



GAZETA miesięcznik
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

ISSN 1506-9745

AMIG



Rok 27

Kwiecień 2017

nr 4 (316)

Wielkanoc 2017



*Kiedy wydaje się, że wszystko się skończyło,
wtedy dopiero wszystko się zaczyna*

Jan Twardowski



Rektor spotkał się z przedstawicielami doktorantów

Z inicjatywy rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marcina Gruchały 1 marca br. odbyło się spotkanie z przedstawicielami doktorantów. Władze Uczelni reprezentował Rektor oraz prorektor ds. studenckich prof. Tomasz Smiatacz. Z ramienia Zarządu Doktorantów obecni byli: mgr Marta Cyman (Katedra i Zakład Histologii), mgr Katarzyna Gruchała (Zakład Prawa Medycznego i Farmaceutycznego) i mgr Bartosz Maciejewski (Katedra Farmacji Stosowanej). Poruszano kwestie rozwoju naukowego doktorantów oraz aspekty dotyczące publikacji. Spotkania będą odbywały się cyklicznie. ■



Wizyta prof. Paula F. Grundemana

Prof. Paul F. Grundeman z University Medical Center Utrecht (UMCU), specjalista w dziedzinie chorób sercowo-naczyniowych odwiedził 7 marca br. Gdański Uniwersytet Medyczny. Celem wizyty było omówienie potencjalnych przedsięwzięć, które w przyszłości mogą realizować wspólnie ośrodki z Gdańska i Utrechtu. Prof. Grundeman spotkał się z prof. Marcinem Gruchałą, rektorem GUMed. Była także okazja do rozmowy z prof. Edytą Szurowską, prorektor ds. klinicznych oraz prof. Krzysztofem Narkiewiczem, kierownikiem Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii.

Warto podkreślić, że pierwsze wspólne inicjatywy lekarzy z Gdańska, Utrechtu oraz Amsterdamu sięgają lat 70. XX wieku (przeprowadzanie operacji na otwartym sercu). Obecnie współpraca między GUMed i UMCU koncentruje się na kwestiach immunologii oraz walki z nowotworami. Jednodniowa wizyta prof. Grundemana

w Gdańsku była okazją do wymiany doświadczeń, omówienia bieżących kwestii związanych z ochroną zdrowia, edukacją czy innowacjami medycznymi. ■



Podróż za jeden uśmiech w zabytkowym tramwaju

Już tradycyjnie z okazji Dnia Dentysty studenci stomatologii, członkowie PTSS Gdańsk i SKN Stomatologii Zachowawczej GUMed przy wsparciu finansowym Uczelnianego Samorządu Studenckiego przeprowadzili akcję profilaktyczną w zabytkowym tramwaju. *Podróż za jeden uśmiech* odbyła się 4 marca br. na trasie Brzeźno – PKM Strzyża. Mieszkańcy Gdańska chętnie wsiadali do zabytkowego pojazdu, by wysłuchać wielu cennych rad i wskazówek dotyczących higieny jamy ustnej. ■



W numerze m.in.

■ Stypendium dla naukowca GUMed	4
■ Sukcesy młodych dermatologów	5
■ II Sympozjum <i>Badania naukowe z perspektywy studenta</i>	5
■ Nowe techniki operacyjne w Klinice Urologii	6
■ Sukces naukowca z MWB UG i GUMed	6
■ Wyróżnienie dla prof. Janusza Limona	7
■ Uniwersytet zamknięty na świat przestaje być uniwersytetem	8
■ Dzieci dzieciom	10
■ Zdolni z Pomorza w GUMed	11
■ Postępy w leczeniu chorób mózgu	12
■ Naukowcy z GUMed będą redukować liczbę udarów	14
■ Spotkanie w sprawie Centrum Medycyny Translacyjnej (CMT) w Sobieszewie	15
■ Konkurs prac magisterskich studentów farmacji rozstrzygnięty	16
■ X Medyczny Dzień Nauki	16
■ Targi Akademia 2017	17
■ Rozmawiali o specjalizacjach	17
■ Promocja podręcznika w Bibliotece Głównej	18
■ O zdrowiu w Radiu Gdańsk	19
■ Rak – mity i fakty	20
■ Sukces studentów GUMed	23
■ MOLTEST – molekularny test wykrywania raka płuca, badania przesiewowe	24
■ Jak obradowała 13 Akademia Dermatologii i Alergologii (13 ADA)	26
■ Przeszczepianie komórek, tkanek i narządów w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w 2016 r.	30
■ Klinika na peryferiach – ostatni rozdział? (cz. 6)	32
■ 75-lecie urodzin Aleksandry Gabrysiak (1942-1993)	37
■ Okoliczności powstania i losy Medizinische Akademie Danzig (MAD) w latach 1935-1945 – biografie profesorów (cz. 2)	40
■ Przede wszystkim profilaktyka. Biała sobota w Skorzewie	43
■ <i>Studenci StuDENTom</i>	43
■ Wykład dla seniorów z Rumi	43
■ Samotność opiekuna chorego w domu – potrzeba zmiany!	44
■ Kabaret studentów „SPHINCTER” – 50 lat minęło	45
■ Studenci GUMed i PG połączyli siły	46
■ Naukowiec GUMed w Nowym Jorku	46
■ Tajemnice z muzealnej półki	48
■ O śnie, podróżach i genetycznych sekretach twarzy	51
■ Uroczystość czepkowania	52



UCMMiT otrzymał dofinansowanie

Projekt *Wdrożenie EDM i usług z zakresu e-zdrowia oraz telemedycyny w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej* otrzymał dofinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 w konkursie w ramach programu e-zdrowie. Wartość Projektu to 5 633 833,35 zł, a wysokość dofinansowania 4 696 575,85 zł. Podpisanie umowy odbyło się 20 marca 2017 r. ■



GAZETA AMG

Redaguje zespół:

Redaktor naczelny: Bolesław Rutkowski

Zastępca redaktora naczelnego: Wiesław Makarewicz

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

Współpraca: Tadeusz Skowryra, 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 „Gazeta AMG”: Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk 76 10901098 0000 0000 0901 5327



Stypendium dla naukowca GUMed



Dr Justyna Gołębiewska, adiunkt w Katedrze i Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych otrzymała ESOT Study Scholarship. Stypendium przyznawane jest młodym naukowcom, którzy wiążą swoją przyszłość z transplantologią, w celu nawiązania współpracy międzynarodowej z wiodącymi ośrodkami transplantacyjnymi. Jego idea jest wsparcie rozwoju kariery osoby aplikującej poprzez nabycie nowych umiejętności i wiedzy istotnej dla rozwoju ośrodka, w którym pracuje. Stypendium umożliwi dr Gołębiewskiej dwumiesięczny pobyt w University of Chicago, gdzie będzie pracować z zespołem zajmującym się przeszczepianiem wysp trzustkowych, kierowanym przez prof. Piotra Witkowskiego. Szkolenie będzie elementem trwających już przygotowań do otwarcia programu przeszczepiania wysp trzustkowych w Gdańskim Ośrodku Transplantacyjnym, realizowanych w Katedrze i Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Zakładzie Radiologii, Katedrze i Klinice Nadciśnienia Tętni-

czego i Diabetologii oraz Zakładzie Immunologii Klinicznej i Transplantologii. Program przygotowań jest realizowany ze środków finansowych i w ramach Programu Badań Naukowych Strategmed (Grant1/233368/1/NCBR/2014) prowadzonych przez prof. Piotra Trzonkowskiego z Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii GUMed.

Dla dr Gołębiewskiej będzie to kolejny pobyt w University of Chicago. Wcześniejszy, na przełomie września i października 2015 r., zaowocował współpracą naukową. Projekt będący rezultatem kooperacji z zespołem prof. Witkowskiego *Comparative evaluation of simple indices using a single fasting blood sample to estimate beta cell function after islet transplantation* został zakwalifikowany do prezentacji ustnej w czasie 7th European Pancreas and Islet Transplantation Symposium & IPITA/EPITA Joint Workshop w Innsbruck-Igls w Austrii w styczniu bieżącego roku. Prezentacja ta została wyróżniona i nagrodzona IPITA/EPITA Opinion Leaders Workshop JDRF Educational Grant. Kolejny abstrakt pod tytułem *Assessment of simple indices based on a single fasting blood sample in search for an optimal tool to estimate beta cell function after islet transplantation* został również zakwalifikowany do prezentacji ustnej w czasie American Transplant Congress, który odbędzie się w maju tego roku w Chicago.

prof. Alicja Dębska-Ślizień,
Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych

Przedstawiciel Uczelni w RKOOS

Prof. Lidia Wolska, kierownik Zakładu Toksykologii Środowiska została powołana do składu Regionalnej Komisji Ocen Oddziaływania na Środowisko (RKOOS) w Gdańsku. Komisja jest organem opiniodawczo-doradczym Regionalnego Dyrektora Ochrony Środowiska, a Oceny Oddziaływania na Środowisko to najważniejsze ustawowe narzędzie zarządzania wpływami inwestycji oraz krajowych/regionalnych planów i programów na środowisko oraz zdrowie człowieka.

Prognozowanie wpływu różnych czynników na środowisko i zdrowie człowieka to wiedza bardzo pożądana na rynku pracy. Próbując sprostać tym wyzwaniom, na Wydziale Nauk o Zdrowiu prowadzony jest kierunek studiów – zdrowie środowiskowe, który przygotowuje młodych ludzi do rozwiązywania współczesnych problemów generowanych na styku środowisko i zdrowie. Jednym z takich wyzwań jest smog, obecny szczególnie w południowej części Polski. ■

Doktorantka stypendystką Fundacji Polpharmy

Mgr Dominika Czaplinska, doktorantka w Zakładzie Biologii Komórki została jedną z dziesięciu laureatek VI edycji konkursu stypendialnego Naukowej Fundacji Polpharmy. Program adresowany jest do uczestników studiów doktoranckich uczelni medycznych. Jego celem jest promowanie i nagradzanie najzdolniejszych młodych naukowców. Stypendyści wyłaniani są w drodze konkursu organizowanego przez Fundację raz na dwa lata, a nagrodą jest stypendium naukowe w wysokości 10 tys. zł. ■

Sukcesy młodych dermatologów

Lek. Dorota Mehrholz i **lek. Adrianna Opalska**, a także członkinie dwóch kół naukowych – polskojęzycznego: **Beata Wańczyk**, **Agnieszka Kaszuba** oraz anglojęzycznego – **Martina Eva Leczycka** reprezentowały Katedrę i Klinikę Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podczas III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej *Interdyscyplinarne aspekty chorób skóry i błon śluzowych*. Odbędzie się ona 25 lutego 2017 r. w Katedrze i Klinice Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Adresowana była zarówno do studentów uczelni medycznych, jak i młodych lekarzy i doktorantów o zainteresowaniach z zakresu różnych specjalności, pragnących uaktualnić i poszerzyć swoją wiedzę z zakresu chorób skóry i błon śluzowych.

W każdej sesji naukowej jury przyznało po trzy nagrody główne. Wśród laureatów pierwszej nagrody głównej w plakatowej sesji naukowej prac oryginalnych znalazły się reprezentantki polskojęzycznego Koła Dermatologicznego GUMed za pracę pt. *Ocena roli dermatologa w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych*. Drugą nagrodę główną w plakatowej sesji naukowej przypadków klinicznych za pracę pt. *Factitious dermatitis – opis przypadku* otrzymała lek. Adrianna Opalska.

Patronat honorowy nad Konferencją objęli: rektor prof. Mirosław Wielgoś oraz dziekani Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: prof. Paweł Włodarski i prof. Marek Kuch, a także przewodniczący Sekcji Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego dr hab. Adam Reich, prof. nadzw. Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Konferencja zgromadziła prawie 250 uczestników, w tym ponad 60 uczestników aktywnych z całej Polski. Swoją obecnością wydarzenie zaszczytili m.in. prof. Barbara Górnicka – prorektor ds. studenckich i kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz dr Filip Dąbrowski – reprezentant Okręgowej Rady Lekarskiej. Wśród jury można było znaleźć takie osobistości jak: prof. Lidia Rudnicka, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, prof. Małgorzata Olszewska, redaktor naczelna *Przeglądu Dermatologicznego*, prof. Barbara Zegarska, dr hab. Zbigniew Samochocki, a także dr Joanna Czupara.

Konferencja podzielona była na kilka sesji naukowych: ustna sesja naukowa prac oryginalnych, ustna sesja naukowa przypadków klinicznych, plakatowa sesja naukowa prac oryginalnych, plakatowa sesja naukowa przypadków klinicznych, plakatowa sesja naukowa prac poglądowych oraz ustna sesja naukowa prac poglądowych.

Zagadnieniami wiodącymi podczas Konferencji były: diagnostyka i leczenie nowotworów skóry, choroby autoimmunizacyjne, nowe leki i technologie medyczne. Na uwagę zasługiwały również prace dotyczące chorób włosów i ich diagnostyki. Poruszano również rolę nauk podstawowych i postępów diagnostycznych w dziedzinie dermatologii.

Wszystkie abstrakty z III Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej *Interdyscyplinarne Aspekty Chorób Skóry i Błon Śluzowych* zostaną opublikowane w *Forum Dermatologicum* (tom 3, nr 1 2017), oficjalnym czasopiśmie Sekcji Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. ■

II Sympozjum *Badania naukowe z perspektywy studenta*

Jak stawiać pierwsze kroki na ścieżce kariery zawodowej, jak prowadzić badania naukowe oraz z czym wiąże się studia doktoranckie i jakie stwarzają możliwości. Te tematy poruszano w ramach spotkania, które odbyło się na Wydziale Farmaceutycznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego 24 lutego br. Swoimi doświadczeniami podzielili się doktoranci: **mgr farm. Szymon Ulenberg** (Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej), **mgr farm. Paulina Dąbrowska** (Katedra i Zakład Toksykologii) oraz **mgr Maciej Jaśkiewicz** (Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej). Celem wydarzenia było zapoznanie i zachęcenie studentów, niezależnie od roku studiów, do działalności naukowej. ■



Nowe techniki operacyjne w Klinice Urologii

Dwie operacje wszczepienia sztucznego zwieracza cewki moczowej AMS 800 i co najważniejsze – obie zakończone sukcesem. Zabiegi w Klinice Urologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadzili **dr hab. Marcin Matuszewski i lek. Jakub Kłęcz**. Operacje, które odbyły się 13 lutego br. nadzorował prof. Enrique Lledo-Garcia – ekspert z Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Madrycie.

Tego typu operacja przeznaczona jest głównie dla chorych z nietrzymaniem moczu, powstałego jako następstwa leczenia chirurgicznego schorzeń gruczołu krokowego – raka i łagodnego przerostu stercza. Polega na wszczepieniu do ciała pacjenta dosyć skomplikowanego urządzenia z materiału syntetycznego, które na drodze hydraulicznej umożliwia zamykanie i otwieranie cewki. Ilość mężczyzn wymagających operacji z powodu schorzeń gruczołu krokowego, a zwłaszcza raka stercza, stale rośnie. Obawa przed nietrzymaniem moczu niejednokrotnie powoduje, iż pacjenci obawiają się zabiegu, a czasami nawet rezygnują z leczenia radykalnego tego nowotworu. Sztuczny zwieracz cewki od blisko 30 lat jest uznanym na całym świecie sposobem leczenia tego typu powikłania, a pierwsze próby jego wszczepienia podjął 15 lat temu prof. Kazimierz Krajka.

Rozpoczęcie wszczepiania sztucznych zwieraczy cewki moczowej pozwoli Klinice Urologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zaferować takie leczenie chorym z całego kraju, zarówno po leczeniu raka stercza, jak i innych zabiegach, w trakcie których doszło do uszkodzenia własnego zwieracza cewki moczowej. Możliwość wykonywania takich operacji jest kolejnym etapem złożonego projektu Kliniki prowadzącym do utworzenia Prostate Cancer Unit, czyli specjalistycznego ośrodka leczenia tego nowotworu. ■



Sukces naukowca z MWB UG i GUMed

Dr Danuta Gutowska-Owsiak z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego jest jedną z laureatek programu First Team Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Celem Programu jest wspieranie młodych doktorów – do pięciu lat po doktoracie – w tworzeniu pierwszych zespołów badawczych. Program ma zachęcić ich do pozostania w nauce i pomóc w zdobyciu samodzielności naukowej. Na prace badawczo-rozwojowe mogą oni otrzymać około 2 mln zł na trzy lata. Z osiemdziesięciu siedmiu zgłoszonych wniosków recenzenci i eksperci (w większości zagraniczni) zarekomendowali do finansowania siedem projektów na łączną kwotę prawie 14 mln zł. Za otrzymane dofinansowanie badacze poprowadzą najwyższej jakości badania. Środki pozyskane od FNP pozwolą na stworzenie zespołów badawczych i sfinansowanie co najmniej 20 miejsc pracy dla naukowców zatrudnionych w projektach oraz 19 stypendiów dla studentów i doktorantów zaangażowanych w realizację prac badawczych. Do współpracy przy prowadzeniu badań zostanie zaproszonych łącznie aż 16 partnerów zagranicznych. ■

Z KALENDARZA REKTORA

- 6.02.2017 r.** wziął udział w uroczystym otwarciu wystawy w Bibliotece Głównej GUMed poświęconej pierwszej inauguracji roku akademickiego w Akademii Lekarskiej w Gdańsku.
- 7.02.2017 r.** odwiedził Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy.
- 8.02.2017 r.** spotkał się z kierownictwem i pracownikami Katedry i Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej; spotkał się z dyrektcją Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku.
- 9.02.2017 r.** uczestniczył w otwarciu 13 Akademii Dermatologii i Alergologii w Słupsku, gdzie wygłosił wykład *Jak dbać o zdrowie?*
- 13.02.2017 r.** spotkał się z marszałkiem województwa pomorskiego Mieczysławem Strukiem; wziął udział w spotkaniu z zespołem aplikującym o środki z Narodowego Programu Zdrowia.
- 14.02.2017 r.** spotkał się z pracownikami Kliniki Rehabilitacji.
- 15.02.2017 r.** wziął udział w spotkaniu z Marszałkiem Województwa Pomorskiego, Prezydentem Sopotu i dyrektcją Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie w sprawie wspólnych projektów w zakresie geriatry.
- 16.02.2017 r.** spotkał się z prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku dr. Romanem Budzińskim.
- 17-18.02.2017 r.** wziął udział w III Spotkaniu Centrum Medycyny Translacyjnej w Sobieszewie.
- 18.02.2017 r.** otworzył XXVI Zjazd Sprawozdawczy Farmaceutów w Gdańsku.
- 22.02.2017 r.** spotkał się Pawłem Orłowskim, członkiem zarządu województwa pomorskiego.
- 28.02.2017 r.** z rektorem UG prof. Jerzym Gwizdałą odwiedził Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie; wziął udział w gali plebiscytu *Pomorskie Sztormy* organizowanego przez *Gazetę Wyborczą Trójmiasto* i Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego.

Sprawozdanie z posiedzenia Senatu w dniu 19 grudnia 2016 roku

Senat zatwierdził projekty Uchwał dotyczące:

- przyporządkowania kierunku studiów pielęgniarstwo do obszaru nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej, dziedziny nauk o zdrowiu, prowadzonych na poziomie studiów I i II o profilu praktycznym na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
- ustalenia wymiaru pensum dydaktycznego nauczyciela akademickiego, wynikającego z zatrudnienia oraz doktoranta wynikającego z uczestnictwa w stacjonarnych studiach doktoranckich i zasad rozliczania pensum dydaktycznego oraz zasad rozliczania umów zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych zawieranych z osobami niezatrudnionymi na etacie nauczyciela akademickiego GUMed.

Ponadto p.o. dyrektora naczelnego UCK Jakub Kraszewski zapoznał senatorów z aktualną sytuacją finansową szpitala UCK.

mgr Urszula Skałuba

Wyróżnienie dla prof. Janusza Limona

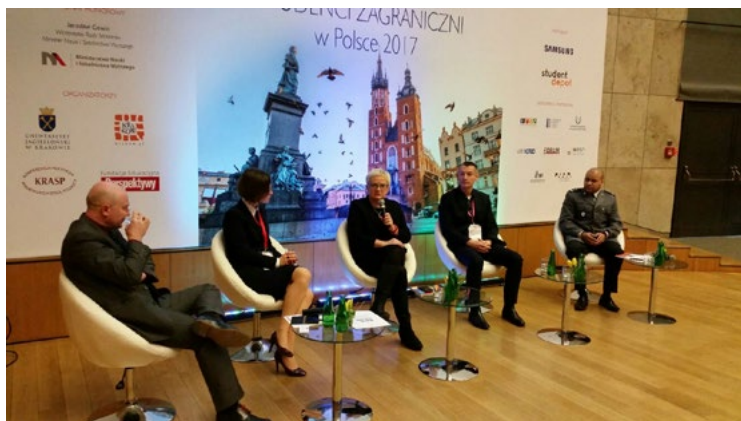
Prof. Janusz Limon, kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki wygłosił wykład *Aspekty etyczne przesiewowych badań molekularnych dziedzicznych predyspozycji do nowotworów* podczas III Warszawskiej Konferencji Onkologicznej. Obyła się ona 1 marca br. w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Wykłady te są dedykowane dr Bronisławie Dłuskiej, która wraz z Marią Skłodowską-

-Curie brała aktywny udział w tworzeniu Instytutu Rakowego w 1932 r.

Profesor Janusz Limon otrzymał także Medal Jubileuszowy 85-lecia otwarcia Instytutu Rakowego w Warszawie oraz godność członka honorowego Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego za *wybitny wkład w tworzenie i rozwój polskiej onkologii*. ■



Uniwersytet zamknięty na świat przestaje być uniwersytetem



Przedstawiciele GUMed – **Ewa Kiszka**, kierownik DWZPiPR, **Karolina Derda** i **Dawid Spychała** z Sekcji Współpracy Międzynarodowej oraz **Anna Kiszka** z Uczelnianego Centrum Rekrutacji uczestniczyli w ostatnich dniach lutego br. w konferencji *Studenci zagraniczni w Polsce*, organizowanej cyklicznie w ramach projektu *Study in Poland*, prowadzonego wspólnie przez KRASP i Fundację Edukacyjną *Perspektywy*. W wydarzeniu uczestniczył także prorektor ds. rozwoju i organizacji kształcenia GUMed **prof. Jacek Bigda**, który wziął udział w spotkaniu towarzyszącym Komisji ds. współpracy międzynarodowej KRASP.

Konferencja była kolejną, doskonałą okazją do omówienia najważniejszych problemów związanych z rozwojem umiędzynarodowienia polskich uczelni, które jest główną siłą

napędową rozwoju szkolnictwa wyższego na świecie. Jedną z ciekawszych sesji była ta, dotycząca wsparcia procesu umiędzynarodowienia w innych krajach. Przedstawiciele austriackiej, niemieckiej i węgierskiej agencji (OeAD-GmbH, DAAD, TPF) wspierających proces umiędzynarodowienia w tych krajach opowiedzieli o tym jak oni to robią, od kiedy, jaka jest struktura tych organizacji, sposób finansowania, cele oraz zadania. Było to szczególnie ciekawe, ponieważ aktualnie w Polsce odbywa się debata na temat Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej (NAWA) i projektu ustawy o jej powołaniu. Debata na temat NAWA odbyła się również podczas tegorocznej Konferencji, ponieważ polskie środowisko akademickie zabiegało od dawna o powołanie tej Agencji (padały różne propozycje nazw: PAWA, KAWA, NAWA, a może jeszcze inaczej?). Od kilkunastu lat projekt ustawy wywołuje ogromne emocje i rodzi wątpliwości czy to jest to, o co nam wszystkim chodziło, czy skorzystano z dobrych wzorców zagranicznych, czy w projektowanym kształcie Agencja realnie będzie służyć polskim uczelniom i Polsce w działaniach w zakresie umiędzynarodowienia, czy pomoże również polska dyplomacja?

Jest to debata kluczowa i ważna, ponieważ aktualnie w Polsce studiuje niewiele ponad 65 tys. studentów zagranicznych, co daje współczynnik umiędzynarodowienia 5,15%. 61% ogółu obcokrajowców stanowią studenci z Ukrainy i Białorusi. Możemy sobie zadać pytanie ilu studentów zagranicznych potrzebuje i może wchłonąć Polska. W optymalnych warunkach może to być 120 tys. do 2020 r., a stworzenie i funkcjonowanie w odpowiednim kształcie agencji NAWA jest jednym z kluczowych czynników realizacji tego zadania/sukcesu.

Ciekawą częścią Konferencji była również sesja, podczas której Ambasador Indii w Polsce opowiedział o potencjale swojego kraju, a Przedstawiciel Instytutu Konfucjusza Politechniki Opolskiej o rynku chińskim. W tej chwili w Polsce studiuje 2,5 tys. studentów z Indii, a do roku 2021 może ich być 10 razy więcej, pod warunkiem, że będziemy rozumieć ten rynek i celować swoje działania marketingowe w niższą klasę średnią w miastach 2-3 klasy wielkości, musimy wiedzieć co jest dla nich ważne i atrakcyjne i starać się im to zapewniać.

Miałam przyjemność być jednym z prelegentów w sesji dotyczącej bezpieczeństwa studentów zagranicznych w Polsce prowadzonej przez znanego specjalistę w dziedzinie migracji na świecie prof. Macieja Duszczyka, prorektora Uniwersytetu Warszawskiego. Wspólnie z dyrektorem Departamentu Rozwoju Społecznego UM w Gdańsku Piotrem Olechem opowiedzieliśmy o gdańskim Modelu Integracji Imigrantów oraz o doświadczeniach w zakresie goszczenia w naszej Uczelni studentów zagranicznych i naszych spo-

GUMed w liczbach na tle polskich uczelni pod względem liczby studentów zagranicznych:

- **1 miejsce** w województwie pomorskim (16%)
- **20 miejsce** wśród czołowych polskich uczelni
- **1 miejsce** pod względem liczby studentów ze Szwecji
- **2 miejsce** pod względem liczby studentów zagranicznych na kierunku lekarskim
- **4 miejsce** pod względem liczby studentów z Arabii Saudyjskiej
- **5 miejsce** pod względem liczby studentów z Kanady
- **6 miejsce** pod względem liczby studentów z Indii
- **8 miejsce** pod względem liczby studentów z USA

(Raport *Study in Poland Studenci zagraniczni w Polsce*, październik 2016 r.)

sobach na zapewnianie im poczucia bezpieczeństwa w Gdańsku.

Podczas Konferencji odbyła się również promocja drugiego tomu książki *Czas internacjonalizacji – perspektywy, priorytety, projekty* napisanej pod redakcją dr Bianki Siwińskiej i prof. Grzegorza Mazurka siłami naszego środowiska, 30 autorów-praktyków, zarówno nauczycieli akademickich, jak i administracji z 21 ośrodków akademickich i instytucji związanych ze szkolnictwem wyższym. Ponad 400 stron *best practices*, z których można się wiele nauczyć, tym bardziej cennych, że ciągle jeszcze bardzo brakuje na rynku wydawniczym literatury na ten temat.

Jak co roku odbyła się także finałowa gala konkursu IN-TERSTUDENT. Wyłonionych i nagrodzonych zostało siedmiu najlepszych studentów zagranicznych studiujących w Polsce na studiach licencjackich, magisterskich i doktoranckich.

W Konferencji wzięli udział goście z zagranicy, przedstawiciele polskich uczelni: rektorzy, prorektorzy, dziekani, dyrektorzy i eksperci z biur współpracy międzynarodowej i biur promocji, a także przedstawiciele miejskich i wojewódzkich władz samorządowych oraz przedstawiciele Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w tym minister Jarosław Gowin i dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej Juliusz Szymczak-Gałkowski.

Najważniejszy wniosek z kolejnej bardzo ważnej dla naszego środowiska konferencji jest taki, że chociaż czasem bardzo różnie rozumiemy i definiujemy umiędzynarodowienie to wszyscy jesteśmy zgodni co to tego, że jest to kluczowy element rozwoju szkoły wyższej, decydujący



o jej rozpoznawalności i prestiżu a uniwersytet zamknięty przestaje być uniwersytetem.

mgr Ewa Kiszka,
kierownik Działu Współpracy z Zagranicą,
Promocji i Projektów Rozwojowych

GUMed

- jesteśmy w pierwszej trójce najlepszych uczelni medycznych w Polsce
- plasujemy się w pierwszej dziesiątce najlepszych uczelni akademickich w kraju
- jesteśmy liderem w kategorii Publikacje naukowe, 3 uczelnią w kraju pod względem efektywności naukowej w rankingu *Perspektyw 2016 r.*
- jesteśmy najbardziej umiędzynarodowioną uczelnią Pomorza

KADRY GUMed

Na stanowisku profesora zwyczajnego zatrudniono

- prof. dr hab. Lidię Wolską

Na stanowisku profesora nadzwyczajnego zatrudniono

- dr. hab. Jacka Sein Ananda

Stopień doktora habilitowanego otrzymała

- dr hab. Beata Biernat

Na stanowisku adiunkta zatrudniono:

- dr med. Agnieszkę Tarasewicz
- dr Renatę Wawrzyniak

Na stanowisku starszego wykładowcy zatrudniono:

- dr med. Sewerynę Konieczną

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

- mgr Joanna Karczewska

- Janusz Ugniewski

25 lat

- dr hab. Maria Dudziak, prof. nadzw.

30 lat

- Grażyna Gołębowska
- Tadeusz Keslinka

50 lat

- Maria Kroll

Pracę w Uczelni zakończyli:

- dr farm. Małgorzata Dziadziuszko
- dr med. Krzysztof Gockowski
- lek. med. Jakub Mrozek
- mgr Magdalena Smoktunowicz
- dr med. Zbigniew Witkowski

Dzieci dzieciom

Grupa teatralna z Zespołu Szkół Jezuitów w Gdyni pod przewodnictwem Grażyny Okroj wraz z ks. Kamilem Boberkiem SJ, ks. Łukaszem Grzybowskiem SJ oraz pedagog Aleksandrą Chwiejczak odwiedziła 20 marca br. małych pacjentów Oddziału Hematologii i Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W spotkaniu uczestniczył dr hab. Tomasz Smiatacz, prorektor ds. studenckich, który w imieniu władz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podziękował uczniom i ich opiekunom za cenne inicjatywy podjęte na rzecz pacjentów Szpitala. Specjalnie dla pod-

opiecznych Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii uczniowie przygotowali przedstawienie pt. Kopciuszek. Udział w nim wzięli: Paulina Kozeracka, Stanisław Karmoliński, Natalia Kamińska, Małgorzata Borzycka, Justyna Zaucha, Mateusz Gliniewicz, Weronika Góralczyk, Zofia Halasz, Laura Bullmann i Anna Pesta. Gromkie oklaski i widok uśmiechniętych dzieci i ich rodziców był najlepszym dowodem tego, że spektakl podobał się małym i dużym.

Poniedziałkowe spotkanie zakończyło akcję *Dzieci dzieciom*, która rozpoczęła się 3 grudnia 2016 r. podczas XII Charytatywnego Turnieju Mikołajkowego. Uczniom Zespołu Szkół Jezuitów w Gdyni udało się wówczas zebrać ponad 4000 zł, które przeznaczono na paczki dla dzieci i wyposażenie świetlicy. Dzięki pozyskanym funduszom świetlice Oddziału wzbogaciły się o m.in. keyboard Yamaha PSR-453, keyboard dla dzieci CASIO, konsolę do gier Xbox One S, gry planszowe, książki i klocki.

Joanna Śliwińska,
rzecznik prasowy



Zdolni z Pomorza w GUMed



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



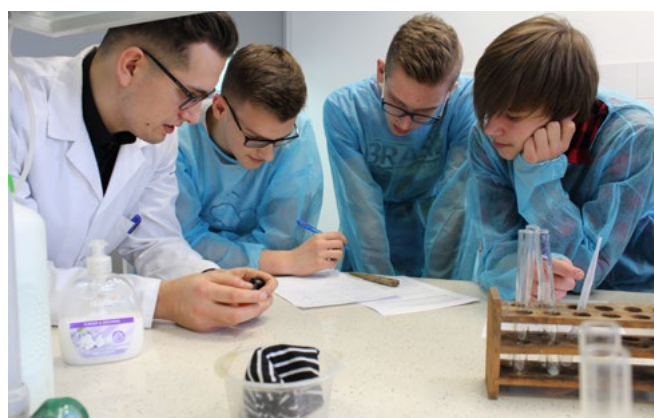
Spotkanie z młodzieżą w ramach programu Zdolni z Pomorza odbyło się 11 marca 2017 r. na Wydziale Farmaceutycznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Uczestniczyli w nim uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z Kartuz, Pruszczu Gdańskiego, Gdyni, Gdańska oraz Sopotu. Wykład *Nie tylko dopalacze – o nieostrej granicy między lekiem i trucizną* poprowadził **dr hab. Bartosz Wielgomas**, kierownik Katedry i Zakładu Toksykologii GUMed. Drugą prezentację pt. *Czym są i jak działają leki* przedstawił **dr hab. Wojciech Kamysz, prof. nadzw.**, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej GUMed. Podczas spotkania uczniowie poznali podstawy nowoczesnych metod analizy instrumentalnej, a także sami mieli okazję przeprowadzić serię doświadczeń. Ćwiczenia laboratoryjne dotyczyły wykrywania substancji psychoaktywnych w próbkach stałych, oznaczania zawartości etanolu w próbkach biologicznych z użyciem chromatografii gazowej, a także klasycznej analizy substancji nieorganicznych. Podczas spotkania poruszane były także zagadnienia związane z drukiem 3D, pobraniem próbek odcisków palca do badań czy reakcjami pirotechnicznymi.

Program Zdolni z Pomorza jest projektem realizowanym przez Samorząd Województwa Pomorskiego, współfinan-



sowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. Jego celem jest zapewnienie uczniom szczególnie uzdolnionym odpowiedniego wsparcia rozwoju poprzez właściwą diagnozę uzdolnień i adekwatne formy wsparcia. Sobotnie spotkanie było drugim z cyklu spotkań realizowanych przez Gdański Uniwersytet Medyczny.

W czasie spotkania przeprowadzono test znajomości tematu przed rozpoczęciem wykładów oraz ćwiczeń. Uczniowie na wejście uzyskali średnio 4 punkty na 12 możliwych do uzyskania. Po zakończeniu zajęć uczniowie z przeprowadzonego testu otrzymali średnio 9 punktów. ■



Postępy w leczeniu chorób mózgu

W ciągu ostatnich kilkunastu lat charakter neurologii – tu w rozumieniu jednej z dziedzin praktyczno-klinicznych – ewoluował.

Ewoluował w kierunku specjalności w dużej mierze terapeutycznej, a zatem takiej, która dysponuje szerokimi i skutecznymi możliwościami pomocy chorym. Nowe terapie w neurologii (definiowane jako takie, które do praktyki klinicznej weszły stosunkowo niedawno bądź są na ostatnich etapach badań klinicznych) stanowią temat znacznie przekraczający planowaną objętość tego artykułu. Wobec tego, kierując się kluczem epidemiologii (choroby częste i często prowadzące do poważnych następstw) i dynamiką postępu możliwości terapeutycznych, do dyskusji wybrałem tu dwa zagadnienia: udary mózgu i stwardnienie rozsiane.

Udary mózgu są najważniejszą (najczęstszą) przyczyną trwałej złożonej niepełnosprawności osób dorosłych na świecie, co poza zdrowotnymi, implikuje poważne skutki społeczne i ekonomiczne. Nadto, udary stanowią trzecią najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. Takie statystyki implikują to, że każdy, nawet niewielki krok pozwalający poprawić rokowanie w tej chorobie generuje duży efekt populacyjny. Zdecydowana większość, ponad 80% udarów, spowodowana jest niedrożnością lub krytycznym zwężeniem naczynia doprowadzającego krew do określonej części mózgu – nazywamy je udarami niedokrwiennymi (pojęcie bliźniacze do zawału mózgu, ale nie tożsame). Dyskusyjne poniżej techniki terapeutyczne odnoszą się będą tylko do nich.

Po utworzeniu sieci oddziałów udarowych (wyszkolony personel i specjalistyczny sprzęt ukierunkowane na zabezpieczenie wszelkich problemów klinicznych pojawiających się u pacjentów we wczesnej fazie choroby plus wczesna rehabilitacja) i szerokim wdrożeniu terapii trombolitycznej (podaż leku, który ma doprowadzić do destrukcji – „rozpuszczenia” materiału zakrzepowo-zatorowego, który uniemożliwia przepływ krwi) stawiamy w tych latach, zarówno w Polsce, jak i na świecie – trzeci krok milowy w leczeniu tej choroby, jakim jest wprowadzanie i zapewnienie powszechnego dostępu do tzw. trombektomii mechanicznej. Trombektomia to – proste w założeniu i postulowane od bardzo dawna – usuwanie materiału zakrzepowo-zatorowego przy pomocy zestawu cewników wprowadzanych do wnętrza tętnic, które jednak usankcjonowane zostało odpowiednimi danymi naukowymi dopiero na przełomie 2014 r. i 2015 r. (otrzymaliśmy dowody, że korzyści z wprowadzenia takiej



Prof. Bartosz Karaszewski, kierownik Katedry Neurologii i Kliniki Neurologii Dorosłych

terapii znacznie przewyższają straty). Chociaż do nowej terapii kwalifikuje się niewielki odsetek pacjentów z ostrymi udarami niedokrwiennymi mózgu, szacunki wskazują, że gdyby zapewnić powszechny dostęp do tej metody w Polsce (co mimo niewielkiej liczby ośrodków prowadzących taką terapię jest możliwe, np. z zastosowaniem narzędzi informatycznych – telemedycyny), każdego roku można by uratować od ciężkiej niepełnosprawności i trwałej zależności od opieki osób drugich dodatkowo (czyli ponad to co

uzyskujemy metodami stosowanymi dotychczas) 750-1000 osób. NFZ deklaruje rychłe rozwiązania systemowe w postaci programu, ale nie czekając na nie, już teraz kilka ośrodków w Polsce, w tym prowadzony przez Autora, oferuje całodobowy dostęp do metody.

Zakres uszkodzenia mózgu w ostrym udarze niedokrwiennym nie zależy tylko od stopnia i obszaru niedokrwienia, ale także od szeregu innych mechanizmów, w tym uwarunkowanych genetycznie, związanych najczęściej z efektami na poziomie komórkowym. Wobec tego oprócz metod w rozumieniu patofizjologicznym prostych, jak rzeźbiona trombektomia, od lat poszukuje się technik tzw. neuroprotektoryjnych, które podane pacjentom odpowiednio wcześniej ograniczyłyby strefę uszkodzenia mózgu i tym samym deficytu neurologicznego. Przez wiele lat, zastępy zespołów badawczych na świecie zaproponowały tu setki punktów uchwytu i możliwych terapii, np. blokowanie receptorów NMDA lub wapniowych, hamowanie działania tzw. wolnych rodników, blokowanie tzw. białek adhezyjnych międzykomórkowych, stabilizacja błon komórkowych. Chociaż szereg spośród nich okazało się skutecznych na modelach zwierzęcych, to już niewiele przeszło pozytywnie weryfikację w poszczególnych fazach badań klinicznych, a żadna nie uzyskała dostatecznych dowodów naukowych by móc wprowadzić ją do standardów postępowania. Jedną z najbardziej obiecujących pozostaje metoda nefarmakologiczna – hipotermia terapeutyczna, której celem jest obniżenie temperatury mózgu do określonej wartości, co wiąże się z multimodalnym efektem patofizjologicznym (paneuropejskie badanie trzeciej fazy w toku).

Nawet w przypadku skutecznego zastosowania wymienionych technik terapeutycznych, sytuacja, w której pacjent wychodzi z udaru mózgu bez żadnego deficytu nie jest niestety częsta. Wobec tego od wielu lat prowadzi się badania nad terapiami, które miałyby skutkować odzyskaniem

utraconych funkcji neurologicznych (mowa o potencjalnych terapiach innych niż szeroko pojęta rehabilitacja, której skuteczność znana jest od dawna, także w deficytach neuropsychologicznych), np. podażą komórek macierzystych różnego pochodzenia, o różnym stopniu dojrzałości i zróżnicowania. Jak do tej pory, nie dostarczono dowodów medycznych, które upoważniałyby do uznania żadnej z takim przesłaniem badanych metod za wystarczająco skuteczną do włączenia w standard postępowania.

Stwardnienie rozsiane to jedna z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności ludzi dorosłych w niektórych strefach klimatycznych świata, w tym niestety w Polsce. Nawet w postaci tzw. rzutowo-remisyjnej (upraszczając, objawy ogniskowe uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego pojawiają się co jakiś czas, po czym same ograniczają się lub wręcz zanikają), najczęstszej, w przebiegu choroby może postępować proces neurodegeneracyjny, który skutkuje rozwojem także innych objawów niż rzeczone ogniskowe.

W przebiegu choroby elementy układu odpornościowego odpowiedzialne za rozpoznawanie czynników zagrażających, „intruzów”, np. bakterii czy wirusów, błędnie kwalifikują tak także niektóre składowe ośrodkowego układu nerwowego, w tym mózgu. O ile jeszcze do niedawna lekarze dysponowali bardzo ubogą baterią leków tzw. immunomodulacyjnych – które zmieniają naturalny przebieg choroby (mogą zmniejszać częstość rzutów choroby, spowalniać postęp niepełnosprawności, ograniczać rozwój zmian pojawiających się w mózgu lub rdzeniu kręgowym i identyfikowalnych w badaniach obrazowych), o tyle obecnie możemy pacjentom zaoferować dużo więcej możliwości terapeutycznych, chociaż niestety nie wszystkie są refundowane w Polsce, chociaż i tu odnotowano ostatnio jakiś postęp.

Stosowane od dawna i ciągle bardzo szeroko interferon beta-1a i -1b oraz octan glatirameru powinny być już zdaniem niektórych specjalistów odłożone w poczet terapii historycznych, może za wyjątkiem postaci o bardzo łagodnym przebiegu klinicznym i w przypadku pacjentów niechętnych do podejmowania nawet stosunkowo niewielkiego ryzyka poważnych działań niepożądanych. Skuteczność leków nowszej generacji, nie abstrahując od ich rzeczonych potencjalnych działań niepożądanych, jest w świetle bieżących danych istotnie większa, w niektórych przypadkach i dla niektórych parametrów klinicznych bądź neuroobrazowych nawet około trzykrotnie. Krokiem milowym w leczeniu stwardnienia rozsianego okazały się przeciwciała monoklonalne, takie jak powszechnie już stosowany na świecie natalizumab (przeciwko molekułce adhezyjnej – integrynie $\alpha 4$), ale także wprowadzone nieco później alemtuzumab (wiąże się z molekułą CD52 na limfocytach), czy daclizumab (z molekułą CD25 na limfocytach T). Kolejny postęp przyniosło wprowadzenie leków doustnych (wszystkie wyżej wymienione wymagają iniekcji), co ma szczególne znaczenie dla niektórych pacjentów w związku z rodzajem wykonywanej pracy, trybem życia, czy po prostu preferencjami. Najlepiej

poznany – fingolimod ma spowalniać rozwój choroby poprzez ograniczenie migracji limfocytów T z węzłów chłonnych do ośrodkowego układu nerwowego. Inne doustne także pozostające już w relatywnie szerokim zastosowaniu to teriflunomid czy fumaran dimetylu. Poza wymienionymi, w rzadszych sytuacjach klinicznych uzasadniona może być podaż tzw. cytostatyków (częściej używanych np. w onkologii, hematologii), mitoksantronu, cyklofosfamidu oraz stosowanej w wielu chorobach autoimmunologicznych i tkanki łącznej – azatiopryny. Pewne dane skłaniające do zainteresowania w kontekście modyfikacji przebiegu choroby przyniosły też badania nad kładrybiną (immunosupresant – hamuje wybrane mechanizmy reakcji zapalnej), damfalprydyną (blokuje kanały potasowe), laquinimodem (kolejny lek doustny), innymi przeciwciałami monoklonalnymi, czy w końcu uwagę neurologów przykuwają badania nad przeszczepami komórek macierzystych.

Truizmem będzie stwierdzenie, że każda z wymienionych terapii ma swoje wady i zalety (nie abstrahując od szczególnie ważnej dla większości pacjentów cechy – refundacji w systemie ochrony zdrowia), ale istotne będzie to, że ten szybko poszerzający się panel dostępnych technik modyfikujących przebieg choroby (kolejne są już na ostatnich etapach badań klinicznych i zapewne już niebawem zasilą liczbę możliwości terapeutycznych) zaczął pozwalać na indywidualizację leczenia w zależności od ewentualnych współistniejących innych problemów medycznych, trybu życia, potrzeb i obaw pacjenta, a w dalszej kolejności pozwoli być może także na indywidualizację biologiczną, to jest możliwość laboratoryjnego określania prawdopodobieństwa skuteczności leku jeszcze przed rozpoczęciem terapii (neurofarmakogenetyka).

prof. Bartosz Karaszewski,
kierownik Katedry Neurologii i Kliniki Neurologii Dorosłych

<http://www.innowacyjnyportal.pl/innowacje-medyczne/postepy-w-leczeniu-chorob-mozgu>

Przedruk artykułu, który ukazał się na portalu Innowacyjny Portal w dziale Innowacje Medyczne prowadzonym przez Mediaplanet Poland dokonany za zgodą MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP. Z O.O., Warszawa.



rys. Alina Boguszewicz

Naukowcy z GUMed będą redukować liczbę udarów



Gdański Uniwersytet Medyczny zainaugurował 10 marca br. program badań serca NoMED-AF. Jego celem jest redukcja liczby udarów mózgu w Polsce poprzez ustalenie roli niemego migotania przedsionków (AF), wczesne jego wykrywanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia przeciwwkrzepliowego. Zgromadzonych gości powitał prof. Tomasz Zdrowiewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki GUMed. W spotkaniu udział wzięli m.in. prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Jacek Bigda, prorektor GUMed ds. rozwoju i organizacji kształcenia oraz Adam Konka, prezes Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia w Zabrze.

Nieme migotanie przedsionków to takie, które nie powoduje żadnych istotnych objawów. Celem szczegółowym NoMED-AF było opracowanie nowoczesnego systemu tele-



medycznego do 1-4-tygodniowego monitorowania wysokiej jakości sygnału EKG, by w ten sposób wcześniej wykrywać nieme migotanie przedsionków. Urządzenia takie, wraz z systemem transmisji sygnału EKG do centrum monitorującego, zostały w ostatnim roku przygotowane, szczegółowo sprawdzono ich jakość i obecnie zostały wyprodukowane na rzecz rozpoczynających się badań wylosowanej reprezentatywnej próby Polaków w Programie NoMED-AF.

Przez najbliższe 12 miesięcy Gdański Uniwersytet Medyczny będzie koordynował ogólnopolskie badanie, które oceni częstość występowania niemego migotania przedsionków oraz głównych czynników ryzyka i schorzeń kardiologicznych w reprezentacyjnej próbie 3000 Polaków w wieku ponad 65 lat. Losowania dokonało z operatu pesel Ministerstwo Cyfryzacji. Do badania zostanie wyszkolonych i zatrudnionych około 250 pielęgniarek w całym kraju. Szkolenie w Gdańsku inauguruje cykl szkoleń, które odbędą się we wszystkich pozostałych województwach w kraju.

NoMED-AF jest realizowany w ramach rządowego programu badań i prac rozwojowych *Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych* – STRATEGMED. Liderem Programu jest Park Technologii Kardiomed Silesia, głównym partnerem akademickim – Gdański Uniwersytet Medyczny, zaś ze strony przemysłu – Comarch Healthcare i ITAM z Zabrze. Program przygotowali i wezmą w nim udział wybitni polscy eksperci z ośrodków kardiologicznych w Zabrze, Warszawie, Szczecinie i Krakowie. Część neurologiczną, dotyczącą ryzyka udaru mózgu będą realizować lekarze z Kliniki Neurologii Dorosłych GUMed. ■

Udar niedokrwienny stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonu i inwalidztwa. Co roku udar mózgu występuje u około 85 tys. Polaków, a koszty jego leczenia stanowią istotną część kosztów opieki zdrowotnej w Polsce. W Europie corocznie udar mózgu stwierdza się u ponad 1 miliona jej mieszkańców, a koszty z nim związane ocenia się na powyżej 38 miliardów euro. Głównym czynnikiem ryzyka udaru niedokrwiennego jest właśnie nieme migotanie przedsionków. Wczesne wykrycie migotania przedsionków i profilaktyczne wdrożenie odpowiedniego leczenia może zapobiec występowaniu udaru. Niestety wiele przypadków migotania przedsionków pozostaje niewykrytych; jest to tzw. nieme AF. Proponowany Program jest ukierunkowany na rozwiązanie tego problemu, który dotyczy nie tylko Polski, ale wszystkich krajów europejskich.

Spotkanie w sprawie Centrum Medycyny Translacyjnej (CMT) w Sobieszewie

Trzecie wyjazdowe spotkanie poświęcone CMT odbyło się w dniach 17-18 lutego 2017 r. w Sobieszewie. Blisko 90 przedstawicieli wszystkich wydziałów, w tym władze Uczelni – rektor prof. Marcin Gruchała, prorektorzy: prof. Jacek Bigda, prof. Tomasz Bączek, prof. Edyta Szurowska, dziekani: prof. Maria Dudziak, prof. Michał Maruszewski, prof. Andrzej Basiński, p.o. dyrektora UCK Bartosz Karaszewski i prof. Krzysztof Bielawski, prorektor ds. rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego dyskutowali nie tylko o planach rozwoju CMT, ale także o innych projektach GUMed i UCK, ściśle wpisujących się w ideę Centrum.

W trakcie spotkania dr Krzysztof Chlebus przedstawił aktualny stan i perspektywy rozwoju Centrum Innowacji Medycznych. Przedstawiciele Sekcji ds. Projektów Naukowych, Sekcji ds. Rozwoju Nauki oraz Sekcji ds. Innowacji i Transferu Wiedzy omówili najważniejsze zmiany dotyczące finansowania oraz realizacji badań naukowych i innowacyjnych. Dr Grażyna Peszyńska-Sularz przedstawiła zasady funkcjonowania i finansowania Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarńi Doświadczalnej (TAZD). Prof. Dariusz Kozłowski zaprezentował wizję rozwoju *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. Prezentacja dr. Tadeusza Jędrzejczyka poświęcona była akademickim badaniom klinicznym, a mgr Agnieszka Pliszka przedstawiła najważniejsze aspekty nowego rozporządzenia unijnego w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Dr hab. Jolanta Wierzba i dr hab. Joanna Kwiatkowska omówiły pierwsze doświadczenia wynikające z wdrożenia interdyscyplinarnego projektu opieki nad pacjentem z zespołem Duchenne’a. Profesor Jacek Bigda omówił zasady współpracy z władzami samorządowymi.

Dalsza część spotkania była poświęcona pracom w grupach tematycznych planujących dalszy rozwój: (1) badań klinicznych; (2) badań obrazowych i czynnościowych oraz (3) pracowni zaawansowanych badań komórkowych, tkankowych i metabolicznych służących medycynie personalizowanej i rozwojowi nowych metod diagnostyki, terapii i analiz środowiskowych.

Kolejnym krokiem będzie otwarcie „przyczółka” CMT na terenie budynku nr 5 (stary Zakład Radiologii). Na ponad 500 m² powstaje *core facility* badań układu sercowo-naczyniowego oraz we współpracy z Olivia Business Center – przestrzeń *co-workingowa* umożliwiająca współpracę różnych środowisk, zarówno naukowych, jak i biznesowych. Ten „poligon doświadczalny” CMT powinien ruszyć latem 2017 r.



Praca zespołu do spraw badań klinicznych

Niewątpliwie wyzwaniem pozostaje pozyskanie środków na dalszą budowę infrastruktury CMT oraz ustalenie zasad funkcjonowania tej jednostki, które zapewni jej utrzymanie i dalszy rozwój. GUMed stara się m.in. o środki w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój Województwa Pomorskiego.

Przypominamy, że CMT jest inicjatywą otwartą dla wszystkich jednostek GUMed. Liczymy na dalszą szeroką dyskusję i współpracę całego środowiska naukowego naszej Uczelni przy realizacji tego projektu.

prof. Krzysztof Narkiewicz,
kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii



Praca w grupach tematycznych. Na pierwszym planie – zespół do spraw pracowni zaawansowanych badań komórkowych, tkankowych i metabolicznych. W dalszej części sali – zespół do spraw obrazowania i badań czynnościowych

Konkurs prac magisterskich studentów farmacji rozstrzygnięty



Adrian Szewczyk wygrał tegoroczny Konkurs prac magisterskich wykonanych w roku akademickim 2015/16 na kierunku farmacja. Komisja konkursowa doceniła jego pracę *Badania preformulacyjne nad stałą postacią leku z mezoporowatego materiału krzemionkowego*. Drugie miejsce zajęła **Paulina Przychodzeń** z pracą *Otrzymywanie metodą druku 3D substratów nośnika dla macierzystych komórek mięśniowych zawierających kolagen i nanocząstki mezoporowatej krzemionki*. Trzecie miejsce przypadło **Agnieszce Kuźmińskiej** za *Opracowanie populacyjnego modelu farmakokinetyki propofolu integrującego wyniki z 9 badań klinicznych*. Nagrodę publiczności otrzymała **Aleksandra Marzejon** za pracę *Synteza i aktywność przeciwnowotworowa nowych pochodnych 4-chloro-2-merkapto-5-metylobenze-*

nosulfonamidu zawierających układy acyloaminoguanidyny i 1,2,4-triazolu.

Konkurs zorganizowany przez dziekana Wydziału Farmaceutycznego z OML prof. Michała Markuszewskiego we współpracy z PTSF Oddział Gdańsk odbył się 14 marca br. Zgłoszono sześć prac magisterskich. Rolę recenzentów pełnili: dr hab. Ilona Olędzka, dr hab. Małgorzata Grembecka oraz dr hab. Paweł Koniecznyński. W komisji konkursowej zasiadli: dr hab. Anita Kornicka – przewodnicząca, prof. Krzysztof Cał – przedstawiciel samodzielnych pracowników naukowych, prof. Piotr Kowalski – prezes Oddziału Gdańskiego PTFarm, Karina Jeleniewska – przedstawicielka PTSF Oddział Gdańsk oraz Patrycja Szwaczka z Uczelnianego Samorządu Studenckiego. ■



X Medyczny Dzień Nauki



Jak oddychać by żyć zdrowo, na czym polegają badania krwi, jak wygląda proces tworzenia nowego leku i dlaczego człowiek widzi świat w kolorze? Odpowiedzi na te i inne pytania będzie można poznać podczas Medycznego Dnia Nauki, którego już X edycję organizuje Gdański Uniwersytet Medyczny. Prawdziwe święto dla wszystkich miłośników nauki odbędzie się w Collegium Biomedicum 26 maja br. w godz. 9-13. Przeprowadzone zostaną wykłady dotyczące ciekawych zagadnień medycznych oraz prezentacje badań naukowych prowadzonych na wszystkich wydziałach i kierunkach Uczelni. Pokazom laboratoryjnym towarzyszyć będą m.in. nauka samobadania piersi, nauka szycia chirurgicznego, warsztaty z udzielania pierwszej pomocy czy zwiedzanie akademickiej Zwierzętarni.

Oprócz odpowiedzi na trudne, medyczne pytania będzie można zobaczyć łańcuchy DNA, spróbować lodów zamrażanych ciekłym azotem, a także dowiedzieć się jakie niebezpieczeństwa grożą nam ze strony organizmów niewidocznych gołym okiem. Będzie szansa poznać świat bakterii, obalić mity dotyczące cukrzycy, dowiedzieć się jak korzystać z popularnych suplementów diety i jaką moc dają nam szczepienia. Nie zabraknie również nowinek ze świata biotechnologii, farmacji oraz chemii medycznej. Miłośnicy horrorów poznają całą prawdę o wampirach i wilkołakach, studenci dietyki przygotowują smaczne i zdrowe przekąski, a na najmłodszych uczestników czekać będą konkursy z nagrodami. Więcej na www.medycznodziennauki.gumed.edu.pl.

Łukasz Szulc, Sekcja Informacji i Promocji

Targi Akademia 2017

Pracownicy Uczelnianego Centrum Rekrutacji GUMed uczestniczyli w XXIII Targach Akademia 2017, największych targach edukacyjnych na Pomorzu, które odbywały się w dniach 20-21 marca br. na Wydziale Prawa i Administracji UG. Chętni mogli dowiedzieć się wszystkiego o ofercie kształcenia przygotowanej przez Gdański Uniwersytet Medyczny. Nie brakowało też konkursów z nagrodami. Studenci zachęcali do podejmowania studiów w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym opowiadając o samych studiach, ale również

opisywali działalność kół naukowych. Ponadto osoby odwiedzające Targi Akademia mogły zasięgnąć rad ekspertów z Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej z Gdańska oraz zapoznać się ze zmianami w egzaminach maturalnych. W wydarzenie oraz promowanie oferty dydaktycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zaangażowali się w szczególności studenci kierunku zdrowie środowiskowe, którzy w bardzo ciekawy sposób opowiadali maturzystom o Uczelni oraz życiu studenckim. ■



Rozmawiali o specjalizacjach



Prelegentami drugiej konferencji z cyklu *Poznaj Swoją Specjalizację* byli: **dr hab. Ninela Irga-Jaworska**, pediatra i hematolog z Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii, **dr hab. Michał Chmielewski**, nefrolog i internista z Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, **lek. Leszek Kuik** z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki oraz **lek. Bartosz Jabłoński**, doktorant Kliniki Neurologii Dorosłych. Przygotowane prezentacje w wyczerpujący sposób odpowiedziały na wszelkie wątpliwości dotyczące przyszłej kariery naszych uczestników. Studenci mogli poszerzyć swoją wiedzę dotyczącą danych specjalizacji oraz zdobyć informacje dotyczące Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Wśród zgromadzonych osób wylosowano nagrody książkowe oraz kupon na zakup bluzy medycznej. Spotkanie odbyło się 21 lutego 2017 r. ■

Promocja podręcznika w Bibliotece Głównej

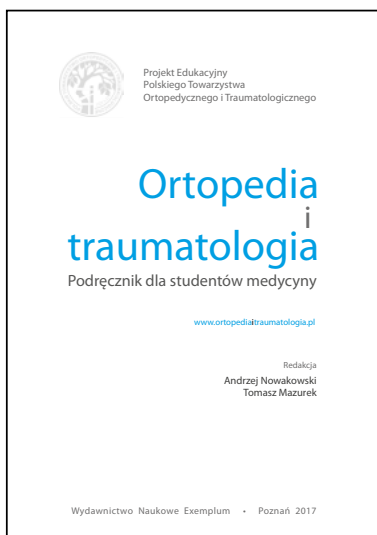
Niemal 60 lat minęło od wydania pierwszego podręcznika ortopedii w języku polskim. Redaktorem *Zarysu ortopedii ogólnej* był prof. Zygmunt Ambros, a współautorami asystenci Kliniki Ortopedycznej w Gdańsku. Wydawnictwo poprzedziły publikacje skryptowe w 1956 i 1957 r. Przez to sześćdziesięciolecie rzeczywistość zmieniła się nie do poznania. Zaczęto stosować coraz bardziej skomplikowane metody badań i innowacyjne sposoby leczenia. Lekarze dysponują coraz bardziej specjalistycznym sprzętem i narzędziami diagnostycznymi. Pokłosiem aktualnych osiągnięć z zakresu ortopedii i traumatologii jest najnowszy podręcznik w sposób szczególny adresowany do rezydentów i studentów medycyny. *Ortopedia i traumatologia* to wspólne dzieło naukowców z czołowych polskich ośrodków klinicznych, w tym również Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Spotkanie promujące wydawnictwo odbyło się 15 marca br. w Bibliotece Głównej GUMed. W imieniu organizatorów zgromadzonych gości powitała mgr Anna Grygorowicz, dyrektor Biblioteki Głównej i rektor prof. Marcin Gruchała. Wśród uczestników nie zabrakło dr. Bogumiłą Przeździaka oraz studentów i doktorantów GUMed. Krótką prezentację na temat publikacji wygłosił prof. Mazurek, który przedstawił również historię rozwoju Kliniki, od jej utworzenia 5 lipca 1945 r. do stanu obecnego. Profesor powiedział także o najnowszych innowacyjnych projektach realizowanych przez pracowników Kliniki, w tym sztucznym ścięgnię własnego autorstwa i derotatorze Pankowskiego. Na zakończenie zapowiedział organizowane przez Klinikę XXVII Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej PTOiTR, które odbędzie się w dniach 18-20 maja br. w Gdańsku. Podczas spotkania chętni mogli kupić podręcznik i otrzymać autograf Współautora. ■



Polecamy Czytelnikom

Nowy podręcznik z ortopedii i traumatologii



Ortopedia i traumatologia.
Podręcznik dla studentów medycyny,
red. A. Nowakowski, T. Mazurek,
Poznań 2017,
Wydawnictwo Naukowe Exemplum, ss. 730.
ISBN 878-83-62690-28-2

Ortopedia i traumatologia to nowoczesny podręcznik dla rezydentów i studentów medycyny, który powstał z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w ramach ogólnopolskiego projektu edukacyjnego. Może być też niezwykle użyteczny dla lekarzy rodzinnych i innych specjalności, zainteresowanych poruszonymi problemami narządu ruchu. Współtworzony jest przez lekarzy specjalistów ośrodków klinicznych z: Białegostoku, Gdańska, Krakowa, Lublina, Łodzi, Otwocka, Piekar Śląskich, Poznania, Rzeszowa, Szczecina, Warszawy i Wrocławia. W gronie autorów nie zabrakło specjalistów z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu GUMed, a jednym z redaktorów merytorycznych wydawnictwa jest szef gdańskiej Kliniki prof. Tomasz Mazurek.

Do udziału w projekcie włączyły się znaczące firmy specjalizujące się w zakresie ortopedii i traumatologii. Ich obecność jako partnerów edukacyjnych poszerza zakres omawianych zagadnień i uzupełnia merytoryczną dyskusję.

Wyjątkowość projektu polega na jego ogólnokrajowym wymiarze, nowoczesnym ujęciu problematyki oraz wykorzystaniu technik multimedialnych. Użytkownik ma szeroki dostęp do najnowszych informacji krajowych i zagranicznych z zakresu ortopedii i traumatologii, interesujących filmów, materiałów szkoleniowych oraz specjalistycznych publikacji tematycznych.

Podręcznik jest publikacją żywą, pozwalającą śledzić rozwój ortopedii także na stronie internetowej www.ortopediaitraumatologia.pl. Umożliwia to korzystanie z dodatkowych materiałów, takich jak: słownik terminologiczny, fotografie, filmy i około 300 pytań testowych uwzględniających opanowaną wiedzę. Materiał będzie sukcesywnie uzupełniany oraz uaktualniany o nowości badawcze i ich wykorzystywanie w praktyce klinicznej.

Poszczególne zagadnienia napisane zostały przystępnie przez uznane autorytety w ortopedii i traumatologii narządu ruchu o wieloletnim doświadczeniu klinicznym. Każdy rozdział kończy się streszczeniem najważniejszych informacji, które student medycyny powinien bezwzględnie zapamiętać. ■

O zdrowiu w Radiu Gdańsk

Bądź zdrow – bez kolejki! to nazwa wspólnego projektu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Radia Gdańsk. Audycja inauguracyjna cyklu odbyła się 13 marca br. w Studiu im. Janusza Hajduna. Gośćmi byli specjaliści z Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu GUMed: kierownik prof. Tomasz Mazurek i dr hab. Rafał Pankowski. W spotkaniu, które poprowadziły Joanna Matuszewska i Joanna Stankiewicz wzięło udział kilkadziesiąt osób. Rozmowy dotyczyły m.in. najczęstszych dolegliwości bólowych kręgosłupa, wpływu diety na stan stawów i etiologii chorób zwyrodnieniowych. Lekarze sprezentowali słuchaczom swoje innowacyjne wynalazki, które na co dzień są wykorzystywane w Klinice – sztuczne ścięgno prof. Mazurka i derotator Pankowskiego. Konsultacjom towarzyszyły m.in. bezpłatne badanie na nowoczesnym podoskopie wykonywane przez członków SKN Ortopedii i warsztaty z udzielania pierwszej pomocy, które przeprowadzili członkowie SKN Medycyny Ratunkowej.

Zapis całego spotkania został wyemitowany na antenie Radia Gdańsk 16 marca po godz. 17:30. Rozmowy lekarzy i naukowców GUMed ze słuchaczami Radia odbywać będą się cyklicznie, w drugi poniedziałek miesiąca. Gośćmi kwiet-

niowej audycji będą specjaliści z Zakładu Fizjoterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Idea cyklicznych spotkań ze słuchaczami Radia Gdańsk zyskała przychylną opinię władz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Gdański Uniwersytet Medyczny od wielu lat prowadzi aktywną działalność na rzecz społeczeństwa poprzez organizację inicjatyw służących szerzeniu wiedzy z zakresu profilaktyki chorób i zdrowego stylu życia oraz realizację ogólnopolskich programów profilaktycznych – tłumaczy rektor prof. Marcin Gruchała. – O tym, jak ważna jest edukacja zdrowotna, nie trzeba nikogo przekonywać. Dlatego zarówno studenci, jak i specjaliści Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego tak chętnie inicjują i angażują się w działania zwiększające świadomość społeczną. A mamy ku temu wszelkie predyspozycje – świetną kadrę, nowoczesną bazę naukowo-dydaktyczną oraz szpitale kliniczne, oferujące unikatowe na skalę regionu możliwości lecznicze. Cieszymy się z podjętej inicjatywy i mamy nadzieję, że rozmowy podjęte w kolejnych audycjach okażą się przydatne i pomocne dla mieszkańców.

Joanna Śliwińska,
rzecznik prasowy



Rak – mity i fakty

Pewnego styczniowego wieczoru w auli Instytutu onegdaj Maszyn Przepływowych w obecności emerytowanego dyrektora i gospodarza tegoż Instytutu profesora Jarosława Mikielwicza odbyło się kolejne czwartkowe spotkanie Klubu Dżentelmenów, na którym przyszło mi się zająć merytoryczną częścią wieczoru. Spotkanie zaszczyliły swą obecnością dwie szczególnie bliskie memu sercu ważne osoby: byli rektorzy mojej *Almae Matris*. Pozostali uczestnicy to Dżentelmeni z różnych, często odległych stron naszej społeczności.

Zdecydowałem się odejść od formy konwencjonalnego wykładu i przygotowałem coś w rodzaju gawędy. Gawędy mieszającej fakty i mity związane z najpoważniejszą chorobą współczesnego świata, *Cesarzem wszech chorób* – jak to ujął w tytule swej świetnej książki Siddhartha Mukherjee, spisując biografię raka.

Hipokrates określał mianem raka złośliwe nowotwory piersi, które w schyłkowej fazie choroby można było kauteryzować (przywalać) w osłonie opioidów, choć z zasady nie zalecał ich leczenia. Kauteryzację wykorzystał również Herkules (Herakles) w trakcie wykonywania swej dziewiątej pracy, stanowiącej część pokuty za zamordowanie swoich dzieci. Zadaniem było zabicie dziewięciogłowej Hydry, przy czym na miejsce każdej odciętej głowy wyrastały kolejne dwie. Jedna z głów była nieśmiertelna. Tak więc heros po każdym odcięciu głowy Hydry za pomocą płonącej pochodni przyżegał powstałą ranę uniemożliwiając odróżnienie nowych głów. Ostatnią – nieśmiertelną głowę – przywalił ogromną skałą, ostatecznie niszcząc potwora. Bogini Hera, która nie przepadała za Herkulesem, posłała Hydrze na pomoc Raka, który wpił się w stopę bohatera w trakcie jego walki, ale ten go po prostu rozdeptał. Niezadowolona Hera umieściła na niebie oba potwory jako gwiazdozbiory – Raka jako gwiazdozbiór Zodiaku i tuż poniżej gwiazdozbiór Hydry.

Paweł z Eginny, lekarz praktykujący w Aleksandrii w VII w. n.e., ostatni z encyklopedystów, napisał w swoim *Medycznym kompendium w siedmiu księgach: Rak pojawia się w każdej części ciała, ale szczególnie często w piersiach kobiet i ulega owrzodzeniu. Żyły wokół są wypełnione i napięte niczym odnóża zwierzęcia zwanego krabem i stąd choroba wzięła swą nazwę. Ale niektórzy powiadają, że jest ona nazywana tak dlatego, że przytwierdza się do części ciała którą władnie tak uporczywie, jak to czyni krab*. Więc nie chodzi tu o strukturę kształtem przypominającą nasze raki, spotykane w słodkowodnych akwenach i łowione przez chłopców za pomocą latarki i tenisówek. Chodzi o kraba z ośmioma odnóżami (po cztery z każdej strony okrągłego głowotułowia) i parą szczypiec, którego rysunek autorstwa Ambroise Pare (XVI w. chirurga) stał się symbolem onkologii. Ten sam rak-krab został umieszczony przez Herę na niebie obok Hydry.

Tyle o genezie nazwy. A co mówią fakty?

Dobrym i obiektywnym źródłem faktów wydają się być Rejestry Nowotworów. W Polsce Krajowy Rejestr Nowotwo-

rów podaje, że w 2013 r. wykryto 157 000 nowotworów złośliwych i zarejestrowano 94 000 zgonów z powodu raka. Porównanie tych liczb wskazuje, że z powodu raka ginie prawie 60% chorych. Z drugiej strony w tym samym roku odnotowano w statystykach, że w Polsce żyje ponad 574 000 osób z rozpoznanym nowotworem złośliwym w ciągu ostatnich 10 lat.

Kolejne lata dostarczają niezbitych faktów o ważnych w tej sprawie zjawiskach. Systematycznie rośnie liczba rozpoznanych nowotworów, co można wiązać z szalonym postępem metod ich wykrywania w ostatnim półwieczu, ale to tylko część prawdy. Znacznie ważniejsze jest drugie zjawisko skutkujące może silniej liczbą nowych zachorowań – to systematyczne wydłużanie się czasu życia ludzi. Sto lat temu Polskie Towarzystwo Statystyczne wydało pierwszy podręcznik statystyczny wszystkich polskich ziem pod zaborem. W 1914 r. zaledwie 14% populacji miało ponad 45 lat. Sto lat później 14% populacji ma ponad 65 lat. To o 20 lat dłuższe życie. No ale wysoka umieralność noworodków, brak antybiotyków itp.

W ciągu ostatnich 50 lat średnia długość życia w Polsce wzrosła o 12 lat, osiągając 78 lat (81 lat średnio żyją w naszym kraju kobiety) i obejmując piki zachorowań w większości nowotworów złośliwych.

Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów był w 2013 r. w populacji kobiet rak płuc (16%), wyprzedzając raka piersi (14%) i raka jelita grubego (9%). Wśród mężczyzn najczęstszym nowotworem był rak płuc (30%), przed rakiem prostaty (8%) i rakiem jelita grubego (7,4%). Wynika z tego, że najwyższą śmiertelność w naszej populacji odnotowano dla raka płuc (22 500 zgonów), a na drugim miejscu znalazł się rak jelita grubego (11 200 zgonów).

Uważamy się za rozwinięty kraj o wielkiej historii, ale nie potwierdza tego nasza lokata na liście śmiertelności nowotworów. Mniejszą śmiertelność notuje się w blisko 50 krajach świata. To marna pozycja. Dlaczego? Tysiące specjalistów, naukowców, polityków próbuje wyjaśnić ten fenomen. Bez skutku. Późna wykrywalność to hasło wszystkich debat. Właściwie każdy, od studenta medycyny poczynając, na emerytowanym profesorze medycyny kończąc, ma swoją prywatną teorię na ten temat. Ja oczywiście też. Moim zdaniem winna jest tu nasza wspaniała i wielka, jak już powiedziałem HISTORIA. Niewielu z nas poddaje się badaniom profilak-

tycznym czy nawet skriningowym (to doprawdy wielka rzadkość), zazwyczaj wyrzucając do kosza otrzymane zaproszenia na BEZPŁATNE badania. Prowadząc zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego i studentami English Division zadałem pozornie niezwiązane z tematem pytanie: jedziesz samochodem, droga prosta, nie ma zabudowań, nie ma zarośli, pogoda piękna, a tu znak ograniczenia prędkości do 50km/godz.! Co robisz? Odpowiedź naszego studenta jest zawsze taka sama – rozglądam się (policja?) i jadę dalej 90. Odpowiedź Skandynawa też jest zawsze taka sama – zwalniam do 50.

O co tu chodzi? Pytam – dlaczego? Nasz odpowiada, że pewnie ktoś zapomniał zdjąć znak po robotach drogowych albo w pobliżu mieszka jakiś kacik itp. Skandynaw odpowiada – ten znak jest dla kierowców – dla mnie. Ostrzega przed czymś czego nie wiem (dużo wypadków na tym odcinku, żyła wodna itp.). Tak czy inaczej ma mnie uchronić przed nieznanym ryzykiem, więc zwalniam do 50. Ufam władzom!

I tu jest pies pogrzebany – my od ponad 200 lat nie ufamy władzy, prawdopodobnie już genetycznie. Nie pójdziemy na badania, bo nam i tak nic nie zrobią. Oni pójdą. Śmiertelność na raka piersi spadła w Skandynawii o ponad 40%.

Generalnie ludzie chętniej poddają się mitom niż faktom.

Jest wiele mitów dotyczących raka. Oto dziesięć mitów głównych:

1. Rak to choroba śmiertelna, to wyrok śmierci. Znowu ta historia – tym razem medycyny. Rzeczywiście co czwarty z nas umrze na raka, tzn. niewątpliwie rak jest chorobą śmiertelną. Ale z tym wyrokiem to już nie tak. Śmiertelność z powodu raka jest bardzo zróżnicowana – na raka jądra umiera 4% chorych, a na raka trzustki 95%.

2. Rak jest zaraźliwy. Ha, ha. Bzdura i tyle. *No, ale zdarza się zarażenie kogoś rakiem przeniesionym w przeszczepionym narzędziu.*

3. Nie ma postępu w walce z rakiem. Chemioterapia i radioterapia zabijają więcej ludzi niż rak. Prosta statystyka tego mitu nie obali – skoro umiera 60% chorych na raka, u których z reguły stosowana jest chemioterapia i radioterapia, a przeżywają ci, u których nie zastosowano tego leczenia? Tu już trzeba wyjaśnić, a mitomani ich nie uznają.

4. Biopsja rozsiewa raka – zwykła bzdura.

5. Nie chodź tam, bo jeszcze ci coś znajdą – oceń ten mit sam Czytelniku.

6. Rak to choroba współczesna – dawniej go nie było (patrz wyżej: Hipokrates, długość życia itp.)

7. Zdjęcie rtg klatki piersiowej pozwala na wczesne wykrycie raka płuc. To bardzo niebezpieczny mit, ale o tym potem.

8. Skrining jest drogi, nie stać nas. No ten mit jest wręcz niebezpieczny, zwłaszcza że łatwo trafia do polityków decydujących o wydatkach. Spróbujmy ten mit zweryfikować. Ile kosztuje wykrycie jednego wczesnego raka piersi? Częstość zachorowań w grupie ryzyka wynosi 0,2%. U jednej z pań

na 500. Czyli trzeba wykonać 500 mammografii u zdrowych kobiet (ok. 50 tys. PLN), następnie ok. 100 usg i około 10 biopsji, aby wykryć jednego raka. Razem daje to kwotę blisko 60 000 zł. Uff – dużo. Chyba za dużo. Chyba nas nie stać.

No a ile kosztuje wykrycie wczesnego raka piersi? On się sam wykryje, tylko później, jak urosnie. No to liczymy: leczenie przedoperacyjne (neoadiuwantowe), tj. chemioterapia i radioterapia, aby zmniejszyć guz do stopnia umożliwiającego operację. Operacja bardzo rozległa, następnie leczenie uzupełniające pierwszego, drugiego, trzeciego rzutu, zazwyczaj o znacznie mniejszej skuteczności. Razem około 300 000 zł. Nie ma trzeciej drogi. No to może nakaz? Kara za unikanie badań? Super rozwiązanie! Tyle, że to decyzja polityczna, Ustawa. Ten kto ją podejmie, mimo oczywistego rachunku, już przepadł.

9. Odpowiednią dietą można wyleczyć raka. Co pewien czas docierają do nas przecieki o cudownych dietach na raka, na odchudzanie, na potencję. Ja nie wierzę, unikam, wyśmiewam, ale zaraz pada argument o blokowaniu tej cennej wiedzy przez farmaceutyczne lobby, powiązane z politykami. Im już wcale nie ufamy. A poza tym przecież wszyscy wiedzą, że rekiny nie chorują na raka. To też nieprawda. Chorują.

10. Smog! To już nie mit, to przecucie. Mimo braku wiarygodnych danych (poza jednym składnikiem smogu), trudno nie przypisywać mu sprawstwa w zachorowaniach na nowotwory.

A co to są właściwie te czynniki ryzyka związane z częstością zapadania na nowotwory złośliwe?

Wymienia się wiele czynników zależnych od trybu życia, sposobu odżywiania i otoczenia. Jednak po analizie wielkości zagrożenia zachorowaniem na raka na czoło wysuwa się jeden i wciąż ten sam czynnik ryzyka – WIEK. Żyjemy jak żyjemy, robimy to co robimy, ale żeby pojawiły się negatywne skutki popełnianych błędów musimy dożyć do odpowiedniego wieku. 100 lat temu, gdy sędziwego wieku dożywały jednostki, a wiek ponad 45 lat osiągało 14% populacji, rak był niebezpiecznym lecz dość rzadkim zdarzeniem. Znacznie poważniejszym problemem były epidemie chorób zakaźnych (cholery, czarnej ospy, odry, kiły, a później polio, gruźlicy, HIV, a w grupie dzieci banalne biegunki). Ryzyko raka gwałtownie rośnie po przekroczeniu 50 roku życia. Jeśli do tego najważniejszego czynnika ryzyka dojdzie jeden lub więcej innych czynników, wówczas analiza prawdopodobieństwa zachorowania na raka może dostarczyć zaskakującej wielkości 70-80%, czyli prawie pewności, że rak atakuje. Przyjrzyjmy się wobec tego tym dodatkowym czynnikom ryzyka.

1. Obciążenie dziedziczne. Genetyka. Bardzo groźny czynnik ryzyka. Decyzja Angeliny Jolie o usunięciu kilku narządów – najbardziej prawdopodobnych miejsc rozwoju raka, wielu zaskakuje, ale moim zdaniem jest logiczną konsekwencją rozwoju wiedzy. Mimo, że aktorka niedawno przekroczyła 40 rok życia, oszacowano u niej prawdopodobieństwo za-

chorowania na ponad 70%. Odważna decyzja, choć grupa nowotworów BrCa zależnych jest znacznie szersza i nie wiadomo o ile udało się obniżyć ryzyko usuwając najbardziej narażone narządy.

2. Palenie tytoniu (również bierne) – bardzo silny czynnik ryzyka indukcji wielu nowotworów, nie tylko raka płuca. Wymieńmy je: rak płuca, nosa, zatok, języka, jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, żołądka, wątroby, trzustki, jelita grubego, nerki i dróg moczowych, macicy, jajnika i szpiku. 35% zgonów z powodu nowotworu można przypisać paleniu tytoniu.

3. Przeżyty epizod zachorowania na raka. Mimo pełnego wyleczenia ryzyko zachorowania na kolejny nowotwór jest w tej grupie znacznie większe.

4. Otyłość. Szczęśliwie dla ludzi z nadwagą ryzyko zachorowania na raka stoi na dalszym planie, ponieważ dominuje znacznie wyższe ryzyko zgonu z innych przyczyn.

5. Hormonoterapia (zwłaszcza zastępcza w okresie menopauzy) – informacje są zróżnicowane. Można przyjąć, że ryzyko jest większe o kobiet stosujących leczenie hormonalne i rośnie wraz z czasem stosowania terapii.

6. Przewlekłe choroby zapalne – jak WZW, ale również POCHP. Zakażenia wirusami onkogennymi, HIV, *Helicobacter pylori*.

7. Czynniki fizyczne i fizykochemiczne znajdujące się zwłaszcza w powietrzu – izotop radonu Rn222, coraz ważniejszy benzopiren i coraz mniej ważny azbest.

8. Czynniki słabo zbadane, choć oczywiste. Np. osobiście uważam, że mieszkanie w mieście powyżej V piętra podnosi ryzyko zachorowania na nowotwór w mniejszym stopniu niż mieszkanie na niższych kondygnacjach. Również tzw. zdrowe wiejskie powietrze może być mniej zdrowe niż w miastach, zwłaszcza w gęstszej zabudowie i w okresie grzewczym. Smog.

Końcowy efekt statystyczny w postaci liczby nowych zachorowań oraz liczby zgonów z powodu nowotworów tworzy mapę zagrożenia. Przyjrzyjmy się dwójce nowotworów przodujących w tych zestawieniach.

Rak jelita grubego – drugi na liście zabójców w Polsce, jest rejestrowany u ponad 16 tys. osób, a równocześnie jest przyczyną zgonów u ponad 11 tys. naszych obywateli rocznie. Jaki jest stan współczesnej medycyny w tym zakresie? Czy mamy narzędzia do skutecznej walki z tą chorobą? Jeśli przyjmujemy, że większość nowotworów jelita grubego rozwija się na podłożu zmian polipowatych w śluzówce, które o wiele lat wyprzedzają indukcję raka, to rozsądne wydaje się działanie w kierunku wykrycia tych przedrakowych stanów i ich usunięcie. Istotny wzrost zachorowań rejestruje się po 45-50 roku, z pikiem ok. 70 roku życia. Doskonałym sposobem detekcji polipów i równocześnie narzędziem do minimalnie inwazyjnej ich resekcji jest kolonoskopia. W Polsce zaleca się wykonywanie kolonoskopii co 10 lat, poczynając od 50 roku życia. W różnych źródłach podaje się, że w wykonanych kolonoskopiach stwierdza się obecność polipów u 1/3 pacjentów. I co dalej?

Jeśli polipy są liczne lub duże, to badanie jest powtarzane po roku, a następnie co 2-3 lata. Jeśli polipy są nieliczne, poniżej 10 mm średnicy, zaleca się powtarzanie badania co 5 lat. Natomiast jeśli jelito grube nie zawiera polipów badanie powtarza się za 10 lat. Wszystkie znalezione i usunięte polipy są badane przez patomorfologa.

Powszechny jest pogląd, że kolonoskopia jest nieprzyjemna, a jelito nie zawsze można zbadać w całości. Współczesna medycyna oferuje metodę mniej nieprzyjemną (choć przygotowanie do badania jest identyczne jak do kolonoskopii), pozwalającą dodatkowo zidentyfikować przyczynę zwężenia uniemożliwiającego wykonanie pełnej endoskopii. Jest to niskodawkowa wirtualna kolonoskopia tomokomputerowa. Czułość w wykrywaniu polipów jest bardzo wysoka, prawie dorównując instrumentalnej endoskopii. W prostym rozumowaniu można dowieść, że u 2/3 zakwalifikowanych do badania osób można odstąpić od pełnej kolonoskopii, ponieważ w jelicie nie ma polipów. Wirtualna kolonoskopia może być wartościowym wstępnym badaniem przed planowaną endoskopią i powinna pozwolić na odstąpienie od badania w tych przypadkach. Dodatkową zaletą metody jest krótki czas badania wykonywanego bez ogólnego znieczulenia oraz absolutnie pociągająca możliwość dokonania wstępnego przeglądu technicznego innych narządów jamy brzusznej i miednicy ze strukturami kostnymi włącznie. Problem narażenia na promieniowanie jest kompletnie nieistotny, ponieważ badania wykonuje się u osób po 50 roku życia, w dodatku za pomocą algorytmów wielokrotnie obniżających dawkę pochłoniętą. Nie opisywano powikłań swoistych dla tej metody badania.

Tomografia komputerowa jest obecnie metodą podstawową, powszechnie dostępną, wyposażoną w większości aparatów w oprogramowanie do wirtualnej endoskopii. Równocześnie jest wielokrotnie tańsza od konwencjonalnego badania, które w dodatku powinno być wykonywane przez doświadczonego specjalistę z wykwalifikowaną asystą. Jedna pracownia tomografii komputerowej może zastąpić ok 10 pracowni endoskopowych w tym zakresie, pozwalając na wykrycie podejrzanych zmian i dopiero wówczas skierowanie do badania konwencjonalnego.

Podsumowując: kto zdecyduje się na taką czy inną wersję kolonoskopii, raczej nie umrze na raka jelita grubego.

Rak płuca – zabójca nr 1 w klasie nowotworów złośliwych. Co ciekawe, w statystykach większe są liczby zgonów na raka płuca niż nowych zachorowań. To dziwne i zaskakujące. W Polsce w 2013 r. zarejestrowano 21500 nowych zachorowań i 22500 zgonów z powodu raka płuc. Większość nowotworów płuc rozwija się jako zagęszczenie mięsiste, lite lub nie, wykazujące odpowiednią dynamikę wzrostu. Zagęszczenie wykazujące wzrost powinno być zweryfikowane patomorfologicznie za pomocą biopsji cienkoigłowej. Warto wiedzieć, że częstość raka płuc w grupie zwiększonego ryzyka jest znacznie wyższa niż np. raka piersi, co znacznie obniża koszt wczesnego wykrycia choroby (ok 15-20 tys. PLN). Koszt niewykrycia wczesnego raka płuc jest porówny-

walny do kosztów leczenia innych zaawansowanych nowotworów (200-300 tys. zł).

Jaka jest wobec tego przyczyna tak wysokiej śmiertelności na raka płuc, czyli jaka jest przyczyna późnej wykrywalności? Narzędzie jest. Tanie, łatwo dostępne, bardzo skuteczne. Niskodawkowa tomografia komputerowa klatki piersiowej. Badanie trwa kilka sekund, nie wymaga przygotowania, nie wnosi żadnego racjonalnego ryzyka powikłań. W szeroko zakrojonych badaniach przesiewnych w USA w 10-letniej obserwacji wykazano zmniejszenie śmiertelności na raka płuca o kilkadziesiąt procent w grupie obserwowanej w badaniach TK w porównaniu do populacji traktowanej konwencjonalnie. Czemu wobec tego nie jest to w Polsce badanie zalecane? Ponieważ wolimy mity niż fakty (patrz mit nr 7). Zdjęcie rtg klatki piersiowej ma w naszym kraju legendarną skuteczność na froncie walki z gruźlicą. To prawda – śmiertelność z powodu tbc znacznie spadła i choroba nie stanowi obecnie istotnego zagrożenia. Na pierwszy plan wysunął się rak płuca. Pomimo wielokrotnego, wiarygodnego wykazania nieskuteczności tej metody w walce z rakiem (badania z lat 60 ubiegłego wieku), nadal panuje przekonanie o wysokiej wartości zdjęcia płuca. W dużym badaniu przeprowadzonym w województwie pomorskim, w naszej Uczelni przed 10 laty wykazaliśmy, że żaden z licznych wykrytych wówczas wczesnych nowotworów płuc nie był widoczny na zdjęciu rtg. Stwierdziliśmy coś innego. Metoda jest tak dokładna, że uwidoczniono drobne łagodne guzki płuc u znacznej części zbadanej populacji (blisko 9 tys. osób). Takie „zmiany” niebędące nowotworem wykryto u prawie ¼ badanych. Wiemy o tym i wiemy co należy zrobić, aby nie straszyć badanych i nie narazić ich na niepotrzebne powikłania związane z weryfikacją h/p. Tak więc zdjęcie rtg płuc nie pozwala na wczesne wykrycie raka płuc i nie pozwala

na jego wykluczenie. Daje natomiast złudne poczucie bezpieczeństwa obu stronom – pacjentowi i lekarzowi. Nie jeden się paskudnie o tym przekonał i to czasami nawet z naszego środowiska.

Niskodawkowa TK płuc jest wyposażona w znakomity software, pozwalający półautomatycznie wykrywać zmiany ogniskowe w płucach oraz w badaniach kontrolnych, również w trybie półautomatycznych, na ocenę szybkości wzrostu (tzw. dynamiki) obserwowanego ogniska. W eksperymencie gdańskim przebadano 8800 osób z grupy zwiększonego ryzyka, wykrywając 85 nowotworów – w tym 80% zmian wczesnych. Żaden z wczesnych nowotworów nie był widoczny na zdjęciu rtg. Wczesne wykrycie pozwala nie tylko na skuteczne wyleczenie chorego, ale też identyfikuje konieczność objęcia ścisłymi badaniami kontrolnymi tych osób. Zachorowanie na raka znacznie podnosi ryzyko zachorowania na kolejny nowotwór. Można powtórzyć przytoczoną już wyżej konstatację, że kto będzie wykonywał niskodawkową TK klatki piersiowej, ten prawdopodobnie na raka płuc nie umrze.

Na koniec wykładu wyraziłem nadzieję na równie skuteczny rozwój metod leczenia raka, również tego bardziej zaawansowanego oraz na osiągnięcie odpowiedniego poziomu edukacji naszego społeczeństwa, do czego możemy się walcnie przyczynić. Być może tym razem nasza HISTORIA nam w tym pomoże. Nadzieję poparłem testem dla zgromadzonych Dżentelmenów, który polegał na rozpoznaniu mało czytelnego zdjęcia tablicy przy czołgu z napisem *Nie bądź głupi, trzymaj odległość, nie daj się zabić*. Wszyscy zakrzyknęli zgodnie – to zdjęcie spod Monte Cassino!

A więc **Nie bądź głupi, nie daj się zabić**.

prof. Michał Studniarek,
kierownik Zakładu Radiologii

Sukces studentów GUMed



Studenci GUMed – **Paulina Pałasz, Łukasz Adamski** oraz **Katarzyna Ljósheim** zajęli I miejsce podczas sesji naukowej na I Ogólnopolskiej Konferencji DentalShip PTSS, która odbyła się w dniach 3-5 marca br. w Szczecinie. Zaprezentowali pracę *Analiza występowania leukoplakii błony śluzowej jamy ustnej*. Powstała ona pod czujnym okiem dr hab. Anny Starzyńskiej z Katedry i Kliniki Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej. ■



MOLTEST – molekularny test wykrywania raka płuca, badania przesiewowe

Program *MOLTEST-BIS*, finansowany przez NCBiR w ramach Programu Badań Stosowanych, w którym kwota dofinansowania wynosi 6,6 mln zł rozpoczął się w kwietniu 2016 r. Będzie trwał 3 lata. Jest kontynuacją dwóch poprzednich programów – *Pomorskiego Pilotażowego Programu Badań Przesiewowych Raka Płuca* realizowanego w latach 2008-2011 z funduszy norweskich (wartość projektu 1,1 mln Euro) oraz *MOLTEST 2013 – Opracowanie molekularnych testów wspomagających wykrywanie wczesnego raka płuca* (wartość projektu 6,7 mln zł) realizowanego w latach 2011-2013 ze środków Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.

W *Pomorskim Pilotażowym Programie Badań Przesiewowych Raka Płuca* pod kierownictwem prof. Witolda Rzymana przebadano łącznie 8600 osób z grupy wysokiego zachorowania na raka płuca – palaczy w wieku powyżej 50 r. ż. z wywiadem > 20 paczkolet. Wykryto w nim 102 nowotwory klatki piersiowej, z których ponad 80 poddano radykalnemu leczeniu chirurgicznemu, najczęściej w I stopniu zaawansowania klinicznego. Jest to dokładnym odwróceniem proporcji z praktyki klinicznej, w której jedynie 15-20% pacjentów są kandydatami do leczenia chirurgicznego. W trakcie trwania Projektu zebrano krew od 3500 osób, którą rozdzielono na 16 frakcji surowicy, osocza i kożuszka leukocytnego i zamrożono w temperaturze -80°C w Biobanku Gdańskiej Grupy Raka Płuca. Pozyskana biokolekcja stanowiła podstawę do rozpoczęcia badań nad testami molekularnymi wczesnego raka płuca.

MOLTEST 2013 to projekt, którego pomysłodawcą i głównym architektem jest prof. Rafał Dziadziuszko, a którego zadaniem było poszukiwanie sygnatury wczesnego raka płuca na podstawie zgromadzonych zasobów krwi. Projekt w swoim ostatecznym kształcie powstał w wyniku pracy koncepcyjnej zespołu badawczego z udziałem (poza ww.) profesorów: Rafała Dziadziuszko, Jacka Jassem, Ewy Jassem, Andrzeja Szutowicza, Janusza Limona, Ryszarda Pawłowskiego, Joanny Polańskiej, Piotra Widłaka, Witolda Rzymana oraz doktorów: Ewy Szutowicz, Amelii Szymanowskiej, Anny Stanisławskiej-Sachadyn i Marcina Skrzypskiego. Stworzono Konsorcjum Badawcze pod kierownictwem prof. Witolda Rzymana z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z udziałem prof. Piotra Widłaka z Instytutu Onkologii oraz prof. Joanny Polańskiej z Politechniki Śląskiej w Gliwicach. W badaniu uczestniczyło łącznie 6 grup badawczych z obszaru medycyny laboratoryjnej, genetyki i badań molekularnych. Na podstawie tego badania wykryto 4 sygnatury molekularne charakteryzujące się wysoką swoistością i czułością w odróżnianiu osób chorych od zdrowych z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca (sygnatury miRNA, markerów białkowych i białek surowicy krwi).

Celem badania *MOLTEST-BIS* jest walidacja otrzymanych sygnatur molekularnych jako testów wykrywania wczesnego raka płuca. Są to cztery sygnatury molekularne zgłoszone jako wnioski patentowe:

- sygnatura miRNA (8 miRNA) - NPV=94%, PPV=31.7%, AUC=0.708

- sygnatura proetomiczna (16 peptydów) - NPV=96.6%, PPV=43%, AUC=0.866
- sygnatura markerów białkowych (3 białka) - NPV=95.4%, PPV=31%, AUC=0.743
- łączna sygnatura miRNA i markerów białkowych - NPV=93.3%, PPV=35.16%, AUC=0.783.

W tym celu przebadanych zostanie 7000 osób z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca przy zastosowaniu ndTK w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Od wszystkich uczestników pobrana zostanie krew, która po odwirowaniu i podziale na osocze, surowicę i kożuszek leukocytny jest magazynowana w nowoczesnym BioBanku GUMed w temperaturze -80°C. Zgromadzonych zostanie łącznie ponad 220 000 probówek preparatów krwi. Ponowne badania sygnatur miRNA, markerów białkowych i białek surowicy krwi będzie podstawą do oceny czy wykryte w projekcie *MOLTEST 2013* testy są równie czułe i swoiste w niezależnej grupie osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca.

W *MOLTEST-BIS* zespół badawczy pod kierownictwem prof. Witolda Rzymana tworzą profesorowie: Rafał Dziadziuszko, Jacek Jassem, Andrzej Szutowicz, Joanna Polańska (Politechnika Śląska w Gliwicach), Piotr Widłak (Instytut Onkologii w Gliwicach) oraz doktorzy: Ewa Szutowicz i Katarzyna Dziadziuszko. W skład Konsorcjum Badawczego w Projekcie pod przewodnictwem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wchodzi: Politechnika Śląska, Instytut Onkologii w Gliwicach oraz firma biotechnologiczna BLIRT S.A., której zadaniem jest przygotowanie komercyjnego prototypu testu.

Kontekst praktyczny prowadzonych badań w projekcie *MOLTEST-BIS*

Pierwotny rak płuca jest najczęstszą przyczyną śmierci z powodu chorób nowotworowych w Polsce i na świecie. Liczba zgonów z powodu raka płuca jest równa liczbie zgonów z powodu czterech kolejnych nowotworów złośliwych. Najważniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia raka płuca jest palenie tytoniu, będące przyczyną wystąpienia 95% zachorowań. Późne rozpoznanie i duża agresywność nowotworu sprawiają, że całkowite pięcioletnie przeżycie wśród ogółu na raka płuca wynosi 13-15%. Pomimo postępów w medycynie oraz wzrostu świadomości społecznej, przeżywalność nie wzrosła w sposób znaczący od 1950 r. i co więcej w 2030 r. zachorowalność na ten nowotwór będzie większa o 50% w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Złe wyniki leczenia raka płuca uzasadniają wprowadzenie optymalnego programu wczesnego wykrywania tego nowotworu. Próba znalezienia badania przesiewowego w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca trwa od dekad i zakończyło się sukcesem w 2012 r. Wyniki prospektywnego randomizowanego badania National Lung Screening Trial (NLST) z 2012 r. przeprowadzonego na grupie ponad 53 tys. uczestników wykazały 20% zmniejszenie śmiertelności u osób, którym wykonano badanie przesiewowe ndTK w porównaniu do prześwietlenia rentgenow-

skiego klatki piersiowej. Kryteriami włączenia do badania były wiek od 55 do 75 lat oraz znacząca skumulowana ekspozycja na dym tytoniowy. Analiza tego badania wykazała, że wykrywalność raka płuca przy zastosowaniu ndTK wynosi 2,4% w okresie 3 lat po przeprowadzeniu u wszystkich uczestników trzech corocznych badań. Wartość predykcyjna pozytywnego testu (PPV) wynosi 1,2%, przy 100% wartości negatywnego testu (NPV). Oznacza to, że aby wykryć 1 nowotwór należy przeprowadzić przynajmniej 50 badań przesiewowych, co stanowi o wysokich kosztach takiego postępowania. Wyniki innego międzynarodowego badania oceniającego wartość niskodawkowej tomografii komputerowej (ndTK) opublikowanego w 2006 r. wskazują, że badanie to pozwala skutecznie wykryć nowotwory płuc we wczesnym stadium zaawansowania, gdy ponad 90% chorych może być wyleczona. Wyniki tych badań zostały potwierdzone w Gdańsku w badaniu pilotażowym.

W 2014 r. w USA, USPSTF – agencja oceniająca pod względem merytorycznym i socjoekonomicznym badania przesiewowe zarekomendowała Medicare wprowadzenie i finansowanie badań przesiewowych przy zastosowaniu ndTK jako standardu postępowania w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca. Również w pewnych rejonach Chin i Japonii prowadzi się badania ndTK w tej grupie jako badania populacyjne. W Polsce i w Europie nie wprowadzono ndTK jako badania przesiewowego ze względu na stosunkowo wysokie koszty wykrycia nowotworu. Stwarza to potrzebę ściślejszego wyselekcjonowania osób z grupy wysokiego ryzyka, u których prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu będzie największe. Pozwoli to zwiększyć skuteczność badania przesiewowego oraz ograniczyć kosztowne badanie ndTK do określonej w ten sposób grupy. Znalezienie molekularnych testów wspomagających wykrywanie wczesnego raka płuca daje taką szansę. Test taki musi charakteryzować się wyższą czułością od badania ndTK i zbliżoną do niego swoistością i co najważniejsze niższymi kosztami. Test taki ma również, jak twierdzi część badaczy przede wszystkim, znaczenie jako różnicujący guzki łagodne od złośliwych w przypadku wykrycia ich w przypadkowo wykonanej tomografii komputerowej. *MOLTEST-BIS* jest programem, którego celem jest ocena wykrytych testów w programie *MOLTEST-2013*, które spełniają wstępnie kryteria wymienione powyżej.

MOLTEST-PLUS – dodatkowe programy realizowane w grupie osób wysokiego zachorowania na raka płuca

W 2010 r. Światowa Organizacja Zdrowia wydała zalecenia dotyczące prowadzenia badań przesiewowych. W dokumencie tym stwierdzono, że istnieją 4 główne przyczyny zgonów w świecie cywilizowanym: nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe i udar, cukrzyca oraz POCHP. Wszystkie te schorzenia posiadają te same czynniki ryzyka, które można modyfikować: palenie tytoniu, spożycie alkoholu, brak aktywności fizycznej i błędy żywieniowe. Dotyczą zatem tej samej grupy osób. Dlatego należy w miarę możliwości prowadzić badania przesiewowe w tych chorobach łącznie. Do udziału w badaniu *MOLTEST-BIS* zaproszono różne grupy badawcze związane z diagnostyką i leczeniem wyżej wymienionych schorzeń do współpracy w celu próby oceny

i ewentualnie wprowadzenia zaproponowanego przez WHO modelu badań przesiewowych. Obecnie współpracuje z badaniem *MOLTEST-BIS* 10 klinicznych grup badawczych:

- zespół prof. Tomasza Zdrojewskiego – wpływ czynników klinicznych i epidemiologicznych na zachorowanie i zgon z powodu chorób sercowo-naczyniowych
- dr Sylwia Pisiak – analiza uwapnienia tętnic wieńcowych (ang. *CAC-score*) w badaniu ndTK jako czynnika prognostycznego zachorowania i zgonu na chorobę wieńcową
- zespół prof. Sylwii Małgorzewicz – wpływ nawyków żywieniowych na powstawanie schorzeń cywilizacyjnych
- zespół prof. Marcina Fijałkowskiego – analiza uwapnienia ujścia aortalnego w obrazie ndTK jako czynnika oceniającego stopień zwężenia zastawki aorty
- zespół dr Katarzyny Dziadziuszko – badania radiomiczne i badania rozedmy płuca w obrazie ndTK
- zespół dr. hab. Krzysztofa Kuziemskiego – ocena występowania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
- zespół dr. Balwickiego – ocena skuteczności interwencji antytytoniowej w grupie osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca
- zespół dr Agnieszki Kruk – ocena wpływu badań przesiewowych przy zastosowaniu ndTK na jakość życia osób uczestniczących w Programie

oraz 2 grupy badające sygnatury metabolitów osoczowych w wykrywaniu raka płuca:

- zespół prof. Ryszarda Tomasza Smoleńskiego i prof. Ewy Słomińskiej
- zespół prof. Michała Markuszewskiego.

Dane wszystkich grup badawczych są zbierane we wspólnej bazie danych. Po zakończeniu badań będzie to podstawą do przeprowadzenia analizy masowej tych danych przez zespół prof. Joanny Polańskiej w Gliwicach.

Kryteria włączenia do projektu *MOLTEST-BIS*

Do programu *MOLTEST-BIS* są rekrutowani aktywni palacze w wieku 50-79 lat z wywiadem przynajmniej 30 paczkolet (1 paczkolet to 1 paczka dziennie palona przez 1 rok) lub osoby, które rzuciły nałóg mniej niż 15 lat temu i spełniają powyższe kryteria. Uczestnicy Programu są poddawani badaniu ndTK klatki piersiowej oraz innym, omówionym powyżej. W zależności od wyniku badania radiologicznego pacjenci są następnie omawiani na konsylium, gdzie zapadają dalsze decyzje – diagnostyka inwazyjna w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej lub dalsza obserwacja.

Do połowy stycznia przebadano ponad 2700 osób, z czego niemal 100 osób zakwalifikowano do inwazyjnej diagnostyki guzów płuc. Wykryto 30 chorych na raka płuca. Dotychczasowa wykrywalność nowotworów przy zastosowaniu ndTK wynosi 1,2%. Koniec Programu zaplanowany jest na 2018 r. ■

lek. Marcin Ostrowski,
Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej

Nabór do Programu trwa. Na badania można umówić się telefonicznie pod numerem (58) 349-31-39 we wtorki i czwartki w godzinach 8-14.

Jak obradowała 13 Akademia Dermatologii i Alergologii (13 ADA)



Goście zagraniczni 13 ADA ze Starostą Słupskim

Po raz trzynasty w dniach 9-12 lutego br. odbyło się zorganizowane przez Sekcję Dermatologiczną Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Katedrę i Klinikę Dermatologii Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Oddział Morski Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego zimowe spotkanie alergologów i der-



Prof. Jerzy Kruszewski (Warszawa)



Wykład inauguracyjny rektora prof. Marcina Gruchały

matologów. Konferencję poprzedził 35-godzinny kurs *Diagnostyka kliniczna i laboratoryjna oraz leczenie alergicznych chorób skóry*, który zgromadził ponad 50 lekarzy przygotowujących się do specjalizacji z dermatologii.

Jak co roku, Konferencja była adresowana do lekarzy dermatologów, alergologów, pediatrów, specjalistów medycyny rodzinnej, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz wszystkich lekarzy praktyków, którzy pragną uaktualnić i poszerzać swoją wiedzę. W spotkaniu wzięło udział ponad 250 lekarzy z całego kraju. Wśród 50 wykładowców znaleźli się nie tylko profesorowie z wielu ośrodków akademickich w Polsce, ale również nasi goście i przyjaciele z Białorusi, Litwy, Łotwy, Rosji i Ukrainy, dzięki którym 13 ADA zyskała wymiar międzynarodowy. Tradycyjnie, program Konferencji był bardzo bogaty i różnorodny, a tematy poruszane w czasie wykładów wykraczały daleko poza problemy dermatologiczne, obejmując szeroko pojęte schorzenia z kręgu alergii, a także wiele zagadnień z zakresu innych dziedzin medycyny. Patronat Honorowy nad 13 ADA objął Minister Zdrowia, a także Ordynariusz Diecezji Koszalińsko-Kołobrzeskiej, Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku, Prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Prezydent Polskiego Towarzystwa Pneumologii Dziecięcej, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Prezydent Słupska, Burmistrz Miasta Ustki i Starosta Słupski. Inauguracja 13 ADA odbyła się w Filharmonii Słupskiej.

Oficjalne otwarcie Konferencji poprzedził pokaz przypadków klinicznych prowadzony przez **prof. Lidię Rudnicką** – prezesa Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i kierownika Kliniki Dermatologicznej WUM oraz **prof. Witolda Owczarka** – kierownika Kliniki Dermatologicznej WIM. Najwięcej emocji wzbudziły przypadki z afrykańskich klinik dermatologicznych demonstrowane przez **dr. Piotra Brzezińskiego** ze Słupska, redaktora naczelnego *Dermatology Online*. Obrady Akademii uroczyście otworzył przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego 13 ADA **prof. Roman Nowicki**, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, który powitał zaproszonych gości przybyłych zza naszej wschodniej granicy, przedstawicieli władz Słupska i Ustki, wykładowców oraz wszystkich uczestników Konferencji.

Gośćmi 13 ADA byli: **prof. Uładzimir Adaskevich** – kierownik Kliniki Dermatowenerologii UM w Witebsku, przewodniczący Białoruskiego Towarzystwa Dermatologów

i Kosmetologów, **prof. Dzmirii Khvorik** – kierownik Kliniki Dermatologii i Wenerologii UM w Grodnie, **prof. Janis Kisis** z Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Stradiņša w Rydze, przewodniczący Łotewskiego Towarzystwa Dermatologicznego, **dr hab. Khrystyna Lishchuk-Yakymowych** z Katedry Immunologii Klinicznej i Alergologii UM we Lwowie, **prof. Oleg Pankratov** – kierownik Katedry Dermatowenerologii Białoruskiego Podyplomowego UM w Mińsku, **dr hab. Roman Pukalyak** – kierownik Lwowskiego Regionalnego Centrum Klinicznego i Diagnostycznego, **doc. Andriej Shpakov** – kierownik Katedry Medycyny Sportowej i Rehabilitacji Uniwersytetu Państwowego w Grodnie, **prof. Irina Torshina** – kierownik Kliniki Dermatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Smoleńsku, **prof. Skaidra Valiukeviciene** – przewodnicząca Litewskiego Towarzystwa Dermatologicznego, kierownik Kliniki Dermatologicznej UM w Kownie. Otrzymali okolicznościowe pamiątki i dyplomy Rektora GUMed-u, przedstawiciela Prezydenta Słupska i Starosty Słupskiego. Inaugurację zaszczylili swoją obecnością trzej rektorzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – aktualny **prof. Marcin Gruchała** oraz poprzednich kadencji: **prof. Janusz Moryś** i **prof. Roman Kaliszan**.

Podczas sesji inauguracyjnej uczestnicy wysłuchali 4 wykładów. Prof. Lidia Rudnicka omówiła rolę mikrobiomu w chorobach skóry, zwracając przede wszystkim uwagę na nowe możliwości leczenia niektórych dermatoz poprzez celowaną regulację mikrobiomu. **Prof. Jerzy Kruszewski** – kierownik Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM, przedstawił ważne daty i najnowsze osiągnięcia alergologii, nawiązał do 50-lecia odkrycia IgE, omówił nowe możliwości diagnostyki w oparciu o techniki molekularne oraz nowe metody terapii antycytokinowej. Wykład kierownika Kliniki Dermatologicznej w Kielcach **prof. Beaty Kręcisz** poświęcony był roli alergii kontaktowej na metale we wczesnych i późnych powikłaniach po wszczepieniu różnego rodzaju implantów medycznych. W celu ograniczenia niepowodzeń po zabiegach endoprotezoplastyki wskazane jest przeprowadzenie wstępnej diagnostyki w kierunku uczulenia na metale, zwłaszcza u osób ze zmianami wypryskowymi. Na zakończenie sesji inauguracyjnej w wykładzie *Jak dbać o zdrowie* rektor **prof. Marcin Gruchała**, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii GUMed zwrócił uwagę, iż w Europie śmiertelność spowodowana chorobami układu sercowo-naczyniowego konsekwentnie ulega redukcji od lat 80. ubiegłego stulecia. Korzystne zjawiska dotyczące epidemiologii chorób układu sercowo-naczyniowego korelują ze wzrostem zaможności i dobrobytu społeczeństw i w znacznej mierze zależą od prozdrowotnych zmian stylu życia. Wieczór inauguracyjny zakończył znakomity koncert przebojów operetkowych i muzyki filmowej w wykonaniu Polskiej Filharmonii Sinfonia Baltica pod dyktando Bohdana Jarmołowicza z udziałem solistów – Iwony Kaczmarek i Bogusława Morki.

Obrady Konferencji po raz pierwszy w tym roku odbywały się w urokliwej Dolinie Charlotty. Miejsce to stało się bardzo znane dzięki odbywającym się tu od 2007 r. koncertom Legend Rocka, a które okazało się również bardzo przyjazne dla



Prof. Roman Nowicki dziękuje wokalistom i słupskiej orkiestrze symfonicznej

dermatologów i alergologów. Podczas ośmiu sesji tematycznych ponad 50 wykładców zaprezentowało najnowsze doniesienia na temat możliwości diagnostycznych i terapeutycznych pokrzywki, atopowego zapalenia skóry, łuszczycy, alergii kontaktowej i nadwrażliwości na kosmetyki.

W piątkowej sesji dotyczącej pokrzywki szczególnie zainteresowanie wzbudził wykład **prof. Bernarda Panaszka**, kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii UM we Wrocławiu, na temat roli autoreaktywnych IgE w patomechanizmie pokrzywki przewlekłej spontanicznej (PPS). Prelegent zwrócił również uwagę na rolę przeciwciał autoreaktywnych IgE w wielu innych schorzeniach autoimmunologicznych, takich jak toczeń rumieniowaty, reumatoidalne zapalenie stawów i choroby pęcherzowe. Możliwości leczenia PPS zaprezentowało kilku wykładców – prof. Roman Nowicki, **dr Aleksandra Wilkowska**, profesor Jerzy Kruszewski oraz **prof. Alicja Kasperska-Zajac** z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Śląskiego UM w Katowicach. Prelegenci podsumowali aktualne zalecenia terapeutyczne w pokrzywkach, przedstawili dane literaturowe na temat skuteczności i bezpieczeństwa leków przeciwhistaminowych, cyklosporyny i omalizumabu. Zwrócili również uwagę na możliwości stosowania nowych leków biologicznych u pacjentów z wieloletnimi objawami pokrzywki, opornymi na dotychczasowe metody terapii.



Prof. Maciej Kaczmarski (Białystok) podczas dyskusji z prof. Magdaleną Czarnecką-Operacz (Poznań)



Prof. Krzysztof Buczyłko

W sesji poświęconej łuszczycy, pod przewodnictwem prof. Witolda Owczarka i prof. Romana Nowickiego podsumowano zalety i ograniczenia klasycznej terapii tej częstej i stygmatyzującej choroby. Przedstawiono również korzyści i ryzyko wynikające ze stosowania leków biologicznych oraz możliwości optymalizacji kontroli choroby i zapobiegania powikłaniom związanym z jej rozwojem.

Sobotnie obrady zdominowała sesja poświęcona atopowemu zapaleniu skóry, pod patronatem edukacyjnym Sekcji Dermatologicznej PTA oraz Polskiego Towarzystwa Chorób Atopowych. W 12 wykładach tej sesji w sposób wyczerpujący eksperci przedstawili wszystkie najważniejsze problemy, z jakimi borykają się lekarze prowadzący chorych z AZS. Omówiono najnowsze doniesienia na temat patogenyzy schorzenia, różnicowania oraz leczenia. **Dr hab. Wioletta Barańska-Rybak** przedstawiła rolę mikrobiomu w prawidłowej fizjologii i homeostazie organizmu, regulacji aktywności metabolicznej oraz odpowiedzi immunologicznej. Perspektywy manipulacji w mikrobiomie skóry w kontekście nowych metod terapeutycznych są obecnie przedmiotem licznych badań naukowych. W wykładzie na temat alternatywnych terapii AZS, **dr Magdalena Trzeciak** zwróciła uwagę na niekonwencjonalne metody leczenia atopowego zapalenia skóry, takie jak ziołolecznictwo, akupunktura, homeopatia, czy biorezonans, podkreślając, iż żadna z tych



Doc. Khrystyna Lishchuk-Yakymowych

metod nie posiada wystarczających dowodów, aby mogła być rekomendowana. Najbardziej kontrowersyjny temat stosowania diety eliminacyjnej jako leczenia przyczynowego alergii pokarmowej, poruszył obecny po raz kolejny na konferencji **prof. Maciej Kaczmarski**, który zacytował wytyczne międzynarodowych gremiów eksperckich zajmujących się tym problemem. Wśród poruszanych w trakcie tej sesji zagadnień dotyczących leczenia atopowego zapalenia skóry, zwrócono przede wszystkim uwagę na rolę nowoczesnych emolientów, miejsce immunoterapii swoistej oraz perspektywy terapii lekami biologicznymi. Bezpośrednio po zakończeniu sesji odbyło się robocze spotkanie założycielskie **Szkoły AZS**, której celem jest poprawa edukacji w zakresie pielęgnacji i leczenia AZS w naszym kraju. Obecny na zebraniu przewodniczący Białoruskiego Towarzystwa Dermatologów i Kosmetologów prof. U. Adaskevich oświadczył, że dermatolodzy z Białorusi zainteresowani są współpracą w tym zakresie.

W jednej z sesji alergologicznych drugiego dnia obrad dużym zainteresowaniem słuchaczy cieszył się wykład dotyczący alergii kontaktowej na leki i opatrunki aktywne wygłoszony przez prof. Beatę Kręcisz oraz Układowy Zespół Alergii Niskowej z przewagą zmian pozaskórnych przedstawiony przez **prof. Krzysztofa Buczyłko** z Łodzi. Mało znany problem występowania objawów ze strony innych niż skóra narządów, przede wszystkim problemów jelitowych oraz nieżyty nosa u chorych z uczuleniem na nikiel, był przedmiotem interesującej dyskusji zainicjowanej przez prof. Bernarda Panaszka. Bardzo dużą wartość praktyczną miały wykłady **dr. Pawła Lipowskiego** z Kliniki Okulistycznej GUMed, który w kolejnych sesjach tematycznych przybliżył dermatologom charakterystycznej zmiany w obrębie powiek, spojówki, rogówki i głębszych struktur oka w najczęstszych dermatozach.

Podobnie jak w latach poprzednich, również w trakcie 13 ADA, goście zagraniczni mogli zaprezentować swoje doniesienia w sesji *Dermatologia bez granic*. Niezwykle interesujące dane przedstawiła **doc. Khrystyna Lishchuk-Yakymowych** ze Lwowa, omawiając rolę infekcji wirusowej w rozwoju leukocytochlorystycznego zapalenia naczyń skóry. U pacjentów z tym schorzeniem bez obecności ANCA we krwi, autorzy prezentacji oceniali obecność DNA wirusów HSV i EBV we krwi i ślinie. Po potwierdzeniu obecności wirusów – oprócz leczenia glikokortykosteroidami i lekami immunosupresyjnymi – włączali terapię acyklowirem lub walacyklowirem. Po uzyskaniu remisji zmian skórnych powtarzali badania wirusologiczne i stwierdzali negatywność wyników. Dane te stanowią wstęp do dalszych prac nad wnioskowaniem o konieczności rozważenia podłoża wirusowego w części zapaleń naczyń o dotychczas nieznaną etiologię. W tej samej sesji bardzo ciekawy wykład na temat roli promieniowania UV na organizm człowieka przedstawił **prof. Michał Żmijewski** z Katedry i Zakładu Histopatologii GUMed. Oprócz powszechnie znanego kancerogennego działania UV na skórę nawiązał do roli witaminy D i konieczności jej uzupełnienia, a najprostszą metodą jest krótka

ekspozycja na słońce niedoprowadzająca do zarumienienia skóry.

Bardzo dużym zainteresowaniem cieszył się kurs dermiskopowy w drugim dniu Konferencji przygotowany przez **dr. hab. Michała Sobjanka**, w czasie którego uczestnicy mieli okazję poznać zasady diagnostyki stanów przedrakowych i nowotworów skóry oraz nowe metody leczenia rogowacenia słonecznego. W przerwach pomiędzy wykładami była możliwość odwiedzenia stoisk wydawnictw oraz licznych firm farmaceutycznych i medycznych.

Po długich, intensywnych obradach i dyskusjach, uczestnicy Akademii mogli zrelaksować się w trakcie uczty rybnej i koncertu morskich opowieści podczas piątkowego wieczoru marynarskiego oraz w czasie spotkania towarzyskiego w sobotę w przytulnym wnętrzu Rock Cafe w Dolinie Charlotty z muzyką Carlosa Santany w tle. Prof. Roman Nowicki zadbał również o kondycję fizyczną uczestników Konferencji, organizując poranny *nordic walking* pod fachową opieką instruktora. Dzięki tej popularnej i bezpiecznej formie aktywności już w trakcie Konferencji można było wprowadzić w życie zalecane w wykładzie inauguracyjnym formy profilaktyki przeciw chorobom układu krążenia.

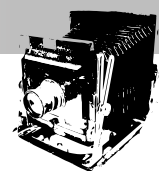
W niedzielę, 12 lutego 2017 r., organizatorzy i goście Konferencji razem z Burmistrzem Ustki obchodzili XXV Świątowy Dzień Chorego. Tradycyjnie po uroczystej mszy św. w neogotyckim kościele pw. Najświętszego Zbawiciela, której przewodniczył biskup pomocniczy Diecezji Koszalińsko-Kołobrzeskiej **Krzysztof Włodarczyk** goście przenieśli się do Sali Obrad Ratusz Miejskiego w Ustce, gdzie kontynuowano panel dyskusyjny. W dyskusji wzięli udział m.in.: prof. Janusz Moryś, prof. Roman Nowicki i **prof. Mikołaj Majkowicz** z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a tak-

że **dr Danuta Jędrak-Kułaga** – prezes Pomorskiego Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku oraz księża: **bp. Krzysztof Włodarczyk**, rektor Gdańskiego Seminarium Duchownego **ks. prof. Grzegorz Szamocki** z Wydziału Historycznego UG, **ks. prof. Jan Turkiel** – proboszcz parafii pw. Najświętszego Zbawiciela w Ustce i **ks. kan. Dariusz Ławik** – proboszcz parafii św. Bernarda w Sopocie. Podczas panelu analizowano znaczenie wiary dla uzdrowień w wymiarze biblijnym, odnosząc do wielowymiarowego znaczenia wiary w procesie terapeutycznym. Omawiano temat sumienia z perspektywy psychologii, podkreślając aspekty psychoanalizy, autorefleksji oraz prac empirycznych poświęconych zagadnieniu sumienia w kontekście zdrowia. Podniesiono problem mitów i autorytetów. W szerokim zakresie religijno-teologiczno-mitycznym, ale i codziennym, rozważano problematykę zdrowia i rodziny. W czasie debaty przedstawiono zagrożenia jakie niosły i nadal niosą ze sobą choroby zakaźne i w oparciu o dowody naukowe podjęto próbę odpowiedzi na pytanie czy mózg lubi kłamać? Podczas tego spotkania spotkały się wątki filozofii, psychologii, teologii, medycyny i religii w dyskusji nad zdrowiem, chorobą i człowiekiem.

Dziękując prof. Romanowi Nowickiemu za zorganizowanie Konferencji, wszyscy goście podkreślali niezwykle ważną rolę tego interdyscyplinarnego spotkania dla integracji całego środowiska alergologicznego i przyjęli zaproszenie do udziału w kolejnej, 14 Akademii Dermatologii i Alergologii, która odbędzie się w dniach 8-11 lutego 2018 r. Więcej na www.14ada.pl.

dr Elżbieta Grubska-Suchanek,
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

Stara fotografia mówi



Zdjęcie wykonano 21 czerwca 1996 r. podczas uroczystości otwarcia nowego bloku operacyjnego Kliniki Kardiochirurgii. Gości oprowadza kierownik Kliniki prof. Mirosława Narkiewiczowa. W głębi widoczni goście: prof. Stanisław Janicki, wojewoda gdański Maciej Płażyński, metropolita gdański abp Tadeusz Gocłowski i rektor AMG prof. Zdzisław Wajda. Inwestycja ta znacząco poprawiła i rozszerzyła działalność Kliniki Kardiochirurgii, a w jej sprawnym przeprowadzeniu dużą rolę odegrał dr Bolesław Szołkowski jako zastępca pełnomocnika Rektora.

oprac. prof. Wiesław Makarewicz



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.

Przeszczepianie komórek, tkanek i narządów w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w 2016 r.



Podsumowaniu wyników transplantacji w 2016 r. i perspektywom rozwoju przeszczepów narządów w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym była poświęcona konferencja zorganizowana 14 marca br. w Centrum Medycyny Inwazyjnej. Spotkanie zatytułowane *Podsumowanie wyników transplantacji za rok 2016 w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku – perspektywy rozwoju* poprowadził prof. Bolesław Rutkowski, który na początku powitał wszystkich zgromadzonych gości, a w szczególności rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marcina Gruchałę oraz prof. Zbigniewa Śledzińskiego, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie transplantologii klinicznej.

Pierwszą prezentację pt. *Aktualny stan przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie* przedstawił prof. Bolesław Rutkowski. Na podstawie najnowszych danych z literatury w przeliczeniu na milion populacji, w Polsce odnotowano 13,6 rzeczywistych zmarłych dawców. Dla porównania współczynnik ten w Niemczech wyniósł 10,9, a w Hiszpanii 40,2. W skali światowej pod względem pobierania i przeszczepiania narządów od dawców zmarłych przodują Stany Zjednoczone oraz Hiszpania.

W Polsce w 2016 r. przeszczepiono ogółem 1469 narządów, w tym 978 nerek, 317 wątroby, 101 serc i 35 płuc. Pod koniec 2016 r. na transplantację nerki oczekiwało 1031 pacjentów, wątroby 173, serca 388, płuca 57. W UCK w Gdańsku w 2016 roku wykonano 101 transplantacji nerek, w tym 2 od dawców żywych. Na 21 ośrodków przeszczepiających nerki w Polsce, UCK plasuje się na czwartym miejscu, za warszawskim (110), katowickim (109) i poznańskim (107).



Kolejna prezentacja, przedstawiona w zastępstwie prof. Zbigniewa Śledzińskiego, przez prof. Stanisława Hacia z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, poświęcona była omówieniu aktualnego stanu przygotowań UCK do transplantacji wątroby. 25 lipca 2015 r. w UCK odbył się audyt z Poltransplantu, który wydał zalecenia pokontrolne niezbędne do uzyskania akredytacji na przeszczepianie wątroby. Większość zaleceń audytu została przez UCK zrealizowana. Trzymiesięczne przeszkolenie w warszawskim ośrodku transplantacyjnym odbył indywidualnie każdy z sześciu chirurgów, 1 anestezjolog (2 miesiące), 2 gastroenterologów (1 miesiąc), 4 pielęgniarki (2 tygodnie). Aktualnie w trakcie szkolenia jest jeszcze jeden anestezjolog oraz gastroenterolog. Dodatkowo UCK przewiduje przeszkolenie patomorfologa, koordynatora transplantacji oraz dwóch pielęgniarek intensywnej terapii i dwóch operacyjnych. Zgodnie z zaleceniami wyznaczono osoby odpowiedzialne za: uzupełnianie Ustawowych Rejestrów Transplantacyjnych i wybór biorcy do transplantacji. Ponadto wszczęto procedurę zakupu tromboelastografu, którego realizacja przewidziana jest na koniec pierwszego półrocza 2017 r.

Aktualnie w UCK w Gdańsku zatrudnionych jest 26 specjalistów w dziedzinie transplantologii klinicznej, w tym: 5 w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, 13 w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, 1 w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, 5 w Klinice Hematologii i Transplantologii oraz 2 w Klinice Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży. Otwarte specjalizacje z tej dziedziny ma 9 lekarzy.

Dr Anna Drobińska z Kliniki Gastroenterologii przedstawiła temat *Kwalifikacja pacjenta do transplantacji wątroby*. W swojej prezentacji w bardzo obrazowy sposób omówiła zagadnienia związane procedurą wpisania pacjenta na listę oczekujących, począwszy od wskazań i przeciwwskazań do przeszczepienia wątroby, oceny ryzyka, jakie badania i konsultacje muszą zostać wykonane oraz jakie są najczęstsze przyczyny dyskwalifikacji chorego z transplantacji. Na koniec prezentacji dr Drobińska podkreśliła, że ostateczną decyzję co do zakwalifikowania pacjenta do wpisania chorego na listę oczekujących podejmuje wielospecjalistyczny zespół.

W imieniu prof. Piotra Trzonkowskiego wykład pt. *Stan przygotowań UCK do wysp trzustkowych* przedstawiła mgr Barbara Partyka, pracownik spółki z o.o. Cell-T Gdańskiego Parku Naukowo-Technologicznego (GPNT), współpracującej z UCK w zakresie izolacji wysp trzustkowych. W ramach przygotowań do wdrożenia procedury przeszkolono na Uniwersytecie w Chicago kadrę lekarską UCK, otwarto laboratorium wysp trzustkowych w GPNT, w którym rozpoczęto ćwiczeniowo samą izolację wysp. W 2016 r. przeprowadzono 3 skuteczne izolacje. Aktualnie w UCK trwają ostatnie przygotowania do złożenia dokumentacji akredytacyjnej do Ministerstwa Zdrowia w celu uzyskania stosownego pozwolenia na przeszczepianie.

Prof. Alicja Dębska-Ślizień, kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, zaprezentowała wykład pt. *Wyniki przeszczepiania nerek w ośrodku gdańskim*

w 2016 r., w którym dokonała analizy losów chorych po transplantacji nerki. Większą liczbę przeszczepionych pacjentów stanowili mężczyźni (54%) oraz chorzy poddawani zabiegowi hemodializy (68,3%), pozostali pacjenci to dializowani otrzewnowo (20,7%) oraz do przeszczepu wyprzedzającego (10%). Średni wiek biorców wyniósł 50 lat, najmłodszy biorca miał 22 lata, a najstarszy 77.

Na 1381 transplantacji nerek wykonanych w UCK w latach 2000-2016 średnia przeżywalność biorców nerek wyniosła 98%. W 2016 r. przeżywalność biorców obliczono na 98%, a przeżywalność przeszczepionych nerek 94%. Odnotowano 14,8% przypadków ostrego odrzucania przeszczepu. Średni czas zimnego niedokrwienia nerek wyniósł 16 godzin. Z Gdańskiego Ośrodka Kwalifikującego biorców do transplantacji nerki, w Polsce przeszczepiono 51 chorych. W UCK przeszczepiono 65 chorych z Rejonowego Ośrodka Kwalifikującego i 36 biorców z Polski.

Kolejna prezentacja dotyczyła przeszczepiania serc. Przedstawił ją dr Paweł Żelechowski z Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej. Program transplantacji tego narządu w UCK rozpoczął się z końcem 2006 r. Do dziś w Gdańsku przeszczepiono 47 serc. W 2015 r. liczba przeszczepów wyniosła 10, w 2016 r. spadła do trzech. Z trzech ostatnich przeszczepionych, dwóch chorych w stanie dobrym zostało wypisanych do domu, 1 pacjent zmarł z powodu udaru krwotocznego. Pobrania serca w ostatnim roku miały miejsce w dwóch gdańskich szpitalach, jedno w Olsztynie. Na gdańskiej liście oczekujących na przeszczepienie serca aktualnie status „aktywny” posiada 20 pacjentów.

Dr Paweł Lipowski z Kliniki Okulistyki przedstawił wykład *Przeszczepianie rogówek*, przygotowany wspólnie z dr Eweliną Serkies-Minuth. Rogówki przeszczepiane są w Gdańsku od 1989 r. W latach 2006-2016 łącznie wykonano 601 transplantacji. W 2015 r. odbyło się 56 tego rodzaju zabiegów, w 2016 r. – 72. W 2016 r. UCK uplasowało się pod względem ilości wykonanych przeszczepów na 6 miejscu w Polsce na 19 ośrodków dokonujących transplantacji rogówki. Na liście oczekujących na przeszczep w UCK aktualnie zarejestrowanych jest 273 pacjentów ze statusem „aktywny” w tym 3 w „trybie pilnym”. 1 grudnia 2016 r. UCK podpisało umowę z Bankiem Tkanek Oka w Warszawie. Zaowocowało to przeszkoleniem lekarzy z Kliniki Okulistyki w zakresie pobierania rogówek, a tym samym aktywnym ich uczestnictwem w pobraniach narządowych od dawców zmarłych zarówno w UCK, jak i w szpitalach województwa pomorskiego.

Wykład zatytułowany *Przeszczepianie komórek hematopoetycznych* przedstawiła dr hab. Maria Bieniaszewska z Kliniki Hematologii i Transplantologii. Pierwszą transplantację alogeniczną komórek krwiotwórczych wykonano w Gdańsku 31 maja 1994 r. Od tego czasu do końca 2016 r. odbyło się w UCK 1237 przeszczepień komórek hematopoetycznych, w tym 325 stanowiły transplantacje allogeniczne od dawców rodzinnych, 198 allogeniczne od dawców niespokrewnionych (od 2004 r.), autologiczne – 711 (od 1995 r.) oraz haploidentyczne – 3 (od 2015 r.). W 2016 r. u żadnego z pacjentów po autotransplantacji nie odnotowano zgonu w okresie okołoperacyjnym. Niepowodzenia (23%) dotyczyły chorych, u których wykonano zabieg alotransplantacji. Przyczynami wczesnej śmiertelności chorych były infekcje, np. toksoplazmoza, infekcje grzybicze. W 2016 r. przeszczepy wykonano

u 98 chorych. Jest to do tej pory największa roczna liczba transplantacji w Gdańsku.

Dr Grażyna Moszkowska, zastępca kierownika Ośrodka Dawców Szpiku (ODS) ds. organizacyjno-administracyjnych przedstawiła prezentację pt. *Ośrodek dawców szpiku*.

ODS UCK funkcjonuje w strukturze Kliniki Hematologii i Transplantologii UCK od stycznia 2011 r. Jego kierownikiem jest prof. Andrzej Hellmann. Pierwsze pozwolenie Ministra Zdrowia na działalność obejmowało lata 2011-2016, drugie po kolejnej kontroli audytowej uzyskano na okres 2016-2021. Punktem wyjścia działania ODS jest pozyskiwanie potencjalnych dawców szpiku. Celem jest stworzenie jak największego zbioru potencjalnych dawców tak, by możliwe było znalezienie dla chorego jego genetycznego bliźniaka. W ostatnich pięciu latach ODS zrealizował prawie 300 procedur dotyczących potencjalnych biorców znajdujących się w zasobach ODS UCK, z czego ostatecznym rezultatem było pobranie dla 18 chorych, dla których transplantacja była szansą na życie. Całkowita liczba potencjalnych niespokrewnionych aktywnych dawców w ODS UCK w Gdańsku na dzień 31 grudnia 2016 r. wyniosła: 16 114 osób. Na stronie szpik.gumed.edu.pl można zapoznać się ze szczegółowymi danymi na temat rekrutacji i procedury pobrania komórek krwiotwórczych do przeszczepu.

Na zakończenie mgr Anna Milecka, kierownik Regionalnego Centrum Koordynacji Transplantacji zaprezentowała aktualny stan pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w UCK w Gdańsku. W 2016 r. RCKT zgłoszono 143 potencjalnych dawców narządów, z których w 43% przypadkach doszło do pobrania narządów. Średni wiek dawców wyniósł 47 lat. Wśród dawców ponad 66% stanowili mężczyźni. Najczęstszą przyczyną zgonu były choroby mózgowo-naczyniowe (52%). Łącznie w rejonie działalności gdańskiego ośrodka transplantacyjnego pobrano od dawców zmarłych: 120 nerek, 9 serc, 29 wątrób, 6 serc na homografit i 13 rogówek. Pobrania wielonarządowe stanowiły 56,6% wszystkich pobrań. Najczęstszą przyczyną odstąpienia od pobrania narządów był sprzeciw rodzin (30%). W minionym roku woj. pomorskie znalazło się na drugim miejscu w kraju pod względem ilości zmarłych dawców przypadających na milion populacji (21,3). Szpitalami najbardziej aktywnymi w zgłaszaniu rzeczywistych zmarłych dawców było UCK (21 pobrań) oraz Szpital Specjalistyczny w Wejherowie (11). Oba szpitale znalazły się w gronie najbardziej aktywnych donacyjnie placówek w Polsce w 2016 r.

Po prezentacji wszystkich wykładów, prowadzący Konferencję prof. Bolesław Rutkowski pogratulował wszystkim dobrych wyników transplantacyjnych i wyraził nadzieję na pomyślne realizowanie planów dotyczących pobierania i przeszczepiania zarówno wysp trzustkowych, jak i wątroby.

Na zakończenie głos zabrał rektor prof. Marcin Gruchała, który w imieniu Uczelni, jak i Dyrekcji UCK, podziękował wykładowcom za prezentacje, pogratulował dobrych wyników oraz podkreślił ogromną pracę zespołową pracowników wszystkich klinik zaangażowanych w procedurach transplantacyjnych.

Anna Milecka,
kierownik Regionalnego Centrum Koordynacji Transplantacji,
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

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 profesoremie – 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 mijano 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 czelny 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 takim Kliniką 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 oddziały 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 uswięca 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 powołaliśmy 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



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

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, przenoszącą 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-

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 gwoździem, 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 cytotostatyków 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 glazurą 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 rozproszczeniami 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. ■

Życie po życiu doktor Oli

75-lecie urodzin Aleksandry Gabrysiak (1942-1993)

16 kwietnia br. mija 75 rocznica urodzin dr Aleksandry Gabrysiak, znanej powszechnie jako doktor Ola, absolwentki Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni z roku 1968. Została zamordowana wraz z przybraną córką Marią, przez jednego ze swoich podopiecznych 6 lutego 1993 r. w Elblągu.

Jej imię znane jest w całej Polsce, zwłaszcza w środowiskach medycznych. Św. Jan Paweł II nazwał Jej życie lekarza *heroiczną służbą braciom* i błogosławił wszystkim tym, którzy starają się o szerzenie wiadomości o *świętobliwej lekarce w społeczeństwie polskim*. To błogosławieństwo świętego Papieża spełnia się w *życiu po życiu* doktor Oli. Ona nadal żyje w pamięci i sercach swoich bliskich, pacjentów, podopiecznych, współpracowników, a także tych, którzy poznali ją dopiero poprzez świadectwa innych, poprzez książkę o jej życiu i działalności. Książka ta, wydana przez gdańskie wydawnictwo Via Medica pod tytułem *Doktor Ola lekarz ciała i duszy* doczekała się dwóch wydań, w 1997 r. i drugiej edycji, poszerzonej w 2003 r. Rozeszła się w Polsce w ponad 3 tys. egzemplarzy.

Imię i działalność doktor Oli upamiętniają również tablice w miejscach, gdzie żyła i działała. W lipcu 1999 r. w Akademii Medycznej w Gdańsku została odsłonięta tablica upamiętniająca życie i działalność tragicznie zmarłej w Elblągu lekarki – Aleksandry Gabrysiak. Przy tej okazji ówczesny rektor AMG prof. Zdzisław Wajda powiedział: – Jest to niezwykle uroczystość, bowiem po raz pierwszy w historii naszej Uczelni społeczność akademicka czci w ten sposób szeregowego lekarza, bez tytułów naukowych, bez osiągnięć naukowych. Przez odsłonięcie tej tablicy ukazujemy dzisiaj światu lekarskiemu, a także adeptom sztuki lekarskiej, więcej – całej Polsce – piękno zawodu lekarza. Aleksandra Gabrysiak – doktor Ola, tak jak ją powszechnie nazywano – wyniosła ten zawód na szczyty, całym swym życiem świadczyła o wielkości powołania lekarskiego. Czynienie dobra było jej pasją. Nie wahała się złożyć własnego życia w ofierze.

Tablice sławiące Jej imię znajdują się także w szpitalu w Tczewie – miejscu jej pierwszej samodzielnej pracy, w Elblągu na domu, w którym mieszkała, przy ul. 1 Maja 30. Dla uczczenia Jej pamięci elblążanin Janusz Jędrzejewski skomponował utwór muzyczny *Threnos*. Od 1993 r. Hospicjum Elbląskie nosi Jej imię. To miejsce w sposób szczególny tchnie duchem doktor Oli i pamięć o niej jest tu stale żywa. Od niedawna po tym mieście jeździ tramwaj nazwany Jej imieniem, stale przypominając mieszkańcom Elbląga, ile za-



wdzięcza tutejsza społeczność tej niezwyklej lekarce.

W Gdańsku, z którym była związana w latach młodości (tu bowiem ukończyła szkołę podstawową i II Liceum Ogólnokształcące, uzyskując świadectwo dojrzałości w 1961 r. oraz studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej), jedna z ulic dzielnicy Jasień nosi imię Aleksandry Gabrysiak.

Jej pamięć w pomorskim środowisku lekarskim utrwała nagroda im. Aleksandry Gabrysiak ustanowiona w 1993 r. przez Okręgową Izbę Lekarską z inicjatywy

dr. Jerzego Umiełowickiego, ówczesnego prezesa tej Izby. Ta doroczna Nagroda przyznawana jest lekarzom najbardziej upodabniającym się działalnością lekarsko-społeczną i duchem do Patronki Nagrody. Również Jej Imię nadano Pomorskiemu Oddziałowi Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz środowiskom medycznym w Gdańsku.

Przesłanie miłości miłosiernej doktor Oli dotarło także na południe Polski. W Maryjnym Sanktuarium Świętokrzyskim, w miejscowości Kałków-Godów wystawiono Jej pomnik. W roku 1994 zrealizowano film dokumentalny pt. *Testament Miłości* dla 1 programu TVP o losach doktor Oli. Temat ten ponownie podjęto dla TV Religia w 2008 r., realizując nowy film, również o charakterze dokumentalnym o doktor Oli. Był on wielokrotnie wyświetlany.

Na Uniwersytecie Poznańskim (Wydział Teologii) pisana jest rozprawa doktorska na temat duchowości Aleksandry Gabrysiak. Ostatnio Polskę obiegła pocztówka z podobizną błogosławionych i kandydatów na ołtarze ze środowiska medycznego, a wśród nich znalazła się także doktor Ola. W 2016 r. powstało Stowarzyszenie Przyjaciół Doktor Oli, mające na celu szerzenie informacji o życiu i działalności Aleksandry Gabrysiak w społeczeństwie polskim, jak tego życzył sobie św. Jan Paweł II.

Wszystko to co dzieje się wokół osoby Aleksandry Gabrysiak po jej śmierci to przejaw kultu, jak to stwierdził śp. ks. bp Jan Bernard Szlaga, ordynariusz pelpliński. Dlatego nie dziwi fakt, że w Kurii Elbląskiej wszczęto postępowanie informacyjne w aspekcie Jej beatyfikacji.

Życie Aleksandry Gabrysiak było zwyczajne i jednocześnie niezwykle – „zwyczajna nadprzyrodzoność”, jak to określił jeden ze świadków Jej życia ks. Andrzej Dziędziul. Spełniała się heroicznie w powołaniu lekarza, w codziennym życiu. Marzyła o tym zawodzie już w dzieciństwie, leczyła i opatry-

wała chore lalki. Podpatrywała to w Poznańskiej Klinice Ortopedycznej, gdzie przebywała w dzieciństwie ponad rok, przechodząc operacje ortopedyczne kończyn dolnych z powodu krzywicy, którą po latach dopiero zdiagnozowano jako witamino D-oporną. Sama cierpiąc zapragnęła leczyć chore dzieci. Na spełnienie tego marzenia czekała jeszcze długo. Po maturze nie od razu dostała się na studia. Brakujące punkty uprawniające do przyjęcia do Akademii Medycznej dorabiała przez cały rok pracując jako salowa w Szpitalu Wojewódzkim w Gdańsku. Praca ta przy jej niepełnosprawności była trudem ponad miarę. Razem z nią, na punkty zarabiała jej mama i brat Maciej, wykonując za nią prace fizyczne. Odradzano Jej studia lekarskie, ale Ola była zdeterminowana. To też uzyskanie dyplomu lekarza medycyny w 1968 r. było dla niej prawdziwym szczęściem i świętem dla całej rodziny. Ten dzień Ola świętowała uroczysto w gronie rodziny i przyjaciół – były to zaślubiny z medycyną. Powtórzyła przysięgę Hipokratesa i otrzymała od ojca złoty pierścionek z wygrawerowanym na nim węzem Eskulapa i datą uzyskania dyplomu. Z tym ślubnym pierścionkiem nie rozstawała się nigdy. Zdarł go z ręki Oli dopiero ten, który pozbawił ją życia.

Po studiach objęła funkcję kierownika laboratorium w Szpitalu w Tczewie, jeszcze przed uzyskaniem specjalizacji z analityki, przygotowana do tego poprzez pracę w Biochemicznym Kole Naukowym w Zakładzie Biochemii kierowanym przez prof. S. Angielskiego. Zrewolucjonizowała pracę w laboratorium szpitalnym oraz w terenie, dostosowując ją do najwyższych standardów w tej dziedzinie. Gdy odchodziła z Tczewa w 1975 r. pisano o niej, że *stała się realizatorem reformy, wyprzedzając o dwa lata centralizację służby zdrowia tego miasta*. Tam też udzielała się w różnych dziedzinach życia społecznego. Ale nie ma postępu, rozwoju bez oporów środowiska, na rzecz którego się pracuje, zwłaszcza jeśli to zaangażowanie narusza dotychczasowe utarte normy. Rodzą się konflikty. Brat doktor Oli – Maciej wierny świadek jej życia, tak skomentował ten okres życia siostry – *Byliśmy świadkami jej walki z zakorzenionymi zwyczajami kierownictwa, postawami laborantek, ze znikającym spirytusem i marnotrawstwem materiału laboratoryjnego*. Była szanowana, ale wątpię czy lubiana.

W 1975 r. doktor Ola przeniosła się do Elbląga. Tu, na stanowisku kierownika Działu Diagnostycznego i Pracowni Analitycznej Szpitala Elbląskiego *wykształciła kadrę o wysokich kwalifikacjach, a dział diagnostyki osiągnął wysoki poziom w województwie*. I tu, podobnie jak w Tczewie, nie obyło się bez oporów ze strony środowiska medycznego. Pomińmy to milczeniem, pomimo iż echa tego do końca jeszcze nie przebrzmiały.

Na przełomie lat 1984/1985, po przejściu na rentę (postępujące inwalidztwo narządu ruchu) doktor Ola podjęła pracę w niepełnym wymiarze godzin w Poradni Trzeźwości w Elblągu. Jak w poprzednich miejscach pracy, całkowicie przewartościowała dotychczasową spokojną pracę tej Poradni. Przez Jej gabinet przewijały się tłumy pacjentów cierpiących na chorobę alkoholową. Zdobyła serca wielu

współpracowników, którzy wspomagali Jej reformatorską działalność. Doktor Ola stała się też *spiritus movens* Klubu Abstynenta „Żuławy” oraz czynnie wspomagała grupy anonimowych alkoholików. Za te dokonania społeczno-lekarskie w 1991 r. ogłoszono Ją w Elblągu Człowiekiem Roku.

W Elblągu poza działalnością ściśle zawodową ujawnił się z całą mocą Jej charyzmat zaangażowania w sprawy społeczne, w różne problemy ludzkie. Każdej potrzebie ludzkiej starała się skutecznie zaradzić, nie tylko dużym problemom, ale także i małym. Trudno znaleźć dziedzinę pomocy, w której nie byłaby zaangażowana. Każde charytatywne przedsięwzięcie w Elblągu nosi piętno doktor Oli. Nie sposób je wszystkie opisać. Już po Jej śmierci Nuncjusz Apostolski poświęcając Hospicjum Elbląskie nazwał Jej wkład w to dzieło *kamieniem węgielnym pod ten dom* i dodał, że *doktor Ola budowała swoim życiem fundamenty dobra*. W Elblągu udostępniła swój domowy numer telefonu ludziom potrzebującym. Rozdawała wizytówki o niezwyklej treści: *Aleksandra Gabrysiak, lekarz, może służyć pomocą uzależnionym i ich rodzinom, w obronie życia poczętego matkom samotnym i w innych głębokich problemach życiowych*.

Współpracowała przy tworzeniu domu Samotnej Matki w Elblągu. Tu uczyła dziewczęta w ciąży kochać swoje dziecko. Umożliwiała im powrót do ich rodzin, dawała poczucie bezpieczeństwa. Ola cieszyła się z każdego uratowanego dziecka, a bolała kiedy pomimo Jej starań doszło do aborcji. Uczestniczyła także w pracach Komisji Towarzystwa Przyjaciół Dzieci i w poradnictwie rodzinnym przy kościele Bożego Ciała. Wiele dzieci przy jej zachęcie i pomocy trafiło do bezdzietnych małżeństw. – *Dzięki doktor Oli mamy nasze dzieci – mówi wiele szczęśliwych dzisiaj rodzin*.

Macierzyńską troską ogarniała także uzależnionych od alkoholu – Doktor Ola była dla nas wszystkich jak kochająca matka – mówią członkowie Klubu Abstynenta. Wielu z nich zawdzięcza Jej powrót do normalności, nierzadko pracę, mieszkanie.

Odrębny rozdział w życiu doktor Oli to Jej adoptowana córka Marysia, urodzona w 1974 r. – Ola miała głęboką potrzebę uratowania choćby jednej istoty przed sieroctwem – komentowała to wydarzenie dr Gerda Gnacińska, przyjaciółka. Odnosiło się nieodparte wrażenie, że Ola kochała Marysię najbardziej spośród wszystkich Jej bliskich z rodziny. Jak każda matka chętnie i stale opowiadała o swoim dziecku. Przeżywała głęboko choroby, radości i smutki córki. Cierpiała niewypowiedzianie, kiedy w wieku dojrzenia, po ujawnieniu się padaczki, Marysia zmieniła się diametralnie, zrywając uczuciowy kontakt z matką. A przecież nie brakowało jej miłości, nie tylko ze strony matki, ale także dziadkowie i wujkowie darzyli ją miłością w nadmiarze. Z ich strony nie brakowało Marysi opieki. Ola poświęcała córce każdą wolną chwilę, łączyła obowiązki matki z pracą i działalnością społeczną jak inne matki – lekarki. Dzieci lekarskie nie tylko matek samotnych, w tamtych czasach, kiedy wynagrodzenia lekarzy za pracę były niskie, wychowywały się pomiędzy domem a oddziałem szpitalnym, izbą przyjęć czy pogotowiem ratunkowym. Zdarzało się, że dzieci dyżuro-

wały razem z mamą w szpitalu, jeździły z nią do chorych karetką pogotowia, a codzienne życie domowe podporządkowane było sprawom pacjentów i stałej gotowości służby chorem.

Dewizą życia Doktor Oli było zaufać człowiekowi i kochać go do końca. Była przekonana, że Jej miłość, zaufanie może wyzwolić w ludziach dobro. Wierzyła, że każdy człowiek może zawrócić ze złej drogi. I tak się często działo. Alkoholicy wracali do normalnego życia, zagrożeni rozwodem małżonkowie łączyli się, niechciane dzieci samotnych matek – dziewcząt były przyjmowane z miłością, zwolnieni z więzienia uzyskiwali od niej wszechstronną pomoc, zaczynali nowe życie. Chorzy mieli w niej nie tylko troskliwego lekarza, ale i przyjaciela. Ale przecież nie wszystko mogło układać się tak pomyślnie. Czynienie dobra spotyka się często, jeśli nie zawsze, z niezrozumieniem, nawet bliskich osób, z przeciwdziałaniem, a nawet ze zniszczeniem dobra w wymiarze doczesnym przez zło. Okradali Ją, oszukiwali, upokarzali, a ona nie przestawała czynić dobra i wierzyć w człowieka. Młody człowiek, którego przyjęła do swojego domu w dzień wigilii Bożego Narodzenia, znajdując go na dworcu kolejowym, bezdomnego, samotnego, okradł Ją z córki. Zapytana na krótko przed tragiczną śmiercią jak sobie z tym wszystkim

radzi, powiedziała – Tylko za wszystko mogę dziękować Bogu. Za wszystko... Na co dzień żyła Ewangelią, Eucharystią i pragnieniem Nieba, jak zapisała to w swoim pamiętniku. Czy narażanie swojego życia i córki, przecież niezamierzone, było winą, nieroztropnością, czy konsekwentnym szaleństwem miłości, na wzór Jej Ukrzyżowanego Mistrza, Bożą logiką jak to nazwał abp Tadeusz Gościowski. Nie wahał się stwierdzić – Dr Gabrysiak dołączyła do męczenników XX w. Było to męczeństwo świadectwa i męczeństwo krwi. Nie może ono być zapomniane.

Teraz także pomaga tym, którzy zwracają się do niej o pomoc w trudnych sytuacjach życiowych. Niektóre z uzdrowień za Jej przyczyną mają charakter nadzwyczajny, wręcz nadprzyrodzony. Doktor Ola tak jak za życia, tak i teraz inspiruje wielu ludzi do czynienia dobra.

Aleksandra Gabrysiak zostawiła nam „testament miłości”, jak to napisał jeden z Jej podopiecznych. W sposób szczególny przekazała go lekarzom, pielęgniarkom, całej służbie zdrowia. Doktor Ola nadal działa.

prof. Grażyna Świątecka

Artykuł jest rozdziałem z książki *Mocni Duchem. Laureaci Nagrody im. Aleksandry Gabrysiak Okręgowej Izby Lekarskiej* (w druku) w wydawnictwie Via Medica.

XV Gdańskie Spotkania z Etyką Lekarską

Konferencja z okazji 75-lecia urodzin Aleksandry Gabrysiak – doktor Oli

22 kwietnia 2017 r. (sobota)

aula im. prof. Olgierda Narkiewicza w Atheneum Gedanense Novum
al. Zwycięstwa 41-42, wejście od ul. M. Skłodowskiej-Curie

Program

godz. 9.00 – msza św. koncelebrowana w kościele p. w. M. B. Częstochowskiej w Gdańsku-Wrzeszczu przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 3B.

Oprawa muzyczna mszy św. – Cappella Gedanensis

godz. 10.30 – otwarcie Konferencji

prof. dr hab. Grażyna Świątecka, dr Elżbieta Krzywińska-Stasiuk,

prof. dr hab. Marcin Renke

przemówienie rektora GUMed prof. dr hab. Marcina Gruchały oraz prezesa OIL w Gdańsku dr. Romana Budzińskiego

Sesja I

przewodniczą:

dr Elżbieta Krzywińska-Stasiuk

dr Tomasz Gorczyński

godz. 11.00-11.30 – Duchowość lekarza – ks. prof. dr hab. Andrzej Muszała (Kraków)

godz. 11.30-11.50 – Życie i działalność Aleksandry Gabrysiak – doktor Oli – dr Mirosław Pietrzak (Gdynia)

godz. 11.50-12.10 – Fragmenty pamiętnika doktor Oli – czytają Halina Winiarska i Jerzy Kiszkiś – aktorzy Teatru Wybrzeże.

Oprawa muzyczna Cappella Gedanensis

godz. 12.11-12.20 – głosy z sali

godz. 12.20-12.50 – przerwa – poczęstunek

Sesja II

przewodniczą:

prof. Grażyna Świątecka

dr Elżbieta Kłoda

godz. 12.50-13.10 – Duchowość Aleksandry Gabrysiak – ks. Mateusz Napierała (doktorant ks. prof. Pawła Bortkiewicza – Poznań)

godz. 13.10-14.00 – Panel z udziałem laureatów nagrody im. Aleksandry Gabrysiak

Czy po raz drugi wybrałabym/wybrałbym zawód lekarza i dlaczego?

godz. 14.00 – zakończenie Konferencji

Organizatorzy: Stowarzyszenie Przyjaciół Doktor Oli

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich Oddział Pomorski

Towarzystwo Internistów Polskich Oddział Gdańsk.

Okoliczności powstania i losy Medizinische Akademie Danzig (MAD) w latach 1935-1945 – biografie profesorów (cz. 2)

ALBRECHT Hermann Ulrich Emil Ferdinand Johann (1897-1995) – profesor zwyczajny, radiolog. Urodzony 19 kwietnia 1897 r. w Verden a.d. Aller/Niedersachsen; ewangelik. Świadectwo maturalne uzyskał w Grudziądzu. Studia medyczne odbył we Frankfurcie/M., gdzie w 1924 r. został doktorem medycyny. Habilitował się w 1931 r. we Frankfurcie/M., w 1937 r. mianowano go profesorem pozaplanowym. Gdy dyrektor Zakładu Radiologii w Gdańsku dr Arnold Bernstein musiał ze względów rasowych ustąpić ze swojego stanowiska^{2,6} i wyemigrował do Kanady, Albrecht zajął w 1938 r. jego stanowisko i piastował je do 1945 r. Pod jego kierownictwem powstał w Gdańsku nowoczesny Centralny Instytut Radiologii^{1,4,7,8,9}. Od 1950 r. Albrecht prowadził prywatny Instytut Rentgenowski w Osnabrück. Był żonaty z Elisabeth z d. Fastrath, z którą miał czworo dzieci. Zmarł w 1995 r. w Triesen/Lichtenstein.

AMMON Robert (1902-1997) – profesor zwyczajny, dr med., dr fil., biochemik. Urodzony 13 sierpnia 1902 r. w Berlinie jako syn Emila Ammona z Morąga (Mohrungen/ Ostpr.), nauczyciela i Minny-Marii z d. Friederich; obydwójce ewangelicy. Świadectwo maturalne uzyskał w 1922 r. w Berlinie. Tam też studiował chemię i po



dyplocie rozpoczął pracę w uniwersyteckim Zakładzie Chemii Instytutu Patologii. W 1927 r. doktoryzował się, uzyskując tytuł doktora filozofii. Po studiach medycznych w Rostocku obronił w 1932 r. pracę doktorską z zakresu medycyny. W 1932 r. ożenił się z Lilią von Steinmeister, z którą miał pięcioro dzieci (Jürgen, Rötger, Nora, Karin, Renate). Jego syn Jürgen Ammon został później profesorem medycyny i ordynatorem Oddziału Radiologii w Akwizgranie (Aachen). W 1933 r. Robert Ammon uzyskał w Schwerinie prawo wykonywania zawodu lekarskiego (Approbation). W 1935 r. habilitował się na Uniwersytecie Berlińskim (pod kierunkiem prof. Rony) z chemii fizjologicznej i patologicznej na podstawie pracy: *Acetylcholin und sein Ferment*⁴. W 1936 r. ponownie habilitowany na Uniwersytecie Wrocławskim. W 1937 r. został członkiem NSDAP oraz lekarzem Hitlerjugend⁵. W 1938 r. mianowano go starszym asystentem w Instytucie Fizjologii Uniwersytetu w Królewcu (Königsberg). W 1940 r. otrzymał nominację na profesora pozaplanowego. W 1943 r. został profesorem nadzwyczajnym i dyrektorem nowo utworzonego Instytutu Chemii Fizjologicznej Uniwersytetu w Królewcu, którym kierował do 1945^{9,10}. W latach 1943-1945 prowadził wykłady z chemii fizjologicznej w Królewcu, Ber-

linie i Gdańsku (TH i Medizinische Akademie Danzig). W tym czasie pełnił też okresowo funkcję p.o. kierownika Instytutu Chemii Fizjologicznej w Gdańsku^{2,3,10}. W lipcu 1944 r. udało mu się przewieźć żonę i dzieci z Królewca do krewnych w Poczdamie. On sam zdążył wiosną 1945 r. opuścić płonący Królewec by dotrzeć do Poczdamu, a potem schronić się wraz z rodziną w Bawarii¹¹. W latach 1945-1950 Ammon pracował w chemiczno-farmaceutycznych Zakładach H. Mack w Illertissen/Bawaria. 1 stycznia 1951 r. został mianowany profesorem zwyczajnym i dyrektorem Instytutu Chemii Fizjologicznej nowo utworzonego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Landu Saary w Homburgu. W połowie lat 60. był dziekanem i prodziekanem tego Wydziału. Nawiązał szerokie kontakty międzynarodowe i był współorganizatorem licznych kongresów. Wśród wielu cenionych publikacji Ammona wyróżnić trzeba jego współautorstwo w fundamentalnym, 5-tomowym dziele *Fermente, Hormone, Vitamine und Beziehungen dieser Wirkstoffe zueinander* (1938 r.), które było potem wielokrotnie wznawiane. Przedmiotem szczególnych zainteresowań Ammona były także płyny krwiozastępcze, problemy odżywiania i przemiany materii. Po przejściu na emeryturę w 1971 r. brał nadal czynny udział w pracach swojego Instytutu, opiekował się studentami, doktorantami i habilitantami. Prof. Robert Ammon był długoletnim członkiem prezydium Niemieckiego Towarzystwa Chemików (Gesellschaft Dt. Chemiker). W latach 1960-1964 był prezydentem Niemieckiego Towarzystwa ds. Żywności (Dt. Gesellschaft für Ernährung). W latach 1970-1978 był członkiem Międzynarodowej Komisji ds. Przemysłu Spożywczego i Żywności (Commision Intern. d. Industries Agricoles et Alimentaires) w Paryżu. W latach 1963-1972 pełnił rolę doradcy Ministerstwa Zdrowia RFN ds. Żywności. W latach 1966-1972 był sekretarzem generalnym Międzynarodowej Unii Nauk o Żywności (Intern. Union of Nutritional Sciences). Od 1968 r. był wiceprezydentem Międzynarodowej Unii Prasy Naukowej (Union Intern. de la Presse Scientifique) w Paryżu. Posiadał członkostwa honorowe: Japońskiego Towarzystwa Biochemików (1960 r.), Japońskiego Międzynarodowego Towarzystwa Medycznego (1961 r.), Portugalskiego Towarzystwa Chemii i Fizyki (1966 r.), Niemieckiego Towarzystwa ds. Żywności, Czechosłowackiego Towarzystwa Gastroenterologii i Żywności, Niemieckiego Towarzystwa Endokrynologii (1987 r.), Austriackiego Towarzystwa ds. Badań nad Żywieniem (1988 r.). Od 1979 r. był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Chemii Klinicznej i Diagnostyki Laboratoryjnej NRD. Od 1968 r. członek korespondent Międzynarodowej Akademii Proktologii (USA). Wśród licznych odznaczeń jakie otrzymał wyróżnić należy: 1968 r. – Medaille d'Argent de l'Academie Nationale de Medicine (Paryż) i Soc. d'Encouragement

pour la Recherche et l'Invention (Paryż). 1972 r. – Chevalier dans l'Ordre des Palmes Academiques. 1977 r. – Laureat de l'Acad. Intern. de Lutece (Paryż) i Krzyż Zasługi I Klasy NRF, 1982 r. – Emst von Bergmann Plakette Naczelnej Izby Lekarskiej NRF i Złoty Medal V. von Voit'a Niemieckiego Towarzystwa ds. Żywności. W 1987 r., przy pośrednictwie autora niniejszej publikacji, prof. Ammon podarował Bibliotece Akademii Medycznej w Gdańsku większą liczbę nowych książek medycznych wydawnictwa Springer. Z tej okazji, jako gość honorowy Katedry i Zakładu Biochemii AMG, wygłosił 18 maja 1987 r. w Gdańsku wykład naukowy na temat *Natural toxins in human food, selected examples* oraz opowiedział o swoich kontaktach z prof. Mozołowskim, powojennym kierownikiem Zakładu Biochemii w Gdańsku, z którym był zaprzyjaźniony. Zmarł 6 grudnia 1997 r. w Gersheim/Saarland.

BECHER Erwin (1890-1944) – profesor nadzwyczajny, lekarz internista. Urodzony 10 sierpnia 1890 r. w Remscheid k/Düsseldorfu, syn nauczyciela; ewangelik. Po ukończeniu szkół i gimnazjum w rodzinnym mieście studiował medycynę, filozofię i nauki przyrodnicze w Bonn, Münster, Marburgu i Gießen. W 1913 r. uzyskał tytuł dr. fil. w Gießen na podstawie pracy *Statische Strukturen im Echinodeenskelett*. W 1914 r. został lekarzem i otrzymał etat asystenta w Instytucie Fizjologii Uniwersytetu w Gießen. W 1916 r. doktoryzował się w zakresie medycyny po przedłożeniu pracy *Beitrag zur Histogenese und Morphogenese der Uterusmyome*. Jako ochotnik brał udział w I wojnie światowej. W latach 1916-1919 był lekarzem w lazarecie rezerwowym w Gießen. W 1925 r. habilitował się z chorób wewnętrznych na Uniwersytecie Halle an der Saale. W 1927 r. przeniósł się wraz z prof. Volhardem na Uniwersytet we Frankfurcie/M. Tam w 1928 r. otrzymał nominację na profesora nadzwyczajnego. W 1935 r. mianowany kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych nowo powstałej Akademii Medycyny Praktycznej w Gdańsku. Po kilku miesiącach, z przyczyn zdrowotnych^{2,9}, musiał ustąpić ze stanowiska (jego następcą został prof. Bohn). Powrócił do Frankfurtu, gdzie 4 września 1944 r. zmarł.

Od 1 maja 1933 r. był członkiem NSDAP (nr. 2535895); członek wspierający SS.

BOHN Hans (1896-1966) – profesor zwyczajny, dr med., dr fil., internista. Urodzony 5 października 1896 r. w Trewirze (Trier). Habilitował się w 1930 r. we Frankfurcie/M. i został tam docentem prywatnym. W latach 1935-1945 był profesorem zwyczajnym i dyrektorem Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycyny Praktycznej, następnie Medizinische Akademie Danzig (MAD)^{3,4,8,9}. Udało mu się opuścić Gdańsk przed wkroczeniem Armii Radzieckiej. Po wojnie pracował w Szpitalu Miejskim w Ulm. Potem, aż do emerytury był ordynatorem Kliniki Chorób Wewnętrznych w Gießen. Interesował się przede wszystkim zagadnieniami wrodzonych wad serca, nadciśnieniem tętniczym, enteropatią endokrynną i in. Zmarł 19 listopada 1968 r. w Bad Eilsen. Był członkiem NSDAP¹².

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. 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; Schenck 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).

5. Klee E., *Das Personal Lexikon zum Dritten 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).

6. Grabowski von, M.T.W., V. B. von Grabowski, *Jüdische Ärzte in Danzig bis zum II. Weltkrieg*, Westpreußen-Jahrbuch 2016, Münster, 2016, Bd. 66, w druku.

7. Kütterer G., *Lebensdaten verdienter Persönlichkeiten in den ersten Jahrzehnten des XX. Jh.*, Verl. Boous on Demand, Norderstedt, 2015, 18.

8. Inwentarz „*Medizinische Akademie in Danzig 1935-1945*“, Wojewódzkie Archiwum Państwowe w Gdańsku, nr. zespołu: 1230. (Albrecht H. –teczka 10/1230/0/8; Bohn H.- 10/1230/0/10; Großmann E. – 10/1230/0/18; Kauffmann F. –10/1230/0/26; Klose H. – 10/1230/0/28; Koll W. – 10/1230/29; Meyer H. – 10/1230/0/37-38-39; du Mont H - 10/1230/0/40-41-42; Möbius F. – 10/1230/0/43; Nast O. – 10/1230/0/46).

9. Scholz H., Schoeder P., *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).

10. Ammon R., *Informacje osobiste w latach 1982-1992*, Homburg/Saar, Gersheim/Saarland.

11. Ammon J. (syn prof. Roberta Ammona), pisemne informacje, Akwizgran (Aachen), 17.01.2009 (w posiadaniu autora).

12. Schenk P., *Mein Verhältnis zu der NSDAP in Danzig 1930-1945*. Niedatowane i niepublikowane wspomnienia z Gdańska (w posiadaniu autora).

Dr Michał Grabowski jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z 1967 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.



Dr Włodzimierz Surewicz (1913-1991)

Urodził się 17 października 1913 r. w Smoleńsku. Ojciec Aleksander, prawnik z zawodu, matka – Anna z d. Łotocka. Ukończył Gimnazjum Państwowe im. Zygmunta Augusta w Wilnie, uzyskując w 1932 r. świadectwo maturalne. W tym samym roku podjął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, gdzie w 1938 r. uzyskał dyplom lekarza. Włodzimierz Surewicz miał rodzeństwo – starszego brata Aleksandra, prawnika, urodzonego w 1911 r. i siostrę Halinę, która przyszła na świat w 1920 r. Ukończyła ona studia farmaceutyczne i pracowała jako asystentka w Zakładzie Farmakognozji na Wydziale Farmaceutycznym AMG.



rejonowy w Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Gdańsku. Ożenił się z Zofią Zinaidą z d. Koncewicz, z którą mieli syna Andrzeja urodzonego 21 października 1946 r. W listopadzie 1949 r. otrzymał stopień naukowy doktora medycyny na podstawie pracy *Próba leczenia fuadyną włośnicy doświadczałnej u świńek morskich*. W 1952 r. uzyskał II stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych i objął stanowisko adiunkta. Dr Włodzimierz Surewicz był bardzo cenionym lekarzem i znakomitym nauczycielem studentów. Prof. S. Wszelaki występując dla niego w 1954 r. z wnioskiem o odznaczenie

Medalem X-lecia Polski Ludowej taką wystawił mu opinię: *Wyróżnia się zwłaszcza wybitną pracą dydaktyczną jako najlepszy z nauczycieli dla studentów. Nie zaniedbuje własnej pracy naukowej w rezultacie czego został zgłoszony przez Wydział Lekarski AMG jako kandydat do tytułu naukowego docenta.*

Dr W. Surewicz, będąc adiunktem III Kliniki Chorób Wewnętrznych AMG, zdecydował się na odejście z Uczelni z dniem 15 sierpnia 1959 r. do organizującego się Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni-Redłowie, gdzie objął stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych. Na stanowisku ordynatora przepracował 20 lat. W dniu 31 stycznia 1979 r. przeszedł na emeryturę. Pracował jeszcze kilka lat na Oddziale, pełniąc dyżury. *Trudno było o lepszego szefa – zgodnie po 30 latach stwierdzają współpracownicy doktora Surewicza. Jego głównymi cechami charakteru były sumienność i akuratność* (zob. A. Kolejewski, K. Małkowski, *Dzieje Szpitala na Kępie Redłowskiej*, Gdynia, 2007 r.).

Dr Włodzimierz Surewicz zmarł 19 października 1991 r.

oprac. prof. Wiesław Makarewicz

I KLINIKA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Kierownik: Stanisław Wszelaki, dr w. n. lek., doc. ALG i zast. prof. patologii szczegółowej i terapii chorób wewnętrznych

Adiunkt: Leon Tenczyński, dr med.

Asystenci starsi: Leopold Jan Handzel, lek., Władysław Kierst, lek., Włodzimierz Surewicz, lek., Wacława Wróblowa, lek.

Asystenci młodsi: Lucja Kozanowa, lek., Stanisława Ławińska, lek., Lucja Sadowska, lek.

Asystenci-wolontariusze: Michał Marszałkowicz, lek., Maria Różkowska, lek.

Skład osobowy ALG 1947/1948



Przede wszystkim profilaktyka. Biała sobota w Skorzwie

Pomiary glukozy we krwi, cholesterolu, tkanki tłuszczowej, a także ciśnienia. I to wszystko bezpłatnie. Lekarze i studenci GUMed przyjmowali pacjentów w przedszkolu przy ul. Zdrojewskiego w Skorzwie (gm. Kościerzyna). Biała sobota była dla mieszkańców gminy szansą na sprawdzenie stanu swojego zdrowia bez kolejek i co najważniejsze – kompleksowo. Podczas tego typu akcji udaje się wcześniej wykryć zmiany nowotworowe, w przypadku których szybka reakcja jest kluczowa. Oprócz profilaktyki można było zapoznać się z techniką badania piersi oraz zasad udzielania pierwszej pomocy. W Skorzwie pojawiło się 19 studentów GUMed oraz 3 lekarzy. Z konsultacji i badań skorzystało kilkadziesiąt osób. ■



Studenci StuDENTom



Kolejne spotkanie z cyklu *Studenci StuDENTom* zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii Oddział Gdańsk odbyło się 18 marca 2017 r. w prosektorium GUMed. Dotyczyło zagadnień związanych z anatomią głowy i szyi. Warsztaty prowadzili studenci z SKN przy Zakładzie Anatomii i Neurobiologii pod czujnym okiem dr. Jana H. Spodnika. Szkolenie składało się z dwóch części: teoretycznej oraz praktycznej. Ta druga polegała na odszukiwaniu omawianych struktur w wypreparowanych zwłokach. Dla studentów I roku zajęcia były okazją do powtórki przed egzaminem, a dla starszych roczników przypomnieniem i pogłębieniem wiedzy z zakresu morfologii głowy. ■

Wykład dla seniorów z Rumi

Leczenie stóp nie musi być tajemnicą. Udowodniły to **Marta Bromirska**, studentka GUMed działająca w SKN Reumatologii oraz **Justyna Napora**, studentka Collegium Medicum UMK, także związana z reumatologią. Pod opieką dr. Żanety Smoleńskiej i lek. Anny Wojteczek z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii przeprowadziły pogadankę dla słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Rumi. Temat wykładu, którego można było wysłuchać 4 marca br. obejmował różne schorzenia reumatyczne stóp, m.in. dnę moczanową, chorobę zwyrodnieniową i entezopatię. Pierwsza część spotkania obejmowała etiologię, czynniki



ryzyka, objawy oraz leczenie schorzeń stóp. W drugiej części zostały omówione i pokazane ćwiczenia, które pacjent może wykonywać samodzielnie. Wystąpienie zostało bardzo dobrze przyjęte, a sam temat cieszył się dużym zainteresowaniem wśród słuchaczy. ■

Samotność opiekuna chorego w domu – potrzeba zmiany!

Pośród beneficjentów Fundacji Pomocy Lekarzom Seniorom działającej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, mamy już od dwóch lat lekarza cierpiącego na postępującą chorobę – stwardnienie zanikowe boczne (SLA). Ten nasz kolega Zygmunt ma obecnie 75 lat. Studiował w Poznaniu, jest internistą i kardiologiem. Choroba rozpoczęła się u niego przed czterema laty. Aktualnie pan Zygmunt przebywa w domu pod troskliwą opieką żony (pedagoga z zawodu), nie opuszcza łóżka, nie mówi i pozostaje na oddechu kontrolowanym.

Kontakty z tą rodziną uświadomiły mi bardzo dobitnie, przed jakże trudnymi wyzwaniem stoją opiekunowie takich pacjentów i jak wysoce niezadowolający jest w tej sytuacji nasz system ochrony zdrowia i opieki społecznej. Czuję potrzebę podzielenia się tymi obserwacjami niejako „u źródła” w nadziei, że nie tylko przyczynią się one do wsparcia działalności naszej Fundacji, ale może podniosą świadomość o niedostatkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i/lub opieki społecznej. Problem jest wysoce złożony, bo przedmiotem pomocy w tych okolicznościach musi być zarówno sam chory, jak i jego opiekun.

Rzadkość choroby czyni opiekunów mało widocznymi, stanowią oni mniej dostrzegalną grupę, pozostawioną z wieloma problemami samym sobie. Często słyszą słowa pełne podziwu, współczucia lub szczere życzenia wytrwałości, ale tak naprawdę pozostają bardzo samotni. Trwają przy chorym 24 godziny na dobę, starając się stworzyć mu jak najlepsze warunki. Niestety choroba niszczy bliską osobę, ale jednocześnie też opiekunów. Jak mówi żona p. Zygmunta: *moja sytuacja zdrowotna zmusza mnie do zatrudniania kilku opiekunek, które pomagają mi otoczyć właściwą opieką męża przez całą dobę. To jest największy problem, którego doświadczam sprawując opiekę nad mężem – to, poszukiwanie i zdobycie opiekunki dla chorego z respiratorem, PEG-iem i cewnikiem, któremu trzeba co tydzień robić lewatywy i który wymaga ciągłej uwagi stanu urządzeń wspomagających jego życie. Nie jesteśmy żadną konkurencją na rynku pracy. NFZ nie dokłada nam ani jednej złotówki, co według mnie jest bardzo niespra-*

wiedliwe, gdyż zakłady opiekuńcze, oddziały szpitalne opiekujące się takimi chorymi otrzymują pomoc finansową. My opiekunowie takich samych chorych, opiekując się w domach, mamy do dyspozycji jedynie swoje emerytury.

Poważnym problemem są także kwalifikacje opiekunek. Niektóre z nich kończyły kursy przygotowujące do pracy przy chorym – niestety żadna nigdy nie odsysała chorego, nie znała zasad pracy respiratora. Każdej z osób zatrudnionych trzeba poświęcić kilka dni ucząc je samodzielnego bycia przy chorym na SLA, nauczyć odsysania i pielęgnacji. Należy postawić pytanie do jakiej pracy przygotowujemy opiekunki na kursach – przecież to one głównie trafiają do opieki w naszych domach. Czy praca ich ma ograniczać się jedynie do mycia podłogi i wycierania kurzu? Jak długo wytrzyma opiekun bez snu i choćby krótkiego odpoczynku? Pani Barbara mówi: *Ja znam odpowiedź na to pytanie, bez pomocy nie jesteśmy w stanie już po kilku dniach, żyjąc w ciągłym stresie, walcząc ciągle z nowymi objawami sugerującymi gorszy stan chorego i bez prawidłowego snu, nie jesteśmy w stanie długo pomagać, bo sami opadamy z fizycznych i psychicznych sił! Myślę, że wszyscy opiekunowie chorych na SLA wymagają więcej uwagi, a co za tym idzie pomocy ze strony państwa. Można dużo pomóc opiekunom, ale trzeba poznać życie opiekunów chorych w ich domach, trzeba też umieć słuchać, o czym mówią i na jakie trudności napotykają.*

Niestety opiekun napotyka też wiele barier biurokratycznych, które można łatwo usunąć. Chorzy z SLA objęci są zwykle opieką wentylacji łóżkowej, więc czyż nie byłoby logiczne, by lekarz odwiedzający raz w tygodniu chorego miał możliwość wypisać recepty dla opiekuna i chorego – byłoby to wielkim ułatwieniem, brak tylko stosownego przyzwolenia. W przychodniach pierwszeństwo w przyjęciu przez lekarza ma kilka grup społecznych. Wydaje się, że opiekunowie zasługują też w pełni na taki przywilej. Niezwykle ważne w ich trudnej sytuacji jest usankcjonowanie priorytetu dostępu do lekarzy specjalistów i lekarza pierwszego kontaktu. Dla pacjenta i dla opiekuna ogromne znaczenie ma dobra współpraca z lekarzem pierwszego kontaktu, którego zadaniem jest koordynowanie całości postępowania leczniczego i opiekuńczego.

Właściwe sprawowanie opieki nad takim chorym niesie ze sobą ogromny wzrost kosztów bezpośrednich (leki, materiały do pielęgnacji, płatna opieka i in.), jak i niektórych pośrednich (prąd, woda, środki komunikacji i in.), który niemal w całości spada na rodzinę. Pomoc państwa w tym względzie jest wysoce niedostateczna. Nie jest jej w stanie w tej skali zastąpić pomoc organizacji pozarządowych, takich jak nasza Fundacja. Tu naprawdę potrzebna jest dobra zmiana!

prof. Wiesław Makarewicz,
Fundacja Pomocy Lekarzom Seniorom



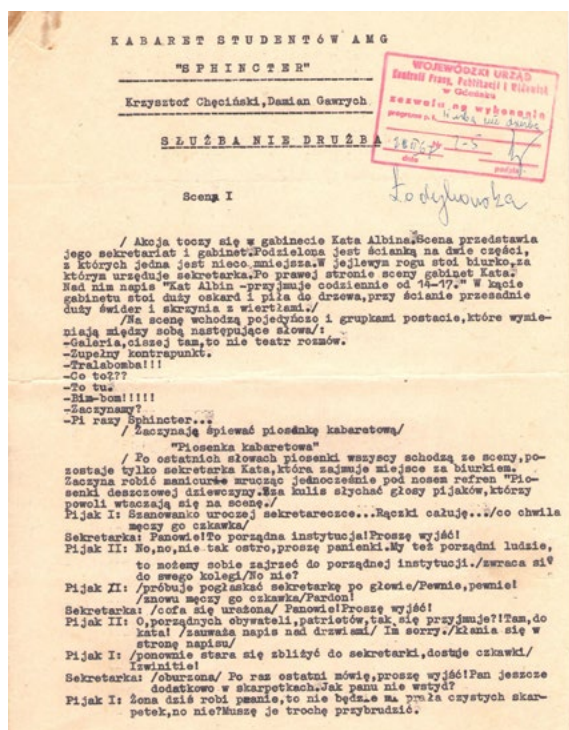
Kabaret studentów „SPHINCTER” – 50 lat minęło

Dokładnie pół wieku temu, w latach 1966-1968, pod patronatem Komisji Kultury Rady Uczelnianej Zrzeszenia Studentów Polskich działał kabaret studentów AMG „SPHINCTER”. Ja, student IV roku Wydziału Lekarskiego byłem jego założycielem, kierownikiem i autorem wielu tekstów. W czasie naszej dwuletniej działalności kabaret przygotował i kilkakrotnie wystawił trzy programy. Pierwszy z nich – *Premiera*, składał się z wierszy, skeczów i piosenek, w większości dotyczących spraw środowiska studentów AMG oraz osiedla akademickiego przy ul. Dębowej 3. Drugi program – *Służba nie druźba* był swego rodzaju groteską słowno-muzyczną z licznymi piosenkami, o różnej tematyce. Trzeci był inscenizacją jednoaktówki Sławomira

Mrożka *Na pełnym morzu*. Należy podkreślić, że Kabaret tworzyli wyłącznie studenci naszej Uczelni:
 teksty: Krzysztof Chęciński, Damian Gawrych, Szymon Kazimierski
 muzyka i akompaniament: Jacek Januszko, Tadeusz Lewandowski
 projekty graficzne programów Irena Awstric
 reżyseria Waldemar Wrzeński
 wykonawcy: Krzysztof Chęciński, Marek Cieszewski, Urszula Czepek, Alicja Goc, Hanna Henrych, Małgorzata Kaczanowicz, Leszek Ochyl, Marek Prus, Ewa Siondalska.

W kwietniu 1967 r. Kabaret wziął udział w VI Ogólnopolskim Przeglądzie Zespołów Artystycznych Medyków w Białymstoku.

lek. Krzysztof Chęciński



Studenci GUMed i PG połączyli siły



Paulina Pałasz i Łukasz Adamski ze Studenckiego Koła Naukowego Chirurgii Szczękowo-Twarzowej oraz SKN Radiologii GUMed, a także Damroka Etmańska, Aleksandra Halman i Ewa Kozłowska z Politechniki Gdańskiej połączyli umiejętności i wiedzę. Efektem ich działań była praca *Wykorzystanie metod diagnostyki obrazowej w projektowaniu implantów indywidualnych żuchwy* zaprezentowana podczas III Studenckiego Ogólnopolskiego Forum Radiologicznego, które odbyło się 12 marca br. w Warszawie. ■

Naukowiec GUMed w Nowym Jorku

Dr hab. Jacek Sznurkowski, adiunkt Kliniki Chirurgii Onkologicznej był w dniach 6-16 marca br. gościem prof. Denisa Chi, zastępcy dyrektora Departamentu Chirurgii i równocześnie szefa poddziału kompleksowego leczenia raka jajnika (Head of Ovarian Cancer Unit – Gynecology Service in Department of Surgery) w Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) New York w USA. Celem pierwszoplanowym wizyty była próba namówienia Amerykanów do walidacji nowego planu le-

czenia operacyjnego raka jajnika (central ligation and cancer no touch technique), który został niedawno opublikowany przez dr. hab. Jacka Sznurkowskiego w *World Journal of Surgical Oncology*.



Celem drugoplanowym było zapoznanie się z zasadami organizacji ośrodków kompleksowego leczenia raka (tzw. cancer unitów) w jednym z najlepszych centrów onkologicznych w USA. Ginekologia onkologiczna funkcjonuje w MSKCC w strukturach Departamentu Chirurgii, dzięki czemu, jak twierdzą Amerykanie, wykonywanie bardzo złożonych operacji onkologicznych z zakresu ginekologii jest bardziej bezpieczne i efektywne kosztowo.

MSKCC jest największym na świecie prywatnym centrum onkologicznym, które zatrudnia 1033 lekarzy, 1723 rezydentów oraz 2605 pielęgniarek. W ramach leczenia stacjonarnego znajduje się tu zaledwie 475 łóżek. W 2016 r. wykonano 22467 operacji onkologicznych. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 6.8 dnia, a współczynnik obłożenia oddziałów 90.9%. W tym samym roku przeprowadzono 118845 procedur z zakresu radioterapii oraz wykonano 468848 zabiegów diagnostycznych z uwzględnieniem radiologii interwencyjnej. Aktualnie w MSKCC prowadzonych jest 879 badań klinicznych i 285 projektów doktoranckich (265 Ph.D. i 20 M.D./Ph.D.). Rocznie uczy się tu 548 studentów medycyny i 312 studentów pielęgniarstwa.

Naukowcy z MSKCC wyrazili swoje obawy czy proponowana nowa technika rzeczywiście zabezpiecza przed jatrogennym (śródooperacyjnym) rozsiewem komórek rakowych i dlatego zasugerowali wspólny projekt badawczy mający na celu ocenę wpływu czynności chirurgicznych w raku jajnika na poziom krążącego rakowego DNA (*circulating tumor DNA*). ■



Podczas wspinaczki na szczyt Shivling w Himalajach Gharwalu w Indiach zginął **Łukasz Chrzanowski**.

Co możemy zrobić?

Możemy zatroszczyć się o przyszłość jego najbliższych przekazując **1%** podatku.

Ta zbiórka to wsparcie dla żony Łukasza Basi oraz trójki jego dzieci: Pauliny, Julki i Jasia.

Wpisz numer Organizacji Pożytku Publicznego, czyli **KRS 0000108308**.

W pole „cel szczegółowy 1%” wpisz **DLA BASI**

W zbiorce pieniędzy wspiera nas: Uniwersytecki Klub Alpinistyczny
KRS 0000108308

Nagrody jubileuszowe UCK

Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

20 lat

- lic. Monika Borowik
- Grażyna Kasprzycka
- lic. piel. Henryka Makówka
- Andrzej Mateja
- Katarzyna Olszewska
- lic. piel. Beata Rogowska

25 lat

- mgr poł. Dorota Butkiewicz
- Jarosław Dobrenko
- Katarzyna Gibas
- mgr piel. Anna Janus
- Sebastian Kurkus

30 lat

- lic. piel. Jolanta Bąk
- Jolanta Czerwonka
- lic. piel. Hanna Dobrodziej
- mgr piel. Beata Glazer
- Bożena Brandt-Kawecka
- Barbara Kondratowicz
- Barbara Kujawińska
- Jerzy Serwatka

35 lat

- Lucyna Dwojewska
- Morzysława Jasik
- Małgorzata Klinkosz
- Wiesława Krzysztofek
- Bożena Potrykus
- Barbara Rekowska

W dniu 2 lutego 2017 roku zmarła

dr med. Barbara PORZEZIŃSKA

emerytowany specjalista chorób wewnętrznych, związana z Kliniką Chorób Nerek Akademii Medycznej w Gdańsku. Studia lekarskie ukończyła w Lublinie, uzyskując w 1966 r. dyplom lekarza. Po studiach podjęła pracę w I Miejskiej Przychodni Obwodowej w Gdyni. Specjalizację pierwszego stopnia w chorobach wewnętrznych uzyskała w 1972 r. i z początkiem roku 1973 podjęła zatrudnienie w Przychodni Chorób Nerek Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Gdańsku z możliwością pracy w niepełnym wymiarze czasu w Klinice Chorób Nerek AMG. Tam uzyskała specjalizację drugiego stopnia w 1976 r. i otrzymała w 1981 r. stopień naukowy doktora. Z początkiem roku akademickiego 1982/1983 rozwiązała stosunek pracy z AMG obejmując stanowisko ordynatora w Zakładzie Opieki Zdrowotnej przy al. Zwycięstwa w Gdańsku-Wrzeszczu. Ze smutkiem żegnamy byłego pracownika i oddanego pacjentom lekarza.

W dniu 23 lutego 2017 roku zmarła

dr med. Halina IWANOWSKA

specjalista chirurg, wieloletni adiunkt klinik chirurgicznych Akademii Medycznej w Gdańsku. Studia lekarskie odbywała w Akademii Medycznej w Krakowie, gdzie uzyskała dyplom lekarza w 1952 r. Po krótkim stażu jako wolontariusz w Klinice Neurochirurgii w Krakowie, przeniosła się w 1953 r. do Gdańska, podejmując zatrudnienie w III Klinice Chirurgicznej kierowanej przez prof. Zdzisława Kieturakisa. W latach 1953-1957 korzystała ze stypendium jako aspirant, następnie od 1957 r. przeszła na etat asystenta i później starszego asystenta (1961-1966). Specjalizację z chirurgii ogólnej pierwszego stopnia uzyskała w 1960 r., a drugiego stopnia w 1963 r. Doktorat obroniła w 1966 r., obejmując w Klinice stanowisko adiunkta. Po utworzeniu w 1970 r. Instytutu Chirurgii była adiunktem w II Klinice Chirurgii Ogólnej. W latach 1969 i 1974 przebywała na 2-3 miesięcznych stażach szkoleniowych w ośrodkach chirurgicznych w Wielkiej Brytanii i Holandii. Ostatnie lata przed emeryturą pracowała na 3-letnim kontrakcie w Nigerii. Na emeryturę odeszła z końcem 1986 r. W 1976 r. została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi. Ze smutkiem pożegnaliśmy oddanego pacjentom lekarza i nauczyciela akademickiego.

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI

Mikroskop. Z historycznego punktu widzenia jeden z najważniejszych instrumentów rewolucji naukowej. Jego wynalezienie umożliwiło dostrzeżenie świata do tej pory niedostępnego dla ludzkiego oka, a co za tym idzie całkowitą zmianę horyzontu poznawczego. Swoją wielką rolę w XIX w. medycyna zawdzięcza m.in. mikroskopowi. Również i dziś nie można wyobrazić sobie diagnostyki i badań naukowych bez tego instrumentu.

Przez dziesiątki lat mikroskop był doskonalony, a jego konstrukcja coraz bardziej złożona. Wprowadzono do użycia różnorodne odmiany urządzenia pozwalające obserwować nie tylko coraz mniejsze obiekty, lecz również o szczególnych cechach struktury fizykochemicznej. Mikroskopy fluorescencyjne, wykorzystujące zjawisko fluoro- i fosforescencji pozwalają na badanie substancji organicznych i nieorganicznych, mikroskopy konfokalne, w których uzyskiwane są obrazy o podwyższonych kontraście i rozdzielczości wykorzystywane są do badania półprzewodników, a mikroskop metalograficzny służy do analizy obiektów nieprzeziernych takich jak np. metale, dzięki niemu możliwe jest dostrzeżenie wad powierzchni, mikroskopijnych pęknięć struktury materiału.

Po wpisaniu w wyszukiwarkę słowa „mikroskop” uzyskano dziś 8 620 000 haseł w języku polskim i 67 300 000 haseł w języku angielskim. Dla porównania „The Clash” – jeden z najważniejszych zespołów w historii muzyki rockowej to „tylko” 23 900 000 haseł.

Mikroskopy to również obiekty bardzo wdzięczne z punktu widzenia muzeów. Ich różnorodność, popularność, trwałość i stosunkowa łatwość eksponowania są zaletami, obok których muzealnicy nie może przejść obojętnie.

Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego dysponuje kilkoma ciekawymi

mi obiektami z tej grupy. Niedawno nasza kolekcja wzbogaciła się o kolejny bardzo ciekawy mikroskop, którego historia związana jest z naszą Uczelnią.

W odróżnieniu od opisanych powyżej odmian jest to urządzenie bardzo proste oraz niewielkie. Składa się z odlanego w jednym bloku żeliwnego statywu, z przymocowanym niewielkim lusterkiem, dwoma zaciskami do szkiełka przedmiotowego oraz okularu i obiektywu zamocowanych w tubusie. Jak widać na fotografii układ optyczny jest również bardzo prosty, a regulacja ostrości odbywa się poprzez delikatne przesuwanie tubusu w górę i w dół. Na podstawie statywu widnieje napis „GERMANI”, wskazujący miejsce produkcji tego instrumentu, jego czas – przełom lat 50. i 60. XX w.

Następna fotografia uwidacznia różnicę wielkości tego mikroskopu w stosunku do typowego urządzenia, również z kolekcji Muzeum GUMed. Nie należy dać zwieść się niepozornemu wyglądowi, zapewnienie odpowiedniego światła pozwala na swobodne mikroskopowanie preparatów, szczególnie w zakresie wymaganych przez studenta medycyny lub pasjonata biologii pragnącego zgłębiać tajemnice mikroświata.

Prezentowany mikroskop został przekazany do Muzeum przez dr. Marka Kozłowskiego, który jako student medycyny otrzymał go od swojego taty, prof. Henryka Kozłowskiego, kierownika Katedry i Zakładu Anatomii Patologicznej AMG (1964-1972), a następnie kierownika Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej i Patomorfologicznej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety AMG (1972-1981).

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.



DZIECI
RADZĄ SOBIE
SAME
TYLKO
W BAJKACH

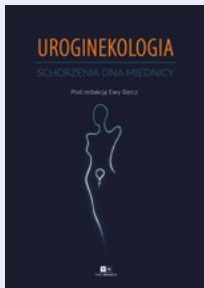
POMÓŻ CHORYM I OSIEROCONYM DZIECIOM.
PODARUJ SWÓJ 1% FUNDACJI HOSPICYJNEJ.
KRS 0000 201 002



FUNDACJA
HOSPICYJNA

www.fundacjahospicyjna.pl

Wkrótce w sprzedaży



Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy

Ewa Barcz (red.)

Monografia *Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy* 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 (ryciny, 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 Ślosarek (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* wydanego 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>



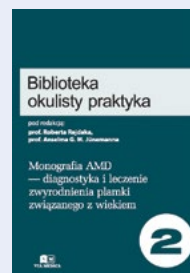
Wino jest dobre dla serca (oprawa twarda)

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 związanego 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 związanemu 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>

O śnie, podróżach i genetycznych sekretach twarzy

Somnus – po prostu sen to tytuł prezentacji Dominiki Heldt i Igora Skwarka, uczniów z VI Liceum Ogólnokształcącego w Gdyni, która została przedstawiona podczas lutowych Młodzieżowych Spotkań z Medycyną. Zaprezentował się także dr Robert Szymczak z Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej GUMed, który opowiedział słuchaczom o podróżowaniu po górach wysokich. Dr hab. Beata Lipska-Ziętkiewicz, pediatra, genetyk kliniczny z Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki przedstawiła natomiast wykład *Genetyczne sekrety ludzkiej twarzy*. Młodzieżowe Spotkania z Medycyną odbyły się 28 lutego br. w Atheneum Gedanense Novum. Inicjatorem MSM jest Zakład Prewencji i Dydaktyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku. ■



Uroczystość czepkowania



Z głęboką czią i dumą przyjmuję dany mi symbol pielęgniarstwa. Ślubuję, że uczynię wszystko, aby stał się on w praktyce symbolem tego co dobre, ludzkie i szlachetne. Będę przestrzegać zasad etyki zawodowej, rzetelnie przygotowywać się do przyszłej pracy zawodowej. Zawsze będę służyć pomocą potrzebującym, słabym i cierpiącym. Ślubuję dbać o honor uczelni, wzbogacać jej tradycje i dorobek. Ślubuję!

Ponad 120 absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo złożyło ślubowanie podczas czepkowania, które odbyło się 17 lutego 2017 r. w Atheneum Gedanense Novum. Położne otrzymały białe czepki z czerwonym paskiem, pielęgniarki z czarnym, a studenci przypinki w kształcie pielęgniarzkiego czepka. W uroczystości udział wzięli przedstawiciele władz Uczelni, wykładowcy oraz zaproszeni goście, w tym m.in.: prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu dr hab. Przemysław Rutkowski, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego Jolanta Sobieralska-Grenda, wiceprzewodnicząca ORPIP w Gdańsku mgr Marzena Olszewska-Fryc, dyrektor ds. pielęgniarstwa i organizacji opieki Szpitala św. Wojciecha dr Krystyna Paszko i przełożona pielęgniarek Kliniki Położnictwa UCK mgr Tasija Kalogridou. Nie zabrakło zastępcy dyrektora naczelnego ds. logistyki i zabezpieczenia medycznego UCK Adama Sudoła oraz mgr Anny Lignowskiej, zastępcy dyrektora naczelnego UCK ds. pielęgniarstwa. Słowa uznania oraz serdeczne gratulacje przesłała również mgr Leokadia Jędrzejewska, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Uroczystość otworzyła i prowadziła dr Jolanta Olszewska, kierownik kierunku położnictwo. Po przywitaniu i przedstawieniu gości dr Hanna Grabowska, kierownik kierunku pielęgniarstwo wprowadziła zebranych w tematykę pielęgniarstwa. W swojej prezentacji

przedstawiła wybrane aspekty pielęgniarstwa historycznego i współczesnego. W podobnym klimacie dr Jolanta Olszewska opowiedziała o położnictwie, łącząc w swojej prezentacji starożytną akuszerię i położnictwo XXI w. Czepkowanie dla środowiska pielęgniarek i położnych ma wyjątkowo uroczysty, podniosły charakter, bowiem kreuje tożsamość zawodową tej grupy. Przy świetle zapalonego lampionu nawiązującego do lampy z epoki prekursorki zawodu – Florencji Nightingale oraz symbolu życia powierzanego opiece pielęgniarek i położnych ceremonii czepkowania pielęgniarek i pielęgniarzy dokonali: dr Anna Roszmann, dr Katarzyna Kretowicz i mgr Agata Flis. Położne przyjęły czepki z rąk: dr Anny Michalik oraz dr Justyny Kamińskiej. Uroczystość uświetnił występ chóru złożonego ze studentek pielęgniarstwa i położnictwa. W ich wykonaniu zebrani usłyszeli *Hymn pielęgniarzki* pod dyrekcją dr Agnieszki Kruk.

Głos zabrali: dr hab. Przemysław Rutkowski, Jolanta Sobieralska-Grenda i Marzena Olszewska-Fryc. Wszyscy w ciepłych słowach wyrażali podziw dla absolwentów za trud, jaki podjęli wybierając zawody pielęgniarki i położnej. Na zakończenie uroczystości przyszedł czas na życzenia od studentów niższych roczników i wręczenie kwiatów.

mgr Joanna Moćkun,
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego

