



GAZETA miesięcznik GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

AMIG

ISSN 1506-9745

Rok 27

Marzec 2017

nr 3 (315)

Pierwsza inauguracja roku akademickiego
w Akademii Lekarskiej w Gdańsku – wystawa w Bibliotece Głównej



PIERWSZY ROCZNIK ALG



Absolwenci ALG 1948: dar prof. Stanisławy Dymnickiej
[fot. ze zbiorów Muzeum GU Med]



Henry Smiechowski
GU Med]

Smierza Sobienieckiego;



Pin Akad.
dar prof. V.
[ze zbiorów Mu]

Goście z International Maritime Health Association w IMMiT

Przedstawiciele International Maritime Health Association (IMHA): dr Ilona Denisenko, prezydent IMHA, dr Alf Magne Horneland, dyrektor Norwegian Centre of Maritime Medicine oraz admirał dr Jan Sommerfelt Pettersen, dyrektor Norwegian Association of Maritime Medicine gościli w dniach 23-24 stycznia br. w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej (IMMiT) w Gdyni. Głównym celem wizyty było opracowanie strategii dalszego rozwoju redagowanego w IMMiT kwartalnika *International Maritime Health*. Czasopismo, wydawane od 1949 r., obecnie jest obserwowane przez Thomson Reuters Web of Science w celu oceny pod kątem przyznania *Impact Factor*. W czasie wizyty gości z IMHA dr Alf Magne Horneland wygłosił wykład dotyczący funkcjonowania Radia Medico Norway – czołowego ośrodka udzielającego porad medycznych marynarzom na całym świecie. Była to także okazja do spotkania z przedstawicielami Uczelni – prof. Jackiem Bigdą, prorektorem ds. rozwoju i organizacji kształcenia, prof. Przemysławem Rutkowskim, prodziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej oraz pracownikami IMMiT. ■



Styczeniowe Młodzieżowe Spotkania z Medycyną za nami

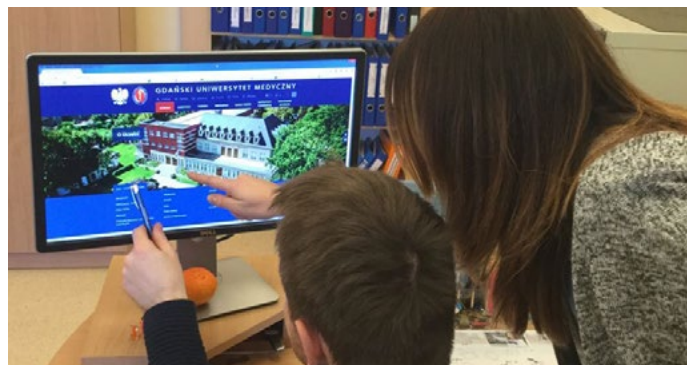
Wpływ stresu na układ immunologiczny człowieka to tytuł wykładu, który podczas styczeniowych Młodzieżowych Spotkań z Medycyną wygłosiły Kamila Mańkowska i Karolina Spławnik z klasy biologiczno-chemicznej II LO w Sopocie. Zaprezentował się również dr hab. Wacław Nahorski z Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni z *Historią powstania i działalności szpitala misyjnego w Angoli pod patronatem IMMiT w Gdyni*. Konferencja odbyła się 10 stycznia br., tradycyjnie w Atheneum Gedanense Novum. ■



W numerze m.in.

■ Wystawa w Bibliotece Głównej	4
■ Pracownicy GUMed laureatami konkursów NCN	5
■ Naukowiec w Zarządzie Głównym PTG-E	6
■ Liczna reprezentacja Uczelni w Gdańskiej Radzie Zdrowia Publicznego	6
■ GUMed w rankingu cytowań	6
■ Studentka GUMed wyróżniona	7
■ Medycyna precyzyjna	8
■ Derotator Pankowskiego z certyfikatem EUIPO	11
■ Przyszli stomatolodzy z wizytą u przedszkolaków	12
■ GUMed w programie Inkubator Innowacyjności+	12
■ Program rozpoznawania chorób śródmiąższowych w Klinice Alergologii	12
■ Przekaż swój 1%	13
■ Sylwetki nowych profesorów tytularnych: prof. dr hab. Jarosław Sławiński	14
■ Tajemnice z muzealnej półki	18
■ Szpital Pluszowego Misia w przedszkolu Sokrates	18
■ Klinika na peryferiach – ostatni rozdział? (cz. 5)	19
■ Marian Teleszyński – w stulecie urodzin	24
■ Spotkanie opłatkowe Klubu Seniora	25
■ Przełomowy rok w polskiej nauce	26
■ Polecamy Czytelnikom	27
■ Gość z Australii w Uczelni	27
■ Czy nadszedł już czas, aby przestać bać się kolonoskopii?	28
■ XIII Gdańskie Repetytorium Nefrologiczne	33
■ Wyśpiwali pieniądze dla chorych dzieci	34
■ Tadeusz Reichstein – nasz noblista	35
■ Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty – korzyści dla pacjentów, państwa i fizjoterapii w Polsce	37
■ Karta do dziejów Kliniki Otolaryngologii w Gdańsku	40
■ Stara fotografia mówi	41
■ Okoliczności powstania i losy Medizinische Akademie Danzig (MAD) w latach 1935-1945 – biografie profesorów (cz. 1)	42
■ Współpraca studentów GUMed i PG	45
■ Neuroblastoma – wyzwanie kliniczne i analityczne	47
■ Siema USG! w UCK	48
■ Polecamy Czytelnikom	48
■ Co na budowie CMN?	51

Nowa odsłona strony internetowej Uczelni



Rzeczywistość wokół nas się zmienia i my jako Uczelnia musimy za tymi zmianami nadążyć. Nowoczesna i przyjazna użytkownikom strona nie może sprawnie działać bez odpowiednich narzędzi komunikacji. Dlatego długo oczekiwana zmiana strony Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego staje się faktem. Prace nad jej modernizacją trwały ponad rok. Strona zyskała w pełni dostosowaną do urządzeń mobilnych nową szatę graficzną oraz została całkowicie przeorganizowana. Dzięki wprowadzonym zmianom użytkownik będzie intuicyjnie trafił do miejsca, które jest w kręgu jego zainteresowań. Nowy layout pozwoli na lepsze wykorzystanie plików zdjęciowych i graficznych.

Jednak prosimy Państwa o wyrozumiałość, nie wszystko jest jeszcze perfekcyjne. W pierwszej kolejności została przełączona strona główna polskojęzyczna, potem będziemy pracować nad stroną anglojęzyczną. Na bieżąco będą też modyfikowane kolejne podstrony.

Szczególne podziękowania za przygotowanie strony należą się Maćkowi Pikulskiemu i Łukaszowi Raszei z Sekcji Projektów Internetowych oraz Jolancie Świerczyńskiej z Sekcji Promocji. Strona powstała pod nadzorem prof. Janusza Morysia.

Życzymy miłych wrażeń i przyjemnego użytkowania.

Ewa Kiszka,
kierownik DWZPiPM

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

Redaktor naczelny: Bolesław Rutkowski

Zastępca redaktora naczelnego: Wiesław Makarewicz

Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Katarzyna Zalewska (*Remedium*)

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

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

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

Opracowanie wydawnicze i druk:

VM Media Sp. z o.o. VM Group spółka komandytowa, Grupa Via Medica,
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk. www.viamedica.pl, tel. 58 320 94 94, faks 58 320 94 60

Redaktor prowadzący: Joanna Ginter

Opracowanie graficzne: Jacek Rembowski

Warunki prenumeraty:

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



Wystawa w Bibliotece Głównej

Pierwsza inauguracja roku akademickiego w Akademii Lekarskiej w Gdańsku 2 lutego 1946 r. w oparciu o oryginalne dokumenty uczelniane

Uroczyste otwarcie wystawy upamiętniającej inaugurację roku akademickiego 1945/46 odbyło się 6 lutego br. w Bibliotece Głównej. Na ekspozycję składają się oryginalne dokumenty, zdjęcia i eksponaty z lat 40. XX w. obrazujące przygotowania do tego historycznego wydarzenia.

Uroczystość zaszczyliły swoją obecnością władze Uczelni z rektorem prof. Marcinem Gruchałą na czele, który wystawę objął honorowym patronatem. Powagę wydarzenia podkreśliło przybycie liczного grona wykładowców emerytowanych i obecnych oraz rektorów poprzednich kadencji profesorów: Barbary Krupy-Wojciechowskiej, Zdzisława Wajdy, Wiesława Makarewicza, Romana Kaliszana i Janusza Morysia. Biblioteka GUMed gościła także dyrektorów zaprzyjaźnionych bibliotek Trójmiasta, redaktora *Gazety AMG* prof. Bolesława Rutkowskiego, przedstawicieli Rady Bibliotecznej i uczelnianego Stowarzyszenia Absolwentów oraz liczne grono naszej społeczności, nie tylko akademickiej.

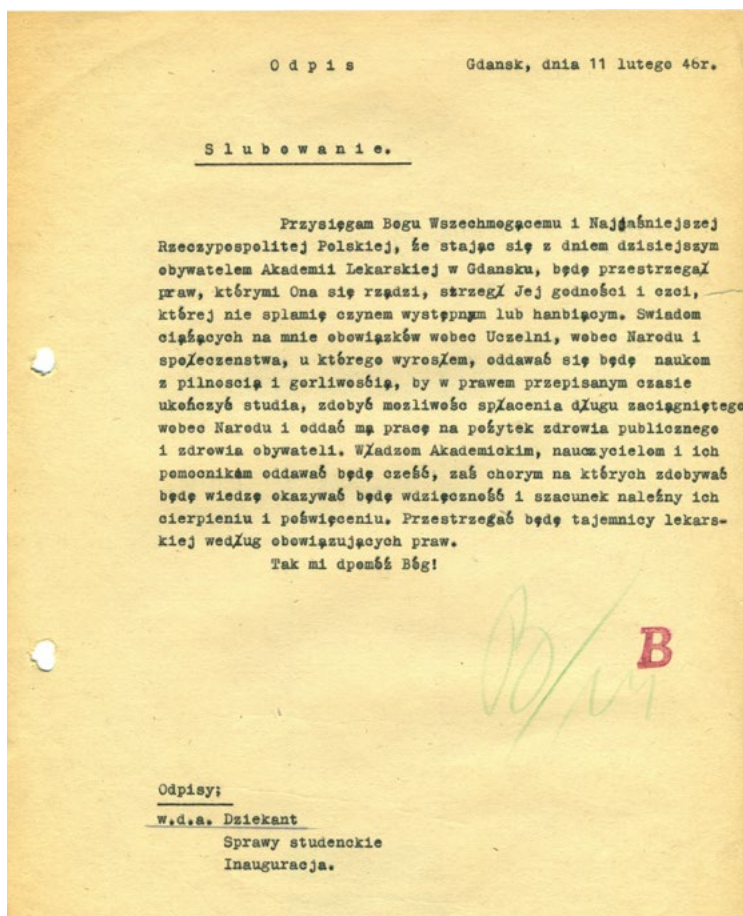
Autorami wystawy są: prof. Janusz Limon – kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki, Grzegorz Gronda – archiwista Uczelni, dr Marek Bukowski z Muzeum GUMed, mgr Sylwia Scisłowska – autorka projektu plastycznego



plakatu i zaproszeń oraz mgr Małgorzata Omilian-Mucharska z Biblioteki, gospodarza wystawy.

Podstawą ekspozycji był bezcenny zbiór dokumentów, odnaleziony wśród spuścizny po prof. Fryderyku Pautschu, kierowniku Zakładu Biologii i Parazytologii, prorektorze ds. nauki w latach 60. XX w. Archiwum i Muzeum GUMed uzupełniły wystawę o swoje dokumenty, zdjęcia i eksponaty. Dzięki temu w holu Biblioteki można obejrzeć wileńską togę prof. Kornela Michejdy, w której przybył na uroczystości inauguracyjne, a także stare instrumenty chirurgiczne, powojenne przybory biurowe, pamiątki po pierwszych studentach ALG, indeksy, książeczki ćwiczeń oraz elementy stroju studenta. Wystawie towarzyszyła projekcja filmu *Vivat Academia!*, nakręconego z okazji 50-lecia Uczelni, zawierającego kadry z 1946 r., pochodzące z Archiwum Państwowego. W czasie uroczystości rodzinne „relikwie” – pamiątki po dr. Włodzimierzu Sobienieckim, absolwencie pierwszego powojennego rocznika, przekazały Uczelni jego córki – Dorota Sobieniecka-Kańska i Katarzyna Wysocka-Ślesicka.

Zwiedzający wystawę mogli obejrzeć oryginalne, unikatowe dokumenty obrazujące ogrom pracy włożony w zorganizowanie pierwszej inauguracji, trud codziennej egzy-



stencji i prowadzenia zajęć akademickich w warunkach powojennego Gdańska.

Przywołana została sylwetka pierwszego rektora Akademii Lekarskiej w Gdańsku prof. Edwarda Grzegorzewskiego, zaprezentowano tekst wygłoszonego przez niego na inauguracji przemówienia. W gablotach wyłożono zaproszenia, korespondencję w sprawie zakwaterowania i żywienia gości oraz wybrane depesze i listy z gratulacjami, które bardzo licznie spłynęły na ręce ówczesnych władz Uczelni. Zachował się także maszynopis przemówienia wygłoszonego przez ministra zdrowia Franciszka Litwina.

Na wystawie zaprezentowano także fotografie z lat 40. XX w., pochodzące z różnych źródeł. W holu Biblioteki zawisły autentyczne kadry z filmu nakręconego w czasie inauguracji oraz zdjęcia z albumu prof. Jacka Adams-Raya,

organizatora szwedzkiej pomocy dla ALG. Fotografie przedstawiają zniszczone budynki Uczelni i Gdańska w ruinach. Zdjęcia prezentujące pierwsze zajęcia, sale ćwiczeń i laboratoria w dużej części pochodzą z kolekcji przekazanej do Muzeum GUMed przez dr. Leszka Portycha, ówczesnego przewodniczącego studenckiej Bratniej Pomocy.

Jaki był scenariusz uroczystości pierwszej inauguracji? Kto i na jaki temat wygłosił wykład inauguracyjny? Czemu tak ważna była oprawa artystyczna uroczystości? Jaki był wkład Ministerstwa Aprowizacji i Handlu w organizację imprezy? Opowieść o wydarzeniu sprzed 71 lat na autentycznych dokumentach z epoki można było obejrzeć w Bibliotece Głównej GUMed do 4 marca br.

Beata Rybitw,
Biblioteka Główna

Pracownicy GUMed laureatami konkursów Narodowego Centrum Nauki

Naukowcy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego znaleźli się w gronie laureatów konkursów SONATA BIS 6 oraz HARMONIA 8 ogłoszonych przez Narodowe Centrum Nauki. Łączna kwota dofinansowania wyniesie blisko 4,55 mln zł.

Prof. Ryszard Smoleński, kierownik Katedry i Zakładu Biochemii otrzymał finansowanie na realizację projektu *Rewersja niewydolności serca podczas mechanicznego wspomaganie funkcji lewej komory – rola nukleotydów i przemian energetycznych w komórkach serca* w ramach konkursu HARMONIA 8 na projekty badawcze realizowane przy współpracy międzynarodowej. Wezmą w niej udział jednostki z USA oraz Wielkiej Brytanii. Kwota dofinansowania wyniesie 1 400 100 zł.

Centrum przyznało również fundusze dla dwóch projektów GUMed w ramach konkursu SONATA BIS 6. Projekt *Zmiany metabolizmu lipidów w raku jelita grubego – określenie ich roli w rozwoju nowotworu i ocena antyproliferacyjnych wła-*



ściwości inhibitorów metabolizmu lipidów, którego liderem jest **dr hab. Tomasz Śledziński**, kierownik Katedry i Zakładu Biochemii Farmaceutycznej, otrzyma dofinansowanie w wysokości 1 596 586 zł.

Dr hab. Anna Żaczek z Zakładu Biologii Komórki z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed otrzyma dotację w wysokości 1 552 070 zł na projekt *Udział mikrośrodowiska guza w regulacji fenotypu rozsianych komórek nowotworowych raka piersi – badania in vitro, in vivo i na materiale klinicznym*.

Więcej informacji o nowych edycjach konkursów na stronie eNaukowiec.gumed.edu.pl oraz stronach Narodowego Centrum Nauki. ■

Projekt z udziałem GUMed wyróżniony przez NCN

Projekt konsorcjum, które tworzą Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz Gdański Uniwersytet Medyczny pt. *Genetyczne cechy komórek Reed-Sternberga i ich interakcje makrofagami w klasycznym chłoniaku Hodgkina: identyfikacja mechanizmów oporności na chemioterapeutyki i nawrotów choroby* otrzymał dofinansowanie w konkursie HARMONIA 8 Narodowego Centrum Nauki. Łączna kwota finansowania wyniesie 1 497 441 zł. Kierownikiem Projektu będzie prof. dr hab. Krzysztof Warzocha z IHiT, a ze strony GUMed osobą odpowiedzialną za przedsięwzięcie będzie prof. dr hab. Jan Maciej Zaucha z Zakładu Propedeutyki Onkologii Wydziału Nauk o Zdrowiu. Prof. Zaucha na realizację zadań otrzyma blisko 200 tys. zł. Projekt realizowany będzie w ramach współpracy międzynarodowej z University of Nebraska Medical Center w USA oraz z Lacassagne Cancer Center z Francji. ■

Naukowiec w Zarządzie Głównym PTG-E



Dr hab. Krystian Adrych, kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii GUMed został wybrany na członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii na nową kadencję 2016-2018. Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii odbyło się 23 września 2016 r. ■

Liczna reprezentacja Uczelni w Gdańskiej Radzie Zdrowia Publicznego

Dr Tadeusz Jędrzejczyk z Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej został przewodniczącym Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego. To nowo powołane ciało doradcze, które ma wspierać prezydenta, radnych oraz Urząd Miejski w Gdańsku w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. W skład Rady wchodzi 12 specjalistów, w tym aż 8 z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Stanowisko zastępcy przewodniczącego powierzono **dr Hannie Kujawskiej-Daneckiej** z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, a pozostałymi członkami spośród pracowników GUMed zostali: **prof. Piotr Czauderna** – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, **prof. Katarzyna Emerich** – kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego, **prof. Tomasz Zdrojewski** – kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki, **dr hab. Katarzyna Plata-Nazar** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz pracownicy Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej – **dr Łukasz Balwicki** i **dr Michał Brzeziński**.

Celem Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego jest wypracowywanie rozwiązań doskonalących już istniejące programy i proponowanie nowych. Ważnym celem jest także ocena i przygotowywanie rekomendacji dla realizowanych usług publicznych i regulacji w pośredni sposób wpływających na stan zdrowia. Miasto Gdańsk obecnie realizuje wysoko oceniane programy zdrowotne. Jednym z najbardziej znanych jest program *6-10-14 dla Zdrowia*, który od 6 lat jest realizowany przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne. ■



Dr Hanna Kujawska-Danecka i dr Tadeusz Jędrzejczyk

Fot. Piotr Kowalczyk

GUMed w rankingu cytowań

Gdański Uniwersytet Medyczny znalazł się w opracowanym przez hiszpańską instytucję Cybermetrics Lab międzynarodowym rankingu cytowań Transparent Ranking. Jego najnowsza edycja obejmuje ponad 9 tysięcy uczelni z całego świata, które są najczęściej cytowane w Google Scholar. GUMed uplasował się na 1650 miejscu z liczbą 14 433 cytowań. – Cieszy nas fakt, że znaleźliśmy się wśród najlepszych uczelni na świecie, jako jeden z czterech uniwersytetów medycznych w Polsce. Mamy jednak potencjał i ambicje, by było jeszcze lepiej – mówi prof. dr hab. Jacek Bigda, prorektor ds. rozwoju i organizacji kształcenia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Pierwszą dziesiątkę zestawienia zdominowały uczelnie ze Stanów Zjednoczonych. Na pierwszym miejscu po raz kolejny uplasował się Harvard University z liczbą prawie 1,5 mln cytowań. Uwzględnione w rankingu dane obejmują dziesięć najlepszych publicznych profili z każ-



dej uczelni. Pod uwagę brane były wyłącznie upublicznione profile z właściwą afiliacją i instytucjonalnym adresem mailowym. Wyniki zgromadzone w Transparent Ranking zostaną wykorzystane jako jedno z kryteriów najbliższej edycji Ranking Web of Universities 2017.

Więcej na <http://www.webometrics.info/en/node/169> ■

Studentka GUMed wyróżniona

Paulina Pałasz, studentka V roku kierunku lekarsko-dentystycznego została wyróżniona przez Mieczysława Struka, marszałka województwa pomorskiego. Stypendium w wysokości 380 zł miesięcznie otrzymało 38 pomorskich studentów za osiągnięcia artystyczne i naukowe. Gala wręczenia listów gratulacyjnych odbyła się 3 lutego br. w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Pomorskiego.

O stypendia mogli ubiegać się m.in.: laureaci nagród i wyróżnień w konkursach, uczestnicy projektów badawczych lub artystycznych prowadzonych przez uczelnie, igrzysk olimpijskich, mistrzostw świata lub Europy. Przyznane zostały w trzech kategoriach: nauka, sport i działalność artystyczna. Otrzymały je osoby, które mieszkają w województwie pomorskim, mają średnią ocen nie mniejszą niż 90 proc. średniej na danym kierunku i co



Fot. Sławomir Lewandowski

najmniej dwa osiągnięcia naukowe, artystyczne lub sportowe.

Najlepszych studentów wybrała komisja stypendialna, w skład której weszli m.in.: radni województwa, przedstawiciel Pomorskiej Rady Przedsiębiorczości, przedstawiciel Rady Rektorów Województwa Pomorskiego.

Na stypendia pomorski samorząd przeznaczył blisko 130 tys. zł. ■

Z KALENDARZA REKTORA

- 3.01.2017 r.** spotkał się z przedstawicielami Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, aby omówić warunki współpracy w zakresie m.in. opieki koordynowanej.
- 4.01.2017 r.** uczestniczył w spotkaniu z przedstawicielami Urzędu Miejskiego w Gdańsku dotyczącym rozwiązań komunikacyjnych w obrębie Uczelni i Szpitala.
- 10.01.2017 r.** spotkał się z dyrektorem Anną Klewenhagen i pracownikami UCMMiT w Gdyni.
- 11-12.01.2017 r.** wziął udział w obradach Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Łodzi.
- 12.01.2017 r.** uczestniczył w posiedzeniu Rady Rektorów Województwa Pomorskiego z udziałem arcybiskupa Sławoja Leszka Głódzia.
- 13.01.2017 r.** spotkał się z marszałkiem Mieczysławem Strukiem.
- 14.01.2017 r.** uczestniczył w spotkaniu opłatkowym Klubu Seniora GUMed; był gospodarzem Koncertu Noworocznego w Akademii Muzycznej w Gdańsku.
- 18.01.2017 r.** wziął udział w spotkaniu z członkami Klubu Jeździeckiego GUMed.
- 20.01.2017 r.** zainaugurował Gdańskie Spotkania Kardiochirurgiczne w Akademii Muzycznej w Gdańsku; uczestniczył w spotkaniu Gdańskiego Towarzystwa Naukowego.

O reumatyzmie na Uniwersytecie Trzeciego Wieku

Marta Bromirska i **Jakub Ruszkowski**, członkowie Studenckiego Koła Naukowego Reumatologii przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii wraz z opiekunem **dr Żanetą Smoleńską** spotkali się 1 lutego br. w Malborku z seniorami. Podczas wykładu *Na jakie choroby reumatyczne chorują najczęściej słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku* studenci poruszyli tematy patofizjologii i objawów choroby zwyrodnieniowej stawów oraz osteoporozy, czynniki ryzyka, leczenie, a także kwestie profilaktyki i prawidłowego żywienia.

Był to już trzeci wykład z cyklu. Poprzednie dwa, dotyczące tych samych tematów, zostały przedstawione słuchaczom z Rumi. Wszystkie wykłady cieszą się dużym zainteresowaniem seniorów, a Koło Naukowe Reumatologii ma już zaplanowane kolejne spotkania. ■

Medycyna precyzyjna

Wykład inauguracyjny prof. Anny Dominiczak wygłoszony 7 października 2016 r. podczas inauguracji roku akademickiego w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym



W 1903 r. sir Wiliam Osler stwierdził, że *dobry lekarz leczy chorobę, świetny leczy pacjenta, który na nią choruje*. Słowa te brzmią prawdziwie w 2016 r., kiedy to obserwujemy nadejście ery medycyny określanej jako precyzyjna lub stratyfikowana. Medycyna precyzyjna lub stratyfikowana (terminy te będą używane zamiennie) oparta jest na identyfikacji podgrup pacjentów z odmiennymi mechanizmami leżącymi u podstaw wybranej choroby czy odpowiedziami na leczenie. Pozwala to na określenie i rozwój strategii leczenia skutecznych dla poszczególnych grup pacjentów. Celem medycyny precyzyjnej jest zatem zapewnienie właściwemu pacjentowi właściwego leczenia we właściwym czasie. Powyższa definicja z grubsza odpowiada tej zaproponowanej przez UK Medical Research Council (<http://www.mrc.ac.uk/research/initiatives/stratified-medicine>). Podsumowując, medycyna precyzyjna ma pozwolić, przed przepisaniem określonego leczenia, na odróżnienie pacjentów, którzy nie odpowiedzą na leczenie lub zaprezentują działania toksyczne od osób, które odpowiedzą na leczenie, i u których nie wystąpią działania toksyczne. Takie podejście z dużym powodzeniem stosowane jest w onkologii, z licznymi przykładami skutecznego wykorzystania medycyny precyzyjnej w leczeniu chociażby raka piersi, prostaty, jajnika, jelita grubego czy trzustki¹⁻⁶. W tym zakresie, medycyna sercowo-naczyniowa, a w szczególności hipertensjologia pozostaje w tyle. Istnieją nieliczne przykłady rzadkich zespołów monogenowych, w których pojedyncza mutacja genu wyjaśnia całą patofizjologię wczesnego, ciężkiego nadciśnienia tętniczego, jak również precyzyjnie określa, na podstawie farmakogenetyki, najbardziej skuteczne metody leczenia^{7,8}. Do zespołów tych zalicza się między innymi: hiperaldosteronizm poddający się leczeniu glikokortykosteroidami (GRA – Glucocorticoid Remediabable Aldosteronism), zespół Liddle'a czy pseudohiperaldosteronizm typu II. W tych przypadkach stosowanie glikokortykosteroidów, amiloridu i diuretyków tiazydowych, jest idealnym przykładem wykorzystania farmakogenomiki w leczeniu pacjentów, w oparciu o dokładne zrozumienie genetycznej patofizjologii każdego z tych zespołów^{7,8}.

Zdecydowanie trudniej zastosować jest zasady medycyny precyzyjnej do dużo częściej występującego nadciśnienia tętniczego pierwotnego, gdzie obowiązująca zasada przepisywania tych samych lub zbliżonych leków wszystkim pacjentom wydaje się niewystarczająca. Metodologią, która przyniosła znaczny postęp w poznaniu podłoża genetycznego nadciśnienia, są badania GWAS (*genome wide association study*, badania asocjacyjne genomu). W klasycznym badaniu GWAS tysiące pacjentów i osób z grupy kontrolnej

włączanych jest do trzyletowego badania.

Dane uzyskane na pierwszym etapie od populacji badanej są powielane i walidowane w oddzielnych badaniach dużych grup osób zarówno zdrowych, jak i chorych. Badanie GWAS polega na genotypowaniu 500 000-2 500 000 markerów, określanych jako polimorfizmy pojedynczego nukleotydu (SNP – *single nucleotide polymorphisms*), równomiernie rozmieszczonych w genomie. „Trafienia” prezentowane są w formie diagramu Manhattan z wartościami $p < 10^{-8}$ lub mniej, które zazwyczaj uznawane są za istotne w zakresie badań ludzkiego genomu.

Dotychczas opublikowano wyniki kilku badań opartych na analizie GWAS oraz ich meta-analiz⁹⁻¹³. Pierwsza analiza GWAS w nadciśnieniu, prowadzona w ramach Wellcome Trust Case-Control Consortium, nie przyniosła spodziewanych rezultatów. Prawdopodobną przyczyną niepowodzenia było zakwalifikowanie osób z nadciśnieniem tętniczym do grupy kontrolnej. Negatywny wpływ na uzyskane wyniki miały również: niska moc badania oraz stosunkowo niewielka liczba (500,000) badanych wariantów polimorficznych⁹. Pierwsza udana metaanaliza GWAS obejmowała ponad 200 000 osób i wskazała na 29 regionów genomu związanych z sub-fenotypami nadciśnienia tętniczego i nadciśnieniem jako wartością binarną¹². Wpływ/znaczenie każdego pojedynczego SNP wynosił średnio 1 mmHg dla ciśnienia skurczowego i 0,5 mmHg dla rozkurczowego¹². Ważony genetyczny wskaźnik ryzyka (GRS) wyliczony dla wszystkich 29 SNP wykazał ich znaczący związek z chorobą wieńcową, przerostem lewej komory oraz udarem. Jednocześnie nie stwierdzono istotnego związku badanych wariantów genetycznych z markerami funkcji nerek¹².

Warto pamiętać, że jakość i zakres fenotypowania w dużych, wielośrodkowych badaniach klinicznych nie są doskonałe, będąc ograniczone do kilku pomiarów ciśnienia i parametrów fenotypowych¹⁴. Możliwe, iż brak bardziej zaawansowanych, trudniejszych w ocenie biomarkerów nerkowych jest odpowiedzialny za niedoszacowanie wskaźników ryzyka związanego z funkcją nerek.

Kolejne interesujące dane o potencjalnym znaczeniu klinicznym zostały uzyskane dzięki jeszcze większym, niedawno opublikowanym metaanalizom¹⁵⁻¹⁷. W jednym z badań, Surendran i współautorzy¹⁵, analizując genotypy blisko 350 000 osób opisali 30 nowych *loci* związanych z wartością ciśnienia tętniczego oraz ryzykiem występowania nadciśnienia tętniczego. Analizy te, umożliwiając dalszy wgląd w patofizjologię nadciśnienia tętniczego, wskazują na nowe

możliwości wykorzystania medycyny precyzyjnej oraz potencjalne cele dla leków¹⁵. Druga analiza, badanie asocjacyjne przeprowadzone przez Ehret'a i współautorzy¹⁶ u 340 000 osób pozwoliło na identyfikację aż 66 *loci*, w tym 17 nowych, zaangażowanych w regulację ciśnienia tętniczego. Wskaźnik ryzyka określony na podstawie analizy sześćdziesięciu sześciu SNP był porównywalny dla grupy blisko 65 000 osób pochodzenia pozaeuropejskiego¹⁶. Zgodnie z wynikami poprzednich badań, genetyczny wskaźnik ryzyka 66 wspomnianych SNP był również istotnie związany z występowaniem różnych powikłań narządowych, z niewielkim tylko wpływem na powikłania nerkowe¹⁶. W trzecim badaniu przeprowadzonym przez Liu i współautorów, zidentyfikowano 31 nowych *loci*, które uzupełniają listę wariantów genetycznych związanych z zaburzeniami kardiometabolicznymi. Dodatkowo potwierdzono związek 39 wcześniej opisanych *loci* z wartościami ciśnienia tętniczego. Przedstawione powyżej analizy zwiększyły liczbę znanych *loci* związanych z regulacją wartości ciśnienia tętniczego do 120 mmHg, co tłumaczy 3.5% zmienności tej cechy¹⁷.

Jednocześnie opublikowano wyniki badań funkcjonalnych o potencjalnym znaczeniu klinicznym. Badania te prowadzono na mniejszych, lecz doskonale wyselekcjonowanych i scharakteryzowanych klinicznie grupach. Doskonałym przykładem takiego badania jest analiza GWAS przeprowadzona w grupie osób ze skrajnymi wartościami ciśnienia tętniczego. Badanie to pozwoliło na identyfikację wariantów genetycznych genu uromoduliny (*UMOD*) odpowiedzialnych za nadciśnienie tętnicze¹⁸. Cechą szczególną tego badania był wybór 2000 osób określonych jako superkontrola. Były to osoby z ciśnieniem tętniczym poniżej 120/80 mmHg, u których w czasie 10-letniej obserwacji nie wystąpiły żadne incydenty sercowo-naczyniowe¹⁹. Selektywna ekspresja genu uromoduliny ma miejsce w części grubej ramienia wstępującego pętli Henlego, części nefronu odpowiedzialnej za 25% reabsorpcji sodu w nerkach^{8,18,20,21}. Eksperymenty z wykorzystaniem myszy *knock-out* wykazały nie tylko istotną różnicę wartości ciśnienia pomiędzy myszami *Umod* +/+ a *Umod* -/-, lecz także wykazały, że u myszy pozbawionych genu *Umod* nie występuje wzrost ciśnienia tętniczego w odpowiedzi na wlew 2% NaCl²¹.

Trudu i współautorzy²² przeprowadzili eksperymenty, które wykazały, że polimorfizm genu *UMOD* związany jest z różnymi reakcjami ciśnienia tętniczego na podanie diuretyków pętlowych (wybiórczo blokujących główny kanał sodowy w części grubej ramienia wstępującego pętli Henlego, NKCC2) u pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym²².

Najważniejszym wyzwaniem jest identyfikacja często występujących wariantów genetycznych, wykazanie mechanizmów ich działania oraz zastosowanie kliniczne. Nowością wynikającą z badań Padmanabhana i współautorów^{18, 20, 21} oraz Trudu i współautorów²² jest możliwość podziału pacjentów z nadciśnieniem na dwie grupy w zależności od występowania genotypu *UMOD* rs13333226. Wśród pacjentów high-*UMOD* (genotyp AA) obserwuje się wysokie wydalanie *UMOD*, większą sodowrażliwość, nadciśnienie

tętnicze, prawidłowy eGFR oraz większą odpowiedź ciśnienia tętniczego na diuretyki pętlowe. Pacjenci low-*UMOD* mają niższe wydalanie *UMOD*, sodooporność, zwiększone eGFR, zwiększoną reabsorpcję sodu w kanalikule bliższym (prawdopodobnie związaną z wyższym eGFR) oraz słabą odpowiedź ciśnienia tętniczego na diuretyki pętlowe oraz niższą aktywność NKCC2⁶. Grupy te stanowią doskonały model medycyny precyzyjnej w nadciśnieniu tętniczym. Zwiększona objętość naczyniowa jest jedną z przyczyn źle kontrolowanego nadciśnienia tętniczego, jednak diuretyki pętlowe, najbardziej skuteczne z leków moczopędnych, stosowane są bardzo rzadko u chorych z nadciśnieniem tętniczym bez obrzęków, niewydolności serca czy przewlekłej choroby nerek. Badanie prospektywne, w którym na podstawie oznaczonego genotypu u chorych ze źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym stosowany będzie długodziałający diuretyk pętlowy, torasemid, może potwierdzić lub obalić hipotezę o wysokiej skuteczności diuretyków pętlowych u pacjentów z genotypem AA high-*UMOD*. Jednocześnie potwierdzi ono, iż zależność *UMOD*-NKCC2 jest jednym z mechanizmów sodowrażliwości. Opisane badanie kliniczne medycyny precyzyjnej otrzymało w ostatnim czasie finansowanie z British Heart Foundation (CS.16/1/31878).

Pozostałe obszary badań klinicznych i przedklinicznych dotyczą pepsyny, nowo odkrytej proteazy odszczepiającej *UMOD* od jej kotwicy GPU, nowych transporterów mogących wpływać na funkcję NKCC2 – ROMK, ATPaza Na⁺/K⁺ czy kanały chlorkowe; kanalikowo-kłębuszkowych mechanizmów regulacyjnych czy innych białek^{23,24}. Niezależnie od toczących się badań należy zastrzec, iż poza dostarczeniem argumentów dla medycyny stratyfikowanej, niezwykle ważne jest wykazanie opłacalności kosztowej i poprawy opieki dzięki zastosowaniu medycyny precyzyjnej.

Dzau i współautorzy²⁵ analizowali dane z Health Economics Medical Innovation Simulation, modelu symulującego interwencje medyczne, w celu oceny korzyści i kosztów innowacji wprowadzonych w medycynie stratyfikowanej mających na celu poprawę identyfikacji i skuteczności badań przesiewowych pacjentów wysokiego ryzyka, bez objawów klinicznych. Grupa ta wyliczyła korzyści zdrowotne na podstawie analizy wyliczonej wartości zdrowia (wyrażonej jako QALY's – Quality Adjusted Life Years). Zasada QALY stosowana jest z powodzeniem w modelowaniu ekonomicznym ochrony zdrowia jako metoda pomiaru wpływu⁷ choroby na jakość oraz długość życia.

Zgodnie z modelem na przestrzeni blisko 50 lat, nawet 10% ograniczenie jednej z sześciu chorób – nowotwory, cukrzyca, choroby serca, udar, choroby płuc oraz nadciśnienie tętnicze, mogłoby zmniejszyć wydatki od 33 do 114 miliardów dolarów, w postaci dłuższego i zdrowszego życia. Nadciśnienie tętnicze i choroby serca przedstawiają sobą najwyższe wartości, głównie z powodu ich dużego rozpowszechnienia. Z wyników modelowania przedstawionych przez Dzau i współautorów jasno wynika, że wraz z 10% obniżeniem częstości zachorowania na nadciśnienie tętnicze, wartość zdrowia zyskanego jest identyczna jak przy podobnej redukcji częstości występowania nowotworów złośli-

wych²⁵. Jeszcze bardziej uderzające są dane uzyskane w wyniku modelowania 50% redukcji częstości występowania choroby, gdzie wartość zdrowia zyskanego dla nadciśnienia jest prawie dwukrotnie wyższa niż dla tej samej redukcji występowania nowotworów złośliwych²⁵. Są to niewątpliwie niezwykle ważne rozważania dla osób decydujących o funkcjonowaniu systemów zdrowotnych na świecie.

Wierzymy, że medycyna precyzyjna będzie stałym elementem badań poświęconych chorobom sercowo-naczyniowym, a w szczególności w nadciśnieniu tętniczym. Będzie wymagało to ścisłej współpracy pomiędzy krajowymi i międzynarodowymi centrami akademickimi, systemami opieki zdrowotnej oraz przemysłem. Jednym z doskonałych przykładów wysiłku podjętego w skali kraju jest Scottish Ecosystem for Precision Medicine (http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-globalhealth-innovation/Precision_Medicine_Report.pdf). Wykorzystując doskonałe rejestry zdrowotne prowadzone w całej Szkocji, ścisłą współpracę czterech ośrodków akademickich oraz systemu opieki zdrowotnej National Health Service (NHS), jesteśmy w stanie stworzyć system opieki nad wieloma chorobami przewlekłymi i nowotworami z wykorzystaniem metod medycyny precyzyjnej. Inne przykłady prób wprowadzania medycyny precyzyjnej do praktyki klinicznej stanowią UK Catapult for Precision Medicine (<http://pm.catapult.org.uk>) oraz inicjatywa prezydenta Obamy – Precision Medicine w Stanach Zjednoczonych²⁶.

Podsumowując, nadszedł czas aby badacze zajmujący się nadciśnieniem tętniczym rozwijali narzędzia medycyny precyzyjnej możliwe do wykorzystania w leczeniu pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Narzędzia te, przynajmniej początkowo, opierać będą się głównie na badaniach z wykorzystaniem genomiki. Pojawia się jednak coraz więcej możliwości wykorzystania innych „omnik”, takich jak transkryptomika, proteomika czy metabolomika. Wyniki tych badań wykorzystane łącznie z danymi uzyskanymi z sekwencjonowania ludzkiego genomu pozwolą na ocenę ryzyka, wczesne rozpoznanie oraz precyzyjną prewencję nadciśnienia tętniczego i jego powikłań.

Piśmiennictwo

1. Harris MH, DuBois SG, Glade Bender JL, Kim A, Crompton BD, Parker E et al. Multicenter Feasibility Study of Tumor Molecular Profiling to Inform Therapeutic Decisions in Advanced Pediatric Solid Tumors: The Individualized Cancer Therapy (iCat) Study. *JAMA Oncol.* 2016;doi:10.1001/jamaoncol.2015.5689.
2. Nick AM, Coleman RL, Ramirez PT, Sood AK. A framework for a personalized surgical approach to ovarian cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* 2015;12:239-245.
3. Seufferlein T, Mayerle J. Pancreatic cancer in 2015: Precision medicine in pancreatic cancer—fact or fiction? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;13:74-75.
4. Tasian SK, Loh ML, Hunger SP. Childhood acute lymphoblastic leukemia: Integrating genomics into therapy. *Cancer.* 2015;121:3577-3590.
5. Beltran H, Eng K, Mosquera JM, Sigaras A, Romanel A, Rennert H et al. Whole-Exome Sequencing of Metastatic Cancer and Biomarkers of Treatment Response. *JAMA Oncol.* 2015;1:466-474.
6. Fillmore CM, Xu C, Desai PT, Berry JM, Rowbotham SP, Lin YJ et al. EZH2 inhibition sensitizes BRG1 and EGFR mutant lung tumours to Topolli inhibitors. *Nature.* 2015;520:239-242.
7. Lifton RP, Gharavi AG, Geller DS. Molecular mechanisms of human hypertension. *Cell.* 2001;104:545-556.
8. Padmanabhan S, Caulfield M, Dominiczak AF. Genetic and molecular aspects of hypertension. *Circ Res.* 2015;116:937-959.

9. WTCCC. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature.* 2007;447:661-678.

10. Newton-Cheh C, Johnson T, Gateva V et al. Genome-wide association study identifies eight loci associated with blood pressure. *Nat Genet.* 2009;41:666-676.

11. Levy D, Ehret GB, Rice K et al. Genome-wide association study of blood pressure and hypertension. *Nat Genet.* 2009;41:677-687.

12. Ehret GB, Munroe PB, Rice KM et al. Genetic variants in novel pathways influence blood pressure and cardiovascular disease risk. *Nature.* 2011;478:103-109.

13. Havulinna AS, Kettunen J, Ukkola O, Osmond C, Eriksson JG, Kesaniemi YA, Jula A, Peltonen L, Kontula K, Salomaa V, Newton-Cheh C. A blood pressure genetic risk score is a significant predictor of incident cardiovascular events in 32,669 individuals. *Hypertension.* 2013;61:987-994.

14. Fox CS, Hall JL, Arnett DK et al. Future translational applications from the contemporary genomics era: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;131:1715-1736.

15. Surendran P, Drenos F, Young R et al. Trans-ancestry meta-analyses identify rare and common variants associated with blood pressure and hypertension. *Nat Genet.* 2016;48:1151-1161.

16. Ehret GB, Ferreira T, Chasman DI et al. The genetics of blood pressure regulation and its target organs from association studies in 342,415 individuals. *Nat Genet.* 2016;48:1171-1184.

17. Liu C, Kraja AT, Smith JA et al. Meta-analysis identifies common and rare variants influencing blood pressure and overlapping with metabolic trait loci. *Nat Genet.* 2016;48:1162-1170.

18. Padmanabhan S, Melander O, Johnson T et al. Genome-wide association study of blood pressure extremes identifies variant near UMOD associated with hypertension. *PLoS Genet.* 2010;6:e1001177.

19. Berglund G, Elmstahl S, Janzon L, Larsson SA. The Malmö Diet and Cancer Study. Design and feasibility. *J Intern Med.* 1993;233:45-51.

20. Padmanabhan S, Graham L, Ferreri NR, Graham D, McBride M, Dominiczak AF. Uromodulin, an emerging novel pathway for blood pressure regulation and hypertension. *Hypertension.* 2014;64:918-923.

21. Graham LA, Padmanabhan S, Fraser NJ, Kumar S, Bates JM, Raffi HS, Welsh P, Beattie W, Hao S, Leh S, Hultstrom M, Ferreri NR, Dominiczak AF, Graham D, McBride MW. Validation of uromodulin as a candidate gene for human essential hypertension. *Hypertension.* 2014;63:551-558.

22. Trudu M, Janas S, Lanzani C et al. Common noncoding UMOD gene variants induce salt-sensitive hypertension and kidney damage by increasing uromodulin expression. *Nat Med.* 2013;19:1655-1660.

23. Brunati M, Perucca S, Han L et al. The serine protease hepsin mediates urinary secretion and polymerisation of Zona Pellucida domain protein uromodulin. *Elife.* 2015;4:e08887.

24. Renigunta A, Renigunta V, Saritas T, Decher N, Mutig K, Waldegger S. Tamm-Horsfall glycoprotein interacts with renal outer medullary potassium channel ROMK2 and regulates its function. *J Biol Chem.* 2011;286:2224-2235.

25. Dzau VJ, Ginsburg GS, Van NK, Agus D, Goldman D. Aligning incentives to fulfil the promise of personalised medicine. *Lancet.* 2015;385:2118-2119.

26. Collins FS, Varmus H. A new initiative on precision medicine. *N Engl J Med.* 2015;372:793-795.

Anna Dominiczak, Christian Delles i Sandosh Padmanabhan,
za zgodą American Heart Association

Tłumaczenie artykułu *Genomics and precision medicine for clinicians and scientists in hypertension*.

Artykuł ukazał się w czasopiśmie *Hypertension*.

All rights reserved. © 2014 American Heart Association, Inc.

Lippincott Williams & Wilkins, a business of Wolters Kluwer Health/the American Heart Association and its affiliates take no responsibility for the accuracy of the translation from the published English original and are not liable for any errors which may occur.

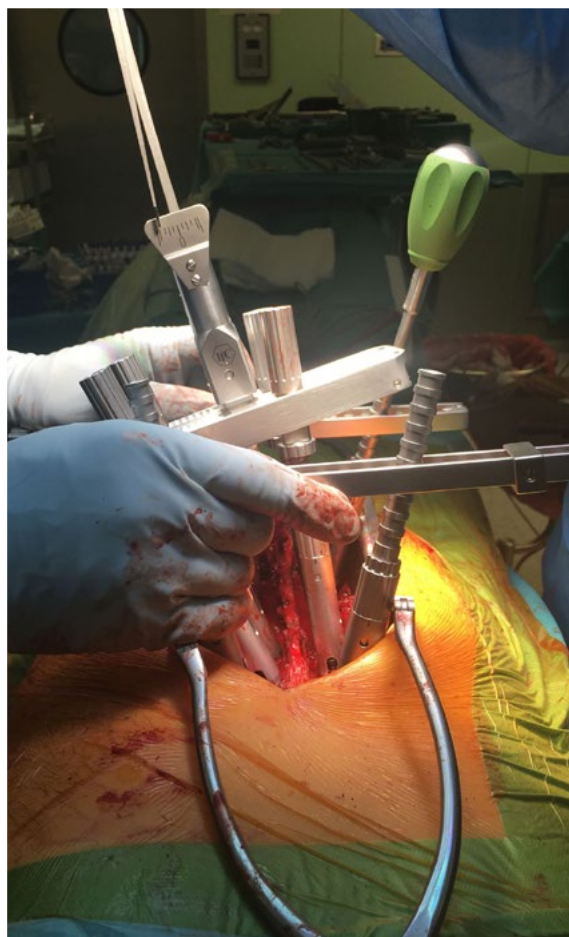
Derotator Pankowskiego z certyfikatem EUIPO

Nowatorskie narzędzie chirurgiczne służące do operacyjnego leczenia skolioz, którego twórcą jest **dr hab. Rafał Pankowski** z Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zostało zarejestrowane jako wzór przemysłowy w European Union Intellectual Property Office (EUIPO). Derotator Pankowskiego służy określeniu krytycznej siły korekcyjnej, jaką można zastosować podczas operacji skolioz oraz wyznaczeniu współczynnika bezpieczeństwa i bezpiecznego momentu derotacji bezpośredniej w akceptowalnym zakresie. Jest on rutynowo wykorzystywany podczas operacji skolioz w Klinice, a dotychczasowe doświadczenia pozwalają stwierdzić, że derotacja skoliozy z użyciem derotatora Pankowskiego jest możliwa w znacznie większym zakresie niż poprzednio.

Niewystarczające efekty dotychczasowych metod, oferowane w Polsce i w Europie, skłoniły dr. hab. Pankowskiego do poszukiwań możliwości udoskonalenia metody derotacji bezpośredniej kręgosłupa w operacyjnym leczeniu skolioz, mającej niezwykle istotny wpływ na poprawę



wyników leczenia. Podstawowa zmiana w technice operacyjnej polegała na stosowaniu forsownego manewru derotacji bezpośredniej, której bezpieczny zakres szacowano w oparciu jedynie na własnym subiektywnym wyczuciu i doświadczeniu. Obawiając się przekroczenia naturalnych oporów kręgosłupa, co mogłoby prowadzić do złamania, postanowił obiektywnie zbadać, jaki jest graniczny zakres derotacji. Zaprojektował badanie biomechaniczne krytycznego momentu siły derotacji bezpośredniej kręgosłupa możliwego do zastosowania w operacyjnym leczeniu skoliozy i rozpoczął cykl badań eksperymentalnych na zwłokach w Zakładzie Medycyny Sądowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w laboratoriach firmy LfC w Zielonej Górze. Eksperymenty polegały na symulacji derotacji bezpośredniej na zwłokach młodych ludzi w celu określenia krytycznej siły korekcyjnej, jaką można zastosować podczas operacji skolioz. ■



Przyszli stomatolodzy z wizytą u przedszkolaków

Członkowie Gdańskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii odwiedzili 27 stycznia br. Przedszkole nr 34 im. Marii Kopnickiej w Gdańsku. Przeprowadzili akcję profilaktyczną wśród maluchów. Podobną akcję zorganizowali 2 lutego 2017 r. w Niepublicznym Przedszkolu Krasnal w Lubaniu koło Kościerzyny. Rozmawiali z dziećmi na temat profilaktyki próchnicy oraz pokazywali jak właściwie szczotkować zęby. Nie zabrakło badania stanu uzębienia oraz całej jamy ustnej. ■



GUMed w programie Inkubator Innowacyjności+


Gdański Uniwersytet Medyczny uzyskał finansowanie w ramach programu Inkubator Innowacyjności+ Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Konsorcjum, w skład którego wchodzi również: Politechnika Gdańska, Uniwersytet Gdański i spółka celowa PG Excento, otrzymało finansowanie w kwocie 3 750 000 zł, z czego udział GUMed wynosi 875 000 zł.

Celem programu Inkubator Innowacyjności+ jest wsparcie procesu zarządzania wynikami badań naukowych i prac rozwojowych, w szczególności w zakresie komercjalizacji.



W ramach jego realizacji planowane jest wsparcie finansowe dla projektów o potencjale komercyjnym. ■

Program rozpoznawania chorób śródmiąższowych w Klinice Alergologii


Edukację lekarzy
w programie
Wdrożenia nowoczesnego
rozpoznawania chorób
śródmiąższowych
w tym idiopatycznego
włóknienia płuc (IPF)
sponsoruje firma
Roche Polska

Klinika Alergologii GUMed realizuje program *Wdrożenia nowoczesnego rozpoznawania chorób śródmiąższowych, w tym IPF*. Jest on częścią szerszego projektu, którego celem jest udoskonalenie rozpoznawania i leczenia chorób śródmiąższowych płuc. Choroby śródmiąższowe płuc stanowią istotny medyczny problem, dotyczy to zwłaszcza idiopatycznego włóknienia płuc (IPF). Schorzenie to jest rozpoznawane późno, a dotychczasowe leczenie było mało skuteczne. Od stycznia 2017 r. wprowadzono program lekowy zapewniający chorym dostęp do nowoczesnego leczenia. Zastosowanie kriobiopsji umożliwia rozpoznanie IPF w przypadkach, w których to-

kości) klatki piersiowej nie jest jednoznaczne. Daje ponadto możliwość rozszerzenia badań naukowych prowadzonych w Klinice o analizę markerów predykcji odpowiedzi (zarówno molekularnych, jak i metabolomicznych) na nowe leki, co może wpłynąć na lepszy dobór chorych do leczenia. Etapy programu *Wdrożenie nowoczesnego leczenia rozpoznawania chorób śródmiąższowych, w tym IPF* będą obejmować szkolenie personelu i zakup zestawu do kriobiopsji. Edukację lekarzy w programie *Wdrożenia nowoczesnego rozpoznawania chorób śródmiąższowych w tym idiopatycznego włóknienia płuc (IPF)* sponsoruje firma Roche Polska

prof. Ewa Jassem, kierownik Kliniki Alergologii

Przekaż swój 1%

Marcin Michalski jest absolwentem ratownictwa medycznego GUMed z 2006 r. W zawodzie pracował do czasu wypadku w 2014 r. Po upadku z wysokości doznał licznych obrażeń całego ciała. Powikłania zakończyły się amputacją prawego podudzia. W grudniu 2015 r. podjął pracę jako operator numeru alarmowego w Centrum Powiadomienia Ratunkowego w Gdańsku. Aktualnie porusza się na wózku inwalidzkim i zbiera na aktywną protezę. Marcin Michalski jest podopiecznym Fundacji Avalon. Można mu pomóc przekazując m.in. 1% podatku. Więcej na stronie: http://www.fundacjaavalon.pl/nas.../2770-michalski_marcin.html



O żywieniu klinicznym w AGN

Bezpłatne warsztaty żywienia klinicznego, którego organizatorem jest Studenckie Koło Naukowe Żywienia Klinicznego GUMed odbędą się 22 kwietnia br. w sali im. prof. Zdzisława Kieturakisa w godzinach 10-14. Rejestracja na <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe4VNFsNLAR9Oe2q-12oNNF883XM-PEfd6kgsI6i6iVzUyB2Q/viewform?c=0&w=1> ■

NOWI DOKTORZY

Na Wydziale Lekarskim

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

lek. Filip Zbigniew DĄBROWSKI – rezydent Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu GUMed, praca pt. *Porównanie stopnia wykształcenia czucia dotykem w populacji osób z brakiem widzenia, niedoborem widzenia i u ludzi zdrowych*, promotor – dr hab. Tomasz Mazurek, prof. nadzw., Rada Wydziału Lekarskiego 19 stycznia 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Karol KARNECKI – pracownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej GUMed, praca pt. *Analiza zgonów samobójczych w materiale sekcyjnym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1980-2009*, promotor – dr hab. Tomasz Ryszard Gos, Rada Wydziału Lekarskiego 19 stycznia 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

lek. Karol KEMPIŃSKI – były słuchacz Kolegium Studiów Doktoranckich, Klinika Alergologii Katedry Pneumonologii

i Alergologii GUMed, praca pt. *Analiza skuteczności i bezpieczeństwa leczenia oraz prospektywne badanie ekspresji wybranych genów za pomocą techniki RT-PCR u chorych z alergią na jad owadów błonkoskrzydłych*, promotor – dr hab. Marek Niedośzytko, prof. nadzw., Rada Wydziału Lekarskiego 19 stycznia 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny;

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT

Stopień doktora nauk o zdrowiu uzyskała

mgr Katarzyna Maria PAWŁOWSKA – kierownik rehabilitacji w NZOZ Doktor Krasicki Sp. z o.o. w Gdyni, praca pt. *Wpływ choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego na rozkład sił nacisku stopy na podłoże podczas chodu*, promotor – dr hab. Tomasz Mazurek, prof. nadzw., Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 12 stycznia 2017 r. nadała stopień doktora nauk o zdrowiu. ■

Prof. dr hab. Jarosław Sławiński

Wywiad przeprowadził prof. Wiesław Makarewicz

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

Bardzo dziękuję za gratulacje. Urodziłem się w Gdańsku, z tym miastem związałem swoje życie zawodowe i rodzinne. Moją pierwszą szkołą była XV, ta właśnie przy ul. Smoluchowskiego, blisko zabudowań Akademii Medycznej w Gdańsku, o której to wówczas jeszcze nie myślałem jako o swoim przyszłym miejscu pracy i rozwoju naukowego. Po ukończeniu I Liceum Ogólnokształcącego w Gdańsku podjąłem studia na Wydziale Chemicznym Politechniki Gdańskiej. Było to spełnienie marzeń z dzieciństwa, kiedy to fascynowała mnie chemia jako wiedza tajemna, dająca, jak mi się wtedy wydawało, nieograniczone możliwości i pole do poznawania natury. Teraz wiem, że wtedy nie myliłem się zbyt. Jest ona dla mnie nadal wiedzą może już nie tak tajemną, ale pozwalającą na ciągłe poszukiwanie i odkrywanie nowego.

Po obronie pracy magisterskiej, której tematem były dialkiloaminometinowe pochodne znanego leku – Kandydydyny, zakończył się okres nauki i stanąłem przed wyborem dalszej drogi. Już w trakcie studiów, a zwłaszcza po trzecim roku zacząłem interesować się syntezą i technologią chemiczną leków, dlatego też podjąłem starania o zatrudnienie w placówce związanej z taką tematyką. W ten sposób w 1978 r. trafiłem do Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Akademii Medycznej w Gdańsku



kierowanej przez doskonałego chemika i twórcy oryginalnego polskiego leku przeciwcukrzycowego o nazwie handlowej Glipolamid (SPC-703) – prof. dr. hab. n. chem. Zdzisława Brzozowskiego, ówczesnego rektora Akademii Medycznej w Gdańsku.

Zatrudnienie w Katedrze Technologii było dla mnie szansą na realizację zainteresowań badawczych. Tematyka prowadzonych prac, w które dzięki przychylności swojego nowego Szefa zostałem włączony, dawała nie tylko satysfakcję, ale też przeświadczenie, że drogą syntezy można stworzyć zupełnie nowe mo-

lekuły, które oddziałują na organizmy żywe i wywierają określony efekt terapeutyczny. Dla młodego adepta tej dyscypliny wiedzy było to fascynujące. W owym czasie zespół prof. Brzozowskiego zajmował się syntezą nowych związków o spodziewanej aktywności diuretycznej, hipotensyjnej, antyarytmicznej oraz radioochronnej. Dość szybko okazało się, że prowadzone przeze mnie badania nad syntezą nowych związków o aktywności diuretycznej i hipotensyjnej spotkały się z zainteresowaniem prof. Stefana Angielskiego i prof. Zbigniewa Korolkiewicza, dzięki którym wykonane zostały badania na zwierzętach doświadczalnych potwierdzające ich niską toksyczność ostrą i oczekiwaną aktywność biologiczną. W niedługim czasie zebrany materiał badawczy pozwolił mi na sformułowanie dysertacji doktorskiej, której publiczna obrona odbyła się w maju 1986 r. przed Radą Wydziału Lekarskiego AMG.

Młodzieńcza ciekawość świata i dążenie do poznawania innych bardziej zaawansowanych metod badawczych w dziedzinie syntezy zawiodła mnie do University of Florida w Gainesville (USA), gdzie w latach 1987-1988 miałem okazję pracować w zespole chemika światowego formatu – prof. Alana R. Katritzkiego, doktora *honoris causa* naszej Uczelni z 1994 r. Nie sposób przecenić korzyści naukowych, jakich w owych latach dostarczał osobisty kontakt z zagranicznymi ośrodkami naukowymi, zaawansowaną technologią badawczą, systemem organizacji badań naukowych. Zaowocowały one nie tylko dorobkiem publikacyjnym, ale też nauczyły racjonalnego podejścia do zadania badawczego i sprawnej jego realizacji. Po blisko rocznym pobycie w University of Florida, po powrocie do kraju kontynuowałem wcześniej rozpoczęte kierunki badawcze. Zajmowałem się syntezą nowych związków o zróżnicowanych kierunkach aktywności biologicznej, w tym również przeciwwirusowych (HIV-1) oraz przeciwnowotworowych. W tych pracach współpracowa-



Podczas uroczystości w Pałacu Prezydenckim, 21 czerwca 2016 r.

wałem naukowo z University of Southern California, w Los Angeles oraz National Cancer Institute w Bethesda, USA. Te wieloletnie prace badawcze uwieńczone zostały w 2005 r. uzyskaniem stopnia doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych.

Moje zatrudnienie i związek z Katedrą i Zakładem Technologii Chemicznej Środków Leczniczych trwały nieprzerwanie przez ponad 25 lat. Od października 2007 r. pełnię funkcję kierownika Katedry i Zakładu Chemii Organicznej, gdzie w 2011 r. awansowałem na stanowisko profesora nadzwyczajnego, a po kolejnych 5 latach rozwijania tematyki badawczej i kształceniu młodej kadry naukowej otrzymałem 21 czerwca 2016 r. tytuł profesora nauk farmaceutycznych z rąk urzędującego prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

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

Tak często bywa, że dobrzy szefowie potrafią swoją pasją badawczą i autorytetem naukowym zapalić i zainspirować młodego człowieka do podjęcia wyzwań związanych z pracą naukową. Taką osobą był niewątpliwie prof. Zdzisław Brzozowski – mój pierwszy przełożony, nauczyciel i mentor, któremu w dużej mierze zawdzięczam swój rozwój naukowy i zawodowy. Rozległa wiedza Profesora, jego wieloletnie doświadczenie w obszarze przemysłowych metod syntezy leków, jak i syntezy w skali laboratoryjnej oraz umiejętność jej przekazywania sprawiły, że uczeń bogatszy o nią potrafił znaleźć właściwe proporcje w stawianiu niestandardowych pytań, projektowaniu zadań badawczych i uzyskiwaniu satysfakcjonujących odpowiedzi.

W kontekście rozwoju naukowego i podejścia do tematyki badawczej wiele też zawdzięczam prof. A. R. Katritzkiemu, bowiem praca w jego zespole dała mi możliwość spojrzenia z nieco innej perspektywy na zagadnienia związane z badaniami naukowymi. To okazało się bardzo cenne, bo doświadczenia wyniesione z tego okresu stały się dla mnie bazą racjonalnego podejścia do ich organizacji.

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

Aktualne zainteresowania naukowe wpisują się w tematykę, którą zajmowałem się z moim zespołem naukowym w ostatnich kilku latach. Skupiają się one na zagadnieniach związanych z syntezą, strukturą i aktywnością biologiczną oryginalnych szeregów nowych sulfonamidów jako potencjalnych środków przeciwnowotworowych i/lub inhibitorów anhidrazy węglanowej, izoform cytozolowych CA I, II i transbłonowych CA IX i XII, z których te ostatnie związane są ściśle z procesem nowotworowym. Proces oceny aktywności antyproliferacyjnej *in vitro* wobec szeregu linii komórkowych nowotworów ludzkich stanowi w naszych badaniach wstępne kryterium selekcji, następnie oceniany jest wpływ na zjawisko apoptozy technikami mikroskopii świetlnej, fluorescencyjnej oraz cytometrii przepływowej. Oceniana jest również stabilność metaboliczna w modelu *in vitro*



Podczas uroczystości w Pałacu Prezydenckim, 21 czerwca 2016 r.

wobec enzymów mikrosomalnych wątroby i NADPH. Kolejnym istotnym aspektem prowadzonych badań jest uzyskanie matematycznego opisu badanych struktur (modelowanie molekularne) i wyznaczenie *in silico* deskryptorów molekularnych skorelowanych z aktywnością biologiczną. Integracja działań w dziedzinie syntezy chemicznej z badaniami biologicznymi, biochemicznymi oraz analizami chemometrycznymi – przede wszystkim metodologią QSAR (ilościowych zależności struktura-aktywność) daje możliwość uzyskania wielowymiarowych danych pomiarowych niezbędnych do realizacji kolejnego etapu jakim jest opracowanie istotnych statystycznie modeli QSAR o zdolności predykcyjnej dla poszczególnych linii komórkowych. Równocześnie interesuje nas też aktywność przeciwdrobnoustrojowa oraz przeciwgrzybowa, które badamy na szczepach klinicznych wyizolowanych z materiałów pobranych od pacjentów z różnymi zakażeniami w obrębie jamy ustnej, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Wspomniane kierunki poszukiwań realizowane są we współpracy z wieloma krajowymi i zagranicznymi ośrodkami naukowymi w zakresie badań biologicznych, biochemicznych, analiz chemometrycznych jak również specjalistycznych analiz strukturalnych i rentgenostrukturalnych. Owocna i ugruntowana współpraca w tym zakresie z US National Cancer Institute (Bethesda, MD); Laboratory of Bioinorganic Chemistry, University of Florence; Katedrą i Zakładem Chemii Farmaceutycznej GUMed; Katedrą i Zakładem Mikrobiologii Jamy Ustnej GUMed; Katedrą Biotechnologii Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed; Zakładem Fizjologii Człowieka GUMed; Zakładem Biologii Komórki, Katedry Biotechnologii Medycznej MWB UG i GUMed; Katedrą Chemii Nieorganicznej oraz Międzyuczelnianym Laboratorium NMR Wydziału Chemicznego Politechniki Gdańskiej stwarza nadzieję, że dalsze badania przyczynią się do znacznego postępu w aktualnym stanie wiedzy o aktywności biologicznej nowych sulfonamidów oraz przyczynią się do poznania kolejnych istotnych zależności struktura – aktywność oraz wyłonienia interesujących aktywnych struktur wiodących.



Z zespołem Katedry i Zakładu Chemii Organicznej, 2016 r.

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

Przedmiot chemia organiczna, który wykładam od chwili objęcia funkcji kierownika Katedry, tj. od 2007 r. studentom I i II roku Wydziału Farmaceutycznego w wymiarze łącznym 70 godzin dydaktycznych stanowi podstawę do zrozumienia nie tylko treści wykładanych w dalszym toku studiów farmaceutycznych lecz także do zrozumienia skomplikowanych procesów chemicznych zachodzących w każdym organizmie żywym. Nie bez przyczyny ta dziedzina chemii nazywana jest chemią życia. Zdając sobie sprawę z faktu, że przedmiot częstokroć uważany jest za trudny, wraz z współpracownikami podjąłem się przygotowania materiałów dydaktycznych, które w formie skryptów pt. *Ćwiczenia laboratoryjne z chemii organicznej* (2010 r.), *Analiza jakościowa związków organicznych z elementami spektroskopii i chromatografii cieczowej* (2015 r.), *Problemy i zadania do zajęć seminaryjnych z chemii organicznej* (2016 r.) dostępne są w Extranecie w formie elektronicznej. Proces dydaktyczny to też szerzej pojęte

działania systemowe w obszarze organizacji kształcenia i ewaluacji efektów tego procesu.

W okresie 2012-2016, uczestnicząc w pracach Senackiej i Wydziałowej Komisji ds. Zapewnienia Jakości Kształcenia, współtworzyłem obowiązujący obecnie w Uczelni Wydziałowy System Procedur Zapewnienia Jakości Kształcenia na Wydziale Farmaceutycznym. Obserwując od lat, jak kolejne roczniki młodych farmaceutów po wykonaniu wartościowych opuszczają mury naszej *Alma Mater*, mam uzasadnione poczucie satysfakcji zawodowej.

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

Z perspektywy ponad 35 lat pracy zawodowej mogę dokonać pewnych podsumowań tego co udało się osiągnąć nie tylko w pracy naukowej, ale też w obszarze organizacyjno-dydaktycznym. Naukowo, konsekwentnie i właściwie nieprzerwanie, zajmowałem się tematyką związaną z budowaniem i rozwijaniem nowego obszaru chemii organicznej związanej z syntezą sulfonamidów należących do oryginalnej grupy pochodnych 2-merkaptobenzenosulfonamidu. Związki te, obdarzone wielokierunkową aktywnością biologiczną były na tyle interesujące i oryginalne chemicznie, że szereg z nich udało nam się objąć ochroną patentową i uzyskać kilka patentów krajowych. Jednak punktem zwrotnym w moich badaniach było opublikowanie w 2001 r. syntezy soli potasowej *N*-(2-merkaptobenzenusulfonylo)cyjanamidu – związku, który okazał się doskonałym uniwersalnym substratem do syntezy bardzo zróżnicowanych *N*-podstawionych sulfonamidów niemożliwych lub trudnych do uzyskania innymi znanymi drogami. Prace z wykorzystaniem tego substratu są z powodzeniem kontynuowane, stanowiąc niewyczerpane jak się wydaje źródło nowych możliwości syntezy kolejnych sulfonamidów o spodziewanej aktywności przeciwnowotworowej i/lub przeciwdrobnoustrojowej. Wyniki tych prac z powodzeniem publikujemy w czasopi-



Nowoczesne laboratorium naukowo-dydaktyczne w chwili oddania do użytku, marzec 2014 r.

smach naukowych z listy JCR o profilu chemia medyczna/chemia bioorganiczna, a wszystko to dzieje się dzięki dużemu zaangażowaniu i pracowitości Zespołu, z którym współpracuję. Chciałbym podkreślić, że udało nam się zainteresować i skupić wokół tej tematyki badawczej liczne ośrodki krajowe i zagraniczne, o których już wcześniej wspominałem, zbudować własny zespół uzdolnionych i kreatywnych naukowców – sprawnych dydaktyków, promować nowych doktorów, sprzyjać awansom zawodowym doświadczonych pracowników, kształcić młode kadry w ramach Stacjonarnych Studiów Doktoranckich oraz pozyskiwać finansowanie m. in. ze środków Narodowego Centrum Nauki, wcześniej z MNiSW, czy też z Komitetu Badań Naukowych (KBN).

Chciałbym również z nieukrywaną satysfakcją powiedzieć o działaniach w obszarze organizacyjno-dydaktycznym, gdzie idea gruntownej modernizacji i remontu pomieszczeń laboratorium naukowo-dydaktycznego Katedry i Zakładu Chemii Organicznej, będącym jednym z największych w Polsce i najstarszych laboratoriów na Wydziale (1951 r.), zrodziła się na przełomie lat 2008/2009. Sposobność pojawiła się w ramach ubiegania się przez Wydział Farmaceutyczny o dofinansowanie w *Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko 2007-2013*, kiedy to przygotowałem wraz z moim zespołem całościowy projekt modernizacji wraz ze szczegółowym kosztorysem. Jej realizacja stała się jednak możliwa dopiero w latach 2013-2014, po uzyskaniu przez Wydział Farmaceutyczny statusu Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego (KNOW) na lata 2012-2017 i związanego z tym dodatkowego finansowania działalności naukowo-dydaktycznej. To poważne przedsięwzięcie, którego koszt wyniósł ponad 1 000 000 zł, zostało urzeczywistnione m.in. za sprawą zaangażowania dziekana prof. Wiesława Sawickiego i przy wsparciu władz Uczelni w osobie rektora prof. Janusza Morysia. Rola, jaką spełnia dziś laboratorium naukowo-dydaktyczne w strukturze Katedry i Uczelni jest niezmiernie istotna. To tu odbywają się zajęcia z preparatyki i analizy związków organicznych dla studentów II roku kierunków farmacja oraz analityka medyczna w semestrach zimowym i letnim. Równocześnie laboratorium wyposażone w nowoczesny, sterowany automatycznie system wentylacji nawiewno-wywiewnej jest miejscem realizacji badań naukowych prowadzonych przez pracowników naukowo-dydaktycznych Katedry oraz naszych magistrantów.

Odpowiadając na kolejne pytanie, jestem głęboko przekonany, że bez satysfakcji praca naukowa byłaby niemożliwa. Czasami pytam młodego pracownika czy zdaje sobie w pełni sprawę z doniosłości tego, że uzyskał właśnie nowy związek chemiczny? Z faktu, że udało mu się połączyć poszczególne atomy w sposób, w jaki jeszcze nikt nigdy przedtem tego nie dokonał i na dodatek to połączenie jest na tyle trwałe, że udaje się precyzyjnie określić jego strukturę molekularną. A jeżeli jeszcze ten związek oddziałuje z celem biologicznym, to już jest powód od ogromnej satysfakcji, ale to dopiero początek długiej drogi do ewentualnego sukcesu.



Z żoną Basią podczas urlopu w Chinach, Pałac Letni cesarzowej Cixi, sierpień 2016 r.

Moje osobiste satysfakcje zawodowe to też chwile kiedy widzę, jak mój podopieczny rozwiązuje problem zgodnie z przekazanymi wcześniej kanonami sztuki i dodatkowo zaskakuje swoją kreatywnością i śmiałymi przemyśleniami, ale na to potrzeba czasu i dobrze kiedy zdarza się to często.

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

Razem z moją żoną Basią stanowimy przykład rodziny, w której oboje pełnimy odpowiedzialne funkcje zawodowe, co pociąga za sobą określone obciążenia i nieustanny deficyt wolnego czasu. Staramy się jednak temu przeciwdziałać. Jest wsparcie, wyrozumiałość i partnerstwo, to żonie zawdzięczam dobrą atmosferę domu rodzinnego, kultywowanie tradycji i dbałość o naszych najbliższych. To wzmacnia i uodparnia w wielu sytuacjach życiowych. Córka Maja wybrała zawód lekarza, jest doktorem medycyny, uzyskała właśnie specjalizację z interny, zięć Maciej jest elektronikiem. Ich dwójka dzieci – Helenka (7 lat) i Mikołaj (3,5 roku) to nasze oczka w głowie, tym bardziej, że dzielą się pozazawodowe pasje dziadka. Na relaks i wypoczynek czasu jest niewiele. Dość często odwiedzamy Teatr Muzyczny im. Dąbrowskiej w Gdyni, jednak ulubionym miejscem weekendów jest *Jarkówka*, położona niedaleko Gdańska w nadleśnictwie Kolbudy, gdzie zajmujemy się ogrodem, czytaniem zaległych książek, obserwowaniem przyrody, zbieraniem grzybów, wędkowaniem i fotografią. Krótkie urlopy dzielimy z trudem pomiędzy *Jarkówkę* i podróże po kraju lub w egzotyczne rejony świata. ■



Sukcesy pozazawodowe, sierpień 2014 r.

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI

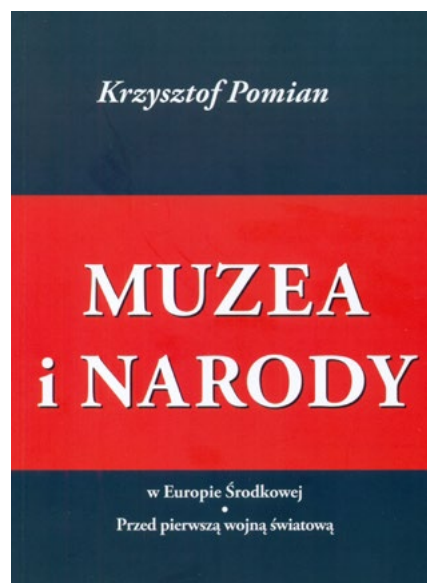
Tajemnice z muzealnej półki wyjątkowo tym razem przedstawiają obiekt niezwiązany z historią GUMed lub dziejami medycyny i historii.

W maju 2015 r. podczas uroczystości odnowienia doktoratu prof. Krzysztofa Pomiana na Uniwersytecie Warszawskim podjęto decyzję o wydaniu w języku polskim trzeciego rozdziału Jego książki *Le Musée: une histoire mondiale*. Całość bardzo obszernej, monumentalnej pracy opublikowana zostanie przez wydawnictwo Gallimard. Prezentowany Czytelnikom rozdział nosi tytuł *Muzea i narody w Europie Środkowej. Przed pierwszą wojną światową*. Przedstawia obraz kształtowania się muzeów i ich ewolucji z form mniej lub bardziej przypadkowych kolekcji ku placówkom będącym pierwowzorami współczesnych muzeów i galerii. Publikacja jest bogato ilustrowana. Prof. Krzysztof Pomian uważany jest za światowy autorytet w zakresie zjawiska kolekcjonerstwa i muzealnictwa. Jego książka *Zbieracze i osobliwości: Paryż – Wenecja XVI-XVIII wiek* z 1996 r. weszła na stałe do światowego kanonu publikacji poświęconych fenomenowi kolekcjonerstwa.

Dzieło prof. Krzysztofa Pomiana wydano staraniem Stowarzyszenia Muzeów Uczelnianych (SMU), którego członkiem instytucjonalnym jest Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Czytelników zainteresowanych lekturą tej publikacji prosimy o kontakt z Muzeum.

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.



Szpital Pluszowego Misia w przedszkolu Sokrates

Ostatnia akcja Szpitala Pluszowego Misia w tym semestrze akademickim odbyła się 18 stycznia br. Studenci GUMed z IFMSA-Poland Oddział Gdańsk odwiedzili dzieci i ich pluszowych pacjentów z przedszkola Sokrates. Dzieci rejestrowały misie, osłuchiwały je, bandażowały, robiły RTG, USG i wiele wiele innych medycznych czynności. W akcji pomógł tradycyjnie PTSF Oddział Gdańsk, przygotowując stoisko apteki, gdzie dzieci wyrabiwały leki dla swoich chorych podopiecznych. ■



Klinika na peryferiach

– ostatni rozdział? (cz. 5)

prof. Kazimierz Krajka

Po sprzedaży Szpitala Klinicznego przy ul. Kieturakisa redaktor naczelny *Gazety AMG* prof. Bolesław Rutkowski wystąpił z inicjatywą opublikowania wspomnień byłych pracowników klinik zlokalizowanych w Szpitalu. Pomysł niezwykle trafiony. Powinno się ocalić od zapomnienia ten szczególny fenomen, jakim był Szpital przy ul. Łąkowej. Dzięki ludziom tam pracującym, wśród których było wiele wyjątkowych pod względem naukowym, zawodowym, społecznym i towarzyskim osobowości, Szpital odegrał istotną rolę w historii miasta i Akademii Medycznej w Gdańsku.

Odpowiada mi forma dotychczasowych publikacji, w których autorzy, dokumentując wydarzenia i dokonania poszczególnych zespołów, uzupełniają je swoimi osobistymi wspomnieniami i ocenami. Mają one prawo być subiektywne, ale dzięki temu wierniej oddają klimat Szpitala i dramaturgię wydarzeń.

Tytuł cyklu nie bardzo pasuje do historii Kliniki Urologii. Cóż to za peryferia Gdańska, z których było bliżej do Urzędu Wojewódzkiego, Komitetu Wojewódzkiego PZPR czy Dworca Głównego niż z PSK nr 1? Za peryferyjność można przyjąć otoczenie zabytkowych budynków, w których zlokalizowany był Szpital. Tworzyły go zaniedbane, o zwartej zabudowie kamienice ze sklepikami w suterenach, obskurnymi knajpkami, jezdnie o zniszczonej nawierzchni i sąsiedztwo zajezdni tramwajowej.

Opuszczenie Szpitala na Łąkowej nie było też ostatnim rozdziałem w historii Kliniki Urologii. Po przeprowadzce do PSK nr 2 przy ul. Klinicznej kontynuowała swoją działalność w znacznie korzystniejszych warunkach. Mój pierwszy kontakt ze Szpitalem na Łąkowej kojarzy mi się z prawdziwą medycyną. W czasach, gdy rozpoczynałem studia na AMG, a był to 1959 rok, dwa pierwsze, niezwykle trudne lata miały charakter wybitnie teoretyczny. Pierwsze zajęcia kliniczne z interny i chirurgii rozpoczynały się na III roku i to właśnie w klinikach Szpitala na Łąkowej. Zajęcia z interny kojarzą mi się po latach z zabytkowym wejściem do tzw. Willi Uphagena, gdzie w holu znajdowała się naturalnych rozmiarów figura Matki Boskiej, łudząco podobnej do tej z grotu w Lourdes, skrzypiące, wąskie drewniane schody wijące się spiralnie na piętro, wąskie korytarzyki między małymi salkami chorych i autentyczne zaangażowanie asystentów w przekazywanie internistycznej wiedzy. Pamiętam obchody prowadzone z niezwykle taktowną kulturą przez prof. Mieczysława Gamskiego, nazywanego przez studentów „Żarówką”, ze względu na kształt i owłosienie głowy.

Ale co tam interna. Prawdziwe wspomnienia wiążą się z chirurgią. Klinika Chirurgiczna zlokalizowana była w nowej

części Szpitala. Co prawda Izba Przyjęć i Ambulatorium zlokalizowane były na poziomie sutereny, gdzie zniszczone grzybami tynk odpadał, obnażając cegły, a zapach stęchlizny mieszał się z zapachem środków dezynfekcyjnych. Najbardziej wrył mi się w pamięć jeden z wykładów prof. Zdzisława Kieturakisa. Niska, pełna ławek w półmroku wąskich suterenowych okien sala, z niewielką katedrą i podestem. Prof. Kieturakis! Już samo nazwisko zwiastuje coś niezwykłego. Szczupła, dystygowana postać siwego pana w okularach o cienkich, złotych oprawkach. Piękna twarz emanująca ciepłem i życzliwością. Profesor mówi o raku odbytnicy. Po chwili asystenci wprowadzają chorego. Starszy, kulturalny pan przeprasza zebranych za to co za chwilę na prośbę Profesora zrobi. Klęka na podeście, opuszcza spodnie od piżamy i wypina pośladki w kierunku sali wykładowej. Kilka kroków od podestu siedzą jak zwykle wystrojone studentki. Przed nimi wypięte nagie pośladki, długa zwisająca między udami moszna. Tak zaczyna się prawdziwa medycyna.

Profesor wykonuje badanie *per rectum* i zwrócony do audytorium opisuje lokalizację wielkości miskowatego owrzodzenia i stosunek nacisku do sąsiednich struktur anatomicznych. Następnie prosi jedną z wystrojonych studentek, nazywanych przez kolegów spadochroniarkami, z powodu sztywnych halek, o samodzielne powtórzenie badania. Pamiętam to jak dziś.

Dr A. Stanek słusznie pisze o fenomenie Zespołu Kliniki Chirurgicznej. O jego istnieniu decydowali ludzie. Przede wszystkim indywidualności szefów: prof. Z. Kieturakisa, prof. Z. Wajdy, ale również zespołu asystentów. Myślę, że przyczy-



Prof. Kazimierz Adamkiewicz

na pozytywnej ich selekcji tkwiła w tym, że pierwszy kontakt z chirurgią studenci doświadczali na III roku właśnie na Łąkowej. Dlatego Ci najwartościowszy, o inklinacjach w kierunku dziedzin zabiegowych związali się z tą Kliniką, stając się w przyszłości pełnoprawnymi członkami zespołu. Podążylem tą drogą, wstępując do Kółka Chirurgicznego, którego opiekunem był wówczas dr Janusz Wąsowski.

Praca w Kole polegała głównie na uczestniczeniu w ostrych dyżurach. Co 4 dni Klinika pełniła ostry dyżur chirurgiczny dla Pruszcza Gdańskiego, Gdańska i Sopotu. Pogotowie Ratunkowe zwoziło przypadki urazowe i ogólnochirurgiczne. Co za różnorodność problemów! Prawdziwa szkoła życia. Na samym wstępie porażka. Ja, jako jedyny z 5 braci mogący asystować mamie przy brutalnym uśmiercaniu kaczek z pozyskiwaniem krwi do zupy zwanej czarniną, zemdlałem śledząc zabieg chirurgiczny. Nieprzespana, pełna wrażeń noc i chory, płytko znieczulony, wyrrywający nogę w trakcie amputacji zgorzelinowo zmienionego palucha. Odleciałem bez ostrzeżenia, upadając przewróciłem stolik z rozłożonymi sterylnymi narzędziami.

Moje członkostwo w Kole Chirurgicznym zakończył incydent, który na zawsze utkwiał mi w pamięci i zrodził awersję do Szpitala na Łąkowej. Zbliżała się północ. W nagrodę za zaangażowanie w ostrym dyżurze opiekun Koła polecił umyć się do *appendectomii*. Miałem być drugą asystą, czyli trzymać haki. Najpierw mycie rąk. Dwa razy po 5 minut dwoma jałowymi szczotkami. Drugą szczotkę musiałem powtórzyć, ponieważ niechcący dotknąłem dłonią kranu. Czepek, maska i fartuch założony przez „lotną” instrumentariuszkę. Jeszcze bez rękawiczek stoję z boku, z rękami uniesionymi jak do modlitwy. Nagle na salę wchodzi nadzorujący pracę zespołu ostrodyżurowego doc. Wiktor Taubenbfligiel. – Panie docencie! Robimy wyrostek – zaraportował dr Wąsowski. Tak! To dobrze! A ten ch... co tu robi? Najwyraźniej chodziło o mnie. A to nasz kolega z Kółka Chirurgicznego będzie nam asystował – pospiesznie wyjaśnił opiekun Kółka. Niech on stąd wypie... Szukać mi Tomaszewskiego. Kolega Piotr P., prywatnie sympatia koleżanki z roku, odbywał w Klinice staż

podyplomowy i miał obowiązek asystować do operacji. Głęboko dotknięty, rozmyślałem się i łykając łzy upokorzenia, wróciłem nocnymi tramwajami do akademika na ul. Hibnera (obecnie Do Studzienki). Maturę zdawałem w Liceum Ogólnokształcącym w Malborku i znałem łacinę, ale nie w tak wulgarnym wydaniu, w ustach nauczyciela akademickiego! Rok później wstąpiłem do Kółka Chirurgicznego przy II Klinice Chirurgicznej na ul. Dębinki. Tyle wstępu!

Historia urologii w Szpitalu na Łąkowej rozpoczęła się w listopadzie 1953 r., kiedy to dr Tadeusz Lorenz, ordynator Oddziału Urologii I Kliniki Chirurgicznej został przeniesiony do III Kliniki Chirurgicznej. Samodzielny oddział urologiczny, liczący 30 łóżek, zlokalizowany na I piętrze prawej, nowszej części Szpitala był faktycznie podległy kierownictwu Kliniki Chirurgicznej pod względem zaopatrzenia w sprzęt techniczny, spraw kadrowych i działalności naukowo-dydaktycznej. Jej asystenci rotacyjnie przechodzili szkolenia urologiczne.

Dr Tadeusz Lorenz habilitował się w 1955 r. na podstawie pracy *Rak ciał w leczeniu złośliwych i łagodnych nowotworów stercza*. W tym samym roku doc. T. Lorenz założył w Gdańsku Pomorskie Koło Urologów oraz zorganizował Ogólnopolski Dzień Urologiczny, którego tematem był rak gruczołu krokowego. W latach 1953-1958 w skład zespołu Oddziału Urologii wchodził: dr Alfons Wojewski oraz lekarze: Halina Bar-Borowska, Bolesław Garlicki, Jerzy Pucek, Stanisław Wróbel, Lesław Steinmetz, Janusz Michajda, Bogna Plich-Sienkiewicz i Jan Renkielski. Jesienią 1956 r. z Oddziału odszedł adiunkt dr Alfons Wojewski, powołany na stanowisko kierownika Kliniki Urologicznej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. W 1955 r. dr Janusz Michajda wyjechał do Wietnamu jako lekarz misji polskiej. W lutym tego roku Oddział opuścił doc. Tadeusz Lorenz, któremu zaproponowano objęcie kierownictwa Kliniki Urologii AM we Wrocławiu. Na jego miejsce władze Uczelni powołały adiunkta Jana Renkielskiego.

Głównym przedmiotem zainteresowań naukowych doc. T. Lorenza był rak stercza i kamica układu moczowego. Już w 1948 r. pojawiła się na łamach *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego* obszerna publikacja pt. *Rak gruczołu krokowego*. Była to pierwsza, oparta na wynikach badań morfologicznych, praca w powojennej Polsce, propagująca zachowawcze leczenie tego nowotworu. W uznaniu wyników prac badawczych nad nowotworami stercza doc. T. Lorenz został zaproszony przez Ministerstwo Zdrowia do wygłoszenia referatu programowego pt. *O leczeniu raka stercza* na posiedzeniu Rady Chirurgów w Warszawie 1 grudnia 1955 r. Do uczniów późniejszego profesora T. Lorenza należą: prof. Jerzy Dybicki, kierownik II Kliniki Chirurgicznej i I Kliniki Chirurgii Ogólnej AM w Gdańsku, prof. Alfons Wojewski, kierownik Kliniki Urologii w AM w Szczecinie, doc. Jarowit Stolarczyk i prof. Jerzy Lorenz, kierownicy Kliniki Urologii we Wrocławiu i doc. Stanisław Wróbel, kierownik Kliniki Urologii AM w Bydgoszczy.

Powołanie dr. Jana Renkielskiego w lutym 1958 r. na ordynatora rozpoczęło kolejny rozdział w działalności Oddziału



Uroczystość z okazji pięćsetnej operacji; od lewej: dr L. Steinmetz, dr B. Plich-Sienkiewicz, piel. L. Bogdanowicz, prof. K. Adamkiewicz, piel. E. Górską, dr W. Ahn, dr K. Tarnowiecki (stoi) oraz doc. S. Wróbel

łu Urologicznego III Kliniki Chirurgicznej. Nowy ordynator, prywatnie ojciec mojego przyjaciela dr. Krzysztofa Renkielskiego, kolegi z II Kliniki Chirurgicznej i zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii Szpitala na Zaspie. Zaprzyjaźniliśmy się odbywając jako jedyni z roku szkolenie w wojskach powietrznodesantowych, tzw. czerwonych beretach w Krakowie. Dr J. Renkielski rozpoczął pracę w naszej Uczelni już we wrześniu 1945 r., początkowo jako chirurg szczękowy, a następnie w Klinikach Chirurgicznych kierowanych przez profesorów K. Michejdę i K. Dębickiego. W wyniku tzw. buntu aniołów przeszedł do III Kliniki Chirurgicznej na Oddział Urologiczny, gdzie pod kierunkiem doc. T. Lorenza uzyskał specjalizację z urologii w 1958 r. Cóż to takiego bunt aniołów?

Mój wspólny nauczyciel prof. Jerzy Dybicki w swym monumentalnym, trzytomowym dziele *Chirurgia moja miłość* nie wspomina o tym wydarzeniu nawiązującym do Starego Testamentu. Gdy zostałem asystentem prof. Dębickiego, starsi koledzy opowiadali jak przed laty część asystentów II Kliniki Chirurgicznej, niezadowolonych z rozpisów operacyjnych, zdominowanych przez prof. Dybickiego i jego prawą rękę dr. Magierę, wystąpiła ze skargą do władz Uczelni i jak to wówczas bywało do Komitetu Uczelnianego PZPR. Podobno jeden ze „zbuntowanych aniołów”, wykorzystując znajomości wyniesione z pracy w Służbie Więziennej spowodował, że dr Magiera dostał 48-godzinny nakaz opuszczenia tzw. Strefy Granicznej, w której znajdowało się Trójmiasto. Skutki buntu, podobnie jak w biblijnym pierwowzorze, były dla buntowników katastrofalne. Wszyscy musieli zmienić miejsce pracy. W omawianym okresie na Oddziale pracowali: Lesław Steinmetz, Stanisław Wróbel, Baar-Borowska i Bogna Plich-Sienkiewicz.

W 1862 r. dr Jan Renkielski uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie rozprawy pt. *Badania eksperymentalne u królików nad uzupełnieniem ubytków pęcherza moczowego ścianą jelita grubego*. W kolejnych latach obronili prace doktorskie: Stanisław Wróbel – *Wartość pelweonografii w ocenie głębokości nacieczenia raka pęcherza moczowego* – 1965 i rok później Lesław Steinmetz – *Wartości pomiaru mikcji w rozpoznaniu przeszkody dolnych dróg moczowych*. W 1960 r. dr J. Renkielski przebywał na szkoleniu w Klinice prof. Couveleaire'a w Paryżu. W okresie tym opublikowano 24 prace, a dwóch lekarzy uzyskało specjalizację z zakresu urologii. Zespół dwukrotnie w latach 1963 i 1967 zorganizował posiedzenia Oddziału Północno-Zachodniego PTU. Wprowadzano nowe typy operacji odtwórczych dróg moczowych z użyciem jelita cienkiego i grubego, zespolenia miedniczki pęcherzowej oraz operacje plastyczne w zwężeniu cewki moczowej. Wprowadzono elektroresekcję przezcewkową gruczolaka stercza i raka stercza oraz nowotworów pęcherza moczowego. Dr Jan Renkielski był utalentowanym i podejmującym wyzwania operatorem. Świadczą o tym jego publikacje dotyczące odtwarzania cewki i prąca po urazowej amputacji, wszczepienie fragmentów zębra w zaburzeniach wzrodu zespolenia ciał jamistych z żyłą odpiszczelową wielką w leczeniu priapizmu. Na szczególną uwagę zasługuje ogłoszona w *Polskim Przeglądzie Chirurgicznym*



Prof. K. Adamkiewicz z prof. Vahlensieckim z Bonn

w 1972 r. praca pt. *Wyniki operacji wytwórczych pęcherza moczowego (intestinocystoplastica)*. Autor omawia w niej wyniki przeprowadzonych w latach 1959-1969 różnych operacji tego typu u 17 chorych. Przedstawiony materiał stawia gdański ośrodek na drugim miejscu po oddziale prof. L. Mazurka z Tuszynka w Polsce. I chociaż zastanawia niezwykle wysoki odsetek wczesnych zgonów pooperacyjnych z powodu nieszczelności zespolenia jelitowych, ewenteracji i rozlicznych zakażeń otrzewnej, z uznaniem trzeba podkreślić że dr J. Renkielski wyprzedził prawie o 20 lat rutynowe użycie odcinków przewodu pokarmowego do ponad pęcherzowych odprowadzeń moczu i rekonstrukcji dróg moczowych.

Według jego długoletniego współpracownika dr. Jerzego Kossaka był człowiekiem cichym, skromnym i unikającym autoreklamy. Wszechstronnie wykształcony, posługiwał się płynnie językiem niemieckim, angielskim i francuskim. Był autorytetem w języku łacińskim i greckim. W jednym z poprzednich odcinków dr Stanek cytuje jedno z oryginalnych powiedzonek dr. Renkielskiego. Również pamiętam ze stażu do specjalizacji II stopnia z chirurgii dość teatralne zach-



Prof. K. Adamkiewicz przed operacją

wanie w trakcie badania *per rectum*, z uprzejmym a *teraz palec na chwilę, cewnik na stałe* do badanego. Z powodu oryginalności zachowań i kontrowersyjnych wypowiedzi nie był ulubieńcem władz Uczelni i części grona profesorskiego, co prawdopodobnie było powodem nieukończenia habilitacji, a w następstwie opuszczenia Oddziału. Ofiarą tej niechęci został jego syn Krzysztof. Były to czasy, gdy corocznie Uczelnia musiała wytypować 2 asystentów do odbycia dwuletniej służby wojskowej. Kandydatów przedstawiał Rektorowi Komitet Uczelniany PZPR. I tak oto zaraz po zatrudnieniu w II Klinice Chirurgicznej Krzysztof Renkielski został lekarzem Pułku Czołgów Ciężkich w Braniewie. Gdy wrócił do Kliniki, ja miałem już I stopień z chirurgii ogólnej.

Wspomnienia z tego okresu Oddziału mam dość skromne. W 1970 r. odbyłem miesięczny staż urologiczny w ramach specjalizacji na II stopień z chirurgii. Oddział kojarzył mi się wszechobecnym grzybem powodującym odpadanie płacami tynku i zapachem moczu. Trudno to sobie wyobrazić, ale nieznanym był wówczas sposób odprowadzania moczu samotrzymującymi się cewnikami Foleya. Aby cewniki utrzymać w pęcherzu bądź przyszywać je do napletka, przywiązywano je nicią i oklejano przylepcem. Cewniki nie były podłączone do worków, lecz zanurzone w butelkach przyręczonych bandażem do pasa chorego lub łóżka. Oczywiście często zdarzało się, że cewnik wysuwał się z butelki, a mocz zraszał podłogę wyłożoną parkietem. Stąd ten zapach. Ze względu na nagminnie stosowany drenaż otwarty ran pooperacyjnych, chorzy okładani byli grubymi warstwami ligniny, w którą wsiąkała krew czy ropna wydzielina i mocz. Dla asystenta Kliniki, w której stosowano czynny drenaż metodą Redona i prowadzenie ran pooperacyjnych na otwarto bez opatrunku, trąciło to anachronizmem.

Mówiąc o historii Oddziału Urologicznego, nie można pominąć pielęgniarek oddziałowych: Heleny Kopiejć, Wandy Sipińskiej i Heleny Kulczyckiej. Pielęgniarkami operacyjnymi były: Jadwiga Budyta i Zofia Górską. Ich zaangażowanie złożyło się na ostateczny wynik pracy Oddziału. Postacią nieodłącznie związaną z Oddziałem był Władysław Tysarczyk, który mimo niskiego wynagrodzenia niezwykle aktywnie

uczestniczył w codziennej prac, pełniąc funkcje golibrody, noszowego czy gońca. Jego pogodnie *miłego dnia* witało pracowników do czasu likwidacji Szpitala.

Rok 1970 był przełomowym dla Uczelni. Decyzją centralnych władz rozpoczęto likwidację tradycyjnych klinik i katedr, łącząc je w większe struktury zwane Instytutami. Samodzielność i autonomia Kliniki miała zostać ograniczona i poddana kontroli mianowanego przez władze Uczelni (w praktyce Komitet Uczelniany PZPR) dyrektora. Z trzech Klinik Chirurgicznych utworzono Instytut Chirurgii, w skład którego weszło 6 Klinik i Zakład Anestezjologii i Reanimacji. Jedną z Klinik miała być Klinika Urologii powołana na bazie dotychczasowego oddziału urologicznego III Kliniki Chirurgicznej, pod warunkiem powierzenia jej kierownictwa samodzielnemu pracownikowi naukowemu. Konkurs na to stanowisko wygrał doc. Kazimierz Adamkiewicz, który kierował Oddziałem Urologicznym Kliniki Chirurgicznej Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. Dzięki temu 1 grudnia 1971 r. utworzono Klinikę Urologii Instytutu Chirurgii AMG. Klinika Urologii miała początkowo skromną obsadę personalną. Oprócz kierownika zatrudnieni byli na etatach naukowo-dydaktycznych: Stanisław Wróbel, Lesław Steinmetz i Kazimierz Tarnowiecki, a na etacie szpitalnym Bogna Plich-Sienkiewicz. Dr L. Steinmetz opuścił Klinikę w 1974 r., obejmując stanowisko ordynatora Oddziału Urologicznego Szpitala im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Pracujący w Klinice jako wolontariusz dr Jerzy Niemirowicz w grudniu 1981 r. został ordynatorem Oddziału Urologicznego Szpitala MSW w Łodzi. 1 kwietnia 1983 r. lek. B. Plich-Sienkiewicz przeszła na Oddział Chirurgiczny Szpitala PKP w Gdańsku. W 1985 r. Klinikę opuścił również doc. dr hab. Stanisław Wróbel, powołany na kierownika Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W Klinice zatrudnieni byli również czasowo lekarze: W. Ahn, J. Wróbel, J. Korda, M. Strzałkowski. Trzej pierwsi opuścili kraj, znajdując zatrudnienie w Niemczech. M. Starżkowski przeszedł na Oddział Chirurgii Szpitala Marynarki Wojennej w Oliwie. W późniejszym czasie zatrudnieni zostali asystenci: Lech Stachurski, Andrzej Matejczuk, Arkadiusz Mikszewicz i Krzysztof Szkarłat.

Pierwsze 17 lat działalności Kliniki łączy się nierozdzielnie z osobą jej kierownika prof. Kazimierza Adamkiewicza. Dzięki niezwyklej aktywności zawodowej, naukowej i organizacyjnej zapewnił on Klinice czołową pozycję w kraju. Wymienione w dalszej części opracowania osiągnięcia Kliniki są w głównej mierze jego zasługą. Przez wiele lat w wielokierunkowej działalności wspierali go doc. S. Wróbel (zastępca) i dr K. Tarnowiecki (adiunkt). Na wyróżnienie zasługuje również wieloletnia, pełna zaangażowania praca pielęgniarek: Zofii Górskiej (kierownika bloku operacyjnego), Leokadii Szóskiewicz i Heleny Olszewskiej (zabiegowych) oraz Heleny Kulczyckiej i Urszuli Muchyńskiej (oddziałowych).

Do głównych zainteresowań Kliniki należała onkologia urologiczna, a w szczególności leczenie nowotworów jądra. Dzięki wprowadzeniu przez prof. K. Adamkiewicza nowoczesnych metod rozpoznawania i leczenia zarodkowych guzów jądra ośrodek gdański należał do najlepszych w tej



Prof. K. Adamkiewicz prowadzący obrady (drugi od prawej)

dziejnie w kraju. Jako pierwszy rozpoczął wykonywanie limfadenektomii zaotrzewnowej oraz chemioterapii systemowej, gromadząc do 1985 r. największy materiał w Polsce. Wyrazem tych osiągnięć było powierzenie Klinice w 1986 r. organizacji XIX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Urologicznego, którego tematem głównym były zarodkowe guzy jądra. O osiągnięciach świadczą też referaty wygłaszane na zjazdach zagranicznych: Rostok (1985 r.), Halle (1986 r.), Kolonia (1987 r.), Magdeburg (1987 r.) i Ceskie Budejovice (1987 r.). Prowadzone na dużym materiale badania poziomów we krwi markerów nowotworowych (AFP, beta-HCG, CEA) i ich przydatności w rozpoznawaniu, leczeniu i rokowaniu nowotworów jądra stały się przedmiotem pracy doktorskiej Arkadiusza Mikszewicza (1993 r.).

Będąc niezwykle sprawnym operatorem, prof. K. Adamkiewicz przeprowadzał unikalne w kraju operacje, podnosząc prestiż Kliniki. Oprócz wymienionej już limfadenektomii zaotrzewnowej należą do nich: nefrolitotomia totalna, autotransplantacja i częściowa resekcja nerki w jej nowotworach. Znane było powiedzenie prof. Adamkiewicza: *Chirurdzy dzielą się na tych, którzy potrafią wyjaśnić dlaczego danej operacji nie można przeprowadzić i tych, którzy je wykonują.*

Dzięki prof. K. Adamkiewiczowi Klinika Urologii AMG stała się również czołowym ośrodkiem endourologicznym w kraju. Jako jeden z pierwszych wprowadził on bowiem do codziennej praktyki elektroresekcję gruczołu krokowego i nowotworów pęcherza moczowego, uretrotomię optyczną i nefrolitolapsję.

W omawianym okresie przeprowadzono 3 przewody doktorskie:

- Kazimierz Tarnowiecki – *Ocena przydatności kleju tkanekowego Chirucoll do zaopatrywania przecięć ściany pęcherza moczowego u szczurów, 1977 r.*
- Jerzy Niemirowicz – *Wpływ operacji usunięcia gruczolaka stercza na układ krzepnięcia i fibrynolizy krwi, 1978 r.*
- Lech Stachurski – *Leczenie zwężeń męskiej cewki moczowej wewnętrznym nacięciem pod kontrolą wzroku, 1989 r.*

Stanisław Wróbel habilitował się w 1972 r. na podstawie pracy *Kawernoflebografia i kawernozografia*. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał doc. dr hab. Kazimierz Adamkiewicz w 1979 r., a zwyczajnego w 1988 r.

Pracownicy Kliniki, którzy objęli samodzielne stanowiska zawodowe:

- dr med. Lesław Steinmetz – ordynator Oddziału Urologii szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu (1974 r.),
- dr n. med. Jerzy Niemirowicz – ordynator Oddziału Urologii szpitala MSW w Łodzi (1981 r.),
- doc. dr hab. Stanisław Wróbel – kierownik Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy (1985 r.).

Klinice Urologii powierzono organizację następujących ogólnopolskich konferencji naukowych:

- Gdańsk 1972 r. – Dzień Urologiczny PTU *Kamica odlewna nerki i ponad pęcherzowe odprowadzenie moczu,*

- Gdańsk 1986 r. – 19 Zjazd Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Prof. J. Zieliński w sprawozdaniu z tego ostatniego napisał: *Niewątpliwie 19 Zjazd PTU w Gdańsku należy do najbardziej udanych w dziejach tego Towarzystwa i stanowi duży sukces organizatorów.*

Moje kontakty z Kliniką Urologii w omawianym okresie były ograniczone. Zajęty byłem pracą w macierzystej I Klinice Chirurgii Ogólnej, uczestniczeniem w Medycznej Brygadzie Solidarnościowej w czasie wojny domowej w Angoli oraz prowadzeniem kontraktu medycznego w latach 1978-80 w Dernie (Libia) aż do grudnia 1981 r. Po raz pierwszy w życiu doznałem kolki nerkowej. Ponieważ ataki pojawiały się z niezwykłą intensywnością wyładowałem w Klinice Urologii. Po kilku dniach skłute miałem żyły przedramion, pośladki i ramiona, a kamień tkwił ciągle w środkowej części prawego moczowodu. Co gorsza wykonana urografia stwarzała podejrzenie obecności guza w nerce lewej. Aby uściślić rozpoznanie, konieczna była arteriografia, o tomografii komputerowej i ultrasonografii nikt jeszcze nie słyszał. W międzyczasie generał Jaruzelski wprowadził stan wojenny. Ponieważ w okolicy Dworca Głównego i mostu Błędnik trwały starcia stoczniovców z ZOMO rozklekotaną karetką, dygocąc z zimna z oczami pełnymi łez od gazów łzawiących dotarłem okrężną drogą przez ul. Świerczewskiego (obecnie Długie Ogrody) na Dębinki. Guz na szczęście okazał się torbielą, a kamień po wypiciu 8 puszek piwa DAB kupionych w Peksie i bieganiu po drewnianych zabytkowych schodach prowadzących z Zakładu Radiologii na najwyższe piętro Kliniki Chirurgicznej nareszcie ruszył. W czasie mego pobytu Klinikę prowadził doc. S. Wróbel. Z wdzięcznością wspominał profesjonalną i troskliwą opiekę pielęgniarek z oddziałową Kazimierą Cholewcyńską, które po 8 latach miały stać się moimi podwładnymi. Profesor Adamkiewicz wrócił z urlopu w dniu mojego wypisu. Po zapoznaniu się z moim przypadkiem podał mi rękę i życzył młodszemu koledze szybkiego urodzenia kamienia w domu. Nigdy nie przypuszczałem, że będzie mi dane kierowanie tą Kliniką w kolejnych latach. ■



Marian Teleszyński – w stulecie urodzin

Żołnierz, oficer, komandos, lekarz, naukowiec

W tym roku mija 75 lat od pierwszego skoku polskich komandosów do okupowanego kraju (14/15 luty 1941 r.). Trzy lata później, w nocy z 21 na 22 maja 1944 r., lądował inny cichociemny – Marian Teleszyński.

Marian Bronisław Golarz Teleszyński urodził się 11 lipca 1916 r. w Zagórzcu, zmarł 26 sierpnia 1985 r. w Gdyni. Lekarz ortopeda, dr hab. Akademii Medycznej w Gdańsku, żołnierz Armii Andersa, cichociemny. Urodził się jako Marian Golarz. Jego rodzicami byli Stanisław i Maria z domu Kajzer. Ojciec był pracownikiem parowozowni. Dzieciństwo i lata szkolne spędził w Zagórzcu. W 1935 r. ukończył Gimnazjum im. Królowej Zofii w Sanoku. Po zdaniu matury zgłosił się ochotniczo do rocznej służby w Szkole Podchorążych Rezerwy 22 Dywizjonu Piechoty Górskiej przy 5 Pułku Strzelców Podhalańskich. W 1936 r. rozpoczął studia lekarskie na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Po ukończeniu III roku studiów w 1939 r. został nominowany na ppor. rezerwy i latem tego roku odbył dwumiesięczną praktykę w Szpitalu Sejmikowym w Równem.

Zmobilizowany w kampanii wrześniowej służył jako lekarz w III Dywizjonie 24 Pułku Artylerii Lekkiej, początkowo w Armii Karpaty, potem w Armii Małopolska. Po agresji ZSRR na Polskę 2 listopada 1939 r. aresztowany przez NKWD na Kresach Wschodnich. Osadzony w więzieniu w Dniepropietrowsku, a latem 1940 r. wywieziony do łagrów w okolicach Kujbyszewa, po czym wiosną 1941 r. do Workuty.

W wyniku podpisanego w lipcu 1941 r. układu Sikorski-Majski 16 września tego roku zwolniony. Wędrując przygodnym transportem kolejowym z Workuty, dotarł do Farab nad Amu-darią, a stamtąd barkami do Republiki Karałpackiej. Zgłosił się do powstającej na terenie Związku

Sowieckiego Armii Andersa i otrzymał przydział do 7 Dywizji Piechoty w Kermine. W sierpniu 1942 r. wraz z Armią Polską ewakuował się z ZSRR i statkiem przez Morze Kaspijskie przyплыł do Pahlawi w Iranie. Wiosną przyплыł do Khanakim w Iraku. Latem tegoż roku poprzez Czarną Pustynię dotarł do Palestyny. Tutaj otrzymał awans na stanowisko porucznika.

We wrześniu 1943 r. rząd RP na uchodźstwie ogłosił nabór do elitarniej jednostki komandosów tzw. cichociemnych. Teleszyński zadeklarował swój akces do nowej formacji i wraz z grupą ochotników przyплыł do Aleksandrii w Egipcie. Stamtąd drogą lądową przez Tripolitanię dotarł do Algierii. Z Oranu na pokładzie okrętu Ville de France przyплыł do Tarentu we Włoszech, by wreszcie zawitać w okolice Ostuni, gdzie organizowano kursy spadochronowo-dyweryyjne dla cichociemnych. 14 lutego złożył przysięgę na rotę Armii Krajowej. Powołany też został na adiutanta generała Leopolda Okulickiego. Używał pseudonimu Góral 2 (cyfra dwa wskazywała na pochodzenie cichociemnego z obszaru włoskiego). W nocy z 21 na 22 maja 1944 r. w ramach operacji „Weller 29” (wraz z m.in. Leopoldem Okulickim) został zrzucony na południowy wschód od Krakowa w okolicach Miechowa. Następnie dostał rozkaz by dołączyć do powstającej Poleskiej 30 Dywizji Piechoty AK. Tam objął funkcję szefa służby medycznej w okręgu brzeskim. W sierpniu 1944 r. w ramach akcji „Burza” Poleska Dywizja Piechoty na rozkaz swojego dowódcy Henryka Krajewskiego rozpoczęła marsz na odsiecz walczącej Warszawie, lecz dotarcie do stolicy nie powiodło się. 19 sierpnia w okolicy Dębe Wielkie Sowietci rozbroili i aresztowali akowców. Teleszyński trafił do etapowego obozu w Brześciu nad Bugiem. 10 października 1944 r. znalazł się w więzieniu na Rakowieckiej. Był tam przesłuchiwany oraz torturowany m.in. przez pułkownika Józefa Świątło. Po dwóch latach rodzina przekupiła strażę i w marcu 1946 r. Teleszyński potajemnie opuścił więzienie.

Kariera naukowa

By zmylić UB, powrócił do rodzowego nazwiska Teleszyński. Następnie kontynuował studia medyczne od IV roku na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, po czym przeniósł się do Akademii Medycznej w Gdańsku i tam ukończył medycynę w 1948 r. Przed uzyskaniem dyplomu podjął pracę w Oddziale Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej AMG. W roku akademickim 1953/54 mianowano go adiunktem nowo



utworzonej Kliniki Ortopedycznej AMG, kierowanej przez prof. Zygmunta Ambrosa. Dwukrotnie pełnił obowiązki kierownika Kliniki. Stopień doktora medycyny uzyskał w 1961 r. na podstawie pracy *Metoda pomiaru i korekcji przodoskręcenia szyjki kości udowej we wrodzonym zwicnięciu biodra*. W tymże roku objął stanowisko ordynatora nowo utworzonego Oddziału Ortopedyczno-Urazowego Szpitala Miejskiego w Gdyni, które piastował do czasu przejścia na emeryturę w 1981 r. W 1974 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy *Wybrane problemy leczenia wrodzonego zwicnięcia stawu biodrowego w świetle własnych badań klinicznych*. Opublikował ponad 30 prac, w tym cztery rozdziały w pierwszym po wojnie podręczniku *Zarys ortopedii ogólnej* pod redakcją Z. Ambrosa. Od 1952 r. należał do Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego (w latach 1967-1974 – wiceprezes Oddziału Gdańskiego), po czym został wybrany przewodniczącym sądu koleżeńskiego. Zmarł 26 sierpnia 1985 r. w Gdyni. Został pochowany na Cmentarzu Komunalnym w Sopocie. Był Kawalerem Orderu Virtuti Militari, odznaczony Krzyżem Walecznych, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Armii Krajowej oraz odznaczeniem V klasy. 12 września 2010 r. na ogrodzeniu kościoła pw. Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny w Zagórzcu (gdzie w 1916 r.

został ochrzczony Marian Golarz) odbyło się uroczyste odsłonięcie i poświęcenie tablicy pamiątkowej dedykowanej Marianowi Golarzowi Teleszyńskiemu.

Zebrał prof. B. L. Imieliński

Addendum do artykułu o doc. Teleszyńskim

Kiedy w roku 1948, przed egzaminem wstępnym na Uczelnię, jako słuchacz uczestniczyłem w kursie przedegzaminacyjnym, jednym z wykładowców był (wtedy) absolwent Marian Teleszyński. Późniejszy klinicysta przywracał nam wiedzę z... chemii. Swoim donośnym głosem z lwowskim zaśpiewem prezentował zarys najważniejszych, z punktu widzenia medycyny, kanonów tej dziedziny...

Drugie wspomnienie to egzamin z ortopedii, który odbierał w 1953 r. w nowej siedzibie powołanej Kliniki jako p.o. kierownika (prof. Ambros jeszcze nie objął stanowiska). Adiunkt Teleszyński był surowym, konkretnym i jednocześnie sprawiedliwym egzaminatorem. Później spotykałem Go jeszcze na prowadzonym przez Niego Oddziale Ortopedii i Chirurgii Urazowej szpitala w Gdyni. Nikt wtedy nie wiedział o Jego kombatantwie. ■

Spotkanie opłatkowe Klubu Seniora

Tradycyjne świąteczno-noworoczne spotkanie Seniorów naszej Uczelni odbyło się 14 stycznia br. w Klubie Medyk. Na uroczystość przybyli: rektor prof. Marcin Gruchała, prorektor ds. klinicznych prof. Edyta Szurowska, dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Maria Dudziak, zastępca kanclerza ds. technicznych Zbigniew Krawiec, zastępca redaktora naczelnego *Gazety AMG* prof. Wiesław Makarewicz, ks. Jędrzej Orłowski oraz przedstawiciele Klubu Seniora Uniwersytetu Gdańskiego i Politechniki Gdańskiej. Gości powitał i złożył ciepłe serdeczne życzenia noworoczne przewodniczący Rady Klubu Seniora GUMed prof. Jerzy Krechniak. Wszystkim zebranyom zdrowia, wszelkiej pomyślności i długiego aktywnego życia życzył rektor prof. Marcin Gruchała. Po wspólnie zaśpiewanej kolędzie dzielił się opłatkiem, składając sobie życzenia. Po części oficjal-

nej wszyscy zasiedliśmy do suto zastawionych stołów. Delektując się serwowanymi specjami, z przyjemnością słuchaliśmy kolęd i dobrze znanych przebojów muzyki rozrywkowej w wykonaniu grupy Bard Gdański. Spotkanie upłynęło w świątecznej atmosferze. Śpiewom, tańcom, pogaduszkom i wspomnieniom nie było końca.

Pięknie dziękujemy Kierownikowi i Personelowi stołówki studenckiej za świąteczny wystrój sali, miłą obsługę i serwowane kulinarne specjały. Serdecznie dziękujemy także Jolancie Mostowskiej z Sekcji Pracowniczych Spraw Socjalnych za wkład pracy związany z organizacją tego pięknego spotkania.

mgr Zdzisław Jaroszewicz,

Klub Seniora



Przełomowy rok w polskiej nauce

Narodowy Kongres Nauki

W ubiegłym roku Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego wspólnie z całym środowiskiem akademickim rozpoczęło realizację wielkiego zadania, jakim jest stworzenie nowych podstaw prawnych funkcjonowania polskiej nauki i szkolnictwa wyższego na następne dziesięciolecie. Jest to warunek tego, aby polska nauka rozwijała się znacznie szybciej niż obecnie, aby odrobiła opóźnienia, wpływała na rozwój i innowacyjność gospodarki, doskonaliła organizację życia społecznego i wzbogacała kulturę. Wypracowaniu rozwiązań i krytycznej analizie projektu nowego prawa o szkolnictwie wyższym służy Narodowy Kongres Nauki wraz z poprzedzającym go cyklem 9 konferencji programowych. Wyłonione w ramach konkursu „Ustawa 2.0” trzy niezależne zespoły przygotowują swoje projekty założeń ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, które wraz z dorobkiem przeprowadzonych przez zespoły konsultacji oraz konferencji programowych NKN zostaną wykorzystane w pracy nad projektem nowej ustawy. W ubiegłym roku odbyły się już trzy konferencje programowe, podczas których omawiano umiędzynarodowienie polskich uczelni, problematykę rozwoju nauk humanistycznych i społecznych oraz perspektywy współpracy nauki z gospodarką dla rozwoju innowacyjności. We wrześniu w Krakowie podczas Narodowego Kongresu Nauki odbędzie się debata nad projektem ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, który przedstawi wicepremier, minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin.



Konferencje programowe Narodowego Kongresu Nauki w 2017 r.

1. Prezentacja trzech konkursowych projektów założeń do – Ustawy 2.0

1 marca 2017 r. – Politechnika Warszawska

2. Doskonałość edukacji akademickiej – jak przeorientować uczelnie na jakość kształcenia?

29-30 marca 2017 r. – Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

3. Zróżnicowanie modeli uczelni i instytucji badawczych – kierunek i instrumenty zmian

26-27 kwietnia 2017 r. – Politechnika Gdańska

4. Finansowanie nauki i szkolnictwa wyższego

25-26 maja 2017 r. – Politechnika Łódzka we współpracy z Uniwersytetem Łódzkim

5. Ustrój i zarządzanie w szkolnictwie wyższym

19-20 czerwca 2017 r. – Uniwersytet Warszawski

NARODOWY KONGRES NAUKI

19-20 września 2017 r. – Centrum Kongresowe, ICE Kraków

Więcej informacji www.nkn.gov.pl.

NKN można śledzić na www.facebook.com/Narodowy-KongresNauki i <https://twitter.com/?lang=pl>. ■

W dniu 21 stycznia 2017 r. zmarła

prof. Halina Maria TEJCHMAN-KONARZEWSKA

profesor zwyczajny Akademii Medycznej w Gdańsku, emerytowany kierownik Katedry Zakładu Protetyki Stomatologicznej Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego AMG. Studia stomatologiczne na Oddziale Stomatologicznym AMG odbywała w latach 1953-1958. Bezpośrednio po dyplomie rozpoczęła pracę na stanowisku asystenta w Zakładzie Protetyki Stomatologicznej naszej Uczelni. W 1963 r. przeszła na etat starszego asystenta. Po obronieniu pracy doktorskiej w 1968 r. objęła w 1969 r. stanowisko adiunkta. W 1980 r. habilitowała się uzyskując tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie protetyki stomatologicznej. W marcu 1982 r. została mianowana na stanowisko docenta i w tym samym roku objęła kierownictwo Zakładu Protetyki Stomatologicznej AMG. W kadencji 1987-1990 pełniła z wyboru funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego, kierownika Oddziału Stomatologicznego. W 1991 r. otrzymała tytuł profesora, a w 1996 r. stanowisko profesora nadzwyczajnego. Stanowisko profesora zwyczajnego otrzymała w 1998 r., a w 2007 r. przeszła na emeryturę. Odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2001 r.), Złotym Krzyżem Zasługi (1982 r.), Medalem Komisji Edukacji Narodowej (2005 r.) i Medalem Zasłużonemu AMG (1994 r.). Z wielkim smutkiem i żalem żegnamy zasłużonego specjalistę i nauczyciela akademickiego, wychowawcę wielu pokoleń lekarzy dentystów i studentów.

W dniu 6 lutego 2017 r. zmarła

mgr Maria JANKOWSKA

kustosz, absolwentka Uniwersytetu Gdańskiego Wydziału Humanistycznego kierunku bibliotekoznawstwo i informacja naukowa. Emerytowany pracownik Oddziału Informacji Naukowej Biblioteki Głównej. Zatrudniona w Uczelni od 15 listopada 1982 r. do 31 grudnia 2002 r. Wdrażała i obsługiwała w Bibliotece komputerowe systemy naukowej informacji medycznej, dzięki którym środowisko akademickie uzyskało szybki dostęp do najnowszych światowych osiągnięć nauki. Z wielkim zaangażowaniem i oddaniem służyła swoją wiedzą i umiejętnościami czytelnikom, ciesząc się ich szacunkiem i uznaniem. Bibliotekarz z pasją wykonujący swój zawód, koleżanka, na którą zawsze można było liczyć. Człowiek niezwyklej kultury i wrażliwości.

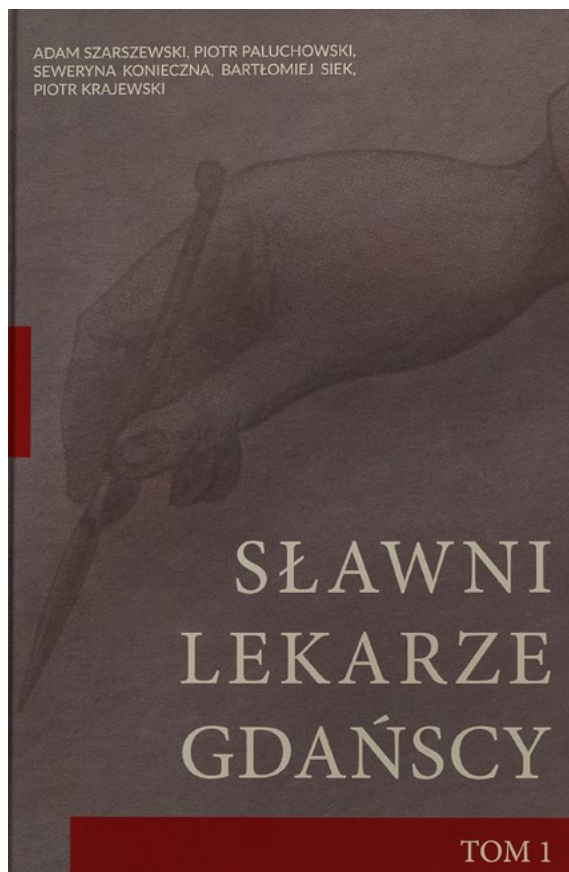
Polecamy Czytelnikom

Ze wstępu...

Książka, którą oddajemy do rąk Czytelników, stanowi pierwszą z publikacji, których celem jest przybliżenie sylwetek lekarzy działających w Gdańsku od czasów najdawniejszych po dziś dzień.

W historiografii medycyny polskiej dzieje medycyny w Gdańsku stanowią odrębną i niezwykle ważną kartę. Od czasów Odrodzenia to tutaj znajdował się jeden z głównych ośrodków wiedzy medycznej Rzeczypospolitej promieniujący na pozostałe regiony kraju. Tak też jest i obecnie. Gdański Uniwersytet Medyczny to jedna z najważniejszych uczelni w dzisiejszej Polsce, mająca wysoko wyspecjalizowane kadry, nie tylko o uznanej renomie dydaktycznej i badawczej, ale także znakomitej reputacji diagnostycznej i terapeutycznej.

Jednak w naszych monografiach nie chcemy się odwoływać tylko do tradycji uprawiania medycyny jako takiej, lecz również do utrwalonego od wieków toposu lekarza humanisty, człowieka dążącego z uporem, czasem i z narażeniem własnego życia, do poznania rzeczywistości. Przedstawiamy więc sylwetki wybitnych lekarzy zarówno jako ludzi niosących chorym ulgę w cierpieniu, także naukowców i dydaktyków, jak i jako postaci niezwykle barwnych, niejednokrotnie mających zainteresowania bardzo odległe od podstawowego wykształcenia. Czytelnik na kartach *Sławnych lekarzy gdańskich* napotka uznanych botaników, paleontologów, podróżników, matematyków, astronomów, językoznawców, historyków, społeczników czy polityków. [...]



Adam Szarszewski, Piotr Paluchowski, Seweryna Konieczna, Bartłomiej Siek, Piotr Krajewski, *Sławni lekarze gdańscy*, tom 1, Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku i Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2016, s. 312, ISBN 978-83-65098-48-1

Gość z Australii w Uczelni



Gdański Uniwersytet Medyczny odwiedziła 19 stycznia br. **Natalia Krzyżaniak**, farmaceutka z Australii polskiego pochodzenia. Spotkanie zorganizowało Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji Oddział Gdańsk. Natalia Krzyżaniak urodziła się i wychowała w miejscowości Gold Coast. Studia skończyła na Uniwersytecie Griffith. Obecnie robi doktorat na Politechnice w Sydney, jednak część swoich badań postanowiła przeprowadzić w GUMed. Jej praca koncentruje się na badaniu usług farmaceutycznych na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodkowej oraz porównywaniu praktyki farmaceuty w Polsce i Australii. Towarzyszyła jej promotorka dr Iga Pawłowska, adiunkt w Zakładzie Farmakologii GUMed. ■

Interdyscyplinarne leczenie niepłodności

Konferencja, której tematyka obejmie złożoną problematykę niepłodności oraz zaburzeń cyklu miesięczkowego i spermatogenezy odbędzie się w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym 25 marca br. Organizatorzy zaprosili do udziału wybitnych specjalistów różnych dziedzin medycyny, skupionych wokół zagadnienia zdrowia prokreacyjnego, którzy omówią czynniki mające wpływ na zaburzenia w zakresie płodności oraz przedstawią nowoczesne rozwiązania terapii zachowawczej i zabiegowej.

Celem Konferencji jest przybliżenie jakie czynniki endogenne i egzogenne mogą mieć wpływ na zaburzenia w układzie rozrodczym oraz jakie znaczenie ma obserwacja biomarkerów płodności przez pacjentki dla potrzeb prowadzenia celowanej diagnostyki i terapii.

Więcej na <http://nieplodnoscinterdyscyplinarne.gumed.edu.pl/> ■

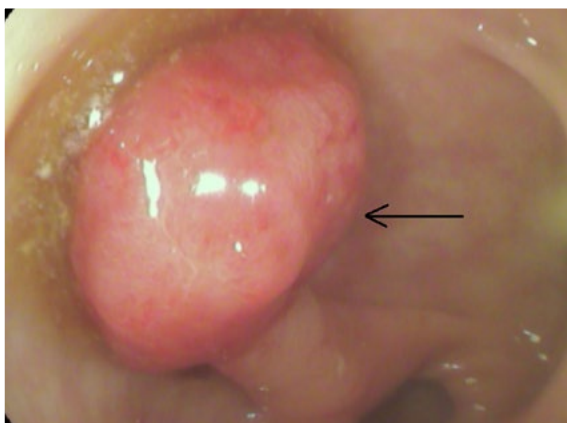


Czy nadszedł już czas, aby przestać bać się kolonoskopii?

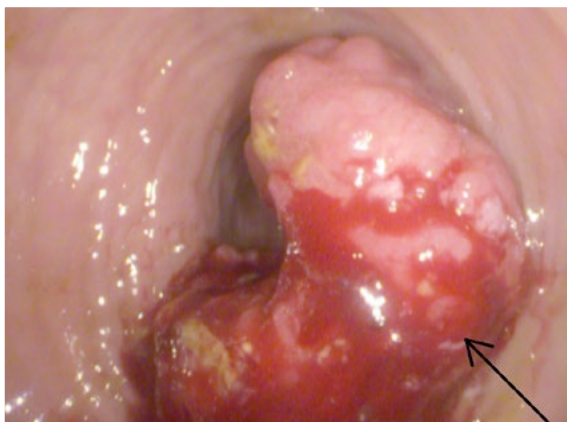
Nowotwory jelita grubego stawiają bardzo duże wyzwania medycynie XXI wieku. Dzielimy je na łagodne (najczęściej polipy) oraz złośliwe, do których zaliczamy raka jelita grubego (RJG). Polip to każde uniesienie tkanki ponad poziom powierzchni błony śluzowej. Według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia zostały wyodrębnione: nowotworowe polipy nabłonkowe, polipy nienowotworowe oraz zmiany podśluzówkowe (np. tłuszczaki, rakowiaki, naczylniki, mięśniaki). Polipy są częstymi zmianami patologicznymi wykrywanymi w trakcie kolonoskopii.

Występują powszechnie, a odsetek ich występowania zwiększa się z wiekiem (można je stwierdzić u około 30% osób powyżej 50 roku życia). Polipy mogą być pojedyncze lub mnogie. Zdecydowanie do najczęściej występujących polipów zaliczamy gruczolaki, które na ogół pojawiają się po lewej stronie jelita grubego (często występują w odbytnicy i esicy). Należy pamiętać, że polipy mogą występować synchronicznie (czyli w różnych odcinkach jelita grubego jednocześnie) u około 25-50% osób, dlatego tak ważne jest zbadanie całego jelita grubego. Gruczolaki częściej są rozpoznawane u osób zamieszkujących kraje wysoko rozwinięte z tendencją do otyłości. Na ogół są bezobjawowe, a tylko

duże polipy są powodem parcia na stolec, krwawienia i/lub przyczyną niedokrwistości z niedoboru żelaza. Polipy najczęściej są rozpoznawane w badaniach endoskopowych, takich jak rektoskopia (obejrzenie odbytnicy), sigmoidoskopia (ocena odbytnicy, esicy, a czasami zstępnicy), kolonoskopia (ocena całego jelita grubego), a czasami radiologicznie (wlew doodbytniczy lub kolografia tomokomputerowa). Wyróżnia się polipy uszypułowane, częściowo uszypułowane (na krótkiej, grubej szypule) i nieuszypułowane (siedzące). Nowotwór złośliwy częściej rozwija się na podłożu polipów nieuszypułowanych. Do łagodnych polipów nabłonkowych zaliczamy: klasyczne gruczolaki: 1) cewkowe, 2) kosmkowe, 3) cewkowo-kosmkowe oraz stosunkowo niedawno wyodrębnione 4) zmiany (polipy) ząbkowane, które podzielono na 4 rodzaje: a) polip hiperplastyczny, b) siedzący/polip ząbkowany, c) tradycyjny gruczolak ząbkowany), d) polip mieszany. Na szczególną uwagę zasługuje to, iż praktycznie każdy gruczolak wykazuje potencjalną zdolność do przemiany w nowotwór złośliwy, a wielkość i struktura histologiczna polipa są niezależnymi czynnikami rozwoju raka. Uważa się, że przemiana gruczolaka w raka przebiega długo, z reguły przez około 10 lat.



Polip jelita grubego



Rak jelita grubego

Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów

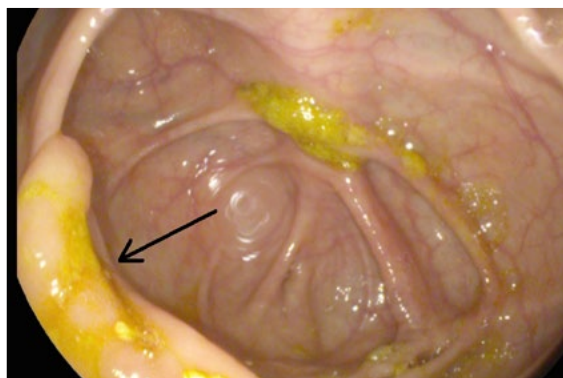
W 2008 r. na świecie rozpoznano nowotwór jelita grubego u około 1 miliona 200 tys. osób, a około 600 tys. chorych zmarło. Największą zapadalność stwierdza się w Australii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie oraz w Europie. Spośród 432 tys. nowych zachorowań rozpoznanych w Europie w 2008 r., około 212 tys. zakończyło się zgonem. Z kolei w Polsce, według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2011 r., rozpoznano 16500 nowych zachorowań na raka jelita grubego oraz stwierdzono z tego powodu 10394 zgony. Dane zaczerpnięte z powyżej przytoczonych rejestrów wyraźnie pokazują, że wyniki leczenia tego nowotworu w naszym kraju są gorsze niż na świecie oraz w większości krajów europejskich. Rak jelita grubego dotyczy w podobnym odsetku mężczyzn, jak i kobiet. Jest drugą u mężczyzn (11,4%), a trzecią u kobiet (11,8%) przyczyną zgonów z powodu wszystkich nowotworów złośliwych. Ponadto w Polsce zauważalne jest, zwłaszcza u mężczyzn zmniejszanie się różnicy spowodowanej śmiertelnością z powodu chorób układu krążenia, a nowotworami złośliwymi. Według Krajowego Rejestru Nowotworów z 2011 r. zgony spowodowane chorobami krążenia stanowiły 40% wszystkich przyczyn śmiertelności, a zgony których powodem były nowotwory złośliwe były przyczyną śmierci aż u 26% mężczyzn. Rak jelita grubego uważany jest za chorobę cywilizacyjną. Jego rozwój warunkuje wiele czynników, z których najlepiej zostały poznane czynniki genetyczne i środowiskowe.

wiskowe. Wpływ czynników środowiskowych wyjaśnia nam różnice epidemiologiczne. Rak jelita grubego występuje częściej u mieszkańców miast, zwłaszcza posiadających wyższy status społeczno-finansowy. Jednym z najważniejszych czynników jest sposób odżywiania. Śmiertelność z powodu raka jelita grubego wzrasta u osób spożywających nadmierną ilość kalorii, białka i tłuszczu zwierzęcego. Ponadto ryzyko zwiększa nadmiar cholesterolu w surowicy oraz siedzący tryb życia. Rak jelita grubego może być uwarunkowany genetycznie, ale zdarza się to stosunkowo rzadko (ok. 5-10%). Najczęściej jest nowotworem pojawiającym się sporadycznie (75% wszystkich), a wywiady rodzinne dodatnie są u około 20% wszystkich osób z tym rakiem. Do nowotworów jelita grubego uwarunkowanych genetycznie należą różne zespoły polipowatości, zwłaszcza zespół polipowatości rodzinnej (wówczas w jelicie grubym stwierdzamy bardzo dużo polipów, na ogół powyżej 100) oraz dziedziczny rak niezwiązany z polipowatością (zespół Lynch). Zespoły te wyróżnia występowanie raka wcześniej, na ogół poniżej 45 roku życia, zatem wywiady rodzinne mogą być ważną wskazówką diagnostyczną, bowiem nowotwory sporadycznie rzadko występują u ludzi młodych. Po przekroczeniu tej granicy wieku ryzyko raka jelita grubego zaczyna wzrastać i osiąga szczyt w ósmej dekadzie życia. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe. Choroba przebiega skrycie i podstępnie. Do najczęstszych objawów należą: zmiana rytmu wypróżnień, utajone krwawienie lub krew zmieszana ze stolcem, bóle brzucha, osłabienie. Nie zawsze w pełni docenianym objawem jest niedokrwistość, a może ona być pierwszym i jedynym objawem raka jelita grubego, zwłaszcza zlokalizowanego w kątnicy i wstępnicy! Rak jelita grubego najczęściej ma budowę gruczolakoraka i powstaje na podłożu zmiany łagodnej – polipa (gruczolaka). Najlepszym sposobem leczenia raka jelita grubego jest leczenie chirurgiczne polegające na resekcji guza połączonej z usunięciem okolicznych węzłów chłonnych. Wyniki leczenia uzależnione są od stopnia zaawansowania choroby. Kluczem do wyleczenia jest wykrycie raka we wczesnym okresie rozwoju. Niestety na tym etapie na ogół nie wywołuje on specyficznych objawów, dlatego zaleca się wykonywanie badań przesiewowych. Screening w kierunku raka jelita grubego jest szczególnie polecany, ponieważ proces kancerogenezy trwa stosunkowo długo, a potencjalne zmiany są stosunkowo łatwe do wykrycia. Zatem mamy możliwości, aby wykryć raka we wczesnym, wyleczalnym stadium zaawansowania, ale również poprzez wykrywanie i usuwanie polipów, czyli zmian przedrakowych można zapobiec rozwojowi raka jelita grubego. W ten sposób możemy zredukować zachorowalność i śmiertelność z powodu tego nowotworu. Do badań przesiewowych wykorzystywanych w praktyce klinicznej należą: testy na obecność krwi w stolcu, sigmoidoskopia, kolonografia TK, endoskopia kapsułkowa oraz kolonoskopia. W przyszłości obiecujące wydają się być metody nieinwazyjne jak np. badanie DNA w kale.

Pośród dostępnych badań przesiewowych bardzo wysoką skutecznością wyróżnia się **kolonoskopia**, w trakcie której oglądane jest całe jelito grube od środka. Badanie



Prawidłowy obraz jelita grubego



Prawidłowy obraz kątnicy – strzałką zaznaczono niezmienną zastawkę krętniczno-kątniczą (Bauhina)

wykonuje w asyście pielęgniarki endoskopowej, najczęściej gastroenterolog, za pomocą giętkiej rury (fiberoskopu) o średnicy od 10 mm do 14 mm. Kolonoskopia jest badaniem znacznie trudniejszym technicznie od badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopii). Endoskopista po wcześniejszym zbadaniu palcem odbytnicy wprowadza przez odbyt kolonoskop do prawidłowo oczyszczonego jelita grubego i przesuwają go aż do kątnicy, a najlepiej aż do dystalnego odcinka jelita krętego.

Dobre oczyszczenie jelita grubego jest warunkiem wysokiej jakości kolonoskopii. Niewystarczające przygotowanie jelita może skutkować przeoczeniem zmian, dłuższym czasem badania, a nierzadko koniecznością jego powtórzenia, co niepotrzebnie zwiększa koszty tej procedury. Preparaty używane do oczyszczania jelita dzielimy na wysokoobjętościowe (glikol polietylenowy – PEG np. Fortrans lub Olopeg) oraz preparaty niskoobjętościowe (doustne roztwory siarczanów (Eziclen), pikosiarczanu sodowego z cytrynianem magnezowym (np. Citrafleet, Prepopik), PEG z kwasem askorbinowym (Movi-Prep) oraz ostatnio rzadziej stosowanych z powodu możliwych działań niepożądanych fosforanów (Fleet Phospho Soda). Według Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ESGE) oczyszczenie jelita grubego roztworem PEG w dawce podzielonej tzn. połowa dawki (2 saszetki rozpuszczone w 2 litrach wody) wieczorem w dniu poprzedzającym badanie oraz druga połowa (kolejne 2 litry roztworu) wcześniej rano w dniu badania jest postępowaniem z wyboru. Jednak z powodu

konieczności wypicia stosunkowo dużej ilości płynu nie zawsze ten środek jest akceptowany, dlatego w celu poprawy tolerancji przygotowania wprowadzono wyżej wymienione preparaty niskoobjętościowe. Ponadto na 3 dni przed kolonoskopią zalecana jest dieta płynna (zupy, galaretki, soki bez miąższu, dużo wody, można pić herbatę i kawę, a unikać spożywania posiłków stałych). W dniu poprzedzającym badanie dozwolone jest śniadanie, bez napojów gazowanych i mleka. Od czasu rozpoczęcia picia środka przeczyszczającego nie można nic jeść, ale można pić herbatę i/lub wodę niegazowaną. Organizm reaguje na przyjmowane środki przeczyszczające licznymi wypróżnieniami, na koniec jasną treścią płynną. Osoby z chorobami przewlekłymi (np. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, padaczka, astma oskrzelowa) powinny w dniu badania przyjąć poranną dawkę leku popijając wodą. Większość leków pacjentów mogą przyjmować bez ograniczeń, jednak niektóre powinny być zalecane inaczej np. leki przeciwcukrzycowe aby nie doszło do groźnego spadku poziomu glukozy w surowicy, leki przeciwkrzepliwie i/lub antyagregacyjne w celu zapobiegania krwawieniom po niektórych zabiegach endoskopowych. Decyzja o przyjmowaniu wyżej wymienionych leków musi być uzależniona od oceny indywidualnego ryzyka pacjenta po przedyskutowaniu sposobu leczenia pomiędzy odpowiednimi specjalistami. Nie ma potrzeby przyjmowania profilaktycznie antybiotyków przed kolonoskopią. Za 5 dni przed badaniem należy odstawić doustne preparaty żelaza, ponieważ utrudniają one optymalne oczyszczenie jelita. Ponadto u osób z przeciętnym ryzykiem nie ma potrzeby wykonywania przed rutynową kolonoskopią bez sedacji innych dodatkowych badań. W trakcie badania do jelita podawane jest powietrze, co u niektórych osób może powodować wzdęcia i/lub bóle brzucha oraz uczucie parcia. Obowiązkowo lekarz musi obejrzeć całe jelito grube. Wprowadzanie kolonoskopu jest niebolesne dla zdecydowanej większości pacjentów. Czasami, zwłaszcza u szczupłych kobiet po zabiegach w jamie brzusznej i miednicy (operacje ginekologiczne), u osób z bardzo krętym przebiegiem okrężnicy tworzącej pętle lub u znerwicowanych, nadwrażliwych pacjentów obojga płci badanie może być nieprzyjemne, a nawet bardzo bolesne. Wówczas zaleca się wykonanie kolonoskopii w głębszej sedacji z udziałem anestezjologa w warunkach szpitalnych. Praktycznie oznacza to kilkuna-

stogodzinną hospitalizację, a w trakcie badania lekarz anestezjolog podaje dożylnie lek przeciwbólowy oraz krótko działający lek usypiający. Kolonoskopia trwa na ogół 15 do 40 minut, a wykonuje się ją na początku w ułożeniu na lewym boku.

W trakcie badania pozycja pacjenta jest na ogół zmieniana – często w ułożenie na plecach. Postęp jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich 50 lat, tj. od pierwszych światłowodowych urządzeń aż do obecnych fiberoskopów wysokiej rozdzielczości istotnie zwiększył możliwości diagnostyczne kolonoskopii. Mimo to w endoskopii przewodu pokarmowego cały czas obserwujemy dalszy rozwój z wprowadzaniem do praktyki klinicznej nowych technik poprawiających wizualizację przewodu pokarmowego jak np.: 1) chromoendoskopia – polega na aplikacji do światła przewodu pokarmowego różnych barwników w celu poprawy wizualizacji błony śluzowej, 2) chromoendoskopia wirtualna – wykorzystuje wybrane długości fal świetlnych i/lub wzbogacona filtrami optycznymi, 3) laserowa endomikroskopia konfokalna – przyżyciowe, tkankowe obrazowanie wysokiej rozdzielczości bez potrzeby pobierania wycinków, 4) autofluorescencja, 5) w niedalekiej przyszłości obrazowanie molekularne.

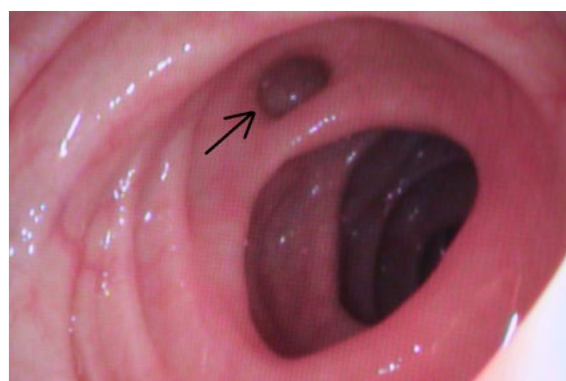
Do najważniejszych wskazań do wykonania kolonoskopii diagnostycznej zaliczamy: krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, utajone krwawienie z przewodu pokarmowego, niewyjaśniona niedokrwistość z niedoboru żelaza, zmiana rytmu wypróżnień (biegunka, zaparcia, stolce ołówkowate), nieswoiste zapalenia jelit, niewyjaśniona biegunka przewlekła oraz podejrzenie patologii jelita grubego w innych badaniach np. w usg lub TK jamy brzusznej.

Z kolei najczęstszym zabiegiem terapeutycznym wykonywanym w trakcie kolonoskopii jest polipektomia, która polega na usunięciu polipa jelita grubego za pomocą specjalnej pętli założonej przez fiberoskop od strony światła, czyli przez naturalny otwór przewodu pokarmowego.

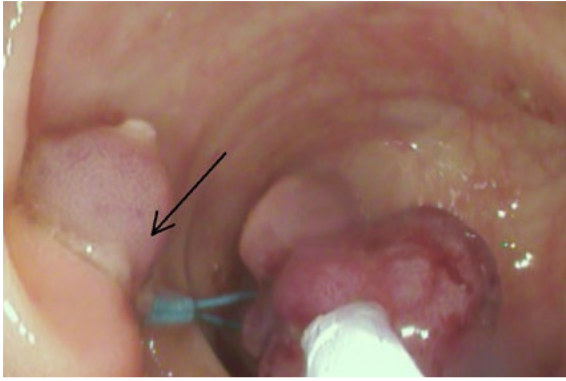
Usuwanie polipów jest niebolesne i na ogół po ich usunięciu można szybko wrócić do normalnej aktywności np. w domu lub do pracy. Do innych zabiegów wykonywanych w trakcie kolonoskopii należą: tamowanie krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, poszerzanie i/lub protezowanie zwężeń dolnego odcinka przewodu pokarmowego, dekompresja i usuwanie ciał obcych jelita grubego. Lekarz wykonujący kolonoskopię musi zawsze zastanowić się, czy zabieg endoskopowy może bezpiecznie dla



Kolonoskopia w prawidłowo wyposażonej sali endoskopowej Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej UCK w Gdańsku



Uchylek jelita grubego



Endoskopowe usunięcie polipa jelita grubego za pomocą pętli. Strzałką zaznaczono miejsce po polipektomii, a u podstawy szypuły polipa widoczna jest założona prewencyjnie pętla endo-loop

chorego zakończyć się sukcesem. Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym, ale powikłania mogą się zdarzyć. Wśród nich wymieniłem należy: łagodne powikłania ogólne (2%), istotne powikłania naczyniowo-sercowe (0,1-0,2%), perforacja (0,01-0,2%), krwawienie (0,5%), inne (powikłania infekcyjne, zapalenie wyrostka robaczkowego lub uchyłków, uszkodzenie śledziony, zapalenie chemiczne – bardzo rzadko). Najczęstszym objawem perforacji jest silny, nieustępujący po badaniu ból brzucha. Krwawienie jest prawie zawsze związane z polipektomią, na ogół występuje zaraz po zabiegu ale czasami może być odroczone w czasie, a objawy z nim związane (osłabienie, krwiste stolce, anemia) mogą pojawić się nawet po kilku dniach. Powikłania częściej występują po kolonoskopii terapeutycznej, a najrzadziej pojawiają się w trakcie badań profilaktycznych, ponieważ te programy przeprowadzane są przez lekarzy bardziej doświadczonych z wymogiem wysokiej jakości badania. Do najważniejszych przeciwwskazań do wykonania kolonoskopii należą: ciężkie zapalenia jelit, zwłaszcza z toksycznym rozdęciem okrężnicy, podejrzenie perforacji jelita, niedawno przeżyty zawał serca, zator płucny, duży tętniak aorty, II i III trymestr ciąży. Kolonoskopia jest jednym z najczęściej wykonywanych badań endoskopowych, co sprawia, że bardzo ważne jest zapewnienie jej możliwie najlepszej jakości, ponieważ nadal u niektórych pacjentów rak jelita grubego rozpoznawany jest po negatywnym jej wyniku. Gdy rozpoznanie raka jest postawione przed upływem następnego zaleconego terminu badania, na ogół do 5 lat od ostatniej kolonoskopii mówimy o raku pokolonoskopowym lub interwałowym jeżeli dotyczy on badań przesiewowych lub związanych z prowadzonym nadzorem. Większość z interwałowych nowotworów jelita grubego jest spowodowana niedokładnym wykonaniem badania i/lub niedoszczętnym usunięciem polipów, zwłaszcza w proksymalnej części okrężnicy. Predysponuje do tego wykonywanie zbyt małej liczby kolonoskopii, zwłaszcza poza szpitalem przez lekarzy bez specjalizacji w zakresie gastroenterologii. Miernikami wysokiej jakości kolonoskopii są: badanie całkowite z dokładnym obejrzeniem całego jelita grubego, bardzo dobre oczyszczenie jelita grubego, powolne wyprowadzanie aparatu (co najmniej 9 minut) oraz endoskopowe i histologicznie doszczętne usunięcie wszystkich polipów. Bardzo dobrym miernikiem jakości kolono-

skopii jest odsetek wykrywanych gruczolaków (ADR). Endoskopiści z wysoką wykrywalnością polipów (ADR powyżej 25%) mają niewielki odsetek raków interwałowych, czyli rzadko przeoczą zmiany. Przeciwnie lekarze z niskim ADR mają znacznie większy odsetek raków interwałowych. W nowych wytycznych dotyczących wykonywania kolonoskopii przykładą się szczególną uwagę do jakości, w tym bardzo dobrego wyszkolenia lekarzy – endoskopistów oraz standardów wysokiej jakości pracowni endoskopowych. Idealny miernik jakości powinien korelować z obniżaniem zapadalności na RJG, zwiększonym czasem przeżycia u osób, u których rozpoznano RJG oraz niską liczbą powikłań związanych z badaniem. Wartość kolonoskopii została udowodniona w badaniu u ok. 100 tysięcy osób, którzy byli obserwowani przez 22 lata, a opublikowanym przez Nishihara R. i współautorów w jednym z najlepszych czasopism medycznych w 2013 r. – w *The New England Journal of Medicine*. W badaniu tym wykazano zmniejszenie zachorowalności oraz śmiertelność z powodu raka jelita grubego u pacjentów, którzy wcześniej mieli wykonaną kolonoskopię przesiewową. Z kolei Brenner H. i współautorzy wykazali w badaniu opublikowanym w 2014 r. w *Gastroenterology*, że ryzyko raka jest zmniejszone przez co najmniej 10 lat po wykonaniu kolonoskopii jako badanie przesiewowe lub diagnostyczne.

Także w Polsce kolonoskopia stała się narzędziem w walce z rakiem jelita grubego, bowiem od 2000 r. możliwe jest jej wykonywanie jako badanie profilaktyczne w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego, który jest zadaniem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Program ten jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej profilaktyki. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że badanie jest całkowicie bezpłatne dla pacjentów oraz lekarzy na nie kierujących. Do badań kwalifikują się osoby, które NIE miały wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat:

- 1) **w wieku 50-65 lat** bez objawów raka jelita grubego
- 2) **w wieku 40-65 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia z rakiem jelita grubego
- 3) **w wieku 25-65 lat** pochodzące z rodzin z polipowatością rodzinną mnogą (FAP) lub z dziedzicznym rakiem nie związanym z polipowatością (HNPCC), potwierdzonych w Poradni Genetycznej.

Na kolonoskopię profilaktyczną w ramach tego programu można zapisać się w wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia Ośrodkach po wypełnieniu ankiety, która jest jednocześnie skierowaniem na badanie. Jednym z Ośrodków jest Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej przy Klinice Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W trakcie zapisu do tej Pracowni osoby zainteresowane otrzymują wszystkie niezbędne informacje o badaniu, a także środek przeczyszczający w celu właściwego oczyszczenia jelita. Dla statystycznego Polaka, bez dodatkowych czynników ryzyka, ryzyko zachorowania na raka jelita grubego w czasie całego życia wynosi około 5%. Wzrasta dwukrotnie u pacjentów z obciążonym wywiadem rodzinnym i jest wyższe u mężczyzn niż u kobiet. Naj-

częstszym zmianami, które są stwierdzane w trakcie kolonoskopii profilaktycznej są polipy. Po wykazaniu polipa/ów należy je usunąć i wysłać do badania histopatologicznego. Najlepszym i najmniej inwazyjnym sposobem usunięcia polipa jest polipektomia endoskopowa. Niestety powszechna wiedza medyczna odnośnie wykonywania kolejnych badań kolonoskopowych po usunięciu polipów jelita grubego jest niewystarczająca.

Naprzeciwko wychodzą nam opublikowane w 2013 r. wytyczne Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Przewodu Pokarmowego (ESGE). Zostały one oparte na dowodach naukowych dostarczonych z badań klinicznych, badań kohortowych, przeglądów systematycznych, serii przypadków a czasami opinii ekspertów. Na ich podstawie przyjęto nowe zasady stratyfikacji ryzyka zaawansowanej neoplazji w jelicie grubym, w tym raka jelita grubego. Nowe rekomendacje przedstawiają zasady nadzoru endoskopowego po usunięciu polipów jelita grubego u osób z przeciętnym ryzykiem raka jelita grubego. W nowych wytycznych, na podstawie zmian stwierdzanych w kolonoskopii wyjściowej wyodrębniono dwie grupy ryzyka rozwoju zaawansowanej neoplazji w przyszłości – grupę małego i dużego ryzyka. Ponadto wydzielono do obu grup ryzyka polipy ząbkowane, a także uproszczono zasady wykonywania drugiej kolonoskopii w ramach prowadzonego nadzoru. Tak wydzielone grupy ryzyka warunkują dalsze postępowanie po kolonoskopii wyjściowej z polipektomią. Do grupy małego ryzyka zakwalifikowano osoby, u których usunięto 1 lub 2 gruczolaki cewkowe, poniżej 10 mm, z dysplazją małego stopnia. U tych osób zaleca się wykonanie następnej kolonoskopii dopiero po 10 latach. Do grupy dużego ryzyka zaliczamy osoby, u których w kolonoskopii wyjściowej usunięto następujące polipy: w liczbie co najmniej 3 i/lub wielkości co najmniej 10 mm i/lub z komponentem kosmkowym i/lub z dysplazją dużego stopnia. U tych pacjentów pierwsza kolonoskopia w ramach prowadzonego nadzoru powinna być wykonana po 3 latach. W przypadku stwierdzenia polipów ząbkowanych wytyczne ESGE kwalifikują polipy poniżej 10 mm, bez dysplazji do grupy małego ryzyka, a polipy powyżej 10 mm lub z dysplazją do grupy wysokiego ryzyka i zgodnie z tym zalecają wykonywanie badań po 3 lub 10 latach. Przy wykonywaniu drugiej kolonoskopii w ramach prowadzonego nadzoru kolonoskopowego po polipektomii zaleca się w przypadku ponownego stwierdzenia gruczolaków wysokiego ryzyka w kolonoskopii pierwszej nadzorującej badanie po 3 latach, a w przypadku gruczolaków kwalifikowanych do grupy niskiego ryzyka dopiero po 5 latach.

Nowe wytyczne mają za zadanie określenie optymalnych terminów kolejnych badań kolonoskopowych tak, aby korzyści związane z prowadzonym programem oraz związane z nim obciążenia finansowe były realne do spełnienia. Nadzór kolonoskopowy zaczynamy po przeprowadzeniu wysokiej jakości kolonoskopii wyjściowej z oceną wszystkich segmentów jelita grubego. W przypadku niewystarczającego oczyszczenia jelita, uniemożliwiającego dokładną jego ocenę badanie wymaga powtórzenia lub wykonania kontrolnej kolonoskopii w terminie wcześniejszym niż przewi-

duje to schemat nadzoru. Przedstawione rekomendacje zakładają doszczętne endoskopowe i potwierdzone badaniem histopatologicznym usunięcie wszystkich polipów w kolonoskopii wyjściowej. W sposób szczególny należy podkreślić, że omawiane nowe wytyczne przypisują duże znaczenie do prowadzenia dokładnej dokumentacji oraz przekazania pacjentowi pisemnej informacji o terminie następnego badania jelita grubego przez endoskopistę wykonującego kolonoskopię, po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego.

Podsumowanie

Choroby jelita grubego stanowią istotny problem zdrowotny. Nie tylko należą do chorób występujących często, ale również stanowią ważną przyczynę przyjęć do szpitala, zgonów oraz istotnych wydatków na ochronę zdrowia. Rak jelita grubego jest jedną z najważniejszych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Gruczolaki oraz niektóre polipy ząbkowane są zmianami prekursorowymi dla rozwoju raka jelita grubego. Dlatego w wielu krajach prowadzi się badania zmierzające do wykrycia tego nowotworu we wczesnym stadium, kiedy możliwe jest całkowite wyleczenie. Z kolei u osób po usunięciu polipów ryzyko wystąpienia kolejnych polipów oraz raka jest zwiększone, dlatego niezbędne jest prowadzenie właściwego nadzoru kolonoskopowego.

W oparciu o dane z licznych badań podkreślić należy szczególne znaczenie kolonoskopii wysokiej jakości w diagnostyce i leczeniu chorób jelita grubego. W krajach rozwiniętych, a do takich przecież należy Polska kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym, które powinno być wykonywane coraz częściej zarówno ze wskazań diagnostycznych, terapeutycznych, ale także w ramach narodowych programów badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego. W doświadczonych rękach i dobrze zorganizowanych Pracowniach Endoskopowych kolonoskopia na ogół jest bezbolesna, a jej wykonanie może uchronić nas od groźnych następstw zaawansowanych chorób jelita grubego, zwłaszcza związanych z nowotworami.

Uważam, że wykonywanie kolonoskopii z powyżej opisanych wskazań medycznych może być niezwykle przydatne, nie tylko dla samego pacjenta, ponieważ może ocalić mu życie, ale także jest korzystne dla systemu ochrony zdrowia, ponieważ wykrywanie i leczenie zmian o małym zaawansowaniu jest uzasadnione (kosztowo-efektywne) z ekonomicznego punktu widzenia. Ponadto zapoznanie się z zasadami wykonywania kolonoskopii będzie przydatne nie tylko dla endoskopistów, ale także dla samych pacjentów i lekarzy innych specjalności kierujących na to badanie.

W oparciu o dostępne dane popieram poglądy, że korzyści z wykonania kolonoskopii zdecydowanie przewyższają ryzyko i możliwy dyskomfort związany z tą procedurą. Jestem przekonany, że obecnie nadszedł już czas, aby pacjent przestał bać się wykonania kolonoskopii. To może sprawić, że wyniki leczenia chorób jelita grubego ulegną dalszej poprawie.

dr hab. Krystian Adrych,

kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii

XIII Gdańskie Repetytorium Nefrologiczne

W dniach 13-14 stycznia 2017 r. po raz kolejny mieliśmy okazję gościć w Gdańsku wielu doskonałych wykładowców, którzy podjęli się trudu przygotowania i zaprezentowania znakomych wykładów dla blisko dwuosobowej grupy osób zainteresowanych nefrologią. Tradycyjnie już Gdańskie Repetytorium Nefrologiczne odbywa się w drugim tygodniu stycznia, będąc tym sposobem corocznie pierwszą ogólnopolską konferencją nefrologiczną. Konferencja nosi nazwę Post ASN Meeting. Jest to ściśle związane z formułą opracowywania programu tych spotkań. Jest on bowiem oparty na wyborze problemów, które były podstawą wykładów programowych bądź też całych sesji podczas dorocznych Kongresów American Society of Nephrology (ASN). Kongresy te, czyli Annual American Society of Nephrology Meetings odbywają się zwykle w końcu października lub początku listopada każdego roku. Stąd też warunkiem znalezienia się pośród wykładowców naszego Repetytorium jest uczestnictwo w Kongresie ASN. Tematy w uzgodnieniu z potencjalnymi wykładowcami są przydzielane biorąc pod uwagę dostępne wcześniej dane dotyczące programu naukowego Kongresu ASN. Warto dodać, że właśnie ten Kongres dorocznie gromadzi największe liczbowo rzesze nefrologów. Dotyczy to osób zajmujących się tą dziedziną nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale na całym świecie. Ostatni Kongres ASN odbył się w Chicago w dniach 15-20 listopada 2016 r. i wzięło w nim udział ponad 10 000 uczestników.

Pora wrócić jednak do naszej Konferencji, podczas której przedstawiono łącznie 19 wykładów. Były prezentowane podczas 4 sesji naukowych. Tematyka pierwszej z nich była poświęcona fizjologicznym i patofizjologicznym podstawom chorób nerek. Trzy kolejne sesje obejmowały kolejno postępy w zakresie nefrologii klinicznej, dializoterapii oraz transplantacji nerek. Warto podkreślić, że pośród grona znakomych wykładowców znaleźli się m.in.: obecny prezes Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego (ERA-EDTA) prof. Andrzej Więcek, obecny i poprzedni prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego – odpowiednio prof. Magdalena Durlik i prof. Michał Nowicki, jak również szereg osób kierujących bądź odgrywających istotną rolę w większości ośrodków nefrologicznych w całej Polsce. Nasz gdański ośrodek reprezentowali pośród grona wykładowców: prof. Alicja Dębska-Ślizień, która przybliżyła słuchaczom problem odrzucania przeszczepionej nerki zależnego od przeciwciał oraz prof. Leszek Tylicki, który przedstawił rolę zaburzeń wewnątrznerkowego układu renina-angiotensyna-aldosteron w patogenezie przewlekłej choroby nerek. Wszystkie wykłady przyniosły wiele nowych informacji i poszerzyły niewątpliwie zakres wiedzy słuchaczy w zakresie omawianych zagadnień. Jednocześnie zdecydowana większość wykładów zawierała także istotne wskazówki dotyczące diagnostyki



Prezes ERA-EDTA prof. Andrzej Więcek przedstawia wykład dotyczący nowych możliwości leczenia niedokrwistości nerkopochodnej

i terapii omawianych chorób nerek. Po każdej serii wykładów odbyła się dyskusja, która umożliwiała wymianę poglądów pomiędzy wykładowcami a słuchaczami i stanowiła istotny element samej konferencji.

Poza dostarczeniem ogromnej dawki wiedzy umożliwiliśmy uczestnikom obejrzenie gdańskiej starówki w zimowej scenarii. Było to dosyć łatwe, biorąc pod uwagę, iż Repetytorium odbywało się w sali konferencyjnej hotelu Radisson, mieszczącego się w samym sercu Starego Miasta. Dodatkową atrakcją dla uczestników była możliwość zapoznania się w piątkowy wieczór ze sztuką wystawianą w Teatrze Wybrzeże zatytułowaną *Raj dla opornych*. Warto wspomnieć, że wyreżyserowała go gościnnie Krystyna Janda, a główne role grają w niej znakomici gdańscy aktorzy: Dorota Kolak i Mirosław Baka.

Na koniec warto wspomnieć, że organizacją całości zawiadowała firma Via Medica, z którą od wielu lat współpracujemy owocnie przy organizacji kolejnych edycji Gdańskiego Repetytorium Nefrologicznego.

prof. Bolesław Rutkowski,
koordynator naukowy Repetytorium



Powitanie uczestników oraz otwarcie Repetytorium przez prof. B. Rutkowskiego, koordynatora naukowego

Odnowią lekarskie dyplomy

Uroczystość 50-lecia ukończenia studiów absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologicznego AMG rocznika 1961-1967 odbędzie się 26 maja 2017 r. o godz. 12 w Auditorium Primum im. O. Narkiewicza (al. Zwycięstwa 41/42). Warunkiem uzyskania odnowionego dyplomu jest wypełnienie przesłanego druku zgłoszenia i odesłanie go na adres: Stanisław Makulec, ul. gen. M. Zaruskiego 6C/26, 81-577 Gdynia, tel.

603 686 480 oraz dokonanie wpłaty 240 zł na konto: Lidia Nowak, ul. Topolowa 4A, 80-255 Gdańsk 06 1020 1811 0000 0802 0303 9567 tytułem „odnowienie dyplomu lekarskiego” do 15 marca 2017 r. Tego samego dnia absolwenci spotykają się na uroczystej kolacji w restauracji Hotelu Gdańsk, ul Szafarnia 9. Noclegi we własnym zakresie.

Więcej informacji – ewa.leo47@wp.pl. ■

Nowe władze Klubu Seniora GUMed

Z końcem grudnia 2016 r. upłynęła kadencja Rady i Zarządu Klubu Seniora. Przeprowadzone wybory wyłoniły nową Radę Klubu Seniora na kadencję 2017-2019. Na inauguracyjnym posiedzeniu 8 lutego 2017 r. ukonstytuowała się Rada Klubu Seniora w składzie:

- przewodniczący – prof. Wiesław Makarewicz
- wiceprzewodniczący – prof. Kazimierz Krajka

• wiceprzewodniczący – prof. Jan Skokowski
członkowie:

- prof. Janina Suchorzewska
- prof. Jerzy Krechniak
- prof. Walenty Nyka
- prof. Zofia Szczerkowska

zastępcy członków:

- prof. Andrzej Szutowicz
- prof. Adam Włodarkiewicz
- prof. Bogdan Wyrzykowski.

Rada powołała Zarząd Klubu Seniora w dotychczasowym składzie. Przewodniczącym został mgr Zdzisław Jaroszewicz, Sekcją Socjalną kieruje prof. Krystyna Kozłowska, Sekcją Kulturalno-Turystyczną mgr Zdzisław Jaroszewicz. W Sekcji Zdrowia jest vacat.

mgr Zdzisław Jaroszewicz,
Klub Seniora

Wyśpiewali pieniądze dla chorych dzieci

Blisko 4 tys. zł udało się zebrać podczas koncertu charytatywnego *Uśmiech pod Zimową Gwiazdą*, który odbył się 20 stycznia br. w Atheneum Gedanense Novum. Organizatorem było Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland Oddział Gdańsk oraz Studenckie Koło Naukowe Pediatrii przy Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej. Podczas Koncertu można było usłyszeć studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz wylicytować prace gdańskich artystów i podopiecznych Oddziału Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Zebrane podczas Koncertu środki finansowe zostaną przekazane na zakup sprzętu medycznego dla Oddziału Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. ■



Tadeusz Reichstein – nasz noblista

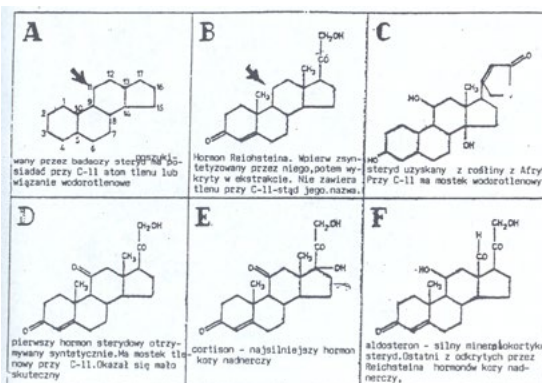
Każde środowisko naukowe chciałoby mieć w swoim gronie chociaż jednego laureata Nagrody Nobla. W tym względzie społeczność naszej gdańskiej *Alma Mater* może poszczycić się posiadaniem w gronie naszych doktorów *honoris causa* zdobywcy tego wielkiego lauru – prof. Tadeusza Reichsteina. Wprawdzie Nagrodę Nobla zdobył T. Reichstein w 1950 r., a doktorat honorowy naszej Uczelni w 1995 r., ale tak czy inaczej możemy być dumni z takiego doktoranta. Od czasu wspomnianego aktu nadania T. Reichsteinowi najwyższego wyróżnienia, jakim dysponuje nasza społeczność akademicka, upłynęło ponad 20 lat, dlatego uznałem, iż warto przypomnieć sylwetkę tego wielkiego uczonego. Czynię to z tym większą przyjemnością, iż miałem okazję wspólnie z dr. hab. Januszem Ostrowskim z Włocławka zaprezentować osiągnięcia Tadeusza Reichsteina podczas 6 Kongresu International Association for the History of Nephrology, który odbył się w październiku 2008 r. w Giardini Naxos na Sycylii. Zaczniemy zatem od kilku szczegółów dotyczących życiorysu naszego bohatera.

Tadeusz Reichstein urodził się 20 lipca 1897 r. we Włocławku. Pochodził z polsko-żydowskiej rodziny. Jego ojciec Izidor Reichstein był inżynierem chemikiem zajmującym się pracą w przemyśle cukrowniczym, natomiast matką była Gustawa Brokman. Rodzina Reichsteinów była zamożna, stąd zgodnie z ówczesnym obyczajem podstawowe wykształcenie Tadeusz wraz ze swoim rodzeństwem odebrał w domu. Warto wspomnieć, że w domu rodzinnym Reichsteinów polskie tradycje były zawsze celebrowane i utrzymywane z największą atencją. Tadeusz otrzymał swoje imię dla upamiętnienia naszego narodowego bohatera Tadeusza Kościuszki, a jego brat otrzymał imię Adam dla uczczenia narodowego wieszcza Adama Mickiewicza. Na przełomie lat 1906/1907 rodzina Reichsteinów przeniosła się do Szwajcarii, w której Tadeusz spędził całe swoje pracowite życie. Dalszy ciąg edukacji to blisko dwuletni pobyt w szkole Landserzierungeheim w Jenie. Była to uznana szkoła przeznaczona dla dzieci pochodzących z dobrze sytuowanych rodzin, dająca świetne podstawy edukacji. Niestety wysoki poziom edukacji był zmałowany typowym pruskim reżimem panującym w szkole. Dalszą edukację odbył Tadeusz w Oberrealschule w Zurychu. W latach 1916-1920 studiował na Wydziale Chemii Federalnego Uniwersytetu Technicznego w Zurychu. Po ukończeniu studiów podjął pracę w wytwórni win, poszukując chemicznych wskaźników jakości wina, a następnie w wytwórni latarek elektrycznych. Jednak już po roku od ukończenia studiów Tadeusz Reichstein wrócił do rodzimej uczelni i podjął pracę w charakterze asystenta w Instytucie Chemii Organicznej pod kierunkiem prof. Hermana Staudingera. Pod kierunkiem swojego mentora prowadził prace nad substancjami nadającymi aromat kawie naturalnej. Badania te miały bardzo praktyczny cel, który miał być zwieńczony wyprodukowaniem sztucznej kawy. Były one finansowane przez Szwajcarską Giełdę Handlową. Pomimo odkrycia w trakcie 10 lat 60 takich substancji, założony cel nie został osiągnięty. Znacząco później okazało się bowiem, że substancji istotnych dla aromatu kawy jest blisko 600. Niemniej Reichstein stał się ekspertem w izolacji



Tadeusz Reichstein w laboratorium

związków heterocyklicznych. W 1922 r. uzyskał stopień doktora nauk technicznych. Warto wspomnieć, że nauczyciel i mentor T. Reichsteina prof. Staudinger uzyskał w 1953 r. Nagrodę Nobla za osiągnięcia w dziedzinie chemii polimerów. Kolejny wielki uczyony, którego spotkał na swojej drodze T. Reichstein to prof. Leopold Ruzicka. Pod jego kierunkiem Tadeusz Reichstein uzyskał w 1930 r. stopień doktora habilitowanego, a następnie w 1934 r. tytuł profesora. Podczas 8-letniej współpracy z prof. Ruzicką Reichstein opracował wraz z zespołem nową metodę syntezy witaminy C, co umożliwiono przemysłową syntezę tej witaminy. Jednocześnie T. Reichstein rozpoczął prace nad izolacją, opisem i syntezą związków steroidowych produkowanych przez nadnercza. Łącznie zidentyfikował 30 substancji, z których 6 wykazywało aktywność biologiczną. Badania były wspierane finansowo przez firmę Organon. Stało się to zresztą przyczyną wewnętrznego konfliktu w Instytucie Chemii Organicznej, ponieważ prace prof. Ruzicki nad hormonami płciowymi były finansowane przez konkurującą z Organon firmę Ciba. Warto w tym miejscu wspomnieć, że prof. Leopold Ruzicka za badania, które doprowadziły do odkrycia testosteronu otrzymał w 1937 r. Nagrodę Nobla. Wspomniany konflikt interesów wewnątrz Instytutu był główną przyczyną, dla której Tadeusz Reichstein opuścił Zurych i przeniósł się do Bazylei. W tamtejszym uniwersytecie w 1938 r. objął funkcję dyrektora In-



Kolejne hormony steroidowe odkrywane, a następnie syntetyzowane przez Tadeusza Reichsteina i jego zespół badawczy



Prof. Tadeusz Reichstein odbiera 10 grudnia 1950 r. w Sztokholmie medal i dyplom Nagrody Nobla z rąk króla Szwecji Gustawa VI Adolfa

stytutu Chemii Farmaceutycznej, a następnie Instytutu Chemii Organicznej. T. Reichstein w Uniwersytecie w Bazylei spędził kolejne 20 lat swojego życia zawodowego. Początkowo kontynuował badania nad izolacją hormonów produkowanych przez korę nadnerczy. Badania te zaowocowały Nagrodą Nobla, którą uzyskał w 1950 r. z klinicystami z Mayo Clinic ze Stanów Zjednoczonych – Edwardem Kendalllem i Filipem Henchem. Podstawą do Nagrody były prace nad uzyskaniem kortykosteronu, którego aktywność biologiczna została udowodniona przez wspomnianych powyżej klinicystów. Nie można nie wspomnieć, że było to epokowe odkrycie, umożliwiające w następnych latach szerokie zastosowanie steroidów w leczeniu bardzo wielu chorób, w tym także wielu nefropatii. Trudno zresztą wyobrazić sobie współczesną medycynę bez możliwości stosowania tych związków. W kolejnych badaniach Reichstein wyizolował i zsyntetyzował 2 inne ważne hormony: dezoksykortykosteron (1937-1938) oraz aldosteron (1953 r.). Próbował także poszukiwać naturalnych źródeł steroidów, a badania te prowadził w swoim prywatnym ogrodzie botanicznym oraz w laboratorium Instytutu. Trzeba też wspomnieć, że wraz ze swoim zespołem T. Reichstein wyizolował i opisał szereg pochodzących z naturalnych roślin związków czynnych należących do glikozydów nasercowych.

W 1967 r. Tadeusz Reichstein przeszedł na emeryturę i poświęcił się nowej pasji badawczej – badaniom nad cytogenetycznymi właściwościami paproci jako najbardziej archaicznymi



Zespół promocyjny w czasie nadania Tadeuszowi Reichsteinowi godności doktora honoris causa w 1995 r. w składzie: prof. Barbara Śmiechowska – dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. Zdzisław Wajda – rektor AMG, prof. Mariusz Żydowo – promotor.

nymi reprezentantami świata roślin. Doprowadziły one do sytuacji, iż Reichstein w ostatnich dekadach swojego pracowitego i pełnego sukcesów życia z genialnego chemika przekształcił się w uznanego w kręgach międzynarodowych ekspertów w tej dziedzinie botaniki. Charakterystyczna była wypowiedź T. Reichsteina podczas wywiadu, którego udzielił jednemu ze szwajcarskich dzienników z okazji swoich 90 urodzin. Na pytanie dziennikarza co chciałby otrzymać z okazji swoich urodzin odpowiedział, że potrzebuje dodatkowych dwóch, trzech lat na zakończenie swoich badań nad hybridami paproci.

W tym miejscu warto wrócić do wspomnianego na początku tej opowieści doktoratu *honoris causa* wiążącego Tadeusza Reichsteina z naszą Uczelnią. Inicjatorem tego pomysłu był dr Stanisław Sterkowicz z Włocławka, który jest autorem biografii tego wielkiego uczonego. Idea ta znalazła poparcie u prof. Mariusza Żydowo, który w efekcie został promotorem w procesie promocyjnym oraz ówczesnych władz Uczelni na czele z rektorem prof. Zdzisławem Wajdą. Oczywiście pozostawało uzyskanie akceptacji tego pomysłu przez samego zainteresowanego. Profesor Tadeusz Reichstein przyjął z ogromną przyjemnością ten zamiar. Niestety ze względu na zaawansowany wiek oraz nienajlepszy stan zdrowia nie mógł przybyć do Gdańska na uroczystość promocyjną. Stąd też był reprezentowany przez wnuka – Wiktora Reichsteina, który z rąk prof. Wajdy odebrał stosowny dyplom.

Zbliżając się do końca opowieści o tym wielkim uczonym, warto uzmysłowić, że do końca życia pamiętał o swoich polsko-żydowskich korzeniach. We wspomnianym wywiadzie udzielonym w 90 roku życia na pytanie o to kim się czuje w sensie narodowości odpowiedział, iż czuje się Szwajcarem o polsko-żydowskim pochodzeniu. Stwierdził jednocześnie, że jest długoletnim członkiem społeczności żydowskiej w Bazylei, który dosyć rzadko odwiedza synagogę.

Podsumowując tę opowieść o ogromnie aktywnym i wypełnionym wielkimi odkryciami życiu tego niezwykłego człowieka, z pełną odpowiedzialnością można stwierdzić, że można by tymi osiągnięciami wypełnić nie jedną, ale kilka biografii. Dodatkowo warto uświadomić, że odkrycia Tadeusza Reichsteina są nadal niezwykle istotne w fizjologii, patofizjologii i medycynie zarówno z teoretycznego, jak też praktycznego punktu widzenia. Łącznie T. Reichstein opublikował 730 publikacji, wypromował 150 doktorów. Uzyskał międzynarodowe uznanie, zostając członkiem honorowym 35 towarzystw naukowych na całym świecie. Doktorat *honoris causa* poza naszą *Alma Mater* nadały T. Reichsteinowi uznane uniwersytety w Sorbonie, Londynie, Leeds, Zurychu, Genewie i Abidjan.

Na koniec warto przytoczyć wypowiedź naszego bohatera na temat roli ukochanej chemii w życiu: *Był czas, kiedy uczeni wierzyli, że fenomen życia można opisać używając zasad chemii i biofizyki. Osobiście nigdy nie zgadzałem się z tą tezą. Chemia powinna znać swoje ograniczenia.*

Profesor Tadeusz Reichstein zmarł 1 sierpnia 1996 r. i został pochowany na cmentarzu żydowskim w Bazylei.

prof. Bolesław Rutkowski

Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty – korzyści dla pacjentów, państwa i fizjoterapii w Polsce

Kim jest fizjoterapeuta?

Fizjoterapeuta to zawód medyczny w ponad 100 krajach świata. W Polsce wykonywanie tego zawodu polega na udzielaniu w sposób bezpośredni świadczeń zdrowotnych. Jest to zgodne z treścią art. 18d ust. 1, pkt 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami – *osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osoba legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny*. Fizjoterapia to podstawowy element rehabilitacji, ponieważ stanowi ponad 90% wszystkich oddziaływań rehabilitacyjnych. W Polsce i na świecie fizjoterapeuci kształceni są obecnie w systemie szkolnictwa wyższego. Od 1 października 2017 r. fizjoterapeuci są w Polsce kształceni tylko na pięcioletnich, jednolitych studiach magisterskich. Programy studiów obejmują unikalne efekty kształcenia, których nie ma w programach innych kierunków studiów. Studia realizowane są w różnych uczelniach, w tym w uniwersytetach medycznych i akademiach wychowania fizycznego. Usługi fizjoterapeutyczne świadczą także technicy fizjoterapii i licencjaci, kształceni we wcześniejszym systemie. Fizjoterapeuci pracują w ośrodkach zdrowia, szpitalach, gabinetach prywatnych, fundacjach i stowarzyszeniach działających na rzecz osób niepełnosprawnych, przedszkolach i szkołach integracyjnych i specjalnych, klubach sportowych, firmach produkujących zaopatrzenie ortopedyczne i innych. Jest ich około 70 tys. i stanowią trzecią najliczniejszą grupę zawodową w zakresie służby zdrowia w Polsce.

Z usług fizjoterapeutów korzysta 25% Polaków, to jest około 10 mln osób.

Od 31 maja 2016 r. obowiązuje w Polsce Ustawa podpisana 26 października 2015 r. przez Prezydenta RP. Określa ona zasady wykonywania zawodu, zakres kompetencji, obowiązków i odpowiedzialności zawodowej. Wprowadzenie w życie Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty jest niezwykle korzystne dla pacjentów w Polsce, finansów państwa oraz rozwoju zawodu fizjoterapeuty.

Korzyści z ustawy dla pacjentów

1. Ochrona zdrowia i życia pacjentów w Polsce. Do marca 2017 r. zostanie stworzony rejestr fizjoterapeutów. Nikt bez wykształcenia medycznego już nie będzie mógł

bezwładnie podawać się za fizjoterapeutę. Obecnie w ramach działalności gospodarczej działa ponad 30 tys. osób, nie wiadomo jednak czy wszyscy ukończyli kształcenie w dziedzinie fizjoterapii i uzyskali kwalifikacje zawodowe. Pacjenci będą mieli zatem możliwość sprawdzenia kwalifikacji osoby prowadzącej fizjoterapię. Korzystanie z usług osoby bez właściwego przygotowania zawodowego może prowadzić do poważnego uszczerbku na zdrowiu, a nawet śmierci.

2. Skrócenie czasu oczekiwania na usługę fizjoterapeutyczną jest jednym z najważniejszych zadań, jakie stoi przed państwem. W 2013 r. czas oczekiwania na rehabilitację wzrósł o 30% w stosunku do 2012 r. i tendencja ta utrzymuje się do chwili obecnej. W 2013 r. tylko na fizjoterapię ambulatoryjną oczekiwało w Polsce ponad 700 tys. obywateli. Długi czas oczekiwania przyczynia się do powstania wtórnych zaburzeń w budowie ciała i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, co generuje dodatkowe koszty leczenia. Otworzenie bezpośredniego dostępu do usług fizjoterapeutycznych w ramach NFZ skróci czas oczekiwania i zapewni wielu pacjentom w Polsce wcześniejsze podjęcie działań zapobiegających unieruchomieniu i wtórnym jego skutkom. Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty funkcjonuje z powodzeniem w Polsce w prywatnym sektorze usług medycznych od 60 lat. Dzięki ustawie, Polacy tak jak w 20 innych krajach Europy mogą sami decydować o zgłoszeniu się do fizjoterapeuty i nie muszą posiadać skierowania od lekarza.

3. Możliwość kontaktu z fizjoterapeutami o określonych kwalifikacjach zawodowych jest niezwykle istotna dla pacjentów z chorobami rzadkimi, po unikalnych zabiegach operacyjnych. Ocenia się, że w Polsce żyje około 2 mln ludzi cierpiących na choroby rzadkie. Wielu z nich wymaga opieki fizjoterapeutycznej. W Polsce nie istnieją ośrodki referencyjne, nie istnieje także rejestr fizjoterapeutów i wykaz ich kwalifikacji zawodowych. Dotarcie do fizjoterapeutów posiadających doświadczenie w pracy z osobami z danym rozpoznaniem jest bardzo trudne. Rejestr fizjoterapeutów to umożliwi. Wielu polskich fizjoterapeutów posiada specjalistyczną i unikalną wiedzę, która będzie możliwa do pełniejszego wykorzystania przez społeczeństwo kiedy wraz ustawą zostanie wprowadzony rejestr fizjoterapeutów.

4. Wprowadzenie do systemu leczenia nowoczesnych sposobów i strategii postępowania w dziedzinie fizjo-

terapii. W Polsce obowiązuje w ramach opieki refundowanej przestarzały system szeroko pojętej rehabilitacji (pojęcie rehabilitacji jest niewłaściwie zamiennie używane z pojęciem fizjoterapii), który w niewielkim stopniu uwzględnia nowoczesne formy działań fizjoterapeutycznych. Wydłuża to czas leczenia i zmniejsza szanse pacjentów na odzyskanie sprawności i poprawę jakości życia. W 2014 r. w opiece ambulatoryjnej finansowanej przez NFZ wykonano tylko niespełna 30% zabiegów z wykorzystaniem ruchu, w tym tylko niecały 1% z nich to nowoczesne metody. Tym samym chorzy leczeni w ramach opieki refundowanej mają małe szanse na nowoczesną, efektywną fizjoterapię. Środowisko fizjoterapeutów zdaje sobie z tego od dawna sprawę i dzięki ustawie wprowadzi konkretne zmiany po akceptacji Ministerstwa Zdrowia i NFZ.

Fizjoterapeuci w Polsce należą do najbardziej aktywnych grup fizjoterapeutycznych na świecie pod względem podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach kształcenia podyplomowego. Nieaktualny i niewydolny system uniemożliwia wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności w systemie refundowanej opieki zdrowotnej. Cierpią na tym polscy pacjenci.

5. Wprowadzenie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej przez fizjoterapeutów i oceny efektów fizjoterapii pozwoli na odpowiednią modyfikację planu prowadzonego leczenia. Obecny brak takiego obowiązku zarówno w ramach usług refundowanych przez NFZ, jak i w lecznictwie prywatnym oznacza dla osoby chorej, korzystającej z usługi często nieprawidłowo dobrane zabiegi, stratę czasu i wydłużenie okresu leczenia. To wkrótce zmieni się dzięki Ustawie.

6. Podniesienie jakości usług fizjoterapeutycznych. Wprowadzenie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty przyczyni się do podniesienia jakości usług fizjoterapeutycznych. Zapisy Ustawy wprowadziły Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny, umożliwiając uzyskanie uprawnień zawodowych oraz wprowadza obowiązek samokształcenia, co bez wątpienia będzie mieć wpływ na jakość i efektywność świadczonych usług.

7. Wprowadzenie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów. Ustawa zapewni wprowadzenie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów, co zabezpieczy dodatkowo pacjentów i ułatwi dochodzenie odszkodowania w przypadku uszczerbku na zdrowiu.

8. Wprowadzenie kar włącznie z pozbawieniem wolności za celowe podszywanie się pod fizjoterapeutę w celach komercyjnych ograniczy liczbę szarlatanów i spowoduje zwiększenie bezpieczeństwa na rynku usług komercyjnych (30 tys. osób działających w ramach działalności gospodarczej) poprzez prewencyjne działanie kary.

II. Korzyści z ustawy dla państwa

1. Zmniejszenie czasu oczekiwania na fizjoterapię oznacza zwiększenie zadowolenia obywateli oraz znaczne

oszczędności finansowe. W Polsce nieustannie spada poziom usług rehabilitacyjnych i wydłuża się czas oczekiwania na usługi fizjoterapeutyczne. Stowarzyszenia i organizacje pacjentów od kilku lat protestują przeciwko takiej sytuacji i oczekują zmian. Ułatwienie dostępu do porady fizjoterapeutycznej, będzie oznaczać dla każdego pacjenta w Polsce szybsze rozpoczęcie usprawniania i uzyskanie praktycznych porad odnośnie radzenia sobie z problemem zdrowotnym. Doświadczenia innych państw pokazują, że otwarcie dostępu do fizjoterapeuty w trybie ambulatoryjnym skróciło czas fizjoterapii i zwiększyło jej efektywność (np. Holandia, Wielka Brytania) w porównaniu do osób zgłaszających się ze skierowaniem od lekarza. Dotyczy to także usług refundowanych. Chorzy w Polsce odbywają najczęściej kilka wizyt u lekarzy różnych specjalności zanim trafią do fizjoterapeuty. Jest już wtedy za późno na udzielenie skutecznej pomocy. Fizjoterapia jest często działaniem doraźnym, a szybko zrealizowana porada fizjoterapeutyczna może uchronić chorego przed kaskadą powikłań i niepotrzebnym cierpieniem (np. bóle krzyża, urazy sportowe, zalecenie prostego zaopatrzenia ortopedycznego itp.).

2. Zmniejszenie wydatków wynikających z obecnego dublowania się wizyt. W Polsce większość zleceń na fizjoterapię ambulatoryjną w ramach NFZ wystawiają obecnie lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej. W praktyce oznacza to, że większość obywateli oczekujących na fizjoterapię musi przejść przez podwójną wizytę lekarską (np. lekarz pierwszego kontaktu, lekarz internista kieruje do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, który wystawia zlecenie na konkretne procedury fizjoterapeutyczne). Rozszerzenie dostępu do fizjoterapeutów przyczyni się do ograniczenia wydatków wynikających z obecnego dublowania się wizyt.

3. Ograniczenie liczby i czasu trwania zwolnień lekarskich i zasiłków rehabilitacyjnych. Szybsze wdrożenie procedur fizjoterapeutycznych i wprowadzenie nowoczesnych form fizjoterapii stosowanych na świecie będzie skutkować ograniczeniem liczby i czasu trwania zwolnień lekarskich i zasiłków rehabilitacyjnych. Należy zauważyć, że niesprawność osoby chorej wiąże się także z potrzebą opieki ze strony bliskich, którzy są zmuszeni przerwać pracę – generuje to dodatkowe koszty dla państwa. Obecnie fizjoterapia refundowana przez NFZ nastawiona jest na bezduszne zrealizowanie konkretnych procedur z katalogu ICD – 9, a nie wyznaczanie i realizowanie celów terapeutycznych. Oddziałuje to bardzo źle na psychikę chorego, który traktowany przedmiotowo nie staje się często stroną aktywną w procesie leczenia. Zaprzecza to istocie procesu rehabilitacji i zmniejsza prawdopodobieństwo powrotu chorego do wcześniej pełnionych ról społecznych.

4. Zmniejszenie wydatków wynikających z nieefektywnego leczenia, wynikającego z braku bieżącej oceny skuteczności stosowanych procedur. Obecnie w większości podmiotów nie jest prowadzona dokumentacja fizjoter-

peutyczna, nie ocenia się także efektywności stosowanych procedur. Wydłuża to czas leczenia i generuje koszty. Płaci się za usługi dobrze i źle wykonane, co podkreślone zostało w raporcie NIK z 2014 r.

5. Ograniczenie liczby i czasu porad lekarskich i zmniejszenie kosztów leczenia to przewidywane korzyści odległe wynikające z wprowadzenia działań profilaktycznych, które nie funkcjonują w obecnym systemie. Obecny system usług rehabilitacyjnych, obowiązujący w Polsce od wielu lat niesie ze sobą negatywne skutki. Raport z 2015 r. wskazuje na zły stan zdrowia i sprawności fizycznej ludzi starszych. Wspomniany stan może być wynikiem niedoskonałości w obecnym, funkcjonującym od wielu lat systemie opieki zdrowotnej. Wprowadzenie bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty skróciło istotnie średni czas wizyty u lekarza medycyny rodzinnej w krajach gdzie stosuje się ten przepis.

6. Organizacja systemu opieki zdrowotnej zgodnie ze światowymi rozwiązaniami, które przyniosły oszczędności finansowe. W wielu krajach na świecie wprowadzono bezpośredni dostęp do usług fizjoterapeutycznych, zgodnie z wytycznymi Europejskiej Deklaracji Standardów w Fizjoterapii, zaproponowanej przez Światową Konfederację Fizjoterapeutów (The World Confederation for Physical Therapy – WCPT) (www.wcpt.org). Organizacja ta reprezentuje ponad 360 000 fizjoterapeutów zrzeszonych w 106 organizacjach zawodowych na świecie. Z badań przeprowadzonych ostatnio przez WCPT wynika, że w 59% krajów członkowskich istnieje bezpośredni dostęp do usług fizjoterapeutycznych, a w 78% państw nie istnieją zapisy prawne ograniczające świadczenie usług w sektorze prywatnym (www.wcpt.org). Potwierdzeniem korzyści wynikających z wprowadzenia samodzielności zawodowej fizjoterapeutów i rozszerzenia ich kompetencji są liczne badania naukowe.

7. Dobrze zorganizowana współpraca przedstawicieli grupy zawodowej fizjoterapeutów **z instytucjami państwowymi i organizacjami pozarządowymi**, ukierunkowana na promocję i poprawę stanu zdrowia, będzie sprzyjać rozwojowi programów zdrowotnych i świadomości obywateli polskich, jak ma to miejsce w innych krajach. Jednym z najważniejszych, ustawowych celów działania Izby Fizjoterapeutycznej jest współpraca z organami administracji państwa dla poprawy efektywności leczenia społeczeństwa.

8. Zmniejszenie liczby młodych, dobrze wykształconych fizjoterapeutów, którzy w związku z sytuacją w Polsce wyjeżdżają za granicę. W Polsce istnieje rozwinięty system kształcenia, który pod pewnymi względami jest jednym z najlepszych na świecie, także ze względu na długą tradycję. Większość aktywnych zawodowo fizjoterapeutów polskich uzyskała tytuł magistra. W wielu krajach Europy kształcenie odbywa się jedynie na poziomie licencjackim, dopiero w ostatnim okresie rozpoczęło się kształcenie na poziomie studiów magisterskich w dziedzinie fizjoterapii.

Obecnie takie państwa jak Francja, Irlandia, Dania, Austria, Niemcy, Wielka Brytania są zainteresowane zatrudnianiem fizjoterapeutów wykształconych w Polsce. Czy Polskę stać na kształcenie, z którego korzystają głównie obywatele innych krajów?

III. Korzyści dla fizjoterapeutów

1. Określenie kompetencji zawodowych, podobnie jak w innych zawodach medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni) jest niezbędne. Brak kompetencji i samodzielności zawodowej w systemie publicznej opieki zdrowotnej budzi niezadowolenie i frustrację, odbiera motywację do pracy i utrudnia rozwój zawodowy.

2. Wprowadzenie nowoczesnych form fizjoterapii w miejsce przestarzałych i nieaktualnych procedur umożliwi wykorzystanie wiedzy i umiejętności zdobywanej przez fizjoterapeutów w trakcie studiów i trakcie kształcenia.

3. Stworzenie Samorządu Fizjoterapeutów zapewni dynamiczny rozwój zawodu fizjoterapeuty, ujednoczenie programów nauczania w wyższych uczelniach i wysoki poziom kształcenia w Polsce. Ułatwi także kontakty z instytucjami państwowymi i organizacjami pozarządowymi.

4. Współpraca partnerska z innymi zawodami medycznymi. W tej chwili zawód fizjoterapeuty jest zawodem medycznym, który posiada jasno określone zasady wykonywania zawodu, prawa, obowiązki i odpowiedzialność. Prowadzi to do równego traktowania w pracy zespołowej w zespołach w systemie opieki zdrowotnej.

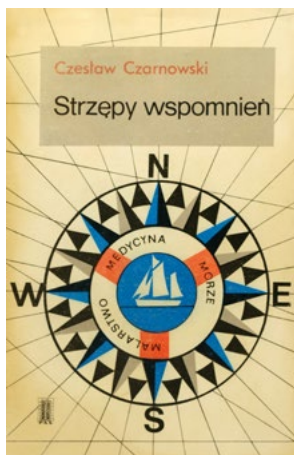
IV. Kształcenie

1. Podniesienie i ujednoczenie poziomu nauczania w wyższych uczelniach. Brak regulacji prawnych i niewystarczająca kontrola ze strony państwa przyczyniła się do powstania wielu szkół kształcących fizjoterapeutów. Według danych Ministerstwa Nauki jest ich obecnie 73. Samorząd reprezentujący grupę zawodową fizjoterapeutów umożliwi podjęcie działań zapobiegających nierównemu poziomowi w szkolnictwie wyższym. Wprowadzenie Samorządu oraz egzaminu zawodowego zmusi uczelnie do podniesienia jakości kształcenia fizjoterapeutów i ujednoczenia programów nauczania oraz wykluczy z rynku najsłabsze instytucje.

2. Ograniczenie szkoleń zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów w Polsce, które w dawnej sytuacji prawnej w Polsce prowadzone były przez osoby bez przygotowania medycznego (np. kilkunastogodzinne kursy kręgarstwa lub manipulacji kręgosłupa). W szkoleniach brały udział przypadkowe osoby, bez wykształcenia medycznego, które wykorzystywały zdobytą wiedzę w gabinetach, oferując usługi lecznicze. Szkolenia nie podlegały jakiegokolwiek kontroli ze strony państwa.

dr hab. Maciej Krawczyk,
prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Karta do dziejów Kliniki Otolaryngologii w Gdańsku



Niedawny jubileusz 70-lecia Kliniki Otolaryngologii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (zob. *Gazeta AMG* 12/2015, s. 24-27) przypomniał m.in. postać prof. Jarosława Iwaszkiewicza, który objął katedrę i kierownictwo Kliniki 1 marca 1948 r. W kontekście tej nominacji chciałbym nieco przybliżyć Czytelnikom *Gazety AMG* tło i okoliczności powojennej obsady Kliniki w organizującej się Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Skłoniła mnie do tego lektura wspomnień prof. Czesława Czarnowskiego pt. *Strzępy wspomnień, szkice autobiograficzne*, (Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1973 r.).

Prof. Czesław Czarnowski urodził się 23 czerwca 1883 r. w Warszawie. Studia lekarskie rozpoczął w Dorpacie (obecnie Tartu), skąd po III roku studiów w 1905 r. przeniósł się do Wojskowej Akademii Medycznej w Petersburgu. Tam ukończył studia i w 1909 r. otrzymał dyplom lekarski. Już na czwartym roku studiów zainteresowała go otolaryngologia i zajmował się nią do końca życia. Po studiach został zatrudniony w klinice otolaryngologicznej Wojskowej Akademii Medycznej w Petersburgu, początkowo pod kierunkiem prof. Cytowicza w charakterze jego prywatnego asystenta, a następnie prof. Waldemara Wojaczka. Do Petersburga wrócił w 1921 r. i pracował jako ordynator w klinice otolaryngologicznej przy Akademii Medycznej, naukowo pod kierunkiem prof. W. Wojaczka. Po roku został habilitowany na podstawie pracy *O najlepszych sposobach znieczulenia w otolaryngologii*, uzyskując tytuł *uczzonego specjalisty chorób uszu, nosa i gardła*, co było równoznaczne z polskim stopniem docenta. W 1923 r. powrócił do Polski i zamieszkał w Wilnie. Aktywnie uczestniczył w życiu naukowym Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, brał też udział w pracach Kliniki Otolaryngologicznej USB kierowanej przez prof. Jana Szmurłę. Od 1 kwietnia 1938 r. został powołany na stanowisko tymczasowego kierownika tej Kliniki jako zastępca profesora. Po ponownej habilitacji w 1938 r. został mianowany kierownikiem Katedry Otolaryngologii USB jako profesor nadzwyczajny. Po wybuchu II wojny światowej w październiku 1939 r. został aresztowany i deportowany za koło polarne w głąb Rosji. Znalazł się w Armii gen. Władysława Andersa, a potem wraz z nią wyszedł z Rosji i znalazł się na Bliskim Wschodzie. Na początku 1944 r. IV Szpital wojenny, w którym pracował został wyłączony z II Korpusu gen. Andersa i skierowany do Anglii. Po zakończeniu wojny nie zdecydował się na powrót do Polski, lecz w 1948 r. emigrował wraz z rodziną do Argentyny. Pracował tam w kilku klinikach i szpitalach oraz prowadził prywatną praktykę. W 1965 r. po rocznym pobycie w Kalifornii, gdzie mieszkał jego syn, po 26 latach nieobecności, powrócił do kraju i zamieszkał w Warszawie.

Prof. Czarnowski był osobą o rozległych zainteresowaniach. Obok medycyny miał jeszcze dwie pasje: żeglarstwo morskie i malarstwo, które uprawiał aktywnie i z powodzeniem. Był czynnym uczestnikiem życia społecznego w różnych organizacjach zawodowych, sportowych i politycznych zarówno w kraju, jak i w środowisku Polonii. Był jednym z prekursorów polskiego żeglarstwa, współinicjatorem powołania Polskiego Związku Żeglarskiego i zakupu pierwszego jachtu *Carmen* przez Yacht Klub Polski. Z okazji 50-lecia Polskiego Związku Żeglarskiego w 1968 r. w Warszawie odbyła się duża wystawa jego malarskich prac marynistycznych.

Zmarł w Warszawie 29 listopada 1983 r. w wieku 100 lat. Pochowany został na Cmentarzu Powązkowskim.

W *Strzępach wspomnień* (s. 310) Czarnowski pisze, że będąc w 1946 r. w Anglii otrzymał pismo od dziekana Akademii Lekarskiej w Gdańsku prof. Michała Reichera o następującej treści:

Szanowny i kochany Kolego!

W imieniu Rady Wydziału Lekarskiego zapytuję Was, czy zgodzilibyście się na objęcie katedry otolaryngologicznej na naszym wydziale. Dla nas, Waszych starych kolegów i przyjaciół z Wilna, obecność Wasza tutaj byłaby wielką radością i przyjemnością. Inni koledzy wydziałowi również wyrazili bez wyjątku żywe zadowolenie z ewentualnej współpracy z Wami, a klinika otolaryngologiczna nie mogłaby zyskać lepszego kierownika.

Oczekując możliwie rychłej odpowiedzi, łączę serdeczne pozdrowienia i wyrazy szacunku.

prof. dr M. Reicher
dziekan Wydziału Lekarskiego

Wprawdzie prof. Czarnecki żywił poważne obawy przed powrotem do kraju, wyraził jednak wstępną zgodę, zastrzegając, że potrzebuję czasu na załatwienie w Anglii swoich spraw osobistych i wojskowych. Korespondencja w tej sprawie trwała do 1948 r. Jednak obawa przed powrotem do kraju nasilała się i to ostatecznie przeważyło, że podjął decyzję o odmowie niezwłocznego powrotu do kraju i objęcia katedry w Gdańsku. Wystosował w tej sprawie następujący list do dziekana Wydziału Lekarskiego (s. 311-312):

Drogi Panie Dziekanie!

Z bólem serca piszę ten list. Jest mi niewymownie smutno, że nie mogę przyjechać do Panów. Bóg świadkiem, jak tęsknię za krajem i za pracą wśród Panów. Zaszczycił i zaufanie, którym zechciała mnie obdarzyć Rada Wydziałowa, są dla mnie źródłem wielkiego pocieszenia w dzisiejszej mojej tułaczkiej niedoli. Jestem spragniony pracy naukowej. Potrafiłbym z całym zapalem stanąć do pracy nad uruchomieniem kliniki. Jeżeli mimo to jednak dotąd nie mogę wrócić do kraju, to mam ku temu poważne przyczyny związane z moimi przeżyciami w 1939 r. i później.

Mam jednak niezłomną nadzieję, że do kraju wrócę, tylko dziś nie mogę ustalić terminu. Wobec tego, niestety, z bólem muszę na razie zrezygnować z tak zaszczytnej dla mnie propozycji objęcia katedry otolaryngologii w Gdańsku. Na to stanowisko pozwalam sobie wysunąć kandydaturę dra Jarosława Iwaszkiewicza, który jest wysokiej klasy specjalistą i naukowcem i który obecnie prowadzi klinikę otolaryngologiczną w Edynburgu.

Co do mnie, muszę na razie pozostać w Anglii i spełniać obowiązek Polaka na obczyźnie. Chodzi o opiekę nad kilkuset tysiącami naszych rodaków, byłych żołnierzy wojsk polskich oraz ludności cywilnej, którzy w chwili obecnej z tej czy innej przyczyny jeszcze nie mogą wrócić do kraju.

Z głębokim szacunkiem i podziwem przyglądamy się stąd pełnej poświęcenia pracy Panów w dzisiejszych ciężkich warunkach nad odbudową naszej Ojczyzny. Całym sercem jesteśmy z Wami i tęsknimy za krajem.

Na zakończenie proszę Pana Dziekana i wszystkich Panów Profesorów nie zapominać o mnie – ja nie zapomnę nigdy i jak najszczęśliwszych w moim życiu lekarskim dni współpracy z Panami w murach wileńskiego uniwersytetu.

Łączę wyrazy szacunku,

C. Czarnowski

Powyższa korespondencja stanowi interesujące uzupełnienie do dziejów Kliniki Otolaryngologicznej w organizowanej po wojnie Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

prof. Wiesław Makarewicz



Stara fotografia mówi

W hołdzie wielkiemu nauczycielowi...

Wiosną 1996 r. ukazała się drukiem książka *Włodzimierz Mozołowski 1895-1975 w 100-lecie urodzin*, której inicjatorem, redaktorem i jednym z autorów był niżej podpisany. Wówczas w maju 1996 r. w Bibliotece Głównej AMG odbyła się kameralna uroczystość promocji tej monografii w gronie uczniów i współpracowników Profesora. Na zdjęciu stoją od lewej: Wiesław Makarewicz, Andrzej Składanowski, dziekan Barbara Śmiechowska, rektor Zdzisław Wajda, Stefan Angielski, Ewa Kosowska, przed nią na froncie Katarzyna Podhajska-Średniawa, autorka szaty graficznej i redaktor techniczny książki. Treść wydawnictwa poprzedzała następująca dedykacja: *Tę książkę w hołdzie Profesorowi Włodzimierzowi Mozołowskiemu, wielkiemu patriotce i uczonemu, wybitnemu nauczycielowi i wychowawcy w 100-lecie urodzin i 50-lecie Akademii Medycznej w Gdańsku składają Jego uczniowie.*

Trzeba dodać, że było to pierwsze w środowisku naszej Uczelni upamiętnienie wybitnego Profesora specjalnym wydawnictwem Jemu dedykowanym.

prof. Wiesław Makarewicz



WŁODZIMIERZ
MOZOŁOWSKI
1895 - 1975
W 100 - LECIE
URODZIN

Zachęcamy Państwa do przeszukania swoich domowych i zakładowych archiwów zdjęciowych. Na pewno znajdzie się tam niejedna cenna perełka. Fotografie prosimy wysyłać wraz z komentarzem na adres gazeta@gumed.edu.pl.

Nagroda dla młodych naukowców



Prezydium Oddziału Polskiej Akademii Nauk w Gdańsku ogłosiło drugą edycję corocznej nagrody naukowej dla młodych naukowców. Jest ona przyznawana równorzędnie pięciu laureatom w następujących dziedzinach: nauk humanistycznych i społecznych, nauk biologicznych i rolniczych, nauk ścisłych i nauk o Ziemi, nauk technicznych, nauk medycznych za oryginalne osiągnięcie badawcze, które zostało opublikowane w roku poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie nagrody. Wyróżnienie jest przyznawane pracownikom lub doktorantom instytucji naukowej, którzy w roku poprzedzającym złożenie wniosku ukończyli najwyżej 33 lata. Wnioski można składać drogą elektroniczną na adres gdansk@pan.pl do 31 marca br. na formularzu zgłoszeniowym dostępnym na stronie www.gdansk.pan.pl. Wyniki konkursu zostaną ogłoszone w maju lub czerwcu. Wysokość nagrody to 4 tys. zł.

Więcej na www.gdansk.pan.pl, tel. 58 712 97 02, e-mail: gdansk@pan.pl. ■

Okoliczności powstania i losy Medizinische Akademie Danzig (MAD) w latach 1935-1945 – biografie profesorów (cz. 1)

Pomysł powołania do życia wyższej szkoły medycznej w Gdańsku istniał od dawna. Po wygranych w 1933 r. wyborach podchwyciły go nowe, narodowo-socjalistyczne władze Wolnego Miasta Gdańska (WMG). Decydujące znaczenie w szybkiej realizacji tego przedsięwzięcia miało poparcie ze strony Alberta Forstera, Gauleitera NSDAP w Gdańsku i ulubieńca Hitlera¹. Już 25 stycznia 1935 r. Ministerstwo Kultury Rzeszy i Prus w Berlinie zatwierdziło powołanie do życia Państwowej Akademii Medycyny Praktycznej w Gdańsku (Staatliche Akademie für Praktische Medizin). Została ona uroczystie otwarta 13 kwietnia 1935 r. w Dworze Artusa^{2,3,4}.

Program nauczania nowej uczelni był ściśle związany z programem niemieckich uczelni medycznych, ale ograniczał się początkowo tylko do dwóch semestrów klinicznych (z obowiązkowych sześciu), które można było odbywać dopiero po zdaniu egzaminów z przedmiotów przedklinicznych oraz wysłuchaniu wykładów z interny i chirurgii. Pozostałe semestry i egzamin końcowy musiały być zaliczone na terenie Niemiec³. Szczególnie intensywnie prowadzone było w Gdańsku praktyczne nauczanie studentów w małych grupach przy łóżku chorego. Dużą wagę przywiązywano także do wychowywania młodzieży akademickiej w duchu narodowo-socjalistycznym. *Numerus clausus* gwarantował dobór najbardziej uzdolnionych kandydatów na lekarzy. Pierwszym dyrektorem nowej uczelni medycznej został senator ds. zdrowotnych – dr med. Hellmuth Kluck, członek NSDAP i SS-Mann, internista, pierwszy wykładowca przedmiotu medycyny społecznej i tzw. higieny rasowej w Gdańsku. W 1936 r., po wyjeździe Klucka, jego liczne obowiązki przejął senator dr med. Erich Großmann. Przewodniczącym Kuratorium Akademii został Arthur Greiser, prezydent Senatu WMG w latach 1934-1939. Jeszcze przed wybuchem wojny, 14 lipca 1939 r., dotychczasowych kierowników Klinik i Instytutów w Gdańsku, mianowano profesorami i urzędnikami państwowymi Rzeszy. Po przyłączeniu Gdańska do Niemiec we wrześniu 1939 r., Akademia Medycyny Praktycznej została podporządkowana Ministerstwu Kultury w Berlinie, a jej kuratorem został prof. Ernst Pohlhausen, rektor Wyższej Szkoły Technicznej (THD) w Gdańsku^{2,5}. W szybkim tempie nastąpiła reorganizacja i rozbudowa Uczelni. Według Watermanna³ już od 15 kwietnia 1940 r. możliwe było w Gdańsku odbycie pełnych studiów medycznych. Wydaje się, że nastąpiło to jednak nieco później, bo rozporządzeniem Ministerstwa Rzeszy ds. Nauki, Wychowania i Kształcenia Publicznego uczelnia otrzymała nazwę Medizinische Akademie in Danzig (MAD) dopiero 29 listopada 1940 r. Do Gdańska przybyło wielu nowych profesorów z głębi Niemiec, głównie członków lub sympatyków NSDAP. Docentami Akademii mianowano kilku ordynatorów szpitali miejskich

z Gdańska i innych miast. Nieklinicznych przedmiotów podstawowych (biologia, botanika, chemia, fizyka) nauczali studentów medycyny profesorowie i docenci Wyższej Szkoły Technicznej (Technische Hochschule Danzig, THD). Od 29 kwietnia 1941 r. MAD znalazła się wraz z THD pod wspólnym organizacyjnym i finansowym zarządem. Poziom nauczania i udzielanych świadczeń lekarskich był w MAD wysoki. Wynikiem intensywnej pracy naukowej były liczne doktoraty i habilitacje¹. MAD pełniła też funkcję nadrzędnej jednostki medycznej dla całej prowincji Rzeszy Gdańsk-Prusy Zachodnie (Reichgau Danzig-Westpreußen). Podczas gdy z racji wojny wiele uczelni niemieckich musiało ograniczyć swoją działalność, w Gdańsku panowały optymalne warunki do pracy i studiowania¹. Dopiero w 1944 r. miasto i MAD poważnie odczuły skutki działań wojennych. Liczba rannych żołnierzy i osób cywilnych wymagających medycznej pomocy stale rosła. Przez miasto przechodziło tysiące uciekinierów ze Wschodu. Sroga zima powodowała, że wielu z nich ginęło po drodze z zimna, wycieńczenia i głodu. W styczniu 1945 r. planowe szkolenie studentów i lekarzy zostało zawieszane. Poszczególne Kliniki i Instytuty, częściowo z pacjentami i sprzętem, ewakuowano na Zachód. Zbliżająca się katastrofa powodowała, że kto mógł opuszczał miasto. Od lutego/marca 1945 r. było to możliwe już tylko drogą morską, co wiązało się jednak z ryzykiem. Wraz z zatopionym 30 stycznia 1945 r. przez Rosjan statkiem „Wilhelm Gustloff” poszło na dno nie tylko kilka tysięcy osób, ale przepadły też cenne prace naukowe i biblioteka THD. Po ciężkich walkach 29/30 marca 1945 r., wojska rosyjskie zdobyły Gdańsk. Bezwarunkową kapitulację III Rzeszy podpisano 8 maja 1945 r. Rozpoczęło się masowe wysiedlanie Niemców z terenów przyznanych po wojnie Polsce, Czechosłowacji, Rosji i innym krajom. Lekarze, uciekinierzy z Gdańska, mieli poważne trudności ze znalezieniem miejsca pracy w okrojonych, zniszczonych Niemczech. Gdy okazało się, że ponowne uzyskanie przez Gdańsk statusu Wolnego Miasta i powrót do niego są niemożliwe, byli członkowie Senatu Akademii próbowali uzyskać zgodę władz na reaktywowanie uczelni na terenie Niemiec Zachodnich³. Jako nową lokalizację MAD brano pod uwagę m.in. Wilhelmshaven. Duże zainteresowanie Akademią wykazywały władze miasta Brunshwiku (Braunschweig). W październiku 1946 r. została wydana zgoda na osiedlenie się MAD w tym mieście. Sprawa ostatecznie upadła na skutek weta władz okupacyjnych oraz przewidywalnie zbyt wysokich kosztów tego projektu³. Po II wojnie światowej, 8 października 1945 r., na gruzach niemieckiej Medizinische Akademie in Danzig powołano do życia polską Akademię Lekarską w Gdańsku (ALG), przemianowaną w 1950 r. na Akademię Medyczną⁶.

Pomijając fakt istnienia w przeszłości Katedry Anatomii i Medycyny w Gdańskim Gimnazjum Akademickim (1584-1812), które można zaliczyć do szkoły średniej oraz Cechu Chirurgów (1454-1820), powstała w 1935 r. Akademia Medyczna była pierwszą wyższą uczelnią medyczną w Gdańsku¹².¹³ Istniała 10 lat, ale tylko przez około 5 lat (1940-1945), jako Medizinische Akademie Danzig (MAD), była w stanie zapewnić studentom odbycie pełnego studium medycyny oraz uzyskanie tytułu doktora, doktora habilitowanego czy profesora. Wszystkie nominacje musiały być zatwierdzane przez władze partyjne w Berlinie. Zdecydowana większość profesorów Akademii pochodziła z głębi Niemiec. W Gdańsku lub jego okolicach urodzili się tylko Erich Großmann, Hellmuth Kluck, Franz Kauffmann i Otto Schmidt. Z Bydgoszczy pochodził Paul Schenk, ze Śląska Joachim Granzow i Konrad Tietze. Prawie wszyscy nauczyciele akademicy (profesorowie i docenci) gdańskiej uczelni medycznej byli członkami NSDAP. Podyktowane to było niewątpliwie względami koniunkturalnymi. Przynależność do partii była bowiem nieodzownym warunkiem zrobienia zawodowej lub naukowej kariery. Podobnie, choć może nie tak rygorystycznie, działa się w socjalistycznej Polsce, oczywiście z zastrzeżeniem, że trudno stawiać znak równości pomiędzy NSDAP i PZPR.

W artykule przedstawiono sylwetki wszystkich 32 kierowników Klinik i Instytutów gdańskiej Akademii w latach 1935-1945, także tych którzy pełnili tę funkcję tylko krótko lub zastępczo. Wielu z nich było wybitnymi specjalistami i naukowcami. Tylko nieliczni, jak Erich Großmann, splamili się czynami kryminalnymi. Odtworzenie szczegółowych życiorysów niektórych profesorów było utrudnione, ponieważ akta osobowe MAD w większości zaginęły, a dane biograficzne zawarte w różnych leksykonach są zazwyczaj skrócone i nierzadko sprzeczne. Dotyczy to także informacji zawartych w aktualnych zasobach internetowych, do tworzenia których mają (moim zdaniem) zbyt łatwy dostęp także osoby niekompetentne lub nierzetelne.

W 2015 r. minęło 80 lat od momentu powołania do życia Akademii Medycyny Praktycznej w Wolnym Mieście Gdańsku i 70 lat od otwarcia Akademii Lekarskiej w polskim Gdańsku. Do niedawna ściśle rozgraniczano niemiecki i polski okres istnienia Akademii. Powodem tego były „względy natury politycznej, emocjonalnej i w gruncie rzeczy szowinistycznej...”). Od początków XXI w. zarysowuje się tendencja do historycznie wspólnego, ponadnarodowego traktowania dziejów tej uczelni, podobnie jak THD i Politechniki Gdańskiej. Twórcami i pierwszymi profesorami gdańskiej wyższej uczelni medycznej byli oczywiście Niemcy, ale już od ponad 70 lat znajduje się ona w polskich rękach. Wielki szkoleniowy i naukowy dorobek Akademii z lat 1935-1945 i 1945-2015, podobnie jak cała ponad tysiącletnia historia Gdańska, należą do przeplatającego się, wspólnego kulturalnego dziedzictwa Polski, Niemiec i Europy, które warto znać.

Profesorowie założyciele Akademii Medycyny Praktycznej w Gdańsku (1935 r.):

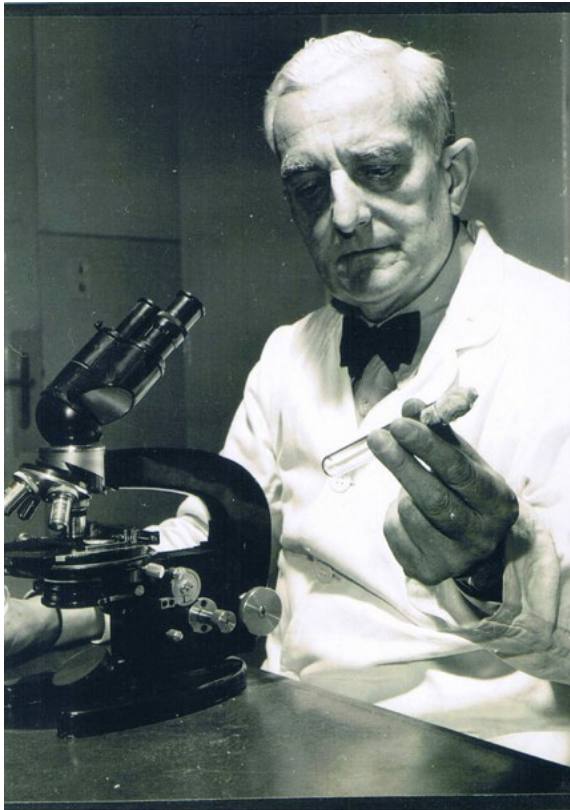
- prof. Adam Alfred, dyrektor Kliniki Chorób Dziecięcych,

- prof. Becher Erwin, pierwszy dyrektor Kliniki Chorób Wewnętrznych,
- prof. Bohn Hans, dyrektor Kliniki Chorób Wewnętrznych,
- prof. Büngeler Walter, dyrektor Instytutu Patologii, pierwszy dziekan,
- prof. Klose Heinrich, dyrektor Kliniki Chirurgicznej,
- prof. Fuchs Hans, dyrektor Kliniki Chorób Kobięcych.
- prof. Kauffmann Franz, dyrektor Kliniki Psychiatrycznej,
- prof. Nast Otto, dyrektor Kliniki Dermatologicznej,
- prof. Schenk Paul, ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Diakonisek,
- prof. Schmidt Herbert, dyrektor Kliniki Otolaryngologicznej,
- prof. Wagner Gerhard, dyrektor Instytutu Higieny.

Dyrektorem założycielskim Akademii był dr med. Hellmuth Kluck. Z powstaniem Akademii związani też byli: dr med. Schulz Alfred, ordynator Kliniki Ortopedycznej Wessel-Storphaus Gdańsk-Siedlce (Danzig-Schidlitz) i dr med. Ziegenhagen Paul, radca ds. medycznych, historyk medycyny.

Życiorysy profesorów Akademii z lat 1935-1945 (w porządku alfabetycznym)

ADAM Alfred Ludwig Friedrich, profesor zwyczajny, pediatra. Urodzony 13 sierpnia 1888 r. w Dahmsdorf, pow. Lebus/Neumarkt, dzisiaj okręg Frankfurt nad Odrą, Brandenburgia. Jego rodzicami byli Carl Hermann Adam, inspektor kolejowy i pruski radca rządowy oraz Wilhelmine z d. Woltermann, obydwójce ewangelicy. Wkrótce po urodzeniu się Alfreda jego rodzina przeniósł się do Królewca (Königsberg), gdzie ukończył naukę szkolną. Świadectwo maturalne uzyskał w 1906 r. w królewickim Friedrich-Wilhelm-Kollegium (Gimnazjum Humanistyczne). Następnie rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Alberta w Królewcu, gdzie w 1909 r. zdał celująco przedkliniczne egzaminy lekarskie. Dalsze studia kontynuował w Monachium i w Berlinie, gdzie 3 maja 1913 r. złożył końcowe egzaminy lekarskie i otrzymał prawo wykonywania zawodu lekarskiego (Approbation). 10 czerwca 1913 r. obronił, z oceną *cum laude*, pracę doktorską (*Nervus-recurrens-Lähmung bei Mediastinitis*). Jego pierwszym miejscem pracy (1913-1914) był Instytut Terapii Eksperymentalnej w Hamburgu-Eppendorf. Już po roku pracy dyrektor Instytutu prof. H. Much wysłał go w celach naukowych do Jerozolimy, gdzie na kilka miesięcy powierzono mu prowadzenie Oddziału Badawczego Gruźlicy. Po powrocie pracował krótko w Instytucie Światła (Lichtinstitut) Kliniki Chorób Skórnych Uniwersytetu w Berlinie. W latach 1915-1918 był uczestnikiem I wojny światowej, głównie na Bałkanach. W Üsküb w Macedonii prowadził laboratorium bakteriologiczne lazaretu wojskowego, zdobywając przy tym duże doświadczenie fachowe oraz uznanie przełożonych i pacjentów. Z wojny wrócił odznaczony niemieckim Krzyżem Żelaznym i Heskim Krzyżem Sanitarnym. Od marca 1919 r. do marca 1920 r. był asystentem w Instytucie Fizjologii Weterytarnej Uniwersytetu we Frankfurcie nad Menem. W tym okresie napisał ponad 100-stronicowy rozdział *Die übertragbaren Krankheiten (Choroby zakaźne)* do podręcznika Hugo Seltera *Grundriss der Hygiene* (Królewiec 1920). W kwiet-



Prof. Alfred Adam (1888-1956)

niu 1920 r. został asystentem prof. E. Moro w Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu w Heidelbergu, gdzie wkrótce uzyskał uprawnienia lekarza specjalisty chorób dziecięcych i zajął się problemami fizjologii odżywiania oraz patogenezą dyspepsji. Na podstawie pracy habilitacyjnej *Die Biologie der Dünndarmcoli und ihre Beziehung zur Pathogenese der Intoxikation* został jesienią 1922 r. mianowany docentem prywatnym w Heidelbergu. Wiosną 1924 r. przeniósł się do Uniwersyteckiej Kliniki Chorób Dziecięcych w Hamburgu -Eppendorf (7 maja 1924 r.), gdzie znacznie rozszerzył zakres swoich prac badawczych. W czerwcu 1927 r. mianowany został profesorem nadzwyczajnym oraz zastępcą dyrektora prof. Kleinschmidta. W maju 1928 r. ożenił się z Elisabeth Düring, nauczycielką z Bremerhaven. W małżeństwie tym urodziło się potem (w Gdańsku) dwoje dzieci, syn Hans, ur. w 1929 r., późniejszy lekarz pediatra i córka Edith, ur. w 1932 r., po wojnie emigrantka do USA. W październiku 1928 r. prof. Alfred Adam został mianowany ordynatorem Oddziału Chorób Dziecięcych Szpitala Miejskiego w Gdańsku, który znacznie rozbudował i unowocześnił²⁷. Dzięki jego staraniom został otwarty w Sopocie Oddział Lecznictwa Morskiego dla Dzieci (Kinderseeheilstätte) na 160 łóżek oraz Szkoła dla Pielęgniarek Niemowląt i Dzieci (Danziger Schule für Säuglings-und Kinderschwester). W 1935 r. prowadzony przez niego Oddział został przekształcony w Klinikę nowo utworzonej Państwowej Akademii Medycyny Praktycznej w Gdańsku. Adam został mianowany profesorem zwyczajnym, konsultantem krajowym ds. pediatrii oraz pełnomocnikiem Okręgu Gdańsk-Prusy Zachodnie ds. Matki i Dziecka^{2,3,11}. Wkrótce okazało się, że jego moralno-etyczne poglą-

dy coraz bardziej kolidują z nazistowską polityką zdrowotną. Inteligentny i krytycznie myślący prof. Alfred Adam szybko odkrył rasistowskie i zbrodnicze oblicze nowego reżimu. Szczególny opór stawiał zarządzeniom dotyczącym sterylizacji i eutanazji dzieci. Zdecydowanie odmówił wstąpienia do jakiegokolwiek organizacji nazistowskiej, a swoim dzieciom nie pozwolił na przynależność do Hitlerjugend i BDM, co powodowało ich izolację i problemy w szkole. Pomimo wielkich zasług dla gdańskiej medycyny i olbrzymiego autorytetu w mieście, w marcu 1938 r. został pozbawiony praw urzędnika państwowego i zwolniony ze stanowiska dyrektora Kliniki oraz wszystkich innych pełnionych funkcji. Przyznano mu jednak finansowe odszkodowanie i pozwolono na prowadzenie prywatnej praktyki w Gdańsku. Przez kolejne 6 lat, aż do 1945 r., poddany był licznym naciskom i szykanom. Pomimo to, po kryjomu i zazwyczaj nocą, udzielał pomocy lekarskiej chorym żydowskim i polskim dzieciom, co groziło najsurowszymi konsekwencjami. Tylko dzięki udanej ucieczce z Gdańska samolotem (styczeń 1945 r.), którą umożliwił zaprzyjaźniony naczelnik lotniska, udało się Adamowi i jego rodzinie uniknąć zaplanowanego przez Gestapo aresztowania. W 1946 r. objął stanowisko dyrektora Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu w Erlangen/Bawaria, które piastował do 31 sierpnia 1956 r.^{7,8} W trakcie tej pracy nie tylko gruntownie rozbudował i unowocześnił Klinikę, ale także wyszkolił setki lekarzy i pielęgniarek dziecięcych. Był autorem 82 publikacji naukowych, współwydawcą czasopism: *Monatschrift für Kinderheilkunde* i *Archiv für Kinderheilkunde*. W 1952 r. został członkiem Niemieckiej Akademii Badaczy Przyrody Leopoldina. W 1952 r. wybrano go prezesem Niemieckiego Towarzystwa Pediatrycznego. Zmarł nagle, 19 września 1956 r., na atak serca, wkrótce po przejściu na emeryturę. Głównymi tematami naukowych i praktycznych zainteresowań prof. Alfreda Adama były: fizjologia i patologia odżywiania niemowląt, infekcje bakteryjne jelit, etiologia infekcji grypowych, leczenie krzywicy, gruźlicy i toksoplazmozy u dzieci, działanie witamin, higiena mleka, szczepienia ochronne, a także problemy psychologii dziecięcej. Był jednym z niewielu wybitnych lekarzy niemieckich, którzy w erze hitlerizmu mieli odwagę otwarcie i nieugięcie bronić humanitarnych i demokratycznych zasad w medycynie i w życiu.

ALBERS Henry Hermann Albert Karl (1904-1987), prof. zwyczajny, chemik. Urodzony 28 maja 1904 r. w Hamburgu jako syn Wilhelma Albersa, kupca i Dory z d. Groth. Ewangelik. Od 1923 r. studiował chemię i medycynę w Erlangen i Hamburgu. Doktoryzował się (Dr. rer. nat.) w 1928 r. i habilitował w 1934 r. na Uniwersytecie w Hamburgu⁹. W latach 1934-1935 był stypendystą Fundacji Rockefellera w Sztokholmie. Od końca 1935 r. pełnił obowiązki starszego asystenta (Oberassistent) i docenta w Instytucie Chemii Organicznej Wyższej Szkoły Technicznej (TH) w Hanowerze. Z końcem 1936 r. mianowany został pozaplanowym profesorem (apl. prof.) i komisarycznym dyrektorem Instytutu Chemii w Wyższej Szkole Technicznej (THD) w Gdańsku^{5,9}.

W 1938 r. został profesorem nadzwyczajnym THD. W latach 1941-1945, jako profesor zwyczajny, prowadził Instytut Chemii THD i był wykładowcą w gdańskiej Akademii Medycznej. Specjalizował się m.in. w zakresie działania gazów bojowych¹⁰. Po wojnie, w 1950 r., został profesorem wizytującym (Gast-professor) farmakologii i chemii organicznej na Uniwersytecie w Moguncji (Mainz). Od 1954 r. był dyrektorem tamtejszego Instytutu Chemii Leczniczej (Institut für Therapeutische Chemie). W 1963 r. został dyrektorem Instytutu Biochemii Uniwersytetu w Moguncji i jednocześnie, w latach 1964-1965, prowadził komisarycznie Instytut Badawczy Wina (Institut für Weinforschung). Zajmował się problemami fermentacji, produkcji tworzyw sztucznych i leków. W 1971 r. przeszedł na emeryturę, zmarł 14 lipca 1987 r. w Wiesbaden-Sonnenberg.

Michał T. W. von Grabowski,
em. ordynator Kliniki Ortopedii,
Edith-Stein-Fachklinik, Bad Bergzabern, Niemcy

Piśmiennictwo

1. Wolter H., *Aus dem Danziger Ärzteleben. Die Medizinische Akademie, Rundbriefe der Ostpreußischen Arztfamilie*, 1963, 3, 19-21 i 30-31.
2. Grabowski von, M.T.W., *Ärzte und medizinische Versorgung in Danzig in den Jahren 1920-1945*, Westpreußen-Jahrbuch, Münster, 2012, 62, 111-134.
3. Watermann R., *Medizinische Akademie Danzig*, Jahrbuch der Albertus-Universität zu Königsberg/Preußen, Verl. Duncker & Humblot, Berlin-München, 1971, 21, 36-69.
4. Żydowo M. M., *Jubileusz Akademii Medycznej w Gdańsku. 70. rocznica powołania do życia pierwszej akademickiej uczelni medycznej w Gdańsku*, Gazeta AMG, Gdańsk, kwiecień 2005 r.
5. Wangerin A., *Beiträge und Dokumente zur Geschichte der Technischen Hochschule Danzig 1904-1945*, Th. Schäfer Druckerei, Hannover, 1979. (Albers H. – s. 124, du Mont H. – s. 150, Schenk P. – s. 158, Wagner G. – s. 164).
6. Machaliński Z., *Geneza i początki Akademii Medycznej w Gdańsku*, wyd. AMG, Gdańsk, 1999, t. II.

7. Rexroth Ch. A., *Wachsam und wägend, mutig und hart. Prof. Dr. med. Alfred ADAM (1888-1956)*, w *Geschichte der Universitätskinderklinik Erlangen* (red. W. Rascher, R. Wittern-Sterzel), Verl. V. & R. Unipress, Göttingen, 2005, 213-296.

8. Wittern R., *Die Professoren und Dozenten der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen 1743-1960*, Verl. Medizinische Fakultät Erlangen, Sonderreihe, 1999, Teil 2, Bd. 9, 3.

9. Kürschners Deutscher Gelehrten – Kalender, Verl. W. de Gruyter, Berlin, 1961. (Albers H. – s. 11; Albrecht H. – s. 13; Ammon R. – s. 24; Bohn H. – s. 180; Büngeler W. – s. 248; Feyrter F. – s. 432; Klose H. – s. 1000; Koll W. – s. 1044; du Mont H. – s. 1373; Nast O. – s. 1422; Rauh W. – s. 1612; Schenk P. – s. 1767; Schmidt Herbert – s. 1810; Schmidt Otto – s. 1815; Schultz W. – s. 1886; Spanner R. – s. 1973; Terbrüggen A. – s. 2081; Thauer R. – s. 2086; Tietze K. – s. 2104).

10. Klee E., *Das Personal Lexikon zum Deitten Reich. Wer war was vor und nach 1945*, Edition Kramer, Verl. Fischer, Frankfurt/M., 2003 (Albers H. – s. 11, Ammon R. – s. 16, Großmann E. – s. 204; Kluck H. – s. 318; Koll W. – s. 328; Nast O. – s. 428; Schmidt O. – s. 546; Schneider M. – s. 552-553; Spanner R. – s. 589; Thauer R. – s. 621).

11. Scholz H., P. Schoeder, *Ärzte in Ost- und Westpreußen. Leben und Leistung seit dem 18. Jahrhundert. Medizinische Akademie Danzig. Ostdeutsche Bei-träge*. Aus dem Göttinger Arbeitskreis, Verl. Holzner, Würzburg, 1970, s. 115-121 (Ammon R. – s. 20-21).

12. Grabowski von, M.T.W., *Z dziejów chirurgii i ortopedii w Gdańsku do 1945 r.* Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, 2011, 4 (6), 409-419.

13. Grabowski von, M.T.W., V. B. von Grabowski, *Humanismus in der Medizin am Beispiel des Gymnasium Academicum und der Aktivitäten bedeutender Ärzte des 16.-18. Jh. in Danzig/Gdańsk* w *Ethics and Humanism in European Science, Environment and Culture*, wyd. Societas Humboldtiana Polonorum, Kraków, 2011, 137-146.

Dr Michał Grabowski jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z 1966 r. Po studiach przez szereg lat pracował i specjalizował się w Klinice Ortopedii AMG. Od wielu lat mieszka w Niemczech. Niniejszy artykuł, który został opublikowany w *Archiwum Historii Medycyny i Filozofii* (2015, t. 78, s. 57-74), przedrukujemy za zgodą Redakcji.

Współpraca studentów GUMed i PG

Paulina Pałasz i Karolina Chylińska, studentki z Koła Naukowego Radiologii przy Zakładzie Radiologii GUMed są współautorkami pracy *Od koncepcji po prototyp, czyli przychodzi inżynier do lekarza*. Została ona przedstawiona podczas III Kongresu Rozwoju Edukacji, który odbył się w listopadzie 2016 r. na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie. Praca jest efektem współpracy studentek GUMed ze studentkami Politechniki Gdańskiej – inż. Ewą Kozłowską (studia magisterskie) oraz doktorantką mgr inż. Anną Czają, a jej opiekunami byli mgr inż. Wojciech Grabowski z Zakładu Radiologii GUMed oraz dr inż. Anna Grabowska, Autoryzowany Partner Akademicki Autodesk, PG. W prezentacji pokazano komunikację i współpracę pomiędzy gdańskimi uczelniami wyższymi (GUMed i PG) z biznesem (firmy: PRO-MED, Autodesk). Była ona możliwa dzięki wykorzystaniu platformy komunikacyjnej SP4CE (projekt ERA-SMUS+, Strategic Partnership for Creativity and Entrepreneurship). Obecnie autorzy prezentacji prowadzą wielobranżową współpracę z wykorzystaniem oprogramowania Fusion 360 i MoodleCloud. Współpraca w chmurze ma zastosowanie w planowaniu leczenia pacjentów i wdrażaniu nowych rozwiązań, umożliwia komunikację lekarzy, diagnostów i inżynierów. Podczas Konferencji pokazano projektowanie implantu indywidualnego żuchwy u pacjenta ze szkliviakiem.

Więcej na <https://www.youtube.com/watch?v=1t3LVEOR7Gw>. ■

KADRY GUMeD

Tytuł profesora otrzymali:

- prof. dr hab. Marcin Gruchała
- prof. dr hab. Ryszard Smoleński
- prof. dr hab. Michał Żmijewski

Stopień doktora habilitowanego otrzymali:

- dr hab. Wacław Nahorski
- dr hab. Pieter Stepaniak
- dr hab. Piotr Wąż

Na stanowisku adiunkta zatrudniono:

- dr. med. Juliusza Chorążewicza
- dr n. med. Małgorzatę Kaczkan
- dr n. med. Darię Schetz
- dr med. Martę Szmudę
- dr n. med. Agnieszkę Wroczyńską

Na stanowisku starszego wykładowcy zatrudniono

- dr. med. Piotra Popowskiego

Jubileusz długoletniej pracy w GUMeD obchodzą:

20 lat

- dr Piotr Chwirot
- mgr Ludmiła Michałowska
- dr med. Ewa Szutowicz-Zielińska
- dr med. Irmina Śmietańska

30 lat

- dr med. Bogumiła Cynowska
- Barbara Szadkowska
- Bogumiła Wilczyńska
- Gabriela Żurawska

35 lat

- mgr Stanisław Miech
- mgr Elżbieta Tymińska

40 lat

- Jolanta Ceglarska

Pracę w Uczelni zakończyli:

- lek. med. Tomasz Nowicki
- Adam Szreder

Nagrody jubileuszowe UCK

Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

20 lat

- Ewa Majkowska
- prof. dr hab. Jan Rogowski

25 lat

- Marzena Jankowska
- dr Marek Wlazłowski

30 lat

- Grażyna Gostkowska
- mgr Bożena Goś

- st. asyst. Joanna Lewicka
- Iwona Pierzynowska
- mgr piel. Bogumiła Sawicka
- Jolanta Sewczyk
- Małgorzata Wierzbicka

40 lat

- Bożena Korolczuk

45 lat

- Marek Abramczuk
- Henryka Rutkowska

Neuroblastoma – wyzwanie kliniczne i analityczne

W świecie nauk biomedycznych obserwujemy tendencję do coraz większej specjalizacji i powstawania wąskich, precyzyjnie wybranych dziedzin i obszarów medycyny. Dotyczy to zarówno badań podstawowych, jak i klinicznych. Ma to niewątpliwie swoje pozytywne aspekty, związane z możliwością szczegółowego i dogłębnego potraktowania tematu – czy to badawczego, czy też mającego zastosowanie w praktyce klinicznej. Zgodnie z powiedzeniem, że nikt nie jest równie dobry we wszystkim. Niemniej wąska specjalizacja niesie za sobą zagrożenie zbyt jednostronnego spojrzenia na pacjenta i jego schorzenie.

Skuteczna walka z chorobami, takimi jak choroby nowotworowe, powinna całościowo spoglądać na człowieka, nie traktując każdej komórki, tkanki czy narządu oddzielnie. Dlatego tak ważna jest współpraca pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin, a zwłaszcza pomiędzy specjalistami dziedzin podstawowych i klinicystami. Daje to możliwość właściwego zaplanowania i przeprowadzenia badań, zmierzających do prawidłowego scharakteryzowania procesów patofizjologicznych w organizmie dotkniętym nowotworem.

W takiej sytuacji optymalnym podejściem staje się zawiązywanie zespołów badawczych, złożonych z lekarzy, pielęgniarek, specjalistów badań podstawowych (chemików, biologów, analityków), bioinformatyków i biostatystyków. Takie działanie z całą pewnością przyczynić się może do pogłębienia aktualnego stanu wiedzy na temat badanych schorzeń, zaproponowania najlepszych standardów leczenia, czy też wytypowania nowych biomarkerów pomocnych w diagnostyce i monitorowaniu leczenia tych chorób lub stanowiących nowe punkty uchwytu dla substancji leczniczych.

Wychodząc naprzeciw holistycznemu podejściu do problematyki zdrowia i choroby, Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii, kierowana przez prof. Elżbietę Adamkiewicz-Drożyńską podjęła współpracę z Katedrą i Zakładem Chemii Farmaceutycznej, kierowaną przez prof. Tomasza Bączka. Głównym celem tej współpracy jest nowoczesne, interdyscyplinarne podejście do diagnostyki wybranych złośliwych guzów litych wieku dziecięcego. Badania rozpoczęto od nerwiaka zarodkowego współczulnego (*neuroblastoma*, NBL), najczęstszego pozaczaszkowego nowotworu dziecięcego litygo u dzieci. Ze względu na niecharakterystyczne i różnorodne objawy wstępne, nowotwór ten rozpoznawany jest zwykle w wysoce zaawansowanych stadiach, nierzadko w fazie przerzutów odległych, co znacznie pogarsza rokowanie.

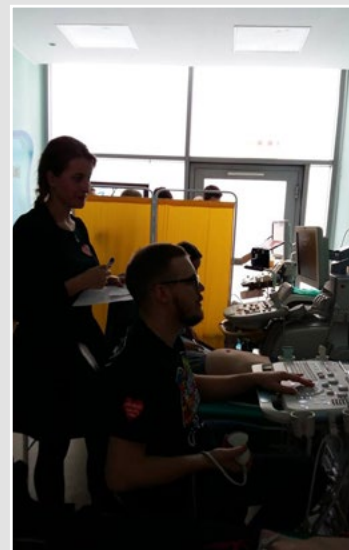
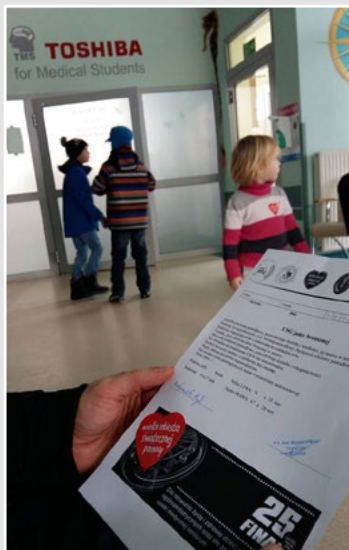
Potrzeba zaproponowania nowych, bardziej dokładnych i czułych metod ich wczesnej diagnostyki skłoniła zespoły badawcze pod kierownictwem dr hab. Ewy Bień (strona kliniczna) oraz dr hab. Ilony Ołędzkiej i dr Natalii Miękus (strona analityczna) do ścisłej współpracy. Wspólne wysiłki pozwoliły na optymalizację od strony analitycznej metody opartej

o technikę elektroforezy kapilarnej (CE), pozwalającej na oznaczanie związków z grupy amin biogennych, ich metabolitów i związków prekursorowych w moczu pacjentów z NBL. Opracowanie i wielowymiarowa weryfikacja wyników mogły zostać przeprowadzone dzięki zastosowaniu zaawansowanych narzędzi statystycznych i chemometrycznych. Oznaczenia pojedynczych analitów nie są odpowiednio czułe i/lub specyficzne dla pewnego stwierdzenia obecności guza i/lub oceny jego odpowiedzi na stosowaną terapię. Dlatego prace zespołu skierowane zostały na poszukiwanie optymalnego panelu biomarkerów, których jednoczesne jakościowe i ilościowe oznaczanie w moczu pacjentów, pozwoliłoby na diagnostykę i monitorowanie przebiegu NBL. Wybór dziesięciu związków z grupy amin biogennych jako potencjalnych, nowych biomarkerów, podyktowany był faktem, że NBL – z uwagi na swoje pochodzenie z komórek układu współczulnego – to guz zdolny do syntezy, wydzielania i magazynowania amin katecholowych (takich jak adrenalina, noradrenalina czy dopamina). Analiza elektroforetyczna poprzedzona została odpowiednim przygotowaniem próbek biologicznych (w opisywanym przykładzie – moczu) z użyciem technik mikroekstrakcyjnych (takich jak dyspersyjna mikroekstrakcja ciecz-ciecz i mikroekstrakcja do fazy stałej). Pozwoliło to na wykorzystywanie niewielkich objętości próbek moczu, pobieranych w sposób nieinwazyjny i bezpieczny dla pacjenta, personelu medycznego oraz osób wykonujących analizy. Dokonano również walidacji opracowanej metodyki. Wszystkie etapy eksperymentalne, angażujące specjalistów z różnych dziedzin, pozwoliły na wytypowanie najkorzystniejszych warunków przeprowadzania analizy (od charakterystyki uczestników badania, poprzez pobieranie i transport materiału biologicznego, aż do jego analizy w laboratorium Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej). Zainteresowanych zachęcamy do zapoznania się ze szczegółami projektu w następujących, dotychczasowo opublikowanych pracach: *J. Chromatogr. B*, 1003 (2015) 27-34; *J. Chromatogr. B*, 1036-1037 (2016) 114-123; *J. Pharm. Biomed. Anal.* 130 (2016) 194-201. Opracowana metodyka jest obecnie stosowana do analizy większej ilości próbek pacjentów z NBL. Plany dalszej współpracy zakładają, że analiza zaproponowanego panelu biomarkerów w szerokim spektrum próbek przy pomocy wytypowanej przez zespół metody elektroforetycznej posłuży z czasem jako optymalne narzędzie diagnostyczne, stosowane w codziennej praktyce klinicznej. W przypadku wielu nowotworów dziecięcych możliwość wczesnego wykrycia choroby i/lub monitorowania jej przebiegu przy pomocy nieinwazyjnej analizy panelu nowych biomarkerów jest nie do przecenienia.

prof. T. Bączek,
Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej

Siema USG! w UCK

Studenckie Koło Ultrasonografii GUMed we współpracy z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy zorganizowali po raz trzeci akcję *Siema USG!*. Odbyła się ona 15 stycznia br. w Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Biopsyjnej w Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii GUMed. Po wypełnieniu krótkiej ankiety, podpisaniu zgody przez rodziców i wrzuceniu cegiełki do puszek wolontariuszy członkowie Studenckiego Koła Naukowego Ultrasonografii pod okiem lekarzy specjalistów przeprowadzili badanie, po którym rodzice dziecka otrzymali pełnowartościowy opis podpisany przez lekarza specjalistę. ■



Polecamy Czytelnikom

Zmieścić współczesną kardiologię w wydaniu kieszonkowym to sztuka, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że kardiologia należy do najdynamiczniej rozwijających się dziedzin medycyny.

Po sukcesie wydawniczym w Kanadzie i USA druga edycja „*Cardiology. A Practical Handbook*” trafia do rąk Czytelników w Polsce. Zaletą tej książki jest jej nowoczesna, spójna, przejrzysta treść, co osiągnięto niewątpliwie dzięki temu, że została napisana przez jednego autora – znakomitego kanadyjskiego kardiologa dr. Davida Laflamme’a.

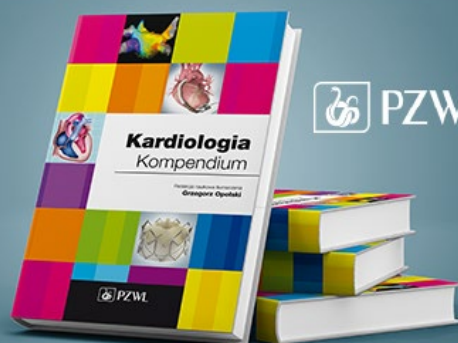
z przedmowy prof. dr. hab. Grzegorza Opolskiego,
redaktora naukowego wydania polskiego

Książka ma tradycyjny układ, pozwalający w bardzo prosty sposób odnaleźć wiadomości z zakresu kardiologii. Jest bogato ilustrowana, pełna rycin, wykresów i algorytmów postępowania. Omówiono w niej następujące zagadnienia:

- Diagnostyka kardiologiczna
- Stabilna choroba wieńcowa i zawał serca
- Niewydolność serca
- Choroby zastawek serca
- Choroby osierdzia i mięśnia sercowego
- Arytmie
- Wrodzone wady serca, choroby serca u ciężarnych

PO SUKCESIE WYDAWNICZYM W KANADZIE I USA

POLSKIE WYDANIE „CARDIOLOGY. A PRACTICAL HANDBOOK”



Grzegorz Opolski, *Kardiologia. Kompendium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016. ISBN 978-83-200-5218-3

- Choroby aorty i tętnic obwodowych
- Różne sytuacje kliniczne.

Publikacja skierowana jest przede wszystkim do lekarzy, którzy w swojej codziennej praktyce mają do czynienia z przypadkami kardiologicznymi. Z pewnością dzięki swojej zwęższej i bogatej w treść formie będzie również przydatna dla kardiologów jako swoiste kompendium wiedzy z zakresu chorób serca i układu krążenia. ■



DZIECI
RADZĄ SOBIE
SAME
TYLKO
W BAJKACH

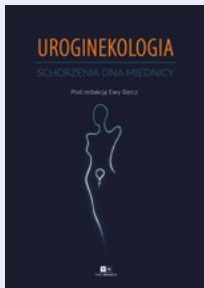
POMÓŻ CHORYM I OSIEROCONYM DZIECIOM.
PODARUJ SWÓJ 1% FUNDACJI HOSPICYJNEJ.
KRS 0000 201 002



FUNDACJA
HOSPICYJNA

www.fundacjahospicyjna.pl

Wkrótce w sprzedaży



Uroginekologia. Schorzenia dna miacicy

Ewa Barcz (red.)

Monografia *Uroginekologia. Schorzenia dna miacicy* jest bardzo cenną pozycją przeznaczoną nie tylko dla lekarzy specjalizujących się w uroginekologii, ale także dla lekarzy ginekologów położników, lekarzy innych specjalności i studentów medycyny. Zawiera najnowsze informacje z zakresu szeroko rozumianej uroginekologii przedstawione w sposób niezwykle praktyczny, zaś bogaty

materiał ilustracyjny (rycyny, zdjęcia) stanowi cenne uzupełnienie (...).

Z recenzji prof. dr. hab. n. med. Stanisława Radowickiego
Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa

<http://www.ikamed.pl/uroginekologia-schorzenia-dna-miacicy-VMG01102>



Planowanie leczenia i dozymetria w radioterapii. Tom 1

Julian Malicki, Krzysztof Ślosarka (red.)

W latach 80. ubiegłego wieku, kiedy kończyliśmy studia z zakresu fizyki, zastosowanie promieniowania jonizującego w leczeniu nowotworów, znane jako radioterapia, miało już kilkudziesięcioletnią tradycję. Jednak zarówno w społeczeństwie, jak i wśród ogółu fizyków wiedza na temat roli i pracy fizyka medycznego w szpitalu była bardzo ograniczona. W Polsce istniało kilkanaście

zakładów radioterapii, zazwyczaj w dużych ośrodkach onkologicznych, chociaż nie brakowało pracowni rentgenoterapii, które stały się załącznikiem obecnie funkcjonujących zakładów radioterapii. Umiejętności, które nabyliśmy w czasie studiów, związane z przeprowadzaniem pomiarów, w tym również promieniowania jonizującego, musieliśmy uzupełnić o wiedzę na temat specyficznych zagadnień dotyczących kontroli parametrów stosowanych w tamtym czasie aparatów terapeutycznych, którymi były tzw. bomby kobaltowe oraz ortowoltowe aparaty rentgenowskie. Po raz pierwszy natomiast zetknęliśmy się z pojęciem „planowanie leczenia”. Pojęcie to przetłumaczone z języka angielskiego (*treatment planning*) do dziś sprawia pewne kłopoty, gdyż nie oddaje skali i wagi problemów związanych z opracowaniem układu wiązek terapeutycznych, doбором rodzaju promieniowania i jego parametrów, energii, wielkości pola, kształtów wiązek, a wreszcie obliczeniem rozkładów dawek, do absorpcji których doprowadzą te wiązki w organizmie. (...) Stosowane przez lekarzy radioterapeutów i fizyków medycznych określenie „planowanie leczenia” może być przez osoby niezwiązane z radioterapią nowotworów uważane za planowanie wizyty pacjenta w kalendarzu i nie sprzyja upowszechnieniu wiedzy o roli fizyków medycznych w całym procesie leczenia chorych promieniowaniem jonizującym. Niestety nie wprowadzono lepszego określenia i w nazewnictwie naukowym i klinicznym utrwaliła się ta żargonowa nazwa, dlatego też stosujemy ją w niniejszej monografii. (...) Oprócz znajomości zagadnień z dziedziny fizyki, fizyk medyczny powinien wiedzieć i potrafić wyjaśnić, dlaczego nie podajemy dawki jednorazowo w czasie jednej frakcji, a zamiast tego napromieniamy chorego w ciągu kilku tygodni, dzieląc dawkę na kilkadziesiąt mniejszych frakcji. Ma to głębokie uzasadnienie w biologii i fizjologii komórek, tkanek zdrowych, nowotworu oraz całego organizmu i wykracza poza wiedzę dotyczącą zjawisk fizycznych. Wyzwania stojące dziś przed fizykami medycznymi wymagają interdyscyplinarnej wiedzy z pogranicza fizyki, biologii i zagadnień klinicznych. (...)

<http://www.ikamed.pl/planowanie-leczenia-i-dozymetria-w-radioterapii-VMG01104>

Nowości wydawnicze



Hipertensjologia. Tom 1

Podręcznik Polskiego Towarzystwa
Nadciśnienia Tętniczego

Tomasz Grodzicki, Krzysztof Narkiewicz,
Danuta Czarnecka, Zbigniew Gaciong,
Andrzej Januszewicz, Andrzej Tykarski,
Krystyna Widecka (red.)
Cena katalogowa: 180,00 zł
Cena Ikamed: 135,00 zł

Publikacja podręcznika *Hipertensjologia* wydanej po raz pierwszy pod egidą Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego stanowi kontynuację działań PTNT w zakresie poprawy opieki nad chorymi z nadciśnieniem tętniczym. Autorzy niniejszego tomu dołożyli wszelkich starań, by znalazły się w nim przede wszystkim informacje potrzebne zarówno specjalistom, jak i lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, licząc na zwiększenie skuteczności w zakresie wykrywania i leczenia nadciśnienia tętniczego w naszym kraju.

<http://www.ikamed.pl/hipertensjologia-tom-i-p-podrecznik-polskiego-towarzystwa-nadciśnienia-tętniczego-VMG01034>



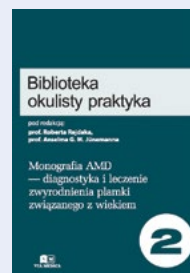
Wino jest dobre dla serca (oprawa twarda)

Władysław Sinkiewicz
Cena katalogowa: 90,00 zł
Cena Ikamed: 65,00 zł

Monografia o zdrowotnych właściwościach czerwonego wina to pierwsza tego typu książka, a sam napój bogów jest w niej przedstawiony z perspektywy lekarza kardiologa, chociaż książka zainteresuje z pewnością nie tylko osoby z wykształceniem czy zainteresowaniami medycznymi. Czytelnik znajdzie w niej mnóstwo ciekawostek: od podstawowych definicji, zasad degustacji, opisu szczepów, aż po najważniejsze rozważania nad zdrowotnym wpływem sfermentowanego soku z winogron.

prof. dr. hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, FESCI
Katedra i Klinika Kardiologii Warszawski Uniwersytet Medyczny

<http://www.ikamed.pl/wino-jest-dobre-dla-serca-VMG01098>



Biblioteka okulisty praktyka — Diagnostyka i leczenie postaci wysiękowej zwyrodnienia plamki związaneego z wiekiem

Robert Rejdak,
Anselm G.M. Jünemann (red.)
Cena katalogowa: 70,00 zł
Cena Ikamed: 50,00 zł

Oddajemy w Państwa ręce kolejne, poszerzone wydanie książki z cyklu *Biblioteka okulisty praktyka*, która jest poświęcona bardzo aktualnej tematyce — zwyrodnieniu plamki związaneemu z wiekiem (AMD, *age-related macular degeneration*). Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem należy do głównych przyczyn nieodwracalnej ślepoty w krajach rozwiniętych i stanowi problem medyczny i społeczny. Szacuje się, że liczba chorych na AMD będzie wzrastać, co wiąże się ze starzeniem się społeczeństw. Chociaż ukazało się już wiele wydawnictw na ten temat, rozwój tej dziedziny okulistyki jest tak szybki, że nasza wiedza wymaga ciągłej aktualizacji.

<http://www.ikamed.pl/biblioteka-okulisty-praktyka-tom-ii-diagnostyka-i-leczenie-postaci-wysiekowej-zwyrodnienia-plamki-zwiazanego-z-wiekim-VMG01099>

Co na budowie CMN?



Centrum Medycyny Nieinwazyjnej nabiera kształtów. Prace przebiegają zgodnie z harmonogramem, w niektórych elementach wyprzedzają planowanie. – O ile nie nastąpi opóźnienie w finansowaniu inwestycji to na dzień dzisiejszy nie ma realnych powodów do nieoddania inwestycji pacjentom naszego regionu w założonym terminie – zapewnia prof. Janusz Moryś, pełnomocnik Rektora ds. budowy Centrum Medycyny Nieinwazyjnej i rozwoju systemów informatycznych Uczelni.

Budowa CMN podzielona jest na dwa etapy ze względu na konieczność relokacji części klinik z wyburzanych budynków celem odzyskania przestrzeni pod drugi etap budowy. Realizacja pierwszego etapu przypada na lata 2015-2018 i obejmować będzie budynki B, C i D o łącznej powierzchni 58 138 m² i kubaturze 237 206 m³, a drugi etap w okresie od 2018-2020, w którym powstanie budynek A o powierzchni 31 717 m² i kubaturze 140 802 m³.

Obiekt CMN składać się będzie łącznie z czterech części: budynków A, B, C ułożonych w kształt litery U połączonych trzema łącznikami z CMI oraz budynku D usytuowanego w miejscu dawnego budynku 18 (po drugiej stronie dwujezdniowej drogi). Budynek D połączony będzie łącznikiem z budynkiem C. W CMN przewidziano zlokalizowanie kilku wewnętrznych dziedzińców z roślinnością, które oprócz roli doświetlającej pomieszczenia będą pełnić funkcję rekreacyjną dla pacjentów. Zaprojektowano również restaurację i punkty usługowe dla pacjentów. Planowana liczba łóżek to 687 (bez sal wybudzeń i oddziałów dziennych). W CMN

na sześciu kondygnacjach (w tym jednej podziemnej) będą zlokalizowane wszystkie kliniki niezabiegowe dla dorosłych oraz niektóre jednostki zabiegowe między innymi następujące jednostki: Klinika Położnictwa, Klinika Neonatologii, Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej, Klinika Nefrologii, Transplantacji i Chorób Wewnętrznych, Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, I i II Klinika Kardiologii wraz z Zespołem Pracowni Elektrofizjologicznych i Centrum Zawałowym, Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Klinika Hematologii i Transplantologii, Klinika Onkologii i Radioterapii, Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwowych, Klinika Neurologii Dorosłych wraz z Centrum Udarowym, Klinika Geriatrii, Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Klinika Pulmonologii i Alergologii, Uniwersyteckie Centrum Medycyny Laboratoryjnej, Dział Obrazowania, Poradnie Przykliniczne, Regionalne Centrum Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Zakład Medycyny Nuklearnej, Blok Operacyjny z 8 salami dla potrzeb Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej oraz Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyń, Zespół dydaktyczny, administracja Szpitala, magazyny i garaż na około 200 samochodów. ■





GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

6 kwietnia 2017r.

czwartek

godz. 9-14

<https://dniotwarte.gumed.edu.pl/>



**DZIEŃ
OTWARTY**



PRZYJDŹ – SPRAWDŹ – DOŁĄCZ

