



GAZETA miesięcznik GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

AMIG

ISSN 1506-9745

Rok 27

Październik 2017

nr 10 (322)

Inauguracja roku akademickiego 2017/2018



II Letnia Szkoła Preparatyki Anatomicznej za nami



Jedenastu studentów z Uniwersytetu w Palermo wraz z opiekunem prof. Antonellą Marino Gammazzą wzięło udział w II Letniej Szkole Preparatyki Anatomicznej, która odbyła się w dniach 10.07-4.08 br. w GUMed. Zajęcia, w których wzięli udział członkowie Studenckiego Koła Naukowego zorganizowane były w Zakładzie Anatomii i Neurobiologii obejmowały seminaria, wykłady i 120 godzin ćwiczeń. Uczestnicy zgodnie twierdzą, że wiedza i umiejętności praktyczne są niezwykle ważne w zawodzie lekarza. Pod opieką dr. Jana Spodnika i dr. Sławomira Wójcika oraz współpracowników z Zakładu uczestnicy Letniej Szkoły doskonalili swoją wiedzę i umiejętności w zakresie anatomii topograficznej i technik preparacyjnych. Wzięli udział również w wykładzie monograficznym dr hab. Mirosławy Cichorek, kierownik Zakładu Embriologii oraz mieli okazję skonfrontować swoją wiedzę z potrzebami klinicznymi podczas wizyty w Zakładzie Diagnostyki Chorób Serca. Pobyt gości z Włoch to kolejny etap realizacji porozumienia o współpracy naukowo-dydaktycznej pomiędzy Gdańskim Uniwersytetem Medycznym a Uniwersytetem w Palermo. Zgodnie z zapewnieniami strony włoskiej, nie jest to ich ostatnia wizyta w Polsce. ■



Odwiedzili GUMed

Prezydent Polsko-Chińskiej Izby Przemysłowo-Handlowej Qu Daqing oraz z dyrektor Biura Zarządu Katarzyna Kąkol odwiedzili 22 sierpnia br. Gdański Uniwersytet Medyczny. Delegację przyjął rektor prof. Marcin Gruchała. Spotkanie dotyczyło ewentualnego nawiązania współpracy na polu edukacyjnym. ■



Prof. Chaim Gilon o Alzheimerze i zdrowym trybie życia

Prof. Chaim Gilon z Instytutu Chemii na Uniwersytecie Hebrajskim w Jerozolimie był gościem Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej oraz Zakładu Immunologii Klinicznej i Transplantologii GUMed. W ramach wizyty 31.08 br. wygłosił wykład pt. *Preventing (and reversing) Alzheimer's and other diseases or how to live longer and healthy life and be happy*.

Profesor w swojej prezentacji poruszył zagadnienia dotyczące wykrywania mechanizmu wywołującego chorobę Alzheimera oraz zapobiegania chorobie – zdrowemu trybowi życia oraz diecie. Po wykładzie słuchacze wzięli udział w dyskusji, w której Profesor odpowiedział na ich konkretne pytania.

Prof. Gilon jest światowej sławy chemikiem, wybitnym specjalistą w dziedzinie chemii peptydów, a szczególnie ich aplikacji klinicznych. Jego badania pozwoliły na opracowanie nowych leków, w tym in-

hibitorów replikacji wirusa HIV-1 oraz leków przeciwko reumatoidalnemu zapaleniu stawów. Jednym z ostatnich zainteresowań Profesora są molekularne podstawy pamięci i tego tematu dotyczą jego ostatnie publikacje. Prof. Gilon jest współautorem ponad 270 publikacji naukowych oraz 40 patentów. ■



W numerze m.in.

■ Przemówienie inauguracyjne rektora prof. Marcina Gruchały	4
■ Przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny – nowy kierunek w ofercie dydaktycznej GUMed	11
■ Efektywnie lecząc, dobrze uczyć i służyć nauce	12
■ Prorektorzy kliniczni obradowali w GUMed	15
■ Szef jest silny siłą zespołu	16
■ MINIATURY rozdane	17
■ Uratowali serce, wykorzystując druk 3D	18
■ Tajemnice z muzealnej półki	19
■ Jubileusz 90-lecia prof. Z. Wajdy. Postęp w chirurgii	20
■ Diamentowy grant dla studentki GUMed	21
■ Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych w latach 1999-2017 – historia subiektywna	22
■ Prof. Karaszewski liderem Global Health Working Group	25
■ Gotowi do STARTu? – Start! – rusza konkurs o prestiżowe stypendia FNP	25
■ Rekrutacja na studia lekarskie w języku angielskim zakończona	26
■ Kliniczna idzie pod młotek	26
■ Pożegnanie z Kliniką	27
■ Refleksje po przeczytaniu książki <i>Etyka w medycynie. Między teorią a praktyką</i>	28
■ Stara fotografia mówi	29
■ Polecamy Czytelnikom	29
■ Anonimowy Przyjaciel „urodził się” w AMG przed 50 laty	30
■ Zwycięstwo w I Kardiologicznych Żeglarskich Mistrzostwach Polski	35
■ Klinika na peryferiach – ostatni rozdział? (cz. 10)	36
■ Projekt farmaceutyczny Polska – Indie	40
■ Prof. Antoni Hlavaty – refleksje o medycynie	41
■ Naukowiec w Hongkongu	41
■ 25 lat Zakładu Diagnostyki Chorób Serca	42
■ Z Wilna do Gdańska	43
■ Jubileusz Kliniki Chirurgii Plastycznej	44
■ Piękny jubileusz profesora Zdzisława Wajdy	51
■ Hospicjum UCK otwarte	52

Inaugurujemy nowy rok akademicki

Inauguracja roku akademickiego 2017/2018 w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym odbędzie się **6 października br. o godz. 9** w Auditorium Primum im. Olgierda Narkiewicza (Atheneum Gedanense Novum).

Program uroczystości:

- Hymn państwowy
- Przemówienie inauguracyjne rektora prof. Marcina Gruchały
- Wręczenie odznaczeń i wyróżnień
- Immatrykulacja
- *Gaude Mater Polonia*
- Przemówienie przedstawiciela studentów
- Wystąpienia gości
- Wykład inauguracyjny prof. Paula F. Grundemana z University Medical Center Utrecht pt. *Cardiovascular innovation: lucky failures*
- *Gaudeamus*.

Inaugurację poprzedziła uroczysta msza święta w intencji zmarłych i obecnych pracowników, studentów i doktorantów, która została odprawiona 1 października w kościele pw. Matki Boskiej Częstochowskiej w Gdańsku-Wrzeszczu przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 3B.

Już po raz dziesiąty Muzeum GUMed zaprasza do zwiedzenia wystawy towarzyszącej inauguracji roku akademickiego. W tym roku została ona udostępniona już 28 września, podczas uroczystości immatrykulacji studentów I roku Oddziału Stomatologii, symbolicznie wiążąc wydarzenia z przeszłości z kolejnym rokiem akademickim naszej Uczelni.

W tytule wystawy *Siedemdziesiąt lat stomatologii uniwersyteckiej w Gdańsku* zawarta jest opowieść o Uczelni, organizacji nauczania, wykładowcach, nauce oraz postępie stomatologii. Ekspozycja jest oparta o dokumenty, fotografie oraz narzędzia stomatologiczne – starsze i bardzo współczesne. Wystawa została przygotowywana przez dr hab. Annę Starzyńską, p.o. kierownika Zakładu Chirurgii Stomatologicznej i lic. Grzegorza Grondę z Archiwum GUMed, przy współpracy wszystkich jednostek Oddziału Stomatologicznego. ■

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



Przemówienie inauguracyjne rektora profesora Marcina Gruchały

Szanowni Państwo!
Dostojni Goście,
Wysoki Senacie,
Drodzy Studenci i Członkowie społeczności akademickiej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego!

Inauguracja nowego roku akademickiego to najważniejsze wydarzenie w życiu każdej uczelni. Dziś po raz 72 w murach Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zabrzmiało radosne *Gaudeamus*. W sposób szczególny przeżywają je studenci, którzy dziś rozpoczynają ważny etap w swoim życiu i poprzez uroczyste ślubowanie staną się pełnoprawnymi członkami uniwersyteckiej wspólnoty. Ale to święto nas wszystkich, dla których zasady i wartości zapisane w uczelnianej misji są niezmiennie istotne i wciąż aktualne. To moment, w którym symbolicznie rozpoczynamy nowe plany i ambitne wyzwania, które sukcesywnie będziemy realizować przez kolejne miesiące. To również czas podsumowań tego, co za nami, co wspólną i ciężką pracą wszystkich członków społeczności naszej Uczelni udało się dokonać.

Jesteśmy jedną z wiodących uczelni publicznych w Polsce i najwyżej ocenianą uczelnią Pomorza. Przewodzącą w kluczowych kategoriach, takich jak potencjał i efektywność naukowa, mierzonych liczbą uznanych międzynarodowych publikacji i cytowań, efektywnością pozyskiwania zewnętrznych środków finansowych na badania czy też oceną parametryczną nadaną poszczególnym jednostkom przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Według Rankingu Uczelni Akademickich 2017 Fundacji Edukacyjnej *Perspektywy* zajmujemy wysokie 8 miejsce wśród wszystkich uczelni wyższych w kraju i 2 wśród szkół medycznych. Po raz pierwszy Gdański Uniwersytet Medyczny pojawił się w prestiżowym Academic Ranking of World Universities, najstarszym światowym



rankingu szkół wyższych. Nasza Uczelnia znalazła się w gronie najlepszych uniwersytetów w kategorii nauk medycznych w obszarze medycyny klinicznej. Potwierdzeniem wysokiej jakości jest lokata GUMed w rankingu generalnym Uczelni Wysokiej Reputacji Premium Brand 2017. Oceniając renomę, perspektywy zawodowe i zaangażowanie społeczne, Gdański Uniwersytet Medyczny znalazł się na 2 miejscu, tuż za Uniwersytetem Jagiellońskim. To niewątpliwy sukces i zasługa całej akademickiej społeczności. Składa się na nią olbrzymi wysiłek wszystkich pracowników, jak również

ożywiona aktywność naukowa i społeczna studentów. Za trud, poświęcenie i pracę na rzecz budowania silnej pozycji Uczelni chciałbym Państwu serdecznie podziękować.

Dla utrzymania tej wysokiej pozycji i konkurencyjności wśród innych uczelni, nie tylko medycznych, stale musimy podejmować nowe wyzwania i inicjować kolejne projekty o charakterze edukacyjnym, naukowym oraz klinicznym. Mocną stroną Uczelni jest niewątpliwie wysoko wykwalifikowana kadra, nowoczesna i stale modernizowana infrastruktura oraz prowadzenie badań naukowych i usług diagnostyczno-leczniczych na najwyższym, światowym poziomie. Dążenie do prowadzenia działalności edukacyjnej, badawczej i leczniczej z wykorzystaniem najnowocześniejszych metod i narzędzi leży również u podstaw opracowywanej właśnie strategii rozwoju Uczelni. Zgodnie z założoną wizją, w perspektywie najbliższych lat chcemy zintensyfikować działania, by zarówno w kraju, jak i na świecie Gdański Uniwersytet Medyczny wzmocnił swoją pozycję uczelni badawczej, w oparciu o cztery zasadnicze wartości – nowoczesność, umiędzynarodowienie, jakość i współpracę. Wyraża się to m.in. w sięganiu po najbardziej zaawansowane narzędzia i procedury, efektywniejszym wspieraniu procesów dydaktycznych, a także partnerskiej współpracy z prestiżowymi ośrodkami na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym.

Obecnie w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym kształcą się niemal 6 000 studentów na 20 kierunkach polskojęzycznych, w tym 4 międzyuczelnianych i 3 kierunkach anglojęzycznych. Studia w naszej Uczelni od lat cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem i uznaniem wśród maturzystów. Najlepiej świadczą o tym wyniki tegorocznej rekrutacji. W roku akademickim 2017/2018 naukę w GUMed chcieli rozpocząć ponad 12 000 młodych ludzi. Niemal 27 osób



Fot. Krzysztof Wojciewski

GUMed w rankingu szkół wyższych *Perspektywy*

ubiegało się o jedno miejsce na kierunek lekarsko-dentystyczny, blisko 12 na lekarski, a ponad 7 na analitykę medyczną. Niewiele mniej osób starało się o jedno miejsce na położnictwo, farmację i dietetykę, na którą w tym roku – mimo zwiększonego limitu – liczba kandydatów na miejsce wynosiła ponad 6 osób. Ogromnie cieszy duże zainteresowanie uruchomioną w ubiegłym roku psychologią zdrowia. Formularze rekrutacyjne na ten kierunek złożyło 137 kandydatów, czyli niemal 5 osób na miejsce. Nie brakowało również chętnych do podjęcia nauki na unikatowym kierunku – zdrowiu środowiskowym, co niewątpliwie związane jest z przyznaniem temu kierunkowi akredytacji „Studia z przyszłością 2017” oraz certyfikatu „Lider Jakości Kształcenia”. Wyróżniane nim są specjalności realizowane według nowoczesnych i innowacyjnych programów kształcenia, dobrze odpowiadające na potrzeby rynku pracy i zgodne z oczekiwaniami otoczenia społeczno-gospodarczego. Szczególną dumą napawa fakt, że w tym roku – po raz pierwszy – na każdym Wydziale GUMed studia rozpoczną laureaci olimpiad przedmiotowych. Na niezmiennie wysokim poziomie utrzymuje się zainteresowanie ofertą kształcenia w języku angielskim. Od kilkunastu lat Uczelnia prowadzi nauczanie na kierunku lekarskim anglojęzycznym, a w tym roku uruchomiła trzyletni licencjat z pielęgniarstwa i dietetyki. Dokumenty aplikacyjne na te kierunki złożyło ponad 900 kandydatów.

Mówiąc o ofercie kształcenia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, nie sposób nie wspomnieć o studiach doktoranckich. Sukcesywnie rośnie liczba młodych naukowców, którzy wiążą swoją karierę zawodową z życiem akademickim i podejmują trud kształcenia się na studiach III stopnia. W roku akademickim 2016/2017 w naszej Uczelni studiowało aż 277 doktorantów i to najlepszy wynik w ciągu ostatnich 6 lat.

Niebagatelny wpływ na to, że w naszej Uczelni wciąż nie brakuje młodych ludzi, którzy podejmują trud niełatwych i wymagających studiów jest stałe i świadome poszerzanie oferty edukacyjnej. Chcąc możliwie jak najlepiej dopasować się do potrzeb rynku pracy i społecznego zapotrzebowania, w roku akademickim 2017/2018 Gdański Uniwersytet Medyczny wzbogacił swoją ofertę o kolejne kierunki kształcenia. We współpracy z Zakładami Farmaceutycznymi Polpharma SA na Wydziale Farmaceutycznym utworzono unikalne w skali kraju dwuletnie studia II stopnia o profilu praktycznym na kierunku przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny. Są to studia oparte o tzw. profil praktyczny i kształcenie dualne, łączące edukację teoretyczną z praktyką przemysłową. Zainteresowanym studiami podyplomowymi Uczelnia proponuje 2 nowe kierunki – bezpieczeństwo medyczne i medyczny trener personalny. Pierwszy z nich dostarcza aktualnej wiedzy z zakresu medycyny oraz podstaw zarządzania bezpieczeństwem, niezbędnych w praktycznym przygotowaniu m.in. funkcjonariuszy policji i straży granicznej, pracowników administracji publicznej czy firm prywatnych zajmujących się ochroną mienia i ludzi w zakresie bezpieczeństwa państwa i utrzymania porządku publicznego. Studia na kierunku medyczny trener personalny są swoistym pomostem po-



Nowe studia we współpracy z przemysłem

między pracą fizjoterapeuty, dietetyka oraz specjalisty z zakresu prawidłowej aktywności fizycznej. Wyposażą uczestnika w rzetelną wiedzę z zakresu diagnostyki, metod i form treningowych, planowania treningu zdrowotnego i terapeutycznego. Ponadto dostarczą umiejętności praktycznych w zakresie programowania aktywności fizycznej, żywienia, suplementacji, usług marketingowych i przedsiębiorczości.

Przewodnikami przez fascynujący świat nauki, nieodzownymi w zdobywaniu wiedzy i tak potrzebnego doświadczenia będą dla Was, Drodzy Studenci, wysokiej klasy pracownicy naukowi i dydaktyczni. Mówi się, że dobry nauczyciel potrafi wykorzystać swoją pomysłowość i dociekliwy umysł do zachęcenia innych do myślenia, marzenia, poznawania i działania. Takich właśnie nauczycieli będziecie spotykać na swojej drodze przez najbliższe lata, tu, w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Wybitni specjaliści w swoich dziedzinach, znani i uznani w kraju i za granicą będą służyć Wam swoją pomocą i wsparciem. W roku akademickim 2017/2018 opiekę nad Wami będzie sprawować 996 nauczycieli akademickich i 748 pracowników niebędących nauczycielami akademickimi. Korzystajcie z tego mądrze. Bądźcie otwarci na to miejsce i na ludzi, z którymi się tu zetkniecie. Nie bójcie się czerpać z ich bogatego doświadczenia i jak najlepiej wykorzystajcie czas, który przed Wami. Pamiętajcie, że wykształcenie to ogromna wartość, której nikt nie jest Wam w stanie odebrać.

Kształcenie w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym stwarza solidne podstawy do dalszej pracy zawodowej. Nasi absolwenci mają wysokie kwalifikacje, poparte rzetelną wiedzą teoretyczną i umiejętnościami praktycznymi, co sprawia, że są pożądanymi pracownikami na rynku pracy. Odnoszą sukcesy zawodowe w różnych dziedzinach w kraju i za granicą, a w swojej codziennej pracy wciąż aktywnie promują naszą Uczelnię. Takich absolwentów doceniamy i w sposób szczególny chcemy nagradzać, przyznając im honorowy tytuł Ambasadora GUMed. Tym wyjątkowym wyróżnieniem, przyznawanym po raz pierwszy w ponad 70-letniej historii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, chciałbym uhonorować dr. n. farm. Wojciecha Kuźmierkiewicza, prezesa zarządu Naukowej Fundacji Polpharmy, absolwenta Wydziału Farmaceutycznego naszej Uczelni z 1968 r.

Szanowni Państwo,

Ostatnie dwanaście miesięcy przyniosło szereg ważnych inwestycji, które znacząco zmieniły oblicze naszej Uczelni, poprawiły komfort pracy i warunki prowadzenia działalności naukowej, badawczej i dydaktycznej. Modernizacji doczekały się m.in. sale dydaktyczne w Collegium Biomedicum, w których już wkrótce będą odbywały się ćwiczenia z biochemii na wszystkich kierunkach Wydziału Lekarskiego, Farmaceutycznego i Nauk o Zdrowiu. Nową siedzibę zyskały Zakłady: Mikrobiologii Jamy Ustnej i Mikrobiologii Lekarskiej, a po gruntownym remoncie swoją działalność wznowiła zmodernizowana Biblioteka Główna. W Katedrze i Zakładzie Protetyki Stomatologicznej otwarto nowoczesną salę symulacyjną do ćwiczeń klinicznych, która umożliwi studentom wykonywanie zabiegów klinicznych na fantomach w warunkach odwzorowujących te, które panują w gabinecie lekarskim. W sposób znaczący przyczyni się to do podniesienia jakości nauczania praktycznych czynności zabiegowych i osiągnięcie wysokiego poziomu przygotowania studentów GUMed do wykonywania zawodu lekarza dentysty. Koszt inwestycji wraz z montażem fantomów i pracami adaptacyjnymi budynku wyniósł ponad milion złotych. W nowym roku akademickim swoją działalność zainauguruje także Centrum Symulacji Medycznej, supernowoczesny ośrodek, który stwarza zupełnie nowe możliwości w kształceniu medycznym. To tu studenci będą mogli doskonalić swoje umiejętności praktyczne w oparciu o wysokiej wierności symulatory, dzięki czemu będą lepiej przygotowani do rzeczywistego kontaktu z pacjentem. Kilka miesięcy temu ruszyła budowa nowoczesnego, odpowiadające potrzebom i standardom XXI wieku Centrum Sportu za blisko 19 mln zł, którą planujemy sfinalizować do końca lipca 2018 r. Zgodnie z planem przebiega także największa inwestycja realizowana przez Gdański Uniwersytet Medyczny, jaką jest budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Placówka nabiera kształtów, a tradycyjnym zawieszeniem wiechy 8 maja br. zakończyliśmy etap prac konstrukcyjnych, w którym uczestniczył minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Jeśli zostanie utrzymana ciągłość finansowania ze środków budżetu państwa, już w przyszłym roku zostaną tam przeniesione pierwsze jednostki.

Choć te wszystkie inwestycje są niezmiernie istotne, pragnę podkreślić to, o czym tak często mówię – największą wartością Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego są ludzie.



Otwarcie pracowni symulacji stomatologicznej



Zawieszenie wiechy na Centrum Medycyny Nieinwazyjnej

Ich fachowa wiedza, bogate doświadczenia, motywacja i umiejętności to najcenniejszy kapitał, jaki mamy. W minionym roku studenci, doktoranci i pracownicy naukowo-dydaktyczni Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odnieśli liczne sukcesy na rozmaitych polach. Wielokrotnie dawali nam powód do dumy poprzez swoje osiągnięcia naukowe, wdrożeniowe, dydaktyczne i organizacyjne. Nie sposób wymienić wszystkich, dlatego skupię się zaledwie na kilku. Prof. Piotr Czauderna, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży został powołany przez ministra Jarosława Gowina do Rady Narodowego Kongresu Nauki, której podstawowym zadaniem jest wypracowanie założeń nowej ustawy gruntownie reformującej szkolnictwo wyższe. Natomiast minister edukacji narodowej Anna Zalewska powołała prof. Grzegorza Raczkę, kierownika II Katedry Kardiologii na koordynatora grupy ekspertów do prac nad tworzeniem podstawy programowej kształcenia ogólnego w zakresie edukacji dla bezpieczeństwa. Prof. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii oraz prof. Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii zostali członkami prestiżowej europejskiej pozarządowej organizacji naukowej – Academia Europaea. Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Rakiem Płuca doceniły dokonania prof. Rafała Dziadziuszko z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, przyznając mu nagrodę im. Heine H. Hansena. Aleksandra Kalinowska studentka III r. kierunku lekarskiego otrzymała Diamentowy Grant Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Studenckie Koło Naukowe Ultrasonografii przy Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Biopsyjnej przy Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii zwyciężyło w 43 Konkursie Czerwonej Róży 2017 w kategorii „najlepsze koło naukowe”. Po raz kolejny studenci GUMed okazali się bezkonkurencyjni, zdobywając najwyższe miejsca na podium podczas ogólnopolskiego konkursu *Scapula Aurea*, Ogólnopolskiej Olimpiady z Języka Angielskiego Medycznego, a w dziedzinach sportowych – broniąc Mistrzostwa Polski w Piłce Nożnej. Dziękuję Państwu za zaangażowanie w tak wielu dziedzinach oraz trud i ciężką pracę na rzecz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Szanowni Państwo,

Obok wielu sukcesów i powodów do radości, w minionym roku akademickim nie brakowało wiadomości smutnych.

W ostatnich miesiącach odeszło wielu zasłużonych dla społeczności Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego nauczycieli akademickich i pracowników. Pożegnaliśmy wybitnych uczonych, którzy w najbardziej znaczący i namacalny sposób wpłynęli na polską naukę.

Pozwólcie Państwo, że wymienię Ich nazwiska.

Spośród pracowników byli to:

■ **Krystyna Gorlewicz** – strażnik ochrony mienia, Dział Gospodarczy († 31 marca 2017 r.)

■ **mgr Eunika Bolc** – specjalista, Sekcja Naliczania Płac († 1 kwietnia 2017 r.)

■ **dr hab. Stanisław Bakula** – profesor nadzwyczajny, kierownik Katedry i Kliniki Rehabilitacji († 17 czerwca 2017 r.).

Spośród byłych pracowników byli to:

■ **Ryszard Stawski** – robotnik wysoko wykwalifikowany, Katedra i Zakład Chemii Organicznej († 15 października 2016 r.)

■ **dr hab. Anna Jungowska-Jarosz** – profesor nadzwyczajny, Zakład Radiologii († 7 listopada 2016 r.)

■ **dr Bolesław Szołkowski** – adiunkt, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej († 14 stycznia 2017 r.)

■ **prof. dr hab. Halina Tejchman-Konarzewska** – kierownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej († 21 stycznia 2017 r.)

■ **dr Barbara Porzezińska** – adiunkt, Klinika Chorób Nerek († 2 lutego 2017 r.)

■ **mgr Maria Jankowska** – kustosz, Biblioteka Główna († 6 lutego 2017 r.)

■ **dr Halina Iwanowska** – adiunkt, II Klinika Chirurgii Ogólnej Instytutu Chirurgii († 23 lutego 2017 r.)

■ **prof. dr hab. Mariusz Maciej Ojcomił Żydowo** – kierownik Katedry i Zakładu Biochemii, student z indeksem nr 1 i absolwent Akademii Lekarskiej w Gdańsku, rektor Uczelni w latach 1981-1982, doktor *honoris causa* AMG († 30 kwietnia 2017 r.)

■ **Krystyna Leszkowicz** – starszy bibliotekarz, Biblioteka Główna († 7 maja 2017 r.)

■ **prof. dr hab. Konstanty Zbigniew Korolkiewicz** – kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii († 15 maja 2017 r.)

■ **dr hab. Mirosława Narkiewicz** – profesor nadzwyczajny, kierownik Kliniki Kardiologii Instytutu Chirurgii, dyrektor Instytutu Kardiologii († 19 maja 2017 r.)

■ **Ewa Jarosińska** – studentka V r. Wydziału Lekarskiego († pogrzeb 8 lipca 2017 r.)

■ **Danuta Groth** – samodzielny referent administracyjny, Katedra i Zakład Farmakognozji († 10 lipca 2017 r.)

■ **Halina Wiśniewska** – starszy technik, Katedra i Zakład Farmakognozji († 19 lipca 2017 r.)

■ **Faith Ariwera Chuku** – przyjęta na I r. studiów na kierunku lekarskim anglojęzycznym, zamordowana w Nigerii w drodze do Ambasady Polskiej w Abudży († 29 sierpnia 2017 r.)

Proszę Państwa o powstanie i uczczenie Ich pamięci chwilą ciszy.

Szanowni Państwo,

W misję naszej Uczelni wpisane jest nauczanie i wychowanie młodzieży, badania naukowe oraz działalność diagnostyczno-lecznicza. Wszystkie szpitale Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odnoszą znaczące sukcesy medyczne, szczególnie w zakresie wprowadzania nowatorskich metod leczenia, a także organizacyjne. Pełnią rolę wysokospecjalistycznych placówek referencyjnych, oferując unikatowe i innowacyjne nie tylko w skali regionu możliwości lecznicze. Dysponują doświadczoną i wysoko wykwalifikowaną kadrą, zespołem świetnych fachowców w swoich dziedzinach oraz sprzętem medycznym na najwyższym światowym poziomie. To wszystko sprawia, że jesteśmy w stanie otoczyć kompleksową opieką wszystkich pacjentów korzystających z naszych usług. Liczby to niebagatelne. W 2016 r. pod opieką Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku pozostawało 329 785 pacjentów, w tym hospitalizowano 80 875 osób, wykonano 22 943 zabiegi operacyjne, a z leczenia w ramach specjalistycznych przychodni skorzystało 248 910 pacjentów. W Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w tym samym czasie hospitalizowano 3 757 osób, zaś z wizyt w poszczególnych przychodniach skorzystało 21 698 pacjentów. W roku ubiegłym w Uniwersyteckim Centrum Stomatologicznym przyjęto 92 539 chorych, natomiast w Centrum Medycyny Rodzinnej 37 678 pacjentów. Dane za pierwsze półrocze bieżącego roku pozwalają przypuszczać, że będzie ich zdecydowanie więcej. To najlepsze świadectwo tego, jak znaczącą rolę w trosce o zdrowie mieszkańców Pomorza i Polski Północnej odgrywają wszystkie podmioty lecznicze, dla których rolę organu założycielskiego pełni Uczelnia. Pracownikom i osobom zarządzającym jednostkami klinicznymi GUMed chciałbym podziękować za niełatwą pracę i znaczące osiągnięcia w minionym okresie.

Ogromnie cieszą działania zmierzające do utworzenia w naszych strukturach Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych – pierwszego w kraju tak kompleksowego ośrodka bariatrycznego, w którym pacjent jest otoczony opieką wielu specjalistów od momentu kwalifikacji, poprzez przygotowania do operacji, zabieg aż do opieki pooperacyjnej. Od niespełna roku pacjenci onkologiczni mogą korzystać z nowoczesnego Oddziału Dziennego Chemioterapii, a w związku z realizacją projektu Centrum Geriatrii w nieodległej perspektywie znacząco poprawi się opieka zdrowotna nad osobami starszymi. Dedykowany im ośrodek powstanie w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym do 2020 r., dzięki czemu seniorzy będą mieli łatwiejszy dostęp do specjalistycznego leczenia. Kluczowym dla działań w obszarze opieki senioralnej, w tym lepszemu dostosowaniu programów zdrowotnych do rosnących potrzeb osób powyżej 60 roku życia służy także projekt PolSenior2 realizowany w Uczelni w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Jego wyniki wskażą m.in. w jakich obszarach należy wdrożyć badania przesiewowe w celu wczesnego wykrywania i podjęcia działań interwencyjnych, jak również zweryfikują w przypadku jakich schorzeń dostęp do świadczeń medycznych jest niewystarczający.

Dzięki kontraktowi z Narodowym Funduszem Zdrowia Uniwersyteckie Centrum Kliniczne poszerzyło zakres swojej działalności o opiekę hospicyjną i paliatywną. Dwudziestu pacjentów może liczyć na kompleksową i wysoko specjalistyczną pomoc w ramach Hospicjum Stacjonarnego i Domo­wego. Z myślą o młodych pacjentach rozpoczęliśmy starania o utworzenie w strukturach UCK kompleksowego Centrum Medycyny Pedi­atrycznej. Doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, że obecnie sytuacja najmłodszych chorych nie jest komfortowa i jej poprawa jest dla nas priorytetowa. Pierwszym etapem będzie otwarcie już wkrótce nowoczesnego Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej, stwarzającego zupełnie nowe możliwości w leczeniu młodych pacjentów. Powstanie interdyscyplinarnego Centrum Medycyny Pedi­atrycznej w sąsiedztwie Centrum Medycyny Inwazyjnej i Centrum Medycyny Nieinwazyjnej pozwoli na stworzenie jednego z najnowocześniejszych kompleksów szpitalnych w Polsce, o unikalnym potencjale klinicznym, dydaktycznym i naukowym.

Choć już wiele udało nam się osiągnąć, mamy świadomość, że sporo jeszcze do zrobienia. Chcąc utrzymać wiodącą rolę lidera w regionie i kraju, musimy stale myśleć o rozwoju, podejmując często niełatwe, ale konieczne decyzje. Jedną z nich była niewątpliwie zmiana na stanowisku dyrektora naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Dokonane przez dyrektora Jakuba Kraszewskiego zmiany o charakterze organizacyjnym, zarówno na poziomie zarządczym, administracyjnym czy klinicznym już przynoszą wymierne korzyści. Szkolenia pracowników w zakresie komunikacji interpersonalnej i obsługi pacjentów, inwestycje w nowoczesne systemy informacyjne, w tym system do analizy danych o chorobach i leczeniu oraz rozwijanie nowoczesnych narzędzi komunikacyjnych (obecność w mediach społecznościowych, modernizacja strony internetowej i logotypu) to nieliczne z inicjatyw podjętych w celu efektyw­niejszej współpracy i lepszego kontaktu na linii pacjent – lekarz bądź szerzej pacjent – szpital. Bliska i dobra współpraca Uczelni i UCK jest również determinantą nowych projektów i wspólnych inicjatyw o charakterze innowacyjnym, naukowo-badawczym czy klinicznym.

Projektem odważnym, ale i wymagającym jest również wizja rozwoju Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej oraz Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej. W trosce o zdrowie mieszkańców naszego regionu władze Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego rozważają różne potencjalne warianty, chcąc zapewnić społeczeństwu opiekę medyczną na najwyższym poziomie. Uczelnia podjęła starania zmierzające do zamiany nieruchomości i przeniesienia do Gdańska z dotychczasowej gdyńskiej lokalizacji części klinicznych wchodzących w skład UCMMiT. Pozytywną decyzję w tej kwestii podjął Senat GUMed, w pełni uznając zasadność projektowanej zmiany. To ogromna szansa rozwojowa nie tylko dla Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej i Szpitala. Istotą tych działań jest chęć zapewnienia warunków do pracy naukowej, badawczej, dydaktycznej i klinicznej na dużo wyższym niż do tej pory poziomie. Scentralizowanie jednostek w ramach jednego kompleksu pozwoli stworzyć najnowocześniejsze zaplecze kliniczne

w Polsce, którego największymi beneficjentami będą nasi pacjenci. I w takiej perspektywie o tej zmianie należy myśleć. Nie przez pryzmat osobistych przyzwyczajęń czy sentymentów. To możliwość niosąca niewątpliwie korzyści, przyszłościowa i rozwojowa dla nas wszystkich – Uczelni, Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej, obu szpitali klinicznych, pacjentów przebywających pod ich opieką, pracowników i studentów oraz całego regionu. Władze GUMed rozważają również alternatywne możliwości rozwoju jednostek, także w ramach dotychczasowej lokalizacji. Jedną z nich jest otwarcie w UCMMiT dużego centrum sercowo-naczyniowego z oddziałem kardiologicznym. Poszerzenie dotychczasowej działalności jednostek szpitalnych o kompleksowe usługi kardiologiczne i kardiologiczne stanowiłoby doskonały bodziec do rozwoju placówki, a pacjentom z Gdyni i okolicznych powiatów zapewniłoby dostęp do najwyższej jakości możliwości leczniczych. Ten ambitny projekt wymaga jednak wsparcia i przychylności Narodowego Funduszu Zdrowia, władz samorządowych oraz lokalnej społeczności. Liczymy, że w atmosferze wzajemnego zrozumienia i partnerskiej współpracy uda nam się wypracować najlepsze rozwiązanie, które przyniesie realne korzyści zarówno dla naszych pracowników i studentów, jak również pacjentów przebywających pod opieką szpitali klinicznych GUMed.

Szanowni Państwo,

Rzeczywistość wokół nas zmienia się dynamicznie i chcąc utrzymać status uczelni na wskroś nowoczesnej musimy za tymi zmianami nadążyć. Jedną z tych najbardziej widocznych i oczywistych była modernizacja strony internetowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, która zyskała nową szatę graficzną, została przeorganizowana i dostosowana do potrzeb urządzeń mobilnych. Budowaniu lepszemu wizerunkowi Uczelni służy również zmiana na stanowisku rzecz­nika prasowego GUMed i profesjonalizowanie dotychczasowej polityki informacyjnej i medialnej Uczelni. Znajduje to realne odzwierciedlenie w zwiększonej liczbie publikacji na nasz temat w mediach o zasięgu lokalnym i ponadregionalnym, a także w projektach o charakterze edukacyjnym, jak autorski program *Bądź zdrow bez kolejki* realizowany we współpracy z Radiem Gdańsk. W minionym roku akademickim z powodzeniem kontynuowaliśmy dobrze znane inicjatywy, jak m.in.: Piknik na Zdrowie, Medyczny Dzień Nauki, Koncert Noworoczny czy Dzień Wykładu, zaproponowaliśmy też nowe rozwiązania, które – sądząc po frekwencji – zyskały Państwa uznanie. W okresie bożonarodzeniowym spotkaliśmy się, by złożyć sobie życzenia i wysłuchać wykładu o­kolicznościowego rektora Gdańskiego Seminarium Duchownego ks. prof. Grzegorza Szamockiego, a w sobotnie czerwcowe popołudnie bawiliśmy się wspólnie podczas imprezy integracyjnej. Liczę, że w tym roku również Państwa nie zabraknie. W ten sposób budujemy naszą przynależność do uniwersyteckiej wspólnoty, której każdy z nas jest nie­p­o­wtarzalną częścią.

Znaczące i istotne zmiany wprowadzono także w strukturze organizacyjnej Uczelni. Celem bardziej efektywnej pracy i współpracy, dokonano reorganizacji w obrębie pew-

nych jednostek administracyjnych. W tym miejscu wspomnę zaledwie o jednej z nich, kluczowej dla prowadzenia badań, realizacji projektów czy pozyskiwania środków ze źródeł krajowych i zagranicznych. Kilka tygodni temu powołano w GUMed Biuro Projektów, które scentralizuje poszczególne Sekcje, dotychczas rozproszone po różnych Działach. Do zadań Biura należeć będzie m.in. kompleksowa praca związana z opracowaniem i nadzorem nad procesem realizacji projektów, koordynacja działań związanych ze sprawozdawczością oraz monitorowanie postępów w ich realizacji. Mamy ogromny potencjał naukowy, wynikający z dużej liczby dobrych zespołów badawczych oraz nowoczesnie wyposażonych klinik i zakładów, choć jeszcze nie w pełni wykorzystany. Jego uwolnienie wymaga, w moim przekonaniu, większego wsparcia organizacyjnego ze strony Uczelni dla lepszej integracji środowiska naukowego GUMed i poszerzenia współpracy międzywydziałowej. Jestem głęboko przekonany, że taka struktura organizacyjna przyczyni się do pozyskania wielu nowych i cennych inicjatyw na polu naukowym, badawczym i klinicznym.

Szanowni Państwo,

Możemy być dumni z naszych dotychczasowych osiągnięć na polu naukowym. Jesteśmy ważnym ośrodkiem badawczym na mapie kraju i świata, w którym tworzy się wartościowe publikacje na najwyższym poziomie. Systematycznie rośnie liczba cytowań, która w 2016 r. osiągnęła najwyższy jak dotąd poziom – 15 663. Tegoroczne prognozy wydają się również optymistyczne, bo jak dotąd liczba cytowań dla publikacji pracowników GUMed wynosi 9705.

Pozyskiwanie środków ze źródeł krajowych, jak i zagranicznych jest kluczowym elementem prowadzenia działalności naukowej Uczelni. Miniony rok był pod tym względem dobry i to należy podkreślić. Zrealizowaliśmy 90 projektów naukowych finansowanych przez Narodowe Centrum Nauki oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego na łączną kwotę 51 379 356 zł i 3 projekty badawcze finansowane z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju o wartości 46 392 659 zł. Kolejne 21 wniosków opiewających na kwotę 12 795 628 zł zostało zakwalifikowanych do finansowania z NCN, zaś 3 wnioski o wartości 900 000 zł otrzymały pozytywną decyzję o finansowaniu z MNiSW. Obecnie w Uczelni realizowanych jest 7 projektów dofinansowanych z funduszy strukturalnych i pokrewnych o wartości dofinansowania ok. 64 mln zł. Ponadto złożono 9 projektów rozwojowych o łącznej wartości blisko 72 mln zł, z których już 3 zostały zatwierdzone. Są to projekty dotyczące rozwoju kompetencji kadry dydaktycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich jako narzędzia kształcenia kadr dla nauki i gospodarki w obszarze profilaktyki i terapii chorób cywilizacyjnych oraz budowa wspomnianego już wcześniej nowoczesnego Centrum Geriatrii. Samodzielnie lub w ramach naukowych konsorcjów realizujemy szereg projektów o charakterze unikatowym i społecznie użytecznym. Program wczesnego wykrywania raka płuca w grupie wysokiego ryzyka zachorowania (MOL-TEST BIS), zastosowanie technologii telemedycznych w no-

wym modelu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji chorych z niewydolnością serca (TELEREH-HF), nieinwazyjny monitoring we wczesnym wykrywaniu migotania przedsionków (NOMED-AF) czy wreszcie tworzenie modelowej opieki nad pacjentem z hipercholesterolemią rodzinną w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2017-2020 to nieliczne z cennych inicjatyw podejmowanych przez naukowców Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Ogromna praca w zakresie komercjalizacji badań prowadzonych w Uczelni i stymulowanie wzrostu innowacyjności prac rozwojowych poczyniona w ostatnim roku przez naszą spółkę celową – Centrum Innowacji Medycznych i Sekcję Innowacji i Transferu Wiedzy GUMed już przynosi wymierne efekty. Modelowym przykładem wdrożenia na rynek wyników badań naukowych realizowanych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym są z powodzeniem działające spółki: spółka akcyjna Poltreg i nieco młodsza spółka spin-off Detoxed Home. Poprzez transfer wiedzy do przemysłu i wzmacnianie współpracy z otoczeniem społeczno-gospodarczym stajemy się dla środowiska biznesowego coraz bardziej atrakcyjnym partnerem wspólnych inicjatyw o charakterze badawczym. Dostrzega się wysoki stopień innowacyjności i duży potencjał komercyjny pomysłów w zakresie medycyny, biotechnologii czy nauk farmaceutycznych realizowanych w naszej Uczelni i to niezwykle cenne. Za aktywne i skuteczne podejmowanie działań umożliwiających realną współpracę środowiska naukowego i gospodarczego już zostaliśmy docenieni prestiżową nagrodą – Złotym Medalem Za Zasługi dla Pracodawców Pomorza. Jest to niewątpliwie dodatkowa motywacja, by takie działania na styku nauki i biznesu jeszcze prężniej rozwijać i inicjować.

Wiele z naszych działań nie byłoby możliwych bez konstruktywnej współpracy z władzami samorządowymi, w szczególności z Wojewodą Pomorskim, Marszałkiem Województwa Pomorskiego, Prezydentami Gdańska, Sopotu i Gdyni, Dyrekcją gdańskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i innymi ważnymi partnerami społecznymi. Nasze wspólne starania już przyniosły efekty w formie realizowanych projektów geriatrycznych, organizacji opieki pediatrycznej i propagowania w regionie kompleksowej opieki koordynowanej. Ich pokłosiem jest również zmiana dotychczasowej komunikacji w obrębie Uczelni oraz Szpitala i dostosowanie jej do realnych potrzeb użytkowników. To duże udogodnienie zarówno dla pracowników i studentów, jak również pacjentów pozostających pod opieką Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Dziękujemy za dotychczasową udaną współpracę i na prawdziwie partnerskie relacje liczymy w przyszłości.

Szanowni Państwo,

Drodzy Studenci,

Uczelnia istnieje dla studentów. To Wy, wraz z pozostałymi pracownikami naukowymi, dydaktycznymi, administracyjnymi i technicznymi, tworzycie wyjątkową społeczność Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Z własnego doświadczenia wiem, jak niezwykle aktywną i bogatą działalność prowadzicie w ramach samorządu, kół naukowych, sekcji sportowych, Chóru oraz innych organizacji zrzeszających

studentów GUMed i za to Wam ogromnie dziękuję. To buduje akademicką atmosferę naszej Uczelni i umacnia jej pozytywny wizerunek na zewnątrz. Cieszymy się, że mimo wielu obowiązków wynikających z niełatwych przecież studiów, potraficie bezinteresownie poświęcić się dla drugiego człowieka, inicjując i angażując się w liczne wspaniałe projekty o charakterze społecznym, edukacyjnym czy charytatywnym. Doceniamy to, bo taka jest misja zawodu, który wybraliście. W Gdańskim Uniwersytecie Medycznym chcemy nie tylko wykształcić wysokiej klasy absolwentów, dobrze przygotowanych do aktualnych potrzeb rynku pracy. Zależy nam na tym, żebyście wpoili sobie wartości takie jak empatia i szacunek do drugiego człowieka, a swoją postawą dawali świadectwo wysokich standardów etyki na każdym etapie pracy zawodowej.

Do aktywności w kołach naukowych i organizacjach studenckich gorąco zachęcam także studentów I roku, którzy dopiero związali swoje losy z Uczelnią. Oferta jest tak różnorodna i bogata, że z pewnością każdy z Was znajdzie coś interesującego dla siebie. W Gdańskim Uniwersytecie Medycznym działa 108 kół naukowych, 5 organizacji studenckich i 5 stowarzyszeń o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Odważnie korzystajcie z możliwości, jakie są przed Wami. Zbierajcie doświadczenie, poszerzajcie swoje horyzonty i rozwijajcie się, bo temu służy ten czas.

Mówi się, że podróże kształcą i rzeczywiście tak jest. Uczą samodzielności, otwartości na inność i tolerancji. Pozwalają poznać nowych ludzi, ale i samego siebie. Szansą na taką przygodę oraz niezapomnianą lekcją życia są wyjazdy zagraniczne w ramach wymiany studenckiej, praktyk zawodowych czy współpracy międzynarodowej. Umieędzynarodowienie jest wartością szczególnie nam bliską. Jesteśmy dumni z tego, jak wielu studentów z zagranicy uczy się w naszej Uczelni w ramach programu wymiany studenckiej, kursów przygotowawczych czy na kierunkach prowadzonych w języku angielskim. Oni ubogacają naszą społeczność i mamy nadzieję, że również w latach kolejnych będą integralną częścią Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pamiętajmy, że dzięki dobrze rozwiniętej współpracy z zagranicznymi ośrodkami naukowymi i badawczymi również studenci, doktoranci oraz pracownicy naukowcy i administracyjni mogą korzystać z bogatej oferty międzynarodowej. W roku akademickim 2016/2017 realizowano wymianę studentów i pracowników z 50 uczelniami partnerskimi z Unii Europejskiej.



Dyplomatorium kierunku lekarskiego – English Division

Z możliwości wyjazdu w celu odbycia części studiów w ramach programu Erasmus+ skorzystało 55 studentów, a rekordowa liczba 41 osób realizowała praktyki za granicą. Co warte podkreślenia, w minionym roku akademickim po raz pierwszy liczba studentów przyjeżdżających do nas w ramach programu Erasmus+ przewyższyła liczbę studentów wyjeżdżających do uczelni partnerskich. Część studiów realizowało w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym aż 65 studentów z zagranicy. Jeszcze nigdy GUMed nie gościł tak dużej liczby studentów zagranicznych. Wyjazdy w celach szkoleniowych cieszyły się popularnością również wśród pracowników. Czterech nauczycieli akademickich wyjechało z wykładami do uczelni partnerskich, a 11 osób uczestniczyło w kursie języka hiszpańskiego w Barcelonie.

O naszej rozpoznawalności i uznaniu na arenie międzynarodowej świadczą podjęte nowe formy współpracy, jak porozumienie zawarte z Uniwersytetem Toho w Japonii czy Philips Healthcare w zakresie prowadzenia prac badawczych, współorganizacji konferencji naukowych oraz wymiany informacji i publikacji naukowych. Nie sposób nie wspomnieć o potencjalnych projektach realizowanych wspólnie z Uniwersytetem w Utrechcie, których wielkim propagatorem jest obecny na dzisiejszej uroczystości prof. Paul Grundeman. Jest mi niezmiernie miło, że Pan Profesor zgodził się wygłosić w tym roku wykład inauguracyjny zatytułowany *Cardiovascular innovation: lucky failures*.

Szanowni Państwo,

Stoimy w obliczu nowych wyzwania, związanych m.in. z projektowaną przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego reformą kształcenia, jak również reorganizacją dotychczasowego systemu i sposobu finansowania szpitali klinicznych. Trudno w tym momencie wyrokować, jakie skutki one przyniosą. Jestem jednak głęboko przekonany, że w atmosferze wzajemnego szacunku i współpracy będziemy w stanie sprostać wszystkim nowym, niejednokrotnie trudnym zadaniom.

Drodzy Studenci,

Studia to wspaniała i niepowtarzalna przygoda, którą zapamiętacie na całe życie. Życzę Wam, aby uzyskana w murach Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wiedza i umiejętności praktyczne pozwoliły Wam zaplanować i z sukcesem zrealizować wspaniałe kariery zawodowe. Wierzę, że mając silną motywację do nauki, z powodzeniem zaliczycie kolejne, często niełatwe egzaminy.

Na ten nowy rok akademicki wszystkim pracownikom i studentom Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego życzę zapału i wytrwałości w realizacji swoich planów. Niech przyniesie Państwu satysfakcję z dobrze wypełnianego obowiązku i inspirację do podejmowania nowych inicjatyw. Niech to będzie dla nas wszystkich dobry czas – realizacji ambitnych zamierzeń i twórczych myśli oraz sukcesów wieńczących wszystkie nasze działania.

Quod felix faustum fortunatumque sit

Rok akademicki 2017/2018 w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym ogłaszam za otwarty. ■

Przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny – nowy kierunek w ofercie dydaktycznej GUMed

Uchwałą Senatu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z 27 marca 2017 r. uruchomiono na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej kierunek studiów przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny jako studia stacjonarne i niestacjonarne II stopnia o profilu praktycznym. Jest to aktualnie 21 kierunek studiów w ofercie dydaktycznej GUMed.

Skąd wziął się pomysł na stworzenie nowego kierunku?

Najistotniejszym argumentem, przemawiającym za utworzeniem tego kierunku studiów były docierające informacje ze strony firm farmaceutycznych i kosmetycznych mówiące o niedostatecznym przygotowaniu absolwentów studiów wyższych do podjęcia pracy w tych gałęziach przemysłu. Szereg zagadnień, które są niezwykle ważne z punktu widzenia współczesnego, dynamicznie rozwijającego się przemysłu, nie było dotychczas objętych programem żadnego kierunku studiów w Polsce (np. procedury dopuszczania do obrotu, badania przedrejestracyjne i transfer technologii, Dobra Praktyka Wytwarzania i Dobra Praktyka Dystrybucji).

Te właśnie przesłanki, wsparte wieloletnim doświadczeniem pracowników Wydziału w kształceniu kadr dla przemysłu poprzez realizację studiów podyplomowych farmacja przemysłowa (dla nefarmaceutów) oraz kształcenie specjalizacyjne farmaceutów w zakresie farmacji przemysłowej, doprowadziły do podjęcia działań mających na celu utworzenie kierunku przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny.

Prace rozpoczęto od zaproszenia do konsultacji przedstawicieli firm farmaceutycznych i kosmetycznych z regionu. We współpracy z doświadczonymi pracownikami firm Polpharma oraz Oceanic, stworzono sylwetkę absolwenta oraz listę oczekiwanych przez pracodawców kompetencji zawodowych kandydatów jako efektów oferowanego kształcenia. Kolejnym etapem było opracowanie planu studiów oraz programu kształcenia pozwalających na osiągnięcie przez studentów zakładanych efektów kształcenia. Rezultatem tych prac jest unikalny program studiów, którego wyjątkowość polega również na tym, że będzie realizowany w dużej mierze przez nauczycieli – praktyków legitymujących się wieloletnim doświadczeniem zawodowym zdobytym w firmach i aktualnie tam zatrudnionych.

Ujęta w programie studiów trzymiesięczna praktyka – obowiązkowy element praktycznego profilu kształcenia – odbywać się będzie w firmach Polpharma oraz Oceanic.

W trakcie prac nad programem studiów, pracodawcy wielokrotnie podkreślali konieczność położenia nacisku na zdobywanie przez studentów umiejętności pracy zespoło-

wej i projektowej. Te kompetencje będą rozwijane w trakcie studiów poprzez stosowanie aktywizujących metod nauczania, pracę projektową i nauczanie problemowe. Począwszy od drugiego semestru, studenci w kilkusobowych zespołach będą realizować prace magisterskie w zakładach produkcyjnych, a tematyka tych prac będzie dotyczyć aktualnych problemów, z którymi mierzą się firmy w codziennej pracy.

Kto może ubiegać się o przyjęcie na studia?

Elementem procesu rekrutacyjnego jest egzamin wstępny z zakresu nauk chemicznych i biologicznych, do którego mogą przystąpić absolwenci studiów

- I stopnia: biologia i kierunki pokrewne, chemia i kierunki pokrewne, biotechnologia, kosmetologia, dietetyka, technologia żywności i żywienia człowieka, fizyka i kierunki pokrewne, inżynieria i kierunki pokrewne.
- jednolitych magisterskich: analityka medyczna, biotechnologia, farmacja, lekarski.

W planie studiów uwzględniono takie przedmioty jak: technologia formulacyjna, analiza leków i kosmetyków, farmakologia i toksykologia, surowce naturalne, technologia kosmetyków oraz farmakokinetyka i biofarmacja, które będą prowadzone w większości przez kadrę dydaktyczną Wydziału Farmaceutycznego z OML. Pozostałe, specjalistyczne zagadnienia obejmujące m.in. rejestrację produktów leczniczych i wyrobów medycznych, badania rozwojowe leków i kosmetyków, Dobrą Praktykę Wytwarzania i Dystrybucji, inżynierię procesową, biofarmaceutyki, marketing i zarządzanie, mikrobiologię przemysłową, będą nauczane przez doświadczonych i kompetentnych pracowników firm farmaceutycznych i kosmetycznych.

Perspektywy zatrudnienia

Program studiów przygotowany na miarę, z uwzględnieniem głosu pracodawców będzie decydował o konkurencyjności absolwentów na rynku pracy. Obecność w regionie liczących się w skali krajowej i międzynarodowej firm farmaceutycznych i kosmetycznych powoduje, że studenci kończący ten kierunek nie powinni mieć problemów z podjęciem pracy zawodowej. Ponadto spodziewamy się, że będą oni również wystarczająco dobrze przygotowani do pracy w urzędach i firmach działających w otoczeniu przemysłu farmaceutycznego i kosmetycznego.

prof. Bartosz Wielgomas,
prodziekan Wydziału Farmaceutycznego z OML,
Katedra i Zakład Toksykologii

Efektywnie lecząc, dobrze uczyć i służyć nauce

O wizji rozwoju Szpitala z dyrektorem naczelnym UCK Jakubem Kraszewskim rozmawia Joanna Śliwińska, rzecznik prasowy GUMed

Jest absolwentem wyższych studiów prawniczych na Uniwersytecie Gdańskim. Ukończył studia MBA Gdańskiej Fundacji Kształcenia Menedżerów, studia podyplomowe z zakresu zarządzania kadrami oraz Studium Kierowników Projektów Unijnych. Jest doświadczonym doradcą w zakresie zmian systemowych i organizacyjnych, współpracy ze związkami zawodowymi i mediacji w sporze zbiorowym. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy w ochronie zdrowia. Z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku związany jest od 2009 r., początkowo na stanowisku zastępcy dyrektora naczelnego ds. personalnych. Od listopada 2016 r. pełnił obowiązki dyrektora, a w czerwcu 2017 r. został wybrany na stanowisko dyrektora naczelnego UCK.

■ ***Kilka miesięcy temu oficjalnie został Pan wybrany na dyrektora naczelnego największej placówki medycznej na Pomorzu. To dość niewdzięczna praca, bo w szpitalu problemy chodzą parami, jak nie czworakami. Dlaczego zdecydował się Pan kandydować na to stanowisko?***

Uznałem, że jest to nowe wyzwanie, z którym chcę się zmierzyć. W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym pracowałem przez wiele lat i doskonale poznałem środowisko. Stwierdziłem, że skoro władze Uczelni, czyli organu założycielskiego Szpitala obdarzyły mnie zaufaniem i powierzyły obowiązki p.o. dyrektora, wystartowałem w konkursie.

■ ***Choć dyrektorem naczelnym UCK jest Pan od niedawna, obowiązki te pełni Pan od niemal roku. Jak z perspektywy czasu ocenia Pan te miesiące?***

To był trudny moment, ponieważ czekała nas reorganizacja całego systemu, a każda zmiana, jak wiemy, niesie ze sobą dużo niewiadomych. Na razie trudno powiedzieć, jakie będą skutki dla Szpitala. Przewidujemy dobry scenariusz, ale mamy świadomość wielu zagrożeń. Sposób finansowania jest istotą naszego funkcjonowania, ponieważ wykonujemy specyficzne usługi, które są nieporównywalne z niczym na rynku. To nie jest biznes robiony w sposób dowolny. Wszystko jest sparametryzowane i w ramach tych parametrów musimy się jakoś odnaleźć. Mamy jednego płatnika, który oferuje nam to, co wynika z różnego rodzaju rozporządzeń. Dla nas natomiast istotne jest to, żeby podkreślić pewne pryncypia. Nowy ryczałtowy system finansowania szpitala nie jest pozbawiony ryzyka. Co prawda umożliwia elastyczną realizację kontraktu, tzn. przesuwanie środków między wieloma zakresami świadczeń, ale równocześnie



zakłada stały poziom bieżącego finansowania. Jeśli wykonamy więcej świadczeń niż wynikało to z planu, otrzymamy tylko środki do wysokości pierwotnego ryczałtu. Znika zatem możliwość finansowania tzw. nadwykonań po zakończeniu roku. Większa, względem planu wynikającego z umowy z płatnikiem, realizacja świadczeń może ewentualnie wpłynąć na wzrost ryczałtu w kolejnych latach, ale i to – ze względu na różne czynniki korygujące we wzorze jego naliczenia – nie jest oczywiste. Wydaje się, że głównym problemem w nowym systemie będzie sfinansowanie kosztów dodatkowych

świadczeń zrealizowanych przez szpital w związku z napływem pacjentów w bieżącym okresie rozliczeniowym. Jeśli dodatkowi pacjenci mają być finansowani w ramach ryczałtu, a zjawisko zwiększenia ilości zrealizowanych świadczeń może wpłynąć na ewentualne zwiększenie ryczałtu w przyszłości, to należy uznać taki mechanizm jako dalece ryzykowny i destrukcyjny dla kondycji finansowej Szpitala.

■ ***Tak zdefiniowany system przerzuca ryzyko zwiększenia zapotrzebowania z organizatora procesu ochrony zdrowia na wykonawców świadczeń.***

Dokładnie, a przecież zadaniem szpitali publicznych jest efektywne wykorzystanie zasobów do optymalnego i skutecznego leczenia pacjentów, a nie ponoszenie odpowiedzialności za zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej. Przerzucanie ryzyka finansowego związanego z holistycznym zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych obywateli RP na jednostki ochrony zdrowia byłoby błędem systemowym, który może spowodować osłabienie kondycji finansowej jednostek ochrony zdrowia i bezpośrednio wpłynąć negatywnie na jakość i dostępność świadczeń. System ochrony

zdrowia jest dynamiczny w znaczeniu potrzeb, a jego immanentną i pewną cechą jest stały deficyt środków niezbędnych do ich zaspokojenia. Wynika to z jednej strony z rozwoju nauki, metod i nowych technologii wspierających leczenie, a z drugiej ze zmieniających się potrzeb demograficznych. UCK nie jest przedsiębiorcą, kiedyś kupcem w rozumieniu prawa handlowego, ale samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Naszym celem nie jest intensyfikacja zysku i wypłata dywidendy inwestorom. Naszemu działaniu nie przyświeca to, by zapewnić stopę zwrotu za inwestowanych pieniędzy właścicielowi. My mamy trochę inne zadania. Nasz właściciel, czyli państwo polskie i nasz organ założycielski, czyli Gdański Uniwersytet Medyczny stawiają przed nami zadania, zgodnie z naszą misją, żebyśmy efektywnie leczyli, tzn. żebyśmy maksymalnie efektywnie wykorzystali zasoby i środki, które pozyskujemy na leczenie pacjentów. Naszym zadaniem jest efektywna realizacja świadczeń w ramach limitowanych ryczałtem środków, co oznacza również konieczność pokrycia kosztów naszej działalności.

■ **Poważne zmiany systemowe to jedno. Reorganizacji dokonano również wewnątrz Szpitala.**

Po każdej zmianie następuje pewne rozkojarzenie w organizacji i to jest normalny cykl zarządzania. Moim zadaniem było skonsolidowanie pracowników na nowo wokół zadań i idei, które są istotne dla Szpitala. Dokonałmy istotnej reorganizacji dotychczasowych funkcji zarządczych, czas pokaże czy nowy układ organizacyjny będzie działał lepiej. Myślę, że to były główne wyzwania minionego roku.

■ **A wyzwania na najbliższe miesiące? Jaką ma Pan wizję rozwoju Szpitala?**

Szpital jest w trakcie gigantycznej zmiany, jaką jest budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. CMN, wraz z istniejącym już Centrum Medycyny Inwazyjnej, stanowić będzie jedną z najnowocześniejszych placówek medycznych w kraju i w Europie. To tu pacjenci będą mieli dostęp do innowacyjnych metod leczenia i sprzętu medycznego na najwyższym światowym poziomie. Na pewno wyzwaniem na najbliższy czas jest sprawna przeprowadzka jednostek do CMN, tak by nie zaburzyć procesów leczenia pacjentów. Ponadto chcemy rozwijać dziedziny takie jak transplantologia czy onkologia. Obecnie jesteśmy monopolistą, jeśli chodzi o transplantologię na Pomorzu, a w pewnych dziedzinach nawet w szerszym horyzoncie terytorialnym. Mamy ogromne doświadczenie w tym zakresie, dysponujemy nowoczesnymi salami operacyjnymi i świetnymi fachowcami. Z roku na rok rośnie liczba przeszczepów nerek, szpiku, rogowek. Przymierzamy się do kolejnych dużych wyzwań, takich jak przeszczep wątroby i wysp trzustkowych.

■ **Drugim obszarem jest onkologia, która już jest silną stroną UCK. Co się zmieni w tej dziedzinie?**

Chcemy skupić się nie tylko na rozwoju świadczeń w ramach pakietu onkologicznego, ale również stworzyć pewną wartość dodaną dla pacjenta. W ubiegłym roku uruchomi-

liśmy Breast Cancer Unit, który daje pacjentom ofertę nieporównywalną z innymi ośrodkami w okolicy. To opieka rzeczywiście na najwyższym światowym poziomie i nasze działania są poparte najnowszymi zdobyczami nauki. Na pewno będziemy tworzyć też inne unity, jak ośrodek związany z wczesnym wykrywaniem i leczeniem chorób płuc czy raka jelita. Chcemy te struktury budować w ramach programów rządowych, które sukcesywnie będą się pojawiały. W trudnych, złożonych przypadkach systemowo wymagana jest pewna szybkość i kompleksowość działania. Przez to, że jesteśmy tak dużym ośrodkiem, klinicznym mamy większość specjalności, jakie dostępne są w tym obszarze świadczeń medycznych, dlatego też proponujemy pacjentom pewne podejście holistyczne w zakresie leczenia. Możemy leczyć pacjenta, który ma wiele chorób współistniejących i to nie jest żaden problem. Dysponujemy świetnymi specjalistami i nowoczesnym zapleczem, co daje nam przewagę nad małymi ośrodkami, specjalizującymi się w 2-3 dziedzinach. To jest ten efekt synergii, tego, że wszyscy razem pracują i się wzajemnie wspierają. To też pewna ważna cecha, która nas wyróżnia i powoduje, że pacjenci to doceniają.

■ **Nie sposób nie wspomnieć o rozwoju w zakresie neurologii.**

Niezwykle ważne są dla nas działania rozwojowe w zakresie neurologii. Podjęliśmy starania, by stać się centrum koordynacji udarów dla województwa pomorskiego. Naszym ogromnym osiągnięciem, niestety nadal niedocenianym przez płatnika publicznego, jest zastosowanie najnowocześniejszych i najskuteczniejszych metod leczenia udarów, tj. trombektomii mechanicznej, której efekty są nieporównywalne z leczeniem klasycznym. I to paradoks, bo wykonujemy najbardziej skomplikowane i nowoczesne procedury, bardzo szybko usprawniamy pacjenta, skracając tym samym długie hospitalizacje i kolejne długotrwałe hospitalizacje. Niestety system na razie nie premiuje tego typu rozwiązań, a my musimy rozliczać się według standardowych procedur, co często ledwo zapewnia pokrycie kosztów lub też nie pokrywa kosztów stosowania tak nowoczesnych i kosztownych metod. Mam nadzieję, że stosowanie tych nowych rozwiązań wkrótce będzie uzasadnione też ekonomicznie i system policzy, że pacjent szybciej wraca do zdrowia, do pracy i zaczyna na nowo wpłacać składki.



■ **Od lat wspomina się o potrzebie stworzenia Centrum Medycyny Pediatricznej i są na to realne szanse.**

Rzeczywiście dziedziny pediatriczne są dla nas dużym wyzwaniem, ale w zakresie poprawy warunków Szpital już wykonał ogromny krok. Pragnę podkreślić, że obecnie wszystkie jednostki pediatriczne funkcjonują w zmodernizowanych warunkach lokalowych. Rozpoczęliśmy prace studyjne dotyczące budowania wysoko specjalistycznego centrum pediatricznego w budynku nr 4, który się wkrótce zwolni po przeprowadzeniu części klinik do Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Opracowaliśmy koncepcję architektoniczną nowego Centrum Medycyny Pediatricznej, w którym zlokalizowane byłyby następujące jednostki: Oddział Intensywnej Terapii dla Dzieci, Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży oraz Klinika Gastroenterologii Dziecięcej. Na pewno pierwszym krokiem będzie stworzenie oddziału intensywnej opieki pediatricznej, który stanowiłby początek tej zmiany i budowania takiego Centrum. Dzisiaj jest trudna sytuacja, jeśli musimy naszych małych pacjentów wozić do innych ośrodków. Jest to uciążliwe dla pacjenta, trudne logistycznie i generuje dodatkowe koszty. Stworzenie takiego oddziału w ramach obecnej struktury UCK stanowiłoby doskonałe uzupełnienie tego, czym obecnie dysponujemy. Brakuje takiego skoordynowanego ośrodka, dziś dzieci leczone są w kilku miejscach, instytucjach, ponieważ nie ma holistycznego podejścia. Dlatego podjęliśmy działania, aby Oddział Intensywnej Terapii dla Dzieci rozpoczął swoje działania na terenie naszego Szpitala już na początku przyszłego roku.

■ **W kontekście projektowanych zmian istotna też jest działalność szkoleniowa. Panu szczególnie bliska, gdyż przez ostatnie lata pełnił Pan obowiązki dyrektora ds. personalnych.**

Wprowadziliśmy w UCK atrakcyjne ścieżki rozwoju zawodowego, zwłaszcza dla pielęgniarek i położnych. Umożliwia-

my naszemu personelowi udział w szkoleniach podnoszących kwalifikacje i z takich form wsparcia korzysta wielu pracowników. Naszą chlubą jest to, że mamy najlepiej wykształcone pielęgniarki, które stale podnoszą i uzupełniają swoje kwalifikacje. Mamy zaskakująco niski wskaźnik jeśli chodzi o wiek pielęgniarek. Średnia ich wieku wynosi ok. 40 lat, zaś w skali kraju szacuje się, że jest o 10 lat wyższa. Jest to bardzo korzystna sytuacja, na którą bez wątpienia ma wpływ bliskość Uczelni i stały dopływ nowych absolwentów. Jeśli chodzi o lekarzy, zatrudniamy ich w formie kontraktowej. Mamy około 40 systemów motywacyjnych we wszystkich naszych jednostkach, opartych o różne parametry. Na pewno musimy popracować nad zasobami związanymi ze sferą obsługi pacjenta.

■ **Ta rzeczywistość wciąż pozostawia wiele do życzenia. Jakie są plany na usprawnienie tej działalności?**

Poprawiamy jakość usługi w tym zakresie, niekoniecznie zwiększając ilość osób obsługujących ten proces. Rozwinęliśmy *call center*, zmieniamy system obsługi w punkcie przyjęć planowych i poradniach. Wprowadzamy umawianie pacjentów na konkretne godziny, uruchamiamy informatyczne narzędzia do rejestracji dla pacjentów. Nasze poradnie w nowych obiektach są zaprojektowane nowoczesnie, tzn. nie przewidziano przy nich obszernych poczekalni, kierując się zasadą logistyczną *just in time*. Kolejnym działaniem poprawiającym obsługę naszych pacjentów są profesjonalne szkolenia osób zatrudnionych w strukturach obsługowych. W UCK w ramach pakietu onkologicznego funkcjonują tzw. koordynatorzy, tj. osoby, które bezpośrednio przeprowadzają pacjenta przez formalno-proceduralny gąszcz, który towarzyszy realizacji świadczeń i wynika z wymogów płatnika. Należy pamiętać, że to są zmiany ewolucyjne i wymagają czasu. Pragnę nadmienić, że również radykalnie zmieniliśmy kierunek, jeśli chodzi o wspieranie rozwoju edukacji. Odtworzyliśmy współpracę z Izbą Pielęgniarską, rozmawiamy z Krajową Izbą Fizjoterapeutów, zwiększyliśmy też liczbę rezydentów kształcących się w naszym Szpitalu. Przygotowujemy się również do ogromnego zadania, tj. wprowadzenia cyfryzacji danych pacjentów, czego oczekuje od nas system.

■ **To rozwiązanie chyba szczególnie korzystne dla pacjentów.**

Oczywiście, choć ogromnie pomocne także dla personelu szpitalnego. Chodzi o to, żeby pewne informacje na temat pacjenta były zintegrowane, żeby chory, który przyjeżdża do ośrodka nie był anonimowy. Czasem jest nieprzytomny, nie może mówić albo nie ma opiekuna. Mając taki zintegrowany system z łatwością będzie można sprawdzić jego historię choroby, co pomoże w diagnozowaniu. Ponadto pewne zdobycze technologiczne chcemy wykorzystać do poprawienia komunikacji z pacjentami i rozszerzenia opieki nad chorymi również poza Szpitalem. Ta komunikacja powoduje, że możemy w pewien sposób monitorować i współpracować z pacjentem po wyjściu ze Szpitala. Na tym polu



Od lewej: zastępca dyrektora naczelnego ds. sprzedaży i rozliczeń usług medycznych Dorota Kuzimska, zastępca dyrektora naczelnego ds. pielęgniarstwa, naczelnia pielęgniarki mgr Anna Lignowska, zastępca dyrektora naczelnego ds. administracyjno-technicznych mgr inż. Arkadiusz Lenzion, dyrektor naczelny Jakub Kraszewski, dyrektor ds. lecznictwa, lekarz naczelny dr hab. Tomasz Stefaniak, MBA, główna księgowa inż. Hanna Mleczek, zastępca dyrektora naczelnego ds. logistyki medycznej lek. Adam Sudoł, kierownik Działu Controllingu i Analiz Strategicznych dr inż. Andrzej Kotecki

telemedycyna daje ogromne możliwości i to jest kierunek, który chcemy rozwijać.

■ **Skoro mowa o komunikacji, trwają prace nad modernizacją strony internetowej UCK. Kiedy możemy spodziewać się nowej odsłony?**

Do końca roku uruchomimy nową stronę, której towarzyszyć będzie również zmiana logotypu Szpitala. W UCK robimy rzeczy niesamowite, często unikalne i chcielibyśmy, żeby szerokie środowisko, a nie tylko to akademickie, dowiedziało się o dokonaniach naszych klinicystów. Chcielibyśmy, żeby kierownicy klinik mogli pokazać na naszej stronie, czym się zajmują. Dla ludzi jest to ważne, żebyśmy nie byli anonimowi. Budujemy najnowocześniejszy szpital w okolicy i to jest największa inwestycja medyczna w historii regionu od ponad 20 lat. Z uwagi na to, że Szpital jest umiejscowiony w dolinie otoczonej zielenią, nie widać tej inwestycji, ale nie znaczy to, że to wielkie przedsięwzięcie się nie toczy. Chcemy to społeczeństwu pokazać, bo to jest ogromna wartość dodana, którą zyskują mieszkańcy Trójmiasta i całego Pomorza. Inwestycja ta służyć będzie regionowi przez najbliższe kilkadziesiąt lat. Chcemy pokazać tę wielką zmianę, która toczy się pomimo różnych zmian na scenie politycznej. To ogromna zasługa władz Uczelni obecnej, jak i poprzednich kadencji. Jesteśmy również obecni w mediach społecznościowych i zależy nam na tym, by coraz skuteczniej rozwijać narzędzia przydatne w komunikacji pacjent – lekarz czy pacjent – szpital.

■ **Tu pomocne może okazać się Pana doświadczenie w sektorze NGO. Chciałby je Pan w jakimś zakresie wykorzystać w UCK?**

Praca czy raczej współpraca z organizacjami pozarządowymi pokazała mi, że można realizować pewne przedsięwzięcia i marzenia pomimo wszystko. Sektor NGO pokazuje, że prawdziwym jest powiedzenie, że dla chcącego nie ma nic trudnego. Można wszystko zrealizować, jeśli się ma odpowiednią motywację. Oczywiście chciałbym te doświadczenia zaszcześcić w Szpitalu. UCK to duża instytucja, porównywalna ze średniej wielkości miasteczkami w województwie pomorskim. Jesteśmy olbrzymią społecznością, a na naszym terenie stale przebywa około 4-6 tysięcy ludzi. Uważam, że dobrym rozwiązaniem jest budowanie pewnych platform współpracy z organizacjami pozarządowymi, ponieważ one zajmują się zadaniami, które wypełniają pewną lukę potrzeb naszych pacjentów, których my nie jesteśmy w stanie zorganizować. Nie jesteśmy w stanie, bo jesteśmy powołani do czegoś innego i zwyczajnie na pewnych rzeczach się po prostu nie znamy. Organizacje pozarządowe mają olbrzymi potencjał komunikacyjny, informacyjny, promocyjny. Wspólnie możemy tworzyć pewną wartość dodaną, która normalnie jest dla nas niedostępna. Myślę, że nie ma dla nas lepszych sprzymierzeńców. Te organizacje i przedsięwzięcia są niesamowite i myślę, że będziemy w ich kierunku podążać. Organizacji, które współpracują z UCK jest bardzo dużo i chciałbym stworzyć jakieś forum współpracy z nim, również żeby one się szerzej zaprezentowały, żeby ze swoją ofertą dotarły do swoich beneficjentów, pacjentów. Do tej pory robiliśmy to w sposób trochę incydentalny. Możemy to zrobić lepiej i zintegrować nasze działania.

■ **Dziękuję za rozmowę i życzę powodzenia w realizacji wszystkich ambitnych planów.**

Prorektorzy kliniczni obradowali w GUMed

Gdański Uniwersytet Medyczny był gospodarzem pierwszego spotkania prorektorów ds. klinicznych polskich uczelni medycznych. Obrady, które zorganizowano pod auspicjami Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, odbyły się 11 września br. i zgromadziły w GUMed przedstawicieli 10 z 11 rodzimych uczelni medycznych.

Tematem spotkania były kwestie związane z funkcjonowaniem szpitali klinicznych, doprecyzowaniem ich misji, jak również koordynowaniem ich prac w zakresie edukacji i badań naukowych. Ponadto prorektorzy dyskutowali o możliwościach rozwoju jakości świadczeń oraz wdrażania innowacyjnych rozwiązań w leczeniu i zarządzaniu. Spotkanie służyło także przygotowaniu się uczelni medycznych, jako organów założycielskich szpitali klinicznych, do nowych wyzwań związanych z wchodzącą w życie tzw. ustawą o sieci szpitali.

Szpitaly kliniczne są ważnym elementem systemu ochrony w Polsce. Zajmują się leczeniem wysokospecja-



listycznym, przyjmując pacjentów z trudnymi do diagnozowania i leczenia chorobami. Szpitale kliniczne to także bardzo duże organizacje, które oprócz leczenia uczestniczą w edukacji przed- i podyplomowej lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników, fizjoterapeutów i pracowników innych zawodów medycznych. ■

Szef jest silny siłą zespołu

Z Katarzyną Grzejszczak, dyrektor Biura Projektów,
rozmawia Joanna Śliwińska, rzecznik prasowy GUMed

Ukończyła studia ekonomiczne w zakresie integracji europejskiej i Podyplomowe Studia Zarządzania Projektami. Ma doświadczenie w pozyskiwaniu środków ze źródeł europejskich, a przez ostatnie lata pracowała na kierowniczym stanowisku w spółce Enspiron, należącej do grupy ENERGA. We wrześniu 2017 r. objęła w GU-Med stanowisko dyrektora nowo powstałego Biura Projektów.

■ **Ostatnie tygodnie przyniosły ważną i myślę, że potrzebną zmianę w strukturze organizacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – powołano Biuro Projektów. Co będzie należało do jego zadań?**

Biuro Projektów ma się zajmować przygotowaniem i w pewnym zakresie realizacją wszystkich projektów w Uczelni – badawczych, naukowych, infrastrukturalnych, a we współpracy ze Szpitalem również projektów klinicznych. Mam nadzieję, że uda nam się pozyskać finansowanie dla takich projektów, których efekty zostaną wdrożone w formie komercyjnych produktów kierowanych do środowiska wewnętrznego oraz biznesowego. Zakładam, że Biuro będzie działało procesowo, czyli od upowszechniania informacji o możliwości pozyskania środków na projekty, poprzez ich przygotowanie do realizacji włącznie. Chciałabym ustrukturyzować pracę zespołów i wprowadzić jasny podział merytoryczny między pracownikami odpowiadającymi za opracowanie projektu, jego budżetu i harmonogramu rzeczowo-finansowego a pracownikami, którzy odpowiadają stricte za merytorykę realizowanych zadań. Tutaj każdy powinien skupić się na tym, na czym zna się najlepiej. Myślę, że jest to klucz do sukcesu w obszarze realizacyjnym. Im projekt jest lepiej przygotowany, tym płynniej się go realizuje.

■ **W skład Biura wejdą jednostki, które do tej pory były rozproszone po różnych Działach. Ta nowa struktura je w pewien sposób scentralizuje, z korzyścią chyba dla obu stron.**

Biuro Projektów będą tworzyły jednostki funkcjonujące do tej pory w Uczelni, tj. Sekcja ds. Projektów Rozwoju Uczelni, Sekcja ds. Projektów Naukowych i Sekcja Obsługi Projektów wraz z nowym stanowiskiem do spraw projektów. Mam nadzieję, że ta centralizacja doprowadzi do polepszenia



komunikacji między administracją a pracownikami naukowymi. Mamy pełną świadomość tego, że jesteśmy biurem wsparcia i tutaj widzimy swoją rolę. To my będziemy ośrodkiem wiedzy natury formalno-prawnej, tak by pracownicy naukowcy mogli się w pełni skupić na pracy merytorycznej.

■ **Do tej pory Uczelnia radziła sobie niezależnie w pozyskiwaniu środków z różnych źródeł, czy to krajowych, czy zagranicznych. Co Pani zdaniem jest największym wyzwaniem w tym zakresie?**

Myślę, że wyzwaniem dla Uczelni jest sięganie po środki z programów takich jak Horyzont 2020 czy programów międzynarodowych,

jak np. Region Morza Bałtyckiego i Europa Środkowa. Są to projekty wymagające współpracy wielu podmiotów, bardziej skomplikowane i trudniejsze w przygotowaniu. Jeśli chodzi o środki pozyskiwane na infrastrukturę czy na badania i rozwój, Uczelnia ma w tym spore osiągnięcia. Zawsze jednak może być lepiej. Pojawiają się nowe oferty Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Będziemy chcieli upowszechnić w GUMed wiedzę o nich i przygotowywać kolejne wnioski. Z mojego punktu widzenia, to projekty płynące bezpośrednio z Komisji Europejskiej czy poprzez Sekretariaty Techniczne Programów zlokalizowane w różnych miejscach w Europie stanowią największe wyzwanie.

■ **Środowisko uniwersyteckie nie jest Pani obce. Fakt, że już kiedyś pracowała Pani w Uczelni ułatwia pewne zadania czy wręcz przeciwnie?**

Tego jeszcze nie wiem na pewno, ale spodziewam się, że będzie i trochę łatwiej, i trochę trudniej. Prawda jest taka, że moja wcześniejsza praca w Uczelni była dla mnie bardzo rozwojowa. W tamtym czasie miałam kontakt z projektami z obszaru neurologii, radiologii, zdrowia publicznego i przez te lata to wszystko bardzo dobrze wspominałam. Zawsze miałam ambicję pracowania w ciekawej branży, więc ten

świat nigdy nie zniknął z moich horyzontów zawodowych i chyba spowodował, że podjęłam taką, a nie inną decyzję. Spodziewam się, że będzie ponownie ciekawie.

■ **Ma Pani bogate doświadczenie zawodowe, pracowała Pani w dużych organizacjach. Po czymś takim praca w uczelni wyższej może być wyzwaniem na ścieżce kariery?**

Myślę, że tak. Ogromnym wyzwaniem jest stworzenie Biura nie od podstaw, ale już z istniejących komórek, gdzie dziedziczymy po innych. Jest takie powiedzenie, że po pół roku zespół jest Twój. Takie doświadczenie już mam na koncie. To jest trudne, ale sprawiło, że serce szybciej zabiło do tego pomysłu. Chcę stworzyć coś od nowa i razem z tymi ludźmi poukładać tak, żeby działało. Może to brzmi jak frazes, ale wyznaję tę zasadę, że szef jest silny siłą zespołu. To nie

jest tak, że ktoś z nas jest w stanie sam przenosić góry. Na to liczę i tym razem.

■ **Zadania na najbliższe miesiące?**

Jeśli mówimy o wprowadzeniu innowacji organizacyjnej, a tym jest powołanie Biura, to jako pierwsze muszą się wypowiedzieć osoby, które w tym obszarze pracowały. Poprawa jakości pracy w organizacji jest dla mnie bardzo ciekawym i ważnym wyzwaniem. Chciałabym przekonać Rektora, żeby ustanowić jasne i czytelne mechanizmy, również finansowe, związane ze wsparciem autorów idei projektowych. Prace rozwojowo-badawcze i innowacyjne pomysły są istotą rozwoju organizacji, których głównym kapitałem jest wiedza. Chciałabym, aby nasze Biuro pomagało dbać o te nowe pomysły, również poprzez poszukiwanie środków na ich realizację.

■ **Dziękuję bardzo za rozmowę i życzę wielu sukcesów.**

MINIATURY rozdane

Dr hab. Marzena Jamrógiewicz z Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej otrzymała finansowanie z Narodowego Centrum Nauki na realizację zadania badawczego pt. *Badanie możliwości hamowania przemian polimorficznych famotydy*. Będzie ono realizowane w ramach konkursu MINIATURA 1 w formie badań wstępnych, a kwota dofinansowania wyniesie 50 tys. zł.

Działanie naukowe obejmuje badania związane z monitorowaniem stabilności fizycznej famotydy. Zaplanowane badania zweryfikują tezę o tym, że układy supramolekularne zawierające cyklodekstryny hamują przemiany polimorficzne substancji leczniczej zachodzące pod wpływem siły kompresji. Analizy będą prowadzone przy wykorzystaniu takich metod analitycznych jak spektroskopia NIR/FTIR oraz różnicowa kalorymetria skaningowa DSC. Uzyskane wyniki pozwolą przewidywać i zapobiegać zmianom fizycznym cząsteczek pod wpływem czynników zewnętrznych, w tym sił mechanicznych.

Także projekt **dr Katarzyny Węgrzyn** z Pracowni Biologii Molekularnej Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed pt. *Analiza oddziaływania białek ORC z jednoniciowym DNA rejonu origin – badania wstępne* otrzymał dofinansowanie w wysokości 33 tys. zł z programu NCN MINIATURA 1.

Badania dotyczące tworzenia kompleksów nukleoproteinowych przez inicjatory replikacji skupiają się w dużej mierze na bakteryjnych białkach DnaA oraz białkach plazmidowych Rep. Zdecydowanie mniej danych dostępnych jest na temat kompleksów białek eukariotycznych ORC (ang. *Origin Recognition Complex*) z DNA. Opublikowane przez dr Węgrzyn dane (*Nucleic Acid Research* 42(12):7808-18), wykazujące zdolność oddziaływania plazmidowych

białek Rep z jednoniciowym DNA (ssDNA) rejonu origin plazmidów, jak również dane dotyczące kompleksów bakteryjnego białka DnaA z ssDNA wskazują, że oddziaływanie z ssDNA origin może mieć charakter uniwersalny i może dotyczyć wszystkich inicjatorów replikacji niezależnie od ich struktury. Plazmidowe białka Rep tworzą bowiem kompleks z ssDNA, pomimo że posiadają strukturę odmienną w stosunku do struktury bakteryjnego białka DnaA.

Celem projektu MINIATURA jest analiza oddziaływania białka ORC pochodzącego z archebakterii z ssDNA rejonu DUE *origin*. Dane uzyskane w ramach projektu MINIATURA pozwolą na uzupełnienie wiedzy na temat tworzenia kompleksów nukleoproteinowych przez inicjatory replikacji, białka ORC, łączących w swej strukturze cechy zarówno białek bakteryjnych DnaA (obecność domeny AAA+), jak również plazmidowych białek Rep (obecność domeny typu WH, ang. *Winged Helix*). Ponieważ maszyneria replikacyjna archebakterii jest uważana za uproszczoną ancestralną maszynerię replikacyjną obecną w komórkach eukariotycznych, dane z przeprowadzonych analiz będzie można odnieść również do innych białek ORC, w tym białek eukariotycznych.

MINIATURA to konkurs na pojedyncze działania naukowe, z którego naukowcy ze stopniem doktora mogą finansować m.in. badania wstępne, pilotażowe oraz wyjazdy na kwerendy, wyjazdy badawcze czy konferencje. W odróżnieniu od pozostałych konkursów z oferty Centrum, nabór wniosków na tzw. małe granty jest prowadzony w trybie ciągłym, a cykl oceny projektów jest skrócony.

Więcej informacji o konkursie na stronie <https://www.ncn.gov.pl>. ■

Uratowali serce, wykorzystując druk 3D

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku przeprowadzono 3 sierpnia br. pierwszy zabieg przezskórnej implantacji zastawki tętnicy płucnej. Pacjentem był 35-letni mężczyzna z wrodzoną wadą serca, operowany w dzieciństwie w USA. Wymagał on dalszego leczenia, jednak kolejny, bardzo rozległy zabieg kardiologiczny, byłby obciążony bardzo wysokim ryzykiem. W warunkach sali hybrydowej Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej UCK przeprowadzono zabieg przezskórnej implantacji zastawki Melody w pozycję płucną z udziałem prof. Tomasza Moszury z Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Operacja przebiegła bez powikłań i zakończyła się pełnym sukcesem. Pacjent za kilka dni, po badaniach kontrolnych został wypisany ze szpitala. Przeprowadzenie zabiegu było możliwe dzięki współpracy interdyscyplinarnego zespołu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego: Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Seca, Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej oraz Zakładu Radiologii.



W przygotowaniach do zabiegu przeprowadzono symulację procedury z wykorzystaniem indywidualnego modelu serca leczonego pacjenta w skali 1:1, który powstał w Klinice Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca GUMed w innowacyjnej technologii wydruku 3D. Do stworzenia modelu, wykorzystano wyniki badania serca rezonansem magnetycznym oraz drukarkę M200 polskiej firmy Zortrax – lidera na rynku drukarek 3D.



Postęp, jaki dokonał się w interwencyjnym leczeniu wrodzonych i strukturalnych wad serca umożliwia dziś leczenie wielu pacjentów bez konieczności narażania ich na ryzyko zabiegu kardiologicznego. Wiele z tych technik stosowanych jest z powodzeniem w Klinice Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca Uniwersyteckiego Centrum Medycznego (UCK) w Gdańsku od ponad 20 lat i obecnie stały się rutynowymi zabiegami. Na zabieg z wykorzystaniem zastawki Melody czekają kolejni pacjenci, u których wiele lat po korekcji zespołu Fallota (atrezji zastawki tętnicy płucnej) doszło do nawrotu zwężenia lub powstania niedomykalności zastawki tętnicy płucnej. ■

Studenci zdrowia publicznego założycielami ogólnopolskiej organizacji naukowej

Wyteżona praca naukowa i wyjazdy na konferencje połączone z prezentacją wyników badań zaowocowały już po roku działalności SKN GUMed Ekonomia i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia sukcesem. Dzięki wsparciu międzynarodowego stowarzyszenia farmakoekonomicznego International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research studenci kierunku zdrowie publiczne powołali jedyne w Polsce i jedno z kilkunastu na świecie studenckie stowarzyszenie zajmujące się farmakoekonomiką – International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research Poland Student Chapter (ISPOR Poland Student Chapter). Opiekunem studentów jest dr Ewa Bandurska.

Do Stowarzyszenia dołączyli studenci z największych uczelni medycznych w Polsce, m.in. Warszawskiego Uni-

wersytetu Medycznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Głównym celem ISPOR Poland Student Chapter jest prowadzenie wielośrodkowych badań z zakresu farmakoekonomiki i HTA oraz rozpowszechnianie wiedzy o ekonomice zdrowia. Przynależność stowarzyszenia studenckiego do macierzystej organizacji ISPOR daje studentom wiele możliwości – mogą korzystać z materiałów zgromadzonych i publikowanych przez ISPOR, brać udział w organizowanych wydarzeniach (konferencjach, sympozjach, szkoleniach i warsztatach), jak również nawiązać kontakt i uczyć się od specjalistów z zakresu farmakoekonomiki z całego świata. ■

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI

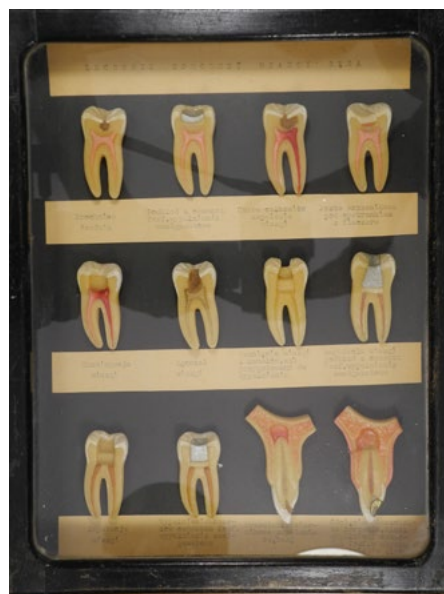
Wrzesień – ostatni miesiąc uniwersyteckich wakacji, sesja młodych naukowców – dla tych, którym nie udało się zdać egzaminów w czerwcu, okres przygotowania do nowego roku akademickiego i wreszcie jesienny szczyt zjazdów i kongresów naukowych.

Dla Muzeum GUMed to również gorący czas przygotowania nowej wystawy. Już po raz dziesiąty zaprezentowana zostanie w podczas uroczystości inauguracyjnych w pomieszczeniu Muzeum. W tym roku związana jest z jubileuszem siedemdziesięciu lat gdańskiej stomatologii uniwersyteckiej. W 1947 r. zapadła decyzja o podjęciu kształcenia stomatologów na Akademii Lekarskiej w Gdańsku w ramach samodzielnego Oddziału. Rok później naukę rozpoczęli pierwsi studenci stomatologii. Do dziś po całej Polsce, a być może w każdym zakątku świata można spotkać wykształconych w Gdańsku lekarzy stomatologów.

Na muzealnej półce przechowujemy wiele pamiątek związanych z tą jakże ważną dziedziną sztuki lekarskiej.

W czasach poprzedzających technologie cyfrowe, projektowanie i wytwarzanie pomocy naukowych było niekiedy zajęciem skomplikowanym, choć zapewne i stosunkowo intratnym. Niezależnie od poziomu kształcenia, nowoczesna dydaktyka posługiwała się arsenałem schematów i modeli. Ich wielość i liczba do dziś robią wrażenie.

Drewniana skrzynka ze szklaną pokrywą, o wymiarach 24x32 cm, wyprodukowana została w Berlinie, w wytwórni pomocy naukowych (Lehrmittelwerke Berlinische Verlagsanstalt G.M. b. H., Berlin N.W. 23). Zawiera woskowe modele przekrojów zębów, których miazga zaatakowana została przez różne choroby. Zęby są znacznie powiększone, struktury anatomiczne w żywych kolorach, a widoczne ubytki przyprawiają o dreszcz niepokoju. Modele zębów wykonano z wosku, o czym informuje napis na odwrocie pojemnika, przestrzegający również przed ekspozycją na promienie słoneczne oraz wysoką temperaturę z grzejników.



Trudno jednoznacznie określić czas produkcji prezentowanej pomocy dydaktycznej. Natomiast najprawdopodobniej z późniejszego okresu pochodzą polskie podpisy pod modelami.

Pomoc naukowa została przekazana do Muzeum przez prof. Barbarę Adamowicz-Klepalską.

dr Marek Bukowski,
Muzeum GUMed

Stypendium dla doktoranta GUMed

Lekarz **Michał Bohdan**, doktorant z I Katedry i Kliniki Kardiologii, otrzymał stypendium Polish School of Medicine Memorial Fund, które obejmowało szkolenie z zakresu edukacji klinicznej Edinburgh Summer School in Clinical Education (ESSCE). Zorganizowane zostało przez Uniwersytet w Edynburgu i odbywało się w dniach 14-18 sierpnia 2017 r. W trakcie kursu przedstawiono nowoczesne metody edukacji klinicznej zarówno studentów, jak i sposoby nauczania w ramach kształcenia podyplomowego.

Stypendium dla doktoranta było jednym z siedmiu stypendiów przyznanych dla najlepszych młodych naukowców z Polski zaangażowanych w edukację studentów medycyny. Polish School of Medicine Memorial Fund od wielu lat współpracuje z uczelniami medycznymi w Polsce i udziela finansowego wsparcia młodym naukowcom z naszego kraju. ■

Postęp w chirurgii

Patrząc z perspektywy moich 90 lat życia trudno nie poddać się refleksji przemijania, ale też refleksji dotyczącej ogromnego postępu cywilizacyjnego, jaki dokonał się w życiu codziennym, w życiu zawodowym, a w szczególności w chirurgii. W życiu codziennym za moich czasów wszystko się zmieniło. Powstawała współczesna informatyka, rodziła się telewizja, komputery, Internet, telefony komórkowe. Rozwijała się astronautyka, dzięki przekazowi telewizyjnemu byliśmy świadkami lądowania człowieka na księżycu. Postęp, jaki dokonał się i nadal dokonuje się w świecie nieodparcie nasuwa refleksję o tym, jak niewyobrażalnie genialna potrafi być myśl ludzka.

Postępu w dziedzinie chirurgii, jaki dokonuje się w ostatnim czasie nie podejmuję się przedstawić w formie szczegółowego kalendarium – pozostawiam to historykom medycyny. Pragnę jednak podzielić się własnymi uwagami i spostrzeżeniami o postępie, który mogłem śledzić przez 50 lat pracując jako chirurg. Szybki postęp cywilizacji, jakiego byliśmy i jesteśmy świadkami na co dzień, który osiąga coraz to nowe cele w różnych gałęziach nauki, wiąże się ściśle z postępowaniem techniki i nie ominął również medycyny.

Jesteśmy pokoleniem lekarzy, którzy pobierali naukę w końcu lat 40. i rozpoczynali pracę na początku lat 50. ubiegłego stulecia. Ostatnie pół wieku, w którym przyszło nam pełnić służbę lekarza, to okres niespotykanego do tej pory dynamicznego rozwoju nauk medycznych. W codziennej pracy zjawisko postępu jest jakby niedostrzegane, powszednie, jawi się dopiero wyraźnie, kiedy widzimy je z perspektywy czasu. Mieliśmy wielkie szczęście brać czynny udział w tym fascynującym postępie, każdy z nas w różnych dyscyplinach medycznych.

Moje całe zawodowe życie poświęciłem chirurgii, dlatego pragnę przekazać spostrzeżenia dotyczące rozwoju tej dyscypliny. Można zaryzykować, nie popełniając większego błędu, że o postępie w chirurgii ostatniego 50-lecia, poza odkryciem antybiotyków, rozwojem farmakologii, biochemii klinicznej i molekularnej, stosowaniem badań genetycznych, diagnostyki obrazowej, fiberoskopii, nowych technik chirurgicznych zdecydowało i miało znaczny wpływ powstanie i rozwój współczesnej anestezjologii.

Z okresu studiów i z początków lat pracy w pamięci pozostaje znieczulenie ogólne polegające powszechnie, dziś można powiedzieć, na prymitywnym znieczuleniu eterowym (kapanie eteru bądź chloroformu na gazę umieszczoną w metalowej drucianej masce). Znieczulenie wykonywane było zwykle przez młodych asystentów chirurgii lub personel pomocniczy. Później do znieczulenia ogólnego wprowadzono środki żyłne (pentotal, evipan) stosowane przez chirurgów.

Powstaniu współczesnej anestezjologii opartej o naukowe podstawy zawdzięczamy nowe środki znieczulające i nową aparaturę do znieczuleń, wprowadzenie intubacji tchawicy, drzewa oskrzelowego i wspomaganego, kontrolowanego oddychania. To stało się przyczyną nowych możliwości leczenia

chirurgicznego chorób narządów klatki piersiowej. Otwarcie klatki piersiowej przestaje być problemem, który wymagał do tej pory specjalnych urządzeń – komór podciśnieniowych. Powstaje torakochirurgia, chirurgia serca i naczyń, w pozostałych działach chirurgii i dyscyplinach zabiegowych nowoczesna anestezjologia ma ogromny wpływ na poprawę śród- i pooperacyjnych wyników leczenia, znosi konieczność nadmiernego pośpiechu w wykonywaniu operacji, zwiększając ich precyzję i zmniejszając znacznie liczbę pooperacyjnych powikłań.

W kraju w latach 50. w niektórych ośrodkach przeprowadzane są pierwsze operacje serca, między innymi *commisurotomie*. W latach późniejszych wprowadzenie aparatury do krążenia pozaustrojowego otwiera zupełnie nowe możliwości rozwoju chirurgii serca, wprowadza się implantację sztucznych zastawek serca, przeszłowanie naczyń wieńcowych, w latach kolejnych obserwujemy udrażnianie naczyń wieńcowych serca przy pomocy stentów lub tzw. balonikowania, co staje się udziałem kardiologii inwazyjnej. Pozwala to w wybranych przypadkach uniknąć lub odroczyć leczenie operacyjne.

Pierwsze wprowadzenie rozruszników serca w leczeniu zaburzeń przewodzenia śródsercowego, w zaburzeniach rytmu serca, co obecnie znajduje powszechne zastosowanie, poszerzono współcześnie o metody tzw. ablacji, to znaczy przecięcia przy pomocy specjalnej aparatury szlaków nerwowych wewnątrz serca, odpowiedzialnych w wybranych przypadkach za nieprawidłowy rytm serca.

Z końcem lat 60. w Polsce obserwujemy próbę pierwszej transplantacji serca, a w latach 80. w dwóch ośrodkach następuje upowszechnienie tej metody leczenia. Warto w tym miejscu dodać, że wcześniej już w latach 70. obserwujemy w kraju rozwój transplantologii, początkowo nerek, trzustki, a w ostatnich latach wątroby, dorównując wynikami odległymi ośrodkom zagranicznym. Także w latach 60. rozwija się chirurgia naczyń tętniczych polegająca na udrożnieniu naczyń obwodowych w przebiegu miażdżycy, ich przeszłowaniu przy wykorzystaniu protez naczyniowych z tworzywa sztucznego.

W latach 60. XX w. w chirurgii gastroenterologicznej wprowadzono w leczeniu choroby wrzodowej dwunastnicy wagotomię całkowitą z zabiegiem drenującym, a następnie wagotomię wybiórczą i wysoce wybiórczą. Widzimy również znaczny postęp w leczeniu chorób wątroby, zwłaszcza operacji na układzie wrotnym w przebiegu nadciśnienia wrotnego. Zwiększa się liczba częściowego wycięcia wątroby z powodu różnych patologii, jak również zwiększa się liczba operacji trzustki z powodu nowotworów lub przewlekłego zapalenia.

W chirurgii endokrynologicznej obserwujemy znaczną poprawę wyników leczenia w chorobach tarczycy, przytarczyc i nadnerczy. W latach 50. XX w. po operacjach nadczynnego wola tarczycy u pewnej grupy chorych obserwowało się tzw. przełom tarczycowy, ten stan kliniczny często kończył się śmiercią operowanych. Wprowadzenie odpowiedniego przygotowania i zlikwi-

dowanie nadczynności tarczycy przed operacją sprawiło całkowite wyeliminowanie przełomu. To samo dotyczyło operacji czynnych hormonalnie guzów rdzenia nadnerczy (pheochromocytoma). Wprowadzenie w latach 60. środków blokujących przewlekle receptory α (alfa) pozwoliło na przygotowanie przed operacją tych chorych. Spowodowało to, że śmiertelność, która wynosiła ponad 50% chorych operowanych w czasie przełomu nadnerczowego, spadła po przygotowaniu chorych do 1-2%.

W tych samych latach odnotowujemy ważny krok, jakim jest wprowadzenie fiberoskopii. Początkowo wykorzystywana jest do diagnostyki przewodu pokarmowego, z czasem w rękach chirurga stwarza możliwości wykonywania całego szeregu czynności operacyjnych – przecięcie zwieracza Oddiego, usunięcie kamieni z przewodu żółciowego, wprowadzenie stentów, udrożnienie przewodów żółciowego i trzustkowego, usuwanie polipów, tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego, zwłaszcza w przebiegu krwotoków z owrzodzeń dwunastnicy i żołądka – dające wyleczenie lub odraczające leczenie operacyjne. Tę mało inwazyjną metodę można zaliczyć do tworzącej współcześnie postęp w chirurgii.

W latach 90. ubiegłego stulecia w kraju pojawia się wideoskopia, metoda mało inwazyjna pozwalająca na wykonywanie różnych operacji. Wykorzystywana coraz powszechniej do różnych operacji narządów jamy brzusznej – laparoscopia, do operacji narządów klatki piersiowej – torakoscopia, do operacji stawów kolanowych – artroskopia. Warto zaznaczyć postęp, jaki osiągnięto w leczeniu kamicy żółciowej wykorzystując endo- i laparoskopię w komplementarnym jej leczeniu. Wspomnieć również należy o pojawieniu się w tym okresie szwów atraumatycznych, nowych narzędzi chirurgicznych, aparatury do zszywania tkanek – staplerów ułatwiających zespolenie odcinków przewodu pokarmowego, zwiększające w ten sposób szczelność tych zespolień i zmniejszające liczbę powikłań.

W tym krótkim przeglądzie rozwoju chirurgii w ostatnim pięćdziesięcioleciu nie sposób pominąć wpływu na jej postęp odkrycia i wprowadzenia do leczenia antybiotyków, obecnie stosowanych w profilaktyce, jak i w celowanym leczeniu.

Dużą zasługę w postępie chirurgii ma biochemia kliniczna, która wprowadza precyzyjne metody obserwacji gospodarki wodno-elektrolitowo-białkowej, kontrolowane przetaczanie płynów, uzupełnianie niedoborów elektrolitowych i białka – bilans wodno-elektrolitowo-białkowy. Dziś postępowanie to doprowadzone powszechnie do perfekcji (centralne ciśnienie żyłne, cewnik Swen-Ganca, pompy infuzyjne), wprowadzenie pozajelitowego odżywiania (hyperalimentacja) przynosi wy-

mierną poprawę wyników chirurgicznego leczenia. Biochemia kliniczna obecnie dostarcza także cenną informację uzyskiwaną w badaniach molekularnych wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu. Ogromne nadzieje przyniosło odkrycie i stosowanie w leczeniu komórek macierzystych. Znaczący rozwój nauk podstawowych, zwłaszcza fizjopatologii klinicznej, dzięki któremu poznajemy bardzo ważne zjawiska hemodynamiczne zachodzące w przebiegu wstrząsów: urazowego, kardiogenego, septycznego zmieniają diametralnie poglądy na leczenie tych stanów i przynoszą poprawę wyników leczenia.

Kolejnym ważnym odkryciem stanowiącym przełom w dotychczasowej wiedzy na temat procesów krzepnięcia krwi jest stwierdzenie, że proces krzepnięcia krwi jest wypadkową dwóch zjawisk – fibrynolizy i krzepnięcia. Dowiadujemy się między innymi, że krwawienie w przebiegu wykrzepiania wewnątrzczyniowego (z konsumpcji fibrynogenu) należy leczyć heparyną, a nie jak do niedawna – środkami zwiększającymi krzepliwość.

Trudno pominąć wpływ diagnostyki radiologicznej na rozwój chirurgii, jaki obserwujemy w tym okresie. W latach 50. XX w. są to badania radiologiczne, większość z nich to badania inwazyjne (odma zaotrzewnowa, arteriografia i inne badania kontrastowe).

W następnych latach obserwujemy znaczny, olbrzymi, można powiedzieć rewolucyjny postęp w badaniach obrazowych, pozwalający na ujawnienie zmian o średnicy 1 mm. Badania te prawie zupełnie eliminują wszystkie dotychczasowe badania inwazyjne. Spośród badań obrazowych wykonywanych współcześnie duże znaczenie, zwłaszcza w badaniach przesiewowych, ma ultrasonografia. Najważniejsze znaczenie w lokalizacji zmian – guzów ma tomografia komputerowa ze wzmocnieniem kontrastowym, rezonans magnetyczny, spektroskopowy rezonans magnetyczny, pozytonowa emisyjna tomografia (PET). Te dwie ostatnie metody przyczyniają się do rozpoznawania zmian złośliwych.

Postęp, jaki mieliśmy możliwość obserwować w chirurgii w mijającym okresie, stale trwa – słyszymy o wprowadzeniu nowych technik – robotów kontrolowanych przez chirurga, pomagających w wykonywaniu operacji, co oznacza, że znajdujemy się na początku nowych możliwości i dalszych nowych dokonań.

prof. Zdzisław Wajda

Opracowano na podstawie publikacji w *Księdze Jubileuszowej Wydziału Lekarskiego AMG rocznika 1947-1952*, Gdańsk 2002, s. 232-234.

O jubileuszu profesora Zdzisława Wajdy – na str. 51.

Diamentowy grant dla studentki GUMed

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego rozstrzygnął kolejny, szósty już konkurs w ramach programu Diamentowy Grant. Studentka III roku Wydziału Lekarskiego **Aleksandra Kalinowska**, otrzymała tytuł laureata oraz wsparcie finansowe na realizację projektu *Wpływ karboksymetylolizyny na stres nitrooksydacyjny w śródbłonku naczyniowym*. Prorektor ds. studenckich dr hab. Tomasz Smiatcz wręczył studentce list gratulacyjny oraz upominek. ■



Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych w latach 1999-2017 – historia subiektywna

Chemistry – the lingua franca of the medical and biological sciences
(Arthur Kornberg, *Chemistry&Biology* 3 (1996) 3-5)

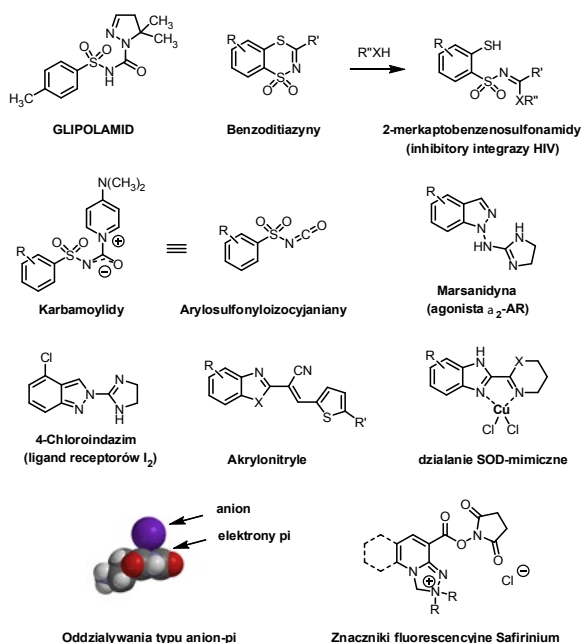
Był rok 1991, gdy – ku mojemu zdumieniu – prof. dr hab. Zdzisław Brzozowski, kierownik Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych zaproponował mi podjęcie współpracy naukowej z równoczesną sugestią, iż po Jego odejściu na emeryturę (co miało nastąpić w 1999 r.) mógłbym ubiegać się o kierownictwo Katedry. W tamtym czasie byłem początkującym docentem w Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej, a przyczyny konsternacji nie były bezzasadne. Po pierwsze, nie pamiętałem, aby wcześniej istniała jakakolwiek współpraca pomiędzy zespołami obu tych katedr. Z jednej strony, Technologia Chemiczna Środków Leczniczych opromieniona sukcesami prof. Z. Brzozowskiego, twórcy Glipolamidu, oryginalnego polskiego leku przeciw cukrzycowego (rys. 1), z drugiej zaś, Chemia Organiczna, gdzie (przynajmniej dla mnie) poszukiwanie nowych leków stanowiło podówczas zaledwie pretekst dla prowadzenia eksperymentów natury czysto chemicznej (rys. 2). Po drugie, Profesor był surowym recenzentem mojego dorobku naukowego i przy okazji zarówno doktoratu, jak i habilitacji tego się spiraliśmy.

Po ośmiu latach to, co było zaledwie sugestią, nabrało mocy prawnej – zmieniłem afiliację. Okres adaptacji w nowym środowisku, wypełniania roli *pontifexa*, wspominam dobrze. Pracownikom pozostawiłem możliwość kontynuowania swoich wątków badawczych, zapraszając zarazem młodzież do podjęcia współpracy. Operacja przebiegła bezboleśnie, bowiem starsi pracownicy – prof. I. Kozakiewicz

i prof. F. Gajewski już wkrótce mieli przejść na emeryturę. Profesor Z. Brzozowski natomiast, przez kolejne dziesięć lat pozostawał najwartościowszym członkiem zespołu badawczego – zdobywał granty KBN i w części chemicznej realizował je niemal samodzielnie. Badania biologiczne syntezowanych przez Profesora pochodnych benzoditiazyny i uzyskiwanych za ich pośrednictwem unikatowych 2-merkaptobenzenosulfonamidów (rys. 1) prowadzone były w Narodowym Instytucie Raka (NCI) w USA. Tu także rozpoczął się realizowany przez kilka lat we współpracy z prof. Nouri Neamatim z Uniwersytetu Południowej Kalifornii program poszukiwań leków przeciwwirusowych, uwieńczony odkryciem nowej klasy inhibitorów integrazy HIV, określanych w piśmiennictwie fachowym akronimem MBSA's (2-MercaptoBenzeneSulfonAmides) i uzyskaniem dwóch patentów krajowych.

Szuflady i regały magazynowe Katedry zalegały także zsyntezowane wcześniej sulfonamidy, które – na pozór – były już bezwartościowe. W dobie racjonalnego poszukiwania nowych leków najsukuteczniejszym sposobem odkrywania struktur wiodących (kandydatów na nowy lek) okazuje się skrining biologiczny tysięcy związków, którymi dysponują laboratoria przemysłowe i ośrodki akademickie. Nawiązaliśmy zatem współpracę z zespołem prof. Claudiu Supurana z Uniwersytetu we Florencji, który opracował metodykę identyfikacji inhibitorów anhidrazy węglanowej, w tym błonowych izoform hCA IX i hCA XII, którym przypisuje się udział w patogenezie niektórych chorób nowotworowych. Anhidrazy błonowe powodują zakwaszenie mikrośrodowiska nowotworu, co wiąże się z progresją i złym prognozowaniem przebiegu choroby. Sulfonamidy, takie jak acetazolamid, hamując aktywność hCA podwyższają pH środowiska, a w konsekwencji ograniczają wzrost i inwazyjność nowotworu. Wiele spośród zsyntezowanych w Katedrze sulfonamidów wykazało właściwości hamujące jedną z 15 znanych izoform hCA, zatem epizodyczny kontakt z profesorem C. Supuranem rozwinął się w program wieloletniej współpracy.

W kręgu naszych zainteresowań pozostawały także arylosulfonylomoczniki, których reprezentantem jest Glipolamid. Sęk w tym, iż związki tego typu otrzymywane są na drodze reakcji amin z arylosulfonyloizocyjanianami, których synteza wymaga zastosowania chloru i fosgenu – gazów niebezpiecznych w miejscu pracy i środowisku naturalnym człowieka. W 2006 r. opracowaliśmy zatem nietoksyczne, bezpieczne w użyciu zamienniki arylosulfonyloizocyjanianów o strukturze karbamoylidów, których synteza wyklucza użycie chloru i fosgenu (rys. 1). Odkrycie to ma szczególne



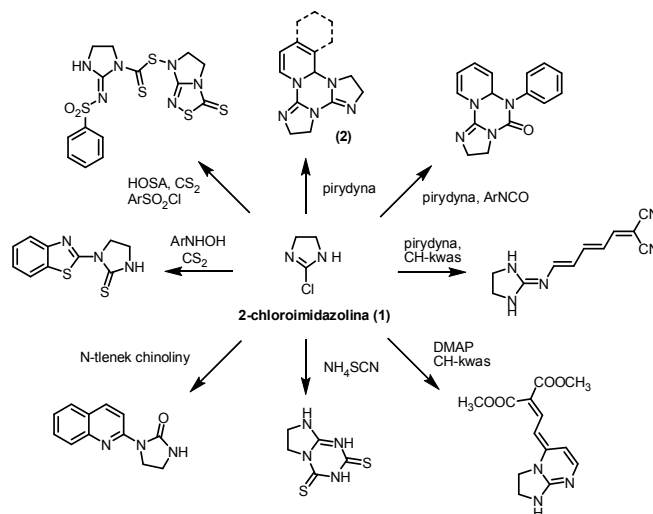
Rys. 1. Związki heterocykliczne zsyntezowane w Katedrze

znaczenie w kontekście zasad *zielonej chemii*, której zadaniem jest projektowanie procesów technologicznych, ograniczających do minimum stosowanie substancji toksycznych. Jak każdy wynalazek, strukturę, sposób otrzymywania i zastosowania praktyczne karbamoylidów powinniśmy opatentować. W tamtym czasie jednak dominowała presja na zdobywanie punktów KBN/MNISW oraz wyścig po IF, więc wysłałmy publikację do druku, zanim ktokolwiek zdążył pomyśleć o patencie.

Większą roztopność wykazaliśmy w kolejnych latach, zgłaszając patenty na ochronę praw do marsanidyny i jej analogów – nowych połączeń imidazolinoliny o selektywnym wpływie na receptory α_2 -adrenergiczne (rys. 1).

Imidazolinoliny – częściowo uwodorniony imidazol – przez wiele lat stanowiła kwintesencję mojego życia zawodowego. Bezpośrednio po doktoracie podjąłem badania nad transformacjami 2-chloroimidazolinoliny (rys. 2, związek **1**), których urok tkwił w nieprzewidywalności – o mechanizmach prowadzonych reakcji mogłem dywagować dopiero po ustaleniu struktury produktów. Przykładowo, reakcja związku **1** z pirydyną prowadzi do dearomatyzacji pierścienia heterocyklicznego z wytworzeniem związku **2**, co wymaga dostarczenia energii. Tymczasem – wbrew intuicji chemika – obserwowałem wydzielanie ciepła, bowiem cyklotrimerizacja miała przebieg egzotermiczny. Przy bliższym oglądzie okazało się, że bilans energetyczny procesu pozostaje w zgodzie z zasadami termodynamiki chemicznej i jest rezultatem nagromadzenia energii w cząsteczce 2-chloroimidazolinoliny. W przyrodzie podobnym magazynem energii jest ATP.

W latach 80. ubiegłego wieku uchodziłem co prawda za specjalistę w dziedzinie chemii związków heterocyklicznych, lecz brakowało partnera – biologa, który tchnąłby w moją pracę ducha chemii medycznej. Oczekiwaną muzą okazał się prof. Pascal Bousquet z Uniwersytetu w Strasburgu, neurobiolog, który w dogłównie brzuszno-bocznym obszarze rdzenia przedłużonego (*rostral ventrolateral medulla*, RVLM) odkrył białka rozpoznające strukturę pierścienia imidazolinoliny i nazwał je receptorami imidazolinowymi. Według Profesora receptory imidazolinowe I_1 , nie zaś jak dotąd sądzono receptory α_2 -adrenergiczne miałyby być odpowiedzialne za hipotensyjne właściwości imidazolinowych leków krążeniowych o ośrodkowym mechanizmie działania, takich jak klonidyna. W środowiskach neuroanatomów, neurochemików i farmakologów rozpętała się burza, woda na młyn chemików medycznych zajmujących się syntezą związków imidazolinowych. Rozstrzygnięcie sporu wymagało bowiem pozyskania nowych, selektywnych ligandów receptorów imidazolinowych I_1 lub α_2 -adrenergicznych (selektywność I_1/α_2). W latach 80. ubiegłego wieku wprowadzono do leczenia rilmenidynę i moksonidynę – leki selektywnie blokujące receptory imidazolinowe I_1 . Sukces naszego zespołu polegał natomiast na otrzymaniu marsanidyny, pochodnej imidazolinoliny o niespotykanym dotąd współczynniku selektywności $I_1/\alpha_2 = 3864$, co potwierdziły badania powinowactwa receptorowego przeprowadzone w zespole prof. Alana Hudsona z Uniwersytetu Alberta w Edmonton oraz badania aktywności wewnętrznej z użyciem rekombinowanych receptorów α_{2A} -adrenergicznych w zespole prof. Miki Scheini-



Rys. 2. Transformacje 2-chloroimidazolinoliny (1)

na z Uniwersytetu w Turku. Wyniki tych badań zwróciły z kolei uwagę prof. Mervyna Maze z Imperial College, głównego anesteziologa Westminster Hospital w Londynie, który badał przydatność agonistów receptorów α_2 -adrenergicznych, o działaniu sedacyjnym i przeciwbólowym w oddziałach intensywnej opieki medycznej. Według Profesora, zastosowanie tej klasy leków w znieczuleniu ogólnym powinno umożliwić ograniczenie dawki opioidów i benzodiazepin, zwłaszcza u pacjentów utrzymywanych w śpiączce farmakologicznej. Niestety, w badaniach *in vivo* marsanidyna i otrzymane przez nas analogi tego związku nie wykazały działania sedacyjnego, wywoływały natomiast silny efekt hipotensyjny, potwierdzony badaniami zespołu prof. Apolonii Rybczyńskiej z Katedry i Zakładu Patofizjologii GUMed z użyciem szczurów SHR. Tak więc, otrzymaliśmy nowe związki imidazolinowe o działaniu przeciwnadciśnieniowym, pozbawione niepożądanego działania sedacyjnego, które stanowi istotną wadę znanych leków krążeniowych o ośrodkowym mechanizmie działania. Współpraca w tym zakresie zaowocowała dwoma patentami krajowymi i jednym zgłoszeniem patentowym PCT (*Gazeta AMG* 11/2009, s. 18). Profesorowie Pascal Bousquet, Mervyn Maze i Claudiu Supuran odwiedzili Katedrę i Wydział z wykładami, które wygłosili podczas uroczystych sesji naukowych z okazji 50-lecia i 60-lecia Wydziału Farmaceutycznego.

W trakcie badań zależności pomiędzy strukturą pochodnych imidazolinoliny, a ich aktywnością biologiczną zidentyfikowaliśmy także związki, których reprezentantem jest 4-chloroindazim (rys. 1), o wysokim powinowactwie do receptorów imidazolinowych I_2 . Z gąszczu badań biologicznych, dotyczących funkcji fizjologicznych receptorów I_2 , wyłania się interesująca perspektywa zastosowania analogów indazimu w zwalczaniu bólu chronicznego.

Kolejnym wątkiem badań prowadzonych we współpracy z partnerem zagranicznym były poszukiwania potencjalnych leków przeciwnowotworowych w grupie azoli. Wraz z zespołem prof. Patricka Bednarskiego z Uniwersytetu w Greifswaldzie opisaliśmy pochodne akrylonitrylu (rys. 1), które inicjują proces apoptozy komórek nowotworowych



Pracownicy Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, rok 2007. Siedzą od lewej: prof. Elżbieta Pomarnacka, prof. Franciszek Sączewski, prof. Zdzisław Brzozowski. Stoją od lewej: dr Jarosław Sławiński, Marian Goyke, Aneta Wera, dr Anita Kornicka, Halina Pachowska, mgr inż. Piotr Tabin, mgr Wojciech Borowik

poprzez uwalnianie czynników apoptogennych (cytochromu c) z mitochondrium oraz indukcję inicjatorowej kaspazy-9 i egzekutorowej kaspazy-3. Na kanwie tej współpracy otrzymaliśmy także związki cytotatyczne o strukturze kompleksów miedzi(II) z ligandami heterocyklicznymi (rys. 1). Połączenia te naśladują działanie dysmutazy ponadtlenkowej (Cu, Zn-SOD), enzymu, który rozkładając jon ponadtlenkowy zapobiega uszkodzeniom komórek przez reaktywne formy tlenu (ROS).

Istotą oddziaływania leków z celami biologicznymi jest proces rozpoznania molekularnego przy udziale wiązań niekowalencyjnych. Badaniem tych oddziaływań i odwzorowaniem układów biologicznych w skali dostępnej dla chemików-syntetyków zajmuje się chemia supramolekularna. Naszą uwagę zwróciły procesy rozpoznania i transportu anionów przez błony biologiczne. Otrzymane na drodze syntezy chemicznej receptory wiążące aniony mogłyby znaleźć zastosowanie w leczeniu schorzeń o charakterze kanałopatii, takich jak mukowiscydoza – choroba genetyczna, której przyczyną jest mutacja genu odpowiedzialnego za syntezę kanału chlorkowego CFTR. W naszej pracowni otrzymaliśmy szereg pochodnych kwasu cyjanurowego wiążących aniony chlorkowe, bromkowe oraz jodkowe za pośrednictwem oddziaływań typu anion-pi (rys. 1). Zbadanie struktury układów gospodarz-gość i potwierdzenie natury obserwowanych oddziaływań typu anion-pi (sprzecznych z intuicją chemiczną, gdyż elementy naładowane ujemnie – aniony i elektrony wiązań pi – powinny się odpychać) było możliwe dzięki współpracy z zespołem prof. M. Gdaniec z Zakładu Krystalografii Wydziału Chemii UAM w Poznaniu oraz zespołem chemików kwantowych, kierowanych przez prof. Antonio Frotera z Uniwersytetu Wysp Balearów w Palma de Mallorca. Kolejnym celem, do którego zmierzamy, jest otrzymanie pochodnych kwasu cyjanurowego o wyższej lipofilowości, umożliwiających transport anionów przez błony biologiczne.

W ostatnich latach obserwujemy burzliwy rozwój technik fluorescencyjnych, wykorzystywanych między innymi na gruncie nauk biomedycznych. Pracownicy naszej Katedry odkryli nową klasę sensorów fluorescencyjnych amin alifa-

tycznych i formaldehydu. Otrzymane barwniki *Safirinium-P* i *Safirinium-Q* (rys. 1) posłużyły następnie do syntezy znaczników fluorescencyjnych, z myślą o zastosowaniu w analizie farmaceutycznej, medycynie pracy i badaniach biotechnologicznych. Przydatność w biotechnologii została potwierdzona przez zespół prof. Michała Obuchowskiego z Zakładu Bakteriologii Molekularnej Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed, który wykorzystał nasze znaczniki w celu wizualizacji sporów *Bacillus Subtilis* w procesie opracowywania szczepionek jadalnych. Struktura, metody otrzymywania i przykłady zastosowań barwników *Safirinium* są przedmiotem patentu (*Gazeta AMG* 4/2016, s. 23).

Podsumowując działalność naukowo-badawczą Katedry należy podkreślić wpływ zrealizowanych projektów na rozwój zawodowy pracowników i doktorantów: tytuł profesora uzyskała dr hab. Elżbieta Pomarnacka, stopień doktora habilitowanego nadano dr. Jarosławowi Sławińskiemu i dr. Anicie Kornickiej, a stopień doktora nauk farmaceutycznych uzyskali: mgr inż. Anita Bułakowska, mgr Ewa Kobierska, mgr inż. Ewa Dziemidowicz-Borys, mgr Jarosław Sączewski, mgr Łukasz Balewski, mgr Anna Makowska i mgr inż. Martyna Korcz. Wyrazy uznania za rzetelną pracę naukowo-badawczą należy skierować także pod adresem byłych pracowników Katedry: prof. dr hab. Elżbiety Pomarnackiej, dr. hab. inż. Marka Koniecznego, dr inż. Aleksandry Wasilewskiej i mgr inż. Piotra Tabina.

Obok 8 patentów, opisane powyżej rezultaty badań zostały upowszechnione w ponad 120 publikacjach pełnotekstowych. Członkowie zespołu są także autorami szeregu monografii w opracowaniach encyklopedycznych: *Comprehensive Organic Functional Group Transformations*, *Comprehensive Heterocyclic Chemistry* i *Encyklopedia of Reagents for Organic Synthesis* oraz publikacji przeglądowych w czasopiśmie *Expert Opinion on Therapeutic Patents*.

W tym czasie, dzięki funduszom grantowym, dotacji ministerialnej i programowi KNOW, Katedra została wyposażona w nowoczesną aparaturę naukowo-badawczą – spektrofotometr FTIR, UV-Vis, spektrofluorymetr, aparat HPLC-MS, urządzenie do potencjometrycznego miareczkowania oraz chromatotrony. Widma NMR, niezbędne dla określania struktury szkieletu węglowodorowego nowych związków, wykonujemy natomiast odpłatnie w ośrodkach akademickich Gdańska (PG) i Krakowa (Wydział Farmaceutyczny UJ).

Katedra prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów IV r. farmacji w ramach przedmiotów *synteza środków leczniczych* (75 godz.) oraz *biotechnologia farmaceutyczna* (30 godz.). Celem pierwszego jest zapoznanie przyszłych farmaceutów z metodyką poszukiwania nowych leków (z elementami komputerowego modelowania molekularnego) oraz procesami chemicznymi i syntezą substancji leczniczych. Drugi natomiast dotyczy podstaw biotechnologii farmaceutycznej, z uwzględnieniem metod otrzymywania, struktury i mechanizmów działania leków biologicznych. Substancje lecznicze otrzymywane na drodze syntezy chemicznej i leki biologiczne tylko na pozór należą do odrębnych światów – świata chemii i świata biologii. Z tą myślą przytoczyłem tytuł artykułu prof. Arthura Kornberga z Zakładu Biochemii Uniwersytetu Stanforda, laureata Nagrody Nobla w dziedzi-

nie medycyny. Być może warto pokusić się o jego przedruk w *Gazecie AMG*, bowiem coś jest na rzeczy, skoro syn profesora A. Kornberga, profesor Roger Kornberg z Zakładu Biologii Molekularnej Uniwersytetu Stanforda, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie chemii, w jednym z wywiadów *discusses how the boundaries between scientific disciplines have become blurred and yet chemistry remains the 'queen of all science'*,

and how terribly important it is for everyone to have a basic understanding of chemistry.

(www.nobelprize.org/nobel_prizes/chemistry/laureates/2006/kornberg-interview.html).

prof. Franciszek Sączewski,

kierownik Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych

Prof. Karaszewski liderem Global Health Working Group



Global Young Academy – Światowa Akademia Młodych Naukowców utworzyła w swoich strukturach Global Health Working Group, której celem jest opracowywanie rozwiązań dotyczących najważniejszych problemów zdrowia człowieka w odniesieniu do medycyny klinicznej, zdrowia publicznego i środowiskowego oraz socjologii medycyny podejmowanych z inicjatywy samej Akademii lub w następstwie prac prowadzonych przez WHO, G20 lub Komisję Europejską. Pierwszym liderem zespołu został prof. Bartosz Karaszewski, kierownik Katedry Neurologii GUMed.

Global Young Academy została utworzona w 2010 r. ze wsparciem IAP – Światowej Sieci Akademii Nauk (skupiającej akademie nauk poszczególnych krajów, w tym Polską Akademię Nauk), Niemieckiej Narodowej Akademii Nauk – Leopoldiny i Berlińsko-Brandenburskiej Akademii Nauk i Humanistyki w następstwie międzynarodowej inicjatywy podjętej na Światowym Forum Ekonomicznym w Davos. GYA

– traktowana jako czołowy reprezentant młodszego pokolenia naukowców – na bieżąco współpracuje z najważniejszymi organizacjami kształtującymi politykę naukową na świecie, w tym UN Secretary General's Scientific Advisory Board, IAP – the Global Network of Science Academies, Global Research Council, EU's Joint Research Center, ICSU – International Council for Science. W składzie Global Young Academy, ograniczonym do 200 miejsc dla przedstawicieli wszystkich nauk przyznawanych na podstawie cyklicznie organizowanych konkursów, zasiada obecnie trzech reprezentantów polskich instytucji naukowych. Więcej na <https://globalyoungacademy.net/activities/global-health>. ■



Gotowi do STARTu? – Start! – rusza konkurs o prestiżowe stypendia FNP

Do 31 października br. młodzi naukowcy z całej Polski mogą ubiegać się o prestiżowe stypendium START przyznawane przez Fundację na rzecz Nauki Polskiej.

Program START jest największym i najstarszym w Polsce programem stypendialnym dla naukowców. Jego celem jest wsparcie finansowe najzdolniejszych młodych badaczy przed trzydziestką w trudnych początkach kariery, tak aby mogli oni w pełni poświęcić się pracy naukowej. Każdy laureat może liczyć na wsparcie w wysokości ponad 20 tys. zł rocznie. Stypendium można przeznaczyć na dowolny cel.

Stypendia START to sposób na zatrzymanie najzdolniejszych młodych badaczy „w nauce” i zachęcanie ich do kontynuowania kariery naukowej. Dla stypendystów to prestiż i też pomoc, żeby nie musieli dorabiać, tylko rzeczywiście mogli się skupić na pracy badawczej – mówi prof. Maciej Żylicz, prezes Fundacji na rzecz Nauki Polskiej.

O stypendium START mogą ubiegać się badacze reprezentujący **wszystkie dziedziny nauki**, którzy w roku składania wniosku nie przekroczyli 30 r.ż. Głównym kryterium oceny kandydata jest jakość

i oryginalność jego dotychczasowego dorobku naukowego oraz jego osiągnięcia badawcze. Program START oferuje również dodatkowo stypendium wyjazdowe, które można przeznaczyć na kilkutygodniowy pobyt w naukowej instytucji zagranicznej.

Ocena wniosków składa się z kilku etapów i jest robiona w systemie *peer review* przez uczonych, będących uznanymi autorytetami w danej dziedzinie nauki. Wnioski najpierw ocenia co najmniej dwóch ekspertów, a następnie panel ekspercki, który najlepsze z nich kieruje do recenzji. Każdy wniosek zakwalifikowany do tego etapu jest oceniany przez kolejnych trzech recenzentów. Ostateczną decyzję o przyznaniu stypendium podejmuje Zarząd Fundacji, a zatwierdza ją Rada FNP.

Stypendia START są przyznawane przez FNP od 1993 r. Do 2017 r. łącznie FNP przyznała **3 436 stypendiów** na kwotę **75,5 mln zł**. Konkurs o stypendium START jest organizowany raz w roku. Fundacja przyznaje w nim około 100 stypendiów. Współczynnik sukcesu wynosi ok. 10%. ■

Rekrutacja na studia lekarskie w języku angielskim zakończona

Dobrzy kandydaci mogą być wszędzie – trzeba tylko do nich dotrzeć to hasło Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej GUMed na studia na kierunku lekarskim w języku angielskim. Kierując się powyższym mottem, przewodnicząca Komisji dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Maria Dudziak wraz ze swoimi zastępcami prof. Michałem Żmijewskim oraz dr. Sławomirem Wójcikiem przeprowadzili w trakcie bieżącej rekrutacji 16 egzaminów wstępnych (12 z bezpośrednim udziałem członków komisji, 4 z udziałem online). W sprawnym przeprowadzeniu egzaminów pomogły pracownice Uniwersyteckiego Centrum Rekrutacyjnego: Anna Kiszka i Paulina Zwolińska.

W tegorocznych egzaminach na 6-letnie studia na kierunku lekarskim w języku angielskim udział wzięło

ponad 500 kandydatów z 66 krajów. Chętni ubiegali się o 180 miejsc. Egzaminy odbyły się w Kanadzie, Norwegii, Zjednoczonych Emiratach Arabskich, Szwecji, Indiach i Nigerii. Ostatni miał miejsce w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym 28 lipca br. ■

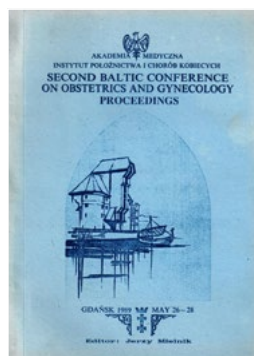
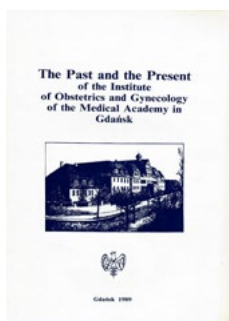


Kliniczna idzie pod młotek

Kompleks szpitalny położony przy ulicy Klinicznej od początku swojego powstania w 1912 r. służył w głównej mierze położnictwu i chorobom kobiecym. W jego murach wykształciło się wielu doskonałych lekarzy, którzy nabywali wiedzę pod okiem znakomych nauczycieli akademickich. Jednocześnie w czasie funkcjonowania tego Szpitala, powszechnie nazywanego Kliniczną, ogromna liczba kobiet uzyskała opiekę medyczną. Nie należy także zapominać o tysiącach dzieci, które przyszły na świat w tych murach. Obecnie czas Klinicznej dobiega końca, ponieważ – zgodnie z planami władz naszej *Alma Mater* – wszystkie placówki mieszczące się obecnie w tym kompleksie, znajdą swoje miejsce w nowo powstającym nowoczesnym Centrum Medycyny Nieinwazyjnej (CMN) przy ul. Dębinki. Decyzją Senatu GUMed budynki znajdujące się przy

ul. Klinicznej zostaną sprzedane, a uzyskane środki mają zostać przeznaczone na doposażenie CMN. Aby uniknąć opisywanych na łamach naszej *Gazety* problemów, które miały miejsce przy sprzedaży Łąkowej, ogłoszono przetarg związany ze sprzedażą kompleksu Kliniczna. Można zatem stwierdzić, że istnieje szansa zbycia tej nieruchomości na tak zwanym pniu. Biorąc pod uwagę fakt związanych z Kliniczną losów życiowych wielu naszych Koleżanek i Kolegów, redakcja *Gazety* apeluje o nadsyłanie wspomnień mniej lub bardziej osobistych. Chętnie umieścimy je na łamach kolejnych numerów naszego czasopisma. Apel powyższy kierujemy do byłych, jak też obecnych pracowników. Na początek zamieszczamy krótkie pożegnanie Klinicznej skreślone przez prof. Jerzego Mielnika, byłego kierownika Kliniki Rozrodczości oraz dyrektora Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety. Prof. Mielnik jest absolwentem naszej *Alma Mater* i przez całe życie zawodowe związany był z Kliniczną. Jeszcze raz zachęcamy do nadsyłania materiałów ukazujących historię tego kompleksu oraz ludzi z nią związanych. Wiadomo, że pamięć ludzka jest zawodna, stąd lepsze jest w tym względzie słowo pisane. Pozwala ono na uwiecznienie ludzi i faktów oraz zachowanie ich w zbiorowej świadomości naszej społeczności akademickiej.

prof. Bolesław Rutkowski,
redaktor naczelny *Gazety* AMG



Pozegnanie z Kliniką

Z informacji napływających z tak zwanych dobrze poinformowanych źródeł wynika, że już wkrótce zacznie się procedura wygaszania funkcjonowania klinik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zlokalizowanych przy ul. Klinicznej 1A we Wrzeszczu. Obecnie w budynku, kojarzonym zawsze z położnictwem i chorobami kobiecymi funkcjonują Kliniki: Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej, Endokrynologii Ginekologicznej, Położnictwa, Neonatologii oraz Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii. Przeniesione zostaną do znajdującego się jeszcze w budowie Centrum Medycyny Nieinwazyjnej UCK.

Przy ul. Klinicznej, w specjalnie wybudowanym obiekcie uruchomiono w 1912 r. 120-lóżkowy Szpital Położnictwa i Chorób Kobięcych, przemianowany w 1920 r. na Miejską Klinikę dla Kobiet (Stadtische Frauenklinik), kierowaną do 1939 r. przez prof. Fuscha. W czasie II wojny światowej Klinikę prowadził prof. Granzow.

Budynek przy Klinicznej spłonął w marcu 1945 r. Już w grudniu tego samego roku uruchomiono w budynku nr 2 przy ul. Dębinki 120-lóżkowy oddział leczenia chorób kobiecych. Na bazie tego Szpitala w marcu 1946 r. kreowano Katedrę i Klinikę Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Organizował ją i kierował do końca swojego życia w 1952 r. prof. Henryk Gromadzki. Klinikę przeniesiono do odremontowanego gmachu przy ul. Klinicznej w styczniu 1947 r. Dobudowano salę wykładową na 260 miejsc, stan łóżek zwiększono do 195, zorganizowano 110-lóżkowy Oddział Noworodków i 20-lóżkowy Oddział Wcześnieaków. Uruchomiono nowe pracownie diagnostyczne i gabinet radiologiczny.

Na Klinicznej w 1948 r. prof. Stefan Soszka zorganizował pierwsze w Polsce przesiewowe badania cytologiczne. W latach 1952-1954 Kliniką kierował prof. January Zubrzycki, wywodzący się z tzw. szkoły wiedeńskiej, pierwszy wykonawca w Polsce operacji sposobem Wertheima. Twórca własnej szkoły ginekologii operacyjnej, autor kilkutomowego atlasu operacji ginekologicznej.

Wobec zwiększających się potrzeb dydaktycznych i usługowych w styczniu 1955 r. uruchomiono na bazie Szpitala Miejskiego w Gdańsku II Klinikę Położnictwa i Chorób Kobięcych pod kierownictwem prof. Wojciecha Gromadzkiego, inicjatora powołania pierwszej w Polsce Kliniki Rozrodczości. Z tego powodu działalność na Klinicznej kontynuowano w „nowej” I Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych. Na początku roku akademickiego 1954/1955 prof. Zubrzycki odszedł na emeryturę i po nim kierownictwo I Kliniki objął prof. Stefan Metler z Poznania. Do czasu jego przybycia Kliniką kierował doc. Józef Bieniarz, opiekun studenckiego koła naukowego. Z jego inicjatywy stałem się aktywnym uczestnikiem organizowanych tam licznych zajęć, a kończąc studia w 1955 r. wystartowałem na Klinicznej, mimo planów

bycia chirurgiem. Doc. Bieniarz fascynował wiedzą, szczególnie najnowszą z dziedziny położnictwa. Prenumerował światowe piśmiennictwo i zawsze gotowy był odpowiedzieć na zadane pytanie prawie wykładem, z cytowaniem najnowszej literatury. Profesor Metler, doświadczony



klinicysta i organizator, dozorował Klinikę o każdej porze dnia i nocy. Mieszkał w tzw. willi połączonej z budynkiem Kliniki. Również tam na pierwszym piętrze mieszkał prof. Jerzy Mieszczerski. Systematycznie prowadzili obchody wieczorne i zawsze czynnie uczestniczyli w akcjach awaryjnych. Niewątpliwie przyczyniło się to znacząco do podniesienia poziomu dydaktyczno-naukowego i usługowego, wyraźnie zmalały powikłania i śmiertelność noworodków oraz matek. Profesor Metler, jako przewodniczący Głównego Zarządu Towarzystwa Ginekologicznego, zorganizował w 1962 r. na Klinicznej XV Jubileuszowy Zjazd Ginekologów Polskich. I Klinika spełniała rolę ośrodka, w którym leczono chore z makroregionu północnej Polski.

W styczniu 1971 r. z I i II Kliniki utworzono Instytut Położnictwa i Chorób Kobięcych z siedzibą przy ul. Klinicznej. Działały w nim Kliniki Położnictwa, Ginekologii i Klinika Rozrodczości oraz Samodzielna Pracownia Patomorfologii i Diagnostyki Laboratoryjnej. Zorganizowano Oddział Anestezjologii Klinicznej.

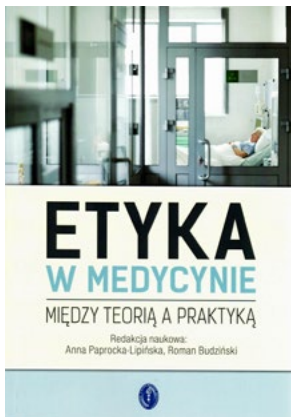
Jako stypendysta Niemieckiej Centrali Wymiany Akademickiej (DAAD) uczestniczyłem w programie przezbrzuszej endoskopowej chirurgii, prowadzonym przez profesora Kurta Semma z Kliniki w Kilu. Z tej współpracy wynikła idea systematycznej współpracy z klinikami uniwersytetów nadbałtyckich i pod ich patronatem Klinika Rozrodczości zorganizowała w maju 1989 r. Second Baltic Conference on Obstetrics and Gynecology.

Wydarzeniem, które rozślawiło Klinikę na cały świat są pięcioraczkę gdańskie. Urodzone w 1971 r. w 33 tygodniu ciąży drogami natury i po 81 dniach leczenia z wcześniactwa w pełnym zdrowiu opuściły Klinikę. Mniej sławne są gdańskie czworaczki monitorowane od połowy ciąży w Klinice Rozrodczości i rozwiązane cięciem cesarskim (1989 r.) w terminie porodu, bez potrzeby korzystania z inkubatora.

Obecnie tradycyjnie wysoki poziom naukowo-dydaktyczny i leczenie realizują zespoły klinik pod kierownictwem prof. Krzysztofa Preisa, dr. hab. Dariusza Wydry oraz dr. Iwony Domżałskiej-Popadiuk.

prof. Jerzy Mielnik

Refleksje po przeczytaniu książki *Etyka w medycynie. Między teorią a praktyką*



Książka zawiera teksty wystąpień uczestników ogólnopolskiej III Konferencji Naukowej poświęconej etyce lekarskiej, która odbyła się w dniach 22-24 września 2016 r. w Gdańsku.

Etyka ma wielkie tradycje w historii myśli ludzkiej. Szczególnym tego przykładem jest etyka w medycynie. Lekarz jest i musi być humanistą, a nie chłodnym

przyrodnikiem. Winien wykazywać większą wrażliwość moralną wobec technicyzacji współczesnej medycyny, ustawnie kształtować swoją osobowość. Temu celowi służą wykłady specjalistów z zakresu etyki i deontologii lekarskiej. Szczególnym rodzajem forum, na którym dyskutuje się aktualną sytuację w zakresie etyki medycznej są organizowane z dużym wysiłkiem konferencje naukowe o charakterze interdyscyplinarnym, w czasie których zarówno doświadczeni lekarze, jak i filozofowie, socjologowie, a także autorzy z zakresu etyki i prawa medycznego przedstawiają swoje refleksje na tematy nurtujące społeczeństwo, a przede wszystkim samych lekarzy. Tego typu konferencje o zasięgu ogólnopolskim były organizowane w Gdańsku już w latach 1975-1983 (cztery krajowe konferencje lekarzy i humanistów zorganizowane przez profesora Kielanowskiego), a obecnie są kontynuowane przez Zakład Etyki Lekarskiej GUMed (do chwili obecnej trzy konferencje). W III Konferencji Naukowej zatytułowanej *Etyka w medycynie, między teorią a praktyką* zorganizowanej z inicjatywy aktualnego kierownika Zakładu Etyki dr med. Anny Paprockiej-Lipińskiej przy współpracy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku wyjątkowo licznie uczestniczyli przedstawiciele nauk humanistycznych (bioetycy, psychologowie, specjaliści prawa medycznego) obok kilkunastu lekarzy różnych specjalności, interesujących się deontologią.

Redaktorami naukowymi książki są: dr Anna Paprocka-Lipińska i dr Roman Budziński. Autorem przedmowy jest prof. Wiesław Makarewicz, który przedstawił historię organizowanych przez przedstawicieli naszej Uczelni ogólnopolskich konferencji na temat etyki i deontologii lekarskiej.

Zapoznając się z treścią kilkunastu doniesień zawartych w powyższym wydawnictwie, stwierdzam, że omawiający czynniki kształtujące sumienie lekarza autor wykładu wprowadzającego dochodzi do wniosku, że istnieje potrzeba zbliżenia treści prawa stanowionego z głosem sumienia. Dotyczy to obecnie wielu zagadnień, nie tylko prokreacji czy opieki paliatywnej. Doniesienie to inspirowane do głębszych refleksji czytelników. Dalsze referaty wiążą się z akceptacją



zintegrowanego na bieżąco modelu relacji etyki lekarskiej z bioetyką i prawem stanowionym, co mogłoby sprzyjać humanizacji zawodu lekarza, a nie umowie biznesowej. Kolejne dotyczą m.in. opieki paliatywnej, w tym zarówno uszanowania autonomii pacjenta, jak i uwarunkowań tzw. terapii uporczywej. To ostatnie zagadnienie zostało szczególnie wyeksponowane przez autorów z oddziałów intensywnej terapii, którzy zaproponowali wręcz wprowadzenie określenia „terapii daremnej”.

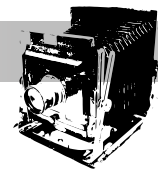
Do wyzwań etycznych współczesnego lekarza należy też jego udział w eksperymentalnych badaniach medycznych osób w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, kiedy to stan ich świadomości uniemożliwia uzyskanie świadomej zgody na udział w badaniach. Realizacja zasady poszanowania autonomii pacjenta znajduje wyraz w jednym z dalszych referatów, gdzie autor proponuje powołanie pełnomocnika medycznego jako alternatywy dla zgody zastępczej pacjenta nieposiadającego wystarczającej świadomości. Uwarunkowania ekonomiczne współczesnej medycyny stanowią niejednokrotnie problem etyczny, na co wskazują kolejne referaty. Refleksje dotyczące prewencji tego typu konfliktów przedstawione przez autorów jednego z doniesień są niezwykle interesujące.

Kilka dalszych referatów poświęcono relacjom między etyką a prawem. Przedstawiono jak w innych krajach świata reguluje się procedurę postępowania lekarskiego poprzez prawo stanowione. Z kolei jeden z autorów dochodzi do wniosku, że nadmiar jurysdykcji (proces regulowania przez prawo coraz szerszych objawów życia społecznego) nie rozwiąże istniejących problemów.

W sumie można bez przesady powiedzieć, że prezentowane doniesienia stoją na wysokim poziomie i z całą pewnością pobudzą czytelników (lekarzy i humanistów) do głębokiej refleksji nad poruszonymi problemami, jakże aktualnymi i ważnymi w działalności wszystkich pracowników ochrony zdrowia i życia.

prof. Stefan Raszeja

Stara fotografia mówi



Inauguracja odbywała się w sali wykładowej Zakładu Anatomii Prawidłowej, w pierwszym rzędzie od prawej siedzą profesorowie: Stanisław Manczarski, Stanisław Wszelaki, NN, NN, NN, Włodzimierz Mozołowski, ostatni z lewej to najprawdopodobniej rektor prof. Michał Reicher. W drugim rzędzie od prawej profesorowie: Janina Hurynowicz, NN, Witold Sylwanowicz. Interesująca postacią na tym zdjęciu jest prof. Janina Hurynowicz (1894-1967), w latach 1922-1939 neurofizjolog, neurolog i psychiatra na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, po śmierci prof. M. Rosego w 1937 r. pełniła funkcję zastępcy profesora i tymczasowego kierownika Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych USB. W czasie wojny pracowała jako neurolog, brała również czynny udział w ruchu oporu. Latem 1945 r. po ewakuacji z Wilna przyjechała do Torunia, obejmując jako profesor nadzwyczajny stanowisko kierownika Katedry Neurofizjologii i Fizjologii Porównawczej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W 1949 r. uzyskała tytuł profesora zwyczajnego. W pierwszych powojennych latach dojechała z Torunia do Gdańska wykładając fizjologię i organizowała Zakład



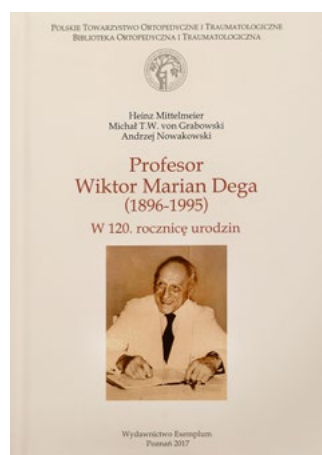
Fizjologii w ALG. Jej asystentem w tym okresie był młody absolwent medycyny, późniejszy profesor chirurgii Jerzy Dybicki.

oprac. prof. Wiesław Makarewicz

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

Polecamy Czytelnikom

Profesor Marian Dega (1896-1995). W 120. rocznicę urodzin



Heinz Mittelmeier,
Michał T. W. von Grabowski,
Andrzej Nowakowski,
*Profesor Marian Dega (1896-1995).
W 120. rocznicę urodzin,*
Wydawnictwo Exempulum, Poznań 2017,
ISBN 978-83-62690-30-5, ss. 117.

Profesor Heinz Mittelmeier, długoletni (1964-1996) emerytowany dyrektor Katedry i Kliniki Ortopedii Uniwersytetu Landu Saary w Homburgu, członek honorowy PTOiTr (1984 r.) i pierwszy po wojnie niemiecki dr *h.c.* Akademii Medycznej w Gdańsku (1993 r.) wygłosił 20 czerwca 2008 r. we Wrocławiu, w ramach 8 Polsko-Niemieckiego Koła Przyjaciół Ortopedii i Traumatologii, obszerny referat poświęcony życiu i działalności profesora Wiktora Degi oraz swoim osobistym z nim kontaktom. We wrześniu 2008 r. w ramach XXXVII Zjazdu Naukowego PTOiTr w Poznaniu prof. Mittelmeier mówił o związkach łączących polską i niemiecką ortopedię. Celem obu referatów było, między innymi, zwrócenie uwagi na istotny wpływ niemieckiej medycyny na rozwój ortopedii i rehabilitacji w Poznaniu i w całej Polsce oraz znaczącą rolę jaką odegrał prof. Dega w nawiązaniu i pogłębieniu przyjaznych stosunków pomiędzy ortopedycznymi towarzystwami naukowymi Polski i Niemiec (NRD i RFN). Michał von Grabowski, współautor powyższych referatów i niniejszej publikacji, były adiunkt Kliniki Ortopedycznej AMG, w latach 1980-1982 stypendysta naukowy Fundacji Aleksandra von Humboldta w RFN, a potem długoletni asystent prof. Mittelmeiera w Homburgu, przetłumaczył teksty obu referatów na język polski, pokazuje je uzupełnił i przygotował do druku. ■

Anonimowy Przyjaciół „urodził się” w Akademii Medycznej w Gdańsku przed 50 laty

Gdański Telefon Zaufania i tym samym ruch pomocy telefonicznej osobom będącym w kryzysie psychicznym w Polsce obchodzi w bieżącym roku pięćdziesięciolecie swojej działalności. Przed 50 laty, 1 października 1967 r., w siedzibie Wojewódzkiego Zarządu PCK przy ul. Piwnej 36 w Gdańsku, w godzinach wieczornych, zadzwonił telefon. Osoba oczekująca na ten sygnał przedstawiła się: *Telefon Zaufania – słucham*. Tak rozpoczęła społeczną służbę Gdański Telefon Zaufania – Anonimowy Przyjaciół, pierwsza tego typu społeczna placówka w Polsce.

Jak do tego doszło?

Wiosną 1966 r. w *Dzienniku Bałtyckim* ukazał się artykuł prof. Tadeusza Kielanowskiego z Akademii Medycznej w Gdańsku. Profesor pisał o działających w Anglii placówkach telefonicznych, niosących pomoc ludziom zagubionym w życiu, potencjalnym samobójcom. Pomysłodawcą tego sposobu pomocy był anglikański pastor Chad Varah z Londynu. Wolontariuszy pełniących tę służbę nazwano „Samarytanami”. Naczelną zasadą „Samarytan” jest cierpliwe, empatyczne słuchanie i zaprzyjaźnienie się z rozmówcą (*befriending*). W Londynie profesor Kielanowski zapoznał się z działalnością „Samarytan” i zaprzyjaźnił z Chadem Varahem.

Przeczytałam ten artykuł z dużym zainteresowaniem. Wkrótce poszłam do Profesora już z gotową propozycją zorganizowania Telefonu Zaufania, z zapleczem wolontariuszy w liczbie około 30 osób. Prawie wszyscy pochodzili z Duszpasterstwa dla Inteligencji w Gdańsku, które prowadził ks. Jan Pałyga, pallotyn. Odegrał on bardzo ważną rolę w rekrutacji wolontariuszy oraz ich przygotowaniu do tej pracy.

Prof. Tadeusz Kielanowski tak opisał nasze spotkanie w książce pt. *Prawie cały wiek dwudziesty*, wydanej w 1987 r.: *Przyszła do mnie młoda internistka, Grażyna Świątecka, z propozycją, by podobną akcję zorganizować w Gdańsku. Wątpiłem, aby było to możliwe, ale dałem się przekonać i odtąd spotykaliśmy się z kilkoma osobami prawie co tydzień, szukając możliwości realizacji tego zamierzenia.*

Kolejnym etapem powstawania Telefonu Zaufania było spotkanie osób chętnych do podjęcia dyżurów, które odbyło się 5 stycznia 1967 r. w Domu Prasy. Pomoc w jego zorganizowaniu okazała redaktor Aleksandra Górna z *Głosu Wybrzeża*. W ten sposób wyszliśmy z „podziemia” i rozpoczęliśmy starania o pozwolenie na oficjalną działalność. Od tego czasu spotykaliśmy się co miesiąc na zebraniach



Chad Varah

szkoleniowych razem z prof. Kielanowskim, najczęściej w prywatnym mieszkaniu lek. stom. Haliny Skowron we Wrzeszczu. Wykłady psychologów, lekarzy psychiatrów, socjologów, pomagały nam w przygotowaniu się do przyszłych dyżurów w Telefonie Zaufania. Obok tego, już na terenie Duszpasterstwa, trwały nieustannie prace nad przygotowaniem kandydatów do dyżurów.

Uzyskanie zgody na taką działalność nie było łatwe. O słuszności tej idei i możliwości jej realizacji trzeba było przekonać wielu ludzi na wszystkich szczeblach administracji, począwszy od Ministerstwa Zdrowia, aż do władz lokalnych, Opór ze strony władz administracyjnych był duży. Mówiono, że *Kielanowski sobie myśli, że jak ktoś będzie chciał popełnić samobójstwo, to będzie się go pytał o pozwolenie*. A w ogóle to w Polsce Ludowej jest tak dobrze, że Polacy nie mają powodów do odbierania sobie życia. Prof. Kielanowski, znany naukowiec, publicysta, w latach powojennych rektor Uniwersytetu im. Curie-Skłodowskiej w Lublinie, później w Białymstoku, a w tym czasie kierownik Kliniki i Katedry Ftyzjatrii AMG, cieszył się bardzo dużym autorytetem. Właśnie ta wysoka naukowa i społeczna pozycja Profesora pozwoliła mu na przekonanie opornych i wiosną 1967 r., po prawie roku kołatania do urzędów, Profesor uzyskał pozwolenie na rozpoczęcie dyżurów. Sprawie sprzyjał minister zdrowia i opieki społecznej dr Jerzy Sztachelski. Do zaistnienia Telefonu Zaufania w Gdańsku przyczyniła się także Zofia Bełdowicz, sekretarz Gdańskiego Oddziału PCK, która udostępniła nam pomieszczenie na dyżury w lokalu tegoż Oddziału. Dyżurni Telefonu Zaufania utworzyli sekcję PCK, by uprawomocnić swoją działalność. W tym czasie odwiedził nas w Gdańsku Chad Varah. Wygłosił wykład w Akademii Medycznej na temat działalności „Samarytan” na rzecz zapobiegania samobójstwom w Anglii. Odbiło się to szerokim echem w miejscowej prasie i z pewnością przyczyniło do wzmocnienia racji bytu Gdańskiego TZ.

Tak powstał Gdański Telefon Zaufania, który na propozycję prof. Kielanowskiego przyjął nazwę Anonimowy Przyjaciół. Nazwa ta nawiązuje do angielskich „Samarytan”, którzy działają na zasadzie zaprzyjaźniania się z rozmówcą, empatycznego słuchania i anonimowej, bezinteresownej pomocy.

W gdańskiej placówce podjęli dyżury ludzie z różnych środowisk. Byli wśród nich lekarze, psycholodzy, nauczyciele, prawnicy, inżynierowie różnych specjalności, pracownicy naukowcy wyższych uczelni Trójmiasta (w tym jeden z rektorów), aktorzy, plastycy, urzędnicy, gospodynie domowe. Przez ponad rok koordynatorem pracy w Telefonie Zaufania był inż. Marian Skowroński. W 1969 r., wobec stale rosnących obowiązków w Telefonie Zaufania, związanych zwłaszcza z rosnącą liczbą chętnych do dyżurowania (było ich ponad 100), udało się uzyskać etat z Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Gdańska dla osoby koordynującej pracę wolontariuszy, a Grażynę Świątecką zobowiązano do nadzoru merytorycznego nad placówką. Owym życzliwym dla nas kierownikiem Wydziału Zdrowia była podówczas dr Teresa Gwoździejewicz, mocno zaangażowana w rzeczywistość PRL. Nie bała się podjęcia takiej decyzji, tym bardziej, że za sprawą stał prof. Kielanowski, kierownik jej specjalizacji z dziedziny ftyzjatrii. Pierwszym pracownikiem etatowym została Zofia Śpiewak, młoda osoba z charyzmatem zaangażowania. Pracowała w latach 1969-74, z wyjątkowym zapałem i ofiarnością. Po pięciu latach takiej służby rozpoczęła studia psychologiczne. Po niej koordynatorem TZ została lekarka Teresa Budzyń. W 1979 r. etat ten objęła Janina Reniecka (technik z pracowni EKG III Kliniki Chorób Wewnętrznych AMG), bez reszty oddana pracy w TZ. Jej ponad 20-letnia praca (do 2002 r.) zaowocowała wieloma inicjatywami, jeszcze większą integracją wspólnoty wolontariuszy dyżurujących w Anonimowym Przyjacielu. Również dzięki jej staraniom Gdański Telefon Zaufania został odznaczony medalem św. Wojciecha oraz czterokrotnie nagrodą Wojewody Gdańskiego „Bursztynowy Mieczyk”. Od 2003 r. kolejnym koordynatorem pracy w Gdańskim TZ była Aniela Białowska-Tejchman, pracownik administracyjny Politechniki Gdańskiej, a obecnie jest nim Remigiusz Kwieciński, przedsiębiorca.

W minionym 50-leciu Gdański TZ czterokrotnie zmieniał siedzibę.

Po około roku naszej działalności dowiedzieliśmy się, że w tym samym roku prof. Adam Bukowczyk, psychiatra, założył Telefon Zaufania we Wrocławiu, który rozpoczął działalność 14 czerwca 1967 r. Była to pierwsza placówka o profilu zawodowym. Dyżury pełnili w niej lekarze etatowi Kliniki Psychiatrycznej kierowanej przez prof. Bukowczyka. Wrocław wyprzedził nas organizacyjnie o około 3 miesiące zapewne dlatego, że Telefon Zaufania został powołany w ramach obowiązujących struktur Służby Zdrowia.

Tak więc w roku 1967 w Polsce w Gdańsku i we Wrocławiu powstały niezależnie od siebie dwie placówki pomocy telefonicznej o nazwie Telefon Zaufania. Gdański TZ miał charakter społeczny, wrocławski – zawodowy. Te dwa kierunki: społeczny i zawodowy, wskazywały drogę do narodzin kolejnym placówkom, które przyjęły zaproponowaną przez twórców tego ruchu w Polsce, nazwę Telefon Zaufania dodając często określenie Anonimowy Przyjaciel, dla podkreślenia społecznego charakteru swej działalności.

Powstanie Telefonu Zaufania było wydarzeniem o wielkim znaczeniu społecznym, wskazało na nową metodę zapobiegania patologii społecznej, wyznaczyło nieznany do tej pory w Polsce kierunek działania. W ten sposób Polska włączyła się w międzynarodowy ruch pomocy telefonicznej i stała się członkiem międzynarodowej federacji – International Federation of Telephonic Emergency Services (IFOTES). Ruch ten od 1953 r. tj. od powstania pierwszej placówki „Samarytan” w Anglii, objął swym zasięgiem nie tylko Europę, ale rozprzestrzenił się na wszystkie kontynenty, podobnie, jak kiedyś idea Czerwonego Krzyża.

Ważną rolę w rozprzestrzeleniu idei pomocy telefonicznej w Polsce odegrały publikacje związane z tym zagadnieniem, zarówno w prasie codziennej, jak i w czasopiśmie lekarskich. Duże zasługi położył tu prof. Kielanowski, a także prof. A. Bukowczyk. W latach 70. XX w. ukazały się także artykuły o tematyce dotyczącej telefonu zaufania, autorstwa Grażyny Świąteckiej. Jedna z prac została opublikowana w *Psychiatrii Polskiej*. Prof. Tadeusz Bilikiewicz uznał działalność Telefonu Zaufania za tak ważną, że zaproponował jej autorce (G.Ś.) pracę habilitacyjną na materiale Gdańskiego Telefonu Zaufania. Pisałam wówczas: *Wzrastającemu zapotrzebowaniu na zwyczajną, ludzką życzliwość, której szukają ludzie zagubieni w życiu i osamotnieniu, nie podolają psycholodzy i lekarze. Psychoterapię szeroko pojętą należy powierzyć społeczeństwu. Warto więc podjąć trud i ryzyko organizacyjne ze względu na korzyści płynące z faktu zaangażowania i wykorzystania dużych rezerw ludzi dobrej woli.* Niemałą rolę w propagowaniu idei TZ odegrali również absolwenci wyższych uczelni, którzy pisali prace (magisterskie i doktorskie) w oparciu o materiały i działalność Anonimowego Przyjaciela. Spośród osób wspierających pracę Gdańskiego Telefonu Zaufania od początku jego działalności, jako konsultant i wykładowca szkolący dyżurnych, jest dr Barbara Sęp-Kowalikowa, wieloletni ordynator Oddziału Dziennego Nerwicy Kliniki Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku.

Następne lata przyniosły rozwój placówek telefonicznych w Polsce. Powstały one w Bydgoszczy (1968 r.), Toruniu (1968 r.), Warszawie (1969 r.), Lublinie (1969 r.), Krakowie (1970 r.), Katowicach (1972 r.), Kaliszu (1974 r.), Olsztynie (1974 r.),



Prof. Tadeusz Kielanowski



Prof. Grażyna Świątecka w latach 60. XX w. (z okresu powstawania Telefonu Zaufania w Gdańsku)

Poznaniu (1974 r.), w Warszawie, Częstochowie, Pile (1983 r.) i Piotrkowie Trybunalskim (1984 r.). W kolejnych latach utworzono dalsze Telefony Zaufania, pokrywając dość gęsto mapę Polski. Spośród powstałych w latach 90. XX w. na szczególną uwagę zasłużyły placówki działające dynamicznie: TZ „Arka” w Tarnowie, założony przez ks. dr. Władysława Szewczyka z licznymi filiami w mniejszych miastach Małopolski oraz TZ w Radomiu, powołany do życia przez bp Jana Chrapka w 2000 r. Szczególną rolę w kraju spełnia Jasnogórski Telefon Zaufania, (działający od 1994 r., powstały z inicjatywy Stanisławy Nowickiej), promujący wartości ewangeliczne. Te ostatnie placówki działają w ramach strukturalnych swoich diecezji. W miejsce szczecińskiego Telefonu Zaufania, działającego w latach 1997-2017, został powołany do życia w 2010 r. Katolicki TZ.

Wiele z tych placówek powstało korzystając z modelu gdańskiego, społecznego, utrzymując z Anonimowym Przyjacielem stałą łączność.

Gdański Telefon Zaufania odegrał też ważną rolę w integracji ruchu pomocy telefonicznej w Polsce. Jego przedstawiciele od początku brali czynny udział w ogólnopolskich konferencjach TZ, międzynarodowych kongresach organizowanych przez IFOTES oraz pracowali w Zarządzie Rady

Koordynacyjnej. W kwietniu 1987 r. siedzibę tej Rady, odtąd przemianowanej na Komitet Koordynacyjny, przeniesiono z Krakowa do Gdańska (ściślej do Sopotu). Jego przewodniczącą, po mgr Alinie Skotnickiej, została Grażyna Świątecka, a kolejnymi sekretarzami byli gdańszczanie: Stanisław Ludwig, Janina Reniecka, Krystyna Górską i Maria Pelczar.

Od początku lat 80. XX w. gdański TZ organizował prawie co roku ogólnopolskie konferencje szkoleniowe. Większość z nich odbywała się w Sopocie. Konferencja jubileuszowa za okazji 20-lecia Anonimowego Przyjaciela, z udziałem gości zagranicznych, odbyła się w 1987 r. w Gdańsku. Rok później, także w Gdańsku, zorganizowano Międzynarodowe Seminarium IFOTES. Wzięli w nim udział m.in.: przewodniczący tej organizacji Peter Stern, członek zarządu IFOTES Hannu Sori, przedstawiciele placówek pomocy telefonicznej z Belgii, Czechosłowacji, Francji, Izraela, Niemiec, Węgier i Polski. Z tej okazji prof. Mieczysław Gamski, który przewodniczył jednej z sesji, napisał dwa wiersze dedykowane wolontariuszom Telefonu Zaufania.

Dużym wydarzeniem w życiu Gdańskiego Telefonu Zaufania były obchody jego 25-lecia w Sopocie i Gdyni w maju 1992 r. Uroczystość tę zaszczycili ks. abp dr Tadeusz Gołowski, prezydent miasta Sopotu Jan Kozłowski, przewodniczący Rady Miasta Sopotu Jerzy Grzywacz i Rady Miasta Gdańska Andrzej Januszajtis oraz twórca Wrocławskiego Telefonu Zaufania – prof. Adam Bukowczyk, a także goście zagraniczni. W 1993 r. Gdański „Anonimowy Przyjaciel” był również organizatorem ogólnopolskiej konferencji, w której licznie uczestniczyli pracownicy Telefonu Zaufania z byłego Związku Radzieckiego. Również obchody 40-lecia działalności Gdańskiego Telefonu Zaufania w 2002 r. miały uroczysty charakter. Patronat nad nimi objął prezydent RP – Lech Kaczyński, a w skład komitetu honorowego weszli rektor Akademii Medycznej w Gdańsku prof. Roman Kaliszan, metropolita Gdański ks. abp Tadeusz Gołowski oraz wysocy urzędnicy państwowi i samorządowi, a uroczystość uświetnił Chór Akademii Medycznej pod batutą Jerzego Szarafińskiego. Z tej okazji wielu wolontariuszom Telefonu Zaufania z całej Polski zostały wręczone odznaczenia państwowe, a gdańszczanom ponadto medale Wojewody Pomorskiego i Prezydenta Miasta Gdańska.

Ważnym wydarzeniem w gdańskim i polskim ruchu pomocy telefonicznej było powołanie i zarejestrowanie w roku 1990 Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej PTPT w Gdańsku z siedzibą w Sopocie. Jego prezesem została Grażyna Świątecka i jest nim nadal. Przez ponad 20 lat sekretarzem PTPT była Teresa Michalak (z domu Januszajtis), pełniąc tę funkcję z twórczym zaangażowaniem. Rozstaliśmy się z nią w styczniu 2014 r., kiedy to wyrwała ją z życia nieubłagana choroba. Od czasu powstania PTPT Zarząd Główny wraz z Gdańskim Telefonem Zaufania organizuje doroczne ogólnopolskie konferencje szkoleniowe – integracyjne dla dyżurnych telefonów zaufania z całej Polski. Również w Gdańsku (Sopocie) od roku 1991 jest redagowana i wydawana *Nasza Gazeta – Telefon Zaufania*, czasopismo o za-

Dwadzieścia lat działalności Telefonu Zaufania w Polsce

Przede mną tylko głucha
Noc
I ziąb
I łzy
I smutków splot
Cierniowy...
Los mi tak życie
Przeinaczył,
Że pozostała rozpacz, Ból...
Co? Mam potwora
Wziąć za rogi,
Mam go powstrzymać
Sam – wśród mgły?
Zwyciężyć?
Zgnieść – i... żyć?
Pomóż, ach pomóż – ty głosie
Nieznanych ust!
Ogrzej, ach ogrzej – ty strugo
Nieznanych serc!
Naucz, ach naucz – mądrości – płomieniu
Nieznanych dusz!
O!~Lepiej już...
Cisza wróciła znów –
Jak dar nieznaney, przyjacielskiej
Dłoni...
Dzięki za słowo, którego mi brakło!
Dzięki za spokój, który wyszał mrok...

*Mieczysław Gamski (1913-1989)
Gdańsk, 28 września 1987 r.*

sięgu ogólnopolskim, którego redaktorem naczelnym jest Grażyna Świątecka. Pierwsze numery *Gazety* przygotowywał do druku dr Stanisław Bogdanowicz, adiunkt Zakładu Fizjologii AMG. Od 20 lat zastępcą redaktora naczelnego jest Barbara Skurczyńska ze Szczecińskiego Telefonu Zaufania, nieoceniona popularyzatorka idei pomocy telefonicznej.

Te dwa wydarzenia miały bardzo duży wpływ na dalszy rozwój placówek telefonów zaufania w Polsce. Pozwoliły też integrować ruch pomocy telefonicznej w kraju.

Gdański Telefon Zaufania to przede wszystkim dyżurni, którzy ofiarnie i nieprzerwanie przez 50 lat, pełnili służbę każdego dnia i każdej nocy. Było ich wielu, setki. Są tacy, którzy wraz z Anonimowym Przyjacielem obchodzą 50-lecie tej służby. Gdański TZ był także szkołą pracy społecznej. W Telefonie Zaufania dyżurni nie tylko służą własnym doświadczeniem i sercem człowiekowi zagubionemu, ale także uczą się i poznają życie w różnych jego przejawach. Poznają ludzkie biedy i smutki.

Obok głównego nurtu włączonego w międzynarodowy ruch IFOTES działają w kraju, poza Polskim Towarzystwem Pomocy Telefonicznej, podobne z nazwy różne instytucje. Określenie Telefon Zaufania ma dziś szerokie znaczenie. Pod tym hasłem są prowadzone bardzo różnorodne formy pomocy, najczęściej ograniczone do ściśle sprecyzowanych zadań, niekiedy tylko informacyjnych, jak np. Telefon Zaufania Policyjny. Można sądzić, że w jakimś stopniu instytucje te określające się również jako Telefon Zaufania, przyjęły przynajmniej naczelną zasadę pomocy telefonicznej – życzliwość w stosunku do osoby szukającej pomocy.

Stosunkowo niedawno powstałe w dużych miastach Polski ośrodki interwencji kryzysowej współbrzmia z telefonami Zaufania, uzupełniają ich specyficzną działalność, ale ich nie zastępują.

Dziś, w dobie szybkiego postępu techniki, elektroniki ułatwiającej komunikację międzyludzką, wielu ludzi, zwłaszcza młodych, sięga nie po słuchawkę telefoniczną, ale do Internetu. Internetowy Telefon Zaufania założony w 1999 r. przez Teresę Michalak, w ramach Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej, cieszy się dużym powodzeniem właśnie wśród młodzieży.

Warto jeszcze dodać, że w ostatnich latach ubiegłego wieku w piśmiennictwie medycznym ukazały się publikacje, w których niezbitnie wykazano znaczenie tak zwanego wsparcia społecznego, nie tylko dla zdrowia psychicznego, ale także dla somatycznego, np. w chorobach serca wsparcie uczuciowe ze strony rodziny i przyjaciół wywiera dobroczynny wpływ na jakość życia oraz zdrowie człowieka (1, 2, 3). Lekarzom znane jest zjawisko cięższego przebiegu choroby somatycznej u pacjentów z nikłą motywacją do życia. Kardiolodzy np. zaobserwowali, że ciągłe obciążenie psychiczne, przewlekły stres, przyspiesza rozwój miażdżycy tętnic wieńcowych z następstwem zawału serca oraz znamienne zwiększa liczbę nagłych zgonów sercowych, zwłaszcza wśród starszych samotnych kobiet, pozbawionych bliskiej rodziny i przyjaciół (1, 2, 3).

Dwadzieścia lat działalności Telefonu Zaufania w Polsce

Halo! Halo!
Numer 31...00...00?
Tu –
Dno rozpaczy!
Stąd nie ma wyjścia!
Tylko – śmierć!
Telefonistki, telefonisci
Serdeczni moi –
Strażnicy ciszy
Ludzkich dusz –
Powiedźcie mi –
Tak w zaufaniu –
Jak ja mam znosić
Życia trud,
Jak się nie potknąć
W zagubieniu,
Jak iść bezpiecznie
W mroczne dni ?
Tak – zewsząd do Was –
W kolorowej słuchawce,
W miedzianym druciku,
Biegną – elektron
PO elektroniku –
Te nasze ciężkie, zrozpaczone
Troski.
Szukają rady, ratunku,
Czy – złud...
Tak miło wejść w ten krąg
Dobroci
Promieniujący z waszych
Tchnień,
Choć macie sami smutków
Stos,
Choć do Was także –
W kolorowej słuchawce,
W miedzianym druciku,
Móglby – elektron
Po elektroniku –
Przebiegać –
Kojący głos...

*Mieczysław Gamski (1913-1989)
Gdańsk, 28 września 1987 r.*

Wsparcie, jakiego udzielają dyżurni Telefonów Zaufania osobom przeżywającym załamanie psychiczne, osamotnionym i nieumiejącym udźwignąć własnych problemów, urchodzi do rangi swoistego rodzaju terapii czy profilaktyki zwalczającej czynniki ryzyka zagrażające zdrowiu, a nawet życiu człowieka. Jest to zatem także przyczynek do poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego. Koszty związane z takim sposobem wspierania zasadniczej terapii są minimalne. Warto też dodać, że w badaniach przeprowadzonych na jednym z uniwersytetów w Kanadzie wykazano, że rozmowa



Sala obrad w Urzędzie Miasta w Sopocie w czasie uroczystości 40-lecia Gdańskiego Telefonu Zaufania. Na pierwszym planie od lewej: rektor AMG prof. R. Kaliszan, wojewoda pomorski P. Karczewski, senator A. Szymański, przewodniczący Rady Miasta Sopotu W. Augustyniak i wiceprezydent Sopotu P. Orłowski

z wolontariuszem ma nie mniejszy kojący wpływ na rozmówcę w kryzysie psychicznym, niż z profesjonalistą.

W ciągu 50 lat działalności telefonów zaufania niezliczona liczba ludzi szukała pomocy w placówkach ruchu pomo-

cy telefonicznej w całej Polsce. Powierzali nam swoje egzystencjalne i duchowe problemy i bóle. Pytali nas o sens istnienia, zwracali się do nas, gdy zawodzili najbliżsi. Ludzie starsi, osamotnieni, napełnieni lękiem, pragnęli usłyszeć głos drugiego człowieka w późnych godzinach wieczornych, a nawet nocnych. Słuchaliśmy ich cierpliwie, z uwagą, z przyjazną życzliwością. Dyżurni telefonów zaufania słyszeli też słowa podziękowania od rozmówców: *uratowaliście mnie od czegoś strasznego... wyprostowaliście mi życie... mogłem się do was wykrzyknąć... jak dobrze, że jesteście...*

Jesteśmy nadal potrzebni polskiemu społeczeństwu.

prof. Grażyna Świątecka

Piśmiennictwo

1. Mansch K., *Psychospołeczne czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Czynniki Ryzyka* 1993; 2: 6-67.
2. Eacker E.D., Pinsky J., Castelli W.P., *Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20 year follow up in the Framingham Study*. Am. J. Epidemiol. 1992; 13: 854-864.
3. Orth-Gomer K., Chesney M.A., Anderson D.E., *Social stress, strain and heart disease in women*. W: Wegner N.K., Collins P. *Women and Heart Disease*. Taylor and Francis 2005; 563-576.

Sprawozdania z posiedzenia Senatu

w dniu 24 kwietnia 2017 r.

Senat pozytywnie zaopiniował wnioski w sprawie:

- zatrudnienia dr. hab. Krystiana Adrycha na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Hepatologii
- zatrudnienia prof. Pawła Kozłowskiego z Uniwersytetu w Louisville w USA na stanowisku profesora wizytującego w Katedrze i Zakładzie Bromatologii
- powierzenia funkcji kierownika Kliniki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej prof. dr. hab. Wacławowi Kochmanowi.

Senat zatwierdził projekty Uchwał dotyczące:

- zatwierdzenia przez Senat GUMed wzorów uczelnianych dyplomów ukończenia studiów
- ustalenia wymiaru pensum dydaktycznego nauczyciela akademickiego wynikającego z zatrudnienia oraz doktora 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
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego za 2016 rok
- uchwalenia planu wydawniczego na rok 2017
- wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3 i Załącznik nr 4 do Statutu UCK.

w dniu 29 maja 2017 r.

Senat pozytywnie zaopiniował wnioski w sprawie:

- zatrudnienia na stanowisku profesora wizytującego GUMed dr. hab. Dagmary Hering
- powierzenia dr. hab. Agnieszce Szlagatys-Sidorkiewicz, prof. nadzw. funkcji kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci
- powierzenia dr. hab. Adamowi Kosińskiemu funkcji kierownika Zakładu Anatomii Klinicznej Katedry Anatomii.

Senat zatwierdził projekty Uchwał dotyczące:

- zatwierdzenia przez Senat GUMed wzorów uczelnianych dyplomów: doktora i doktora habilitowanego
- warunków i trybu rekrutacji na I rok studiów w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym w roku akademickim 2018/2019
- przyporządkowania kierunków studiów prowadzonych na WNoZ do obszarów kształcenia
- utworzenia studiów podyplomowych Bezpieczeństwo Medyczne na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
- utworzenia studiów podyplomowych Medyczny Trener Personalny na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
- wprowadzenia zmian do schematu organizacyjnego UCK stanowiącego Załącznik nr 3.

Ponadto Senat zaaprobował kandydaturę prof. dr. hab. Bogusława Buszewskiego do nadania tytułu doktora *honoris causa* Wojskowej Akademii Technicznej im. Jarosława Dąbrowskiego.

protokołowała mgr Urszula Skaluba

NOWI DOKTORZY

Na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

Stopień doktora nauk farmaceutycznych uzyskały:

mgr inż. Martyna Korcz – doktorantka Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, praca pt. *Synteza i badanie biologiczne in vitro nowych pochodnych chinoliny o potencjalnym działaniu chemioterapeutycznym*; promotor – prof. dr hab. Franciszek Sączewski. Rada Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

7 lipca 2017 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych, specjalność chemia leków;

mgr Joanna Raczak-Gutknecht – doktorantka Zakładu Biofarmacji i Farmakokinetyki, praca pt. *Ocena farmakologiczna udziału receptorów α_2 – adrenergicznych w efektach mydriatycznych pochodnych imidazoliny w oparciu o analizę ilościowych zależności struktura-aktywność (QSAR)*; promotorzy – prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Antoni Nasal. Rada Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej 7 lipca 2017 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych, specjalność farmakodynamika.

Nagrody jubileuszowe UCK

Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

20 lat

- lic. Anna Butkiewicz
- Żaneta Czajka
- Justyna Gornowicz
- Ewa Pliszka
- Izabela Szydłowska
- lic. piel. Joanna Świniarska

25 lat

- Mariola Mach
- Ewa Milka

30 lat

- Dorota Baranowska
- Iwona Bąk
- Alina Borowska

- Jolanta Bujak
- Wiesława Chabowska
- lic. piel. Ewa Cimanowska
- lic. piel. Ewa Jakubowska-Sacharczuk
- Barbara Kruger
- mgr piel. Marzena Michalska
- Regina Mularczyk
- lic. piel. Barbara Nijak
- Barbara Olszewska
- mgr piel. Dorota Pelczar
- mgr piel. Iwona Skóra
- Elżbieta Surma
- Anna Tkaczyk
- mgr piel. Dorota Wesołowska

35 lat

- Teresa Bielska
- Bernadeta Ciapka

- Gabriela Domańska
- mgr Anna Kręć
- lic. Ewa Piorun
- Bożena Rutkowska
- Renata Wojciechowska
- mgr piel. Danuta Zajonskowska

40 lat

- mgr Gabriela Kulczyk
- Halina Pawlińska
- mgr piel. Anna Rojek
- Danuta Szymańska
- Krystyna Tomczak
- Alicja Wegner
- Andrzej Zaborski

45 lat

- Mieczysław Stellmach

Zwycięstwo w I Kardiologicznych Żeglarskich Mistrzostwach Polski



I Żeglarskie Kardiologiczne Mistrzostwa Polski "VOLVO CardioCup 2017" organizowane pod patronatem Sekcji Kardiologii Sportowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbyły się w dniach 23-25 czerwca br. w Akademii Kusznierewicza na jeziorze Beldany. Pierwsze miejsce zajęła załoga w składzie: **dr hab. Alicja Dąbrowska-Kugacka** z Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca GUMed (sternik), **Paweł Kugacki**, **Piotr Machel**. Rozegrano 8 wyścigów na łódkach Sigma 600. Więcej informacji na stronie www.cardiocup.net. ■

Klinika na peryferiach

– ostatni rozdział? (cz. 10)

Z dużym zainteresowaniem przeczytałam artykuły prof. Sworczaaka na temat historii Kliniki i Szpitala na Łąkowej. Ostatnio prof. Imieliński wspomniał na łamach *Gazety AMG* o prof. Pensonie i jego asystentach, którzy tam zaczęli swoją działalność naukową w Gdańsku. W grupie wymienionych przez niego doktorów i przyszłych profesorów pracowały, o czym najpewniej zapomniał, także profesor Horoszek i niżej podpisana.

Obecnie prof. Wajda prosił, aby napisać coś o tamtych odległych czasach, gdyż słusznie uważa, że z cennych artykułów dr. Stanka, profesorów Sworczaaka, Krajki i innych należy wydać książkę, która byłaby wspomnieniem o ludziach, którzy włożyli niezwykły wkład nie tylko w rozwój lecznictwa, ale także wywarli ogromny wpływ na dalszy rozwój Uczelni, zwłaszcza w powoływaniu nowych specjalności i rozwoju kadry specjalistów i ordynatorów następnych pokoleń.

W każdym okresie historycznym istnieją spierające się strony, bez tego nie byłoby postępu. Obecnie obie zwycięskie opcje polityczne, moim zdaniem niesłusznie, pomijają entuzjazm lat powojennej odbudowy i tworzenia relacji, które się przyczyniły do sukcesów ostatniego 25-lecia, w tym młodszego i najmłodszego lekarskiego pokolenia. Dla mnie, człowieka już bardzo leciwego, któremu dane było współuczestniczenie w ruchach społecznych, niezwykle interesujące jest jak zachowują się ludzie, którzy biorąc udział w przemianach niezależnie od poglądów dzięki talentowi i oddaniu chorym przyczyniają się do rozwoju lecznictwa i kształcenia następców. Nasi dwaj znakomici powojenni profesorowie – Jakub Penson i Zdzisław Kieturakis uruchamiając w 1949 r., jeszcze w Akademii Lekarskiej w Gdańsku, Szpital na Łąkowej stworzyli szkoły kliniczne. Dobrze, że po latach działalność ich uwieczniona została w formie publikacji i doktoratów z zakresu historii medycyny, w których omówiono ich życie podczas obu wojen światowych, w czasie okupacji i w okresie powojennym tu w Gdańsku. Dla młodych są to nie tylko czasy odległe, ale może i niezrozumiałe, bowiem żyją i tworzą w okresie odmiennym tzw. rewolucji naukowo-technicznej.

My zaczęliśmy studia i pracę w zniszczonym Gdańsku, każdy miał za sobą gehennę wojny i okupacji. Byliśmy dumni z tego, że możemy się uczyć, odbudowywać kraj. Populacja ludzka inaczej chorowała, a także była leczona. Ponieważ nie było lekarzy, gdyż wielu zginęło, a w czasie wojny były zamknięte uniwersytety, otrzymywaliśmy etaty asystentów niekiedy już na piątym roku studiów. Teraz wydaje się to być nieprawdopodobne, ale powierzano dyżury lekarzom dwudziestoparoletnim (stażów podyplomowych jeszcze wtedy nie było), z kolei w razie wątpliwości nie chcąc budzić po nocach profesorów, staraliśmy się sobie pomagać

w izbie przyjęć. Stresy, które przeżywaliśmy wyzwały bliższe relacje międzyludzkie, które przetrwały przez wiele lat nawet w okresie, kiedy nie pracowaliśmy już razem w Szpitalu na Łąkowej, obecnie Kieturakisa. Dzisiaj trudno to sobie wyobrazić, ale antybiotyki dopiero zaczynały wchodzić do terapii. Choroby zakaźne nie tylko hospitalizowano w klinice zakaźnej, ale przykładowo żółtaczkę zakaźną wtedy jeszcze leczono na oddziałach chorób wewnętrznych. Streptokokowe anginy powodowały chorobę reumatyczną i wady serca, których operatywa po latach przyczyniła się do rozwoju współczesnej kardiologii. *Endocarditis lenta*, czyli bakteryjne zapalenie wsierdza doprowadzało do zmian nie tylko w sercu, ale i w innych narządach, dlatego było przedmiotem kilku rozpraw doktorskich, w tym późniejszych profesorów Joanny Muszkowskiej-Penson i Konstantego Leonowicza. Profesor Penson już przed wojną interesował się chorobami nerek, a obserwacja ostrej niewydolności nerek w przebiegu tyfusu plamistego w getcie warszawskim była przedmiotem jego badań nie tylko w czasie wojny, ale także tematem rozprawy habilitacyjnej po wojnie. Swoją działalnością walnie przyczynił się do rozwoju współczesnej nefrologii. W latach 1949-56, kiedy działał w Szpitalu na Łąkowej i wykładał jeszcze klasyczną internę był utalentowanym rasowym klinicystą. Nie było jeszcze książek. Do tej pory cytowane jest to, że z poprawionych notatek z wykładów pilnej studentki Genowefy Rojszyk wydano skrypt dla studentów. Tłumy studentów przybywało na wykłady, mimo że na Łąkową dojeżdżało się dwoma tramwajami (zniszczona ul. Długa i Długi Targ). Pierwszym do Bramy Wyzynnej, potem pieszo do Bramy Zielonej i tramwaju po drugiej stronie Motławy, który dowoził do Zajezdni, gdzie opodal zlokalizowany był Szpital. Z tego okresu mam także własne miłe wspomnienia. Etat zastępcy asystenta dostałam na piątym roku studiów w 1953 r., zatem rano odrabiałam ćwiczenia w głównym zespole, po czym szybko pieszo przez odbudowywaną ul. Długą i Długi Targ wspomnianymi tramwajami traślałam do Kliniki. Odbudowę robotnicy dokonywali systemem trójkowym – jeden drugiemu podając do ręki cegłę. Uprzednio nosili na plecach po kilka na drewnianych stojakach co było bardzo obciążające. Stąd hasło *podaj cegłę*. Nastrój odbudowy był niepowtarzalny. PWSSP znajdowała się jeszcze wtedy w Sopocie. Profesorowie i studenci nie toczyli jeszcze bojów o socrealizm czy abstrakcję, ale malowali i kłócili się o formy wzorów na elewacjach rekonstruowanych kamieniczek. Przechodnie z zainteresowaniem obserwowali ich pracę. Artyści jak zawsze robili także kawały. Przykładowo, w drzwiach frontowych Sieni Gdańskiej umieścili portret utalentowanej młodej malarki Teresy Pągowskiej, późniejszej profesor ASP. Teraz po śmierci pisze się o jej twórczości i cenie obrazów, co świadczy o skali talentu.

Jednocześnie we wspomnieniach podkreśla się, że w latach 50. XX w. zajmowała się sztuką monumentalną na Gdańskiej Starówce. Była to praca prawie nieodpłatna, możliwa do wykonania w systemie centralistycznym, gdzie koszty odbudowy pokrywało całe społeczeństwo. Jest to teraz także wartość bezcenna, chociaż powszechnie nieuświadamiana. Zdziwiło nas, gdy Niemcy po latach nagrywając Budenbruków tu na starym mieście wyrażali opinię, że szkoda, że oni w swoim systemie ekonomicznym nie mogli po wojnie tak odbudować przykładowo Kolonii.

III Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i III Katedra i Klinika Chirurgii zlokalizowane na ul. Łąkowej miały niepowtarzalny nastrój. Obaj profesorowie byli profesorami powojennymi, znakomitymi klinicystami, różnili się charakterami, mieli pasję kliniczną. To połączyło na całe życie zawodowe nie tylko ich, ale i ich asystentów. Gdy w 1956 r. zmarł prof. Wszelaki wszyscy namawiali prof. Pensoną, aby przeniósł się do głównego zespołu (pełnił wtedy funkcję rektora i mieszkał nieopodal rektoratu i głównego szpitala klinicznego). Zdecydował, że może się przenieść tylko z całym swoim zespołem, aby nie hamować działalności naukowej Katedry. Niebawem wybuchły zamieszki październikowe. Asystenci prof. Wszelakiego, których irytowały chociażby trudy dojazdu do Szpitala, atakowali go na wiecach. Zrezygnował z funkcji rektora. Prof. Kieturakis dziwił się po co chodzi na wiece i naraża na przykrości. Na to mówił, że jeżeli ma się przywileje władzy, trzeba też mieć jej kłopoty. W stosunku do oponentów nie wyciągnął żadnych restrykcji. Mało tego, ponieważ zawsze rewolty zaczynają najpierw studenci, na wiecu, na którym nawoływano do czynów zgoła nierozważnych prosił studenta Jerzego Umiastowskiego, który już wtedy znany był jako działacz chadecki, aby przywołał do rozsądku salę. Po latach, gdy ten ostatni został jednym z twórców Solidarności wspomniano to na sesji wspomnieniowej ku czci Profesora. Dodatkowym walorem Profesora było to, że po przemianach października i wprowadzeniu bardziej demokratycznej formy wyboru rektorów ponownie wybrano go na dwie kadencje. W sumie pełnił tę zaszczytną funkcję przez lat 9 w latach: 1953-1956 i 1962-68, to jest najdłużej w historii Uczelni. Praktycznie do emerytury. Z prof. Kieturakisem byli w kontaktach zawodowych, a także towarzyskich. Gdy został rektorem w 1953 r. zastanawiał się nad składem prorektoratu, podsuwaliśmy kandydaturę prof. Kieturakisa. Profesor wyraził pogląd, że ten tak się pasjonuje chirurgią, że się najpewniej nie zgodzi. Radziliśmy to sprawdzić. Pamiętam rozmowę dwóch panów w przedpokojku na jakichś imieninach, gdzie Rektor pytał czy zostałyby prorektorem do spraw klinicznych. Po chwili namysłu uzyskał opinię pozytywną. Przypomniało mi się to teraz przy wspomnianiu tamtych odległych czasów. Tworzyło się wtedy wszystko od nowa. Prof. Penson zajęcia dydaktyczne w III Klinice Chorób Wewnętrznych w 1949 r. zaczynał z trzema doktorami na godzinach zleconych: Władysławem Arciszewskim, Michałem Goydziem i Aliną Trenkner, starszym asystentem była Janina Markiewicz, młodszym Irena Chachaj, reszta asystentów na umowach zleconych. Zaczęto organi-

zować klinikę 120-łóżkową o profilu ogólnointernistycznym. Przemozny wpływ na profil Kliniki i działalność naukową miała epidemiologia. I tak Profesor, a także mianowany przez niego jeden z pierwszych na stopień docenta Tadeusz Dyk, także wielki erudyta, publikowali wtedy rozdziały w podręczniku chorób zakaźnych. Dr Ludwik Mirecki pierwszy wydoktoryzowany w 1952 r. w Klinice, późniejszy ordynator szpitala w Olsztynie, oceniał zmiany morfologiczne we krwi obwodowej i szpiku w nagminnym zapaleniu wątroby. Następne doktoraty w Klinice dotyczyły także tematów mieszczących się w materiale obserwowanych chorych. Irena Stalewska-Nielubszyc, Władysław Wermut i ja opracowywaliśmy zagadnienia chorych w szeroko pojętych chorobach nerek. Dzisiaj to trudno sobie wyobrazić, ale diuretyki zaczęto wtedy dopiero wprowadzać do terapii, o dializie nikt wtedy nie myślał. Prowadziliśmy zatem chorych nie tylko z ostrym zapaleniem kłębków nerkowych, co przed antybiotykami było chorobą powszechną, ale i z mocnicą prawdziwą, czy zespołem nerczycowym w przebiegu nefrytów czy amyloidozy nerek, których dramatyczny obraz obrzęków przed diuretykami dla współczesnych lekarzy jest niewyobrażalny. Dominującym problemem były zawały serca. Stanisław Nielubszyc wcześniej zaczął zajmować tymi problemami. Noradrenalina w leczeniu wstrząsu kardiogennego była postępem. W latach czterdziestych wstrząs ten, jak wszystkie wstrząsy leczono jeszcze transfuzjami krwi. Procedura ekg przez to, że krzywe zapisywano na taśmach, które trzeba było wywoływać, w sprawach nagłych służyła potwierdzeniu rozpoznania. Interwencja lekarska musiała następować szybciej. Podobnie było w przypadkach śpiączki cukrzycowej. Ponieważ oznaczanie poziomu cukru we krwi trwało około godziny zaczynało się terapię na podstawie obrazu klinicznego. Prowadziliśmy wielu chorych z cukrzycą zwłaszcza typu I ucząc ich insulinoterapii. Problemami tymi zaczęła zajmować się Stefania Horoszek, która potem przez lata już jako docent i profesor rozwijała współczesną diabetologię. Towarzyszyła jej Renia Loss-Fisior, która zawsze pracowała w poradni diabetologicznej. Mirosław Kalinowski, który początki miał w wojsku, zajął się hematologią, na wolontariacie zrobił doktorat, a następnie habilitację. To mu pozwoliło zostać szefem Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa po doktorze, a z czasem docencie Świcy, który zorganizował ją najpierw na Łąkowej, potem wybudował nową w latach 1949-1952 w Gdańsku stale będąc współpracownikiem prof. Kieturakisa, o czym pięknie pisał w *Gazecie AMG* profesor Imieliński.

Patrząc na trudne początki pracy na Łąkowej widać, że już wtedy zarysowywały się problemy następnych przemian, zaczęła powstawać medycyna specjalistyczna. Najpierw starano się opracować formy porównywalne z egzaminów specjalności podstawowych i to nie tylko u nas, ale także w Europie. Zaczęto diagnozować nadciśnienie tętnicze złośliwe i objawowe, które doprowadzało do zgonów pacjentów. W podręcznikach pisano, aby w nadciśnieniu tzw. łagodnym nie informować chorych o wartościach ciśnienia, żeby ich nie stresować. Nie było odpowiednich leków i to nie tylko

w zrujnowanej Polsce, ale i w świecie. Epidemiologia chorób niezakaźnych to dopiero lata 60. ubiegłego stulecia, wtedy już pracowaliśmy w głównym zespole. Na Łąkowej od początku następował dynamiczny rozwój, zaczęła powstawać radiologia i anestezjologia jako nowe specjalności, to sprzyjało współpracy internistów i chirurgów. Razem diagnozowaliśmy chorych. Chirurdzy zaczęli jako pierwsi na Wybrzeżu operować choroby tarczycy, interniści szykowali tych chorych do zabiegu co wymagało dużych umiejętności. Jedną z metod, którą wtedy stosowano w przygotowaniu do zabiegu w nadczynności tarczycy było leczenie snem wg koncepcji opartej na teorii Pawłowa, potem się z tego śmiało, ale przy braku współczesnych leków było to jakimś postępem. Umiejętności tak rozszerzały się, że po latach III. Katedra Chirurgii zmieniła nazwę na Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej. Już w latach 1952-55 powstały w niej samodzielne oddziały Neurochirurgii, Urologii, utworzono Zespół Anestezjologiczny. Niebawem liczni adiunkci chirurgów objęli ordynatury w szpitalach powiatowych, podobnie jak część współpracowników prof. Penson: dr Karol Skalski, Tadeusz Tokarczyk, Eugeniusz Gilis, Barbara Żelawska, która wspomogła swą wiedzą internistyczną Katedrę Położnictwa.

W zapleczu badawczym triumfy wtedy święciła anatomia patologiczna. Problematyka dotyczyła głównie diagnostyki klinicznej. Badania mikroskopowe poprzedzały rozwój biochemii klinicznej, nie mówiąc o elektronice. Interniści sami z początku przy pomocy лаборantek wykonywali badania laboratoryjne. Za parę lat było to z powodu rozwoju wiedzy niemożliwe. Rektor Penson, który mimo że nie był najmłodszy, miał niezwykle wyczucie czasu. Pierwszy przyjął chemików do pracy w laboratoriach, następnie powołał Zakład Biochemii Klinicznej, który znakomicie zorganizował i rozwinął Stefan Angielski. Z początku na Łąkowej sami oznaczaliśmy grupy krwi chorych do transfuzji, laboratorium nie miało wtedy jeszcze dyżurów całodobowych, techniki laboratoryjne były tak wolne, że nie miało to ówczesznie większego znaczenia.

Głównie współpracowaliśmy z Zakładem Anatomii Patologicznej. Na posiedzeniach naukowych uczono lekarzy diagnostyki klinicznej. Referaty, w których omawialiśmy przebieg choroby często kończyły się sakramentalnym zdaniem: rozpoznanie potwierdzono na stole sekcyjnym. Profesor sam oglądał raz w tygodniu szkiełka z preparatami mikroskopowymi obserwowanych pacjentów. Z rektorem Czarnockim darzyli się szacunkiem nie tylko zawodowym, ale także kontaktami lekarskimi od przed wojny z Warszawy. My młodzi z jego asystentem, późniejszym profesorem Julianem Stolarczykiem już wtedy pracując na Łąkowej zaczęliśmy badania doświadczalne na zwierzętach. Biopsja skóry była jakby wstępem do biopsji nerek, która niebawem stała się nieodzowna w rozwoju współczesnej nefrologii. Zajęcia dydaktyczne z szeroko pojętej interny rozwijały nasze zdolności diagnostyczne.

Uważam jednak, że najważniejsze dla przyszłego rozwoju były kontakty międzyludzkie i radość tworzenia. Czasy

były trudne, ale kolorowe. To, że dwie katedry były razem w jednym budynku powodowało, że poza izbą przyjęć, braliśmy udział w operacjach naszych chorych doglądając ich na oddziałach szpitalnych. Szpital był stary, brakowało personelu pomocniczego. Jak psuła się winda sami niekiedy wnosiliśmy chorych na noszach na górę.

Przy braku lekarzy w Polsce koledzy chirurdzy dodatkowo pełnili dyżury w Pogotowiu. Ciekawa była procedura pracy lekarskiej. Nasz Profesor przyjeżdżał do pracy o ósmej i około drugiej wyjeżdżał do rektoratu. Z szoferem panem Rakowskim, który przed wojną woził w Wilnie rektorów powozem, a po wojnie w Gdańsku Chewroletem. Prof. Kieturakis, jeden z pierwszych miał własny samochód DKW „dykta, klej plus woda”, którym rano najpierw jechał do Orbisu na kawę, gdy przyjeżdżał do Kliniki wszyscy już byli pod bronią gotowi do pracy niekiedy wyczekując go na schodach. Około drugiej jechał do domu i wracał powtórnie o godz. 18, odwiedzał operowanych chorych i pracował naukowo. Lekarze dyżurni i pacjenci z zainteresowaniem obserwowali przez okna jak podjeżdża pod Szpital. Autorytet profesorów był znaczny. W jakimś sensie uczniowie chcieli ich naśladować. Toteż koledzy chirurdzy między pracą w Klinice, a przykładowo dyżurami w Pogotowiu jechali jak ich profesor do Orbisu na kawę, zostawiając w klinice Walentynę Polakównę, drobną blondynkę, bardzo oddaną chorym. Tu może warto zaznaczyć, że kobiety dopiero po wojnie zaczęły studiować powszechnie medycynę, nie mówiąc o chirurgii, którą traktowano nawet po wojnie jako zawód męski. Drobną Wala chcąc się znaleźć w tym zmaskulizowanym środowisku nadrabiała niekiedy językiem dosadnym. Kiedyś przybiegła do mnie puszczając „wiązanek” na temat kolegów obradujących w Orbisie. Postanowiłam zaradzić, pojechałam tam, aby któryś jej pomógł. Były to czasy przed telewizyjne, radio dopiero zaczęło się stawać własnością powszechną. Nastroj kawiarni był też niepowtarzalny. Ludzie nie mieli wtedy jeszcze odpowiednich mieszkań, spotykali się więc na mieście. W kawiarni chirurdzy czuli się dowartościowani, gdyż obsługa znała ich dobrze, podobnie jak ich profesora.

W 2004 r. Zdzisław Wajda, godny następcy i ulubiony uczeń profesora Kieturakisa sam będąc już na emeryturze wydał książkę *Zdzisław Kieturakis (1904-1971) w stulecie urodzin*, jest to niezwykle miły dokument epoki. Pokazuje nie tylko osobowość Profesora, ale także osiągnięcia Jego i następców, którzy działali najdłużej w szpitalu na Łąkowej. Teraz opracowania naukowe podkreślają walory pracy zespołowej. Nasi powojenni profesorowie, co się obecnie za mało podkreśla tworzyli przyszłe zespoły badawcze często nie dbając o własne sukcesy osobiste. Promowali liczne prace doktorskie, co było dla nich wielkim czasowym obciążeniem. Sami mieli niekiedy względnie mało publikacji wykonywali kolosalną pracę szkoląc nowe kadry. Pamiętam jak na jakiejś sesji historycznej prof. Mozołowski, który stworzył znaną szkołę biochemii mówił, że było to rezultatem jego osobistego wyboru. Sądzę, że także przykładem znakomitej formy patriotyzmu w okresie odbudowy kraju.

Po wojnie dopiero zaczęła tworzyć się jako osobna gałąź kliniczna anesteziologia, przekwalifikowywali się na nią młodzi chirurdzy. Późniejszy docent Aleksander Lewiński zaczął z nami badać chorych z *pheochromocytoma*. Było to zadanie trudne i niekiedy niebezpieczne. Przykładowo prowadzenie chorego w czasie usuwania guza nadnercza, który powodował nadciśnienie złośliwe wymagało w czasie i po zabiegu operacyjnym specjalnego kunsztu anestezjologa i internisty. Stało się to jakąś gdańską specjalnością. Dla dzisiejszych rozważań ważne jest to, że my przez lata, nawet kiedy nasi profesorowie od 1971 r. już obaj nie żyli, posyłałiśmy chorych na Łąkową, sami często uczestnicząc w operacjach. Prof. Penson był wrażliwy na postęp. Dowiedział się, że na zachodzie zaczynają wszczepiać rozruszniki serca, gdy trafił chory z zespołem Morgagniego-Adamsa-Stokesa, który miał siostrę w Szwecji, przez nią sprowadzono rozrusznik do Gdańska. Profesor miał duże zaufanie do prof. Kieturakisa, jego poprosił o wszczepienie pierwszego rozrusznika w Polsce. Tym w 1963 r. obaj weszli do historii polskiej kardiologii. Zaczynając elektrostymulację w Gdańsku przyczynili się do powstania późniejszej kliniki zaburzeń rytmu i nowoczesnej kardiologii, której kadry rekrutowały się najpierw z trzech dawnych klinik chorób wewnętrznych. W każdej z nich z powodu postępu technicznego i naprzemiennych ostrych dyżurów organizowano sale intensywnego nadzoru kardiologicznego. Dopiero w 1970 r., nie bez oporów (zawsze to co nowe ma oponentów) kardiologię zcentralizowano. Teraz współczesna kardiologia i kardiochirurgia są wiodącymi jednostkami GUMed.

Wspominając tamte odległe czasy trzeba zwrócić uwagę na rolę nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek, świeżo po szkołach, na które szły dziewczęta przeważnie z mniejszych ośrodków po tzw. małej maturze. Były niezwykle oddane chorym, wydaje się w lepszych relacjach niż obecnie. Hanka Iwanowska później Sabalska, oddziałowa w Klinice na Łąkowej przeszła z nami do głównego zespołu, z czasem została przełożoną pielęgniarek w Instytucie Chorób Wewnętrznych.

Teraz na sesjach naukowych IPN i innych omawia się lata powojenne 1945-55. Pytano mnie jakie relacje były wtedy między lekarzami i pacjentami. Były to inne czasy. Mimo braków materialnych i niekiedy przegięć przy tworzeniu nowego systemu, odbudowa i rewolucja socjalna dokonywały się i moralnie były niepowtarzalne. Lekarze mieli duży autorytet. Na Łąkowej tylko pojedynczy mieli prywatne praktyki. Większość do tzw. mienia nie przywiązywała nadmiernej wagi, gdyż wojna narzuciła inne kryteria wartości i to niezależnie od opcji politycznych, które osobiście reprezentowali. Wiedzieliśmy, że interes chorego jest najważniejszy. Teraz należy mówić wszystko choremu i jego rodzinie o chorobie i rokowaniu. Dodatkowo sami zainteresowani szukają danych w Internecie. Dygnitarz, syn lekarza, podobno zresztą bardzo godnego, procesuje się z Kliniką uważając, że doktor umarł, gdyż jego zdaniem był źle leczony. Relacjonuje to prasa codzienna. W sądach utworzono podobno specjalne wydziały do sądenia błędów medycznych. Jest to niewyobrażalne dla lekarzy mojego pokolenia. Sama na

wykładach przez lata mówiłam, że do chorego trzeba podchodzić indywidualnie. Lekceważących dolegliwości postraszyć, aby się poddali leczeniu, nadmiernie pobudliwych uspakajać. Zawsze działając w interesie danego indywidualnego pacjenta.

Była inna populacja pacjentów i inna epidemiologia. Ginęli ludzie młodzi, niekiedy młodociani. Lekarze starali się ich leczyć i ulżyć w cierpieniu. Wieś była jeszcze nieubezpieczona. Przypomniało mi się, że rodzinom wiejskim nie mówiliśmy o złym rokowaniu w chorobie, gdyż chłopci jeżeli się o tym dowiadawali zabierali chorych mówiąc, że ich nie stać na leczenie szpitalne. Teraz się myśli o odszkodowaniach, spadkach itp., ale to temat na inne wspomnienia.

Przejdzie ze „szpitala na peryferiach” naszej Kliniki do głównego zespołu kojarzy mi się z 10-leciem Uczelni, a więc było to przed ponad 60 laty. W obchodach jubileuszu my, wtedy najmłodszy, także mieliśmy swój udział. Wiedzano że na różnych imprezach studenckich czy klinicznych wobec powojennej biedy, ubrania nie były jeszcze żadnym wyróżnikiem i aby rozruszać towarzystwo pisało się różne „wygłupy”. Było mniej studentów i kadry nauczającej, ale kontakty między nimi bliższe niż kiedykolwiek w latach późniejszych. Rektor Penson zwrócił się do nas, ówczesnie młodych asystentów Leszka Imielińskiego, nieżyjącego obecnie już od dawna patologa Andrzeja Janickiego i mnie, abyśmy przygotowali program na bal do Grand Hotelu. Mentorem został znany dermatolog dr Pawłowski. Były to czasy „Odwilży”. Napisałam parodię drętwej mowy, która podobno była dowcipna, ale ponieważ radiofonizacja marna miałam wrażenie, że niektórzy myśleli, że naprawdę mówię drętwą mowę. Lepiej wypadły fraszki i piosenki, które śpiewały młode asystentki. Dla kawału postanowiliśmy napisać parodię obchodów przyszłego 50-lecia Uczelni. Koledzy namówili mnie, abym zgodziła się wystąpić w niej w roli rektora. Okazuje się, że niekiedy kawały sprawdzają się. Przed 50-leciem AMG na funkcję rektora powołano mnie w 1983 r. na rok, a potem wg nowej już w pełni demokratycznej ustawy wybrano dwukrotnie do 1990 r. Zaczęliśmy więc z młodymi solidarnościowymi rewolucjonistami dokonywać transformacji. Teraz po latach, kiedy od kilkunastu lat jestem już na emeryturze przez następnych niektórych młodych wykrzykiwane jest hasło, komuniści i złodzieje, które ma przysparzać im chwały i deprecjonować poprzedników. Jest to oczywiście naiwne i niemądre. W każdym pokoleniu są karierowicze i złodzieje, ale także w każdej formacji są ludzie ideowi, z którymi się wojuje, chociaż się o tym nie pisze. Ci ostatni w sprawach naprawdę ważnych służą rządzącym pomocą nawet kiedy nie są aktualnie na tzw. linii. Nasunęło mi się to teraz, gdy poproszono mnie o wspomnienia z pracy w początkach działania w szpitalu na peryferiach.

Dzięki postępowi wiedzy, zmianie warunków materialnych i społecznych ludzie teraz dłużej żyją, spotykają się. Nasi pierwsi powojenni profesorowie i wielu moich rówieśników już nie żyje. Dane im było dokonanie postępu w rozwoju kraju i niewyobrażalnego rozwoju medycyny. Nasi poprzednicy wiele nas nauczyli. Gdy po latach zostałam rektorem

prosiłam profesora Wajdę, jak kiedyś mój profesor Kieturakisa, aby został ze mną prorektorem i wciągnął się w problemy administracji. Po trzech latach nie zaproponowałam mu powtórnej kadencji, gdyż uważałam, że kłopoty transformacji są za dużym obciążeniem dla tak aktywnego chirurga. Oczywiście był zły. To mu jednak dało szansę niebawem wygrać wybory rektora w nowym systemie i już w realu przygotować 50-lecie obchodów Uczelni, które przeszło do historii w formie interesujących publikacji.

Zlecono mi, aby napisać coś o latach pracy w Szpitalu na Łąkowej. Nie wiem czy spełni to oczekiwania redaktorów.

Celowo nie piszę o dalszych osiągnięciach ludzi, którzy tam zaczęli swoją działalność, a od 1956 r. rozwijali medycynę i swoje kariery zawodowe, już w PSK nr 1. Chciałam pokazać, że ograniczenie czasowe lat 1949-56 to obraz dla współczesnych lekarzy niewyobrażalny. Trudne warunki życiowe, autorytet profesorów, nasza młodość i inna epidemiologia ukształtowały nas na całe życie zawodowe i społeczne, co może warto jest zapamiętania.

Barbara Krupa-Wojciechowska

Projekt farmaceutyczny Polska – Indie

Międzynarodowa współpraca naukowa wspierana jest m.in. na drodze umów międzyrządowych. Program wymiany międzyrządowej obejmuje projekty badawcze uzgodnione między konkretnymi polskimi i zagranicznymi zespołami badawczymi. W ostatnich latach w Uczelni realizowanych było kilka projektów w ramach takich umów. Tego typu bilateralne umowy pozwalają na finansowanie wymiany osobowej naukowców w ciągu 2 lat i w tym czasie planuje się zwykle krótkoterminowe wyjazdy 2-3 osób do instytucji partnerskiej. Koszt podróży pokrywany jest ze środków kraju wysyłającego, natomiast koszt pobytu (hotele, diety) przez stronę przyjmującą. Finansowanie nie obejmuje innych kosztów realizacji projektów. Ogłoszenia o konkursach pojawiają się w ciągu całego roku na stronie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W naszej Uczelni nad realizacją projektów w ramach współpracy międzyrządowej czuwa Prorektor ds. Nauki.

Jednym z takich projektów międzyrządowych są badania realizowane w latach 2014-2017 pomiędzy Katedrą Farmacji Stosowanej i Katedrą Chemii Farmaceutycznej na Wydziale Farmaceutycznym a College of Pharmaceutical Sciences KVSRR Siddhartha w Vijayawada, miejscowości we wschodnich Indiach. Tytuł projektu to *Development or Novel Formulations and Analytical Technologies for some Benzodiazepine Drugs Used in Pediatric/Geriatric populations*. W Katedrze Farmacji Stosowanej tworzona jest technologia minitabletek z lorazepamem, diazepamem i klonazepamem, a w Katedrze Chemii Farmaceutycznej opracowano metody elektroforetyczne szybkiej analizy ilościowej tych substancji czynnych. W uczelni hinduskiej trwają prace nad lamelkami z benzodiazepinami. Lamelki to filmy polimerowe szybko rozpadające się w jamie ustnej, dzięki czemu pacjent połyka lek rozpuszczony w ślinie, co jest alternatywą dla tabletek. Również minitabletki, które są tworzone w ramach projektu, to formy bardzo szybko (poniżej 30 sekund) rozpadające się w jamie ustnej. Dzięki takiej właściwości opracowywane formy mają ułatwiać przyjmowanie leku przez pacjentów pediatrycznych i geriatrycznych.

Na początku marca br. odbyła się wizyta w Vijayawadzie kierujących badaniami w projekcie: prof. Małgorzaty Szni-



Prof. Małgorzata Sznirowska, prof. Tomasz Bączek i prof. Buchi N. Nalluri (z prawej) ze współpracownikiem

towskiej i prof. Tomasza Bączka. Prof. Buchi N. Nalluri, farmaceuta i technolog, lider projektu ze strony hinduskiej, zorganizował przy tej okazji dwudniową konferencję naukową polsko-hinduską, w której wzięło udział około 150 osób – naukowców i studentów farmacji z regionu Andhra Pradesh. Organizacja konferencji zrobiła duże wrażenia na uczestnikach z Polski. W bogatym programie były wystąpienia władz i właścicieli uniwersytetu, zapalenie znicza, celebrowanie Międzynarodowego Dnia Kobiet i nagradzanie prezentujących studentów. A wszystko to w przemiłej atmosferze, przy dużych emocjach młodych naukowców. Pozostaną na zawsze w pamięci przepiękne, kolorowe, niepowtarzalne ubiory dziewcząt i kobiet. Trudno opisać wspaniałe zestawienia kolorystyczne ich sari. Vijayawada, miasto z ok. 1 mln mieszkańców, sprawia wrażenie metropolii stosunkowo zadbanej, a co ciekawe wiele kwartałów miasta lub hoteli należy do właścicieli uniwersytetu. Na najwyższym piętrze budynku College of Pharmaceutical Sciences prof. Buchi N. Nalluri przygotował do współpracy z przemysłem infrastrukturę laboratoryjno-technologiczną Centrum Innowacji. Była więc również okazja do rozmowy o planach i dalszej współpracy w kontekście zastosowań przemysłowych wyników projektu. ■

prof. Małgorzata Sznirowska, Katedra Farmacji Stosowanej,
prof. Tomasz Bączek, Katedra Chemii Farmaceutycznej

Prof. Antoni Hlavaty – refleksje o medycynie

Refleksje dotyczące medycyny i postaw etycznych lekarzy zostały oparte na własnych doświadczeniach i obserwacjach zdobytych podczas ponad pięćdziesięcioletniego uprawiania zawodu. Uważam, że medycyna jest nie tylko rozbudowanym kompleksem nauk medycznych, ale również pewną sztuką. Zarówno jako nauka i sztuka łączy się z etyką. Z tego powodu jest tak wysoko ceniona w aksjologicznej hierarchii pośród różnych zawodów.

Według Władysława Biegańskiego *medycyna zrodziła się, a jej rodzicami chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie*. Zawód lekarza jest nieubłaganym sprawdzianem kwalifikacji moralnych. Lekarzowi nie wolno być niewrażliwym na wartości i ich hierarchię. Dlatego za największą zaletę lekarza należy uznać obowiązek nadawania swej pracy zawodowej wymiaru duchowości i pogłębienia swego człowieczeństwa. Oznacza to kierowanie się uprzejmością i życzliwością, które pozwalają choremu odczuć, że jest człowiekiem wśród ludzi.

Medycyna bez sacrum nie istnieje. Kliniki, szpitale, a zwłaszcza sala operacyjna powinny stać się „ziemią świętą”, ponieważ tam dokonują się czyny, które za podmiot swego działania mają drugiego człowieka. Jest to miejsce wymagające od chorego ofiary, zaś od lekarza poświęcenia i bezgranicznej ofiarności. Chory składa ofiarę ze swego bólu, cierpienia i swego własnego krzyża. Natomiast lekarz składa ofiarę ze swego działania, na które składa się wiedza medyczna i miłosierdzie. To one jednoczą te dwie ludzkie ofiary w jedną najwyższą wartość, jaką jest zdrowie. Szczególnie na sali operacyjnej lekarz uświadamia sobie swoje powołanie, poznaje samego siebie, swoje wnętrze, swoje możliwości i swoją niewystarczalność. Dlatego do sali operacyjnej należy wkroczyć jak do świątyni, bez egoizmu, pychy, zarozumiałości, przygotowany i oczyszczony, z pokorą i ciszą.

Uważam, że między lekarzami powinna istnieć „wspólnota osobowa”, która swoim jakby tęczowym mostem połączy wszystkich i ułatwi przekraczanie samych siebie (auto transcendencja), umożliwi dostrzeżenie w sobie nawzajem prawdy, dobra, by nimi się obdzielać.

Są to refleksje, którymi w wieku 96 lat pragnie podzielić się zasłużony dla medycyny i naszej *Alma Mater* prof. Antoni Hlavaty. Kiedy nam wręczał swoje tak drogie notatki prosił, aby – jeśli to tylko możliwe – dotarły do naszej gdańskiej społeczności akademickiej. Spełniamy więc Jego życzenie myśląc, że jest to wzruszające przesłanie Osoby, która pomimo swojego wieku ciągle żyje problemami naszego i umiłowanego przez siebie zawodu lekarza.

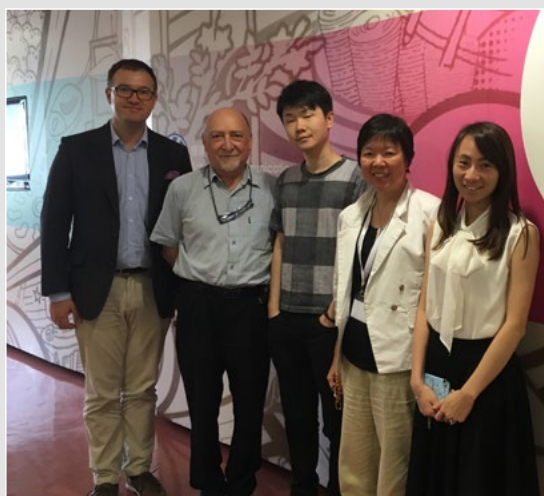
Janina Suchorzewska,
Leon Birn



Prof. Antoni Hlavaty jest emerytowanym kierownikiem Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Akademii Medycznej w Gdańsku; kierował Kliniką w latach 1967-1990. Szczególnie interesowała go chirurgia rekonstrukcyjna ręki, choroby stawu biodrowego oraz patologia kręgosłupa. Oprócz ortopedii jego pasją są góry.

Naukowiec w Hongkongu

Dr Łukasz Balwicki z Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej GUMed uczestniczył w dniach 24-27 sierpnia br. w spotkaniu naukowym w Hongkongu. Zorganizowała je prof. Kara Chan z Hongkong Baptist University w ramach projektu badawczego pt. *Badanie włączenia społecznego oraz korzystania z internetu przez pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej w Polsce (SCOPE-P)*. Ma ono odpowiedzieć na pytanie o możliwość stosowania skali włączenia społecznego do oceny tego zjawiska u osób, które mogą doświadczać wycofania z życia w społeczeństwie. Posiedzenie miało na celu podsumowanie i wstępną analizę danych, które pochodziły z wywiadów przeprowadzonych wśród pacjentów poradni przy Klinice Psychiatrii Dorosłych GUMed, dzięki uprzejmości jej kierownika dr. hab. Wiesława J. Cubały. W projekt zaangażowani są dodatkowo prof.



Peter Huxley z Bangor University (UK) oraz dr CHIU Yu Lung Marcus z City University of Hongkong. ■

25 lat Zakładu Diagnostyki Chorób Serca

Zakład Diagnostyki Chorób Serca został powołany w styczniu 1992 r. decyzją ówczesnego rektora Akademii Medycznej prof. dr. hab. Stefana Angielskiego. Pierwszym kierownikiem został dr Andrzej Kubasik, a od 2006 r. jest nim dr hab. Maria Dudziak, prof. nadzw. GUMed. W Zakładzie w przeszłości pracowali: dr Sławomir Burakowski, dr Janusz Jagoda, dr Zbigniew Purzycki, dr Peter Deeg oraz dr Lidia Łępska. Obecnie zatrudnieni są: dr Dorota Rawicz-Zegrzda, dr Karolina Dorniak, lek. Maria Węsierska, dr Sylwia Pisiak, lek. Hanna Jankowska, lek. Ewa Puzio, dr Marta Żarczyńska-Buchowiecka oraz dr hab. Marcin Hellmann.

W ramach działań usługowych w jednostce udzielane są porady kardiologiczne, wykonywane są badania echokardiograficzne obejmujące również badania przezprętokowe oraz echokardiograficzne próby obciążeniowe z użyciem dobutaminy. Działalność diagnostyczna obejmuje również 24-godzinne monitorowanie zapisu EKG metodą Holtera, próby wysiłkowe EKG, 24-godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego (ABPM) oraz badania rezonansu serca wykonywane we współpracy z Zakładem Radiologii przez dr Karolinę Dorniak. Asystenci Zakładu konsultują i wykonują badania echokardiograficzne przyłóżkowe dla Klinicznego Oddziału Ratunkowego oraz klinik zabiegowych zlokalizowanych w Centrum Medycyny Inwazyjnej. Wykonywane są także ekspertyzy z zakresu kardiologii dla Katedry Medycyny Sądowej oraz badania układu krążenia dla Kliniki Onkologii i Radioterapii i Kliniki Hematologii.

Poradnia kardiologiczna specjalizuje się w szczególności w opiece nad chorymi z niewydolnością nerek, w tym po przeszczepie nerki oraz chorymi z sarkoidozą serca.

W 2016 r. powstała Pracownia Badań Mikrokrażenia kierowana przez dr. hab. Marcina Hellmanna, który otrzymał

Nagrodę Miasta Gdańska dla Młodych Naukowców im. Jana Uphagena za badania nad regulacjami i zaburzeniami mikrokrażenia. Nawiązano współpracę z Clinical Research Center INSERM Grenoble University Hospital we Francji w zakresie badań nad mikrokrażeniem z prof. Jean-Luc Cracowskim, uznanym międzynarodowym autorytetem w zakresie oceny funkcji śródbłonna mikrokrażenia u ludzi. Dr hab. med. Marcin Hellmann w ramach stypendiów Rządu Francuskiego i Fundacji na rzecz Nauki Polskiej przebywał tam dwukrotnie.

W najbliższym czasie zostanie uruchomiona Poradnia Chorób Naczyń przez lek. Waldemara Dorniaka, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie angiologii, który dołączył do zespołu. Jednostka od kilku lat rozwija nieinwazyjne badania naczyń obwodowych

Funkcjonowanie Zakładu nie byłoby możliwe bez aktywnego udziału grupy techników: Alicji Czerwińskiej, Anny Szymańskiej, Bożeny Wroniewicz oraz pielęgniarki Beaty Formeli. Nad całością dokumentacji pacjentów czuwa Anita Bielawska, zaś Małgorzata Gancewska prowadzi dokumentację uniwersytecką.

Zakres działalności dydaktycznej jednostki obejmuje zajęcia z diagnostyki kardiologicznej dla IV roku Wydziału Lekarskiego i English Division oraz dla studentów kierunku elektroradiologii Wydziału Nauk o Zdrowiu. Organizowane są także zajęcia fakultatywne dla studentów lat IV-VI polsko- i anglojęzycznych z zakresu oceny kardiologicznej stanów nagłych, kardioonkologii, kardionefrologii czy rezonansu serca. Przy Zakładzie działa Studenckie Koło Naukowe, którego opiekunem jest dr Sylwia Pisiak. W 2016 r. praca Koła zdobyła 2 miejsce na Studenckiej Międzynarodowej Konferencji Naukowej.

Dzięki aktywnej pracy zespołu, Zakład awansował do wyższej kategorii naukowej (B). Tematyka badań naukowych poza kardionefrologią i diagnostyką sarkoidozy serca u chorych z sarkoidozą płuc uległa poszerzeniu o badania nad mikrokrażeniem u chorych z chorobą wieńcową i niewydolnością serca. Cztery osoby uzyskały stopień doktora nauk medycznych (w tym jeden w języku angielskim), których promotorem była prof. Maria Dudziak. W 2016 r. wydano skrypt dla studentów *Kardiologia z pogranicza* pod redakcją prof. Marii Dudziak, prof. Alicji Dębskiej-Ślizień oraz prof. Krzysztofa Sworcza.

Dewizą Zakładu jest stały rozwój naukowy w zakresie diagnostyki chorób serca i naczyń z wykorzystaniem najnowszych technik jak *tissue dopper* czy *speckle tracking* oraz interaktywne nauczanie studentów obejmujące pełen zakres działalności klinicznej jednostki. Profesjonalizm zespołu lekarzy umożliwia wykonywanie konsultacji kardiologicznych i badań diagnostycznych na wysokim poziomie w możliwie najkrótszym czasie, zwłaszcza w klinicznym oddziale ratunkowym czy klinikach zabiegowych CMI, co umożliwia wcześnie wdrożenie właściwego leczenia.

prof. Maria Dudziak,
kierownik Zakładu Diagnostyki Chorób Serca



Zdjęcie pracowników Zakładu, 2017 r. W I rzędzie od lewej: technicy Alicja Czerwińska i Anna Szymańska, kierownik Zakładu dr hab. Maria Dudziak, prof. nadzw., Anita Bielawska, dr Maria Węsierska; w II rzędzie od lewej: dr Dorota Rawicz-Zegrzda, pielęgniarka Beata Formela, dr Karolina Dorniak, dr Hanna Jankowska, pierwszy kierownik Zakładu dr Andrzej Kubasik; w III rzędzie: dr hab. Marcin Hellmann, sekretarka Małgorzata Gancewska; w IV rzędzie: technik Bożena Wroniewicz, dr Ewa Puzio, dr Marta Żarczyńska-Buchowiecka, dr Sylwia Pisiak



Dr Leon Baranowski (1902-1968)

Dr Leon Baranowski, syn Faustyna, urodził się 2 marca 1902 r. w Wilnie. Studia lekarskie podjął na organizującym się Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Należał do grupy pierwszych dziesięciu studentów, którzy we wskrzeszonym Wydziale Lekarskim USB uzyskali w roku akademickim 1924/1925 absolutorium i przystąpili do zdawania egzaminów dyplomowych. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał przed 15 lipca 1925 r.

Po studiach zainteresował się neurologią. Przez szereg lat specjalizował się w neurologii w Klinice Neurologii USB kierowanej przez prof. Stanisława Władyczkę, początkowo jako wolontariusz, następnie jako hospitant. W 1934 r. nastąpiło włączenie Kliniki Neurologii do Kliniki Chorób Psychiczych i powstanie Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych, którą kierował prof. Maksymilian Rose. Był długoletnim współpracownikiem prof. Rosego, jakkowiek najpewniej jako wolontariusz (hospitant), bowiem nie był wymieniany jako pracownik w składach osobowych Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych.

W okresie okupacji w latach 1941-1945 kierował jako ordynator oddziałem neurologicznym Szpitala Miejskiego w Wilnie. Po repatriacji w marcu 1945 r. znalazł się w Gdańsku, gdzie podjął pracę początkowo jako starszy asystent (od 1.08.1945 r.), a następnie jako adiunkt (od 30.06.1946 r.), w powstającej Klinice Neurologii Akademii Lekarskiej w Gdańsku kierowanej przez prof. Władysława Jakimowicza. Pracę w Uczelni zakończył 31 października 1954 r., obejmując stanowisko ordynatora oddziału neurologicznego w Szpitalu Miejskim w Gdyni. Na tym stanowisku pozostał do końca swojej aktywności zawodowej, pracując dodatkowo jako lekarz specjalista w Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowej w Gdańsku. Jako ordynator wyszkolił wielu lekarzy.

Jak napisała we wspomnieniu o Nim prof. Zofia Majewska^{*}: *Przez cały czas pracy w Gdyni nie stracił jednak kontaktu z Kliniką, śledził bacznie postępy wiedzy lekarskiej i do ostatniej chwili, pomimo ciężkiej choroby, brał udział w posiedzeniach Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Był dobrym kolegą, rzetelnym lekarzem, doskonałym fachowcem, jednym z tej dawnej ekipy neurologicznej, która swą wiedzę kształtowała przede wszystkim przy łóżku chorego. Odszedł 24 listopada 1968 r.*

^{*}Zofia Majewska, *Dr Leon Baranowski (2 III 1902 – 4 XI 1968) Wspomnienie pośmiertne*, Neur. Neurochir. Pol., 1969, T. III (XIX), nr 3.



KLINIKA CHOROÓB NERWOWYCH

Kierownik: Władysław Jakimowicz, dr w. n. lek., profesor nadzwyczajny chorób nerwowych

Adiunkt: Leon Baranowski, dr w. n. lek.

Asystenci starsi: Franciszka Banachowska, lek., Zofia Majewska, dr w. n. lek., Stanisław Żebrowski, lek.

Asystenci młodszy: Anna Dąbrowska, Stefan Sokołowski, dr w. n. lek.

Skład osobowy ALG 1947-1948



Jubileusz Kliniki Chirurgii Plastycznej

Z kierownikiem Kliniki Chirurgii Plastycznej dr hab. Alicją Renkielską, prof. nadzw. GUMed i ordynatorem Kliniki dr. hab. Jerzym Jankau rozmawia prof. Wiesław Makarewicz



■ **Okazją do naszej rozmowy jest zbliżający się jubileusz 40-lecia działalności Kliniki Chirurgii Plastycznej. Jakie były początki i jakie w zarysie są dzieje Waszej Kliniki?**

A.R. – Dzieje są dość skomplikowane, sporządziliśmy krótkie kalendarium, ale niezbędny jest chyba komentarz dlaczego świętujemy 40-lecie! W pamięci zbiorowej pracowników Kliniki – tych obecnych, emerytowanych, a także tych, którzy odeszli już na zawsze, rok 1977 funkcjonował jako moment rozpoczęcia samodzielnej działalności Kliniki. Obchodziliśmy nawet 20-lecie Kliniki w 1997 r. przeciwko czemu nie protestowała prof. Wanda Kondrat, jej pierwszy kierownik, będąca już wtedy na emeryturze. Wobec tego rok 2017 w naturalny sposób odnotowaliśmy jako jubileuszowy rok 40-lecia działalności i rozpoczęliśmy przygotowania. Jednakże szperając w archiwum naszej Uczelni, ku naszemu całkowitemu zaskoczeniu okazało się, że Klinikę Chirurgii Plastycznej wymienia się już w 1970 r. jako jednostkę wchodzącą w skład ówczesnego Instytutu Chirurgii.

Odkryliśmy dokument z 1974 r. stwierdzający funkcjonowanie Kliniki Chirurgii Plastycznej pod kierownictwem dr hab. Wandy Kondrat. W uzasadnieniu napisano, że Klinika przez nią kierowana działa aktywnie od 1970 r. na bazie oddziału wydzielonego w strukturze Kliniki Chirurgii Ogólnej kierowanej przez doc. Jerzego Dybickiego. Jednak z powodu przedłużającego się remontu drugiego piętra budynku nr 2, przeznaczonego docelowo na lokalizację Kliniki, nie sporządzano stosownych aktów wykonawczych. Dopiero teraz przychodzi kolej na rok 1977. W tym to bowiem roku Klinika przeniosła się do wspomnianej powyżej lokalizacji, gdzie miała 30 łóżek. Zapamiętałam tę przeprowadzkę jako świeżo upieczony asystent – przenoszenie sprzętu po schodach, urządzenie sal chorych i gabinetów zabiegowych. Mało kto pamięta dokumenty, wszyscy pamiętają działania! Po namyśle zdecydowaliśmy, że z jubileuszu 40-lecia się nie

wycofujemy – tak czy owak świętujemy jubileusz i jest to dobra okazja do wspomnień!

■ **Jaka była Wasza osobista droga do chirurgii plastycznej?**

A.R. – To, że zostałam chirurgiem plastycznym jest wypadkową moich młodzińskich marzeń oraz szczęśliwego zbiegu okoliczności. W czasie studiów byłam aktywnym członkiem studenckiego koła naukowego przy I Klinice Chirurgii Ogólnej, kierowanej przez wówczas doc. Jerzego Dybickiego. Nie miałam wtedy świadomości istnienia chirurgii plastycznej jako osobnej specjalizacji chirurgicznej. Mój kolega z roku, późniejszy adiunkt Kliniki, a dziś profesor – Marek Dobke (kierownik Division of Plastic Surgery, Medical School, University of California, San Diego, USA) zwrócił moją uwagę na niezwykle możliwości tej specjalizacji. Nie bardzo wierząc w powodzenie starań o asystenturę (choć mieliśmy bardzo dobre dyplomy i staż w kółku chirurgicznym), udaliśmy się na rozmowę do doc. Wandy Kondrat. Ku naszemu zdumieniu i radości, nasze kandydatury zostały zaakceptowane i tak w 1974 r. zostaliśmy młodymi asystentami. W skład zespołu, poza jego kierownikiem, doc. W. Kondrat, wchodził wówczas dr med. Jerzy Lipiński, pierwszy ordynator Oddziału oraz lek. Elżbieta Wojszwiłło-Geppert.

Podkreślić należy późniejsze ścisłe związki prof. Jerzego Lipińskiego z chirurgią plastyczną w naszej Uczelni, ponieważ w latach 1992-2000, gdy pełniłam funkcję p.o. kierownika Kliniki, powierzono Mu obowiązki kuratora Kliniki Chirurgii Plastycznej. Był przyjacielem i opiekunem zespołu.

J.J. – W trakcie studiów, które niekoniecznie były moim marzeniem, ale brzemię przodków lekarzy robiło swoje, zainteresowałem się chirurgią. Mój niezujący już stryj oraz ojciec chrzestny pokazali mi jaka może być fajna i interesująca. Natomiast moje zainteresowania artystyczne – chciałem studiować grafikę – kierowały mnie w stronę chirurgii plastycznej. Jako student, po ukończonym V roku studiów, na początku lat 90. ubiegłego wieku przebywałem w USA, skąd nie bardzo chciałem wracać. I tu uśmiechnęło się do mnie szczęście, bo podczas jednej z rozmów z Mamą, której nie bardzo podobało się moje podejście do życia, dowiedziałem się, że jak wrócę i ukończę studia, to jest cień szansy na etat na chirurgii plastycznej. Wróciłem, studia skończyłem i etat dostałem! To był rok 1993. Szczęście Panie Profesorze, szczęście! Potwierdzeniem wyboru jedynie słusznej drogi było późniejsze 2-letnie stypendium w Cleveland Clinic Foundation pod okiem profesor Siemionow.

■ **Jaki zakres zabiegów wykonywany jest obecnie w Klinice?**

A.R. – Wykonujemy bardzo szeroki zakres zabiegów, właściwie wszystkie operacje w podstawowych działach chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Naszym podstawowym problemem jest niski kontrakt z NFZ, który od lat starałam się bezskutecznie zwiększyć oraz niska wycena większości procedur chirurgii plastycznej, która powoduje, że ograniczamy niektóre zabiegi z użyciem nowoczesnych technik chirurgicznych (np. mikrochirurgii). To oczywiście nie powinno mieć miejsca, a przynajmniej nie w takim stopniu. Niestety, mimo szerokiej akcji „uświadamiającej”, jaką prowadzi konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii plastycznej w kręgach decyzyjnych, czym jest i komu służy chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna (a służy pacjentowi z wadą wrodzoną, okaleczonemu w wyniku urazu komunikacyjnego czy oparzenia oraz pozbawionego części ciała w wyniku okaleczającej operacji np. po mastektomii), akcja ta nie zmienia dość powszechnej opinii, że chirurgia plastyczna to chirurgia estetyczna służąca poprawianiu urody.

J.J. – Zajmujemy się głównie tym, co wymaga naszej specjalistycznej wiedzy, czyli kompleksowym zaopatrywaniem niektórych wad rozwojowych twarzoczaszki u dzieci – zamykaniem rozszczepów wargi i podniebienia, nowotworami powłok ciała i zabiegami rekonstrukcji piersi po jej amputacji w wyniku raka. Oczywiście nasze możliwości są większe, lecz ograniczenie kontraktem z NFZ nie pozwala na ich wykorzystanie, co jest powodem znacznej frustracji. Zespół Kliniki jest młody, chętny i przygotowany do znacznie większej liczby różnorodnych operacji. Chirurgia plastyczna

to taka dziedzina chirurgii, która musi zapewnić zaopatrzenie ubytku nie tylko powierzchni, lecz także mechaniki naszego ciała w różnych sytuacjach związanych z przyczynami chorobowymi, wrodzonymi lub urazowymi. Konieczna jest więc współpraca z innymi dziedzinami i tak jest w naszym przypadku. Współpracujemy z laryngologami, chirurgami szczękowymi, kardiochirurgami, neurochirurgami, jesteśmy wszędzie tam, gdzie powstały ubytek tkanek trzeba zamknąć pozwalając zachować lub odtworzyć mechanikę okolicy.

■ **Jak oceniacie pozycję Waszej Kliniki w Polsce?**

A.R. – To trudne pytanie, ale myślę, że możemy ocenić ją jako dobrą. Ośrodków chirurgii plastycznej w Polsce nie ma wiele – jest ich 16. Nie biorę pod uwagę licznych w tej chwili prywatnych klinik i oddziałów, gdzie wykonywana jest głównie odpłatnie chirurgia estetyczna. Od lat posiadamy akredytację MZiOŚ w zakresie szkolenia specjalizacyjnego w chirurgii plastycznej i specjalizację prowadzoną w naszej jednostce uzyskało 20 lekarzy. Prowadzimy też cząstkowe staże specjalizacyjne w chirurgii plastycznej dla laryngologów, chirurgów szczękowo-twarzowych, okulistów i chirurgów ogólnych oraz kursy doskonalące dla specjalizujących się w innych specjalnościach, także kurs akredytacyjny dla przyszłych chirurgów plastyków. Aktywnie uczestniczymy w dydaktyce przeddyplomowej dla III, IV i VI roku Wydziału Lekarskiego oraz III roku studiów anglojęzycznych.

Na pozycję Kliniki składa się praca całego zespołu lekarzy, pielęgniarek, administracji i personelu pomocniczego. Nasza Klinika zawsze posiadała wspaniałe, świetnie wyszkolone,



Zespół Pracowników Kliniki Chirurgii Plastycznej: 1. dr hab. Alicja Renkielska, prof. nadzw. GUMed – kierownik; 2. dr hab. Jerzy Jankau – ordynator; 3. dr Alina Hedrych-Ozimina – lekarz specjalista; 4. Monika Drzymalska – pielęgniarka – spec. piel. chirurgicznego; 5. mgr piel. Małgorzata Anastaziak – pielęgniarka; 6. dr Karolina Kondej – z-ca ordynatora; 7. lek. Magdalena Graczyk – lekarz specjalista; 8. Alicja Wegner – pielęgniarka opatrunkowa – spec. piel. chirurgicznego; 9. lek. Izabela Mazanowska – lekarz rezydent; 10. mgr Joanna Nather – pielęgniarka – spec. piel. chirurgicznego; 11. lek. Agnieszka Brzezicka – lekarz rezydent; 12. lek. Justyna Jończyk – lekarz rezydent; 13. lek. Szymon Kołacz – lekarz specjalista; 14. Marzanna Bawor – sekretarka; 15. dr Hanna Tosińska-Okrój – lekarz specjalista; 16. Elżbieta Krywienko – instrumentariuszka – spec. piel. chirurgicznego; 17. mgr piel. Danuta Zajonskowska – pielęgniarka oddziałowa – spec. piel. chirurgicznego; 18. lek. Elżbieta Klein – lekarz specjalista; 19. dr Jacek Grudziński – st. wykładowca GUMed; 20. dr Irena Grobelny – st. wykładowca GUMed

oddane pacjentom i bardzo dobrze współpracujące z lekarzami pielęgniarki. Nie sposób wymienić wszystkich, ale wspomnę emerytowane pielęgniarki oddziałowe: Marylę Markowską i Leokadię Rawłuszkę oraz obecną szefową mgr Danutę Zajonskowską, a także pielęgniarki opatrunkowe – emerytowaną Grażynę Jezierską i pracującą aktualnie: Alicję Wegner i Elżbietę Krywienko. Także bardzo oddane i zostające po godzinach sekretarki – emerytowaną już Krystynę Bukowską i obecną Marzannę Bawor.

J.J. – Jesteśmy jedną z niewielu akademickich Klinik w Polsce, jedyną w północnej Polsce od granicy wschodniej do Szczecina, czyli jedyni na znacznym obszarze. Jesteśmy również jedną z niewielu Klinik oferujących szeroki wachlarz zabiegów operacyjnych, jak już wspominałem od zaopatrywania rozszczepów podniebienia u dzieci do zabiegów zamykania ubytków powłok z wykorzystaniem mikrochirurgii. Nowym problemem, przed jakim staje chirurgia plastyczna w Polsce, są pacjenci z deformacjami powłok ciała po chirurgicznym lub zachowawczym leczeniu patologicznej otyłości. Wraz z tworzeniem się w UCK ośrodka leczenia otyłości, wykonywaliśmy pilotażowe zabiegi korekcji powstałych deformacji, lecz brak kontraktowania ich przez NFZ zmusił nas, ku niezadowoleniu pacjentów, do ich zaprzestania.

■ **Dzisiejszą pozycję Klinika zawdzięcza wytrwałej i sumiennej pracy wielu ludzi. Mówiliśmy już o prof. Kondrat i prof. Lipińskim, wspomnieliśmy kilkoro innych lekarzy, także pielęgniarki i sekretarki. O kim jeszcze powinniśmy pamiętać?**

A.R. – Wymieńmy jeszcze kilku lekarzy, którzy na przestrzeni ponad 40 lat budowali obecny kształt Kliniki. Najpierw wspomnijmy tych, którzy już nie żyją: dr. Janusza Martinka oraz lek. Mariana Cimaszewskiego. Następnie tych, którzy przeszli na emeryturę bądź zmienili miejsce zatrudnienia: lek. Darię Dobaczewską, lek. Marię Honory, dr. Marka Muraszko-Kuzmę, lek. Martę Raczkowską-Muraszko, lek. Ewę Skwierc i dr. Janusza Zdzitowieckiego.

■ **Jak rozwinęła się i co obejmuje współpraca naukowa z Politechniką Gdańską?**

A.R. – Bliskie kontakty naszej Kliniki z zespołem Katedry Inżynierii Biomedycznej (KIB) PG kierowanym początkowo przez prof. Antoniego Nowakowskiego, a obecnie przez prof. Jerzego Wtorka, rozpoczęły się w 2000 r. Współpraca miała dotyczyć medycznych zastosowań termografii, a w szczególności przydatności tej metody do oceny głębokości oparzeń. Zaproponowałam prof. Nowakowskiemu, aby pierwsze badania przeprowadzić na zwierzętach. Jako zwierzę doświadczalne wybraliśmy świnię domową, których anatomia i fizjologia, a w szczególności skóra, jest najbardziej zbliżona właściwościami do skóry człowieka.

Do współpracy zaprosiliśmy Katedrę i Zakład Fizjologii Zwierząt UG. Pierwszy eksperyment, trwający od rana do wieczora, pamiętam bardzo dobrze, ponieważ poza licznymi trudnościami i niespodziankami, których doświadczaliśmy badając świnki, jakiś szalaniec przebił 3 z 4 opon mojego samochodu zaparkowanego pod budynkiem UG. Łącznie

wykonałmy około 10 kilkudniowych cykli prac doświadczalnych na zwierzętach, przedzielanych trzytygodniowymi okresami obserwacji. Stosowana w naszych badaniach aktywna termografia dynamiczna (ATD) okazała się bardzo przydatnym narzędziem do oceny głębokości ran oparzeniowych. Niestety, ze względu na trudności w pozyskaniu biznesowego partnera, nie udało się do tej pory wyprodukować urządzenia, które zastąpiłoby w praktyce klinicznej nasz nieporęczny doświadczalny prototyp. Wynikiem tych badań były liczne prace naukowe opublikowane w czasopiśmie krajowych i zagranicznych oraz referaty wygłaszane na zjazdach termograficznych, oparzeniowych i plastycznych w kraju i zagranicą. Ta współpraca zaowocowała także powstaniem mojej pracy habilitacyjnej. Stosując ATD badaliśmy patologiczne blizny, czyli keloidy, czego wynikiem jest obroniona praca doktorska lekarza dermatologa, obecnie badamy płyty służące do rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii (jeden doktorat zakończony, jeden w toku). Mamy nadzieję na dalszy rozwój wspólnych badań dzięki życzliwości obecnego kierownika Katedry Inżynierii Biomedycznej PG prof. Jerzego Wtorka.

■ **Jakie zainteresowania naukowe są rozwijane w Klinice?**

A.R. – Poza zastosowaniami termografii w chirurgii plastycznej interesuje nas medycyna regeneracyjna, zastosowanie komórek macierzystych wywodzących się z tkanki tłuszczowej w leczeniu różnego pochodzenia ubytków ciała i zniekształceń u ludzi oraz zastosowanie komórek macierzystych naskórka w leczeniu przewlekłych ran. W tym zakresie współpracujemy z Zakładem Immunologii Klinicznej i Doświadczalnej kierowanym przez prof. Piotra Trzonkowskiego, a bezpośrednio z dr. hab. Michałem Pikułą. Aktualnie w Klinice prowadzone są 3 przewody doktorskie. Tematyka pierwszego z nich dotyczy zastosowania ATD w diagnostyce płatów tkankowych służących do rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii, drugiego – wpływu transformacji nabłonkowo-mezenchymalnej na ryzyko wznowu nowotworu kąta przyśrodkowego oka, a trzeciego – antropometrii kobiecych piersi w aspekcie rekonstrukcyjnym i estetycznym.

Łącznie w Klinice powstało już 15 rozpraw doktorskich oraz przeprowadzono dwie habilitacje. W wartościach bezwzględnych nie są to duże liczby, ale proporcjonalnie do niewielkiej liczby pracowników naukowo-dydaktycznych, którymi przez te lata dysponowaliśmy oraz z uwagi na zabiegowy profil jednostki (a wiadomo, że zabiegowcy piszą mniej), nie jest to chyba zły wynik.

J.J. – Interesuje nas badanie wykorzystania tkanki tłuszczowej własnej w wypełnianiu ubytków i modelowaniu powłok ciała. Dodałbym tu jeszcze badania nad jakością życia pacjentów po zabiegach rekonstrukcyjnych. Chcielibyśmy bardziej rozwinąć badania nad postępowaniem z chorymi po leczeniu chirurgicznym otyłości, ale pośrednio ogranicza nas tutaj niski kontrakt NFZ. Niezrealizowanym projektem, nad czym bardzo boleję, jest wykorzystanie bionanocelulozy w chirurgii rekonstrukcyjnej. Kiedyś w ra-

mach Letniej Szkoły Biotechnologii poznaliśmy prof. Bieleckiego z Politechniki Łódzkiej, z którym rozpoczęliśmy współpracę, ale życie nie pozwoliło na dalsze jej kontynuowanie, a szkoda! Może kiedyś do tego jeszcze wrócimy.

■ **Chyba najbardziej dramatycznym wydarzeniem w dziejach Kliniki był pożar w hali Stoczni Gdańskiej?**

A.R. – Rzeczywiście, w kategoriach dramaturgii było to najważniejsze wydarzenie. Miało ono miejsce w listopadzie 1994 r., kiedy przebywałam na stypendium w USA. Była to wówczas największa katastrofa masowa w powojennej Europie. Całą akcją od strony medycznej kierowała dr Hanna Tosińska-Okrój, mój ówczesny zastępca. Kilka liczbowych informacji dotyczących tego wydarzenia umieściliśmy w kalendarium. Mogę tylko powiedzieć, że nie było wówczas planów zabezpieczeń na wypadek katastrof masowych, ani takiej łączności jak dzisiaj. Niemniej w tej spontanicznej akcji segregowania i leczenia setek oparzonych zespół lekarski, pielęgniarski i administracyjny Kliniki zdał egzamin na piątkę z plusem. Oczywiście przy ogromnej pomocy władz Szpitala, Uczelni i wszystkich okolicznych jednostek służby zdrowia. Klinika leczyła wówczas ciężkie oparzenia w bardzo skromnych, wręcz niespełniających standardów warunkach. Chcieliśmy przekuć to zdarzenie w trwały sukces, zabiegaliśmy o powstanie Centrum czy chociażby Oddziału Leczenia Oparzeń z prawdziwego zdarzenia. Latami czyniliśmy starania na szczeblu lokalnym i centralnym. Niestety, mimo pierwotnych zapewnień, im dłuższy czas mijał od wydarzenia, tym mniej było konkretów. Ostatni nasz „zryw” w latach 2014/2015 był o krok od sukcesu. Przyznane były ministerialne środki, wykonane szczegółowe plany, a na terenie UCK wskazana i przygotowana lokalizacja pod budowę Centrum. Kilka osób z zespołu włożyło ogromną pracę w weryfikację planów i przygotowanie list potrzebnego sprzętu medycznego. I nagle przyszła wiadomość, że budowy nie będzie. Do dziś nie bardzo wiemy, co było tego przyczyną. Ponieważ w okresie ostatnich kilkunastu lat powstało Zachodniopomorskie Centrum Leczenia Oparzeń w Gryficach oraz Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń w Łęcznej (przy pracujących kilku mniejszych ośrodkach w Polsce oraz świetnie obecnie działającym transporcie lotniczym) uznaliśmy, że populacja Polski jest dostatecznie zabezpieczona w zakresie leczenia ciężkich oparzeń i definitywnie zakończyliśmy starania w tej sprawie. Po tym tragicznym zdarzeniu pozostała wydana w 1999 r. monografia pod redakcją prof. Bogusława Borysa

opisująca to niezwykle wydarzenie pt. *Pożar w Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej i jego ofiary – przykład masowej katastrofy*.

J.J. – Dla mnie, młodego wtedy lekarza, była to niezła szkoła nie tylko życia, ale także chirurgii oparzeń. W tym dniu pełniłem jeden z pierwszych samodzielnych dyżurów w Klinice. Szpital Akademii był w trybie dyżuru tępego, bez otwartej izby przyjęć i z ograniczonym personelem. Ale wracając do pytania – dzisiaj nie ma potrzeby, aby taki specjalistyczny oddział powstał w Gdańsku. Statystyki pokazują, że ciężkich oparzeń nie ma aż tak dużo, żeby tworzyć bardzo drogi w utrzymaniu ośrodek. Szczęśliwie w Polsce udało się, ponad podziałami, wypracować dobrą współpracę z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, która pozwala na przetransportowanie pacjenta do jednego z takich istniejących ośrodków. Szczególnie, że szefem jednego z nich, w Gryficach, jest wychowanek Kliniki, dr med. Andrzej Krajewski, z którym mamy świetną współpracę.

■ **Jakie macie plany na bliższą i dalszą przyszłość?**

A.R. – Będziemy kontynuować naszą dotychczasową działalność leczniczą, dydaktyczną i naukową starając się, by była bardziej efektywna. Ordynator Kliniki dr hab. Jerzy Jankau będący w obecnych (i mam nadzieję w przyszłych) władzach Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej i ja jako jej kierownik oraz konsultant wojewódzki będziemy starać się wzmocnić pozycję chirurgii plastycznej w Polsce, co również, mam nadzieję, przełoży się na lepsze lokalne postrzeganie naszej specjalności i Kliniki.

J.J. – Chcielibyśmy poszerzyć ofertę operacyjną o zabiegi poprawiające w większym stopniu mechanikę naszego ciała, z wykorzystaniem złożonych płatów tkankowych i mikrochirurgii, a co za tym idzie i jakość życia. W większym stopniu wykorzystać zaplecze „doświadczalne” jakim dysponuje Uczelnia do wdrażania programów naukowych – aby zdobywać granty i finansowanie. Mimo, że mamy zaplecze, kadre, to mamy również jeden z najniższych kontraktów z NFZ w porównaniu do innych jednostek chirurgii plastycznej w Polsce. Więc jak śpiewał Wojciech Młynarski musimy i nadal chcemy – „robić swoje”, a małe rzeczy też potrafią cieszyć!

■ **Bardzo dziękuję za rozmowę, gratuluję osiągnięć i życzę pomyślnej realizacji planów i dalszego rozwoju.**

Zakres zabiegów przeprowadzanych w Klinice Chirurgii Plastycznej

- operacje modelujące sylwetkę ciała po masywnej utracie wagi ciała,
- operacje rozszczepów wargi i podniebienia oraz innych wad wrodzonych powłok ciała,
- rekonstrukcje piersi u kobiet po mastektomii przy pomocy różnych metod, w tym z wykorzystaniem mikrochirurgii,
- operacje naprawcze zniekształceń pourazowych, pooparzeniowych oraz pooperacyjnych oraz z innych przyczyn,
- usuwanie nowotworów powłok ciała wraz z jednoczasową bądź odroczoną rekonstrukcją,
- leczenie obrzęków limfatycznych,
- chirurgia estetyczna w zakresie pokrywanych przez NFZ oraz dla celów szkoleniowych,
- leczenie ran przewlekłych,
- leczenie odleżyn,
- leczenie oparzeń do 20% powierzchni ciała.

Kalendarium dziejów chirurgii plastycznej i Kliniki Chirurgii Plastycznej GUMed

1951 r. – utworzono Pododdział Chirurgii Plastycznej w ramach I Kliniki Chirurgii AMG kierowanej przez profesora Henryka Kanię. Wykonywano m.in. operacje rozszczepów podniebienia, zabiegi odtwórcze i naprawcze w obrębie ręki. Prof. Kania wydał podręcznik *Zarys chirurgii wytwórczej*.

1968 r. – powstał w ramach I Kliniki Chirurgii Ogólnej kierowanej przez doc. Jerzego Dybickiego Oddział Chirurgii Plastycznej prowadzony przez adiunkta Kliniki dr. Jerzego Lipińskiego, a od 1970 r. przez doc. Wandę Kondrat.

1974 r. – powstaje Klinika Chirurgii Plastycznej; na jej kierownika powołana zostaje dr hab. Wanda Kondrat.

1977 r. – Klinika uzyskuje własne pomieszczenia (30 łóżek) na II piętrze budynku nr 2 Szpitala Klinicznego.

1989 r. – profesor W. Kondrat odchodzi na emeryturę.

1989-2000 – funkcję p.o. kierownika Kliniki pełni adiunkt dr med. Alicja Renkielska.

1989 r. – dr Janusz Zdzitowiecki wyjeżdża na stypendium do Centre Hospitalier Regional Universitaire de Lille, Centre des Brulees (Centrum Leczenia Oparzeń).

1992 r. – prof. Jerzy Lipiński zostaje kuratorem Kliniki.

1994 r. – dr med. Alicja Renkielska otrzymuje prestiżowe stypendium Plastic Surgery Educational Foundation w USA (Division of Plastic Surgery, University of California Medical School, San Diego, Craniofacial Institute Dallas, Texas).

1994 r. – pożar Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej. Klinika i zespół jest głównym ośrodkiem koordynującym akcję i leczeniem. Oto liczby dające wyobrażenie o tym zdarzeniu: 1000 osób na koncercie, osób oparzonych 320, zgonów 7, ofiary to głównie młodzież do 18 r.ż. Oparzenia dotyczyły głównie twarzy i rąk, 24 osoby leczono w Siemianowicach Śląskich, 87 w Klinice Chirurgii Plastycznej AMG, 40 w Szpitalu na Zaspie, 16 w VII Szpitalu Marynarki Wojennej, 18 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym.

1995 r. – wyjazd szkoleniowy dr M. Honory i dr H. Tosińskiej-Okrój do leczonego ciężko oparzenia Instytutu Shrinersów w Bostonie.

1995 r. – zmiana nazwy Kliniki na Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń.

1997 r. – VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej (PTChPRIE) w Gdańsku organizowany przez Klinikę.

1998 r. – dr med. Jerzy Jankau otrzymuje 2-letnie stypendium na wyjazd do Department of Plastic Surgery, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, pod kierownictwem słynnej prof. Marii Siemionow.

2000-2009 – funkcję kierownika Kliniki pełni prof. Janusz Jaśkiewicz, chirurg onkolog, „od zawsze” zainteresowany chirurgią rekonstrukcyjną piersi. Rozwinął w Klinice zabiegi odtwarzania piersi, szczególnie tkankami własnymi oraz inne z zakresu tzw. onkoplastyki.

2001 r. – współorganizacja corocznej konferencji *Chirurgia piersi* w Lublinie.

2005 r. – organizacja VII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Leczenia Oparzeń w Gdańsku.

2007 r. – habilitacja dr med. Alicji Renkielskiej na podstawie pracy *Przydatność obrazowania w poczerwieni do oceny głębokości ran oparzeniowych. Badania na zwierzętach*.

2007 r. – w planach Centrum Medycyny Inwazyjnej UCK GUMed nie przewidziano oddziału leczenia oparzeń, pomimo wielokrotnego wnioskowania o to przez Klinikę. Klinika wraca do nazwy Klinika Chirurgii Plastycznej.

2009 r. – dr hab. Alicja Renkielska zostaje p.o. kierownika Kliniki, a w 2011 r. otrzymuje mianowanie na kierownika Kliniki.

2012 r. – Klinika zostaje przeniesiona do budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej UCK GUMed.

2012 r. – habilitacja dr. med. Jerzego Jankau na podstawie pracy *Obiektywizacja oceny odległych wyników rekonstrukcyjnych u pacjentek po amputacji piersi: porównanie dwóch metod chirurgicznych opartych na zastosowaniu tkanek własnych lub implantów ze szczególnym uwzględnieniem jakości życia*.

2015 r. – rozdzielenie funkcji kierownika Kliniki od ordynatora Kliniki. Dr hab. Jerzy Jankau zostaje ordynatorem Kliniki.

2016 r. – dr hab. Alicja Renkielska zostaje powołana na stanowisko profesora nadzwyczajnego GUMed.

2016 r. – organizacja konferencji *Kompleksowe leczenie otyłości – od diety do plastyka*.

2017 r. – Klinika Chirurgii Plastycznej świętuje jubileusz – 40-lecie czy 44-lecie?

KONGRES MEDYCZNY

VARIA MEDICA* 2017

WARSZAWA, 30 listopada – 2 grudnia 2017 roku
Hilton Warsaw Hotel and Convention Centre

www.kongres.viamedica.pl

* *Giraldus de Solo, Varia Medica, XV w.*

Patronat Medialny

tvmed

Organizator

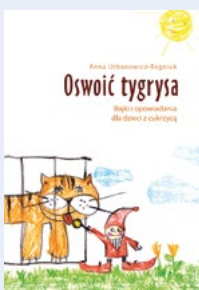
 **25**
LECI

Partner

 **ikamed.pl**
KONFERENCJE I SYMPOZJUM

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

NOWOŚCI WYDAWNICZE



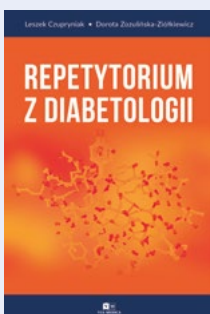
Oswoić tygrysa. Bajki i opowiadania dla dzieci z cukrzycą

Anna Urbanowicz-Bagniak
Cena Ikamed: 25 zł

„Musimy oswoić cukrzycę. Musimy zaprzyjaźnić się z chorobą” — jakże często takie określenia padają z ust rodziców chorego dziecka. Czy można polubić wroga? To zależy, w jaki sposób myślimy o sytuacji dziecka dotkniętego przewlekłą chorobą, czy też o własnej sytuacji, jeżeli to my chorujemy. *Oswoić tygrysa* to kolejna edycja bajek, które przenoszą w sferę pozytywnego myślenia w sytuacji choroby przewlekłej, jaką jest cukrzyca. Od tego właśnie zależy sukces w leczeniu i spełnianiu marzeń. To nie choroba jest problemem, lecz sposób, w jaki o niej myślimy. Tego dobrego myślenia uczą bajki; na pewno warto je przeczytać.

Z recenzji mgr Teresy Benbenek-Klupy

<http://www.ikamed.pl/oswoic-tygrysa-bajki-i-opowiadania-dla-dzieci-z-cukrzyca-VMG01176>



Repetitorium z diabetologii

Leszek Czupryniak,
Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz
Cena Ikamed: 96 zł

W książce omówiono następujące zagadnienia: biochemia w diabetologii; rozpoznawanie zaburzeń tolerancji węglowodanów; cukrzyca wieku rozwojowego; insulinoterapia w cukrzycy typu 1; otyłość i cukrzyca typu 2; ostre stany w cukrzycy przebiegające z hiperglikemią; hipoglikemia; nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroby układu krążenia, choroby towarzyszące; powikłania mikroangiopatyczne; cukrzyca a ciąża; skomplikowane przypadki kliniczne.

<http://www.ikamed.pl/repetitorium-z-diabetologii-VMG01142>



Diabetologia 2017

Leszek Czupryniak, Krzysztof Strojek
Cena Ikamed: 40 zł

Cukrzyca — jakie to proste! — chciałoby się powiedzieć po lekturze tej książki. Niniejsza publikacja to opracowanie napisane w bardzo przystępny i kompetentny sposób, w którym każdy lekarz znajdzie najważniejsze i najbardziej aktualne wiadomości dotyczące cukrzycy. Książka będzie pomocna lekarzom praktykom w podejmowaniu decyzji klinicznych w codziennej pracy z chorym na cukrzycę. Gratulując Autorom pomysłu i wykonania, pozostaję z nadzieją na coroczne aktualizacje tej publikacji.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Dzida

<http://www.ikamed.pl/diabetologia-2017-VMG01143>

WKRÓTCE W SPRZEDAŻY



TNM. Klasyfikacja nowotworów złośliwych. Wydanie ósme

James D. Brierley, Mary K. Gospodarowicz, Christian Wittekind (red.)

Ósme wydanie *Klasyfikacji TNM nowotworów złośliwych* jest najnowszym, zaakceptowanym międzynarodowo standardem opisu i kategoryzacji stopni zaawansowania nowotworów złośliwych. Ten autorytatywny przewodnik opublikowany przez International Union Against Cancer (UICC) zawiera ważne, uaktualnione, swoiste narządowo klasyfikacje, które onkolodzy oraz inni lekarze zajmujący się leczeniem chorych na nowotwory złośliwe potrzebują do dokładnego sklasyfikowania ich stopnia zaawansowania, do określenia rokowania chorych oraz do ich leczenia.



Depresja 2017

Sławomir Murawiec, Piotr Wierziński

Książka składa się z 12 rozdziałów:

1. Mózg w depresji — czy funkcjonuje inaczej?
2. Przyczyny depresji
3. Objawy ważne klinicznie
4. Samobójstwo w depresji
5. Depresja psychotyczna
6. Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji
7. Depresja jako choroba narcystyczna
8. Kontrola i poczucie autonomii — wpływ na współpracę w leczeniu farmakologicznym depresji
9. Czy zastosowanie leku przeciwpsychotycznego w depresji zawsze przynosi poprawę?
10. Agomelatyna w dwóch odsłonach — wpływ na przetwarzanie informacji emocjonalnych i analiza wyników badań dużych populacji osób z depresją
11. Rola nowych leków w terapii depresji — szerokie spektrum możliwości
12. Psychofarmakologia swoistego leku. Dobór leku przeciwdepresyjnego — wenlafaksyna i agomelatyna



Hipertensjologia. Tom I

Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego

Publikacja podręcznika *Hipertensjologia* wydane po raz pierwszy pod egidą Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego stanowi kontynuację działań PTNT w zakresie poprawy opieki nad chorymi z nadciśnieniem tętniczym. Nadciśnienie tętnicze pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów w XXI wieku, choć od ponad 100 lat toczą się badania nad zrozumieniem patomechanizmów prowadzących do wzrostu ciśnienia oraz nad działaniem leków, które mogłyby je obniżyć. Efektem postępu jest istotny wzrost liczby chorych skutecznie leczonych, choć nie można zapomnieć, że jedynie u 26% chorych wartości ciśnienia są dobrze kontrolowane. Autorzy niniejszego podręcznika 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.

Piękny jubileusz profesora Zdzisława Wajdy



Obchody 90 urodzin prof. Zdzisława Wajdy rozpoczęły się od uroczystego złożenia życzeń podczas posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Sylwetkę jubilata przedstawił prof. Zbigniew Śledziński, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Według mojej wiedzy to jedyna taka uroczystość w historii Rady Wydziału i muszę przyznać, że warto chyba poświęcić kilka minut na uhonorowanie naszych nauczycieli i wybitnych osobowości Uczelni. Podczas posiedzenia Rady Wydziału prof. Zdzisław Wajda odebrał życzenia od ośmiu samodzielnych pracowników Uczelni, którzy są Jego wychowankami. Po południu tego samego dnia odbyło się uroczyste posiedzenie Oddziału Gdańskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich, na które, na zaproszenie przewodniczącego Oddziału dr. hab. Zorana Stojceva, przybył z wykładem poświęconym uszkodzeniom dróg żółciowych prof. Paweł Lampe, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich. W trakcie posiedzenia życzenia Jubilatowi złożył rektor GUMed prof. Marcin Gruchała, mi zaś przypadło w udziale wygłoszenie laudacji. Życzenia w imieniu Klubu Seniora przekazał Jubilatowi prof. Wiesław Makarewicz. Podczas posiedzenia nie zabrakło wspomnień z czasów świetności Szpitala na Łąkowej i funkcjonującej tam Kliniki Chirurgicznej. Warte podkreślenia jest to, że podczas tej uroczystej sesji na sali znaleźli się niemal w komplecie współpracownicy profesora Zdzisława Wajdy, a dr Aleksander Stanek przybył specjalnie za tę uroczystość z Irlandii. Bardzo cenię sobie takie spotkania, które w dzisiejszym nieco zagonionym świecie, pozbawionym w olbrzymich szpitalach bezpośrednich relacji międzyludzkich, stanowią już pewną egzotykę. Oczywiście mam tu na myśli pozytywny aspekt egzotyki, myślę o kształtowaniu pewnego rodzaju refleksji w umysłach młodzieży medycznej poddawanej zmasowanej odpersonalizowanej edukacji o nieco mechanicznym zabarwieniu, często pozbawionej w codziennej praktyce aury autorytetu, jakim niewątpliwie jest prof. Zdzisław Wajda.

Zob. także: s. 20-21.

dr hab. Stanisław Hać, prof. nadzw.
Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej



Jubilat w otoczeniu swoich współpracowników

Hospicjum UCK otwarte



Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku poszerza zakres swojej działalności o opiekę hospicyjną. W ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia powstał czterołożkowy oddział Hospicjum Stacjonarnego zlokalizowany w budynku dawnego Szpitala Studenckiego przy al. Zwycięstwa 30 i Hospicjum Domowe, które swoją opieką będzie mogło objąć 16 chorych. Uroczyste otwarcie oddziału Hospicjum Stacjonarnego odbyło się 1 września br. z udziałem rektora GUMed prof. Marcina Gruchały, dyrektora naczelnego UCK Jakuba Kraszewskiego i prorektor GUMed ds. klinicznych prof. Edyty Szururowskiej. Zgromadzonych gości powitała Karolina Gronalewska, kierownik Hospicjum. Obecni byli m.in. dr hab. Tomasz Stefaniak – dyrektor UCK ds. leczenia, Arkadiusz Lenzion – zastępca dyrektora naczelnego UCK ds. administracyjno-technicznych, prof. Jacek Jassem – kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko – kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej, prof. Zbigniew Zdrojewski – kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii oraz

licznie zgromadzeni pracownicy Uczelni, Szpitala i przedstawiciele pomorskich placówek opieki paliatywnej.

– Cieszę się, że otworzyliśmy w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym oddział opieki hospicyjnej. Startuje on w rozmiarach symbolicznych, a te 4 łóżka to na pewno za mało, by działał w sposób w pełni funkcjonalny – mówił prof. Marcin Gruchała. – Liczymy, że ten Oddział będzie się rozwijał, bo mamy warunki, by opieką otoczyć większą grupę pacjentów. Na to potrzebne jest większe finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zespół hospicyjny tworzy 8 lekarzy i 9 pielęgniarek oraz pracownicy administracyjni. Przyjęcia pacjentów do Hospicjum odbywają się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza rodzinnego lub specjalistę wraz z dokumentacją medyczną. Zgłoszenia można składać w godz. 7-15 w sekretariacie Hospicjum (al. Zwycięstwa 30, pokój 112). Szczegółowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 58 347 16 80 lub pisząc na adres zoli hosp@uck.gda.pl. ■

