

Klinika na peryferiach

– ostatni rozdział? (cz. 6)

prof. Kazimierz Krajka

W uzupełnieniu poprzedniego odcinka pragnę zaznaczyć, że fotografie z okresu kierowania Kliniką Urologii przez prof. K. Adamkiewicza pochodzą z archiwum fotograficznego dr. Krzysztofa Szkarłata. W styczniu 1987 r. profesor K. Adamkiewicz w wyniku nagłej choroby został na trwale wyłączony z aktywności zawodowej. Do maja 1989 r. rolę ordynatora Kliniki pełnił dr Kazimierz Tarnowiecki. Kuratorem Kliniki władze Uczelni mianowały prof. Zbigniewa Grucę z sąsiedniej II Kliniki Chirurgii Ogólnej.

Z dniem 1 maja 1989 r. na p.o. kierownika Kliniki został powołany dr hab. Kazimierz Krajka. Dalszy ciąg losów Kliniki Urologii w Szpitalu na Łąkowej będzie więc miał charakter osobistych wspomnień jej kierownika do momentu likwidacji Szpitala. Jak doszło do tego, że ówczesna rektor prof. Barbara Krupa-Wojciechowska powierzyła docentowi chirurgii ogólnej prowadzenie Kliniki Urologii?

Władze Uczelni zdając sobie sprawę, że stan zdrowia nie pozwoli kierownikowi Kliniki na powrót na dotychczasowe stanowisko rozpięły konkurs. Kandydatury zgłosili profesorowie – Janusz Darewicz z Białegostoku i Andrzej Musierowicz z Warszawy. Obaj postawili jednak warunki nie do przyjęcia przez komisję konkursową, której przewodniczył prof. Czesław Baran. Wówczas Rektor wpadła na pomysł, aby kierownictwo Kliniki powierzyć chirurgowi ogólnemu. Wybór padł na mnie. W I Klinice Chirurgii Ogólnej prowadzonej przez prof. Jerzego Dybickiego było trzech docentów. Ja byłem najmłodszy. Właśnie wróciłem z rejsu dookoła świata na „Darze Młodzieży”, w którym pełniłem funkcję lekarza okrętowego. O tym historycznym wyczynie żeglarskim pisałem relacje, które ukazywały się cyklicznie w *Dzienniku Bałtyckim*. Rektor wezwała mnie na rozmowę i złożyła mi propozycję nie do odrzucenia. – Słuchaj! Miała zwyczaj w stosunku do młodszych, a znała mnie jeszcze z czasów z mojej działalności z Zrzeszeniu Studentów Polskich, używać formy „ty”. – Za dobrze Ci się powodzi. Pływasz sobie po świecie, a Klinika Urologii nie ma kierownika. Urologia to przecież chirurgia. W latach 50. chirurg z Kwidzyna dr Alfons Wojewski popracował u nas (w AMG) z dr. Lorenzem, objął kierownictwo Kliniki Urologii w Szczecinie, został profesorem, a nawet prezesem Zarządu Głównego PTU. On dał sobie radę, to i ty sobie poradzisz. Za 4 lata prof. J. Dybicki miał iść na emeryturę. Uważałem, że schedą po Nim należy się bardziej doc. Wojciechowi Gacykowi. Tak się jakoś składało, że gdy ja brałem udział w Medycznej Brygadzie Solidarnościowej w czasie wojny domowej w Angolii i przez dwa lata byłem pierwszym dyrektorem Polskiego Zespołu Medycznego prowadzącego Poliklinikę,

a później również szpital w Darnie (Libia), on dwukrotnie wyjeżdżał na roczne staże do Stanów Zjednoczonych.

Nie bardzo widziałem się w roli jego współpracownika, a poza tym lubię wyzwania. Więc zgodziłem się.

30 kwietnia 1989 r. ówczesny dyrektor Instytutu Chirurgii doc. Mieczysław Trenkner przedstawił mnie zespołowi. Spotkanie odbyło się w niewielkim pomieszczeniu, które było jedynym pokojem lekarskim. Pracowali w nim asystenci i gromadzona była bieżąca dokumentacja medyczna. Po południu pomieszczenie stawało się gabinetem lekarza dyżurnego z wersalką do spania. Uzgodziłem z dr. Tarnowieckim, że jeszcze przez miesiąc poprowadzi Oddział a ja zorientuję się jak działa Klinika i o co w tej urologii chodzi.

Jako chirurg ogólny o profilu gastroenterologicznym z układem moczopłciowym miałem niewiele do czynienia. Oczywiście operowałem wodniaki jądra, usunąłem kilka nowotworów nerek w czasie, gdy prof. Dybicki był na urlopie i należałem do zespołu przeszczepiającego nerki, ale urolog zajmuje się znacznie szerszym spectrum schorzeń. Co więcej, w latach osiemdziesiątych dzięki olbrzymieniu postępowi technologicznemu wchodziły do codziennej praktyki zabiegi mało inwazyjne, rozwijała się nowa dziedzina endourologia. Moi asystenci, a szczególnie dr Lech Stachurski osiągnęli już w tej dziedzinie najwyższy, jak na skalę ogólnokrajową profesjonalizm.

Ja miałem się tego uczyć od nich w obecności studentów. Ale najgorsze były warunki w jakich przyszło by mi pracować. Wchodząc krętymi wąskimi schodami z holu na wysoki parter gdzie mieściła się Klinika Urologii mijało się szpitalną kuchnię, z której rozchodził się zapach przygotowywanych potraw. Przy ciągle otwartych drzwiach wnikał on w głąb Oddziału. Usytuowanie Kliniki sprawiało, że jej korytarz był najbardziej uczęszczanym ciągiem komunikacyjnym szpitala. Na jego końcu znajdowało się wejście do Zakładu Radiologii, dlatego personelowi i chorym klinik internistycznych najprościej było dostać się tam przez Klinikę Urologii. Co więcej, z holu Zakładu Radiologii najłatwiej było wydostać się na podwórze, gdzie mieściła się kostnica i budynki gospodarcze. Dlatego zwykło się transportować zwłoki zmarłych z oddziałów internistycznych naszym korytarzem. Co więcej salowi z tych oddziałów wynosili wiadra pełne resztek obiadowych tą samą drogą, znacząc przebytą trasę skapującym barszczem czy grochówką. Z holu Zakładu Radiologii na najwyższe piętro prowadziły piękne, szerokie drewniane schody z wijącą się poręczą i oknami witrażowymi wychodzącymi na podwórze. Personelowi i chorym Kliniki Chirurgii

gicznej wygodniej było zejść nimi i korytarzem Kliniki Urologii, by dostać się do sklepika z prasą i artykułami spożywczymi mieszczącymi się w holu głównym Szpitala. Tą samą drogą zwykli chodzić również uczestnicy zebrań Towarzystwa Chirurgów. Ruch jak na Monte Cassino w Sopocie.

Klinika Urologii nie posiadała poradni przyklinicznej. Wszystkie konsultacje chorych, często leżących, odbywały się w pokoju opatrunkowym znajdującym się na końcu korytarza. Korytarzem Kliniki bez przerwy przemieszczali się krewni i znajomi chorych oraz osoby poszukujące umówionych z nimi lekarzy. Profesor Adamkiewicz uczynił z Kliniki czelony ośrodek w Polsce w sposób nowoczesny i kompleksowy leczący chorych z nowotworami jądra. W Klinice byli leczeni pacjenci z całego kraju. U części z nich stosowano schematy chemioterapii w trybie ambulatoryjnym. Ponieważ niczym takim Klinika nie dysponowała chorych kładziono na Oddziale, często z powodu braku miejsc na wózkach wzdłuż ścian korytarza. Prześladował mnie widok chorych z podłączoną kroplówką do jednej ręki i miednicą przytrzymywaną przez drugą. Cóż! Stosowane zestawy cytotatyków były toksyczne i prowokowały natychmiast torsje. Klinika Urologii dysponowała jedną salą operacyjną. Zwyczajowo wykonywano na niej zabiegi endourologiczne, ponieważ była na tyle przestronna, że można tam było umieścić aparat rtg z C ramieniem i kolumny do litotrypsji i elektroresekcji. Obok znajdowała się druga sala, znacznie mniejsza, należąca do Kliniki Chirurgicznej i zwana przez chirurgów septyczną. Była ona używana w naszej Klinice do wykonywania operacji otwartych. Zdarzało się jednak często, że trzeba było „zrzucić” nasze zabiegi, ponieważ chirurgdy bądź to w czasie ostrego dyżuru, bądź w trybie zwykłym amputowali zgorzelinowe kończyny czy nacinali ropnie. Sale oddziało niewielkie pomieszczenie przygotowawcze z kącikiem na wieszak, stolik i 4 taborety. No nie pomyślałem, za jakie grzechy mam tu pracować? Z podaniem o rezygnację z funkcji kierownika Kliniki i powrót do macierzystej Kliniki udałem się do prorektora ds. nauki prof. A. Manitiusa. Prorektor wysłuchał mnie i oświadczył: – Kolego, niech Pan nie zwraca mi głowy. Rezygnacji nie przyjmuję. Nie odpowiadają Panu warunki, to niech je Pan zmienia i bierze się do roboty. Co miałem robić? Podarłem podanie.

Szpital z naturalnych powodów zdominowany był przez chirurgów. Dyrektorem był asystent Kliniki Chirurgicznej, a kierownik Kliniki przez 2 kadencje piastował funkcję rektora Uczelni. W odróżnieniu od Klinik Chirurgicznych zlokalizowanych w PSK-1 na ul. Dębinki, Szpital nie posiadał ogólnie dostępnego Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej. Klinika Chirurgiczna miała swój obszerny, dobrze wyposażony oddział pooperacyjny nadzorowany przez anesteziologów szpitalnych, którzy wchodzili w skład zespołu II Kliniki Chirurgii Ogólnej. Chorzy operowani w Klinice Urologicznej, a zaczęliśmy wykonywać długotrwałe, skomplikowane operacje, trafiali prosto z sali operacyjnej z II piętra często psującą się zdezelowaną windą na Oddział na salę pooperacyjną. Stanowiła ją przedzielona przeszklonym przepie-



Komitet Organizacyjny 25 Zjazdu Polskiego Towarzystwa Urologicznego Gdańsk 1995 r. Asystenci z rodzinami, pielęgniarki i sekretariat Kliniki Urologii

zieniem na część męską i żeńską sala. Na każdej z nich wzdłuż ścian stały 4 łóżka. W sytuacjach awaryjnych, aby zapewnić personelowi dostęp do boków i stron głowy chorego trzeba było wyjeżdżać z łóżkiem na korytarz. Wszystkie pomieszczenia szpitala dawno już zostały rozdysponowane. Na dodatek pojawiła się groźna konkurencja w osobie prof. Grażyny Świąteczkiej rozwijającej Klinikę Kardiologii. Trudności lokalowe Kliniki Urologii najlepiej obrazuje fakt, że zdobyty przez prof. Adamkiewicza pierwszy w Szpitalu ultrasonograf po pracy trafił do małej komórki, którą dzielił ze sprzętem do utrzymywania czystości Oddziału.

Byłem w dużo korzystniejszej sytuacji niż mój poprzednik. Kończyłem gdańską Uczelnię i pracowałem już w niej 24 lata. Wielu moich kolegów ze Zrzeszenia Studentów Polskich piastowało znaczące funkcje w Politechnice Gdańskiej, Uniwersytecie Gdańskim oraz w strukturach administracyjnych i gospodarczych województwa. Poza tym nasz kraj wszedł w okres gwałtownych przemian polityczno-społeczno-gospodarczych. Wzrosła autonomia Uczelni i Szpitala, a przede wszystkim weszły na rynek potężne koncerny farmaceutyczne nieszczędzące środków na promocję swych produktów.

Najpierw trzeba było skończyć z przechodnią rolą korytarza Kliniki. Razem z nieocenioną oddziałową Urszulą Muchyńską zamknęliśmy drzwi prowadzące na podwórze. Nie pytając o zgodę ochrony przeciwpożarowej, która traktowała zabytkowe, drewniane schody prowadzące z wyższych pięter do Zakładu Radiologii jako ważną drogę ewakuacyjną przegrodziliśmy je dwuskrzydłową ażurową bramką. Zamykana była na klucz od strony Kliniki Urologii. Klucz, na metalowym łańcuszku przymocowany był do ściany w takiej odległości, żeby nie był dostępny od strony klatki schodowej. Całą operację montażu przeprowadziliśmy z zaskoczenia w okresie między Bożym Narodzeniem a Nowym Rokiem, stawiając wszystkich przed faktem dokonanym. Bramę i montaż wykonał kuzyn pani Uli. Było trochę protestów, ale po czasie personel Szpitala przywykł, że na skróty nie idzie się przez urologię.



Medal wybity z okazji 13 Światowego Kongresu Videourologii organizowanego przez Klinikę

Następnym krokiem było wyprowadzenie laborantek radiologicznych z małego pomieszczenia znajdującego się na końcu korytarza. Kierownikiem Zakładu Radiologii był niezwykle szanowany ze względu na swój profesjonalizm i pełne empatii usposobienie dr Lech Markuszewski.

Muszę się przyznać, że uciekłem się do zasady cel uświęca środki. Złożyłem Mu znaną z *Ojca Chrzestnego* propozycję nie do odrzucenia. Miałem tą przewagę, że jego syn Marcin był asystentem Kliniki Urologii.

W opróżnionym pomieszczeniu urządziliśmy dwułożkową separatkę i mogliśmy w końcu zamknąć drzwi wychodzące z Kliniki.

Aby poprawić bazę lokalowo-sprzętową, trzeba było zgromadzić środki finansowe na własnym, niezależnym od szpitala rachunku bankowym. W tym celu powołał się Stowarzyszenie na Rzecz Wspierania i Rozwoju Urologii Gdańskiej – „URO-progress”. Myślałem szerzej o regionie, byłem przecież konsultantem regionalnym (wtedy były jeszcze województwa śląskie, gdańskie i elbląskie). Pieniądze wpływające na konto Stowarzyszenia pochodziły z bardzo różnych źródeł: wpłaty od wdzięcznych pacjentów, nawiazki zasądzane przez sędziego – żonę jednego z adiunktów, rewanże zakładów pracy za objęcie opieką urologiczną pracowników i ich rodzin, opłaty firm farmaceutycznych

nych za miejsca wystawowe w czasie organizowanych sympozjów itp. Ale prawdziwie pokaźne kwoty wpływały w wyniku uczestniczenia Kliniki w wielośrodkowych badaniach klinicznych leków. W tych czasach było to jeszcze możliwe, ponieważ Stowarzyszenie „Uroprogress” zawierało umowy na uczestniczenie w programach. Przyjęliśmy zasadę, że część zarobionych przez Zespół Kliniki pieniędzy przeznaczonych na wynagrodzenia dla asystentów i pielęgniarek realizujących badanie pozostawało na koncie Stowarzyszenia. Dobrze wynagradzani wykonawcy nadzorowani przez Kierownika Kliniki, osobiście zaangażowanego w nabór pacjentów do badań, prowadzili je bez zarzutu, dzięki czemu Klinika miała renomę wyjątkowo solidnego ośrodka. Propozycje uczestnictwa w badaniach nadchodziły z wielu stron, zwiększając w rezultacie możliwości finansowe Kliniki.

W podwórzu Szpitala stał niewykończony budynek, który pierwotnie miał być hotelem pielęgniarskim. Na początku lat dziewięćdziesiątych nie było problemów z naborem do pracy pielęgniarek, co przy problemach finansowych Szpitala nie skłaniało jego administracji do wykończenia budynku. „Uroprogress” zaferowała dyrektorowi Bogdanowi Kokotowi, że sfinansuje prace wykończeniowe pod warunkiem, że zwalniane przez administrację, przenosząc się do nowego budynku, pomieszczenia zostaną przekazane Klinice Urologii. Wkrótce wykończono parter w niedoszłym hotelu pielęgniarskim i przeniósł się do niego Dyrektor z częścią administracji. Tak Klinika Urologii uzyskała pierwsze pomieszczenia w lewym, starym skrzydle Szpitala. Po wyburzeniu ściany w dwóch wąskich pokojach po lewej stronie korytarza uzyskaliśmy obszerne pomieszczenie, do którego zamierzaliśmy przenieść litotrypter do kruszenia pozaustrojowego kamieni (ESWL). O perypetiach związanych z jego zakupem napiszę w części wspomnień opisujących rozwój wyposażenia aparaturowego Kliniki. Po jego nabyciu musiałem poświęcić największą salę chorych na jego instalację. Klinika straciła w ten sposób 8 łóżek. Nie miało to większego wpływu na ilość leczonych chorych, ponieważ w międzyczasie dzięki wprowadzonym zmianom w organizacji i sposobie leczenia chorych zaczął się skracać czas pobytu pacjentów na Oddziale. Po zdjęciu linoleum z podłogi uzyskanych pomieszczeń okazało się, że w szparach między zabytkowymi grubymi deskami prześwituje żużel z podmakającą wodą. Nasz litotrypter ważył przeszło półtony, więc trzeba było wykonać nową, wzmocnioną stalowymi belkami podłogę betonową. Na szczęście roboty budowlane wykonywała firma Doraco, której właścicielem był mój kolega z czasów studenckich – Andrzej Hass. Szczerze mówiąc nie wiem, czy ówczesny dyrektor administracyjny AMG dr Sławomir Bautembach, również jego kolega, a mój przyjaciel za tę podłogę i glazurę na ścianach zapłacił.

W dwóch pomieszczeniach po prawej stronie korytarza, z których wąskie okienka wychodziły niewiele ponad poziomem podwórza zorganizowaliśmy naszą poradnię przykli-



Prof. K. Krajka i dr A. Mikszewicz na szczycie Kilimandżaro

niczną. Był to gabinet lekarski połączony z salą badań, służącą również za pokój zabiegowy.

Trzecie pomieszczenie oddałem do dyspozycji zakładowi Opieki Medycznej „UROPROGRES”, dla odróżnienia od Stowarzyszenia pisanego przez jedno „s”. Jak doszło do jego powstania? Dyrektor Navimoru Roman Kinda wyraził gotowość nawiązania z Kliniką Urologii działalności komercyjnej. Liczył na mój pomysł w tym względzie. Na początku lat 90., w poszukiwaniu alternatywy dla adenomektomii i elektroresekcji w łagodnym rozroście stercza zaczęto promować metody mniej inwazyjne, wśród nich termoterapię i hyperterapię. Kasa chorych nie refundowała tych zabiegów, więc mogły być one wykonywane komercyjnie. Navimor zakupił odpowiedni aparat produkcji izraelskiej – Termaspec 600, dokonał przebudowy i pięknie wyposażył pierwsze pomieszczenie po prawej stronie korytarza. Co więcej na jego końcu urządził dwie lśniące czystością toalety. Aby ocieplić ponury i ciemny korytarz, architekt wewnątrz obniżył jego sufit, instalując trzy poprzeczne drewniane belki, z których zwieszały się sztuczne zielone pnącza i kwiaty. Niestety, mimo że były przybite gwoździami, zostały skradzione pierwszej nocy.

W lokalnej prasie ukazały się informacje o dostępności nowej metody, a termoterapia została przedstawiona środowisku urologicznemu na posiedzeniu Oddziału Północno-Zachodniego P.T.U. Niestety pomysł biznesowy okazał się niewypałem. Urolodzy z regionu, a nawet asystenci Kliniki nie kierowali chorych na ten zabieg. Wygrała komercja! Woleli zapisywać recepty w czasie comiesięcznych wizyt w prywatnych gabinetach niż tracić pacjentów kierując ich do Uroprogressu. Po wykonaniu około 200 zabiegów w trzecim roku działalności Zakład ogłosił upadłość. Klinika mimo tego wyszła na tym nie najgorzej. Został nam w spadku aparat, który po lekkiej modyfikacji posłużył później do wykonywania dopęcherzowych wlewk cytotastatyków w warunkach temperatury 42-43 stopni, modyfikację uznanej metody, którą zaproponowaliśmy w zapobieganiu nawrotom powierzchniowego raka pęcherza moczowego. Pozostał nam gabinet i dwie toalety. Co więcej syn profesora Adamkiewicza – Piotr, oceniając kliniczną wartość termoterapii w leczeniu BPH uzyskał stopień doktora nauk medycznych.

W dalszej części korytarza, za gabinetem litotrypsji pozaustrojowej znajdowała się szpitalna apteka, a za nią nieczynne laboratorium. To ostatnie stanowiło okazałe pomieszczenie pełne regałów, szkła laboratoryjnego i nikomu niepotrzebnego zdezelowanego sprzętu. Po jego opróżnieniu ponownie dzięki nieocenionej Doraco i pomocy władz administracyjnych Uczelni powstała lśniąca glazura i nierdzewką sala operacyjna z pokojem przygotowawczym i salą wybudzeniową. Ta ostatnia była na tyle wąska, że trzeba było zamówić do niej w fabryce w Żywcu dwa łóżka krótsze od normalnych o 10 cm.

W ten sposób wzbogaciliśmy się o dodatkową własną salę operacyjną, której jedynym mankamentem było znaczna odległość od Oddziału. Kilka lat później zepsuł się jeden



Wejście do Willi Uphagena. Stan obecny nie odbiega od tego sprzed 25 lat

z aparatów do znieczulenia ogólnego Kliniki Chirurgicznej. Nie było szans kupna nowego, więc zabrano znajdujący się na tak zwanej sali septycznej. Sala nie była czynna 6 miesięcy. Zwróciłem się w tej sprawie do urzędującego wówczas rektora prof. Wiesława Makarewicza. Skoro jej nie używają przez pół roku, więc widocznie nie jest im potrzebna. Zaferowałem kupno aparatu do znieczulenia ze środków „Uroprogressu” pod warunkiem, że sala będzie do wyłącznej dyspozycji Kliniki Urologii. Rektor wyraził zgodę, anesteziolodzy wybrali aparat, wytargowując dodatkowo kupno kapnografu, a my wzbogaciliśmy się o trzecią salę operacyjną.

Klinika Urologii nie dysponowała salą seminaryjną. Korzystaliśmy z niewielkiej sali dydaktycznej Kliniki Chirurgicznej znajdującej się na najwyższej kondygnacji prawego skrzydła Szpitala. Ale w części Szpitala zwanej Willą Uphagena, tuż naprzeciwko figury Matki Bożej znajdowało się duże pomieszczenie tzw. magazyn leków darowych. W czasach stanu wojennego szerokim strumieniem płynęły do Polski z Zachodu dary, również leki. Te przebrane, często roślinnego pochodzenia, na ogół przeterminowane, zalegały w tym pomieszczeniu. Po ich wywiezieniu niewielkim nakładem kosztów powstała piękna sala seminaryjna. Pierwotnie zamierzaliśmy zor-

ganizować w niej Gabinet Litotrypsji Pozaustrojowej. Po renowacji zamkniętego od lat wejścia do Willi Uphagena z ulicy prof. Z. Kieturakisa z holem, z którego prowadziły zabytkowe drewniane schody do Kliniki Internistycznej i figurą Matki Bożej jako poczekalnią, stanowiłyby niezwykle sympatyczną część Szpitala. Okazało się jednak, że przejeżdżający ul. Łąkową tramwaj nr 8 wprawia tę część budynku w takie drgania, że mogłyby one mieć wpływ na precyzyjność skomplikowanej aparatury. I tak Willa Uphagena pozostała do końca w niezmiennym stanie. Z nietkniętym ręką ogrodnika trawnikiem za zardzewiałą, zamkniętą łańcuchem z kłódką bramką, zniszczonymi drzwiami wejściowymi, zabitymi dyktą oknami drzwi balkonowych i płatami odpadającego tynku wystawiała jak najgorsze świadectwo gospodarzom Szpitala.

Aby objąć we władanie cały parter lewego skrzydła Szpitala, trzeba było przenieść szpitalną aptekę, która znajdowała się między gabinetem ESWL i salą operacyjną.

Przestronne, doświetlone przez duże okna wychodzące na ulicę prof. Kieturakisa pomieszczenie świetnie nadawało się na Poradnię Przykliniczną. Parter i pierwsze piętro hotelu pielęgniarskiego było już wykończone i zajęte przez administrację. Aby przenieść tam aptekę, trzeba było wykończyć II piętro. I tym razem Stowarzyszenie „UROPROGRESS” sprostało wyzwaniu. Niestety pomieszczenia na parterze zwolnione przez Dyrektora Szpitala trzeba było zaadaptować na potrzeby apteki, oczywiście na koszt UROPROGRESSU. Jeszcze tylko aparatura alarmowa parteru i można było przystąpić do przeprowadzki. Przygotowania do adaptacji na potrzeby Poradni Urologicznej zwolnionych pomieszczeń przerwała wiadomość o bankructwie Szpitala i decyzji władz Uczelni o wyprowadzeniu działających w nim Klinik. ■

NOWI DOKTORZY

Na Wydziale Lekarskim

Stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskał

dr n. biol. Wiktor Jerzy NIEWIADOMSKI – starszy specjalista Zakładu Fizjologii Stosowanej Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie, praca pt. *Czynność układu krążenia i układu autonomicznego w czasie wysiłków anaerobowych i w okresie powysiłkowym badana przy pomocy nieinwazyjnych metod pomiarowych*, Rada Wydziału Lekarskiego 23 lutego 2017 r. nadała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej – fizjologia;

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała

mgr Stella Magdalena CIENIUCH – b. słuchacz Kolegium Studiów Doktoranckich Zakładu Parazytologii Tropikalnej Katedry Medycyny Tropikalnej i Parazytologii IMMiT GUMed, praca pt. *Zastosowanie Real-Time PCR do detekcji i ilościowego oszacowania Borrelia burgdorferi sensu lato i Anaplasma phagocytophilum w kleszczach Ixodes ricinus (Acari, Ixodidae)*, promotor – dr hab. Joanna Stańczak, prof. nadzw. GUMed, Rada Wydziału Lekarskiego 23 lutego 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Stopień doktora nauk o zdrowiu uzyskał

dr Thomas Wilp – delegat Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża w Genewie, praca pt. *A comparison of European Emergency Medical Services and the Possibility of*

Implementing a Standardized Training Curriculum for a Future European Paramedic Profession, promotor – prof. dr hab. Jerzy Lasek, Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 16 lutego 2017 r. nadała stopień doktora nauk o zdrowiu;

Stopień doktora nauk medycznych, dyscyplina medycyna uzyskała

lek. Aleksandra Konarzewska – asystent II Zakładu Radiologii, praca pt. *Wartość badań obrazowych w diagnostyce zespołu stopy cukrzycowej*, promotor – prof. dr hab. Michał Studniarek, Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT 16 lutego 2017 r. nadała stopień doktora nauk medycznych, dyscyplina medycyna.

Na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

Stopień doktora nauk farmaceutycznych uzyskali:

mgr farmacji Kamil Włodarski – doktorant Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej, praca pt. *Badania preformulacyjne nad amorficznymi stałymi rozproszonymi taladafilu w matrycach polimerów*, promotor – prof. dr hab. Wiesław Sawicki, Rada Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej 14 marca 2017 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych;

mgr Przemysław Skoczeń – pracownik Działu Formułacji Departamentu Badań i Rozwoju Zakładów Farmaceutycznych Polpharma SA, praca pt. *Badania nad rozwiązaniem problemu ograniczonej stabilności fizykochemicznej tabletek zwykłych na bazie celulozy mikrokryształicznej*, promotor – prof. dr hab. Wiesław Sawicki, Rada Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej 14 marca 2017 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych. ■