



GAZETA

miesięcznik
GDAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 24

Lipiec 2014

nr 7 (283)



miłego wypoczynku

Z ŻYCIA UCZELNI

Dyplomatorium ED



Osiemdziesięciu absolwentów Wydziału Lekarskiego, kierunku lekarskiego anglojęzycznego rocznika 2008-2014 odebrało 24 czerwca br. swoje dyplomy z rąk rektora prof. Janusza Morysia oraz dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Marii Dudziak. Uroczyste dyplomatorium odbyło się w Polskiej Filharmonii Bałtyckiej im. Fryderyka Chopina. Okolicznościowe przemówienia wygłosili: prof. Marcin Gruchała – prorektor ds. studenckich, prof. Maria Dudziak – dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. Maria Alicja Dębska-Słizień – prodziekan Wydziału Lekarskiego, prof. Brunon Imieliński – prezes Stowarzyszenia Absolwentów oraz Ahmad Peri – absolwentka rocznika 2008-2014.



Polska Akademia Dzieci – GUMed Kids

Ponad 200 studentów GUMed Kids zakończyło 30 maja rok akademicki. Mali naukowcy wysłuchali wykładu 11-letniego Kajusa Lieusa, który opowiedział o swojej pasji samochodowej, a Damian Kaufmann, student VI r. kierunku lekarskiego przekazał ważne informacje o nadciśnieniu tętniczym oraz przeprowadził pomiar ciśnienia krwi u wszystkich słuchaczy. Podczas spotkania nie zabrakło eksperymentów z użyciem suchego lodu. Uczestnicy mogli także dotknąć gigantycznego karalucha i jeszcze większego patyczaka. Na zakończenie młodzi studenci otrzymali dyplomy potwierdzające pomyślne ukończenie roku akademickiego. GUMed Kids działa w ramach Polskiej Akademii Dzieci, projektu, który otrzymał tytuł Popularyzatora Nauki 2013. Koordynatorem akcji na terenie naszej Uczelni jest prof. Alicja Dębska-Słizień, prodziekan Wydziału Lekarskiego.

W numerze...

Prof. Stefan Raszeja doktorem <i>honoris causa</i> naszej Uczelni	3-9
Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii a współczesne wyzwania	10
XX Letnia Szkoła Biotechnologii	13
Nowi doktorzy	13
Nabór na psychologię kliniczną	13
Rok 2014 rokiem internacjonalizacji polskich uczelni	14
Jak wyleczyć polską onkologię?	16
VII Medyczny Dzień Nauki za nami	18
Treningi na AED, zupa soczewicowa i Wing Tsun Kung Fu	23
Coraz wyżej w klasyfikacji	24
Kadry GUMed i UCK	25
Bieganie motywuje, relaksuje i integruje	25, 39
Nowy profesor tytularny Małgorzata Myśliwiec	26
Senat GUMed	30
Tajemnice z muzealnej półki	31
Ksenia Lutomska (1900-1988)	32
Stomatolodzy spotkali się w Sopocie	34
Poczet chorób królów polskich	34
Sukces Katedry Medycyny Rodzinnej	35
Zmiana czasu pracy od 2 lipca 2014 r.	36
Polecamy Czytelnikom	37
Cenny kurs dla pedodontów	38
Chore dzieci gościły w świetle księżniczki	40

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Wiesław Makarewicz (red. naczelny), Joanna Słowińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Przemysław Waszak, Tadeusz Skowyr (red. techn.), współpraca graficzna Sylwia Scisłowska, fot. Zbigniew Wszoborowski.

Adres redakcji: Gazeta AMG: Biblioteka Główna GUMed, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 58-349-14-83; e-mail: gazeta@gumed.edu.pl; www: <http://www.gazeta.gumed.edu.pl>. Drukarnia Wydawnictwa „Bernardinum” Sp. z o.o., Pelplin. Nakład 720 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.

Warunki prenumeraty:

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru – 3 zł; w rocznej prenumeracie zagranicznej – 36 USD, pojedynczy numer – 3 USD. Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk
76 10901098 0000 0000 0901 5327

Prof. Stefan Raszeja doktorem *honoris causa* naszej Uczelni



**Uroczystość odbyła się 27 czerwca 2014 r. o godz. 12
w Auditorium Primum im. Olgerda Narkiewicza
w Atheneum Gedanense Novum**

W dniu 8 czerwca 2014 roku zmarł

dr Roman OKONIEWSKI

lekarz ortopeda, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z roku 1957. Jeszcze jako student rozpoczął pracę w Kole Naukowym przy Klinice Ortopedii. W latach 1959-1963 pozostawał zatrudniony w Klinice Ortopedii, początkowo jako asystent, a następnie starszy asystent uzyskując specjalizację I i II stopnia z chirurgii urazowej i ortopedii. W 1963 r. odszedł z Kliniki, obejmując stanowisko zastępcy ordynatora Oddziału Ortopedyczno-Urazowego w Szpitalu Miejskim w Gdyni. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskał w 1973 r. pod kierunkiem prof. A. Hlavatego. W latach 1977-1979 przebywał w Nigerii, gdzie był kierownikiem Kliniki Ortopedyczno-Urazowej w University of Nigeria Teaching Hospital w Enugu. Po powrocie z Nigerii, w 1981 r. został ordynatorem Oddziału Ortopedycznego Szpitala Miejskiego w Gdyni. Kierował tym Oddziałem aż do przejścia na emeryturę w 1999 r. Jego działalność naukowa i kliniczna przyczyniły się w znacznym stopniu do stworzenia podstaw chirurgii ręki oraz implementacji i rozwoju zabiegów mikrochirurgicznych na Pomorzu. Z ogromnym smutkiem i żalem żegnamy wybitnego i zasłużonego lekarza i nauczyciela, specjalistę ortopedę o szerokich zainteresowaniach i wielkiej kulturze osobistej.

PROFESOR STEFAN RASZEJA DOKTOREM

Uroczyste posiedzenie Senatu

Rektor prof. Janusz Moryś gorąco przywitał gościa honorowego Profesora Stefana Raszeję, rektora Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1972-1975 oraz Jego Matżonkę Wandę Raszeję wraz z najbliższą rodziną.

Powitał następnie księdza abp. Tadeusza Gocłowskiego oraz przybyłych recenzentów doktoratu:

- prof. Barbarę Świątek z Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
- prof. Karola Śliwkę z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy,
- prof. Janinę Suchorzewską z Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii GUMed.

Wśród znamienitych Gości przybyłych na uroczyste posiedzenie Senatu znaleźli się m.in.:

- byli rektorzy naszej Uczelni: prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, prof. Zdzisław Wajda, prof. Wiesław Makarewicz,
- prof. Jerzy Błazejowski – prezes Gdańskiego Towarzystwa Naukowego,
- dr Tomasz Gorczyński – wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej,
- Barbara Wysocka – przedstawicielka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- Danuta Rek – radna Sejmiku Wojewódzkiego,
- dr Jerzy Kossak – przedstawiciel Stowarzyszenia Absolwentów naszej Uczelni,
- dr hab. Maria Kała – dyrektor Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie,
- prof. Zygmunt Przybylski – emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz obecny kierownik tej jednostki dr hab. Czesław Żaba,
- prof. Tomasz Grzybowski – kierownik Katedry Medycyny Sądowej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
- dr Elżbieta Bloch-Bogusławska – kierownik Zakładu Medycyny Sądowej,
- Mirosław Kalkowski – prezes Towarzystwa Miłośników Ziemi Kociewskiej,
- Hubert Pobłocki – prezes Trójmiejskiego Klubu Kociewiaków.

W uroczystości, która odbyła się w Auditorium Primum im. prof. Olgierda Narkiewicza licznie udział wzięli członkowie Senatu, Rad Wydziałów, pracownicy naszego Uniwersytetu oraz reprezentanci innych instytucji naukowych regionu.

Tradycyjnie po zasadniczej części ceremonii uczestnicy udali się do holu, gdzie na pamiątkowej tablicy z nazwiskami wszystkich doktorów *honoris causa* naszej Uczelni Rektor wraz z nowo promowanym Doktorem dokonali symbolicznego odświeżenia nazwiska prof. Stefana Raszei jako kolejnego doktora honorowego naszej *Alma Mater*.

Piękną oprawę muzyczną całej uroczystości zapewnił Chór Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Tadeusza Tylewskiego pod batutą maestro Jerzego Szarafińskiego.



Laudacja prof. Bolesława Rutkowskiego

Magnificencjo Rektorze, Wysoki Senacie, Szanowny Doktorze *Honoris Causa*, Szanowni i Drodzy Państwo,

Przypadł mi w udziale ogromny zaszczyt jako promotorowi przedstawienia sylwetki profesora Stefana Raszei – wybitnego nauczyciela akademickiego i badacza, twórcy gdańskiej szkoły medycyny sądowej emanującej na cały kraj, osiągnięcia której budziły i budzą uznanie na forum międzynarodowym. Czyń to z tym większą przyjemnością i wzruszeniem, że moja droga życiowa i zawodowa krzyżowała się w ciągu ostatniego półwiecza wielokrotnie ze szlakami Szanownego Doktora *Honoris Causa*, od czasów studenckich poprzez wspólne działania w Zespole Transplantacyjnym do ponad 20-letniej współpracy w Komisji Bioetycznej.

Prof. Stefan Raszeja pochodzi z rodziny od pokoleń zamieszkałej na ziemi kociewskiej. Do 1939 r. S. Raszeja ukończył szkołę podstawową i gimnazjum. W czasie wojny początkowo pracował jako robotnik w tartaku i w składnicy żelaza, a od 1943 r. do jej zakończenia służył na terenie Kociewia w oddziałach partyzanckich Gryfa Pomorskiego, później w Armii Krajowej. Maturę zdał w 1945 r. w Liceum Ogólnokształcącym w Starogardzie Gdańskim i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Ukończył je w 1951 r.

Pracę zawodową w charakterze pracownika dydaktycznego rozpoczął podczas studiów w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej (KiZMS) Uniwersytetu Poznańskiego. W 1953 r. zdał egzamin i został specjalistą anatomopatologiem (dzisiaj patomorfologiem), a w 1954 r. specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej. W 1959 r. otrzymał stopień naukowy doktora medycyny.

HONORIS CAUSA NASZEJ UCZELNI



ny, a następnie docenta. Jego Mistrzami byli: znany anatomo-patolog prof. Kazimierz Stojałowski, a następnie znakomity medyk sądowy i toksykolog prof. Sergiusz Schilling-Siengalewicz.

W latach 1947-1964 był pracownikiem naukowo-dydaktycznym KiZMS w Poznaniu, a w 1964 r. wygrał konkurs i został kierownikiem KiZMS AMG, gdzie pracował do czasu przejścia na emeryturę w 1993 r. W czasie gdy kierował KiZMS w 1969 r., nadano mu tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1976 r. profesora zwyczajnego. Po objęciu kierownictwa KiZMS AMG zmodyfikował Zakład, przystosowując go do wymaganego przez wymiar sprawiedliwości i organa ścigania poziomu usług sądowo-lekarskich.

Jednocześnie Profesor rozwinął działalność naukową Zakładu, której wyniki znajdowały uznanie zarówno w środowisku polskich medyków sądowych, jak i za granicą. Oprócz publikacji wymiernym efektem działalności naukowej prof. Raszei jest 9 zakończonych doktoratów oraz 7 zakończonych przewodów habilitacyjnych. Spośród 7 habilitantów 6 otrzymało tytuł naukowy profesora, a 2 spośród nich objęło kierownictwo Katedr i Zakładów Medycyny Sądowej w Polsce, będąc niejako ambasadorami AMG w kraju.

Czas wspomnieć o zasługach prof. Raszei dla Gdańskiej *Alma Mater*. W latach 1966-1969 prof. S. Raszeja pełnił z wyboru funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego, a w latach 1969-1972 – prorektora ds. nauki AMG. Będąc prorektorem, przy

poparciu i pomocy ówczesnego rektora prof. Mariana Górskiego oraz zaangażowanych, samodzielnych pracowników naukowych z Bydgoszczy, był współinicjatorem powołania filii Wydziału Lekarskiego AMG ds. nauczania klinicznego zorganizowanej na bazie ówczesnego Szpitala Wojewódzkiego w Bydgoszczy. Później została ona przekształcona w Akademię Medyczną w Bydgoszczy. Nic zatem dziwnego, że to właśnie bydgoska *Alma Mater* wyróżniła Go już wcześniej tytułem doktora *honoris causa*. Warto także zwrócić uwagę na rozpoczęcie wydawania w 1970 roku roczników Akademii Medycznej w Gdańsku. Ówczesnemu Prorektorowi ds. nauki udało się zmotywować zespół ludzi, który podjął się pracy redakcyjnej i wydawniczej. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* przez wiele lat, m.in. dzięki publikowaniu wyróżniających się prac doktorskich i skróconych wersji prac habilitacyjnych, przyczyniły się do naukowej integracji Uczelni, a jednocześnie prowadząc szczegółową kronikę, stały się swoistym archiwum wiedzy o naszej przeszłości. Funkcję redaktora naczelnego *Annales* prof. Raszeja pełnił 30 lat. Aktualnie jest honorowym redaktorem tego czasopisma.

W latach 1972-1975 kierował Uczelnią jako jej rektor. Przez okres 9 lat pełnienia funkcji we władzach Uczelni (1966-1975) przyszło Mu działać w sytuacji sprzyjającej inwestycjom. Było to m.in. zakończenie rozbudowy Wydziału Farmaceutycznego, realizacja nowoczesnego – na owe czasy – budynku Biblioteki Głównej AMG i ostateczne zakończenie budowy Zakładów Teoretycznych Wydziału Lekarskiego. Od 1969 r. profesor Raszeja był wielokrotnie wybierany przez Uczelnię jako delegat do Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego, gdzie do 1982 r. pełnił różne funkcje, w tym w latach 1972-1982 przewodniczącego Sekcji Medycznej stanowiącej organ doradczy Ministra w zakresie rozwoju uczelni medycznych w kraju i ich programów nauczania. Późniejszy udział profesora Raszei w Radzie Głównej w latach 1985-1988, jako wspólnego delegata Akademii Medycznej w Gdańsku i Akademii Medycznej w Bydgoszczy, polegał na działalności w Prezydium Rady w charakterze przedstawiciela nauk medycznych. Powołany do prac w sekcji nauk medycznych Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej ds. Kadr Naukowych działał w niej przez 15 lat (1976-1990). Jako członek Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN (1981-1988) był inicjatorem powołania Komisji Badań nad Urazowością i jej pierwszym przewodniczącym.

Na szczególne podkreślenie zasługuje, że prof. Raszeja był także inicjatorem powołania do życia pierwszego w Polsce Zespołu ds. Oceny Deontologicznej Palsce Naukowców (fakt ten miał miejsce w naszej Uczelni w 1978 r.) i jej pierwszym przewodniczącym, a następnie współorganizatorem pierwszej Ogólnopolskiej Komisji ds. Badań na Ludziach (w 1982 r.), a do dziś (od ponad 30 lat) jest przewodniczącym Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy AMG (obecnie przy GUMed). Uczestniczył też w pracach przy tworzeniu fundamentów całego do dziś obowiązującego systemu kontroli badań naukowych i gwarancji prawnych chroniących uczestników eksperymentów badawczych w Polsce.

W tym miejscu należałoby uwypuklić rolę, jaką prof. Raszeja odegrał w realizacji programu nauczania etyki i deontologii lekarskiej w naszej Uczelni. Początkowo, w latach 1964-1969 współpracował z prof. Kielanowskim



PROFESOR STEFAN RASZEJA DOKTOREM



przy organizacji wykładów. Później – na Jego prośbę – przejął nadzór nad całością zajęć dydaktycznych z tego zakresu (zlecając wykłady wybitnym specjalistom-klinicyzom). Miałem zaszczyt i przyjemność być zaliczonym przez prof. S. Raszeję do tego grona. W ten sposób z powodzeniem realizował program nauczania etyki lekarskiej, nie tylko do chwili przejścia na emeryturę, ale jeszcze przez wiele lat później (do 2001 roku).

Główne kierunki zainteresowań naukowych S. Raszei można podzielić na dwa okresy: poznański i gdański. W okresie pracy w Poznaniu zajmował się m.in. takimi problemami jak: dzieciobójstwo; patomorfologia niedodmy płuc i błon szklistych w płucach noworodków – były to pierwsze doniesienia na świecie, które sprawiły, że histologiczne stwierdzenie błon szklistych w płucach noworodków uznano w medycynie sądowej za wskaźnik lub dowód, że noworodek urodził się żywy; patomorfologia zatruc grzybami; badania nad fitoaglutyninami w grzybach wyższych – ich zastosowaniem w medycynie sądowej oraz w diagnostyce klinicznej. Z kolei odkrycie przez Autora fitoaglutynin w grzybach wyższych stworzyło w latach 1962-1964 podstawę do ich wykorzystania przy identyfikacji grupowej i gatunkowej krwi ludzkiej i śladów biologicznych. Natomiast w okresie pracy w Gdańsku głównymi tematami badawczymi były: biochemia procesu umierania, reakcje interletalne; ustalanie czasu śmierci i zagadnienia transplantacji narządów ze zwłok; badania identyfikacyjne tkanek ludzkich i genetyka populacyjna. Kierunek badań wymieniony wyżej jako drugi jest logiczną kontynuacją kierunku pierwszego, stąd też można je połączyć w jeden temat: tanatologia (nauka o śmierci) sądowo-lekarska. W tym zakresie prof. Raszeja zostaje uznany w Polsce za twórcę prawdziwej szkoły naukowej, a Jego uczniowie twórczo kontynuują te badania. Trzeba podkreślić, iż mimo przejścia na emeryturę prof. Raszeja nadal systematycznie, codziennie przychodzi do Zakładu, gdzie zajmuje się wielospecjalistycznym, zespołowym opiniowaniem sądowo-lekarskim w sprawach dotyczących podejrzenia popełnienia błędu medycznego (lekarskiego), służy doświadczeniem, radą i pomocą młodym pracownikom Zakładu. Do opracowywania opinii zaprasza wielu klinicystów, w tym przedstawiającego tą laudację dla których jest to dobra szkoła orzekania sądowo-lekarskiego. Wspominałem powyżej o działaniach profesora Raszei na polu transplantologii. Działalność ta dotyczyła zarówno naszego ośrodka gdańskiego, w którym był członkiem ścisłego kierownictwa Zespołu, który doprowadził do rozpoczęcia programu

przeszczepiania nerek w Gdańsku w roku 1980. Warto podkreślić, że obecnie nasz ośrodek zajmuje jedno z czołowych miejsc w kraju w tym zakresie, a prof. Raszeja zawsze żywo interesuje się naszymi sukcesami i problemami. Jednocześnie w skali ogólnopolskiej nasz Doktor *Honoris Causa* współdziałał w opracowaniu obowiązujących w transplantacji kryteriów śmierci – w ramach specjalnej Komisji Rady Naukowej MZiOS. Na uwagę zasługuje fakt, że mimo przejścia na emeryturę intensywność Jego aktywności naukowej nie zmalała. W ciągu ostatnich 16 lat (1994-2010) ogłosił ponad 70 publikacji, głównie poświęconych deontologii i odpowiedzialności prawnej lekarza. Warto w szczególności wspomnieć opracowania książkowe *Deontologii lekarza eksperta* i *Odpowiedzialności lekarza eksperymentatora* oraz współudział w opracowaniu 2 wydań książki pt. *Deontologia i etyka lekarska*, a także wydawnictwa skryptowego dla studentów. Zbliżając się do końca laudacji, trzeba także podkreślić, że prof. Raszeja przykładał ogromną rolę do rozwoju ruchu studenckiego, a za czasów Jego kadencji jako prorektora ds. nauki około 10% studiujących podówczas studentów było zrzeszonych w kołach naukowych. Jest On także inicjatorem ustanowienia medalu *Primus Inter Pares* dla wzorowych studentów, wyróżniających się wynikami w nauce. Prof. Stefan Raszeja należy do wybitnych przedstawicieli rzeszy profesorów nie tylko z zakresu medycyny sądowej, jest bowiem człowiekiem o szerokich humanistycznych horyzontach, niezależnych poglądach i wspaniałej osobowości, a swoją ciężką i ofiarną pracą, w wielu przypadkach pionierską, wpisał się trwale w historię medycyny sądowej i historię obecnego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jednocześnie, jeśli mogę sobie pozwolić na bardziej osobistą refleksję dotyczącą działalności prof. Raszei z perspektywy naszej pięćdziesięcioletniej znajomości, to mogę stwierdzić, że działał On zgodnie ze starą gdańską zasadą *Nec temere, nec timide*, co w dowolnym tłumaczeniu oznacza *Odważnie, ale z rozwagą*. Znaczy to przede wszystkim działanie ze zdrowym rozsądkiem, którego tak było potrzeba w zmieniających się czasach. A z całym przekonaniem mogę stwierdzić, że w tym względzie Szanowny Doktorant działał wedle zasady głoszonej przez św. Tomasza: *Zdrowy rozsądek to umiejętność takiego działania w teraźniejszości, by czerpiąc z doświadczeń przeszłości, nie musieć się tego wstydzić w przyszłości*.

Przedstawione powyżej osiągnięcia w pełni uzasadniają nadanie prof. Raszei zaszczytnego tytułu doktora *honoris causa* Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jego obecność w naszym gronie doktorów *honoris causa* naszej Uczelni przynosi zaszczyt naszej *Alma Mater*.



HONORIS CAUSA NASZEJ UCZELNI



Wykład doktora honorowego

Klasyka medycyny sądowej i odpowiedzialność lekarza-eksperta

Magnificencjo Rektorze, Wysoki Senacie, Ekscelecencjo Księżę Arcybiskupie, Dostojni Goście, Mój Promotorze i Laudatorze, Koleżanki i Koledzy, Drodzy Przyjaciele, Kochana Żono, Moja Kochana Rodzino!

W moim długim życiu było wiele wydarzeń, które czasem stały się źródłem głęboko smutnej refleksji, ale częściej radosnej satysfakcji. Dziś przeżywam dzień niezwykły. Jestem świadom tego, że dostąpiłem zaszczytu przyznania mi najwyższej godności, jaką społeczność akademicka może kogoś obdarować. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy się do dzisiejszej uroczystości przyczynili. Wyróżnienie to jest tym cenniejsze, że pochodzi z Uczelni, z którą związałem się dokładnie pół wieku temu i przez ten okres miałem okazję i zaszczyt blisko współpracować z wieloma jej wybitnymi prominentnymi przedstawicielami.

Memu zaangażowaniu w rozwój gdańskiej uczelni medycznej sprzyjało głębokie przywiązanie do ziemi pomorskiej. Już w okresie II Rzeczypospolitej bardzo ubolewałem nad tym, że na Pomorzu nie było żadnej polskiej uczelni wyższej (Wyższa Szkoła Techniczna na terenie Wolnego Miasta była wówczas uczelnią niemiecką). Bezpośrednio po zakończeniu działań wojennych z satysfakcją przyjąłem fakt powołania na Pomorzu dwóch wielkich, nowych uczelni: Akademii Medycznej w Gdańsku i Uniwersytetu w Toruniu. Przyznaję, że wątek patriotyzmu lokalnego, dla mnie zakorzenionego na Pomorzu, a zwłaszcza na urokliwym Kociewiu, nie był bez znaczenia, gdy decydowałem się na ewentualne przejście stanowiska kierownika Katedry właśnie w Gdańsku. Przyznaję też, że wspomniany przeze mnie wątek patriotyzmu regionalnego w sposób istotny wpływał na moje starania o powołanie uczelni medycznej w Bydgoszczy, na południowym krańcu Pomorza, uczelni dziś już ściśle powiązanej z Uniwersytetem Kopernika w Toruniu. Moja działalność organizacyjna w obu tych uczelniach przyniosła mi sporo satysfakcji, a z uczelnią z południa Pomorza, której przedstawiciele są na sali, utrzymuję nadal kontakt jako jej doktor *honoris causa*.

W dzisiejszej laudacji mój Szanowny Kolega, prof. Rutkowski, mówiąc o mojej działalności naukowej, wspominał o dwóch zasadniczych jej kierunkach – najpierw o medycynie sądowej, a później o etyce i deontologii lekarskiej. Otóż chciałbym w tym

miejscu zaznaczyć, że na mój wybór własnej drogi zawodowej przemożny wpływ miały dwie osoby: prof. Sergiusz Schilling-Siengalewicz w Poznaniu i prof. Tadeusz Kielanowski w Gdańsku. Obaj byli nie tylko znakomitymi uczonymi, ale również lekarzami – humanistami i autorytetami moralnymi. Pierwszy z nich wprowadził mnie na trudną drogę łączenia medycyny z prawem, wykorzystania wszelkich osiągnięć nauk lekarskich dla dobra wymiaru sprawiedliwości, drugi natomiast ukazał mi wartość filozoficznej refleksji nad służbą choremu, nad pięknem zawodu lekarza, nad potrzebą humanistycznego wykształcenia. Im obu, moim wielkim nauczycielom, ich pamięci, pragnąłbym zadedykować moje dzisiejsze refleksje.

Wybierając temat wystąpienia miałem więc dylemat, czy powinno ono być refleksją nad medycyną sądową lub prawną, czy też nad deontologią lekarską. Postanowiłem je ze sobą powiązać. Najpierw zaprezentuję obserwacje dotyczące istoty tanatologii jako najbardziej klasycznego działu medycyny sądowej i jej perspektyw rozwojowych w Polsce, a później poświęcę swoje rozważania kwalifikacjom moralnym lekarza eksperta. To ostatnie będzie specyficznym spojrzeniem na deontologię lekarską w ogóle.

Medycyna sądowa, czy też prawna (nazwa dziś powszechnie stosowana w Europie Zachodniej), ma nieograniczone perspektywy rozwojowe, wynikające z jednej strony z postępu nauk przyrodniczych, z drugiej zaś ze zmieniających się form społecznego życia i doskonalenia prawa. Trzeba przy tym podkreślić, że kierunek sądowy jako najważniejszy kierunek naszej dyscypliny, od początku jej powstania obejmuje przede wszystkim ustalanie, a następnie interpretowanie faktów, które wiążą się z przestępstwami przeciwko zdrowiu i życiu ludzkiemu. Amerykanie nazywają ten kierunek patologią sądową (*forensic pathology*). Kierunek ten obejmuje zarówno dział orzecznictwa związanego z oceną skutków uszkodzeń ciała doznanych przez osoby pokrzywdzone, jak i dział odnoszący się do gwałtownego przerwania życia ludzkiego, pociągającego za sobą doniosłe skutki prawne. Ekspozowanie tych dwóch działów wynika z prostego faktu, że – jak to już niejednokrotnie podkreślałem – właściwy poziom ekspertyz sądowo-lekarskich jest jednym z elementów gwarantujących praworządność, a także rzutujących na społeczne odczucie sprawiedliwości. Tę część medycyny sądowej, która zajmuje się badaniem faktów związanych ze śmiercią nazywamy tanatologią, od greckiej nazwy śmierci (Thanatos).

Chodzi tu o wiedzę o przebiegu całego procesu umierania, gdyż pozwala ona na rekonstrukcję okoliczności poprzedzających i towarzyszących śmierci człowieka. Niejednokrotnie w ciągu swojej gruby ponad 60-letniej działalności. Jednym z przykładów są właśnie osiągnięcia w zakresie tanatologii. W dziele rewizji poglądów na temat definicji śmierci, medycy sądowej w Polsce od początku przejęli inicjatywę, walnie przyczyniając się do ustalenia kryteriów śmierci osobniczej, mających istotne znaczenie dla transplantacji narządów ze zwłok. Doświadczenia własne w kierowanym przeze mnie Zakładzie Medycyny Sądowej w Gdańsku pozwoliły na ocenę praktycznej wartości diskutowanych kryteriów śmierci. Jako przedstawiciel

PROFESOR STEFAN RASZEJA DOKTOREM



medycyny sądowej miałem zaszczyt uczestniczyć w pracy Komisji Krajowej, która ostatecznie ustaliła obowiązujące dzisiaj kryteria śmierci biologicznej mózgu. Z kolei szereg moich wychowanków (doktorantów, habilitantów) kontynuowało badania naukowe w zakresie reakcji interletalnych i procesów przemian tanatochemicznych. To wszystko pozwoliło mi m.in. na skonstruowanie graficznego schematu, który w sposób prosty i przejrzysty przedstawia z jednej strony proces wygasania objawów życiowych, z drugiej zaś proces narastania zjawisk nekrofizycznych i nekrochemicznych, charakterystycznych dla śmierci biologicznej całego ustroju. Ten schemat – jak stwierdziłem – spełnił dobrze swoje zadania dydaktyczne, jest bowiem wielokrotnie prezentowany i cytowany w wydawnictwach poruszających czy omawiających proces umierania. Oczywiście schemat ten wymaga dalszego poznawania zjawisk zachodzących w tym okresie, chociażby w celu precyzyjniejszego ustalania czasu śmierci. Szczególną uwagę medycy sądowi w Polsce zwrócili na dużą wartość odpowiednio skorygowanych pomiarów temperatury zwłok. W tym zakresie założyli się koledzy z Bydgoszczy poprzez wprowadzenie rejestracji ciągłej pośmiertnego spadku temperatury w poszczególnych narządach wewnętrznych. Tego samego tematu, chociaż w odniesieniu do gałek ocznych, dotyczyły niedawne prace kolegi Michała Kalisza z Zakładu Medycyny Sądowej GUMed. Zresztą szereg moich doktorantów kontynuowało badania naukowe z zakresu reakcji interletalnych i procesu przemian tanatochemicznych. Swego czasu w pracy doktorskiej kolega Tomasz Gos, badając proces pośmiertnego zaniku aktywności określonych enzymów w poszczególnych narządach wykazał, że najlepsze wyniki uzyskuje się stosując oznaczanie utrzymywania się pośmiertnej aktywności takich enzymów jak LDH i MDH w wątrobie. Znalazło to już zastosowanie w praktyce oznaczania czasu śmierci w okresie odległym od zgonu, kiedy inne obserwacje nie mogą już być przydatne.

Coraz częściej obecnie włącza się badania biochemiczne (lub tanatochemiczne) do ustaleń przyczyny śmierci. Przeprowadzone w Gdańsku przez kolegę Zbigniewa Jankowskiego badania nad histo- i biochemicznym oznaczaniem glikogenu w wątrobie osób zmarłych z wychłodzenia ochłodzenia, pozwoliły na rozstrzygnięcie ich diagnostycznych wartości w przypadku śmierci z działania zimna. Dzisiaj już wiemy z całą pewnością, że brak glikogenu w wątrobie może być jednym z dowodów pozwalających na pewne rozpoznanie tego rodzaju śmierci.

Powyższe – tylko lekko naszkicowane – przykłady podałem dla unaocznienia, jak ważne są badania naukowe z zakresu tanatologii. Można podać jeszcze wiele innych osiągnięć w tym zakresie, jak badanie struktury przegród pęcherzyków płucnych, pozwalające na ustalenie mechanizmu śmierci z utonięcia, co było dziełem kolegów z gdańskiego Zakładu z okresu, kiedy byłem jego kierownikiem. Z kolei klasycznym przykładem konieczności stałego poszukiwania nowych technik sekcyjnych są badania pozwalające na lepsze odtworzenie mechanizmu doznanego urazu. Dotyczy to tzw. obrażeń zderzakowych obserwowanych u uczestników wypadku drogowego (Lublin), czy urazów kręgosłupa szyjnego (Gdańsk, Kraków). W ciągu ostatnich kilku lat wskazano na możliwość zastosowania komputerowej analizy obrażeń (uszkodzeń) ciała stwierdzanych w badaniach pośmiertnych. Rozprawa habilitacyjna kolegi Woźniaka z Krakowa, wskazuje, że wprowadzenie tej metody do praktyki sądowo-medycznej może waleń przyczynić się do dokładnej i szczegółowej analizy charakteru obrażeń. Powołany ostatnio zespół wybitnych polskich medyków sądowych metodą tę wykorzystywał przy badaniu ekshumowanych zwłok ofiar katastrofy smoleńskiej. Mam nadzieję, że przy współpracy z naszymi radiologami uda nam się również u nas w Gdańsku włączyć do praktyki wirtopsję, bo taką potoczną nazwą określa się te wirtualne sekcje zwłok przy użyciu diagnostyki obrazowej: rentgenowskiej, tomokomputerowej i rezonansu magnetycznego a niekiedy również angiografii.

To, co przed chwilą powiedziałem, to przykłady dowodzące, iż specjaliści medycyny sądowej nie zapominają, że od rozwoju medycyny sądowej, a zwłaszcza jej klasycznego działu, jakim jest tanatologia, zależy m.in. usunięcie szeregu niedociągnięć w procesach sądowych. Lekarze eksperci dysponują coraz lepszymi metodami ustalania faktów, co gwarantuje prawdziwość uzyskanych danych. Jest to zgodne z hasłem, które widnieje nad wejściem do prosekury poznańskiego zakładu medycyny sądowej: *Hic mors gaudet succurrere vitae et iustitiae* (Tu cieszy się śmierć, że służy życiu i sprawiedliwości).

A teraz przejdę do refleksji nad deontologią lekarza-eksperta.

Nauka o powinnościach, jako część etyki normatywnej zwana deontologią, odnoszona jest na ogół do konkretnych zawodów, np. lekarzy, dziennikarzy, oficerów. Nie widzę jednak przeszkód by dokonać próby jej zastosowania w stosunku do określonych funkcji, zwłaszcza tak ważnych z punktu widzenia praw obywatelskich jak funkcja lekarza biegłego, sporządzającego ekspertyzę dla prokuratur, sądów powszechnych lub np. dla sądu lekarskiego przy izbach lekarskich. Moim zdaniem powinności eksperta mogą być rozważane z trzech punktów widzenia: 1) kwalifikacji fachowych, 2) kwalifikacji moralnych, 3) zdolności krytycznego wyciągania wniosków z dokonanych czynności i zdolności obiektywnego formułowania opinii.

Jeżeli chodzi o pierwsze zagadnienie, jest rzeczą zrozumiałą, że lekarz biegły przed podjęciem jakiegokolwiek ekspertyzy musi rozważyć czy zadanie mu powierzone wchodzi w zakres jego kompetencji, czy jego wiedza, a także – co szczególnie ważne – jego doświadczenie praktyczne pozwala na wykonanie czynności. Biegły musi zachować skromność w ocenie swoich możliwości. Pod żadnym pozorem nie wolno nam tracić z oczu granic swoich kompetencji.

Jeżeli chodzi o drugie zagadnienie związane z powinnościami biegłego, trzeba stwierdzić, że do podstawowych cech jego charakteru należy prawość i uczciwość intelektualna, a także sumienność i poczucie godności zawodowej. Jego autorytet musi wynikać w sposób naturalny z posiadanej wiedzy i doświadcze-

HONORIS CAUSA NASZEJ UCZELNI

nia; nie może mieć nic wspólnego z autorytatywnością, która polega nie na przekazywaniu, lecz na narzucaniu swego zdania. Ekspert przed podjęciem się zleconego zadania musi sobie uświadomić, że wykonując zlecenie uczestniczy w publicznej służbie sprawiedliwości, że jest jakby odbiorcą pewnej części autorytetu, która została mu przekazana przez sędziego lub innego przedstawiciela prawa.

Niezawisłość lekarza biegłego polega na jego wolności i samodzielności. Wolny jest w wyborze zastosowanej metody, która – zgodnie z jego wiedzą i doświadczeniem – jest najbardziej odpowiednia dla wykonania powierzonych zadań. Samodzielny jest w ocenie wszystkiego, co uzyskał w toku badania, uwzględniając informacje pochodzące od obu stron procesowych. Biegły musi pamiętać, że nie jest niczym mandatarium, nie reprezentuje nikogo poza sobą samym (na tym polega jego samodzielność). On nie broni niczych interesów, również społecznych, na które niekiedy strony procesowe chętnie się powołują; on po prostu służy wyłącznie prawdzie, której powinien dociekać ze wszystkich sił. Oczywiście szacunek dla prawdy i jej umiowanie winny cechować każdego lekarza, bo możliwość zaufania lekarzowi, że mówi prawdę, jest niestęchanie ważna w relacji lekarz – pacjent. Tym większe znaczenie ma ta zasada przy ferowaniu orzeczenia lekarskiego, na podstawie którego sąd wydaje wyrok lub ustala wysokość świadczeń. Ekspert winien jednakowo poważnie traktować informacje, objawy i dokumenty pochodzące od obu stron, winien też wykazywać szacunek dla odmienności zdań. Na tym polega m.in. bezstronność i obiektywizm. Ekspert nie może natomiast w żaden sposób ulegać presji jakiegokolwiek natury, nie może poddawać się innym racjom czy sugestiom, które nie wynikają ze stanu faktycznego. Dotyczy to również sugestii organu prowadzącego dochodzenie lub śledztwo.

Wreszcie przechodząc do omówienia trzeciego zagadnienia deontologicznego, jakim jest sposób formułowania opinii, trzeba skonstatować, że wydana przez eksperta opinia powinna być jasna, precyzyjna, krótka, ale kompletna i nietendencyjna. Jak wynika z moich obserwacji, przyswojenie sobie powyższych, wydawałoby się prostych zasad, stawia ekspertom, wbrew pozorom, największe trudności. Bezstronność i obiektywizm eksperta powinny się manifestować także w stylu i języku jego opinii. Język, który roi się od przymiotnikowych ozdóbek, nasuwa wątpliwości co do rzetelności samej opinii. Mój Szanowny Uczeń

Wielce Szanowny Panie Rektorze,

Z wielką przyjemnością i satysfakcją przyjąłem wiadomość o uroczystości nadania Panu Profesorowi tytułu Doktora Honoris Causa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu 27 czerwca 2014 r. Serdecznie Panu Rektorowi gratuluję tego tytułu. Jest to od dawna oczekiwany wyraz uznania dla szczególnie zasłużonego dla naszej Alma Mater uczonego, lekarza i rektora. Zbudował Pan Profesor wiodącą w kraju i szeroko uznaną w świecie szkołę medycyny sądowej. Pańska działalność dydaktyczna i w zakresie kształcenia kadr naukowych stanowi wzór dla kolejnych pokoleń pracowników akademickich, zwłaszcza w Gdańsku i Bydgoszczy. Nigdy nie szczędził Pan Profesor wysiłku w celu budowania godnej pozycji polskiej nauki i medycyny. Godne najwyższego szacunku są działania i autorytet Pana Rektora w zakresie etyki i deontologii lekarskiej. W każdym obszarze swojej życiowej aktywności pozostawił nam Pan Profesor wzorce godne naśladowania: wzorzec męstwa żołnierza i patrioty, wzorzec uczciwości i rzetelności lekarza, wzorzec wnikliwości i obiektywności uczonego, wzorzec mądrości i życzliwości nauczyciela akademickiego oraz wzorzec skuteczności organizatora życia naukowego.

Poczytuję sobie za szczególny zaszczyt, że znalazłem się obok Pana Profesora wśród rektorów naszej szlacheckiej gdańskiej uczelni medycznej. Dlatego tym bardziej ubolewam, że wezwanie w dniu 27 czerwca do Warszawy uniemożliwi mi osobisty udział w uroczystości na cześć Pana Profesora.

Z wyrazami najgłębszego szacunku,

Roman Kaliszan

profesor Śliwka niedawno przypomniał mi, że ucząc ich arkanów zawodu, mawiałem: *pisz tak opinię dla sądu, by zrozumiał ją również woźny sądowy*.

Przedstawiając zagadnienia związane z etyką zawodową i stąd wynikające powinności lekarzy powoływanych w charakterze biegłych przez organa procesowe lub izby lekarskie, chciałbym zachęcić wszystkich aktualnych i przyszłych lekarzy ekspertów do częstszej konfrontacji swojej działalności z przedstawionymi wyżej zasadami. Tu tylko przypomnę: *Omnium profecto artium medicina nobilissima* (Zaiste ze wszystkich nauk medycyna jest najszlachetniejsza) – powiedział Hipokrates, ojciec europejskiej medycyny.

Mam nadzieję, że przedstawiając powyższe refleksje na temat tanatologii i deontologii nie nadużyłem Państwa cierpliwości.

Kończąc, chciałbym Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu, mojej Uczelni, złożyć z głębi serca płynące życzenia:

- aby osiągnęła sukcesy w działalności naukowej, w dociekaniu prawdy i aby te sukcesy stały się tradycją tej Alma Mater;
- aby wykształcone przez nią kadry lekarzy dysponowały nie tylko pogłębianą wiedzą, ale i wysokim poziomem etycznym;
- aby umiowanie zawodu, a także codzienny trud wychowanków tej Uczelni wśród chorych i cierpiących spotykały się z uznaniem środowiska i były źródłem ustawicznej satysfakcji.

Vivat, crescat, floreat Akademia Medica Gedanensis aut nunc Universitas Medica Gedanensis!



Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii a współczesne wyzwania

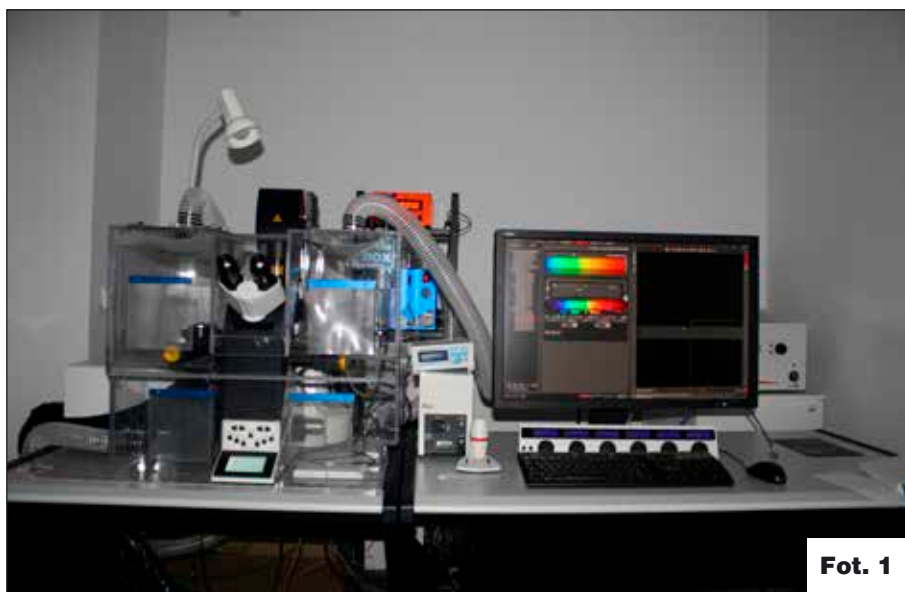
Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GU-Med (MWB) ukończył właśnie 21 rok swojej działalności. Został powołany w 1993 r. uchwałami Senatów (AMG 11 maja i UG 27 maja), które weszły w życie 1 czerwca 1993 r. Teraz opuszcza go 17 rocznik absolwentów z tytułem magistra biotechnologii. Od początku swojego istnienia wykształcił łącznie 365 licencjatów, 549 magistrów i 117 doktorów. W tym czasie 17 pracowników Wydziału otrzymało stopień naukowy doktora habilitowanego, a 11 tytuł naukowy profesora. Obecnie zatrudnionych jest 17 samodzielnych pracowników naukowych i 27 adiunktów. Wydział od początku miał charakter unikatowy, a jego studenci i doktoranci korzystają z wiedzy i doświadczenia zarówno pracowników Uniwersytetu Gdańskiego, jak i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W procesie kształcenia przewidziany jest instytucjonalny udział zagranicznych specjalistów zapraszanych na seminaria oraz szkoły letnie. Konsekwentna realizacja tej polityki spowodowała, że od początku Wydział znajduje się na czele polskich list rankingowych w kształceniu biotechnologów i bardzo wysoko w prowadzeniu badań naukowych w dziedzinie nauk o życiu. Wysoka pozycja Wydziału znalazła potwierdzenie w ocenie wyróżniającej przyznanej przez Polską Komisję Akredytacyjną w 2011 r., tytule Najlepszego Kierunku Studiów przyznanym w 2012 r. przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, uznaniu przez Radę Główną Nauki i Szkolnictwa Wyższego efektów kształcenia na kierunku biotechnologia za wzorcowe oraz w przyznawaniu Wydziałowi kategorii A od początku prowadzenia oceny parametrycznej jednostek naukowych w Polsce. Nasz Wydział aktualnie zajmuje trzecią, a poprzednio zajmował drugą lokatę wśród jednostek ocenianych w dziedzinie nauk przyrodniczych.

Co leży u źródeł tego niewątpliwego dydaktycznego sukcesu? Wydaje się, że ważnym czynnikiem jest interdyscyplinarność realizowanego programu studiów. Studenci biorą udział w kursach zawierających *curricula* nakierowane na medyczne aspekty biotechnologii i to zarówno o charakterze ogólnym (enzymologia medyczna, wirusologia medyczna, biotechnologia medyczna), jak i specyficznym dla poszczególnych specjalności medycznych (badania nowotworów, choroby zakaźne, choroby genetyczne, analityka medyczna) czy farmaceutycznych (leki roślinne). Stosunkowo szybko, bo już na II albo III roku studiów I stopnia (licencjackich), studenci określają swoje preferencje naukowe. Dalej mogą pogłębiać wiedzę w wybranym kierunku przez uczestnictwo w zajęciach fakultatywnych czy też poprzez działalność w Kole Naukowym BIO-MED. Studenci studiów



II stopnia (magisterskich) stanowią już przyszły trzon młodej kadry naukowej lub też przygotowują się do działalności biznesowej w sferze szeroko rozumianych nauk biologicznych. Mogą zdecydować czy swoją przyszłość widzą w działalności praktycznej w firmie, czy chcą kontynuować działalność badawczą na studiach doktoranckich. Otwarcie na własną przedsiębiorczość w skali mikro i przygotowanie do niej zarówno od strony merytorycznej, jak i organizacyjno-finansowej znajduje się od samego początku w centrum uwagi władz Wydziału. Wspomaga tę działalność od 2012 r. dotacja przyznana przez NCBiR w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na projekt *Zwiększenie aktywności studentów MWB UG i GU-Med w działaniach poprawiających atrakcyjność absolwentów na rynku pracy*.

Wielkim atutem naszych studiów jest wymiana osobowa z uczelniami europejskimi i amerykańskimi, która w ostatnich la-



Fot. 1



Fot. 2

tach pozwala większości studentów Wydziału odbyć przynajmniej jeden semestr studiów w uczelni zagranicznej albo wykonać dyplomową pracę magisterską w jednym z dwóch współpracujących z nami uniwersytetów w USA. Wydział jest szczególnie dumny, że jego studenci i absolwenci pełnią rolę kulturotwórczą w przybliżaniu nauk biologicznych i ich osiągnięć społeczeństwu, dzieciom, młodzieży i dorosłym. Sprzyja to podniesieniu ogólnego poziomu wiedzy, likwidacji zakorzenionych przesądów i docenieniu roli nauk biologicznych w rozwoju społecznym.

Za światowymi osiągnięciami naukowymi w medycynie i biologii podążają innowacyjne produkty i technologie lecznicze, jednak znacznie wolniej docierają one do świadomości społecznej na tyle, by znaleźć pełne zrozumienie i akceptację. Procesy te wymagają przygotowania intelektualnego, otwartości ze strony badaczy oraz wielkiego wysiłku nauczycieli, wykładowców akademickich, edukatorów i ludzi mediów w przybliżaniu i popularyzacji tych nietatwych problemów. Ostateczny wybór i wykorzystanie tych nowości należy do każdego z nas, ale decyzja winna być podjęta po dokładnym zrozumieniu i bez zewnętrznego nacisku. Biotechnologiczne rozwiązania wciąż aktualnych problemów w odniesieniu do zdrowia człowieka,

zwierząt i jakości środowiska naturalnego należą do fundamentów nauczania i są inspiracją do badań naukowych prowadzonych na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii UG i GUMed.

Infrastruktura badawcza Wydziału jest stale rozwijana co umożliwia poszerzanie zakresu prowadzonych badań. Obecnie w budowie jest nowa siedziba Wydziału na kampusie UG. Uroczystość wmurowania kamienia węgielnego odbyła się 23 kwietnia br. z udziałem prof. Leny Kolarskiej-Bobińskiej, minister nauki i szkolnictwa wyższego. Nowe, doskonale wyposażone laboratoria będą oddane do użytku już w 2015 roku. Dzięki sukcesom w pozyskiwaniu finansowania zakupów aparatury naukowej Wydział wzbogacił się ostatnio m.in. w dwa mikroskopy konfokalne nowej generacji: Leica DMI6000 TCS SP8 (fot. 1) i Leica HCS LSI (fot. 2) o łącznej wartości 4,3 mln zł. Pierwszy z nich posiada ultraszybki system skanujący z udziałem białego lasera, a drugi pozwala na otrzymywanie stereoskopowych obrazów obiektów o rozmiarach do 16 mm, również przeźyciowo, przy bardzo wysokiej rozdzielczości. Również niedawno zakupiono aparaturę do analiz genetycznych m.in. system xCelligenceDP, homogenizator MagnaLyser, aparat do automatycznej izolacji

kwasów nukleinowych MagnaPure 2.0 i aparat do elektroforezy kapilarnej kwasów nukleinowych TapeStation 2200. Wydział posiada również aparat BiaCore, który umożliwia detekcję i monitoring w czasie rzeczywistym oddziaływań pomiędzy cząsteczkami, np. specyficzności wiązania, siły i kinetyki oddziaływania czy wyznaczanie stałych asocjacji/dysocjacji. Aparat ten należy do rodziny pomiarowych systemów przepływowych wykorzystujących technologię plazmowego rezonansu powierzchniowego.

W ramach projektu MOBI4Health, finansowanego z 7 Programu Ramowego UE, zakupiono trzy aparaty do analizy spektralnej mas: MALDI-TOF/TOF 5800 (fot. 3), TripleTOF 5600+ i QTRAP[®]6500 z technologią Selexion[®] firmy AB SciEX wraz z platformą analizy wyników dla sekwencji kwasów nukleinowych: Sequenom MassARRAY[®] Analyzer 4 i nanodispenserem MassARRAY[®] RS1000 firmy Sequenom (fot. 4).

Stale rozbudowujący się park aparaturowy Wydziału wymaga utworzenia modułowej struktury organizacyjnej typu *core facilities* pozwalającej na racjonalne użytkowanie wewnętrzne, udostępnianie podmiotom zewnętrznym, eksploatację, obsługę oraz sukcesywne unowocześnianie zaplecza aparaturowego. Począwszy od Laboratorium Analiz Biomolekularnych (LAB) wyposażonego już m.in. w spektrometry mas i BiaCore, ostatnio hojnie wyposażonego Laboratorium Analiz Genetycznych (LAG), czy też Laboratorium Obrazowania i Analizy Danych (LOAD) grupującego m.in. mikroskopy konfokalne, w nowym budynku rozwinię się sieć innych pracowni specjalistycznych Wydziału. Będą to: Laboratorium Hodowli Roślin z fitotronami (FIT), Labora-

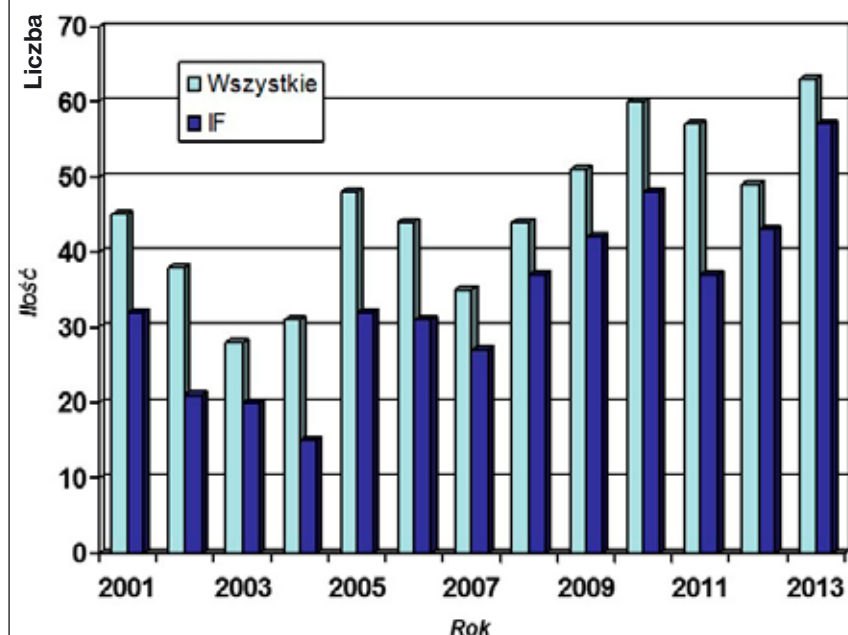


Fot. 3



Fot. 4

Publikacje pełnotekstowe na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii UG i GUMed



Wydział Biotechnologii jest beneficjentem funduszy infrastrukturalnych poprzez takie programy operacyjne jak Kapitał Ludzki oraz Innowacyjna Gospodarka. Wspomagają one edukację i skierowane są do młodzieży szkolnej pomorskich szkół ponadgimnazjalnych (*Ścieżki Kopernika*), studentów studiów I stopnia (wsparcie kierunku biotechnologia, studia zamawiane), studentów działających w Kole Naukowym (*Generacja Przyszłości*), młodych naukowców i doktorantów (LiSMiDoS oraz Międzynarodowe Studia Doktoranckie FNP – program TEAM FNP). Wsparcie z funduszy infrastrukturalnych dotyczy każdego etapu kształcenia, a więc jest kompleksowe i pozwala z ufnością patrzeć w przyszłość, jeżeli chodzi o zapewnienie przygotowania kadr dla biotechnologii i innych nauk przyrodniczych w naszym regionie.

Wydział Biotechnologii nie pozostaje też bierny wobec wezwań do inicjatyw innowacyjnych, poszerzających wiedzę, stymulujących kreatywność i doskonałych umiejętności laboratoryjne u młodych adeptów nauk biologicznych

(uczników i studentów) w regionie pomorskim. Pracownicy Wydziału brali czynny udział w dwóch dotychczasowych edycjach Programu InnowaBio Pomorze (IBP), w ramach którego Wydział wchodzi w skład Konsorcjum IBP wraz z Laboratorium Pomorskiego Naukowego Parku Technologicznego w Gdyni i z I Akademickim Liceum Ogólnokształcącym im. Zasłużonych Ludzi Morza w Gdyni.

Jaka kształtuje się wizja rozwoju Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed w perspektywie roku 2020? Wydział stawia sobie za główne cele stałe podnoszenie jakości prowadzonych badań i kształcenia oraz zacieśnienie współpracy z firmami branży biotechnologicznej. W najbliższych latach podnoszenie jakości będzie możliwe m.in. poprzez rozbudowę nowoczesnej infrastruktury badawczej i dydaktycznej oraz wzmocnienie kontaktów w zakresie badań naukowych i dydaktyki z partnerami strategicznymi z kraju i zagranicy. Wprowadzane zmiany w strukturze organizacyjnej, powołanie wspólnych laboratoriów specjalistycznych dla prowadzenia badań i dydaktyki powinno przyczynić się do podwyższenia efektywności prowadzonych projektów. Planowane jest powołanie nowego zespołu badawczego zajmującego się biologią systemów oraz Rady Naukowej, która będzie mogła monitorować i oceniać dokonania naukowe Wydziału. Pełne wdrożenie systemu analizy realizacji efektów kształcenia, umiędzynarodowienie kształcenia dzięki kontraktowaniu wykładowców z zagranicy, oferta kształcenia w języku angielskim, dalsza współpraca z Radą Konsultacyjną złożoną z pracodawców – pozwolą na realizację ambitnego programu kształcenia i w konsekwencji rekrutację studentów również z zagranicy. Wydział jest otwarty na współpracę z innymi jednostkami GUMed i UG w zakresie realizacji dydaktyki i badań. Stale zwiększamy liczbę projektów badawczo-rozwojowych we współpracy z przemysłem. Programy finansowane z funduszy UE znacząco stymulują i pomagają w osiągnięciu definiowanych celów.

prof. Andrzej C. Składanowski,
kierownik Zakładu Enzymologii Molekularnej MWB

prof. Igor Konieczny,
dziekan Międzyuczelnianego Wydziału
Biotechnologii UG i GUMed

Czy unijne dotacje dają spodziewane efekty w postaci zwiększenia zakresu badań, podniesienia ich jakości i efektywności? Aby odpowiedzieć na to pytanie, prześledźmy jak kształtowała się liczba publikacji pracowników Wydziału w latach 2000-2013 (patrz wykres). Widać wyraźny wzrost będący efektem dotacji otrzymanej na Centrum Doskonałości „BIOMOBIL” w latach 2003-2006, jeszcze w ramach 5 Programu Ramowego UE. Wzrost liczby publikacji, poczynając od roku 2005, trwa do dzisiaj. Dotyczy to przede wszystkim publikacji w czasopiśmie z listy filadelfijskiej, które stanowią aktualnie ok. 90% wszystkich ogłaszanych prac. Szczegółowa analiza przeprowadzona w trakcie kategoryzacji za rok 2013 w GUMed wykazała, że grupa badaczy MWB zatrudnionych w GUMed osiągnęła jeden z lepszych wyników w historii w postaci najwyższej efektywności E Wydziału (*vide Gazeta AMG nr 5/2014*).

torium do pracy w standardzie BSL3, Laboratorium Bioinformatyczne i Laboratorium Izotopowe klasy III. Planujemy także, by z Laboratorium Obrazowania i Analizy Danych wyprowadzić osobny moduł typu *core facility* umiejscowiony w kampusie GUMed o nazwie Laboratorium Analiz Komórek Nowotworowych.

Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii aktywnie uczestniczy w sieciach i konsorcjach badawczych krajowych i międzynarodowych. Strategiczna współpraca krajowa bazuje na konsorcjum z Międzynarodowym Instytutem Biologii Komórkowej i Molekularnej (MIBKiM) w Warszawie utworzonym w 2011 r. w celu wspólnego prowadzenia interdyscyplinarnych studiów doktoranckich LiSMiDoS i podnoszenia jakości badań poprzez podejmowanie wspólnych projektów. Od 2002 r. Wydział uczestniczy w pracach konsorcjum ScanBalt gromadzącym najważniejsze uniwersytety, kluczowe szpitale uniwersyteckie i firmy biomedyczne basenu Morza Bałtyckiego i Skandynawii. Naszym strategicznym partnerem zagranicznym jest natomiast horyzontalny program UE wsparcia potencjału regionalnego REGPOT, z którego funduszy realizujemy projekt MOBI4Health, czyli *Centrum Biotechnologii Molekularnej dla Zdrowego Życia*. Jego inauguracja nastąpiła jesienią 2013 r., o czym pisano szerzej w *Gazecie AMG* (nr 12/2013, s. 10-11). Budżet tego projektu, którego realizacja zakończy się 31 maja 2016 r., wynosi 5,2 mln EUR (w tym z dotacji UE 4,7 mln EUR).

XX Letnia Szkoła Biotechnologii



Ruszyła rekrutacja studentów i doktorantów do tegorocznej edycji Letniej Szkoły Biotechnologii (LSB) organizowanej przez Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Szkoła odbędzie się w dniach 2-7 września 2014 r.

To już XX spotkanie z biotechnologią w plenerze, podczas którego uczestnicy będą mogli wysłuchać najlepszych naukowców mówiących o organizmach modelowych. Wybraliśmy 4 różne organizmy modelowe przedstawiciele: grzybów (*Ustilago maydis*), roślin (*Arabidopsis thaliana*) i zwierząt: ryby (*Danio rerio*) oraz myszy (*Mus musculus*). W trakcie Szkoły poruszone zostaną także tematy związane z GMO i społecznym odbiorem biotechnologii.

Wykłady wygłoszą m.in.:

- Tomasz Besta (Uniwersytet Gdański),
- Scott Gold (University of Georgia, USA),
- Barbara Kijewska (Uniwersytet Gdański),
- Aleksandra Małyska (Instytut Chemii Bioorganicznej, Polska Akademia Nauk, Poznań),
- Magdalena Mikołaczyk-Chmiela (Uniwersytet Łódzki),
- Marina Mione (Karlsruhe Institute of Technology, Niemcy),

- Sylwia Mrozowska (Uniwersytet Gdański),
- Konrad Ocalewicz (Uniwersytet Gdański),
- Jolanta Paradziej-Lukowicz (Gdański Uniwersytet Medyczny),
- Jan Sadowski (Instytut Biologii Molekularnej i Biotechnologii),
- Amy Sater (University of Houston Downtown, USA),
- Klaus Schughart (Helmholtz Centre for Infection Research, Niemcy),
- Uwe Straehle (Karlsruhe Institute of Technology, Niemcy),
- Tomasz Twardowski (Instytut Chemii Bioorganicznej, Polska Akademia Nauk, Poznań),
- Cecilia Lanny Winata (Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej),
- Małgorzata Wiweger (Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej).

Oficjalnym językiem LSB jest język angielski.

Rekrutacja trwa do 15 lipca br. Zasady rekrutacji oraz formularz rekrutacji *online* dostępne są na stronie bss.ug.edu.pl.

Elżbieta Moroz,
specjalista ds. projektów badawczych
Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed
e.moroz@biotech.ug.edu.pl

Nowi doktorzy

NA WYDZIALE LEKARSKIM

stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskali:

1. lek. Michał KAŁOL – asystent, Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej GUMed, praca pt. *Wybrane czynniki wpływające na funkcjonowanie portu dożylnego*, promotor – dr hab. Tomasz Henryk Jastrzębski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 29 maja 2014 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny;
2. lek. Anna Barbara SZOŁKIEWICZ – starszy asystent UCK, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii GUMed, praca pt. *Metabolizm nukleotydów purynowych w erytrocytach dzieci z chorobami nowotworowymi*, promotor – prof. dr hab. Anna Balcerska, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 29 maja 2014 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM

stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych uzyskały:

1. mgr Małgorzata DAWGUL – doktorantka, Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej GUMed, praca pt. *Badanie peptydów przeciwdrobnoustrojowych pod kątem ich potencjalnego zastosowania w gronkowcowych infekcjach skórnych*, promotor – dr hab. Wojciech Kamysz, prof. nadzw., Rada Wydziału Farmaceutycznego z OML w dniu 10 czerwca 2014 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych w zakresie chemii leków;
2. mgr Hanna WOSICKA-FRĄCKOWIAK – doktorantka, Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej GUMed, praca pt. *Mikro- i nanocząstki lipidowe jako nośniki roksyromycyny do mieszków włosowych*, promotor – dr hab. Krzysztof Cał, prof. nadzw., Rada Wydziału Farmaceutycznego z OML w dniu 17 czerwca 2014 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych w zakresie technologii postaci leku.



Nabór na psychologię kliniczną

Siódma edycja studiów podyplomowych psychologia kliniczna rozpocznie się we wrześniu 2014 roku. Wzorem poprzednich edycji zajęcia będą się odbywać dwa razy w miesiącu, w soboty i niedziele, po 10 godzin wykładowych dziennie, w sumie 400 godzin wykładowych. Dwusemestralne studia przewidziane są przede wszystkim dla absolwentów psychologii z tytułem magistra. Ich celem jest przygotowanie kandydatów do specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej w zakresie teorii dotyczącej czterech podstawowych podspecjalności psychologii klinicznej: zaburzeń psychicznych człowieka dorosłego,

go, psychologii klinicznej chorób somatycznych, neuropsychologii klinicznej oraz psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. Program nauczania bazuje na ramowym programie specjalizacyjnym zatwierdzonym przez CMKP w Warszawie.

Ukończenie studiów nie jest jednoznaczne z uzyskaniem specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej. Jest jedynie teoretycznym przygotowaniem do podjęcia stażów specjalizacyjnych, co z kolei wymaga wcześniejszego zakwalifikowania przez komisję kwalifikacyjną.

Więcej na www.psychologiakliniczna.gumed.edu.pl.

Rok 2014 rokiem internacjonalizacji polskich uczelni

Internacjonalizacja szkolnictwa wyższego to proces integrowania wymiaru międzynarodowego, międzykulturowego i globalnego w cel, funkcje i sposób działania instytucji szkolnictwa wyższego (Jane Knight, Hans de Wit, 2003).

W praktyce jest to proces budowania strategii umiędzynarodowienia szkolnictwa wyższego na poziomie państwa, władz samorządowych i poszczególnych instytucji. W jakim celu? W celu prowadzenia aktywnej polityki pozyskiwania studentów zagranicznych, tworzenia międzynarodowych kierunków studiów, włączania w programy nauczania treści międzykulturowych, wdrażania programów wspierających mobilność studencką, zagranicznego marketingu i dostosowywania infrastruktury.

Nazwa szumna, a co się za nią kryje i dlaczego wybrano taki temat?

Najprostszym sposobem mierzenia poziomu umiędzynarodowienia szkoły wyższej jest odsetek studentów zagranicznych w stosunku do ogółu studentów studiujących w danej uczelni. W Polsce w roku akademickim 2008-2009 odsetek ten wynosił 0,5% ogólnej liczby studentów przy średniej OECD około 10%. Zaniepokojona tym faktem Konferencja Rektorów Akademickich Szkół Polskich (na wzór agencji działających w innych państwach UE, takich jak DAAD, Nuffic, British Council) uruchomiła projekt, którego zadaniem miało być i jest wspieranie umiędzynarodowienia polskich uczelni o nazwie *Study in Poland*.

Jakie są efekty tej pracy? W bieżącym roku akademickim w Polsce studiuje 35.983 studentów zagranicznych ze 149 krajów, co stanowi 2,32% ogółu studentów. Niestety wzrost współczynnika umiędzynarodowienia wynika nie tylko ze wzrostu liczby obcokrajowców, ale również ze spadku ogólnej liczby studentów. W bieżącym roku w Polsce studiuje o ponad 125 tysięcy mniej osób niż w roku poprzednim!

Czy jest się czym cieszyć? Czy można robić więcej?

Średnia OECD to 8%, średnia UE to ponad 7%, a w krajach przodujących pod tym względem studenci zagraniczni stanowią 10-15% ogólnej liczby studentów. Natomiast w Polsce jeszcze nie doczekaliśmy się strategii umiędzynarodowienia na poziomie państwowym. Tylko nieliczne szkoły wyższe opracowały i realizują w sposób profesjonalny uczelnianą strategię internacjonalizacji i tak jak Uniwersytet Warszawski rozumieją, że umiędzynarodowienie Uniwersytetu powinno stać jednym z priorytetowych zadań władz uczelni, a współpraca międzynarodowa wspomaga realizowanie misji Uniwersytetu, podnosi jakość badań, wzbogaca proces kształcenia i stanowi czynnik kulturotwórczy.

Globalizacja i co za tym idzie?

Szkolnictwo wyższe na całym świecie zmienia się bardzo dynamicznie, a umiędzynarodowienie jest integralną częścią strategii każdej poważnej uczelni i odpowiedzią na procesy związane z postępującą globalizacją. Niestety procesy przystosowawcze nie są krótkoterminowe, ale zaowocują, jeśli znajdziemy własne, indywidualne i alternatywne rozwiązania.

Oczywiście nie unikniemy zagrożeń, takich jak regres demograficzny albo *e-learning*, który pozwala na uzyskanie pełnego tytułu magistra renomowanej uczelni za niewielkie pieniądze



(dynamiczny rozwój w USA!) oraz brak promocji (nieobecność). Jeśli sprawdzą się prognozy GUS (w ciągu 10-15 lat ograniczenie liczby studentów o połowę), to uczelnie odczują to gwałtownie i boleśnie.

Ale czy kryzys wywołany niżem demograficznym jest tylko kryzysem, a może jest również szansą, która zmusi instytucje jakimi są uczelnie do przemyśleń czy szkoła powinna pozostać taka jaka jest, czy może potrzebny jest nowy kierunek rozwoju i decyzja jaka ta szkoła będzie: badawcza (?), niszowa (?), z wysokiej jakości kadrą kształcącą (?), autonomiczna ze swobodą prowadzenia badań (?) czy korporacją (?). Jaka jest rola uniwersytetu XXI wieku? Czy uczelnia to biznes? Czy oferta dydaktyczna/kierunek studiów to produkt, a student to klient?

A jeśli korporacją to co?

Co zrobić, żeby wyrwać dla siebie kawałek z rynku edukacji wyższej? Co jest nam potrzebne do tego, żeby biznes się kręcił? Ktoś powie: to jasne, musimy mieć zasoby, czyli kadrę, kompetencje i infrastrukturę. Jest również wiele elementów i narzędzi, które mogą wspierać szkołę w umiędzynarodowieniu, m.in.: fundusze strukturalne i inne fundusze (np. Erasmus+), członkostwo w UE (uznawalność dyplomu), Proces Boloński (ECTS), wsparcie rządu (MNiSW, MSZ, MSW, MG), wypracowywanie dobrych praktyk, współpraca (uczelnie, sieci, organizacje) i wreszcie marketing oraz promocja, czyli obecność na rynku!

Co jest zatem ważne? Na co postawić? Od czego zacząć?

Jeśli mamy zainwestować, bo żeby zarobić trzeba najpierw zainwestować, to trzeba wiedzieć i zdecydować w co!

Może to być np. rozszerzenie oferty kierunków studiów w językach obcych. Można też zainwestować w tworzenie kierunków interdyscyplinarnych, niszowych. Przykładem, że można są Niemcy i ich nauki o żywieniu. Ze względu na niewielką liczbę instytucji oferujących ten kierunek studiów kandydaci czekają na przyjęcie 10 semestrów, mimo niżu demograficznego! Rozwiązaniem może być prowadzenie kierunku studiów z renomowaną

uczelnia, np. amerykańską (korzyści: marka uczelni, gwarancja dla systemu pożyczkowego, korzystanie z dobrych praktyk, rezygnacja z agenta; minusy: czesne podzielone na 2 uczelnie – wg obciążenia). Modne są również ostatnio podwójne kierunki studiów (nauka powiązana z praktyką), tj. programy studiów tworzone pod potrzeby marek i firm. Odbyna się to w różnych modelach 3/2 – 3 dni w tygodniu praca + 2 dni nauki lub 3/3 – 3 m-ce nauki + 3 m-ce pracy i praktyka zawodowa w firmie. Praktykuje się też studia towarzyszące pracy zawodowej. Warunkiem przyjęcia na takie studia jest udokumentowane doświadczenie zawodowe lub aktualna umowa o pracę (w Niemczech realizowane również przez Internet).

Jeśli już wiemy, jaki produkt chcemy sprzedać, należy zdefiniować rynek/rynki, z którego uczelnia chce rekrutować, zbadać potencjał tego rynku/rynków, uruchomić indywidualną strategię marketingową, przeanalizować trendy wśród kandydatów z danego kraju, znaleźć równowagę pomiędzy potrzebami krajowymi i międzynarodowymi, przystosować kadre, w tym administracyjną, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo, że to co sobie wymyślimy nie znajdzie odbiorców i/lub okaże się mało konkurencyjne, tendencyjne. Nie sztuką jest wprowadzić produkt na rynek, ale sztuką jest znaleźć na niego chętnych!

Takie działania mogą pozwolić na rozszerzenie oferty studiów i wzmocnienie rekrutacji międzynarodowej, dopasowanie się do potrzeb rynku z lepszą/większą wiedzą/świadomością na temat oczekiwań kandydatów, dla których ważna jest jakość nauki i mają lepsze podstawy językowe i światopoglądowe – dlatego łatwiej i chętniej wybierają studia zagraniczne.

Przykładów można podać jeszcze wiele, ale nie o to chodzi. Chodzi o to, żeby spełnić podstawową zasadę rynku *Wyróżnij się albo zgini!*

Co jest najważniejsze?

Najważniejsze jest strategiczne podejście do tematu, ponieważ tzw. biznes międzynarodowy wymaga zbudowania w uczelni nowych kompetencji, konsekwencji i wytrwałości oraz pracy w nowym, nieznanym środowisku międzykulturowym.

Co może mieć istotny wpływ na osiągnięcie sukcesu?

Po pierwsze: określenie rynków i partnerów strategicznych (priorytetów) oraz dbałość o współpracę z nimi. To mogą być m.in.: rządy innych państw oferujące programy stypendialne i/lub agenci-rekruterzy wykonujący w naszym imieniu część zadań promocyjnych i zapewniających nam kandydatów na studia.

Po drugie: współpraca z władzami regionu i miasta, wzajemna promocja, współzależność pomiędzy renomą uczelni a renomą miasta – wsparcie świadomości marki miasta i uczelni, w regionie i za granicą.

Po trzecie: jeśli chcemy być korporacją, konieczna jest świadomość, że student jest dla nas jako firmy dobrze obsłużonym KLIENTEM, a to oznacza, że cała uczelnia musi się dostosować do obsługi tego KLIENTA: kadra, kompetencje i infrastruktura.

Umiędzynarodowienie uczelni polskich to również jedna z głównych grup kryteriów w Rankingu Szkół Wyższych corocznie przygotowanym przez Fundację Edukacyjną *Perspektywy*, oceniana za pomocą siedmiu wskaźników o łącznej wadze 15%, w tym: programy studiów prowadzone w językach obcych – 4%, studium w językach obcych – 3%, studenci cudzoziemcy – 3%, nauczyciele akademicki z zagranicy – 2%, wymiana studencka (wyjazdy) – 1%, wymiana studencka (przejazdy) – 1%, wielokulturowość środowiska studenckiego – 1%.

Zwycięzcą zeszłorocznego Rankingu Umiędzynarodowienia została Akademia Leona Koźmińskiego, która postawiła sobie za cel, że do 2020 roku 50% studentów będą stanowili obcokrajowcy i która jako jedyna uczelnia ekonomiczna w Polsce posiada trzy międzynarodowe certyfikaty, które stawiają ją w czołówce tego typu uczelni na świecie! W bieżącym roku tytuł ten wywalczyła Akademia Finansów i Biznesu Vistula w Warszawie, jedna z 10 najlepszych uczelni niepublicznych w Polsce, ciesząca się uznaniem środowiska biznesowego, posiadająca międzynarodowe akredytacje, oferująca 15 kierunków studiów, w tym 7 prowadzonych po angielsku!

Nasza Uczelnia w Rankingu Szkół Wyższych *Perspektyw i Rzeczpospolitej* 2014 zajęła jedenaste miejsce w Polsce wśród uczelni akademickich, pierwsze w regionie, trzecie w kategorii *Warunki kształcenia* i 15 w kategorii *Umiędzynarodowienie*. To bardzo dobra pozycja do budowania i umacniania naszego wizerunku i pozycji na świecie.

Podsumowanie

Jak wiadomo (także z badań OECD) główne kierunki migracji studentów to USA, Kanada i UK. Polska ma na tym polu jeszcze wiele do zrobienia. Na 440 polskich uczelni aktywnych na polu umiędzynarodowienia jest tylko około 50 szkół (około 12%), a naprawdę dobrze umiędzynarodowionych nie więcej niż 20 (GUMed jest wśród nich!). Połowa naszych uczelni nie ma ani jednego studenta zagranicznego. Słabo wypadamy również w międzynarodowych rankingach. W rankingu szanghajskim w

czwartej setce uplasowały się dwie polskie szkoły: Uniwersytet Warszawski i Uniwersytet Jagielloński, a jak wiadomo rankingi dają markę. Pozytywnym zjawiskiem jest to, że stale rośnie liczba oferowanych programów obcojęzycznych (jest ich już ponad pięćset), a liczba studentów obcokrajowców studiujących w Polsce w ciągu ostatnich pięciu lat wzrosła dwukrotnie. Polska zyskuje na swojej atrakcyjności, ponieważ staje się coraz zamożniejszym krajem. Jest więc nadzieja, że po 15-20 latach systematycznej pracy wyrobimy sobie markę polskiego szkolnictwa wyższego i polskiej marki na tyle silnej żeby konkurować z najlepszymi.

Nie jest i nie będzie to łatwe zadanie, ale warto o to walczyć, ponieważ pozyskiwanie studentów z zagranicy niesie za sobą wiele korzyści, w tym finansowe (czesne) oraz prestiż (dla uczelni i kraju).

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



prof. Jacek Jassem

Jak wyleczyć polską onkologię?

Polskie przychodnie onkologiczne i szpitale pękają w szwach. Chorzy czekają miesiącami na badania diagnostyczne i leczenie, czują się bezradni i zagubieni w systemie. Wyniki leczenia nowotworów są w Polsce gorsze o około 10 punktów procentowych od średniej unijnej i nie nadrabiamy tego dystansu. Równocześnie wydatki państwa na onkologię wzrosły w ciągu ostatniej dekady ponad trzykrotnie, powstają nowe, piękne ośrodki onkologiczne, uruchomiono populacyjne badania przesiewowe w kierunku wykrywania najczęstszych nowotworów. Co się więc dzieje z polską onkologią? Dlaczego nie możemy dorównać osiągnięciom innych dziedzin medycyny, które są chwalone w Europie? Czy chodzi tylko o niedobory finansowe?

Oczywiście, dobrej medycyny nie da się uprawiać w sytuacji chronicznego niedofinansowania. Ale polskiej onkologii brakuje przede wszystkim całościowej, systemowej strategii. Podejmowane działania mają najczęściej charakter doraźny i interwencyjny, a nie długofalowy. A przecież onkologia jest jedną z najbardziej przewidywalnych dziedzin medycznych – można z dużą precyzją przewidzieć rozwój sytuacji i określić potrzeby.

Musimy przede wszystkim „wprostować” i skrócić całą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną chorych – oni muszą czuć wsparcie państwa w tej szczególnej i dramatycznej dla nich sytuacji. Nie wystarczą coraz nowocześniejsze metody leczenia. Niejednokrotnie chory ma poczucie osamotnienia, sam musi się zmierzyć z fizycznym i psychicznym brzemieniem choroby. Do tego dochodzi stygmatyzacja nowotworem, który w świadomości wielu Polaków pozostaje nadal wstydliwą, nieuleczalną chorobą, o której nie wypada rozmawiać. W efekcie, wielu chorych już w momencie rozpoznania rezygnuje z walki. Ci, którzy chcą ją podjąć, często sami muszą poszukać instytucji, w których można będzie wykonać badania diagnostyczne i przeprowadzić kolejne fazy leczenia. Na każdym z tych etapów następują „straty” – w onkologii nieodwracalne. Ktoś zniechęcił się długim oczekiwaniem, ktoś inny otrzymał pomoc za późno lub od lekarza, który przecenił swoje możliwości, ktoś inny nie sprostął trudom leczenia. Trzeba zatem stworzyć system, w którym chory będzie prowadzony jak po nitce, gdzie będzie miał zieloną falę. Trzeba powiązać, obecnie zbyt porozerowane, wszystkie szczeble opieki onkologicznej – od profilaktyki i wczesnego wykrywania, poprzez diagnostykę i leczenie wspierane pomocą psychologa, po wychodzenie z choroby i powrót do wszystkich funkcji zawodowych, społecznych i rodzinnych.

Trwa dyskusja nad kolejkami i potrzebą zniesienia limitów w onkologii. Środowisko onkologów od dawna o to zabiegało, bowiem limity w onkologii to kolejka po życie. Równocześnie jednak jest to duże wyzwanie, niosące wiele zagrożeń. Istnieje np. obawa, że nagle zwiększy się zapotrzebowanie na świadczenia, które są najbardziej intratne, a niekoniecznie najbardziej potrzebne chorym. Trzeba zatem zadbać, aby proponowane rozwiązania rzeczywiście spełniły swój cel, a równocześnie nie stworzyły nowych problemów. Na pewno konieczne jest lepsze wydawanie skromnych środków przeznaczanych na świadczenia onkologiczne, np. poprzez zmniejszenie nadmiernej hospitalizacji. Obecnie niemal wszystkie formy leczenia onkologicznego można zrealizować w trybie ambulatoryjnym lub w ciągu kilkudniowego pobytu szpitalnego. Skoro w innych krajach Europy ponad 90% chorych otrzymuje chemioterapię i radioterapię w warunkach ambulatoryjnych, to co stoi na przeszkodzie, aby tak było w Polsce? Obecnie na hospitalizację związaną z tymi dwiema metodami leczenia wydajemy rocznie ok. 900 mln złotych. Część tych pieniędzy można przeznaczyć na opłacenie chorym tanich hosteli lub dojazdów na zabiegi, a pozostałą kwotę – na zwiększenie dostępu do diagnostyki i leczenia czy wprowadzenie innowacyjnych procedur. Musimy także zachować rozsądek w wykonywaniu badań diagnostycznych, zwłaszcza w ramach obserwacji po leczeniu, a także w większym stopniu przestrzegać przyjęte w tym zakresie standardy.

Naprawę polskiej onkologii trzeba zacząć od podstaw, a więc od poprawy systemu zbierania danych dotyczących nowotworów. W dobie cyfryzacji ochrony zdrowia cel ten wydaje się łatwiejszy do osiągnięcia. Trzeba jednak równocześnie dążyć do zniesienia obecnych barier, w tym ograniczonego przepływu danych pomiędzy posiadającymi do nich dostęp instytucjami, a także poszerzać zakres gromadzonych informacji. Wiarygodne dane epidemiologiczne pozwolą również lepiej przygotować mapę zasobów i potrzeb w zakresie onkologii w Polsce, która powinna być podstawowym narzędziem w planowaniu przyszłych inwestycji oraz organizacyjnych i strukturalnych zmian.

Szybki rozwój onkologii stwarza potrzebę jej większej specjalizacji. Wyjściem naprzeciw temu postulatowi jest koncepcja skoordynowanej opieki onkologicznej w formie narządowych „unitów” (np. *Breast Units*, *Colorectal Units*), wyspecjalizowanych w zakresie diagnostyki i leczenia najważniejszych nowotworów złośliwych. Taki model jest obecnie promowany w wielu krajach Unii Europejskiej i wspierany przez Parlament Europejski. Oprócz rozwiązania problemu fragmentacji opieki i braku instytucjonalnej odpowiedzialności za jej wynik, pozwala on uzyskać istotnie wyższy poziom świadczeń medycznych. W tworzeniu tych ośrodków należy jednak znaleźć równowagę pomiędzy ich niezbędnym potencjałem, określonym głównie liczbą leczonych chorych i wyposażeniem, a możliwością przeprowadzenia całego procesu leczenia w rozsądnej odległości od miejsca zamieszkania. Większej centralizacji wymaga natomiast leczenie rzadkich nowotworów, w których zebranie dużego doświadczenia może mieć istotne znaczenie dla uzyskiwanych efektów.

System opieki onkologicznej to jednak nie tylko duże, specjalistyczne ośrodki. Większą rolę w tej opiece mogą i powinny odgrywać jednostki podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeba przewartościować rolę lekarzy POZ w walce z rakiem – to wielka i niedostatecznie wykorzystywana możliwość poprawy sytuacji. Ta grupa lekarzy – wielokrotnie większa od środowiska lekarzy onkologów – może spełnić ważną rolę w pierwotnej i wtórnej profilaktyce nowotworów, ich wcześniejszym wykrywaniu i opiece po leczeniu onkologicznym. W miarę upływu czasu od zakończenia leczenia onkologicznego chorzy mają coraz więcej innych problemów zdrowotnych, zwłaszcza związanych z wiekiem, z którymi lekarze POZ poradzą sobie lepiej niż onkolodzy. Poza tym ci chorzy mają prawo „zapomnieć” o swojej chorobie, czego nie ułatwia wieloletni kontakt z onkologicznymi jednostkami. Aby zwiększyć rolę lekarzy POZ w polskim systemie opieki onkologicznej trzeba im stworzyć jak najlepsze warunki działania – choćby możliwość wykonywania podstawowych badań diagnostycznych. Trzeba także – na drodze współpracy ze środowiskiem lekarzy-onkologów – wypracować i wdrożyć oparte na dowodach medycznych standardy postępowania w zakresie diagnostyki i zasad obserwacji po leczeniu onkologicznym.

Ważną rolę w systemie ochrony zdrowia powinny odgrywać mniejsze jednostki – specjalistyczne przychodnie i oddziały szpitalne. Tam przede wszystkim trzeba przenieść ciężar szybkiej i sprawnej diagnostyki onkologicznej oraz mniej złożonego leczenia. Trzeba równocześnie zadbać, aby instytucje te lepiej niż obecnie spełniały swoją rolę w systemie, m.in. poprzez ich ści-

ślejsze powiązanie z pozostałymi szczeblami opieki onkologicznej.

Należy promować i upowszechniać obecnie obowiązujący w świecie kanon wielodyscyplinarności w podejmowaniu decyzji terapeutycznych już w początkowej fazie procesu diagnostyczno-leczniczego – jest to ważny mechanizm poprawy opieki onkologicznej. W większym stopniu trzeba wdrażać standardy medyczne w onkologii, które powinny być traktowane nie tylko jako zalecenia, ale jako powszechnie przyjęte normy postępowania.

Ważnym celem podejmowanych działań medycznych musi być zapewnienie chorym dobrej jakości życia – zarówno w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. Konieczne jest więc zapewnienie im na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego sprawdzonych form pomocy zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Trzeba także rozszerzyć dostęp do metod zmniejszających fizyczne kalectwo związane z leczeniem (chirurgia z zachowaniem narządów, zabiegi rekonstrukcyjne), a także do fizycznej i psychicznej rehabilitacji. Równocześnie trzeba stworzyć nowe metody opieki środowiskowej i społecznej nad chorymi i ich rodzinami, ułatwiające wychodzenie z choroby. W odniesieniu do chorych, u których leczenie zakończyło się niepowodzeniem, należy usprawnić obecny system opieki paliatywnej i terminalnej, zwłaszcza w zakresie walki z bólem. W opiece tej trzeba rozwinąć formy wolontariatu oraz lepiej wykorzystać potencjał organizacji pozarządowych, fundacji i grup wsparcia.

Niezbędnym elementem rozwoju onkologii w Polsce jest wzrost efektywności badań naukowych nad nowotworami i zwiększenie międzynarodowej roli polskich ośrodków naukowych. Trzeba lepiej wykorzystać obecną bazę nauki i możliwości intelektualne naszych badaczy, zachęcać do ubiegania się o granty naukowe oraz zwiększać udział polskich naukowców w międzynarodowych zespołach i projektach badawczych. Konieczne jest większe wsparcie finansowe i organizacyjne dla akademickich badań klinicznych oraz usunięcie administracyjnych barier utrudniających ich prowadzenie.

Większą rolę w polskiej onkologii muszą odgrywać uczelnie medyczne i ich szpitale. Powinny one rozwijać i doskonalić wszystkie swoje misje: przed- i podyplomowe kształcenie kadr medycznych, działalność naukową i działalność leczniczą. Zgodnie z zaleceniami ministerstwa zdrowia uczelnie medyczne w najbliższych latach powinny się wycofać z tzw. bazy obcej, co stanowi dodatkowy argument dla rozszerzenia ich własnej, obecnie bardzo skromnej klinicznej bazy onkologicznej.

Walki z rakiem nie da się wygrać bez skutecznej profilaktyki nowotworów. Trzeba stale uświadamiać społeczeństwo, że musi

ono samo zadbać o swoje zdrowie, bowiem ponad 2/3 wszystkich nowotworów wiąże się ze stylem życia i dietą. Już samo rzucenie palenia tytoniu, zmiana nawyków żywieniowych i niewielkie zwiększenie aktywności fizycznej pozwoliłoby uratować tysiące Polaków. Skuteczna walka z rakiem jest możliwa tylko wówczas, jeśli będzie to wspólne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i społeczeństwa. W innych krajach już widać spektakularne efekty takiego myślenia, trzeba wierzyć, że uda się to także u nas.

Konieczna jest poprawa organizacji, skuteczności i efektywności ekonomicznej populacyjnych badań przesiewowych w Polsce. To nadal niewykorzystana szansa na istotną poprawę wyników leczenia nowotworów. Trzeba zatem stworzyć lepszy niż obecnie, skoordynowany i zintegrowany model tych badań, oparty na najlepszych międzynarodowych wzorach. Powinny temu towarzyszyć bardziej skuteczne metody promowania badań przesiewowych w społeczeństwie w formie atrakcyjnych i zrozumiałych materiałów edukacyjnych, artykułów w prasie, audycji telewizyjnych i radiowych oraz działań na szczeblu lokalnym, w szkołach i zakładach pracy.

Te wszystkie działania znajdują się wśród wielu elementów *Strategii Walki z Rakiem w Polsce na lata 2015-2024* – polskiego „Cancer Planu”, realizowanego przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne wraz z innymi towarzystwami naukowymi. Ta oddolna inicjatywa jest wyrazem niespotykanej wcześniej, wielkiej mobilizacji ludzi, którzy widzą konieczność zmian. Nad projektem pracowało prawie 200 osób – lekarzy różnych dziedzin, ekspertów zdrowia publicznego, ekonomii i prawa, a także chorzy onkologiczni i reprezentujące ich organizacje. W ostatnim etapie dołączyli do nich także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i NFZ, a patronat nad całym przedsięwzięciem ogłosił premier RP Donald Tusk. Część z proponowanych w *Strategii* rozwiązań znalazło się w przedstawionym niedawno ministerialnym „pakiecie onkologicznym”. Pierwsza wersja *Strategii* została przedstawiona w kwietniu i poddana w maju szerokim społecznym konsultacjom. Jest ona dostępna, wraz z wieloma interesującymi dodatkowymi informacjami i dokumentami, na stronie internetowej www.walkazrakiem.pl. Ostateczny dokument, uwzględniający zgłoszone uwagi, będzie miał państwową rangę, a w przyszłym roku zacznie się wdrażanie projektu. Liczymy, że zmieni on oblicze walki z rakiem w Polsce.

□

Przedruk z *Nowotwory Journal of Oncology*, wydanie specjalne 2014 rok; www.nowotwory.viamedica.pl



Jacek Jassem – przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, koordynator projektu *Strategia Walki z Rakiem w Polsce na lata 2015-2024*. Profesor zwyczajny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii, specjalista radioterapii i onkologii klinicznej. Główne zainteresowania naukowe: rak płuca, rak piersi, nowotwory głowy i szyi, onkologia molekularna. Autor ponad 500 doniesień naukowych w kraju i za granicą, kilku podręczników i kilkudziesięciu rozdziałów w podręcznikach krajowych i zagranicznych. Członek European Academy of Cancer Sciences i członek korespondent Polskiej Akademii Umiejętności. Laureat licznych nagród naukowych w kraju i za granicą, m.in. nagrody naukowej Prezesa Rady Ministrów i Prezydenta Miasta Wiednia, Nagrody im. Sobolewskich Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, nagrody naukowej im. Heweliusza Prezydenta Miasta Gdańska oraz tytułu „Wybitny Polak” Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”. Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przewodniczący Środkowoeuropejskiej Grupy Onkologicznej (CEEEOG), były przewodniczący Grupy Raka Piersi Europejskiej Organizacji do Badań nad Leczeniem Raka (EORTC) oraz były skarbnik EORTC, były przewodniczący Komitetu Spraw Zagranicznych Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO). Członek komitetów redakcyjnych ponad 20 czasopism krajowych i zagranicznych. Hobby: koszykówka, wyprawy na koniec świata, muzyka operowa.

Medycyna jakiej nie znacie

VII Medyczny Dzień Nauki za nami

Tegoroczna edycja Medycznego Dnia Nauki przeszła do historii. Zorganizowana po raz siódmy impreza popularyzująca nauki medyczne wśród najmłodszych mieszkańców naszego województwa odbyła się 23 maja br. w ramach Bałtyckiego Festiwalu Nauki.

Od wczesnych godzin porannych Collegium Biomedicum przeżyło prawdziwe obłędzenie. Wszystko za sprawą tłumów młodzieży uczestniczącej w VII Medycznym Dniu Nauki. Choć co roku cieszyliśmy się ogromnym zainteresowaniem uczestników, to wszyscy zgodnie twierdzą, że pod względem frekwencji tegoroczna akcja była rekordowa. Przez cały czas trwania imprezy młodzież w różnym wieku wykazywała żywe zainteresowanie prezentowanymi treściami, uczestnicząc aktywnie w warsztatach, pokazach laboratoryjnych czy rozwiązując testy, quizy i zagadki medyczne, które dla nich przygotowano.

Tradycyjnie o godz. 9 zgromadzonych gości powitał prof. Janusz Moryś, rektor GUMed i zachęcił do skorzystania z bogatej oferty programowej. Jak zwykle wśród słuchaczy nie zabrakło dr. Tadeusza Zaleskiego – pełnomocnika Rady Rektorów Województwa Pomorskiego ds. Bałtyckiego Festiwalu Nauki oraz reprezentantów władz Uczelni, w tym prof. Marcina Gruchały – prorektora ds. studenckich, prof. Leszka Bieniaszewskiego – prorektora ds. rozwoju i organizacji kształcenia oraz Zbigniewa Krawca – zastępcy kanclerza ds. technicznych. Obecni byli także Ci, bez których organizacja Medycznego Dnia Nauki na taką skalę byłaby niemożliwa – nasi sponsorzy i partnerzy, a wśród nich: Halina Lewkowska – wiceprezes Fundacji Energa, Serge Bosca – prezes zarządu Saur Neptun Gdańsk SA wraz z rzecznikiem prasowym Grażyną Pilarczyk, Mateusz Rybakowski – dyrektor zarządzający Admotion, Katarzyna Leszcz-Cimoszko – główny specjalista ds. komunikacji EDF Polska SA, Agnieszka Gliwińska – szef Biura Fundacji „Gdyński Most Nadziei”, Agnieszka Klechowicz – przedstawiciel firmy Colgate i Sylwia Lewandowska – reprezentująca firmę Profi Medical.

Podczas krótkich wykładów opowiedzieliśmy m.in. jakie pasożyty są strasznymi żarłokami, a które mogłyby bić rekordy olimpijskie, co się dzieje w organizmie po wypiciu alkoholu i jak powstają nowe leki. Zdradziliśmy czy można prowadzić skuteczną terapię za pośrednictwem nowych mediów (np. gier komputerowych), czy lek może powodować niebieskie zabarwienie skóry i jakie są prawa młodego pacjenta. Zaprezentowaliśmy także historię transplantologii – od pierwszych prób do obecnego stanu wiedzy, powiedzieliśmy dlaczego boli w krzyżu i jak temu można zapobiec oraz czym są lipoproteiny. Nie mogło zabraknąć cieszącego się ogromnym zainteresowaniem kolejnego sezonu przygód ginekologicznego dr. House’a.

Wykładom i pokazom laboratoryjnym towarzyszyły liczne warsztaty i bezpłatne badania prowadzone na 39 stoiskach. Wraz z małymi naukowcami poznaliśmy m.in. zasady powstawania prostych kosmetyków z wykorzystaniem olejków eterycznych. Ponadto mówiliśmy jak bezpiecznie usuwać kleszcze, wykorzystać lecznicze właściwości prądu oraz walczyć z nadwagą i otyłością wśród dzieci i młodzieży przy użyciu platformy wibracyjnej. Tegoroczną nowością był m.in. pokaz sztucznego smogu, badanie jakości powietrza w pomieszczeniu i nauka profesjonalnego udrożnienia dróg oddechowych na specjalnym manekinie. Przyszłe położne szkoliły jak prawidłowo

dbać o noworodka, a stomatolodzy uczyli najmłodszych jak właściwie myć zęby. Na wszystkie pytania, w tym te trudne i zaskakujące odpowiedzią i pomocą służyli specjaliści i studenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Młodzi uczestnicy często próbowali zadawać pytania czy człowieka można zobaczyć w mikroskopie – zdradza dr Grażyna Kotlarz, opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Histologii. – Odpowiedzią na te intrygujące pytania była możliwość konfrontacji – oglądania gotowych preparatów tkanek ludzkich i komórek krwi z wykorzystaniem najnowszego sprzętu multimedialnego.

Nie zabrakło cieszącego się co roku ogromnym zainteresowaniem stoiska z nauką chirurgicznego szcicia, kursu udzielania pierwszej pomocy czy zwiedzania Zwierzętarni. Wszyscy zainteresowani pod okiem naszych farmaceutów mogli zobaczyć na czym polega żelowanie i spróbować samodzielnie wykonać maści i kremy. Chętni mogli skorzystać z bezpłatnego badania metodą kapilaroskopii czy badania miernikiem tlenu węgla. Prawdziwym magnesem przyciągającym najwięcej osób były filmy z zabiegów operacyjnych wykonywanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, omawianych szczegółowo dzięki dostępnym modelom 3D.

– Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej była nowicjuszem na Medycznym Dniu Nauki. Goście mieli unikalną okazję zadać wszelkie pytania chirurgom uczestniczącym w prezentowanych zabiegach operacyjnych – mówi dr Tomasz Marjański, opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej. – Medyczny Dzień Nauki jest świetną okazją, żeby popularyzować wiedzę z bardzo wąskich dziedzin medycyny i propagować ją nie tylko wśród najmłodszych, ale i wśród licealistów, którzy właśnie wybierają wymarzony kierunek studiów.

Tradycyjnie o smaczne i zdrowe przekąski zadbali młodzi dietetycy, którzy uczestników imprezy częstowali ciastkami przygotowanymi m.in. z buraka czy marchwi. Po raz kolejny w Medycznym Dniu Nauki udział wzięła Fundacja „Gdyński Most Nadziei”, która przeprowadziła akcję profilaktyki raka jądra „Odważni Wygrywają”.

Jak co roku dzięki pozyskanym środkom i wsparciu sponsorów udało się pozyskać rozliczne sprzęty dla uczelnianych Klinik i Zakładów, a wśród nich: 3 mikroskopy diagnostyczne, w tym 2 w zestawie z kamerą mikroskopową, model głowy do nauki intubacji, fantom dziecka do nauki resuscytacji, komplet resuscytatorów silikonowych dla dorosłych i dzieci, model anatomiczny płuc z krtanią, komplet ciśnieniomierzy ze stetoskopami, komplet pulsoksymetrów i 3 kołnierze ortopedyczne.

Serdecznie dziękuję wszystkim za udział, zaangażowanie i obecność podczas akcji. To cieszy i motywuje do dalszej pracy, że przez 7 lat organizacji Medycznego Dnia Nauki mamy z kim i dla kogo podejmować te działania. Za pomoc i wsparcie dziękuję również kierownictwu i pracownikom Działu Gospodarczego, Sekcjom: Transportu, Zaopatrzenia, Aparatury i Księgozości, Zespołowi Projektów Internetowych, fotografowi Zbyszcowi Wszebrowskiemu i graficzce Sylwii Scisłowskiej. Jednocześnie już dziś zapraszam do udziału w kolejnych edycjach Medycznego Dnia Nauki i organizacji imprez w ramach Festiwalu Nauki.

Joanna Śliwińska,
Sekcja Informacji i Promocji









odkrywanie zdrowia

14.06.2014 r.

Piknik na Zdrowie 2014

Treningi na AED, zupa soczewicowa i Wing Tsun Kung Fu

Ponad sześćdziesiąt stoisk, kilka tysięcy wykonanych badań i kilkaset udzielonych porad, konkursy plastyczne z wykorzystaniem materiałów Bambino przekazanych przez firmę St. Majewski, zdrowe jedzenie i mnóstwo dobrej zabawy – tak w skrócie można opisać IX Piknik na Zdrowie. Impreza zorganizowana przez Gdański Uniwersytet Medyczny odbyła się 14 czerwca br. w Parku Zielonym. Chętni mogli m.in.: wykonać bezpłatne badanie stężenia cukru na glukometrach podarowanych przez Dział Diabetologii Roche Diagnostics Polska i cholesterolu we krwi, nauczyć się samobadania piersi i zasad udzielania pierwszej pomocy przy użyciu automatycznego defibrylatora (AED) zakupionemu dzięki EDF Polska SA, dowiedzieć się jak rzucić palenie czy też nauczyć się szycia chirurgicznego. Odwiedzający mogli zbadać swoje ciśnienie na sprzęcie ufundowanym przez Paul Hartmann Polska. Nie zabrakło cieszących się co roku dużym powodzeniem pokazów ratownictwa medycznego. Podczas Pikniku każda zdrowa osoba w wieku 18-50 lat mogła także zostać potencjalnym dawcą szpiku. Natomiast na stanowisku Zakładu Fizjoterapii rodzice i ich pociechy mogli się dowiedzieć jakie plecaki są bezpieczne dla dzieci. Dla chętnych zorganizowano konkurs *Jak dbać o swój kręgosłup*. Do wygrania były plecaki przekazane przez firmę St. Majewski. Nie zabrakło też pokazu Wing Tsun Kung Fu w wykonaniu Wing Tsun Gdańsk. Wing Tsun różni się znacznie od tradycyjnego chińskiego kung fu. Nie zawiera ruchów imitujących zwierzęta i nie stosuje skomplikowanych baletowych układów. Ten styl walki największy nacisk kładzie na praktyczne i skuteczne zastosowanie prostych technik, opracowanych na podstawie praw fizyki i mechaniki, w oparciu o znajomość ludzkiej anatomii. Nie zalicza się go ani do twardych stylów, ani do miękkich. Wing Tsun korzysta z charakterystycznej sprężystej siły, dzięki której nawet osoby słabsze fizycznie mogą skutecznie obronić się przed większymi i silniejszymi napastnikami. Gościem Pikniku było Pomorskie Centrum Słuchu i Mowy „Medincus”, którego przedstawiciele wykonywali przesiewowe badania słuchu oraz udzielali porad logopedycznych i psychologicznych. Mieszkańcy Gdańska w wieku 18-60 lat, którzy dotychczas nie byli leczeni w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C, mogli skorzystać z bezpłatnych badań przeciwciał anti-HCV. Akcję zrealizowano w ramach kampanii „Cichy zabójca WZW C działa w ukryciu. Twoja niewiedza utrzymuje go przy życiu”. Nie zabrakło przedstawicieli Fundacji Gdyński Most Nadziei, którzy przeprowadzili akcję „Odważni Wygrywają – profilaktyka raka jądra”.

Piknik rozpoczął się chwilę po godz. 11. Festyn otworzył prof. Jacek Bigda, p.o. dyrektora Biura Rektora ds. Strategii i Współpracy Międzynarodowej. – Serdecznie zapraszam do wykonania badań – podkreślił. – Pamiętajmy, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Najwięcej osób odwiedziło stoiska kardiologiczne i diabetologiczne. Lekarze mierzyli poziom cholesterolu i cukru we krwi oraz podpowiadali co zrobić, aby długo cieszyć się zdrowiem. Oblegany był również namiot stomatologów, gdzie można było zrobić bezpłatny przegląd stomatologiczny oraz dowiedzieć się jak prawidłowo dbać o higienę zębów. Po badaniu dorośli mogli przekąsić marchewkę i jabłko, a dzieci dostawały dyplomy i szczoteczki do mycia zębów. Wielu piknikowych gości zdecydowało się na pomiar ciśnienia w namiocie Zakładu Nadciśnienia Tętniczego oraz wykonanie pomiaru zawartości tkanki tłuszczowej na stoisku Zakładu Żywienia Klinicznego. Na nim studen-

ci wraz z przedstawicielami firmy SUNRA zachęcali do przygotowywania smacznych i zdrowych koktajli. Dużym powodzeniem cieszyły się prezentacje studentów z IFMSA-Poland, którzy próbowali oswoić najmłodszych uczestników imprezy z białym fartuchem. Dzięki misiom podarowanym przez Polpharmę studenci mogli zorganizować Szpital Pluszowego Misia w terenie, zabawę polegającą na badaniu maskotek. Badając misie przekonywali najmłodszych, że wizyta u lekarza nie jest niczym strasznym. Pielęgniarki pediatryczne mierzyły i ważyły najmłodszych, a studentki z Koła Pediatrycznego przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii mówiły o faktach i mitach związanych ze szczepieniami. Studenckie Koło Naukowe Diabetologii Dziecięcej sprawdzało stężenie glukozy u najmłodszych oraz zachęcało do uprawiania sportu. O przewlekłej chorobie nerek informowali lekarze z Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. Na ich stoisku można było wykonać podstawowe badanie moczu. Po raz pierwszy, dzięki funduszom przekazany przez EDF Polska SA, udało się zakupić automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED – *automated external defibrillator*) i przeprowadzić akcję edukacyjną wśród zainteresowanych. Szkolenie przeprowadzili członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Defibrylator został przekazany dla Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Już dziś wiadomo, że w najbliższym czasie akcja szkoleniowa zostanie przeprowadzona na terenie jednej z galerii handlowej w Gdańsku. Centrum Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. na swoim stoisku wykonywało pomiary stężenia glukozy we krwi i ciśnienia tętniczego. Nie zabrakło pomiaru wagi ciała, tkanki tłuszczowej ciała, w tym tkanki wisceralnej, wyliczania BMI i wieku biologicznego. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Gdańsku wskazywał na konieczność wykonywania regularnych badań mammograficznych i cytologicznych, a Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej zachęcało do rzucenia nałogu tytoniowego i do picia wody z kranu. Katedra i Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej informowała pacjentki o metodach antykoncepcji i o podstawowych badaniach jakie świadoma kobieta powinna wykonywać. Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego informował ciężarne panie jak przygotować się do cudu narodzin oraz co zabrać ze sobą do szpitala. Z instrukcją obsługi noworodka, czyli jak pielęgnować i karmić małe dziecko zaprezentowało się Studenckie Koło Naukowe Neonatologii. Jego przedstawiciele udzielali informacji jak przygotować się do przyjęcia nowego członka rodziny, edukowali z zakresu stanów fizjologicznych w okresie noworodkowym, prowadzili warsztaty prawidłowej pielęgnacji i opieki nad noworodkiem. Przedstawiciele Zakładu Fizjoterapii zapoznawali chętnych z praktyczną wiedzą o narządzie ruchu, natomiast studenci z SKN „Fizjoterapia w pediatrii” wskazywali dorosłym na wady postawy ich pociech oraz prezentowali ciekawe formy aktywności ruchowej dla najmłodszych. Po raz drugi w Pikniku udział wzięło Studenckie Koło Ultrasonografii przy Pracowni Ultrasonograficznej i Biopsyjnej Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii. Studenci wykonywali badanie USG tarczycy. Jeszcze przed rozpoczęciem Pikniku mieli wydane numerki z kolejnością pa-

cientów. Ostatni pacjent opuścił kozetkę długo po zakończeniu imprezy. Nie zabrakło też Studenckiego Koła Naukowego Prawa Farmaceutycznego przy Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie, którego członkowie uświadamiali niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem leków i suplementów diety niewiadomego pochodzenia.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się prezentacje farmaceutów. Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej wraz ze studentami z SKN „ISPE-Farmacja Przemysłowa” prezentowała wybrane substancje pomocnicze przy sporządzaniu maści i kremu, a Katedra Biofarmacji i Farmakodynamiki uświadamiała czego można dowiedzieć się od farmaceuty w aptece. Tak jak w ubiegłym roku SKN Medycyny Ratunkowej przy Katedrze i Klinice Medycyny Ratunkowej urządziło pokaz udzielania pierwszej pomocy oraz symulację wypadku nad wodą z udziałem służb ratunkowych i Wodnym Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym. Tym razem pijany turysta zaczął topić się w jeziorze. Szybka akcja ratunkowa uratowała mu życie. Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych przygotowało prezentację związaną ze słownictwem i zwrotami przydatnymi w nagłych przypadkach za granicą – w językach angielskim, francuskim, niemieckim i hiszpańskim. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Onkologii i Radioterapii przekazywało wiedzę o profilaktyce i leczeniu najczęściej występujących nowotworów. Czy sinice są jadalne? Na to pytanie próbowali odpowiedzieć pracownicy Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej. Zaprezentowali hodowlę cyjanobakterii z rodzaju *Arthrospira* oraz częstowali chętnych produktami zawierającymi jadalne sinice. Na stoisku Zakładu Mikrobiologii Jamy Ustnej można było uzyskać poradę dotyczącą diagnostyki grzybic, zbadać pH śliny oraz zobaczyć pod mikroskopem drobno-ustroje jamy ustnej. Dla dzieci zorganizowano konkurs *Jak wygląda bakteria*. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii udzielała porad z zakresu reumatologii oraz mierzyła ciśnienie. O częstych chorobach neurologicznych opowiadali przedstawiciele Studenckiego Koła Naukowego Neurologii przy Klinice Neurologii Dorosłych. Edukację w zakresie rozpoznawania objawów udaru mózgu, profilaktyki udaru mózgu oraz leczenia trombolitycznego przeprowadzili pracownicy Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego i Kliniki Neurologii Dorosłych. Studenckie Koło Naukowe Chirurgii Klatki Piersiowej zaprezentowało fakty i mity dotyczące e-papierosa oraz przeprowadziło warsztaty o wpływie palenia papierosów na wydolność organizmu. Na stoisku Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu chętni mogli zbadać swoje stopy czy nie mają podoskopia oraz dowiedzieć się czegoś więcej o profilaktyce, diagnostyce i leczeniu chorób stóp. W trosce

o zdrowie mężczyzn na Pikniku pojawili się urolodzy. Forum Analityków Medycznych zachęcało do profilaktyki zdrowotnej poprzez regularne wykonywanie podstawowych badań laboratoryjnych. Zwracano uwagę na problem cukrzycy i schorzeń nerek jako chorób o długim i bezobjawowym przebiegu. Obłożenie przeżywało stoisko przygotowane przez Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Okulistyki. Wykonywano badanie dorosłych pod kątem jaskry z użyciem lampy szczelinowej i tonometru bezkontaktowego oraz dzieci przez zabawę przy użyciu tablic Snellena, lampy szczelinowej oraz tablic Ishihary (diagnostyka ślepoty na barwy). Co zrobić kiedy dziecko boli głowa? Opowiadali o tym przedstawiciele Kliniki Neurologii Rozwojowej. Udzielali także informacji na temat padaczki, bólu głowy u dzieci, zaburzeń zachowania i emocji. Na Pikniku nie zabrakło także Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, POZ i Medycyny Pracy oraz Kliniki Rehabilitacji. Ci pierwsi wykonywali pomiar stężenia glukozy i cholesterolu we krwi, ciśnienia tętniczego oraz udzielali porad lekarskich. Na stoisku Kliniki Rehabilitacji udzielano porad fizjoterapeutycznych, przeprowadzano instruktaż w zakresie profilaktyki i terapii bólów krzyża. O jadalnych szczepionkach, zabezpieczeniu organizmu przed groźnymi bakteriami i wirusami w przyjemniejszy niż dotychczas sposób opowiadali przedstawiciele Katedry Biotechnologii Medycznej z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed. Prezentowali metody zapobiegania wrzodom żołądka wywoływanym przez *Helicobacter pylori*. Być może już niedługo lekarze i dietetycy dostaną nową broń w walce z tym schorzeniem w postaci jadalnej szczepionki.

Dzięki pozyskanym na Piknik środkom udało się zakupić automatyczny defibrylator, 8 ciśnieniomierzy, 3 aparaty do pomiaru cholesterolu, 3 wagi ze wzrostomierzami i centymetrem elektronicznym, pulsoksymetr, fantom Baby Anne, dynamometr gruszkowy, model szkieletu, deskorolkę okrągłą i matę integracyjną. Sponsor – Accu Check podarował Uczelni także 10 glukometrów.

Serdecznie dziękuję za udział w IX Pikniku na Zdrowie. Szczególne podziękowania kieruję do osób bezpośrednio zaangażowanych w organizację stoisk. Gdyby nie Państwa aktywność, imprezy nie udałoby się przeprowadzić. Serdecznie dziękuję ekipom technicznym, dzięki którym Piknik przebiegł bez żadnych zakłóceń. Podziękowania kieruję także w stronę Sylwii Ścisłowskiej, fotografa Zbyszka Wszeborskiego i kolegów z Sekcji ds. Projektów Internetowych.

Jolanta Świerczyńska,
Sekcja Informacji i Promocji

Coraz wyżej w klasyfikacji

Marta Stachowicz, studentka VI roku farmacji uczestniczyła w dniach 28-31 maja br. w Wiedniu w Mistrzostwach Europy w Aerobiku Sportowym i Fitness. Do rywalizacji o miano najlepszych stanęło 787 zawodników z 11 europejskich państw. Zawody rozegrano w trzech kategoriach wiekowych: kadetów, juniorów i seniorów. Do walki o medale w kategorii seniorów przystąpiło 174 zawodników, w tym Marta Stachowicz, aktualna złota medalistka Akademickich Mistrzostw Polski. Podopieczna mgr Anety Korewo zaprezentowała bardzo wymagający układ i w generalnej punktacji uplasowała się na 14 pozycji, co aktualnie jest najlepszą lokatą solistki w zawodach rangi międzynarodowej. Dwóch sędziów uznało, że zawodniczka GUMed powinna być dużo wyżej i przyznało jej wysokie 9 miejsce. To dobrze rokuje na przyszłość, ponieważ Marta Stachowicz planuje dalszą edukację w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym na studiach doktoranckich.



Kadry GUMed

Tytuł profesora otrzymał

prof. dr hab. Piotr Trzonkowski

Na stanowisku starszego wykładowcy została zatrudniona

dr n. med. Bożena Soroka-Letkiewicz

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

25 lat

mgr Hanna Myszkowska
dr hab. Piotr Siondalski

30 lat

mgr inż. Sławomir Zalewski

40 lat

Grażyna Miętkiewicz

Zmiany w pełnieniu funkcji kierowników jednostek organizacyjnych:

- z dniem 14.06.2014 r. dr n. med. Małgorzata Michalska zakończyła pełnienie funkcji p.o. kierownika Zakładu Ochrony Środowiska i Higieny Transportu;
- z dniem 15.06.2014 r. dr hab. Katarzynie Zorenio powierzono funkcję kierownika Zakładu Ochrony Środowiska i Higieny Transportu;
- z dniem 1.06.2014 r. prof. dr hab. Zbigniewowi Śledzińskiemu powierzono funkcję kierownika Katedry Chirurgii Ogólnej.

Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

20 lat

dr n. med. Bogumiła Cynowska
prof. Ewa Jassem
Joanna Kwiatkowska
Małgorzata Wika-Czarnowska

25 lat

Zdzisław Ciesielski
Grażyna Cukierska
mgr Katarzyna Pankiewicz

30 lat

Grażyna Lewańczyk
Jolanta Szymichowska
mgr piel. Grażyna Waleńska

35 lat

Wiesława Gryś
Maria Zblewska

40 lat

Bożena Ryng

Bieganie motywuje, relaksuje i integruje



str. 39

Blisko 80 lekarzy i lekarzy dentyistów wraz z rodzinami, a także studentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wzięło udział w IV Gdańskim Biegu Lekarzy, który odbył się 26 kwietnia br. Impreza została zorganizowana pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Zawody, podobnie jak w poprzednich latach, odbyły się na terenie Parku Nadmorskiego im. Ronalda Reagana w Gdańsku. Biegacze mieli możliwość rywalizowania na dwóch dystansach – bieg główny na 10 km (4 okrążenia) oraz dla mniej zaawansowanych biegaczy o połowę krótszy wariant trasy. Podczas pokonywania pętli uczestnicy musieli zmierzyć się z nawierzchnią szutrową, utwardzoną kostką brukową oraz podczas krótkich odcinków z wymagającym sykiem piaskiem.

W tym roku, oprócz nieco zmodyfikowanej trasy biegu głównego, po raz pierwszy wprowadzono też oddzielne klasyfikacje medalowe dla lekarzy, członków rodzin lekarskich oraz studentów. W imprezie wzięło udział więcej sportowców niż w poprzednich edycjach, a na linii startu i mety słychać było owacje i oklaski od znacznie większej liczby kibiców. Nie zawiodła również słoneczna pogoda, która dodała energii biegaczom i uprzyjemniła kibicowanie pozostałym gościom.

Na uczestników sportowej zabawy czekały pamiątkowe smycze oraz koszulki, a dla najlepszych w poszczególnych kategoriach medale i nagrody ufundowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku i Gdański Uniwersytet Medyczny.

Imprezie towarzyszyła rodzinna atmosfera oraz muzyka przygotowana przez skład WeHaveCookies, która przyciągnęła w okolice trasy zainteresowanych wydarzeniem sobotnich spacerowiczów.

Podczas przygotowań do wydarzenia i jego realizacji nie zabrakło również kole-

Klasyfikacja w kategoriach

10 km mężczyzn

Lekarze:

1. Tadeusz Bizewski
2. Łukasz Romanowski
3. Rafał Mackiewicz

Rodziny lekarskie:

1. Marcin Pacek
2. Michał Śreniawa-Pisarski
3. Grzegorz Konat

Studenci:

1. Michał Kietboń
2. Oliver Sowulewski
3. Krzysztof Kucharski

10 km kobiet

Lekarze:

1. Hanna Muerau-Nowicka
2. Małgorzata Stojanowska
3. Sylwia Zalewska-Jędrzycka

Rodziny lekarskie:

1. Anna Paprocka
2. Emilia Musiatowicz
3. Aleksandra Miszkiewicz

Studenci:

1. Magdalena Hełminiak
2. Agata Łukasik
3. Zuzanna Duda

5 km mężczyzn

Lekarze:

1. Adam Czerwiński
2. Patryk Sienkiewicz
3. Mariusz Kargol

Rodziny lekarskie:

1. Marcin Paprocki
2. Stanisław Greczyło
3. Jakub Panfil

5 km kobiet

Lekarze:

1. Oktawia Zacharek
2. Anna Ingielewicz
3. Ewa Greczyło

Studenci:

1. Ewelina Kietboń
2. Anna Benkowska
3. Natalia Cwalina

żeńskej pomocy ze strony Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wielkie ukłony należą się uczestnikom za wyborną rywalizację i promocję zdrowego stylu życia oraz tak wspaniałego sportu jakim jest bieganie. Organizatorzy serdecznie dziękują za doskonałą atmosferę i dobrą zabawę stworzoną przez gości oraz zapraszają na jesienną edycję biegu.

Mamy nadzieję, że z każdą następną imprezą będzie nas coraz więcej.

lek. Łukasz Skorupa,
Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej

Sylwetki nowych profesorów tytularnych

Prof. dr hab. Małgorzata Myśliwiec

wywiad przeprowadził
prof. Wiesław Makarewicz

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

Dyplom lekarza medycyny uzyskałam w 1990 roku. Zgodnie z zainteresowaniem w czasie studiów pediatrią, pracę zawodową rozpoczęłam w 1990 roku jako lekarz w Poradni Dziecięcej Przychodni Rejonowej w Gdańsku. Przepracowałam tam 5 lat, realizując jednocześnie szkolenie podyplomowe oraz staż specjalizacyjny z pediatrii. Przed południem odbywałam staże specjalizacyjne w klinikach pediatrycznych, a po południu pracowałam w Poradni Dziecięcej. Ten czas pozwolił mi na zetknięcie się z medycyną pozakliniczną. Jako młody lekarz pracując w poradni dziecięcej musiałam podejmować samodzielnie decyzje, które dotyczyły postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorego dziecka. Ten rodzaj pracy zmusił mnie do szybkiego przyswajania wiedzy ogólnopediatrycznej, która procentuje do dziś.

Moja przygoda z diabetologią i endokrynologią dziecięcą rozpoczęła się przypadkowo. Początkowo każdy wolny czas spędzałam na oddziale chemioterapii dziecięcej w Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii, którym kierowała prof. Anna Balcerska. Swoją przyszłość zawodową wiązałam początkowo z onkologią dziecięcą. Pewnego dnia prof. Balcerska zaproponowała mi pracę w Wojewódzkiej Poradni Diabetologicznej, tłumacząc potrzebę mojego zatrudnienia w poradni o profi-



lu diabetologicznym znacznym wzrostem liczby zachorowań na cukrzycę wśród dzieci i młodzieży w województwie pomorskim. Od początku mojej pracy zawodowej prof. Balcerska była dla mnie ogromnym autorytetem i podjęcie pracy w nieznanej mi jeszcze wówczas dziedzinie medycyny potraktowałam jako wyzwanie. W tym miejscu pragnę mocno podziękować prof. Balcerskiej za ukierunkowanie moich zainteresowań w stronę diabetologii i endokrynologii dziecięcej. Obie dziedziny medycyny stały się dla mnie prawdziwą pasją i możliwością samorealizacji w zawodzie lekarza.

W następnych latach pracy zawodowej uzyskałam I i II stopień specjalizacji z pediatrii, II stopień specjalizacji z endokrynologii oraz II stopień specjalizacji z diabetologii. Stopniowe doskonalenie w pracy zawodowej przeplatało się z działalnością naukową, której podsumowaniem był stopień naukowy doktora uzyskany w 1999 roku oraz stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w dziedzinie endokrynologii uzyskany decyzją Rady Wydziału Lekarskiego w 2009 roku. Kolejnymi etapami drogi naukowej było uzyskanie w Uczelni stanowiska profesora nadzwyczajnego w 2011 roku oraz nadanie w 2013 r. przez Prezydenta RP tytułu profesora w dziedzinie medycyny.

Kto w pierwszym rzędzie był Pani mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana zawodu i działalności naukowej?

Po ukończeniu w 1984 roku Liceum Ogólnokształcącego im. Stefana Żeromskiego w Bartoszycach rozpoczęłam studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Medycyna zwyciężyła z naukami ścisłymi – matematyką i fizyką, które mocno mnie fascynowały. Mój wspaniały nauczyciel matematyki prowadził ze mną indywidualny program nauczania, znacznie przekraczający obowiązujący w liceum program. Nie żałuję decyzji wyboru studiów



Uroczystość wręczenia nominacji w Pałacu Prezydenckim (listopad 2013 r.)

medycznych, a matematyka pomaga mi logicznie myśleć w codziennej pracy zawodowej, zarówno klinicznej, jak i naukowej.

Pragnę bardzo mocno podkreślić ogromną rolę prof. Balcerskiej w stworzeniu mi możliwości rozwoju diabetologii i endokrynologii dziecięcej w obrębie Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii. Droga do utworzenia istniejącej od roku samodzielnej Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii była procesem na który złożyło się wiele zmian i decyzji. Najpierw w 2006 r. w Klinice Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Endokrynologii został utworzony z moim udziałem Oddział Diabetologii Dziecięcej. Początkowo był to tylko oddział 5-łożkowy, a następnie wraz z dynamicznym wzrostem zachorowań dzieci na cukrzycę w województwie pomorskim Oddział został rozszerzony o kolejne 5 łóżek. Mieścił się początkowo w nieistniejącym już budynku nr 39, a następnie w budynku nr 18. W tym samym czasie na Oddziale Endokrynologii Dziecięcej, pomimo fatalnych warunków lokalowych, w budynku nr 18 było hospitalizowanych rocznie ponad 1000 dzieci ze schorzeniami gruczołów wydzielania wewnętrznego. Mimo tak niedogodnych warunków lokalowych personel lekarsko-pielęgniarski przetrwał ten trudny okres. Prowadzony w Uczelni program modernizacji objął remont części budynku nr 2 i 3 na potrzeby Oddziału Diabetologii i Endokrynologii Dziecięcej. Pozwoliło to na wyodrębnienie samodzielnej Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii z dotychczasowej struktury Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii. Słowa podziękowania i głębokiej wdzięczności pragnę skierować pod adresem władz Uczelni – rektora Janusza Morysia i Szpitala – dyrektora Ewy Książek-Bator, jak też władz państwa w osobach marszałek Sejmu Ewy Kopacz i premiera Donalda Tuska, którzy sfinansowali ten remont ze środków rezerwy budżetu państwa. Obecnie Klinika udziela miesięcznie 2500 specjalistycznych endokrynologicznych i diabetologicznych porad ambulatoryjnych oraz hospitalizuje ponad 200 pacjentów. Rodzice naszych małych pacjentów są zachwyceni warunkami lokalowymi Kliniki, a dzieci często proszą o przedłużenie hospitalizacji, pomimo że leczenie cukrzycy wiąże się z częstymi ukłuciami dla dokonania pomiaru glikemii i podawania insuliny.

Jednocześnie wraz z rozwojem Kliniki starałam się rozwijać pracę naukową. Prof. Anna Balcerska pozwalała mi na samodzielne poszukiwanie i wprowadzanie najlepszych metod diagnostycznych i terapeutycznych u dzieci z rozpoznaną cukrzycą. W 2004 roku po raz pierwszy na świecie podjęłam wraz z zespołem pielęgniarskim Oddziału Diabetologii Dziecięcej próbę zastosowania osobistej pompy insulinowej u dwóch 7-tygodniowych niemowląt z rozpoznaną przetrwałą cukrzycą noworodkową i z wagą poniżej 3 kg, która została zakończona sukcesem. Obecnie metoda insulinoterapii przy pomocy osobistej pompy insulinowej stała się metodą leczenia z wyboru zarówno w Polsce, jak i na świecie w grupie dzieci najmłodszych. Gdański ośrodek diabetologiczny jest jednym z wiodących ośrodków w Polsce w zastosowaniu terapii pompowej u dzieci. Corocznie od 100 do 130 osobistych pomp insulinowych jest podłączanych u dzieci z cukrzycą na Oddziale Diabetologii Dziecięcej UCK w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (ŚOK).

W mojej pracy zawodowej mam znakomitą okazję do współpracy z wieloma wybitnymi lekarzami, a kontakty z nimi również często wykraczają poza grunt ściśle zawodowy. Prof. Przemysław



Uroczystość otwarcia Klinik Pediatrycznych, w tym Oddziału Diabetologii Dziecięcej (wrzesień 2013 r.)

sław Jarosz-Chobot z Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego była moim mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana diabetologii dziecięcej, a prof. Wojciech Młynarski z Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Endokrynologii Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego wprowadził mnie w tajniki działalności naukowej w tej dziedzinie. Prof. Jarosz-Chobot pokazała mi prawdziwe problemy związane z opieką nad dziećmi chorymi na cukrzycę. Dostrzegałam te problemy i oprócz pracy ściśle zawodowej i naukowej, podjęłam kroki organizacyjne, poszukując najlepszych rozwiązań diagnostycznych i terapeutycznych w dziedzinie diabetologii dziecięcej.

Co jest aktualnie głównym przedmiotem Pani zainteresowań naukowych i zawodowych?

Interesuje mnie nie tylko poszukiwanie nowych metod terapeutycznych u dzieci już chorych na cukrzycę typu 1, ale także



W Pałacu Prezydenckim z synem Arturem

u dzieci z grupy ryzyka zachorowania na tę chorobę, z uwzględnieniem czynników immunologicznych, które mają wpływ zarówno na rozwój choroby, jak również na rozwój późnych powikłań naczyniowych.

W pracy naukowej uzyskałam duże wsparcie od profesorów naszej Uczelni różnych specjalności. Od roku 2002 prowadzę badania wspólnie z prof. Jolantą Myśliwską z Zakładu Immunologii oraz z prof. Krystyną Raczyńską z Kliniki Okulistyki nad rolą cytokin prozapalnych i przeciwzapalnych w rozwoju nefropatii i retinopatii cukrzycowej. Owocem tej współpracy była moja rozprawa habilitacyjna, która na wniosek recenzentów spotkała się z wyróżnieniem przez Radę Wydziału Lekarskiego. Szczególnie pragnę podkreślić wspólną współpracę z dr hab. Katarzyną Zoreną. Pracę naukową traktowałyśmy jako pasję, kolejne doniesienia zjazdowe i publikacje były wynikiem licznych naszych dyskusji nad poszukiwaniem mechanizmów rozwoju mikroangiopatii cukrzycowej. Nasza ponad 10-letnia współpraca jest przykładem nie tylko osiągnięć naukowych i klinicznych uzyskiwanych dzięki interakcji klinicysty z immunologiem, ale doprowadziła również do zawiązania przyjaźni rodzinnych.

Pani działalność organizacyjna kojarzy mi się najbardziej z wprowadzeniem refundacji osobistych pomp insulinowych wykorzystywanych do leczenia cukrzycy u dzieci.

Jako członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia uczestniczyłam w licznych spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, podczas których przedstawiałam najlepsze rozwiązania w systemie opieki nad dziećmi chorymi na cukrzycę. Problem cukrzycy typu 1, choroby przewlekłej, nadal nieuleczalnej, dostrzegła marszałek Ewa Kopacz, pełniąca wówczas funkcję ministra zdrowia. Te liczne moje spotkania w Ministerstwie Zdrowia zakończyły się wprowadzeniem refundacji najlepszej obecnie metody insulinoterapii za pomocą osobistej pompy insulinowej. Aby lepiej zobrazować tę zmianę powiem, że dziecko chore na cukrzycę leczone osobistą pompą insulinową mogło zredukować liczbę ukłuć ze 130-150 do 7-8 w ciągu miesiąca! Następnym krokiem i rezultatem rozmów w Ministerstwie Zdrowia było wprowadzenie refundacji zakupu osobistych pomp insulinowych u chorych na cukrzycę do 26 roku życia oraz powołanie tak długo oczekiwanego nowego stanowiska – edukatora do spraw diabetologii, który w roku 2011 został wpisany do Taryfikatora Kwalifikacyjnego stanowisk medycznych. W ciągu 2 lat zostało wykształconych 700 edukatorów diabetologicznych, którzy wchodzi w skład zespołu diabetologicznego zajmującego się leczeniem osób chorych na cukrzycę. Środowisko diabetologów i endokrynologów w tym czasie doceniło moją aktywność organizacyjną, zawodową i naukową. Wybrano mnie w 2012 r. na przewodniczącą Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Z ramienia Towarzystwa starałam się o realizację coraz lepszych rozwiązań dotyczących systemu opieki diabetologicznej nad dziećmi chorymi na cukrzycę w Polsce. Obecnie na ostatnim etapie prac w Ministerstwie Zdrowia jest wprowadzenie do systemu opieki medycznej NFZ porady edukacyjnej oraz refundacji w wybranych grupach pacjentów chorych na cukrzycę systemu ciągłego monitorowania glikemii, który pozwoliłby pacjentowi na stały wgląd w poziom glukozy we krwi i możliwość prawidłowego korygowania dawki insuliny oraz uzyskanie dzięki temu prawidłowego wyrównania metabolicznego cukrzycy. Obecnie dzieci chore na cukrzycę muszą nakłuwać



Prof. Małgorzata Myśliwiec z zespołem pracowników Kliniki

opuszki palców kilkanaście razy dziennie w celu uzyskania informacji o poziomie glukozy i podjęcia odpowiedniej decyzji terapeutycznej.

Kolejnym ważnym przedmiotem moich badań, które prowadzę we współpracy z Łódzkim Uniwersytetem Medycznym oraz Śląskim Uniwersytetem Medycznym, jest diagnostyka i klasyfikacja cukrzycy w populacji wieku rozwojowego. Tradycyjna klasyfikacja cukrzycy wyodrębnia tylko cukrzycę typu 1 oraz typu 2 oraz tzw. grupę innych określonych typów cukrzycy. Na podstawie przeprowadzonych badań biochemicznych, immunologicznych i genetycznych wyodrębniono grupę cukrzyc monogenowych. Współpraca naukowa z ośrodkiem łódzkim i śląskim zaowocowała wynikami wskazującymi, że przeważająca większość pacjentów posiadających jedną z form cukrzycy monogenowej była dotychczas błędnie klasyfikowana jako cukrzyca typu 1 lub 2. Dokładniejsza analiza przebiegu klinicznego cukrzycy, jak i wyników biochemicznych i immunologicznych podważyła dotychczasowe rozpoznanie typu cukrzycy u poszczególnych chorych dzieci. Ma to istotne implikacje terapeutyczne. W większości przypadków po zdiagnozowaniu monogenowego podłoża choroby możliwa jest modyfikacja leczenia i nie zawsze konieczna jest insulinoterapia. Z powodzeniem można zastosować leki doustne z grupy pochodnych sulfonilomocznika u pacjentów z potwierdzoną mutacją w obrębie podjednostek Kir6.2 kanału potasowego oraz w przypadku cukrzycy typu MODY3, a u pacjentów z rozpoznaną cukrzycą MODY2 często skuteczne jest leczenie dietetyczne. W uznaniu mojej pracy dotyczącej zaburzeń funkcji kanału potasowego w wyniku mutacji podjednostki Kir6.2 zostałam zaproszona do napisania rozdziału *Modulator sof K⁺ channels in diabetology* do książki pt. *Potassium channels as a target for clinical therapeutics* pod redakcją prof. Ivana Kociča.

Ostatnie lata mojej pracy naukowej i zawodowej skoncentrowane są głównie wokół poszukiwania metod terapeutycznych u dzieci z grupy ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 1 lub będących we wczesnym okresie diagnozowania choroby, kiedy jeszcze część komórek β trzustki prawidłowo funkcjonuje. Zaburzenia tolerancji immunologicznej są jedną z najważniejszych przyczyn rozwoju cukrzycy typu 1. Od niedawna wiadomo, że jedną z podstawowych populacji komórek, które biorą udział w tym procesie są limfocyty T regulatorowe CD4⁺CD25⁺ (Treg). Wyniki badań prowadzonych wspólnie z wspaniałymi naukowcami – prof. Piotrem Trzonkowskim z Zakładu Immunologii Kli-

nicznej i Transplantologii oraz dr hab. Natalią Marek-Trzonowską z Zakładu Medycyny Rodzinnej wskazują, że ich niedobór lub zaburzona funkcja immunosupresyjna jest powodem rozwoju reakcji autoimmunologicznych skierowanych przeciw wyspom trzustki. Logicznym wydaje się być, że zwiększenie liczby Treg lub pobudzenie ich funkcji może spowodować znaczne zwolnienie procesu autoimmunologicznego u pacjenta, a w konsekwencji może przesunąć początek wystąpienia objawów klinicznych lub nawet zatrzymać ten proces. Jestem głównym koordynatorem części klinicznej projektu *Terapia komórkowa cukrzycy typu 1 w oparciu o namnożone sztucznie limfocyty regulatorowe CD+CD25+CD127-*. Polega on na podjęciu próby podania namnożonych wcześniej autologicznych limfocytów Treg pacjentom w bardzo wczesnej fazie rozpoznania cukrzycy typu 1. Projekt jest nowatorski, obejmuje zaprojektowanie i zoptymalizowanie warunków hodowli i separacji limfocytów Treg, dzięki czemu z niewielkiej liczby tych komórek po separacji udało się zwielokrotnić ich liczbę 100-1000 razy i uzyskać około 1 miliarda komórek. Celem Projektu jest opracowanie i wprowadzenie do leczenia nowatorskiej, pierwszej na świecie, terapii komórkowej w leczeniu cukrzycy typu 1 w okresie *prediabetes*. Uzyskano już pierwsze obiecujące wyniki badań. W 12 miesięcy po podaniu namnożonych limfocytów Treg u wszystkich 18 pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 1 wykazano lepiej zachowaną funkcję komórek β trzustki mierzoną poziomem C-peptydu w porównaniu do grupy pacjentów, która nie otrzymała limfocytów Treg. Dobowe dawki insuliny w grupie dzieci, u których zastosowano terapię komórkową są istotnie niższe, a 3 pacjentów nie wymagało podaży insuliny. Pierwsze wyniki badań budzą nadzieję, że być może podanie tych komórek w okresie *prediabetes* zatrzyma lub przynajmniej zwolni proces niszczenia wysp trzustkowych przez autoagresywne limfocyty T w okresie poprzedzającym wystąpienie klinicznych objawów cukrzycy. Projekt został doceniony, zwyciężył w IV edycji konkursu organizowanego przez *Puls Medycyny* w 2012 roku na wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia. Zajął I miejsce spośród 20 zgłoszonych do konkursu projektów. Recenzenci podkreślali wyjątkowość pomysłu, zaznaczyli, że jest to pierwsza tego typu szczerpionka na świecie użyta w próbie klinicznej u dzieci z cukrzycą typu 1, dająca nadzieję na zastosowanie jej także w innych chorobach o podłożu autoimmunologicznym. Projekt został doceniony również przez Wydział Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk i uzyskał w 2013 r. główną nagrodę zespołową. Niedawno uzyskaliśmy również wspaniałą wiadomość uzyskania grantu STRATEGMED na dalsze badania w tym kierunku.



Obrona pracy doktorskiej lek. Marty Buraczewskiej; w pierwszym rzędzie od lewej prof. Przemysław Jarosz-Chobot, od prawej prof. Piotr Trzonkowski, prof. Wojciech Miynarski

Jakie jest Pani zaangażowanie proces dydaktyczny w naszej Uczelni? Czy jest Pani zadowolona z programu i organizacji nauczania Pani przedmiotu?

Od początku mojej pracy zawodowej w Uczelni byłem mocno zaangażowana w dydaktykę. Miałam przyjemność prowadzenia ćwiczeń, wykładów, seminariów dla studentów wszystkich wydziałów naszej Uczelni. Praca z młodymi ludźmi przynosi mi wielką satysfakcję. Bardzo pozytywnie oceniam postawę i zaangażowanie studentów. W moich kontaktach z młodzieżą staram się przekazać im wiedzę praktyczną, przede wszystkim umiejętność oceny stanu ogólnego chorego i kierowania swojego myślenia na właściwy tor diagnostyczno-terapeutyczny. Współpraca z dziekanem prof. Marią Dudziak i prorektorami: prof. Leszkiem Bieniaszewskim i prof. Marcinem Gruchałą jest wzorowa i wszystkie problemy związane z programem i organizacją nauczania w zakresie diabetologii i endokrynologii dziecięcej na naszej Uczelni są na bieżąco rozwiązywane z korzyścią dla wszystkich stron.

Wyrazem uznania dla mojej pracy dydaktycznej było powołanie mnie przez Ministra Zdrowia do zespołu ekspertów, którego celem jest opracowanie ramowego programu nowo utworzonej specjalizacji z endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz powołanie mnie przez Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego do zespołu ekspertów opiniującego czy dana jednostka spełnia warunki i jest uprawniona do ubiegania się o akredytację do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej

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

Jednym z największych osiągnięć w moim życiu zawodowym i naukowym jest doprowadzenie do powstania w strukturach Uczelni Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, którą mam przyjemność kierować. Mimo iż Klinika istnieje w strukturach Uczelni dopiero od roku, wyniki oceny parametrycznej pozwoliły ją już zakwalifikować do kategorii A na rok 2014. Uzyskała średnią E=100,50 punktów i tym samym jako jednostka organizacyjna znajduje się na 7 pozycję wśród 138 jednostek funkcjonujących w strukturach GUMed. Podobnie w strukturach szpitalnych Klinika jest jedną z najlepiej bilansujących się finansowo jednostek.

W życiu codziennym największą satysfakcję czerpię z bezpośredniego kontaktu z pacjentem i jego rodziną. Na początku mojej pracy zawodowej jeździłam na kolonie razem z dziećmi chorymi na cukrzycę i ich rodzicami. Były one dla mnie kopalnią wiedzy na temat codziennych problemów związanych z samokontrolą choroby, z trudnościami jakie powoduje oraz inspiracją do poszukiwaniem lepszych metod leczenia.

Bardzo dużo satysfakcji czerpię z pracy z młodymi lekarzami. Sukcesy, jakie odnosi Klinika są wynikiem wspaniałej pracy lekarzy zarówno zaawansowanych zawodowo, jak i tych młodych, stawiających pierwsze kroki w życiu zawodowym i naukowym. Każda zakończona pod moim kierunkiem rozprawa doktorska dodaje mi skrzydeł do dalszej pracy. Kształcenie młodej kadry naukowej zaowocowało ukończonymi pod moim kierunkiem 5 przewodami doktorskimi, w tym 4 z wyróżnieniem oraz 5 przewodami doktorskimi będącymi w realizacji.



Prof. M. Myśliwiec z mężem Dariuszem i córką Karoliną na wakacjach nad Morzem Egejskim

Jakie ma Pani marzenia i plany na najbliższą przyszłość?

Moim marzeniem jest dalszy rozwój nowo powstałej Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii. Pragnę nadal kształcić naukowo i zawodowo moich asystentów w diabetologii i endokrynologii dziecięcej. Stymulować ich rozwój naukowy i prowadzić do uzyskiwania nowych stopni naukowych, w tym doktora habilitowanego nauk medycznych. Największym moim marzeniem jest wypracowanie pod kierunkiem prof. Piotra Trzonkowskiego i wprowadzenie w polskich warunkach skutecznej metody immunoterapii, która pozwoli pacjentom zagrożonych rozwojem cukrzycy typu 1 jak najdłużej żyć bez konieczności insulinoterapii. Tak więc moje dalsze plany związane są przede wszystkim z pracą nad prewencją cukrzycy u dzieci we współpracy z prof. Piotrem Trzonkowskim i z innymi ośrodkami w Polsce i na świecie.

Chciałbym jeszcze zapytać o rodzinę i zainteresowania pozazawodowe Pani Profesor. Jak Pani odpoczywa?

Poza miłością do medycyny jest jeszcze w moim życiu osobistym miejsce na trzy miłości: do męża Dariusza, nauczyciela matematyki; syna Artura, studenta filologii angielskiej i córki Karoliny, uczennicy VI klasy szkoły podstawowej. Przez 24 lata miłość męża, jego wyrozumiałość, wsparcie na każdym etapie mojej kariery zawodowej i naukowej dawała mi siłę i idealne warunki do samorealizacji zawodowej.

Spełnienie rodzinne pozwoliło mi na pokonywanie licznych przeszkód i realizację zawodowych celów i marzeń. Dziś, udzielając tego wywiadu, czuję się osobą spełnioną pod każdym względem, zarówno rodzinnym, jak i zawodowym. Ale mam nadzieję, że moje dalsze życie przyniesienie mi jeszcze wiele radości i satysfakcji.

Najbardziej cenię wypoczynek w gronie rodzinnym. Od 7 lat jeździmy nad Morze Egejskie, za każdym razem do innej nadmorskiej miejscowości i spędzamy tam wspólnie 2 tygodnie, nabierając energii i siły do dalszej pracy. Mazury to kolejne miejsce na ziemi, gdzie spędzamy urlopy. Są to moje rodzinne strony, w których spędziłam szczęśliwe dzieciństwo i pierwszą młodość. W wolnych chwilach czytam książki biograficzne. Pierwsza biografia, którą przeczytałam w wieku 13 lat dotyczyła życia Marii i Piotra Curie.

Myślę, że udało mi się zrównoważyć życie rodzinne z zawodowym, co pozwoliło na uzyskanie tytułu profesora medycyny i usamodzielnienie w 2013 r. Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii.

Bardzo dziękuję za rozmowę i raz jeszcze gratuluję tytułu. Życzę nowej Klinice pomyślnego rozwoju, a Pani Profesor kolejnych naukowych sukcesów.

□

Senat GUMed

Posiedzenie 28 kwietnia 2014 roku

Senat pozytywnie zaopiniował wnioski w sprawie:

- nadania tytułu doktora *honoris causa* prof. dr. hab. Stefanowi Raszei;
 - powierzenia funkcji kierownika Zakładu Chemii Klinicznej Katedry Analitiky Klinicznej dr. hab. Maciejowi Jankowskiemu, prof. nadzw.;
 - uzupełnienia składu Uczelnianej Komisji Wyborczej.
- Senat podjął uchwały:
- w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego za 2013 rok;
 - w sprawie warunków i trybu rekrutacji na I rok studiów w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym w roku akademickim 2015/2016.

Ponadto dyrektor naczelna UCK mgr Ewa Książek-Bator przedstawiła wyniki działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego za 2013 rok oraz omówiła sytuację finansową Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego po I kwartale 2014 roku.

Dyrektor ds. leczenia UCMMiT lek. Zbigniew Żuk zaprezentował wyniki działalności Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej za 2013 rok, a także omówił sytuację finansową Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej po I kwartale 2014 roku.

Prof. Jacek Bigda poinformował Senat o nawiązaniu bliższej współpracy z Uniwersyteciem Nazarabajewa z Kazachstanu przy dużym współudziale firmy Polpharma.

Rektor prof. Janusz Moryś powiadomił Senat, że trwają rozmowy z Marszałkiem Województwa Pomorskiego dotyczące zamiany budynku UCMMiT na budynek szpitala zakaźnego w Gdańsku wraz z przynależącymi do nich gruntami. Zamiana ta przyniosłaby nam centralizację działalności dydaktycznej i leczniczej, kontrakt klinik zostałby przeniesiony do Gdańska. Na razie rozmowy są na etapie sprawdzania możliwości prawnych zarówno z naszej strony, jak i Marszałka, określenia zagrożeń i przeszkód. Jeżeli ten etap przygotowawczy zakończy się pomyślnie, to do decyzji Senatu będzie należało wyrażenie ostatecznej zgody na dysponowanie majątkiem Uczelni.

mgr Urszula Skatuba

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI

Wileńsko-lwowska wirówka

Legendarna centryfuga (wirówka) prof. Włodzimierza Mozołowskiego to jeden z najważniejszych obiektów w kolekcji. Bez wielkiej przesady można powiedzieć, że dla niego, choć poprawniej byłoby powiedzieć dla niej, powstało Muzeum GUMed. Wiąże się z nią historia, która mogłaby zapewne posłużyć jako kanwa dla niejednej filmowej opowieści.

W sierpniu 1935 r. prof. Mozołowski objął Zakład Chemii Fizjologicznej na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Przed nowym kierownikiem stanęły duże wyzwania. By im sprostać, prowadzić badania naukowe i zajęcia dydaktyczne dla studentów koniecznym było wyposażenie laboratorium w odpowiedni sprzęt. Taki jak na przykład wyprodukowana we Lwowie, co zaświadcza metryczka na pokrywie, centryfuga, czyli wirówka laboratoryjna. Nie wiemy w jaki sposób znalazła się ona w Wilnie. Być może przywiózł ją Profesor, może zamówił ją po rozeznaniu potrzeb. Możliwe też, że urządzenie to znalazło się w laboratorium przed przyjazdem nowego kierownika. Piętnastego grudnia 1939 r. Uniwersytet Stefana Batorego został zamknięty. W kolejnych okupacyjnych latach prof. Włodzimierz Mozołowski brał udział w tajnym nauczaniu, współtworzył dokumentację przebiegu studiów, na podstawie której możliwe było po wojnie potwierdzenie uzyskania dyplomu lekarza lub ukończenia poszczególnych lat studiów.

W 1945 r. prof. Włodzimierz Mozołowski przybył pociągiem profesorskim do Gdańska. Z właściwą sobie energią i zapałem przystąpił po raz kolejny w swym życiu do tworzenia nowego zakładu, wyposażania laboratorium i prowadzenia zajęć ze studentami. W zrujnowanym i rozgrabionym Gdańsku było to szczególnie trudne. Brakowało wszystkiego. Wobec niemożności normalnego zaopatrzenia jedynym sposobem zgromadzenia niezbędnego sprzętu było zwrócenie się z do mieszkańców Gdańska, pracowników ALG, władz wojskowych, słowem wszystkich, o pomoc w skompletowaniu wyposażenia laboratorium. Na ten apel odpowiedział dr Augustyn Dołatkowski, lekarz wojskowy z Gdyni. Powiadomił o licznych elementach wyposażenia laboratorium chemicznego znajdujących w jednym z wagonów niemieckiego transportu zatrzymanego na stacji kolejowej w Gdyni. Prof. Mozołowski niezwłocznie udał się we wskazane miejsce. Po otwarciu wskazanego wagonu, wśród innych pudeł, skrzyń, rozmaitych pojemników odnalazł swoją wileńsko-lwowską centryfugę. Nie wiemy jak ją rozpoznał. Urządzenie trafiło do nowego laboratorium, w którym pracowało wiele lat. Potem przeniesiona została do nowego Zakładu Biochemii w CBM, wtedy zwanym IBM. Po latach zastąpiona przez nowsze urządzenia spoczęła w magazynach Zakładu.

Historię centryfugi przypomniał prof. Mariusz M. Żydowo. Również dzięki Jego życzliwości to cenne urządzenie znalazło się w zbiorach Muzeum GUMed. Odkurzone, ale noszące wciąż ślady burzliwej przeszłości i wielu lat pracy.

dr Marek Bukowski,
Muzeum GUMed



Każdego ósmego dnia miesiąca na stronie internetowej www.gumed.edu.pl prezentowany jest wybrany obiekt z kolekcji Muzeum GUMed. Zostaną one zaprezentowane podczas specjalnej wystawy jesienią tego roku.



z *Wilna* do *Gdańska*



5

Ksenia Lutomska (1900–1988)

Ksenia Lutomska urodziła się 5 maja 1900 r. w Wilnie. Wcześniej, bo w mając 17 lat, wyszła za mąż. Po ukończeniu 6 klasy przerwała naukę w gimnazjum. Maturę zdała jako eksternistka w 1930 r. w gimnazjum Zygmunta Augusta w Wilnie. Studia na Wydziale Lekarskim USB rozpoczęła w 1932 roku, a dyplom lekarza otrzymała 10 października 1938 r. W czasie studiów pracowała jako wolontariuszka w Zakładzie Chemii Fizjologicznej USB kierowanym przez prof. W. Senkowskiego. Staż podyplomowy odbywała w Szpitalu Przemienienia Pańskiego i św. Rocha w Warszawie od 28 listopada 1938 r. do 15 sierpnia 1939 r. Jednocześnie specjalizowała się w stomatologii u prof. K. Szepelskiego w Akademii Stomatologicznej. Wybuch wojny zastał ją w Wilnie i tam ukończyła staż w Szpitalu Miejskim. Tam też specjalizowała się na Oddziale Stomatologicznym pod kierunkiem dr. E. Mancewicza. W 1943 r. powróciła do Warsza-



1970 r.

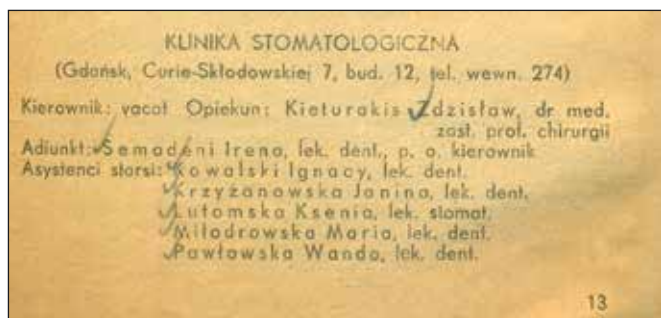
wy, podejmując pracę na oddziale chirurgii szczękowej w Szpitalu Ujazdowskim pod kierunkiem doc. F. Borusiewicza. Po upadku powstania pracowała w charakterze lekarza stomatologa w Miejskim Wydziale Zdrowia w Starachowicach.

Do Gdańska przyjechała 13 kwietnia 1945 r., obejmując w Miejskim Wydziale Zdrowia kierownictwo wszystkich przychodni dentystycznych w ośrodkach zdrowia. Od 15 stycznia 1946 r. związała się z Akademią Lekarską, podejmując pracę początkowo jako wolontariuszka na Oddziale Chirurgii Stomatologicznej Kliniki Chirurgicznej Akademii Lekarskiej, a z chwili

powołania Kliniki Chirurgii Stomatologicznej jako asystentka w tej Klinice. Obok pracy klinicznej i ambulatoryjnej prowadziła zajęcia dydaktyczne z zakresu stomatologii dla studentów Wydziału Lekarskiego. Rektor Akademii Lekarskiej prof. W. Czarnocki powołał 7 października 1949 r. Ksenię Lutomską na stanowisko kontraktowego zastępcy profesora Katedry Dentystyki Zachowawczej Oddziału Lekarsko-Dentystycznego ALG, powierzając Jej organizację tej jednostki.

Dzięki Jej energii w Zakładzie rozpoczęto od podstaw działalność naukową, dydaktyczną i kliniczną. Powstały poradnie: stomatologii dziecięcej, chorób przyzębia, ośrodek fluorowej profilaktyki próchnicy i gabinet fizykoterapii. Pracę naukową Zakładu wspierały pracownie: bakteriologiczna, histologiczna oraz zwierzętarnia.





Ze Składu Osobowego ALG, 1949 r.



Ze Składu Osobowego AMG, 1957 r.

Stopień naukowy doktora uzyskała 28 marca 1950 r. na podstawie pracy pt. *Postępowanie przy złamaniu żuchwy*. Habilitowała się 30 czerwca 1954 r., a 19 lipca 1961 r. otrzymała tytuł profesora nadzwyczajnego. Poczynając od 11 kwietnia 1957 r., przez wiele lat sprawowała funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii. Była w 1951 r. współorganizatorem i przez 8 lat przewodniczącą gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, następnie w latach 1958-1960 wiceprzewodniczącą Zarządu Głównego PTS.

Początkowo jej zainteresowania naukowe koncentrowały się na traumatologii szczęk. Potem w centrum jej zainteresowań znalazła się epidemiologia oraz kliniczne i eksperymentalne badania nad etiopatogenezą oraz leczeniem i profilaktyką próchnicy zębów. Była autorką pionierskich w Polsce prac nad rolą fluoru w zapobieganiu próchnicy. Temu zagadnieniu poświęciła liczne, wszechstronne i bardzo dobrze udokumentowane prace naukowe, wskazując na celowość stosowania fluoru w profilaktyce próchnicy.

Katedrą i Zakładem kierowała ponad 20 lat, przechodząc na emeryturę w 1970 r. Do jej uczniów zaliczali się późniejsi pro-



1960 r.

fesorowie naszej Uczelni: Miron Kałowski, Jadwiga Pawlak i Edward Witek.

Zmarła 9 maja 1988 r.

oprac. prof. Wiesław Makarewicz



Stomatolodzy spotkali się w Sopocie

Ponad 600 delegatów z 55 krajów świata uczestniczyło w XII Kongresie Europejskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej (12th Congress of European Academy of Paediatric Dentistry, EAPD). Jedno z najważniejszych wydarzeń w kalendarzu pedodontów z całego świata oraz osób zainteresowanych tematyką stomatologii dziecięcej po raz pierwszy w historii zostało zorganizowane w Polsce. Konferencja odbyła się w dniach 5-8 czerwca br. w Sopocie. Do nadmorskiego kurortu zjechało 648 delegatów, w tym 80 profesorów oraz 128 studentów specjalizujących się w zakresie stomatologii dziecięcej. Kongres odbył się pod patronatem Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed oraz Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej. Za techniczną organizację kongresu odpowiadał Zespół Sopotkiego Centrum Konferencyjnego.

Odbywający się co dwa lata Kongres jest inicjatywą organizacji EAPD, zrzeszającej osoby, które w dużej mierze wiążą swoją działalność praktyczną, badawczą i edukacyjną ze stomatologią dziecięcą. Członkowie Europejskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej są przedstawicielami wszystkich krajów Starego Kontynentu. Jej członkami są też przedstawiciele innych kontynentów. EAPD współpracuje z tożsamymi organizacjami pokroju Amerykańskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD), IAPD – International Academy of Paediatric Dentistry i wieloma organizacjami krajowymi. W Kongresie uczestniczyło 21 prezydentów, którzy przewodniczą różnym organizacjom stomatologii dziecięcej z całego świata.

Sopotski kongres EAPD rozpoczęły spotkania przedkongresowe. W czwartkowy ranek można było wysłuchać wykładów obejmujących tematykę znieczuleń miejscowych w stomatologii dziecięcej oraz nowatorskie wykorzystanie hipnozy w leczeniu małych pacjentów z lękiem dentystycznym. Wieczorem w Filharmonii Bałtyckiej odbyła się uroczysta ceremonia otwarcia Kongresu, którą poprowadziła prof. Katarzyna Emerich, kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed oraz prezes Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej, przewodnicząca Kongresu i jego główny organizator. Uczestnicy ceremonii otwarcia wysłuchali wykładu dr. Carla Naughtona pt. *How does the world get in our brains and what is it doing*

there. Wykład wprowadził słuchaczy w tajniki ludzkiego umysłu, ale przede wszystkim pozwolił zrozumieć umysł dziecka jako pacjenta gabinetu stomatologicznego.

Głównymi punktami naukowego programu w piątek, 6 czerwca, były trzy sympozja. Dużym zainteresowaniem cieszyło się sympozjum *Autism Spectrum Disorders – the challenge for a paediatric dentist*, któremu przewodniczył dr Paddy Fleming – prezydent elekt EAPD, poruszające tematykę opieki stomatologicznej dzieci z autyzmem. Kolejne sympozjum *Oral health promotion – community-orientated approaches* poprowadzone przez prof. Nicka Lygidakisa – past prezidenta EAPD skupiło się przede wszystkim na zagadnieniu promocji zdrowia jamy ustnej wśród młodych pacjentów. Dr Yvonne Wagner z Niemiec i prof. Lorna McPherson ze Szkocji przedstawiły m.in. przykłady działających w ich państwach programów promujących zdrowie jamy ustnej wśród dzieci. Wykładom trzeciego sympozjum pt. *Management of caries defect in paediatric patients* przewodniczyli prezydent EAPD prof. Monty Duggal oraz prof. Norbert Kramer – past prezydent EAPD. Uczestnicy sympozjum mieli okazję wysłuchać znakomitych specjalistów, takich jak: prof. Jack Toumba (UK), prof. Roland Frankerberger (Niemcy) czy dr Peter Gregory (Australia), których wykłady dotyczyły problematyki próchnicy wśród dzieci oraz nowatorskich rozwiązań w tej dziedzinie.

Ciekawym punktem piątkowego programu kongresu było tzw. *Hypotheticals* poprowadzone z dużą dawką humoru przez prof. Angus Camerona (Australia) i dr. Mike'a Harrisona (UK). Do dyskusji zostali zaproszeni eksperci, wśród których znaleźli się m.in.: profesor Dimitris Emmanouil (Grecja) – prezydent International Association for Disability & Oral Health; profesor Monty Duggal (UK) – prezydent European Academy of Paediatric Dentistry; dr Edward Moody (USA) – prezydent American Academy of Pediatric Dentistry; dr Jorge Castillo (Peru) – prezydent International Association of Pediatric Dentistry; profesor Luc Martens (Belgia) – kierownik Dept. of Paediatric Dentistry and Special Care w University of Ghent; profesor Katarzyna Emerich (Polska) – prezydent Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej. Naukowcy przybliżyli słuchaczom zasady funkcjonowania polityki zdrowotnej z zakresu stomatologii

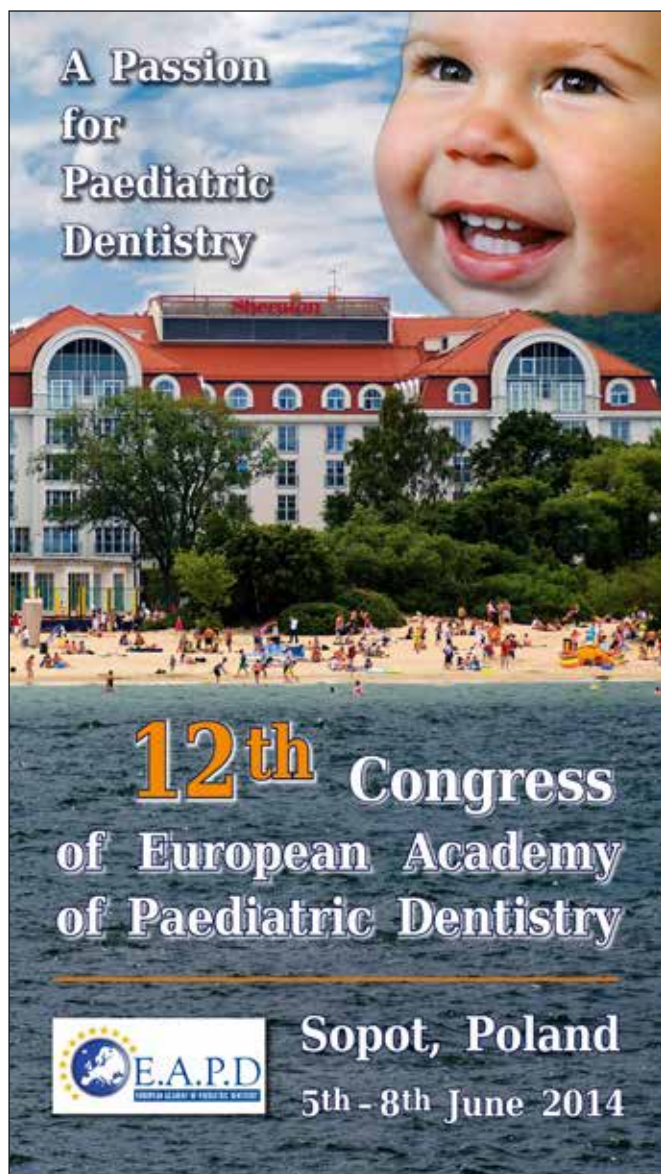
Wystawa w Bibliotece Głównej

Poczet chorób królów polskich

Królowie polscy to bardzo różnorodna grupa, są wśród nich popadający ze skrajności w skrajność sangwiny i cholerycy (głównie Piastowie i królowie elekcyjni) oraz zrównoważeni melancholicy (Jagiellonowie). Szukając wspólnych cech polskich królów, zauważa się głównie otyłość. Szczególnie otyli królowie to Jan III Sobieski, Kazimierz Wielki, Stefan Batory, Zygmunt III Waza i Stanisław Leszczyński. Przyczyną było rzecz jasna łakomstwo, np. Michał Korybut Wiśniowiecki potrafił za jednym posiedzeniem zjeść 1000 pomarańczy. Właśnie przejedzenie było prawdopodobnie powodem jego śmierci. Od tego obrazu odbiegają Jagiellonowie – wstrzemięźliwi i szczupli. Polscy władcy nie stronili także od alkoholu, np. Leszek Biały odmówił udziału w wyprawie krzyżowej, gdyż podczas niej pozbawiony byłby swych ulubionych trunków. Zdecydowana większość królów nie dochowywała również wierności swym małżonkom, choć są wyjątki: przykładowym mężem był Władysław Jagiełło i Jan III Sobieski.

A co o polskich królach mówią lekarze? Wszystkich, którzy chcą poznać odpowiedź na to pytanie, zapraszamy na wystawę do Biblioteki Głównej GUMed. Oglądać ją można do końca wakacji.





dziecięcej w ich krajach, systemy kształcenia przyszłych pedodontów oraz odegrane na żywo na scenki ukazujące konkretne przypadki udzielania pomocy małym pacjentom.

Kolejny dzień upłynął pod znakiem sympozjów poświęconych zagadnieniom dotyczącym próchnicy zębów u dzieci. Pierwsze z nich *Journey from questionable to extensive caries*, któremu przewodniczył prof. Norbert Kramer z Niemiec – past prezydent EAPD, poświęcone było najnowszemu paradygmatom opracowywania i wypełniania ubytków próchnicowych u dzieci. Wykłady drugiego sympozjum pt. *Caries prevention beyond fluoride* pod przewodnictwem prof. Urszuli Kaczmarek – kierownika Katedry Stomatologii Dziecięcej z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu obejmowały tematykę profilaktyki próchnicy i roli fluoru. Prof. Svante Twetman (Dania), prof. Elmar Hellwig (Niemcy) oraz prof. J. M. Ten Cate (Holandia) zgodnie wskazali na konieczność przeprowadzania profilaktyki fluorkowej wśród dzieci oraz na ciągłą potrzebę edukacji rodziców w zakresie dbałości o higienę jamy ustnej dziecka.

Ostatniego dnia Kongresu uczestnicy wzięli udział w sympozjum pt. *Tooth regeneration and autotransplantation*. Prof. Thimios Mitsiadis (Szwajcaria) wprowadził słuchaczy w możliwości wykorzystania komórek macierzystych na potrzeby stomatologii. Pozostali wykładowcy (prof. Hans Paulsen, Dania; dr Paweł Plakwicz, Polska), opierając się na własnych przypadkach klinicznych, przedstawili korzyści wynikające z auto-

transplantacji zębów. Drugie sympozjum tego dnia było poświęcone wciąż nie do końca poznanemu zagadnieniu jakim jest *Molar-Incisor-Hipomineralisation* (MIH). Dr Karin Weerheijm (Holandia) w swoim wystąpieniu przedstawiła obecny stan wiedzy o MIH-u, natomiast kolejni prelegenci (prof. David John Manton, Australia; dr Marlies Elfrink, Holandia) zwrócili uwagę na konieczność przeprowadzania dalszych badań nad MIH-em, co pozwoli w przyszłości na opracowanie odpowiednich sposobów leczenia.

Oprócz sympozjów uczestnicy Kongresu mieli możliwość wzięcia udziału w wykładach prezentujących nowości z zakresy ortodoncji, stomatologii estetycznej etc. Poza tym goście Kongresu mogli zobaczyć, a czasami nawet wypróbować nowinki technologiczne prezentowane przez licznych wystawców.

Przez cały czas trwania Kongresu odbywały się prezentacje ustne oraz sesje plakatowe, które dodawały Kongresowi naukowego charakteru. Od piątku do niedzieli uczestnicy przedstawili łącznie 98 ustnych prezentacji oraz 154 plakatów. Tematyka sesji obejmowała m.in.: epidemiologię, ortodoncję, profilaktykę, kariologię, urazy zębów i endodoncję.

Kongres zwieńczyła ceremonia zamknięcia, której kluczowym momentem było przejęcie prezydentury EAPD z rąk prof. Monty Duggala przez dr. Paddy'ego Fleminga z Irlandii, który uroczystie podziękował prof. Katarzynie Emerich za wysokie podniesienie poprzeczki organizując Kongres bez skazy po raz pierwszy na terytorium naszego kraju. Wielu uczestników podczas burzy oklasków obiecywało ponowne odwiedzenie naszej Uczelni w celach naukowych.

Kongres EAPD był nie tylko wydarzeniem naukowym, ale także stanowił okazję do spotkań towarzyskich. Rejs statkiem z mola w Sopocie na ceremonię otwarcia odbywającej się w Filharmonii na Ołowiance był pierwszą z cyklu imprez towarzyskich i integracyjnych. W piątek uczestnicy mieli sposobność poznać się bliżej podczas przyjęcia w klubie Scena w Sopocie, zaś w sobotę wzięli udział w uroczystym Gala Dinner zorganizowanym w Centrum Stoczni Gdańsk, bawiąc się w nim do białego rana. Kongres zakończył się wczesnym popołudniem w niedzielę, 8 czerwca. Wyjazdy uczestników spowodowały wielki tłok w nowym terminalu na lotnisku im. Lecha Wałęsy.

lek. dent. Hanna Sobczak-Zagalska,
Katedra i Klinika Stomatologii Wieków Rozwojowego

Sukces Katedry Medycyny Rodzinnej

Praca autorstwa pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zatytułowana *Diagnostyka i leczenie zakażeń układu oddechowego u pacjentów wybranych praktyk lekarzy rodzinnych na terenie Gdańska* otrzymała Nagrodę Główną w konkursie na najlepszą pracę oryginalną opublikowaną w 2013 roku w kwartalniku *Family Medicine & Primary Care Review*. Autorami nagrodzonej publikacji są: lek. Piotr Gutknecht, lek. Justyna Dawidziuk, dr Bartosz Trzeciak i prof. Janusz Siebert z Katedry Medycyny Rodzinnej. Wyróżnienie zostało wręczone podczas inauguracji XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej 12 czerwca br. w Ossie.



Zmiana czasu pracy wybranych pracowników podmiotów leczniczych od 2 lipca 2014 r.

1. Stosownie do przepisu art. 214 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹ (zwanej dalej: „UDL”) w okresie od 1 lipca 2011 r. do 1 lipca 2014 r. czas pracy pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni):

- radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego,
- fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów

w zakresie niżej wskazanym, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (dalej: „skrócony czas pracy”).

Z kolei w świetle art. 214 ust. 2 UDL skrócony czas pracy stosuje się w okresie wyżej wskazanym do pracowników na stanowiskach pracy w:

- komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): radiologii, radioterapii i medycyny nuklearnej, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
 - a) stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonujących badania lub zabiegi, asystujących lub wykonujących czynności pomocnicze przy badaniach lub zabiegach, obsługujących urządzenia zawierające źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, lub wykonujących czynności zawodowe bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych lub
 - b) prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego lub
 - c) dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z działalnością, o której mowa w lit. a i b bezpośrednio powyżej;
- komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) fizykoterapeutycznych, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów;
- komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): patomorfologii, histopatologii, cytopatologii i cytodiagnostyki, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
 - a) przygotowywanie preparatów lub
 - b) wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych;
- komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): patomorfologii, medycyny sądowej oraz prosektoriach, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:
 - a) wykonywanie sekcji zwłok lub
 - b) wykonywanie badań patomorfologicznych i toksykologicznych lub
 - c) pomoc przy wykonywaniu sekcji zwłok oraz badań patomorfologicznych i toksykologicznych lub
 - d) pobieranie narządów i tkanek ze zwłok.

Począwszy od 2 lipca 2014 r. ww. pracownicy winni przejść (choć zgodnie z przepisem art. 9 K.p. pracodawca może zastosować wobec nich korzystniejsze rozwiązania²) stosownie do przepisu art. 93 ust. 1 UDL na powszechnie stosowany w podmiotach leczniczych czas pracy, czyli taki, który w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Zagadnienie zmiany czasu pracy ww. kategorii pracow-

ników nie jest jednak takie proste, bowiem ustawodawca nie wprowadził żadnego automatyzmu. Innymi słowy zmiana ich czasu pracy nie następuje z mocy samego prawa. Pracodawcy, którzy chcą zatrudniać pracowników w wyższych normach czasu pracy zobowiązani będą w pierwszej kolejności – pisze J. Kaleta – do wprowadzenia zmian w obowiązujących w podmiotach leczniczych aktach wewnętrznych – w regulaminie pracy, obwieszczeniu bądź w układzie zbiorowym pracy³.

2. W piśmiennictwie podkreśla się problemy związane z przyjętym przez ustawodawcę, co do zasady, zrównaniem czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych. I tak np. J. Kaleta podkreśla, że: *W praktyce taka regulacja powoduje komplikacje związane z wprowadzaniem zmian w umowach o pracę wskazanej grupy pracowników. W szczególności wydłużanie czasu pracy utrudnione będzie względem tych pracowników, których normy czasu pracy zapisane zostały wyrażnie w umowach o pracę i których obowiązują jedno- lub trzymiesięczny okres wypowiedzenia*⁴. Jeżeli bowiem czas pracy ww. kategorii pracowników został zagwarantowany w umowach o pracę, to, w braku ich zgody na zawarcie porozumienia zmieniającego, pracodawca wprowadzającego „nowy” czas pracy, chcąc stosować jednolity czas pracy wobec swoich pracowników, będzie zmuszony zastosować wypowiedzenie zmieniające, o którym mowa w art. 42 §1-§2 K.p.⁵

Przedstawiciele ww. zawodów obawiają się, że wydłużenie czasu pracy, tj. zarówno normy dobowej, jak i tygodniowej może doprowadzić do redukcji zatrudnienia⁶. Obawa ta jest zupełnie zasadna.

Z kolei Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniu do Ministra Zdrowia wyraża niepokój⁷ o to, że ustawodawca nie przewidział obowiązku podniesienia wynagrodzenia ww. kategorii pracowników wraz ze zmianą, mniej korzystną, czasu pracy.

Podstawowe pytanie jednak brzmi: czy rzeczywiście, warunki pracy w polskich podmiotach leczniczych są tak dobre, by gwarantować tym pracownikom, narażonym bardziej niż inni na „złe” bodźce, właściwą ochronę zdrowia, przy wydłużonym, wobec obecnie obowiązującego, czasie pracy.

dr Lubomira Wengler,
Zakład Prawa Medycznego

dr Piotr Popowski,
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

¹ Tekst jedn. Dz. U. z 2013, poz. 217 ze zm.

² Stosownie do przepisu art. 9 § 1 K.p. regulamin pracy, jak układ zbiorowy pracy stanowią tzw. nietypowe źródła prawa pracy, bo o ograniczonym podmiotowo i terytorialnie obowiązku. Nadto zaś ww. akty stanowią wyłącznie źródła prawa w tej dyscyplinie prawa jaką stanowi prawo pracy. W świetle natomiast art. 9 § 2 K.p. nietypowe źródła prawa pracy mogą zawierać rozwiązania korzystniejsze niż Kodeks pracy i UDL, choć w przypadku zróżnicowania czasu pracy poszczególnych kategorii pracowników zawsze powstaje problem czy nie dochodzi do dyskryminacji z uwagi na zajmowane w podmiocie leczniczym stanowisko.

³ J. Kaleta, Zmiana normy czasu pracy niektórych pracowników podmiotów leczniczych od 2 lipca 2014 r., „Serwis Prawo i Zdrowie”, Wolters Kluwer SA, Warszawa, 2014, stan na dzień 4 maja 2014.

⁴ Ibid.

⁵ Stosownie do przepisu art. 42 §1 K.p. przepisy o wypowiedzeniu umowy o pracę stosuje się odpowiednio do wypowiedzenia wynikających z umowy warunków pracy i płacy. W świetle §2 ww. artykułu z kolei wypowiedzenie warunków pracy lub płacy uważa się za dokonane, jeżeli pracownikowi zaproponowano na piśmie nowe warunki. Nato-

Polecamy Czytelnikom

Z podróży... Wojciech Walerian Bogusławski. www.zkpgdynia.pl, Gdańsk 2014, s. 113. ISBN 78-83-928975-5-2.



Książka Wojciecha Bogusławskiego *Z podróży* to niezwykle osobista próba ocalenia od zapomnienia miejsc, osób i zdarzeń z życia Autora, po których często zostało już tylko wspomnienie. Z założenia publikacja przeznaczona jest dla wąskiego grona odbiorców – bliskich, przyjaciół i znajomych, którzy Mu towarzyszyli w tytułowej podróży. Podróż, którą trzeba i należy rozumieć szeroko – jako swoistą metaforę ludzkiego losu.

Cykl 20 utworów, w tym 8 wierszowanych, otwiera *Dzięki Ci Panie*, stanowiący swobodne nawiązanie do renesansowego hymnu Jana z Czarnolasu (*Dzięki Ci Panie za to żeś stworzył ten świat/ i pozwoliłeś mi na nim żyć/ Stoję teraz pod Twoim niebem, patrzę w gwiazdy/ Przed Twym rozgwieżdżonym ołtarzem/ modlę się oniemiały z zachwyty [...] Dzięki Ci Panie. I proszę Cię tylko o jedno/ Pozwól mi być chociaż małą częścią Twojego Piękna.*). Ta wszechobecna wiara w boskie wyroki i maksymalne zawierzenie Temu, który jest *jedyną istotą, która potrafi zrozumieć rolę człowieka w świecie* jest zresztą znamienna dla całego cyklu. W niezwykle barwnej, choć często trudnej i bolesnej historii dziejów Autora daremno szukać buntu i niezgody. To czo-

wiek pogodzony ze swym losem, światem i samym sobą, który w Bogu upatruje gwaranta pokoju i dobra (*Czekam pod drzwiami [...] Drzwiami z innymi, aż uchylą się i dobry Pan Bóg zaprosi mnie do siebie*).

Swoistym leitmotivem tej książki jest doskonale znany od najdawniejszych czasów topos życia jako drogi. Drogi, która niejednokrotnie związana jest z płynięciem, na które zdawałoby się Autor został skazany czy też raczej przeznaczony od dnia swych narodzin (symboliczne odbicie od nabrzeża okrętu pod nazwą *Moje Życie*). Płynięcie odnosiło się także do doświadczenia pracy jako lekarza na okręcie podwodnym „Sęp” czy później na semikontenerowcu „Bolesław Rumiński”, na którym opłynął kulę ziemską. To tego okresu dotyczą teksty ważne i różnorodne, jak np. humorystyczny esej *Qui pro quo* opisujący nie do końca udaną próbę kupna muszli z macicą perłową na wyspie Jawa czy pełen dynamizmu i tragizmu opis katastrofy na okręcie „Sęp”. Katastrofy, o której Autor nie może i nie pozwała współczesnym zapomnieć. Właśnie te teksty mają największą wartość – wspomnieniowe, dokumentujące wydarzenia, próbujące zatrzymać w kadrze minione zdarzenia, doświadczenia i ludzi, po których często zostało już tylko wspomnienie. Nie bez sentymentu roztacza przed czytelnikiem poetyckie obrazy dawnego Wrzeszcza, zabawne historie z młodości, jak np. niedzielne kąpiele w luksusowej łazience w „Forsterówce” czy działalność Klubu kawalerów bez wyjścia, która ze względu na swą dywersyjną działalność (członkowie K2BW postanowili się nie żenić i nie pomagać w niczym koleżankom) powodowała ciągłe zatargi z dyrektorem szkoły. To szczególnie cenne teksty, gdyż wśród bogatej galerii mieszkańców, szkolnych kolegów i koleżanek z łatwością można odnaleźć obecnych lub już emerytowanych pracowników naszej Uczelni.

Książka *Z podróży* mogłaby być lekturą lekką i przyjemną, która dla pokolenia młodszych odbiorców stanowi próbę ożywienia dawnego świata, choć nie tak odległego, jednak obcego, innego, w większości nieznanego. Dla tych nieco starszych to próba powrotu do lat minionych – barwnych czasów studenckich i rozkwitu ówczesnego życia kulturalnego czy początków karier naukowych. Mogłaby być pozycją atrakcyjną, jednak jej odbiór zakłóca i burzy niechlujna redakcja, rozliczne błędy i niedoskonałości językowe, które po pewnym czasie męczą i utrudniają spokojną lekturę. Oczywiście można je tłumaczyć intymnym charakterem książki i przeznaczeniem dla wąskiego grona odbiorców, jednak to tylko połowiczne usprawiedliwienie.

dr n. hum. Joanna Śliwińska

miast stosownie do art. 42 §3 K.p. w razie odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych warunków pracy lub płacy, umowa o pracę rozwiązuje się z upływem okresu dokonanego wypowiedzenia. Jeżeli pracownik przed upływem połowy okresu wypowiedzenia nie złoży oświadczenia o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków, uważa się, że wyraził zgodę na te warunki; pismo pracodawcy wypowiadające warunki pracy lub płacy powinno zawierać pouczenie w tej sprawie. W razie braku takiego pouczenia, pracownik może do końca okresu wypowiedzenia złożyć oświadczenie o odmowie przyjęcia zaproponowanych warunków.

⁶ Technicy elektroradiologii będą pracować dłużej, <http://www.rynek-zdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Technicy-elektroradiologii-beda-pracowac-dluzej,132424,8.html>

⁷ http://www.brpo.gov.pl/sites/default/files/WG_MZ_czas_pracy_pracownikow_medycznych_10042014.pdf; zob. także: RPO pisze do ministra zdrowia ws. nowych regulacji czasu pracy pracowników medycznych; <http://www.rynek-zdrowia.pl/Prawo/RPO-pisze-do-ministra-zdrowia-ws-nowych-regulacji-czasu-pracy-pracownikow-medycznych,140575,2.html>.



Alina Boguszewicz

Cenny kurs dla pedodontów

Korony stalowe i kompozytowe używane do rekonstrukcji zębów mlecznych były głównym tematem kursu zorganizowanego 16 czerwca br. przez prof. Katarzynę Emerich, kierownika Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed we współpracy z firmą 3M ESPE. Wykład i warsztaty praktyczne poprowadził dr Peter Gregory z Australii, specjalista stomatologii dziecięcej z ponad czterdziestoletnim doświadczeniem.

Korony stalowe z powodzeniem stosowane są w Europie oraz w USA, natomiast w Polsce ten sposób leczenia nie jest jeszcze rozpowszechniony. Podobnie jest z koronami kompozytowymi (tzw. *strip crowns*) stosowanymi do odbudowy m.in. zniszczonych próchnicowo przednich zębów mlecznych, których doskonały efekt estetyczny uzyskuje się dzięki prefabrykowanym, transparentnym kształtkom.

Podczas części wykładowej dr Gregory przedstawił słuchaczom historię koron stalowych, ich zastosowanie w stomatologii dziecięcej oraz technikę opracowywania-oszlifowania zębów z minimalną ingerencją w twarde tkanki zęba. Prowadzący kilkakrotnie powtarzał jak ważne w pedodoncji jest maksymalne skrócenie procedur leczniczych oraz wyeliminowanie konieczności częstego ich powtarzania. Podkreślił w ten sposób znaczenie koron stalowych oraz kompozytowych, które całkowicie spełniają te warunki. Dr Gregory, dzięki wieloletniej praktyce, podzielił się z uczestnikami kursu także swoimi obserwacjami interesujących przypadków klinicznych.

Podczas warsztatów, które odbyły się w Poradni Stomatologii Dziecięcej UCS GUMed uczestnicy mieli do dyspozycji wysokiej jakości narzędzia i materiały stomatologiczne udostępnione przez współorganizatora kursu – firmę 3M ESPE. Prowadzący krok po kroku zaprezentował zasady opracowywania zębów pod korony stalowe. Swoją prezentację rozpoczął od pokazania stosowanej przez techniki zakładania koferdamu, który jest niezbędnym elementem podczas wykonywania jakichkolwiek stomatologicznych procedur leczniczych u dzieci i młodzieży.

Uczestnicy kursu mieli możliwość poćwiczyć szlifowanie zębów, doginanie koron, ich osadzanie, a także cementowanie. Wszystko odbywało się pod czujnym okiem prowadzącego warsztaty. Dr Gregory przez cały czas trwania zajęć praktycznych służył uczestnikom profesjonalną radą, odpowiadał na zadawane pytania i rozwiewał wszelkie wątpliwości dotyczące tematu. Duże zaangażowanie uczestników oraz prowadzącego, a także miła atmosfera sprawiły, że czas trwania warszta-



tów, wstępnie zaplanowany na 2 godziny, wydłużył się o kolejne 1,5 godziny.

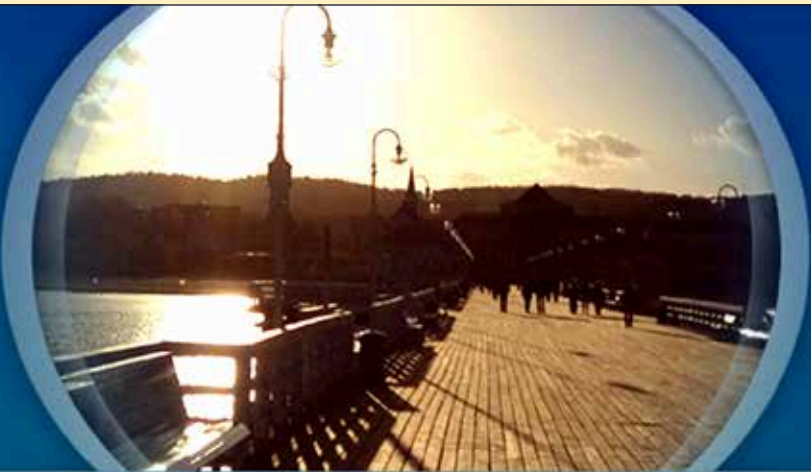
Wiedza, praktyczna i teoretyczna, jaką wynieśli z kursu jego uczestnicy oraz uśmiech na ich twarzach wyrażający ogromne zadowolenie z udziału w warsztatach, świadczą jak bardzo potrzebne są takie kursy. Prof. Katarzyna Emerich, która organizuje różne szkolenia i wykłady z udziałem wybitnych specjalistów (na początku czerwca odbył się dla studentów i lekarzy GUMed wykład pt. *Pain and Pain Management*, który gościnnie wygłosiła dr Christiane Stein z Niemiec), sprawia, że światowe standardy w leczeniu dzieci i młodzieży stają się bliższe studentom, pracownikom naukowo-dydaktycznym naszej Uczelni oraz lekarzom dentystom. Podsumowując wykład i warsztaty prof. Emerich podkreśliła, że prowadzone badanie wskazuje na wysoką satysfakcję uczestników po każdym z takich szkoleń, a poprzednie tak uciążliwe i nieefektywne tłumaczenie symultaniczne wykładów i szkoleń szybko odeszło do lamusa i dalsze szkolenia nadal będą się odbywały wyłącznie w języku obcym. Ułatwia to ogromnie bezpośredni kontakt z wykładowcą i przekazywanie wiedzy zniekształceń powodowanych tłumaczeniem.





IV Gdański Bieg Lekarzy str. 25

70^{LAT}
GDAŃSKIEJ KLINIKI
DERMATOLOGICZNEJ



DERMATOLOGIA, WENEROLOGIA
I ALERGOLOGIA 2014

SOPOT, 5–6 WRZEŚNIA 2014 ROKU
SHERATON SOPOT HOTEL
UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 10

REJESTRACJA ORAZ SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONIE:
WWW.DERMATOLOGIA.VIAMEDICA.PL

Chore dzieci gościły w świecie księżniczek



Z okazji nadchodzących wakacji Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym po raz kolejny zorganizowało spotkanie pt. *Świat księżniczek* dla chorych dzieci z Kliniki Nefrologii Dziecięcej oraz Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca. Przez kilka godzin po Oddziale dumnie spacerowali rycerze i księżniczki. Z kartonów powstał imponujący zamek, na szczycie którego bardzo szybko zdomował się Straszliwy Czerwony Smok. W trakcie przebieżek i budowy zamku dzieci miały okazję poznać nowe słowa po angielsku i wspólnie z lektorami śpiewały piosenki o świecie księżniczek. Pracownikom Studium towarzyszył Adam Niedorezo, zaproszony przez dr Beatę Cygan, który nie tylko wspaniale grał na gitarze, ale również pomagał dzieciom przy konstrukcji przepięknego zamku. Piosenkę i tekst przygotowała dr Anna Kuciejczyk. Koordynatorem projektu była mgr Magda Warzocha przy ogromnym wsparciu Barbary Mroziak. Wizyta sprawiła dzieciakom wielką frajdę. Pozwoliła spędzić jedno popołudnie w zupełnie innym, bajkowym świecie.

Po raz kolejny projekt został wsparty przez grono darczyńców i pomocników: Kubę Kaługę z radia RMF FM, Małgorzatę Rozparę z Pearson Polska, Magdalenę Kowalską z Partybox, Michała Klameckiego z Gadżetysklep, Małgorzatę Kurpias i Małgorzatę Knapkiewicz z British Council, Agatę Śliwę z Oxford University Press i sklep dla plastyków Storm z ul. Ogarnej. Wszystkim z całego serca dziękujemy.

mgr Magda Warzocha,
Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych

