe w kierunku raka piersi. Był to program adresowany do kobiet między 50 a 69 rokiem życia, refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Codziennie przy mammobusie w akcji brało udział 6 studentów i lekarzy. Początkowo zachęcaliśmy kobiety przychodzące na badania mammograficzne, żeby zapoznały się z innymi programami profilaktycznymi. W kolejnych dniach panie same zwracały się do nas z konkretnymi zapytaniami. Nasza akcja cieszyła się zainteresowaniem również wśród członków rodzin. Zgłaszali się do nas również panowie prosząc o informacje, które mogłyby pomóc ich żonom i matkom.

Uroczyste podsumowanie naszych działań odbyło się 20 lipca podczas konferencji prasowej, na której wagę badań profilaktycznych podkreślił prof. Jacek Jassem. Tego samego dnia władze miasta ogłosiły uchwałę mającą na celu zachęcenie studentów do powrotu po studiach do Kwidzyna, oferując stypendia.

Należy jednak podkreślić, że obóz to nie tylko wytężona praca ku udoskonalaniu naszych lekarskich umiejętności. Dzięki uprzejmości władz miasta mogliśmy przypomnieć sobie bez troskie życie kolonisty. Poza ogromnym wsparciem przy prowadzeniu naszej akcji promocji zdrowia, starostwo zapewniło nam wiele dodatkowych atrakcji. Każdy uczestnik miał możliwość sprawdzić się w siodle w szkółce jeździeckiej na terenie Stadniny Koni w Miłosnej, zwiedzić miasto Kwidzyn pod okiem lokalnych historyków, poczuć się jak król na zamku w Malborku czy po prostu wziąć udział w rajdzie rowerowym i spływie kajakowym. A liczne ogniska, przejażdżki bryczkami czy wspólne śpiewanie do rana były okazją do zawarcia przyjaźni, które przetrwają lata.

Nic więc dziwnego, że wszyscy z rozrzewaniem wspominamy te trzy tygodnie i z niecierpliwością czekamy na kolejne obozy.

Magdalena Graczyk  
Magdalena Kroban

Więcej informacji na stronie: [www.obozy.amg.gda.pl](http://www.obozy.amg.gda.pl)

## POWROTY

W dniu 9 października w Bibliotece Uniwersyteckiej w Warszawie odbyło się wręczenie dyplomów laureatom programu POWROTY/HOMING Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Są nimi mający na swoim koncie ważne osiągnięcia badawcze młodzi naukowcy, którzy zdecydowali się wrócić do pracy w kraju po dłuższym pobycie w zagranicznym ośrodku naukowym.

Jednym z 16 tegorocznych laureatów jest dr hab. med. Piotr Trzonkowski, który powrócił do Akademii Medycznej w Gdańsku z Uniwersytetu w Oxfordzie. Dr Trzonkowski otrzymał stypendium w uznaniu jego prac dotyczących immunologicznych mechanizmów tolerancji tkanek allogenicznych po przeszczepach u ludzi.

W trakcie uroczystości prof. Maciej Żylicz, prezes FNP, gratulując zwycięzcom konkursu, mówił o trudnych momentach, jakie przeżywa większość naukowców powracających do Polski, związanych z ekonomicznymi warunkami pracy w krajowych instytucjach, a także ze skostniałym systemem administrowania nauką.

Program POWROTY/HOMING to jedna z inicjatyw Fundacji, poprzez które stara się ona wpłynąć na zmianę tego stanu rzeczy i stwarzać warunki dla samodzielnego rozwoju młodych badaczy. Dwuletnie subsydlum ma za zadanie finansowe wsparcie w tworzeniu przez laureata zespołu, w którym mógłby on kontynuować swoją pracę badawczą.

Na zdjęciu na str. 32: laureaci i prezes FNP prof. Maciej Żylicz; drugi od lewej dr hab. Piotr Trzonkowski.

□

## Bal Karnawałowy Pracowników AMG

**Rektor prof. Roman Kaliszan  
i kanclerz mgr Marek Langowski**

serdecznie zapraszają  
na Siódmy Bal Karnawałowy Pracowników  
Akademii Medycznej w Gdańsku,  
który odbędzie się w sobotę, 2 lutego 2008 r.  
w Atheneum Gedanense Novum, al. Zwycięstwa 41/42;  
początek o godz. 20.00.

W programie znakomita zabawa w dobrym towarzystwie.

Chętnych prosimy o zgłaszanie się w terminie do dnia 18 stycznia 2008 r. do Działu Współpracy z Zagranicą i Programów Międzynarodowych AMG, Rektorat, I piętro, pokój nr 102, tel. 349 11-61; 11-62. Ilość miejsc ograniczona. Opłata dla 1 osoby wynosi 90 zł (w tym poczęstunek).



# Opieka pastoralna nad ludźmi chorymi i starymi

XXII Międzynarodowa Konferencja, Watykan, 15-17 listopada 2007

Z upoważnienia Rady Fundacji Hospicyjnej miałem przyjemność uczestniczyć wraz z dyrektorem Fundacji ks. dr. Piotrem Krakowiakiem SAC w tej bardzo interesującej konferencji, zorganizowanej staraniem Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia pod przewodnictwem kardynała Javier Lozano Barragána. Konferencja taka organizowana jest corocznie, w ubiegłym roku poświęcona była pastoralnym aspektom leczenia chorób zakaźnych. Tegoroczna, XXII Konferencja, która obradowała na Watykanie w Sali Nowego Synodu, zgromadziła około 600 uczestników z całego świata, zarówno księży, zakonników, jak i osób świeckich. Pełne wystąpienia wszystkich prelegentów zostaną opublikowane w pierwszym kwartale 2008 roku w wydawanym przez Papieską Radę czasopiśmie *Do-lentium Hominum* oraz na stronie: [www.healthpastoral.org](http://www.healthpastoral.org)

Na program konferencji zostały się następujące 4 bloki tematyczne:

1. Opis stanu obecnego (historia, demografia, główne choroby ludzi starych, kondycja ludzi starych w epoce globalizacji, zachowania – styl życia, wpływ zmian technologicznych, farmakoterapia ludzi starych, zmiany polityczne i regulacje prawne, stan środowiska – ekologia). Prelegenci reprezentowali m.in. uniwersytety katolickie, British Geriatric Society, National Foundation of Gerontology, Paris, WHO –



Genewa; szpitale, m.in. University Hospital Aintree, Liverpool, San Carlo Hospital, Madrid. Wystąpienie laureatki Pokojowej Nagrody Nobla 2004, prof. Wanagari Muta Maathai z Kenii, uczestnicy konferencji odebrali poprzez przekaz telewizyjny. 2. Objawienie – (zagadnienia teologiczne – jak należy o tym myśleć?). Przedmiotem wystąpień były takie zagadnienia, jak troska o ludzi starych i chorych w Biblii i w pismach Ojców Kościoła, historia tej troski w Kościele, świadectwa świętych, chrześcijańska nadzieja, chrześcijańska odpowiedzialność –



aspekty etyczne. W tej części mówcą był m.in. teolog papieski, Ojciec Wojciech Giertych, O.P., który przedstawił wykład „Wia-ra, dobroczynność a ludzie chorzy i starzy”.

3. Dialog między religijny na temat troski o ludzi starych i chorych. Wystąpili w tej części przedstawiciele takich religii, jak judaizm, islam, hinduizm i buddyzm.

4. Co należy przedsięwziąć? Rozważania nad tym zagadnieniem ujęto w formę czterech punktów widzenia:

- religijny punkt widzenia (katecheza i edukacja w wierze, rola sakramentów, opieka duchowa w relacji do psychologii),
- biomedyczny punkt widzenia (badania, nowe leki, odżywianie, styl życia, towarzyszenie w chorobie),
- polityczny i socjalny punkt widzenia (rola mass mediów, polityki narodowe, legislacja, migracja, zasoby ekonomiczne, naukowe i technologiczne),
- rodzinny punkt widzenia (wsparcie ze strony pracowników socjalnych i ochrony zdrowia).

Przedmiotem rozważań były także zadania diecezji i parafii, rola zakonów, problemy troski o starych ludzi duchownych, pomoc duchowa – sakramenty i modlitwa, a także praktyczne aspekty dotyczące odwiedzin chorych w parafiach.



W przerwie obrad, od prawej palotynka siostra Gabriela, ks. Leszek Woroniecki, ks. Piotr Krakowiak, kardynał Javier Lozano Barragán, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, autor (fot. ze zbiorów autora)

W ostatniej sesji konferencji uczestnicy wysłuchali wystąpienia ks. dr. Piotra Krakowiaka SAC zatytułowanego „Volunteers and Associations Dedicated to the Care of Sick Elderly People”, które zostało przyjęte z wielkim zainteresowaniem i aplauzem. Ks. Krakowiak znakomicie promuje polski ruch hospicyjny na forum międzynarodowym, zdobywając dla niego przychylność także hierarchii watykańskiej.

Na zakończenie Konferencji Ojciec Święty przyjął i pobłogosławił wszystkich jej uczestników na audiencji prywatnej w Sali Klementyńskiej Pałacu Apostolskiego.

Kilkudniowy pobyt w Rzymie umożliwił mi ponadto uczestnictwo w cotygodniowej śródowej audiencji generalnej Ojca Świętego na Placu Św. Piotra oraz w polskojęzycznej mszy św. odprawianej każdego tygodnia w krypcie Bazyliki Św. Piotra, przy grobie Jana Pawła II. Z wielką przyjemnością skorzystałem także z zaproszenia do odwiedzenia Domu Generalnego Pallotynów przy kościele San Salvatore In Onda w Rzymie, gdzie spoczywają relikwie św. Wincentego Pallottiego i gdzie miałem okazję zapoznać się z historią i dziełem tego niezwykłego duchownego, założyciela Stowarzyszenia i Zjednoczenia Apostolstwa Katolickiego.

Prof. Wiesław Makarewicz

## Papieskie błogosławieństwa

W konferencji naukowej zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Watykanie uczestniczyłem po raz czwarty. W roku 2004 pierwszy raz miałem okazję na tym międzynarodowym forum zaprezentować ruch hospicyjny, „zagospodarowując” poza programem czas oczekiwania na audiencję z Janem Pawłem II. Było to możliwe, gdyż moje informacje i film idealnie wiązały się z omawianym tematem opieki paliatywnej, a Papieżem był Polak, którego sekretarz, ks. abp Dziwisz, życzliwie poparł moje starania. Jak się później okazało, prezentowałem kampanię „Hospicjum to też Życie” uczestnikom sympozjum, ale także terminalnie już choremu Ojcu Świętemu na 5 miesięcy przed śmiercią. Jakże szczególnie w tym kontekście należy odczytać wypowiedziane przez Niego wówczas słowa błogosławieństwa: „W Polsce trwa kampania Hospicjum to też Życie. Niech Dobry Bóg błogosławi pracownikom i wolontariuszom hospicjów.” (7.11.2004)

W 2007 roku, przy okazji dyskusji nad problemami ludzi starych, poproszono mnie, umieszczając tym razem wykład w programie, o prezentację tematu wolontariatu hospicyjnego i innych organizacji pomagających ludziom starszym i chorym. Mówiłem o rekrutacji wolontariuszy, przygotowaniach oraz współpracy z lekarzami i pielęgniarkami w zespołach opieki paliatywnej. Szukając konkretnej odpowiedzi na pytanie – co możemy zrobić wobec coraz większej liczby ludzi starszych i obłożnie chorych – zaprezentowałem przykłady z Gdańska. Nawiązałem do owocnej współpracy Hospicjum i Fundacji Hospicyjnej ze szkołami i z uczelniami, z parafiami i klubami seniora, co zostało przyjęte z zainteresowaniem. Wiele pozytywnych komentarzy wzbudziło zagadnienie edukacji społecznej o końcu życia, realizowanej przez Fundację Hospicyjną w ramach kampanii Hospicjum to też Życie. Słowa



uznania, dotyczące zaangażowania społeczeństwa i mediów masowych w dyskusję o tak ważnych tematach, płynęły od uczestników z różnych części świata, także z tych, od których zwykliśmy się tylko uczyć.

Głosy zdziwienia, ale także wiele pytań i pochwał wywołała ostatnia informacja mojej prezentacji o zaangażowaniu więźniów do pomocy w hospicjum, a po przeszkoleniu – także do pomocy w opiece nad pacjentami. Pięć lat owocnej współpracy ze skazanymi i dwuletnie doświadczenie włączenia więźniów do zespołów opiekuńczych w gdańskim hospicjum zostało przedstawione jako szansa na resocjalizację, ale także jako konkretna pomoc ciężko choremu i zespołowi. Ciesząc się z błogosławieństwa Papieża Benedykta XVI, którego raczył udzielić działaniom Hospicjum i Fundacji Hospicyjnej, szczególnie myślę o nowym ogólnopolskim projekcie „Więźniowie w Hospicjach”, przygotowywanym przez nas wraz z dyrekcją Służby Więziennej. Wierzę, że za kilka lat w Watykanie i w innych miejscach na świecie będziemy mogli powiedzieć, że „Hospicjum to też Życie” także dla tych, którzy przez pomoc ciężko chorym i głęboką resocjalizację wykorzystali szanse, by na trwałe zmienić się na lepszych ludzi.

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC, Krajowy Duszpasterz Hospicjów

fot. serwis fotograficzny L'Osservatore Romano



Ojciec Św. przyjął uczestników Konferencji na audiencji w Sali Klementyńskiej





Widok szpitala przy ul. Klinicznej

Pod koniec II wojny światowej w Polsce, na wyzwolanych terenach stopniowo odradzało się szkolnictwo wyższe, a w jego strukturach także wydziały medyczne.

Akademia Lekarska w Gdańsku, powołana do życia na mocy dekretu z 8 października 1945 roku o utworzeniu państwowej szkoły akademickiej, działającej pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia, była pierwszą samodzielną uczelnią medyczną w Polsce powojennej, powstawała na bazie lokalowej niemieckiej uczelni medycznej - Medizinische Akademie in Danzig (MAD). Zgodnie z pismem ministra zdrowia, Franciszka Litwina, z dnia 5 lipca 1945 r. Szpital Miejski przeszedł pod zwierzchnictwo Akademii Lekarskiej. Wykłady rozpoczęły się w listopadzie 1945 roku. W obrębie przejętych budynków, pomimo ogromu zniszczeń i niedostatecznego zaopatrzenia w sprzęt medyczny, uruchomiono niemal wszystkie kliniki, poza ginekologiczno-położniczą, neurologiczną oraz stomatologiczną. Aby umożliwić rozpoczęcie zajęć, wykłady z niektórych przedmiotów teoretycznych odbywały się tymczasowo w Politechnice Gdańskiej, natomiast brakujące oddziały miały znaleźć miejsce w pomieszczeniach wygospodarowanych z już funkcjonujących klinik.



Widok Szkoły Położnych od strony wiaduktu przy ul. Gen. Hallera

Oddział ginekologiczno-położniczy początkowo wydzielono z oddziału interny, mieszącego się w budynku nr 2 kompleksu szpitalnego przy ul. Dębinki 7, ponieważ budynek, w którym mieściła się wcześniej Klinika Chorób Kobięcych i Położnictwa niemieckiej uczelni, został w znacznym stopniu zniszczony w czasie działań wojennych i wymagał nie tylko remontu, ale wręcz odbudowania z gruzów.

Zniszczony w czasie wojny budynek przy Schellmühlerweg 1b (obecnie ul. Kliniczna 1a) od początku swego istnienia pełnił rolę szpitala dla kobiet oraz jednostki szkolącej zarówno studentów medycyny, jak i położne. Wybudowany został w latach 1910–1912. W jego sąsiedztwie mieściła się Szkoła Położnych, a bezpośrednio z budynku szpitala można było

przejsć do tzw. „domu profesorskiego”, który istnieje do dzisiaj. Nowoczesny, trzypiętrowy budynek, zwieńczony został figurą bociana na dachu, co symbolizowało działalność szpitala. Na-

## Geneza Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych AMG

zwa Storchenhaus – bocianie gniazdo – przyjęła się w potocznej mowie. Pierwszym dyrektorem szpitala został w 1912 roku dr Kostlin, wcześniej nauczyciel i lekarz w Szkole Położnych przy dzisiejszej ul. Rogaczewskiego.

W 1920 roku, zgodnie z uchwałą Senatu Wolnego Miasta Gdańska, dotychczasowy Szpital Położnictwa i Chorób Kobięcych ze Szkołą Położnych (Provinzial Hebammenlehranstalt) został przemianowany na Miejską Klinikę Położnictwa i Chorób Kobięcych (Städtische Frauenklinik und Hebammenlehranstalt). Jej dyrektorem został prof. Hans Fuchs z uniwersyteckiej Kliniki Chorób Kobięcych z Kilonii w Niemczech, zawodowo związany z Gdańskiem od 1903 do 1940 roku. W praktyce klinicznej opracowywał nowe metody operacyjne oraz leczenia zachowawczego zarówno w położnictwie, jak i w ginekologii.

W 1935 roku, po powołaniu Akademii Praktycznej Medycyny, dyrektorem teraz już Państwowej Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych pozostał prof. Hans Fuchs i kierował nią do 1940 roku, do



czasu wyjazdu do Poznania, gdzie objął stanowisko kierownika Kliniki Chorób Kobięcych. Zwolnione stanowisko objął prof. Joachim Granzow (1898–1979), naukowiec z Wrocławia. Kliniką kierował w latach 1940–1944. W tym czasie publikował prace dotyczące anatomii narządu rodnej kobiety, budowy miednicy kostnej, zastosowania promieni rentgenowskich w pomiarach kanału rodowego oraz ich wpływu na rozwój organów wewnętrznych płodu. Zajmował się problemami niepłodności spowodowanej niedrożnością jajowodów, gruźliczym zakażeniem wewnątrzmacicznym płodu matki chorej na pozapłucną postać gruźlicy, a także patologią łożyska przodującego oraz pierścieniowatego. Badał także zaburzenia funkcji nerek w ciąży. Prace ukazywały się w „Archives für Gynäkologie und Geburtshilfe”.

W 1943 roku, w obawie przed bombardowaniami, wybudowano na tyłach szpitala trzy piętrowy bunker. Grubość ścian i sufitów wynosiła 150–200 cm, w budynku nie było okien. Wyposażony był w niezbędny sprzęt medyczny do prawidłowego funkcjonowania szpitala i sal operacyjnych, zaopatrzonego w energię elektryczną i bieżącą wodę wraz z kanalizacją.

Pod koniec 1946 roku Akademia Lekarska w Gdańsku stała się właścicielem budynków dawnej Staatliche Frauenklinik und Hebammenlehranstalt. Z głównego budynku szpitala ocalał parter, część pierwszego piętra, z drugiego piętra zachowały się jedynie sale operacyjne z ich wyposażeniem. Dach „bocianiego gniazda” przestał istnieć. Dom profesorski został całkowicie zniszczony. Dom sióstr, choć przetrwał bombardowanie, został następnie zdewastowany przez urzędujące w nim wojska radzieckie. Betonowy bunker na tyłach kliniki, pomimo kilku trafień bombowych, nie został zniszczony i pełnił rolę oddziału pod kierownictwem dr. Meyera.

Tymczasem na terenie Szpitala przy ul. Dębinki rozwijał się pręźnie Oddział Ginekologiczno-Położniczy, początkowo tworzony przez zespół lekarzy pracujących w Szpitalu Miejskim już od kwietnia 1945 roku. Ordynatorem był dr Władysław Włodkowski. Współpracowali z nim st. asystent Stanisław Netzer oraz asystenci: Mieczysław Cudzik, Józef Musiatowicz, Irena Waróg-Żukowska. W tym samym roku utworzono Klinikę Położnictwa i Chorób Kobięcych, a jej kierownikiem w listopadzie został mianowany prof. Henryk Gromadzki z Warszawy, który do Gdańska przybył ostatecznie w kwietniu 1946 roku.

Dzięki jego staraniom, a także ówczesnego adiunkta Kliniki, dr. Ireneusza Roszkowskiego, liczbę łóżek oddziału zwiększo-



Prof. Hans Fuchs (1873–1942). W latach 1920 – 1940 dyrektor Miejskiej Kliniki Chorób Kobięcych i Szkoły Położnych

no z 33 do 120 dla kobiet, utworzono też 50-łóżkowy oddział noworodkowy. Oddano do użytku pracownie: endokrynologiczną, cytologiczną, chemiczną i biologiczną. Dzięki otwartej postawie prof. Kornela Michejdy możliwe było korzystanie z sal operacyjnych Kliniki Chirurgii.

Po zakończeniu prac remontowych w styczniu 1947 roku przeniesiono Klinikę Położnictwa i Chorób Kobięcych do nowej siedziby, w której mieściło się 195 łóżek dla kobiet, oddział dla noworodków na 110 łóżek oraz 20-łóżkowy dla wcześniaków. Otwarto także pracownię radiologiczną, uruchomiono współpracujący z apteką Akademii Lekarskiej punkt apteczny, który został przekształcony w 1954 roku w samodzielną aptekę. Dnia 1 sierpnia 1950 roku utworzono Państwową Szkołę Pielęgniarek oraz Państwową Szkołę Położnych, które zostały ulokowane w sąsiedztwie odbudowanej Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych, w domu akademickim przy obecnej ul. Hallera. W 1951 roku wybudowano w lewym skrzydle szpitala salę wykładową na 260 miejsc.

Od początku funkcjonowania Kliniki podejmowano prace naukowe.

W 1946 roku pierwszą rozprawę doktorską ogłosił Otton Bańka-Sylwester na temat „Zachowanie się płytek krwi podczas porodu i połogu”, której promotorem był prof. Henryk Gromadzki.

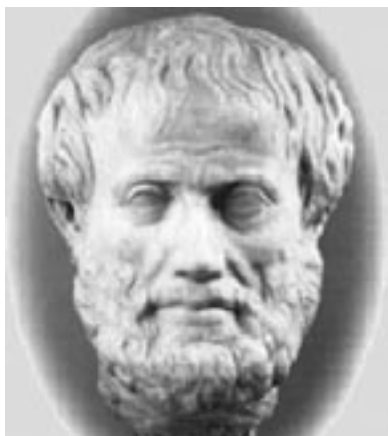
Dr Ireneusz Roszkowski w 1947 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego przedstawiając pracę pt. „Wpływ tarczycy na jajczkowanie u królicy”.

Po wielu latach, remontach, reorganizacjach do dzisiaj Szpital Położniczo-Ginekologiczny „Kliniczna” oraz działające w nim kliniki prowadzą działalność naukową, dydaktyczną i leczniczą, stanowiąc istotny element opieki położniczo-ginekologicznej w regionie.

Anna Szkop-Domińiak



Szpital przy ul. Klinicznej



4. Arystoteles

Uczeni greccy próbowali także przedstawić budowę ciała ludzkiego. Alkmeon z Krotony twierdził w V wieku przed Chrystusem, że ciało ludzkie składa się z powietrza. Arystoteles (384–322 przed Chrystusem) (4) pisał, że dusza ludzka jest połączona z materią, a rośliny też mają duszę, bo przyjmują pokarm i rozmnażają się. Badania anatomiczne były utrudnione, ponieważ rzadko przeprowadzano sekcję zwłok ludzkich. Alkmeon badał jeszcze zwłoki ludzi, ale Demokryt dokonywał tylko sekcji zwierząt. Hierofilos (355–280 przed Chrystusem) i Erasistratos dokonywali wiwisekcji przestępców. Warto dodać, że w latach 1931–1945 japońscy zdobywcy części Chin uczyli anatomii japońskich studentów medycyny, każąc im krajać żywych jeńców chińskich. W Grecji zapoczątkowano także kilka specjalności medycznych. Likurg, król Sparty, zorganizował na szeroką skalę wychowanie fizyczne. Herodicos z Silymbrii zajmował się w V wieku medycyną sportową, a Diokles z Karysty propagował higienę. Teofrast z Lesbos (371–286 przed Chrystusem) był sławnym botanikiem i mineralogiem. Erasistratos badał fizjologię człowieka, opisał proces trawienia i krążenie krwi. W starożytnej Grecji znajdujemy również początki psychologii w postaci nauki Empedoklesa o temperamentach (8). Warto przytoczyć kilka wypo-

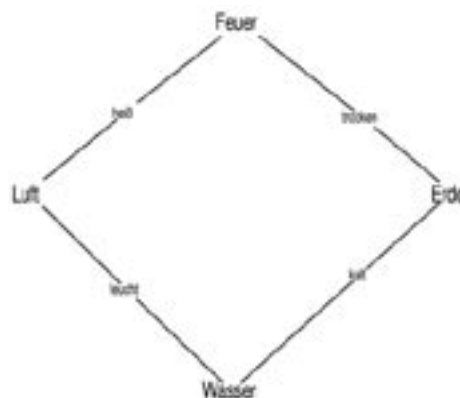


13. Hipokrates z Kos

wiedzi z pogranicza etyki i psychologii: jaką opiekę zapewnisz rodzicom, taką sam otrzymasz w starości (Tales z Miletu) (23), modlitwa leczy psychikę pacjenta, a lek ciało (Platon), zwolennikom pijaństwa, obżarstwa i rozpusty nie pomoże żaden lek (Sokrates) (22), wzrost zamożności miast prowadzi do obżarstwa, pijaństwa i rozpusty, będą wtedy potrzebni lekarze i sędziowie (Eryksimachos).

Wygłaszano różne poglądy na temat leczenia chorób. Zenon z Kition (336–264 przed Chrystusem) uważał, że trzeba być pokornym wobec losu, a chorób nie trzeba leczyć. Hierofilos domagał się badań medycznych opartych o doświadczenie, a Heraklides i Filinos z Kos prowadzili leczenie objawowe.

Medycyny nauczano w kilku ośrodkach. Już w VI wieku przed Chrystusem



8. Cztery żywioły według Empedoklesa

rozwijano teorię chirurgii i stosowano leczenie objawowe, a pracował tutaj ojciec medycyny – Hipokrates (13).

Naukę medycyny odbywano u jednego

Zbigniew Kamiński i Jacek W. Teodorczyk

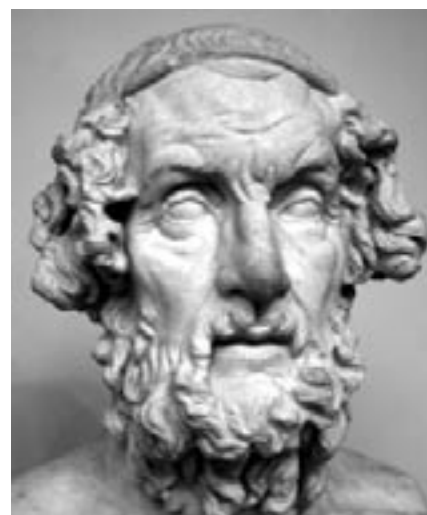
## Edukacja w medycynie i farmacji cz. 8



Ludzie, wydarzenia i ciekawe sprawy związane z historią farmacji i medycyny

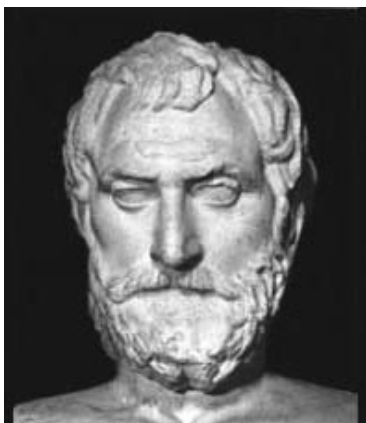
działy szkoły medyczne na terenie Italii (Krotona, Agrigent), Turcji (Knidos) i na wyspie Kos. Były również centra naukowe: Larysa, Abdera i Aleksandria. Założone w 290 r. przed Chrystusem Muzeum Aleksandryjskie obejmowało między innymi dział medyczno-biologiczny, ogród zoologiczny i ogród botaniczny. Niekiedy szkoły medyczne były nazywane akademiami. Nazwę taką nosiła szkoła filozoficzna założona w 387 r. przed Chrystusem w Atenach przez Platona. Podaje się, że miała ona zakończyć działalność w 160 r. przed Chrystusem, ale część badaczy twierdzi, że została dopiero zamknięta w 529 r. z polecenia cesarza Justyniana. W Aleksandrii istniała biblioteka, w której przechowywano 400–700 tysięcy dzieł. Los tej placówki był tragiczny: część zbiorów spłonęła w 47 roku przed Chrystusem podczas walk z armią rzymską, a część zniszczyli w 391 roku zwolennicy patriarchy Aleksandrii, Teofilosa. Reszta dzieł przepadła w 641 roku, gdy dowódca armii kalifa Omara, generał o nazwisku Amru, nakazał spalić znalezione dokumenty, ponieważ nie dotyczyły islamu. Uczeni z Knidos szukali przyczyn powstawania chorób. Stąd pochodzi pojęcie krazja – równowaga, dyskrazja – zakłócenie równowagi i humor – coś wilgotnego. Tutejsi uczeni rozróżniali śluz i żółć. W szkole na wyspie Kos

lub kilku mistrzów. Adeptci sztuki lekarskiej, często dzieci medyków, wyjeżdżali również na staże do kilku ośrodków. Anatomię człowieka poznawano na świniach i kurzych zarodkach. Wyróżniano cztery główne funkcje nazywane władzami: duchowa – w głowie, życia – w sercu, żywienia – w wątrobie i rozrodcza – w jądrach lub macicy. Praksagoras z Kos około 330 roku przed Chrystusem odróżniał tętnice od żył. Kapłani w asklepiadach dysponowali dziełami o przyrządzaniu leków. W niektórych ośrodkach pobierano opłaty za



14. Homer\_British\_Museum





23. Tales z Miletu

nauczanie, za co krytykowano między innymi Hipokratesa.

Nie możemy pominąć osoby Hipokratesa żyjącego w latach 460–377 przed Chrystusem. Był chirurgiem, ale zajmował się też genetyką. Ciekawe jest, że nie zalecał sekcji zwłok. Doceniał rolę krwi. Przesilenie choroby określał jako krizis. W swoich dziełach pisał o czarnej żółci melas cholos, wymienianej jeszcze w średniowieczu, a flegmę ściekającą z mózgu przez nos nazywał *katarrein*. Termin *humor* rozumiał jako sok organiczny. Stosował wiele postaci leków jak napoje, maści, pigułki i czopki. Domagał się stosowania leków naturalnych bez dalszej przeróbki. Jako dodatek do leków proponował dietę, czyli spokojny tryb życia, gimnastykę, masaże, kąpiele morskie i ruch. Jego poglądy, nawet tak kontrowersyjne jak ten, że organizm sam zwalczy chorobę, uznano później za obowiązujące. Dużo podróżował i znał ośrodki naukowe w Atenach, Abderze i Larysie oraz Egipcie. Jego krytycy twierdzili, że na wyspie Kos zniszczył prace poprzedników, aby wykazać swoją wyższość. Ocena jego dorobku naukowego jest trudna, ponieważ zbiór *Corpus Hippocraticum* wydano po stu latach od śmierci. Według niektórych autorów spośród 72 przypisywanych mu dzieł napisał tylko 8. Jego słynna przysięga była pierwotnie tekstem egipskim, z którego wykreślono imiona Horusa i Imhotepa, a wprowadzono Apollina.

Historycy uważają, że w Aleksandrii zaczęto rozróżniać dietetykę – terapię, chirurgię oraz sporządzanie leków *pharmaceutikeis*. Część lekarzy wykonywała leki dla swoich pacjentów, a przechowywali je w składach *apotheke* nazywanych od słowa *apotithemi* – przechowywać. Ten termin mógł również oznaczać kram lub budę. Oprócz producentów leków *pharmakopoi* działali ucieracze maści *myropoi*, krajacze ziół *rhizotomoi* i olejkarze. W terapii używano wiele roślin, chociażby znany Homerowi (14) krwawnik *Herba Achillea* i mandragorę. Pitagoras zalecał gorczycę i cebulę morską oraz

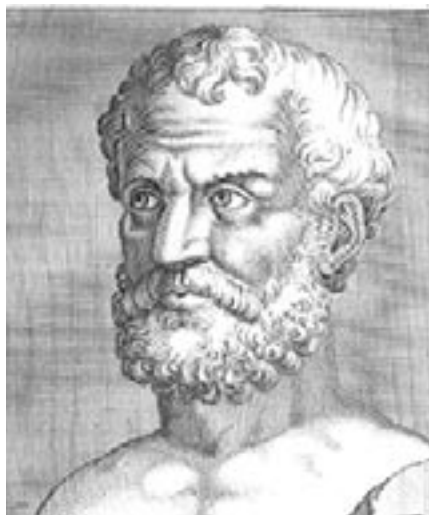
wprowadził kataplazmy – okłady z ziół. Stosowana już w tamtych czasach sałata *Lactuca sativa* L. została nawet uwzględniona w poezji polskiego fraszkopisarza z XVII wieku Wacława Potockiego:

#### Do Wojciecha

Niech ci kucharz laktukę lub miękkie  
śluz warzy  
Bo że masz twardey stolec,  
znać z nadętej twarzy  
Albo jeśli chcesz zażyć też lekarstwa  
szczęście  
Mydła w zadek, kijem w brzuch,  
pewnie i teraz skłęśnie  
I tak ci stokroć purgans na żołądku  
skrzese  
Będziesz zdrow bez apteki, mój drogi  
Wojciesze

Starożytni Grecy znali zjawisko narkomanii, a boginię Demeter przedstawiano z makówką w ręku. Hipokrates, a po nim w drugim wieku przed Chrystusem Herakleid zalecali preparaty makowca jako środek przeciwbólowy. Teofrast (25) doradzał ostrożność przy takiej terapii, a Erasistratos odradzał stosowanie tych leków. Lekarze greccy polecali pacjentom wiele dziwnych środków, jak kał krokodyla, mózg wielbłąda czy krew żółwia, określanych w literaturze jako leki obrzydliwe. Niektóre kobiety greckie znały się na przygotowywaniu napojów miłosnych i kosmetyków, a w domach miały apteczki dla leczenia rannych i chorych. Królowa Kleopatra zajmowała się destylacją, napisała również księgę o upiększaniu *Kosmetikon biblion*.

W Grecji rozwinęła się także toksykologia. Król Attalos III hodował lulek, bieleń i cykutę. Z tych ziół przygotowywał mieszanki i posyłał je w darze... przyjacielom. Mityrydates VI Eupator (132–63 przed Chrystusem) próbował działania trucizn podając je przestępcom, niewolnikom i swoim krewnym. Wykorzystując jad żmii, nazywanej po grecku *therion* lub



25. Teofrast



22. Sokrates

*therion*, sporządził preparat z 54 składników znany jako *theriaca* albo *mitrydat*. Po zażyciu określonej dawki trucizny natychmiast stosował *mitrydat* jako antidotum. Wymienia się też nazwisko lekarza Nikandrosa Kolofońskiego, który podobny lek znał już w 150 roku przed Chrystusem. Eksperymenty z truciznami i odtrutkami przeprowadzał na sobie Heraklides. Dodajmy, że mieszkający nad Donem Scyci już w VIII wieku przed Chrystusem eksportowali zioła do Egiptu, Rzymu i Grecji. Stosowali między innymi hubę, która zawiera antybiotyk poliporynę, a rany leczyli jadem żmii. W walce z wrogami używali strzał z grotami zatrutymi jadem żmii i krwią trupa. Nasze czytelniczki może zainteresować przepis na kosmetyk stosowany przez kobiety scytyjskie. Rozdrobnione drewno cyprysu, cedru i sandału zalewano wodą, a Herodot zapewniał, że skóra posmarowana takim wyciągiem była piękna i łśniąca. Grecy interesowali się również stomatologią. Arystoteles wiedział, że zęby nie są kośćmi i stale rosną, żyły głowy łączą się z naczyniami zębów, a figi powodują próchnicę zębów. Polecał też, żeby do rwania zębów używać kleszczy a nie palców. Hipokrates znał próchnicę zębów i szkorbut, ból głowy łączył z bólem zębów. Na złamaną żuchwę zalecał zakładać opaskę. Jemu przypisuje się wynalezienie obracanego sznurkiem wiertła dentystycznego, podobnego do przyrządu Faucharda z XVIII wieku. Zęby czyszczone płótnem i gąbką, a pasty do zębów zawierały między innymi popiół ze spalonych myszy. Ubytki w zębach zalewano ołowiem, a ruchome zęby wiązano złotym drutem.

Wśród specjalistów byli też balwierze, którzy strzygli i golili klientów oraz pielęgnowali paznokcie. W Grecji stawiano znane i u nas bańki. Odcięty róg krowy przykładano do skóry, wysysano powiętrze, a końcówkę zaklejano woskiem.

cdn.



# Lekarze i pielęgniarki z AMG zbadali radnych Sejmiku Województwa Pomorskiego

Akademia Medyczna w Gdańsku wraz z Polskim Towarzystwem Programów Zdrowotnych w listopadzie bieżącego roku zrealizowały projekt, którego celem była edukacja oraz przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku chorób sercowo-naczyniowych wśród radnych Sejmiku Województwa Pomorskiego. Akcja odbyła się w ramach Pomorskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego i Chorób Nowotworowych „Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013”. Niewątpliwym atutem i ułatwieniem w przeprowadzeniu tego przedsięwzięcia był fakt, iż przygotował i zrealizował je doświadczony zespół, który od prawie 10 lat zajmuje się tego typu projektami.

Tegoroczny program edukacji i badań w Sejmiku Województwa Pomorskiego był kontynuacją zainicjowanych jeszcze w 1998 roku działań propagujących w polskich środowiskach decydenckich i opiniotwórczych wiedzy na temat zagrożeń, wynikających z rozpowszechnienia i niedostatecznej kontroli podstawowych czynników ryzyka zawałów serca i udarów mózgu, takich jak: zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów i cukrzyca. Podobne akcje przeprowadziliśmy w centralach największych związków zawodowych (NSZZ Solidarność, OPZZ), w środowiskach dziennikarskich, a także dwukrotnie, w 2000 i 2006 r. wśród posłów i senatorów Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej. Tym razem akcja edukacyjna została wzbogacona o podstawowe elementy prewencji chorób nowotworowych.

Prowadzenie konstruktywnych działań lobbingowych, marketingowych i edukacyjnych w polskich środowiskach decydenckich jest potrzebą chwili. Choroby układu sercowo-naczyniowego oraz choroby nowotworowe są w naszym kraju główną przyczyną zachorowań i zgonów, także podstawową przyczyną zgonów przedwczesnych; dotyczy to również województwa pomorskiego. Co więcej, wskaźniki te są w Polsce dużo gorsze niż w krajach tak zwanej „starej” Unii Europejskiej, np. umieralność przedwczesna z powodu chorób sercowo-naczyniowych jest u nas obecnie dwukrotnie wyższa niż w 15 krajach „starej” Unii. Podkreślić jednak należy fakt, że w Polsce od kilkunastu lat odnotowuje się stały spadek umieralności z przy-

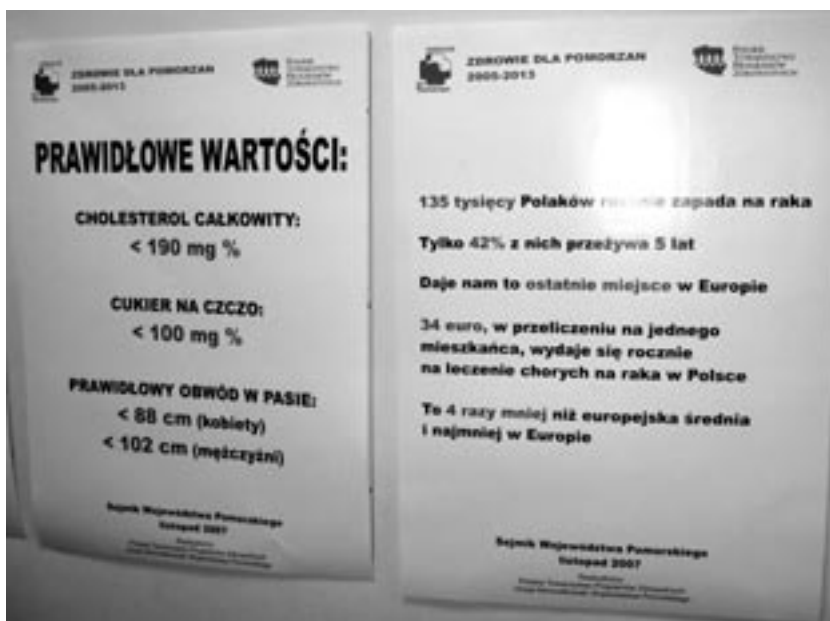
czyn sercowo-naczyniowych, który m.in. jest rezultatem wprowadzenia narodowych programów profilaktyki i leczenia, opartych na współpracy środowisk medycznych z politykami i środowiskami opiniotwórczymi. Dobrym przykładem jest tutaj realizowany od 2003 roku Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Od dwóch lat odpowiedzialnik Programu POLKARD ma także polska onkologia. W Sejmiku Województwa Pomorskiego 10-osobowa grupa lekarzy i pielęgniarek z Akademii Medycznej w Gdańsku pragnęła zwrócić uwagę pomorskich radnych na potrzebę prowadzenia długofalowych działań, w tym konieczność zwiększenia środków na rzecz skutecznego zapobiegania chorobom układu krążenia i chorobom nowotworowym.

Akcja została poprzedzona kilkutygodniowymi przygotowaniem, które koordynowali lek. Marcin Rutkowski i dr Tomasz Zdrojewski. W gmachu Sejmiku Wojewódzkiego rozmieszczono plakaty, rozesłano listy informacyjne i zachęcające radnych do udziału w badaniach, a pomorskich dziennikarzy zaproszono na konferencję prasową.

Badania zrealizowano 26 listopada 2007 roku podczas sesji Sejmiku Wojewódzkiego. Interwencja składała się z pomiarów ciśnienia tętniczego, pomiarów poziomu cholesterolu i przysięgodnej glikemii metodą paskową, pomiarów antropometrycznych oraz przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej na temat podstawowych zasad prewencji chorób układu krążenia i chorób nowotworowych. W tym celu w sali posiedzeń zorganizowano punkt pomiarowy, obsługiwany przez lekarzy i pielęgniarki z AMG. Przez 1,5 godziny przed rozpoczęciem sesji, a także przez pierwszych kilkadziesiąt minut jej trwania radni mogli wziąć udział w badaniach. Z usług punktu pomiarowego skorzystali też licznie przybyli dziennikarze, dla których zorganizowano specjalną konferencję prasową. Wzięli w niej udział między innymi prof. Brunon Synak – przewodniczący Sejmiku Województwa Pomorskiego, prof. Jacek Jassem, prof. Janusz Jaśkiewicz oraz dr Tomasz Zdrojewski. Podczas konferencji zaprezentowano cele oraz założenia projektu badań i edukacji w Sejmiku, omawiano także bieżącą działalność programu „Zdrowie dla Pomorzan”. Prof. Janusz Jaśkiewicz podsumował realizację badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych w naszym województwie, podkreślając zdecydowanie zbyt niską zgłaszalność.

Prof. Jacek Jassem oraz dr Tomasz Zdrojewski wystąpili podczas sesji Sejmiku. Prof. Jassem przedstawił główne cele i założenia niezwykle ważnego dokumentu, będącego częścią programu „ZdP 2005–2013” pt. Diagnostyka i terapia chorób nowotworowych w latach 2007–2013. Określono w nim strategię rozwoju onkologii w woj. pomorskim. Dr Zdrojewski prezentował główne założenia i stan realizacji programu „Zdrowie dla Pomorzan” oraz wyniki przeprowadzonych badań wśród radnych, z którymi z oczywistych powodów najbardziej zainteresowani byli ... pomorscy dziennikarze.

Z 33 przybyłych na obrady radnych w badaniach udział wzięło 21. Zaburzeniami, które występowały najczęściej, to podwyższone ciśnienie tętnicze oraz nieprawidłowa masa ciała. W dniu akcji u 77% badanych radnych stwier-





Punkt badań przesiewowych

dzono podwyższone wartości ciśnienia (dwukrotny pomiar). Jednocześnie 86% badanych deklarowało znajomość własnego ciśnienia, co jest wynikiem lepszym zarówno w porównaniu z populacją ogólnopolską, jak i pomorską. Połowa radnych miała nadwagę, co trzeci był otyły. Około 80% miało otyłość brzuszna. Są to wyniki gorsze niż w odpowiadającej wiekiem populacji ogólnopolskiej czy pomorskiej. Hipercholesterolemię stwierdzono u co trzeciego badanego. Do palenia papierosów przyznał się również co trzeci radny. Jest oczywiste, że wobec dużo mniejszej liczby radnych w Sejmiku niż ma to np. miejsce w Parlamencie RP, podsumowanie wyników i ich odniesienie do wyników ogólnopolskich miało raczej formę anegdotyczną niż naukową. Warto tu przypomnieć, że rezultaty badań przeprowadzonych w Parlamencie RP udało się opublikować w najlepszych polskich i europejskich czasopismach.

Uzyskane wyniki badań przesiewowych w Sejmiku Wojewódzkim potwierdzają, że problem rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych dotyczy także pomorskich środowisk decydenckich. Pozostaje mieć nadzieję, iż zwrócenie uwagi radnych na problem epidemii chorób układu krążenia i chorób nowotworowych nie pozostanie bez wpływu na przyszłe prace budżetowe i legislacyjne. W efekcie, wiązałoby się to z wdrażaniem nowych programów profilaktycznych i zwiększeniem finansowania działalności na rzecz zwalczania chorób sercowo-naczyniowych i chorób nowotworowych w województwie pomorskim.

Na zakończenia pragniemy gorąco podziękować wszystkim osobom, które pomogły w przygotowaniu projektu, w szczególności prof. Jackowi Jassemowi, prof. Januszowi Jaśkiewiczowi, dr hab. Marzenie Welnickiej-Jaśkiewicz oraz dr. Tadeuszowi Jędrzejczykowi. Gorące podziękowania kierujemy także do osób, które przygotowały i wykonały praktyczną część programu, wymienionych poniżej: lek. Piotr Bandosz, piel. Anżelina Dubiela-Dąbrowska, dr Katarzyna Gil, piel. Wiesława Ku-



Dr Tomasz Zdrojewski prezentuje wyniki pomiarów oraz aktualną sytuację epidemiologiczną w woj. pomorskim



Badaniami objęto znanych pomorskich dziennikarzy, w tym widoczną na zdjęciu red. Jolantę Gromadzką-Anzelewicz, której porady udziela dr Irina Mogilnaya



Prof. Brunon Synak, przewodniczący Sejmiku, podczas badania

charska, dr Łukasz Matwiejczyk, lek. Irina Mogilnaya, lek. Marcin Rutkowski, lek. Piotr Popowski, dr Łukasz Wierucki, dr Agata Ignaszewska-Wyrzykowska, prof. Bogdan Wyrzykowski i dr Tomasz Zdrojewski.

Lek. Marcin Rutkowski, dr Tomasz Zdrojewski



## Laureaci programu POWROTY/HOMING Fundacji na rzecz Nauki Polskiej

➔ str. 23



## Reaktywacja Studenckich Obozów Społeczno-Naukowych, Kwidzyn'2007

➔ str. 23

