



GAZETA

miesięcznik
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 21

Kwiecień 2011

nr 4 (244)



*Jezu - wprost na Wielkanoc
usiądź między nami
wierzących niewierzących
poobmywaj łzami*

ks. Jan Twardowski

Z życia Uczelni



Benefis Nestorów gdańskiej stomatologii

Od lewej: dr Jerzy Kaczmarczyk,
dr Ryszard Woźniak, prof. Edward
Witek; nieobecny – prof. Miron Ka-
towski

str. 9

Drzwi otwarte Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

W dniach 21–23 marca br. gościli-
śmy młodzież zainteresowaną stu-
diami w naszej Uczelni

str. 11



VIII Konkurs prac magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym

str. 5

W numerze...

Moc papieskich błogosławieństw	4
VIII Konkurs Prac Magisterskich za nami ..	5
Sukcesy Katedry i Zakładu Fizjopatologii GUMed	6
GUMed na Facebooku	6
Dermatologiczne Forum Młodych – sukces doktorantek GUMed	7
Nowi doktorzy	7
Sukces studentów stomatologii.	8
Kadry GUMed i UCK	8
Benefis Nestorów gdańskiej stomatologii ..	9
Konferencja poświęcona pamięci prof. Stanisława Janickiego.	10
Doktorat honorowy dla Profesora Tadeusza Hermanna	10
Dni Otwarte 2011.	11
Nowy profesor tytularny Marian Smoczyński	12
Epidemiologia po wojnie	14
Polecamy Czytelnikom	15
Polska Akademia Dzieci w GUMed.	16
Mitologia i medycyna (1)	18
Ludwik Rydygier (1850-1920)	19
Turniej Tenisa Ziemnego	23
Wspomnienie o prof. Wandzie Kondrat. ..	24
Bractwo Phi Delta Epsilon.	26
Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym.	28
Konwencja Ramowa WHO o ograniczeniu użycia tytoniu.	30
Pięć miesięcy od wprowadzenia zakazu palenia i... ..	32
Ze wspomnień lekarza okrętowego.	33
Patolog roślin z fotograficzną pasją.	34
Nordic walking receptą na zdrowie	36

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Marek Bukowski, Katarzyna Dorościńska, Brunon Imieliński, Wiesław Makarewicz (red. naczelny), Marta Mróz, Roman Nowicki (rzecznik prasowy GUMed), Renata Ochocka, Krzysztof Sworczak, Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Przemysław Waszak, Lubomira Wengler, Tomasz Zdrojewski, Krystyna Fryszak (sekr. red.), Tadeusz Skowyrza (red. techn.), współpraca graficzna Sylwia Scisłowska. Fot. Zbigniew Wszeborowski

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.

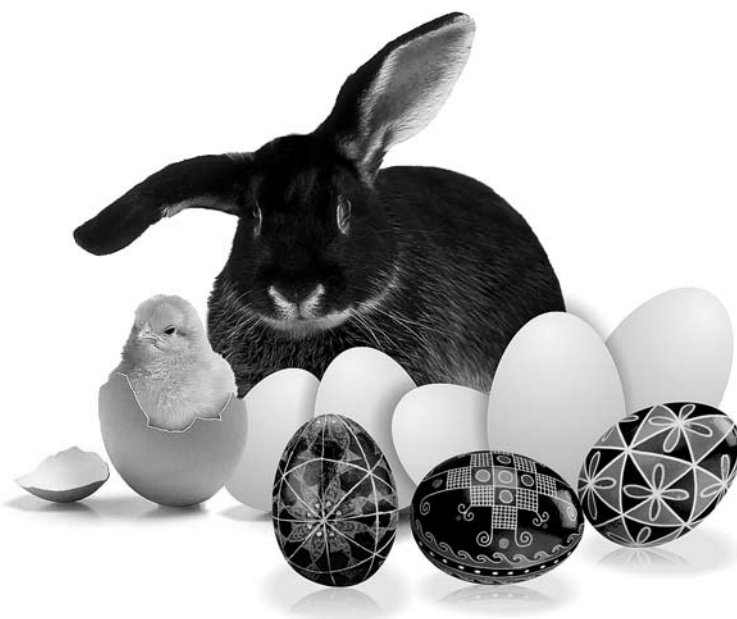
Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz władz Uczelni.

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

Wielu radosnych chwil
na Święta Wielkanocne,
serdecznych spotkań rodzinnych
i smacznego jajka
życzy Redakcja

**Wielkanoc**

*Droga, wierzba sadzona wśród zielonej łąki,
Na której pierwsze jaskry żółcieją i mlecze.
Pośród wierzby po kamieniach wąska struga ciecze,
A pod niebem wysoko śpiewają skowronki.*

*Wśród tej łąki wilgotnej od porannej rosy,
Droga, którą co święto szli ludzie ze śpiewką,
Idzie sobie Pan Jezus, wpólnagi i bosi
Z wielkanocną w przebitej dłoni chorągiewką.*

*Naprzeciw idzie chłopka. Ma kosy złociste,
Łowicka jej spódniczka i piękna zapaska.
Poznała Zbawiciela z świętego obrazka,
Upadła na kolana i krzyknęła: „Chryste!”*

*Bije głową o ziemię z serdeczną rozpaczą,
A Chrystus się pochylił nad klęczącym ciałem
I rzeknie: „Powiedz ludziom, niech więcej nie płaczą,
Dwa dni leżałem w grobie. I dziś zmartwychwstałem”.*

Jan Lechoń

W przeddzień beatyfikacji Jana Pawła II

Moc papieskich błogosławieństw

Jan Paweł II odwiedził Gdańsk w 1987 roku. W prace zespołu roboczego, przygotowującego się do tej wizyty, został zaangażowany ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz, który razem z zespołem Hospicjum Pallottinum odpowiadał za spotkanie w Bazylice Mariackiej. Ojciec Święty miał spotkać się z chorymi, pracownikami i wolontariuszami – lekarzami, pielęgniarkami i studentami medycyny z Akademii Medycznej w Gdańsku. Wśród uczestników była prof. Joanna Muszkowska-Penson, która wspomina: *Wielkim ukośnieniem pracy Hospicjum Pallottinum było spotkanie hospicjan i chorych z Jego Świątobliwością Janem Pawłem II w czasie pamiętnej pielgrzymki gdańskiej w 1987 roku. (...) Wszystkich zaangażowanych w pracę hospicyjną ogarnęło głębokie wzruszenie i radość, gdy Ojciec Święty wyraził poparcie dla rozwoju ruchu hospicyjnego: Z uznaniem myślę o hospicjum, które podjęło swą służbę w Gdańsku i promieniuje na inne miasta. Zrodziło się ono ze wspólnej troski duszpasterstwa chorych i lekarzy stojących przy łóżku chorego o należne miejsce i warunki, w których znajdują się chorzy u kresu swego życia. Troska ta wyraża się we wspólnym pochyleniu się i czuwaniu przy chorym w jego domu, w serdecznym i bezinteresownym „darze z siebie samego”.* (P. Krakowiak, *Dzieje pallotyńskiego hospicjum w Gdańsku 1983-2008*, Gdańsk 2008, ISBN 83-922170-6-3, s. 37).

W 2004 roku w Gdańsku, Krajowy Duszpasterz Hospicjów wraz z zespołem pracowników i wolontariuszy hospicyjnych rozpoczął cykl ogólnopolskich działań edukacyjnych pod ha-



Błogosławieństwo dla dziecka hospicyjnego, Watykan 2004 r.

słem „Hospicjum to też Życie”. Marzeniem było uzyskanie papieskiego błogosławieństwa dla dziecka, w które zaangażowało się ponad 100 hospicjów i tysiące pracowników oraz wolontariuszy. Wyjątkowa atmosfera panowała w niedzielę, 7 listopada w wielu hospicjach w całej Polsce: *Na twarzach pacjentów widać zaniepokojenie. Dochodzą dźwięki muzyki z dołu. Niektórzy z nich śledzą pojawiające się w TVP1 wypowiedzi księdza Piotra Krakowiaka o hospicjach. (...) Z panią Basią, pacjentką, przeglądam dzisiaj prasę. Słyszę słowa: O nas piszą, wreszcie wstydzić się nie będziemy, bo opisują, jak u nas jest. I do sąsiadki obok przyjdą znajomi, bo do tej pory to ukrywała, gdzie jest, bo ludzie nie rozumieją, a czas leci... Wkrótce transmisja z Watykanu. Kilku mieszkańców Domu Hospicyjnego przygotowuje się, by zejść na dół. Pomagam przygłodzić włosy, podaję perfumy. Hol zapętnia się. Na telebimie widać Papieża. Czy nas pozdrowi? Miałam wrażenie, że wszyscy wstrzymują oddech, słysząc Papieża ślącego do hospicjów słowa otuchy. Stoję obok pana Mirka, który od jakiegoś czasu ma się znacznie gorzej, jeździ na wózku, jest coraz słabszy. Słyszę, jak szepcze: No to... już łatwiej mi będzie... – i wraca z wilgotnymi oczami na górę wraz z żoną.* (P. Krakowiak, *Dzieje...*, s. 110). Komunikat Radia Watykańskiego donosił, iż w niedzielę 7 listopada 2004 roku, podczas modlitwy Anioł Pański w Watykanie, Ojciec Święty Jan Paweł II pozdrowił pracowników i wolontariuszy hospicyjnych, chorych i ich opiekunów oraz organizatorów akcji „Hospicjum to też Życie” słowami: *Troska, jaką pracownicy i wolontariusze hospicjów*



Spotkanie Jana Pawła II w Bazylice Mariackiej w Gdańsku z chorymi i pracownikami służby zdrowia, 1987 r.

VIII Konkurs Prac Magisterskich za nami

Anna Barczyńska wygrała VIII Konkurs Prac Magisterskich obronionych w roku akademickim 2009/2010 na kierunku farmacja. Nagrodzona praca „Regulacja ekspresji reduktazy aldozowej w hodowli komórek podocytonarych” powstała pod kierunkiem dr hab. Barbary Lewko z Zakładu Patofizjologii GUMed. Drugie miejsce przyznano Aleksandrze Kuleszy za pracę zatytułowaną „Działanie inotropowe i chronotropowe pochodnych azolowych – potencjalnych ligandów receptorów imidazolinowych na izolowane przedsionki serca szczura”. Jej promotorem jest prof. Antoni Nasal z Katedry Biofarmacji i Farmakodynamiki GUMed. Miejsce na najniższym stopniu podium zajęła Oliwia Waszkiewicz za pracę „The potential of NIR and Raman spectroscopy as PAT tools to understand the lyophilization process of protein formulations”. Opiekunami pracy byli: dr hab. Michał Markuszewski z Katedry Biofarmacji i Farmakodynamiki oraz profesorowie Yvan Vander Heyden i Thomas De Beer z Department of Analytical Chemistry and Pharmaceutical Technology, Vrije Universiteit w Brukseli.

W konkursie, który odbył się 15 marca rywalizowali autorzy dziewięciu prac. Zaszczycili go swoją obecnością m.in. prof. Małgorzata Sznitowska, prorektor ds. nauki oraz prof. Wiesław Sawicki, dziekan Wydziału Farmaceutycznego.

Podstawą przyznania przez komisję konkursową nagród i wyróżnień była ocena naukowa zgłoszonej pracy oraz ocena jej publicznego przedstawienia. O wyborze najlepszych zdecydowali prof. Jerzy Klimek, prof. Jarosław Sławiński oraz prof. Marek Weśłowski. W skład Komisji, oprócz wymienionych wyżej nauczycieli akademickich, weszli także studenci Anna Margalska i Krzysztof Szachta.



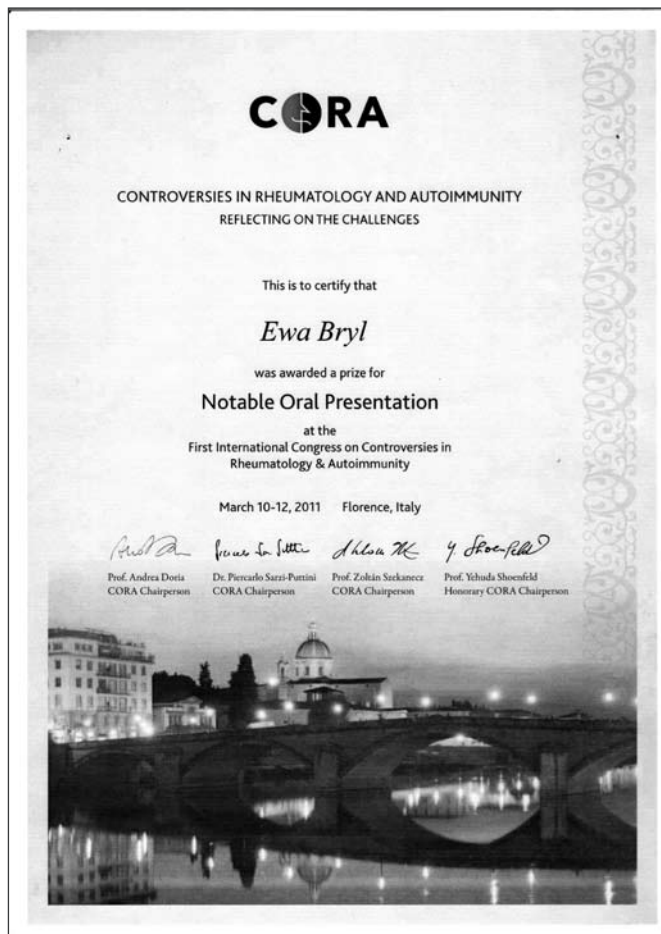
otaczają osoby nieuleczalnie chore i umierające jest wielkim dziełem miłosierdzia. Proszę Boga, aby wynagradzał ich miłość i oddanie swoimi taskami. Polecam opiece Matki Najświętszej również tych, którzy towarzyszą cierpiącym we własnych rodzinach. Niech Bóg wszystkim błogosławi. (Radio Watykańskie, 7.11.2004).

W 2005 roku Karol Wojtyła przeprowadził swoją ostatnią, globalną katechezę o chrześcijańskim umieraniu. W czasie tych rekolekcji o *ars moriendi* ludzie z całego świata uczestniczyli w agonii wielkiego człowieka, a on w swoim domu na Watykanie *przywracał śmierć do życia* – do naszego i społecznego myślenia. Za to błogosławieństwo i wyjątkową lekcję wszyscy powinniśmy być mu wdzięczni, bo jak mawiał niezapomniany ks. Dutkiewicz, „kiedyś śmierć będzie miała moje i Twoje oczy”. Obyśmy po tej tajemniczej chwili przejścia mogli się spotkać w niebie ze świętym Wujkiem Karolem, który będąc tak wielkim papieżem, nie przestał nigdy być człowiekiem bliskim chorym i ich opiekunom.

ks. dr Piotr Krakowiak SAC



Sukcesy Katedry i Zakładu Fizjopatologii GUMed



Nagrodzeni we Włoszech

Dr hab. Ewa Bryl z Katedry i Zakładu Fizjopatologii GUMed została wyróżniona dyplomem Notable Oral Presentation za najlepszą prezentację ustną podczas międzynarodowej konferencji „CORA – Controversies in Rheumatology and Autoimmunity”, która odbyła się w dniach 10-13 marca br. we Florencji. W debatach na aktualne i często kontrowersyjne tematy współczesnej reumatologii i chorób autoimmunizacyjnych wzięł udział także prof. Jacek Witkowski, kierownik Katedry i Zakładu Fizjopatologii. Współautorami wyróżnionej prezentacji „Two faces of CD4⁺ T cells in rheumatoid arthritis – activation or suppression?”, obok wymienionych, są doktorantki Katedry – Justyna Pawłowska i Agnieszka Daca oraz dr Żaneta Smoleńska z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii.

Sukces doktorantki z GUMed

Justyna Pawłowska, doktorantka Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego została wyróżniona w Ogólnopolskim Konkursie Student-Wynalazca, zorganizowanym przez Politechnikę Świętokrzyską. Jury doceniło doktorantkę za szereg innowacyjnych propozycji dotyczących sposobu różnicowego diagnozowania wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów od innych chorób stawowych oraz nowatorskiego sposobu badania immunomodulujących właściwości substancji leczniczych. Współtwórcami wynalazków są dr hab. Ewa Bryl, promotor doktorantki oraz prof. Jacek Witkowski, kierownik Katedry i Zakładu Fizjopatologii. Pierwszy z wyróżnionych wynalazków powstał dzięki współpracy z dr Żanetą Smoleńską z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii. Dodatkowe informacje dostępne są na: <http://www.patenty.tu.kielce.pl/konkurs/>.



Gdański Uniwersytet Medyczny na Facebooku

Gdański Uniwersytet Medyczny utworzył oficjalny profil na Facebooku. Zapraszamy do aktywnego uczestnictwa w naszym serwisie społecznościowym, w którym na bieżąco zamieszczamy najważniejsze informacje z życia Uczelni oraz wiadomości przydatne studentom i kandydatom na studia. Jednocześnie prosimy o zapoznanie się z zasadami korzystania z profilu, które dostępne są w zakładce REGULAMIN. Strona dostępna jest pod adresem:

www.facebook.com/GdanskiUniwersytetMedyczny

Dermatologiczne Forum Młodych – sukces doktorantek GUMed

Małgorzata Dawgul, doktorantka Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej GUMed zdobyła główną nagrodę Dermatologicznego Forum Młodych, które odbyło się w dniach 11-12 marca br. w Łodzi. To pierwszy przypadek w historii nie przyznania tego rodzaju wyróżnienia dermatologowi. Praca pt. „Aktywność antybiotyków peptydowych w stosunku do biofilmów formowanych przez kliniczne szczepy *Staphylococcus aureus*” powstała we współpracy z dr Wioletą Barańską-Rybak z Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii.

W nagrodę laureatka zaprezentuje wyniki swoich badań na międzynarodowym kongresie European Society for Dermatological Research, który odbędzie się we wrześniu br. w Barcelonie.

Wyjazd na kongres zostanie sfinansowany przez Polskie Towarzystwo Dermatologiczne.

Podczas Forum dodatkowo wyróżniono trzy prace doktorantek z Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed „Polimorfizm genu śródbłonkowo-naczyniowego czynnika wzrostu (VEGF) a podatność na raka podstawnokomórkowego skóry w populacji polskiej” i „Ziarniniak basenowy – analiza retrospektywna 5 przypadków” zaprezentowane przez Dorotę Kozicką oraz „Etiologia pokrzywki w materiale Poradni Alergicznych Chorób Skóry Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego” przedstawioną przez Monikę Konczalską.

Na zdjęciu: mgr Małgorzata Dawgul i lek. Dorota Kozicka wraz z komitetem naukowym Forum.



Nowi doktorzy

NA WYDZIALE LEKARSKIM

stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych uzyskał

dr n. med. Paweł ZAGOŹDŻON – adiunkt, Zakład Higieny i Epidemiologii GUMed, praca pt. „Ocena ryzyka zgonu oraz jakości życia związanej ze zdrowiem wśród bezrobotnych osób w mieście Gdańsku i Powiecie Gdańskim”, uchwala

Rady Wydziału Lekarskiego z dnia 24 marca 2011 roku w sprawie nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – epidemiologia;

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskał

lek. Maciej KLIMARCZYK – specjalista psychiatra, Indywidualna Praktyka Lekarska, Poradnia Zdrowia Psychicznego w Inowrocławiu, praca pt. „Spirografia mózgowa w zaburzeniach lękowych z lękiem napadowym”, promotor – dr hab. Walenty Nyka, prof. nadzw. GUMed. Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 10 marca 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

Sukces studentów stomatologii

Magdalena Lisiak i Marcin Derwich, studenci czwartego roku kierunku lekarsko-dentystycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Stomatologii Zachowawczej GUMed otrzymali Nagrodę Dziekana Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie za najlepszą pracę stomatologiczną. Przedstawiona ona została podczas 42. Ogólnopolskiej Sesji Naukowej Studenckiego Towarzystwa Naukowego w Szczecinie. Nagrodzona praca „Wpływ lęku na wartości ciśnienia tętniczego krwi przed i w trakcie pierwszej fazy opracowania ubytku próchnicowego” powstała pod kierunkiem prof. Barbary Kochańskiej, kierownika Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej GUMed oraz dr Marzeny Gidzińskiej. Pracę przedstawił Marcin Derwich.



Wyróżnieni zostali także studenci Ryszard Górkiewicz i Dymitry Mikhailouski, członkowie SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej. Komisja nagrodziła ich za pracę „Solitary Fibrous Tumor – opis przypadku”. Opiekunem pracy jest lek. dent. Piotr Chomik.

42. Ogólnopolska Sesja Naukowa w Szczecinie trwała od 9 do 11 marca 2011 r. Podczas 3 dni zmagania zaprezentowano 64 prace oryginalne z zakresu zdrowia publicznego, nauk klinicznych zabiegowych i niezabiegowych oraz nauk przedklinicznych.

Kadry GUMed

Tytuł profesora otrzymali:

prof. dr hab. Jędrzej Antosiewicz
prof. dr hab. n. med. Janusz Jaśkiewicz

Na stanowisko profesora zwyczajnego przeszła

prof. dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego przeszli:

dr hab. Romuald Lango
dr hab. Anna Lebedzińska
dr hab. n. farm. Jarosław Sławiński

Stopień doktora habilitowanego otrzymała

dr hab. Beata Schlichtholz

Na stanowisko adiunkta przeszedł:

dr n. farm. Agnieszka Arceusz
dr n. farm. Monika Cieszyńska
dr n. farm. Agnieszka Kuchta

Na stanowisko starszego wykładowcy przeszli:

dr med. Maria Bieniaszewska
dr n. med. Magdalena Półjanowska
dr med. Jacek Turczyński

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

dr med. Hanna Jasiel-Wojculewicz
Joanna Mocka
Katarzyna Świątkowska
dr med. Witold Zarzycki

25 lat

Anna Skowrońska

40 lat

dr n. med. Barbara Kręglewska

Pracę w Uczelni zakończyli:

mgr Paweł Bednarski
dr med. Paweł Dutka
dr med. Jolanta Hreczecha
lek. dent. Radosław Korcała
dr n. biol. Iwona Piekarcz
dr med. Roman Skowroński

Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy obchodzą:

20 lat

lek. Katarzyna Grabska-Badzio
Dorota Jankowska
Beata Kiełczykowska
Beata Pelzner
Antonina Piekarska

25 lat

Hanna Dawidowska
Irena Knie
Małgorzata Kwiecińska
Ewa Pestka
Aurelia Szczepanowska
Dorota Szymczak
Zofia Słowik

30 lat

Barbara Bielicka
Alina Roczyńska

35 lat

Krystyna Piątkowska

Benefis Nestorów gdańskiej stomatologii

Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zorganizowały w dniu 19 marca br. uroczystość poświęconą uhonorowaniu Nestorów gdańskiej stomatologii. Spotkanie, któremu przewodniczyła dr hab. Maria Prośba-Mackiewicz odbyło się w Sali Kolumnowej Muzeum Narodowego w Gdańsku. Wśród uhonorowanych znaleźli się:

- **prof. dr hab. n. med. Miron Kałowski**, honorowy członek PTS, wieloletni kierownik Zakładu Stomatologii Doświadczalnej AMG, a następnie Zakładu Mikrobiologii Jamy Ustnej AMG; prezes Oddziału Gdańskiego PTS w latach 1981-1989,
- **prof. zw. dr hab. n. med. Edward Witek**, honorowy członek PTS, wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej AMG; prezes Zarządu Oddziału Gdańskiego PTS w latach 1975-1981,
- **dr n. med. Jerzy Kaczmarczyk**, kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej AMG; zastępca dyrektora Instytutu Stomatologii AMG,
- **dr n. med. Ryszard Woźniak**, honorowy członek PTS, wieloletni kierownik Przychodni Stomatologicznej AMG, dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Gdańsku; prezes Zarządu Gdańskiego Oddziału PTS w latach 1993-2001.

Liczenie zgromadzeni goście oraz dawni współpracownicy i następcy Nestorów wygłosili laudacje przybliżające ich sylwetki i dokonania. Podkreślili zasługi naukowe, organizacyjne i dydaktyczne. Projekcja dawnych fotografii przywołała wiele wspomnień o ludziach i zdarzeniach z przeszłości. Zasłużeni Nestorzy otrzymali specjalne okolicznościowe dyplomy, kosze kwiatów oraz upominki. Nieformalne rozmowy przy kawie i tortach zakończyły tę miłą i wzruszającą uroczystość.



Fot. Wiesława Klemens



Konferencja poświęcona pamięci prof. Stanisława Janickiego



10 lat minęło od śmierci Profesora Stanisława Janickiego, wieloletniego kierownika Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej. Chcielibyśmy uczcić pamięć Profesora mini-konferencją. Odbędzie się ona 27 czerwca br. Serdecznie zapraszamy wszystkich, którzy mieli okazję znać Profesora, korzystać z jego wybitnej wiedzy w zakresie technologii postaci leku lub z jakiegokolwiek innej pomocy i inspiracji. Bliższe informacje o mini-konferencji zostaną opublikowane w terminie późniejszym na stronie internetowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W uznaniu zasług Profesora dla polskiej farmacji i przemysłu farmaceutycznego pragniemy ufundować pamiątkową tablicę, która zostanie umieszczona w sali wykładowej naszego Wydziału. Z góry dziękujemy za wsparcie finansowe tego przedsięwzięcia. Darowiznę proszę przekazywać na założone w Uczelni konto:

**Konto „Pamięci Profesora Stanisława Janickiego”
BZ WBK SA I/O Gdańsk
78 1090 1098 0000 0001 0695 2602
(GUMed, 80-210 Gdańsk, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a)**

Będę również wdzięczna za wszelkie fotografie z prof. Janickim, które można by zamieścić w okolicznościowym wydawnictwie.

prof. Małgorzata Sznitowska
oraz współpracownicy
z Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej

Doktorat honorowy dla Profesora Tadeusza Hermanna

**Rektor i Senat
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
mają zaszczyt zaprosić na uroczystość
nadania tytułu doktora *honoris causa***

**Profesorowi
TADEUSZOWI HERMANNOWI**

**w dniu 15 kwietnia 2011 roku
o godz. 10.00 do Auditorium Primum
im. Olgierda Narkiewicza
Atheneum Gedanense Novum,
Gdańsk-Wrzeszcz, al. Zwycięstwa 41/42**

W dniu 24 lutego 2011 roku zmarła

dr med. Maria BARTOSIŃSKA

absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z 1977 r. Początkowo lekarz ZOZ w Wejherowie i Gdańsku, a od 1986 r. nauczyciel akademicki w Zakładzie Higieny i Epidemiologii AMG; ostatnio na stanowisku starszego wykładowcy. Należała do Polskiego Towarzystwa Higienicznego, w którym pełniła funkcję sekretarza, a następnie skarbnika Oddziału Gdańskiego. Odznaczona Złotą Odznaką PTH „Za Zasługi dla Higieny”. Utalentowany dydaktyk i nieodżałowany lekarz oddany swoim pacjentom.

W dniu 11 marca 2011 roku zmarła

prof. dr hab. Sabina CHYREK-BOROWSKA

absolwentka Wydziału Lekarskiego AMG z 1953 r. Asystent, a następnie adiunkt w Zakładzie Chemii Fizjologicznej AMG w latach 1950–1956 i w I Klinice Chorób Wewnętrznych AMG w latach 1956–1967. Od 1967 r. pracownik naukowy Akademii Medycznej w Białymstoku. Organizator i w latach 1970–1999 kierownik Kliniki Alergologii, później Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych AMB. Członek założyciel i członek honorowy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Gdański Uniwersytet Medyczny otworzył swoje podwoje

Wraz z pierwszym dniem wiosny Gdański Uniwersytet Medyczny otworzył drzwi. Powodem nie był jedynie powiew wiosennego dobrego nastroju, ale przede wszystkim odwiedziny licealistów, przyszłych studentów naszej Uczelni. Pełni entuzjazmu uczniowie przybyli z Trójmiasta, Elbląga, Olsztyna czy nawet Giżycka, pokonując kilkaset kilometrów, by odwiedzić GUMed.

Pomimo iż czasy liceum minęły dla nas już bezpowrotnie, pamiętamy emocje, jakie towarzyszyły nam gdy odwiedzaliśmy ówczesną Akademię Medyczną w Gdańsku. Dlatego dołożyliśmy wszelkich starań, aby jak najlepiej zareklamować naszą Uczelnię i zachęcić gości do studiowania właśnie w naszej *Alma Mater*.

Codziennie w Collegium Biomedicum odbywały się trzy krótkie wykłady, na których przyszli studenci mogli dowiedzieć się wiele na temat studiowania w naszej Uczelni. Była to doskonała okazja do przedstawienia GUMed, struktury szkoły oraz udzielenia odpowiedzi na pytania gości. Podczas tego pierwszego w swoim życiu wykładu licealiści mogli poczuć zapach studiowania.

Większość kierunków studiów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz kilka organizacji studenckich zaprezentowało swoją ofertę. Spośród tych najciekawszych wymienić należy szcicie chirurgiczne nóżek wieprzowych przygotowane przez IFMSA, fantomy do ćwiczeń pokazywane przez studentów położnictwa, pielęgniarstwa oraz ratownictwa medycznego, sprzęt laboratoryjny prezentowany przez naszych kolegów z analityki medycznej, przeróżne tabletki będące atrybutem farmacji oraz zdjęcia rentgenowskie dostarczone przez elektroradiologię. We wtorek i środę dla licealistów otworzyły się również drzwi Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Ostatniego dnia, w środę o godzinie 13 pożegnaliśmy ostatnią grupę odwiedzających. Teraz naszym gościom pozostało już tylko uczyć się do matury, namiastki każdej przyszłej letniej sesji egzaminacyjnej. Mamy nadzieję, iż wspólne starania zaowocują dużą liczbą chętnych do podjęcia studiów w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Dziękujemy wszystkim za współpracę. Bez takiej liczby rąk i głów chętnych do pracy, nasi przyszli studenci z pewnością nie wychodziliby tak zadowoleni.

Marianna Rogowska, IV rok WL,
Marta Mróz, IV rok WL,
z-ca przewodniczącego USS GUMed



Sylwetki nowych profesorów tytularnych

Prof. dr hab. Marian Smoczyński

wywiad przeprowadził
prof. Brunon L. Imieliński

Gratuluję uzyskania zaszczytnego tytułu naukowego. Jak wyglądała droga naukowa i zawodowa, która doprowadziła Pana do tej zaszczytnej nominacji?

Jestem absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Całe moje życie zawodowe i naukowe związane jest z tą Uczelnią. Po uzyskaniu dyplomu lekarza i odbyciu rocznego stażu w szpitalu powiatowym, rozpocząłem pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych AMG. Kierownikiem Kliniki był wtedy prof. Marian Górski. Główne zainteresowania Profesora związane były z gastroenterologią i hepatologią, dlatego też Klinika z czasem zmieniła nazwę na Klinikę Gastroenterologii i Hepatologii. Tam zdobyłem wszystkie stopnie naukowe. W pierwszych latach pracy zajmowałem się przemianą węglowodanową w przewlekłych schorzeniach wątroby. Moje naukowe publikacje dotyczyły insuliny i sekrecji insuliny w marskości wątroby. W 1996 r. zostałem kierownikiem Pracowni Endoskopowej, a osiem lat później kierownikiem Kliniki. W latach dziewięćdziesiątych pełniłem w Uczelni funkcję prorektora do spraw studenckich.

Działalność Pana kojarzy mi się z wprowadzeniem i rozpowszechnieniem zabiegów diagnostyczno-leczniczych z zakresu endoskopii. Pamiętam, że w czasie kolokwium habilitacyjnego jeden z recenzentów powiedział: „Witamy w ekskluzywnym klubie endoskopowym”.

Po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych moje zainteresowania koncentrowały się na gastroenterologicznej endoskopii. W latach siedemdziesiątych wprowadzano w Polsce do klinicznej diagnostyki endoskopową cholangiopankreatografię wstępującą (ECPW). Już wówczas można było przypuszczać, jak ważną rolę w diagnostyce i leczeniu schorzeń dróg żółciowych i trzustki może odegrać ta procedura.

Od tego czasu pod Pana kierunkiem ta dziedzina w profilaktyce i leczeniu np. zmian w jelicie grubym stała się dostępna i doceniana w naszym regionie. Najpierw, jak pamiętam, był Pan uznanym specjalistą od wykonywania niełatwej endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (RCP).

W latach osiemdziesiątych zajmowałem się wykorzystaniem ECPW w leczeniu schorzeń dróg żółciowych – wdrożeniem endoskopowej sfinkterotomii, usuwaniem kamieni żółciowych czy protezowaniem zwężeń przewodów żółciowych. Wtedy były to pionierskie prace. Trzeba było przełamywać wiele leczniczych mitów, np. niemożność usuwania kamieni żółciowych bez otwierania powłok brzusznych poza salą operacyjną. Jako pierwszy w Polsce opisałem przydatność diagnostyczną endoskopowej manometrii infuzyjnej i na tej podstawie uzyskałem stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

W miarę nabywania doświadczenia rozszerzałem wachlarz leczniczych zabiegów ECPW. W latach dziewięćdziesiątych zają-



łem się wdrażaniem endoskopowego leczenia trzustki. Endoskopowy drenaż (*debridement*) późnej martwicy trzustki spotkał się z ostrą krytyką wielu lekarzy. Znowu miałem satysfakcję w przełamaniu kolejnych terapeutycznych mitów.

Kto był dla Pana wzorcem w pracy lekarskiej i naukowej?

Pochodzę z rodziny lekarskiej. Wzorem pracy lekarskiej był dla mnie ojciec. Za inspirującego mistrza uważam prof. Mariana Górskiego. Nie tylko zaraził mnie gastroenterologią, ale również endoskopią. Wspierał mnie w trudnym okresie uczenia się gastroenterologicznej endoskopii.

Co uważa Pan za swoje najważniejsze osiągnięcie w życiu naukowym i działalności zawodowej?

Za osiągnięcia w pracy zawodowej uważam wdrożenie endoskopowych metod leczniczych, zwłaszcza endoskopowego drenażu (*debridementu*) w późnej martwicy trzustki.

Jakie są aktualne Pana plany w pracy naukowej?

Aktualne plany naukowe wiążę z endoskopową diagnostyką i terapią. Klinika otrzymała w ubiegłym roku endoskopowy ultrasonograf (EUS). W oparciu o tę aparaturę planuję rozwinąć w naszym ośrodku diagnostykę różnicową zmian litych w polu trzustkowym – różnicowania guzów łagodnych i nowotworowych. EUS pozwala na bardzo precyzyjne pobieranie w polu trzustkowym biologicznego materiału do dalszej laboratoryjnej i histopatologicznej analizy. Planuję wykorzystanie tej możliwości w różnicowaniu torbielowatych zmian trzustki, poszukiwaniu biologicznych markerów złośliwych torbieli nowotworowych.

Chciałabym również ocenić, na ile można wykorzystać EUS do ulepszenia techniki wykonywania przetok pomiędzy przewodem pokarmowym a trzustką – kluczowy element endoskopowego leczenia trzustkowych zbiorników płynowych.

Plany moje są szerokie. Opieram je na pracy z zespołem. Są to nie tylko zdolni, ale również doświadczeni klinicyści i endoskopiści.

Jak udaje się Panu godzić trudną sytuację wynikającą z ograniczeń w kontraktach narzucanych przez NFZ?

Nie mam odczucia, że radzę sobie z ograniczeniami narzucanymi przez NFZ. Nie potrafię na przykład zrozumieć dlaczego Fundusz nie zakontraktował ambulatoryjnych endoskopii z pracownią uniwersytecką, a głównie z niepublicznymi zakładami zdrowia. Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej naszej Kliniki jest jedyną placówką w regionie pomorskim, która wykonuje gastroenterologiczne badania w pełnym zakresie. Od wielu lat prowadzi szkolenia endoskopowe zarówno przed- jak i podyplomowe. Pacjenci Specjalistycznej Poradni Przyklinicznej nie mogą wykonać badań endoskopowych w Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej. W Poradni dostają skierowanie na endoskopowe badanie do nieokreślonego gabinetu endoskopowego.

Już niedługo uruchomiony zostanie wspólny szpital, który pomieści kliniki zabiegowe. Czy w związku z tym kierowana przez Pana Klinika uzyska lepsze warunki lokalowe?

Klinika wraz z Pracownią Endoskopową znalazły miejsce w nowym szpitalu. Niezmiernie mnie to cieszy, ponieważ będziemy mieli wyśmienite warunki lokalowe. W planach inwestycyjnych zatwierdzono również pełne endoskopowe wyposażenie. Stworzono warunki dla utworzenia endoskopowego ośrodka najwyższej referencyjności. Czy szansa zostanie wykorzystana, zależy wyłącznie od możliwości finansowych i strategii, jaką przyjmą decydenci NFZ. Na pewno będą warunki do utworzenia ośrodka wykonującego w szerokim zakresie endoskopowe procedury zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze. Jest szansa powołania Centrum Diagnostyki i Leczenia Krwawień z Przewodu Pokarmowego, tak bardzo potrzebnego w dużym konglomeracie miejskim.



Proszę wymienić swoich współpracowników, uczniów i kontynuatorów zapoczątkowanego przez Pana dzieła?

Lista moich współpracowników jest długa, podam tylko kilka nazwisk: Krystian Adrych, Joanna Stankiewicz-Wróblewska, Andrzej Jasiński, Maria Janiak. Uczniami mocno zaangażowanymi w endoskopowe procedury są Michał Dubowik i Iwona Marek.

Jakie są Pana pasje pozazawodowe? Uchylmy rąbka tajemnicy dotyczącej życia rodzinnego.

Interesuję się sportem, lubię grać w tenisa, a ulubioną moją rozrywką jest brydż. Mam wspaniałą, wyrozumiałą żonę, dwóch synów i pięcioro wnucząt. Chyba należę do osób, które mają szczęście w życiu, ponieważ dobrze ułożyło mi się zarówno życie osobiste, jak i zawodowe.

Dziękując Panu Profesorowi za rozmowę, życzę spełnienia wszystkich zamierzeń.



Epidemiologia po wojnie – choroby zakaźne

W świeżo wydanym tomie *Annales* (tom XL, s. 177-188, 2010), prof. Wiesław Makarewicz pisze o swoim ojcu, który przed kilkudziesięciu laty miał ćwiczenia z moim rocznikiem studiów. Był bardzo cenionym i miłym asystentem. Praca w klinice była tylko częścią jego działalności w zwalczaniu chorób zakaźnych, które w trudnych powojennych latach wymagały wielkiego zaangażowania organizacyjnego nie tylko lekarzy, ale także specjalnych służb epidemiologicznych. Ich uprawnienia, np. dezynfekcja pomieszczeń czy przymus hospitalizacji, miały wiele z elementów obecnej pracy policji. Katedra Chorób Zakaźnych miała wtedy wysoką rangę. Kierował nią prof. Wiktor Bincer, który w czasie wojny przeszedł szlak bojowy przez Afrykę. Nie były mu więc obce choroby tropikalne, co w Gdańsku, portowym mieście, okazało się bardzo przydatne.

W Europie przez epidemiologię rozumiano wtedy głównie wykrywanie i zwalczanie chorób zakaźnych. Teraz wygląda to nieprawdopodobnie, ale wszyscy starzy interniści czy pediatrzy byli ich znawcami, ponieważ specjalizacja zaczęła wyodrębniać się dopiero po ostatniej wojnie.

W Gdańsku zwalczanie chorób zakaźnych ma piękną tradycję. Prof. Stanisław Wszelaki był redaktorem monumentalnego podręcznika chorób zakaźnych dla lekarzy, którego współautorami byli nasi znakomici profesorowie interniści, jak prof. Jakub Penson czy docent Tadeusz Dyk. Na oddziały chorób wewnętrznych trafiaли chorzy z dudem brzuszny i nieznaną wówczas formą tyfusu plamistego, który występował w 20-30 lat po przebytej infekcji w czasie pierwszej wojny światowej. Interesujące jest to, że podobnych nawrotów nie obserwowano po epidemii z drugiej wojny światowej.

Dopiero parę lat po wojnie na oddziałach zakaźnych zaczęto hospitalizować chorych z żółtaczką zakaźną. Wcześniej leżeli na oddziałach wewnętrznych. Prof. Marian Górski, który stworzył nowoczesną gastroenterologię, w swojej klinice hospitalizował chorych z żółtaczkami zakaźnymi. Na materiale tych pacjentów doktoryzował swoich późniejszych docentów i profesorów. Nikt się z nich nie zakaził. Podobnie chorzy z ricketzją (chorobą Weila) leżeli w klinice na Łąkowej, gdzie staraliśmy się ich wyprowadzać z niewydolności nerek.



Dr J. Makarewicz w towarzystwie prof. Wiktora Bincera i współpracowników przed Kliniką Chorób Zakaźnych AMG



Fotografia dziecka chorego na ospę prawdziwą w Szpitalu Kwarantannowym w Gdańsku-Nowym Porcie, 1953 r.

Początkowo Klinika Zakaźna zlokalizowana była w pawilonach na terenie PSK 1. Po 1956 roku władze planowały budowę szpitala zakaźnego, ale (jak zwykle) na drodze stanęły pieniądze. Na fali przemian Ministrem Zdrowia został bardzo zacny sędziwy pediatra. Prof. Barański dowodził nam, że chorób zakaźnych nie będzie, dlatego szkoda wydawać pieniądze na niepotrzebny szpital. Wydział Zdrowia także nie chciał mieć nowych kłopotów. Szczęśliwie Akademia Medyczna w Gdańsku miała zabezpieczone tereny budowlane. To znacznie przyspieszyło budowę. Dzisiaj to brzmi zabawnie, ale dobrze, że trafił się wtedy chory z trądem. Tym postraszyliśmy wojewodę i mimo, że praktycznie nie groziło to epidemią trądu, szpital wybudowano.

Jak widać obie strony miały swoje racje. Przez lata jeszcze występowały klasyczne choroby zakaźne. We wczesnych latach 50. w Gdańsku pojawił się przypadek ospy prawdziwej. Lekarze i studenci przeszczepili całą populację Trójmiasta. Minął tyfus, święciło triumfy *poliomyelitis*, które przyczyniło się do powstania nowoczesnej rehabilitacji. Dr Zofia Anisimowiczowa, sama mając chorego syna Jurka, późniejszego mojego adiunkta, przekwalifikowała się. Namówiła na to także Kazimierza Szawłowskiego, młodego dermatologa, który po latach został pierwszym profesorem rehabilitacji w Gdańsku. Razem zorganizowali oddział i zaczęli rehabilitować dzieci po przebytej infekcji. Gdy epidemia polio została zwalczona, powstał nowoczesny zakład rehabilitacji, obecnie już kardiologicznej czy neurologicznej.

W tym okresie na naszych oczach ginęły dzieci chore na błonicę, często z powodu niewydolności krążenia. Miały kolosalne zmiany elektrokardiograficzne. Szczęśliwie, podobnie jak w *poliomyelitis*, szczepienia skutecznie wyeliminowały i tę chorobę.

Były to czasy przed antybiotykami. Dopiero zaczęto wprowadzać penicylinę i streptomycynę. Leczenie anginy streptokokowej penicyliną zmniejszyło liczbę zachorowań, wyeliminowało szkarlatynę, ostry gościec czy ostre zapalenie kłębuszków nerkowych. Podobnie leczenie streptomycyną gruźlicy zmieniło epidemiologię, zwłaszcza u dzieci. Co prawda prof. Jarosław Iwaszkiewicz, wspaniały laryngolog uważał, że nie ma wskazań do leczenia każdej anginy antybiotykami. Pediatrzy go nie słuchali i teraz sądzę, że to zmieniło epidemiologię.

Dzieci z gruźliczym zapaleniem opon mózgowych były leczone wstrzykiwaniem streptomycyny dokonałowo. Wyglądało to dość makabrycznie. Ponieważ dolegliwości subiektywne związane z chorobą były niekiedy niewielkie, rodzice porywali z klinik pacjentów do domu, nie chcąc narażać ich na cierpienia terapii. Prof. Henryk Brokman proponował na łamach prasy pozbawianie rodziców ich praw rodzicielskich ze względu na dobro dziecka. Szczęśliwie dzięki zmianom warunków życia, terapii i szczepieniom problem rozwiązał się sam.

Katedra Chorób Zakaźnych w Gdańsku miała swoją specyfikę. Jej kierownik, prof. Wiktor Bincer, był człowiekiem wymagającym, oryginalnym, „starej daty”. Jego żona, doktor medycyny, spokrewniona ze sławną rodziną Estreicherów pracowała w Sanepidzie. Przybyli do Sopotu z Krakowa. Przeżyli wojnę ukrywając się i wędrując po świecie. Mieli ciężko chorego na astmę syna, który studiował ekonomię a jednocześnie był żarliwym rewolucjonistą. Jak śmiali się starzy znajomi, z ojcem prowadził ostre boje polityczne. Profesor na prośbę syna chodził badać, oczywiście nieodpłatnie, chorych studentów Wyższej Szkoły Handlu Morskiego, gdyż akademicka służba zdrowia dopiero się tworzyła. Wielkim ciosem dla państwa Bincerów była śmierć syna. Klinika i jej asystenci stali się wtedy ich życiem. Bardzo powściągliwi, starali się ich uczyć dawnych zwyczajów akademickich. Raz w roku zapraszali wszystkich na przyjęcie do domu. Koleżanki miały tremę czy sprostają ubiorem i formą starym krakowskim zwyczajom. Nie było w tych czasach telewizji, dlatego większą wagę przywiązywano do rozmowy. Profesor, który w Klinice miał zawsze dystans, w domu był bardzo eleganckim gospodarzem. Wielbił Tatry, samotnie chodził po górach. Wielu wspominało przypadkowe spotkania z nim na szlaku. Te kilkudniowe wypadki w góry były okazją do prowadzenia interesujących rozmów, wspomnianych przez całe życie.

Profesor Wiktor Bincer był także znakomitą organizatorem, pełnił funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego i prorektora do spraw klinicznych.

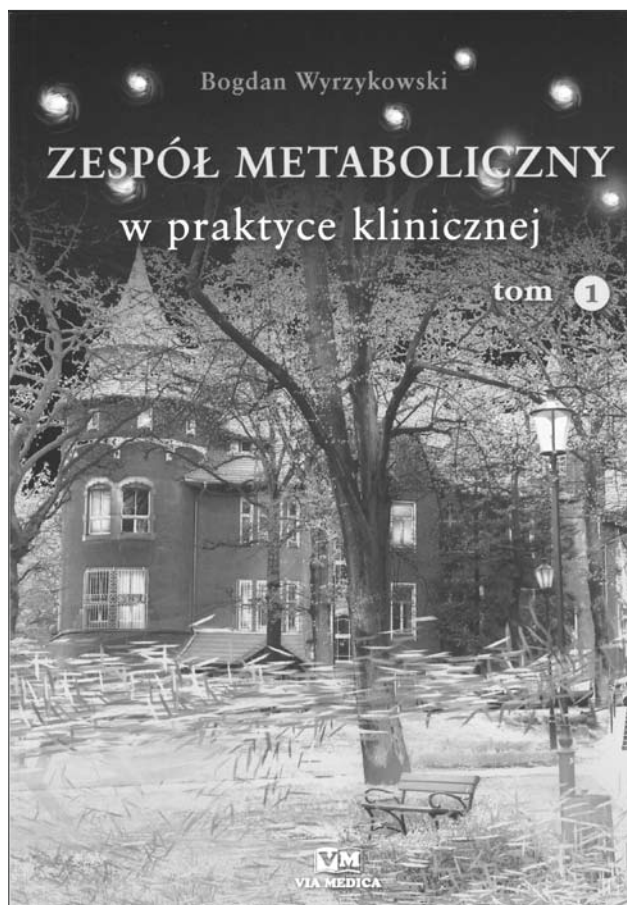
Jedną z jego godnych następczyń była, nieżyjąca już niestety, profesor Władysława Zielińska, która rozwinęła Klinikę już w nowych warunkach. Jej czasy to intensywny nadzór, mało objawowe formy wirusowych zapaleń wątroby i HIV.

W czasach rewolty mojego pokolenia, kiedy po raz pierwszy studenci dyskutowali z kadrą o poziomie nauczania w uczelniach, Władysława Zielińska będąc studentką zaatakowała profesora Bincera mówiąc, że wyklada monotonna. Częściej miała rację, ale przygotowanym prezentacjom nie można było nic zarzucić, zawsze były starannie dopracowane. Wkrótce Władysława Zielińska zaczęła działać w kole naukowym. Profesor ją doktoryzował i habilitował. Darzyli się sympatią i szacunkiem.

Niniejsze uwagi piszę dlatego, że medycyna tak szybko się zmienia, podobnie jak zwyczaje międzyludzkie. Może warto dla poczucia ciągłości pokazywać zjawiska, które się działy na oczach i dzięki pracy różnych pokoleń lekarskich.

prof. Barbara Krupa-Wojciechowska

Polecamy Czytelnikom



Zespół metaboliczny w praktyce klinicznej T. 1 / Bogdan Wyrzykowski – Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica sp. z o.o., 2010. – 249 s. – ISBN 978-83-7555-286-7

Z przedmowy

[...] Niespełna 90 lat temu po raz pierwszy zwrócono uwagę na współistnienie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń metabolicznych (hiperglikemii i hiperurykemii). Termin „zespół metaboliczny” pojawił się w piśmiennictwie medycznym dokładnie 35 lat temu. Zaledwie przed 9 laty badacze amerykańscy sformułowali prostą, powszechnie akceptowaną definicję zespołu metabolicznego. Od tego czasu datuje się coraz większe zainteresowanie tym zagadnieniem. Historia zespołu metabolicznego jest zatem krótka i rozgrywa się we współczesnych czasach. Obecnie wiadomo, że „siłą napędową” zespołu metabolicznego jest otyłość – zjawisko biologiczne towarzyszące *Homo sapiens* od co najmniej 40 000 lat. Od czasów Hipokratesa, czyli od prawie 2500 lat, wiadomo, że otyłość jest nie tylko chorobą, lecz także przyczyną innych schorzeń. Niezwykle interesujące dzieje otyłości i zespołu metabolicznego są tematem pierwszej części niniejszej książki. W drugiej części, na podstawie najnowszych danych, przedstawiono kryteria rozpoznania, definicje i epidemiologię zespołu metabolicznego. Oceniając rozpowszechnienie zespołu metabolicznego w Polsce, wykorzystano wyniki własnych badań. W omówieniu patofizjologii zespołu metabolicznego największą uwagę poświęcono otyłości brzusznej i aktywności biologicznej trzewnej tkanki tłuszczowej. Mam nadzieję, że wszystkie te informacje przybliżą Czytelnikom niezwykle ważny problem medyczny i społeczny, jaki stanowi zespół metaboliczny.

Polska Akademia Dzieci w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym

promuje autonomię i kreatywność najmłodszych uczniów

Ponad 2000 dzieci z całej Polski wzięło udział w zajęciach pierwszego semestru Polskiej Akademii Dzieci. Dzięki zaangażowaniu wielu osób udało się w bieżącym roku akademickim zaprosić do współpracy Gdański Uniwersytet Medyczny, Politechnikę Gdańską, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy oraz Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Sopocie. Od marca 2011 r. zajęcia w ramach Polskiej Akademii Dzieci będą odbywały się również w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Projekt „Polska Akademia Dzieci” (PAD) jest projektem innowacyjnym na międzynarodowym rynku edukacyjnym. Opiera się na promowaniu autonomii i kreatywności najmłodszych uczniów oraz informatyzacji nauczania wczesnoszkolnego od klasy 0 do klasy 6. Oparty jest on na koncepcji Uniwersytetów Dzieci, które od 2002 roku pojawiły się w różnych uczelniach w Europie; w Polsce m.in. w Uniwersytecie Jagiellońskim oraz przy Szkole Głównej Handlowej. PAD stawia sobie za cel przygotowanie uczniów do funkcjonowania w świecie przyszłości. Na potrzeby niniejszego projektu dzieci (w wieku od 6. do 12. roku życia) mające uczestniczyć w projekcie PAD są umownie zwane Młodymi Naukowcami. Projekt zaprasza szczególnie wyższe w Polsce, niepubliczne oraz państwowe, do otwierania swoich podwojów na jeden zjazd Młodych Naukowców w miesiącu. Comiesięczny zjazd składa się z dwóch wykładów: wykład otwarty prowadzony przez nauczycieli akademickich dla dzieci (doktorantów, doktorów oraz profesorów) oraz wykład prowadzony przez Młodego Naukowca. Projekt zakłada również budowę darmowego edukacyjnego portalu internetowego, gdzie dostępne będą edukacyjne programy i gry *on-line*.

Projekt Polska Akademia Dzieci (PAD) jest pierwszą na taką skalę inicjatywą w Polsce, w ramach której Młodzi Naukowcy mają także możliwość prezentowania swoich pasji i zainteresowań w formie wykładów i warsztatów. Realizując ten projekt mieliśmy przyjemność współpracować z wieloma wybitnymi naukowcami, m.in. z dr. Scottem Parzynskim (jedynym astronautą NASA, który zdobył Mount Everest), księdzem prof. Michałem Hellerem (jedynym Polakiem, który został laureatem Nagrody Templetona), prof. Tadeuszem Morawskim (najwybitniejszym w historii literatury polskiej twórcą palindromów), prof. Grzegorzem Węgrzynem, prorektorem ds. nauki Uniwersytetu Gdańskiego, który zachwycił młodych słuchaczy wykładem na temat świecących bakterii.

Młodzi naukowcy w GUMed

Projekt PAD działa w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym dzięki zaangażowaniu prof. Alicji Dębskiej-Ślizień, prof. Bolesława Rutkowskiego oraz dzięki uprzejmości prof. Janusza Morysia, rektora GUMed. Umownie projekt nazywany jest „GUMed Kids”. Nazwa ta została wymyślona przez prof. Alicję Dębską-Ślizień.

Uroczysta inauguracja działalności Polskiej Akademii Dzieci w GUMed odbyła się 29 października 2010 r. w Auditorium Primum. Gośćmi honorowymi byli między innymi prof. Zbigniew Zdrojewski, prorektor do spraw klinicznych, dr Henryka Szumilewicz, prezes stowarzyszenia Polska Akademia Dzieci oraz dr Agata Hofman, autorka i pomysłodawczyni projektu.

Około trzystu dzieci wysłuchało dwóch wykładów inauguracyjnych. Pierwszy z nich, dotyczący igraszek z powietrzem, poprowadziły Barbara Wirski i Zuzanna Ślizień. Podczas wykładu można było zobaczyć wiele fascynujących doświadczeń. Drugi, równie zajmujący wykład poprowadził prof. Bolesław Rutkowski. W bardzo interesujący i przystępny sposób opowiedział o historii medycyny. Wspólnie z dziećmi próbował także znaleźć odpowiedź na pytanie czy można żyć bez nerek.

Drugi zjazd uczestników Polskiej Akademii Dzieci odbył się w GUMed 12 listopada 2010 r. Pierwszy wykład Wojciecha Szczęsnego, dotyczył Układu Słonecznego. Aby wprowadzić słuchaczy w świat astronomii zaprezentowano zdjęcia wykonane teleskopem Hubble’a zamieszczone w sporej wielkości albumie. Wzbudziły one ogromne zainteresowanie wśród Młodych Naukowców. Również sam wykład Wojciecha Szczęsnego okazał się bardzo zajmujący. Chłopiec podczas swojej prelekcji przekazał wiele ciekawych informacji dotyczących między innymi planet karłowatych czy też wielkości poszczególnych planet Układu Słonecznego.

Drugi wykład w tym dniu poprowadziła dr hab. Katarzyna Emerich. Dzieci dowiedziały się jak rosną zęby, jak powinniśmy o nie dbać, jak rozwija się próchnica, a także co może się stać, gdy nie będziemy regularnie szczotkować zębów i chodzić do dentysty.

Po każdym wykładzie uczestnicy mogli zadawać pytania. Ponieważ młodzi naukowcy są bardzo ciekawi świata, zadali ich bardzo wiele. Każde z pytań zostało nagrodzone drobnym upominkiem.



Ostatni w semestrze zjazd młodych naukowców uczestniczących w Polskiej Akademii Dzieci odbył się 14 stycznia br. Młodzi naukowcy wysłuchali wykładu 7-letniego Szymona Hofmana o największych obiektach we wszechświecie. Prelegent pokazał między innymi jak wygląda prawdziwy teleskop, który umożliwia obserwowanie tego co dzieje się na niebie podczas bezchmurnego dnia lub księżycowej nocy. Wyjaśnił także pojęcia: czarnej dziury, hipotetycznej białej dziury oraz tunelu czasoprzestrzennego (*wormhole*).

Kolejny wykład, dotyczący serca, poprowadził dr hab. Marcin Gruchała. Wyjaśnił młodym słuchaczom jak zbudowane jest serce, jak działa i dlaczego jest tak ważne. Ponadto młodzi naukowcy dowiedzieli się jak dbać o ten narząd by bił jak najdłużej. Słuchacze okazali się nadspodziewanie dobrze zorientowani w tematyce kardiologicznej i podczas prezentacji interaktywnego zdjęcia z badania USG udało im się dostrzec, że zastawka się nie domyka.

Tradycyjnie po każdej prelekcji był czas na pytania. Autorzy najbardziej interesujących zostali nagrodzeni słodkim upominkiem. Po udzieleniu wyczerpujących odpowiedzi nastąpiło rozdanie dyplomów. Wręczono je wszystkim słuchaczom Polskiej Akademii Dzieci.

Po przerwie zimowej spotkanie w Uniwersytecie Gdańskim

Młodzi naukowcy wrócili po przerwie zimowej do Akademii 4 lutego 2011 roku. Zajęcia odbyły się w Uniwersytecie Gdańskim. Pierwszy wykład wygłosiła 10-letnia Agnieszka Kleysa na temat domowych pupilów. Mówiła o największych, najmniejszych, najładniejszych i najzabawniejszych zwierzątkach. Omówiła między innymi anatomię kota, pokazała też kilka filmów o zabawnych pupilach. Filmiki te można było zobaczyć klikając na nazwę: śmieszne koty, pies je śniadanie przy stole, lunatykujący pies, zwariowany chomik. Aula wypełniona przez 600 dzieci pękała ze śmiechu przez kilka minut.

Drugi wykład wygłosił prof. Grzegorz Węgrzyn, prorektor Uniwersytetu Gdańskiego ds. nauki. Profesor Węgrzyn zabrał młodych naukowców w fascynujący świat genetyki, w którym wszystko jest możliwe. Profesor wyjaśnił, skąd się bierze różnorodność organizmów żywych na świecie i dlaczego ludzie różnią się od siebie kolorem włosów, skóry czy oczu oraz jak

dziedziczymy płeć. Do swojego wykładu zaangażował kilkoro młodych asystentów, którzy bardzo chętnie pokazywali, jak upakować długą nić DNA do komórki oraz jak mogą wyglądać chromosomy od mamy i od taty.

Chromosomy zawierają w sobie DNA, z którego zbudowane są geny, a każdy z nas ma jedną parę każdego genu. Każdy gen koduje informacje o jednej cesze. Profesor wytłumaczył młodym naukowcom, że geny mogą się czasami psuć i że każdy z nas może w sobie mieć uszkodzone geny i o tym nie wiedzieć, bo cechy niesione przez te geny nie zawsze się ujawniają. Wśród nas są zatem zdrowi nosiciele uszkodzonych genów. Dopiero, gdy oboje rodzice są nosicielami – może się zdarzyć, że ich dziecko zachoruje na chorobę genetyczną. Są to, na szczęście, rzadkie przypadki. Niestety, na razie nie mamy na to żadnego wpływu. Profesor podsumował swój wykład uwagą, że powinniśmy traktować osoby z wadami genetycznymi tak samo jak ludzi zdrowych, ponieważ choroba genetyczna może spotkać każdego.

Czy słonie mają tak samo długi łańcuch DNA jak ludzie?

Dlaczego psy rasy husky miewają jedno oko niebieskie a drugie brązowe?

Czy geny można naprawić?

Po obu wykładach dzieci zadawały mnóstwo ciekawych pytań. Agnieszka pytano między innymi o to, jak długo żył największy pies świata i czy najbrzydszy kot świata jeszcze żyje. Młodym naukowcom bardzo podobał się wykład, o czym może świadczyć pytanie: „Dlaczego ten wykład trwał tak krótko?”. Do profesora Węgrzyna dzieci miały również wiele ciekawych pytań. Oto przykłady niektórych z nich: „Czy słonie mają tak samo długi łańcuch DNA jak ludzie?”, „Dlaczego psy rasy husky miewają jedno oko niebieskie a drugie brązowe?”, „Czy geny można naprawić?”. Profesor był mile zaskoczony tak mądrymi pytaniami. Odpowiedział, że obecnie naukowcy próbują naprawiać geny i cały czas pracują nad nową metodą leczenia, tak zwaną „terapią genową”. Za wszystkie pytania oraz asystowanie przy wykładach młodzi naukowcy byli nagradzani drobnymi upominkami, które ufundował Paweł Adamowicz, prezydent Gdańska.

mgr Aleksandra Bereza



Serdecznie zapraszamy zarówno młodych naukowców, jak również doświadczonych profesorów chętnych do poprowadzenia wykładów w ramach projektu PAD w roku akademickim 2011/2012.

Kontakt:

mgr Aleksandra Bereza,
koordynator projektu PAD
ola.bereza@lanlab.pl
dr Agata Hofman,
autor projektu PAD
akademiadzieci@gmail.com

Opowieść wstępna

Geniusz kultury antycznej wyrażony w literaturze, filozofii, nauce i sztuce przejawia się również w mitach starożytnych Greków i Rzymian. Niemal każdy z mitów jest swoistego rodzaju zamkniętym dramatem. Niekiedy jest on personifikacją rzeczywistych zjawisk wyrażonych w poetyckim ujęciu zwykłych faktów i zdarzeń. Mit jest więc dalekim echem odwiecznej myśli człowieka usiłującego wyjaśnić zjawiska otaczającego go świata. Jest także echem tego, co rzeczywiście miało miejsce w tak zamierzczłej przeszłości, że przybrało formę mitycznej opowieści i w takiej do nas dotarło. Musimy bowiem zdawać sobie sprawę z tego, że najpierw był kowal kujący rozgrzane do czerwoności żelazo, a później dopiero powstał mit o Hefajstosie. Podobnie otwarcie sklepienia czaszki Zeusa przez tegoż Hefajstosa jest niewątpliwie echem dokonania pierwszej trepanacji czaszki.

Już te dwa przykłady wystarczą, aby w tym rozumieniu odczytywać mity. I to stanowi o szczególnym miejscu mitu w porównaniu z baśnią i ludową legendą, chociaż przybiera on formę baśni jako najdawniejszej ludzkiej opowieści.

Pełen fantastycznych wyobrażeń świat Greków i Rzymian wpleciony w rzeczywiste ich osiągnięcia w zakresie poszczególnych dyscyplin naukowych sprawił, że współczesność odczytujemy poprzez pryzmat mitów, które są trwałym nabytkiem naszej nauki i kultury. We wszystkich dziedzinach wiedzy posługujemy się nazwami będącymi dziedzictwem greckich i rzymskich mitów. I dziś, tak jak przed wiekami, bóg Asklepios, czczony w Rzymie pod imieniem Eskulapa, patronuje naukom

MITOLOGIA I MEDYCyna

(1)



medycznym, a w herbie lekarzy weterynarii jest umieszczona postać centaury Chirona – pół-konia, pół-człowieka. Emblematem farmacji jest kielich, na którym opleciony wąż Asklepiosa (Eskulapa) symbolizuje odradzanie się sił vitalnych. W chemii wielu pierwiastkom nadano nazwy pochodzące od starożytnych bogów.

Tak więc poprzez echa mitów funkcjonujących obecnie w różnych dziedzinach nauk medycznych można pokazać pomost łączący wiedzę współczesną z tym, co znali i osiągnęli już wiele wieków przed nami genialni Grecy i mądrzy Rzymianie.

Początki medycyny giną w mrokach historii. Nigdy nie poznamy imienia człowieka, który pierwszy przyłożył ziele do krwawiącej rany, przygotował napar z liści lub kwiatów rośliny dla uśmierzania bólu lub wykonał pierwszy zabieg chirurgiczny.

Z pierwszymi lekarzami epoki starożytnej spotykamy się już w *Iliadzie* Homera. Machaon i Polidarios, dwaj synowie Asklepiosa, boga lekarzy, byli wśród greckich wojowników oblegających Troję i opatrywali rany walczących pod murami miasta. Achilles natomiast, jeden z głównych bohaterów poematu, nie czekając na przybycie lekarza, sam opatrywał przyjacielowi ranę ramienia. Scena ta jest wymalowana na czarze Socjusza pochodzącej z V wieku p.n.e., a znaleziona w mieście Etruria, położonej w środkowej Italii – dziś Toskania. Po stronie trojańskiej rany swych rodaków leczył Agenor.

dr Bogumił Przeździecki



Achilles zakładający opatrunek Patroklosowi – wewnątrz medalionu z paterki korynckiej (Jan Niżnikiewicz: *Tajemnice starodawnej medycyny i magii*. Gdańsk: Tower Press 2003. ISBN 83-87342-54-8)

Wiedzę o mitach przekazała mi Krystyna Kreyser, doktor filologii klasycznej. Planowaliśmy wspólnie przygotować opracowanie – mitologia i medycyna. Jej odejście pozostało mi z materiałem, którym teraz, w kolejnych odcinkach, chciałbym podzielić się z Czytelnikami *Gazety AMG*.

Ludwik Rydygier (1850–1920)

pionier chirurgii jamy brzusznej i jego zasługi dla urologii

(Część 1)



Ryc. 1. Ludwik Rydygier – młody lekarz, 1874

XIX wiek jest uznawany za czas narodzin nowoczesnej chirurgii w Europie. Uczono się jej wędrując po klinikach chirurgicznych i podpatrując pracę ich kierowników. To prowadziło niejednokrotnie do twórczego zbliżenia naukowców chirurgów z różnych ośrodków. Jednym z przedstawicieli tej specyficznej formy szkolenia zawodowego był prof. Ludwik Rydygier, sławny polski chirurg.

Dziewięćdziesiąt lat temu, 25 czerwca 1920 roku zmarł jeden z najwybitniejszych chirurgów przełomu XIX i XX wieku – Ludwik Rydygier. W 1880 roku jako pierwszy w Polsce, a drugi na świecie, po Jules Peanie, wykonał zabieg wycięcia odźwiernika z powodu raka żołądka. W 1881 roku, jako pierwszy na świecie, dokonał resekcji żołądka z powodu owrzodzenia. Oprócz chirurgii jamy brzusznej, klatki piersiowej, sutka i operacji kostno-stawowych zajmował się antyseptyką, ginekologią, okulistyką, anestezjologią, laryngologią oraz urologią. Wybudował i zorganizował trzy kliniki chirurgiczne: w Chełmnie, Krakowie i we Lwowie.

W 1889 roku w nowo wybudowanej klinice w Krakowie, z jego inicjatywy i pod jego przewodnictwem, odbył się I Zjazd Chirurgów Polskich. Na zjeździe tym Rydygier został wybrany przewodniczącym pierwszego i dożywotnim przewodniczącym przyszłych zjazdów chirurgicznych.

Profesor Ludwik Rydygier był utalentowanym i wszechstronnym chirurgiem, świetnym operatorem. Zyskał sławę znakomitego nauczyciela, społecznika, propagatora oświaty i nauki polskiej.

Wczesne lata

Urodził się 21 sierpnia 1850 roku w Dusocinie pod Grudziądem, jako drugi syn Carla Riedigera, właściciela ziemskiego i Elisabeth z domu Koenig. W kwietniu 1853 roku ojciec Rydygiera sprzedał rodzinny majątek i kupił od Justyny Kayser posiadłość w Grabowie. Przez następne dwadzieścia dwa lata młody Ludwik wyjeżdżał stąd do szkół i na studia.

Naukę pobierał najpierw w domu rodzinnym, następnie w Collegium Marianum w Pelpinie i gimnazjum w Chojnicach. Maturę zdał w 1869 roku w Chełmnie nad Wisłą (wówczas Culm).

W 1869 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Greifswaldzie (Gryfia). Podczas studiów Rydygier borykał się z kłopotami finansowymi, ponieważ rodzice nie byli w stanie sfinansować jego edukacji. Pisał o tym do Towarzystwa Pomocy Naukowej dla Młodzieży Prus Zachodnich. Otrzymał stypendium, ale zobowiązany został do pisania rozprawek naukowych po polsku, związanych tematycznie z kierunkiem studiów. Rydygier obiecał spłacić dług pisząc artykuły do „Gazety Lekarskiej”. Zadeklarował również, że będzie pielegnował język polski. Ze swojego zobowiązania wywiązał się znakomicie. W czasie studiów został współzałożycielem i działaczem krzewiącej język polski organizacji „Polonia”, za co relegowano go na rok z uczelni. Studiów jednak nie przerwał, kontynuował je w Berlinie i Strassburgu. Dyplom lekarza otrzymał w 1873 roku. Rok później uzyskał tytuł doktora medycyny broniąc rozprawę *Badania doświadczalne aseptycznego działania kwasu karbolowego* (*Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Wirkung der Carbolsäure*). W rozprawie napisanej pod okiem profesora Carla Huetera, Rydygier określił stopień toksyczności kwasu karbolowego (ryc. 2).

Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Wirkung der Carbolsäure.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigelegten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät
der Universität Greifswald

a m 28. März 1874

öffentlich vertheidigen wird

Ludwig Riediger
aus Westpreussen.

Opponenten:

J. v. Choraszewski, cand. med.

A. v. Kuklinski, cand. med.

Fr. Rogala, Drd. med.

Greifswald.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.
1874.

Ryc. 2. Praca doktorska, 1874

Gdy nie znalazł zatrudnienia w Klinice Huetera, przeniósł się do Gdańska, gdzie pracował w Szpitalu Panny Marii u Sióstr Boromeuszek. W Chełmnie prowadził praktykę ambulatoryjną, a większe operacje przeprowadzał w gdańskim szpitalu.

W 1877 roku rozpoczął pracę w Klinice Chirurgicznej w Gryfii. Tam specjalizował się w chirurgii u swego mistrza Carla Huetera (1838-1882). W 1879 roku na podstawie pracy *Nowa metoda leczenia stawów rzekomych (Eine neue Methode zur Behandlung von Pseudoarthrosen)* habilitował się na uniwersytecie w Jenie. Promotorem pracy był profesor Franz Jordan von Ried. Wkrótce objął stanowisko pierwszego asystenta w miejscowej klinice uniwersyteckiej kierowanej wówczas przez profesora Rieda (ryc. 3). Ponadto przez dwa semestry wykładał w Jenie desmurgię oraz naukę o złamaniach kości i zwichnięciach stawów. Podczas choroby profesora Rieda przez trzy miesiące kierował kliniką. Pracując w Jenie wyjeżdżał do Warszawy oraz Wiednia, gdzie zapoznawał się z pracą słynnej kliniki kierowanej przez profesora Theodora Billrotha. Szczególnie zainteresowanie Rydygiera wzbudzały postępy chirurgii doświadczalnej żołądka i prowadzone w tym zakresie badania na zwierzętach.

Droga zawodowa

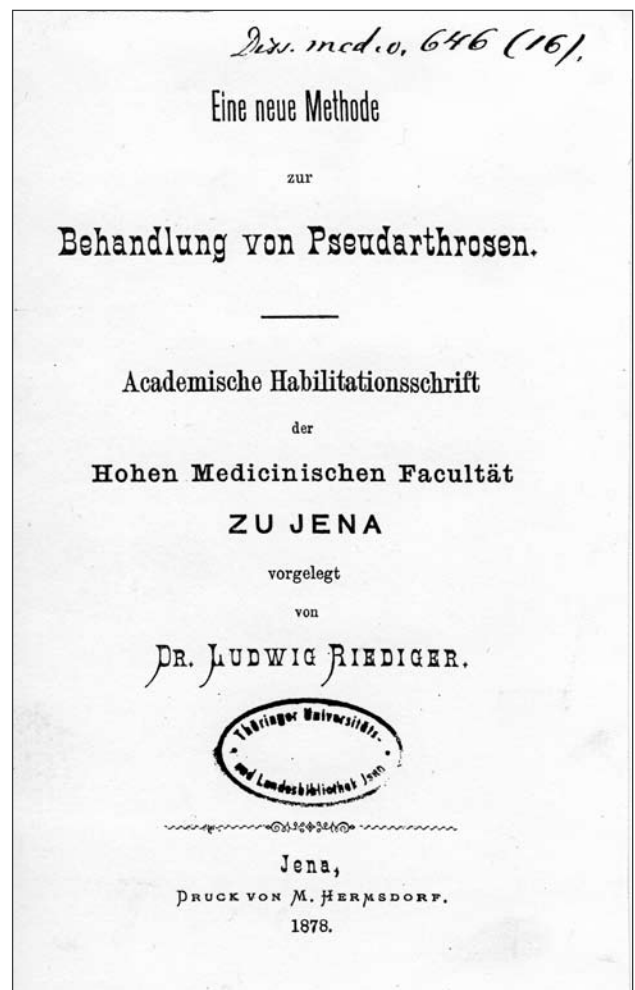
Za pieniądze z posagu żony, Rydygier kupił w Chełmnie okazały piętrowy budynek, który przebudował i zaadaptował na szpital. Otworzył w nim liczącą dwadzieścia pięć łóżek prywatną nowoczesną Klinikę Chorób Chirurgicznych, Ocznych i Kobięcych. Szpital był zorganizowany na wzór uniwersytecki, z przychodnią przykliniczną czynną codziennie w godzinach przedpołudniowych. Rocznie przyjmowano tu około dwóch tysięcy chorych (ryc. 4). Przy klinice utworzono także zwierzętarnię z salą operacyjną.

Rydygier wykonał w klinice dwie pionierskie operacje na żołądku. 16 listopada 1880 roku jako drugi na świecie, po Péanie, wyciął odźwiernik z powodu raka, odtwarzając następnie ciągłość przewodu pokarmowego. Chory zmarł 12 godzin po operacji z powodu wstrząsu. 29 stycznia 1881 roku Billroth wykonał podobną operację zakończoną całkowitym wyzdrowieniem chorego. Sporządzony przez Rydygiera opis wycięcia odźwiernika z rekonstrukcją ciągłości przewodu pokarmowego przez zespolenie kikuta dwunastnicy z kikutem żołądka końcem do końca to pierwszy opis tego typu operacji w języku polskim. Billroth opublikował omówienie techniki przeprowadzenia takiej operacji dopiero trzy miesiące później w piśmiennictwie niemieckojęzycznym.

21 listopada 1881 roku Rydygier jako pierwszy na świecie wyciął zwężony odźwiernik w przebiegu choroby wrzodowej żołądka, uzyskując pełne wyzdrowienie chorej. Opisał ten przypadek wraz z dokładnym omówieniem techniki chirurgicznej w artykule *Erste Magenresektion beim Magengeschwür (Pierwsza resekcja żołądka we wrzodzie żołądka)* opublikowanym 16 stycznia 1882 roku w numerze 12 pisma „Centralblatt für Chirurgie”. Redaktorzy E. Richter, F. König i R. Volkmann w komentarzu redakcyjnym dodali: „Hoffentlich auch letzte” („Miejmy nadzieję, że i ostatnia”). Ta niepoprawna i fałszywa interpretacja części współczesnych Rydygierowi chirurgów nie była wyjątkiem w dziejach rozwoju metod i technik operacyjnych (ryc. 5).

Po przegranej w 1882 roku konkursie na stanowisko kierownika Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Rydygier nadal intensywnie pracował w utworzonej przez siebie klinice w Chełmnie.

Był jednym z pierwszych chirurgów, który resekował zgorzeli nowo zmienione jelito w uwięźniętej przepuklinie, inwaginacji, guzach czy po jatrogennych uszkodzeniach jelita. Ciągłość jelita przy takich zabiegach osiągał zespalając szwem cyrkularnym koniec do końca. W 1881 roku opisał sześćdziesiąt jeden takich przypadków, w których operacja zakończyła się powodzeniem. W 1884 roku jako pierwszy wykonał gastroenterostomię z powodu peptycznego (trawiennego) wrzodu dwunastnicy z kompletnym zwężeniem odźwiernika.



Ryc. 3. Praca habilitacyjna, 1878

Rydygier zajmował się chirurgią jamy brzusznej, ortopedią, ginekologią, okulistyką i urologią. Usuwał guzy jajnika, leczył przetoki pęcherzowo-pochwowe i operował gruźlicę kostno-stawową. Po operacjach zalecał stosować gimnastykę bierną i elektrofaradyzację. Szukali u niego pomocy chorzy nie tylko z Prus Zachodnich.

W ciągu dziewięciu lat pracy w Chełmnie Rydygier opublikował dwadzieścia najważniejszych prac opisujących swoje osiągnięcia doświadczalne i kliniczne. To właśnie te osiągnięcia uitorowały Rydygierowi drogę do kariery akademickiej.



Ryc. 4. Prywatna klinika w Chełmnie

Aktywność uniwersytecka w Krakowie (1888-1897)

Od 1887 roku Ludwik Rydygier posługiwał się polskim brzmieniem swego nazwiska rodzowego – Riediger. W tym samym roku zrzekł się obywatelstwa pruskiego, a przyjął bawarskie, co umożliwiło mu pracę na terenie monarchii austro-węgierskiej. 2 lipca 1887 roku objął kierownictwo Kliniki Chirurgicznej w Krakowie. Zastąpił na tym stanowisku profesora Jana Mikulicz-Radeckiego (1850-1905). Jednocześnie uzyskał tytuł profesora zwyczajnego Uniwersytetu Jagiellońskiego. W lipcu 1897 roku Rydygier sprzedał swoją klinikę w Chełmnie doktorowi Leonowi Polewskiemu i przeniósł się wraz z rodziną do Krakowa. Zrealizował tu niespełnione pragnienie swego poprzednika – uzyskał odpowiednie fundusze od władz wiedeńskich i zbudował w Krakowie nowoczesną klinikę chirurgiczną (ryc. 6). W dowód uznania wybrano go dziekanem Wydziału Lekarskiego na rok akademicki 1888/1889. Podczas blisko dziesięcioletniej działalności w Krakowie Rydygier wykazał się dużą aktywnością naukową oraz niestrudzoną pracą pedagogiczną.



Ryc. 6. Klinika Chirurgiczna w Krakowie

Praca we Lwowie (1897-1920)

Po otwarciu Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Lwowskim, na prośbę władz uniwersyteckich, Ludwik Rydygier objął z dniem 19 marca 1897 kierownictwo Kliniki Chirurgicznej we Lwowie. W latach akademickich 1898/1899 oraz 1911/1912 był dziekanem Wydziału Lekarskiego, a w roku akademickim 1901/1902 roku rektorem Uniwersytetu Lwowskiego (ryc. 7).

W 1903 roku zaproponowano mu kierowanie katedrą chirurgii w Pradze. Propozycję odrzucił w myśl wyznawanej przez siebie zasady „stać i trwać w miejscu”.

W czasie I wojny światowej opuścił zajęty przez armię rosyjską Lwów. Wyjechał do Brna na Morawach, gdzie w latach 1914-1916 pełnił funkcję naczelnego chirurga szpitala wojennego. Został miano-

wany generałem brygady (lekarzem) armii austriackiej. W 1916 roku, po wyparciu Rosjan przez armię austriacką, powrócił do Lwowa i organizował na nowo zdewastowaną klinikę chirurgiczną. Otwarto ją ponownie w 1917 roku. W listopadzie 1918 roku walczył w obronie Lwowa. Został mianowany generałem-podporucznikiem-lekarzem. Jako szef sanitarny armii polskiej na Pomorzu brał czynny udział w wojnie 1920 roku. Rozpoczął wówczas organizowanie szpitali wojskowych. Wspierał także utworzenie Uniwersytetu Poznańskiego.

We Lwowie Ludwik Rydygier pracował przez dwadzieścia trzy lata, aż do przejścia na emeryturę w 1920 roku. Ostatnie lata pragnął spędzić jednak na Pomorzu. Zamierzał otworzyć prywatną lecznicę – Instytut Chirurgii Polskiej w Tczewie. Budynek na ten cel przekazały Siostry Miłosierdzia. Środki na utworzenie instytutu pochodzić miały ze sprzedaży majątku Rydygiera w gminie Fujnia koło Lwowa. Dzień po transakcji profesor zbankrutował. Nocą doszło bowiem do niespodziewanego spadku wartości marki. Następnego dnia, w czasie próby unieważnienia aktu sprzedaży w lwowskiej kancelarii notarialnej, profesor pod wpływem silnych emocji nagle upadł, stracił przytomność i zmarł.

Działalność naukowa i dydaktyczna

Działalność naukowa Ludwika Rydygiera obejmuje przeszło dwieście ogłoszonych drukiem prac naukowych. Do publikowania w języku polskim zachęcał Rydygiera warszawski chirurg Polikarp Girsztowt (1827-1877), jego wieloletni dobroczyńca. Rydygier zamierzał uczcić pamięć swego dobrodzieja wmurowaniem jego popiersia na ścianie gmachu zbudowanej przez siebie kliniki chirurgicznej w Krakowie. W roku 1899 w ramach wykładu klinicznego *Zapalenie otrzewnej*, drukowanego w „Gazecie Lwowskiej” Rydygier pisał: „Pamięci nieodżałowanego Prof. Girsztowta, który pierwszy przed 27 laty serdecznie i gorąco zaprosił do pracy literackiej na niwie ojczystej zawsze wdzięcznego Autora”.

W roku 1873 Rydygier ogłosił w „Gazecie Lekarskiej” spostrzeżenia dotyczące crico-tracheotomii według metody Huetera i doniesienie o sposobach leczenia duru brzuszego. W tym samym roku w „Przeglądzie Lekarskim” ukazało się doniesienie o regeneracji tkanki wątrobowej w przypadku marsko-

198

Centralblatt für Chirurgie. No. 12.

Rydygier. Die erste¹ Magenresektion beim Magengeschwür.

(Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 3.)

Die Mittheilung betrifft eine 30 Jahre alte, seit 2 Jahren an immer zunehmenden Magenbeschwerden leidende Frau, bei welcher durch die genaue Untersuchung die Diagnose gestellt wurde auf „Ulcus ventriculi in der Pylorusgegend, in Folge dessen Verengerung des Pylorus mit nachfolgender selten starker Erweiterung des Magens“. (Die große Curvatur reichte bis zur Symphyse, die kleine etwa 2 Finger breit über den Nabel.) In der Überzeugung, dass in solchen Fällen die Magenresektion angezeigt sei, wurde die Operation unternommen. Bei derselben musste wegen inniger Verwachsungen mit dem Pancreas ein Stück desselben mit entfernt werden. Nach Anlegung der sich wiederum sehr gut bewährenden R.'schen elastischen Kompression wurde resecirt, wobei von der hinteren Wand des Duodenums mehr mit fortgeschnitten wurde, als von der vorderen, und zwar so viel, dass über dem Kompressorium nicht hinlänglich Darmwand hervorragte, um die Nähte anlegen zu lassen. Ein weiteres Abtrennen des Darms war wegen fester Verwachsungen nicht möglich; daher musste, was sehr störend war, das betreffende Kompressorium abgenommen werden. Von großem Vortheil war das unbeabsichtigte, zungenförmige Ausschneiden der Duodenalwunde jedoch in so fern, als damit der Umfang des Duodenalendes um so viel verlängert wurde, dass dasselbe ohne sonstige Hilfsmittel mit dem Magenumen vereint werden konnte. Genäht wurde doppelreihig nach Czerny, und zwar mit Katgut (32 innere, 29 äußere Nähte), und die Nahtstelle mit Jodoform bepudert. Das in geringem Grade auftretende Erbrechen nur vorübergehend.¹ Temperatur in den ersten 9 Tagen erhöht bis 39,0–39,3° C. bei sonstigem Wohlbefinden. Ca. 6 Wochen post operat. Entlassung der geheilten Kranken. Die Untersuchung des resecirten Stückes ergibt eine sehr starke Verdickung der Magenwandungen, das Lumen an der verengten Stelle für ein Bougie No. 9 (englisch?) durchgängig.

¹ Hoffentlich auch letzte. Redaktion.

Ryc. 5. Publikacja o resekcji odźwiernika



Ryc. 7. Ludwik Rydygier, rektor Uniwersytetu Lwowskiego, 1901

ści. Rok później w „Gazecie Lekarskiej” Rydygier opublikował opis dwóch przypadków zgorzeli kończyn dolnych na tle zaburzeń krążenia. Ukoronowaniem działalności naukowej tego okresu jest praca doktorska z zakresu aseptyki chirurgicznej.

Spora część publikacji Rydygiera poświęcona jest chirurgii jamy brzusznej, zwłaszcza żołądka i śledziony, szereg prac dotyczy urologii operacyjnej, zaś część chirurgii klatki piersiowej, w szczególności raka sutka. Kilka prac, wśród nich rozprawa habilitacyjna, odnosi się do chirurgii kostno-stawowej. Używanie *veniam legendi* odbyło się w sposób nietypowy. Pracę doświadczalną Rydygier wykonał w Greifswaldzie, a formalności związane z przeprowadzeniem habilitacji dokończył w Jenie. Przyłożył tu swą opiekuńczą rękę profesor Hueter.

W ciągu dziewięcioletniego pobytu w Chełmnie Rydygier opublikował ponad dwadzieścia swoich najważniejszych prac doświadczalnych i klinicznych. Wtedy to napisał *Podręcznik chirurgii szczegółowej* (wydany nakładem autora w Poznaniu w 1886 roku). Opracował w nim chirurgię głowy, szyi i przetyku. Już jako profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego Rydygier wydał tom II podręcznika (Poznań 1886, wydany nakładem autora), w którym omówił choroby kręgosłupa, ściany klatki piersiowej i sutka. Nie dokończył zamierzonego dzieła z powodu obowiązków klinicznych i społecznych.

W 1912 roku profesor Rydygier ogłosił drukiem wyniki swej pracy naukowej wydając tom *Sammlung der von Dr. Ludwig Ritter Rydygier von Ruediger k.k. Hofrat und Professor für Chirurgie bis jetzt veröffentlichten Arbeiten* (Lemberg) (ryc. 8). Zbiór ten zawiera sto czterdzieści dziewięć prac. Książkę poświęcił autor: „Drogim przyjaciółom i znajomym, jak również niemniej swoim wrogom”. Już bowiem w 1897 roku, z okazji nadania tytułu szlacheckiego, Rydygier wybrał do swego herbu hasło „Viel Feind, viel Ehr”, co oznacza „Wielu nieprzyjaciół, wiele chwały” (ryc. 9). Dalej wpisał dedykację: „Niezapomnianemu i wiernemu nauczycielowi prof. C. Hueterowi oraz własnej żonie i synom”. W długim wstępie Rydygier podsumował i omówił swój dotychczasowy dorobek naukowy i publicystyczny. W tomie opracował również chronologiczny wykaz tytułów własnych publikacji oraz prac swoich współpracowników.

Praca kliniczno-dydaktyczna

Profesor Ludwik Rydygier wprowadził cięcie powłok brzusznych w linii środkowej (kresa biała). Opracował technikę szycia powłok brzusznych, która zapewniała gojenie się rany przez rychłozrost oraz metodę oczyszczania rąk tuż przed zabiegiem. Stosował narkozę i publikował prace na ten temat. W pracy zawsze sięgał po najnowsze zdobycze nauki. W 1890 roku sprowadził do Krakowa w celach terapeutycznych partię tuberkuliny. Już po czterech latach od odkrycia promieni X zastosował aparat Roentgena do rozpoznania kamicy moczowej, a w 1911 roku przeprowadził pierwsze eksperymenty z radem.

Rydygier nie używał podczas operacji rękawiczek gumowych, masek ani czepków operacyjnych. Jednak w czasie zabiegu często robił przerwę, by myć ręce w środkach dezynfekujących, jałowym roztworze fizjologicznym soli kuchennej lub w wodzie destylowanej. Według własnych doniesień osiągnął bardzo małą śmiertelność, zwłaszcza po operacjach ginekologicznych. Według relacji doktora Ludwika Zembruskiego: „R. operował zręcznie i stosunkowo szybko”.

Ostatnie lata życia Ludwik Rydygier poświęcił chirurgii wojskowej. Podczas I wojny światowej napisał *Krótki zarys chirurgii wojennej dla lekarzy wojska polskiego czynnych w pierwszych liniach sanitarnych*. Ukazał się on już po śmierci autora.

Rydygier był zdecydowanym przeciwnikiem dopuszczania kobiet do studiów lekarskich, a zwłaszcza specjalizacji z chirurgii. Dał temu wyraz w „Przeglądzie Lekarskim” z 1895 oraz w „Wiener Medizinische Wochenschrift” z 1896 roku. Polemizował z nim profesor Napoleon Cybulski (1854-1919). Rydygier w artykule na łamach „Przeglądu Lekarskiego” zakończył spór z profesorem Cybulskim w tej sprawie bardzo stanowczo: „Precz więc z Polski z dziwolagiem kobiety-lekarza!” W niemieckim artykule swoje zdanie wyraził jednak bardziej dyplomatycznie.

Rydygier był znakomitym nauczycielem, doskonałym wykładowcą, wzniostym wzorem dla młodego pokolenia chirurgów. Z jego chirurg-



Ryc. 8. Zbiór publikacji, 1912

Seinem lieben Freunden und Bekannten,
nicht weniger Seinen Feinden



widmet diese Sammlung seiner Arbeiten
Zum Andenken an sein 25-jähriges Professoren-Jubiläum

der Verfasser,

Ryc. 9. Herb szlachecki Ludwika Rydygiera

gicznej szkoły wyszły setki młodych, znakomitych lekarzy. Większością oddziałów chirurgicznych w szpitalach prowincjonalnych kierowali jego wychowankowie. Jego współpracownicy w klinikach opublikowali ponad czterysta prac. Profesor Rydygier zapisał się w historii medycyny jako twórca polskiej chirurgii, człowiek o rzadko spotykanej pracowitości i energii, przepełniony patriotyzmem. Swoją postawą zobowiązywał młode pokolenie lekarzy do szanowania tych wartości, które kształtowały jego życie i działalność.

dr Tadeusz Zajączkowski

W następnym numerze „Gazety AMG” ukaże się druga część artykułu opisująca zasługi Ludwika Rydygiera dla urologii oraz jego działalność patriotyczną.

Od Redakcji

Gazeta AMG kilkakrotnie pisała o wybitnym polskim chirurgu Ludwiku Rydygierze. W numerze 11/2000 na s. 22-23 prof. Zdzisław Wajda relacjonował konferencję poświęconą 150. rocznicy urodzin prof. Ludwika Rydygiera, którą zorganizował w bydgoskiej Akademii Medycznej prof. Arkadiusz Jawień. Przedstawił także kalendarium ważniejszych wydarzeń składających się na jego biografię. Wcześniej, w numerze 2/1997 *Gazety AMG* prof. Eugeniusz Sieńkowski zamieścił dość obszerny życiorys tego znakomitego, związanego z Pomorzem, chirurga.

Obecnie powracamy do tego tematu, przedstawiając Czytelnikom w dwóch częściach pracę nadesłaną przed dr. Tadeusza Zajączkowskiego. Została ona opublikowana w 2008 r. w języku angielskim: *Thaddaeus Zajączkowski Ludwik von Rydygier (1850-1920) and his contribution to the advancement of surgery and his credit for urology w: de Historia Urologiae Europaeae*, vol. 15, edited by Dr. Dirk Schultheiss, History Office European Association of Urology, pp. 123-154, 2008.

Turniej Tenisa Ziemnego

Serdecznie zapraszamy lekarzy oraz studentów ostatnich lat Wydziału Lekarskiego wraz z rodzinami do udziału w kolejnej edycji Turnieju Tenisa Ziemnego pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Odbędzie się on w dniach 4 i 5 czerwca 2011 r. (sobota, niedziela). W sobotę rozegrane zostaną gry pojedyncze i dodatkowe turnieje, w niedzielę gry deblowe. W razie deszczu gry odbędą się w halach. Zapisy i losowanie do godz. 9.50, gry w godzinach 10.00–16.00.

Turniej odbędzie się na kortach przy ul. Haffnera 74 w Sopocie (dawny MOSiR, wjazd od ulicy Haffnera, obszerny parking tylko na potrzeby turnieju). Kategorie w turniejach singlowych i deblowych zależą od liczby zgłoszonych zawodników i zawodniczek. Na pewno będą obowiązywać kategorie „OPEN” oraz „50+”.

Wpisowe: 20 zł do 28 maja; 50 zł w dniu turnieju (jednorazowo za 2 dni). Nr konta do wpłat: 59 1140 2004 0000 3702 5649 6640 (mBank) Mateusz Koberda ul. Nad Jarem 31, 80-135 Gdańsk. W tytule przelewu proszę umieścić imię i nazwisko oraz datę urodzenia.

Organizatorzy turnieju: Mateusz Koberda i Ryszard Tomaszczuk, Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Zgłoszenia: mateuszkoberda@tlen.pl (preferowane) lub tel. 605678443.

Annales Academiae Medicae Gedanensis

Redakcja *Annales Academiae Medicae Gedanensis* informuje, że termin przyjmowania prac zostaje przedłużony do dnia 30 kwietnia br. Przypominamy, że zgodnie z wprowadzonymi zmianami w regulaminie przyjmowane są również prace poglądowe i kazuistyczne.

dr Włodzimierz Kuta
sekretarz redakcji



Alina Boguszewicz

Wspomnienie o prof. Wandzie Kondrat

pierwszym kierowniku Kliniki
Chirurgii Plastycznej naszej Uczelni

Profesor dr hab. Wanda Kondrat, córka Józefa i Olgi Machnowskich, urodziła się 16 maja 1919 roku w Siemianówce w Rumunii. Zmarła 24 lutego 2011 roku w Gdańsku.

W 1937 r. po ukończeniu Państwowego Gimnazjum im. Adama Jerzego Czartoryskiego w Wilnie została przyjęta na Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego. Studia przerwała druga wojna światowa. Wanda Kondrat ukończyła je w 1946 r. jako absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Poznaniu. Aby nie tracić kontaktu z medycyną w latach 1942-1944 pracowała jako laborantka w Szpitalu Powiatowym w Szczuczynie Nowogródzkim. W 1942 r. wyszła za mąż za Jana Kondratę, lekarza w oddziale legendarnego partyzanckiego dowódcy „Ponurego”. Wraz z mężem walczyła z okupantem w oddziale wileńskim Armii Krajowej.

W 1947 roku rozpoczęła pracę w charakterze asystenta Oddziału Chirurgii Dziecięcej prowadzonego przez prof. dr. E. Dreszera. W 1948 roku oddział ten został włączony do I Kliniki Chirurgicznej Pomorskiej Akademii Medycznej. Tam w 1950 r. na podstawie pracy zatytułowanej *Zapobieganie kalectwu w leczeniu złamań dolnej nasady kości ramiennej u dzieci* uzyskała stopień naukowy doktora medycyny.

W związku z przeniesieniem służbowym męża, w 1951 roku objęła stanowisko starszego asystenta w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Miejskiego w Toruniu, gdzie do marca 1953 roku prowadziła pododdział chirurgii dziecięcej. W 1952 r. uzyskała II stopień specjalizacji w chirurgii dziecięcej.

Od czasu, gdy mąż Wandy Kondrat objął stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii w VII Szpitalu Marynarki Wojennej, jej życie już na stałe związało się z Gdańskiem. Od 1953 roku pracowała w charakterze starszego asystenta Kliniki Ortopedii w Oddziale Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej w Gdań-



sku. Kierownikiem jej wówczas był doc. dr R. Sztaba. W roku 1959 przez dziewięć miesięcy pracowała poza granicami Polski odbywając staże naukowo-kliniczne w Wielkiej Brytanii na Oddziale Chirurgii Plastycznej w Bangour General Hospital By Broxburn West Lothian oraz na Oddziale Chirurgii Dziecięcej w Royal Hospital for Sick Children w Edynburgu. Szkolenia te pogłębiły jej zainteresowanie chirurgią plastyczną. Przywiozła z nich znajomość nowoczesnych metod leczenia oparzeń oraz nowych metod operacyjnych w dziecięcej chirurgii plastycznej, głównie dotyczących chirurgicznego leczenia wady rozszczepu wargi i podniebienia.

W 1961 roku Wanda Kondrat została mianowana adiunktem Kliniki Chirurgii Dziecięcej AMG, a w 1964 roku uzyskała II stopień specjalizacji z zakresu chirurgii plastycznej. Była jednym z kilku pierwszych specjalistów w tej dziedzinie w Polsce. W 1966 r. ponownie wyjechała do Szkocji, gdzie w ośrodkach prowadzonych przez profesora A.B. Wallace'a doskonaliła swe umiejętności w chirurgii plastycznej dzieci i dorosłych oraz leczeniu oparzeń.

W 1967 r. na podstawie rozprawy *Pomiary grubości naskórka i skóry u dzieci od 0 do 125 miesięcy i ich znaczenie kliniczne* oraz po zdaniu kolokwium habilitacyjnego uzyskała stopień naukowy doktora habilitowanego.

1 października 1970 roku objęła stanowisko docenta w AMG. W ówczesnym Instytucie Chirurgii prowadziła Oddział Chirurgii Plastycznej, który wydzielono w obrębie I Kliniki Chirurgii Ogólnej kierowanej wówczas przez prof. Jerzego Dybickiego. W 1977 r. Oddział otrzymał rangę kliniki. W roku 1979 Rada Państwa nadała Wandzie Kondrat tytuł pro-



Wanda Kondrat w otoczeniu najbliższej rodziny, stoi w mundurku harcerskim przy ojcu, oficerze WP. Obok mama, siostra i brat



Profesor pierwsza (z prawej) na sali operacyjnej Kliniki Chirurgii Dziecięcej, lata 60.

fesora nadzwyczajnego. Kliniką Chirurgii Plastycznej AMG kierowała aż do przejścia na emeryturę w 1989 roku.

Jej zainteresowania kliniczne i naukowe koncentrowały się głównie wokół chirurgii dziecięcej, chirurgii plastycznej oraz leczenia oparzeń. Dorobek naukowy obejmuje kilkadziesiąt prac ogłoszonych drukiem w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Była laureatem dydaktycznych i naukowych nagród Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz promotorem sześciu rozpraw doktorskich. Należała do licznych towarzystw nauko-

wych krajowych i zagranicznych w tym do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych oraz Międzynarodowego Towarzystwa Leczenia Oparzeń.

Działalność zawodowa prof. Wandy Kondrat przyczyniła się znacząco do rozwoju powyższych specjalności w Polsce. Wyrazem tego było nadanie jej tytułu członka honorowego Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej w 1987 r. oraz Polskiego Towarzystwa Leczenia Oparzeń w 1995 roku.

Profesor Wanda Kondrat została odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem XXX-lecia AMG oraz Medalem „Zasłużonym Ziemi Gdańskiej”.

Jej pasja niesienia pomocy ludziom była niezwykła. W wieku 75 lat, będąc już na emeryturze, na wieść o pożarze w Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej pospieszyła z ratunkiem. W dzień i w

nocy operowała poparzonych młodych ludzi. Pasją profesora Wandy Kondrat był sport. W przeszłości uprawiała pilotaż szybowcowy, narciarstwo zjazdowe i grała w tenisa. Kochała także zwierzęta. W jej domu zawsze mieszkali dwa psy.

Życie zawodowe prof. Wandy Kondrat było trudne, ale niewątpliwie bardzo udane. Natomiast w życiu prywatnym los obchodził się z nią okrutnie. W 1962 r. tragicznie zmarł 19-letni syn Jacek, student Politechniki Gdańskiej. Przedwcześnie, w 1979 roku odszedł mąż Jan. W 1993 r. zmarła w wieku 36 lat, również tragicznie, córka Maria Kondrat-Cieślewicz, lekarz medycyny. Po jej śmierci prof. Kondrat samotnie wychowywała jedynego wnuka Nicholasa (Mikołaja) Cieślewicza, obecnie adwokata w Pomorskiej Izbie Adwokackiej oraz pracownika dydaktyczno-naukowego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego.

Zapamiętaliśmy profesora Wandę Kondrat jako wspaniałego lekarza oraz życzliwego ludziom, skłonnego do wielkich poświęceń człowieka.

dr hab. Alicja Renkielska,
Nicholas Cieślewicz



Profesor z mężem i synem w górach

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Oddział Regionalny w Gdańsku oraz firma TEVA

serdecznie zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 6 kwietnia 2011 r. o godz. 12. Spotkanie odbędzie w Gdańsku-Wrzeszczu przy ul. Batorego 28 B.

Tematy spotkania:

1. *Współpraca Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej z neurologiem dziecięcym w zakresie orzecznictwa szkolnego* – mgr Joanna Brzoskowska, dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Gdańsku.
2. *Psychologiczne aspekty padaczki u dzieci* – dr Anna Olszewska, Klinika Neurologii Rozwojowej UCK.

Nowa alternatywa dla organizacji studenckich w GUMed

Bractwo Phi Delta Epsilon

Phi Delta Epsilon (PhiDE), największe międzynarodowe bractwo medyczne zrzeszające zarówno studentów, jak i lekarzy, posiada już swoją filię w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Jest to jedyna filia bractwa w Polsce, a druga w Europie (poza Royal College of Surgeons w Irlandii).

Co to jest Phi Delta Epsilon

Phi Delta Epsilon jest elitarną organizacją, dla której najważniejsze są zasady filantropii, wiary, równości i edukacji. Członkowie mają możliwość rozwinięcia praktycznych umiejętności medycznych, poszerzania wiedzy, angażowania się w akcje społeczne oraz docenienia wartości pracy zespołowej. Celem bractwa jest zrzeszania nie tylko studentów, ale także absolwentów przez cały okres ich kariery naukowej i lekarskiej.

Phi Delta Epsilon wspiera młodych lekarzy rozpoczynających karierę medyczną oraz dostarcza informacji pomocnych studentom w świadomym wyborze kierunku rozwoju, specjalizacji i przygotowuje do przyszłej pracy w zawodzie lekarza. W tym celu powstał specjalny program mentorski polegający na współpracy studentów z praktykującymi i emerytowanymi lekarzami. Dzięki temu zainteresowany może otrzymać odpowiedzi na nurtujące pytania oraz wskazówki dotyczące planowanej profesji. Wśród lekarzy związanych z Gdańskim Uniwersyteciem Medycznym, należących do PhiDE i czynnie zaangażowanych w program mentorski, można wymienić: dr. hab. Piotra Czaudernę z Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, prof. Jacka Witkowskiego z Katedry i Zakładu Fizjopatologii, prof. Jana Marka Słomińskiego z Katedry Pneumonologii i Alergologii, dr. Wiesława Cudałę z Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, lek. Katarzynę Gołąbek-Dropiewską z Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej, dr. Justynę Kostro z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, dr. Ewę Raniszewską z Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej, dr. Mariusza Stasiaka z Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej, dr. Annę Szyndler z Zakładu Nadciśnienia Tętniczego oraz dr. hab. Tomasza Wierzbę z Katedry i Zakładu Fizjologii.



Bractwo Phi Delta Epsilon powstało w 1904 roku z inicjatywy Aarona Browna i jego kolegów z Cornell University Medical College w Nowym Jorku. Szybko odniosło znaczny sukces i doprowadziło to do otwarcia nowych filii organizacji w Stanach Zjednoczonych. Obecnie w dziewięćdziesięciu czterech oddziałach na świecie Phi Delta Epsilon zrzesza około 27 000 członków z USA, Kanady, Japonii, Izraela, Karaibów, Meksyku, Irlandii i ostatnio z Polski.

– Bractwo Phi Delta Epsilon jest nową konfraternią studencką działającą na terenie naszej Uczelni. Jej celem jest stymulowanie osobistego i możliwie jak najbardziej integralnego, rozwoju przyszłych lekarzy w oparciu o ideały filantropii i działania na rzecz innych, jak i poprzez utrzymywanie wysokich standardów etycznych – twierdzi dr hab. Czaundera. – Istotną częścią działalności PhiDE jest też samokształcenie. Myślę, że oferta ta spotka się zainteresowaniem studentów naszej Uczelni. Sposób działania bractwa Phi Delta Epsilon jest oparty na najlepszych amerykańskich wzorach i tradycjach uniwersyteckich. Członkostwo w bractwie jest dożywotnie, co pozwala na zawiązanie głębokich więzów przyjaźni między jej członkami.

Co daje członkostwo

Jednym z głównych atutów Phi Delta Epsilon jest oferowanie swoim członkom wielu programów edukacyjnych obejmujących wykłady, seminaria oraz zajęcia kliniczne. W związku ze szczególnym zainteresowaniem studentów medycyną praktyczną i chęcią uczestniczenia w zabiegach





operacyjnych powstał serwis „Surgery Assist on Call” – sprawnie działający system powiadamiania o możliwości asysty przy zabiegu. W razie potrzeby kliniki chirurgiczne dzwonią na specjalny numer, a osoba obsługująca telefon wybiera na podstawie planów zajęć najbardziej dyspozycyjnego studenta i informuje o szczegółach związanych z operacją. Dzięki kursom praktycznym członkowie mają szansę na zdobycie całkiem nowych umiejętności, jak i pogłębienie tych, które były wcześniej omawiane na standardowych zajęciach w niezadowalającym zakresie. Jak dotąd odbyły się kursy: szycia chirurgicznego, iniekcji i wykonywania wkłuc oraz BLS – podstawowych technik resuscytacyjnych. W najbliższym czasie planowane są kursy postępowania przy odmie i krwiakach opłucnej oraz intubowania. Małe grupy, w których prowadzone są szkolenia, dają każdemu szansę na optymalne przyswojenie tematu pod czujnym okiem lekarzy dających cenne rady i sugestie.

Wolontariat

Bardzo ważnym rozdziałem w życiu bractwa jest wolontariat. Członkowie biorą czynny udział w akcjach społecznych oraz pozyskiwaniu pieniędzy na cele charytatywne. Obecnie Phi Delta Epsilon pogłębia współpracę z Pomorskim Hospicjum dla Dzieci, w ramach której członkowie dotychczas angażowali się w takie przedsięwzięcia jak „Kwesta na rzecz Hospicjum”, organizacja Wigilii dla dzieci i ich rodziców oraz „Sztafeta nadziei”.

Ideą PhiDE jest również realizacja przedsięwzięć mających na celu promocję zdrowia. Na czerwiec tego roku planowane jest zorganizowanie Białej Niedzieli – akcji przeprowadzanej w jednym z małych miast w okolicy Gdańska, podczas której każdy mieszkaniowiec będzie mógł bez kolejki i opłat skorzystać z porad różnych lekarzy specjalistów oraz zrobić niezbędne badania.

Nowe możliwości rozwoju i zdobywania doświadczeń stwarza współpraca międzynarodowa z członkami bractwa z innych państw. Tworzenie wspólnych projektów pogłębia umiejętność zespołowego wykonywania zadań i rozwiązywania problemów, a nawiązane kontakty pomagają pokonać problem zakwaterowania podczas udziału w międzynarodowych konferencjach lub podczas wizyt na obcych uniwersytetach.

Filia bractwa w Gdańsku została zarejestrowana w GUMed 16 kwietnia 2010 roku przez prorektora ds. studenckich dr hab. Barbarę Kamińską, a w październiku tego samego roku po

wizycie Karen Katz, naczelnego dyrektora PhiDE, oficjalnie wstąpiła w szeregi Phi Delta Epsilon.

PhiDE jest nową alternatywą wśród organizacji studenckich działających w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Skierowana jest zarówno do polskich, jak i zagranicznych studentów, przy czym językiem komunikacji jest angielski. Dzięki specjalnej strukturze bractwa składającej się z zarządu oraz komitetów zajmujących się poszczególnymi działami, każdy członek ma szansę realizacji i sprawdzenia się na wielu stanowiskach. Obecnie do zarządu PhiDE należą: Jan Wieruszewski – przewodniczący, Victor Szymasziuk – wiceprzewodniczący ds. programu, koordynator Filii, Janusz Springer – wiceprzewodniczący ds. finansów, Piotr Łukasiewicz – wiceprzewodniczący ds. rekrutacji oraz Oliwia Kozak – sekretarz generalny. Aktualnie do gdańskiej filii Phi Delta Epsilon należy 27 studentów. Nabór nowych członków odbędzie się na przełomie września i października wraz z rozpoczęciem

nowego roku akademickiego.

Zainteresowani mogą śledzić wydarzenia związane z bractwem na stronie www.phide.mug.edu.pl, na Facebooku (grupa Phi Delta Epsilon – Epsilon Theta Colony Gdańsk) oraz zapoznać się z informacjami zamieszczonymi na głównej stronie organizacji www.phide.org.

Pytania na temat bractwa i rekrutacji należy kierować pod adres mailowy phide@gumed.edu.pl.

Oliwia Kozak
studentka III r. Wydziału Lekarskiego



Projekty ustaw zdrowotnych

Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym

Wprowadzenie

W świetle art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP z 1997 r. każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wobec tego, że w odniesieniu do warunków i zasad udzielania świadczeń zdrowotnych następuje odesłanie do ustawy, Konstytucja RP nie może stanowić samodzielnej podstawy prawnej roszczeń obywateli o sfinansowanie określonych świadczeń zdrowotnych skierowanych do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), ani też roszczeń świadczeniodawców, w tym zakładów opieki zdrowotnej, o zwrot kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej do tej instytucji^{2,3}.

W pierwszych kilkunastu miesiącach obowiązywania Konstytucji RP z 1997 r. (weszła ona w życie 17.10.1997 r.), tj. do 31 grudnia 1998 r. funkcjonował w Polsce system opieki zdrowotnej, zwany systemem budżetowym. W jego ramach świadczenia zdrowotne (czyli jak to wówczas określano: służba zdrowia) były finansowane wprost z budżetu państwa. Jednak z dniem 1 stycznia 1999 r. wdrożono nowy, wręcz rewolucyjny w stosunku do poprzednio obowiązującego, system opieki zdrowotnej opierający się na instytucji Kas Chorych. Te zlikwidowano 1 kwietnia 2003 r., a w ich miejsce powołano NFZ.

Tym samym zastąpiono dotychczasowy system budżetowy nowym publicznym systemem ochrony zdrowia o charakterze powszechnym, obligatoryjnym, opartym o zasadę solidaryzmu społecznego. Obecnie podstawowym aktem prawnym, do którego odwołuje się Konstytucja RP, a odnoszącym się do zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴. Ustawa ta wprowadza instytucje świadczeń gwarantowanych z zakresu: 1) podstawowej opieki zdrowotnej; 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; 3) leczenia szpitalnego; 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; 5) rehabilitacji leczniczej; 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; 7) leczenia stomatologicznego; 8) lecznictwa uzdrowiskowego; 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze; 10) ratownictwa medycznego; 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej; 12) świadczeń wyspospecjalistycznych; 13) programów zdrowotnych; 14) leków. Minister właściwy w sprawach zdrowia, w drodze rozporządzeń, określa tzw. koszyk pozytywnych świadczeń gwarantowanych, czyli takich, które w całości lub części są finansowane ze środków publicznych.

Prezentacja projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym

„Konieczność regulacji sfery dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych – jak czytamy w uzasadnieniu projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, zwanej dalej „projektem” – „wynika przede wszystkim z faktu dynamicznego rozwoju rynku prywatnej opieki zdrowotnej na przestrzeni ostatnich lat. Jednocześnie rozwój ten nie został oparty o należyte ramy prawne. W szczególności należy wskazać, że pomimo przyznanej zakładom opieki zdrowotnej możliwości zawierania umów z zakładami ubezpieczeń nie określono zasad współpracy i realizacji kontraktów w sytuacji, gdy świadczeniodawca

posiada kontrakty z dwoma płatnikami – publicznym i prywatnym”¹. Głównym celem projektu jest „zagwarantowanie świadczeniobiorcom należytej realizacji ich uprawnień wynikających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz stworzenia ram systemowych dla dalszego rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce”¹.

Projekt określa warunki i zasady zawierania oraz wykonywania umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz prowadzenia działalności w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest ono w świetle art. 3 ust. 1 projektu ubezpieczeniem wypadkowym lub chorobowym w rozumieniu, jakie temu pojęciu nadaje ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej⁵. Umowa, na mocy której ubezpieczyciel udzieli ochrony ubezpieczeniowej, może zostać zawarta na czas określony lub nieokreślony. Z kolei świadczenia ubezpieczyciela w ramach tej umowy mają polegać na:

- zapłacie sumy pieniężnej, która będzie stanowić pokrycie w całości albo w części kosztów świadczeń opieki zdrowotnej lub świadczeń z zakresu medycyny pracy,
- zapewnieniu świadczeń opieki zdrowotnej lub świadczeń z zakresu medycyny pracy bez konieczności ponoszenia przez ubezpieczonego kosztów takich świadczeń albo przy ponoszeniu przez ubezpieczonego części kosztów,

Odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmie również koszty leczenia powikłań wynikających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczający może zawrzeć taką umowę także na cudzy rachunek. Ubezpieczony nie musi być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W przypadku objęcia dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym świadczeń z zakresu medycyny pracy, umowa nie może obejmować dodatkowo innych świadczeń, chyba że zostały one uwzględnione w odrębnej części dokumentu ubezpieczenia oraz została dla nich ustalona odrębna stawka.

Projekt określa również wybrane elementy ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym prawa i obowiązki stron umowy, zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela i świadczeń objętych umową dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ze wskazaniem ich charakteru (tj. czy mają one charakter pieniężny, czy rzeczowy), sposób realizacji świadczeń i inne. Projekt wprowadza przy tym, stanowiącą powtórzenie rozwiązania przyjętego w Kodeksie Cywilnym, regułę interpretacyjną, wedle której postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

Projekt przewiduje nadto pewne mechanizmy zabezpieczenia praw świadczeniobiorców korzystających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji, gdy świadczeniodawca udziela jednocześnie świadczeń zdrowot-

1. Zarówno projekt ustawy, jak i jego uzasadnienie zostały zaczerpnięte ze strony mz.gov.pl, 9 marca 2011 r.
2. Wyrok SN z dnia 24 listopada 2006 r. III CSK 181/06, LEX Prestige 2011.
3. M. Śliwka [w:] M. Nestorowicz, Prawo medyczne, wyd. IX, Toruń 2010, s. 35, 36.
4. Tekst jedn. Dz. U. z 2008 Nr 164, poz. 1027 ze zm.
5. Tekst jedn. Dz. U. z 2010r. Nr 11, poz. 56 ze zm.
6. <http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,81048,9206247.html> [Kopacz o ustawie o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych]

nych na podstawie umowy z zakładem ubezpieczeń zdrowotnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W szczególności:

- ubezpieczyciele tacy są zobowiązani do zapewnienia takich warunków i sposobów realizacji umowy, aby nie naruszały one praw osób korzystających z systemu publicznego, w tym w zakresie prowadzenia list oczekujących, pod rygorem sankcji (rozwiązanie umowy z NFZ bez wypowiedzenia, nałożenie kary umownej, a także zakaz zawarcia umowy z ubezpieczycielem w określonym terminie, zależnym od tego, ile razy doszło do rozwiązania umowy z NFZ),
- wymóg informowania NFZ o zawartej przez świadczeniodawcę umowie z zakładem ubezpieczeń i jej zakresie,
- wymóg przekazywania przez świadczeniodawców do NFZ informacji dotyczącej list oczekujących, prowadzonych na te świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które jednocześnie są przedmiotem umowy z zakładem ubezpieczeń, co w swych założeniach ma umożliwić NFZ monitorowanie poprawności ich prowadzenia,
- zapewnienie NFZ możliwości uzyskiwania określonej kategorii informacji od zakładu ubezpieczeń,
- wprowadzenie obowiązku realizacji przez świadczeniodawcę kontraktu podpisanego przez świadczeniodawcę z Funduszem na określonym poziomie (90% w systemie narastającym), jako warunku możliwości udzielania świadczeń w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego,
- wzmocnienie kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Ubezpieczonych celem zintensyfikowania ochrony ubezpieczonego korzystającego z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego,
- w celu rozwoju rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wprowadzono m.in. ulgę podatkową w przypadku zakupu polisy obejmującej tę kategorię ubezpieczenia¹.

Pierwsze opinie dotyczące projektu ustawy

Wśród pozytywnych efektów przyjęcia projektowanej regulacji na ochronę zdrowia i konkurencyjność gospodarki projektodawca wymienia:

- zwiększenie ochrony świadczeniobiorców korzystających z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- zwiększenie dostępności ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej,
- umożliwienie świadczeniodawcom racjonalnego zarządzania wolnymi zasobami, w tym tymi, które nie są objęte kontraktowaniem z NFZ,
- podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- zwiększenie konkurencyjności w sektorze dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych między zakładami ubezpieczeń oferującymi produkty zdrowotne.

Ministerstwo Zdrowia z entuzjazmem lobbuje za projektem. Minister zdrowia Ewa Kopacz podkreślała, że na dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych skorzystają zarówno świadczeniodawcy, jak i pacjenci, tłumacząc, iż „dodatkowe ubezpieczenia są szansą na podreperowanie sytuacji szpitali”. Według niej „dyrektorzy, którzy otrzymają dodatkowe pieniądze, będą mogli np. wydłużyć godziny wykonywania badań”, na czym – zdaniem

Minister – skorzystają pacjenci⁶. Ewa Kopacz podkreślała, iż celem resortu jest zadbanie o to, „by nie podzielić Polaków” i „żeby to nie było coś ekskluzywnego dla tych, których stać na dodatkowe ubezpieczenie”.

Zdaniem Minister projekt ma zapewnić równy dostęp do świadczeń medycznych „Zarówno temu, kto płaci dodatkowo, jak i temu, kto nie płaci, bo po prostu z powodu swojej sytuacji finansowej tych pieniędzy nie ma. (...) Zebyśmy nie łamali art. 68 Konstytucji” – powiedziała Ewa Kopacz⁷.

Jednak zdaniem wielu specjalistów, projektowane uregulowania są sprzeczne z Konstytucją RP z 1997 roku. Zdaniem dr. Ryszarda Piotrowskiego z Katedry Prawa Konstytucyjnego UW „wprowadzenie dodatkowych, płatnych ubezpieczeń, gwarantujących części pacjentów krótszy czas oczekiwania na świadczenia, pozostaje w sprzeczności z art. 68, ust. 2 Konstytucji”, (...) wprowadzenie takich ubezpieczeń oznaczałoby, że dostęp do świadczeń zdrowotnych zostałby uzależniony od gotowości do ich współfinansowania przez pacjentów. W związku z tym naruszona byłaby konstytucyjna zasada równego dostępu do opieki medycznej”. W podobnym tonie wypowiada się dr Tomasz Niedziński z Instytutu Polityki Społecznej UW. Jego zdaniem projektowana ustawa – gdyby weszła w życie w brzmieniu zaproponowanym przez Ministerstwo Zdrowia – mogłaby zostać zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego⁸. Inne światło na niniejszy problem rzuca dr Piotr Bielarczyk z Wydziału Prawa i Administracji UW, który przypomina, iż dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego przewidywało możliwość wprowadzenia modelu finansowania ochrony zdrowia opierającego się zarówno na środkach publicznych, jak i innych sposobach finansowania, zastrzegając jednocześnie ostateczną ocenę od końcowego kształtu przyjętych rozwiązań ustawowych⁹.

Głosów krytycznych zarówno wobec jakości samej legislacji, jak i rozwiązań w niej przyjętych nie brak również w innych środowiskach. Polska Izba Ubezpieczeń, która jest organizacją samorządu gospodarczego skupiającą wszystkie zakłady ubezpieczeń w Polsce, początkowo pozytywnie oceniała projekt ustawy. Podkreślała wprowadzenie przepisów dotyczących możliwości oferowania w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zawieranych przez pracodawców, świadczeń medycyny pracy czy finansowania składek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (poza świadczeniami medycyny pracy) z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Jako obiecujący uznała również zapis o uldze podatkowej dla osób opłacających składkę ubezpieczenia zdrowotnego⁹.

Jednakże po poddaniu omawianego projektu analizie, PIU zgłosiła do niego kilka istotnych zastrzeżeń. Podkreśliła m.in., iż może on być mylący zarówno dla ubezpieczycieli, jak i dla świadczeniodawców¹⁰. Zdaniem Izby, ustawa nie definiuje precyzyjnie pojęcia dodatkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. W jej opinii, „obecny kształt projektu nie daje szans na to, by prawidłowo odróżnić ubezpieczenia zdrowotne od innych polis wypadkowych i chorobowych. Definicja przyjęta przez Ministerstwo Zdrowia sprawiłaby kłopoty nie tylko ubezpieczycielom życiowym co do tworzenia oferty, ale także, w przypadku obowiązywania ulgi podatkowej, organom skarbowym, dla których jednoznaczność interpretacji jest szczególnie istotna”.

Wobec powyższych zastrzeżeń, PIU zaproponowała następującą definicję prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, niepozostawiającą w opinii Izby żadnych wątpliwości interpretacyjnych:

dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – ubezpieczenie wypadkowe lub chorobowe albo ubezpieczenia wypadku lub ubezpieczenia choroby, których zakres może obejmować świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego zapewniane lub finansowane przez zakład ubezpieczeń na zasadach określonych w ustawie oraz świadczenia z zakresu medycyny pracy i inne świadczenia

7. <http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,80708,8359439.html> [Kopacz Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie tylko]

8. <http://tvp.info/informacje/biznes/reforma-sluzby-zdrowia-sprzeczna-z-konstytucja/3888623>

9. http://www.inwestycje.pl/ubezpieczenia/ubezpieczenia_zdrowotne/piu_wstepnie_ocenilo_projekt_ustawy_o_dodatkovym_ubezpieczeniu_zdrowotnym_1188720.html

10. <http://www.piu.org.pl/aktualnosci/project/570/paginacja/1>



Konwencja Ramowa WHO o ograniczeniu użycia tytoniu

Kontakt trójmiejskich naukowców i prawników praktyków z International Legal Consortium (ILC) at the Campaign for Tobacco-Free Kids w Waszyngtonie został zainicjowany przez warszawskie przedstawicielstwo Światowej Organizacji Zdrowia. WHO już wcześniej podjęła współpracę z Zakładem Prawa Medycznego, Zakładem Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Wydziału Nauk o Zdrowiu GUMed, a także Katedrą Prawa Cywilnego Uniwersytetu Gdańskiego w zakresie wspierania organizowanych przez nią kampanii na rzecz walki z chorobami odtyniowymi oraz eksperckiej oceny przez naszych naukowców kontrowersyjnej nowelizacji ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. Ustawa z 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz. U. Nr 81, poz. 529 weszła w życie z dniem 15 listopada 2010 r., z zastrzeżeniem art. 1 pkt. 6, który zacznie obowiązywać od 15 maja 2012 r.

WHO rekomendowała udział tego gremium w pracach nad stworzeniem polskiej części światowej bazy danych. Obejmuje ona wybrane informacje dotyczące wdrożenia przez Polskę Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (z 21 maja 2003 r.), zwanej dalej „Konwencją Ramową”¹ oraz wytycznych przyjętych przez Konferencję Stron tejże Konwencji. Do prac przystąpił zespół prawników kierowany przez Lubomirę Wengler (Zakład Prawa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu GUMed). Znaleźli się w nim Ewa Adamska-Pietrzak (prawnik praktyk), Izabela Adrych (Katedra Prawa Cywilnego UG), Małgorzata Balwicka-Szczyrba (Katedra Prawa Cywilnego UG), Piotr Pietrzak (aplikant notarialny), wspierany w zakresie problematyki epidemiologicznej przez Piotra Popowskiego i Łukasza Balwickiego (Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu GUMed), a także lek. Michała Brzezińskiego (Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych w Gdańsku).

 związane z oferowaniem, organizowaniem i wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem PIU, taka definicja powoduje, że ubezpieczenia zdrowotne mogą być oferowane przez zakłady ubezpieczeń na życie oraz zakłady majątkowe, czego ustawa w brzmieniu zaproponowanym przez Ministerstwo Zdrowia nie zapewnia.

Duże wątpliwości Izby budzi danie NFZ możliwości nadzorowania wszystkich świadczeniodawców, zarówno publicznych, jak i prywatnych. W opinii PIU „idea ustawy powinna być likwidacja barier w kontraktowaniu przez ubezpieczycieli publicznych świadczeniodawców, których zasoby sprzętowe i kadrowe nie są w pełni wykorzystywane. Tymczasem instrumenty, w które projekt ustawy wyposaża Fundusz, sprawiają, że państwowy płatnik będzie jednocześnie konkurentem ubezpieczycieli i kontrolerem ich umów ze świadczeniodawcami”. Zdaniem Izby, Ministerstwo Zdrowia winno wziąć pod uwagę powyższe zastrzeżenia oraz zaproponowane rozwiązania i uwzględnić je w zmienionym brzmieniu projektowanej ustawy¹⁰.

mgr Ewa Adamska-Pietrzak,
aplikant adwokacji Pomorskiej Izby Adwokackiej, prawnik
dr n. praw. Lubomira Wengler,
Zakład Prawa Medycznego WNoZ
dr n. med. Piotr Popowski,
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej WNoZ

Intensywne prace toczyły się od czerwca do października 2010 r. Zespół, stosownie do określonych przez Amerykanów procedur i wzorców, podjął się ustalenia stopnia implementacji przez polskiego prawodawcę Konwencji Ramowej i dostosowania polskich przepisów prawnych do wymogów wyżej wymienianych wytycznych w odniesieniu do trzech obszarów:

- ochrony przed narażeniem na dym tytoniowy (art. 8 wytycznych),
- opakowań i oznakowania wyrobów tytoniowych (art. 11 wytycznych),
- reklamy i promocji wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania przez branżę tytoniową (art. 13 wytycznych).

Obszary te zostały uznane przez ILC za niewrażliwe z perspektywy tworzenia prawoporównawczej światowej bazy danych z zakresu prawa antytytoniowego. W marcu br. Patricia Lambert, dyrektor ILC poinformowała uczestników o otwarciu i udostępnieniu w Internecie bazy danych, obejmującej wybrane przez tę organizację kraje, w tym Polskę. W tym samym miesiącu udostępniono bazy danych Tobacco Control Laws. Internetowe seminarium inaugurujące otwarcie bazy odbyło się 8 marca br. w godz. 15.30-16.30 GMT. Spotkanie zostało poprowadzone przez Patricię Lambert oraz Monique Muggli – radcę prawnego. Podczas seminarium uczestnicy mogli dowiedzieć się m.in. w jaki sposób:

- pozyskać ogólne informacje wprowadzające na temat przepisów prawa antytytoniowego w poszczególnych krajach;
- zapoznać się z analizą na temat czy i w jakim stopniu ustawodawstwo poszczególnych krajów zgodne jest z Ramową Konwencją Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu i Wytycznymi do niej;
- pobrać kompletne teksty prawne w zakresie prawa antytytoniowego z poszczególnych krajów (w języku angielskim, a także częściowo w językach poszczególnych krajów);
- porównywać ustawodawstwa poszczególnych krajów w systemie *side-by-side* (maksymalnie trzy ustawodawstwa krajowe w trakcie jednego porównania);
- korzystać z innych narzędzi dostępnych na stronie internetowej bazy.

Baza Tobacco Control Laws początkowo obejmowała informację dotyczącą prawa antytytoniowego z 15 krajów, które potraktowane zostały priorytetowo przez WHO. Obecnie strona internetowa bazy gromadzi informacje z 22 krajów. Kluczowe obszary w których zbierane są dane dotyczą tworzenia stref wolnych od dymu tytoniowego, reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, sponsorowania przedsięwzięć przez branżę tytoniową, a także sposobów pakowania i oznakowywania wyrobów tytoniowych. Celem twórców bazy było stworzenie kompleksowych i skutecznych, a zarazem prostych w obsłudze narzędzi do wyszukiwania przepisów w zakresie prawa antytytoniowego na całym świecie.

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 74, poz. 587. Zob. także ustawę z dnia 17 lutego 2006 r. o ratyfikacji Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzonej w Genewie dnia 21 maja 2003 r. (Dz. U. Nr 66, poz. 464); oświadczenie rządowe z dnia 16 stycznia 2007 r. w sprawie mocy obowiązującej Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzonej w Genewie dnia 21 maja 2003 r. (Dz. U. Nr 74, poz. 488).

Konwencja Ramowa weszła w życie 14 grudnia 2006 r. Po siada, w świetle Konstytucji RP z 1997 r., status umowy międzynarodowej, ratyfikowanej za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie. Taka kwalifikacja powoduje, iż w razie kolizji między przepisami, które zawiera a ustawą (krajową) pierwszeństwo zachowuje przepis w niej zawarty (stąd też ten typ konwencji międzynarodowych określa się w literaturze przedmiotu jako mający charakter „nadustawowy”). W celu lepszej ochrony zdrowia człowieka, strony Konwencji Ramowej (tj. państwa-sygnatariusze) są zachęcane do wprowadzenia środków wykraczających poza wymagane na mocy tego aktu normatywnego i protokołów do niego. Konwencja nie uniemożliwia bowiem nałożenia przez poszczególne państwa ostrzejszych wymogów aniżeli sama wprowadza (art. 2 Konwencji Ramowej). Celem Konwencji jest „ochrona dzisiejszych i przyszłych pokoleń przed zgubnymi zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi następstwami konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy poprzez przedstawienie ram dla środków ograniczenia użycia tytoniu, jakie jej strony będą wprowadzać na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym w celu ciągłego i znacznego ograniczenia rozpowszechnionej konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy”. Ustanawia m.in. zasady przewodnie, którymi winny kierować się strony przy jej wprowadzaniu do prawa krajowego. Wśród nich należy wyróżnić w szczególności:

- obowiązek poinformowania każdej osoby o zdrowotnych następstwach, uzależniającym charakterze i śmiertelnym zagrożeniu, jakie niesie za sobą konsumpcja wyrobów tytoniowych i narażenie na dym tytoniowy;
- konieczność silnego zaangażowania sfer politycznych w opracowanie i wspieranie – na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym – kompleksowych środków wielosektorowych i skoordynowanych metod reagowania, biorąc pod uwagę:
 - potrzebę podjęcia środków w celu ochrony wszystkich osób przed narażeniem na dym tytoniowy,
 - potrzebę podjęcia środków na rzecz przeciwdziałania rozpoczynaniu konsumpcji wyrobów tytoniowych, w celu propagowania i wspierania zrywania z nałogiem oraz zmniejszenia konsumpcji wszelkich rodzajów wyrobów tytoniowych,
 - potrzebę podjęcia środków w celu propagowania udziału poszczególnych osób i całych społeczności w opracowaniu, wdrażaniu i ocenie programów ograniczania użycia tytoniu, które pod względem społecznym i kulturowym odpowiadają ich potrzebom i perspektywom oraz
 - potrzebę podjęcia środków w celu zajęcia się uzależnionym od płci ryzykiem przy opracowywaniu strategii ograniczenia użycia tytoniu.¹

Wyżej wspomniane Wytyczne zostały przyjęte przez Konferencję Stron w trakcie jej drugiej, trzeciej oraz czwartej sesji, odpowiednio w 2007, 2008 oraz 2010 r. Wytyczne te stanowią nie tylko próbę interpretacji postanowień Ramowej Konwencji, ale także wskazują, w jaki sposób, na bazie doświadczeń związanych z obchodzeniem przepisów prawa antytytoniowego przez zainteresowanych uczestników rynku, unikać pułapek legislacyjnych. Wytyczne z drugiej oraz trzeciej sesji Konferencji Stron obejmują następujące zagadnienia:

- ochrona strategii zdrowia publicznego dotyczących kontroli rynku wyrobów tytoniowych przed wpływem handlowych i innych grup interesów firm z branży tytoniowej (Artykuł 5.3),
- ochrona przed narażeniem na dym tytoniowy (Artykuł 8),
- opakovanie i oznakowanie wyrobów tytoniowych (Artykuł 11),

- reklama i promocja wyrobów tytoniowych oraz sponsorowanie przez branżę tytoniową (Artykuł 13).

Kolejne wytyczne do artykułu 12 i 14 Konwencji oraz jedynie częściowe do artykułów 9 i 10 Konwencji przyjęte zostały w trakcie czwartej sesji Konferencji Stron w Urugwaju. Dotyczą one:

- edukacji, komunikacji, szkolenia i świadomości społecznej na temat kwestii dotyczących ograniczania użycia tytoniu (Artykuł 12),
- środków ograniczania popytu dotyczącego uzależnienia od tytoniu i zerwania z nałogiem (Artykuł 14),
- zawartości składników wyrobów tytoniowych oraz substancji wydzielanych przez takie wyroby (Artykuł 9),
- przepisów w zakresie informacji jawnych o wyrobach tytoniowych (Artykuł 10).

Na tej sesji Konferencja Stron utworzyła grupę roboczą do opracowania wytycznych dotyczących stosowania artykułu 6 Konwencji dotyczącego środków cenowych i podatkowych ograniczających popyt na tytoń.

W chwili obecnej wytyczne zawierają opracowanie jedynie kilku grup przepisów wymienionych powyżej. Wytyczne dotyczące pozostałych artykułów Konwencji są przygotowywane przez międzyrządowe grupy robocze i zostaną przedstawione do rozpatrzenia Konferencji Stron podczas jej przyszłych sesji.

– *Wytyczne mają pomóc Stronom zrealizować ich zobowiązania na mocy odpowiednich postanowień Konwencji* – twierdzi Anna Kozieł, przedstawicielka WHO. – *Ponadto mają na celu przedstawienie i propagowanie najlepszych praktyk i standardów, które w procesie wdrażania traktatu przyniosłyby korzyści poszczególnym państwom.*

Wytyczne zostały już przetłumaczone na język polski i zostaną wkrótce udostępnione na stronie Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl.

Podstawowym aktem prawnym odnoszącym się przed ratyfikacją Konwencji Ramowej do problematyki objętej jej przedmiotem jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Ustawa była wielokrotnie zmieniana. Szczególne jednak znaczenie miała ostatnia z dokonanych nowelizacji. Intencją jej projektodawców było rozszerzenie obszarów objętych zakazem palenia tytoniu na większość miejsc publicznych, ujednolicenie sankcji za ich nieprzestrzeganie, a także zaostrzenie zakazu reklamy. Problematyka zawarta w Konwencji Ramowej jest podejmowana także w przepisach zawartych w ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych, rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 listopada 1996 r. w sprawie określenia zasad dopuszczalności używania wyrobów tytoniowych w obiektach zamkniętych podległych Ministrowi Sprawiedliwości, rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 14 września 2001 r. w sprawie zasad dopuszczalności używania wyrobów tytoniowych na terenie obiektów podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, a także w rozporządzeniach Ministra Obrony Narodowej regulujących zasady używania wyrobów tytoniowych na terenie wskazanych w nich jednostek.

Przedstawione w tym artykule informacje wpisują się w tegoroczne obchody Światowego Dnia Bez Tytoniu (31 maja), które będą przebiegać pod hasłami sformułowanymi w Konwencji Ramowej.

mgr Izabela Adrych, aplikant adwokacki,
Katedra Prawa Cywilnego Uniwersytetu Gdańskiego,
dr n. prawn. Lubomira Wengler
Zakładu Prawa Medycznego WNoZ,
dr n. med. Piotr Popowski,
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej WNoZ

Pięć miesięcy od wprowadzenia zakazu palenia i...

Już od ponad czterech miesięcy obowiązuje ustawa zakazująca palenia w miejscach publicznych. Weszła w życie 15 listopada 2010 r. Najnowsze badania przeprowadzone przez stowarzyszenie Manko oraz Główny Inspektorat Sanitarny pokazują, że chociaż jest jeszcze dużo pracy, aby w pełni ochronić biernych palaczy, to jednak zakaz palenia działa. Popiera go aż 68% palących i 84% niepalących Polaków. Dodatkowo 45% palących i 57% niepalących uważa, że zakaz palenia w miejscach publicznych może zachęcić osoby używające wyrobów tytoniowych do podjęcia decyzji o rzuceniu palenia.

Na konferencji prasowej, która odbyła się 3 marca 2011 r. w Warszawie, przedstawiono wyniki ekspertyzy zanieczyszczenia powietrza w czterdziestu lokalach gastronomicznych i rozrywkowych na Śląsku. Badania miały na celu ocenę skuteczności nowych regulacji prawnych w ograniczeniu biernego narażenia na dym tytoniowy i zostały przeprowadzone przed i po wprowadzeniu zakazu. Pokazują, że aż w 40% lokali jakość powietrza nie polepszyła się, co jest spowodowane niedostosowaniem lokali do wymogów ustawy (brak wydzielonych pomieszczeń dla palących, brak palarni, brak odpowiedniej wen-

tylacji). – *Warto jednak zaznaczyć, iż w lokalach, w których prawo jest ściśle przestrzegane, zanieczyszczenie powietrza dymem tytoniowym jest znacząco niższe, a na dodatek zaobserwowano w nich większą liczbę klientów niż w lokalach, w których prawo nie jest egzekwowane* – twierdzi dr n. farm. Maciej Goniewicz ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, realizator badań. – *Nie należy jednak spoczywać na laurach. Obecne rozwiązania prawne nadal nie zapewnią wystarczającej ochrony zdrowia osób niepalących. Najlepszym rozwiązaniem jest wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w miejscach publicznych.*

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych działające przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym wspomaga również ochronę przed biernym paleniem. We współpracy z Urzędem Marszałkowskim Województwa Pomorskiego oraz władzami miast Gdańska, Kartuz i Łeby realizuje projekt wspierania samorządów terytorialnych mający na celu wprowadzenie miejsc wolnych od dymu tytoniowego.

GUMed a palacze

A co się dzieje na uczelniach wyższych? Ich teren został ustawowo całkowicie uwolniony od dymu tytoniowego. Z własnych obserwacji mogę stwierdzić, że nasza Uczelnia wprowadziła odpowiednie oznakowania słowne i graficzne, na których zamieściła informację o zakazie palenia obowiązującym na całym terenie Uczelni. Problem w tym, że oznakowania takie zostały umieszczone wewnątrz budynków, a brakuje ich np. przy bramach otaczających Uczelnię. I tak też część osób przestrzega zakazu wychodząc „na papierosa” poza teren Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, jak to ma miejsce na ulicy Marii Skłodowskiej-Curie. Częściej zakaz nie jest przestrzegany przy dziekanacie na ulicy Tuwima, co może wynikać z ustawionych między budynkiem a bramą ławeczek, przy których znajdują się popielniczki. W weekendy szczególny problem z respektowaniem ustawy mają niektórzy pracownicy, np. ochrony pilnujący budynków GUMed. Mam jednak nadzieję, że wkrótce ulegnie to zmianie i takie sytuacje nie będą już miały miejsca na Uczelni, która w tym zakresie powinna być wzorem dla innych.

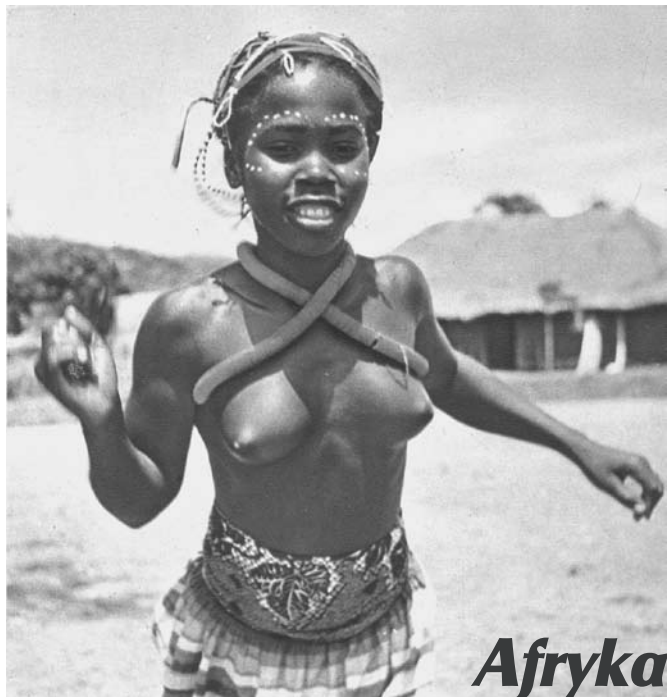
Wioleta Tomczak
studentka Zdrowia Publicznego
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Od Redakcji

Gazeta AMG od wielu lat sprzyja różnorodnym przedsięwzięciom zmierzającym do ograniczenia rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu, zamieszczając liczne publikacje na ten temat. Informowaliśmy m.in. (Gazeta AMG 6/2007, s. 23) o podpisaniu przez dyrektora naszego szpitala akademickiego deklaracji o przystąpieniu ACK do Europejskiej Sieci Szpitali bez Tytoniu. Zgodnie ze złożoną deklaracją, Akademickie Centrum Kliniczne miało stać się pierwszym w Polsce szpitalem wolnym od dymu tytoniowego. Zapewne Czytelnicy chcieliby się dowiedzieć czy po blisko 3 latach ta inicjatywa się rozwinęła i czy naprawdę dzisiaj UCK jest wolne od dymu tytoniowego?



Ze wspomnień lekarza okrętowego



Płynącym przez Morze Śródziemne statkom towarzyszą przyjaźnie podskakujące delfiny. W Port Said wkraczają na statek przewoźnicy ze swoimi łódkami. Będą nam towarzyszyć przez cały Kanał Sueski. Czekamy na odpowiednią liczbę statków i dopiero wtedy wszystkie ruszają majestatycznym konwojem. Na Morzu Czerwonym postanowiłam zażyć kąpeli w jego wodach. Miałam kranik z wodą morską i wannę. Woda nie była czerwona (przy słońcu koloryzują ją glony), tylko prawie wrząca – czerwiec, temperatura powietrza ponad 40°C. Po kąpeli moja skóra stała się chropawa i biała od dużego zasolenia.

Afryka równikowa – Senegal, Dakar. Ziemia czarna, popękana od skwaru podobnie jak skóra tubylców (najbardziej brązowa w Afryce zwrotnikowej – czynnik obronny). Jest południe. Miasto zamiera. Tam, gdzie odrobina cienia, leżą nieruchome ciała odpoczywających ludzi. To prawie dwugodzinna siesta. Nikt nie pracuje.

Trochę dalej od równika Wybrzeże Kości Słoniowej i jego stolica Abidżan, nazywana Paryżem Afryki (dominium francuskie). Gości nas lekarka Basia, absolwentka naszej Uczelni z 1958 roku – pracuje w szpitalu pediatrycznym. Kąpiel morska bezkostiumowa i bezręcznikowa, tutaj nikt się nie wstydzi swojego ciała, ręcznik też nie potrzebny, bo natychmiast po wyjściu z wody jest się suchym. Ochrony i ubrania wymagają tylko stopy – bo po gorącym piasku plaży nie można przejść.

Przed przyjęciem u Basi szukamy kwaciarni z różami. Kupujemy jednak coś *à la* malwa – około 2 metrów długości – taki zwyczaj, bo 1 róża kosztuje 80 dolarów (są przywożone z Europy). Przynosimy ze statku kilka główek kapusty – tutaj to rarytas – jedna kosztuje 40 dolarów.

Cały kontynent afrykański to egzotyka i jego mieszkańcy też. Nie lubią białej skóry, co manifestują rabunkowymi napadami. W tymże Abidżanie dwoje pasażerów naszego statku, pomimo uprzedzenia o ekscesach miejscowych, wybrało się dla bezpieczeństwa na zwiedzanie taksówką. Wrócili późną nocą zupełnie goli. Po wyruszeniu, przed samochód rzuciło się kilku tubylców, zmuszając ich do rozebrania się i poukładania zdjętych rzeczy w aucie, którym następnie odjechali. Takie napady zdarzają się prawie we wszystkich republikach Afryki. Doświadczyłam ich też na sobie w Ghanie i Maroku.

lek. Teresa Likon

Katedra Medycyny Rodzinnej GUMed, Polskie Towarzystwo Lekarskie, POKLR, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

zapraszają na kolejną konferencję szkoleniową Programu Kształcenia Ustawicznego „SEKSTANS”, która odbędzie się w sobotę, 9 kwietnia 2011 r. w sali im. prof. Stanisława Hillera w Collegium Biomedicum, Gdańsk, ul. Dębinki 1. W programie:

1. *Metabolizm cholesterolu* – prof. Julian Świerczyński, Katedra i Zakład Biochemii GUMed
2. *Diagnostyka genetyczna hipercholesterolemii rodzinnej* – dr Bartosz Wasąg, Katedra i Zakład Biologii i Genetyki GUMed
3. *Nowoczesne metody obrazowania zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych* – dr Marcin Fijałkowski, I Katedra i Klinika Kardiologii GUMed
4. *Rozpoznanie i leczenie hipercholesterolemii rodzinnej u dorosłych* – prof. Andrzej Rynkiewicz, I Katedra i Klinika Kardiologii GUMed
5. *Rozpoznanie i leczenie hipercholesterolemii u dzieci i młodzieży* – dr hab. Małgorzata Myśliwiec, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii GUMed
6. *Projekt „Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej”* – lek. Agnieszka Węgrzyn, I Katedra i Klinika Kardiologii GUMed

Program Konferencji zamieszczono na stronie internetowej: www.ptmr.edu.pl. Projekt „Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej” współfinansowany jest przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.



POMÓŻ UKOIĆ BÓL

Przeznacz 1% Fundacji Hospicyjnej

KRS 0000201002

www.hospicja.pl

Infolinia czynna od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 - 17:00
0 801 000 254 (koszt połączenia wg taryfy operatora lokalnego)



FUNDACJA HOSPICYJNA
Hospicjum
to też Życie

Sylwetki naszych absolwentów

Patolog roślin z fotograficzną pasją

Ma 29 lat i właśnie kończy doktorat w Netherlands Institute of Ecology i Wageningen University and Research Centre w Wageningen w Holandii. Oprócz wyteżonej pracy zawodowej znajduje czas na swoją największą pasję – fotografię. Najchętniej robi zdjęcia w biegu, bez zastanowienia. Fotografuje bardziej dla siebie niż dla innych. Żeby dokładnie zapamiętać jakieś wydarzenie, uchwycić coś przemijającego czy śmiesznego, oryginalny układ kolorów lub kształtów... Czasami są to detale, czasami widoki... Nie ma reguł, którymi jego fotografowanie jest ograniczone. Mowa o Robertcie Czajkowskim, absolwencie Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-AMG.

Kraina wiatrakami słynąca

Przyjechał do Holandii w lipcu 2007 roku. Na początku tylko na sześć miesięcy. Mijały kolejne miesiące, a pobyt się przeciągał do, bez mała, aż czterech lat. Co prawda jego projekt oficjalnie kończy się w 2013 roku, ale już planuje zostać tam jeszcze przynajmniej dwa lata, kontynuując swoje badania.

Robert Czajkowski pracuje pod kierunkiem dr. Jana van der Wolfa, który jest znanym w Europie i na świecie specjalistą od bakteryjnych chorób roślin – patologiem roślin i mikrobiologiem. Wageningen natomiast jest renomowanym ośrodkiem naukowym, specjalizującym się w badaniach rolniczych. Kładzie się tam duży nacisk na tematykę związaną z uprawami roślin, ich ochroną i wprowadzaniem nowych upraw na rynek.

– Przedmiotem mojej pracy doktorskiej są bakterie z rodzaju *Pectobacterium* i *Dickeya* wywołujące chorobę ziemniaka, która w języku polskim nosi wdzięczną nazwę „czarna nóżka” – opowiada. – Holandia jest jednym z największych producentów i eksporterów sadzeniaków (ziemniaków używanych jako „nasiona” do uprawy nowych roślin). Taka wysoka pozycja w produkcji sadzeniaków jest zagrożona przez choroby bakteryjne, szczególnie przez wspomnianą „czarną nóżkę”. Stąd też duże zainteresowanie naukowców i rolników tematyką związaną z tymi bakteriami i samą chorobą. Z zainteresowaniem szerokich grup hodowców idą w parze duże pieniądze na moje badania, z czego oczywiście bardzo się cieszę.

Praca stanowi, w pewnym sensie, kontynuację badań, w których Robert Czajkowski uczestniczył w trakcie studiów licencjackich i magisterskich prowadzonych na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii UG-AMG. Doświadczenie, które zdobył w Gdańsku zapoczątkowało bezpośrednio w czasie pisanie pracy doktorskiej, podobnie zresztą jak kontakty tam nawiązane.

– Mój doktorat podzielony jest na dwie części. Pierwsza dotyczy ekologii bakterii z rodzaju *Dickeya*, tego jak przeżywają w środowisku, jak się w nim przemieszczają, w jaki sposób następuje zakażenie roślin i z jakiego powodu bakterie te w ogóle to robią – mówi. – Druga część mojej pracy jest już bardziej praktyczna. Zajmuję się w niej biologicznymi metodami ochrony ziemniaka przed zakażeniem. Próbuję praktycznie wykorzystać do biologicznej ochrony ziemniaka to, czego dowiedzieliśmy się w pierwszej części mojego doktoratu. Wyniki obu części zostały już w większości opublikowane w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym i spotkały się z zainteresowaniem środowiska.

To, co ujęło Roberta Czajkowskiego w Holandii i Holendrach, to zainteresowanie światem i otwartość społeczności, którą

Robert Czajkowski – urodził się w 1981 r. w Gdyni. Z wykształcenia biotechnolog, specjalizuje się w mikrobiologii i patologii roślin. Absolwent I Akademickiego Liceum Ogólnokształcącego w Gdyni. Laureat nagrody prezydenta Gdyni dla najlepszego maturzysty (2000 r.). Absolwent Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-AMG. W 2005 r. spędził 6 miesięcy w Institute of Infection, Immunity and Inflammation w Nottingham. Przygotowywał tam część eksperymentalną swojej pracy magisterskiej. Pracę pt. *Biochemical and genetic analyses of signal molecules-degrading factor from *Ochrobactrum* sp. A44* obronił w 2006 r.

Stypendysta Ministra Edukacji Narodowej (2005) oraz Europejskiego grantu Marie Curie Early Stage Researcher w Max Planck Institute for Terrestrial Microbiology w Marburgu (2006-2007). Pod kierunkiem prof. Reginne Kahmann prowadził tam badania nad kinazami MAP i transdukcją sygnału w komórkach *Ustilago maydis*.

Od 2007 r. mieszka i pracuje w Holandii. W tym samym roku otrzymał stypendium w Plant Research International w Wageningen, gdzie do 2009 r. pracował pod kierunkiem dr. Jana van der Wolfa nad chorobami ziemniaka powodowanymi przez bakterie z rodzaju *Pectobacterium* i *Dickeya*. Od 2009 r. jest doktorantem w Holenderskim Instytucie Ekologii Królewskiej Holenderskiej Akademii Nauk i Plant Research International (PRI) w Wageningen. Uczestniczy w projekcie finansowanym przez Science Technology Foundation (STW), który dotyczy ekologii bakterii z rodzaju *Dickeya* oraz biologicznej ochrony roślin i bulw ziemniaka przed zakażeniem bakteriami.

Autor i współautor 17 eksperymentalnych prac naukowych, jednego patentu i 16 doniesień konferencyjnych. Mówi biegle po angielsku, uczy się niemieckiego i holenderskiego. Pasjonat podróżowania, książek, historii i dyplomacji XIX wieku, a od pewnego czasu także fotografii.

starają się budować. Ale najcenniejsze jest chyba to, że prawie każdy z mieszkańców ma jakieś hobby, czymś się interesuje, coś kolekcjonuje, podróżuje. Holendrzy starają się wykorzystać wolny czas aktywnie. Rzadko kto spędza go w domu, przed telewizorem, raczej na zewnątrz, wśród ludzi i czynnie. Dla Holendrów czas wolny jest tak samo święty, jak codzienna kawa i wakacje. Nie rezygnują z tego prawie nigdy i z żadnego powodu.

Po drugiej stronie obiektywu

W takim miejscu, jak Holandia łatwo jest rozwinąć własne hobby, zacząć robić coś, o czymś się myślało wcześniej, ale jakoś nie miało się czasu i dość zapału. – I tak rozpoczęła się moja przygoda z fotografią – wspomina. – Zawsze myślałem, że potrzeba ogromnego doświadczenia i bardzo zaawansowanego sprzętu, żeby robić dobre zdjęcia. Ani jedno, ani drugie nie jest do końca prawdą. Ktoś, kto chce zacząć swoją przygodę, może używać standardowego aparatu i ustawić automatycznych.

Swoją przygodę z fotografią rozpoczął bawiąc się Nikonem Coolpix 8700. Używa go do dzisiaj. Jest to zaawansowany aparat kompaktowy, idealny jego zdaniem dla chętnych do

nauki amatorów. – Teraz używam głównie lustrzanki Canon EOS 350D ze standardowym obiektywem 18-55 mm i jestem z niej bardzo zadowolony – dodaje. – Oczywiście pewnie miałbym ochotę na lepszy sprzęt, ale nie wiem czy rzeczywiście jest mi potrzebny.

Twierdzi, że najlepsze zdjęcia, albo inaczej te zdjęcia, które najbardziej lubi, to nie te, które zostały precyzyjnie zaplanowane, ale raczej zrobione w biegu, pod wpływem impulsu, bez zastanowienia. – Czasami po prostu czuję, że to jest dobry moment na zdjęcie albo że to będzie dobry temat czy dobre ujęcie. Biorę aparat i pstrykam – mówi. – Od jakiegoś czasu noszę mój aparat ze sobą wszędzie. Leży sobie spokojnie na dnie mojej torby, a kiedy jest potrzebny jest na miejscu, gotowy do zdjęcia (albo i niegotowy, zależnie czy pamiętałem o naładowaniu akumulatorów). Wcześniej, gdy nie brałem ze sobą aparatu, zawsze miałem wrażenie, że jakieś możliwe zdjęcia mi uciekają, bo akurat nie jestem przygotowany, nie mam pod ręką sprzętu i coś tracę.

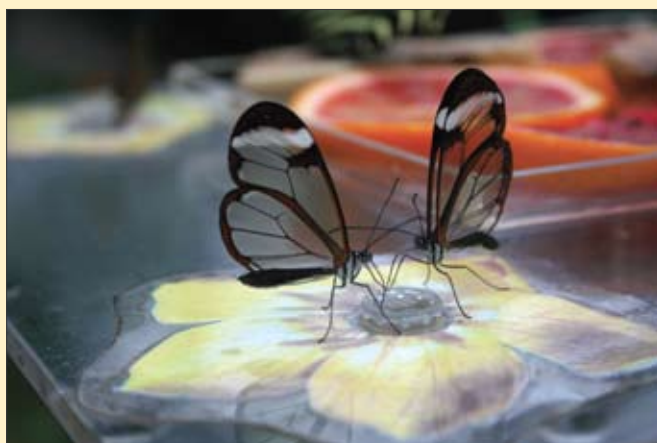
O sobie mówi, że nie jest profesjonalistą. – Nie jestem chyba nawet zaawansowany. Jestem po prostu kimś, kto lubi robić zdjęcia i kto tych zdjęć robi dużo – dodaje. – Bawię się aparatem i jego ustawieniami, patrząc co z tego wychodzi albo nie wychodzi. Nigdy nie czytałem i nigdy nie zamierzam czytać instrukcji obsługi. Z mojej perspektywy wydaje mi się, że lepiej po prostu próbować. Może to takie eksperymentalne podejście do tematu, ale w moim przypadku działa całkiem dobrze.

Twierdzi, że skłamałby, gdyby powiedział że od dziecka interesował się fotografią i że bez fotografii nie może żyć. – Wierzę natomiast, że fotografia ma w sobie coś szczególnego, może dlatego że jest trochę sztuką, a trochę techniką. Jest z pogranicza tych dwóch dziedzin – mówi. – Przecież zdjęcie powstaje zgodnie z prawami fizyki i chemii, ale częściowo jest to ciągle magia, która się zdarza na światłoczułym papierze albo na cyfrowej matrycy. Lubię tę magię w fotografii i to, że umiejętnie zrobione zdjęcie wydobywa i wyostrza coś z rzeczywistości. Często zdarza się, że fotografia ma w sobie coś, czego nie ma realnie istniejący przedmiot albo krajobraz i odwrotnie. Zdjęcie może też spłaszczać i zamazywać rzeczywistość, nawet w niezamierzony sposób, przez operowanie światłem, kłosem obserwacji, czy innymi detalami.

Robert Czajkowski poleca fotografię każdemu, kto chce spróbować czegoś nowego. Czegoś, co jest trochę sztuką, a trochę zabawą. Jego zdaniem najważniejszą w dobrych zdjęciach jest odwaga i patrzenie na świat w szczególny i „autorski” sposób, czyli trochę inaczej niż wszyscy wokół. – Nie usiłujmy robić super dobrych zdjęć. Lepiej jest robić zdjęcia dla przyjemności i może niektóre z nich będą tymi wyjątkowymi – zachęca.

Joanna Śliwińska

Fot. Robert Czajkowski



Nordic walking receptą na zdrowie



Zachęcona przez dr. hab. Tomasza Zdrojewskiego reprezentacja zespołu redakcyjnego *Gazety AMG* wzięła w pierwszych dniach marca br. udział w zajęciach *nordic walking*. Poprowadziła je, w lesie na zapleczu AWFIS, dr Katarzyna Pruś, szefowa Zakładu Rekreacji Ruchowej AWFIS. Po krótkim teoretycznym wprowadzeniu i przećwiczeniu podstawowego kroku, odbyliśmy miły, zdrowy spacer po zalesionych wzgórzach.

Chodzenie z kijkami wymyślili kilkadziesiąt lat temu fińscy biegacze narciarscy jako formę letniego treningu. Jako masową formę aktywności rozpropagowało to kilkanaście lat później fińskie ministerstwo zdrowia. Od czasu uznania go za projekt publiczny, stał się on coraz bardziej popularny, także i w Polsce. Dla osób zdrowych to świetny sposób na obniżenie ryzyka zachorowania na poważne choroby, a dla ludzi, których choroba już dopadła, doskonała metoda rehabilitacji i podniesienia swojej sprawności fizycznej. Jest to również znakomite lekarstwo na wysoki poziom cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, jak również na cukrzycę i otyłość. Największe zalety, szczególnie dla seniorów, ma chodzenie w grupie. Zachęca ich to do aktywności ruchowej, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i niweluje uczucie samotności. Warto dodać, że w treningu uczestniczyło również 15 studentek i studentów VI roku ED Wydziału Lekarskiego GUMed. Studenci odbyli trening wspólnie z grupą „studentów” Uniwersytetu III wieku UG, którzy od 3 miesięcy uczestniczą we wspólnym projekcie badawczym AWFIS i GUMed. Dotyczy on wpływu *nordic walking* na redukcję ciśnienia tętniczego u chorych z nadciśnieniem. Po zadowolonych minach studentów juniorów i seniorów było widać, jak bardzo wspólny trening wszystkim się spodobał.

Najważniejsze, by coś robić, a nie siedzieć w domu. Tymczasem w świadomości wielu Polaków tkwi jeszcze błędne przekonanie, że odpowiedź to bezruch!

