



GAZETA miesięcznik
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

ISSN 1506-9745



AMIG

Rok 26

Grudzień 2016

nr 12 (312)

Wesołych Świąt



Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego



Absolwenci Wydziału Lekarskiego rocznika 2010-2016 zakończyli oficjalnie swoje studia. Dyplomatorium odbyło się 5 listopada 2016 r. w Polskiej Filharmonii Bałtyckiej im. Fryderyka Chopina. W uroczystości, której przewodniczył rektor dr hab. Marcin Gruchała, prof. nadzw. uczestniczyli m.in. dziekan WL dr hab. Maria Dudziak, prof. nadzw. i prodziekan WL dr hab. Bartłomiej Ciesielski, prof. nadzw. Rektor w swoim przemówieniu pogratulował wszystkim dyplomantom oraz życzył im dalszych sukcesów. 210 absolwentów po złożeniu przyrzeczenia lekarskiego odebrało dyplomy z rąk Rektora oraz Dziekana. Medal *Primus Inter Pares* otrzymał absolwent kierunku lekarskiego lek. **Michał Kunc**. Obok rektora Gruchały i dziekana Dudziak przemówienia wygłosili: prof. dr hab. Brunon Imieliński – prezes Stowarzyszenia Absolwentów, dr Roman Budziński – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku, dr Henryk Zawadzki – opiekun studentów I roku kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, lek. Agnieszka Czapska – absolwentka kierunku lekarskiego i Jakub Sobolewski – przedstawiciel studentów VI roku kierunku lekarskiego. ■

W numerze m.in.

■ Zwiększenie aktywności naukowej GUMed – działania na szczeblu centralnym	4
■ Dzień Wykładu	5
■ Nagroda Premiera przyznana	7
■ Bohaterki z UCK	8
■ Dofinansowanie dla projektu BG	9
■ Nagrody dla lekarzy GUMed na Kongresie PTK	9
■ O otyłości nad Motławą	10
■ Sprzedaż szpitala przy ul. Klinicznej	11
■ Wyróżnienia dla naukowców	11
■ O metodach rzucania palenia	12
■ Wyróżnienie dla kardiologów i radiologów	12
■ Inauguracja roku akademickiego 2016/2017 stacjonarnych studiów doktoranckich	13
■ Sprawdzili umiejętności językowe	13
■ Urołodzi na warsztatach w Londynie	14
■ Oczywiście można oddać serce, wątrobę, trzustkę albo nerki	15
■ In memoriam – dr med. Aleksander Szolc	17
■ Laureaci konkursów NCN	19
■ Pomiędzy Jerozolimą, Atenami a Rzymem – etyka, prawo i sztuka leczenia w świecie starożytnym	20
■ O postaciach gdańskiej medycyny w Muzeum Narodowym	24
■ Wolność sumienia i religii a sprzeciw sumienia lekarza w prawie polskim	25
■ Otwarcie nowych sal do chemioterapii	29
■ Konferencja dla ratowników Paramedic 2016	29
■ Dermatolodzy i alergolodzy zapraszają do Ustki	30
■ Studentki zdrowia publicznego na konferencji w Wiedniu	30
■ Turystyczne lato Seniorów	31
■ Ruszył projekt <i>Zdolni z Pomorza</i>	32
■ Tajemnice z muzealnej półki	33
■ Klinika na peryferiach – ostatni rozdział? (cz. 3)	34
■ Szczoteczki jadą do Afryki	40
■ Zadania geriatry w systemie opieki zdrowotnej...	41
■ <i>Kaszka dla Malgaszka 2016</i>	43
■ Startuje IV edycja konkursu Lider Nauk Farmaceutycznych	43
■ Konkurs Prac Magisterskich rozstrzygnięty	44
■ Niezwykłe Młodzieżowe Spotkania z Medycyną	44
■ Lekarze z niepublicznej	45
■ Wzrost przyjęć na kierunek lekarski	45
■ Z historii gdańskiej chirurgii: Profesor Wilhelm Baum	46



Koncert Noworoczny 2017

Koncert Noworoczny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odbędzie się **14 stycznia 2017 r.** o godz. 18 w Akademii Muzycznej w Gdańsku. Specjalnie dla zgromadzonych gości przygotowano ucztę muzyczną połączoną z drobnym poczęstunkiem. Dzięki uprzejmości władz Akademii Muzycznej w Gdańsku goście będą mogli bezpłatnie skorzystać z parkingu. Przy wjeździe należy pobrać bilet, który przy wejściu na salę koncertową zostanie wymieniony na bilet zerowy. Obowiązują stroje oficjalne.

Zaproszenia na Koncert będzie można odebrać w pokoju nr 3 w rektoracie od **14 grudnia 2016 r.** od godz. 8. Liczba miejsc ograniczona. Więcej informacji można uzyskać pod numerem telefonu 58 349 11 63. Rezerwacje nie będą przyjmowane. ■



GAZETA AMG

Redaguje zespół:

Redaktor naczelny: Bolesław Rutkowski

Zastępca redaktora naczelnego: Wiesław Makarewicz

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

Współpraca: Tadeusz Skowyr, 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.viamedica.pl, tel. 58 320 94 94, faks 58 320 94 60

Redaktor prowadzący: Joanna Ginter

Opracowanie graficzne: Jacek Rembowski

Warunki prenumeryaty:

Cena rocznej prenumeryaty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru – 3 zł; w rocznej prenumeryacie 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



VIA MEDICA

Zwiększenie aktywności naukowej GUMed – działania na szczeblu centralnym

Wyzwaniem nowych władz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na najbliższe lata jest dalsza stymulacja aktywności naukowej pracowników i doktorantów GUMed oraz jej jeszcze bardziej efektywne wsparcie. Jedne z pierwszych propozycji zmian w tym zakresie padły podczas dyskusji na spotkaniu grupy roboczej Centrum Medycyny Translacyjnej (CMT), które odbyło się w dniach 29-30 stycznia 2016 r. w Sobieszewie. Wzięło w nim udział blisko 80 przedstawicieli wszystkich Wydziałów naszego Uniwersytetu. Sformułowano niektóre kierunki, u których podstaw leży także stworzenie nowych rozwiązań organizacyjnych i infrastrukturalnych, które doprowadzą do optymalnego wykorzystania potencjału naukowo-badawczego naszego Uniwersytetu. Zaproponowane założenia stanowiły również dla nas zachętę do podjęcia działań zmierzających do jeszcze bardziej systemowego wsparcia administracyjnego nadchodzących zmian.

Zgodnie ze statystykami opracowanymi przez Narodowe Centrum Nauki, w latach 2011-2016 pozyskałiśmy finansowanie dla 92 projektów z zakresu badań podstawowych w kwocie blisko 48 mln zł. Już teraz szcycimy się wysoką 10 pozycją spośród 148 jednostek naukowych w grupie nauk o życiu. Sukcesy odnosimy również w badaniach przemysłowych i pracach rozwojowych finansowanych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Aktualnie jesteśmy zaangażowani w pracę 8 konsorcjów naukowo-przemysłowych; całkowita wartość projektowa to kwota blisko 153 mln zł. Jednak pojawiające się nowe możliwości finansowania nauki, złożoność przepisów prawnych i wymogów formalnych, konieczność przygotowywania różnego rodzaju analiz czy statystyk, pod których presją pracujemy, zmobilizowały nas do uporządkowania dotychczasowej struktury organizacyjnej Biura ds. Nauki. Zarządzeniem Rektora nr 35/2016 r. z 1 września 2016 r. wprowadzone zostały zmiany organizacyjne, które w szczególności dotyczą:

1. Wydzielenia Sekcji ds. Innowacji i Transferu Wiedzy spod Biura ds. Nauki i przyporządkowanie jej bezpośrednio Prorektorowi ds. Nauki.

To działanie miało na celu przygotowanie struktury Sekcji do przejścia roli Centrum Transferu Technologii w dalszej perspektywie planowanych zmian.

2. Likwidacji w strukturze Biura ds. Nauki wyodrębnionych jednostek organizacyjnych, tj. Stanowisk ds.:

- a) Międzynarodowych Projektów Badawczych,
- b) Krajowych Projektów Badawczych,
- c) Działalności Statutowej,
- d) Rozwoju Kadr Naukowych

oraz na bazie pracowników zatrudnionych na ww. stanowiskach:

3. Utworzenie w strukturze Działu Nauki:

a) Sekcji ds. Rozwoju Nauki, która w swoim zakresie realizuje działania związane z obsługą:

- zadań badawczych statutowych, młodych naukowców i doktorantów, realizowane przez trzy Wydziały naszego Uniwersytetu (WL, WF, WNoZ),
- stypendiów naukowych (pracowników i doktorantów GUMed),
- inicjatyw związanych z działalnością upowszechniającą naukę (DUN),
- zadań wspomagających (obsługa umów cywilno-prawnych);

b) Sekcji ds. Projektów Naukowych, która w swoich działaniach koordynuje wnioskowanie o projekty:

- krajowe,
- międzynarodowe,
- konsorcyjne (wspierające wielopodmiotowe badania stosowane i prace rozwojowe).

Poprzez utworzenie zespołów zadaniowych, wzajemnie wspierających swoją pracę, została wzmocniona obsługa administracyjna, w szczególności projektów badawczych i rozwoju kadr naukowych.

Kolejny etap to konieczne wzmocnienie eksperckie działających już Sekcji. Wprowadzenie tych zmian uzyskało już akceptację władz naszego Uniwersytetu. Dotyczą one przede wszystkim zaproszenia do wykonywania zadań eksperckich pracowników naukowych naszego Uniwersytetu o ugruntowanej pozycji projektowej i recenzenckiej.

Ekspert naukowy, swoją wiedzą i doświadczeniem, będzie w szczególności wspomagał proces wnioskowania o finansowanie projektów badawczych. Obszar jego wsparcia to:

- prowadzenie szkoleń z zakresu metodologii pisania projektów, ze szczególnym uwzględnieniem często popełnianych błędów w części merytorycznej wniosku,
- konsultacje indywidualne z potencjalnymi wnioskodawcami,
- wsparcie w pozyskaniu partnerów zewnętrznych i ekspertów chcących współpracować w projektach,
- współpraca z Prorektorem ds. Nauki przy okresowym określaniu wiodących kierunków działalności naukowej i polityki projektowej Uniwersytetu.

Potrzebą chwili jest również wzmocnienie działań Sekcji ds. Projektów Naukowych, związanych z doradztwem formalno-prawnym, niezbędnym przy zawieraniu coraz bardziej

wieloaspektowych umów konsorcyjnych i ogólnouczelnianych z podmiotami gospodarczymi.

Ma to szczególne znaczenie przy poszukiwaniu właściwych partnerów wśród firm i przedsiębiorstw dla wspólnego planowania innowacyjnych projektów badawczych i ubiegania się o środki na ich realizację.

W nowe zmiany wpisują się również planowane działania Sekcji ds. Projektów Naukowych, która w ramach współpracy z Sekcją Innowacji i Transferu Wiedzy oraz ekspertami naukowymi, będą wspierać naukowców i zespoły przygotowujące aplikacje od strony merytoryczno-formalno-administracyjnej, co daje szansę przygotowania bardziej konkurencyjnych wniosków projektowych.

Tego rodzaju działania będą miały na celu również aktywizację działalności naukowej jednostek o mniejszym potencjale projektowym i ich konsolidację oraz okazywanie pomocy i zachętę do współpracy z zespołami o ugruntowanej pozycji grantowej.

O ile działania związane z pozyskiwaniem funduszy na projekty naukowe, a szczególnie te międzynarodowe, są dla nas obecnie priorytetem, to realizacja zadań badawczych statutowych, która bezpośrednio zależy od aktywności naukowej samych wnioskujących, posiada już przez lata wypracowany wewnątrzuczelniany system oceny. Daje on możliwości oceny wyteżonej pracy naukowej 137 jednostek Uniwersytetu w trzyletnim czasookresie.

Funkcjonujący system w dalszej perspektywie stanowić może również narzędzie służące do okresowej oceny prac badawczych prowadzonych w jednostce, wyznaczania jej naukowych planów rozwojowych oraz podejmowania przez władze Uniwersytetu działań systemowych, w tym zmian organizacyjnych w obrębie Wydziałów.

System ten, w połączeniu z systemem oceny dydaktycznej, może stanowić także dobre narzędzia dla kierowników jednostek wydziałowych – dziekanów, w określaniu aktywnej polityki kadrowej. Wprowadzenie limitów osób zatrudnionych na etatach wykładowcy, uzupełnianie etatów naukowo-dydaktycznych etatami dydaktycznymi czy naukowymi, obniżanie pensum dydaktycznego poprzez zastosowanie np. algorytmu projektowego to tylko niektóre z możliwości ich wykorzystania.

W obszarze zadań badawczych statutowych i młodych naukowców wprowadzone zostały zmiany mające na celu

uelastycznienie prawidłowego wydatkowania środków przeznaczonych w budżecie państwa na naukę. W praktyce oznacza to, że kierownik może obecnie, w zależności od swoich potrzeb, sam podejmować decyzję, na jaki rodzaj kosztów planuje wydatkować przyznaną dotację, w obrębie Katalogu Kosztów, bez zbędnej biurokratycznej wymiany dokumentów. Zasady te zostały jasno określone w Zarządzeniu Rektora nr 56/2014 z 15 grudnia 2014 r. Nadmienić należy, że realizując zadania badawcze, kierownicy jednostek mają możliwość finansowania rozwoju bazy badawczej, w tym zakupu lub wytworzenia aparatury naukowo-badawczej, mogą również podejmować cenne inicjatywy, takie jak nawiązywanie nowej współpracy naukowej, niezbędnej do rozwoju kierunku badań prowadzonych przez jednostkę.

Pomysł uruchomienia w portalu e-Naukowiec zakładki *Aparatura*, umożliwiającej wspólne wykorzystanie aparatury i sprzętu przez współpracujące zespoły badawcze, ma znacząco wpłynąć na zwiększenie efektywności prowadzenia badań naukowych i na racjonalizację zakupów. W zakładce tej każdy z kierowników jednostek naukowych GUMed może aktualnie wskazać aparaturę naukowo-badawczą możliwą do wykorzystania na rzecz innych jednostek.

Zmienia się również promocja naszych działań. Bieżące informowanie o najbardziej wartościowych doniesieniach naukowych naszych pracowników na stronie internetowej GUMed będzie wzmocnione portalem e-Naukowiec, obsługiwanym przez Biuro ds. Nauki, który poza miejscem składania dokumentów aplikacyjno-sprawozdawczych i pozyskiwania informacji o aktualnych konkursach, będzie również narzędziem zachęty do wymiany doświadczeń, poszukiwania partnerów naukowych oraz biznesowych, źródłem aktualnych aktów prawnych i materiałów szkoleniowych, wspomagających aplikacje projektowe.

Podsumowując, zachęcamy Państwa do aktywnego włączania się w już istniejące i planowane zmiany, systematycznego odwiedzania naszej strony e-Naukowiec (enaukowiec.gumed.edu.pl z dostępem poprzez login i hasło tożsame jak do poczty i extranetu GUMed) oraz czynnego uczestnictwa w zaproponowanych przez nas formach wsparcia aktywności naukowo-badawczej.

prof. Tomasz Bączek,
prorektor ds. nauki

Dzień Wykładu



Tegoroczny Dzień Wykładu w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym będzie obchodzony 15 grudnia. Okolicznościowy wykład pt. *Fenomen czarownic w ujęciu artystyczno-farmaceutycznym* wygłosi **prof. Roman Kaliszan**, członek rzeczywisty PAN, członek korespondent PAU, laureat Nagrody Ministra Zdrowia za całokształt pracy naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej za rok 2015. Uroczystość, która rozpocznie się o godz. 12 w Atheneum Gedanense Novum będzie połączona z wręczeniem nagród Rektora za osiągnięcia naukowe, dydaktyczne oraz organizacyjne w 2015 roku. ■

Z KALENDARZA REKTORA

- 1.10.2016 r.** wziął udział w mszy świętej celebrowanej przez arcybiskupa Sławoja Leszka Głódzia z okazji środowiskowej inauguracji roku Rady Rektorów Województwa Pomorskiego.
- 3.10.2016 r.** uczestniczył w inauguracji roku akademickiego na Uniwersytecie Gdańskim i w Akademii Muzycznej w Gdańsku.
- 4.10.2016 r.** wziął udział w inauguracji roku akademickiego na Politechnice Gdańskiej.
- 5.10.2016 r.** uczestniczył w pierwszej debacie rektorów uczelni wyższych Pomorza w Europejskim Centrum Solidarności w Gdańsku.
- 6.10.2016 r.** wziął udział w inauguracji roku akademickiego w Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku.
- 7.10.2016 r.** uroczystie zainaugurował rok akademicki 2016/2017 w GUMed; wziął udział w koncercie inauguracyjnym w Akademii Muzycznej w Gdańsku.
- 8.10.2016 r.** był uczestnikiem *V Pomorskiej Jesieni Internistycznej*; wziął również udział w inauguracji roku akademickiego w Akademii Morskiej w Gdyni.
- 10.10.2016 r.** wziął udział w otwarciu zmodernizowanej Biblioteki Głównej GUMed; spotkał się z delegacją z Toho University.
- 12.10.2016 r.** uczestniczył w inauguracji roku akademickiego w Akademii Pomorskiej w Słupsku.
- 13.10.2016 r.** wziął udział w inauguracji roku akademickiego w Gdańskim Seminarium Duchownym.
- 14.10.2016 r.** przewodniczył uroczystości wręczenia dyplomów doktora habilitowanego nauk medycznych i doktora habilitowanego nauk o zdrowiu oraz promocji na stopień naukowy doktora nauk medycznych, doktora nauk o zdrowiu i doktora nauk farmaceutycznych; wziął udział w otwarciu Otrzęsin GUMed.
- 20.10.2016 r.** uczestniczył w inauguracji roku akademickiego w Wyższym Seminarium Duchownym w Pelplinie.
- 21.10.2016 r.** otworzył konferencję *Kompleksowe leczenie otyłości – od diety do plastyka* w Atheneum Gedanense Novum.
- 26-28.10.2016 r.** wziął udział w obradach Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Katowicach.

Zmiana na stanowisku dyrektora UCK

Ewa Książek-Bator, dyrektor naczelna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego GUMed została odwołana z dotychczasowego stanowiska. Taką decyzję 21 listopada br. podjęła jednogłośnie Rada Społeczna UCK na wniosek prof. Marcina Gruchały, rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Nowy dyrektor Szpitala zostanie wybrany w drodze konkursu. Do tego czasu obowiązki te będzie sprawował **Jakub Kraszewski**, zastępca dyrektora naczelnego ds. personalnych. Władze Uczelni podkreślają, że dobrze oceniają pracę dyrektora Ewy Książek-Bator, szczególnie w zakresie kondycji finansowej Szpitala. Niemniej wobec znaczących zmian zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i szkolnictwie wyższym oraz oczekiwanych przez władze GUMed zmian w funkcjonowaniu Szpitala i formie współpracy z Uczelnią zdecydowano o zmianie osoby kierującej UCK. Jednocześnie władze GUMed zapewniają, że sytuacja Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego jest dobra, a zmiany mają służyć lepszej współpracy Szpitala z Uczelnią oraz takiej reorganizacji jednostki, by zapewnić pacjentom opiekę medyczną na najwyższym, specjalistycznym poziomie, właściwe warunki odbywania zajęć klinicznych przez studentów oraz efektywne prowadzenie badań naukowych.

Dyrektor Ewa Książek-Bator kierowała Uniwersyteckim Centrum Klinicznym od 2009 r., dokonując trudnych i koniecznych zmian restrukturyzacyjnych, zmierzających do osiągnięcia stabilności finansowej Szpitala. ■

Nagroda Premiera przyznana



Dr hab. Beata S. Lipska-Ziętkiewicz z Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki GUMed otrzymała Nagrodę Premiera Rady Ministrów za 2015 r. za osiągnięcie naukowe pt. *Znaczenie badań genetycznych w indywidualizacji postępowania klinicznego w steroidoopornych zespołach nerczycowych u dzieci*. Było ono podstawą nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego. Dr hab. Beata S. Lipska-Ziętkiewicz jest lekarzem pediatrą, genetykiem klinicznym. Specjalizuje się w badaniach translacyjnych mających na celu wdrożenie do praktyki klinicznej osiągnięć genetyki człowieka. Tematyka rozprawy

habilitacyjnej dotyczyła dziedzicznych chorób nerek. Habilitantka wykonała szereg badań molekularnych w grupie ponad 1800 dzieci z zespołem nerczycowym z 65 ośrodków klinicznych Europy, Bliskiego Wschodu i Ameryki Południowej. Umożliwiło to wykazanie, w jaki sposób różne mutacje wpływają na przebieg choroby (tzw. korelacja genotyp-fenotyp). Opracowane algorytmy stanowią klucz do indywidualizacji postępowania klinicznego zarówno w zakresie diagnostyki, jak i farmakoterapii (w tym ograniczenia jej efektów ubocznych) oraz działań profilaktycznych. Jednym z ważniejszych efektów jest uruchomienie diagnostyki genetycznej chorób nerek w Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK, dzięki czemu te testy genetyczne są obecnie dostępne dla każdego polskiego dziecka w ramach finansowania NFZ.

W uzasadnieniu wyróżnienia napisano: *Praca habilitacyjna składała się z cyklu publikacji, które przyczyniły się do lepszego poznania genetycznego podłoża steroidoopornych zespołów nerczycowych i spowodowała uruchomienie ich diagnostyki genetycznej w kraju. Odważne, mądre, nowatorskie badania przyczyniły się do wyjaśniania przyczyn ciężkiej patologii, jaką jest steroidooporny zespół nerczycowy. Mają ważne znaczenie poznawcze i aplikacyjne.* ■



Oświadczenie w sprawie aktywności dr. Jerzego Jaśkowskiego

Władze Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oświadczają, że poglądy dotyczące szczepień ochronnych publicznie prezentowane przez dr. Jerzego Jaśkowskiego są wyłącznie Jego prywatnymi opiniami i w żaden sposób nie mogą być utożsamiane ze stanowiskiem Uczelni. GUMed zdecydowanie dystansuje się wobec wypowiedzi dr. Jaśkowskiego krytykujących szczepienia, wygłaszanych podczas bezpośrednich wystąpień, jak i za pośrednictwem środków masowego przekazu – radia, prasy i telewizji. Jednocześnie informujemy, że podający się za eksperta AMG dr Jaśkowski nie jest pracownikiem Uczelni i nie należy wiązać jego osoby z gronem specjalistów reprezentujących GUMed. Dr Jaśkowski pozostał zatrudniony w Uczelni w latach 1973–2000 w Katedrze i Zakładzie Fizyki i Biofizyki. Od 1 września 2000 r. nie łączy Go jednak żadna forma zatrudnienia z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym.

Gdański Uniwersytet Medyczny jednoznacznie zaleca stosowanie szczepień ochronnych, zgodnie ze wskazaniami wynikającymi z medycyny opartej na dowodach naukowych, aktualnych zaleceń medycznych towarzystw naukowych, a także z obowiązującego prawa. Współczesna wiedza medyczna oraz zasady etyki zawodowej nie pozwalają Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu na jakiegokolwiek wspieranie poglądów osób związanych z tzw. ruchem antyszczepionkowym.

Podkreślamy również, że w 2009 r. Akademia Medyczna w Gdańsku przekształciła się w Gdański Uniwersytet Medyczny i to jest obowiązująca nazwa Uczelni.

prof. Marcin Gruchała,
rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Bohaterki z UCK

Barbara Dzielska i Marta Jurewicz – matka i córka, które od ponad 6 lat pracują w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku kilka dni temu zostały bohaterkami. Uratowały życie człowieka, który szedł do Poradni Kardiologicznej. Chory szukał pomocy specjalisty, ale nie zdążył do niego dotrzeć. Doszło do zatrzymania krążenia i prawdopodobnie gdyby nie szybka pomoc kobiet, umarłby. Poinformowały służby ratunkowe i wraz z ratownikiem medycznym z Klinicznego Oddziału Ratunkowego w Centrum Medycyny Inwazyjnej rozpoczęły akcję reanimacyjną.

– Nagłe, pozaszpitalne zatrzymania krążenia są w naszym kraju przyczyną zgonu wielu tysięcy osób rocznie. Wynika to w znacznej części z niepodejmowania akcji reanimacyjnej przez osoby będące bezpośrednim świadkiem takiego zdarzenia – tłumaczy prof. Grzegorz Raczak, kierownik Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca GUMed, wojewódzki konsultant ds. kardiologii. – Natychmiastowe rozpoczęcie akcji ratunkowej, nawet prowadzonej przez osoby bez wykształcenia medycznego może uratować życie chorego. Bezczyenne oczekiwanie na karetkę pogotowia zmniejsza z każdą minutą o około 12 proc. szanse osoby poszkodowanej na przeżycie. Opóźnienie akcji ratunkowej o ponad 10 minut w praktyce równa się śmierci chorego.

Często ludzie boją się podjąć tego typu inicjatywę, tłumacząc się, że nie mają wymaganych kwalifikacji, boją się zrobić poszkodowanemu krzywdę itp. Obie panie takich rozterek nie miały. Jak same o sobie mówią, zawsze chętnie służą pomocą.

– To nie był pierwszy przypadek kiedy udzielałam pierwszej pomocy – tłumaczy Marta Jurewicz. – Byłam świadkiem wypadku samochodowego i brałam udział w akcji ratunkowej, udzielałam pomocy pani, która zakrztusiła się cukierkiem. Ratowałam również brata, który zadławił się kotлетem.



– Ratowałyśmy też pana na przystanku, który zasnął. Słyszeliśmy z akcji – żartuje Barbara Dzielska.

Poszkodowanym był 53-letni mężczyzna. W trakcie pobytu w szpitalu, jak już stan pacjenta na to pozwolił, spotkał się z obiema paniami i podziękował im za pomoc i uratowanie życia. W dobrym stanie został wypisany już do domu.

By takie działania zdarzały się częściej, potrzebne jest zwiększenie świadomości w społeczeństwie i przeszkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Ma temu służyć opracowywana właśnie pod kierownictwem prof. Raczaka nowa podstawa programowa dla przedmiotu edukacja dla bezpieczeństwa.

– Jestem dumny, że mamy takich pracowników – wyznaje prof. Raczak. – Wciąż jednak trzeba kształcić dorosłych i młodzież w podstawowych czynnościach resuscytacyjnych i uświadamiać, że choremu z zatrzymaniem krążenia nie można zaszkozić. Można mu tylko pomóc, dlatego nie bójmy się ratować.

Panie są zatrudnione w firmie DGP Dozorbud, która świadczy usługi outsourcingowe dla UCK. Obie są gońcami, a dzięki dodatkowym szkoleniom i ukończonemu kursowi zdobyły kwalifikacje sanitariusza. Pani Barbara pracuje w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, natomiast Pani Marta w Klinice Kardiologii.

Joanna Śliwińska,
rzecznik prasowy

Kardiolog koordynatorem grupy ekspertów

Prof. Grzegorz Raczak, kierownik II Katedry Kardiologii GUMed został powołany przez minister edukacji narodowej Annę Zalewską na koordynatora jedenastoosobowej grupy ekspertów do prac nad tworzeniem podstawy programowej kształcenia ogólnego w zakresie edukacji dla bezpieczeństwa. W ich gronie znaleźli się również m.in. prof. Janina Stępińska, prof. Dorota Cianciara, prof. Wojciech Drygas i prof. Jerzy Stańczyk. Zajęcia z przedmiotu edukacja dla bezpieczeństwa prowadzone będą w ósmej klasie szkoły podstawowej (30 godzin) oraz pierwszej klasie licealnej (60 godzin). Obok spraw zdrowotnych przedmiot obejmie tematy związane z zagrożeniami terrorystycznymi i obronnością kraju. Z dotychczasowych ustaleń w obrębie grupy wiadomo, że na edukację prozdrowotną oraz naukę pierwszej pomocy zostanie poświęcona ponad połowa przyznanego czasu. Do końca listopada zespół złożył całość wymaganej dokumentacji. Po opracowaniu podstaw programowych zostaną podjęte działania w celu przygotowania merytorycznych pomocy dydaktycznych dla nauczycieli – odpowiednich broszur oraz filmów. ■

Dofinansowanie dla projektu BG

Biblioteka Główna GUMed została beneficjentem środków przyznawanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego na działalność upowszechniającą naukę. Otrzymane finansowanie w wysokości 91 tys. zł zostanie wykorzystane na realizację zadania **Rozszerzenie informacji katalogowych zawartych w katalogu online BG GUMed poprzez retrospektywne opracowanie zbiorów**. Projekt będzie realizowany w latach 2016-2017. W jego ramach zostanie utworzonych 3 000 pełnych opisów bibliograficznych książek, które wpłynęły do zbiorów Biblioteki drogą zakupu, darów i wymiany przed 1992 r. Rekordy będą wykonane w oparciu o obowiązujące standardy, przy współpracy z Narodowym Uniwersalnym Katalogiem Centralnym NUKAT. Do utworzenia charakterystyk rzeczowych opracowywanych zbiorów zostanie wykorzystany język haseł przedmiotowych MeSH w polskiej wersji. Oryginalna wersja angielska, powstająca w National Library of Medicine (NLM) w Stanach Zjednoczonych, jest powszechnie wykorzystywana na świecie do indeksowania literatury z zakresu medycyny. Opisy poszczególnych pozycji, wykonane przez bibliotekarzy posiadających odpowiednią wiedzę i umiejętności merytoryczne, będą dostępne zarówno w katalogu online BG GUMed, jak i w NUKAT, a poprzez ten katalog, po dopełnieniu odpowiednich procedur, będą mogły być wykorzystywane przez inne biblioteki w ich lokalnych bazach katalogowych.

W chwili obecnej w elektronicznym katalogu BG GUMed znajduje się **58 867** rekordów bibliograficznych dla **115 202** egzemplarzy książek oraz **2 886** rekordów bibliograficznych czasopism. Zaplanowany proces retrokonwersji pozwoli na rozbudowywanie dotychczasowej informacji katalogowej, która docelowo powinna obejmować informacje o wszystkich wydawnictwach znajdujących się w zbiorach naszej Biblioteki. Takie działanie w pełni odpowiada potrzebom współczesnego użytkownika, który oczekuje wiarygodnej i szybkiej tego typu informacji z dowolnego komputera przez



24 godziny. W ten sposób nastąpi także włączenie utworzonej informacji o posiadanych przez BG zbiorach w szeroki jej obieg, zarówno poprzez ogólnosiwiatowy katalog WorldCat, którego częścią jest NUKAT, jak i nasz katalog elektroniczny, co z pewnością przyczyni się do upowszechnienia wiedzy o naszych zasobach i wpłynie na stopień ich wykorzystania przez zainteresowanych czytelników.

Warto podkreślić, iż Biblioteka Główna GUMed jest już po raz drugi beneficjentem środków finansowych przyznawanych przez MNiSW na Działalność Upowszechniającą Naukę dla bibliotek naukowych. Zgodnie z decyzją nr 653/P-DUN/2014 z 23 stycznia 2014 r. zrealizowano podobne zadanie, w wyniku którego została skatalogowana kolekcja 1 870 woluminów książek pochodzących z Bibliothek des ärztlichen Vereins zu Danzig – zbioru, który stanowi źródło informacji dotyczących historii medycyny oraz kultury intelektualnej gdańskiego i środowiska lekarskiego przełomu XIX i XX w.

Anna Grygorowicz,
dyrektor Biblioteki Głównej

Nagrody dla lekarzy GUMed na Kongresie PTK

Podczas odbywającego się we wrześniu br. XX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego nagrody otrzymali lekarze GUMed. Za najlepszą pracę spośród prezentowanych w sesjach plakatowych Kongresu wybrano doniesienie pt. *The influence of air pollution on the occurrence and decompensation of cardiovascular diseases and mortality in the population of highly polluted agglomeration*. Pierwszym autorem jest dr **A. Ciślak** ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, a autorem nadzorującym prof. T. Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki GUMed. Z kolei **dr M. Rutkowski, dr P. Bandosz, dr T. Jędrzejczyk, prof. B. Wyrzykowski i prof. T. Zdrojewski** otrzymali statuetkę Kardiologii Polskiej za drugi najczęściej cytowany w 2015 r. artykuł opublikowany na łamach tego pisma pt. *Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey*. Warto nadmienić, że w ubiegłym roku podczas XIX Kongresu PTK główną nagrodę Komitetu Naukowego Kongresów PTK w dziedzinie nauk klinicznych otrzymało doniesienie pt. *Rokowanie odległe i czynniki wpływające na śmiertelność 3-letnią chorych wypisanych do domu po zawale serca – analiza połączonych ogólnopolskich rejestrów PL-ACS I AMI-PL*, którego współautorami z GUMed są: dr Ł. Wierucki, dr K. Chlebus oraz prof. T. Zdrojewski, zaś pierwszym autorem prof. Z. Gąsior z SCCS z Zabrze. ■



O otyłości nad Motławą

Ponad 120 osób uczestniczyło w zorganizowanej w dniach 21-22 października 2016 r. przez Klinikę Chirurgii Plastycznej GUMed konferencji pt. *Kompleksowe leczenie otyłości – od diety do plastyka*. Wydarzenie to odbywało się pod honorowym patronatem rektora GUMed prof. Marcina Gruchały oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej i Konsultanta Krajowego w jednej osobie, prof. Jerzego Strużyny, którzy osobiście przybyli na uroczystość otwarcia. Patronatu honorowego udzielił również marszałek województwa pomorskiego Mieczysław Struk. Uroczystość zaszczylił obecnością dyrektor ds. klinicznych UCK dr hab. Tomasz Stefaniak, prodziekan WL dr hab. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło, prof. nadzw. oraz kierownicy i przedstawiciele jednostek Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Celem Konferencji, adresowanej do lekarzy wielu specjalności, dietetyków, psychologów, rehabilitantów oraz przedstawicieli dyscyplin teoretycznych, było zapoznanie uczestników z aktualnym stanem wiedzy na temat przyczyn, zapobiegania, diagnozowania i leczenia otyłości zwanej słusznie plagą cywilizacyjną XX i XXI wieku. Konferencja została zaprojektowana w formule wykładów przedstawiających aktualny stan wiedzy lub wybrane interesujące zagadnienia z dyscypliny uprawianej przez wykładowcę i naturalnie ściśle wiążące się z otyłością. Zakres tematyki dobrze odzwierciedlają tytuły czterech sesji: *Otyłość spojrzeniem pediatry, internisty i psychologa*, *Otyłość – żywienie i rehabilitacja*, *Sesja bariatryczna* oraz *Sesja plastyczna, anestezjologia*. Gościliśmy wybitnych specjalistów krajowych i zagranicznych, a wśród nich: naszego absolwenta prof. Marka Dobke – kierownika Oddziału Chirurgii Plastycznej Szkoły Medycznej Uniwersytetu California San Diego (UCSD), prof. Lucynę Ostrowską – wiceprezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, dr inż. Danutę Gajewską – prezes Polskiego Towarzystwa Dietetyki, prof. Igora Reszetowa – kierownika Centrum Chirurgii Plastycznej I Uniwersytetu Medycznego w Moskwie, dr. Kamrana Shaha z Danii, pre-



zentującego wspólny dorobek z dr. Hjorturem Gislasonem, prof. Macieja Michalika – prezesa Sekcji Bariatrycznej i Metabolicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, który oprócz swojej prezentacji przedstawił wykład prof. Krzysztofa Paśnika. Obecni byli także prof. Barbara Kamińska – kierownik Kliniki i Katedry Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci GUMed, dr Marc Buise – anestezjolog, kierownik medyczny sal operacyjnych Catharina Hospital Eindhoven oraz dr Pieter Stepaniak – dyrektor sal operacyjnych tegoż szpitala. Wymienienie wszystkich znakomych wykładowców przekroczyłoby ramy tego skromnego sprawozdania. Zgodę na współpracę wyraziły także liczne towarzystwa naukowe, w których obszarze zainteresowań leży otyłość.

Głównymi sponsorami wydarzenia byli Medtronic oraz Johnson&Johnson, a sponsorami medialnymi Radio Gdańsk oraz wydawnictwo Evereth.

Uczestnicy Konferencji, poza wartościami merytorycznymi, podkreślali jej bardzo dobrą organizację, którą koordynowała mgr Ewa Kiszka, kierownik Działu Współpracy z Zagranicą, Promocji i Projektów Rozwojowych naszej Uczelni.

Poza szerzeniem i przyswajaniem wiedzy nie zabrakło także rozrywki. Pomimo październikowego chłodu bawiono się znakomicie na spotkaniu na sopockiej plaży przy muzyce, winie i doskonałych rybach.

Pomimo że Konferencja odbywała się po raz pierwszy, liczba uczestników wydaje się potwierdzać optymistyczne założenie organizatorów, że zorganizowanie i być może kontynuacja tego wydarzenia ma sens na tak wysycenym kongresowo-konferencyjnym rynku.

dr hab. Alicja Renkielska, prof. nadzw.,
przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego



Na zdjęciu: prof. Marek Dobke, prof. Igor Reshetov, prof. Alicja Renkielska i prof. Jerzy Strużyna

Sprzedaż szpitala przy ul. Klinicznej

Gdański Uniwersytet Medyczny od lat konsekwentnie realizuje plan modernizacji swojej bazy klinicznej. Kolejnym jej etapem jest sprzedaż szpitala przy ul. Klinicznej, zatwierdzona przez Senat GUMed na posiedzeniu 26 września 2016 r. Aktualnie w placówce mieszczą się: Katedra i Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej, Klinika Neonatologii i Klinika Położnictwa wchodzące w skład Katedry Perinatologii, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii oraz dwie przychodnie przykliniczne. Wszystkie jednostki znajdujące się w obecnej lokalizacji zostaną przeniesione do budowanego Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Ma to nastąpić w drugiej połowie 2018 r., a całość inwestycji zostanie zakończona do 2020 r. Do tego czasu wszystkie jednostki będą działały normalnie w dotychczasowej siedzibie.

– Uczelnia jest właścicielem dwóch budynków przy ul. Klinicznej, w których mieści się szpital i przychodnie przykliniczne oraz gruntów. Działka, na której stoją budynki liczy ponad 20 tys. m kw. i warta jest kilkadziesiąt milionów złotych – mówi Marek Langowski, kanclerz GUMed. – Uczel-



nia na razie nie ma kupca zainteresowanego nabyciem szpitala przy ul. Klinicznej. Stosowny przetarg zostanie ogłoszony w drugiej połowie 2017 r.

Pieniądze ze sprzedaży szpitala przy ul. Klinicznej GUMed przeznaczy na dalsze inwestycje – połowę uzyskanej kwoty na doposażenie Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, połowę na nową siedzibę dla jednostek stomatologicznych oraz Studium Wychowania Fizycznego i Sportu. ■

Wyróżnienia dla naukowców



Prof. Małgorzata Myśliwiec

Pracownicy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego złożyli Państwowy Egzamin Specjalizacyjny z najlepszymi wynikami w 2015 r. **Prof. Małgorzata Myśliwiec**, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii Diabetologii i Endokrynologii GUMed ukończyła specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, a **dr Hanna Zielińska** pod opieką dr Hanny Suchanek oraz **mgr Anna Dukat-Mazurek** pod opieką dr Grażyny Moszkowskiej z Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii ukończyły specjalizację w dziedzinie laboratoryjnej immunologii medycznej.

Podczas uroczystości *Specjalista Roku 2015* wręczono listy gratulacyjne lekarzom, farmaceutom, diagnostom laboratoryjnym i osobom wykonującym inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, którzy w 2015 r. uzyskali najwyższe wyniki z egzaminu specjalizacyjnego. Gala odbyła się 14 października 2016 r. w Ministerstwie Zdrowia. Uczestniczył w niej minister zdrowia Konstanty

Radziwiłł, wiceminister Jarosław Pinkas, wieloletni dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego dr hab. Joanna Jędrzejczak, obecny dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych dr hab. Mariusz Klencki, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Maciej Hamankiewicz.

Uroczystość uświetnił występ Orkiestry Strausowskiej *Obligato* pod dyrekcją Jerzego Soberki oraz innych artystów. ■



Dr Grażyna Moszkowska, dr Hanna Zielińska, mgr Anna Dukat-Mazurek

O metodach rzucania palenia

Dr Tadeusz Jędrzejczyk i **dr Łukasz Balwicki** z Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej GUMed uczestniczyli w dniach 25-26 października br. w międzynarodowych warsztatach *Tobacco Control Workshop for Health Professionals*. Odbyły się one w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Zostały zorganizowane we współpracy z U.S. National Cancer Institute oraz Activity for Innovation and Economic Growth. Ich celem było doskonalenie metod leczenia uzależnienia, w czym pomocą służyli eksperci z amerykańskich szpitali Mayo Clinic oraz MD Anderson Cancer Center w Teksasie. Przedstawiciele GUMed podzielili się doświadczeniami funkcjonowania



Dr Łukasz Balwicki, dr Scott Leischow z Mayo Clinic, dr Tadeusz Jędrzejczyk



prowadzonej przez nich Uniwersyteckiej Poradni Leczenia Zespołu Uzależnienia od Tytoniu oraz krajowymi i międzynarodowymi programami antytytoniowymi. Gdański ośrodek przez ponad 10 lat działalności wyrobił sobie uznaną pozycję w kraju. Uczestnikami warsztatów byli również przedstawiciele krajów Europy Wschodniej oraz Azji Centralnej. Owocem spotkania są także plany dotyczące krajowych i międzynarodowych projektów badawczych, jak również reformy poradnictwa antytytoniowego w Polsce. ■

Wyróżnienie dla kardiologów i radiologów

Naukowcy z Zakładu Radiologii – **dr Dorota Kulawiak-Gałęska**, **lek. Jadwiga Fijałkowska** i **prof. Edyta Szurowska** oraz z Kliniki Kardiologii – **dr Rafał Gałęska**, **dr hab. Marcin Fijałkowski** i **prof. Marcin Gruchała** zostali wyróżnieni za pracę *Aortic valve calcium score in patients with low density lipoprotein receptor gene mutation*. Przedstawiono ją podczas konferencji European Society of Cardiac Radiology, która odbyła się w dniach 20-22 października br. w Krakowie.

Wyróżniona praca jest kontynuacją badań dotyczących oceny zaawansowania miażdżycy u bezobjawowych pacjentów z hipercholesterolią rodzinną. Badania zwapnień zastawki aortalnej metodą tomografii komputerowej wykazały, że obecność patogenicznej mutacji genu kodującego receptor LDL jest niezależnym czynnikiem ryzyka powstawania zwapnień na zastawce aor-



Dr Dorota Kulawiak-Gałęska

talnej, niezależnie m.in. od wyjściowego poziomu cholesterolu. Badania prowadzone są w programie interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem z hipercholesterolemią rodzinną w ramach Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej koordynowanego przez i Katedrę i Klinikę Kardiologii GUMed. ■

Inauguracja roku akademickiego 2016/2017 stacjonarnych studiów doktoranckich

Doktoranci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego uroczystie rozpoczęli naukę. Inauguracja roku akademickiego 2016/2017 stacjonarnych studiów doktoranckich Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odbyła się 10 listopada 2016 r. w auli Auditorium Primum im. prof. Olgierda Narkiewicza. Studia w roku akademickim 2016/2017 rozpoczęło 45 doktorantów na Wydziale Lekarskim, 14 na Wydziale Nauk o Zdrowiu i 8 na Wydziale Farmaceutycznym z OML.

Uroczystość odbyła się na zaproszenie kierowników Studiów Doktoranckich: prof. Janusza Limona (Wydział Lekarski), dr. hab. Adama Szarszewskiego (Wydział Nauk o Zdrowiu) oraz prof. Wiesława Sawickiego (Wydział Farmaceutyczny). W immatrykulacji wzięli udział i wygłosił przemówienie rektor GUMed prof. Marcin Gruchała. Obecni byli też dziekani – prof. Maria Dudziak i prof. Michał Markuszewski.



Podczas uroczystości wręczono dyplomy najlepszym doktorantom nagrodzonym podczas XVII Sesji Sprawozdawczej w ramach 24 Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Naukowej dla Studentów i Młodych Lekarzy. Okolicznościowy wykład pt. *Neuroradiologia przeżyć duchowych i religijnych* wygłosił prof. Piotr Lass, prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu. ■



Sprawdzili umiejętności językowe

Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych zorganizowało 22 października br. kolejną sesję w ramach VIII edycji oficjalnego Pretestingu IELTS. Udział w nim wzięli studenci, doktoranci oraz pracownicy GUMed. Tym razem uczestnicy mieli okazję napisać 3 części egzaminu Cambridge: *Listening*, *Reading* oraz *Writing*. Egzaminy wysłano do Wielkiej Brytanii, gdzie zostaną sprawdzone i ocenione. Wyniki egzaminu poznamy wkrótce. Koordynatorem projektu była mgr Magda Warzocha. Już niedługo kolejna możliwość sprawdzenia swoich językowych umiejętności. ■



Urolodzy na warsztatach w Londynie



Dr hab. Marcin Matuszewski i lek. Jakub Kłącz z Katedry i Kliniki Urologii GUMed uczestniczyli w warsztatach *Masterclass of Genito-Urethral Reconstructive Surgery*. Kurs doskonalący dla urologów posiadających już co najmniej średnie przygotowanie teoretyczne i praktyczne w zakresie urologii rekonstrukcyjnej odbył się w dniach 31.10-4.11.2016 r. w Royal College of Surgeons of England w Londynie. W zajęciach uczestniczyło blisko 40 osób, w tym tylko 3 lekarzy urologów z Polski.

Zajęcia odbywały się w pałacyku Royal College of Surgeons of England wśród pamiątek i portretów wielkich twórców medycyny zabiegowej. Kierownikiem kursu był prof. Anthony Mundy – prawdziwy europejski i światowy lider w tej specjalności. Zachwycał rozmach warsztatów. Jako wykładowców zaproszono najlepszych urologów rekonstrukcyjnych z Wielkiej Brytanii, pięciu profesorów urologii ze Stanów Zjednoczonych, dwóch z Indii i Pakistanu, jednego z Francji, jednego z Izraela i prof. Margit Fisch z Hamburga, przewodniczącą Europejskiego Stowarzyszenia Urologii Rekonstrukcyjnej, znaną Polakom nie tylko z licznych wizyt w Gdańsku.



Dwa pierwsze dni były wypełnione głównie praktycznymi ćwiczeniami w prosektorium, gdzie wykonywano operacje na zwłokach pod nadzorem instruktorów. Poziom zajęć był doskonały. Ćwiczenia praktyczne, zarówno przed ich rozpoczęciem, jak i na bieżąco w trakcie ich trwania uzupełnione były niezwykle szczegółowym omówieniem technik operacyjnych i wymianą doświadczeń pomiędzy uczestnikami i organizatorami.

Trzy kolejne dni poświęcono na wykłady i operacje pokazowe transmitowane na żywo na salę wykładową. Dotyczyły wszystkich najważniejszych schorzeń, jakimi zajmuje się urologia rekonstrukcyjna. Omawialiśmy zwężenia cewki moczowej, skrzywienie prącia, przetoki w układzie moczowym, wszczepianie sztucznych protez zwieracza cewki i prącia, oszczędzające leczenie raka prącia i tym podobne. Uczestnikami kursu byli głównie ordynatorzy i samodzielnie pracujący lekarze – konsultanci z różnych krajów Europy Zachodniej, ludzie z dużym doświadczeniem w poruszanych tematach. Poziom dyskusji był niezwykle wysoki i pozwalał na powiększenie wiedzy o konkretne elementy od tzw. kuchni. Niewielka grupa uczestników sprzyjała też bardziej nieformalnym spotkaniom w przerwach, w pubie po zajęciach i na bankiecie.

Nie do przecenienia było to, że zajęcia odbywały się w pięknym poprawnym angielskim Queen's English, co sprawiało ogromną przyjemność słuchaczom, zwłaszcza jeśli dołączał się do tego typowy brytyjski humor. Jakość kursu w szczególności sposób odpowiadała naszym oczekiwaniom, ponieważ staramy się stworzyć z naszej Kliniki centrum referencyjne dla urologii rekonstrukcyjnej w Polsce. Wytrwale i skutecznie poruszamy się w tym kierunku, a wyjazd do Londynu był kolejnym dużym krokiem w tym kierunku. W tym kontekście ważnym aspektem również było to, że oprócz dużych korzyści merytorycznych mieliśmy także możliwość podpatrzeć, jak zorganizowany jest taki kurs, co niewątpliwie przyda się w trakcie organizowanych przez Katedrę i Klinikę Urologii konferencji i szkoleń podyplomowych dla urologów.

dr hab. Marcin Matuszewski,
lek. Jakub Kłącz,
Katedra i Klinika Urologii

Ojczyźnie można oddać serce, wątrobę, trzustkę albo nerki

Ojczyzna to inni ludzie – ta myśl łączy bohaterów spotu, który z okazji 11 listopada przygotowała społeczna kampania na rzecz świadomego dawstwa narządów Dawca.pl. Na pytanie *Co można zrobić dla ojczyzny?* odpowiadają Polacy, których na co dzień więcej dzieli niż łączy, m.in. Anna Grodzka, Arkadiusz Onyszko, Omenaa Mensah, ks. Piotr Morciniec, Łukasz Jakóbiak i Karolina Gilon.

Mimo odmiennych poglądów na temat patriotyzmu, bohaterowie filmu zgadzają się, że ojczyzna to przede wszystkim ludzie, a ludziom warto pomagać. Tym bardziej, że potrzeba przeszczepu może spotkać każdego z nas.

Według oficjalnych danych, do końca października 2016 r. w Polsce wykonano 1199 przeszczepów, transplantując narządy od 446 dawców. Tymczasem na przeszczep wciąż czeka 1719 pacjentów.

– Liczba przeszczepów jest nieproporcjonalnie niska w porównaniu do zapotrzebowania, a my wiemy, że tę sytuację można zmienić w dużym stopniu już choćby poprzez noszenie w portfelu oświadczenia woli – komentuje Paweł Klikowicz z Dawca.pl. – Zachęcamy do podpisywania oświadczeń woli jako deklaracji chęci oddania do transplantacji narządów po śmierci.

Podobnie uważają bohaterowie filmu, którzy na temat dawstwa organów wypowiadają się w kontekście 11 listopada.

– Ojczyzna – takie wielkie słowo, ale tak naprawdę realizuje się to w kontakcie z innymi ludźmi. Drugiemu człowiekowi można oddać wiele i można na drugiego człowieka liczyć – dodaje Anna Grodzka.

– Kiedy mogę oddać coś, co mi nie jest potrzebne, to powinienem to zrobić. Chrześcijaństwo jest religią miłości. Nie wystarczy o miłości mówić, trzeba ją realizować – tłumaczy ks. prof. Piotr Morciniec.

Arkadiusz Onyszko, który od 2013 r. żyje dzięki przeszczepionej nerce, twierdzi, że jest to ogromny błąd, jeśli zabieramy swoje narządy do grobu.

Omenaa Mensah deklaruje – Gdyby coś mi się stało i gdyby mój mózg już by nie funkcjonował – bierzcie wszystko, co tylko Wam się może przydać.

– Każdy może bezinteresownie pomagać drugiej osobie. Los może sprawić, że każdy z nas stanie kiedyś w obliczu choroby, gdzie jedynym ratunkiem będzie przeszczep organu. Dlatego uważamy, że wiedza na temat transplantologii jest równie bezcenna co dar życia – podsumowuje Paweł Klikowicz z Dawca.pl.



Spot ma charakter filmu dokumentalnego, powstał na podstawie wywiadów przeprowadzonych z bohaterami w studiu, a wszystkie zawarte w nim wypowiedzi są autentyczne. Można go zobaczyć na <http://www.facebook.com/dawcapl/> albo na <http://youtu.be/2MSjRnX4FQo>. ■

Kampania świadomego dawstwa narządów Dawca.pl wystartowała w 2002 r., kiedy to kilku lekarzy ówczesnej Akademii Medycznej w Gdańsku zauważyło niechętny stosunek pacjentów do kwestii przeszczepiania narządów. Doszli do wniosku, że przyczyna tej nieufności tkwi w niedostatecznej wiedzy i postanowili zmienić tę sytuację, poprzez uświadamianie społeczeństwa i obalenie mitów na temat transplantologii. Obecnie Dawca.pl to grupa studentów gdańskich uczelni (przede wszystkim Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego), którzy postanowili kontynuować dzieło założycieli Dawca.pl. Za cel postawili sobie rozwianie wątpliwości i przekazanie rzetelnej wiedzy na temat dawstwa komórek, tkanek i narządów. Pragną, by Polska dogoniła takie kraje Unii Europejskiej jak np. Hiszpania, w której od zmarłych dawców pobiera się trzy razy więcej narządów niż w naszym kraju.

Na Wydziale Lekarskim

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskały:

lek. Katarzyna JAKUSZKOWIAK-WOJTEN – asystent Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii GUMed, praca pt. *Impulsywność oraz sekrecja kortyzolu u chorych z zaburzeniem panicznym*, promotor – dr hab. Wiesław Jerzy Cubała. Rada Wydziału Lekarskiego 20 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Dominika MYŚLICKA – starszy asystent Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, praca pt. *Analiza umieralności wewnątrzszpitalnej i czynników ryzyka zgonu u pacjentów Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim w latach 2005-2012*, promotor – dr hab. Paweł Zagożdżon. Rada Wydziału Lekarskiego 20 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Małgorzata Maria SKUZA – młodszy asystent Zakładu Diagnostyki Obrazowej UCMMiT, praca pt. *Udział badań obrazowych obejmujących jamę brzuszną w diagnostowaniu chorób nowotworowych u dzieci*, promotor – dr hab. Teresa Stachowicz-Stencel. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 27 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny;

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskał

mgr Marco de GIORGI – uczestnik Dziennych Studiów Doktoranckich, Katedra i Zakład Biochemii GUMed, praca pt. *Ekspresja HO-1, E5NT i ENTPD1 w komórkach śródbłonna, ocena lokalizacji produktów białkowych tych genów, aktywności enzymatycznej i protekcyjnych efektów w kontekście ksenotransplantacji*, promotor – dr hab. Ryszard Tomasz Smoleński, prof. nadzw. GUMed. Rada Wydziału Lekarskiego 20 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej;

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie nauk o zdrowiu uzyskali:

mgr Marzena Halina BARTON – dyrektor ds. pielęgniarstwa Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie, praca pt. *Strategie radzenia sobie ze stresem, a poziom satysfakcji zawodowej w pracy zmianowej pielęgniarek północnej Polski*, promotor – dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 27 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie nauk o zdrowiu,

mgr inż. Radosław CZERNYCH – uczestnik Dziennych Studiów Doktoranckich przy Zakładzie Toksykologii Środowiska WNoZ, praca pt. *Możliwości wykorzystania biotestów w procedurze szacowania ryzyka zdrowotnego w warunkach narażenia środowiskowego na emisję związków chemicznych*, promotor – prof. dr hab. Lidia Wolska. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 27 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie nauk o zdrowiu,

mgr Jacek JAKUBOWSKI – uczestnik Dziennych Studiów Doktoranckich przy Zakładzie Fizjologii Człowieka WNoZ, praca pt. *Wpływ wybranych metod terapeutycznych stosowanych na tkanki miękkie w zespole cieśni stawu barkowego*, promotor – dr hab. Andrzej Frydrychowski, prof. nadzw. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 27 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie nauk o zdrowiu,

mgr Magdalena Maria NILIDZIŃSKA – pracownik Biura Karier i Promocji Zawodowej Sopotkiej Szkoły Wyższej, praca pt. *Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia osób w wieku emerytalnym uczestniczących w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, promotor – prof. dr hab. Mikołaj Majkiewicz. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 27 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie nauk o zdrowiu,

mgr Justyna SKOTNICKA – psycholog Wojewódzkiego Zespołu Leczenia Psychiatrycznego w Olsztynie, praca pt. *Funkcjonowanie emocjonalne kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu w kontekście ich doświadczeń traumatycznych*, promotor – prof. dr hab. Gabriela Chojnacka-Szawłowska. Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 27 października 2016 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie nauk o zdrowiu.



rys. Alina Boguszewicz

IN MEMORIAM

dr med. Aleksander Szolc (1933-2016)

W wieku 83 lat, 28 marca br., w drugi dzień Świąt Wielkiej Nocy, po długiej i ciężkiej chorobie zmarł dr Aleksander Szolc. Jego odejście przepełniło nasze serca głębokim smutkiem. Był wspaniałym człowiekiem, lekarzem, naukowcem, wychowawcą i nauczycielem wielu pokoleń lekarzy, znakomitym specjalistą diagnostyki laboratoryjnej, wielce zasłużonym dla rozwoju tej specjalności nie tylko w Gdańsku, ale i w kraju.



Urodził się w rodzinie nauczycielskiej w Kobyłce pod Warszawą. Wkrótce przeniósł się z rodzicami do Zielonki w województwie mazowieckim. Tam Aleksander spędził dzieciństwo. Po wojnie rodzina przeniósła się do miejscowości Ruciane Nida na Mazurach. Starszy brat Stefan ukończył w Poznaniu studia z zakresu technologii drewna, zaś Aleksander w 1952 r. zdał w Gdańsku maturę, a w latach 1952-1958 odbył studia na Wydziale Lekarskim AMG.

Kariere zawodową rozpoczął już na V roku studiów i przez 2 lata pracował jako młodszy asystent Zakładu Chemii Fizjologicznej AMG, gdzie pod kierunkiem znakomitego mistrza prof. Włodzimierza Mozołowskiego prowadził zajęcia ze studentami i brał udział w pracach doświadczalnych. Biochemia stała się Jego pasją. Przez rok pracował w Oddziale Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Więziennictwa w Gdańsku. W latach 1961-1963 odbył służbę wojskową w Pułku Wojsk Lotniczych w Mirosławcu, gdzie pełnił funkcję lekarza pułku. Pasjonował się skokami spadochronowymi i brał w nich aktywny udział. Zaowocowało to trwałymi przyjaźniami z niektórymi oficerami lotnictwa. Jednym z nich był mój ziomek z Kościerzyny porucznik Dettlaff, który później zginął w katastrofie lotniczej na lotnisku w Pruszczu.

Po odbyciu służby wojskowej dr Szolc podjął w latach 1964-1980 pracę jako asystent, a następnie starszy asystent i adiunkt w II Klinice Chorób Dzieci kierowanej przez prof. Halikowskiego, a następnie przez prof. Klementynę Świcową. Był kierownikiem laboratorium klinicznego, a ponadto prowadził pacjentów w oddziale wewnętrznym tej Kliniki oraz seminaria ze studentami III roku Wydziału Lekarskiego. W 1972 r. obronił pracę doktorską pt. *Poziom kwasu adenylozotrójfosforowego (ATP) w krwinkach czerwonych u dzieci z przewlekłą niedomogą nerek*, której promotorem była śp. prof. Klementyna Świcowa. Opublikował też 11 innych prac z dziedziny diagnostyki laboratoryjnej. Od czasów prof. Halikowskiego jako kierownika II Kliniki Chorób Dzieci zaczęto coraz bardziej doceniać wagę badań laboratoryjnych i zaburzeń pH w diagnostyce klinicznej schorzeń pediatrycznych. To dzięki dr. Aleksandrowi Szolcowi Laboratorium Kliniczne przekształcono w Laboratorium Centralne Szpitala Mikołaja Kopernika w Gdańsku.

Nasz wspólny okres znajomości i życia lekarskiego obejmuje łącznie 68 lat. To mnóstwo łączących nas zdarzeń, sukcesów i klęsk. Prawa natury są nieubłagane, a aktualność i znaczenie osobistych przeżyć maleje wraz upływającym czasem, dlatego też niektóre z nich warto ocalić przed zapomnieniem, są one nadal obecne, w pamięci Jego bliskich i przyjaciół. Są one ponadczasowe. Do takich zaliczyłbym cykliczne spotkania w Jego domu przy ul. Rzeźnickiej, a później w Aptece i Laboratorium Szpitalnym; w domach u Teresy, Haliny i Henia z udziałem Jurka Kossaka oraz śp. Antoniego Rogowskiego, jak i mojej małżonki Barbary. Tematyka rozmów podczas tych spotkań obejmowała różnorodne aspekty bieżącego życia społecznego, takie jak: praca, dialog, wspólnota, demokracja, zdrada, strajk, gospodarka, przeciwnik, ojczyzna, stan wojenny, solidarność. Spektrum rozmów było bardzo szerokie od kontaktu z chorym do kontaktu z wiecznością. Alek był nie tylko dociekliwym dyskutantem, ale także człowiekiem obdarzonym dużym poczuciem humoru i niezawodnym przyjacielem. Jego życie nigdy nie koncentrowało się jedynie w obszarze medycyny. Był erudyta, miłośnikiem sztuki i ciekawych numizmatów. Naturalną konsekwencją Jego niezwykle pogodnego usposobienia była stała obecność w Jego życiu grona przyjaciół, Alek był wielkim znawcą sztuki, malarstwa, poezji i muzyki. W zakresie medycyny był jednym z pionierów nowych technologii diagnostycznych, które wprowadzał do diagnostyki laboratoryjnej. Jako jeden z pierwszych wdrożył na terenie Trój- ▶▶



Dr Szolc z małżonką i wnukami – Bartkiem i Marysią, w ogrodzie przy domu Alka w Gdyni (2011 r.)

▶ miasta Program Badań Przesiewowych tzw. *screening* stanu zdrowia. Dla swoich współpracowników był szefem wymagającym, ale i sprawiedliwym, czym zdobywał sobie ich szacunek, serce i zaufanie. Odzwierciedla to dobrze fragment jednego z licznych pisanych dla Niego wierszyków:

*Ile razem dróg przebytych?
Ile ścieżek przedeptanych?
Ile odpraw, ile sporów
Nasiąkniętych bakteriami.
Ile zmian w hematologii?
Ile nowin znów w biochemii?
Żmudnych badań na Corningu
w zamian szybkich – na screeningu.
Twe, niebieskie, bystre oczy,
a w sercu źródło promienia
Więc my chcemy Twoje serce
Ocalić od zapomnienia.*

Z dokonań dr. A. Szolca powinniśmy być dumni. Swoją pracą i niezwykłą życzliwością starał się przeciwstawić degradacji etosu pracy lekarza. Własnym przykładem przekonywał, że w każdej sytuacji można rzetelnie wykonywać swój

zawód i z ufnością patrzeć w przyszłość. Jego postawa, której przez całe życie dawał wyraz, w pełni potwierdza, że praca lekarza musi być powołaniem.

Odszedł wspomniały człowiek i lekarz, pełen entuzjazmu i pasji, którą dzielił się z innymi. Należał do pionierów laboratoryjnej diagnostyki dziecięcej i czynnie uczestniczył we wszystkich etapach jej rozwoju. Pozostawił trwały ślad w pamięci diagnostów, chirurgów dziecięcych, pediatrów i każdego, kogo spotkał na swojej drodze. Mocno był związany z najbliższymi, rodziną, przyjaciółmi, kolegami oraz z rzeszami podopiecznych pacjentów, którym uratował życie. Odszedł człowiek niezwykle, wspomniały, a pustkę po Nim wypełnia nasza pamięć. Dziękujemy Ci, Drogi Alku, za tyle wspomniałych chwil spędzonych z Tobą, w których mieliśmy okazję Cię poznać, podziwiać i pokochać. Zawsze można było na Tobie polegać, imponowałeś nam swym intelektem i ogromną wiedzą, nie tylko medyczną

Wierzę, że tam, gdzie przebywasz, jesteś szczęśliwy, bo szczęście jest równowagą i spokojem duszy. Tylko pamięć może przekroczyć granicę śmierci. Żegnaj Cię, Drogi Przyjacielu!

prof. Czesław Stoba

Kadry GUMed

Na stanowisku profesora nadzwyczajnego zatrudniono:

- dr hab. Krystynę Serkies
- dr hab. Renatę Zauchę

Stopień doktora habilitowanego otrzymali:

- dr hab. Michał Hoffmann
- dr hab. Marcin Okrój
- dr hab. Rafał Sądej

Na stanowisku adiunkta zatrudniono

- dr med. Dorotę Kulawiak-Gałąskę

Na stanowisku starszego wykładowcy zatrudniono:

- dr n. biol. Agnieszka Dettlaff-Pokorę
- dr. med. Piotra Stalke

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

- dr hab. Dariusz Gąsecki
- dr n. farm. Piotr Madanecki
- dr hab. Wojciech Makarewicz
- dr med. Jolanta Pęgiel-Kamrat
- dr med. Piotr Popowski

25 lat

- Anna Kreft
- Wiesław Sosnowski
- mgr Hanna Stawicka-Belka
- mgr Beata Szpiech
- dr hab. Renata Zaucha, prof. nadzw.

30 lat

- dr med. Jarosław Dębniak
- dr hab. Aida Kusiak, prof. nadzw.
- prof. dr hab. Jan Rogowski
- mgr Tadeusz Skowrya

35 lat

- mgr Danuta Gazda
- dr n. med. Jerzy Nowak
- prof. dr hab. Jadwiga Renata Ochocka

40 lat

- Mirosława Machalińska

Pracę w Uczelni zakończyli:

- mgr Grzegorz Cech
- dr n. med. Ewa Chomik
- Krystyna Kołodziej
- dr med. Eliza Miskowska-Nagórna
- dr hab. Dariusz Zadrożny

Laureaci konkursów NCN

Mgr Karolina Niska, doktorantka Katedry i Zakładu Chemii Medycznej została laureatką konkursu Narodowego Centrum Nauki PRELUDIUM 11. Projekt badawczy pt. *Wpływ nanocząstek ditlenku tytanu oraz tlenku cynku w ko-ekspozycji z promieniowaniem UV na powstawanie czerniaka złośliwego – badania in vitro i in vivo* realizowany jest pod opieką dr hab. Iwony Inkielewicz-Stępnia. Także **mgr Kamil Dąbkowski**, doktorant Zakładu Chemii Klinicznej otrzymał dofinansowanie projektu *Udział utlenionych lipoprotein o niskiej gęstości (oxLDL) w patogenezie uszkodzenia funkcji filtra kłębuszkowego w przebiegu hipercholesterolemii*. Laureatami zostali także **mgr Damian Flis** z projektem *Poszukiwanie mechanizmu odpowiedzialnego za zmiany stężenia cholesterolu w mitochondriach w następstwie wysiłku fizycznego- rola kaweoliny-1* oraz **mgr inż. Joanna Dagmara Fedorowicz** za pracę *Poszukiwanie związków przeciwbakteryjnych o unikatowym podwójnym mechanizmie działania*. Konkurs PRELUDIUM przeznaczony jest dla osób na najwcześniejszym etapie kariery naukowej, nieposiadających jeszcze stopnia naukowego doktora.

Wśród laureatów konkursu SONATA znaleźli się: **dr Szymon Dziomba** z Katedry i Zakładu Toksykologii z projektem *Nowa metoda izolacji i wzbogacania nanostruktur komórkowych przy użyciu elektroforezy kapilarnej*, **dr inż. Magdalena Buszewska-Forajta** z Zakładu

Biofarmacji i Farmakokinezyki z pracą *Wpływ hormonów, wskaźników biochemicznych i epidemiologicznych oraz zmian w profilach lipidomycznych na proces powstawania nowotworu prostaty* oraz **mgr Aleksandra Markiewicz** z Zakładu Biologii Komórki za *Poszukiwanie przyczyn agresywności komórek nowotworowych poza guzem pierwotnym – molekularna charakterystyka pojedynczych krążących komórek nowotworowych u chorych na raka piersi*. Nie zabrakło też wyróżnień dla naukowców z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. **Dr Annie Woziwodzkiej** przyznano dofinansowanie na projekt *Stare leki – nowe możliwości: modulacja aktywności antybiotyków przez kofeinę i pentoksyfelinę* a **dr. Krzysztofowi Łepkowi** na projekt *Oszacowanie ryzyka dla zdrowia publicznego, związanego z potencjalnie niebezpiecznymi zoonotycznymi szczepami wirusa grypy typu A, krążącymi obecnie wśród populacji zwierząt hodowlanych w Polsce*. SONATA to konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby posiadające stopień naukowy doktora, uzyskany do 7 lat przed rokiem wystąpienia z wnioskiem. Uzyskane finansowanie pozwala badaczom rozpoczynającym karierę naukową na prowadzenie innowacyjnych badań z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury lub oryginalnego rozwiązania metodologicznego. ■

GUMed w światowym rankingu

Gdański Uniwersytet Medyczny jest jedną z trzynastu polskich uczelni, które uwzględniono w międzynarodowym rankingu szkół wyższych – Best Global Universities. Na pierwszym miejscu znalazł się amerykański Harvard University. W tegorocznej edycji rankingu znalazło się tysiąc najlepszych uczelni z 65 krajów. Zestawienie powstało w oparciu o 12 kryteriów, m.in. dotyczących reputacji naukowej, publikacji i cytowań. Zestawienie Best Global Universities przygotowała amerykańska firma U.S. News & World Report, która publikuje informacje, opinie, porady konsumenckie, rankingi i analizy.

Pośród 13 polskich uczelni, które znalazły się na liście Best Global Universities, najwyższą lokatę zajął Uniwersytet Warszawski (364 miejsce). Uniwersytet Gdański został sklasyfikowany na 944 pozycji. Gdański Uniwer-

sytyet Medyczny natomiast zamknął listę tysiąca najlepszych szkół wyższych na świecie.

– Cieszy fakt, że znaleźliśmy się wśród najlepszych uczelni na świecie, jako jeden z dwóch uniwersytetów medycznych w Polsce. Zmodernizowana baza kliniczna, nowoczesne zaplecze naukowo-badawcze, a przede wszystkim doświadczona kadra akademicka pozwalają nam prowadzić kształcenie na światowym poziomie. Nasi absolwenci są świetnymi fachowcami w swoich dziedzinach, pożądanymi na rynku pracy. Mamy jednak potencjał i ambicje, by było jeszcze lepiej – mówi prof. Marcin Gruchała, rektor GUMed.

Ranking jest dostępny na stronie internetowej <http://www.usnews.com/education/best-global-universities/rankings?int=a27a09>. ■

Pomiędzy Jerozolimą, Atenami a Rzymem – etyka, prawo i sztuka leczenia w świecie starożytnym

Wykład wygłoszony na konferencji *Etyka w medycynie – między teorią a praktyką* 24 września br.

dr hab. Oktawian Nawrot, prof. UG

Historia rozwoju medycyny, to niewątpliwie jedna z najpiękniejszych opowieści. To opis triumfu ludzkiej myśli, ludzkiego ducha, nad cierpieniem, słabością i ograniczeniami ciała. To historia wychodzenia człowieka ze świata czystej przyrody – poprzez stopniowe poznanie jej praw, jednostka wyzwalała się z ich dyktatu. Z tego też względu, już starożytni wiązali medycynę ze sferą *sacrum*. Przykładowo według Greków sztuka lekarska bezpośrednio wiązała się z postacią Apolla, którego nazywano *Zbawcą, gdyż wspierał ludzi w cierpieniu, ratował z nieszczęścia, śmierć odwracał, zbrodniarzy oczyszczał z grzechów. Był lekarzem duszy i ciała – ten bóg światła i pociechy, łaskawy i dobroczynny.*

Pogląd o nadnaturalnym pochodzeniu wiedzy medycznej rozpowszechniony był w całym świecie starożytnym. Lekarzami byli więc w pierwszym rzędzie sami bogowie, którzy w potrzebie roztaczali opiekę nad ludźmi. Przykładowo rzymski odpowiednik Asklepiosa – Eskulap miał uratować Rzym przed skutkami zarazy, która wybuchła w 293 r. p.n.e. Egipskim bogiem lekarzem stał się, żyjący prawdopodobnie w XXVII w. p.n.e., kapłan Im, który w połowie pierwszego tysiąclecia p.n.e. został deifikowany otrzymując imię Imhotep. W III tysiącleciu p.n.e. w Mezopotamii bogami, do których odwoływano się w leczeniu stali się małżonkowie Gula i Ninurtu, przy czym domeną Guli były – w dzisiejszym tego



Lekarz leczący pacjenta (480-470 r.p.n.e.)

Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Ancient_Greek_medicine

słowa znaczeniu – farmaceutyki, zaś jej małżonka – poradnictwo psychologiczne (zaklęcia i amulety).

Ponadto religia, święte księgi, hymny ku czci bóstw, poematy i podania stanowiły istotne źródło wiedzy medycznej. Interesującą w tym kontekście uwagę uczynił Diodor, opisując praktyki egipskich lekarzy: *jeśli lekarz przestrzegał przepisów zawartych w tzw. świętych księgach i odpowiednio postępował, a nie udało mu się mimo to utrzymać chorego przy życiu, uznawano go niewinnym. Jeśli jednak działał wbrew przepisom, ryzykował własnym życiem.* Odejście od litery świętych ksiąg, czyli od mądrości lekarskiej, przełożyć się zatem mogło bezpośrednio na odpowiedzialność lekarza. A mądrość ta była imponująca. W zachowanych papirusach odnajdujemy wskazówki dotyczące stawiania diagnozy, w tym odstępowania od leczenia w przypadkach nierokujących, pomocy psychologicznej, profilaktyki i higieny, a nawet przyrostu i spadku masy serca w zależności od wieku (na tej podstawie formułowano wniosek, że człowiek może żyć maksymalnie 100 lat).

Obok sfery *sacrum* sztuka medyczna i to jak się wydaje od czasu jej pojawienia się, ocierała się także o *profanum*. Z jednej strony wymagał tego sam jej rozwój, na co uwagę u progu naszej ery zwracał m.in. Pliniusz Starszy: *lekarze zdobywają wiedzę z naszych zagrożeń, przeprowadzając eksperymenty kosztem naszego życia, z drugiej zaś wiązało się z niegodnymi postawami części lekarzy.* W zachowanych pismach ojca medycyny – Hipokratesa – odnajdujemy gorzkie uwagi formułowane pod adresem nieetycznych uczniów Asklepiosa: *sztuka lekarska jest najdosłojniejszą ze wszystkich, lecz wskutek nieuctwa uprawiających ją, jak również wskutek powierzchownych zapatrywań ogółu, pozostała w tyle za wszystkimi innymi. Przyczyna tego jej upośledzenia jest, według mojego zdania, następująca: nie istnieje w państwach żadna kara za nadużywanie sztuki lekarskiej, prócz niesławy, ta zaś nie rani tych, których dotknie. Podobni są oni bowiem do statystów, występujących w tragediach: jak ci mają postać, szaty i oblicze aktora, lecz nie są aktorami, tak jest wielu lekarzy z imienia, lecz w istocie rzeczy – nader niewielu.* Jeszcze dalej poszedł Galen, zdaniem wielu równie wybitny co Hipokrates, lekarz i uczonej: *między rabusiami a lekarzami jest tylko ta różnica, iż tamci dopuszczają się swych karygodnych czynów w górach, a ci w Rzymie.* Tym samym to, co najszczyt-



Kodeks Hammurabiego

Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Code_of_Hammurabi

niejsze, i to, co najmroczniejsze, w praktyce medycznej, ujawniło się już u jej początków. Sytuacja człowieka chorego, cierpiącego, bezsilnego, niewątpliwie stwarza możliwość triumfu tego, co w misji lekarza, czy też szerszej postawie człowieka, a nawet człowieczeństwie samym w sobie, najwartościowsze – pomoc prawdziwie potrzebującemu, z drugiej jednak strony bezlitośnie obnaża wszystkie słabości, także tych, którzy powołani są do pełnienia najszczytniejszej misji.

Bezsilność i bezradność chorego, zarówno wobec choroby, a jednocześnie wobec lekarza, który częstokroć stawał się niemalże panem życia i śmierci, szybko doprowadziły do pojawienia się mechanizmów i instrumentów, mających na celu zabezpieczenie pacjenta przed ewentualnymi nadużyciami ze strony lekarza. Już wyżej wspomniano, iż m.in. w starożytnym Egipcie lekarz w wykonywaniu swojej praktyki częstokroć był związany zasadami sztuki lekarskiej opisanymi w świętych księgach. Odstąpienie od ich litery, w przypadku braku pozytywnych skutków podjętej terapii, prowadzić mogło do odpowiedzialności karnej lekarza, a jedną z możliwych sankcji stanowiło odebranie mu życia.

Podobnie sankcje karne, za – jak byśmy to dzisiaj nazwali – błąd w sztuce przewidywał odnaleziony w 1901 r. w Suzie, a pochodzący z XVIII wieku p.n.e. Kodeks Hammurabiego. W rozdziale LXV Kodeksu odnajdujemy 6 przepisów, z których trzy dotyczą wynagrodzenia lekarza, trzy – odpowiedzialności za błąd. Jeśli więc (§215) *lekarz zrobił pełnoprawnemu obywatelowi nożem w brzuchu ciężką operację i pełnoprawnego obywatela uzdrowi, albo za pomocą noża z brzuchu otworzył łuk brwiowy pełnoprawnego obywatela i uzdrowi oko pełnoprawnego obywatela, weźmie dziesięć szekli srebra*. Jeśli zabieg dotyczył członka klasy poddanych wynagrodze-

nie wynosiło pięć szekli srebra (§216), jeśli zaś niewolnika – *zapłaci pan niewolnika lekarzowi dwa szekle srebra* (§217).

Odpowiedzialność lekarza za nieefektywną terapię przekładała się na standardy zawodowe. Ewentualność poniesienia dotkliwych konsekwencji finansowych, a także fizycznych, niewątpliwie skłaniać musiała lekarzy do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Faktycznie, już w I tysiącleciu p.n.e. stan lekarski w Mezopotamii był zamknięty dla przypadkowych osób – lekarz był wtajemniczonym. Aby dostąpić tego zaszczytu, należało przejść szkolenie, które odbywało się w specjalnych ośrodkach ulokowanych w pobliżu świątyń. Szkolenie prowadzone było przez jednego lub kilku mistrzów, zaś jego efekty podlegały weryfikacji podczas egzaminu. Dopiero po złożeniu wspomnianego egzaminu adept uzyskiwał status *ummanu* – znawcy i po złożeniu przysięgi stawał się członkiem bractwa medycznego. Podobnie w starożytnym Egipcie przynależność do stanu lekarskiego wiązała się z obowiązkiem uprzedniego zdobycia określonych kwalifikacji, zaś po ich uzyskaniu od wyników bieżącej kontroli. Nad właściwą realizacją standardów medycznych czuwał Wielki Lekarz Dolnego i Górnego Egiptu za pośrednictwem rozbudowanej struktury organizacyjnej. Wielkiemu Lekarzowi podlegali więc: nadzorcy lekarzy, naczelnicy lekarze, starsi lekarze, nadworni lekarze ciała etc. Na uwagę zasługuje fakt, iż lekarze w Egipcie byli w istocie pracownikami państwowymi. Przemawia za tym nie tylko wspomniany system kontroli – wszak kontrola państwowa obejmuje też sektor prywatny, ale także fakt, iż za swe czynności wynagradzani byli z kasy państwowej. Każdy pacjent diagnozowany był bezpłatnie – ewentualne koszty po stronie pacjenta wiązały się z nabyciem leków.

System szkolenia lekarzy i organizacji stanu lekarskiego interesująco przedstawiał się w starożytnych Indiach. Kandydaci do stanu lekarskiego pochodzili ze szlacheckich rodów, a nadto musieli wyróżniać się zarówno przymiotami ciała (dobrym zdrowiem), jak i umysłu. Nauka rozpoczynała się w wieku 12 lat i trwała do 18 roku życia. Proces kształcenia obejmował zarówno zagadnienia teoretyczne, jak i kształtowanie umiejętności praktycznych. Po zapoznaniu się z treścią zalecanych lektur adepci medycyny odwiedzali chorych, przygotowywali leki, a także ćwiczyli przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych... szyli rany, posługując się skórą martwych zwierząt, wykonywali cięcia chirurgiczne na ogórkach lub melonach, wyrwali zęby ze szczęk martwych zwierząt. Po zakończeniu nauk uczniowie składali stosowne ślubowanie i występowali do króla o zezwolenie na wykonywanie zawodu. Władca, obok nadawania uprawnień, czuwał nad należytych wykonywaniem obowiązków przez lekarzy.

Podobnie jak w Mezopotamii lekarze za swe usługi otrzymywali wynagrodzenie, którego wysokość uzależniona była od pozycji społecznej pacjenta. Analogicznie ponosili też odpowiedzialność za błędy w sztuce. W przypadku, gdy w wyniku zabiegu nastąpił zgon pacjenta lub pacjent został okaleczony, zależnie od stanu społecznego poszkodowanego, lekarz płacił grzywnę lub odpowiadał głową. ▶▶

▶ W starożytnej Grecji proces kształcenia, a także charakter zawodu lekarza przeszedł ewolucję. Początkowo leczeniem zajmowali się kapłani Asklepiosa, *nota bene* uważani za jego potomków – stąd też nazywani asklepiadami, zaś samo leczenie odbywało się przede wszystkim w świątyniach. W procesie leczniczym łączono typową wiedzę medyczną z misteryami, które wzmacniały pozytywne skutki terapii. Chorobę uważano przy tym za efekt grzechu, stąd też kluczowe znaczenie w procesie leczniczym miało odkrycie jej przyczyny. Nie należy z tego jednak wyprowadzać wniosku, że aspekt religijny dominował nad czysto medycznym. Zgodnie bowiem ze słowami Pindara: *Asklepios leczył słowem, elementami i nożem* – obok religii, która pełniła niewątpliwie również funkcje psychoterapeutyczne, asklepiadzi posługiwali się farmaceutykami, a także przeprowadzali zabiegi chirurgiczne. Dostęp do zawodu był ograniczony, kapłanami Asklepiosa zostawały bowiem – z uwagi na brak celibatu – przede wszystkim dzieci asklepiadów. Stanowiło to swoistą gwarancję jakości usług, potomstwo asklepiadów wychowywało się bowiem wśród chorych i od najwcześniejszych lat życia uczyło się sztuki lekarskiej. Po zakończeniu nauki w rodzinnym asklepieonie adept medycyny miał obowiązek odbycia stażu w innych, najczęściej odległych ośrodkach. W ten sposób uczeń Asklepiosa miał możliwość zapoznania się z nieznanymi wcześniej lub rzadko występującymi chorobami i nabycia dodatkowych umiejętności. Jak celnie zauważył niemalże dwadzieścia wieków później Phillippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, znany powszechnie pod imieniem Paracelsusa: *jeśli ktoś chce poznać wiele chorób, niech wędruje. Jeśli wędruje daleko, doświadcza wiele i wiele się uczy.*

Z czasem medycyna grecka utraciła charakter religijny. Zaczęły pojawiać się świeckie rody medyczne tworzące coś na kształt szkół, przyjmujących uczniów spoza rodziny. Kształcenie odbywało się poprzez kontakt z mistrzem, studiowanie zalecanych pism, a także praktykę lekarską. Nauka częstokroć kończyła się złożeniem przysięgi. Najślynniejsze ośrodki medyczne znajdowały się w Krotonie, Cyrenaice, Rodos, Knidos oraz Kos, skąd pochodził Hipokrates.

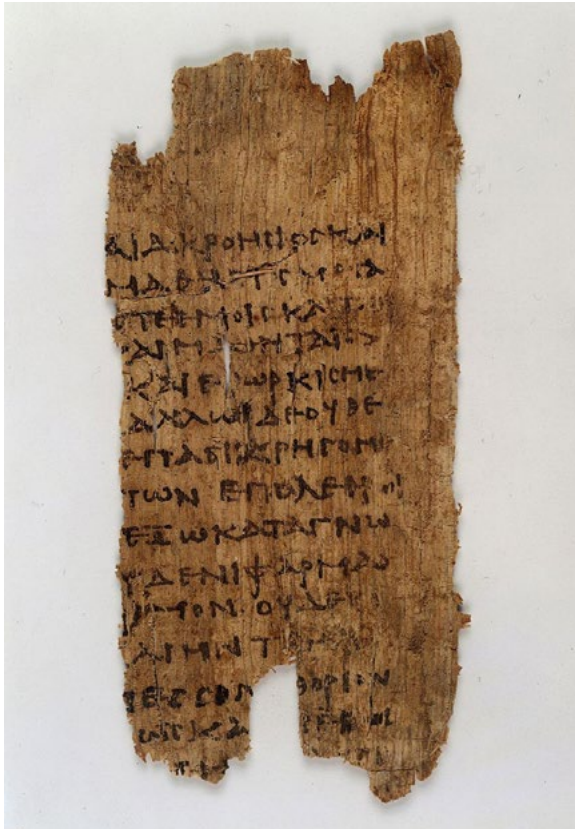
Podobną ewolucję, co w Helladzie, nauczanie medycyny przeszło w starożytnym Rzymie: od medycyny kapłańskiej, związanej z kultem Eskulapa oraz ludowej, poprzez stowarzyszenia medyków, do szkół państwowych. Wraz z rzeczonymi zmianami wzrastało znaczenie samych lekarzy. Jeszcze na etapie związków lekarskich, tworzonych głównie przez greckich medyków, status lekarza nie różnił się od statusu dowolnego innego rzemieślnika (za niego bowiem uchodził lekarz), jednak już na przełomie ery jego pozycja zaczęła zyskiwać na znaczeniu, co bezpośrednio związane było z potrzebami *Imperium Romanum*. Dowodem wzrostu znaczenia lekarzy było zwolnienie ich przez cesarza Augusta z obowiązku płacenia podatków. Następnie cesarz Hadrian zwolnił lekarzy z obowiązku odbywania służby wojskowej, a także uproszczono naukę zawodu oraz wprowadzono ułatwienia dotyczące zasad wykonywania praktyki medycznej. Z czasem w większych miastach zaczęły pojawiać się

tw. *Collegia Medicora*, zrzeszające i chroniące interesy samych lekarzy.

Zmiana polityki w zakresie kształcenia lekarzy i wykonywania zawodu nastąpiła na przełomie II i III wieku n.e. Likwidacji uległy rodzinne szkoły medyczne, zaś w ich miejsce wprowadzono uczelnie państwowe. Państwo przejęło kontrolę nad procesem kształcenia, który obejmował anatomię, toksykologię, fizjologię, patologię, chirurgię i położnictwo, a także wykonywaniem zawodu lekarza (cesarz Septymiusz Sewer wprowadził zakaz praktyk lekarskich bez zgody państwowej).

Obok systemu norm prawnych, systemu organizacji nauczania sztuki lekarskiej, czynnikiem kształtującym relacje pojawiające się na linii lekarz – pacjent, a także wpływającym na ochronę zarówno dobra i interesu pacjenta z jednej strony, z drugiej zaś interesu lekarza, była etyka lekarska. Podkreślić należy, że już w starożytności system norm etycznych obejmował w zasadzie wszystkie aspekty sztuki leczenia. Doskonałym na to dowodem są zasady odnoszące się do praktyki medycznej funkcjonujące w starożytnych Indiach, które dotyczyły zarówno kwestii ogólnych – odnoszących się do całokształtu cech lekarza, jak i szczegółowych – dotyczących obowiązku podnoszenia kwalifikacji, rozmów z pacjentem etc. Stosownie do nich *lekarz powinien być piękny, dobrze zbudowany, uprzejmy, poważny, bezpretensjonalny, miły i inteligentny, mówić łagodnie i dodawać otuchy, jak przyjaciel; mieć czyste i szlachetne serce, powinien być wzorem cnoty i trzeźwości i kochać chorych więcej niż rodzeństwo, przyjaciół lub rodziców. Można odczuwać lęk przed bratem, matką, przyjacielem, ale nigdy przed lekarzem.* W słowach tych, obok budowania etosu lekarza, zawarta jest głęboka mądrość – skuteczne leczenie nie zależy wyłącznie od typowych czynności medycznych – zabiegów i różnych form terapii, jego podstawą jest wyjątkowa relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem. Relacja ta musi być oparta na zaufaniu pacjenta do lekarza, dzięki któremu lekarz uzyskuje wgląd w rzeczywistą sytuację pacjenta, a ponadto jest w stanie udzielić mu niezbędnego wsparcia psychicznego.

Szeregu istotnych informacji dotyczących postawy etycznej lekarza dostarcza tekst *Przysięgi wtajemniczenia* składanej przez adeptów medycyny po zakończeniu nauk. Zgodnie z nią lekarz powinien żyć w celibacie (podkreślimy, że lekarz był kapłanem), nie strzyć włosów ani brody, mówić tylko prawdę, nie jeść mięsa, jeść tylko czystą żywność, być wolnym od zazdrości, nie nosić broni. Ponadto lekarz powinien przez całe swe życie doskonalić się w sztuce leczniczej – *uczyć się praktycznej medycyny od lepszych, nie wykazując przy tym małostkowości.* Odwiedzając chorych lekarz powinien być *odpowiednio ubrany, z pochyloną głową, opanowany i postępować tylko po głębokim namyśle, jego mowa, umysł, intelekt i zmysły powinny być całkowicie poświęcone jednej tylko myśli, aby pomóc choremu.* Dodatkowo lekarza obowiązywała tajemnica lekarska – *szczegółowe obyczaje domu nie powinny być rozgłaszane.* Warto w tym miejscu przytoczyć również uwagi padające podczas ceremonii przyjęcia w poczet uczniów: *lekarz, który pragnie osiągnąć pomyślne wyniki*



Fragment tekstu Przysięgi Hipokratesa z III w. n.e.
Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Hippocratic_Oath

w swej praktyce i żyć ze swej pracy, który chce zdobyć dobre imię i kiedyś znaleźć się w niebie (...) z całej duszy musi starać się o uzdrowienie chorego, nawet gdyby jego własne życie wchodziło w grę, nie wolno mu czynić choremu żadnej krzywdy (...) niech (...) pilnie rozmyśla i zawsze stara się mieć w pamięci swe wiadomości, aby udzielać skutecznie pomocy i wsparcia.

Z powyższego wyłania się imponujący, głęboko humanistyczny, obraz lekarza jako osoby podporządkowującej całe swoje życie sztuce lekarskiej i dobru chorego. Lekarz musi więc być ślepy na własny interes i nieść pomoc choremu nawet kosztem własnego życia. Godny ponadto podkreślenia jest, mający odzwierciedlenie we współczesnych kodeksach etyki lekarskiej, obowiązek samodoskonalenia. Jak wprost głosi *Przysięga wtajemniczenia nauka życia – medycyna nie ma granic.*

Podobna wizja etosu lekarskiego rozwinęła się w starożytnej Grecji. Jej najwyższym osiągnięciem, które do dziś ujmuje istotę zawodu lekarza, wyznacza granice jego działań oraz wskazuje ich cel, jest naturalnie *Przysięga Hipokratesa*. Analogicznie jak miało to miejsce w przypadku lekarzy staroindyjskich, tak i w opinii ojca medycyny, sztuka medyczna jest rodzajem powołania, a tym samym zawód lekarza jest misją. Ujęcie profesji lekarskiej w kategoriach posłannictwa przenosi jej istotę z płaszczyzny pragmatycznej (rzemieślniczej), która powinna przede wszystkim być regulowana normami prawnymi, na płaszczyznę aksjologiczną, gdzie kluczową rolę odgrywa wierność określonym, częstość niezależnym od prawa wartościom. W tym świetle

możliwe i zasadne staje się też mówienie o godności zawodowej oraz godności samego lekarza i poprzez nią dokonywanie oceny poszczególnych czynności lekarskich, jak i postawy samego lekarza.

Przechodząc do analizy treści *Przysięgi* zauważyć należy, że poza odwołaniem do bogów (otwarcie *Przysięgi*) i prośbą o błogosławieństwo (zamknięcie *Przysięgi*), zawiera ona 6 obowiązków, które przyjmował uczeń Asklepiosa. Cztery z nich posiadają charakter pozytywny (nakazów), dwa negatywny (zakazów). Obowiązki pozytywne to:

1. nakaz dbania o nauczanie sztuki leczniczej – szanowania mistrza i przekazywania wiedzy kolejnym pokoleniom lekarzy (i nikomu więcej),
2. nakaz stosowania sztuki lekarskiej *ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy,*
3. nakaz wykonywania zawodu lekarza wyłącznie dla dobra pacjenta,
4. nakaz dochowania tajemnicy lekarskiej.

Wśród obowiązków negatywnych znalazły się:

1. zakaz udostępniania pacjentom trucizn i środków poronnych,
2. zakaz wykraczania poza swoje kompetencje (*wykonywania wycięcia chorym na kamień, pozostawiając to ludziom, zawodowo stosującym ten zabieg.*)

W centrum *Przysięgi* znajduje się uroczyste przyrzeczenie: *w czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.*

Poza *Przysięgą* w tzw. pismach hipokratejskich odnajdujemy szereg wskazówek, odnoszących się zarówno do postępowania lekarza, jak i mających uniwersalny wydźwięk. Przytoczmy dwie z nich: *we wszystkim należy postępować spokojnie i zręcznie, ukrywając wiele przed chorym w razie potrzeby; wesołością i pogodą należy dodawać mu otuchy, nie myśląc o własnych troskach, niekiedy znów wypada ostro i surowo go złajać, czasem zaś wymownie i przekonująco przemówić mu do rozumu (...) wielu (...) chorych z tej przyczyny, że im przepowiadano, co ich czeka w przyszłości, doznało znacznego pogorszenia, prawdziwą mądrość poznać można po tem, że nie odznacza się ani nadętą uczonością, ani przesadą w zachowaniu. Mądrych cechuje raczej powściągliwość i przyzwoitość, prostota, brak skłonności do przesady, lecz dążenie do utrafienia we wszystkim słusznej miary; odznaczają się oni powagą i skupieniem, tak w ruchach, jak i w chodzie. Również wewnętrzne ich przymioty są podobne; wolni od zbytniej wesołości i nadmiernej nienawiści (...) spokojni o zdobytą dzięki swym zaletom dobrą sławę.*

Jak wynika z powyższego, sztuka medyczna dla Hipokratesa nie była wyłącznie sztuką leczniczą, była po prostu sztuką życia. Lekarz, decydując się na określone działanie, w pierwszym rzędzie stawiał pytanie: jakim lekarzem będę po podjęciu takiej decyzji? Na ile zbliżę się do ideału dobrego lekarza, a na ile oddalę się od niego? Jakim – w końcu – stanę się człowiekiem: lepszym, czy gorszym?

Wzorzec lekarza wyznaczony przez Hipokratesa i jego nauczanie, oparty na etyce cnót, przejęty został przez Rzymian. Żyjący pomiędzy 129 z 201 r. n.e. Galen zauważał: *temu* ▶▶

▶ jednak, kto wziął sobie za zasadę, że bogactwo od cnoty jest więcej warte, i jest przekonany, że sztuka lekarska istnieje nie dla ludzkiego dobra, lecz dla robienia pieniędzy, nie jest zgoła możliwym właściwym celem tej sztuki osiągnąć. Niepodobna bowiem jednocześnie i pieniądze zbierać i sztukę uprawiać i dalej: człowiek, który takim ma być lekarzem, musi nie tylko gardzić pieniędzmi, lecz i w stopniu najwyższym w pracy się kochać. (...) Druhem więc wstrzemięźliwości i prawdy towarzyszem jest ten, kto prawdziwym okazał się lekarzem. Również i myśl logiczną uprawiać on powinien, aby się dowiedzieć, ile jest wszystkiego chorób według ich rodzajów i gatunków, przy każdej z nich stosować pewne leki wskazane (...), abyśmy się stali nie doń [Hipokratesa] podobni, lecz odeń lepsi, przyswajając sobie to wszystko, co on pięknie spisał, uzupełniając zaś własnymi odkryciami to, co on pominął.

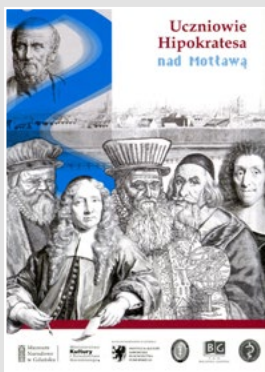
Opisany wyżej obraz lekarza, jako jednostki szlachetnej, mądrej, stale doskonalącej się i kierującej się przede wszystkim dobrem pacjenta, z różnymi perturbacjami, dotrwał do dziś.

Podsumowując powyższe uwagi, podkreślić należy, że już w okresie kształtowania się założeń sztuki lekarskiej, głównymi jej wyznacznikami stały się: normy prawne, organizacja procesu kształcenia lekarzy i etyka medyczna. Naturalnie wyróżnione trzy fenomeny wzajemnie się przenikały i przenikają do chwili obecnej. System etyczny przekłada się na system prawny i organizację nauczania, prawo reguluje zachowania przynależne również do sfery moralności, a także system szkolenia przyszłych lekarzy, w końcu edukacja i rozwój nauki wpływają na postawy samych lekarzy, jak i wymuszają zmiany legislacyjne. Oczywistym także jest, że na różnych etapach rozwoju cywilizacji znaczenie poszczególnych czynników wzrastało lub ulegało osłabieniu, niemniej jednak wydaje się, że do dnia dzisiejszego, ich znaczenie dla rodzaju i kształtu relacji lekarz – pacjent pozostaje zasadnicze. W dużym stopniu układ ten odzwierciedla triadę składającą się na filary cywilizacji europejskiej: Jerozolima – Ateny – Rzym. Jerozolima to symboliczne ujęcie etyki, w przypadku cywilizacji europejskiej przede wszystkim etyki chrześcijańskiej wyznaczającej paradygmaty europejskiej aksjologii. Ateny to swoisty desygnat nauki, otwartej

zarówno na fakty, jak i posługującej się rozbudowanymi modelami teoretycznymi. Ateny to także symbol znaczenia wiedzy, a tym samym organizacji jej przekazywania. Rzym do dziś pozostaje symbolem *dobrego i słusznego* systemu prawnego, dającego jednostce instrumenty umożliwiające ochronę jej dóbr i interesów. Podobnie wykonywanie sztuki medycznej uwzględniać musi zasady etyczne, standardy naukowe oraz ramy prawne. Pominięcie któregokolwiek z wyróżnionych elementów prowadzić musi nieuchronnie do katastrofy. Bez etyki pozostaje nauka i system norm prawnych – pacjent schodzi na plan dalszy, a tym samym efekt terapeutyczny – jeśli w ogóle możliwy jest do osiągnięcia – zostaje znacząco ograniczony. Marginalizacja prawa pozbawia pacjenta rzeczywistych instrumentów ochrony jego dóbr i interesów, a tym samym w duchu paternalizmu oddaje go całkowicie we władanie lekarza i jego sumienia. Ograniczenie nauki, nawet przy najwyższym morale lekarza i najdoskonalszym systemie norm prawnych, w istocie jest końcem medycyny. Sytuacja staje się jeszcze bardziej niepokojąca, gdy hipertrofii ulega jeden z wyróżnionych elementów: postawienie na pierwszym miejscu nauki i marginalizacja prawa oraz etyki, doprowadzić może do całkowitego uprzedmiotowienia pacjenta, jak to miało miejsce np. podczas II wojny światowej. Wyniesienie etyki, kosztem gwarancji prawnych pacjenta i nauki, uczynić może z medycyny instrument władzy lekarza, a tym samym wykonywanie sztuki medycznej przestaje być służbą człowiekowi, a staje się formą narzucania mu określonego systemu wartości. Z kolei przerost regulacji prawnych czyni z lekarza urzędnika realizującego określone procedury, bez względu na to czy są racjonalne i służą dobru pacjenta, czy też nie.

Dr hab. Oktawian Nawrot, prof. UG jest profesorem w Katedrze Teorii i Filozofii Państwa i Prawa Uniwersytetu Gdańskiego; prodziekanem ds. studenckich i nauki Wydziału Prawa i Administracji UG. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół filozofii prawa, prawa medycznego i bioprawa, w szczególności prawnych i etycznych implikacji rozwoju biomedycyny. Autor przeszło 90 publikacji, w tym 9 książek m.in.: *Klauzula sumienia w państwie prawa*, *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej – wybrane problemy bioprawa*, *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy* oraz *Nienarodzony na ławie oskarżonych*.

O postaciach gdańskiej medycyny w Muzeum Narodowym w Gdańsku



Wystawę *Uczniowie Hipokratesa nad Motławą* poświęconą postaciom gdańskiej medycyny działających od XV do XVIII wieku można już obejrzeć w Muzeum Narodowym w Gdańsku przy ul. Toruńskiej 1. Na ekspozycji zaprezentowane zostały portrety lekarzy gdańskich, zarówno graficzne, jak i malarskie oraz reprodukcje kilku epitafiów wystawionych słynnym medykom w tutejszych świątyniach. Niezwykle atrakcyjne i interesujące starodruki – atlasy anatomiczne, zielniki, poradniki medyczne, księgi astronomiczne, geograficzne czy opracowania historyczne – na pewno zaciekawiać zwiędających. Organizatorami wystawy są: Gdański Uniwersytet Medyczny, PAN Biblioteka Gdańska i Muzeum Narodowe w Gdańsku. Kuratorami wystawy są: dr hab. Adam Szarszewski z Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych GUMed, dr Maria Otto z PAN Biblioteki Gdańskiej i Małgorzata Buchholz-Todoroska z Muzeum Narodowego w Gdańsku. Wystawę można zwiedzać do 5 lutego 2017 r. ■

Wolność sumienia i religii a sprzeciw sumienia lekarza w prawie polskim

Wolność sumienia – wolność absolutna?

Klauzula sumienia ma swoje bezpośrednie zakorzenienie w podstawowych prawach człowieka¹. Państwo tworząc prawo musi je respektować. Są one niezależne od władzy państwowej, gdyż są związane z człowieczeństwem. Wynikają, zgodnie z postanowieniem Konstytucji RP, z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka (art. 30). Prawem podstawowym, z którego wynika klauzula sumienia jest wolność sumienia oraz wolność przekonań i aprobowanego przez daną osobę systemu etycznego wynikającego z przyjętego, i uzewnętrznianego światopoglądu. Gwarancje takie zawiera także Konstytucja RP w kilku artykułach, z których trzeba wymienić art. 31, art. 35 ust. 2, art. 47, art. 48, art. 53. Również wiążące Polskę prawo międzynarodowe zobowiązuje państwa do respektowania tego prawa podstawowego. Czyni to Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (art. 18), Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (art. 9 ust. 1), Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich (art. 18) oraz Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (art. 10). Na marginesie warto wspomnieć o rezolucji Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy, nr 1763 z 7 października 2010 r. w sprawie prawa do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej. Rezolucja uznała ważność klauzuli sumienia oraz potwierdziła pierwotny charakter wolności sumienia i potrzebę określenia przez państwa – strony ograniczeń odnoszących się do postępowania zgodnie z sumieniem².

Wolność sumienia, wolność przekonań oraz swoboda w wyborze światopoglądu, czy religii, w wymiarze wewnętrznym jest wolnością absolutną, która nie może być ograniczona. Limitacja może nastąpić jedynie w wymiarze zewnętrznym, tj. określonych działań lub zaniechań danej osoby wynikających z określonego systemu etycznego. Podstawa prawna dla takich ograniczeń znajduje się w Konstytucji RP (art. 31 ust. 3; art. 53 ust. 5), a także we wspomnianych aktach prawa międzynarodowego. Ograniczenia takie mogą być ustanawiane jedynie w ustawie i tylko ze względu na wolności i prawa innych osób, bezpieczeństwo oraz porządek publiczny. Z zastrzeżeniem, że ograniczenia te nie mogą naruszać istoty tej wolności. Ponadto, wolność

sumienia ma tak fundamentalny dla demokratycznego państwa prawa charakter, że nie może zostać ograniczona nawet w okoliczności stanu wojennego czy też stanu wyjątkowego, dzięki czemu posiada ona równoważny konstytucyjny status i ochronę prawną co przyrodzona godność człowieka, ochrona życia, humanitarne traktowanie czy dostęp do sądu (art. 233 ust. 1 Konstytucji RP)³.

Tutaj jest miejsce dla klauzuli sumienia, która jest swoistą wskazówką interpretacyjną. Ma ona pomóc rozstrzygnąć konflikt powstały między normą prawną a normą etyczną indywidualnej osoby. Z perspektywy polskiej Konstytucji, a także prawa międzynarodowego, klauzula sumienia jako warunek, czy też zastrzeżenie, stanowi w naszym porządku prawnym ograniczenie prawa podstawowego, jakim jest wolność postępowania zgodnie z własnym sumieniem, na rzecz dobra innych osób. Wobec powyższego, nie można rozumieć jako podstawy prawnej działania w zgodzie z własnym sumieniem przepisów ustawy. Wolność sumienia nie wymaga bowiem wyraźnej podstawy ustawowej⁴. Jest ona wartością podstawową wynikającą bezpośrednio z godności człowieka. Ustawowej podstawy prawnej wymaga natomiast jej ograniczenie. I jako takie podlegają ocenie z punktu widzenia ich zgodności z Konstytucją. Ustawodawca musi liczyć się z tym, że decydując się na ustanowienie normy w postaci nakazu zachowania może ona być uznana przez adresata za niegodziwą. Klauzula sumienia jest tu więc podstawą prawną rozwiązania konfliktu pomiędzy nakazem zachowania wynikającym z normy prawnej i zakazem takiego zachowania wynikającym z normy etycznej. Powyższe zostało również potwierdzone w orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z 18 października 2015 r., gdzie wskazuje się, że: wolność sumienia każdego człowieka jest kategorią pierwotną i niezbywalną, którą prawo konstytucyjne oraz regulacje międzynarodowe jedynie poręczają. Wolność sumienia – w tym ten jej element, którym jest sprzeciw sumienia – musi być więc respektowana niezależnie od tego, czy istnieją przepisy ustawowe ją potwierdzające⁵.

Tragiczny paradoks – „klauzula Piłata”

Konflikt ten będzie najczęściej występował w relacjach zachodzących między obowiązkami wynikającymi z norm

¹ Zob. O. Nawrot, *Sprzeciw sumienia a prawa człowieka i ich filozofia*, [w:] *Klauzula sumienia w państwie prawa*, red. O. Nawrot, Sopot 2015, s. 12-35.

² Na temat wolności sumienia w dokumentach Rady Europy zob. O. Nawrot, *Klauzula sumienia w zawodach medycznych w świetle standardów Rady Europy*, *Zeszyty Prawnicze*, nr 3 (2012), s. 11-22; Idem, *Sumienie lekarza a prawa człowieka w świetle standardów Rady Europy*, *Medycyna Praktyczna*, nr 1 (2014).

³ Szerzej na ten temat zob.: L. Bosek, *Istota konstytucyjnej wolności człowieka*, [w:] *Klauzula sumienia w państwie prawa*, dz. cyt., s. 36-56.

⁴ Tamże, s. 120.

⁵ Zob. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14.

▶ prawnych regulujących wykonywanie zawodów medycznych a normami akceptowanymi przez te osoby⁶. Choć nie jest to jedyna grupa osób, gdzie taki konflikt norm może wystąpić.

Ustawodawca polski wprowadził przepisy wyrażające tzw. klauzulę sumienia w dwóch aktach prawnych: w ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷ oraz w ustawie z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁸ (art. 12)⁹.

Art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi: Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30¹⁰, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Ponieważ zdanie pierwsze tego przepisu było przedmiotem badania Trybunału, warto przyrzeć się temu przepisowi nieco bliżej. W związku z tym wydaje się, że bardziej interesujące, także z zarysowanej dotąd perspektywy, będzie ograniczenie dalszej analizy jedynie do przypadku klauzuli sumienia w zawodach lekarskich. Ustanowiony w tym przepisie nakaz przekazania informacji wskazujących możliwość skorzystania z konkretnego świadczenia medycznego lekarzowi korzystającemu z klauzuli sumienia jest tak naprawdę tragicznym paradoksem. Lekarz nie ma możliwości odwołania się w pełni do przysługującej mu wolności. Działając zgodnie z ustawą skazuje siebie na współudział w zabiegu lub innym świadczeniu medycznym. Jest to nic innego jak „klauzula Piłata”. Lekarz decydując się na skorzystanie z podstawowego prawa wolności sumienia musi dokonać jednostronnego „obmycia rąk”.

Naczelna Rada Lekarska, gdy dostrzegła problem, skierowała do TK wnioski o zbadanie konstytucyjności dwóch elementów tzw. klauzuli sumienia. W przywołanym uprzednio wyroku Trybunału z 7 października 2015 r. orzeczono, że obowiązek wskazania przez lekarza powołującego się na klauzulę sumienia realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest niezgodny z Konstytucją RP, dlatego że w sposób nieproporcjonalny narusza wolność sumienia lekarza.

W uzasadnieniu TK stwierdził również, że postępowanie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. Powołując się natomiast na Kodeks etyki lekarskiej, który wprost naka-

zuje lekarzowi działać zgodnie ze swoim sumieniem, stwierdził, że na mocy art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zapisy Kodeksu zawodowego lekarzy są elementem porządku prawnego, który lekarze powinni stosować. Przywołane stanowisko TK wskazuje na istotę wolności sumienia. Jest nią ochrona autonomii i wolność lekarza (ale nie tylko) od przymusu zarówno ze strony państwa, jak też pacjenta.

Przywołany pogląd dobitnie wyraża T. Biesaga stwierdzając, że klauzula sumienia ... chroni autonomię lekarza i jego integralną moralność. Dzięki niej może on się skutecznie bronić przed narzucaniem mu przez państwo czy pacjenta działań, które w sumieniu uważa za złe [...]. Państwo i pacjent nie mogą go zmusić do czynów, które przekreślałyby moralny sens jego profesji. Cytowany bioetyk podkreśla ponadto, że proponowana w dzisiejszych czasach z niezwykłą intensywnością koncepcja neutralności światopoglądowej lekarza w relacjach z pacjentem, może choremu w istocie przynosić szkody. W sytuacji wymuszonych neutralności pomiędzy lekarzem a pacjentem nie istnieje jego zdaniem możliwość nawiązania prawdziwej oraz pogłębionej relacji terapeutycznej¹¹.

Granice wolności

Wrzecz z tym pytaniem pojawia się ostatnie zagadnienie warte poruszenia. Mianowicie, czy skorzystanie z klauzuli sumienia stanowi zjawisko pozytywne z perspektywy praw pacjenta? Innymi słowy, gdzie przebiega granica, pozwalająca na realizację wolności lekarza, a z drugiej strony chroniąca prawa pacjenta. Zdaniem niektórych komentatorów wspomnianego wyroku TK, w swoim orzeczeniu przyznał [on] w istocie lekarzom nieograniczone prawo do odmowy podejmowania się wykonania dowolnych procedur medycznych, jeśli tylko zasłonią się oni »klauzulą sumienia«¹². Na gruncie tego, co do tej pory powiedziano, jest to teza fałszywa. Gdzie zatem przebiegają granice klauzuli sumienia, oczywiście w tym wymiarze zewnętrznym?

Należy ją przede wszystkim rozważyć w kontekście art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Mówi on o obowiązku lekarza wykonania świadczenia medycznego, jeżeli zachodzi nagle potrzeba ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, albo inny przypadek niecierpiący zwłoki. Przez ten inny przypadek mogą być jednak rozumiane także działania bądź zaniechania niezgodne z sumieniem lekarza. A zgodnie z art. 39 ustawy, klauzuli sumienia nie stosuje się do określonych w art. 30 sytuacji.

Trybunał Konstytucyjny w przywołanym wcześniej orzeczeniu stwierdził ponadto, że niezgodne z Konstytucją jest ograniczenie możliwości powołania się na klauzulę sumienia w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Uznał tę część przepisu za niezgodną z zasadami prawidłowej legislacji. Nie potrafił on bowiem zidentyfikować

⁶ A. Zoll, dz. cyt., s. 121.

⁷ Tj.: Dz. U. z 2015 r. poz. 464.

⁸ Tj.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1251.

⁹ Na temat dylematów sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej zob. B. Kmieciak, *Obecność pielęgniarek, położnych i diagnostów laboratoryjnych w polskiej debacie dotyczącej klauzuli sumienia*, [w:] *Medyczne, etyczne i prawne aspekty sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski, Bydgoszcz 2015, s. 97-123.

¹⁰ Art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi: Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

¹¹ T. Biesaga, *Zagrożenia sumienia lekarza*, *Medycyna praktyczna*, nr 7-8 (2005), s. 18 i 20.

¹² M. Ostrowska, RPO: klauzula sumienia ogranicza prawa pacjenta, <http://trybuna.eu/rpo-klauzula-sumienia-ogranicza-prawa-pacjenta/> dostęp: 14 września 2016 r.

innego konkurencyjnego (do życia) dobra, z racji którego ustawodawca ograniczył lekarzom wolność sumienia. Zdaniem prof. M. Królikowskiego, TK wyznaczył w ten sposób jasne granice korzystania z wolności sumienia. Obecnie więc lekarzowi wolno korzystać z klauzuli sumienia tylko gdy zachodzi przesłanka zagrożenia życia czy zdrowia pacjenta. Dotyczy to także sytuacji spowodowanych ciężką¹³. W ustnym uzasadnieniu motywów przedmiotowego rozstrzygnięcia Trybunału podsumowano, iż lekarz ma obowiązek podejmować działania zgodne ze swoim sumieniem, co wpisuje się w istotę etosu zawodu lekarza i wynika z wewnętrznych celów medycyny. W przypadku skorzystania z prawa do sprzeciwu sumienia i odmowy wykonania danego świadczenia lekarz nie ma w związku z tym obowiązku współpracować z pacjentem w celu zapewnienia mu realnej możliwości udzielenia świadczenia, w szczególności przez wskazanie innego lekarza lub podmiotu leczniczego. Taki obowiązek istnieje na gruncie obowiązujących przepisów istnieje, ale ciąży on na władzach publicznych, ewentualnie na osobach kierujących podmiotami leczniczymi (posiadającymi kontrakty na konkretną usługę NFZ), jednak nie są nim obciążeni lekarze powołujący się na klauzulę sumienia.

Dodatkowo, TK kwestionując ograniczenie wolności sumienia lekarza w orzeczeniu podkreślił, że w innych przypadkach niecierpiących zwłoki zaznaczono, iż lekarzowi nie wolno skorzystać z klauzuli sumienia tylko, gdy zachodzi przesłanka zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. We wszystkich pozostałych okolicznościach lekarz jest w pełni uprawniony do powołania się na klauzulę sumienia przy odmowie wykonania określonego świadczenia zdrowotnego, które wiązałyby się z konfliktem sumienia¹⁴.

Co więcej podkreślono, że korzystanie ze sprzeciwu sumienia w celu odmowy wykonania pewnych świadczeń, zwłaszcza świadczeń niemających celu terapeutycznego, musi odbywać się w sposób jawny, zarówno w relacji do pacjenta jak również pracodawcy. Jawność wypełnia znamiona obowiązku informacyjnego i umożliwia odpowiednie zorganizowanie pracy podmiotu leczniczego, który zobowiązał się do wykonania świadczeń drażliwych, by pacjenci mogli zostać skierowani bezpośrednio do konkretnego lekarza.

W obecnym stanie prawnym, gdy lekarz odmówi wykonania świadczenia z uwagi na sprzeciw sumienia obowiązany jest odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, (przy czym jest jednocześnie konieczne poczynienie odnotowania, że nie zachodzi przypadek zagrożenia życia lub zdrowia, czyli wyjątkowa okoliczność wyłączająca możliwość skorzystania ze sprzeciwu sumienia). Na marginesie należy tylko nadmienić, że obowiązek poinformowania przełożonego o potrzebie powołania się wobec określonych przypadków

na klauzulę sumienia aktualizuje się dopiero po zawarciu umowy z pracodawcą, ponieważ podjęcie decyzji o zatrudnieniu w oparciu o taką informację nosiłoby bez wątpienia znamiona nieusprawiedliwionej dyskryminacji i byłoby niezgodne z obowiązującym w Polsce prawem.

Wnioski

Skutki powołania się na lekarską klauzulę sumienia w swej istocie dotyczą osoby zgłaszającej się po pomoc lekarską. Należy jednak podkreślić, że każde działanie lekarza powinno odwoływać się do zasady głoszącej, że największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salusaegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady¹⁵. Lekarz, odmawiając wykonania danego zabiegu i powołując się na swoje sumienie, nie wyraża jedynie wątpliwości związanych z jego religią czy też systemem filozoficznym. Powołanie się przez lekarza na klauzulę sumienia oznacza, że nie może on wyrazić akceptacji dla działań, które wprost godzą w osobę pacjenta. Czy lekarz decyduje w takiej sytuacji za pacjenta? Odpowiedź na tak postawione pytanie musi być negatywna. Lekarz nie może zabronić pacjentowi podjęcia określonych działań¹⁶. Może jednak, szanując osobę pacjenta, a także powołanie wpisane w jego profesję, wyrazić swój sprzeciw na udział w danej czynności medycznej. Tylko tak może zrealizować elementarne wartości wpisane w etykę lekarską, która stanowi kontynuację zasad postępowania zawartych w przysiędze Hipokratesa: *Nigdy nikomu, także na żądanie, nie dam zabójczego środka ani też nawet nie udzielę w tym względzie rady; podobnie nie dam żadnej kobiecie środka poronnego. Czyste i prawe zachowam życie swoje i sztukę swoją*¹⁷.

Wróćmy więc do postawionego na samym początku pytania: Czy klauzula sumienia jest formą ukrytego paternalizmu, z którego potrzebujemy się wyzwolić (wyemancypować) po to, aby osiągnąć dziejowy postęp? Spojrzenie na istotę wolności sumienia ujawnia cynizm osób, które stawiają taką tezę. Są to ludzie, którzy bardzo często odwołują się w swojej argumentacji do praw podstawowych każdego człowieka. Nie rozumieją oni więc albo idei tych praw, albo dążą do realizacji własnych interesów bądź ideologii. Klauzula sumienia w swym właściwym znaczeniu nie jest żadnym prawem urojonym. Jest raczej gwarancją wolności, w tym sensie, w jakim chroni wolność od przymusu – państwa i woli drugiej osoby. Jest więc gwarancją zachowania człowieczeństwa.

Olaf Szczypiński,
Karina Walinowicz

¹³ M. Królikowski, Postępowanie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza – orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/klauzula-sumienia-w-trybunale-konstytucyjnym>, dostęp: 10 września 2016 r.

¹⁴ Zob. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14.

¹⁵ Art. 2 ust 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej <http://www.nil.org.pl/dokumenty>, dostęp: 12 września 2016 r.

¹⁶ Wyjątek stanowią mogą działania, które wynikają ze stanu np. poważnie ograniczającego pacjentowi świadome rozeznanie sytuacji (stany otępienne, psychozy, stany odurzenia alkoholem lub substancjami psychoaktywnymi).

¹⁷ J. Gula, *Przysięga Hipokratesa: nota od tłumacza i tekst*, [w:] J. Gałkowski, J. Gula, *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym–Lublin 1991, s. 193-197.

Sprawozdania z posiedzeń Senatu

27 czerwca 2016 r.

Senat pozytywnie zaopiniował wnioski w sprawie:

- powołania dr. hab. Leszka Kalinowskiego, prof. nadzw. na kierownika Katedry Analityki Klinicznej Wydziału Farmaceutycznego
- powołania dr. hab. Michała Markuszewskiego, prof. nadzw. na kierownika Katedry Biofarmacji i Farmakodynamiki.

Senat zatwierdził projekty Uchwał dotyczące:

- zasad pobierania opłat wiążących Rektora przy zawieraniu umowy o warunkach pobierania opłat związanych

z odbywaniem studiów oraz opłat za usługi edukacyjne oraz trybu i warunków zwalniania – w całości lub części z tych opłat studentów lub doktorantów, w szczególności tych, którzy osiągnęli wybitne wyniki w nauce lub uczestniczyli w międzynarodowych programach stypendialnych, a także tych, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji materialnej

- rocznego planu rzeczowo-finansowego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na 2016 r.
- zasad finansowania Wydziałów GUMed
- wprowadzenia zmiany do Schematu Organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 4 do Statutu UCK.

26 września 2016 r.

Senat pozytywnie zaopiniował wnioski w sprawie:

- powołania następujących senackich komisji na kadencję 2016-2020: Komisji Statutowej, Komisji Spraw Klinicznych, Komisji Nauki, Komisji Wydawnictw, Komisji ds. Oceny Profesorów oraz Członków Komisji ds. Oceny Nauczycieli Akademickich, Komisji Rozwoju Uczelni, Komisji Budżetu i Finansów, Komisji ds. Zapewnienia Jakości Kształcenia, Komisji ds. Konkursów w Jednostkach Międzywydziałowych i Ogólnouczelnianych, Komisji Spraw Studenckich i Studiów Doktoranckich

- uzupełnienia składu Uczelnianej Komisji Wyborczej o dr hab. Ninelę Irgę-Jaworską
- powołania Kapituły Medalu Zasłużonemu AMG w następującym składzie:

prof. dr hab. Zdzisław Wajda
prof. dr hab. Eugenia Częstochowska
prof. dr hab. Roman Kaliszan
prof. dr hab. Jerzy Krechniak
prof. dr hab. Wiesława Łysiak-Szydłowska
prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
prof. dr hab. Stefan Raszeja
prof. dr hab. Mariusz Żydowo

Na Kanclerza Kapituły zatwierdzono prof. Zdzisława Wajdę.

- powołania przedstawicieli Senatu GUMed do Rad Społecznych UCK i UCMMiT
- przyznania medalu *Primus Inter Pares* wyróżniającym się absolwentom Wydziału Lekarskiego – Michała Kunca oraz Wydziału Farmaceutycznego – Adriana Szewczyka
- o powierzeniu funkcji kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej Katedry Psychologii WNoZ z OP i IMMiT dr hab. Marzenie Samardakiewicz

- zmiany nazwy Zakładu Chemii, Ekologii i Towaroznawstwa Żywności na Zakład Towaroznawstwa Żywności Katedry Żywnienia Klinicznego

- zmiany nazwy Zakładu Higieny Żywności na Zakład Biochemii Żywnienia Katedry Żywnienia Klinicznego
- zmiany nazwy Zakładu Prawa Medycznego na Zakład Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Katedry Medycyny Społecznej
- wyboru biegłego rewidenta do zbadania sprawozdania finansowego Uczelni za 2016 r.

Senat zatwierdził projekty Uchwał dotyczące:

- warunków i trybu rekrutacji uwzględniających potrzeby kandydatów z niepełnosprawnością ubiegających się o przyjęcie na studia w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym
 - zasad pobierania opłat wiążących rektora przy zawieraniu umowy o warunkach pobierania opłat związanych z odbywaniem studiów oraz opłat za usługi edukacyjne oraz trybu i warunków zwalniania – całości lub części – z tych opłat studentów lub doktorantów, w szczególności tych, którzy osiągnęli wybitne wyniki w nauce lub uczestniczyli w międzynarodowych programach stypendialnych, a także tych, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji materialnej
 - przyjęcia dokumentu *Kierunki rozwoju Uczelni do roku 2015*
 - rozporządzenia przez Gdański Uniwersytet Medyczny nieruchomością położoną w Gdańsku przy ul. Do Studzienki 67
 - rozporządzenia przez Gdański Uniwersytet Medyczny nieruchomością położoną w Gdańsku przy ul. Klinicznej 1.
- Ponadto Senat został poinformowany o przyznaniu Medalu Zasłużonemu AMG. Kapituła Medalu na posiedzeniu 13 września 2016 r. przyznała to wyróżnienie prof. Januszowi Morysiowi.

mgr Urszula Skaluba

Otwarcie nowych sal do chemioterapii

Oficjalne otwarcie pododdziału dla chorych na raka piersi w Oddziale Dziennym Chemioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego odbyło się 15 listopada br. Oddział Dzienny Chemioterapii powiększył się o dwie nowoczesnie wyposażone sale, zwiększając o około 30% ilość dostępnych łóżek dla pacjentów otrzymujących chemioterapię. Dodatkowo stworzona została przestrzenna, wyposażona m.in. w kuchenkę mikrofalową i telewizor poczekalnia dla wszystkich chorych.

Gości witali kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii prof. Jacek Jassem oraz odpowiedzialna za tworzenie Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi dr Elżbieta Senkus-Konefka. W uroczystości udział wzięli przedstawiciele władz Uczelni, Szpitala oraz reprezentacja pacjentów. Przemówienia wygłosili: rektor GUMed prof. Marcin Gruchała, dyrektor UCK mgr Ewa Książek-Bator oraz przedstawicielka fundacji Omealife. Obecni byli również lekarze z zaprzyjaźnionych klinik, którzy na co

dzień biorą czynny udział w kompleksowej opiece nad chorymi na nowotwory piersi w ramach tzw. Breast Unitu.

Nowo powstały projekt cieszy się dużym zainteresowaniem nie tylko wśród pacjentów i lekarzy, ale również mediów, które nieodłącznie towarzyszą wszystkim kolejnym etapom tworzenia Breast Unitu. Ośrodek planuje obecnie uzyskanie międzynarodowej akredytacji.

Dodatkowo odbyły się warsztaty dla chorych na zaawansowanego raka piersi pod hasłem Wykorzystaj czas na życie. Zaprezentowano również film dokumentalny pt. *Chce mi się żyć* oraz przeprowadzono dla pacjentów szkolenia z wizażu i kaligrafii.

Serdecznie dziękujemy wszystkim wspierającym działalność i rozwój Breast Unitu, jednocześnie oficjalnie zapraszając do naszej Poradni w każdą środę od godziny 14.

lek. Natalia Cichowska-Cwalińska,
Klinika Onkologii i Radioterapii



Konferencja dla ratowników Paramedic 2016

Blisko 250 osób zgromadziło się 28 października br. w sali wykładowej AGN im. Olgierda Narkiewicza na I Pomorskiej Naukowo-Szkoleniowej Konferencji dla Ratowników Medycznych Paramedic 2016. Przez ponad 8 godzin prezentowano i dyskutowano na aż 17 tematów dotyczących pracy i zawodu ratownika medycznego. Konferencję rozpoczął wykład *Czy musi boleć?* prof. Andrzeja Basińskiego, kierownika Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej, dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Prelegenci przyjechali nie tylko z Gdańska, ale również Olsztyna, Warszawy, Szczytna, Bydgoszczy oraz Tczewa, co pozwoliło na poznanie różnych aspektów medycyny ratunkowej, jak i zdobyć nową wiedzę przydatną w pracy ratowników medycznych. Tematy, które zostały poruszone to m.in.: ból oraz jego leczenie, USG w ratownictwie, amputacja urazowa,



opatrunki hemostatyczne i zastosowanie przymusu bezpośredniego.

Od lat wiadomo, że wymiana doświadczeń jest jedną z najlepszych form nauki, a taką okazję właśnie mieli wszyscy uczestnicy Konferencji Paramedic 2016. Oprócz wykładów i prezentacji przeprowadzono również dyskusję, podczas której uczestnicy mieli okazję uzyskać odpowiedzi na nurtujące ich pytania.

Katarzyna Łasińska,
SKN Paramedic

Dermatolodzy i alergolodzy zapraszają do Ustki

Jedenaście sesji, ponad 60 wybitnych wykładowców z Polski, Białorusi, Francji, Litwy, Łotwy, Rosji i Ukrainy – tak w skrócie zapowiada się 13 Akademia Dermatologii i Alergologii Słupsk-Ustka (9-12.02.2017 r.) oraz w XXV Światowy Dzień Chorego. Organizatorem spotkania jest Sekcja Dermatologiczna Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed oraz Oddział Morski Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego

Spotkanie ma charakter edukacyjny i skierowane jest do lekarzy praktyków, którzy na co dzień zajmują się leczeniem dermatoz alergicznych i chcieliby poznać i/lub przypomnieć sobie aktualne zalecenia terapeutyczne. Organizatorzy szczególnie zapraszają lekarzy przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych z zakresu dermatologii i alergologii.

Inauguracja odbędzie się 9 lutego br. w Filharmonii Słupskiej.

Program:

9.02.2017 r.

13.20-15.30 *Pokaz przypadków klinicznych* – prof. L. Rudnicka, prof. W. Owczarek (Warszawa)

WYKŁADY INAUGURACYJNE

17.00-17.20 *Historia alergologii polskiej* – prof. Jerzy Kruśzewski (Warszawa)

17.20-17.40 *Mikrobiom – przełom w praktyce klinicznej?* – prof. Lidia Rudnicka (Warszawa) – prezes PTD

17.40-18.00 *Co nowego w alergii pokarmowej?* – prof. Zbigniew Bartuzi (Bydgoszcz) – prezydent PTA

18.00-18.20 *Zaburzenia bariery naskórkowej w atopowym zapaleniu skóry* – prof. Marek Haftek (Lyon)

18.20-18.40 *Zaburzenia oddychania w czasie snu* – prof. Zbigniew Doniec (Rabka) – prezes PTPD.

Obrady 13 ADA odbędą się w Dolinie Charlotty.

10.02.2017 r.

8.45-11.45 *Urticaria*

12.15-14.30 *Co nowego?*

15.30-17.45 *Fragile & sensitivity skin*

17.50-19.15 *Alergologia*

11.02.2017 r.

9.00-12.15 *AZS*

12.20-14.00 *Alergologia II*

15.00-17.30 *Łuszczyca*

17.30-19.15 *Dermatologia*

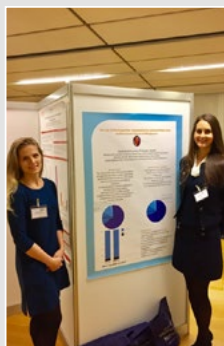
12.02.2017 r. Ratusz miejski w Ustce

10.15-14.00 *XXV World Day of the Sick.*

Więcej na www.13ada.pl.

prof. Roman Nowicki,
kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii

Studentki zdrowia publicznego na konferencji w Wiedniu



Adriana Och oraz **Monika Jańczak**, studentki II roku studiów magisterskich na kierunku zdrowie publiczne GUMed wzięły udział w międzynarodowej konferencji naukowej – 9th European Public Health Conference. Odbyła się ona w dniach 9-12 listopada br. w Wiedniu. W czasie trwania sesji prekonferencyjnej Young Research Forum (YRF) zorganizowanej przez The Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) studentki GUMed zaprezentowały wyniki swoich badań zatytułowanych *The size of illicit cigarettes consumption in selected Polish cities: evidence from Gdansk and Bydgoszcz.*

YRF jest okazją dla młodych naukowców do przedstawienia prac szerokiemu gremium europejskich środowisk zdrowia publicznego. Wyjazd został dofinansowany przez dr. hab. Tomasza Smiatacza, prorektora ds. studenckich oraz USS GUMed. ■

Turystyczne lato Seniorów

Klub Seniorów zorganizował latem br. trzy wycieczki autokarowe. W maju odbyła się podróż po okolicznych atrakcjach. 21 maja br. Seniorzy odwiedzili skansen w Sławutowie, grotty w Mechowie, Rozewie, Jastrzębią Górę, Karwie, zamek w Krokowej i Gniewino. W pierwszych dniach czerwca zwiedzali Salzburg, Wenecję, Monte Cassino, Rzym i Watykan, a w sierpniu Kraków, Wieliczkę, Zakopane i Ojcowski Park Narodowy.

Wygodne autokary z klimatyzacją, uprzejmi i doświadczeni kierowcy oraz profesjonalni piloci zapewнили nam komfortową podróż i zwiedzanie. W czasie jazdy oglądaliśmy filmy i z przyjemnością słuchaliśmy pięknych melodii. Ładna pogoda pozwalała podziwiać niepowtarzalne piękno mijanych krajobrazów, gór, dróg, mostów i tuneli. Zwiedzane miasta, zamki, skanseny, parki narodowe, kopalnia i ich bajecznie cudowne osobliwości, znajdujące się na Liście Światowego Dziedzictwa Kulturalnego i Naturalnego UNESCO, budziły zachwyt i podziw. Nocowaliśmy w przytulnych hotelikach zapewniających wygodny wypoczynek oraz dobre, smakowite i obfite posiłki.



W długie zimowe wieczory, oglądając zdjęcia będziemy tęsknie wspominać cudowny czar lata, a gdy nadejdą nowe letnie dni z harcerską werwą wyruszymy na turystyczne szlaki. Niestety w tym roku wielu Seniorów z przykrością musiało zrezygnować z wymarzonej wycieczki. Przyczyną tego jest innowacyjny pomysł organizatorów, aby terminy wycieczek podawać kilka dni przed wyjazdem. Sposób zapisywania uczestników również jest nadzwyczaj enigmatyczny.

mgr Zdzisław Jaroszewicz,
Klub Seniora



W dniu 7 listopada 2016 r. zmarła

dr hab. med. Anna JUNGOWSKA-JAROSZ

emerytowana profesor nadzwyczajna w Zakładzie Rentgenodiagnostyki Instytutu Radiologii i Radioterapii Akademii Medycznej w Gdańsku. Maturę zdała w Krakowie w 1939 r., tuż przed wybuchem wojny. Wyszła z rodziną do Warszawy w 1940 r., początkowo uczęszczała tam do Szkoły Pielęgniarek. W latach 1942-1944 ukończyła dwa lata studiów lekarskich na tajnych kompletach prowadzonych przez Wydział Lekarski Uniwersytetu w Warszawie. Była sanitariuszką podczas Powstania Warszawskiego. Po wojnie kontynuowała studia lekarskie na III roku w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, a rok IV i V zaliczyła na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego, gdzie uzyskała dyplom w 1948 r. Podjęła w 1948 r. pracę jako asystent, a od 1950 r. jako starszy asystent w Katedrze Radiologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego. Tam uzyskała pierwszy stopień specjalizacji z radiologii. Od 1953 r. została zatrudniona na stanowisku starszego asystenta w Zakładzie Radiologii AMG. Od 1956 r. przeszła na stanowisko adiunkta, a w 1961 r. uzyskała doktorat. W latach 50. i 60. odbyła staże naukowe w Berlinie, Sztokholmie, Oslo, Göteborgu i Paryżu. Habilitowała się w 1971 r., obejmując wkrótce stanowisko docenta, na którym pozostawała do 1991 r. Od 1 kwietnia 1991 r. do przejścia na emeryturę we wrześniu 1992 r. była zatrudniona w AMG na etacie profesora nadzwyczajnego. Była autorką wielu publikacji, rozdziałów w podręcznikach i monografiach. Z zamiłowaniem poświęcała się pracy dydaktycznej. Za osiągnięcia zawodowe została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi (1974 r.), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1980 r.) i Medalem Zasłużonemu AMG (1990 r.). Z wielkim żalem i smutkiem żegnamy wybitnego diagnostę, oddanego chorym lekarza i nauczyciela wielu pokoleń lekarzy.

Ruszył projekt *Zdolni z Pomorza*

Pierwsze spotkanie z uczniami szkół ponadgimnazjalnych województwa pomorskiego w ramach programu *Zdolni z Pomorza* odbyło się 5 listopada 2016 r. w Collegium Biomedicum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2016-2021. W spotkaniu udział wzięli uczniowie liceów z Gdańska, Kartuz i Kwidzyna. Projekt *Zdolni z Pomorza* ma na celu populary-

zować nauki wśród szczególnie uzdolnionej młodzieży i jest finansowany ze środków unijnych. Jego kierownikiem w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym jest rektor prof. Marcin Gruchała, natomiast na koordynatorów odpowiedzialnych za realizację spotkań na lata 2016-2021 powołano dr hab. Katarzynę Zorenę, prof. nadzw., kierownik Zakładu Immunobiologii i Mikrobiologii Środowiska oraz dr. farm. Szymona Dziombę z Katedry i Zakładu Toksykologii. Wykład inauguracyjny pt. *Miażdżyca – czy możemy jej całkowicie zapobiec?* wygłosił rektor Gruchała. Tematem przewodnim pierwszego spotkania były komórki macierzyste oraz ich możliwości zastosowania praktycznego. Jego koordynatorem naukowym był dr hab. Michał Pikuła z Zakładu Immunologii i Transplantologii, który przedstawił wykład oraz poprowadził seminarium dotyczące zastosowań klinicznych komórek macierzystych, jak również metod ich pozyskiwania i hodowli *in vitro*. W praktycznej części spotkania uczniowie mieli okazję zapoznać się z technikami hodowli i bankowania komórek macierzystych, zasadami dawstwa hematopoetycznych komórek macierzystych oraz analizami mikrobiologicznymi. Ćwiczenia przeprowadzono przy udziale asystentów i doktorantów Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii oraz Zakładu Immunobiologii i Mikrobiologii Środowiska Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. ■



Rektor prof. Marcin Gruchała przedstawia wykład o miażdżycy

Nagrody jubileuszowe UCK

Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

20 lat

- mgr Alicja Czapiewska
- Marzena Karnat
- Anna Kurdziałek
- Ewa Lademan
- Andżelika Lewandowska
- lic. piel. Renata Łęcka
- lic. piel. Katarzyna Mielewczyk
- lic. piel. Urszula Sondej
- lic. poł. Ewa Śliwińska
- mgr Aleksandra Talaśka

25 lat

- Wiesława Daszkowska-Pysznik
- mgr piel. Małgorzata Dobkowska
- Ewa Dywicka
- mgr Anna Gierałtowska
- Mariusz Mering

- mgr piel. Urszula Michalska
- Grażyna Orman

35 lat

- Renata Dańkowska
- Marzena Piećko
- Małgorzata Podleśna
- Jolanta Ruchalska
- dr n. med. Hanna Suchanek
- Grażyna Szymańska
- dr n. med. Hanna Tomczak

40 lat

- Barbara Borawska
- Jolanta Kwaśniewska
- Halina Wolak

45 lat

- Elżbieta Pietruszka

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI

Historycy badający dzieje chirurgii starają się wskazać najważniejsze wydarzenia, które mają wpływ na rozwój tej dziedziny medycyny. Wprowadzenie zasad antyseptyki i znieczulenia (często opisywanego jako uśmierzenie bólu lub bezbolesne operacje) to przykłady najważniejszych z nich. Nie budzą one kontrowersji i są zazwyczaj wymieniane bez wahania w odpowiedzi na pytanie o kamienie milowe chirurgii. Inne spośród nich nie są już tak oczywiste, przynajmniej dla laików niezwiązanych na co dzień ze specjalnościami zabiegowymi.

Minione stulecie przyniosło kolosalny, nieobserwowany w przeszłości postęp chirurgii. Dzięki wspomnianym na wstępie antyseptyce, znieczuleniu, a także antybiotykoterapii, krwiolecznictwu i wielu innym innowacjom operacje przestały być bolesnymi, krwawymi koszmarami przesładującymi zarówno przerażonych pacjentów, jak i bezradnych chirurgów. Sztuka chirurgiczna powoli wspinała się na wyżyny.

Wynalezienie i wprowadzenie szwów mechanicznych było bez wątpienia jednym najważniejszych kroków na drodze doskonalenia techniki operacyjnej. W 1908 r. w Budapeszcie chirurg Hümer Hültl, słusznie nazywany ojcem chirurgicznego szwu mechanicznego, skonstruował i zastosował pierwszy stapler. Ważył on ponad 3,5 kg, wymagał wielkiej wprawy i czasu do skutecznego zastosowania – około 2 godziny potrzebne były na montaż i załadowanie zszywek. Z biegiem lat urządzenie było modernizowane. Wśród pionierów postępu wymienić trzeba poza Hültlem, von Petza, Nakayamę i Friedricha. Ten ostatni w 1934 r. zastosował wymienny zasobnik z zszywkami. Prace nad szwem mechanicznym oraz urządzeniami do jego stosowania prowadzone były również w specjalnie w tym celu powołanym w Moskwie Naukowym Instytucie Doświadczalnym Urządzeń i Przyrządów (przy okazji po raz kolejny okazało się jak karkołomne bywają nieraz próby tłumaczenia niektórych nazw). W latach 50. XX w. uzyskano tam obiecujące rezultaty konstrukcji różnorodnych typów staplerów, m.in. do ze-

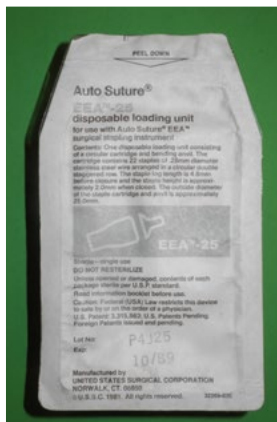


spoleń naczyniowych i jelitowych. Mark Ravitch zapoznał się z tymi urządzeniami podczas wizyty w Moskwie. W 1964 r. powstała w Stanach Zjednoczonych firma United States Surgical Corporation, która rozpoczęła produkcję staplerów pod marką Auto Suture. Od tego czasu rozwój szwu mechanicznego, masowa produkcja staplerów i ich upowszechnienie wkroczyły w nową erę. Trudno jednoznacznie stwierdzić, kiedy szew mechaniczny został wprowadzony w Polsce. Można z dużą dozą prawdopodobieństwa przyjąć, że na szerszą skalę pojawiły się w pierwszej połowie lat 90. XX w., a więc około 20-25 lat temu.

W cyklu *Tajemnic z muzealnej półki* przedstawiamy dziś dwa przykłady staplerów firmy AUTO SUTURE: EEA™-25 – do okrężnego szwu jelitowego i ROYAL*35W – do skóry. Zwracają uwagę daty ważności – do października 1989 r. i grudnia 2000 r. Należały do prof. Jerzego Dybickiego. Zostały przekazane wraz z innymi instrumentami i narzędziami przez Jerzego Dybickiego juniora.

Serdecznie zachęcamy i prosimy o przekazanie do Muzeum GUMed wszelkich informacji, które mogą wzbogacić wiedzę na temat tego typu urządzeń.

dr Marek Bukowski,
Muzeum GUMed



Każdego ósmego dnia miesiąca na stronie internetowej www.gumed.edu.pl prezentowany jest wybrany obiekt z kolekcji Muzeum GUMed. Wszystkie eksponaty zostaną zaprezentowane podczas specjalnej wystawy jesienią 2017 roku.

Klinika na peryferiach – ostatni rozdział? (cz. 3)

prof. Krzysztof Sworczak

**Nie znoszę pożegnań...
mają w sobie tyle utajonego dramatyizmu...
i tego, co może się stać...
i tego, czego najczęściej nie można już odwołać...**

Izabella Bielińska

W szpitalu „Łąkowa” przepracowałem 25 lat, od 1977 r. do 2002 r., kiedy to decyzją władz Uczelni (wtedy dla nas nie do końca zrozumiałą) Klinika Internistyczna jako pierwsza została przeniesiona do budynku 7-8 przy ul. Dębinki. Pewnym pocieszeniem dla nas był fakt, że historycznie wróciliśmy do naszych korzeni, o czym za chwilę. Państwowy Szpital Kliniczny nr 3 powoli pustoszała, II Klinika Chorób Serca opuściła mury szpitala w drugiej kolejności, a w 2003 r. zespół zlikwidowanej Kliniki Chirurgicznej włączono do zespołu Kliniki profesora Zbigniewa Śledzińskiego, na szczęście też „Łąkowca”. 25 lat życia zawodowego spędzone w Szpitalu, w którym uczyłem się medycyny od znakomych klinicystów, gdzie zdobywałem kolejne etapy specjalizacji i stopnie naukowe będzie zawsze budził mój ogromny sentyment do tego miejsca. Od czasu przenosin raz w roku starałem się przemierzyć trasę, którą pokonywałem niemal codziennie przez 25 lat, początkowo kolejką SKM z Wrzeszcza i następnie tramwajem nr 8 aż do pętli, a od 1979 r. samochodem przez ul. Toruńską. Obserwowałem jak korzystnie zmienia się Dolne Miasto, powstają nowe domy, rewitalizowana jest ul. Łąkowa i złościło mnie bardzo to, że tylko budynek mojego byłego Szpitala popada w coraz większą ruinę. Dwukrotnie udało mi się i moim współpracownikom dostać do środka i wykonać kilkadziesiąt zdjęć, które przechowuję jak najcenniejsze relikwie (fot. 1, 2, 3, 4, 5). Oglądamy je z rozrzewnieniem przy okazji kolejnych jubileuszy w coraz bardziej



Fot. 1. Najstarsza część szpitala – Dwór Uphagena, w której mieściła się część III Kliniki Chorób Wewnętrznych, 2011 r.



Fot. 2. Wejście do sekretariatu, 2011 r.



Fot. 3. Gabinet profesora Mieczysława Gamskiego, a następnie profesor Ireny Jabłońskiej-Kaszewskiej, 2011 r.

kurczącym się gronie byłych pracowników III Kliniki Chorób Wewnętrznych. Muszę przyznać, że z wielką ulgą przyjąłem informację o sprzedaży nieruchomości przy ul. Kieturakisa 1. Nie ma dla mnie znaczenia co tam się będzie znajdować



Fot. 4. Gabinet profesor Eugenii Częstochowskiej, 2011 r.



Fot. 5. I tak zostałem opisany. Tylko do dziś nie wiem: przez kogo?, 2011 r.

(podobno nowoczesny hotel). Najważniejsze, że budynek zostanie przywrócony do życia i mam nadzieję, że zachowa swój dotychczasowy kształt. I że będę mógł od czasu do czasu pojechać tam, spojrzeć w znajome okna, które wyświetlą obrazy sprzed lat, a może nawet uda się w nim przemocować i odbyć swój ostatni dyżur.

Mój kolega z Kliniki Chirurgicznej dr Aleksander Stanek opisał (*Gazeta AMG*, październik 2016 r.) bardzo dokładnie uwarunkowania i genezę powstania Szpitala przy ul. Łąkowej 1a. Przypomnę tylko, że był to najstarszy katolicki szpital w Gdańsku, założony w 1853 r. przez siostry boromeuszki. Od zawsze nosił imię Najświętszej Maryi Panny, a od 1945 r. pozostawał pod zarządem Polskiego Czerwonego Krzyża. Utworzona w 1948 r. III Katedra i Klinika Chirurgii, a następnie od 1970 r. po zmianie nazwy II Klinika Chirurgii Ogólnej usadowiła się (1950 r., wcześniej zlokalizowana w dzisiejszym szpitalu Copernicus) w najwyższej części Szpitala dobudowanej w 1904 r. III Klinika Chorób Wewnętrznych powołana w 1949 r. nie miała tyle szczęścia i mieściła się w najniższej i najstarszej części szpitala (Dwór Uphagena) połączonej z kościołem oraz w części pośredniej, dobudowanej około 1870 r. Oczywiście wiązało się to z gorszymi warunkami lokalowymi dla pacjentów i personelu. W Klinice było aż pięć sal 11-osobowych (w środku były tylko przepierzenia), a toalety mieściły się w znacznej odległości od sal chorych. Różnica pomiędzy warunkami na internie a chirurgii była znacząca.

Początki III Kliniki Chorób Wewnętrznych były mocno zagmatwane. Pierwszym kierownikiem Kliniki został profesor Jakub Penson. W 1956 r. po śmierci prof. Stanisława Wszelakiego kierującego II Kliniką Chorób Wewnętrznych mieszczącą się w budynku nr 7 w centralnym zespole gmachów Akademii Lekarskiej, decyzją władz Uczelni prawie cały personel III Kliniki ze szpitala „Łąkowa” został przeniesiony na teren II Kliniki Chorób Wewnętrznych przy ul. Dębinki. Natomiast większość lekarzy zespołu II Kliniki w lipcu 1956 r. stała się pracownikami III Kliniki. Nazwy klinik zostały, a zmienili się ludzie. Nie mnie osądzać te decyzje, tym bardziej, że słyszałem diametralnie różne interpretacje. Faktem jest, że na „Łąkową” przeszli: doc. Władysław Kierst, który pełnił czasowo obowiązki kierownika Kliniki; adiunkci:

Władysław Czaplński, Włodzimierz Surewicz, Romualda Komarnicka, Janina Sowińska, Wojciech Kozłowski i liczni asystenci: Krystyna Nawara (później Wąsowska), Janusz Uselis, J. Milewski, Piotr Czarnecki, Jan Grzęlikowski, Celestyn Janukowicz oraz wolontariuszki: Maria Rozmarynowska i Maria Czaplńska. W Klinice przy Łąkowej pozostali: doc. Tadeusz Dyk i dr Juliusz Uselis. Z niektórymi lekarzami tego zespołu miałem zaszczyt pracować, dlatego gdy przeniesiono nas w 2002 r. z powrotem do budynku nr 7 można powiedzieć, że wróciliśmy do naszych korzeni.

Taki zespół objął w 1957 r. przybyły z Lublina nowy kierownik Kliniki profesor Mieczysław Gamski. Wkrótce, bo w 1958 r. kadre asystentów w III Klinice uzupełnili lekarze: Witold Tymiński i Stanisław Michalski. A więc od 1956 r. zaczyna się liczyć własny dorobek naukowy i kliniczny zespołu III Kliniki Chorób Wewnętrznych, chociaż jej historia sięga 1945 r., czyli powstania II Kliniki Chorób Wewnętrznych.

Nowy podział administracyjny Kliniki zapoczątkowało odejście na przełomie 1957 i 1958 r. dwóch adiunktów: dr. W. Czaplńskiego na stanowisko dyrektora oraz dr. W. Surewicza na stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrznego w tworzonemu z byłych koszar szpitalu w Gdyni-Redłowie. W Klinice troje adiunktów mianowano nowymi ordynatorami oddziałów. Dr R. Komarnicką na Oddziale I (47 łóżek kobiecych, 1 piętro), dr. W. Tymińskiego na Oddziale II (47 łóżek męskich, 2 piętro) i dr. J. Sowińską na Oddziale III (24 łóżka koedukacyjne, 3 piętro). W sumie Klinika liczyła w tym czasie 118 łóżek.

Profesor Mieczysław Gamski bardzo szybko wyrobił sobie duży autorytet w zespole. Był wszechstronnie wykształconym internistą. Jego główne zainteresowania skupiały się na kardiologii, hematologii i immunologii, endokrynologii oraz zespołach wegetatywnych. Profesor studia medyczne ukończył w czerwcu 1937 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie i od 1 września 1937 r. rozpoczął pracę na stanowisku lekarza pomocniczego Kliniki Chorób Wewnętrznych UJK. W czerwcu 1939 r. obronił pracę doktorską *Zachowanie się wychylenia przedsionkowego w elektrokardiogramie ludzi zdrowych i z chorobą układu krążenia w spoczynku i po próbie pracy*. Po przerwie (służba wojskowa i wybuch wojny) był asystentem Kliniki Propedeutycznej Chorób Wewnętrznych Instytutu Medycznego we Lwowie. Latem 1946 r. wyjechał ze Lwowa do Wrocławia, gdzie od 1 października 1946 r. został zatrudniony jako starszy asystent, a następnie adiunkt w II Klinice Chorób Wewnętrznych WL Uniwersytetu-Politechniki (od 1950 r. Akademii Medycznej). Kierownikiem Kliniki był profesor Antoni Falkiewicz. Rozprawę habilitacyjną *Nadciężność wegetatywna* prof. Gamski obronił w czerwcu 1951 r. i po nominacji na docenta objął 1 października 1954 r. kierownictwo I Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie i otrzymał (22 październik 1954 r.) tytuł profesora nadzwyczajnego. W 1957 r. przeniósł się do Gdańska (fot. 6).

Dziedzina interny, którą prof. Gamski zaczął rozwijać w Klinice, była kardiologia. Wynikało to z jego osobistych ►►



Fot. 6. Zebranie kliniczne. Od lewej: dr M. Burghard-Czaplińska, prof. M. Gamski, dr H. Jarzębowska, J. Sowińska, R. Komarnicka

► zainteresowań, sięgających pracy we Lwowie i Wrocławiu a także z tego, że w zespole gdańskim zastał grupę lekarzy ukierunkowanych na choroby serca. Byli to: doc. T. Dyk, W. Kozłowski, J. Gręźlikowski, C. Janukowicz, S. Michalski. W 1960 r. dołączyła do tego zespołu dr Grażyna Świątecka.

Docent Tadeusz Dyk był nietuzinkową postacią. Nadzorował w klinice diagnostykę i leczenie chorych, ucząc młodych asystentów praktycznej medycyny. Miał nadzwyczajną pamięć i niezwykły dar kojarzenia danych z piśmiennictwa z objawami obserwowanymi przy łóżku chorego. Poza kardiologią interesował się też hematologią i immunologią. Wprowadził w Klinice metodę przewlekłego stosowania glikokortykosteroidów w chorobach tkanki łącznej i w niektórych nefropatiach. Wykonywał też biopsje nerek. Jego słynne „mega-Dyki” (duże dawki steroidów i heparyny) budziły uznanie, ale także niepokój o możliwe powikłania takiego leczenia. Wiele jego publikacji z zakresu kardiologii, hematologii i immunologii miało jak na owe czasy charakter pionierski. Odszedł z Kliniki w 1968 r. na stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrzny Szpitala Miejskiego w Gdyni. Osobiście zetknąłem się z nim, kiedy po 1977 r. został konsultantem Przychodni przy ul. Jaskółczej. Z racji bliskości często odwiedzał Klinikę i mieliśmy okazję korzystać z Jego szerokiej wiedzy i doświadczenia. Kiedy kilkakrotnie przedstawiałem mu przypadek trudnego pacjenta, zawsze znajdował jakieś rozwiązanie, a na drugi dzień przynosił odbliski swoich publikacji z podobnym opisem. Do dzisiaj przechowuję kilka Jego prac z osobistą dedykacją.

Dr W. Kozłowski i J. Gręźlikowski zainteresowali się wektorkardiografią, a dr C. Janukowicz fonokardiografią. W 1963 r. prof. Zdzisław Kieturakis wszczepił pierwszy w Polsce stymulator serca ze wskazań ustalonych przez prof. J. Pensona. Przy zabiegu tym, jak i kolejnych uczestniczył dr Kozłowski, a później następni asystenci III Kliniki Chorób Wewnętrznych. Tak w Klinice zaczęła rozwijać elektrostymulacja czasowa i stała. W 1965 r. powstał na drugim piętrze Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (INK), którego pierwszym ordynatorem był dr Kozłowski. Był znany z pogodnego usposobienia i dużego poczucia humoru (wspominany jako autor sentencji i anegdot lekarskich). Po jego przejściu

w 1970 r. na stanowisko konsultanta kardiologa do Kliniki Kardiologii, szefem INK-u został dr J. Gręźlikowski, do którego dołączyła dr G. Świątecka, która prowadziła oddział od 1984 r. (ale o tym już w następnym numerze *Gazety*). Na INK-u mogło przebywać jednocześnie 7 pacjentów. Wypożyczenie w odpowiednią aparaturę pozwoliło na stałe monitorowanie chorych z zawałem serca oraz wykonywanie defibrylacji i kardiowersji. Ten oddział stał się załącznikiem późniejszej II Kliniki Chorób Serca. Na INK-u przeszkolenie kardiologiczne przechodzili kolejno wszyscy młodszy lekarze, po zakończeniu którego nabywali uprawnień do samodzielnego dyżurowania na kardiologii.

Dr J. Gręźlikowski zajmował się między innymi zagadnieniami zapalenia mięśnia serca i osierdzia, zwracając uwagę jako jeden z pierwszych w Polsce na etiopatogenetyczną rolę wirusa *Coxsackie*. Jego nastroszone brwi i tubalny głos budził w nas młodych duży respekt. Nazwaliśmy Go Grzechotnikiem. Wieczorne, telefoniczne raporty z dyżuru kardiologicznego były dla nas dużym stresem. Jednak w trudnych momentach można było liczyć na Jego pomoc.

Dr C. Janukowicz zajmował się głównie diagnostyką nabytych wad serca, kwalifikował i przygotowywał chorych do zabiegów kardiologicznych. Wiedział wszystko o EKG i często korzystaliśmy z jego umiejętności. Miał znakomite „ucho” do osłuchiwania wszelkich nieprawidłowości w pracy serca. Na jego sali zawsze przebywali pacjenci z różnymi wadami serca i można było posłuchać wszystkich możliwych melodii. Był to także raj dla studentów III roku, którzy w naszej Klinice uczyli się propedeutyki chorób wewnętrznych.

Rehabilitacją pacjentów z chorobami układu krążenia prof. M. Gamski zainteresował się jako jeden z pierwszych w Polsce. Zagadnieniu temu poświęcił się dr Stanisław Michalski, który już w 1956 r. opracował próbę czynnościową układu krążenia, umożliwiającą ocenę wydolności wysiłkowej ludzi zdrowych, a następnie pacjentów kardiologicznych z rozpoznaną lub podejrzaną chorobą niedokrwienną serca. Modyfikacja własna próby czynnościowej Letunowa dla oceny wydolności wysiłkowej stała się tematem jego rozprawy doktorskiej oraz wielu publikacji. W 1968 r. dr Michalski wprowadził własny model szpitalnej rehabilitacji po świeżym zawałe serca. W modelu tym stosował ćwiczenia fizyczne według jednego programu, zarówno przy niepowikłanym, jak i powikłanym zawałe. Postęp rehabilitacji oceniał na podstawie własnej opracowanej metody. Rehabilitacja ta pozwoliła na znaczne skrócenie czasu hospitalizacji, o 50% zmniejszyła się też śmiertelność chorych. Na zabudowanej werandzie II oddziału dr Michalski stworzył pracownię, gdzie przez cały dzień pracowały 2 ergometry rowerowe.

Dr Michalski był jednym z symboli Kliniki. Pierwszego sierpnia 1977 r., prosto po studiach rozpocząłem pracę w III Klinice Chorób Wewnętrznych AMG. Profesor Gamski, kierownik jednostki, zaprowadził mnie na drugie piętro Kliniki do dyżurki lekarskiej przy schodach. W środku, przy biurku, na którym znajdowały się stopy historii chorób siedział starszy pan w okularach. – Stasiu, przyprowadziłem nowego

pomocnika, wprowadź go, za 2 godziny przyjdę na wizytę – powiedział Profesor i tak poznałem doktora Stanisława Michalskiego, ordynatora II Oddziału (męskiego) III Kliniki. Pracowałem pod jego nadzorem prawie 2 lata, później przeniesiono mnie na pierwsze piętro do Oddziału kobiecego. Był wszechstronnym lekarzem internistą, zawsze pierwszy w pracy. Nie pamiętam, aby kiedykolwiek przebywał na zwolnieniu. Wielokrotnie korzystaliśmy z jego znakomitej znajomości łaciny. My, młodzi lekarze szanowaliśmy Go mocno, chociaż nierzadko robiliśmy różne psikusy. Wymyśliliśmy mu ksywkę „Borsuk”. Na pytanie, gdzie jest Borsuk padała zwykle odpowiedź – pewnie w swojej rowerowni, a Jasiu Niżnikiewicz napisał o nim fraszkę *Jedzie Borsuk na rowerze, może Nobla nam przywiezie*. Spędziłem z nim na dyżurach setki godzin. Był skromnym, małomównym, ale ciepłym i dobrym człowiekiem. W przedziwny sposób nie widać było po nim upływu czasu i kiedy odchodził na emeryturę wyglądał tak samo jak w 1977 r., kiedy pierwszy raz go ujrzałem. Dopiero później dowiedziałem się o jego zasługach dla kraju. W czasie wojny był żołnierzem Armii Krajowej i Narodowych Sił Zbrojnych (pseudonim „Stach”). Dowódca jednostki AK w Kole. W 1945 r. aresztowany przez NKWD, więziony w obozie w Rembertowie, torturowany, następnie przekazany do więzienia Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego. Zwolniony w ramach amnestii w 1946 r. Kapitan, oficer rezerwy, w uznaniu zasług awansowany do stopnia majora.

Do Kliniki przychodzili kolejni asystenci; w 1962 r. dr Eugenia Częstochowska, a później Halina Jarzębowska, Jolanta Pietraszewska, Janina Tymieniecka-Iwanik, Stanisław Bajena, Helena Smagoń, Jadwiga Wasilewska, Bogdan Nikodem, Barbara Sawicka, Elżbieta Mincer i Jolanta Lewandowska. Inni odchodzili na samodzielne stanowiska. Dr Piotr Czarnecki został ordynatorem w Szpitalu w Wejherowie, a dr Krystyna Wąsowska w Szpitalu Kolejowym w Gdańsku. Z Kliniki odeszli też doc. W. Kierst, dr Janusz i Juliusz Uselis, a do USA wyjechał J. Milewski.

Kolejną pasją profesora Gamskiego były zespoły wegetatywne. Ipronal (proksybarbal) był pierwszym oryginalnym polskim lekiem, w którego syntezie Profesor osobiście brał udział. Badania przeprowadzane w Klinice dotyczyły wpływu Ipronalu na szeroko pojętą regulację czynności układu autonomicznego i dokrewnego. W okresie 28 lat pracy Profesora w III Klinice Chorób Wewnętrznych powstało na ten temat około 40 publikacji naukowych i 12 doktoratów. Szczególnie dobre wyniki uzyskiwano w leczeniu nadciężności wegetatywnej i zespołu korowo-podwzgórzowego. Stąd już blisko do endokrynologii.

Endokrynologię w Klinice rozwijała prof. Romualda Komarnicka. Przez 25 lat współpracy z prof. Gamskim była jego prawą ręką, zastępcą i filarem Kliniki aż do swojego przejścia na emeryturę. Profesor Gamski z powodu swoich rozlicznych obowiązków (był członkiem władz wielu towarzystw naukowych i komisji oraz komitetów PAN) często przebywał na wyjazdach służbowych. Żartowaliśmy nawet, że cierpi na poriomanię – popęd do włączki i bezustannej podróży.

Większość prac i doktoratów poprawiał w trakcie jazdy po ciągami. Ale gdy tylko zjawiał się w Klinice przychodził do nas na Oddział, siadał w swoim ulubionym miejscu i mówił: *a teraz chciałbym się od was czegoś nauczyć*. Więc szliśmy na wizytę do pacjentów. W czasie jego nieobecności na prof. Komarnickiej spoczywały wszelkie obowiązki, chociaż Oddział II i III miał pełną autonomię. Prowadziła też często cotygodniowe zebrania kliniczne (fot. 7).

Profesor Komarnicka stworzyła zespół zajmujący się endokrynologią przy współpracy dr Haliny Jarzębowskiej, Jolanty Pietraszewskiej, a w późniejszym okresie dr Marii Gorzko-Wilkowskiej i mojej. Głównym przedmiotem zainteresowań były choroby tarczycy, nadnerczy i przysadki. Osobiście Profesor prowadziła badania nad otyłością, co zaowocowało w 1969 r. jej rozprawą habilitacyjną. Mieliśmy ten komfort, że w sąsiadującej Klinice Chirurgii prowadzonej przez profesora Z. Kieturakisa, a następnie profesora Zdzisława Wajdę z wielkim kunsztem przeprowadzano operacje tarczycy, przytarczyc, guzów kory i rdzenia nadnerczy oraz wyspiaków trzustki. Współpraca układała się znakomicie. W tym miejscu należy wspomnieć ogromną rolę naszych radiologów: dr. Lecha Markuszewskiego i dr Teresy Wajdowej, gdyż w tamtym czasie rozpoznawanie obrazowe guzów nadnerczy i przysadki (przed erą tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego) opierało się na tomografii rentgenowskiej w warunkach wytworzonej odmy pozatrzewnowej (przy guzach nadnerczy) i tomogramach siodła tureckiego przy guzach przysadki. Później wprowadzono arteriografię tętnic nerkowych i flebografię żył nadnerczowych. W Klinice powstała pracownia sterydowa, którą prowadziła mgr Cecylia Falkowska i można było oznaczać metabolity kortyzolu i androgenów w moczu dobowym. Z inspiracji prof. Komarnickiej już w 1973 r. powstała wojewódzka Przychodnia Endokrynologiczna przy ul. Katarzynki, która przez długie lata była jedynym miejscem leczenia schorzeń endokrynologicznych w naszym regionie. Po odejściu z Kliniki dr H. Jarzębowskiej i dr J. Pietraszewskiej, które przez następnych wiele lat były filarami tej przychodni, w ich miejsce pojawili się: wspomniana wyżej M. Gorzko-Wikow- ▶▶



Fot. 7. Zebranie naukowe w bibliotece klinicznej. Od lewej siedzą: dr S. Michalski, G. Świątecka, T. Wajdowa, J. Sowińska, doc. R. Komarnicka. Z tyłu: dr M. Michowska i J. Lewandowska. Od lewej stoi dr M. Burghard-Czaplińska, siedzą: J. Niżnikiewicz, A. Bielecka

► ska i dr Andrzej Hellmann. W 1983 r. z powodu poważnej choroby prof. Komarnicka przeszła przedwcześnie na emeryturę, a w 1984 r. dr Gorzko-Wilkowska, J. Wasilewska wraz z dr J. Gręźlikowskim do Oddziału Kardiologii nowo powstałego Szpitala na Zaspie. Spowodowało to pewien kryzys endokrynologii w III Klinice Chorób Wewnętrznych, ale o tym w następnym numerze *Gazety*.

W latach siedemdziesiątych na ordynaturę w Szpitalu Reumatologicznym w Sopocie przeszedł dr S. Bajena, a dr J. Tymieniecka-Iwanik i dr B. Nikodem wyjechali za granicę.

Bardzo ważnym kierunkiem działalności klinicznej i naukowej była hematologia. Zajmowała się nią dr J. Sowińska (ordynator III Oddziału), która interesowała się chorobami rozrostowymi. Z kolei docent W. Tymiński i E. Częstochowska prowadzili prace nad układem krzepnięcia. W Klinice powstała Pracownia Krzepnięcia, gdzie wykonywano nowoczesne, jak na owe czasy, badania koagulologiczne: pełny układ krzepnięcia, adhezję i agregację płytek krwi, tromboelastografię i szereg innych. Do tego zespołu dołączył dr A. Hellmann i dr J. Lewandowska. W 1973 r. dr med. Eugenia Częstochowska obroniła rozprawę habilitacyjną, a dr A. Hellmann (1976 r.) i dr J. Lewandowska (1977 r.) doktorską. W 1977 r. docent W. Tymiński i docent E. Częstochowska objęli ordynaturę oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu Miejskim w Gdyni, na bazie którego później powstała IV Klinika Chorób Wewnętrznych AMG. W 1975 r. Klinikę zasilili dr Małgorzata Siekierska i Anna Bielecka. Z Kliniki Neurologii przeszedł dr Jan Niżnikiewicz, a na miejsca docentów W. Tymińskiego i E. Częstochowskiej zatrudnieni zostali: dr Marta Michowska (konsultant interny na Klinicznej) i Krzysztof Sworczak. W latach 80. dołączyli do Kliniki dr Alicja Juzwa (Wrocław) i dr Andrzej Świątecki.

Oddział hematologii skoncentrował się na III piętrze. Trzon stanowili: dr Sowińska, dr A. Hellmann i dr H. Smagoń. Dr A. Hellmann objął nadzór nad Pracownią Krzepnięcia. Profil Oddziału stopniowo przesuwał się w kierunku diagnostyki i leczenia białaczek oraz innych chorób rozrostowych. Wkrótce dr A. Hellmann wyjechał na dwuletnie stypendium do Royal Postgraduate Medical School w Hammersmith Hospital w Londynie. Po powrocie szybko, bo w 1982 r. obronił rozprawę habilitacyjną pt. *Aktywność granulopoezy in vitro u chorych z zespołami proliferacyjnymi* i równie szybko ożenił się z naszą koleżanką kliniczną Małgorzatą Siekierską (fot. 8). Należy podkreślić, że był on w owym czasie najmłodszym docentem w naszej Uczelni. Do oddziału dołączył dr Wojciech Baran, a po nim dr Jarosław Czyż. Tak stopniowo powstawał załóżek przyszłej Kliniki Hematologii i Transplantologii. Niestety w 1983 r. zmarła wielce zasłużona dla Kliniki dr Janina Sowińska. Obowiązki ordynatora przejął docent A. Hellmann. Nazywaliśmy ją naszą dobrą ciocią, gdyż zawsze wspomagała i broniła najmłodszych asystentów.

Szczególną postacią w Klinice była „Myszka”, czyli dr Maria Burghard-Czaplińska. Zajmowała się immunologią. Zawsze z paczką Carmenów (takie to były czasy), elokwentna i o cię-



Fot. 8. Uroczystość kliniczna z okazji ślubu doc. Andrzeja Hellmanna i dr Małgosi Siekierskiej. Od lewej stoją: dr Jolanta Lewandowska, Jadwiga Wasilewska, Marta Michowska, Jan Gręźlikowski, Alicja Juzwa, Maria Gorzko-Wilkowska. Siedzą: dr Stanisław Michalski, Małgorzata Siekierska-Hellmann, prof. Mieczysław Gamski, Andrzej Hellmann, Grażyna Świątecka, Wojciech Baran, Krzysztof Sworczak, Jan Niżnikiewicz, Andrzej Świątecki i z klatką z kanarkiem Maciej Krynicki

tym języku. Bardzo baliśmy się jej podpaść. Stworzyła pierwszą na Wybrzeżu Pracownię Immunologiczną. Przez wiele lat zносиła z niezwykłym męstwem długotrwałą chorobę, pracując przez cały czas na Oddziale.

Dr Jan Niżnikiewicz był, jak mawialiśmy, najlepszym internistą wśród neurologów i najlepszym neurologiem wśród internistów. Ponieważ co 4 dzień mieliśmy ostry dyżur i nie-rzadko byli przyjmowani pacjenci z udarami czy innymi problemami neurologicznymi to dużym komfortem była stała obecność w szpitalu neurologa. Załatwiał konsultacje także na chirurgii, gdzie było wielu pacjentów urazowych. Muszę przyznać, że czasami trudno Go było zlokalizować. Jak w tej fraszce, którą Jasiu sam na siebie napisał – *wyszedł zanim przyszedł*.

Atmosfera w Klinice, jak i w całym Szpitalu była wspaniała. Byliśmy jak jedna wielka rodzina. Animosje zdarzały się rzadko. Bardzo często, zarówno na „tępych”, jak i „ostrych” dyżurach jadaliliśmy wspólnie obiady i kolacje z chirurgami i anestezjologami (fot. 9).

Nie było żadnych większych problemów z konsultacjami chirurgicznymi czy anestezjologicznymi na ostrym dyżurze.



Fot. 9. Dr Edward Szalach – obiad u chirurgów

A było co robić. Na internie, przy około 100 łózkach na dyżurze tępy pracowało 2 lekarzy, starszy na INK-u, a młodszy na pozostałych oddziałach rozlokowanych na 3 piętrach. Pamiętam, że jednej nocy miałem chorą z obrzękiem płuc na Oddziale Kobięcym i drugiego na III piętrze. Miejsc wolnych na INK-u nie było. Do windy raczej nie wchodziliśmy, bo nigdy nie wiadomo było kiedy ten zabytek się zepsuje. 2-3 zgony pacjentów na dyżurze było normą. Raz dr Michałski miał ich (była to niedziela) aż 11. Rano po raporcie Profesor wysłał go na trzydniowy przymusowy urlop. W trakcie dyżuru ostrego było jeszcze gorzej. W okresie doby przyjmowaliśmy do Kliniki od 6 do 15 chorych, a bywało że i więcej. Pełne korytarze dostawek, a czasem i materacy z ciężkimi pacjentami na posadzce nie były rzadkością. Obchód wieczorny w całej Klinice zajmował od 2 do 3 godzin (lekarz dyżurny robił także iniekcje dożylnie). Oczywiście to była diametralnie inna medycyna. W trakcie ostrego dyżuru było dodatkowo 2 lekarzy w Izbie Przyjęć Internistycznej, którzy zmieniali się co 8 godzin. Byli to lekarze doświadczeni, po II stopniu specjalizacji, ale czasami Profesor wyrażał zgodę na dyżurowanie w Izbie Przyjęć także po jedynce.

Nie sposób zapomnieć, że ten dobry czas spędzony w III Klinice zawdzięczaliśmy także zespołowi pielęgniarskiemu i pomocniczemu. Nie wszystkich już pamiętam, ale składam hołd: oddziałowej I Interny Helenie Kasperowicz, oddziałowej III Interny Teresie Płodzich, oddziałowej II Interny Irenie Malickiej, Teresie Hanisz, Jance Pieślak, Jance Rajewskiej, Heni Murawskiej, Dance Miałkowskiej, Krysi Szymańskiej, Bogusi Taczanowskiej, sekretarkom Hannie Ruszczyk i Halinie Kurpiewskiej, pani Władzi i wielu, wielu innym.

Profesor Gamski był znakomitym klinicystą i naukowcem. Wszystkie doktoraty powstające w Klinice były doświadczalne, często wykonywane na zwierzętach. Zaskakiwał nas czasami swoimi pomysłami. Raz z dr M. Siekierską całe lato spędziliśmy nad realizacją kolejnego. Podgrzewaliśmy próbówki z surowicą pacjentów z różną zawartością białka całkowitego i albumin nad palnikiem gazowym, a elektrody zanurzone w niej podłączone do pisaka wykreślały na bębnie z papieru jakąś krzywą. Cały ten przyrząd profesor zbudował sam. Śmiałyśmy się, że robimy EKG surowicy. Po kilku tygodniach uznaliśmy, że nic z tego nie wychodzi. Profesor zgodził się łaskawie i powiedział: dobrze to w takim razie wymyślę wam coś innego. Na szczęście, później chyba o tym zapomniał. Był dobrym szefem, dbał i bronił swoich asystentów. Dzielił się benzyną w czasach, gdy była ona na kartki.

Profesor był też humanistą i poetą. Od 1978 r. należał do Unii Polskich Pisarzy Medyków. Jak przystało na kardiologa serce tropił także w poezji, jak w eseju jego autorstwa *Serce w poezji – co poeci wiedzą o sercu, a kardiologowie o poetach*. W wierszu Juliusza Słowackiego doszukał się napadowego migotania przedsionków, na które najpewniej cierpiał poeta, a w strofach Janusza S. Pasierba częstoskurczu napadowego.

A sam też pisał o sercu:

**Zbadałem serce Twoje
Ach!
Ujrzałem, że puste
Jak tykwa na wietrze
Bucząca,
Że zimne jest jak noc
Grudniowa
Że skorupa jego twarda
Jak głaz.....
Zbadałem serce Twoje
Nie powiem nikomu
Tajemnica lekarska!**

Profesor M. Gamski przeszedł na emeryturę w 1984 r. I tak zamknął się jeden z najważniejszych rozdziałów w historii III Kliniki Chorób Wewnętrznych. Klinika była dla niego drugim domem. Poniżej ostatni znany mi wiersz Profesora, który być może oddaje stan jego ducha w momencie zakończenia pracy w Klinice.

**Przede mną – tylko głucha
Noc
I zięb
I smutków splot cierniowy.**

Dorobek naukowy III Kliniki Chorób Wewnętrznych w latach 1956-1984, kiedy kierownikiem Kliniki był profesor M. Gamski obejmuje około 300 publikacji. Profesor był opiekunem 5 rozpraw habilitacyjnych:

1. Dr med. Witold Tymiński, *Badania własne nad zjawiskiem zmętnienia i przejaśnienia osocza krwi*, 1965 r.;
2. Dr med. Romualda Komarnicka, *Badania nad rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej u kobiet otyłych*, 1969 r.;
3. Dr med. Eugenia Częstochowska, *Wpływ niedoboru aktywatora plazminogenu w śródbłonkach naczyń żylnych na rozwój tzw. choroby zakrzepowej*, 1973 r.;
4. Dr med. Andrzej Hellmann, *Aktywność granulopoezy in vitro u chorych z zespołami mieloproliferacyjnymi*, 1982 r.;
5. Dr med. Grażyna Świątecka, *Próba wyjaśnienia mechanizmu powstawania zmian odcinka ST i załamka T elektrokardiogramu w zespołach rytmu zatokowego u chorych z wszczepionym rozrusznikiem serca*, 1984 r.;

Zestawienie przewodów doktorskich przeprowadzonych w latach 1956-1984 w III Klinice Chorób Wewnętrznych:

1. Witold Tymiński, *Badania nad wpływem bromku sodu, luminalu i hydroksydialu na erytropoezę u zwierząt doświadczalnych*, 1961 r. – promotor prof. M. Gamski;
2. Wojciech Kozłowski, *Próba wyjaśnienia elektrogenyzy zespołu Wolffa-Parkinsona-White'a*, 1961 r. – promotor prof. M. Gamski;
3. Janina Sowińska, *Zachowanie się kwasu neuraminowego w surowicy krwi u dzieci z chorobą reumatyczną*, 1963 r. – promotor prof. r. Barański;
4. Eugenia Częstochowska, *Wpływ leków hamujących czynność ośrodkowego układu nerwowego na fibrylizację*, 1964 r. – promotor prof. M. Gamski;



- ▶ 5. Celestyn Janukowicz, *Leukergia. Badania nad zakresem i przyczynami błędu metody*, 1964 r. – promotor prof. M. Gamski;
6. Maria Burghart – Czaplńska, *Immunologiczne zmiany białek surowicy królików pod wpływem wstrzykiwania wyciągów z tkanek ludzkich*, 1965 r. – promotor prof. M. Gamski;
7. Jan Gręźlikowski, *Porównanie elektrokardiograficznej i wektorkardiograficznej oceny przeciężenia serca w przewlekłym sercu płucnym*, 1965 r. – promotor M. Gamski;
8. Stanisław Michalski, *Modyfikacja własna próby czynnościowej Letunowa i jej zastosowanie do oceny wytrenowania sportowców*, 1966 r. – promotor prof. M. Gamski;
9. Piotr Czarniecki, *Wpływ soli potasu na zachowanie się treści żołądkowej i powstawanie owrzodzeń śluzówki żołądka u szczurów*, 1966 r. – promotor prof. M. Gamski;
10. Władysław Michałowski, *Analiza zapadalności pracowników transportu lądowego w okręgu olsztyńskim na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy*, 1966 r. – promotor prof. M. Gamski;
11. Grażyna Świątecka, *Badania nad wpływem ataraksu, fenaktylu i ipronalu na czynność nadnerczy szczurów w przebiegu stresu neurotropowego*, 1966 r. – promotor prof. M. Gamski;
12. Krystyna Nawara-Wąsowska, *Wpływ ataraksu, ipronalu i bromku sodu na ogólnoustrojowy odczyn wysiłkowy*, 1967 r. – promotor prof. M. Gamski;
13. Jolanta Pietraszewska-Cichowicz, *Badania nad mechanizmem odczynu retikulocytowego rozwijającego się pod wpływem leków neurotropowych*, 1968 r. – promotor prof. M. Gamski;
14. Janina Tymieniecka-Iwanik, *Wpływ luminalu, ipronalu i ataraksu na przebieg niedocukrzenia poadrenalnego u królików*, 1969 r. – promotor prof. M. Gamski;
15. Halina Jarzębowska, *Wpływ leków cytostatycznych na zawartość glikogenu w leukocytach krwi obwodowej ludzi chorych na nowotwory złośliwe*, 1971 r. – promotor prof. M. Gamski;
16. Jadwiga Wasilewska, *Wpływ ipronalu na uwarunkowane emocją zaburzenia regulacji ciepłoty ciała u królików*, 1975 r. – promotor dr hab. r. Komarnicka;
17. Andrzej Hellmann, *Wpływ jodowych środków kontrastujących na układ krzepnięcia i fibrynolizy*, 1976 r. – promotor – dr hab. W. Tymiński;
18. Jolanta Lewandowska, *Wpływ kwasu acetylosalicylowego na adhezję i agregację krwinek płytkowych u chorych z miażdżycą tętnic wieńcowych*, 1977 r. – promotor dr hab. W. Tymiński;
19. Stanisław Bajena, *Doświadczalna ocena wpływu wybiórczej hipotermii mózgu na jego ukrwienie i regionalne zmiany równowagi kwasowo-zasadowej oraz prężności tlenu we krwi*, 1977 r. – promotor prof. M. Gamski;
20. Małgorzata Siekierska, *Wpływ układu nerwowego na elektrokardiogram powysiłkowy ludzi zdrowych*, 1983 r. – promotor prof. M. Gamski;
21. Jan Niżnikiewicz, *Wpływ hydroksydialu i diazepamu na wahania glukozy i insuliny we krwi ludzi zdrowych*, 1983 r. – promotor prof. M. Gamski;
22. Krzysztof Sworczak, *Próba wyjaśnienia mechanizmu wpływu wysiłku fizycznego na czynność tarczycy*, 1985 r. – promotor prof. R. Komarnicka. ■

Szczoteczki jadą do Afryki

667 szczoteczek do zębów dla dzieci z Afryki udało się zebrać studentom Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach akcji *Kup Pan szczoteczkę*. Paczki z darami są już w drodze do Poznania, a stamtąd wkrótce zostaną wysłane do Kamerunu. Zbiórka odbyła się na terenie GUMed w dniach od 17 października do 4 listopada br. Specjalne pojemniki zostały ustawione w budynkach Collegium Biomedicum, Atheneum Gedanense Novum, Centrum Medycyny Inwazyjnej, Oddziału Stomatologicznego oraz na Wydziale Farmaceutycznym. Zbiórkę koordynowała **Aleksandra Krajewska**, studentka IV r. kierunku lekarskiego GUMed.



Zadania geriatry w systemie opieki zdrowotnej – czas na zmianę istniejącej sytuacji

Dzięki znaczącemu postępowi w medycynie i poprawie warunków życia polskiego społeczeństwa średnia długość życia statystycznego mieszkańca Polski stale wydłuża się. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2014 r. liczba osób w wieku 65+ przekraczała w Polsce 5,8 mln, co stanowiło 15,3% ludności. W ostatnich kilkunastu latach obserwujemy dynamiczny wzrost liczby osób w wieku podeszłym. W latach 1989-2014 ich liczba wzrosła o prawie 2 miliony. Przewiduje się, że w 2025 r. odsetek mieszkańców 65+ w naszym kraju przekroczy 23%. Najwyższe tempo wzrostu dotyczy liczby osób w zaawansowanej starości (80 lat i więcej). Ich udział w całkowitej liczbie mieszkańców Polski wydaje się wciąż mały (obecnie ok. 4%), jednak w porównaniu ze stanem sprzed kilkunastu lat liczba tych osób podwoiła się, sięgając na koniec 2014 r. ponad 1,5 mln osób.

Z racji postępującego procesu starzenia i narastającej w związku z tym dysfunkcji wielu narządów i układów prowadzącej do wielochorobowości, pacjenci w wieku podeszłym są grupą o największych potrzebach, jeśli chodzi o usługi lecznicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze. Niewątpliwie koordynatorem i „przewodnikiem” po skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju będzie jak dotychczas lekarz rodzinny, który w sytuacjach koniecznych będzie korzystał z pomocy lekarzy specjalistów. Ważną rolę do spełnienia w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku ma lekarz geriatra.

Jednym z najważniejszych zadań geriatry jest kompleksowość opieki, rozumiana na kilka sposobów. Pod tym pojęciem należy rozumieć całościowe spojrzenie na pacjenta w wieku senioralnym. Powinno ono wyrażać się już na etapie badania klinicznego, które – wykraczając poza zebranie wywiadu lekarskiego (przebytych chorób, obecnych dolegliwości) – ma na celu ocenę wielu aspektów jego zdrowia somatycznego i psychicznego, a także jego zasobów w zakresie wsparcia społecznego i wreszcie potrzeb w różnych sferach życia.

Narzędziem, które w geriatry jest stosowane w codziennej praktyce i umożliwia tak wielokierunkową ocenę pacjenta jest **Kompleksowa Ocena Geriatryczna**. To wielokierunkowy proces diagnostyczny, skierowany do tych pacjentów w wieku podeszłym, u których wielochorobowość, złożone problemy zdrowotne oraz rozwijająca się niesprawność i zależność od opieki mogą w znaczący sposób wpłynąć na rozwój tzw. **wielkich problemów geriatrycznych** (np.

upadki, nietrzymanie moczu, majaczenie) oraz dalsze pogorszenie stanu zdrowia.

Do identyfikacji takich chorych służy **skala VES-13 (Vulnerable Elderly Survey-13)**, która – w oparciu o kilkanaście prostych pytań i wiek pacjenta – pozwala ocenić na ile pacjent po 65 roku życia wymaga bardziej wnikliwej oceny klinicznej. Kompleksowa Ocena Geriatryczna, zaczynając od badania internistycznego (poszerzonego m.in. o pytania o upadki, wahania masy ciała, ocenę stanu psychicznego czy test na hipotonię ortostatyczną), dąży do **oceny pacjenta w 4 głównych obszarach: sprawności funkcjonalnej, zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego oraz warunków socjalno-środowiskowych**. Stosowane w tym celu testy i skale pozwalają na ocenę pacjenta w zakresie radzenia sobie z podstawowymi i bardziej złożonymi czynnościami dnia codziennego (sprawność funkcjonalna), ryzyka upadków, jego stanu odżywienia, również funkcji poznawczych pacjenta i ewentualnych zaburzeń nastroju. Dane z literatury przedmiotu wskazują, że tak prosta w ocenie sprawność funkcjonalna (a nie tylko wydolność fizyczna pacjenta) może być istotnym elementem oceny pacjenta w wieku podeszłym w kontekście przebiegu ostrego zachorowania, hospitalizacji czy odpowiedzi na bardziej intensywne leczenie. Warto podkreślić, że również testy służące ocenie funkcji poznawczych czy zaburzeń nastroju. Najczęstsza postać spośród zespołów otępiennych – choroba Alzheimera może we wczesnym okresie przebiegać w sposób trudny do uchwycenia dla pacjenta czy jego bliskich. Jej powoli rozwijające się objawy umykają uwadze również pracownikom służby zdrowia, którzy pracując w pewnej dyscyplinie czasowej, nie mają czasu oraz odpowiedniej wiedzy do bardziej szczegółowej oceny funkcji poznawczych aniżeli rutynowa rozmowa. Zaburzenia depresyjne przebiegają z kolei częściej w wieku podeszłym pod maską somatyczną, prowadzą niejednokrotnie do żmudnej, szerokiej diagnostyki przyczyn somatycznych i oddalają znacznie w czasie ustalenie właściwej diagnozy i zastosowanie leczenia.

Kolejnym wymiarem kompleksowości w opiece nad pacjentem w wieku senioralnym – jest zapewnienie starszym osobom nie tylko opieki medycznej, ale również wsparcia służb socjalnych i rodziny. W Polsce to rodzina jest wciąż największą instytucją opiekuńczą. Stworzenie zasad dobrej współpracy w trójkącie pracownicy ochrony zdrowia – służby socjalne – rodzina, w którego centrum jest pacjent, z pewnością ułatwiłoby pracę i podej- ➤



- ▶ mowanie różnych decyzji terapeutycznych pracownikom służby zdrowia i skróciłoby czas hospitalizacji na wielu oddziałach. Przede wszystkim zwiększyłyby również szanse pacjenta na otrzymanie optymalnej dla niego terapii i jak najdłuższe **utrzymanie go we własnym środowisku**, co jest jednym z priorytetów w geriatryi.

Dane z piśmiennictwa wskazują, że interwencje oparte na holistycznej ocenie stanu klinicznego pacjenta, w oparciu o narzędzia kompleksowej oceny geriatrycznej, zaplanowane i wdrażane przez członków interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego z włączeniem pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego, rehabilitanta oraz opiekunów rodzinnych skutkują m.in. poprawą stanu funkcjonalnego, zmniejszeniem ryzyka instytucjonalizacji, a w przypadku hospitalizacji w przebiegu ostrego zachorowania, redukcją ryzyka zgonu.

W tym kontekście bardzo wartościowa wydaje się również obecna w ostatnich tygodniach w mediach kampania informacyjna dotycząca opiekunów rodzinnych. Wskazuje ona z jednej strony na ogromne obciążenie emocjonalne i czasowe tych osób, które niejednokrotnie muszą wypełniać jednocześnie inne ważne role społeczne (praca zawodowa, opieka nad innymi członkami rodziny – np. własnymi dziećmi, prowadzenie domu), ale również na ogromną potrzebę edukacji tych osób, dotyczącą właściwej opieki nad chorym członkiem rodziny w podeszłym wieku, możliwości uzyskania konkretnej pomocy i wsparcia.

Jedną z zalet Kompleksowej Oceny Geriatrycznej jest również ułatwienie pełniejszej oceny potrzeb pacjenta w różnych obszarach, ustalenia listy priorytetów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz budowanie sieci wsparcia. Jedyne holistyczna ocena potrzeb pacjenta w podeszłym wieku, uwzględniająca jego preferencje, czasami z odstępianiem od bardziej intensywnych form terapii (graniczących z terapią uporczywą) zwiększa szanse na zapewnienie, oprócz opieki medycznej, również umożliwienie jak najlepszej jakości życia.

W województwie pomorskim specjalistyczna opieka geriatryczna wymaga zdecydowanego, dalszego rozwoju. Nadal w naszym województwie brak jest oddziałów szpitalnych, które udzielałyby świadczeń z zakresu geriatryi w oparciu o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. W Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii (dawniej Klinika Chorób Wewnętrznych, Toksykologii i Geriatrii), w ramach 15-lóżkowego oddziału i w oparciu o kontrakt z chorób wewnętrznych, staramy się wdrażać standardy opieki nad pacjentem w wieku podeszłym. Praktyczną wiedzę z zakresu geriatryi przekazujemy studentom Wydziału Lekarskiego. W programie studiów kierunku lekarskiego od kilkunastu lat realizujemy 30-godzinny kurs geriatryi i gerontologii, kończący się zaliczeniem z oceną. Również studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu na kierunkach pielęgniarstwo, zdrowie publiczne i fizjoterapia mają zajęcia z geriatryi i gerontologii prowadzone przez pracowników Zakładu Gerontologii Społecznej i Klinicznej. Warto w tym miejscu wspomnieć, że Uczelnia nasza, jako jedna z niewielu uczelni medycznych w Polsce, cieszy się tak długą tradycją szkolenia przeddyplomowego w zakresie geriatryi. Pracownicy naszej Kliniki prowadzą również szkolenia lekarzy w trakcie obowiązkowych kursów specjalizacyjnych i konferencji.

Cieszy fakt otwarcia na początku września bieżącego roku oddziału geriatrycznego w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lęborku. Niestety nadal nie prowadzi on działalności usługowej z powodu braku kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mieszkańcy Pomorza również mają niewiele możliwości. Specjalistyczne Poradnie Geriatryczne funkcjonują jedynie w Trójmieście (3 w Gdyni i 1 w Gdańsku), a liczba zakontraktowanych porad pozwala na objęcie opieką jedynie wąskiej grupy pacjentów. Tymczasem potrzeby społeczeństwa Pomorza w zakresie opieki geriatrycznej są ogromne – osoby po 65 roku życia stanowią na Pomorzu blisko 14%, a w większych miastach, takich jak Gdańsk czy Gdynia, ich udział w ogólnej liczbie mieszkańców jest jeszcze wyższy o kilka procent. Z wielką nadzieją oczekujemy realizacji wspólnego projektu GUMed i WZR w Sopocie dotyczącego poszerzenia bazy szpitalnej i ambulatoryjnej dla pacjentów 65+. Niewątpliwie ukończenie budowy Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, gdzie zaplanowana jest 25-lóżkowa Klinika Geriatrii, zdecydowanie przyczyni się do rozwoju opieki geriatrycznej i warunków kształcenia studentów i lekarzy w regionie pomorskim.

dr Hanna Kujawska-Danecka,

prof. Zbigniew Zdrojewski,

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii

Kaszka dla Malgaszka 2016

Po raz trzeci na terenie Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odbędzie się zbiórka produktów spożywczych przeznaczonych dla ośrodka żywieniowego na Madagaskarze, w którym pracuje absolwent naszej Uczelni – Daniel Kasprowicz. Akcja *Kaszka dla Malgaszka* organizowana jest w dniach 21.11-16.12 br. przez uczestników projektu *POMORZEmy AFRYCE* IFMSA-POLAND Oddział Gdańsk. Akcję koordynuje **Aleksandra Krajewska**, studentka IV r. kierunku lekarskiego. W ramach akcji zbierane są: kaszki mleczno-ryżowe, odżywki białkowo-energetyczne, środki uzupełniające elektrolity, suplementy symbiotyki/probiotyki, preparaty multiwitaminowe. Dary można zostawić w specjalnie przygotowanych kartonach, które wystawione są w budynkach: AGN, CBM, CMI oraz w głównym gmachu Wydziału Farmaceutycznego. Zachęcamy także do przekazania darowizny na transport paczek. Pieniądze można zostawić w Sekcji Informacji i Promocji w rektoracie, pokój nr 3 (parter).

Daniel Kasprowicz od kilku lat walczy z niedożywieniem Malgaszów, którym poświęca cały swój czas i wysiłek. W 2014 r. zorganizował po raz pierwszy akcję *Kaszka dla Malgaszka*, która szybko zyskała ogólnopolski zasięg. Polegała na zbiórce podstawowych lekarstw i materiałów medycznych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wybranych suplementów diety. Zbieraliśmy m.in. leki przeciwbólowe i przeciwalergiczne, maści antybiotykowe, krople do oczu i leki przeciwbiegunkowe, wszelkie suplementy (preparaty multiwitaminowe i odżywki białkowo-energetyczne) oraz inne produkty przydatne w leczeniu i odżywianiu dzieci. Pozyskane w ten sposób materiały trafiły do podopiecznych domu dziecka w Mampikony na Madagaskarze. ■



Fot. Daniel Kasprowicz



Startuje IV edycja konkursu Lider Nauk Farmaceutycznych

Już w maju 2017 r. poznamy nazwiska kolejnych młodych naukowców, którzy będą stanowić o wysokim poziomie polskiej farmacji, stając się w niedalekiej przyszłości wizytówką jej rozwoju. Dzisiejsi młodzi badacze to przyszli liderzy innowacji. *Stawiam na naukę* – to credo konkursu, idea w trzech słowach. Czas na IV edycję Lidera Nauk Farmaceutycznych.

Do trzech zakończonych edycji konkursu nominowano ogółem pięćdziesiąt dwie prace doktorskie. Podejmowały one szerokie spektrum zagadnień, od biofarmacji po technologię postaci leku. Do IV edycji konkursu zgłaszać można rozprawy doktorskie obronione w latach kalendarzowych 2015 i 2016 oraz spełniające pozostałe wymogi regulaminu, m.in. zawierające elementy aplikacyjności, dającej szansę na wdrożenie w przyszłości ich wyników do procesu pozyskiwania nowych leków lub nowych ich form. Autor pracy doktorskiej musi być magistrem nauk farmaceutycznych. Nominowane rozprawy ocenia Komisja Konkursowa, działająca od pierwszej edycji niezmiennie pod przewodnictwem prof. Janusza Pluty, prezesa Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

W jej skład wchodzić uznani dydaktycy wywodzący się z ośrodków akademickich na terenie całego kraju: prof. Elżbieta Mikiciuk-Olasik (UM Łódź), prof. Andrzej Członkowski (Warszawski UM), prof. Edmund Grześkowiak (UM Poznań) i prof. Jerzy Pałka (UM Białystok) oraz dr Renata Pawlak-Morka, przedstawiciel partnera wyłącznego konkursu – firmy Geodeon Richter.

W ocenie członków Komisji, z perspektywy trzech edycji można mówić o systematycznym wzroście poziomu prac nominowanych do konkursu. Wybór tych najlepszych stanowi wyzwanie, a zdarza się, że decydują niuanse. Jak będzie w IV edycji, dowiemy się 11 maja 2017 r. podczas XVI Dnia Polskiej Farmacji w Warszawie. Uroczyste ogłoszenie laureatów konkursu i wyłonienie Lidera Nauk Farmaceutycznych nastąpi podczas święta polskiej farmacji. Termin zgłaszania nominowanych prac upływa 3 lutego 2017 r.

Więcej na www.lidernaukfarmaceutycznych.pl ■



Konkurs Prac Magisterskich rozstrzygnięty

Sandra Labudda i Emilia Suszek wygrały Konkurs Prac Magisterskich wykonanych na kierunku analityka medyczna w roku akademickim 2015/2016. Finał odbył się 17 listopada br. Praca Sandry Labuddy pt. *Wpływ 3-miesięcznego treningu nordic walking na wybrane parametry równowagi oksydacyjno-redukcyjnej u pacjentów powyżej 50 roku życia* była wykonana w Zakładzie Chemii Klinicznej pod kierunkiem dr. hab. Macieja Jankowskiego, prof. nadzw. i dr. Agnieszki Kuchty, a prezentacja Emilii Suszek *Oznaczenie antykoagulantu toczniowego w osoczu za pomocą testu z rozcieńczonym jadem żmii (DRVVT) oraz testu do oznaczania aPTT czułego na obecność antykoagulantów tocznia (PTT-LA) w Zakładzie Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki pod kierunkiem prof. Mirosławy Szczepańskiej-Konkel i dr. hab. Krzysztofa Lewandowskiego. Drugie miejsce zajęły: Patrycja Celmer za pracę pt. *Rola jeży Erinaceus**



europaeus w krążeniu riketsji z grupy gorączek plamistych w środowisku leśnym przygotowaną w Zakładzie Parazytologii Tropikalnej pod kierunkiem dr. hab. Joanny Stańczak, prof. nadzw. oraz Anna Kotulak za pracę pod tytułem *Ilościowa ocena ekspresji genu p73 na poziomie mRNA i białka w raku jelita grubego* wykonaną pod kierunkiem prof. Zbigniewa Kmiecica, dr. hab. inż. Piotra Wierzbickiego i dr. Agaty Wrońskiej w Katedrze i Zakładzie Histologii.

Trzecie miejsce przypadło Patrycji Nagel, która pod opieką dr. hab. Moniki Sakowicz-Burkiewicz i mgr. Tomasza Przybyły z Zakładu Medycyny Molekularnej wykonała pracę *Ekspresja genu TWIST1 w raku jelita grubego*. Laureatką Nagrody Publiczności ufundowanej przez organizację studenczką Forum Analityków Medycznych została Emilia Suszek.

Laureatom Konkursu serdecznie gratulujemy. Organizatorzy dziękują też recenzentom i członkom Komisji Konkursowej za wysiłek włożony w ocenę prac oraz prezentacji. ■



Niezwykłe Młodzieżowe Spotkania z Medycyną

Co z tym *glutenem* to tytuł wykładu Dominiki Borzyszkowskiej i Izabeli Mularczyk, uczennic VI LO w Gdyni, który otworzył październikowe Młodzieżowe Spotkania z Medycyną. Odbyło się 25 października br., tradycyjnie w Atheneum Gedanense Novum. Prezentację dotyczącą rozwoju chirurgii klatki piersiowej wygłosił **dr Tomasz Marjański** z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, natomiast **lek. Marcin Ostrowski** opowiedział o polskiej transplantologii. Październikowe Młodzieżowe Spotkania z Medycyną były wyjątkowe, gdyż po raz pierwszy w 5-letniej historii z wykładem wystąpił jeden z najbardziej niezwykłych pacjentów w historii współczesnej polskiej medycyny. **Marek Breguła** dokładnie 15 lat



temu, tj. 25 października 2001 r., w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu został po raz pierwszy w Polsce poddany jednoczesnej transplantacji płuc i serca. Operacja została wykonana przez zespół pod kierownictwem prof. Mariana Zembali. ■

Lekarze z niepublicznej

Rozpoczęła się rewolucja w kształceniu lekarzy. Od tego roku akademickiego rozpoczną się studia lekarskie w uczelniach niepublicznych. Jako pierwsza wystartowała 1 października Krakowska Akademia im. A. F. Modrzewskiego. Od drugiego semestru ma uruchomić medycynę Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. Od roku akademickiego 2017/18 ruszy też kierunek lekarski na Uniwersytecie Opolskim.

KAFM zaproponowała nowe podejście do studiów medycznych i nie przyciąga kandydatów niską ceną. Za semestr studiów polskojęzycznych życzy sobie 20 tys. zł – to nawet więcej niż życzą sobie niektóre publiczne uniwersytety medyczne. Opłata rekrutacyjna na poziomie 5 tys. zł też jest wyższa niż w publicznych uczelniach medycznych. A jednak KAFM znalazła 100 chętnych na studia lekarskie w języku polskim. Studia anglojęzyczne kosztują u Modrzewskiego 12 tys. euro rocznie, czyli także drożej niż przeciętnie w uczelniach publicznych, a jednak znalazło się 30 chętnych.

Kształcenie lekarzy w KAFM jest prowadzone odmiennie niż w uniwersytetach medycznych. Oparte jest na modułach łączących treści wchodzące w zakres różnych dyscyplin. Ten system przedstawiała na łamach *Forum Akademickiego* prof. Maria Kapiszewska, prorektor KAFM (*Forum Akademickie* 10/2015). Większość modułów kształcenia zbudowano wokół narządów lub systemów, które stanowią ich główny temat. Dotyczy to zarówno przedmiotów podstawowych, jak i przedmiotów klinicznych. Np. nauczanie anatomii, histologii i fizjologii w trakcie pierwszych 3 semestrów studiów ma być realizowane w formie modułów: Układ nerwowo-mięśniowy, Układ krążenia i oddechowy, Układ pokarmowy itp., co ma studentom ułatwić zrozumienie relacji pomiędzy strukturą a funkcją organów. Program studiów lekarskich w KAFM ma

też kształtować właściwe postawy studentów, m.in. poprzez moduły: Jak być lekarzem? Psychospołeczne uwarunkowania zachowań; Śmierć w aspekcie biologicznym społecznym i kulturowym. Moduł Spotkanie z chorym człowiekiem zaplanowany jest już na pierwszym roku studiów.

Od drugiego semestru roku akademickiego 2016/2017 studia lekarskie zamierza uruchomić Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, która w październiku br. dostała formalną zgodę ministerstwa. Nabór rozpocznie się zapewne jeszcze jesienią 2016 r. Jak zapowiadała na łamach *Medycyny Praktycznej* prof. Dariusz A. Kosior, dziekan Wydziału Lekarskiego w Łazarskim, uczelnia zamierza przede wszystkim uczyć praktyki zawodu z naciskiem na kształcenie postaw. Kształcenie ma zwracać uwagę na skuteczną komunikację z pacjentami oraz indywidualizację procesu nauczania. Studia mają mieć charakter elitarny, a zajęcia prowadzone będą w małych grupach.

W Polsce mamy znaczny niedobór lekarzy, a przy tym spora ich część jest zaawansowana wiekowo. Mimo to minister zdrowia nie podnosi limitów przyjęć, jakie obowiązują uniwersytety medyczne. Liczby studentów na nowo otwartych kierunkach lekarskich na uniwersytetach Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, Zielonogórskim, Jana Kochanowskiego w Kielcach i Rzeszowskim nie są wysokie – oscylują w granicach 60-100 osób. Negatywne opinie na temat otwierania kolejnych studiów lekarskich wyrażają od lat rektorzy uniwersytetów medycznych, którzy obawiają się spadku jakości kształcenia lekarzy, co może przyczynić się do utraty akredytacji zagranicznych. Tymczasem przychody z komercyjnych studiów anglojęzycznych stanowią istotny składnik budżetu tych uczelni. (rat)

Wzrost przyjęć na kierunek lekarski

Przez ostatnie lata limity przyjęć na kierunek lekarski rosły bardzo nieznacznie z roku na rok, na co narzekali rektorzy uczelni medycznych i co – przy odpływie lekarzy z praktyki zawodowej w Polsce – było powodem stałego pogarszania się sytuacji na rynku usług medycznych. O ile w 2006 r. 11 publicznych akademii medycznych mogło przyjąć na stacjonarne studia lekarskie 2,5 tys. osób (co każdego roku określa w rozporządzeniu minister zdrowia), to w 2013 r. – gdy do uniwersytetów medycznych doszłusował Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – przyjęły 3107 studentów, czyli o 607 więcej w ciągu 7 lat. To oznacza średni wzrost o niecałe 87 osób rocznie, a zauważmy, że wejście do tej puli UWM oznacza wzrost liczby studentów o 100 w 2013 r. (w stosunku do ich liczby na uniwersytetach medycznych).

W 2015 r. publiczne uczelnie medyczne, już z uniwersytetami Jana Kochanowskiego w Kielcach, Rzeszowskim i Zielonogórskim, przyjęły na kierunek lekarski 3529 osób, co oznacza wzrost o 422 studentów w ciągu 2 lat, ale trzeba

uwzględnić aż 195 studentów ze wspomnianych trzech uniwersytetów, które właśnie weszły do gry. Zatem w pozostałych uczelniach w ciągu 2 lat przybyło tylko 227 studentów. W 2016 r. nastąpił skok. Liczba studentów pierwszego roku kierunku lekarskiego wyniosła 4122, czyli wzrosła rok do roku o 593 osoby, w tym 100 osób z powodu dołączenia do stawki nowego gracza – Krakowskiej Akademii Frycza Modrzewskiego. Oznacza to wzrost całkowity o niemal 17%, natomiast wzrost w uczelniach, które były na rynku w 2015 r., o 14%.

W roku 2016 w stosunku do roku 2006 liczba studentów studiów stacjonarnych w języku polskim na kierunku lekarskim wzrosła o 1622 osoby, czyli o prawie 65%. 460 studentów to zasługa pięciu nowych graczy na rynku kształcenia lekarskiego. (p)

Przedruk za zgodą redakcji *Forum Akademickiego* 10/2016, s. 19.

Profesor Wilhelm Baum (1799-1883)

– ordynator oddziału chirurgii i interny

Artykuł przedstawia sylwetkę prof. Wilhelma Bauma, dyrektora szpitala i kierownika Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Miejskim w Gdańsku. Został napisany, aby przybliżyć działalność Profesora w historycznie burzliwych oraz tragicznych latach dla Gdańska i Środkowej Europy z powodu panującej wówczas epidemii cholery. Baum był wybitnym i zasłużonym specjalistą z zakresu chirurgii ogólnej. W uznaniu za dotychczas niespotykane, bezgraniczne zaangażowanie w walkę z epidemią cholery przyznano mu jako pierwszemu honorowe obywatelstwo miasta Gdańska.

W 1842 r. został profesorem Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu w Gryfii, gdzie jako jeden z pierwszych niemieckich chirurgów wykonał wielokrotnie tracheotomię w dławicy (krupie) u dzieci chorych na błonnicę. W 1849 r. został powołany na profesora Kliniki Chirurgicznej i Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu w Getyndze. Wykształcił wielu chirurgów, między innymi uczył chirurgii Theodora Billrotha, z którym byli współzałożycielami Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w 1872 r. Zasłynął również jako najbardziej oczyniany chirurg tamtych czasów i świetny nauczyciel akademicki. Prof. Wilhelm Baum posiadał największą prywatną bibliotekę chirurgiczną.

Wczesne lata

Wilhelm Baum (ryc. 1) urodził się 10 listopada 1799 r. w Elblągu, który był wtedy pod zaborem pruskim. Jego ojciec Samuel Gottlieb Baum był bogatym kupcem, właścicielem dużego majątku ziemskiego oraz radnym miasta Elbląga. Interesował się malarstwem i był koneserem sztuki. Matka Charlotte (z domu Cabrit) była pełną temperamentu utalentowaną muzyczką Francuzką, córką Hugenotów. W domu mówiono po niemiecku i po francusku. Wilhelm pobierał naukę najpierw w domu rodzinnym, a następnie w gimnazjum w Elblągu (ryc. 2). W gimnazjum wykazywał skłonności do nauki starożytnych języków oraz interesował się klasyczną kulturą starożytną. Maturę otrzymał w 1818 r. Po ukończeniu gimnazjum rozpoczął studia medyczne w Uniwersytecie w Królewcu (Königsberg). Dodatkowo uczęszczał tam na zajęcia Seminarium Filologicznego. W korporacji studenckiej poznał Johanna F. Diffebacha, późniejszego chirurga w Berlinie. Następnie w latach 1819-1822 studiował na Uniwersytecie w Getyndze (Göttingen). W 1822 r. praco-



Ryc. 1. Prof. Wilhelm Baum

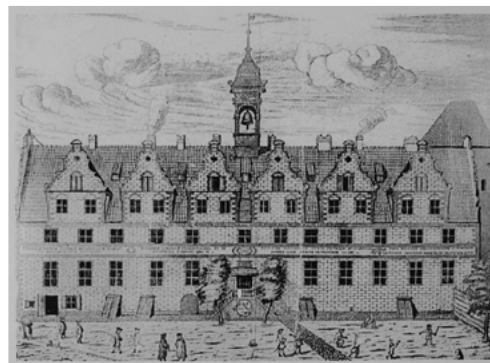
wał przez rok jako wolontariusz w Klinice Chirurgicznej w Berlinie (kierownik – Carl Ferdinand von Graefe). Tam też obronił pracę doktorską pt. *De urethra virilis fissuris congenitis speciatim vero de epispadia (W sprawie wierzchniactwa)* (ryc. 3). Do pracy dołączył 3 stalority według własnoręcznie wykonanych rycin (ryc. 4). Przedstawił w niej przypadki wierzchniactwa z własnych obserwacji chorych w Klinice w Getyndze oraz z Kliniki w Berlinie. W pracy doktorskiej, napisanej po łacinie uwzględnił aktualne i historyczne

piśmiennictwo na temat tej wady wrodzonej u chłopców. Po zdaniu państwowych egzaminów w 1823 r. otrzymał dyplom lekarza. W tym czasie rodzice Wilhelma zmarli. Niemniej jego sytuacja materialna była tak dobra, że nie musiał spieszyć się z otwarciem praktyki lekarskiej czy też myśleć o pracy zarobkowej.

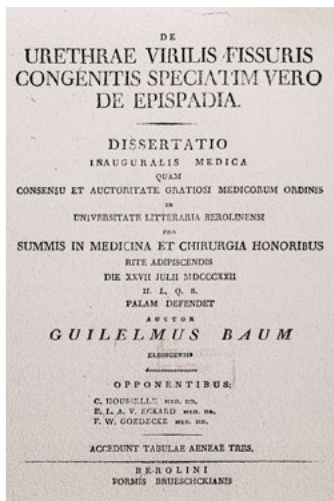
Początki szkolnictwa w Elblągu

Pierwsze szkoły w Elblągu zaczęły powstawać na początku XIV w. Początkowo były to szkoły parafialne, a w późniejszych latach również szkoły świeckie, prywatne, miejskie lub państwowe. W wyniku I rozbioru Polski Prusy zajęły Elbląg w 1772 r. Podobnie jak w całym Niemczech obowiązywał powszechny przymus szkolny w zakresie szkoły elementarnej, ogłoszony w 1773 r. przez króla pruskiego Fryderyka II. W 1828 r. w Elblągu funkcjonowało 19 szkół podstawowych o zróżnicowanym, niezbyt wysokim poziomie nauczania, w tym 10 publicznych, 7 parafialnych i 2 prywatne, do których uczęszczało 1914 uczniów od 6 do 12-14 roku życia.

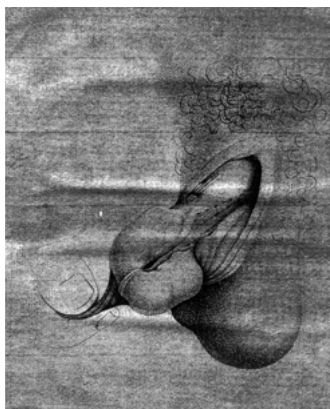
Na początku XVI w. rozważano otwarcie w Elblągu pierwszego w Prusach uniwersytetu, jednak pomysł ten z wielu



Ryc. 2. Gimnazjum ebląskie, 1599 r.



Ryc. 3. Praca doktorska Wilhelma Bauma



Ryc. 4. Własnoręczny rysunek do stalorytu

powodów nie został zrealizowany. Dopiero w 1544 r. uniwersytet powstał, ale w Królewcu (obecnie Kaliningrad, Rosja). Najbardziej znaną szkołą w Elblągu było słynne Gimnazjum Elbląskie (Elbinger Gymnasium), założone przez burmistrza Jakuba Alexwangena oraz osiadłego w 1531 r. w Elblągu holenderskiego emigranta religijnego Wilhelma Gnapheusa, który został pierwszym rektorem szkoły. Początkowo mieściła się ona w opuszczonych zabudowaniach poklasztornych zakonu św. Brygidy, zakupionych przez Radę Miasta Elbląga, a jej uroczysta inauguracja odbyła się 29 września 1535 r. Następnie 25 listopada 1599 r. Gimnazjum zostało przeniesione do nowego budynku, w którym funkcjonowało prawie do końca XIX w., przechodząc różne koleje losu i liczne wzloty i upadki. Obecnie mieści się tam siedziba Muzeum Państwowego w Elblągu (Bulwar Zygmunta II Augusta 11). Szkoła była kuźnią elity oraz administracji miasta i okolicy, ale kształciła również młodzież z odległych prowincji oraz z krajów ościennych. Gimnazjum Elbląskie było pierwszą świecką szkołą średnią na Pomorzu Nadwiślańskim. Uczył się tu m.in. znany czeski pedagog i reformator nauczania Jan Amos Komeński oraz przyszły profesor chirurgii uniwersyteckiej Wilhelm Baum.

Wykształcenie chirurgiczne

Przez ponad 3 lata, od początku 1824 r. do jesieni 1827 r., dr Baum odbywał zagraniczne szkolenia podyplomowe.

Najpierw odwiedził kliniki w Wiedniu. Następnie prawie rok spędził we Włoszech. Tam zapomniał o medycynie i chirurgii, interesując się wyłącznie malarstwem i architekturą. Oprócz większych miast, odwiedzał małe zakątki, gdzie szukał znaczących się obrazów i zbierał miedzioryty. We Włoszech poznał doktora medycyny Philippa M. Seiferta z Greifswaldu (wujek Theodora Billrotha), który później miał zdecydować o jego dalszych losach i karierze.

W 1825 r. Baum odwiedził Paryż, gdzie słuchał wykładów między innymi Guillaume Dupuytren, Dominique-Jean Larrey i Jean Cruveilhiera. Wolny czas poświęcał zbiorom muzealnym w Luwrze, a wieczorami przedstawieniom teatralnym. Zaprzyjaźnił się tam z nowo poznanym doktorem Gustavem Adolfem Spiessem z Frankfurtu. We wrześniu 1825 r. obaj wyjechali do Londynu, gdzie Baum przeważnie mieszkał u swojej siostry. Chirurgia angielska była wówczas przodującą w Europie. Najbardziej znani chirurdzy to: John Hunter, Astley Cooper, Richard Bright, Benjamin Collins Brodie, James Hope i Thomas Lawrence. Młodzi lekarze byli zachwyceni medycyną angielską, jej postępowaniem w badaniach naukowych oraz klasyczną dokumentacją publicystyczną ich czołowych reprezentantów. Imponowała im nie tylko wiedza tych uczonych lecz również ich ogłada towarzyska. Nie ograniczyli się tylko do Londynu, odwiedzili także kliniki w Edynburgu i Dublinie. W końcu po dziewięciu latach studiów, w tym 2 latach w Anglii Baum powrócił do Berlina, gdzie otworzył prywatną praktykę lekarską.

Pobyty w Berlinie

W Berlinie spotkał doktora Johanna Diffenbacha, kolegę z czasów studenckich w Królewcu. Diffenbach pracował w Klinice Chirurgicznej Szpitala Charité u profesora Johanna Rusta. Baum asystował mu przy operacjach. Profesor Rust załatwił Baumowi stanowisko urzędnika w Ministerium. Baum znając język francuski, angielski i włoski, mając wrodzoną ogładę i formy towarzyskie łatwo nawiązywał kontakt w środowisku naukowym i artystycznym Berlina, gdzie był mile widzianym gościem. W 1829 r. zaręczył się z Marie Günther, córką naczelnego dyrektora Departamentu Budownictwa w Berlinie, którą poślubił w 1830 r. Wzrastająca popularność zawodowa Bauma, jego nieskazitelną osobowość oraz powiązania dwóch starszych braci, bardzo bogatych handlowców, mieszkających w Gdańsku, pomogły mu otrzymać stanowisko dyrektora Szpitala Miejskiego w Gdańsku i ordynatora interny oraz chirurgii w Szpitalu przy Bramie Oliwskiej (ryc. 5).

Praca w Gdańsku (1830-1842)

W 1830 r. został ordynatorem oddziałów Chirurgicznego i Chorób Wewnętrznych. Dodatkowo oprócz kierownictwa szpitala Baum otrzymał zezwolenie na prowadzenie „konsultacyjnej praktyki lekarskiej”. Jego sława jako lekarza i chirurga rosła i w krótkim czasie został uznany za pierwszego medyka nie tylko w mieście, ale i w całych Zachodnich Prusach. Podczas operacji w sali operacyjnej zbierali się liczni młodzi lekarze, by śledzić przebieg zabiegu. Również co- ▶▶



Ryc. 5. Szpital przy Bramie Oliwskiej

▶ dzienne wizyty przy łóżku chorych cieszyły się dużym uznaniem ze względu na ich dużą wartość dydaktyczną. O wymiarze obciążenia pracą i obciążeniu Bauma obowiązkami świadczy to, że w grudniu 1830 r. w szpitalu przebywało 337 chorych, a w całym tym roku przyjęto do niego 2440 pacjentów.

Podczas pierwszej epidemii cholery w mieście (1831/1832) Baum wykazał olbrzymie zaangażowanie w jej zwalczaniu. Dla Bauma wiara w świętość doktryny Hipokratesa nie była pustym frazesem, lecz tkwiła w głębi jego natury i sprawdziła się w niebezpiecznych latach epidemii. Jego energia i humanizm zdobyły uznanie nie tylko mieszkańców wszystkich stanów, ale również władz miasta, które przyznały mu jako pierwszemu w historii honorowe obywatelstwo miasta Gdańska. Obszerne sprawozdania naukowe o etiologii, anatomii patologicznej, leczeniu i przebiegu epidemii cholery wysłał do Ministerstwa w Berlinie. Z wielu krajów przysłano komisje lekarskie do studiowania epidemii w Gdańsku, co spowodowało, że nazwisko Bauma stało się powszechnie znane.

Na prośbę Ministerstwa w Berlinie napisał obszerną rozprawę na temat kołtuna (*Plica polonica* – kołtun polski – Weichselzopf) w Gdańsku i okolicy (ryc. 6). Baum stwierdził na podstawie własnych badań mikroskopowych, że kołtun jest olbrzymią, pozlepianą masą włosów, wydzielającą swoistą odrażającą woń i z reguły zawierającą pełno robactwa. Włosy i ich cebulki nie wykazywały zmian patologicznych. Baum wykazał, że kołtun nie jest chorobą ogólną ustroju, a jego przyczyną był brak higieny włosów u danego osobnika.

Baum prowadził rozległą prywatną praktykę lekarską, był uwielbiany przez chorych. Mieszkańcy Gdańska obdarzali go bezgranicznym zaufaniem i szacunkiem. Przypisywano mu posiadanie niemal nadprzyrodzonej mocy. Baum pozostał im przez dwanaście lat wierny. Przykładał dużą wagę do anatomii patologicznej i badań mikroskopowych, wykonywał sekcje wszystkich zmarłych w szpitalu, co w tym czasie nie było powszechne. Swoje pionierskie obserwacje i wyniki badań polipów śluzówki nosa i zewnętrznych przewodów uszu oddał do publikacji profesorowi Carlowi Theodorowi Sieboldowi (ryc. 7).



Ryc. 7. Publikacja, 1836 r.

Baum operował także chorych z kamicą moczową, osiągając bardzo dobre wyniki. W 1841 r. udał się do Paryża, aby u Jeana Civiale i Leroya Jeana Jaques-Josepha d'Etioilles zapoznać się z nową metodą litotrypsji. Po powrocie z Francji operował sześciu chorych z kamicą pęcherza moczowego. Spośród sześciu operowanych pacjentów pięciu zostało wyleczonych. Według doniesienia Ferdinanda Hebry, Baum obok Hermanna Friedricha Staniussa i Wiegmanna należał do pierwszych, którzy wykryli, że świerzby skóry wywołany jest przez pasożyta, świerzbowca ludzkiego.

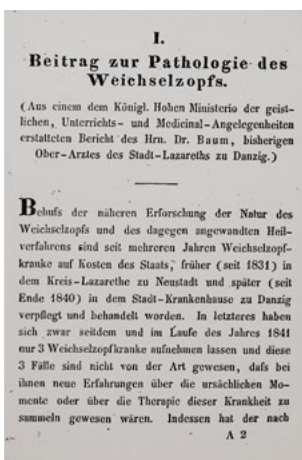
W 1842 r. Baum opuścił Gdańsk. Z doniesienia dr. Emila Friedricha Götz (Statistisch-medizinischer Bericht über des Stadt-Lazareth in Danzig, in den Jahren 1843 und 1844. E. F. Götz. s. 5, 6, 23, 31), wynika, że liczba chorych leczonych w latach 1830-1842 w gdańskim lazarecie wynosiła 44 241.

dr Tadeusz Zajączkowski



Dr Tadeusz Zajączkowski – polsko-niemiecki chirurg urolog i historyk medycyny

urodził się 10 listopada 1939 r. w Cząstkowie. W latach 1958-1964 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Szczecinie. Po studiach był asystentem na oddziałach pediatrii, chirurgii, ginekologii, położnictwa i chorób wewnętrznych szpitali szczecińskich. W 1966 r. poślubił lekarkę Elżbietę Marię Wojewską i został ojcem dwóch synów: Andrzeja Pawła (1967 r.) i Antoniego Michała (1969 r.). Specjalizował się w chirurgii pod kierownictwem prof. Jana Kortasa i prof. Rafała Heftmanna w Szczecinie. Następnie przez cztery lata specjalizował się w urologii pod kierownictwem prof. Alfonsa Wojewskiego. Stopień naukowy doktora uzyskał 22 listopada 1972 r. na podstawie pracy: *Etiologia i terapia kamicy odlewowej w nerkach*. Szkołę się w zakresie urologii w klinikach urologicznych w Rostoku, Warszawie, Krakowie, Katowicach i w Lund. Zamieszkuje wraz z rodziną w Niemczech od 12 września 1975 r. W listopadzie 1976 r. otrzymał obywatelstwo niemieckie. W 1984 r. odwiedził kliniki urologiczne w Nowym Jorku i Miami. Wykładał na wydziale medycznym Uniwersytetu Duisburg-Essen. Z dniem 1 stycznia 2006 r. przeszedł w stan spoczynku; mieszka wraz z żoną w Essen. Oprócz działalności jako lekarz urolog zajmuje się historią medycyny. Od 2002 r. współpracuje z redakcją *Przeglądu Urologicznego*, zaś od 2011 r. jest kierownikiem działu historycznego w tym czasopiśmie. Od 2010 r. jest członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Publikowany tekst oparty jest o referat wygłoszony 29 września 2016 r. podczas LXVIII Kongresu Naukowego Niemieckiego Towarzystwa Urologicznego w Lipsku.



Ryc. 6. Publikacja, 1843 r.



KLINIKA NEFROLOGII, TRANSPLANTOLOGII
I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

XIII Gdańskie Repetytorium Nefrologiczne

POST ASN MEETING 2017

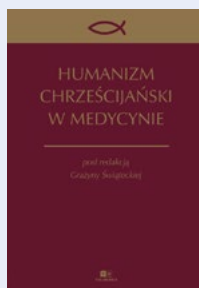
Gdańsk, 13–14 stycznia 2017 roku
Hotel Radisson Blu, Długi Targ 19



Szczegółowe informacje oraz rejestracja na stronie internetowej

www.postasn.viamedica.pl

Nowości!



Humanizm chrześcijański w medycynie

Grażyna Świętecka (red.)
Cena katalogowa: 75,00 zł
Cena Ikamed: 49,00 zł

Gdańskie Spotkania z Etyką Lekarską od kilku lat stały się ważnymi wydarzeniami w środowisku Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, społeczności akademickiej Pomorza i pracowników zdrowia Polski północnej. Spotkania te wiążą

„dobra przypatrzyl się swojemu powołaniu”.

Wybitni wykładowcy z wielu ośrodków akademickich Polski dzielą się swoją wiedzą, doświadczeniem i przemyśleniami w zakresie etyki we współczesnej medycynie, etosem lekarza i nauczyciela, jego misją w środowisku w zabezpieczeniu potrzeb chorego człowieka. To niezwykle ważne, aby umieć na nowo odczytać starożytną przysięgę Hipokratesa — chronić życie i nieść ulgę w cierpieniu, oraz spełnić obietnicę z ewangelicznej — „przypowieści przyjdę i uzdrowię go”(...).

Wygłoszone wykłady w formie książkowej będą służyć obecnym i przyszłym pokoleniom lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek.

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Zdrojewski

Medycyna jest nauką na wskroś humanistyczną, odwołującą się do niezmiennych wartości ludzkich, takich jak: prawda, sumienie, życie, godność. Nie może pozostać etycznie neutralna; dotyka bowiem człowieka jako integralnej całości — jego ciała, ducha i duszy winna mieć ciągłe na uwadze niewidzialny wymiar człowieczeństwa, jakim jest jego sfera duchowa. Niestety, po zakwalifikowaniu jej do *science* znalazła się w poważnym niebezpieczeństwie jednowymiarowego postrzegania człowieka i redukcjonowania go jedynie do biologii i mechanizmów socjobiologicznych.

W tym kontekście z uznaniem należy ocenić pojawienie się na polskim rynku dogłębnego studium interdyscyplinarnego pod redakcją prof. dr hab. n. med. Grażyny Święteckiej *Humanizm chrześcijański w medycynie*. Już sam tytuł wskazuje na trzy zasadnicze aspekty publikacji. Po pierwsze, zawiera ona artykuły o nastawieniu empirycznym, które dotyczą niewrażliwych kwestii we współczesnej medycynie (sztuczna reprodukcja, diagnostyka prenatalna, antykoncepcja, aborcja, eutanazja, uporczywa terapia). Do napisania artykułów z tego obszaru zaproszono wybitnych lekarzy i biologów polskich, których nazwiska są szeroko znane w świecie naukowym. Drugim aspektem publikacji zaznaczonym w tytule jest wymiar etyczny poruszonych kwestii biomedycznych. W tym obszarze otrzymujemy artykuły polskich bioetyków i etyków z najwyższej półki. Etyczna część publikacji jest zatem oparta na normach hipokratejskich. I w końcu — publikacja ma nastawienie chrześcijańskie. Wydaje się, że takie założenie wynika z wielowiekowego doświadczenia medycyny: już w starożytności jej etos hipokratejski został wzmacniany przez etos samarytański, tworząc swoisty sojusz, kompatybilny w swoim moralnym imperatywie: *salus aegroti suprema lex*.

Całość publikacji oznacza się spójną myślą etyczną oraz kompletnością poruszonych zagadnień. *Humanizm chrześcijański w medycynie* jest bardzo solidną i pieczołowicie przygotowaną publikacją, która winna stać się obowiązkową lekturą współczesnych lekarzy, biologów, farmaceutów i studentów, pragnących wykonywać swoją pracę w zgodzie z obiektywnymi normami moralnymi oraz własnym sumieniem.

ks. dr hab. Andrzej Muszał

<http://www.ikamed.pl/humanizm-chrzciscijski-w-medycynie-VMG01063>



Migotanie przedsionków

Beata Wozakowska-Kapton (red.)
Cena katalogowa: 75,00 zł
Cena Ikamed: 69,00 zł

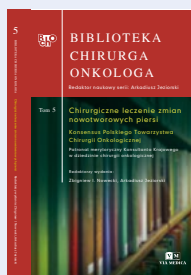
<http://www.ikamed.pl/migotanie-przedSIONKOW-VMG00990>



Wino jest dobre dla serca

Władysław Sinkiewicz
Cena katalogowa: 80,00 zł
Cena Ikamed: 59,00 zł

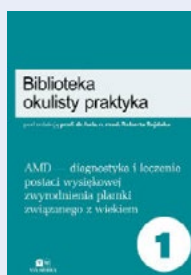
<http://www.ikamed.pl/wino-jest-dobre-dla-serca-VMG01064>



Biblioteka chirurga onkologa — Chirurgiczne leczenie zmian nowotworowych piersi

Arkadiusz Jeziorski,
Zbigniew I. Nowecki (red.)
Cena katalogowa: 98,00 zł
Cena Ikamed: 70,00 zł

<http://www.ikamed.pl/biblioteka-chirurga-onkologa-chirurgiczne-leczenie-zmian-nowotworowych-piersi-VMG01062>



Biblioteka okulisty praktyka tom I — diagnostyka i leczenie postaci wysiękowej zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem

Robert Rejdak (red.)
Cena katalogowa: 70,00 zł
Cena Ikamed: 50,00 zł

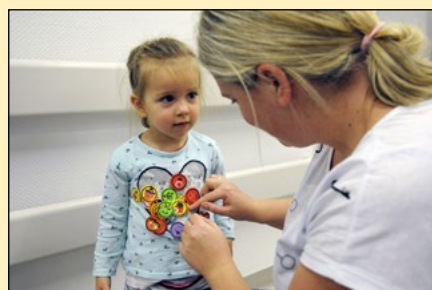
<http://www.ikamed.pl/biblioteka-okulisty-praktyka-tom-i-diagnostyka-i-leczenie-postaci-wysiekowej-zwyrodnienia-plamki-zwiazanego-z-wiekim-VMG010591>

Halloween u małych pacjentów



Pod nazwą *Opowieści z dyniowego lasu. W świecie magii i nauki* pracownicy Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego już po raz trzeci zamienili przestrzeń Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w miejsce magiczne. Podczas spotkania, które zorganizowano 28 października br. w Klinice Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, dzieci miały okazję poznać nowe słowa po angielsku związane z jesienią oraz tradycją Halloween, jak również przygotować prace rysunkowe na małą szpitalną wystawę. Nie zabrakło dekorowania dyni, tradycyjnych przebieranek, wspólnych zdjęć i szukania naklejek rozmieszczonych w różnych częściach Oddziału. Pokazy zamrażania róż w ciekłym azocie przeprowadził dr Radosław Czernych z Zakładu Higieny i Epidemiologii.

Tego typu akcje mają niebagatelny wpływ na proces leczenia dzieci i ich pobyt w szpitalu. Dzięki temu choć na chwilę mogą zapomnieć o chorobie, co ułatwia również personelowi medycznemu dotarcie do młodego pacjenta. – Wszelkie akcje, które umilają dzieciom pobyt w szpitalu są bardzo ważne, ponieważ stwarzają przyjazną atmosferę. Łatwiej jest nam leczyć pacjenta, lepszy jest efekt terapeutyczny, a sam pobyt w szpitalu staje się dla dziecka przyjemny – tłumaczy prof. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii. – Nasi pacjenci bardzo chętnie do nas wracają, nawet będąc w Poradni Diabetologicznej przychodzą na Oddział odwiedzić swój pokój i zobaczyć personel. ■



Odebrali dyplomy i promocje w Dworze Artusa



Tradycyjnie w Dworze Artusa wręczono dyplomy doktora habilitowanego nauk medycznych i doktora habilitowanego nauk o zdrowiu oraz promocje na stopień naukowy doktora nauk medycznych, doktora nauk o zdrowiu i doktora nauk farmaceutycznych doktorantów Wydziałów: Lekarskiego, Farmaceutycznego i Nauk o Zdrowiu GUMed. Uroczystość odbyła się 14 października br. Uczestniczył w niej zespół promocyjny w składzie: rektor prof. Marcin Gruchała, prorektor ds. nauki prof. Tomasz Bączek, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Maria Dudziak, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. Andrzej Basiński, dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. Michał Markuszewski oraz 24 promotorów Wydziału Lekarskiego, 11 promotorów Wydziału Nauk o Zdrowiu i 5 promotorów Wydziału Farmaceutycznego.

Uroczystość rozpoczął Rektor powitaniem gości, promotorów i doktorantów, które uświetniło odpalenie feluki. Po nim odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów doktora habilitowanego.

Dziekani odczytali treść dyplomu i gratulując wręczali je swoim habilitantom. Dziekan Wydziału Lekarskiego wręczyła dyplomy doktora habilitowanego nauk medycznych 17 doktorom: **dr hab. Joannie**

Harażnej, dr. hab. Marcinowi Hellmannowi, dr. hab. Michałowi Hoffmannowi, dr. hab. Łukaszowi Kasce, dr. hab. Krzysztofowi Lewandowskiemu, dr. hab. Beacie Lipskiej-Ziętkiewicz, dr. hab. Michałowi Pikule, dr. hab. Katarzynie Placie-Nazar, dr. hab. Monice Proczko-Stepaniak, dr. hab. Tomaszowi Przewoźnemu, dr. hab. Samborowi Sawickiemu, dr. hab. Michałowi Sobjankowi, dr. hab. Piotrowi Sobolewskiemu, dr. hab. Renacie Świątkowskiej-Stodulskiej, dr. hab. Piotrowi Wierzbickiemu, dr. hab. Pawłowi Winklewskiemu i dr. hab. Agacie Żółtowskiej.

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu wręczyła dyplom doktora habilitowanego nauk o zdrowiu dr. hab. Emilii Sitek, a Dziekan Wydziału Farmaceutycznego 6 doktorom: dr. hab. Małgorzacie Grembeckiej, dr. hab. Marzenie Jamrógiewicz, dr. hab. Lucynie Koniecznej, dr. hab. Pawłowi Konieczniemu, dr. hab. Ilonie Ołędzkiej i dr. hab. Markowi Wiergowskiemu.

Na zakończenie Rektor złożył gratulacje nowym samodzielnym pracownikom nauki, życząc im dalszych sukcesów. O oprawę muzyczną wydarzenia zadbał Chór Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego im. T. Tylewskiego pod dyrekcją mgr. Jerzego Szarafińskiego. ■

