



# GAZETA

miesięcznik  
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

# AMIG

ISSN 1506-9745

Rok 26

Czerwiec 2016

nr 6 (306)



piknik na zdrowie

**11 czerwca 2016 r.**  
**godz. 11-15**

*piknik na zdrowie*

**Zielony Park**  
**przy**  
**ul. M. Skłodowskiej-Curie**

[www.pikniknazdrowie.gumed.edu.pl](http://www.pikniknazdrowie.gumed.edu.pl)





## Uroczyste posiedzenie Senatu GUMed



Prof. Abass Alavi, jeden ze światowych pionierów pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) został 13 maja br. doktorem *honoris causa* GUMed. Uroczystość odbyła się w Aditorium Primum im. Olgierda Narkiewicza w Atheneum Gedanense Novum. Profesor Alavi wygłosił wykład pt. *Unparalleled contribution of FDG-PET imaging to day practice of medicine*. Więcej na stronach 3-5. ■

## Medyczny Dzień Nauki pełen atrakcji



Już po raz dziewiąty Gdański Uniwersytet Medyczny był organizatorem Medycznego Dnia Nauki. Akcja popularyzująca nauki medyczne wśród dzieci i młodzieży szkolnej odbyła się 20 maja br. w Collegium Biomedicum. Więcej na temat tegorocznego MDN w lipcowym numerze *Gazety AMG*. ■

## Podziękowania dla GUMed za udział w Festiwalu Kolorów

Prof. Marcin Gruchała, prorektor ds. studenckich spotkał się z Iloną Glanowską, przedstawicielem organizatorów Festiwalu Kolorów i Pawłem Pobłockim, studentem VI r. kierunku lekarskiego, który w ubiegłym roku był koordynatorem uczelnianym Projektu. Ilona Glanowska w imieniu Stowarzyszenia Festiwal Kolorów podziękowała Uczelni za udział w wydarzeniu, które odbyło się 22 sierpnia 2015 r. na Placu Żebrań Ludowych w Gdańsku. ■



## W numerze m.in.

■ Doktorat <i>honoris causa</i> . Laudacja promotora prof. dr. hab. Andrzeja Basińskiego	4
■ Dietetyk GUMed członkiem GYFAL	5
■ Działalność UCK (2008-2016)	6
■ PASD po raz pierwszy w Warszawie	11
■ Sprawozdanie z działalności Centrum Innowacji Medycznych Sp. z o.o.	12
■ O braciach Mozołowskich	14
■ Piknik na Zdrowie 2016	15
■ Rektorzy Pomorza obradowali w Pelplinie	18
■ Terapia komórkowa w GUMed	19
■ Poznaj swoją specjalizację	21
■ XXX-lecie OSKK	22
■ O tradycji (i nie tylko)	24
■ Studentka GUMed najlepsza w Białymstoku	25
■ Sukces studentki zdrowia środowiskowego	25
■ Michał Tadeusz Waclaw Grabowski – wspomnienia. Lata 1970-1980 w Klinice Ortopedii	26
■ Tajemnice z muzealnej półki	30
■ Sympozjum w Straszynie	31
■ Transplantacje w Gdańsku w 2015 roku	32
■ Nowi doktorzy	35
■ Sylwetki nowych profesorów tytularnych: prof. dr hab. Jan Maciej Zaucha	36
■ Historie pszczelarstwa	41
■ Chirurdzy onkolodzy na europejskim kursie	43
■ Kadry GUMed	44
■ Z kalendarza Rektora	44
■ Kadry UCK	44
■ Medale dla sportowców GUMed	47
■ Siatkarze na medal	47
■ Nie tylko o witaminowych celebrytkach	48
■ Studenci GUMed w galeriach handlowych	48

## Nowy doktor *honoris causa* GUMed

Prof. Abass Alavi został 13 maja br. 47 doktorem *honoris causa* GUMed. Uroczystość odbyła się w Atheneum Gedanense Novum. Profesor Alavi przybył do Gdańska z małżonką Jane Alavi. Gośćmi uroczystego posiedzenia Senatu byli: recenzenci doktoratu – prof. B. Jarząb, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej, Centrum Onkologii w Gliwicach; prof. J. Malicki, kierownik Katedry i Zakładu Elektroradiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dyrektor Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu i prof. R. Kaliszan, kierownik Katedry Biofarmacji i Farmakodynamiki GUMed oraz promotor prof. A. Basiński, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej GUMed. Nie zabrakło także byłych rektorów Uczelni: prof. S. Raszei, prof. B. Krupy-Wojciechowskiej, prof. Z. Wajdy oraz prof. R. Kaliszana. Uroczystość zaszczylicili swoją obecnością: prof. P. Przybyłowski, dziekan Wydziału Przedsiębiorczości i Towaroznawstwa Akademii Morskiej w Gdyni, prof. I. Wrońska, dziekan WNoZ UM w Lublinie, dr hab. J. Rosińczuk, prof. nadzw. oraz dr P. Karnieja, dziekan i prodziekan WNoZ UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, prof. K. Kędziora-Kornatowska, dziekan WNoZ Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, prof. S. Terlikowski, dziekan WNoZ UM w Białymstoku, dr hab. P. Lisiński, prodziekan ds. studenckich, WNoZ Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Powitano również E. Kamińską, doradcę prezydenta Gdańska, P. Chrzana, prezesa Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, prof. M. Wesołowskiego, wiceprezesa Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, ks. J. Orłowskiego, dyrektora hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza, ks. M. Kożaka, proboszcza parafii pw. Matki Boskiej Częstochowskiej w Gdańsku oraz członków Senatu, Rad Wydziałów, wszystkich pracowników Uniwersytetu oraz gości.

Więcej na str. 4-5

## Wybory prodziekanów

Kolegium Elektorów Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej wybrało 28 kwietnia br. swoich czterech prodziekanów. Zostali nimi: **dr Janina Książek** – kierownikiem Oddziału Pielęgniarstwa, **dr hab. Sylwia Małgorzewicz, prof. nadzw., prof. dr hab. Piotr Lass** i **dr hab. Przemysław Rutkowski, prof. nadzw.**

Kolegium Elektorów Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej wybrało prodziekanów 12 maja br. Zostali nimi: **dr hab. Maciej Jankowski, prof. nadzw.** – kierownikiem Oddziału Medycyny Laboratoryjnej, **dr hab. Anita Kornicka** oraz **dr hab. Bartosz Wielgomas**.

Prodziekanami na Wydziale Lekarskim zostali: **prof. dr hab. Maria Alicja Dębska-Ślizień, dr hab. Bartłomiej Ciesielski, prof. nadzw., dr hab. Marek Niedożytko**, prof. nadzw., kierownik Oddziału Stomatologicznego, **dr hab. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło, prof. nadzw. oraz dr hab. Michał Żmijewski**. Wybory odbyły się 19 maja.

Prodziekanami MWB UG i GUMed zostali: **dr hab. Sylwia Jafra, prof. UG** (prodziekanem ds. studenckich i kształcenia), **prof. dr hab. Michał Obuchowski** (prodziekanem ds. nauki), **dr hab. Stanisław Ołdziej**, prof. UG (prodziekanem ds. rozwoju). Wybory odbyły się 20 maja br. ■

## GAZETA AMG

### Redaguje zespół:

**Redaktor naczelny:** Bolesław Rutkowski

**Zastępca redaktora naczelnego:** Wiesław Makarewicz

Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Aleksandra Wierzbina (*Remedium*)

**Współpraca:** Tadeusz Skowyrza, Sylwia Scisłowska, fot. Zbigniew Wszeborowski

**Adres redakcji:** Gazeta AMG: Biblioteka Główna GUMed, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 58 349 11 63 e-mail: gazeta@gumed.edu.pl; www: <http://www.gazeta.gumed.edu.pl>. Nakład 700 egz.

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adiacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz władz Uczelni.

### Opracowanie wydawnicze i druk:

VM Media Sp. z o.o. VM Group spółka komandytowa, Grupa Via Medica  
Ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk. [www.viamedia.pl](http://www.viamedia.pl), tel. 58 320 94 94, faks 58 320 94 60

**Redaktor prowadzący:** Joanna Ginter

**Opracowanie graficzne:** Jacek Rembowski

**Warunki prenumeraty:**

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru – 3 zł; w rocznej prenumeracie zagranicznej – 36 USD, pojedynczy numer – 3 USD. Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”: Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk 76 10901098 0000 0000 0901 5327



Doktorat *honoris causa*

# Laudacja promotora prof. dr. hab. Andrzeja Basińskiego

Magnificencjo Rektorze,  
Wysoki Senacie,  
Szanowny Panie Profesorze,  
Szanowni Goście!



Ponad pięćset lat temu zainicjowano w Oksfordzie tradycję wyróżniania wybitnych osobistości honorowym tytułem doktora *honoris causa*, który jest wyrazem najwyższego uznania, jaki może nadać uczelnia. Godność doktora *honoris causa* nadawana jest wyłącznie osobom, które całokształtem swojej działalności uzyskały niekwestionowany autorytet w środowisku akademickim, które zamierza to uczynić.

Prof. Abass Alavi jest jednym z wynalazców metody pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), najdoskonalszej dziś techniki obrazowania diagnostycznego w onkologii. Jest uważany za jednego z najwybitniejszych z żyjących dziś specjalistów medycyny nuklearnej na świecie.

Profesor Abass Alavi urodził się w 1938 r. w Tebriz w Iranie. Ukończył Uniwersytet w Teheranie w 1964 r. W czasie służby wojskowej pracował jako lekarz w niewielkiej wsi na północ od Teheranu. W 1966 r. przeniósł się do USA, gdzie podjął specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych w Albert Einstein Medical Center w Filadelfii. W 1970 r. został rezydentem radiologii w stowarzyszonym z Uniwersytetem Harvarda Beth Israel Deaconess Medical Center w Bostonie. Posiada specjalizację chorób wewnętrznych, hematologii, radiologii i medycyny nuklearnej. Od 1971 r. pracuje w Zakładzie Radiologii Uniwersytetu Pensylwanii (UPenn) w Filadelfii, słynnego uniwersytetu z tzw. Ligi Bluszczonej (Ivy League), stowarzyszenia ośmiu elitarnych uniwersytetów wybrzeża atlantyckiego USA. Przez trzy dekady był kierownikiem Zakładu Medycyny Nuklearnej Pensylwanii na stanowiskach kolejno: dyrektora Centrum Pozytonowej Tomografii Emisyjnej tego Uniwersytetu, Associate Director w Centrum Badań nad Starzeniem Się, był profesorem wizytującym w Instytucie im. Frederica Joliot-Curie w Orsay k. Paryża. Do dziś jest profesorem radiologii, neurologii i psychiatrii Pensylwanii, od 2006 r. dyrektorem Department of Research Education Zakładu Radiologii Pensylwanii. Nadal jest praktykującym lekarzem w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Prof. Alavi jest jednym z światowych pionierów pozytonowej tomografii komputerowej (PET). W 1973 r. wspólnie z profesorami David Kuhlem i Martinem Reivichem z UPenn był pomysłodawcą znakowania radioaktywnym fluorem-18 deoksyglukozy, najważniejszego dziś radioznacznika używanego w PET, współpracując z grupa chemików i radiofarmaceutów ze słynnego Brookhaven National Laboratory w Nowym Jorku. Był również jednym ze światowych pionie-

rów rozwoju tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu (SPECT) i obrazowania jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI).

Prof. Alavi jest najwyżej cytowanym członkiem rady wydziału lekarskiego na Uniwersytecie Pensylwanii i jednym z najczęściej cytowanych uczonych w USA w ogóle. Jest autorem lub współautorem 1.134 publikacji, skumulowany *Impact Factor* jego prac wynosi 4.263. Jego indeks cytowań wynosi 45.805, indeks Hirscha 108. Jego trzy najlepsze prace były cytowane 1.744, 1.198 i 1.102 razy.

Kamieniem milowym w historii medycyny nuklearnej jest 7 sierpnia 1976 r., kiedy to prof. Alavi wykonał pierwsze tomograficzne obrazowanie mózgu metodą PET z użyciem 18fluoro-deoksyglukozy u człowieka. W następnych latach, współpracując z grupą fizyków medycznych z UPenn, odegrał fundamentalną rolę w trójwymiarowym obrazowaniu PET i rozwoju hybrydowych metod obrazowania, takich jak PET-TK. W przyszłym roku mija czterdziesta rocznica tego fundamentalnego dla medycyny nuklearnej wydarzenia.

Grupa prof. Alawiego odegrała pionierską rolę w neuroradiologii: obrazowaniu z użyciem <sup>18</sup>F-deoksyglukozy fizjologii mózgu, również stanów otępiennych, padaczki, urazów czaszki, udarów mózgu, guzów mózgu i schizofrenii. Przez ostatnie trzy dekady był pionierem w badaniach receptorów mózgu z SPECT i PET, szczególnie receptorów dopaminergicznych. Był pierwszym, który ocenił wpływ na zmiany metabolizmu mózgowego bólu i akupunktury, a Dalajlama w czasie wizyty w jego laboratorium w UPenn zachęcił go do obrazowego zbadania wpływu medytacji na funkcję mózgu.

W zakresie onkologicznych zastosowań PET Alavi był pierwszym, który wykazał odmienną kinetykę radioznaczników w zmianach nowotworowych i zapalnych oraz w nowotworze pierwotnym i jego przerzutach, także odmienną kinetyki fluorodeoksyglukozy w nowotworach o różnym zaawansowaniu. Alavi był jednym z pionierów zastosowania PET w ocenie odpowiedzi nowotworów na radioterapię, planowania radioterapii z użyciem PET i ocenie jej powikłań. W hematologii fundamentalny charakter miały prace Alawiego poświęcone radioizotopowej ocenie funkcji szpiku kostnego w niedokrwistości hemolitycznej, starzeniu się szpiku oraz jego zajęciu w szpiczaku mnogim i innych nowotworach. W ostatnich latach Alavi wprowadził badanie PET-TK w ocenie zakrzepicy żyłnej wtórnej do choroby nowotworowej, jako taki był kierownikiem grupy PLOPED w National Institutes of Health w Bethesda.

W zakresie radiofarmacji Alavi oprócz wprowadzenia do diagnostyki fluorodeoksyglukozy odegrał pionierską rolę w opracowaniu znakowanego radioizotopowo gancicloviru



w terapii genowej, znaczników EF1 i EF5 w obrazowaniu hipoksji nowotworowej, a w szczególności radioimmunoscyntygrafii i radioimmunoterapia we współpracy z Wistar Institute w Filadelfii: znaczników CD 20 i CD 22 w obrazowaniu chłoniaków i znakowanych przeciwciał anti-CEA u chorych z nowotworami jelita grubego, piersi i płuc. Dalej, wprowadził metodykę znakowania technetem-99<sup>m</sup> fitynianu, pierwszego znacznika używanego w limfoscycyntygrafii i obrazowania radioizotopowego obrzęku limfatycznego. Był pierwszym, który zaproponował użycie w diagnostyce radioizotopowej jodu-123, ze zmniejszeniem dawki pochłoniętej promieniowania jonizującego od 100 do 200 razy w porównaniu z jodem-131. Był jednym z pionierów wprowadzenia do diagnostyki guza chromochłonnego nadnerczy i nerwiaka zarodkowego (*neuroblastoma*) znakowanej jodem-131 meta-jodo-benzylu-guanidyny, był również wynalazcą metody leczenia *neuroblastoma* tym radiofarmaceutykami. Był także jednym z pionierów wprowadzenia do diagnostyki zapaleń znakowanych radioizotopem granulocytów, zwłaszcza w ocenie powikłań ortopedycznych i stopy cukrzycowej, również roli badania PET w ocenie zapaleń, początkowo na modelu eksperymentalnym, a następnie u ludzi, także w sarkoidozie, wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego i reumatoidalnym zapaleniu stawów

Zainteresowania prof. Alawiego rozciągały się jednak również na prawie wszystkie obszary obrazowania diagnostycznego. W zakresie gastroenterologii był wynalazcą radioizotopowej metody wykrywania krwawienia z przewodu pokarmowego oraz metody oceny opróżniania żołądkowego. Prof. Alawi słynie jako diagnosta pediatryczny, był wynalazcą detekcji przerostu wysp Langerhansa u dzieci z hiperinsulinizmem za pomocą znakowanej fluorem-18 DOPA, pionierem badań radioizotopowych guzów mózgu i nerwiakowłókniakowości u dzieci. W kardiologii był wynalazcą metody oceny zwąpień naczyń wieńcowych. Praca ta odegrała zasadniczą rolę w paradygmatycznym przesunięciu rozumienia patologii miażdżycy.

Droga profesora Alawiego do sławy naukowej może być wzorem dla ambitnych młodych lekarzy. Cechuje ją pasja badawcza i konsekwencja w dążeniu do wyjaśnienia ważnych problemów naukowych. W pracy badawczej wykazywał się wielką pomysłowością i odwagą badawczą. Być może właśnie

dlatego spotkał Go szczęśliwy traf, tzw. *serendipity*. Takim genialnym trafieniem okazała się <sup>18</sup>F-deoksyglukoza. Wynalazek ten można potraktować jako potwierdzenie słynnej myśli Błażeja Pascala, że w nauce szczęśliwy przypadek zdarza się umysłem przygotowanym.

Prof. Alawi jest laureatem Nagrody Taplina – *Taplin Pioneer Award in Nuclear Medicine* (2001 r.), Nagrody Pioniera Medycyny Nuklearnej Georga Charlesa de Hevesy – *Georg Charles de Hevesy Nuclear Pioneer Award* (2004 r.), Nagrody Benedykta Cassena (*Benedict Cassen Prize for Research in Nuclear Medicine*), zwanej Nagrodą Nobla w zakresie medycyny nuklearnej, więcej najwyższych nagród w środowisku medyków nuklearnej i radiofarmaceutów na świecie nie ma. Jest także doktorem *honoris causa* Uniwersytetu w Bolonii (Włochy) z 2007 r. (*Laurea ad honorem, Medicina e Chirurgia*), Uniwersytetu Shiraz (Iran) z 2007 r., Uniwersytetu Nauk (University of Sciences, Filadelfia, USA) z 2008 r.

Wychowankowie prof. Alawiego zajmują dziś wiele prestiżowych stanowisk w medycynie nuklearnej w USA i na świecie. Prof. Alawi jest fundatorem prestiżowej w USA nagrody Alawiego-Mandella (*ERF-SNMMI Alavi-Mandell Publication Award*) dla studentów i młodych medyków nuklearnych publikujących w najlepszym dziś na świecie piśmie branżowym, *The Journal of Nuclear Medicine (USA)*. Jego hojność wspiera również fundusze stypendialne *Pilot Research Grants* i Studencki Fundusz Stypendialny *Bradley-Alawiego Bradley-Alavi Student Fellowship Awards*.

Prof. Alawi był opiekunem naukowym i zawodowym dr. Grzegorza Romanowicza, adiunkta Zakładu Medycyny Nuklearnej GUMed podczas jego stypendium w Filadelfii w latach 2008-2009 r., otaczając go iście ojcowską opieką. Posiadają wspólne publikacje. To między innymi dzięki Jego trosce dr Romanowicz wyrósł na jednego z najlepszych w kraju diagnostów PET/TK swojego pokolenia, a gdański ośrodek PET jest znany w kraju z wysokiej jakości swojej diagnostyki. W tym znaczeniu prof. Alawi jest jednym z wielu ojców gdańskiego ośrodka PET, co jest naszym powodem do dumy.

U honorowanie tej miary uczonego najwyższym wyróżnieniem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego jest okazją do wyrażenia uznania jego zasług dla światowej nauki i pomocy dla naszej Uczelni. ■

## Dietetyk GUMed członkiem GYFAL



**Mgr Daniel Kasprzewicz**, absolwent dietetyki został członkiem międzynarodowej organizacji Global Youth for Food, Agriculture and Land (GYFAL). Jej celem jest stworzenie ogólnoświatowej platformy zrzeszającej młodych aktywistów, organiza-

cja inicjatyw na poziomie lokalnym, krajowym i światowym angażujących społeczeństwo do zmian w zakresie bezpieczeństwa żywnościowego i żywieniowego oraz inspiracja

młodych do podjęcia pracy na rzecz akcji *Zero głodu*. GYFAL ma służyć wymianie wiedzy, doświadczeń i umiejętności wzmacniających globalny ruch walki z głodem i niedożywieniem na świecie. Stowarzyszenie jest wspierane przez Organizację Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Światowy Program Żywności (WFP) oraz Międzynarodowy Fundusz Rozwoju Rolnictwa (IFAD). Członkowie GYFAL planują zorganizowanie w 2020 roku szczytu Global Youth Summit for Zero Hunger w ramach obchodów Światowego Dnia Żywności. ■

# Działalność UCK (2008-2016)

Na koniec 2007 r. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne wypracowało 248,6 mln zł przychodów ze sprzedaży, nie pokrywając poniesionych kosztów, co wygenerowało 33,6 mln zł straty i 206,8 mln zł przeterminowanych zobowiązań, przy udziale 3479 pracowników z całkowicie wykorzystaną infrastrukturą oraz zużytym sprzętem i wyposażeniem. Koszty obsługi wyżej wymienionego zadłużenia przekraczały 15 mln zł i były z roku na rok wyższe. Taki start w 2008 r. wyraźnie wskazywał na pilną potrzebę naprawy w pierwszej kolejności finansów Szpitala, gdyż osiągnięto tzw. masę krytyczną zarządzania i kontroli środków pieniężnych, a tym samym normalnej pracy i realizacji zadań statutowych. Wcześniejsze samodzielne próby wprowadzenia planu zmian i ratowania sytuacji oraz różnego rodzaju ustawowe programy nie przyniosły oczekiwanych efektów. Dlatego w 2008 r. nowo wybrany rektor AMG prof. Janusz Moryś podjął wyzwanie i pomógł Szpitalowi odwrócić bieg wydarzeń.

Po wielu spotkaniach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Finansów i Skarbu uzyskaliśmy szansę pozyskania od Agencji Rozwoju Przemysłu S.A. oprocentowanej pożyczki na przeprowadzenie procesu restrukturyzacji. W 2009 r. rozpoczęto w UCK prace nad planem restrukturyzacji, które zakończono wdrożeniem planu restrukturyzacji zarekomendowanego przez PwC, zaakceptowanego przez Senat GUMed i realizowanego w oparciu o umowę z Agencją Rozwoju Przemysłu S.A. Program restrukturyzacji obejmował działania w zakresie:

- zmiany struktury organizacyjnej
- optymalizacji zatrudnienia
- poprawy planowania i organizacji pracy
- poprawy efektywności funkcji wydzielonych
- redukcji kosztów leków i materiałów medycznych
- restrukturyzacji finansowej.

Dodatkowo zostaliśmy zobowiązani przez firmę doradcą PwC, działającą na zlecenie ARP do opracowania strategii działania od 2011 do 2016 r. oraz przygotowania założeń optymalizacji rozliczeń finansowych z GUMed. W ramach poszczególnych inicjatyw oszacowane zostały potrzebne środki finansowe na wdrożenie planu restrukturyzacji i jego działań szczegółowych, na które otrzymaliśmy pożyczkę w wysokości 110 mln zł, rozłożoną najpierw na 7, a potem na 10 lat spłaty. Działania rozpoczęliśmy od analizy danych i ich oceny, a następnie krok po kroku wprowadzaliśmy zmiany.

Regulamin Wynagradzania i Pracy były dokumentami zderegulowanymi i nieaktualnymi. Zawierały nieczytelne w ujęciu motywowania regulacje, często przewidujące kilkukrotne wynagradzanie za to samo. Głównym nośnikiem pieniędzy w systemie wynagradzania był czas. Obowiązujący system premiowy był nieczytelny i nieadekwatny do potrzeb zarządczych. W Szpitalu funkcjonowało 8 organi-

zacji związkowych, będących w permanentnym konflikcie z władzami. Koszty zatrudnienia w Szpitalu w całości były stałe – nie zależały od przychodów UCK. Na indywidualny poziom zarobków nie miała wpływu efektywność pracowników, a tym bardziej zrozumienie mechanizmów finansowych. Znaczny przerost zatrudnienia szczególnie silnie oddziaływał na wyniki UCK, gdyż udział kosztów osobowych w całości kosztów operacyjnych Szpitala wynosił 58%.

W celu zwiększenia efektywności organizacyjnej, medycznej i kosztowej funkcjonowania klinik połączono: Klinikę Pulmonologii z Kliniką Alergologii, Klinikę Otolaryngologii z Kliniką Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej, I Klinikę Chorób Serca z II Kliniką Kardiologii.

UCK prowadziło działalność medyczną w 49 starych budynkach, z niewielką ilością komputerów i oprogramowaniem napisanym wiele lat temu przez zespół informatyków. Zwiększona ilość realizowanych świadczeń medycznych, a także ich skomplikowany i interdyscyplinarny charakter, wymagały zmiany zarówno infrastruktury, sprzętu, wyposażenia, jak i systemu informatycznego. Wymiana wszystkich programów medycznych działających w UCK oraz wprowadzenie jednego homogenicznego i wystandaryzowanego systemu, były działaniami szalenie trudnymi, ale pozwoliły sprawnie obsługiwać procesy medyczne w coraz prężniej działającym ośrodku. Stworzenie elektronicznego rekordu pacjenta, w którym przechowywana jest historia wszystkich pobytów i diagnostyki danego pacjenta, otworzyło nowe możliwości terapeutyczne i naukowe. Należy pamiętać, że zmiana systemu informatycznego nie mogłaby zaistnieć bez zmian w infrastrukturze sieciowej. Za zgodą rektora Morysia, UCK przejęło zarządzanie całą siecią znajdującą się na terenie Szpitala. Pozwoliło to na zwiększenie bezpieczeństwa przechowywania danych pacjentów, a także zapewniło możliwość dalszej rozbudowy niezbędnej infrastruktury.

Kolejnym elementem programu byli pracownicy, gdzie kilkuset lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych pracowało na niepełnych etatach, dzieląc zatrudnienie w UCK pomiędzy pracą w GUMed. Równoległe zatrudnienie w obu instytucjach na podstawie umów o pracę wiązało się z niemożnością prawidłowego realizowania obowiązków pracowniczych wynikających z kodeksu pracy. Głównym problemem było prawidłowe, tj. odpowiadające rzeczywistości ewidencjonowanie czasu pracy oraz satysfakcjonujące wynagrodzenie.

W grupie pielęgniarek i położnych wyższe wykształcenie kierunkowe posiadała niespełna 50 osób, podobnie niesatysfakcjonująco przedstawiała się liczba pracowników po specjalizacji pielęgniarskiej. W grupie tej notowaliśmy znaczną fluktuację oraz wysoki poziom nadgodzin w związku z brakiem elastycznych rozwiązań, które kompensowałyby zmienne zapotrzebowanie na zasoby. W pozostałych

zawodach medycznych Szpital zatrudniał zbyt wielu pracowników, często o nie najwyższych kwalifikacjach. Głównym problemem było rozproszenie zasobów dedykowanych do konkretnych zadań w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala – brak możliwości zamian i efektu synergii.

Kluczowym obszarem działalności pomocniczej realizowanej w UCK własnymi zasobami personelu niższego było sprzątanie i transport wewnętrzny. Przy braku efektu specjalizacji i skali działania (charakterystycznego dla firm specjalizujących się w danej dziedzinie) funkcja ta była w UCK realizowana nieefektywnie – 90% kosztów stanowiły koszty osobowe przy zatrudnieniu ponad 400 osób.

Do końca 2013 r. przeprowadziliśmy działania określone w planie restrukturyzacji:

- zredukowaliśmy zatrudnienie, dokonaliśmy zmian form współpracy z lekarzami specjalistami zatrudnionymi w GUMed
- wydzieliliśmy także na zewnątrz struktury UCK funkcje pomocnicze przewidziane w Planie w trybie przejścia pracowników w oparciu o art. 23(1) Ustawy Kodeks Pracy z 26 czerwca 1974 r.
- uporządkowaliśmy organizację pracy, co w sposób znaczący ograniczyło koszty dyżurów i praktycznie wyeliminowało nieuzasadnione godziny nadliczbowe (spadek poziomu nadgodzin o 85%)
- połączyliśmy i zoptymalizowaliśmy działalność wielu klinik
- wdrożyliśmy systemy informatyczne umożliwiające bieżące analizy i wyższą sprawność rozliczeń z płatnikiem, a tym samym lepszą zapłatę za wykonane usługi
- zmieniliśmy Regulamin Pracy i Regulamin Wynagrodzenia, uzyskując zwiększenie średnich wynagrodzenia grup specjalistów i ich optymalizację oraz samoregulację przy podnoszeniu kwalifikacji zawodowych
- obniżyliśmy koszty zakupu niektórych materiałów, zużycia leków, diagnostyki i usług wykonywanych przez zewnętrzne podmioty na rzecz UCK
- zawarliśmy porozumienia z wierzycielami spłacając zaległości, tworząc nowe warunki współpracy, odrazać terminy spłat i koszty obsługi zadłużenia.

Działania w programie restrukturyzacji miały na celu poprawę efektywności UCK poprzez m.in. redukcję kosztów osobowych, wynikającą z: trwałej redukcji etatów (277 etatów) oraz zmian form zatrudnienia pracowników akademickich GUMed (125 etatów) – uelastycznienie zasobów. Działania skupiały się także na poprawie planowania pracy struktur medycznych – eliminacji nadgodzin oraz obniżenia kosztów dyżurów medycznych. Przewidziano redukcję kosztów realizacji funkcji higieny (sprzątanie) oraz transportu wewnętrznego poprzez przejście tej funkcji przez zewnętrzną firmę (około 310 etatów) oraz redukcję 94 etatów. Szpital dokonał outsourcingu wszelkich usług wykonywanych dziś przez wyspecjalizowane do tego firmy jak: sprzątanie, prace porządkowe w terenie, transport zewnętrzny

i wewnętrzny, pralnicze, żywienia, ochrony, prawnicze i inne pomniejsze. Pozostawił natomiast takie, które w połączeniu z działalnością podstawową rozwijają się: diagnostykę radiologiczną i laboratoryjną, aptekę, badania kliniczne, sterylizację oraz szkołę rodzenia.

Niezależnie od działań określonych programem restrukturyzacji w 2011 r. we współpracy z niezależnym doradcą PwC opracowana została strategia dla UCK na lata 2011-2016, określająca kierunki dalszego rozwoju w zakresie:

- polityki ekonomizacji decyzji inwestycyjnych, która zapewni infrastrukturę właściwą do potrzeb Szpitala, sprzęt i wyposażenie stosownie do kosztów jej utrzymania i możliwości wykorzystania
- polityki zatrudniania, która zapewni odpowiednie planowanie i monitorowanie kosztów osobowych w perspektywie długofalowej
- polityki wynagradzania, która zapewni ekwiwalentność świadczeń poprzez motywowanie do poprawy wyników
- polityki planowania zrównoważonych przychodów i kosztów na kolejne lata, opartej na właściwych analizach biznesowych.

Bez wątplenia największym wyzwaniem i osiągnięciem Rektora było pozyskanie środków finansowych i rozwinięcie działalności klinik zabiegowych w nowym budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej (CMI). Inwestycja, na którą wszyscy bardzo czekali, została oddana do użytku w 2012 r. CMI to nie tylko możliwość leczenia chorych w warunkach europejskich, przy zapewnieniu wysokiego komfortu i bezpieczeństwa, ale także platforma rozwoju najnowocześniejszych technologii i technik terapeutycznych. Inwestycja umożliwiła również poprawę warunków kształcenia studentów w oparciu o nowoczesne pracownie i zaplecze dydaktyczne. Mnogość rozwiązań elektronicznych kontrolujących systemy Szpitala, to nie tylko bezpieczeństwo, ale i wygoda użytkownika. Dzięki sprawnemu procesowi inwestycyjnemu udało się stworzyć taką konstrukcję budynku, który zarówno ładnie wygląda, jest nowoczesny, ale również efektywny kosztowo. Koszty eksploatacyjne nowej inwestycji są porównywalne ze starą infrastrukturą, a jeżeli chodzi o zużycie mediów, to mimo znaczącego zwiększenia liczby urządzeń elektrycznych i większego komfortu termalnego, koszt utrzymania m<sup>2</sup> jest niższy niż w pierwotnej lokalizacji klinik.

Po 4 latach użytkowania wiemy, że odejście od zabudowy pawilonowej na rzecz jednej zwartej konstrukcji z większą liczbą klinik zabiegowych szpitala wraz z niezbędnym zapleczem, dała możliwość centralizacji procesów medycznych i logistycznych, a także pozwoliło w efektywniejszy sposób prowadzić hospitalizację. CMI to więcej niż nowoczesny budynek, to znak rozpoznawczy UCK i GUMed jako wiodących podmiotów w kraju.

Strategia władz GUMed i UCK w zakresie infrastruktury, mająca na celu centralizację funkcji medycznej, przełożyła się również na funkcjonowanie klinik pediatrycznych. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu Rektora udało się >>



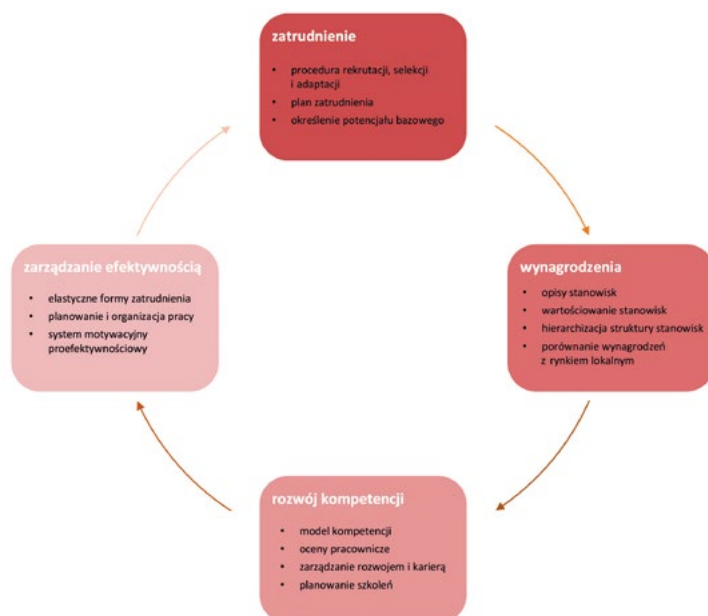


Ryc. 1. Obszary strategiczne ZLL

► zrealizować kompleksową modernizację budynku 2 i 3 na potrzeby klinik dziecięcych, co dało możliwość efektywniejszego i bezpieczniejszego leczenia w przyjaznym otoczeniu. Centralizacja działalności pediatrycznej w budynkach 12, 2 i 3 to możliwość lepszej współpracy klinik w leczeniu małego pacjenta z wieloma schorzeniami, szybsza diagnostyka i dostęp do specjalistów innych dziedzin w ramach jednego zespołu budynków.

Główną linię orientacyjną w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi wytyczył cel ze strategii biznesowej dotyczący zasobów ludzkich, ukierunkowany na motywację na poziomie wynagrodzenia, możliwości rozwaju pracowników (retencja i stabilizacja zasobów) oraz identyfikacji z celami firmy – wykorzystanie efektu synergii wspólnych celów pracodawcy i pracowników.

W nawiązaniu do celu strategicznego odnoszącego się do pracowników, określiliśmy cztery obszary na poziomie funkcjonalnym, tworząc strategię zarządzania zasobami ludzkimi Szpitala.



Ryc. 2. Działania strategiczne w obszarze ZLL

Zarządzanie efektywnością pracy polegało m.in. na następujących działaniach:

- wypracowanie we współpracy z GUMed modelu planowania i zarządzania zatrudnieniem pracowników akademickich oraz optymalizacji i uelastycznienia form ich zatrudnienia
- optymalizację wykorzystania obowiązujących zapisów regulaminowych w kwestii wynagrodzenia zmiennego
- zmianę regulaminu premiowania w ramach nowego Regulaminu Wynagradzania poprzez usankcjonowanie systemu podziału opartego o wynik finansowy EBITDA jednostek organizacyjnych oraz wdrożenie systemu zarządzania przez cele (tzw. koncepcja MBO) na wybranych stanowiskach i uzależnienie wysokości premii od realizacji celów z MBO (np. zadanego poziomu realizacji kontraktów z NFZ).

W ramach systemu ISO (*ang. International Organization for Standardization*) oraz akredytacji Centrum Monitorowania Jakości wprowadziliśmy także procedury jednoznacznie opisujące proces kadrowy, w ramach których w formie zapisów systemowych, ujednoliliśmy dokumentację kadrową (umowy, wnioski itp.).

Dodatkowo opracowaliśmy w 2011 r. zasady prowadzenia działalności konkurencyjnej przez nasz personel medyczny. Do września 2014 r. objęliśmy umowami o zakazie konkurencji wszystkich lekarzy etatowych i kontraktowych oraz pozostałych pracowników i kontraktowców z innych grup zawodowych. Przyjęta konstrukcja przewiduje możliwość uzyskania zgody na równoległą działalność pod warunkiem, że Zarząd UCK uzna, że nie narusza ona interesów Szpitala.

W latach 2013-2014 wdrożyliśmy nowy, zintegrowany z pozostałymi systemami szpitalnymi, informatyczny system kadrowo-płacowy, a w 2016 r. zamierzamy zakończyć wdrożenie portalu pracowniczego, pozwalającego na uzyskanie *online* wszystkich niezbędnych informacji o zatrudnieniu, urloпах i zarobkach.

Konsekwentne i sformalizowane działania w obszarze współpracy ze związkami zawodowymi oraz transparentność podejmowanych decyzji, znacznie ograniczyło aktywność w organizowaniu różnych akcji przez organizacje związkowe, które zaangażowały się w proces współtworzenia nowych wewnętrznych aktów normatywnych. Od pierwszego półrocza 2014 r. formalnie działają tylko 3 związki zawodowe, skupiające w swoich szeregach mniej niż 30% pracowników.

Opracowaliśmy zasady tworzenia planu zatrudnienia, który został przygotowany i zatwierdzony w IV kwartale 2014 r. W Regulaminie Wynagradzania wyróżniliśmy kadre specjalistyczną, stanowiącą potencjał bazowy w obszarze medycznym i administracyjnym. Opracowaliśmy arkusz i procedurę okresowej oceny kompetencji zawodowych, którą przeprowadzamy cyklicznie od października 2014 r., a także arkusz satysfakcji zawodowej pracownika, który prowadzimy od września 2014 r. za pośrednictwem porta-



lu internetowego. Stosujemy również system zachęt, aktywizujący rozwój zawodowy w formie finansowanych, bądź dofinansowanych szkoleń specjalizacyjnych lub studiów uzupełniających. Udzielamy także urlopów szkoleniowych, urlopów za osiągnięte wyniki w nauce oraz urlopów celowych na przygotowanie się do egzaminów specjalizacyjnych.

Konsekwentnie prowadzona od kilku lat prewencja w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy spowodowała znaczny spadek zdarzeń kwalifikowanych jako wypadki przy pracy w UCK (blisko 100 w 2008 r. – 10 mniej niż 10 rocznie w latach 2013-2015). Wpłynęło to na znaczące obniżenie wysokości składki wypadkowej 1,47%, tj. 1.587 tys. zł w 2012 r., 1,2%, tj. 1.306 tys. zł w 2014 r. oraz 1,08%, tj. 1.176 tys. zł w 2015 r.

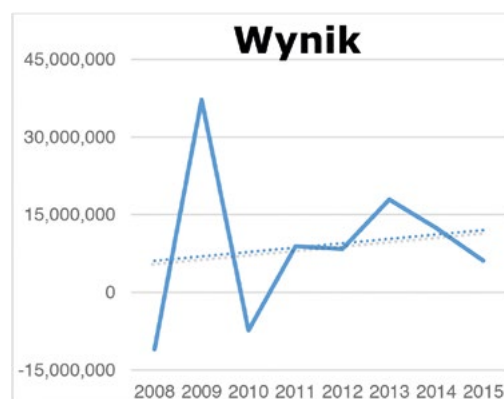
Na dzień 31 grudnia 2015 r. współpracowaliśmy w ramach kontraktów z 569 lekarzami, 192 pielęgniarkami i położnymi oraz 90 przedstawicielami innych zawodów medycznych. Łącznie w UCK przy realizacji świadczeń medycznych zaangażowanych było ponad 600 specjalistów różnych dziedzin. Spełnialiśmy wszystkie wymogi dotyczące ich kwalifikacji i kompetencji, których wymaga NFZ lub które wynikają z przepisów prawa. Nasza kadra specjalistyczna posiada najwyższe kwalifikacje, których gwarantem jest GUMed. Dodatkowo pracę specjalistów wspierało 289 lekarzy rezydentów odbywających w UCK szkolenie specjalizacyjne. W 2015 r. zatrudnialiśmy 1109 pielęgniarek i położnych na etatach i 192 na kontraktach. Liczba pielęgniarek i położnych na etatach z wykształceniem wyższym wzrosła w ciągu 6 lat sześciokrotnie, tj. z 80 na początku 2011 r. do 570 na początku 2016 r. Struktura wieku przedstawia się korzystnie na tle kraju i innych jednostek szpitalnych: do 35 lat – 19%, do 45 lat – 46%, powyżej 45 lat – 35% i jest odpowiednia (tylko 10% pielęgniarek nabędzie uprawnienia emerytalne w najbliższych 5 latach).

GUMed pod kierunkiem Rektora nie tylko realizował nowe inwestycje, ale również wykorzystywał możliwości rozwoju poprzez inne formy uzyskania majątku. Przejęcie działalności Szpitala Studenckiego pozwoliło rozwinąć 12-łóżkowy oddział rehabilitacji w ponad 40-łóżkowy prężnie działający ośrodek rehabilitacyjny z szerokim wachlarzem usług. Utworzenie Centrum Urazowego, Kliniki Ortopedii, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego to przede wszystkim realizacja strategii kompleksowego leczenia pacjentów, a także możliwość lepszego wykorzystywania wysokospecjalistycznych łóżek. Przyniosła efekty zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i ekonomicznym. Wraz z przejęciem Szpitala Studenckiego wzmocniliśmy działalność o medycynę pracy oraz podstawową opiekę zdrowotną (POZ).

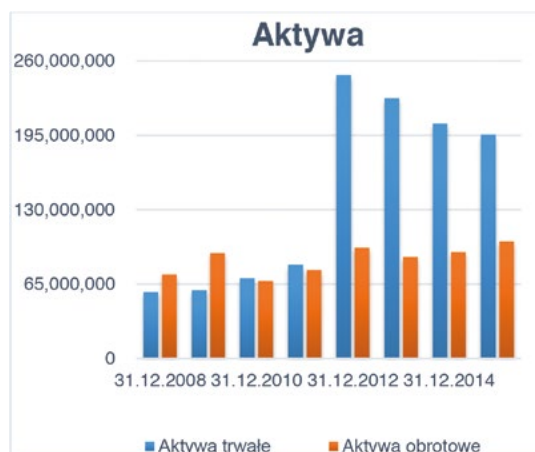
Wszystkie te działania doprowadziły do zrealizowania założeń programu restrukturyzacji oraz wytyczonych kierunków strategii, dając następujące efekty:



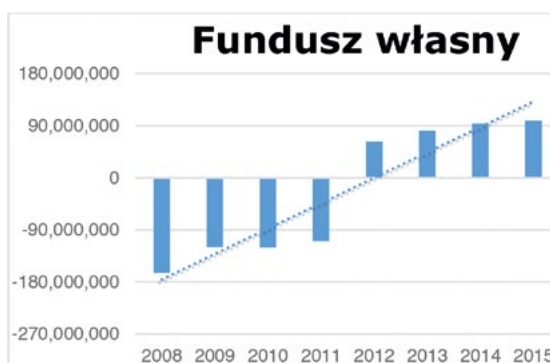
Ryc. 3. Przychody z sprzedaży w latach 2008-2015



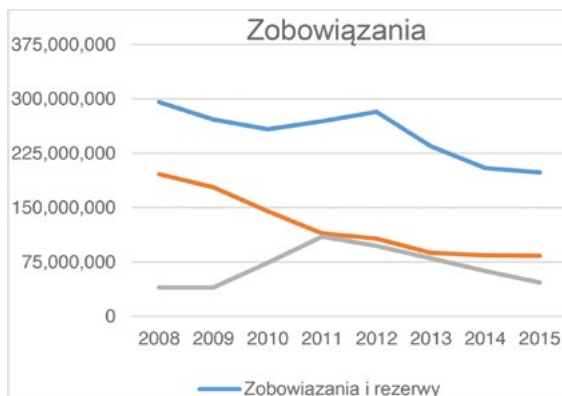
Ryc. 4. Wynik finansowy w latach 2008-2015



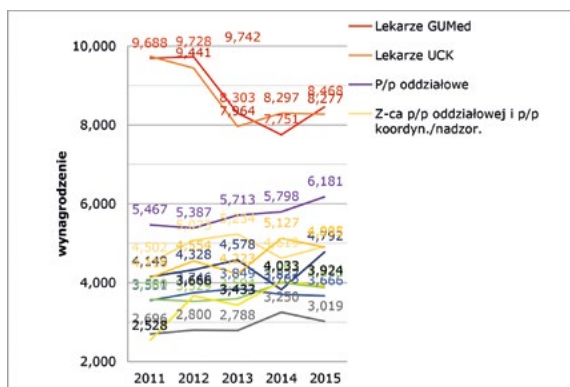
Ryc. 5. Aktywa w latach 2008-2011



Ryc. 6. Fundusze własne



Ryc. 7. Zobowiązania i rezerwy



Ryc. 8. Zmiana wysokości wynagrodzenia w poszczególnych grupach zawodowych w latach 2011-2015

►► **Tab. 1. Wskaźniki**

Wartości referencyjne
1%
1%
Pokrycie zobowiązań krótkoterminowych majątkiem obrotowym; wartość referencyjna 1-2
Pokrycie zobowiązań krótkoterminowych należnościami i środkami pieniężnymi; wartość referencyjna 0,5-1
Wartość referencyjna powyżej 100%
Stosunek zobowiązań do wartości majątku; wartość referencyjna poniżej 0,8
Średni czas regulowania zobowiązań w dniach – 60 dni

Systematyczny wzrost wartości przychodów ze sprzedaży, średniorocznie w latach 2008-2015 na poziomie 9%, pozwolił na zwiększenie wykorzystania potencjału UCK, wzrost pokrycia kosztów stałych oraz na przejście od generowania strat do stabilizacji rocznych zysków na poziomie kilku milionów złotych.

Na powyższe wpływ miała także realizacja programu restrukturyzacji, spadek kosztów związanych z nieterminowym regulowaniem zobowiązań, informatyzacja procesów oraz koncentracja dużej części działalności w nowym budynku CMI.

Rentowność przychodów netto w latach 2008 i 2010 była ujemna, wzrosła i ustabilizowała się na poziomie 2% w latach 2011-2015. To dobry wynik szczególnie, że nie mamy wpływu na ceny wykonywanych usług ani na działanie płatnika.

Analogicznie rentowność majątku z wartości ujemnych wzrosła i ustabilizowała się na poziomie 2-4%. Wskazuje to na odtworzenie majątku przez wyposażenie w nową aparaturę i sprzęt.

Zaciągnięta w latach 2010-2011 w ARP pożyczka długoterminowa pozwoliła na spłatę przeterminowanych zobowiązań handlowych oraz obniżenie kosztów odsetek i kosztów windykacyjnych. Szpital nie ma spraw sądowych ani zajęć komorniczych.

Przekazanie Szpitalowi wyposażenia CMI i związane z tym podwyższenie kapitałów własnych UCK spowodowało ustabilizowanie źródeł finansowania i znacząco poprawiło strukturę bilansu. Nastąpiła wyraźna poprawa płynności i stabilności finansowej, wskaźnik płynności bieżącej z poziomu 0,5 w 2009 r. i 2010 r. wzrósł do poziomu 1-1,1 w 2013 r. i 2014 r. oraz 1,2 w 2015 r. to jest do poziomu przyjętego za prawidłowy. Podobnie wskaźnik płynności szybkiej uległ w omawianym okresie znaczącej poprawie rosnąc z poziomu 0,5 do 0,9-1.

Pokrycie, finansowanie majątku trwałego kapitałami stałymi z wartości ujemnych (duże ujemne kapitały własne, finansowanie zobowiązaniami krótkoterminowymi) w latach 2008-2010 osiągnęło w latach 2013-2015 poziom 100%. Wskaźnik zadłużenia majątku z poziomu 2 w latach 2008-2010 (wartość zobowiązań 2 razy większa od wartości majątku) obniżył się do poziomu 0,7 w latach 2013-2015. Rotacja zobowiązań krótkoterminowych zmalała z 170 dni w 2009 r. do 50 dni w latach 2014-2015 znacząco ułatwiła współpracę z dostawcami – nastąpiła poprawa warunków dostaw i wyeliminowano odsetki za nieterminowe płatności. Na koniec 2015 r. UCK nie posiadało zobowiązań przeterminowanych, po raz pierwszy w historii tego Szpitala.

Szpital, realizując konsekwentnie swoją strategię rozwoju, buduje silną markę, opierając się na potencjale zatrudnionych specjalistów. Istotne jest również prowadzenie działań jakościowych, potwierdzonych certyfikatami w obszarze zarządzania procesami całego przedsiębiorstwa, bezpieczeństwa pracy, ochrony środowiska, diagnostyki, a także uzyskana akredytacja według standardów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zrealizowane i kontynuowane działania strategiczne, a także naprawcze, wynikające z zakończonego z sukcesem programu restrukturyzacji pozwoliły UCK uzyskać status lidera wśród polskich szpitali klinicznych oraz lidera na pomorskim rynku świadczeń medycznych. UCK jest drugim co do wielkości powierzchni infrastruktury oraz ilości zakresów działalności szpitalem klinicznym w Polsce. Jest jednak jednym z nielicznych szpitali uniwersyteckich odnotowujących dodatni wynik bilansowy przy jednoczesnym utrzymywaniu stabil-

nej sytuacji płynnościowej. Wolumen przychodów Szpitala ponad 0,5 mld zł wyróżnia nasz Szpital na tle lokalnych i krajowych jednostek szpitalnych. Niespotykany w skali województwa poziom rozliczanych co roku nadwykonań z tytułu świadczeń nielimitowanych (stałe rosnąca liczba porodów, mimo negatywnego trendu demograficznego) oraz związanych z leczeniem nowotworów, a także dłuższa niż w innych placówkach kolejka oczekujących na planową hospitalizację pokazuje, iż UCK jest miejscem najbardziej oczekiwanym wśród pacjentów. Zmiana zasad finansowania świadczeń wg koncepcji pieniędzy podążających za pacjentem z pewnością spowodowałaby dalszy wzrost przychodów Szpitala UCK. Szpital, dzięki wydzieleniu z systemu płacowego lekarzy specjalistów (zmiana formy zatrudnienia z etatów na kontrakty pro-przychodowe i pro-wynikowe), gwarantuje im konkurencyjny poziom wynagrodzeń, rosnących wraz z większym nakładem pracy i zwiększającymi się przychodami. Nasza placówka, dzięki

wprowadzeniu korekty w systemie wynagrodzeń, jako jedyna w regionie praktycznie nie zmagająca się z problemem fluktuacji w grupie pielęgniarek i położnych. Konsekwentne wpieranie rozwoju zawodowego tej grupy poprzez stosowanie opisanych wyżej mechanizmów (subsydiowania edukacji na poziomie uniwersyteckim i w obszarze zawodowym), korespondujących z rozwiązaniami płacowymi, zapewnia nam stabilizację i umożliwia pozyskiwanie młodych absolwentów. Możemy ze spokojem przygotowywać się do wymiany pokoleniowej, która rozpocznie się w ciągu następnych 10 lat.

Kontynuacja działań w kluczowych obszarach wynikających ze strategii rozwoju, konsekwentne i spójne z polityką GUMed zarządzanie Szpitalem, a także rozwijanie kompetencji zespołu pracowników i współpracowników UCK, przyczyni do osiągnięcia dalszych sukcesów.

mgr Ewa Książek-Bator,  
dyrektor naczelna UCK

## PASD po raz pierwszy w Warszawie

Wielospecjalistycznemu planowaniu i leczeniu urazów zębów poświęcona była trzecia edycja Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej (PASD), współorganizowana przez Katedrę i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed. Konferencja po raz pierwszy odbyła się w Warszawie w dniach 15-16 kwietnia br. W spotkaniu udział wzięło 220 uczestników.

Podczas tegorocznej konferencji PASD uczestnicy mieli okazję wysłuchać wystąpień znamienitych polskich i światowych ekspertów. Pierwszy dzień obfitował w wiele ciekawych wykładów prezentowanych przez polskich wykładowców: dr Agnieszkę Wal-Adamczak (Warszawa), prof. Katarzynę Emerich (Gdańsk), dr. Michała Sobczaka (Warszawa), prof. Ingrid Różyło-Kalinowską (Lublin), dr Dominikę Gawlak (Warszawa) oraz dr. hab. Pawła Plakwicza (Warszawa), który przedstawił słuchaczom technikę autotransplanacji zębów z niezakończonym rozwojem jako alternatywę dla innych form uzupełniania brakujących zębów. Wszystkie prezentacje omawiały szereg przypadków klinicznych i zdjęć z ich wieloletnich praktyk, co uczyniło wystąpienia niezwykle wartościowymi dla słuchaczy i z pewnością znacznie ułatwiło przyswojenie prezentowanej teorii.

Drugi dzień należał do zagranicznych ekspertów, wśród których nie mogło zabraknąć prof. Larsa Anderssona (Kuwejt), uznanego na świecie specjalisty w dziedzinie urazów zębów, byłego prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Traumatologii Stomatologicznej, redaktora czasopisma *Dental Traumatology*. W swoim wykładzie Profesor skierował uwagę słuchaczy na istotę odpowiedniego, interdyscyplinarnego planowania leczenia pacjentów w wieku rozwojowym po utracie siekaczy w szczęcie na skutek urazu. Dalej tematykę tę rozwinęli prof. Ewa Czochrowska (Warszawa), skupiając się przede wszystkim na postępowaniu ortodontycznym oraz prof. Monty Duggal (Wielka Brytania)



i dr Peter Day (Wielka Brytania), którzy omówili m.in. technikę odbudowy utraconych zębów, zapewniające najlepsze rezultaty leczenia. Prof. Rita Cauwels (Belgia), opierając się na własnych, jak i na światowych badaniach, zaprezentowała uczestnikom nowe strategie w leczeniu miazgi zębów z niezakończonym rozwojem korzenia, uszkodzonych na skutek urazu, ze szczególnym uwzględnieniem rewitalizacji.

Nowością tegorocznej Konferencji była sesja naukowa, podczas której uczestnicy, w formie kilkuminutowych prezentacji, mogli podzielić się z innymi trudnymi przypadkami z własnej praktyki.

Dwudniowa konferencja Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej po raz kolejny okazała się sukcesem zarówno organizacyjnym, jak i merytorycznym. Towarzyszące każdemu wykładowi gromkie brawa słuchaczy świadczyły o ich zadowoleniu oraz satysfakcji z uczestnictwa w spotkaniu.

prof. Katarzyna Emerich,  
kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii  
Wieku Rozwojowego



# Sprawozdanie z działalności Centrum Innowacji Medycznych Sp. z o.o.

Centrum Innowacji Medycznych Sp. z o.o. została zarejestrowana 8 stycznia 2015 r. w Sądzie Rejonowym dla Gdańsk-Północ VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000538023. Spółka prowadzi działalność gospodarczą polegającą na komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych, w szczególności w celu: obejmowania udziałów w spółkach kapitałowych lub tworzenia spółek kapitałowych, które powstają w celu wdrożenia wyników badań naukowych lub prac rozwojowych prowadzonych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

## Ważniejsze wydarzenia

■ W wyniku prowadzonych kilkumiesięcznych negocjacji dotyczących komercyjnego wykorzystania wyników badań pt. *Szczepionka do leczenia cukrzycy typu 1 u dzieci, zastosowanie sortera komórek oraz sposób namnażania komórek Treg in vitro do wytwarzania szczepionki do leczenia cukrzycy typu 1* Spółka Centrum Innowacji Medycznych objęła udziały w wysokości 9% w powołanej do komercjalizacji Spółce typu *spin-off* PolTREG sp. z o.o. W wyniku prowadzonych rozmów ustalono również znaczny udział twórców wynalazku w powstałej Spółce PolTREG oraz zgodnie z wolą twórców realny wpływ na kształtowanie i dalsze działania dotyczące rozwoju Spółki. Spotkania i negocjacje prowadzone były także trójstronnie, tj. Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne oraz PolTREG sp. z o.o. Dotyczyły zapisów umowy ramowej współpracy, w której opisane zostały postanowienia dotyczące wykorzystania personelu i infrastruktury Szpitala. Powstałej Spółce PolTREG została udzielona licencja na patent z zakresu wytwarzania szczepionki metodą TREG, którego właścicielem jest GUMed. Udzielenie licencji wybrano jako najbardziej korzystne rozwiązanie dla twórców oraz Uczelni ze względu na możliwość dalszego pracowania nad ulepszaniem i wykorzystywaniem metody TREG. Sprzedaż praw uniemożliwiłaby dalsze bezpłatne korzystanie z patentu. Głównym celem powstałej Spółki PolTREG jest komercjalizacja metody TREG, polegająca na zwiększeniu skali prowadzonych przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, terapii z wykorzystaniem preparatu TREG do wytwarzania szczepionki do leczenia cukrzycy typu 1. Prezes Spółki Centrum Innowacji Medycznych od lipca 2015 r., kiedy powstała Spółka PolTREG, jest również aktywnie zaangażowany w rozwój i działalność Spółki poprzez udział w Radach Nadzorczych jako jeden z członków, jest również zaangażowany w kwestie dalszej współpracy pomiędzy GUMed a Spółką PolTREG.

■ Wykonano analizę prowadzonych w GUMed projektów i przygotowano materiały w postaci 15 fiszek projektowych dla potencjalnych inwestorów. W przygotowanych fiszkach projektowych zostały zweryfikowane takie aspekty poszczególnych wynalazków jak: możliwe zastosowanie wyników projektu; analiza statusu prawnego uwzględniając status prawny własności intelektualnej oraz analizę czystości patentowej; przeprowadzono analizę technologiczną w zakresie – określenia etapu rozwoju technologii w skali TRL, wstępną ocenę wykonalności technologicznej oraz kluczowe ryzyka technologiczne. Przeprowadzona została wstępna analiza rynku w zakresie: ogólnej charakterystyki rynku oraz analizy konkurencji na rynku. W każdej fiszce opisano zalety proponowanego rozwiązania, streszczenie projektu oraz wymieniono dotychczasowe źródła finansowa.

■ Spółka przez kilka miesięcy aktywnie poszukiwała partnera biznesowego dla konsorcjum Moltest Bis. Przeprowadzono szereg rozmów i negocjacji z 12 firmami, m.in. Roche Diagnostics Polska Sp. z o.o., Abbott Laboratories Poland Sp. z o.o., Orphée Geneva, Zakłady Farmaceutyczne Polpharma SA. Z części firm zostały zawarte umowy o zachowaniu poufności, gdyż prowadzone były zaawansowane rozmowy dotyczące założeń, realizacji i dotychczasowych wyników badań proponowanego projektu. Dla firm przygotowano dodatkowe analizy dotyczące możliwych modeli biznesowych współpracy z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym. Z jedną z firm prowadzone były szczegółowe rozmowy dotyczące kształtu umowy konsorcjum, podjęto negocjacje w celu wypracowania najbardziej korzystnego dla Uczelni kompromisu.

■ Prace nad wdrożeniem wynalazku *Proteza* – prawa własności zarówno do patentu, jak i wzoru przemysłowego należą do GUMed. Ze względu na bardzo zaawansowany etap przygotowania wynalazku do wdrożenia na rynek i chęć powołania spółki *spin-off* ze strony twórcy podjęto decyzję o takiej formie komercjalizacji. W nowo powstałej Spółce udziały obejmie oprócz twórcy również Spółka Centrum Innowacji Medycznych. We wstępnej fazie przygotowania wynalazku do wdrożenia na rynek prowadzone były rozmowy z partnerami biznesowymi, zarówno posiadającymi linie produkcyjne jak również mogącymi zainwestować w produkcję protezy. Na chwilę obecną w realizacji jest umowa spółki *spin-off* (planowane założenie spółki – maj 2016 r.) oraz umowa współpracy.

■ Prace nad wdrożeniem wynalazku na bardzo wczesnym etapie realizacji – zgłoszenie patentowe 21 marca 2016 r. *Test diagnostyczny do wykrywania BPA w materiale biologicznym, sposób jego działania oraz zastosowanie*. Projekt jest

współwłasnością GUMed, są jeszcze dwaj współuprawnieni. W ramach wdrażania wynalazku na rynek odbyły się spotkania z twórcami wynalazku, jeszcze przed zgłoszeniem wynalazku do Urzędu Patentowego RP, tak by można było wypracować najbardziej korzystny dla stron model komercjalizacji. W wyniku prowadzonych rozmów również z podmiotami, które są współuprawnione do zgłoszonego patentu wypracowano możliwe i dogodne dla wszystkich modele komercjalizacji wynalazku. Przeprowadzono również kilka spotkań z przedstawicielami biznesu wstępnie zainteresowanymi wdrożeniem na rynek projektu.

■ Poszukiwania partnera biznesowego dla wynalazku *Nowe markery oraz sposób określenia ryzyka odległego nawrotu nie drobnokomórkowego raka płuca u chorych w st. I-III A*. Zorganizowano spotkania twórcy z zainteresowanymi projektem firmami. Przedstawiono twórcy możliwe modele wdrożenia wynalazku na rynek wraz z wskazaniem ograniczeń wynikających z etapu zaawansowania projektu. Wskazano ścieżki komercjalizacji najbardziej korzystne zarówno dla Uczelni, jak i dla twórców, którzy wraz z GUMed są współuprawnieni do patentu.

■ Podjęcie wraz z twórcami wynalazku działań zmierzających do komercjalizacji patentu *Adhezyjny opatrunek siliwonowy, zawierający suchy wyciąg z cebuli i heparynę drobnocząsteczkową oraz sposób jej otrzymywania*. Zorganizowano kilka spotkań mających za zadanie przedstawienie możliwych ścieżek komercjalizacji zarówno bezpośredniej, jak i pośredniej patentu. Wyjaśniono zalety i wady poszczególnych rozwiązań, takich jak sprzedaż praw do patentu (brak możliwości dalszego pracowania nad wynalazkiem, szybki zagwarantowany zysk, jednak w perspektywie czasu może być mniej opłacalny); udzielenie licencji wyłącznej na patent (możliwość dalszego ulepszania wynalazku, zysk dopiero po uzyskaniu pierwszych wpływów z komercjalizacji, ryzyko niewprowadzenia wynalazku na rynek); udzielenie licencji otwartej (możliwość dalszego rozwijania wynalazku, trudność ze znalezieniem licencjobiorcy, firmy preferują licencje wyłączne, zysk po uzyskaniu pierwszych wpływów z komercjalizacji, mniejsze ryzyko niewprowadzenia wynalazku na rynek, gdy jest zawartych kilka umów); utworzenie spółki *spin-off* z udziałem twórców i spółki Centrum Innowacji Medycznych (duże zaangażowanie ze strony twórców, kontrola nad wdrażaniem wynalazku na rynek, zyski dopiero po wprowadzeniu na rynek wynalazku, możliwość dalszego pracowania nad ulepszeniem i rozwojem wynalazku).

■ W ramach działalności spółka Centrum Innowacji Medycznych doradza naukowcom w zakresie wyboru najbardziej optymalnej ścieżki komercjalizacji, ze względu na zakres ochrony jakim jest objęty wynalazek, ilość współuprawnionych do wynalazku, chęć zaangażowania poszczególnych twórców w proces komercjalizacji wynalazku. Przygotowywane analizy i modele mają na celu wybranie najlepszego rozwiązania zarówno dla Uczelni, jak i dla twórców.

■ W ramach działalności Spółki Centrum Innowacji Medycznych podtrzymywana jest współpraca z funduszami inwestycyjnymi, którym prezentowane są projekty realizowane w Uczelni.

■ Organizowane są spotkania z przedstawicielami Centrów Transferu Technologii (krajowych uczelni publicznych) w zakresie wspólnie realizowanych projektów w ramach konsorcjów. Prowadzone są ustalenia dotyczące strategii komercjalizacji wspólnych wyników badań.

■ W ramach działalności Spółki prowadzone są wystąpienia dla naukowców GUMed mające na celu poszerzenie informacji dotyczącej metod i zakresu wdrażania wynalazków z Uczelni na rynek oraz mające za zadanie przybliżenie przepisów dotyczących komercjalizacji wyników badań.

■ Spółka Centrum Innowacji Medycznych zamknęła pierwszy rok obrotowy. Przygotowane zostały wszystkie niezbędne dokumenty – sprawozdanie finansowe, sprawozdanie z działalności Spółki, przygotowano posiedzenie Rady Nadzorczej oraz Zgromadzenie Wspólników. Pierwszy rok działalności Spółki przedstawiono na Senacie.

## Przewidywany rozwój Spółki

W ramach działań rozwojowych planuje się dalszą współpracę z partnerami biznesowymi w celu prezentacji potencjału komercyjnego prowadzonych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym badań naukowych. W tym celu zostanie przeprowadzona analiza badań prowadzonych na Uczelni w zakresie ich komercyjnego wykorzystania. Dla tych z projektów, które będą miały potencjał wdrożeniowy zostaną przygotowane zostaną fiszki projektowe.

Dotychczasowe działania Spółki są prowadzone przez jednoosobową reprezentację, tj. Prezesa Zarządu. Zważając na duży potencjał wynalazczy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zasadnym wydaje się podjęcie działań zmierzających do dokapitalizowania Centrum Innowacji Medycznych Sp. z o.o. lub utworzenia, podobnie jak jest to w innych wiodących uczelniach w kraju, Centrum Transferu Technologii.

Dokapitalizowanie Spółki celowej umożliwiłoby zatrudnienie osób usprawniających i wspomagających działania Spółki w zakresie opracowywania fiszek projektowych, reprezentowania i udziału w negocjacjach, które podejmuje Spółka z przedstawicielami biznesu. Konieczne ze względu na sprawność prowadzonych działań jest wsparcie strony prawnej negocjowanych i zawieranych umów. Niezbędne są również, szczególnie w bardziej zaawansowanych lub złożonych projektach, konsultacje dotyczące zgłoszeń lub poszerzenia ochrony ze strony rzecznika patentowego. Również prowadzenie bieżących kwestii administracyjno-organizacyjnych jest ważnym elementem sprawnie funkcjonującej Spółki.

W chwili obecnej Spółka korzysta z wsparcia radcy prawnego GUMed, jednak ze względu na specyfikę pracy przy negocjowaniu umów wskazane byłoby uczestniczenie radcy prawnego w spotkaniach wstępnych, a w szczególności ►►

► finalizujących prowadzone rozmowy. Istotne w prowadzonych działaniach Spółki jest też uzyskiwanie w krótkim okresie opinii prawnych. Niestety nie zawsze jest to możliwe.

W dotychczasowej działalności Spółki szczególnie w zakresie działań na poziomie Uczelni, jak również w kontaktach z partnerami biznesowymi wsparciem jest Sekcja ds. Innowacji i Transferu Wiedzy (obecnie reprezentowana przez jednego pracownika). Pracownicy jednostki podejmują w Spółce działania z zakresu administracyjno-organizacyjnego, opracowują fiszki projektowe, biorą udział w spotkaniach z naukowcami, partnerami biznesowymi, przedstawicielami Centrów Transferu Technologii z innych uczelni. Przygotowują drafty umów na podstawie wynegocjowanych warunków w ścisłym kontakcie z radcą prawnym. Weryfikują przed przystąpieniem do rozmów z partnerami biznesowymi zakres ochrony praw własności intelektualnej.

Zważając na powyższe, drugie rozwiązanie proponowane powyżej, tj. utworzenie w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym Centrum Transferu Technologii może być rozszerzeniem działalności obecnie istniejącej Sekcji ds. Innowacji i Transferu Wiedzy. Bazując na wiedzy i doświadczeniu pracowników Sekcji można rozwinąć jej struktury zatrudniając dodatkowe

osoby. Opierając się na wypracowanych już wzorcach dotyczących wdrażania technologii, jako dobrze prosperujące wskazać należy wspólne działania Centrów Transferu Technologii wraz z uczelnianymi spółkami celowymi. Współpraca taka zapewnia z jednej strony dobry przepływ informacji dotyczącej realizowanych projektów, sprawne wyszukiwanie tych o potencjale komercyjnym i przekazywanie ich z analizą w postaci fiszki projektowej. W takiej formule spółka celowa w myśl ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym w drodze odpłatnej albo nieodpłatnej umowy zarządza prawami do wyników lub do *know how* jednocześnie współpracuje ściśle z Centrum Transferu Technologii, które z racji zakresu swoich obowiązków, jak i założeń wynikających z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym jest tworzone w celu lepszego wykorzystania potencjału intelektualnego Uczelni.

Istotne jest również zapewnienie w pełni dostępnej obsługi prawnej oraz ciągła współpraca z rzecznikiem patentowym odpowiedzialnym za zgłaszanie wynalazków, bieżącą weryfikację odpowiedzi oraz monitorowanie opłat, które utrzymują zgłoszenia i patenty w mocy.

dr Krzysztof Chlebus,  
prezes Centrum Innowacji Medycznych Sp. z o.o.

## O braciach Mozołowskich

Jak wielka jest siła pamięci i przechowywanych przez nią wspomnień, o znaczeniu tradycji i historycznego przekazu pokazał wygłoszony 28 kwietnia br. wykład prof. Stanisława Ilnickiego z Wojskowego Instytutu Medycznego pod tytułem *Niezwykli bracia gen. dr med. Stefan Mozołowski (1892-1940) i prof. dr hab. med. Włodzimierz Mozołowski (1895-1975) w świetle rodzinnych dokumentów, wspomnień i korespondencji*. W tej krótkiej, zaledwie godzinnej opowieści jak w soczewce zostały skupione tradycje wileńskie naszego Uniwersytetu, powojenne lata tworzenia i rozwoju uniwersyteckiego nauczania medycyny w Gdańsku, a przede wszystkim biografie Stefana i Włodzimierza Mozołowskich. Prof. S. Ilnicki przed-

stawił unikalne pamiątki związane z dzieciństwem, karierą wojskową, medyczną i życiem rodzinnym braci Mozołowskich oraz ich najbliższych. Szczególnie interesujące było przedstawienie mniej znanej naszej społeczności postaci gen. dr. med. S. Mozołowskiego – żołnierza, doktora medycyny, neurologa i lekarza przybocznego marszałka Piłsudskiego, zamordowanego przez NKWD w kwietniu 1940 r. w Charkowie. Prof. Włodzimierz Mozołowski, tak dobrze znany, ukazany został z innej niż gdańska perspektywy, dzięki czemu wspomnienie jego postaci stało się pełniejsze i barwniejsze. Niektóre z anegdot związanych z Profesorem, przypomniane w audytorium jego imienia, pozwoliły raz jeszcze wrócić do najnowszej historii GUMed. Po zakończeniu wykładu wybrzmiały rzęsiste oklaski, a słuchacze podzieli się wspomnieniami związanymi z prof. Włodzimierzem Mozołowskim i wileńskimi korzeniami.

Na wstępie swego wystąpienia prof. S. Ilnicki powiedział, że *to bardzo sentymentalna podróż* z racji powrotu do Gdańska, który zna z lat swej młodości (po wojnie zamieszkał z rodziną w Wejherowie, gdzie ukończył Liceum Ogólnokształcące im. Króla Jana III Sobieskiego). Taką podróżą było to spotkanie dla wszystkich uczestników, na których z portretu spoglądał prof. Włodzimierz Mozołowski.

Pomysłodawcą i organizatorem wykładu pod auspicjami Muzeum GUMed był prof. Wiesław Makarewicz. ■



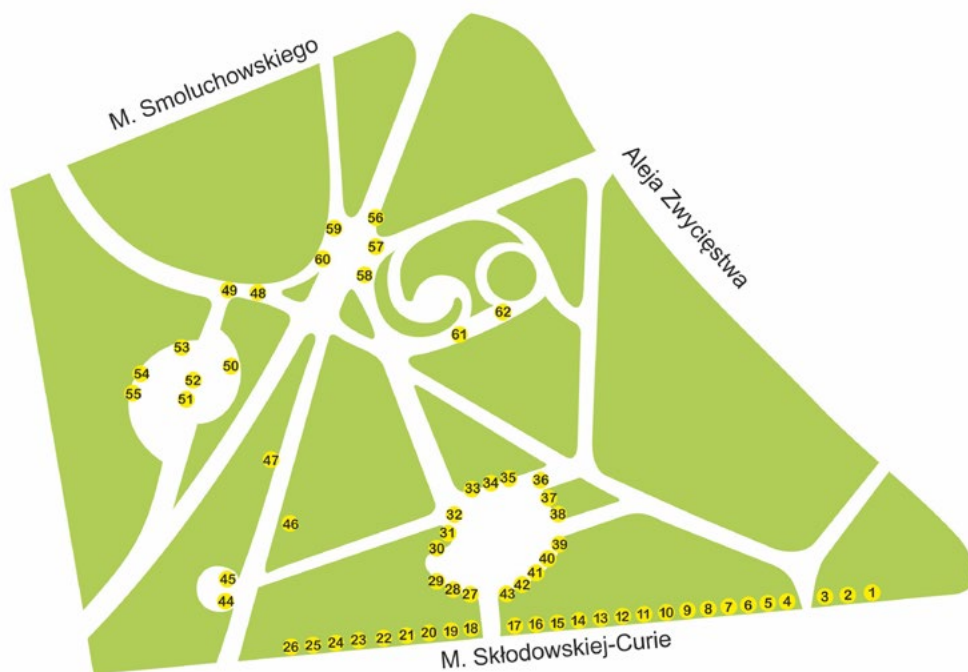


# Piknik na Zdrowie 2016

Bezpłatne badanie poziomu cukru i cholesterolu we krwi, nauka samobadania piersi, porady jak rzucić palenie, nauka udzielania pierwszej pomocy, przeglądy stomatologiczne, USG tarczycy, konkursy rysunkowe dla dzieci to tylko niektóre z atrakcji przygotowanych przez Gdański Uniwersytet Medyczny na tegoroczny Piknik na Zdrowie.



Impreza odbędzie się 11 czerwca br. w godz. 11-15 w Zielonym Parku, położonym przy al. Zwycięstwa. Nie zabraknie też cieszących się co roku dużym powodzeniem pokazów ratownictwa medycznego, wspólnego treningu oraz pokazu tai-chi. Gościem Pikniku będzie Pomorskie Centrum Słuchu i Mowy, którego przedstawiciele będą wykonywać przesiewowe badania słuchu oraz udzielać porad logopedycznych i psychologicznych. Dla wygłodniałych gości, około południa, przewidzieliśmy posiłek – *mercimek corbasi*, czyli... zupę soczewicową. Przyrządza się ją z czerwonej soczewicy namoczonej wcześniej z dodatkiem marchewki, koncentratu pomidorowego oraz bulionu rosółowego. Więcej na [www.pikniknazdrowie.gumed.edu.pl](http://www.pikniknazdrowie.gumed.edu.pl)



## Co i gdzie?

- Zdrowe nerki dla wszystkich**, Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
  - podstawowe badanie moczu metodą paskową
  - konsultacje nefrologiczne
  - pomiar ciśnienia tętniczego i stężenia glukozy we krwi
- Z urologią za pan brat**, Katedra i Klinika Urologii
  - prezentacja multimedialna postępowania z chorobami układu moczowo-płciowego
  - profilaktyka, diagnostyka i leczenie
- O prawach pacjenta**, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
  - udzielanie ogólnych informacji na temat praw pacjenta, jak również porad w indywidualnych sprawach pacjentów
- Akademia Walki z Rakiem z Gdańska**
  - porady dietetyka, m.in. badanie składu masy ciała
  - konsultacje z psychologiem
- Bakterie – Twój przyjaciel?**, SKN Mikrobiologii Środowiska przy Zakładzie Immunobiologii i Mikrobiologii Środowiska
  - dobroczynne skutki działania bakterii w naszym organizmie
  - wykonywanie posiewów mikrobiologicznych na pożywkach agarowych
  - badanie czystości rąk, pokaz sposobów mycia i dezynfekcji rąk
  - wykonanie odcisku przy użyciu płytek agarowych
- Przechowywanie żywności**, Zakład Toksykologii Środowiska
  - zasady właściwego przechowywania i utrwalania żywności
  - problem migracji zanieczyszczeń z opakowań do przechowywanej żywności
  - procesy zachodzące w czasie przechowywania żywności
  - wpływ spożywania niewłaściwie przechowywanej żywności na zdrowie człowieka





- ▶ 7. *Apetyt na życie*, Zakład Higieny i Epidemiologii
  - dieta i aktywność ruchowa jako elementy niezbędne w utrzymaniu zdrowego i długiego życia (również psychicznego)
  - woda źródłana i mineralna, skład pierwiastkowy i jego znaczenie
  - pomiary antropometryczne ciała: ilości tkanki tłuszczowej, mięśniowej, kośćca oraz zawartości wody
  - choroby zależne od diety
  - żywienie osób z chorobami przewlekłymi
  - witamina C i D oraz ich znaczenie dla organizmu
- 8. *Drobnoustroje jamy ustnej*, Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej
  - porada dotycząca diagnostyki grzybic w jamie ustnej
  - badanie pH śliny
  - obserwacja pod mikroskopem drobnoustrojów jamy ustnej
  - konkurs rysunkowy *Jak wygląda bakteria*
- 9. *Dobre mikroorganizmy – wszystko co powinniście wiedzieć o probiotykach*, Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej
  - pokaz posiewów bakterii i grzybów probiotycznych oraz ich zdjęć mikroskopowych
  - przegląd preparatów probiotycznych oraz żywności dostępnej na rynku
  - probiotyki w kosmetykach – bezsensowna moda czy obiecujący nowy trend kosmetyczny?
- 10. *Obalamy medyczne mity*, SKN Patofizjologii i Reumatologii Doświadczalnej
  - konfrontacja popularnych mitów medycznych dotyczących profilaktyki zdrowia z rzeczywistością
  - pomiar siły uścisku dłoni profesjonalnym dynamometrem
- 11. *Profilaktyka zdrowia prokreacyjnego*, Katedra i Zakład Fizjologii
  - fizjologia cykli miesięczkowych
  - podstawy Metod Rozpoznawania Płodności
- 12. *Planujesz dziecko? Przygotuj się*, SKN Embriologia przy Zakładzie Embriologii
  - rozwój prenatalny człowieka – od momentu zapłodnienia aż do chwili narodzin



- powiązania pomiędzy zdrowiem, wiekiem i stylem życia matki, a wpływem tych czynników na zarodek/płód
- 13. *Ciekawostki onkologiczne oraz profilaktyka najczęstszych nowotworów*, SKN przy Klinice Onkologii i Radioterapii
  - profilaktyka i leczenie w najczęściej występujących nowotworach
  - obserwacja pod mikroskopem komórek zmienionych nowotworowo
  - quiz onkologiczny
- 14. *Zapobiegajmy ze smakiem – słów kilka o raku jelita grubego*, SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej
  - profilaktyka i pierwsze objawy raka jelita grubego
  - jak pysznie zapobiegać – mały poczęstunek i praktyczne porady
- 15. *Smacznie, dietetycznie i zdrowo*, SKN przy Zakładzie Żywności Klinicznej i Dietetyki
  - porady dietetyków i trenera osobistego w zakresie prawidłowego żywienia
  - pomiar zawartości tkanki tłuszczowej
  - obliczanie współczynnika masy ciała BMI oraz wskaźnika talia/biodra WHR
  - degustacja zdrowych soków i ciasteczek
- 16, 17. *Racjonalna dieta – cenna broń w walce z chorobami cywilizacyjnymi*, SKN przy Katedrze i Zakładzie Bromatologii
  - zasady zdrowego żywienia
  - dieta, która może ustrzec przed cukrzycą, nadciśnieniem i otyłością
  - czym jest glikemia poposiłkowa, pokaz produktów o niskim indeksie glikemicznym
  - produkty *light* – czy na pewno chronią nas przed otyłością?
  - sól – biały winowajca nadciśnienia
- 18. *Badanie przesiewowe raka płuca*, SKN Chirurgii Klatki Piersiowej
  - udzielanie informacji o programie przesiewowym raka płuca
- 19. *Profilaktyka zespołu otępiennego*, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii
  - profilaktyka i czynniki ryzyka zespołu otępiennego
  - pomiar ciśnienia tętniczego, glikemii, akcji serca oraz saturacji przeskórnej
- 20. *Profilaktyka osteoporozy i choroby zwyrodnieniowej*, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii
  - profilaktyka oraz czynniki ryzyka osteoporozy i choroby zwyrodnieniowej
  - pomiar ciśnienia tętniczego, akcji serca, glikemii oraz saturacji przeskórnej
- 21. *Gdy choruje mózg*, SKN Neurologii przy Klinice Neurologii Dorosłych
  - informacje o udarze mózgu: objawy, czynniki ryzyka, metody leczenia oraz pierwsza pomoc
  - pomiar stężenia cukru i ciśnienia tętniczego
- 22. *Przez żołądek do zdrowia*, Klinika Gastroenterologii i Hepatologii
  - poznanie anatomii układu pokarmowego i trawiennego na podstawie interaktywnych modeli
  - warsztaty z edukatorem, samodzielne tworzenie modelu układu trawiennego
  - zabawy z udziałem modeli narządów trawiennych
  - eksperymenty chemiczne pokazujące proces trawienia pokarmu: denaturację białka, trawienie skrobi przez amylazę ślinową

- kwaśne czy zasadowe – poznanie pH żołądka
23. *Owrodzenia i rany – jak zapobiegać i leczyć*, SKN Chirurgii Plastycznej
    - metody zapobiegania i leczenia owrzodzeń oraz powikłanych ran
    - co to jest kompresoterapia, terapia podciśnieniowa
  24. *Przygotuj swoją skórę na wakacje*, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
    - edukacja dotycząca bezpiecznego opalania się
    - zasady stosowania filtrów przeciwsłonecznych
    - postępowanie w przypadkach oparzeń słonecznych
    - odczyny fototoksyczne i fotoalergiczne
    - bezpieczne korzystanie z basenów i innych akwenów wodnych latem
    - ukąszenia owadów – kiedy niezbędna jest wizyta u lekarza
  25. *Z nami po zdrowie*, Centrum Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.
    - pomiar glukozy we krwi, ciśnienia tętniczego krwi
    - pomiar wagi ciała, wyliczanie BMI i wieku biologicznego
  26. *Smacznie i zdrowo*, Yellow Catering
    - degustacja zupy soczewicowej
  - 27, 28. *Ratuj z nami*, SKN Medycyny Ratunkowej przy Katedrze i Klinice Medycyny Ratunkowej
    - symulacja wypadku masowego i akcji ratowniczej z udziałem psów ratowniczych oraz triage w systemie START – pokaz z udziałem Państwowej Straży Pożarnej i Stacji Pogotowia Ratunkowego
    - pierwsza pomoc przedmedyczna – resuscytacja krążeniowo-oddechowa przy użyciu automatycznego defibrylatora (AED)
  29. *Impuls dla serca*, SKN przy Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii
    - edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy z użyciem AED
    - użycie treningowego AED, ćwiczenia na fantomie
    - kącik rysunkowy dla najmłodszych
  30. *Z cukrzycą na co dzień – samokontrola, dieta oraz zapobieganie wczesnym i późnym powikłaniom choroby*, SKN Pielęgniarstwa Chirurgicznego
    - samokontrola i samoopieka w cukrzycy
    - zapobiegania powikłaniom i podstawowe zasady insulino-terapii
    - pomiar stężenia glukozy we krwi
  31. *Opieka nad matką i dzieckiem*, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, SKN Przyszłe Położne
    - przygotowanie rodziców do ciąży, porodu i połogu
    - pielęgnacja dziecka
  32. *Witaminki, witaminki dla chłopczyka i dziewczynki*, SKN Pielęgniarstwa Pediatrycznego
    - pomiar masy ciała i wzrostu u dzieci
    - oznaczanie wskaźnika BMI oraz ocena prawidłowego rozwoju dziecka za pomocą siatek centylowych
    - pomiar ciśnienia tętniczego i tętna u dzieci
    - badanie wzroku u dzieci
    - pomiar poziomu glukozy i cholesterolu we krwi u dzieci i rodziców
    - edukacja w zakresie zdrowego trybu życia i próchnicy zębów u dzieci
    - zabawy sprawnościowe, zagadki, konkursy plastyczne
  - 33, 34. *Jak mieć piękny i zdrowy uśmiech*, Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej, Gdański Oddział Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii
    - przeglądy stomatologiczne



- nauka higieny jamy ustnej
  - wybarwienie płytki nazębnej
35. *Rzuć tabsy, wybierz rehabsy – jak zwalczyć bóle mięśniowe aktywnością fizyczną; Już nie zgrzytam – czyli jak uporać się z nocnym zgrzytaniem zębów*, SKN Fizjoterapii Klinicznej, Klinika Rehabilitacji
    - ćwiczenia redukujące ból mięśniowy
    - *kinesiology taping* na bóle mięśniowe
    - czynniki predysponujące do występowania bóli mięśniowych
    - ćwiczenia przy zaburzeniach w obrębie narządu żucia
    - nauka automasażu mięśni narządu żucia
    - elektromiografia powierzchniowa wybranych mięśni narządu żucia
    - czynniki predysponujące do występowania bruksizmu
  36. *Higiena posturalna i aktywność ruchowa – profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych*, Zakład Fizjoterapii
    - ocena posturalna z wykorzystaniem lasera krzyżowego
    - higiena posturalna, prozdrowotne nawyki związane z aktywnością ruchową
    - nauka na modelach anatomicznych i zabawy sportowe
  37. *Żyłki, lepiej zapobiegać niż leczyć*, Zakład Fizjoterapii
    - jak zadbać o dobrą kondycję żył kończyn dolnych
    - przyczyny powstawania żylaków
    - zmniejszenie ryzyka pojawienia się żylaków i zapobieganie powstaniu nowych
  38. *Zdrowe nogi*, Kati Sp. z o.o.
    - prezentacja firmy Kati
  39. *Na zdrowych stopach Twoje dziecko zajdzie dalej*, SKN przy Katedrze i Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
    - badanie wad postawy u dzieci
    - nauka szycia chirurgicznego
    - pokaz zakładania opatrunku gipsowego
  - 40, 41. *Poznaj swoje ryzyko sercowo-naczyniowe*, SKN przy I Katedrze i Klinice Kardiologii
    - pomiar poziomu cholesterolu całkowitego we krwi i ciśnienia tętniczego krwi – ocena ryzyka SCORE
    - pomiar poziomu glukozy we krwi, masy ciała, obliczanie wskaźnika BMI
  42. *Nadciśnienie? Co za dużo – to niezdrowo*, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
    - profilaktyka nadciśnienia tętniczego
    - pomiar ciśnienia tętniczego i tkanki tłuszczowej
    - pomiary masy ciała i BMI
  43. *Chrapanie, nie taki cichy wróg*, SKN Zakładu Nadciśnienia Tętniczego
    - pomiary ciśnienia tętniczego, zawartości tkanki tłuszczowej i wody w organizmie
    - obliczanie wskaźnika masy ciała (BMI)





- ▶ • edukacja związana z nadciśnieniem tętniczym i bezdechem sennym
- 44. *Profilaktyka, metody diagnostyki i leczenia nowotworów*, SKN Chirurgii Onkologicznej
  - nauka samobadania piersi na fantomach
  - kurs szycia chirurgicznego
  - dermatoskopia zmian skórnych
  - czynniki ryzyka, pierwsze objawy i badań przesiewowych w najczęściej występujących nowotworach
- 45. *PCOS – nie ignoruj objawów*, Zakład Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej
  - czym jest PCOS
  - zachęcanie kobiet do wizyty u specjalisty, kiedy tylko pojawiają się niepokojące objawy
- 46. *Znajdź coś dla siebie w Bibliotece*, Biblioteka Główna
  - prezentacja Biblioteki i jej zasobów
  - promocja zdrowego stylu życia
  - *bookcrossing*
- 47. Prezentacja firmy DOZ S.A.
- 48, 49. *Zadbaj o zdrowie jak o oko w głowie*, SKN przy Katedrze i Klinice Okulistyki
  - badanie dorosłych pod kątem jaskry z użyciem lampy szczelinowej i tonometru bezkontaktowego
  - badanie dzieci przy użyciu tablic Snellena, lampy szczelinowej oraz tablic Ishihary (diagnostyka ślepoty na barwy)
- 50. *Szpital Pluszowego Misia w plenerze*, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland Oddział Gdańsk
  - budowanie piramidy zdrowego żywienia
  - rozpoznawanie części ciała misia
  - zabawa z misiami maskotkami – bandażowanie, robienie zastrzyków, osłuchiwanie, mierzenie ciśnienia
- 51, 52. *Instrukcja obsługi noworodka, czyli jak pielęgnować i karmić małe dziecko*, SKN Neonatologii
  - jak przygotować się do przyjęcia nowego członka rodziny
  - prawidłowa pielęgnacja i opieka nad noworodkiem
  - badania przesiewowe w okresie noworodkowym
- propagowanie karmienia piersią oraz porady laktacyjne
- edukacja na temat wcześniactwa
- 53. *Jak żyć zdrowo?*, Klinika Neurologii Rozwojowej
  - ankiety przesiewowe w kierunku wybranych zagadnień neurologicznych
  - promocja prozdrowotnych zachowań w rodzinie
- 54, 55. *Żyj zdrowo i kolorowo*, Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, SKN Diabetologii i Endokrynologii Dziecięcej
  - pomiary glikemii i ciśnienia tętniczego u dzieci
  - pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, obwód brzucha)
  - porad dotyczące zdrowego stylu życia – profilaktyka otyłości, zaburzeń gospodarki węglowodanowej i lipidowej u dzieci
  - cukrzyca i zaburzenia endokrynologiczne u dzieci, w tym o objawy cukrzycy typu 1 u dzieci
- 56, 57, 58. *Badania USG tarczycy*, SKN Ultrasonografii przy Pracowni Ultrasonograficznej i Biopsyjnej Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii
  - darmowe badania ultrasonograficzne tarczycy
  - po badaniu pacjent otrzyma pełnowartościowy opis badania USG tarczycy
- 59, 60. *Skonsultuj się z logopedą*, SKN Logopedów, Katedra Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego
  - konsultacje logopedyczne
  - warsztaty logopedyczne dla dzieci
- 61. *Słyszę, więc potrafię*, Pomorskie Centrum Słuchu i Mowy „Medincus”
  - przesiewowe badania słuchu
  - porady logopedyczne, psychologiczne, terapeutyczne głosu, protetyka słuchu
- 62. *Farmaceuta – opiekun Twojego zdrowia*, Młoda Farmacja Gdańsk
  - podniesienie świadomości pacjentów na temat informacji, jakie można uzyskać w aptece, oraz różnic między lekiem a suplementem diety. ■

## Rektorzy Pomorza obradowali w Pelplinie

Prof. Janusz Moryś, rektor GUMed uczestniczył w posiedzeniu Rady Rektorów Województwa Pomorskiego, które odbyło się 21 kwietnia br. w Wyższym Seminarium Duchownym w Pelplinie. W obradach udział wzięli m.in. marszałek województwa pomorskiego Mieczysław Struk, który podsumował osiągnięcia dotychczasowej współpracy pomiędzy uczelniami i władzami samorządowymi, zaś dyrektorzy Adam Mikołajczyk i Jan Szymański z Urzędu Marszałkowskiego omówili problemy związane z realizacją projektów w zakresie badań i rozwoju, infrastruktury B+R oraz oferty kształcenia.

W drugiej części spotkania bp Ryszard Kasyna z ks. prof. Wojciechem Pikorem, rektorem Wyższego Seminarium Duchownego wręczeni dokument nadania tytułu Honorowego Konsultanta Medycznego Wyższego Seminarium Duchownego w Pelplinie prof. Kazimierzowi Wardynowi z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Obok prof. J. Morysia, przewodniczącego RRWP, w obradach udział wzięli: prof. L. Ostrogórska – rektor Akademii Sztuk Pięknych w Gdańsku, wiceprzewodnicząca RRWP, prof. H. Krawczyk, rektor Politechniki Gdańskiej, prof. B. Lammek – rektor Uniwersytetu Gdańskiego,



Fot. Krzysztof Mania/KFP

konradmirał dr inż. T. Szubrycht – rektor Akademii Marynarki Wojennej, prof. J. Mindykowski – rektor Akademii Morskiej, prof. W. Moska – rektor Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu, prof. R. Drozd – rektor Akademii Pomorskiej w Słupsku, ks. prof. G. Szamocki – rektor Wyższego Seminarium Duchownego w Pelplinie, organizator spotkania ks. prof. W. Pikor, honorowy przewodniczący RRWP prof. R. Cwilewicz oraz ks. prof. A. Bączkowski – rektor Wyższego Seminarium Duchownego w Pelplinie. ■

# Terapia komórkowa w GUMed

Terapie komórkowe to stosunkowo nowy dział medycyny, który w nowoczesnej historii rozpoczął się przeszczepami szpiku. Jednak leczenie przy pomocy innych komórek to dopiero XXI wiek. W Europie uznanie faktu, że komórki to leki, nastąpiło w 2007 roku, kiedy Unia Europejska wprowadziła definicję produktów terapii zaawansowanej, czyli komórek o standardzie leku.

Jednym z kandydatów do miana produktu terapii zaawansowanej są limfocyty T regulatorowe CD4+CD25+ (Treg). Jest to szczególna populacja w układzie odpornościowym człowieka. Chociaż ich odsetek to mniej niż 1% leukocytów krwi obwodowej, to regulują one całą odpowiedź odpornościową. W dużym skrócie limfocyty Treg działają w ten sposób, że wywierają silny efekt hamujący, gdy układ odpornościowy zaczyna niszczyć własne tkanki, natomiast nie przeszkadzają w walce z infekcjami. Ta wybiórcza inhibicja reakcji autoagresyjnych powoduje, że immunosupresyjne limfocyty Treg określane są czasami przez analogię jako „inteligentne sterydy”. Zmniejszona ilość limfocytów Treg w organizmie jest wiązana z niepowodzeniem przeszczepów oraz zachorowaniami na choroby alergiczne i autoimmunologiczne.

W 2016 r. wiedza o limfocytach Treg jest niesłychanie bogata i przekrojowa. Fakt, że dziś mówimy o ich zastosowaniu medycznym jest przykładem szybkiego postępu, biorąc pod uwagę, że populacja została odkryta u zwierząt zaledwie 20 lat temu (odkrywcą jest Shimon Sakaguchi). Część tej wiedzy powstała także w Gdańsku dzięki pracy naukowców i lekarzy naszej *Alma Mater*.

Moja przygoda z limfocytami Tregs rozpoczęła się bardzo przypadkowo. Jednym ze spostrzeżeń w trakcie realizacji mojej pracy doktorskiej w zespole prof. A. Myślińskiego i prof. J. Myślińskiej było opisanie prostej i logicznej korela-

cji między słabą odpowiedzią na szczepienia a silnym endogennym hamowaniem odpowiedzi odpornościowej u osób starszych. Wykazaliśmy, że za to hamowanie odpowiedzialne są limfocyty o fenotypie CD4+CD25+, które akumulują się wraz z wiekiem. W literaturze pojawiły się wtedy dopiero pierwsze doniesienia o tym, że są to właśnie limfocyty Treg u ludzi (lata 1999-2001). O ich działaniu wtedy nie było wiadomo zbyt wiele, stąd dopiero kontynuując nasze badania wykazaliśmy, że zasadnicze znaczenie dla działania limfocytów Treg ma bezpośredni kontakt z innymi komórkami. Paradoksalnie naszym najważniejszym odkryciem tamtego okresu był opis niezwykle niebezpiecznego zachowania limfocytów Tregs: hamowania przez nie aktywności komórek NK w bezpośrednim kontakcie tych dwóch populacji. To doniesienie zostało wkrótce opisane przez wiele innych zespołów jako przyczyna rozsiewu procesu nowotworowego, w którym limfocyty Treg w guzie nie pozwalają komórkom NK niszczyć komórek nowotworowych. Wiele lat później opracowano lek ipilimumab, który wyłącza tę szkodliwą aktywność limfocytów Tregs.

Wracając do badań w GUMed, równocześnie z badaniami podstawowymi nad limfocytami Tregs miałem przyjemność prowadzić prace nad tymi komórkami po przeszczepie szpiku we współpracy z Katedrą i Kliniką Hematologii prof. A. Hellmanna. Wykazaliśmy, że pacjenci, którzy otrzymują materiał przeszczepowy ubogi w limfocyty Tregs częściej rozwijają tzw. chorobę przeszczep przeciw gospodarzowi – powikłanie immunologiczne odpowiedzialne za dużą część zgonów po przeszczepie. W chorobie tej przeszczepiony układ odpornościowy zaczyna traktować tkanki biorcy jako obce i niszczy je, o ile nie zostanie w porę zatrzymany przez hamujące ten proces limfocyty Tregs. W tamtym okresie rozpoczynały się dopiero badania wielu zespołów (wliczając w to nasze prace), które udowodniły, że choroba przeszczep przeciw gospodarzowi jest modelowym schorzeniem dla wielu chorób autoimmunologicznych, w których zmniejszona liczba immunosupresyjnych limfocytów Tregs nie jest w stanie zatrzymać autoagresywnych limfocytów efektorowych niszczących własne tkanki. Dzisiaj wiadomo, że podobny defekt komórek Tregs jest odpowiedzialny za niszczenie wysp trzustkowych w cukrzycy typu 1. W stwardnieniu rozsianym w ten sposób niszczone są osłonki nerwów, w reumatoidalnym zapaleniu stawów chrząstki stawowe, dlatego dochodzi do odrzucania przeszczepów narządów litych, do ciężkiej postaci astmy i innych schorzeń alergicznych, a nawet do szybkiej progresji we wrodzonych dystrofiach mięśniowych. W tamtym okresie miałem jednak do dyspozycji jedynie wyniki swoich prac w przeszczepie szpiku, w szczepieniach i kilka wykonanych własnych prac podstawowych. Mimo tego skromnego zasobu wiedzy rozpoczęliśmy prace, aby w powyższych chorobach wykorzystać sztuczne zwiększenie poziomu komórek Tregs poprzez ich namnożenie *in vitro* i podanie zwrotne pacjentowi. W ten ▶▶



Ryc. 1. W naszym pierwszym laboratorium w TAZD (rok 2007): prof. Piotr Trzonkowski i mgr Anita Dobyszek przy pracy

► sposób można byłoby wyhamować autoreaktywne limfocyty i doprowadzić do zatrzymania procesu autoagresji. Już wtedy, w roku 2003, dysponowaliśmy gotowym do wdrożenia sposobem zastosowania tych komórek. Niestety moje aplikacje grantowe w tamtym okresie nie spotkały się z dużym zainteresowaniem. Dlatego, kontynuując mimo wszystko ten wątek, nawiązałem kontakt z prof. Kathryn Wood, która kieruje Laboratorium Regulacji Immunologicznej Uniwersytetu w Oksfordzie. W grupie pracowałem w latach 2004–2006, rozwijając nieco inną metodę supresji opartą o przeciwciała monoklonalne w przeszczepach nerki, ale przy okazji pracowałem też nad swoją ideą zastosowania komórek regulatorowych w terapii. Dzięki badaniom z okresu doktoratu, a także pojawiającym się wtedy nowym modelom zwierzęcym stosowanym w badaniach Tregs po powrocie do Polski bardzo szybko zaprojektowaliśmy gotowy do klinicznego zastosowania system izolacji komórek Tregs i ich namnażania *in vitro* do postaci bezpiecznego preparatu gotowego do podania pacjentowi (byłem zresztą pierwszym ochotnikiem, na którym przetestowałem preparat nawet dwukrotnie, aby wyeliminować efekt uczulenia). Pomogło mi wtedy na pewno dobre środowisko pracy stworzone przez prof. Myśliwskiego oraz nowe laboratorium o podwyższonym standardzie czystości użyte przez prof. J. Bigdę. Spełnienie wszystkich wymagań bezpieczeństwa, aby doprowadzić do przeszczepu zajęło nam już wtedy około roku. Wreszcie w 2008 r., we współpracy z prof. A. Hellmannem i dr hab. M. Bieniaszewską z Kliniki Hematologii i Transplantologii GUMed, komórki regulatorowe namnożone sztucznie w laboratorium Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii po raz pierwszy na świecie zostały zastosowane u pacjenta. Uzyskanie efektu klinicznego po podaniu tych komórek choremu na przewlekłą chorobę przeszczep przeciw gospodarzowi było ogromnym sukcesem całego zespołu zaangażowanego w program.

Kolejnym krokiem milowym tej terapii była współpraca z dr hab. N. Marek-Trzonkowską, obecnie moją żoną. Dzięki naszym eksperymentom przeprowadzonym w tamtym czasie pozyskiwanie i namnażanie limfocytów stało się znacznie prostsze i szybsze do zastosowania w klinice. Udoskonalliliśmy technikę, którą można było szybko, bezpiecznie i relatywnie tanio oferować pacjentom. Jak zwykle w nauce, dzięki zbiegowi okoliczności rozpoczęliśmy też niezwykle ważne badania w cukrzycy. Natalia prowadziła w tamtym czasie w zespole prof. Myśliwskiej, prof. Raczyńskiej i prof. Myśliwiec prace dotyczące cukrzycy typu 1. Bardzo szybko doszliśmy do wniosku, że limfocyty Tregs mają bardzo duże znaczenie dla rozwoju tej choroby. Ze względu na wprowadzone w tamtym okresie uregulowania prawne na poziomie Unii Europejskiej, preparat musieliśmy zacząć traktować jako produkt terapii zaawansowanej. W związku z tym musieliśmy stworzyć od początku gotowe *dossier* badanego leku z wymaganymi badaniami bezpieczeństwa i toksyczności, co zajęło nam kolejny rok. Bardzo duże znaczenie miały także prace związane z regulacjami prawnymi dotyczącymi tej terapii, w których ogromną pracę włożyły prof. Myśliwiec i prof.



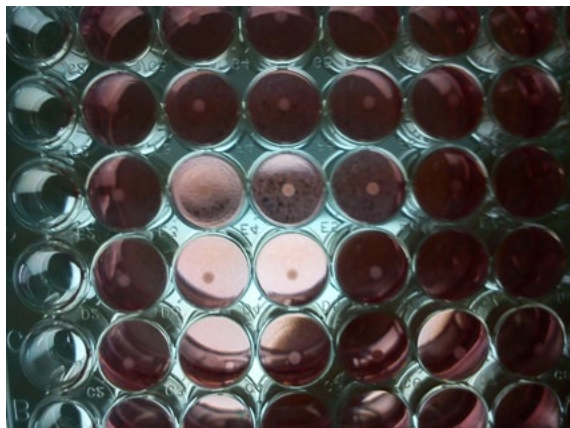
Ryc. 2. Dr hab. Natalia Marek-Trzonkowska podczas przygotowywania do pracy sortera komórek

Balcerska. W 2010 r. we współpracy z prof. Myśliwiec stworzyliśmy badanie kliniczne i zaczęliśmy stosować tę terapię eksperymentalnie w cukrzycy typu 1 u dzieci w Klinice Pediatrii Diabetologii i Endokrynologii. Z praktycznego punktu widzenia było to niezwykle ważne badanie w procesie przenoszenia wiedzy podstawowej do kliniki człowieka. Przeprowadzone przez nas niekomercyjne badanie kliniczne udowodniło bezpieczeństwo i skuteczność preparatu. Preparat podano do dzisiaj kilkudziesięciu pacjentom, uzyskując znaczącą redukcję dawki przyjmowanej insuliny u dużej części z nich, a u kilku nawet insulinoniezależność, trwającą nawet kilka lat. Z punktu widzenia patomechanizmu choroby jest to przełom, ponieważ w cukrzycy typu 1 nie ma obecnie leków pozwalających na zatrzymanie procesu chorobowego, a jedyną terapią to podawanie insuliny, której nie produkuje trzustka zniszczona przez proces autoagresji. Terapia na pewno wymaga udoskonaleń, ale cieszy fakt, że nasze założenia badawcze potwierdziły się i będą mogły służyć pacjentom. Ważność tych badań polegała jednak nie tylko na osiągniętych wynikach, ale także na fakcie, że bez udziału środków komercyjnych stworzyliśmy od podstaw i przetestowaliśmy w środowisku akademickim preparat, który następnie opatentowaliśmy i dzięki temu możemy dalej prowadzić działania rejestracyjne. Jest to tym ważniejsze, że program w całości został przeprowadzony



Ryc. 3. Sorter komórek daje możliwość podglądu i kontroli jego pracy – monitor po lewej to widoczny w lampie stroboskopowej strumień zawierający krew pacjenta, z którego wylapywane są limfocyty Tregs; monitor po prawej pokazuje rozbłyski kropelek zawierających pojedyncze sortowane komórki (jasny punkt po lewej to sortowane limfocyty Tregs), szybkość sortu rzędu kilkunastu tysięcy komórek na sekundę powoduje, że świecenie kropelek jest bardzo jasne





Ryc. 4. W wyniku sortu otrzymuje się niewielką ilość limfocytów Tregs. Na zdjęciu w powiększeniu płytka hodowlana zawierająca komórki w trzecim dniu hodowli. Białe kłaczkowate dołki to limfocyty Tregs. Szczególnie u dzieci hodowla często rozpoczyna się od pojedynczego dołka zawierającego kilkadziesiąt tysięcy komórek, a kończy na cieplarni pełnej płytek zawierających setki milionów limfocytów Tregs gotowych do terapii

w Polsce, a nawet dzisiaj ze względu na zaawansowanie technologiczne procedury, wprowadzeniem tego typu terapii zajmuje się zaledwie kilkanaście ośrodków na świecie. Trzeba też pamiętać, że badań niekomercyjnych w Polsce prowadzi się bardzo mało ze względu na ich koszty, natomiast ich wartość intelektualna jest szczególnie doceniana w naukowej części procesu rejestracji.

Nasze prace docenił świat nauki i medycyny. Pierwsze wyniki opublikowaliśmy *cum laude* w bardzo dobrych piśmie branżowych, np. *Diabetes Care, Blood, Clinical Immunology, Annals of Surgery*. Zostaliśmy uhonorowani wieloma nagrodami krajowymi i zagranicznymi, m.in.: Nagrodą the Transplantation Society 2009, Nagrodą International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes 2012, Nagrodą Złoty Skalpel 2012, Nagrodą Wydziału V Polskiej Akademii Nauk 2013. Wyniki pokazywaliśmy, jako zaproszeni prelegenci, na najlepszych kongresach diabetologicznych i immunologicznych, m.in.: w USA, Wielkiej Brytanii, Turcji, Niemczech, Hiszpanii, Portugalii, Austrii, Chinach, Australii i Francji. Kilka lat temu, działające w ramach COST stowarzy-



Ryc. 5. W Klinice podczas podawania preparatu limfocytów Tregs; na zdjęciu od prawej: prof. M. Myśliwiec, dr I. Derkowska i pielęgniarka mgr L. Szumacher-Sharma z Katedry i Kliniki Pediatrii Diabetologii i Endokrynologii

zenie Action to Focus and Accelerate Cell-Based Tolerogenic Therapies, skupiające naukowców z kilkunastu krajów pracujących z terapiami komórkowymi wybrało mnie na koordynatora grupy roboczej T regulatory cells in the clinic.

W ramach programu STRATEGMED prowadzimy obecnie badania drugiej fazy w cukrzycy typu 1 w kolejnym protokole klinicznym, a we współpracy z dr. K. Chwojnickim, prof. W. Nyką i prof. B. Karaszewskim z Kliniki Neurologii Dorosłych oraz prof. E. Szurowską z Zakładu Radiologii rozpoczęliśmy też testy w stwardnieniu rozsianym. Jeśli wszystko potoczy się tak jak planujemy, to preparat limfocytów Tregs będzie pierwszym polskim lekiem oryginalnym zarejestrowanym centralnie w Europejskiej Agencji Leków. Posiadane laboratorium rozwojowe jest jednak zbyt małe, aby skutecznie prowadzić wymagane do tego badania. Potrzebne są także fundusze, które sfinansują prace rejestracyjne. Dlatego Uczelnia próbuje rozbudować istniejącą bazę laboratoryjną oraz zachęcić stronę biznesową, zakładając spółkę typu *spin-off*. Mamy nadzieję, że oznacza to dalszy rozwój naszej terapii.

prof. Piotr Trzonkowski,  
kierownik Zakładu Immunologii  
Klinicznej i Transplantologii

## Poznaj swoją specjalizację

Projekt *Poznaj swoją specjalizację* organizowany przez SCOME IFMSA Oddział Gdańsk odbył się 15 kwietnia br. w sali wykładowej Collegium Biomedicum. Studenci mieli okazję dowiedzieć się m.in. jak wygląda codzienna praca oraz dyżury, czy jest możliwość rozwoju i co robić, by dostać się na specjalizację.

Gośćmi byli: chirurg onkologiczny **dr Kamil Drucis** z Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej GUMed, geriatra i internista **dr Adam Hajduk** z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii GUMed oraz neonatolog **lek. Małgorzata Mrozińska** z Oddziału Neonatologii Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha w Gdańsku-Zaspie.



Nagrody dla uczestników ufundował Blokfit, największe Centrum Boulderingu w Polsce oraz dr Gadżet.

Iga Gołębiowska, koordynator lokalny projektu *Poznaj swoją specjalizację*

# XXX-lecie OSKK

Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna (OSKK) to coroczne spotkanie, które nieprzerwanie od 30 lat odbywa się w Gdańsku. Skupia studentów i młodych lekarzy, którzy na forum mogą przedstawić swój dorobek naukowy. Wyróżnia się wysokim poziomem prac, doborowym składem jurorów i profesorów dających wykład inauguracyjny oraz bogatym programem socjalnym. Warto podkreślić, że OSKK jest jedynym wydarzeniem w kraju skierowanym do studentów i młodych lekarzy z tak długą historią. Patronat nad Konferencją przez lata obejmowali: prezydent Gdańska, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Okręgowa Izba lekarska w Gdańsku.

Historia Konferencji sięga 1987 r., kiedy to w dniach 2-4 kwietnia młodzież akademicka ze Studenckiego Towarzystwa Naukowego Akademii Medycznej w Gdańsku (AMG) oraz Studenckiego Koła Naukowego (SKN) przy III Klinice Chorób Wewnętrznych zorganizowała pierwsze spotkanie. Młodych kolegów organizacyjnie wspierał prof. Z. Gruca (chirurg), opiekun studenckich kół naukowych. Do stworzenia nowej tradycji skłoniło gdańszczan zapotrzebowanie na takie wydarzenie, spowodowane wzrostem liczby studenckich prac naukowych z dziedziny kardiologii i coraz większą aktywnością SKN działających przy katedrach kardiologii i kardiologii we wszystkich ośrodkach w Polsce. Konferencję wyróżnia fakt, iż była to wyłącznie inicjatywa studencka. W organizację I OSKK zaangażowani byli m.in. B. Dancewicz, J. Furmański, Z. Kirkor i J. Kubica. Początki Konferencji były bardzo trudne, przede wszystkim ze względu na sytuację polityczną w Polsce i obowiązujące przepisy z czasów stanu wojennego. Fakt ten miał poważne konsekwencje, chociażby takie jak relegowanie J. Kubicy z Uczelni. Na szczęście kolejną Konferencję udało się pomyślnie zorganizować w tym samym gronie. Sukces pierwszej OSKK sprawił, iż podjęto decyzję, że konferencje odbywać się będą w Gdańsku corocznie.

W następnych latach realizatorami przedsięwzięcia byli członkowie SKN przy II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG, SKN przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AMG i SKN przy II Klinice Chorób Serca. Od 1999 r. Konferencję organizuje SKN przy I Katedrze i Klinice Kardiologii GUMed (do 2006 r. I Klinika Chorób Serca AMG). Z grona wieloletnich



organizatorów wymienić należy przede wszystkim: prof. J. Kubicę, dr. Z. Purzyckiego, prof. K. Narkiewicza, śp. dr. R. Szczęcha, prof. M. Gruchałę i dr. B. Curyłło.

Kolejne spotkania gromadziły coraz większą liczbę uczestników. Przyjął się konkursowy charakter obrad. Podczas I OSKK wygłoszono 18 prac. Z roku na rok pojawiało się coraz więcej sesji i napływało coraz więcej abstraktów. Niewątpliwie rekordowe były lata 1999 i 2001, kiedy w trakcie XIII OSKK zaprezentowano 60 prac podczas 7 sesji ustnych i 33 plakaty oraz XV OSKK, podczas której wygłoszono 83 doniesienia na 10 sesjach ustnych.

Od lat swoją obecnością Gdańsk zaszczycaли znamienici profesorowie z całej Polski, zasiadając wśród jurorów bądź wygłaszając wykład inauguracyjny. Niejednokrotnie gościem był śp. prof. L. Ceremużyński, który z okazji X OSKK przygotował prelekcję zatytułowaną *Moja przygoda z kardiologią*. W Jury zasiadali m.in.: prof. D. Czarnecka (Kraków), prof. E. Jankowska (Wrocław), prof. J. Kasprzak (Łódź), prof. J. Kaźmierczak (Szczecin), prof. J. Kubica (Bydgoszcz), prof. K. Mizia-Stec (Katowice), prof. F. Walczak (Warszawa), dr hab. G. Gajos (Kraków), dr hab. P. Guzik (Poznań), dr hab. R. Pfitzner (Kraków), dr hab. P. Szymański (Warszawa), dr med. E. Koźluk (Warszawa), dr med. Jarosław Król (Warszawa), dr med. E. Walczak (Warszawa) i dr med. I. Żuk-Popiołek (Katowice). Wykład wygłosił również prof. A. Beręświcz (Warszawa). Uczestników oceniali także znakomici gdańscy naukowcy, jak: dr J. Bellwon, prof. L. Bieniaszewski, dr D. Ciećwierz, dr hab. A. Dąbrowska-Kugacka, prof. M. Dudziak, prof. J. Ereciński, prof. M. Fijałkowski, dr T. Górczyński, prof. Z. Gruca, prof. M. Gruchała, prof. M. Grzybiak, dr D. Jagielak, dr hab. M. Jaguszewski, prof. D. Kozłowski, prof. B. Krupa-Wojciechowska, dr hab. J. Kwiatkowska, dr hab. E. Lewicka, prof. K. Narkiewicz, dr R. Nowak, dr hab. R. Pawlaczyk, prof. G. Raczak, prof. J. Rogowski, prof. A. Rynkiewicz, dr hab. R. Sabiniewicz, prof. J. Siebert, prof. G. Świątecka, dr hab. T. Wierzba, prof. B. Wyrzykowski i prof. T. Zdrojewski.

OSKK rokrocznie skupia ok. 100 uczestników z wszystkich uczelni medycznych w Polsce, którzy zainteresowania i przyświłość wiążą z kardiologią i kardiologią. Swoje doniesienia przedstawiają również koła naukowe z dziedzin pokrewnych, badających funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego, jak chemia doświadczalna, fizjologia, neuropsychologia, a także studenci zainteresowani zdrowiem publicznym. Młodzi prelegenci prezentują wyniki prac naukowych, co stanowi idealną podstawę do ogólnopolskiego kardiologicznego forum dyskusyjnego. Konferencja z pewnością stała się kuźnią talentów kardiologicznych. Wielu dotychczasowych uczestników i laureatów pogłębia swój dorobek oraz zyskuje tytuły naukowe, wpisując się w poczet zarówno polskich, jak i światowych naukowców. Nazwiska nagradzanych w Gdańsku studentów i lekarzy stażystów można zna-



leżć wśród pracowników wielu renomowanych szpitali i jednostek dydaktycznych na całej kuli ziemskiej.

Tym, co wyróżnia Ogólnopolską Studencką Konferencję Kardiologiczną spośród innych podobnych wydarzeń, jest nie tylko długa tradycja, ale też bogaty program socjalny i towarzyski oraz cenne nagrody. Słuchacze od lat zwracają uwagę na niepowtarzalną atmosferę, która panuje podczas corocznych spotkań. Bowiem partnerskiej rywalizacji o dyplomy towarzyszą spotkania pogłębiające wiedzę dotyczącą historii Gdańska, a także sprzyjające integracji wśród uczestniczącej w nich młodzieży. W pamięci organizatorów zapadła przede wszystkim X OSKK, podczas której ogłoszono wyniki i wręczono nagrody w Sali Białej Ratusza Głównomiejskiego w Gdańsku, co poprzedzone było znamienitym występem gdańskiego chóru. W programie znalazł się również pożegnalny lunch w restauracji „Palowa”, uroczysta kolacja w Ratuszu Staromiejskim oraz pieczenie dzika w leśniczówce „Wróblówka”. Rok później uroczystość zakończenia XI Konferencji, wręczenia dyplomów i nagród odbyła się w Operze Leśnej w Sopocie. Kolejne lata również nie ustępowały swoim programem. Podczas XIII OSKK na uczestników czekała kolacja w piwnicach Dworu Artusa, a kolejnego dnia wieczór spędzony w leśniczówce „Borodziej” w Sopocie. Wielokrotnie właśnie tam odbywało się spotkanie integracyjne połączone z ogniskiem i pieczeniem dzika, a także od 1989 r. ogłoszenie wyników i rozdanie nagród. Niezapomniane są też wieczory spędzone na molo w Sopocie. Goście przyjeżdżający do Gdańska corocznie mają okazję zapoznać się bliżej z dziejami miasta. Spacer Traktem Królewskim, zwiedzanie Gdańskiej Starówki, Muzeum Narodowego, którego chlubą jest tryptyk *Sąd Ostateczny* Hansa Memlinga, lekcja w Stoczni Gdańskiej, gra miejska, rejs statkiem po Motławie czy katamaranem po Zatoce Gdańskiej przyczyniały się do pogłębiania wiedzy koleżanek i kolegów z Polski i poznawania kolejnych skarbów kultury historycznego Gdańska. Ponadto, młodzi miłośnicy kardiologii i kardiologii chirurgii wspominają nagrody wręczane laureatom. Ze względu na wysoki poziom prezentowanych prac, organizatorzy, dzięki hojności wielu sponsorów, starają się obdarzyć zwycięzców i wyróżnionych grantami wyjazdowymi na kongresy, najnowszymi książkami z kardiologii i chorób wewnętrznych, stetoskopami, sprzętem medycznym, fartuchami medycznymi oraz wieloma innymi podarunkami. Niejednokrotnie przyznawano również dodatkowe nagrody specjalne, np. puchar prezesa PTK prof. Leszka Ceremużyńskiego dla Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Chirurgii Serca i Naczyń CMUJ w Krakowie podczas IX OSKK.

Swoistą próbą generalną przed Jubileuszową XXX OSKK stała się XXIX Konferencja, która odbyła się w dniach 29-30 maja 2015 r. Prelegenci z 24 Studenckich Kół Naukowych przedstawili dorobek naukowy podczas czterech sesji, do których zakwalifikowano łącznie 66 abstraktów. Zwycięzcy sesji ustnych otrzymali nagrody naukowe ufundowane przez Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w wysokości 1000 zł na wyjazd na XIX Międzynarodowy Kongres PTK 2015 we Wrocławiu, podczas którego przed-



stawili swoje doniesienia w sesji nagrodzonych prac studenckich.

Rozbudowany program Ogólnopolskich Studenckich Konferencji Kardiologicznych, znamienici goście, wybitni młodzi uczestnicy, ciężka praca komitetu organizacyjnego oraz przychylność sponsorów i honorowych patronów nie tylko stwarza możliwość naukowego forum dyskusyjnego, ale także sprzyja integracji i nawiązywaniu nowych znajomości między młodymi kardiologami i kardiologami z całej Polski.

Jubileuszowa XXX Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna odbyła się w dniach 27-28 maja 2016 r. w Gdańsku.

lek. Alicja Genc,  
członek Komitetu Organizacyjnego XXX OSKK





# O tradycji (i nie tylko)

Prof. Krystyna Kozłowska zastanawia się, czy przez 70 lat Uczelnia dorobiła się jakiejś tradycji (*Gazeta AMG 3/2016*). Tradycja... czyż nie jest nią uroczystość odnowienia dyplomów? A zjazdy absolwentów, w których uczestniczą (nieliczni zwykle) przedstawiciele władz, doroczne pikniki poinauguracyjne ustanowione i początkowo fundowane przez Stowarzyszenie Absolwentów, tradycyjnie otwierane przez rektora i prezesa Stowarzyszenia (wprawdzie wśród uczestników przeważają pracownicy administracji). No i samo Stowarzyszenie – na temat jego usytuowania i znaczenia w Uczelni, w porównaniu z uczelniami zachodnimi pisałem obszernie w *Gazecie AMG nr 3/2015* (str. 24-27). Organizacje te wydają nawet własne czasopisma, także w Polsce – Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, AGH i inne. A czy nie tworzą tradycji doroczne wykłady podczas walnych zebrań Stowarzyszenia, na których występują nasi wybitni absolwenci, zdobywcy nagród naukowych Prezesa Rady Ministrów, Prezydenta Miasta Gdańska (nagrody Heweliusza i Uphagena), ciekawi badacze albo osobowości z zewnątrz. Frekwencja jest żenująco niska, mimo informacji na stronach internetowych, pism wysyłanych do kierowników zakładów i katedr, afiszów, anonsov (bywało) w *Dzienniku Bałtyckim* i tak jak ostatnio – bezpośrednich rozmów z przedstawicielami poszczególnych placówek z prośbą o rozpropagowanie. Ostatnio odbył się ciekawy wykład interdyscyplinarny prof. Andrzeja Czyżewskiego, elektronika z Politechniki Gdańskiej (*Gazeta AMG 3/2016*, str. 43 *O komunikacji z człowiekiem w śpiączce*). Niezwykle przykra okazała się znowu obojętność i budząca zażenowanie niska frekwencja, mimo usilnych starań organizatorów.

Na wszystkich uroczystościach z udziałem absolwentów, a nawet studentów (immatrykulacje), podkreślamy w naszych wystąpieniach znaczenie tradycji jako spoiwa z Uczelnią. Przy okazji dyplomatoriów i jubileuszy udostępnialiśmy przed wejściami na salę materiały dotyczące Stowarzyszenia – warunki przystąpienia, deklarację, statut (ostatnio także w języku angielskim). Prawie nikt się tym nie zainteresował w minionych latach. Nikt też nie zgłasza się po informację podczas cotygodniowych dyżurów zarządu.

Może na samym początku zainteresowanie było nieco większe, kiedy prestiż tych zebrań był wzmocniony obecnością przedstawicieli władz Uczelni i dość liczną kadrą profesorską. Największe poparcie i zainteresowanie uzyskaliśmy od rektora W. Makarewicza, który nie tylko spowodował reaktywację Stowarzyszenia, ale wszedł do zarządu, działając w nim nadal już po zakończeniu kadencji.

Na uroczystościach z udziałem studentów (dyplomatoria, immatrykulacje, odnowienia dyplomów) udział kadry jest bardzo skromny. Nie widzę też wielu profesorów (zwłaszcza młodych) na uroczystościach inauguracyjnych. A inaczej było w początkowych

latach istnienia Uczelni, kiedy obciążenia dla jej władz były nieporównywalnie większe. Był przecież tylko 1 prorektor i 1 prodekan, a na samym tylko moim roku rozpoczęła studia 275 studentów. Dziekanat zajmował 2 pokoje w obecnym budynku rektoratu i obsługiwała go niezapomniana p. Sawicka, mając do pomocy jedynie Iwonkę (późniejszą wieloletnią kierowniczkę) i oczywiście nie było komputerów.

Za naszych czasów (wspominam jak każdy starzec) na abso-lutoriach (wtedy nie było dyplomatoriów) stawała się niemal cała kadra profesorska. Profesorowie uczestniczyli też w spotkaniach studenckich, np. wieczór mikołajkowy w 1949 r. kiedy wznosiliśmy toast za zdrowie dziekana prof. Stanisława Manczarskiego słowami Zagłoby: *jak tatarska horda, bierziesz w jasyr korda*. My po prostu naszych profesorów lubiliśmy, a może nawet więcej, my ich podziwialiśmy! Czy to mieści się w obecnie nadużywanym określeniu charyzma? Przywiązanie do Uczelni – apelujemy o nie jako Stowarzyszenie na wszystkich spotkaniach z dyplomantami czy jubilatami odnawiającymi dyplomy. Nie przypominam sobie także, aby ktoś spośród profesorów (oprócz Adama Bilikiewicza i mnie) nosił w kłapie znaczek Uczelni. A przecież w krajach anglosaskich absolwenci rozpoznają się po krawatach! *Nota bene* była taka próba w naszym Stowarzyszeniu i skończyła się mankiem.

Elementem tradycji jest też obrzędowość. Opisałem historię nadania insygniów i ustanowienie strojów akademickich w 1968 r. (*ubrałem się w com tam miał, Józiek Wołek na mnie wdział*). Podobno na Uniwersytecie Gdańskim uroczyste wejście Senatu i Rektora poprzedzone jest przez ubranych w togi – może innego koloru? – przedstawicieli zarządu Stowarzyszenia Absolwentów.

Do tradycji należy też wliczyć doroczne koncerty świąteczne (dawniej w auli Politechniki, obecnie w Akademii Muzycznej), no i poczucie ciągłości z Wydziałem Lekarskim USB. A tradycyjne mecze pracowników naukowych ze studentami w ramach *Medykaliów*? A same *Medykalia*, a Cieciorka?

Podzielał opinię prof. Makarewicza na temat doktoratów *honoris causa*: *wiele renomowanych uniwersytetów z zasady nie nadaje tej godności swoim własnym badaczom. To inni mają dostrzec nadzwyczajne osiągnięcia i zabiegać o włączenie takiej osoby do swojej społeczności akademickiej*. Pamiętam zdziwienie prof. Witolda Rudowskiego, jednego z najwybitniejszych polskich chirurgów, uczestniczącego jako gość w takiej uroczystości. Oznajmił, że *pierwszy raz spotyka się z uroczystym powtórnym przyjęciem kandydata do danej społeczności akademickiej*.

prof. dr hab. Brunon Lesław Imieliński,

b. redaktor naczelny *Gazety AMG* 1994-2005,

prezes Stowarzyszenia Absolwentów w GUMed od 2000 r.,

b. wiceprezes GTN i przewodniczący Rady Klubu Seniora

## Komentarz do tekstu prof. Imielińskiego

Włączając się w polemikę wywołaną stwierdzeniami zamieszczonym w liście prof. K. Kozłowskiej opublikowanym w *Gazecie AMG 3/303*, nie mogę nie zgodzić się z wieloma uwagami prof. B. Imielińskiego oraz wcześniejszymi wysuniętymi przez prof. W. Makarewicza. Dodałbym jeszcze do elementów tradycji

uczelnianych uroczyste wręczanie dyplomów doktora nauk medycznych, farmaceutycznych, biologicznych lub nauk o zdrowiu, a także doktora habilitowanego. Od wielu lat uroczystość odbywa się w Dworze Artusa, co dodaje blasku i łączy tradycję naszej Uczelni z duchem tradycji starego Gdańska. Jak widać

z obu listów moich poprzedników, pełniących funkcję redaktora naczelnego naszego czasopisma zarzuty, iż w naszej *Alma Mater* nie posiadamy tradycji oraz nie kultywujemy jej szeroko w różnym wymiarze należy uznać za całkowicie nietrafione. Osobnym zagadnieniem jest problem obecności, a właściwie nieobecności wielu, zwłaszcza reprezentujących młodsze pokolenie, samodzielnych pracowników nauki podczas różnorodnych tradycyjnych spotkań i uroczystości uczelnianych. Dają oni w ten sposób zły przykład swoim asystentom, a także braci studenckiej. Trudno tłumaczyć ten fakt koniecznością uczestnictwa w swoistym wyścigu szczurów dla zapewnienia sobie i swojej jednostce jak najlepszego miejsca w rankingach wewnętrznych, jak też zewnętrznych. Bardziej uznać można brak potrzeby wewnętrznej, a także nie do końca wyrobione zdolności racjonalnego wykorzystania czasu danego nam przez Opatrzność do spożytkowania podczas ziemskiej egzystencji. Jest to zresztą zjawisko dość powszechne i wcale nietypowe jedynie dla środowiska akademickiego. Nie oznacza to, że powinniśmy się z tym bezkrytycznie godzić. Stąd też w każdym numerze *Gazety AMG* znajduje się wiele odniesień do historii i tradycji naszej Uczelni, a także przedstawiane są postacie ważne dla jej powstania i rozwoju. Zapewne nie jest to wystarczający sposób na pielęgnowanie tego przekazu, pomimo powszechnej dostępności naszego czasopisma zarówno w tradycyjnej postaci, jak też w bardziej obecnie rozpowszechnionej formie elektronicznej. Stąd też apel do przedstawicieli władz Uczelni, a także wszystkich, którym leży na sercu podtrzymywanie omawianych wartości, do jak najczęstszego odwoływania się do nich przy różnych okazjach. W szczególności czynić to należy przy okazji formalnych bądź też mniej formalnych spotkań z młodszym pokoleniem pracowników naukowo-dydaktycznych, jak też studentów. Warto im bowiem uświadamiać, że tak jak nie istnieje naród bez historii, tak podobnie nie może istnieć dobrze funkcjonująca wspólnota akademicka bez odwołań do własnej historii i trady-

cji. Przy tej okazji należy się słówko w sprawie doktoratów *honoris causa* nadawanych wybitnym jednostkom przez własną społeczność akademicką. Obaj moi wielce szanowni poprzednicy poddają głębokiej krytyce istnienie takiej praktyki w naszej Uczelni. Akurat w tym przypadku, pomimo ogromnego szacunku jakim darzę obu dyskutantów, pozwolę sobie nie zgodzić się z tą opinią. Powołam się przy tym na przykład Uniwersytetu Jagiellońskiego, w którym od lat praktykowana jest tego typu tradycja. Jest to traktowane jako najwyższe wyróżnienie, którego może udzielić własna *Alma Mater* za zasługi dla rozwoju nauki, a także dla rozkwitu rodzimej uczelni. Natomiast co do stopnia trudności w uzyskaniu tego wyróżnienia we własnym środowisku, wystarczy przytoczyć starą zasadę, iż nikt nie jest prorokiem we własnym kraju. Natomiast pretendować do roli proroka w środowisku naukowym to co najmniej podwójny stopień trudności. Zresztą w swoim liście prof. Krystyna Kozłowska, która zapoczątkowała tę dysputę, nie krytykowała samego obyczaju nadania tego zaszczytu własnym pracownikom. Wsunęła natomiast postulat wcześniejszego niż obecnie rozpoczynania takiej procedury. Zbliżając się do końca mojej repliki, trudno nie odnieść się do kwestii nikłej frekwencji na spotkaniach organizowanych przez Stowarzyszenie Absolwentów, jak również do przynależności do samego Stowarzyszenia. Trudno znaleźć radę na poprawę sytuacji w tym zakresie. Jest to bowiem zjawisko, do którego pasuje jak ulał znane określenie mistrza Boya-Żeleńskiego – *w tym największy jest ambaras, aby dwoje chciało na raz*. Wprawdzie w tym przypadku rzecz dotyczy wielu osób, ale w konsekwencji o to samo chodzi. Nie oznacza to nawoływania do nihilizmu w tym zakresie. Natomiast pewnie wszyscy powinniśmy się zastanowić się głęboko nad udoskonaleniem formy propagowania tego typu aktywności.

prof. Bolesław Rutkowski,  
redaktor naczelny *Gazety AMG*

## Studentka GUMed najlepsza w Białymstoku

**Urszula Ławrynowicz**, studentka V r. analityki medycznej, magistrantka Zakładu Immunologii, zajęła I miejsce podczas Interdyscyplinarnej Sesji Studenckiej na III Ogólnopolskiej Konferencji Studentów Medycyny Laboratoryjnej i Młodych Diagnostów *Wschodząca Diagnostyka*. Prezentacja konkursowa pod tytułem *Polimorfizm CCR5-Δ32 a ryzyko retinopatii u pacjentów z cukrzycą typu 1* obejmowała wyniki badań przeprowadzonych w ramach realizacji pracy magisterskiej, której promotorem jest prof. Jolanta Myśliwska, a opiekunem dr Bartosz Słomiński. Organizatorem Konferencji, która odbyła się 16 kwietnia br. był Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. ■

## Sukces studentki zdrowia środowiskowego



**Natalia Chrzczonowska**, studentka II r. (I stopnia) kierunku zdrowie środowiskowe, zajęła II miejsce podczas V Edycji Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Środowisko i zdrowie na Dolnym Śląsku i w Polsce. Prezentacja pod tytułem *Toksyczność osadów dennych w pobliżu kolektorów wyprowadzających ścieki oczyszczone do Zatoki Gdańskiej wobec skorupiaka *Heterocypris incongruens** obejmowała rezultaty badań pro-

wadzonych w Zakładzie Toksykologii Środowiska. Badania koncentrują się na ocenie zmian zachodzących w ekosystemie Zatoki Gdańskiej na skutek wprowadzania do wód Zatoki ścieków oczyszczonych i prowadzone są w kontekście wpływu tych zmian na zdrowie Pomorzan. Organizatorami Konferencji, która odbyła się w dniach 22-24 kwietnia br. w Myśliborzu k. Jawora, były SKN Zdrowia Środowiskowego i Epidemiologii oraz SKN Medycyny Górskiej, działające przy Katedrze i Zakładzie Higieny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. ■

## Lata 1970-1980 w Klinice Ortopedii

Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku ukończyłem w końcu 1967 r. z rocznym opóźnieniem spowodowanym urazem sportowym. W latach 1968-1970 odbyłem podyplomowy staż lekarski w Szpitalu Wojewódzkim w Gdańsku. Przed zesłaniem z nakazu pracy na prowincję uratował mnie fakt, że byłem zawodnikiem GKS „Wybrzeże” Gdańsk, czołowej polskiej drużyny koszykówki. Klub sportowy uratował mnie również z obowiązku odbycia okresowej służby wojskowej. Zapracowałem na te przywileje latami ciężkiego treningu sportowego, innym wystarczała przynależność do PZPR. Po pewnych wahaniach z wyborem dalszej drogi zawodowej (prof. Wojciech Gromadzki proponował mi po stażu etat w Klinice Położnictwa i Ginekologii AMG), zdecydowałem się na specjalizację z ortopedii i traumatologii. Rozstrzygającym momentem w tym wyborze były moje osobiste przeżycia z leczeniem złamanej nogi, zainteresowanie urazówką sportową oraz moje nadwrażliwe uszy – źle znosiłem dyżury na porodówce wśród krzyczących położnic. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności już 1 czerwca 1970 r. mogłem rozpocząć pracę w Klinice Ortopedii AMG, kierowanej wówczas przez doc. dr. Antoniego Hlavatego. Nie czułem się w Klinice osamotniony, pracowali tam już Maria Mickiewicz (anestezjolog), Ela Piętka-Normant i Edward Trembilski, z którymi wspólnie studiowałem oraz znany mi dobrze Stanisław Mazurkiewicz, czołowy działacz gdańskiego AZS. Początki nie były dla mnie wcale łatwe. Szczególnie ortopedyczny żargon, którym posługiwali się starsi koledzy, sprawiał mi problemy. Omawiając poszczególne przypadki chorobowe, używano zazwyczaj tylko skrótowych określeń, posługując się nazwiskiem autora pierwszego opisu jakiejś choroby lub twórcy danej operacji. Opanowanie tego alfabetu trwało jakiś czas. Szczególnie stresujące były też dla mnie, jako asystenta oddziału dziecięcego, obchody szefa Kliniki, podczas których musiałem referować każdy przypadek, podać diagnozę, rodzaj operacji itd. Wszystkie małe dzieci przykryte kołdrą wyda-

wały mi się jednakowe (byłem lekkim krótkowidzem). Często zmieniały też łóżka i były przebierane tuż przed wizytą. Karty gorączkowe dzieci leżały zazwyczaj w dyżurce i trudno było mi się nimi podeprzeć przy prezentacji. Na szczęście doc. Hlavaty, w odróżnieniu od swojego poprzednika prof. Sengera, był wyrozumiały i cierpliwy, nie pytał zbyt wiele. Z ulgą odetchnęłem, gdy przeniesiono mnie na oddział dorosłych. Gdzieś po 2 latach pracy w Klinice doc. Hlavaty wytypował mnie do wygłoszenia referatu na temat nowoczesnych metod leczenia złamań goleni na dorocznym zebraniu naukowym PTL. Miał to być mój pierwszy występ na forum AMG i chciałem wypaść jak najlepiej. Przygotowywałem się do niego przez kilka miesięcy, studiowałem najnowszą literaturę, robiłem dziesiątki stron notatek. Nie mając przedtem żadnego doświadczenia w przygotowywaniu i prezentacji referatów, przeładowałem go nadmiernie.

Gdy minęło 30 minut, które miałem do dyspozycji, nie byłem gotowy nawet ze wstępem. Przewodniczący zebrania przerwał moje wystąpienie. Po tym bolesnym incydencie zapamiętałem na całe życie, że referat musi być zwięzły i konkretny, pozbawiony zbyt wielu liczb i szczegółów. Okna sali wykładowej, w której odbywały się nasze poranne, kliniczne konferencje wychodziły na ul. Świerczewskiego (obecnie ul. Nowe Ogrody). Po drugiej stronie mieścił się budynek Sądu Wojewódzkiego. Pamiętam do dzisiaj jak doc. Hlavaty, wskazując palcem na sąd, pouczał nas, abyśmy prowadzili dokładną dokumentację wykonywanych czynności i nigdy nie zapominali, że sędziowie z przeciwka tylko czyhają na nasze błędy i potknięcia.

Początek lat 70. był okresem szczególnym. Sytuacja społeczno-polityczna w Polsce była bardzo napięta. W marcu 1968 r. rozpoczęły się w Polsce, także w Gdańsku, strajki studenckie. Poziom życia ludności stale się pogarszał. Szaleńcze cierpliwości społeczeństwa przepełniły duże podwyżki cen żywności, ogłoszone przez rząd 13 grudnia 1970 r. Dzień później przed budynkiem dyrekcji Stoczni Gdańskiej zebrało się około 3 tys. wzburzonych robotników, którzy wyszli na ulicę. Dołączyło do nich kilka tysięcy pracowników innych zakładów pracy oraz mieszkańców Gdańska. Doszło do starć z siłami bezpieczeństwa. Od 14 do 17 grudnia trwały krwawe walki uliczne demonstrantów z milicją, ORMO i wojskiem. Spalono Komitet Wojewódzki PZPR w Gdańsku. Według oficjalnych danych, zginęło wówczas 45 osób, a 1164 osoby zostały ranne. Zacięte walki toczyły się też przed Komendą Miejską MO przy ul. Świerczewskiego. Ojciec mój, Tadeusz Grabowski, wówczas starszy lekarz chirurg i kierownik zespołu reanimacyjnego Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku, jeździł non stop po mieście karetką, opatrywał rannych i przewoził ich do szpitali. Wraz z jednym rannym, nieprzytomnym oficerem milicji dostał się w nasze ręce aparat



Ryc. 1. Autor w Poradni Kliniki Ortopedycznej AMG, koniec lat 70. XX w.



walkie-talkie, który potrafiliśmy uruchomić. Tym sposobem mieliśmy możliwość słuchania treści rozkazów wydawanych milicjantom z centrum dowodzenia. Byliśmy też świadkami wydania pozwolenia na użycie broni palnej wobec demonstrantów. Na VII Plenum KC PZPR 20 grudnia Władysław Gomułka zrezygnował z funkcji I sekretarza partii. Jego stanowisko objął Edward Gierek. Także w naszej Klinice prowadzona była w tym czasie burzliwa, emocjonalnie naładowana, polityczna dyskusja, w której ścierały się różne poglądy. Dla mnie osobiście ważne było jeszcze w latach 1970/71 r. kontynuowanie sportowej kariery. Poza wieczornym treningiem każdego dnia przed południem w małej sali sportowej GKS „Wybrzeże” przy ulicy Kartuskiej odbywały się 2-godzinne treningi koszykówki. Za cichą zgodą doc. Hlavatego starałem się regularnie w nich uczestniczyć, co było jednak trudne do pogodzenia z udziałem w operacjach i obchodach oraz pełnieniem dyżurów. Z wdzięcznością wspominam wyrozumiałość i dobrą wolę moich kolegów, którzy zastępowali mnie w czasie bytności na treningach. Po zdobyciu tytułu mistrza Polski w 1971 r. coraz bardziej zdawałem sobie sprawę, że dalsze uprawianie sportu wyczynowego na najwyższym ligowym poziomie nie jest dla mnie więcej możliwe. Sytuację zaostriżył fakt, że w sierpniu 1972 r. przyszły na świat moje córki bliźniaczki – Justyna i Marzena. Trzeba było rozstać się z beztróskim, wolnym życiem wyczynowego sportowca. Moje oficjalne, uroczyste pożegnanie z GKS „Wybrzeże” nastąpiło w grudniu 1972 r. W marcu 1973 r. czekał mnie już egzamin specjalistyczny pierwszego stopnia z ortopedii. Przy intensywnej pracy w Klinice oraz zajęciach dodatkowych na naukę pozostawało niewiele czasu. Moje małe dzieci często w nocy płakały. Przystępując do egzaminu, czułem się wyczerpany i niepewny mojej wiedzy. Na szczęście pytania były stosunkowo łatwe, a egzaminatorzy przyjaźni. Trzy lata później, w 1976 r. w Poznaniu, na egzaminie specjalistycznym drugiego stopnia z ortopedii i traumatologii było już znacznie trudniej. Członkowie Komisji Egzaminacyjnej, znani profesorowie W. Dega, A. Senger, K. Bernardczyk i H. Strzyżewski, maglowali nas przez kilka godzin. Byłem dobrze przygotowany. Wraz z kolegą Andrzejem



Ryc. 2. Drużyna piłki nożnej Kliniki Ortopedycznej AMG (początek lat 70. XX w.). Od lewej: M. Grabowski, T. Henicz, Z. Małkowski, R. Urbanowicz, T. Lewandowski, J. Walerych, T. Wiśniewski, K. Olszewski (pielęgniarski), K. Czerepak, W. Wojtasik, M. Laskowski, S. Mazurkiewicz i A. Smoczyński



Ryc. 3. W Klubie Szpitala Wojewódzkiego, od lewej: J. Walerych, J. Szczekot, T. Wójcik i T. Wiśniewski



Ryc. 4. Od prawej: T. Wójcik i T. Wiśniewski z partnerkami

Pucherem (późniejszym dyrektorem Kliniki Ortopedii AM w Poznaniu) otrzymaliśmy notę bardzo dobrą, pięć osób odesłano do powtórki. Wraz z moim opiekunem specjalizacji, dr. M. Laskowskim, żoną i przyjaciółmi oblaliśmy potem godnie ten sukces w moim mieszkaniu we Wrzeszczu. Po tym egzaminie, osiągnąwszy chrystusowy wiek 33 lat, zapuściłem brodę (ryc. 1), którą nosiłem przez kolejne 11-12 lat. W 1978 r. obroniłem pracę doktorską i dostałem nominację na adiunkta Kliniki. Jednym z recenzentów mojego doktoratu był prof. Witold Ramotowski, kierownik Kliniki Ortopedii MSW w Warszawie. Chciałem pokazać mu Wybrzeże. W Gdyni zaparkowałem mój samochód w jakimś niedozwolonym miejscu. Po powrocie ze spaceru zastaliśmy przy samochodzie sierżanta milicji, który od razu zaczął nam głośno ubliżać. Jakież było jego zaskoczenie, gdy prof. Ramotowski wylegitymował się jako generał MSW i zażądał z kolei dokumentów od milicjanta. Mandatu nie musiałem płacić.

W 1974 r. i 1976 r. odbyłem kilkumiesięczne szkolenie w Charing Cross Hospital w Londynie, gdzie ordynatorem Oddziału Ortopedii był prof. Anthony Catteral, czołowy angielski ortopeda, twórca znanej klasyfikacji choroby Perthesa (1971 r.). Asystowałem mu często do operacji stawów biodrowych u małych dzieci. W 1976 r. przeszkoliłem się też w Anglii w wykonywaniu artroskopii stawu kolanowego. Niestety nie otrzymałem potem w Gdańsku szans na praktyczne udowodnienie moich umiejętności. Nastąpiło to dopiero w 1982 r., już w w Klinice Ortopedii Uniwersytetu Landu Saary w Homburgu, RFN.

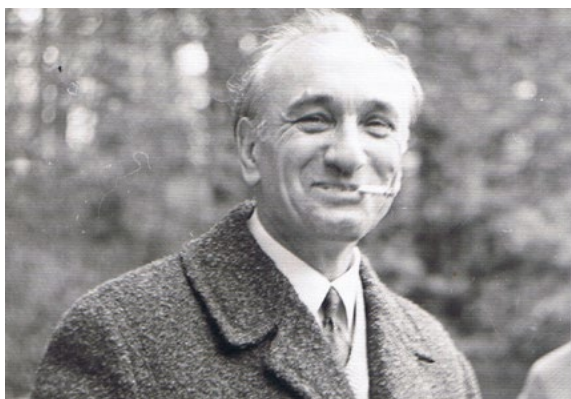


Ryc. 5. M. Referowska i W. Wojtasik

▶ W latach 70. zespół lekarski naszej Kliniki był bardzo zgrany i koleżeński. Rozgrywaliśmy mecze piłki nożnej (ryc. 2). Każdy naukowy lub zawodowy sukces musiał być stosownie uczczony, zazwyczaj w Klubie znajdującym się w podziemiach naszego szpitala (ryc. 3). Nie mogło przy tym obyć się bez tańców (ryc. 4 i 5). W 1973 r. świętowaliśmy habilitację dr. J. Szczekota i dr M. Referowskiej, a rok później także profesorski tytuł doc. A. Hlavatego.

W epoce socjalizmu panował zwyczaj, że poszczególne Kliniki lub Instytuty AMG podejmowały czynny społeczny dla uczczenia święta 1 Maja. Nasza Klinika zobowiązała się jednego roku uporządkować teren Ośrodka Wypoczynkowego AMG na Kaszubach. Konieczne było m.in. wykonanie poważnych prac ziemnych, usunięcie korzeni drzew itd. Prof. Hlavaty (ryc. 6) i kilku kolegów przybyło w w eleganckich garniturach i pod krawatem. Gdy po rozebraniu się do majtek, wzmocnieniu szefowskim koniakiem i 2 godzinach ciężkiej walki z przyrodą (ryc. 7) efekty były minimalne, ktoś wpadł na pomysł wezwania do pomocy okolicznego rolnika. Z pomocą jego traktora, cała praca została ukończona w 2-3 godziny. Gospodarz otrzymał 3 flaszki wódki, a nasza pyszna zabawa na brzegu jeziora trwała do wieczora. Następnego dnia z Kliniki wyszło do rektoratu i Komitetu Uczelnianego PZPR AMG zawiadomienie o pełnym wykonaniu społecznego zobowiązania wartości wielu tysięcy złotych.

Sytuację ekonomiczno-rynkową w polskim państwie realnego socjalizmu lat 70. trudno sobie dzisiaj wyobrazić. Pamiętam pewne grudniowe popołudnie, gdy przez 2 godziny staliśmy w kolejce razem z prof. Hlavatym, aby kupić



Ryc. 6. Prof. A. Hlavaty nadzoruje czyn pierwszomajowy

2 kg kubańskich pomarańczy. Szef rzekł wtedy do mnie swoją charakterystyczną galicyjską gwara: *Panie Koleżko, wiesz Pan czyż to nie skandal, że profesor musi stać godzinami w kolejce za kilkoma pomarańczami*. Dwa dni później spotkaliśmy się we Wrzeszczu w kolejce po karpie. Bywały sytuacje, gdy większość pielęgniarek i innych pań zatrudnionych w szpitalu opuszczała nagle miejsce pracy, aby wyskoczyć do sklepu, bo właśnie przyszły ryby, owoce południowe lub szynka. Czasami operacje nie odbywały się, bo brakowało gumowych rękawiczek operacyjnych. Każdy lekarz, właściciel samochodu osobowego był uzależniony od jakiegoś mechanika samochodowego. Gdy w trakcie pobytu na plaży na Stogach ukradziono z mojego samochodu akumulator, uratował mnie dopiero pan K., kierownik Motozbytu w Kościerzynie, gdzie dojeżdżałem raz w tygodniu do (starego) szpitala jako konsultant ds. ortopedii i traumatologii. Normalne kupienie akumulatora w Trójmieście było marzeniem ściętej głowy. Gdy niespodziewanie, zamiast oczekiwanego syna, urodziły mi się córki – bliźniaczki (opiekujący się moją żoną w trakcie ciąży ginekolog dr Cz. był tym bardzo zaskoczony, *nota bene* tematem jego pracy doktorskiej była ciąża bliźniacza!), mieliśmy duże problemy z kupieniem dodatkowego łóżeczka dziecięcego. Nasze zarobki były bardzo niskie, poniżej poziomu niewykwalifikowanego robotnika w stoczni. Pomimo to byliśmy przekonani, że branie łapówek od pacjentów jest etycznie niemoralne. Reakcja chorych była różna. Gdy raz, pracując w Poradni Ortopedycznej dla Dorosłych, energicznie wzbraniałem się z przyjęciem pieniędzy od jakiejś starszej Kaszubki, ta nagle rozplakała się. Rozumowała, że jeżeli doktor nie chce ich przyjąć, to znaczy, że nie ma już dla niej ratunku. Każdy asystent Kliniki miał różne dodatkowe posady, aby związać koniec z końcem. W 1978 r., na fecie z okazji doktoratu kolegi M. Cz. zaskoczyła mnie jego teściowa, góralka, pytaniem czy jej zięć jest dobrym lekarzem? Gdy gorąco przytaknąłem, wtedy ona spojrzała na mnie z niedowierzaniem i orzekła: u nas na Podhalu każdy dobry doktor to bogacz, dlatego w takim razie mój zięć pomimo ciężkiej pracy prawie bieduje?

Zadaniem lekarza dyżurnego Głównej Izby Przyjęć Szpitala Wojewódzkiego było osobiste skosztowanie szpitalnego obiadu w kuchni i podpisanie stosownego protokołu. Dopiero wtedy można było wydawać obiad pacjentom. Pełniłem często te dyżury i mogę stwierdzić, że nigdy nie byłem tak dobrze dokarmiony jak w owych latach. Socjalizm miał też swoje zalety.

Lata 1970-1980 były najważniejszym okresem mojego życia. Prywatnie i zawodowo. W Klinice panował duży entuzjazm do szkolenia się i pracy naukowej. Moim wiodącym tematem była stabilna osteosynteza kości długich. Wszelkie stronne ortopedyczne wykształcenie, jakie wyniosłem z mojej gdańskiej Uczelni spowodowało, że nie musiałem mieć kompleksów w zetknięciu z ortopedią angielską czy niemiecką. Pewne problemy w posługiwaniu się nowoczesnym, zachodnim sprzętem operacyjnym okazały się stosunkowo szybkie do odrobienia.



Z sentymentem spoglądałam na *tableau* naszej Kliniki z 1978 r. (ryc. 8). Profesor A. Hlavaty prowadził Klinikę przez okres 23 lat (1967-1990). Humanista, wielbiciel muzyki i pasjonat taternictwa uczył nas nie tylko ortopedii, ale i etycznego podchodzenie do pacjenta, pokory wobec życia i śmierci. Odwiedziłem go w 2015 r. Pomimo 95 lat zadziwił mnie jasnością umysłu i dobrą formą fizyczną. Niestety bardzo wiele osób z moich lat 70. w Klinice odeszło już do wieczności. Pierwsza, 18 września 1980 r. opuściła nas niespodziewanie dr med. E. Piętka-Normant, dla mnie synonim optymizmu, siły i energii życiowej. Następnym był chyba dr med. Z. Borkowski (1932-1986). Bardzo zaboląta mnie śmierć dr. K. Czerepaka (1938-1987), człowieka mądrego i prawego, świetnego lekarza. Odwiedzając mnie w Niemczech bał się mojej szybkiej jazdy samochodem, a niedługo potem wykryto u niego nieoperacyjnego raka, chyba wątroby. Potem odeszli dr A. Faczyński (1931-1991), wieloletni ordynator w Nigerii, ogólnie lubiany i ceniony i dr M. Czernihowski (1937-1991). Wielką stratą dla Kliniki była śmierć dr. A. Ożgi (1937-1995), człowieka niezmiernie sumiennego i dokładnego, specjalizującego się w chirurgii ręki. Pełnił on ważną, choć niewdzięczną rolę kontrolera porządku w Klinice oraz prawidłowego prowadzenia dokumentacji chorych. Jego czujności nie miało szans ująć żadne nasze uchybienie w pracy. Dwa lata później odszedł nagle prof. J. Szczekot (1932-1997), dla mnie wielki autorytet jako człowiek i chirurg, zawsze opanowany, życzliwy i sprawiedliwy. Kierownik Kliniki w latach 1990-1997. Wiele mu zawdzięczam. Potem zmarli: dr S. Dańko, doświadczony chirurg ogólny i ortopeda-traumatolog, świetny gawędziarz, dr T. Wójcik – b. ordynator w Dzierżaniu. Za granicą zmarła A. Chróścielewska-Wyszczelska (anestezjolog). Już poza Kliniką zmarł dr W. Wojtasik, którego bardzo lubiłem. Pomimo muskularnej budowy ciała miał romantyczną duszę i pisał wiersze, które były nawet gdzieś publikowane. Pamiętam, że w jednym z nich ubolewał nad *Ziemią spletaną drutami*, w innym opiewał dziewczynę, której długie blond włosy owiewał kaszubski wiatr. W 2014 r. zmarli: dr R. Okoniewski – były ordynator w Nigerii i w Gdyni, T. Lewandowski, lekarz i magister wychowania fizycznego, świetny kolega oraz zawsze elegancka i dobrze ułożona dr E. Gładkowska-Bogotko (specjalista rehabilitacji). 25 grudnia 2015 r. odeszła od nas bardzo zasłużona prof. M. Referowska (anestezjolog). Wszyscy oni byli bardzo wartościowymi, ciekawymi ludźmi, świetnymi lekarzami i dużymi indywidualnościami. I jeszcze informacja z własnego podwórka, syn śp. doc. dr W. Dunaj (lekarz patolog, pracowała w naszej Klinice w latach 1959-1971), dr med., lek. dent. A. Dunaj jest mężem mojej córki Justyny i troskliwym ojcem moich wspaniałych wnuków Sebastiana (ur. w 2006 r.) i Adriana (ur. w 2011 r.). Wszyscy mieszkają w Niemczech.

Osobami, które w moich latach szczególnie troszczyły się o szkolenie młodych asystentów w naszej Klinice, byli: dr M. Laskowski (potem ordynator w Szpitalu na Zaspie) i dr T. Wiśniewski (potem ordynator w Nigerii i w Republice



Ryc. 7. Pracownicy podczas prac pierwszomajowych



Ryc. 8. Zespół Kliniki Ortopedycznej AMG w 1978 r.

Południowej Afryki). Pierwszy co 2-3 tygodnie odprawiał z nami szkoleniowe posiedzenia i surowo przepytawał. Od drugiego nauczyłem się przede wszystkim zasad protezowania kończyn, regresji stópek końsko-szpotaowych oraz prawidłowego gipsowania. Podziwiałem jego manualne mistrzostwo i niezwykłą szybkość, z jaką poruszał się po Klinice – był wszędzie obecny. Dr A. Baranowski został ordynatorem w Wejherowie. S. Mazurkiewicz, A. Smoczyński i B. Baczkowski zdobyli „buławy generalskie”, habilitowali się i zostali profesorami. Prof. Mazurkiewicz dowodził Kliniką Ortopedyczną AMG przez 13 lat (1997-2010), potem pozostał jeszcze jako konsultant wojewódzki. Losy nie wszystkich koleżanek i kolegów, z którymi pracowałem w latach 1970- ▶▶

ORTOPEDYCZNE I

Gdańsk  
16-18 czerwca  
2016

I Bałtyckie Spotkanie Ortopedyczne

www.orto-meeting-gdansk2016.pl



► -1980 są mi dokładniej znane, ale wspominam ich wszystkich bardzo ciepło.

Wyjeżdżając w sierpniu 1980 r. na stypendium naukowe Fundacji Alexandra von Humboldta (sierpień 1980 r. – styczeń 1982 r.) do RFN, nigdy nie przypuszczałem, że pozostanę tam na stałe. Od tego czasu minęło już ponad 35 lat. Po ogłoszeniu 13 grudnia 1981 r. stanu wojennego w Polsce zdecydowałem się na pozostanie w Niemczech. Przez kolejne 6 lat byłem współpracownikiem naukowym Katedry i Kliniki Ortopedii Uniwersytetu Saary w Homburgu (dyr. prof. Heinz Mittelmeier), a potem ordynatorem (Itd. OA) dwóch Klinik niemieckiego Caritasu. Od 1 kwietnia 2008 r. przebywam na emeryturze.

Michał Tadeusz Waclaw Grabowski,  
Gleiszellen/Pfalz, Niemcy

## TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI

Na muzealnej półce, a dokładniej obok niej, ze względu na gabaryty, znajdujemy aparat do znieczulenia Romulus firmy Dräger, którego produkcja rozpoczęła się w 1952 r.

Lata 50. XX w. były ważne dla rozwoju medycyny, a każdy rok tego niespokojnego stulecia przynosił odkrycia i innowacje o przełomowym lub co najmniej doniosłym znaczeniu. Tym nie mniej to właśnie piąta dekada zapadła w powszechną pamięć. Przede wszystkim dzięki antybiotykowi, które pozwoliły pokonać wiele śmiertelnych chorób, z gruźlicą na czele. Powszechność podawania tych leków spowodowała prawdziwy renesans strzykawek i igieł. W leczeniu wodogłowia zastosowano układy przeciekowe komorowo-otrzewnowe lub komorowo-przedsionkowe. Chirurdzy poczynili ogromne postępy w technice operacyjnej wielu schorzeń. Osiągnięcia te nie byłyby możliwe bez kolosalnych zmian w zakresie anestezjologii. Oczywiście ich symbolem jest wyodrębnienie jej jako osobnej specjalności. Proces ten w Polsce trwał kilka lat i został uwieńczony sukcesem właśnie pod koniec lat 50. Emanypacji anestezjologii towarzyszył postęp technologiczny, którego symbolem jest prezentowany aparat do znieczulenia Romulus.

Ten przełomowy aparat, niezależnie od kilku ulepszeń, zasadą działania nie różnił się w sposób istotny od poprzedników. Nowością była nowoczesna konstrukcja, która łączyła w sobie aparat do znieczulenia i wygodne miejsce pracy anestezjologa. Kilka szuflad mogło pomieścić wiele przydatnych przedmiotów, a niewielki blat mógł służyć np. sporządzaniu notatek i prowadzeniu dokumentacji znieczulenia. Romulus na wiele lat wyznaczył kierunek rozwoju podobnych aparatów. Potwierdzeniem jego wysokiej jakości i niezawodności było rozpowszechnienie w klinikach i oddziałach. Jeszcze w latach 90. XX wieku sprawne Romulusy służyły do prowadzenia krótkich i mniej wymagających znieczuleń. Dräger produkował również

Pod egidą prof. Tomasza Mazurka, kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii GUMed i dr. Pawła Cieśli, ordynatora Oddziału Ortopedii Szpitala Miejskiego w Gdyni odbędzie się w dniach 16-18 czerwca br. w Gdańsku **I Bałtyckie Spotkanie Ortopedyczne** z udziałem zagranicznych gości. W ramach Konferencji odbędzie się sesja naukowa Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Ortopedów i Traumatologów, na której dr Michał T. W. von Grabowski podzieli się swoimi wspomnieniami z pracy w Klinice Ortopedycznej AMG w latach 1970-1980. Niniejszy tekst zawiera część tych wspomnień.



bliźniaczy model aparatu do znieczulenia nazwany Remus, różniący się mniejszą pojemnością cylindrów z gazami, których mieszanka stosowana była do znieczulenia. Ponadto pierwotnie Romulus przeznaczony był na wewnętrzny rynek niemiecki, a Remus kierowano na eksport.

Prezentowany egzemplarz pochodzi z Kliniki Psychiatrii Dorosłych, gdzie wykorzystywany był do znieczuleń podczas terapii elektrowstrząsami. Pamiętający te urządzenia goście Muzeum, wspominają je z niezmienną nostalgią.

dr Marek Bukowski, Muzeum GUMed

Każdego ósmego dnia miesiąca na stronie internetowej [www.gumed.edu.pl](http://www.gumed.edu.pl) prezentowany jest wybrany obiekt z kolekcji Muzeum GUMed. Wszystkie eksponaty zostaną zaprezentowane podczas specjalnej wystawy jesienią 2016 roku.

# Symposium w Straszynie

W malowniczym otoczeniu Straszyna koło Gdańska, w Domu Rekolekcyjnym Archidiecezji Gdańskiej im. św. Wojciecha odbyło się spotkanie farmaceutów z różnych stron Polski, pracujących w aptekach otwartych, szpitalnych oraz przedstawicieli studentów, pracowników Uczelni i sympatyków oddziału gdańskiego SFKP. Tematem rekolekcji były aktualne problemy związane z dylematami aptekarskiego sumienia, pogłębione o aspekty prawne, psychologiczne oraz etyczne. Symposium zorganizował oddział gdański Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski. Wykłady sympozjalne prowadzili wybitni specjaliści w zakresie nauk teologicznych, psychologicznych i prawnych: ks. prof. M. Machinek (UWM, Olsztyn), dr hab. O. Nawrot (UG), prof. M. Majkowicz (GUMed) oraz o. dr K. Niewiadomski OFM, kapucyn (Kraków). Uzupełnieniem były warsztaty dyskusyjne, które z wykładowcami prowadziła dr D. Szemrowicz, specjalista w zakresie psychoterapii (Gdańsk).

Ks. prof. M. Machinek w wykładzie o sumieniu jako wyjątkowym wymiarze osoby ludzkiej podkreślił jego powszechne doświadczenie i delikatny charakter. Zwrócił też uwagę na rolę sumienia, uwzględniając jego wymiar indywidualny i społeczny. Sumienie – centrum osoby – jest z jednej strony stróżem jej integralności, a z drugiej jest otwarte na wspólne dla wszystkich ludzi wartości. Dlatego też ład moralny, na którego straży stoi sumienie, jest podstawą życia każdego człowieka i każdego społeczeństwa. W każdym czasie wołamy głosem św. Jana Pawła II o ludzi sumienia. Ludźmi sumienia nie można sterować, dlatego są oni niewygodni dla wszelkiego rodzaju dyktatur (np. hitlerowskiej), które przedstawiają sumienie w negatywnym świetle jako pewnego rodzaju okaleczenie człowieka oraz redukują je do instynktu czy zmiennego subiektywnego uczucia. Myśli ks. prof. Machinka rozwinął dr hab. O. Nawrot z UG, który wykazał, iż zabezpieczeniu realizacji moralnych wartości służą konkretne normy prawne. Jednakże, jak wskazuje art. 18, ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, to gwarancja wolności sumienia decyduje, czy mamy do czynienia z państwem prawa. Zgodnie z Europejską Komisją Praw Człowieka (art. 9, ust. 2) możliwość ograniczenia wolności zewnętrznej musi uwzględniać aspekty legalności, konieczności oraz celowości. W demokratycznym porządku prawnym istotą debaty powinien być dialog charakteryzujący się swobodą w zakresie ekspresji przekonań, a jego zasadami powinny być autonomia jednostki, możliwość odwołania się wspólnych wartości oraz podejmowania działań zgodnie z poznana w sumieniu prawdą o dobru.

Dylematy sumienia w aspekcie psychologicznym przedstawił w niekonwencjonalny i obrazowy sposób prof. M. Majkowicz z GUMed. Podkreślił, że rozbieżność

prawa stanowionego w stosunku do prawa moralnego prowadzi do pojawienia się konfliktów w życiu zawodowym i społecznym. Konflikty te można rozwiązać na zasadzie unikania, agresji bądź asertywnej postawy wyrażającej szacunek dla obu stron konfliktu. Prof. Majkowicz wspominał również o nowych trendach w naukach psychologicznych obserwowanych w Szwecji. Wspomniany nurt badawczy zajmuje się m.in. badaniem tzw. stresu sumienia oraz percepcji (wrażliwości) sumienia. Profesor zwrócił uwagę na ciekawy dorobek naukowy ks. prof. J. Pastuszki dotyczący psychologii ogólnej i zachęcił do zapoznania się z zasadami racjonalnej terapii zachowań (oryg. *Rational Behavior Therapy*, twórca Maxie C. Maultsby)

O. dr K. Niewiadomski, kapucyn z Krakowa przedstawił pojęcie sumienia głównie w aspekcie religijnym, odnosząc je przy tym do cnót kardynalnych i teologicznych. Cnoty moralne (obyczajowe, etyczne), takie jak roztropność, sprawiedliwość, umiarkowanie i męstwo osiąga się przez wychowanie, świadome czyny i postawy we współpracy z łaską Bożą. Cnoty teologiczne: wiarę, nadzieję i miłość otrzymujemy jako dary Ducha Świętego, który wyposażył nas także w dary mądrości, rozumu, męstwa, dobrej rady, umiejętności, pobożności i bojaźni Bożej. Według tradycyjnej nauki Kościoła każdy człowiek został wyposażony przez Stwórcę w prasonie (synderezę). Jest ono wrodzoną i naturalną zdolnością poznania podstawowych norm moralnych, jest ono niezienne i niezniszczalne, zawsze sprzeciwia się złu. Jednakże zdolność ta może być osłabiona przez grzech czy namiętność, a człowiek może czasem kierować się uczuciem lub błędnym rozpoznaniem okoliczności. Wtedy rozum pomaga nam rozpoznać, co tak naprawdę jest dobrem, a co złem. Problem ten poruszało wielu świętych, wielokrotnie także o sumieniu jako o szczególnym miejscu spotkania człowieka z Bogiem pisał Jan Paweł II.

Podsumowaniem Symposium były obrady w grupach w ramach warsztatów i seminariów, które dotyczyły formacji i wolności aptekarskiego sumienia, realizacji cnót w pracy aptecznej oraz radzenia sobie z obroną własnych przekonań. W ostatnim dniu uczestnicy przedstawili krótką prezentację wniosków sformułowanych podczas dyskusji w grupach warsztatowych i seminarijnych oraz podzielili się ogólnymi wrażeniami z uczestnictwa w spotkaniu.

Każdego dnia sprawowano Eucharystię. Modlono się w intencji zmarłych farmaceutów, całego środowiska farmaceutów oraz za uczestników Symposium. Kazania wygłosił o. dr K. Niewiadomski. Na koniec uczestnicy spotkania rekolekcyjnego zostali rozesłani do pełnienia misji służenia Bogu poprzez pomoc ludziom chorym, cierpiącym oraz potrzebującym. ▶▶

► Niewątpliwie prawda moralna domaga się nie tylko od farmaceuty zaprezentowania postawy zdecydowanego sprzeciwu sumienia oraz dawania świadectwa, do którego każdy chrześcijanin jest wezwany. Wymóg sprzeciwu sumienia farmaceuty, mimo że nie zawsze będzie mógł być realizowany w stopniu najwyższym, powinien być traktowany jako wezwanie do przewycięzania trudności. Należy mieć nadzieję, że wspólne i nieustanne wysiłki na rzecz uzyskania pełnego ustawowego szacun-

ku wobec działań zgodnych z sumieniem przyczynią się do tworzenia prawa stanowionego, które pozostawałoby w jak najmniejszej sprzeczności z prawem moralnym.

dr Teresa Frąckowiak, dr Małgorzata Prusak,  
dr Aleksandra Radwańska

W imieniu oddziału gdańskiego SFKP wyrażamy serdeczne podziękowania Dyrekcji Innowacyjnego Laboratorium Farmaceutycznego Labofarm w Starogardzie Gdańskim za finansowe wsparcie organizacji Sympozjum.

## Transplantacje w Gdańsku w 2015 roku

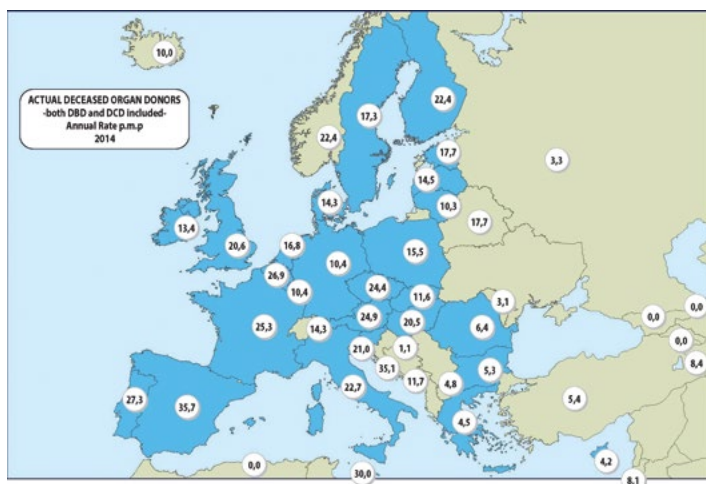
Konferencja, na której podsumowano działalność gdańskiego ośrodka transplantacyjnego w 2015 r., odbyła się 18 marca 2016 r. w audytorium prof. Kieturakisa w Centrum Medycyny Inwazyjnej. Tradycyjnie spotkanie poprowadzili: prof. B. Rutkowski, pełnomocnik rektora GUMed ds. transplantacji oraz prof. Z. Śledziński, konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Po przywitaniu zgromadzonych, wśród których byli: zastępca dyrektora naczelnego ds. lecznictwa UCK w Gdańsku dr hab. T. Stefaniak oraz zastępca dyrektora naczelnego ds. logistyki i zabezpieczenia medycznego lek. A. Sudoł odbył się pokaz prezentacji przygotowanych przez pracowników UCK zaangażowanych w działalność transplantacyjną.

Pierwszą prezentację pt. *Aktualny stan przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie* przedstawił prof. B. Rutkowski. Na podstawie najnowszych danych z literatury: w przeliczeniu na milion populacji w Polsce odnotowano 15,5 rzeczywistych zmarłych dawców, przy czym należy wspomnieć, że współczynnik ten utrzymuje się na tym poziomie w ostatnich 3 latach. Dla porównania w Europie współczynnik ten wynosi: w Niemczech 10,4, a w Hiszpanii 35,7. W ska-

li światowej pod względem pobierania i przeszczepiania narządów od dawców zmarłych przodują Stany Zjednoczone oraz Hiszpania.

W Polsce w ostatnich latach odnotowano niewielki, aczkolwiek stały wzrost liczby przeszczepianych narządów. W 2015 r. przeszczepiono ich ogółem 1620, w tym 958 nerek, 310 wątroób, 99 serc, 24 płuca. Pod koniec 2015 r. na transplantację nerki oczekiwało 935, wątrobę 171, serce 364, a płuca 43 pacjentów.

Analizując aktywność poszczególnych województw, na pierwszym miejscu znalazło się woj. pomorskie. Liczba dawców zmarłych wyniosła 21,7 w przeliczeniu na milion populacji. Następne w kolejności to woj. zachodniopomorskie z liczbą 19,2 dawców w przeliczeniu na milion populacji. Najniżej, z liczbą 7 dawców w przeliczeniu na milion populacji znalazło się woj. lubelskie.



W gdańskim ośrodku w 2015 r. wykonano 112 transplantacji nerek, w tym 5 od dawców żywych. Na 21 ośrodków przeszczepiających nerki w Polsce, gdański uplasował się na trzecim miejscu, za warszawskim (135) i katowickim (116).

Kolejna prezentacja przedstawiona przez prof. Zbigniewa Śledzińskiego poświęcona była działalności organizacyjno-



-szkoleniowej gdańskiego ośrodka transplantacyjnego. Dzięki staraniom wszystkich zespołów w 2015 r. w UCK przeszczepiono: 112 nerek, 10 serc, 56 rogówek. Na podstawie danych z Poltransplantu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku od 2012 r. zajmuje pierwsze miejsce spośród wszystkich szpitali w Polsce pod względem liczby pobrań od dawców zmarłych. W minionym roku odbyło się 21 pobrań narządów.



Aktualnie w UCK w Gdańsku zatrudnionych jest 22 specjalistów w dziedzinie transplantologii klinicznej, w tym: 5 w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, 14 w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, 1 w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej oraz 2 w Klinice Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży. Otwarte specjalizacje z tej dziedziny ma 11 lekarzy.

W kolejnej części wystąpienia prof. Śledziński zaprezentował działalność naukowo-dydaktyczną w temacie transplantologii. Gdański ośrodek był organizatorem XII Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Na zakończenie prof. Śledziński omówił plany na przyszłość, dotyczące rozpoczęcia jeszcze w 2016 r. pobierania i przeszczepiania wysp trzustkowych. Ponadto w niedalekiej przyszłości planuje się rozpocząć pobieranie i przeszczepianie wątroby. Od kilku miesięcy trwają szkolenia całego zespołu transplantacyjnego, które mają zakończyć się w grudniu 2016 r. Zespół transplantacyjny uczestniczył również w szkoleniu dotyczącym pobierania i przeszczepiania nerek od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia. Pozostało dopracować jedynie procedury i je wdrożyć.

Kończąc wystąpienie, prof. Śledziński wspominał o zmarłym w 2015 r. profesorze Jerzym Dybickim, wieloletnim kierowniku Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w Gdańsku, inicjatorze programu przeszczepiania nerek w Gdańsku.

Prof. Alicja Dębska-Ślizień, kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych zaprezentowała wykład pt. *Wyniki przeszczepiania nerek w ośrodku gdańskim w 2015 r.*, w którym dokonała analizy losów chorych po transplantacji nerki. Przeważającą liczbę przeszczepionych pacjentów stanowili mężczyźni (67%) oraz chorzy poddawani zabiegowi hemodializy (76%). Pozostali pacjenci to

dializowani otrzewnowo (19.5%) oraz do przeszczepu wyprzedzającego (4.5%). Średni wiek biorców wyniósł 47 lat, najmłodszy biorca miał 21, a najstarszy 69.

Na 1280 transplantacji wykonanych w UCK w Gdańsku, przeżywalność biorców nerek w latach 2000-2015 wyniosła średnio 98%. W 2015 r. przeżywalność biorców obliczono na 98%, a przeżywalność przeszczepionych nerek 94%. Odnotowano najniższy jak do tej pory odsetek ostrego odrzucania przeszczepu (7,1%). Średni czas zimnego niedokrwienia nerek wyniósł 15 godzin 28 minut. Z Gdańskiego Ośrodka Kwalifikującego biorców do transplantacji nerki przeszczepiono w Polsce 82 osoby, natomiast w Gdańsku – 51 biorców spoza województwa pomorskiego.

Dr J. Kostro, adiunkt, chirurg transplantolog z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej przedstawiła wykład *Problemy chirurgiczne u pacjentów po przeszczepieniu nerki*. W 2015 r. z powodu powikłań po zabiegu przeszczepienia nerki konieczna była ponowna interwencja chirurgiczna w 28 przypadkach. W 8% przyczyną interwencji były limfocele, w 5% chirurgiczne zaopatrzenie krwawiącego miejsca, w 5% powikłania urologiczne, w 4% powikłania naczyniowe, w 4% wykonano grafektomię, 6% stanowiły inne powikłania. Dr Justyna Kostro na podstawie dostępnej literatury światowej dokonała porównania ww. powikłań chirurgicznych w naszym ośrodku z wynikami światowymi. Z analizy wynika, że ilość powikłań występujących w UCK w Gdańsku nie odbiega statystycznie od liczby wykonywanych reoperacji po transplantacji nerek w innych ośrodkach transplantacyjnych w świecie.

Kolejna prezentacja dotyczyła przeszczepiania serc. Przedstawił ją dr M. Duda z Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej. Program przeszczepiania serc w gdańskim ośrodku trwa od 2006 r. Od 2009 r. przeszczepiano rocznie od 4 do 6 serc. W 2015 r. liczba przeszczepów tego narządu wzrosła do dziesięciu. Pobrania odbywały się zazwyczaj w szpitalach województwa pomorskiego oraz poza jego granicami, jednak w niedużej odległości od Gdańska ze względu na ograniczenia czasowe i transportowe. Na gdańskiej liście oczekujących na przeszczepienie serca znajduje się 16 chorych. Przeżywalność biorców serca w latach 2006-2015 na 42 wykonane transplantacje w Gdańsku obliczono na 75%. W 2015 r. przeżywalność biorców wyniosła 80%.

Mgr I. Skóra, koordynator pobierania i przeszczepiania komórek tkanek i narządów, zaprezentowała *Podsumowanie działalności Regionalnego Centrum Koordynacji Transplantacji (RCKT) w 2015 roku*. Do RCKT zgłoszono 146 potencjalnych dawców narządów, z których w 43% przypadkach doszło do pobrania narządów. Średni wiek dawców wyniósł 47,6 lat. Wśród dawców aż 71% stanowili mężczyźni. Najczęstszą przyczyną zgonu było krwawienie podpajęczyńkowe (55%). Łącznie w rejonie działalności gdańskiego ośrodka transplantacyjnego pobrano od dawców zmarłych: 107 nerek, 16 serc, 36 wątroób, 10 serc na homografit i 2 rogówki. Pobrania wielonarządowe stanowiły 67% wszystkich pobrań. Najczęstszą przyczyną odstąpienia od pobrania

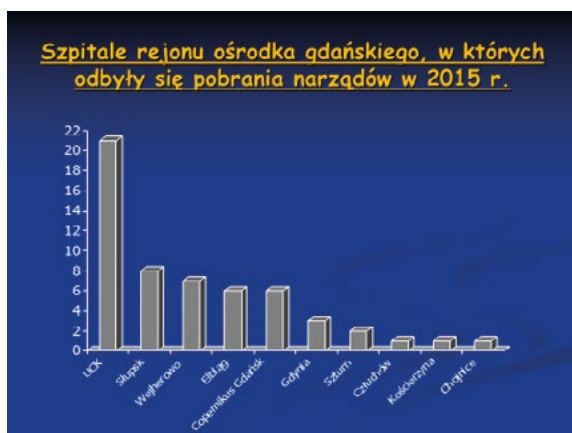
- ▶ narządów była dyskwalifikacja z powodu podeszłego wieku i obciążeń medycznych (30%).

**Bilans pobrań narządów w rejonie gdańskiego ośrodka transplantacyjnego w latach 2013-2015**

Bilans pobrań i przeszczepów	2013	2014	2015
L. przeszczepów nerek ze zwłok	112	95	107
L. przeszczepów nerek od dawców żywych	4	3	5
L. pobrań narządów	73	60	62
Pobrania wielonarządowe	37 (51,38%)	39 (65%)	39 (67,24%)
L. pobranych serc do przeszczepu	11	8	16
L. pobranych wątroby do przeszczepu	37	34	36
L. pobranych serc na homograf	11	15	10
L. pobranych rogówek do przeszczepu	8	8	2

Koordinatory z RCKT oprócz działalności związanej z koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek, prowadzą na szeroką skalę edukację związaną z tematyką transplantacyjną poprzez szkolenia w szpitalach, szkołach, biorą udział w szkoleniach ustawicznych organizowanych przez Poltransplant oraz odbywają kontrolne wizyty w szpitalach rejonowych. Bardzo ważnym elementem działalności był udział w szkoleniu *Pobieranie narządów od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia*, które skutkowało zorganizowaniem cyklu szkoleń dla ratowników medycznych i lekarzy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w województwie pomorskim oraz dla pracowników UCK w Gdańsku. Ponadto koordynatorzy uczestniczą w akcjach pozyskiwania potencjalnych dawców do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku.

Na koniec 2015 r. w województwie pomorskim i w Elblągu było zatrudnionych przez Poltransplant 19 koordynatorów szpitalnych. Narządy pobierano w 10 szpitalach, najwięcej pobrań od zmarłych dawców odbyło się w UCK w Gdańsku (21), w Słupsku (8), Wejherowie (7). Na zakończenie wystąpienia mgr Iwona Skóra podziękowała za współpracę wszystkim koordynatorom ze szpitali rejonowych oraz kierownikom i pracownikom Klinik UCK w Gdańsku.



Jako ostatni wystąpił dr R. Szymczak, lekarz medycyny ratunkowej z Klinicznego Oddziału Ratunkowego. Zaprezentował temat *Dawca po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia*. W Polsce w ubiegłym roku zanotowano 3 przypadki pobrań nerek od dawców NHBD (Non Heart Beating Donor). W Europie, a w szczególności w Hiszpanii, pozyskiwanie narządów od takich dawców znacznie zwiększyło ilość przeszczepianych nerek. Przedstawione zostały możliwości naszego Szpitala w tym zakresie wykazując, że potencjał dawstwa wzrósłby o około 50 dawców rocznie.

**Potencjał dawstwa narządów od dawców po nieodwracalnym NZK w Gdańsku**

- Hiszpania – od 70% dawców przywiezionych do szpitala pobierane są narządy
- Gdańsk – 70 potencjalnych dawców rocznie. (70%) = od **50 dawców rocznie** pobranie narządów

GDANSK

Przeprowadzenie procedury pobrania nerek od dawcy po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia w UCK w Gdańsku jest możliwe. Pracownicy zostali już przeszkoleni, pozostaje jeszcze zapewnienie odpowiedniego sprzętu, w szczególności do mechanicznego uciskania klatki piersiowej oraz do perfuzji narządów ECMO. Zostaje też kwestia dopracowania procedur.

Po prezentacji wszystkich wykładów, prowadzący spotkanie prof. B. Rutkowski i prof. Z. Ślędziński pogratulowali wszystkim dobrych wyników transplantacyjnych. Wyrazili nadzieję na pomyślne realizowanie planów dotyczących pobierania i przeszczepiania zarówno wysp trzustkowych, jak i wątroby oraz nerek od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia.

Na koniec podziękowano wszystkim zgromadzonym za przybycie, podkreślając udział i zaangażowanie wielu osób w procedurze pobierania i przeszczepiania narządów, począwszy od lekarzy anestezjologów i koordynatorów szpitalnych zgłaszających dawców z rejonowych szpitali, po pracowników UCK w Gdańsku, zwłaszcza Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego, Bloku Operacyjnego i Laboratorium Immunologii Klinicznej.

mgr Iwona Skóra,  
Regionalne Centrum Koordynacji Transplantacji

## Na Wydziale Lekarskim

### stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny otrzymał

**dr n. med. Łukasz Wojciech KASKA** – adiunkt, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, praca pt. *Wpływ usystematyzowanego leczenia bariatrycznego na zmiany metaboliczne zachodzące u pacjentów z otyłością i jej powikłaniami*, uchwała Rady Wydziału Lekarskiego z 21 kwietnia 2016 r. w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – chirurgia, postępowanie habilitacyjne w nowym trybie;

### stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała

**mgr Sylwia Agnieszka BARTOSZEWSKA** – asystent, Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej, praca pt. *Rola mikroRNA w mechanizmach komórkowej odpowiedzi na wybrane czynniki stresu metabolicznego*, promotor – dr hab. Leszek Kalinowski, prof. nadzw., Rada Wydziału Lekarskiego 21 kwietnia 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej;

### stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

**lek. Agnieszka Olga RYNKIEWICZ** – rezydent, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Bilikiewicza w Gdańsku, praca pt. *Zaburzenia ze spektrum autyzmu u dziewcząt. Różnice międzypłciowe w obrazie klinicznym oraz współistniejąca psychopatologia*, promotor – prof. dr hab. Jerzy Landowski, Rada Wydziału Lekarskiego 21 kwietnia 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

**lek. Łukasz Jan SZMYGEL** – rezydent, Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, praca pt. *Udział diagnostyki ultrasonograficznej w ocenie stanu dziecka we wstępnym okresie leczenia cukrzycy typu 1*, promotor – prof. dr hab. Małgorzata Myśliwiec, Rada Wydziału Lekarskiego 21 kwietnia 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny;

### stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskał

**dr n. med. Tomasz Tadeusz PRZEWOŹNY** – adiunkt, Katedra i Klinika Otolaryngologii, praca pt. *Obwodowe i centralne zaburzenia słuchu w chorobach układu naczyniowego i ich powikłaniach neurologicznych*. Rada Wydziału Lekarskiego 5 maja 2016 r. nadała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – otolaryngologia, postępowanie habilitacyjne w nowym trybie;

### stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała

**dr n. med. Agnieszka MACIEJEWSKA** – specjalista, Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, praca pt. *Badania nad możliwościami identyfikacji silnie zdegradowanego DNA człowieka w genetyce sądowej*. Rada Wydziału Lekarskiego 5 maja 2016 r. nadała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej – genetyka sądowa, postępowanie habilitacyjne w nowym trybie;

### stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskała

**lek. Marta Anna PIEPIORKA-BRONIECKA** – rezydent, Oddział Kardiologiczny Szpital św. Wincentego a Paulo w Gdyni, praca pt. *Przeżycie usuwania elektrod stymulatorów i kardiowerterów-defibrylatorów serca w obserwacji długoterminowej*, promotor – prof. dr hab. Grzegorz Raczak. Rada Wydziału Lekarskiego 5 maja 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny;

### stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała

**mgr Karolina KREFFT** – asystent, Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki, praca pt. *Wpływ sposobu preparatyki próbek i techniki pomiaru na sygnały EPR generowane w tkance kostnej przez promieniowanie jonizujące*, promotor – dr hab. Bartłomiej Ciesielski, prof. nadzw. Rada Wydziału Lekarskiego 5 maja 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

## Na Wydziale Nauk o Zdrowiu

### stopień naukowy doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyny uzyskała

**mgr Karolina Eleonora KUŻBICKA** – studentka Studiów Doktoranckich, Zakład Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej, praca pt. *Polimorfizm genów receptorów estrogenowych (ERα i ERβ) a rozwój zespołu metabolicznego u kobiet po menopauzie*, promotor – dr hab. Dominik Rachoń, prof. nadzw., Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 21 kwietnia 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna.

## Na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

### stopień doktora nauk farmaceutycznych otrzymała

**mgr Anna RNOWICZ** – doktorantka, Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej, praca pt. *Zmiany liczby kopii DNA i mutacje genów warunkujących stabilność genomową w nienowotworowej tkance gruczołu sutkowego, guzach pierwotnych i przerzutach do węzłów chłonnych od pacjentek z rakiem piersi*, promotor dr hab. Arkadiusz Piotrowski, prof. nadzw. Rada Wydziału Farmaceutycznego z OML 5 maja 2016 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych w specjalności biologia medyczna.



Rys. Alina Boguszewicz



## prof. dr hab. Jan Maciej Zaucha

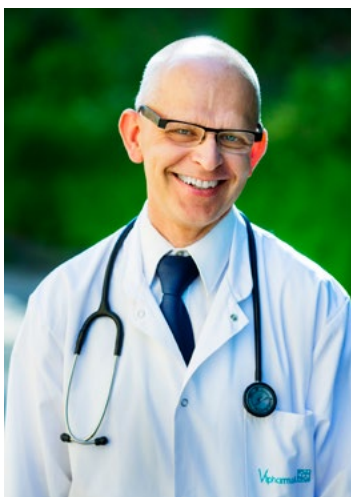
Wywiad przeprowadził prof. Wiesław Makarewicz

**Gratuluję otrzymania tytułu naukowego. Jak wyglądała życiowa ścieżka, która doprowadziła Pana do tej zaszczytnej nominacji?**

Wkroczyłem na nią w rodzinnym domu. W drugiej klasie szkoły podstawowej miałem napisać wypracowanie kim chciałbym być w przyszłości. Odpowiedź była krótka – naukowcem. Gorzej było z uzasadnieniem. Najważniejszym chyba było to, że naukowcem był mój ojciec – profesor w Morskim Instytucie Rybackim w Gdyni, prowadzący wówczas badania nad technikami połowu. Odwiedzałem jego laboratorium, w którym testował wytrzymałość materiałów używanych do produkcji sieci. W domu opowiadał jak jego wynalazki sprawdzały się w spotkaniu z żywymi rybami. Medycyna jako wybór życiowy przyszła później, trochę nagle, w połowie ostatniej klasy liceum, której profil (matematyczno- fizyczny) nie sprzyjał temu wyborowi. Nie mając żadnych tradycji rodzinnych nie do końca wiedziałem czym jest medycyna. Pociągała mnie w niej ta tajemna wiedza wyjaśniająca sekrety życia, ciekawość, żeby ją poznać i ambicja, żeby czegoś samemu dokonać. Myślałem także o biocybernetyce. Z perspektywy lat mogę powiedzieć, że wybór ścieżki życiowej był trafny. Wprawdzie młodzieńcze fascynacje ustąpiły twardym realiom studiów i codziennej pracy, ale odkryłem coś, co stało się najważniejszym motorem pracy – możliwość podejmowania działań zmieniających bieg życia ludzi. Uczucie to przed laty pięknie opisał w książce Hanny Krall dr Marek Edelman – *działać tak, żeby próbować zdążyć przed Panem Bogiem, żeby choć na jakiś czas zasłonić świeczkę i nie dać zgasić płomienia*. Klinika, do której udało się mi dostać, stanowiła doskonałe miejsce do podejmowania tego typu działań. Żeby to robić dobrze, inteligentnie i nowoczesnie medycyna musi iść w parze z nauką. I tak się znalazłem na ścieżce prowadzącej do uzyskanej profesorskiej nominacji.

**Kto w pierwszym rządzie był Pana mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana zawodu i działalności naukowej?**

Na drodze każdego człowieka niezwykle ważni są mistrzowie. Dzięki nim się kształtujemy. Czasem spotyka się ich przypadkiem. Ja miałem to szczęście. Jako student medycyny i harcerz spotkałem prof. Marka Hebanowskiego, którego syn należał do naszej drużyny. Profesor zarażał swoją pasją po-



znania. Jego rozległa wiedza i niekończące się opowieści o trudnych przypadkach rozbudziły moją miłość do królowej medycyny – interny. I tak trafiłem, też trochę przypadkiem, na etat libijski do Kliniki Gastroenterologii, którą wówczas kierował prof. Andrzej Kryszewski. To była solidna szkoła zawodu, w której najważniejszym nauczycielem okazała się zmarła niedawno dr Krystyna Szulczyńska. To ona podpowiadała jak badać chorego, jak zbierać inteligentnie wywiad, jak dobrze przygotować wypis. Dzięki temu na jednym z moich pierwszych dyżurów na podstawie wywiadu udało mi się rozpoznać

przetokę tchawiczo-oskrzelową, potwierdzoną następnie dzięki prof. Jungowskiej – znakomitej radiolog, którą moja relacja przekonała do wykonania bronchografii, wbrew sceptycyzmowi starszych kolegów (których *nota bene* teraz doskonale rozumiem). Jako najmłodszy pracownik objąłem zaszczytną funkcję wykonującego biopsję jelita cienkiego przy podejrzeniu choroby trzewnej, która była przedmiotem zainteresowań badawczych kierownika Kliniki. I to właśnie dzięki opowieściom prof. Kryszewskiego o podstępnym obrazie klinicznym tej wówczas bardzo rzadko rozpoznawanej choroby (pamiętam chodziło o reprezentantkę Polski w koszykówce), udało mi się postawić moją pierwszą trafną diagnozę tej choroby niemalże w pełni zgodnie z konwencją *strassen diagnose* i to do tego u bliskiej osoby. Byłbym niesprawiedliwy, gdybym nie wspominał o innych pracownikach Kliniki, którym zawdzięczam pomoc w prowadzeniu na zawodowej ścieżce. Byli to: ordynator oddziału dr Maria Górską-Dubowik, która doglądała mnie na co dzień, dr Halina Kwitek-Socha, którą poznałem już wcześniej jako student V roku i której interesujące zajęcia kliniczne wspominam do dziś, dr Witold Szyferz, uczący mnie rektoskopii oraz dr Wojciech Suchanek, wprowadzający mnie w endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Wreszcie w Klinice Gastroenterologii spotykałem największego swojego Mistrza. Też przypadkiem. Trafiła pod moją opiekę z powodu pancytopenii chora ze szpiczakiem mnogim. Hematologia była wówczas dla mnie wielką tajemnicą. Uszczkną jej rąbka mógł wówczas tylko młody docent Andrzej Hellmann. Do niego chodziło się na konsultacje z chorymi hematologicznymi, kiedy przyjeżdżał dwa razy w tygodniu z Kliniki na ul. Łąkowej do Poradni. Po pierwszej konsultacji byłem oczarowany jego wiedzą, elokwencją i spokojem – za-

wodowa miłość od pierwszego wejrzenia! Kiedy się dowiedziałem, że ówczesny rektor prof. Angielski powołał do życia Klinikę Hematologii powiedziałem sobie, że teraz albo nigdy! Zebrałem się na odwagę i przy kolejnej konsultacji zapytałem docenta Hellmanna, czy nie przyjąłby mnie do pracy. I tak w 1991 r. znalazłem się w Klinice Hematologii. Po latach, kiedy spytałem Szefa dlaczego mnie przyjął, to wyjawiał, że tylko dlatego, bo nikt w mojej sprawie nie dzwonił... Nowy kierownik był bardzo wymagający. Klinikę prowadził w innowacyjny na tamte czasy sposób. Obchód poprzedzało omówienie chorych, na którym asystent musiał bez zająknięcia, wiedząc o chorym niemal wszystko, przedstawić go i zaproponować postępowanie. Była to szkoła logicznego myślenia, szybkiego zdobywania praktycznej wiedzy hematologicznej, po prostu hematologiczna szkoła życia. Wprawdzie przez pierwsze miesiące pracy schudłem kilka kilogramów, ale opłacało się. Równoległe otrzymałem pierwsze zadania naukowe – walidowania nowo opublikowanego modelu prognostycznego u naszych chorych z przewlekłą białaczką szpikową, która była głównym zainteresowaniem kierownika Kliniki. Szybko również otrzymałem propozycję realizacji pracy doktorskiej, dotyczącej niezwykle wówczas gorącego tematu jakim było białko p53. No i wreszcie najważniejsze – propozycja przygotowania i poprowadzenia chorego po przeszczepieniu allogenicznym szpiku. Zaufanie, jakim mnie obdarzył Szef po zaledwie 3 latach pracy było przeogromne, wówczas nie zdawałem sobie z tego sprawy. Za to również do dziś jestem niezwykle wdzięczny prof. Hellmannowi. Klinika wówczas nie wykonywała żadnych transplantacji i rozpoczęcie programu transplantacji od przeszczepienia od dawcy nawet dziś uważam za bardzo śmiałą decyzję. Wprawdzie Profesor wszystko sprawdzał przed tym pierwszym zabiegiem, to jednak szliśmy na zupełnie nieznanym nam front. Ale się udało! Chory nawet nie zagorączkował. Nie było nigdy później takiego chorego. Może dlatego, że był to pierwszy zabieg na sterylnej sali, a może dlatego, że mieliśmy wszyscy szczęście. Nie byliśmy nawet pewni, czy doszło do zmiany szpiku. Badania chimeryzmu hematopoetycznego, na ten czas pionierskie, wykonane dzięki pomocy prof. Ryszarda Pawłowskiego wykazały czasowy mieszany chimeryzm hematopoetyczny. Te niezwykle ciekawe wyniki były później inspiracją do dalszych badań w tym kierunku prowadzonych przez zespół Kliniki.

W późniejszym czasie z przeszczepami nie zawsze szło tak dobrze. Dlatego zdecydowałem się poszerzyć swoje doświadczenie kliniczne w zakresie transplantologii szpiku i w ten sposób trafiłem na moich ostatnich Mistrzów – prof. Rainera Storby i prof. Beverly Torok-Storb, kierujących Zakładem Biologii Transplantacji Szpiku Kostnego w Fred Hutchinson Cancer Research Center w Seattle (USA). Była to mekka transplantologów szpiku z całego świata, miejsce, w którym przeprowadzono jedne z pierwszych udanych przeszczepień szpiku u człowieka, przy ogromnym udziale mojego amerykańskiego Mentora profesora Storba, obchodzącego niedawno swoje 80 urodziny i nadal pracującego *full-time*. Dzięki stypendium



*Uroczystość w Belwederze 21 stycznia 2015 r.*

Fundacji Nauki Polskiej mogłem w ciągu pół roku brać udział w tyłu zabiegach przeszczepienia szpiku ile sami zrobiliśmy przez 3 lata. Na oddziale transplantacyjnym poznałem prof. Storbę, opowiadającego jak udało mu się wypracować algorytm, obecnie powszechnie stosowanego postępowania immunosupresyjnego u chorych po przeszczepieniu. Do grupy badawczej prof. Storby trafiłem dzięki własnym skromnym doświadczeniom, dotyczącym mieszanego chimeryzmu hematopoetycznego. To właśnie mieszany chimeryzm był wiodącym tematem badań prowadzonych u psów po przeszczepieniach szpiku po tzw. niemieloablacyjnym postępowaniu przygotowawczym. Prof. Storb nauczył mnie poruszania się w skomplikowanym świecie biologii transplantacji szpiku. Jego interpretacje tego, co dzieje się z komórkami układu krwiotwórczego, jego wielkie marzenie o wykonaniu transplantacji bez udziału toksycznej radio- lub chemioterapii ciągle stymulowały do działania. Prof. Torok-Storb umożliwiła mi prowadzenie przez kolejne dwa lata po zakończeniu stypendium badań podstawowych, będąc niezwykle rzeczową i wy- ▶▶



*Zespół Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdyńskiego Centrum Onkologii, od lewej: lek. Monika Kulma-Kreft, kierownik Kliniki prof. Jan Maciej Zaucha, ordynator dr Krzysztof Leśniewski-Kmak, asystentka dr Iwona Danielewicz, koordynator chemii jednego dnia dr Małgorzata Piotrowska, zastępca ordynatora lek. Magdalena Wróblewska, rezydentka lek. Małgorzata Marczevska-Skrodzka*





Spływ na rzece Cetina w Chorwacji – z synami Janem Mateuszem (z przodu) i Janem Maciejem (z tyłu)

- ▶ magającą mentorką prowadzonych doświadczeń. Opublikowane wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły mi na przygotowanie rozprawy habilitacyjnej, którą udało się szczęśliwie zakończyć kolokwium w 2005 r.

#### ■ **Co jest aktualnie głównym przedmiotem Pana zainteresowań naukowych i zawodowych?**

Obecne moje zainteresowania naukowe i zawodowe skupiają się na chłoniaku Hodgkina – niezwykle ciekawej chorobie opisanej już w 1832 r. przez dr. Thomasa Hodgkina, który przedstawił wyniki sekcji 7 chorych z sadowatym powiększeniem węzłów chłonnych i splenomegalią. Mimo że znamy tę chorobę od tylu lat i wiemy, że jest chłoniakiem oraz podejrzewamy udział wirusa Epsteina-Barr (EBV) w jego etiologii, to do dziś nie wiemy dlaczego, mimo powszechności zakażenia wirusem EBV, tylko nieliczni zakażeni rozwijają tę chorobę. Udział układu immunologicznego wydaje się bezdyskusyjny. Sam guz składa się z nielicznych komórek nowotworowych otoczonych naciekiem prawidłowych komórek układu odpornościowego. Wykorzystuje się to w immunoterapii tej choroby, choć etiologia nowotworzenia nie jest nadal poznana. Prawdopodobnie nie jest jednakowa u wszystkich chorych. Część pacjentów jest wyleczonych po standardowym leczeniu, pewna część wymaga intensyfikacji leczenia, a niektórych chorych za pomocą klasycznej chemioterapii wyleczyć się nie da. Przedmiotem moich badań jest wczesna, wręcz bardzo wczesna identyfikacja tych chorych, którzy na standardowe leczenie nie odpowiadają. Ma to dla procesu leczenia kapitalne znaczenie. Oszczędza im bowiem stosowania chemioterapii, która jest nieefektywna. Pozwala to na ograniczenie toksyczności leczenia i szybko skłania do poszukiwań niestandardowych sposobów terapii w tym wspomnianej immunoterapii za pomocą przeciwciał anti-PD1. Narzędziem pozwalającym na wczesną identyfikację chorych opornych na standardowe leczenie, choć nie do końca doskonałym, jest pozytonowa tomografia emisyjna skojarzona z tomografią komputerową. Trzeba jednak wiedzieć kiedy ją zastosować i jak zinterpretować wynik. Tak powstała skala z Deauville,

którą obecnie stosuje się nie tylko do oceny badań PET w trakcie, ale również na zakończenie leczenia i to nie tylko w chłoniaku Hodgkina. Owocem prowadzonych badań jest kilka publikacji naukowych, dwa obronione doktoraty, a przede wszystkim przeprowadzenie ogólnopolskiego badania obserwacyjnego dotyczącego zastosowania wczesnego badania PET w ocenie odpowiedzi na leczenie u chorych na chłoniaka Hodgkina. W badaniu tym uczestniczyło 11 ośrodków klinicznych stowarzyszonych w sekcji chłoniaka Hodgkina Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków oraz 7 ośrodków PET, w tym najbliższymi z nami współpracującymi ośrodkami bydgoski i gdański. Badanie było prowadzone przy bardzo ścisłej współpracy i przyjacielskim wsparciu prof. Andrea Gallamini, który jest pionierem w zastosowaniu wczesnego badania PET w ocenie odpowiedzi na leczenie u chorych na chłoniaka Hodgkina. Zdołane przez klinistów i specjalistów medycyny nuklearnej doświadczenie w trakcie trwania badania obserwacyjnego pozwala na bardzo nowoczesne, niemalże spersonalizowane, prowadzenie chorych. To daje dużą satysfakcję i zachęca do dalszych badań.

#### ■ **Jakie jest Pana zaangażowanie w proces dydaktyczny? Czy jest Pan zadowolony z programu i organizacji nauczania Pana przedmiotu?**

Zawsze lubiłem nauczać, a w szczególności hematologię. Swoją pierwszą konspekt poświęcony szkonom krwotocznym przechowuję do dziś. Kiedy jednak w 2007 r. przeszedłem do Wydziału Nauk o Zdrowiu, dziekan Wydziału prof. Lass, przyjmując mnie niezwykle ciepło i serdecznie, zaproponował mi prowadzenie zupełnie innego przedmiotu – metodologii badań naukowych. Nie miałem żadnego doświadczenia w nauczaniu tego przedmiotu i nie bardzo było skąd czerpać wzorce, bo na Wydziale Lekarskim takiego przedmiotu studenci nie mają. Wprawdzie sam napisałem już trochę prac naukowych to jednak uczenie o tym jak należy uprawiać naukę i jak pisać prace naukowe było zupełnie nowym wyzwaniem, ale też ciekawym doświadczeniem. Przypomnienie sobie zasady falsyfikowalności Karla Poppera oraz teorii paradygmatu Kuhna nie tylko pomaga w zrozumieniu jak powstała medycyna oparta na faktach, ale pozwala na wyłumaczenie, że nauka jest integralną częścią zawodów medycznych, bez której trudno jest o codzienny profesjonalizm. Jest dla mnie dużą satysfakcją, że każda praca magisterska na Wydziale Nauk o Zdrowiu obecnie zawiera hipotezę badawczą, a statystyka nie sprowadza się tylko do statystyki opisowej. Przedmiot pozwala też przemycić trochę filozofii w dyskusji po co statystykowi potrzebny jest czarny łabędź. Chcąc podwyższyć swoje kwalifikacje jako wykładowcy ukończyłem studia podyplomowe na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi o skomplikowanej nazwie *Elementy metodologii badań empirycznych w medycynie i zastosowanie statystyki w badaniach biomedycznych*.

#### ■ **Co uważa Pan za swoje najważniejsze osiągnięcie w życiu naukowym i działalności zawodowej? Z czego czerpie Pan największą satysfakcję w codziennej pracy?**



Moją działalność naukową można w największym skrócie podsumować jako tzw. *clinical research*. Wymusiła to trochę praca, w której działalność usługowa była priorytetem, ale w której translacja wyników badań podstawowych do opieki przy łóżku chorego jest niezwykle szybka. Potrzebni są nie tylko ci, którzy coś wymyślą, ale również ci, którzy potrafią to mądrze wdrożyć. Pierwsze doświadczenia naukowe dotyczyły zastosowania 2-chlorodeoksyadenozyny w leczeniu chorych na chłoniaki. W latach dziewięćdziesiątych polscy hematolodzy otrzymali dzięki unikalnej pracy dwóch polskich chemików prof. Pawła Griebla i prof. Kazimierza Kazimierczaka oryginalnie zsyntetyzowaną 2-chlorodeoksy-adenozynę i uruchomiono produkcję leku, który nazwano kladrybiną. Mnie, niespokojnej duszy, udało się jako pierwszemu w naszej Klinice zastosować, pod pełnym nadzorem kierownika Kliniki, lek u chorego z makroglobulinemią Waldenströma i współistniejącą agranulocytozą autoimmunologiczną, z doskonałym efektem.

Równolegle otrzymałem od kierownika Kliniki szansę przygotowania w 1994 r. protokołu do przeprowadzenia pierwszej transplantacji szpiku kostnego w ośrodku gdańskim. To oczywiście było dla całego zespołu wielkim wydarzeniem – w tamtych latach (31.05.1994 r.) byliśmy czwartym ośrodkiem rozpoczynającym tego rodzaju procedurę. Fakt, że się udało i chory żyje do dziś jest ogromną radością. Z punktu widzenia jednak samej procedury był to zabieg, który obecnie można nazwać rutynowym. Dlatego chyba największą satysfakcją i osiągnięciem w życiu zawodowym było udane przeszczepienie 12 lutego 2005 r. krwi pępowinowej po niemieloablacyjnym postępowaniu przygotowawczym u pacjentki z ostrą białaczką szpikową, ze wznową po autologicznej transplantacji, bez pełnej odpowiedzi na leczenie ratunkowe i bez dorosłego dawcy. Sam zabieg przeszczepienia nie był trudny. Wyzwaniem był dobór materiału przeszczepowego i wybór postępowania przygotowawczego. Docenił to prof. Pablo Rubinstein z Nowego Jorku, ekspert w zakresie transplantacji z krwi pępowinowej, który doradzał mi w podjęciu decyzji pisząc po udanym zabiegu w kwietniu 2005 r. – *Engraftment is not a given: it reflects skillful and very sophisticated handling of the whole clinical situation of the patient\**. Kilka dni temu wspólnie z byłą pacjentką obchodziliśmy 11 rocznicę zabiegu. Tak, to ogromna satysfakcja, udało się załamać świeczkę i nie zgasić płomienia! To taki mały cud, opisany zresztą w książce Anny Matei *Cud w medycynie. Na granicy życia i śmierci*. Nie zawsze jednak jest tak dobrze i w miarę upływu lat uważam, że największą satysfakcję w codziennej pracy, choć czasem nie do końca sobie uzmysławianą, daje sama troska, aby płomień nie zgasł. I nie jest to takie ważne, czy dotyczy to chorego po transplantacji, czy po rutynowej chemioterapii.

#### ■ **Jakie są Pana marzenia i plany na najbliższą przyszłość?**

Tak, mam jedno wielkie marzenie o pracy w miejscu, w którym nasi hematologiczni chorzy mogliby godnie chorować. Wiemy, że nie wyleczymy wszystkich, choć postęp w leczeniu



Z żoną Renatą na nartach biegowych na Gochach

chorób układu krwiotwórczego jest przeogromny. Nasz pierwszy transplantowany chory dziś już nie miałby transplantacji szpiku tylko otrzymywałby leczenie doustne. Ale powinniśmy naszym chorym umożliwić leczenie i opiekę w miejscu, w którym się nie tłoczą, w którym nie przyjmują krwi na korytarzu, w którym nie leżą na dostawkach. W miejscu, w którym przyjmując kroplówkę lub krew mogą słuchać muzyki i przeczytać książkę. W takim miejscu, w którym stosuje się najnowocześniejsze dostępne sposoby leczenia. To marzenie pewnie jest bardzo trudne do zrealizowania. Ale marzyć można...

#### ■ **Chciałbym zapytać o rodzinę i zainteresowania pozazawodowe Pana Profesora. Jak Pan odpoczywa?**

To pytanie niestety przywołuje pewne wyrzuty sumienia. Rodzina zawsze trochę cierpiała z powodu mojej nieustannej pracy. Niestety, tego się nie da odwrócić, a pracy w miarę upływu lat jest jeszcze więcej niż było. Szczęśliwie największy przyjaciel – Żona, onkolog w Klinice Radioterapii i Onkologii Klinicznej, wszystko rozumiała, zawsze słuchała, przeżywała wspólnie wszystkie wydarzenia i dzieliła po równo troski, zdejmując często z barków nadmierny ciężar. Dzięki jej ogromnej pracy nasi synowie studiują. Starszy po licencjacie z fizyki komputerowej na uniwersytecie w Edynburgu, kończy doktorat na wydziale Complexity in Science Uniwersytetu w Bristolu, a młodszy rozpoczął studia medyczne na naszej Uczelni. Na zainteresowania pozazawodowe brakuje czasu, ale też z tego powodu bardzo nie cierpię. W czasie wolnym staram się ruszać, biegam lub chodzę z kijami w towarzystwie żony i labradorki Frani, która teraz jest największym moim odkryciem życiowym, a której miłość jest najlepszym balsamem na wszystkie troski i trudy codziennego życia. Szczególnie lubię odpoczywać w naszej odskoczni w Jaśkowie na Gochach koło Bytowa. Ale wyjazd gdzieś dalej, na inny kontynent też pociąga i doskonale resetuje przed kolejnym cyklem pracy.

#### ■ **Raz jeszcze gratuluję Panu tytułu naukowego. Życzę dalszych sukcesów oraz spełnienia marzeń.**

\*Sukces przeszczepu nie spada z nieba – odzwierciedla umiejętną i całościową ocenę skomplikowanej sytuacji klinicznej pacjenta.

W dniu 26 marca 2016 roku zmarł

## dr n. med. Aleksander SZOLC

absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Studia lekarskie odbył w latach 1952-1958. Już podczas nich (1956-1958) był zatrudniony jako zastępca asystenta w Katedrze i Zakładzie Chemii Fizjologicznej kierowanej przez prof. W. Mozolowskiego. Przez wiele lat kierował laboratorium w Szpitalu Wojewódzkim w Gdańsku. Był powszechnie cenionym specjalistą w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Będąc aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, pod koniec lat 80. pełnił funkcję przewodniczącego Oddziału Gdańskiego. Był jednym z członków założycieli Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce. Z wielkim żalem żegnamy zasłużonego lekarza, wybitnego specjalistę, zawsze gotowego służyć swoją ogromną wiedzą i doświadczeniem.

W dniu 29 kwietnia 2016 roku zmarł

## dr n. med. Maciej MAJERANOWSKI

specjalista chirurg, absolwent Wydziału Lekarskiego AMG. Studia odbywał w latach 1948-1953. Bezpośrednio po dyplomie podjął pracę jako asystent w III Klinice Chirurgicznej AMG kierowanej przez prof. Z. Kieturakisa. Specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej otrzymał w 1957 r. i od 1961 r. pozostawał zatrudniony na etacie starszego asystenta. Po uzyskaniu specjalizacji II stopnia (w 1963 r.) i tytułu naukowego doktora nauk medycznych (1968 r.), przeszedł w 1969 r. na stanowisko adiunkta w II Klinice Chirurgii Ogólnej Instytutu Chirurgii AMG. W 1977 r. zakończył pracę w Uczelni, obejmując po wygranym konkursie stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu. Od 1985 r. był ordynatorem Oddziału Chirurgicznego Specjalistycznego Szpitala w Wejherowie. Na emeryturę przeszedł w 1996 r. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, był członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich. Żegnamy wieloletniego nauczyciela akademickiego, utalentowanego, wybitnego chirurga i oddanego pacjentom lekarza.

W dniu 3 maja 2016 roku zmarł

## inż. Jerzy KNAP

wieloletni pracownik inżynierjno-techniczny Zakładu Radiologii AMG, a także Szpitala Klinicznego. Pozostawał zatrudniony w Uczelni jako specjalista w latach 1975-2005, z niewielkimi przerwami. Był absolwentem Wydziału Elektrycznego PG. Przeszedł na emeryturę w 2000 r. Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy doskonałego fachowca i oddanego Uczelni pracownika.

W dniu 19 maja 2016 roku zmarł

## dr n. med. Maciej FORKIEWICZ

absolwent Wydziału Lekarskiego AMG z 1963 r. Bezpośrednio po studiach i odbyciu stażu lekarskiego podjął pracę jako asystent w Klinice Chirurgii Dziecięcej AMG kierowanej przez prof. R. Sztabę, gdzie w 1968 r. uzyskał I stopień specjalizacji z anestezjologii. Następnie przeniósł się na etat asystenta do I Kliniki Chorób Wewnętrznych AMG kierowanej przez prof. Mariana Górskiego. Jako starszy asystent w tej Klinice uzyskał w 1973 r. specjalizację I stopnia, a w 1976 r. specjalizację II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Równocześnie otrzymał w 1976 r. tytuł naukowy doktora medycyny na podstawie pracy z dziedziny kardiologii. W tym samym roku objął stanowisko adiunkta w Klinice Chorób Serca Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG. W latach 1979-1981 pracował na kontrakcie w Libii jako ordynator oddziału chorób wewnętrznych. W latach 1985-1990 pełnił funkcję dyrektora Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Gdańsku, a następnie w latach 1990-1992 kierownika Przychodni Przyklinicznej tego Szpitala. Od 1992 r. do przejścia na emeryturę w 2004 r. kontynuował zatrudnienie w Klinice Chorób Serca AMG. Z wielkim smutkiem żegnamy wieloletniego nauczyciela akademickiego, dobrego i oddanego pacjentom lekarza.



KENOM

## Otwarte Dni Ogrodu Roślin Leczniczych GUMed 16-17 czerwca 2016



Tematyka imprezy będzie koncentrować się wokół leczniczych roślin wykazujących działanie obniżające poziom cukru we krwi. Uczestnicy zostaną zapoznani z mechanizmami aktywności hipoglikemicznej surowców roślinnych, sposobami ich stosowania, możliwymi działaniami niepożądanymi i interakcjami.

W programie m.in. prezentacje multimedialne oraz plakaty:

- Znaczenie w terapii cukrzycy krajowych i egzotycznych roślinnych surowców leczniczych.
- Morwa biała jako źródło surowca o działaniu hipoglikemicznym.
- Lecznice produkty roślinne oraz suplementy diety o działaniu przeciwcukrzycowym.
- Ponadto wycieczki po ogrodzie, stoiska edukacyjne i konkursy dla dzieci.

## SERDECZNIE ZAPRASZAMY

Katedra i Zakład Farmakognozji z Ogrodem Roślin Leczniczych

Wydział Farmaceutyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny

Al. Gen. J. Hallera 107, 80-416 Gdańsk

Kontakt: 349-15-58 lub 349-19-61, [orl@gumed.edu.pl](mailto:orl@gumed.edu.pl), [www.orl.gumed.edu.pl](http://www.orl.gumed.edu.pl)

# Historie pszczelarskie

Laureat Nagrody Nobla Albert Einstein powiedział: *Kiedy zabraknie pszczół, za cztery lata nie będzie nas.* Ta wypowiedź uczonego sprzed 70 lat jeszcze bardziej uświadamia nam fakt, jaką rolę pełnią pszczoły w naszym systemie ekologicznym. Ich masowe wymieranie spowodowane różnymi czynnikami chorobotwórczymi, których etiologii dokładnie nie znamy, skłania do głębszej refleksji.

Demokryt, grecki filozof żyjący 500 lat przed Chrystusem, zapytany jak w zdrowiu dożyć starości, odpowiedział: *Z zewnątrz olej, do wewnątrz miód.* O dobrodziejstwie miodu możemy również przeczytać w Biblii. Koran, święta księga muzułmanów, określa pszczoły jako owady święte. Grecka nimfa Melissa karmiła Zeusa miodem, za co została przemieniona w pszczołę. Celtowie wierzyli, że miód zapewnia nieśmiertelność. Plastry z miodem składali bogom Persowie, Egipcjanie, Grecy i Rzymianie. Babilończycy balsamowali miodem ciała zmarłych. Podczas uctw miód podawano również z wodą, mlekiem i oliwą. Ważną rolę w europejskim leczeniu niemal na przestrzeni dwóch tysięcy odegrał lek o nazwie *teriak* (polska nazwa *driakwia*). Był on kompozycją różnych surowców roślinnych i zwierzęcych wymieszanych w miodzie i winie. Przymakiem cesarza Tyberiusza były młode myszki maczane w miodzie i tak połykane. Na kartach historii Polski miód po raz pierwszy zaistniał w 965 roku, kiedy to arabski podróżnik Ibrahim ibn Jakub opisał państwo Mieszka I, w którym *na każdym kroku było dużo pasiek*. Wiadomo również, iż w XIII-wiecznym księstwie kaszubsko-gdańskim Świętopełka II Wielkiego, ulubionym napitkiem ludności było piwo mieszane z miodem.

Najdawniejszy sposób zdobywania miodu i wosku polegał na wykorzystaniu naturalnych gniazd pszczelich, co zwykle kończyło ich zniszczeniem. Najstarszy wizerunek przedstawiający człowieka wybierającego miód z gniazda pszczelego pochodzi z grot skalnych w Hiszpanii sprzed 10 tysięcy lat. Z czasem powstawały tzw. barcie, czyli sztuczne dziuple leśne. A potem, żeby mieć pszczoły bliżej swoich siedzib, powstawały ule i całe pasieki. Ule przenośne wytwarzano z kory, wikliny, słomy i gliny. W Egipcie ule wyrabiano z wikliny obłożonej mułem, a Grecy oblepiali je obornikiem z popiołem. Ustawiano je pionowo, często wewnątrz z rzędem poziomych listewek. Pszczoły już same dalej budowały swoje konstrukcje. Rzymianie wytwarzali ule ze słomy, o czym wiemy z malowideł i fresków zachowanych w wykopaliskach w Pompei. U Słowian (około 2000 lat temu) były to głównie barcie, a ulem przenośnym były kłody je przypominające. Europa przejęła od Rzymian budowę uli ze słomy, które np. w Polsce przetrwały do lat 50. XX wieku. Na Kaszubach (w XIX i XX wieku) popularnym ulem w kształcie dzwonu była tzw. plecionka (*plecónka*). Wyplatano ją z korzeni sosny i słomy. Wszystkie typy pierwotnych uli miały kształt kolisty, których przekrój wnętrza zbliżony był do trapezu. Przekrój

kwadratowy czy prostokątny, jaki obecnie jest powszechnie stosowany, pojawił się dopiero około 1750 roku.

Z czasem zdano sobie sprawę z tego, jak ważna jest gospodarka pszczoła. I tak Grecy, już w V wieku przed Chrystusem, ustalili odległości między ulami, a wyjścia rojów (tzw. rójka) były ściśle kontrolowane. W Polsce w czasach zygmunto-wskich (XVI wiek) obowiązywała zasada regulacji (przeznaczenie) miodu do produkcji trunków czy też na inne cele.

## O pszczołach

Nasza pszczoła miodna (*Apis mellifica*) jest owadem żyjącym społecznie w rojach specyficznie zorganizowanych. Hodowane są dla miodu i wosku. Jednak najważniejszą funkcją jest ich rola w uprawie roślin. Do tego samego gatunku należą:

- pszczoła indyjska (podobna do naszej),
- pszczoła olbrzymia (4-5 cm) wytwarza plastry na otwartej przestrzeni o długości 1 m,
- pszczoła karłowata – 0,2 mm.

Do podgatunków i ras należy około 30 rodzajów pszczół. Są to pszczoły afrykańskie, egipskie, kaukaskie, japońskie czy też chińskie. Różniących się między sobą pszczół mamy ok. 20 tysięcy. Na terenie Polski żyją pszczoły miodne:

- wrzosowa – o dużej rojności,
- środkowoeuropejska – popularna w Polsce,
- leśna – o dużej wydajności, rojności i żądliwości.

Ciało dorosłej pszczoły (jak każdego typowego owada) składa się z 3 zasadniczych części. Są to: głowa, tułów i odwłok. W dolnej części głowy znajdują się narządy aparatu gębowego, gdzie ważną rolę odgrywa tzw. języczek, zwany trąbką, o długości 6 mm. Pszczoła zbieraczka wykorzystuje go do pobierania nektaru z kwiatów, do którego dodaje pierwsze enzymy w wolu miodowym i przenosi do ula. W nim zbieraczki przekazują nektar pszczołom ulowym, które wzbogacają świeży nakrop w aminokwasy, kwasy organiczne i dalsze enzymy rozkładające wielocukry na cukry proste, takie jak glukoza, fruktoza i dwucukier sacharozę. W miarę gęstnienia miód jest przenoszony do następnych wyżej położonych komórek i dalej wzbogacany w związki organiczne. Dojrzały, gęsty miód jest zasklepiany w komórkach plastra graniastosłupów o przekroju sześciokąta cienką warstwą wosku. Badania fizykokinetyczne wykazały, że kształt sześciokąta jest najbardziej energetycznie oszczędną formą w przyrodzie nieożywionej. Pszczo- ▶▶



► ty zatem zużywają najmniejszą z możliwych ilości budulca do budowy plastra miodnego.

Oprócz nektaru pszczoły zbierają również pyłek kwiatowy, który występuje w komórkach pyłkowych pylnika kwiatowego i zawiera bogato energetyczne zapładniające gamety męskie. Przenoszą go na tylnych nóżkach do ula. Pyłek po fermentacji przekształca się w tzw. pierzgę, która układana w komórkach plastra miodowego i stanowi m.in. pokarm dla młodych pszczoł. Jest on również odżywką regeneracyjną dla sportowców i pełni ważną rolę w radioterapii nowotworowej. Pszczoły wydzielają także płyn, zwany mleczkiem pszczelim, który jest głównym pokarmem dla młodych pszczoł. Inną substancją wytwarzaną przez pszczoły jest propolis. Ten tzw. kit pszczeli to substancja służąca do uszczelniania i odkażania ula. Każdy produkt pszczeli wykorzystywany jest przez człowieka w terapii różnych schorzeń.

### O państwie pszczelim

Na czele tej niezwykle mądrze zorganizowanej społeczności stoi królowa matka. Pierwsza wylęgła matka zabija pozostałe i po 6 dniach od wygryzienia (wylęgu) jest gotowa do unasienienia. Odbywa się ono w locie godowym 30 m nad ziemią. Unasieniana jest przez trutnie w liczbie około 20, które po stosunku natychmiast giną i spadają na ziemię. Po zakończeniu lotu królowa powraca do gniazda, by przepędzić starą królową i zająć jej miejsce. Stara matka z robotnicami (rój) wylatuje z ula, aby poszukiwać miejsca na nowy. Nowa królowa matka składa jaja, które przekształcają się w czerwie, a te w poczwarki, z których powstają pszczoły. Te dzielimy na robotnice samice niezdolne do rozrodu i królowe matki. Z jaj niezaplodnionych wyrastają samce (trutnie), które nie posiadają żądeł. Żyją do 5 tygodni. Królowa może żyć 5 lat. Składa dziennie trzy tysiące jaj, czyli 5,5 miliona przez całe swoje życie.

### O wosku

Chemicznie jest to, najogólniej mówiąc, ester wyższych kwasów (głównie tłuszczowych) i wyższych alkoholi. Jest wydzieliną gruczołów woskowych pszczoł. Znajduje się w spodniej części odwłoku pszczoły robotnicy. Wosk stanowi konstrukcję w ulu, w której rozmnażają się pszczoły i gdzie składają miód. Wykorzystywany jest też do produkcji pierzgi. Już w V wieku przed Chrystusem w Chinach był wykorzystywany do produkcji świec. Do dziś w niektórych kościołach

wykorzystywany jest w celach liturgicznych. W starożytności (Babilon) wykorzystywano go do wyrobu tabliczek, na których rylcem zapisywano informację. Współcześnie stosowany jest do sporządzania maści i plastrów oraz powszechnie w kosmetyce. Jako tzw. węża ułatwia pszczołom budowę plastrów. Stosowany też w odlewnictwie.

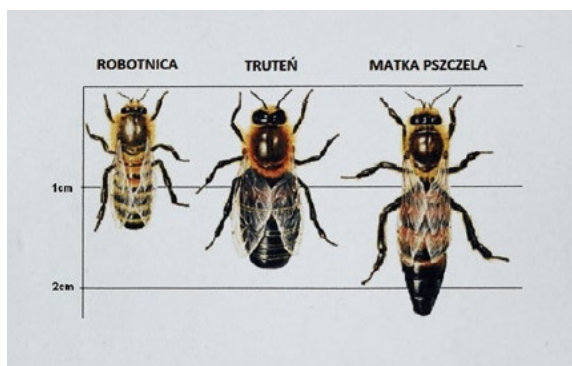
### O jadzie pszczelim

Jest to mieszanina wielu związków, głównie amin, takich jak histamina i dopamina, które powodują swędzenie i pieczenie oraz peptydów (białek) i enzymów. Przyczyną bólu po użądleniu jest głównie kwas izomasłowy (pH 5). Odtrutką na wstrząs anafilaktyczny (po wielokrotnym ukąszeniu) jest adrenalina i środki nasercowe. W jadzie występują również feromony alarmowe; mobilizują one inne pszczoły do żądlenia.

### O miodzie

Miód pszczeli pochodzi z nektaru roślin i spadzi. Jest to zapas pokarmowy w komórkach plastra. Jest zbudowany w 80% z naturalnych cukrów, z 18% wody i w około 2% ze składników mineralnych, witamin i białek. Głównymi składnikami węglowodanów są sacharoza, glukoza i fruktoza. Wśród witamin możemy wyróżnić B1, B2, B6, biotynę i witaminę C. Ze związków mineralnych należy wymienić kwas jabłkowy, kwas cytrynowy i kwas mlekowy. W miodzie występują również związki żelaza, cynku, magnezu i fosforu. Miód zawiera dużą ilość kalorii zastępował w dawnych czasach nieznany wówczas cukier. Z powodu dużej zawartości fruktozy miód jest o 25% słodszy od cukru. W Polsce przydatność miodu do spożycia określa się na trzy lata, choć można go jeść nawet po kilkudziesięciu latach. Miód znaleziony w grobowcach faraonów nadawał się do spożycia. Polak zjada rocznie około 0,5 kg miodu, Niemiec 5 kg! Polski miód ceniony jest w całej Europie i w Stanach Zjednoczonych. Wielkie uznanie na rynku pszczelarskim mają miody pochodzące z woj. pomorskiego. Wyjątkowość miodu kaszubskiego związana jest ze specyficzną roślinnością charakterystyczną dla tego obszaru (rośliny postglacjalne) rozsiane w pasie Wejherowo – Kartuzy – Kościerzyna – Bory Tucholskie. Szczególnie ceniony jest miód z powiatu człuchowskiego oraz miód pszczółkowski, znany od XIV wieku, odkąd Cystersi założyli tu pierwsze pasieki. W pobliskim Skowarczu istnieje interaktywne Muzeum Miodu, gdzie młodzież może się zapoznać np. z produkcją świec.

Miód jest najczystszy produktem natury. Wspomaga układ odpornościowy, wzmacnia mięsień sercowy, system nerwowy, poprawia przemianę materii i łagodzi objawy wielu chorób. Najbardziej sławnym miodem świata jest tzw. miód manuka. Słoiczek może kosztować nawet 400 zł. O jego cenie decyduje procentowy udział MGO (metyloglioksal) substancji o silnych właściwościach bakteriobójczych. Ten miód jest wytwarzany przez pszczoły z nektaru pochodzącego z kwiatów krzewu herbacianego manuka, który rośnie w południowej Australii i Nowej





Zelandii. Ten metylogliksal występuje również w innych miodach, ale w miodzie manuka jest go 1000 razy więcej. Wykorzystywany jest w terapii gronkowca, paciorkowca, zakażeń *E.coli* i *Helicobacter pylori*. Miód manuka zapobiega rozrostowi wielu typów nowotworów i łagodzi uboczne skutki chemoterapii. Pamiętajmy jednak, że żaden miód nie jest lekiem.

### O spożyciu miodu

Istnieją różne szkoły spożycia miodu. Jedni zalecają 2 łyżeczki rano na czczo. Lepiej jednak rozpuścić miód w letniej wodzie i spożyć po 10 godzinach rano. Wydaje się wtedy nieco słodszy; więcej w jego roztworze fruktozy (hydrolyza), a zatem lepsze oddziaływanie na mięsień sercowy. Pamiętajmy jednak o tym, że miody są bardzo alergenne. Nie powinno się podawać miodu dzieciom do 2 roku życia. Spożycie miodu powinny również unikać kobiety ciężarne. Cukrzycy zamiast słodzić herbatę cukrem, niech lepiej stosują miód, ale umiarkowanie.

### O niektórych właściwościach miodu

Przytoczę tu tylko niektóre rodzaje miodów i ich ogólne charakterystyki:

- wielokwiatowy – zwany miodem tysiąca kwiatów,
- rzepakowy – po krystalizacji biały, kremowy,
- spadziowy – ze spadzi drzew iglastych i liściastych,
- lipowy – dobry na schorzenia dróg moczowych i na nerwice,



Charakterystyczna budowa plastra do gromadzenia miodu, regularność do 0,1 mm

- akacjowy – zawiera dużo fruktozy, dobry dla cukrzyków,
- wrzosowy – uważany za jeden z najlepszych miodów,
- gryczany – polecany przy miażdżycy, osłabionej pamięci, wzroku i słuchu,
- leśny – o subtelnym zapachu, idealny do wypieku pierników,
- malinowy – polecany dzieciom podczas przeziębienia.

### O kilku ciekawostkach pszczelich

1. Pszczoła to jedyny owad, który wytwarza żywność dla siebie, a zjada ją człowiek.
2. Aby wypełnić wole nektarem, pszczoła musi odwiedzić 1000 kwiatów.
3. Każda pszczoła zbieraczka obiera sobie tylko jeden rodzaj kwiatów i do gniazda znosi tylko jeden rodzaj nektaru i pyłku.
4. Robotnica zbieraczka waży 0,1 g; wracając z nektarem jest cięższa o połowę, a z pyłkiem o 1/3 więcej.
5. Do wyprodukowania 1 kg miodu pszczoła musi zebrać około 3 kg nektaru (60 tys. napełnień wola) i pokonać trasę półtora okrążeń ziemi. Musi odwiedzić 4 miliony kwiatów. Jeden kurs to penetracja około 80 kwiatów. Zasięg lotu pszczoły wynosi około 3 km.
6. Pszczoła może wyprodukować w swoim około 20-tygodniowym życiu 1/12 łyżeczki miodu.
7. Podczas lotu pszczoła wykonuje około 400 ruchów skrzydełkami na sekundę.
8. Rój pszczeli może liczyć 30 tysięcy osobników, w tym jedna królowa, 10% to trutnie, a reszta to robotnice (zbieraczki i pszczoły ulowe).

mgr farm. Jerzy Nacel\*

\*Tekst powstał na podstawie wykładu wygłoszonego w listopadzie 2014 r. na spotkaniu seniorów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

## Chirurdzy onkolodzy na europejskim kursie

**Dr Paweł Kabata** z Kliniki Chirurgii Onkologicznej GUMed oraz **dr Ewa Sobczak** z Zakładu Żywienia Klinicznego i Dietetyki GUMed i Oddziału Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii wzięli udział w europejskim kursie *ESPEN Experts' Course in Intestinal Failure* w Salford Royal Hospital w Manchesterze. W trakcie dwudniowego kursu uczestniczyli w szkoleniach z zakresu nowoczesnego, kompleksowego leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności przewodu pokarmowego oraz poznali zasady organizacji i funkcjonowania wiodącego



europejskiego ośrodka zajmującego się leczeniem zespołu krótkiego jelita. ■

## KADRY GUMed

### Tytuł profesora otrzymał

- prof. dr hab. Jarosław Sławiński

### Na stanowisku profesora nadzwyczajnego zatrudniono

- dr. hab. Bartłomieja Ciesielskiego

### Stopień doktora habilitowanego otrzymał

- dr hab. Łukasz Kaska

### Na stanowisku adiunkta zatrudniono

- dr. n. farm. Mariusza Belkę

### Na stanowisku starszego wykładowcy zatrudniono:

- dr n. o zdrowiu Justynę Kamińską
- dr med. Joannę Konarzewską

### Na stanowisku wykładowcy zatrudniono

- dr. med. Marcina Słomińskiego

### Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

#### 20 lat

- dr med. Anna Babińska
- dr hab. Sylwia Małgorzewicz, prof. nadzw.

#### 25 lat

- Lilla Assulewicz
- inż. Mikołaj Burka
- Maria Stromska
- dr hab. Katarzyna Zorena, prof. nadzw.

#### 30 lat

- Gertruda Frankiewicz
- dr hab. Tomasz Liberek, prof. nadzw.

### Zmiany w zakresie pełnienia funkcji kierowników jednostek organizacyjnych

- Z dniem 1.05.2016 r. dr. hab. Jackowi Koto-wi powierzono funkcję kierownika Kliniki Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego UCMMiT – dotychczas pełnił funkcję p.o. kierownika.

## Z KALENDARZA REKTORA

- 14.04.2016 r.** wziął udział w uroczystości otwarcia budynku Instytutu Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego.
- 21.04.2016 r.** wręczył medal „Zasłużonemu AMG” Horstowi Kirchgatterowi. Wziął również udział w posiedzeniu Rady Rektorów Województwa Pomorskiego, której jest przewodniczącym. Spotkanie odbyło się w Wyższym Seminarium Duchownym w Pelplinie.
- 6.05.2016 r.** uczestniczył w pogrzebie arcybiskupa Tadeusza Gocłowskiego.
- 20.05.2016 r.** uroczystie otworzył IX Medyczny Dzień Nauki w Collegium Biomedicum.

## Kadry UCK

### Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

#### 20 lat

- Małgorzata Bielawska
- Krystyna Błazewicz
- Bożena Szczepińska
- Emilia Szwed

#### 25 lat

- Marzena Lewandowska
- Jolanta Pelc
- mgr Jolanta Piekarska

#### 30 lat

- Grzegorz Sukta
- Lidia Świeca

#### 35 lat

- Irena Lewandowska
- Maria Turzyńska
- Ewa Wojciechowska



# Repetytorium z Kardiologii i Hipertensjologii 2016

Dostępne  
w księgarni  
medycznej  
[www.ikamed.pl](http://www.ikamed.pl)

◆ **LETNIE**

18–19 czerwca 2016 roku w Sopocie

◆ **JESIENNE**

15 października 2016 roku w Warszawie

8400\_KardioHiper



Więcej informacji i rejestracja na stronie internetowej:

[www.kardio2016.viamedica.pl](http://www.kardio2016.viamedica.pl)



VIA MEDICA



# VII Spotkanie po EASD

Gdańsk, 15 października 2016 roku

Hotel Scandic Gdańsk

ul. Podwale Grodzkie 9

8467\_EASD2016

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak

**Udział w konferencji jest bezpłatny.**



Więcej informacji:

tel.: 58 320 94 94

[easd@viamedica.pl](mailto:easd@viamedica.pl)

[www.easd.viamedica.pl](http://www.easd.viamedica.pl)

PATRONAT



ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



PARTNER



Konferencja jest skierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi  
— podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271).



## Medale dla sportowców GUMed

Ponad 100 osób z 21 uczelni wyższych wzięło udział w Akademickich Mistrzostwach Polski w Aerobiku Sportowym, które w dniach 14-17 kwietnia br. zorganizował KU AZS Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Studenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, obecni mistrzowie Pomorza, trenujący pod okiem mgr Anety Korewo po raz kolejny pokazali wysoką formę sportową i znów stanęli na podium.

**Katarzyna Przewłocka** (III r., kierunek dietetyka) wywalczyła brązowy medal w kategorii solistek, a w kategorii par po srebrze sięgnęli **Katarzyna Przewłocka** i **Szymon Szkoda** (VI r., kierunek lekarski). Na medale sportowcy GUMed liczyli też w kategorii solistów, gdzie w finale walczyli **Szymon Szkoda** i **Jacek Świeczka** (II r., kierunek lekarski), ale zabrakło trochę szczęścia i w rezultacie **Szymon Szkoda** zajął 5, a **Jacek Świeczka** 6 miejsce. W pozostałych kategoriach reprezentanci GUMed uplasowali się na: 10 miejscu w kategorii par – **Barbara Janda** (V r., kierunek lekarski), **Jacek Świeczka**, a na 12 miejscu w kategorii trójek – **Magdalena Paszko** (II r., kierunek fizjoterapia II st.), **Anna Rydzewska** (II r., kierunek elektroradiologia) i **Marta Potrykus** (I r., kierunek dietetyka).

W generalnej klasyfikacji drużynowej GUMed zajął ostatecznie IV miejsce. ■



## Siatkarze na medal

Rewelacyjnie spisali się studenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na Mistrzostwach Polski Uczelni Medycznych w Piłce Siatkowej, które odbyły się w dniach 14-17.04.2016 r. w Bydgoszczy. Drużyna męska zdobyła srebrny medal, a kobieca wywalczyła brąz. W zawodach uczestniczyło 10 uczelni medycznych.

W drodze do finału nasi siatkarze pokonali Śląski Uniwersytet Medyczny 2:1, a w finale ulegli Pomorskiemu Uniwersytetowi Me-

dycznemu ze Szczecina 0:2. Kobiety, po zajęciu II miejsca w grupie, w walce o finał uległy 0:2 Pomorskiemu Uniwersytetowi Medycznemu ze Szczecina, a w walce o brązowy medal pokonały 2:0 Łódzki Uniwersytet Medyczny. Zwycięzcą turnieju został Uniwersytet Medyczny z Bydgoszczy. Wszyscy finaliści otrzymali puchary i pamiątkowe medale.

Drużyna męska zagrała w składzie: kapitan Mateusz Mocias (I r. ratownictwa medycznego), Kajetan Krupa (IV r. WL), Adam Szewczyk (V r. WL), Marcin Resko (I r. fizjoterapii II stopnia), Ziemo-wit Kabuła (I r. fizjoterapii II stopnia), Artur Pobłocki (III r. WF), Paweł Stawicki (V r. WL), Cezary Bydelski (V r. WL), Rafał Kowalczyk (V r. WL), Maciej Róg (III r. WL) i Grzegorz Dobkowski (stażysta).

Skład drużyny kobiecej: kapitan Paulina Sztandera (VI r. WL), Ewelina Skarbek (III r. WL), Dorota Sobolewska (II r. WL), Anna Szczoczarz (IV r. WF z OML), Justyna Kowalczyk (I r. pielęgniarstwa), Julia Piasta (I r. pielęgniarstwa), Anna Wiśniewska (I r. fizjoterapii II stopnia), Weronika Michałowska (I r. pielęgniarstwa), Zuzanna Łączkowska (I r. WL), Anna Kamecka (II r. WL), Nikola Borowa (III r. fizjoterapii) i Marta Dornowska (stażystka). Trenerem obu zespołów jest mgr Andrzej Bocian ze Studium Wychowania Fizycznego i Sportu GUMed. ■





## Nie tylko o witaminowych celebrytkach



Podczas kwietniowych Młodzieżowych Spotkań z Medycyną swoje prezentacje wygłosili specjaliści z Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej. Lek. Radosław Kozaryn przedstawił perspektywy w kardiologii, a dr hab. Rafał Pawlaczyk wygłosił wykład pt. *Sala operacyjna: serce nie bije, a pacjent żywy*.

Natomiast o witaminowych celebrytkach – witaminie C i D opowiedzieli: Magdalena Engler i Adrian Engler, uczniowie VI LO w Gdyni. Młodzieżowe Spotkania z Medycyną odbyły się 26 kwietnia br. w Atheneum Gedanense Novum. ■



## Studenci GUMed w galeriach handlowych



Kolejna edycja sztandarowego projektu Programu Stałego ds. Zdrowia Publicznego SCOPH IFMSA *Zdrowie pod Kontrolą* odbyła się w dniach 9-10 kwietnia br. Studentów GUMed można było spotkać w Galerii Bałtyckiej i Madisonie. Chętni mogli skorzystać m.in. z badania poziomu glukozy we krwi, ciśnienia tętniczego, składu masy ciała czy EKG. Można było również zarejestrować się jako potencjalny dawca szpiku kostnego, otrzymać poradę lekarską, wypełnić ankietę dotyczącą wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, nauczyć się jak udzielać pierwszej pomocy oraz posłuchać o objawach nowotworów u dzieci i o tym jak prawidłowo badać piersi. Na najmłodszych czekał szpital pełen chorych pluszowych misiów do wyleczenia.

Projekt wsparła również Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdańsku, której pracownicy wykonywali badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu oraz edukowali na temat szkodliwości palenia tytoniu. Ogromnym zaangażowaniem wykazały się: Uczelniany Samorząd Studencki, Młoda Farmacja Gdańsk oraz gdański oddział Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii PTSS. Dzięki ogromnej pomocy studentów z powyższych stowarzyszeń klienci Galerii mogli m.in. zapoznać się z informacjami o lekach i nauczyć się prawidłowej higieny jamy ustnej. ■

