



GAZETA

miesięcznik
GDAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 21

Październik 2011

nr 10 (250)



INAUGURACJA ROKU AKADEMICKIEGO
2011/2012

Z ŻYCIA UCZELNI



Zakończenie budowy Centrum Medycyny Inwazyjnej uświetniła uroczystość, która odbyła się 16 września br. str. 23



Prof. Leszek Kalinowski, kierownik Zakładu Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej został laureatem VII edycji programu TEAM FNP. Otrzymał dofinansowanie w wysokości 1.637.000 PLN na projekt badawczy pt. *Diagnostic markers for investigation of formation and progression of atherosclerotic plaques*. Celem projektu jest poszukiwanie i charakterystyka markerów molekularnych i biochemicznych związanych z rozwojem miażdżycy z zastosowaniem najnowszych metod obrazowania molekularnego *in vitro*, jak i *in vivo*.



Ponad tysiąc osób odwiedziło stoisko Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podczas dwóch imprez towarzyszących kampanii *Mobilna młodzież*. Odbyły się one w dniach 9-10 września na Targu Rybnym w Gdańsku.



O badaniu malgaskich nawyków żywieniowych, poszukiwaniu metrowych bananów i baobabów w reportażu studenta Daniela Kasprowicza już w listopadowym numerze *Gazety AMG*.



Ponad 600 studentów z całego świata, którzy rozpoczną naukę w trójmiejskich uczelniach, bawiło się 30 września we Wróblówce. Impreza integracyjna studentów zagranicznych to wspólna inicjatywa ASP, GUMed, PG i UG.



Studenci Dawid Masłowski (III r. WF) oraz Janusz Springer (V r. ED) wzięli udział w maratonie kolarstwa szosowego *Zuławy Wkoło*, który odbył się 24 września br.

Przemówienie inauguracyjne Rektora



Szanowni Państwo!

Rozpoczynamy 66 rok akademicki w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Nie będzie to jednak rok łatwy. Rozpoczynamy go już w oparciu o zapisy nowej ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym*, co oznacza konieczność modyfikacji procesów dydaktycznych zgodnie z nowymi standardami nauczania. Na niektórych kierunkach będą to zmiany kosmetyczne, a na niektórych, jak w przypadku kierunku lekarskiego, znaczące. W ciągu 6 miesięcy musimy dostosować do nowych wymagań również statut Uczelni oraz regulamin studiów. Nowa ustawa wprowadza z jednej strony zapisy ograniczające wieloletowość czy nepotyzm, z drugiej daje znaczną swobodę w kreowaniu nowych kierunków, zgodnie z zapotrzebowaniem otoczenia. Warto z tych zapisów skorzystać w nadchodzącym roku akademickim. Szkoda tylko, że nowe prawo nie przewiduje regulacji zarobków nauczycieli akademickich oraz pozostałego personelu. Od ponad 3 lat nasze pobory nie uległy zmianie nawet o wskaźnik inflacji. Praca w Uczelni staje się coraz mniej atrakcyjna, zarówno dla obecnych pracowników, jak i dla młodych osób po studiach. Z niepokojem należy patrzeć na los kształcenia medycznego w naszym kraju. Coraz częściej konkurencyjne szkoły wyższe oferują znacznie lepsze warunki finansowe dla naszych nauczycieli, a młodzi lekarze nie mają ochoty rozpoczynać pracy na Uczelni, ponieważ korzystniejsze warunki płacowe otrzymują na rezydenturze. W tej sytuacji zaczyna pojawiać się coraz bardziej widoczna luka pokoleniowa, starzeje się obecna kadra naukowo-dydaktyczna, a brak nowych kandydatów do trudnej pracy nauczyciela akademickiego doprowadzi do sytuacji znanej w wielu uczelniach zachodnich – będziemy mieli piękne miejsca do nauczania, nowoczesną aparaturę badawczo-naukową i dydaktyczną, ale nie będzie jej miał kto obsługiwać i nauczać kolejne roczniki kandydatów do zawodów medycznych.

Pomimo tych kłopotów Gdański Uniwersytet Medyczny po raz kolejny znalazł się w pierwszej dwudziestce państwowych uczelni akademickich w Polsce. Wśród uczelni medycznych zajął 5 miejsce i przesunął się o jedną pozycję w górę w stosunku do ubiegłego roku. W kategorii „publikacje naukowe”, uwzględniając ilość oraz wskaźniki cytowań publikacji, Gdański Uniwersytet Medyczny zajął 2 miejsce wśród wszystkich uczelni akademickich kraju. Wyprzedził nas jedynie Uniwersytet Jagielloński. Myślę, że jest to powód do dumy i powinniśmy czuć się zmotywowani do dalszego podnoszenia poziomu i jakości badań w naszej Uczelni.

Misją Uczelni jest kształcenie kadr medycznych na najwyższym poziomie oraz wdrażanie nowych technologii w ochronie zdrowia. Aby to osiągnąć, niezbędna jest bardzo dobra kadra naukowo-dydaktyczna oraz studenci i kandydaci na studentów. O nowych kandydatów nadal jeszcze nie musimy się obawiać, ponieważ w naszej Uczelni po kilkanaście osób starało się o jedno miejsce na takich kierunkach, jak lekarski, lekarsko-dentystyczny, fizjoterapia czy dietetyka. Świadczy to o zainteresowaniu kandydatów naszą ofertą edukacyjną, ale również o tym, że w naszym kraju, w przeciwieństwie do krajów Starej Europy, nie brakuje chętnych do nauki i wytężonej pracy. Nie brakuje ludzi, którzy nie boją się trudnego i odpowiedzialnego zawodu związanego z udzielaniem pomocy drugiemu człowiekowi. Niepokojące jest małe zainteresowanie kandydatów studiami na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne czy ochrona środowiska. Prawdopodobnie związane jest to nie tyle z brakiem perspektyw co do możliwości zatrudnienia, bowiem w tych zawodach występuje znaczący deficyt kadry, ale z warunkami płacy i trudami zawodu. Ta sytuacja wymaga zmian w skali całego kraju, bowiem już niedługo deficyt w tych zawodach może zagrozić prawidłowemu funkcjonowaniu ochrony zdrowia w Polsce. Naszym celem jest, aby przychodzący do nas studenci uzyskali jak najwięcej pod względem dydaktycznym i naukowym, a nasi absolwenci byli poszukiwani na rynku pracy.

Rozpoczynający się rok akademicki jest pierwszym, w którym obowiązują nowe ustawy z pakietu zdrowotnego. Wprowadziły one szereg zmian dotyczących zasad kształcenia lekarzy, w tym przeniesienie stażu podyplomowego do kształcenia przeddyplomowego, możliwość przekształcenia szpitali klinicznych w spółki prawa handlowego czy zmiany systemu specjalizacji młodych lekarzy. Wszystkie te zmiany w mniejszym lub większym stopniu dotkną naszą Uczelnię i tylko od nas zależy, jak wykorzystamy możliwości, które te ustawy stwarzają. Będzie to dużym wyzwaniem w nadchodzącym roku akademickim.

Patrząc w przyszłość, nie zapominamy o dziedzictwie naszej *Alma Mater*. Dzień 15 grudnia został ustanowiony *Dniem Wykładu*, na pamiątkę dwóch wykładów wygłoszonych przez prof. Michała Reichera 15 grudnia 1939 i 1945 roku. Ten dzień będzie miał symboliczne znaczenie dla naszej Uczelni. Czerpiąc z tradycji, będzie jednocześnie okazją do przedstawiania najlepszych prac naukowych i ich autorów. W tym roku akademickim obchodzi go będziemy po raz pierwszy.

Przez stulecia, od powstania pierwszych europejskich uniwersytetów, wykłady były najważniejszym źródłem wiedzy. Mówiono często, że ktoś słuchał wykładów wielkiego profesora, zamiast tego, że studiował na uniwersytecie. Z czasem znacząco zmieniła się rola i ranga tej formy upowszechniania wie-

dzy. Według ostatnio publikowanych danych studenci przypisują wykładowi marginalne znaczenie. To zatem najważniejsza chwila, by przywrócić wykładowi odpowiednie miejsce w kalendarzu naszego Uniwersytetu. Myśląc o przyszłości, równocześnie sięgamy do naszej przeszłości i tradycji. Piętnastego grudnia 1939 roku prof. Michał Reicher wygłosił ostatni wykład na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Tego samego dnia władze litewskie zamknęły uczelnię. Tuż po wykładzie na dziedzińcu uniwersytetu wykonano zdjęcie prof. Reichera w gronie słuchaczy jego ostatniego wykładu.

Wielu ze świadków tego wydarzenia po sześciu latach podjęło przerwane studia na Wydziale Lekarskim Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Tutaj też znalazł się prof. Michał Reicher wraz z wieloma współpracownikami z Katedry Anatomii w Wilnie. Przybył do Gdańska po inauguracji roku akademickiego, rozpoczynając z opóźnieniem wykłady z anatomii. Wygłaszając swój pierwszy wykład na Akademii Lekarskiej w Gdańsku 15 grudnia 1945 r., nieprzypadkowo wspominał Wilno i Uniwersytet Stefana Batorego.

Niestety miniony rok akademicki kojarzy się nie tylko z dobrymi wiadomościami. Znaczna grupa naszych czynnych, jak i byłych pracowników odeszła od nas na zawsze, pograżając nas w smutku i żałobie. Wymienię Ich w kolejności, w jakiej te smutne wiadomości docierały do nas.

- Maria Maćkowiak – starsza pokojowa w Domu Studenta nr 2, zmarła we wrześniu 2010 r.,
- Beata Karpińska – starszy referent administracyjny, Dziekanat Wydziału Lekarskiego, zmarła w październiku 2010 r.,
- Halina Fichtel – samodzielny referent administracyjny w Inspektoracie BHP, zmarła 8.10.2010 r.,
- prof. zw. dr n. med. Olgierd Narkiewicz – profesor zwyczajny, kierownik Katedry Anatomii, Zakładu Anatomii i Neurobiologii, zmarł 9.10.2010 r.,
- Aniela Nogalska – strażnik ochrony mienia, Dział Transportu, zmarła 20.10.2010 r.,
- Andrzej Chruszczyński – robotnik wysoko wykwalifikowany – Dział ds. Serwisu Sprzętu, zmarł 25.10.2010 r.,
- dr med. Radosław Szczęch – adiunkt Zakładu Naciskiennia Tętniczego Katedry Naciskiennia Tętniczego i Diabetologii, zmarł 4.11.2010 r.,
- Zdzisław Kubicz – konserwator, Dział Techniczny, zmarł 5.11.2010 r.,
- Irena Flisek – pomocniczy pracownik obsługi w Samodzielnej Pracowni Fotografii Naukowej, zmarła 14.11.2010 r.,
- mgr farm. Wiesława Kruminis-Łozowska – specjalista w Zakładzie Parazytologii i Tropikalnej Katedry Medycyny Tropikalnej i Parazytologii MIMMiT, zmarła 12.12.2010 r.,
- prof. dr hab. Włodzimierz Bielawski – profesor nadzwyczajny, kierownik Kliniki Gastroenterologii, zmarł 18.01.2011 r.,
- dr med. Maria Bartosińska – starszy wykładowca Zakładu Higieny i Epidemiologii, zmarła 24.02.2011 r.,
- prof. dr hab. med. Wanda Kondrat – profesor nadzwyczajny, kierownik Kliniki Chirurgii Plastycznej Instytutu Chirurgii, zmarła 24.02.2011 r.,
- Stanisława Tatol – robotnik gospodarczy, zatrudniona przy pracy ciężkiej, Samodzielna Pracownia Embriologii, zmarła 15.03.2011 r.,
- Jadwiga Cielątkowska – starszy strażnik ochrony mienia, Dom Studenta nr 2, zmarła 6.04.2011 r.,
- Marianna Kołodziejaska – szatniarka, Zakład Anatomii Prawidłowej, zmarła 8.04.2011 r.,
- prof. dr hab. Barbara Iwaszkiewicz-Bilikiewicz – profesor zwyczajny, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Oczu, zmarła 26.04.2011 r.,

- prof. dr hab. Genowefa Stachowska – profesor nadzwyczajny, kierownik Zakładu Higieny i Epidemiologii, zmarła 31.05.2011 r.,
- dr med. Andrzej Pawłowski – adiunkt w Klinice Otolaryngologicznej w Instytucie Chorób Układu Nerwowego i Narządów Zmysłów, zmarł 3.06.2011 r.,
- dr med. Maria Dżoga-Litwinowicz – starszy wykładowca Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, zmarła 16.06.2011 r.,
- Felicja Golec – pomocnik gospodarczy w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej, zmarła w lipcu 2011 r.,
- Krystyna Bomerska – starszy referent w Katedrze i Zakładzie Farmakologii, zmarła 28.07.2011 r.,
- dr n. med. Zygmunt Kiczka – adiunkt, kierownik Zakładu Protetyki Instytutu Stomatologii, zmarł 5.09.2011 r.

Proszę Państwa o powstanie i uczczenie Ich pamięci chwilą ciszy.

Szanowni Państwo!

W naszej Uczelni studiuje w chwili obecnej blisko 6000 studentów, kształcąc się na 16 kierunkach studiów stacjonarnych i 11 kierunkach niestacjonarnych różnych stopni i trybów. Ich nauczaniem zajmuje się 950 pracowników naukowo-dydaktycznych oraz 729 pracowników niebędących nauczycielami akademickimi.

W pełni funkcjonuje system informatyczny kontrolujący pensum dydaktyczne, elektroniczny dziekanat, elektroniczna sprawozdawczość naukowa i ocena parametryczna oraz elektroniczny indeks. Sprawnie działa wyszukiwarka zarządzeń i uchwał oraz ustaw, rekrutacja elektroniczna, kalendarium kursów specjalizacyjnych i doskonalących, środków funduszu dydaktycznego dla kierowników jednostek, informator o jednostkach organizacyjnych oraz elektroniczny katalog zamówień publicznych. W chwili obecnej pracujemy, zgodnie z obowiązującą od 1 października nową ustawą, nad pełną informatyzacją przebiegu procedury uzyskiwania stopni naukowych doktora oraz doktora habilitowanego. W znaczący sposób poprawiło to komunikację oraz szybkość przekazywania danych między jednostkami oraz przygotowywanie sprawozdań wymaganych przez ministerstwa.

Nauka jest symbolem akademickości szkół wyższych. Dlatego też, pomimo wciąż wzrastających obciążeń dydaktycznych, nie można dopuścić do zmniejszenia aktywności naukowej lub wręcz jej zaniechania. Sytuacja taka może doprowadzić w krótkim czasie do przekształcenia uczelni w szkołę zawodową, która koncentruje się wyłącznie na dydaktyce, zapominając o swoim właściwym powołaniu. Nasza Uczelnia jest istotnym ogniwem pomorskiego potencjału naukowo-dydaktycznego o ugruntowanej pozycji międzynarodowej. Od lat odnotowujemy stały wzrost wartości publikacji w renomowanych czasopiśmie zagranicznych, posiadających tak zwany *Impact Factor*. Wzrastająca systematycznie liczba cytowań naszych publikacji w piśmiennictwie światowym jest najlepszym dowodem, iż prowadzone u nas badania są uznawane i rozpoznawane przez naukę światową. Jest to bez wątpienia olbrzymi wysiłek wszystkich badaczy, za który chciałbym gorąco podziękować całej społeczności akademickiej.

Od tego roku akademickiego z inicjatywy prof. Małgorzaty Sznitowskiej wprowadzone zostanie stypendium naukowe dla doktorantów przyznawane na rok, które podwoi wysokość zwykłego stypendium doktoranckiego i będzie przyznawane najlepszym doktorantom na zasadzie konkursu. W tym miejscu chciałbym gorąco podziękować prorektor Małgorzacie Sznitowskiej za olbrzymie zaangażowanie w koordynację oraz wprowadzanie zmian w organizacji życia naukowego Uczelni.

Jest to już trzeci rok, w którym Uniwersyteckim Centrum Klinicznym kieruje dyrektor Ewa Książek-Bator, doprowadzając

do zmiany systemu zarządzania i sytuacji ekonomicznej szpitala. Przy aktywnym udziale Agencji Rozwoju Przemysłu dokonano restrukturyzacji zadłużenia. Wspólnie z ministrem zdrowia Ewą Kopacz oraz przy aktywnym udziale premiera Donalda Tuska, po bardzo żmudnym procesie przygotowawczym udało się uzyskać dwie transze pożyczki w wysokości 40 i 70 milionów złotych. Zmieniło to zasadniczo sytuację finansową Szpitala i pozwoliło na powrót do nieprzerwanej zajęćami komorniczymi pracy oraz na bieżące regulowanie należności. Kolejna, ostatnia transza pożyczki z ARP, pozwoli na całkowitą zmianę zobowiązań krótkoterminowych w długoterminowe, co jeszcze bardziej poprawi sytuację Szpitala. Jednakże udzielenie pożyczki wiąże się z koniecznością dokonania istotnych zmian restrukturyzacyjnych, które powinny spotkać się z akceptacją i wsparciem ze strony pracowników UCK. Niestety, z tym bywa różnie i jest to niewątpliwie olbrzymim wyzwaniem i utrudnieniem dla prowadzonych działań naprawczych. W tym miejscu chciałbym bardzo podziękować dyrektor Ewie Książek-Bator za olbrzymi trud, determinację oraz poświęcenie dla UCK. Trudna sytuacja w kraju powoduje, że chociaż szpitale kliniczne pracują praktycznie pełną mocą, to kolejki osób oczekujących do naszych jednostek wciąż są bardzo długie. Dołożymy wszelkich starań, aby pacjent trafiający do naszych szpitali czuł się bezpieczny i był zadowolony z koniecznego w nich pobytu, aby personel Centrum i Uczelni podchodził z pełną wyrozumiałością i dbałością do każdego chorego człowieka.

Wspólnie z Urzędem Marszałkowskim oraz prezydentami Trójmiasta prowadzimy szeroko zakrojone badania prozdrowotne, których zadaniem jest nie tylko ocena stanu zdrowia mieszkańców naszego regionu, ale również oznaczenie kierunków największego zagrożenia zdrowotnego. W tym miejscu słowa podziękowania należą się prorektorowi prof. Zbigniewowi Zdrojewskiemu za pracę włożoną w koordynację działań naszej bazy szpitalnej i NZOZ-ów oraz marszałkowi województwa pomorskiego Mieczysławowi Strukowi i wicemarszałek Hannie Zych-Cisoń za wsparcie i zrozumienie medycznej działalności Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego dla naszego regionu.

Szanowni Państwo!

Chciałbym z dużą satysfakcją poinformować, że praktycznie zakończyliśmy inwestycję budowy Centrum Medycyny Inwazyjnej. Ostatni rok wypełniony był wytężoną pracą kanclerza Uczelni mgr. Marka Langowskiego, pionu technicznego oraz zamówień publicznych. Wszystkim tym osobom należą się szczerze słowa uznania i podziękowania. Jest oczywiste, że bez wsparcia i życzliwości minister zdrowia Ewy Kopacz oraz premiera Donalda Tuska nie byłoby to możliwe. Dzięki decyzjom rządu na ten rok przyznano na naszą inwestycję 230 mln złotych. Za to poparcie, za tę decyzję oraz wiarę w naszą pasję i rzetelną pracę składam płynące z głębi serca słowa podziękowania.

Szanowni Państwo!

Centrum Medycyny Inwazyjnej to najszybciej wybudowany szpital państwowy w Polsce. Jest świadectwem tego, że jeżeli naprawdę się chce, to można wiele zrobić. Możemy więc pokazać Europie, że potrafimy efektywnie budować i rzetelnie pracować. Myślę, iż nikt nie może nam powiedzieć, że nie zrobiliśmy wszystkiego, aby marzenia stały się rzeczywistością. Pamiętajmy jednak, że tylko 1/3 klinik przenosi się do nowego Szpitala, pozostałe zostają w starej, wysłużonej bazie lokalowej, niespełniającej podstawowych wymagań współczesnego szpitala. Tym bardziej pilne staje się pozyskanie zgody rządu na poszerzenie inwestycji o budowę Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Pełna koncepcja medyczna wraz z dokładną analizą ekonomiczną została przekazana Premierowi i Minister Zdrowia. Teraz z niepokojem czekamy na ostateczną decyzję. Patrząc na realizację różnych inwestycji ze środków budżetowych, sądzimy, że

sprawnie zrealizowana przez GUMed inwestycja przemawia na naszą korzyść i pokazuje, jak dobrze i szybko potrafimy wykonać powierzone nam zadania.

Podobnie jak i w roku ubiegłym, dzięki zabiegom zespołu prorektora prof. Jacka Bigdy mijający rok przyniósł znaczący postęp w pozyskiwaniu środków unijnych, a liczba składanych z sukcesem wniosków znacząco zwiększyła się. Szczegółowe zestawienie tych inwestycji przedstawiliśmy w poprzednim numerze *Gazety AMG*. Chciałbym gorąco podziękować prof. Jackowi Bigdzie oraz jego zespołowi za olbrzymią pracę i zaangażowanie w pozyskiwanie środków.

Jakie są nasze zamierzenia na najbliższą i tę trochę dalszą przyszłość? W pierwszym rzędzie to rozpoczęcie drugiego etapu przebudowy szpitala klinicznego, czyli modernizacja budynków 2 i 3 na potrzeby Kliniki Pediatrii, z powstaniem w końcu oddziału intensywnego nadzoru dla dzieci. Dalej, pozyskanie środków na budowę Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, dokończenie wdrażania zmian związanych z restrukturyzacją naszej administracji oraz zintegrowanego systemu komputerowego klasy ERP. Konieczne jest zbudowanie systemu wewnętrznej oceny jakości kształcenia na wszystkich kierunkach studiów. Jest to potężne wyzwanie dla polskich uczelni, to duża nowość, do której musimy się przyzwyczaić i jak najszybciej wdrożyć. Ocena jakości kształcenia obejmuje wszystkie jego etapy – od pojedynczego nauczyciela, poprzez jednostki organizacyjne, a na końcu wydziały. Prace nad tym systemem prowadzone są przez prorektor Barbarę Kamińską oraz powołany przez nią zespół osób, dla których dydaktyka jest niezwykle ważnym elementem życia Uczelni. Za wysiłek włożony w porządkowanie procesów związanych z dydaktyką w naszej Uczelni składam słowa gorącego podziękowania prof. Barbarze Kamińskiej.

U progu nowego roku akademickiego chciałbym podziękować bardzo serdecznie wszystkim nauczycielom akademickim i wszystkim pracownikom naszej Uczelni za ich wytężoną pracę i cierpliwość w zmaganiu się z przeciwnościami. Życzę nam wszystkim wytrwałości i dalszych sukcesów w nadchodzącym roku.

Młodzieży akademickiej, naszym nowym Koleżankom i Kolegom, którzy w dniu dzisiejszym symbolicznie przystępują do immatrykulacji, pragnę przekazać serdeczne życzenia pomyślności, radości ze studiowania, satysfakcji ze zdobywania wiedzy i poznawania tajników budowy oraz fizjologii ludzkiego ciała. Wszystkim rocznikom życzę, aby zdobyta wiedza przydawała się w zrozumieniu zawitych problemów diagnostycznych i terapeutycznych i aby kolejne poznawane działy medycyny stanowiły niezwykłą zagadkę i pasjonujące przeżycie. Oby w niedalekiej przyszłości informacje te stały się dobrą podstawą wiedzy o patologii, objawach i leczeniu różnorodnych chorób. Aby zawód, jaki wybraliście, stanowił dla Was satysfakcję i przyjemność i aby zawsze Wasze działania cechowała troska o cierpiącego człowieka, przestraszonego i zagubionego w swojej chorobie. Pamiętajcie, że Wasz pacjent to istota ludzka, która oczekuje od Was i od całego personelu medycznego zrozumienia w cierpieniu, pomocy i jak najszybszego powrotu do zdrowia.

Wasze ślubowanie studenckie stanowi pierwszy ważny krok na drodze prowadzącej do otrzymania dyplomu. Życzę Wam, by czas spędzony w murach tej Uczelni był nie tylko wypełniony pracą, ale także radością i rozrywką, poszukiwaniem i znajdowaniem nowych przyjaciół, nieraz na całe życie. Bądźcie rozważni i mądrzy, szanujcie swoje osiągnięcia, ale i osiągnięcia Waszych nauczycieli oraz trud, jaki w Wasze wychowanie włożyli rodzice.

Quod felix faustum fortunatumque sit

Rok akademicki 2011/2012 w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym ogłaszam za otwarty.



W numerze...

Z życia Uczelni	2
Przemówienie inauguracyjne Rektora	3
Muzeum GUMed zaprasza	6
Nowi doktorzy	7
Humanizm w medycynie	7
Nowy szpital – nowe szanse i możliwości	8
Poznańskie spotkania neurologów	27
Gość z Kalifornii wygłosi wykład	27
Anatomia – brama do świata medycyny	28
Projekty szpitalne	30
Kadry GUMed i UCK	32
Obóz Studencki PRABUTY 2011 za nami	33
Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej ma 20 lat	34
Nowy doktor honorowy na Uniwersytecie Gdańskim	35
Bardzo dobre wyniki absolwentów GUMed-u w jesiennej sesji egzaminów LEP i LDEP	36
Ogólna charakterystyka ustawy o działalności leczniczej	38
Geniusz Marii Skłodowskiej-Curie – spojrzenie genetyka	40
Polecamy Czytelnikom	44
Praktyki na końcu świata.....	45
O chorobie zwanej cyklozą – rowerem w góry po medale	46
O edukacji w mieście Andersena	48

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Marek Bukowski, Katarzyna Dorocińska, Brunon Imieliński, Wiesław Makarewicz (red. naczelny), Marta Mróz, Roman Nowicki (ręcznik prasowy GUMed), Renata Ochocka, Wawrzyniec Paluch, Krzysztof Sworeczak, Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Lubomira Wengler, Tomasz Zdrojewski, Krystyna Frysztak (sekr. red.), Tadeusz Skowrya (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](http://www.gazeta.gumed.edu.pl). Drukarnia Wydawnictwa „Bernardinum” Sp. z o.o., Pelplin. Nakład 1000 egz.

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

Warunki prenumeraty:

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

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

REKTOR I SENAT GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

mają zaszczyt zaprosić na

INAUGURACJĘ ROKU AKADEMICKIEGO 2011/2012

8 października 2011 r. o godz. 10.00
do sali wykładowej Centrum Medycyny Inwazyjnej
Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Smoluchowskiego

W programie:

- *Hymn państwowy*
- Przemówienie inauguracyjne rektora prof. Janusza Morysia
- Wystąpienie Władz Państwowych i zaproszonych Gości
- Immatrykulacja
- *Gaude Mater Polonia*
- Przemówienie przedstawiciela studentów
- Wręczenie dyplomów oraz medali PRIMUS INTER PARES wyróżniającym się absolwentom
- Wręczenie odznaczeń
- Wykład inauguracyjny pt. *One Medicine* wygłosi prof. Jeremy Bradshaw z Uniwersytetu w Edynburgu
- Prezentacja szpitala Centrum Medycyny Inwazyjnej

IMPREZA INTEGRACYJNA

Się kręci... Medycyny we Wróblówce

Nieobca jest Ci *Wielka gra*, z sentymentem wspominasz spotkania *W starym kinie* i bez trudności zgadujesz *Jaka to melodia?*. Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w corocznej zabawie integracyjnej pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Impreza *Się kręci... Medycyny we Wróblówce* to doskonała okazja, by się lepiej poznać i porozmawiać o sprawach nie tylko zawodowych. Wśród mnóstwa atrakcji nie zabraknie konkursów z nagrodami, biesiady przy ognisku i karaoke. Na amatorów kulinarnych przyjemności czekają stoły pełne specjałów kuchni polskiej. O dobrą zabawę wszystkich zadbać profesjonalny DJ i prowadzący. Spotkajmy się w leśniczówce Wróblówka, 8 października o godz. 19. Bilety imienne w cenie 30 zł (dla aktualnego bądź emerytowanego pracownika GUMed-u i Szpitali) i 80 zł (dla osoby towarzyszącej lub byłych pracowników) można nabyć w Zespole ds. Socjalnych, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, pawilon 4, tel. 349 10 14, 349 10 39. W tym roku uczestnicy imprezy we Wróblówce mogą skorzystać z bezpłatnego transportu. Autokar, który zawiezie gości na miejsce, będzie podstawiony w okolicy Dworca Głównego w Gdańsku około godz. 18.15. Powrót po zakończeniu zabawy. Serdecznie zapraszamy.

Muzeum GUMed zaprasza

Nowa wystawa w Muzeum GUMed zatytułowana *Prawie cały wiek XX. Życie i działalność Tadeusza Kielanowskiego* zostanie otwarta 24 października br. o godzinie 11.30. Jej autorem jest dr Jacek Halasz z Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych. Ekspozycja jest podsumowaniem badań autora nad działalnością Tadeusza Kielanowskiego – lekarza i myśliciela.

Serdecznie zapraszamy do Muzeum. Wystawa będzie czynna do grudnia 2011 roku. Więcej o wystawie w listopadowym numerze *Gazety AMG*.

dr Marek Bukowski

Nowi doktorzy

Na Wydziale Lekarskim

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

1. lek. Danuta Helena DĄBROWSKA – starszy asystent Oddziału Dermatologii, Szpital Zespolony w Elblągu, praca pt. *Możliwy udział nadwrażliwości na metale w patogenie powikłań pooperacyjnych u pacjentów leczonych metalowymi wszczepami stosowanymi w ortopedii*, promotor – prof. dr hab. Jadwiga Roszkiewicz; Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 22 września 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. lek. Ewa Sylwia LENKIEWICZ – asystent Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof GUMed, praca pt. *Ocena czynników wpływających na jakość życia u chorych po przebytym urazie czaszkowo-mózgowym*, promotor – prof. dr hab. Andrzej Basiński; Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 22 września 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

1. lek. Krzysztof ADAMOWICZ – kierownik Poradni Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie, praca pt. *Ocena gotowości do zmian postaw i zachowań prozdrowotnych młodzieży do lat 18 pod wpływem edukacji zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych*, promotor – dr hab. Jan Maciej Zaucha, prof. nadzw.; Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu w dniu 15 września 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. mgr Agnieszka Aleksandra SOBIERAJSKA-REK – uczestniczka SSD przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, praca pt. *Wczesne i odległe wyniki leczenia operacyjnego przykurczu Dupuytren'a*, promotor – prof. dr hab. Marek Dobosz; Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu w dniu 15 września 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

stopień naukowy doktora nauk o zdrowiu uzyskała

mgr Katarzyna Alicja LEONIUK – asystent Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznych, praca pt. *Dysfunkcjonalność rodziny w kontekście wybranych form wsparcia społecznego. Wieloaspektowa analiza systemu wsparcia instytucjonalnego rodzin problemowych, na przykładzie badań przeprowadzonych na terenie miasta Gdańsk*, promotor – prof. dr hab. Marek Latoszek; Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu w dniu 15 września 2011 roku nadała stopień doktora nauk o zdrowiu.

W dniu 5 września 2011 r. zmarł

dr Zygmunt Kiczka

wieloletni pracownik Zakładu Protetyki Instytutu Stomatologii (1949-1980), kierownik Zakładu w latach 1974-1977. Doskonały lekarz i ceniony nauczyciel akademicki.

V Gdańskie Spotkania
z Etyką Lekarską

Humanizm w medycynie

Oddziały Gdańskie – Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Towarzystwa Internistów Polskich oraz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego zapraszają na konferencję *Humanizm w medycynie* połączoną z uroczystością Patrona Służby Zdrowia, św. Łukasza. Spotkanie odbędzie się w dniu 18 października 2011 roku (wtorek) w Auditorium Primum Atheneum Gedanense Novum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (al. Zwycięstwa 41-42, wejście od ul. M. Skłodowskiej-Curie). Patronat nad konferencją objęli ks. abp Sławoj Leszek Głódź, metropolita gdański oraz prof. Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

PROGRAM

- 12.00 Msza święta koncelebrowana w kościele Matki Bożej Częstochowskiej przy ul. M. Skłodowskiej-Curie (Księża Pallotyni)
- 13.00 Kawa „na dobry początek”
- 13.30 Wykłady w Auditorium Primum
Przewodniczą: prof. dr hab. Grażyna Świętecka, prof. dr hab. Zbigniew Zdrojewski
- 13.30-14.00 *Mistyka ciała*
ks. dr teol. Grzegorz Rafiński, Gdańskie Seminarium Duchowne
- 14.00-14.10 Dyskusja
- 14.10-14.40 *Fascynujące ciało ludzkie*
prof. dr hab. Marek Grzybiak, Gdański Uniwersytet Medyczny
- 14.40-14.50 Dyskusja
- 14.50-15.20 *Ciało ludzkie in statu nascendi — o żalobie nienarodzonych nadziei*
ks. dr psychologii Grzegorz Kudlak, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
- 15.20-15.30 Dyskusja
- 15.30 Zakończenie konferencji

Rekolekcje Adwentowe Służby Zdrowia

odbędą się w dniach 16–17 grudnia 2011 r. w kościele św. Bernarda przy ulicy Abrahama 41/43 w Sopocie. Rekolekcje poprowadzi o. Jan Maciejewski OFM conv. z Gdyni. Szczegółowy program jest dostępny na stronie www.kslp.diecezja.gda.pl

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Oddział Regionalny w Gdańsku oraz firma Ewopharma

serdecznie zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe 19 października 2011 roku o godzinie 12.00, Gdańsk-Wrzeszcz ul. Batorego 28 B

W programie:

1. *Zespół niespokojnych nóg u dzieci* – lek. Karolina Pienczk-Ręćławowicz, Klinika Neurologii Rozwojowej GUMed
2. Prezentacja leków firmy Ewopharma – mgr inż. Dawid Snochowski
3. Walne zebranie członków Oddziału Gdańskiego PTNDz.

Nowy szpital – nowe szanse i możliwości

W poprzednim wydaniu *Gazety*, poświęconym zakończeniu budowy Centrum Medycyny Inwazyjnej, przedstawiliśmy ogólny opis tej inwestycji i główne dane liczbowe. W bieżącym numerze przedstawiamy refleksje kierowników jednostek przenoszących się już niedługo do nowego Szpitala. Wyrażają one niekiedy obawy, ale przede wszystkim nadzieje, radość oraz zrozumienie olbrzymich szans, które daje praca w prawdziwie nowoczesnym szpitalu. Nowa infrastruktura to również ogromna możliwość osiągnięcia korzystniejszych efektów ekonomicznych i usprawnienia zarządzania całym Szpitalem, co zarysowuje tekst autorstwa dyrektora Ewy Książek-Bator. Chciałbym bardzo, aby optymizm zawarty w tych tekstach towarzyszył nam na co dzień, co na pewno ułatwi nam jakże potrzebne starania o dalsze inwestycje.

prof. Janusz Moryś, rektor

Nowy sprzęt i nowe wyzwania

Kliniczny Oddział Ratunkowy
prof. dr hab. Andrzej Basiński

Wraz z przeprowadzką Klinicznego Oddziału Ratunkowego do nowego budynku CMI kliniczna baza Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej ulegnie radykalnej poprawie. Nowe będzie wyposażenie i sprzęt. Przewidywane jest otwarcie 4-stanowiskowego oddziału krótkotrwałej intensywnej terapii, który posiadać będzie standard wyposażenia typowy dla każdego nowoczesnego oddziału intensywnej terapii. Planowane jest także uruchomienie 10-łożkowego, w pełni monitorowanego oddziału obserwacyjnego. Sale operacyjne i tzw. *shock room* będą wyposażone w najnowszy sprzęt do diagnostyki typu *emergency*. Posiadać będziemy mobilny cyfrowy aparat rentgenowski, ramię C i odpowiednią aparaturę USG do wykonywania FAST USG. Aparatura ta umożliwi szybką diagnostykę obrazową, bez przemieszczania chorego wewnątrz szpitala.

Otwarcie nowego Szpitala i powołanie na terenie UCK Centrum Urazowego stawia przed Kliniką Oddziałem Ratunkowym nowe wyzwania. Ponieważ Szpital wyposażony będzie w lądowisko dla helikopterów, planowany jest transport wszystkich chorych z urazami wielonarządowymi z terenu województwa pomorskiego w ciągu pierwszych 1,5 godziny od urazu. W związku z tym ilość leczonych chorych z urazem wielonarządowym powinna ulec radykalnemu zwiększeniu, dlatego też

decyzją dyrekcji Szpitala z dniem 1 lipca br. powołano Centrum Urazowe jako leczniczą jednostkę funkcjonalną.

Centrum Urazowe będzie łączyć organizacyjnie oraz zakresem zadań niezbędne jednostki Szpitala, w tym kliniki, zakłady i laboratoria, koordynując udzielanie świadczeń medycznych pacjentom urazowym w zakresie diagnozowania i leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała – zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym i rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. Pacjenci urazowi przyjmowani będą do Klinicznego Oddziału Ratunkowego na podstawie skierowania i bez skierowania, optymalnie – po wcześniejszym powiadomieniu zespołu dyżurnego KOR-u, np. drogą radiową. Po przyjęciu pacjenta urazowego do KOR-u i wstępnej ocenie stanu chorego, kierownik zespołu urazowego podejmie decyzję o jego uruchomieniu.

Aktywacja zespołu urazowego powinna powodować natychmiastowe powiadomienie lekarzy dyżurnych Klinik: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Neurochirurgii, Klatki Piersiowej, Oddziału Ortopedii, Oddziału Chirurgii Naczyniowej oraz Zakładu Radiologii i Centralnego Laboratorium Klinicznego.

W zależności od stanu zdrowia pacjenta i zakresu odniesionych obrażeń, do zespołu urazowego powołani być mogą lekarze dyżurni innych klinik. Czas przybycia dyżurnego specjalisty na wezwanie nie powinien być dłuższy niż 2-3 minuty. Aktywacja zespołu urazowego posiada cechy najwyższego priorytetu w UCK.

Działania zespołu urazowego prowadzące do ustalenia wstępnego rozpoznania chorobowego oraz ustabilizowania stanu ogólnego chorego prowadzone będą w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym KOR-u lub w obrębie w pełni wyposażonej sali operacyjnej. Następnie w zależności od tzw. wiodącego urazu chory leczony będzie w odpowiednim do potrzeb miejscu.

Tego typu wyzwania stawiają przed pracownikami Szpitala konieczność wprowadzenia nowego sposobu współpracy, polegającej na wspólnym przez wiele klinik leczeniu chorych.

Sprzęt + czynnik ludzki = większe bezpieczeństwo

Intensywna Terapia i OIOM
prof. dr hab. Maria Wujtewicz,
dr hab. Radosław Owczuk

Priorytetem w anestezjologii jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta, pozwalające na



Kliniczny Oddział Ratunkowy (KOR)

zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności okołoperacyjnej. Podpisana w czerwcu 2010 roku *Deklaracja Helsińska* wskazuje na dominującą rolę anestezjologii w promocji i utrzymaniu bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołoperacyjnym na należytych poziomach. Chociaż czynnik ludzki pozostaje najważniejszym elementem decydującym o bezpieczeństwie chorego podczas znieczulenia i w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, niebanalną rolę w tym procesie odgrywa sprzęt, umożliwiający podstawowe i bardziej zaawansowane monitorowanie parametrów życiowych pacjentów. Nowe wyposażenie, jakim anestezjolodzy będą dysponować na sali operacyjnej i oddziale wybudzeń Centrum Medycyny Inwazyjnej, na pewno przyczyni się do poprawy jakości opieki nad chorymi. Cieszy powrót do idei rozpoczynania znieczulenia poza salą operacyjną, w pokojach przygotowawczych, co najpewniej usprawni pracę na salach operacyjnych. Nowoczesny sprzęt anestezjologiczny na salach operacyjnych poprawi nie tylko bezpieczeństwo pacjenta i komfort pracy lekarzy, ale umożliwi także kontynuowanie i rozpoczęcie badań naukowych, które w przypadku anestezjologii w szczególności są uzależnione od jakości urządzeń służących do wykonywania znieczuleń i monitorowania stanu chorych. Podniesie się również poziom szkolenia podyplomowego. Odbijający tu staże specjalizacyjne będą nauczani w oparciu o nowoczesną bazę techniczną. Pozwoli to na wyznaczenie pewnych standardów i schematów postępowania, niezbędnych w przyszłej, samodzielnej pracy. Innym potencjalnym źródłem poprawy jakości oferowanych przez nas usług jest podniesienie poziomu procedur zabiegowych i rozszerzenie spektrum tych procedur przez kliniki, które wspólnie z nami przeniosą się do CMI. Oczywiście jest, że rozwój anestezjologii jest uzależniony od rozwoju chirurgii i odwrotnie, zatem ta pozytywna interakcja może pomóc w dalszym rozwoju anestezjologii akademickiej w Gdańsku.

Oddział Intensywnej Terapii w nowej lokalizacji nie zwiększy (miejmy nadzieję, że chwilowo) istotnie liczby swoich łóżek. Bez wątpienia nowoczesny sprzęt służący do wentylacji pacjentów, prowadzenia innych terapii narządowo-zastępczych oraz do zaawansowanego i jednocześnie mniej inwazyjnego monitorowania parametrów fizjologicznych daje nadzieję na bardziej skuteczne leczenie najcięższych chorych. Z drugiej strony, nowy charakter oddziału (10 łóżek w systemie otwartym i 2 izolatki) może budzić pewien niepokój w kwestii zakażeń szpitalnych, stanowiących jeden z największych współczesnych problemów intensywnej terapii. Nadal ograniczona liczba łóżek nie rozwiąże prawdopodobnie nieustannie odczuwanego przez wszystkich problemu niedostatku miejsc w oddziale intensywnej terapii. Wyremontowanie i oddanie do użytku drugiego oddziału w starej lokalizacji najprawdopodobniej złagodzi ten problem, szczególnie że planowane jest tam zorganizowanie nieistniejącego dotąd w Szpitalu oddziału intensywnej terapii dla dzieci.

Oczywiście wierzymy, że przeniesienie do nowego budynku wiązać się będzie z poprawą warunków pracy, co przełoży się na jakość naszych działań w codziennej praktyce anestezjologicznej i w zakresie intensywnej terapii. Towarzyszy jednak tym oczekiwaniom cień niepokoju. W „starym” Szpitalu pracownicy Kliniki dysponowali bardzo dobrymi warunkami do prowadzenia dydaktyki oraz świetnym zapleczem socjalnym. Należy postawić pytanie, czy warunki w nowej lokalizacji będą w tym

zakresie równie dobre? Przy ogromnym obciążeniu dydaktycznym i dużej liczbie pracowników, koniecznych dla sprawnego działania Kliniki, niepokój ten może wydawać się uzasadniony. Należy jednak wierzyć, że całokształt zmian będzie w sumie zdecydowanie pozytywny.

Współpraca między klinikami kluczem do sukcesu

**Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej
prof. dr hab. Witold Rzyman**

Sercem każdego szpitala jest blok operacyjny. Obecnie największym ograniczeniem możliwości rozwoju gdańskiej torakochirurgii jest organizacja pracy i współpracy na bloku operacyjnym. Dlatego też z niepokojem lecz również z nadzieją oczekujemy na rozwiązanie tego trudnego zadania w ramach Centrum Medycyny Inwazyjnej.

Największą szansę upatrujemy w rozwoju chirurgii opierającym się o współpracę kliniczną i doskonalenie swoich umiejętności w zastosowaniu najnowszych technologii. Miniaturyzacja, coraz doskonalsze narzędzia chirurgiczne, skuteczne techniki diagnostyczne pozwalają leczyć naszych chorych w coraz mniej inwazyjny sposób. W chirurgii klatki piersiowej postęp, w którym uczestniczymy w ostatnim dziesięcioleciu, jest ogromny, związany głównie z zastosowaniem technik wideochirurgicznych w leczeniu i diagnostyce.

Możliwości multimedialne w CMI stworzą doskonałą okazję do uczestnictwa studentów w procedurach diagnostycznych i leczniczych za pośrednictwem przekazu z sali bronchoskopowej i bloku operacyjnego, dzięki czemu ich wiedza na temat torakochirurgii będzie pełniejsza.

Od kilku lat cała diagnostyka chorób płuc i śródpiersia wykonywana jest techniką małoinwazyjną. Autofluorescencja (AFI), użycie techniki wąskiej wiązki światła (NBI) oraz nawigacji magnetycznej w bronchoskopii, biopsje pod kontrolą bronchoskopowej i ezofagoskopowej ultrasonografii (EBUS, EUS) oraz wideoskopia (VATS) są obecnie standardem usług w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej GUMed. CMI będzie jedynym miejscem w województwie pomorskim, gdzie dostępne są wszystkie znane nowoczesne, małoinwazyjne techniki diagnostyczne. Ta nowa jakość technik medycznych może spowodować



Prof. Witold Rzyman z zespołem

wać napływ pacjentów z całej północnej Polski. Wspaniałym narzędziem rozszerzającym możliwości małoinwazyjnej działalności torakochirurga jest robot operacyjny. Mamy nadzieję, że w najbliższych latach ośrodek gdański, jako pierwszy w Polsce, rozpocznie program resekcji anatomicznych we wczesnym raku płuca przy użyciu robota operacyjnego.

W 2011 roku ogłoszono w *The New England Journal of Medicine* wyniki badań na temat zastosowania niskodawkowej tomografii komputerowej jako badania przesiewowego w raku płuca pozwalającego na zmniejszenie umieralności z powodu tego nowotworu. Publikacja ta zbiegła się z zakończeniem Pomorskiego Pilotażowego Programu Badań Przesiewowych Raka Płuca. Dzięki badaniom przesiewowym rak płuca jest wykrywany w najwcześniejszym stadium zaawansowania, w którym leczenie chirurgiczne daje szansę całkowitego wyleczenia. Stawia to torakochirurgów przed wyzwaniem zaproponowania każdemu choremu w I stopniu zaawansowania nowotworu zabiegu o minimalnej inwazyjności. Szansę na to dają umiejętności i wiedza personelu medycznego oraz nowoczesne wyposażenie CMI.

Bliskość Zakładu Anatomii Patologicznej pozwoli na nowy wymiar współpracy z tą kluczową jednostką CMI. Obecność patologa na sali operacyjnej, jak również chirurga w pracowni anatomopatologicznej, jest czasami niezbędna i decyduje o podejmowaniu prawidłowych decyzji terapeutycznych. Wydzielenie w ramach tej jednostki przestrzeni dla Biobanku umiejscowio go we właściwym miejscu i ułatwi zbieranie materiału biologicznego do badań molekularnych, stanowiących największą szansę poprawy jakości i skuteczności współczesnej medycyny.

Szczególne nadzieje wiążemy ze stworzeniem pierwszego prawidłowo zorganizowanego Centrum Urazowego w województwie pomorskim. Leczenie urazu wielonarządowego jest kwintesencją sprawności organizacyjnej ośrodka. Skuteczność Centrum Urazowego będzie barometrem działania nowego Centrum. Alarm urazowy, zespół chirurgów czekający na każdego pacjenta, podporządkowanie się wszystkim stronom leczenia liderowi zespołu urazowego, brak kompromisowych rozwiązań w leczeniu pacjenta, a wreszcie wojskowy dryl związany z dyscypliną i konsekwentnym stosowaniem wytycznych są niezbędne dla podniesienia jakości leczenia pacjentów urazowych.



Klinika Chirurgii Onkologicznej; chora podłączona do HIPEC

Dobro chorego celem nadrzędnym

**Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej
i Transplantacyjnej**
prof. dr hab. Zbigniew Śledziński

Od wielu lat strategicznym celem Kliniki jest stworzenie ośrodka chirurgicznego koncentrującego wysokospecjalistyczne procedury dla kompleksowego leczenia chorób zarówno nienowotworowych, jak i onkologicznych, spełniając kryteria tzw. chirurgii narządowej (*organ related surgery*).

Nowoczesny ośrodek chirurgii wysokospecjalistycznej musi spełniać dwa podstawowe wymogi: wykonywać odpowiednio dużo poszczególnych procedur (*high volume center*) oraz dysponować nowoczesnym oprzyrządowaniem, a to będzie zapewnił nowy szpital CMI.

Chirurgia trzustki

Chirurgia trzustki to wyrafinowana dziedzina wymagająca nie tylko doświadczenia, ale przede wszystkim podejścia interdyscyplinarnego. Centrum Medycyny Inwazyjnej to unikatowa koncepcja połączenia zaawansowanej chirurgii, gastroenterologii zabiegowej i radiologii interwencyjnej. Ta kombinacja zapewnia możliwość rozpoznawania i leczenia patologii trzustki wszystkimi dostępnymi sposobami. Nasza Klinika ma jedno z największych w Polsce doświadczeń w leczeniu guzów trzustki; przewlekłego i ostrego zapalenia tego narządu. CMI ze swoim zapleczem multimedialnym umożliwia koordynację leczenia między szpitalami na świecie oraz organizowanie warsztatów i konferencji, wykorzystując obraz z sal operacyjnych, gabinetów endoskopii i radiologii. W ten sposób gdański ośrodek ma szansę stać się widoczny w Europie jako jedna z wysoce wyspecjalizowanych jednostek zajmujących się kompleksowym leczeniem chorób trzustki.

Chirurgia wątroby i transplantacyjna

Od lat Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej pełni rolę ośrodka referencyjnego w zakresie chirurgii wątroby, dróg żółciowych i nadciśnienia wrotnego. Do istniejącej obecnie struktury organizacyjnej pozwalającej na najbardziej kompleksowe diagnozowanie i leczenie guzów wątroby w skali kraju powinna w nowym Szpitalu dołączyć transplantacja wątroby. W zakresie transplantologii Klinika dysponuje ogromnym doświadczeniem w przeszczepianiu nerek. Od lat zajmuje czołową pozycję pod względem liczby przeszczepionych narządów w Polsce, zaś wyniki operacji są porównywalne z wynikami najlepszych ośrodków światowych. W CMI Klinika ma dostęp do wysokospecjalistycznej opieki pooperacyjnej na bazie oddziału pooperacyjnego. Klinika jest regionalnym centrum leczenia chorób wątroby i dróg żółciowych. Ośrodek stanowi miejsce leczenia powikłań operacji dróg żółciowych dla regionu pomorskiego.

Chirurgia endokrynologiczna i metaboliczna

Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej to jeden z wiodących ośrodków w Polsce zajmujących się chirurgią nadnerczy. Zoperowano tu już ponad 500 chorych, większość metodą małoinwazyjną. Klinika

stosuje ręczną gammakamerę oraz urządzenie do śródoperacyjnego monitoringu neurologicznego w chirurgii tarczycy i przytarczycy. Redukuje to ryzyko jatrogennego uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych i wpływa na poprawę doszczętności zabiegu oraz umożliwia stosowanie metod małoinwazyjnych.

Klinika kontynuować będzie również trwający ponad 10 lat program chirurgicznego leczenia otyłości patologicznej, która charakteryzuje się wielką skutecznością nie tylko w redukcji masy ciała, lecz także prowadzi do ustąpienia wielu towarzyszących otyłości chorób metabolicznych.

Nowym zadaniem, którego podjął się nasz ośrodek, jest zagadnienie operacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. W Klinice rok temu odbył się pierwszy w Polsce zabieg operacyjny, gdzie jedynym wskazaniem do operacji była cukrzyca typu 2. Cukrzyca ustępuje po leczeniu operacyjnym u 98% operowanych pacjentów.

Dzięki współpracy z University of Chicago i rozwijaniu idei przeszczepiania wysepek trzustkowych i stworzeniu odpowiednio wyposażonego laboratorium pozwalającego na izolację wysp trzustkowych pochodzących od zmarłych dawców, Gdański Uniwersytet Medyczny ma szansę stać się liderem w tej dziedzinie, co pozwoli w sposób kompleksowy leczyć cukrzycę typu 2, jak i typu 1.

Kolejną innowacyjną dziedziną działalności Kliniki, bezpośrednio związaną z chirurgią endokrynologiczną, jest chirurgia układu współczulnego. Oprócz leczenia nadpotliwości pierwotnej, która odniosła znaczący sukces naukowy i terapeutyczny, należy tu wspomnieć także o leczeniu erytrofobii, zespołu regionalnego bólu współczulnego czy też leczeniu bólu przewlekłego towarzyszącego przewlekłemu zapaleniu trzustki i rakiowi tego narządu. Poszerzenie instrumentarium bloku operacyjnego nowego szpitala o robot da Vinci pozwoli także o wprowadzenie innowacyjnej w skali światowej operacji rekonstrukcji pnia współczulnego poprzez przemieszczenia nerwu międzyżebrowego.

Chirurgia jelita grubego

Kompleksowe leczenie chirurgiczne obejmuje choroby jelita grubego – nowotwory złośliwe i łagodne, chorobę uchyłkową oraz nieswoiste zapalenie jelit (*colitis ulcerosa*). W Klinice wykonuje się zabiegi endoskopowe (*polipektomia*), hemikolektomię prawostronną i lewostronną, sigmoidektomię, resekcję przednią oraz amputację brzuszno-kroczoową na „otwarto”, częściowo laparoskopowo lub całkowicie laparoskopowo.

We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego oraz przypadkach gruczolakowatej polipowatości rodzinnej, wykonywane są zabiegi o charakterze proktokolektomii odtwórczej (usunięcie okrężnicy i odbytnicy z wytworzeniem zbiornika jelitowego i niskim zespoleniem ileo-analnym), eliminując konieczność wykonywania stałej przetoki kałowej, poprawiając istotnie jakość i komfort życia.

Wideoskopia jest obiecującą metodą postępowania nie tylko diagnostycznego, ale także leczniczego w chirurgii onkologicznej. Szybki rozwój chirurgii laparoskopowej wydaje się mieć wpływ na powstawanie nowej dziedziny tzw. chirurgii wirtualnej. Specjalnie skonstruowany obraz HD 3D wzbogacony o możliwość uwidocznienia elementów niewidocznych gołym okiem ułatwia

precyzyjne i bezpieczne wykonywanie operacji nie tylko onkologicznych jelita grubego. Miniaturyzacja, robotyzacja (operacji przeprowadzanych z wykorzystaniem systemu da Vinci) wraz z telechirurgią, z chirurgii odległej przyszłości stają się z roku na rok chirurgią teraźniejszości.

Przeprowadzka do nowego Szpitala, samoszkolenia i wprowadzanie jak najnowszych, bezpiecznych technik operacyjnych umożliwi Klinice realizację nadrzędnego celu, jakim jest dobro chorego.

Szansa na pełne wykorzystanie potencjału jednostki

**Klinika Gastroenterologii i Hepatologii z pracownikami
prof. dr hab. Marian Smoczyński**

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii będzie jedną z jednostek, które pod koniec 2011 roku rozpoczną działalność w nowo otwartym Centrum Medycyny Inwazyjnej UCK w Gdańsku. Oczekujemy, że nowa lokalizacja umożliwi pełniejsze wykorzystanie potencjału naukowego, klinicznego i dydaktycznego naszej jednostki.

W nowej lokalizacji będziemy mogli zaoferować pacjentom z naszego regionu pełen zakres procedur endoskopowych w zakresie górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, w tym panendoskopię, kolonoskopię, zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne na drogach żółciowych i trzustce, a także enteroskopię i endoskopię kapsułkową, impedancję i pH-metrię. W tym celu konieczny jest zakup nowej, wysokospecjalistycznej aparatury. Nie bez znaczenia jest także bezpieczeństwo. Po raz pierwszy w nowej pracowni będziemy dysponować oddzielnym pokojem wybudzeń dla chorych po zakończonych procedurach, co ułatwi szersze zastosowanie sedacji, która staje się już standardem w wielu krajach europejskich.

Dzięki zainstalowaniu światłowodów możliwa będzie bezpośrednia transmisja przypadków klinicznych do sal seminaryjnych, jak również przesyłanie obrazu i dźwięku do dowolnego miejsca na świecie w celach konsultacyjnych i naukowych. Da to studentom i szkolącym się lekarzom lepsze wyobrażenie o aktualnych możliwościach w gastroenterologii i hepatologii. Planujemy kontynuowanie prac nad stworzeniem bazy przypadków endoskopowych, co uatrakcyjni prowadzone zajęcia dydaktyczne, ale także podniesie jakość naszych publikacji.



Prof. Marian Smoczyński z zespołem

Nowoczesna infrastruktura zwiększy komfort naszych pacjentów i zapewni większe poszanowanie intymności kontaktu z chorym (badanie lekarskie przeprowadzane w oddzielnym pomieszczeniu, dwuosobowe sale z węzłem sanitarnym).

Chirurgia nowotworów – mniej inwazyjna i bardziej precyzyjna

Klinika Chirurgii Onkologicznej
prof. dr hab. Janusz Jaśkiewicz

Zmiana adresu Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej i przenosiny ze starego budynku nr 2 do Centrum Medycyny Inwazyjnej jest nie tylko powodem do dumy i satysfakcji z możliwości pracowania w nowoczesnym i dobrze wyposażonym szpitalu. Stanowi również dla całego zespołu doskonałą okazję i wyzwanie, aby uporządkować szereg spraw związanych z działalnością oddziału. Zawsze po wprowadzeniu się do nowego mieszkania segregujemy i odrzucamy rzeczy niepotrzebne, robimy porządek na biurku czy wreszcie staramy się wprowadzić nowe pomysły organizacyjne. Zespół Kliniki od wielu miesięcy przygotowuje się do zmiany miejsca pracy. Robi gruntowe porządki dotyczące nowego systemu funkcjonowania działalności klinicznej i dydaktycznej. Wprowadzamy zintegrowany system komputerowy – zamieniamy papier na zapisy cyfrowe, opracowujemy nowe procedury, tworzymy specjalne programy dotyczące listy oczekujących chorych, systemu rozpisów i opisów zabiegów operacyjnych, dyżurów, planu urlopów, prowadzenia dokumentacji i zajęć dydaktycznych. Podobnie jak do nowego komputera instalujemy nowe oprogramowanie, tak w nowym CMI chcemy wprowadzić nowy system pracy Kliniki zintegrowany ze współpracującymi jednostkami.

Wraz ze stopniowym odkrywaniem sekwencji genomu ludzkiego i rozwojem biologii molekularnej, leczenie onkologiczne, w tym również chirurgia nowotworów, podlega szybkiej ewolucji. W coraz liczniejszej grupie nowotworów złośliwych możemy identyfikować geny, które są odpowiedzialne nie tylko za ich powstawanie, ale także coraz częściej potrafimy określić, na jaki cytostatyk czy lek immunologiczny są one wrażliwe. Onkologia wkracza w erę tzw. terapii celowanych (*target therapy*). Dla chirurga oznacza to nie tylko konieczność śledzenia postępów wiedzy na ten temat, ale przede wszystkim zmianę taktyki leczenia wielu nowotworów. W niektórych z nich chirurg nie musi być już tak „agresywny”, a tym samym nie musi tak często doprowadzać do okaleczenia i deformacji prowadzącej do obniżenia jakości życia chorych. Coraz częściej możemy zaoszczędzić organ czy narząd, zachowując jego funkcję. Dla przykładu chorym na raka piersi w większości przypadków możemy zaofiarować leczenie z zaoszczędzeniem piersi, a cier-

piącym na raka odbytnicy możemy oszczędzić zwieracz odbytu i zachować oddawanie stolca drogą naturalną. Jeśli jednak chcemy stosować chirurgię nowotworów mniej inwazyjną, to musi być ona połączona z wysoką jakością stosowanych technik oraz ścisłą współpracą wielodyscyplinarną, m.in. z chemio- i radioterapeutą, patologiem, radiologiem czy lekarzem medycyny nuklearnej. W literaturze angielskiej istnieje termin: *surgeon as a prognostic factor*, co oznacza, że doświadczenie chirurga czy szerzej oddziału, w którym pracuje, liczba wykonywanych zabiegów stanowi istotny czynnik rokowniczy. Chory onkologiczny leczony w ośrodku o niższym stopniu referencyjności i operowany przez mniej doświadczonego chirurga jest narażony nie tylko na możliwość wystąpienia częstszych powikłań, ale przede wszystkim ma mniejsze szanse na przeżycia odległe. Wpływ jakości chirurgii i doświadczenia chirurga na rokowanie udowodniono m.in. w takich nowotworach, jak rak żołądka, odbytnicy, piersi, przełyku czy tarczycy. W czerniaku złośliwym i mięsakach rozległość i zasięg pierwszego zabiegu operacyjnego ma największe znaczenie w stworzeniu szans na przeżycie.

Aby sprostać wspomnianym wyzwaniom nowoczesnej chirurgii nowotworów, Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej przenosząc się do nowego CMI stawia sobie cztery zasadnicze cele:

1. Kontynuować i rozwijać wielodyscyplinarną współpracę kliniczną i naukową

Według wspólnie uzgodnionych i opisanych procedur, każdy hospitalizowany w Klinice chory będzie kwalifikowany indywidualnie do poszczególnych etapów leczenia, na podstawie wspólnej decyzji: chirurga, chemioterapeuty, radioterapeuty radiologa oraz patologa. Dla poszczególnych nowotworów narządowych opracowano, okresowo uaktualniane, jednolite procedury postępowania. W wyniku współpracy z anestezjologami, Klinika otrzymała w 2010 roku certyfikat *Szpital bez bólu*. Dzięki skutecznej walce z bólem chorzy są wcześniej rehabilitowani i bardzo szybko mobilizowani. Nawet po średnio ciężkich zabiegach w obrębie jamy brzusznej, rutynowo już po kilku dniach chorzy są przekazywani do dalszej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Jest to możliwe dzięki wprowadzeniu specjalnego programu opieki nad chorymi onkologicznymi, który nazywa się *fast track*, w tłumaczeniu z angielskiego – szybka ścieżka. Po ukończonym leczeniu chirurgicznym każdy operowany przez nas chory jest poddany wspólnej konsultacji onkologicznej, podczas której choremu i jego najbliższej rodzinie zostaje przedstawiony plan dalszej opieki onkologicznej i ewentualnego leczenia uzupełniającego. Specyfika Kliniki wymagała zatrudnienia na stałe psychoonkologa – nasi chorzy i często ich najbliższe rodziny mogą liczyć na fachowe wsparcie również w tej dziedzinie.

2. Upowszechnienie zabiegów małoinwazyjnych w chirurgii nowotworów

W raku piersi do małoinwazyjnych technik chirurgicznych zaliczamy przede wszystkim diagnostykę za pomocą biopsji mammotomicznej, zabiegi radykalne z zaoszczędzeniem piersi, onkoplastykę, która umożliwia m.in. jednoczasową rekonstrukcję piersi po zabiegu okaleczającej amputacji czy wreszcie technikę węzła wartowniczego, która pozwala na uniknięcie powikłań w postaci obrzęków limfatycznych kończyny górnej po zbyt radykalnym usuwaniu pachowych wę-



Klinika Chirurgii Plastycznej

złów chłonných. W Klinice dysponujemy i stosujemy pełny asortyment wymienionych metod.

Biopsja mammotomiczna pod kontrolą USG to precyzyjna metoda diagnostyki zmian piersi, polegająca na pobraniu podejrzanego fragmentu gruczołu z pozostawieniem na skórze jedynie niewielkiej okolo 3 mm blizny. Powyższa procedura stanowi nieodłączny element nowoczesnej diagnostyki podejrzanych zmian w piersi, dając nam potężny oręż w walce z rakiem.

Większość chorych na raka piersi operowanych w naszej Klinice ma możliwość leczenia z zachowaniem piersi, a jeśli już zachodzi potrzeba wykonania amputacji, to wszyscy chorzy otrzymują propozycję wykonania zabiegu rekonstrukcyjnego. W dziedzinie onkoplastyki piersi Klinika utrzymuje w Polsce pozycję lidera i przygotowuje się do prowadzenia ogólnopolskiego programu szkolenia w tej specjalności.

Jednym z istotnych czynników rozwoju chirurgii nowotworów jest dążenie do zminimalizowania urazu, unikanie rozległych cięć i zmniejszenie utraty krwi. Takie wymogi spełniają małoinwazyjne techniki laparoskopowe. Część z tych procedur staje się standardem. W Klinice prowadzimy szereg prac na ten temat. Szkolimy się również do zabiegów z zakresu tzw. chirurgii robotowej, która rozwija zasadę małoinwazyjnej chirurgii. Wspólnie z pozostałymi zespołami klinik chirurgicznych wierzymy, że zrealizują się nasze marzenia i w nowym CMI będzie zainstalowana pierwsza na północy Polski platforma da Vinci do wykonywania wyjątkowo małoinwazyjnych i bardzo precyzyjnych zabiegów chirurgicznych u chorych na nowotwory w trudnodostępnych lokalizacjach.

3. Dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii

Dootrzewnowa Chemioterapia Perfuzyjna w Hipertermii (DCPH) (z ang. HIPEC – *Hyperthermic Intraperitoneal Perfusion Chemotherapy*) to sposób leczenia zaawansowanej miejscowo choroby nowotworowej z przerzutami do otrzewnej. Stosuje się ją zazwyczaj w przerzutach do otrzewnej w raku jelita grubego, śluzaku rzekomym otrzewnej (*pseudomyxoma peritonei*), raku jajnika, międzybłoniaku otrzewnej czy w raku żółdka.

Leczenie za pomocą procedury HIPEC polega na perfuzji (przepływie, omywaniu) jamy otrzewnej płynem podgrzanym do 41-42°C z jednoczesnym podaniem cytostatyku. Jednoczesne zastosowanie podwyższonej temperatury i cytostatyku poprawia efekt leczniczy (działanie synergistyczne). W metodzie tej wykorzystuje się możliwość zastosowania wysokiego stężenia leku w jamie otrzewnej, o wiele wyższego, aniżeli można uzyskać podając tę samą dawkę leku dożylnie. Na przykład, w przypadku mitomycyny C stężenie w jamie otrzewnej jest 75 razy większe po podaniu jej dootrzewnowo niż po podaniu drogą dożylną.

4. Stworzenie międzyuczelnianego systemu bankowania tkanek

Przechowywanie odpowiednio zamrożonego materiału tkankowego z guza nowotworowego w specjalnych niskotemperaturowych lodówkach to najlepsza inwestycja na przyszłość dla naszych chorych onkologicznych. Ponieważ biologia molekularna rozwija się w zawrotnym tempie i poznajemy coraz to nowsze i skuteczniejsze możliwości

leczenia nowotworów, przechowywanie materiału do badań genetycznych na DNA czy RNA z guza pierwotnego, może stanowić już w niedalekiej przyszłości wielką szansę na zastosowanie nowych, aktualnie testowanych metod. Zespół naszej Kliniki od wielu lat jest przygotowany organizacyjnie i merytorycznie do uruchomienia międzyuczelnianego i międzyszpitalnego systemu bankowania tkanek. Nawiązaliśmy kontakty z wieloma podobnymi ośrodkami w Europie.

Aktualnie w Polsce, pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia, towarzystw naukowych i konsultantów krajowych odbywa się bardzo ważna dyskusja nad określeniem w Polsce stopni referencyjności ośrodków zajmujących się chirurgicznym leczeniem nowotworów. Nasza Klinika bierze udział w tej weryfikacji i przenosząc się do nowego budynku CMI mamy ogromną nadzieję, że otrzymamy najwyższe referencje w leczeniu chirurgicznym nowotworów.

Z nadzieją na lepsze jutro

Klinika Chirurgii Plastycznej
dr hab. Alicja Renkielska

W budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej Klinika nasza mieścić się będzie na 4 piętrze. Liczba łóżek w stosunku do obecnej lokalizacji pozostaje bez zmian, czyli wynosi od 12-14. To w zasadzie, przy krótkich pobytach pacjentów nam wystarczy. Niepokój budzi brak klimatyzacji z prawdziwego zdarzenia. Nie bardzo wierzymy, że tzw. wentylacja mechaniczna na najwyższym piętrze z przeszklonym patio nie spowoduje, że pacjenci będą się smażyć latem, jak dotychczas miało to miejsce w starym budynku. O salę zabiegową, taką jaką mamy obecnie w Klinice i dzięki której zarabiamy dobrze płatnymi małymi procedurami na te duże i mocno niedoszacowane, też musieliśmy ciężko walczyć. Wcale nie jesteśmy pewni, czy do końca skutecznie.

Ostatnie dwa lata nauczyły nas, że nie wszyscy w naszej *Alma Mater* dotrzymują słowa. Nadal najlepiej dowiadywać się wszystkiego nieoficjalnie i próbować nieformalnych dróg załatwiania spraw. Oficjalne kroki są najczęściej nieskuteczne. Beznadziejny był przepływ informacji pomiędzy decydentami i wykonawcami – przynajmniej na naszym podwórku.



Klinika Otolaryngologii; Jerzy Kuczkowski i Czesław Stankiewicz podczas operacji wszczepu BAHA

Nadal będziemy leczyć chorych zdeformowanych przez urazy, w tym oparzeniowe, operacje onkologiczne (np. po amputacjach piersi, rozległych wycięciach nowotworów powłok), wady rozwojowe (dzieci z wadą rozszczepu wargi i podniebienia). Będziemy zajmować się pacjentami z odleżynami, trudno gojącymi się ranami oraz oparzeniami o średniej ciężkości (nie jesteśmy centrum oparzeniowym i w nowym budynku nadal nim nie będziemy). Nasi pacjenci to nadal chorzy z nowotworami powłok, których w przypadkach bardziej zaawansowanych będziemy leczyć wspólnie z laryngologami i chirurgami szczękowo-twarzowymi. Nowe zestawy narzędzi chirurgicznych zostały zakupione. Mamy nadzieję na bardziej nowoczesne leczenie, np. znamion naczyńiowych przy pomocy lasera neodymowo-yagowego, obrzęków limfatycznych przy pomocy nowoczesnego aparatu do liposukcji ultradźwiękowej, a zabiegów mikrochirurgicznych przy pomocy mikroskopu elektronowego najnowszej generacji. Wszystkie te aparaty zostały zgłoszone do zamówienia, które mamy nadzieję, że zostanie zrealizowane.

Łatwiej będzie wykonywać prace naukowe oparte na materiale klinicznym. Ich pisanie, podobnie jak obecnie w przypadku zabiegowców, odbywać się będzie nocą. Poprawią się niewątpliwie warunki nauczania studentów oraz prowadzenia przez Klinikę trzech kursów podyplomowych. Nowe, obszerne sale seminaryjne oraz wydzielone pokoje dla studentów sprawiają, że obraz błąkających się po korytarzach studentów i kursantów, którym mogliśmy zaoferować jedynie dość obskurne pomieszczenie w piwnicy budynku nr 2, będzie obrazem przeszłości.

Pozostajemy więc z nadzieją na lepsze jutro w CMI.

Optymistycznie, choć nie bez obaw

Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz,
dr Piotr Chomik

Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej istnieje w strukturach Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego od 1969 roku. Ogromne postępy wiedzy medycznej oraz technologii, jakie dokonały się na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat w chirurgii głowy i szyi, sprawiły, że chirurgia szczękowo-twarzowa przestała być specjalizacją kojarzącą się przede wszystkim z dolegliwościami jamy ustnej. W chwili obecnej uznawana jest za jedną z najbardziej wymagających specjalności chirurgicznych, bowiem polem zabiegowym jest twarz, a więc najważniejsza z punktu widzenia pacjenta jednostka estetyczna ludzkiego ciała.

W drugiej połowie XX wieku ludzie zaczęli przemieszczać się z coraz większymi prędkościami. Naturalną konsekwencją jest rosnąca liczba wypadków i urazów komunikacyjnych, z których znaczna część lokalizuje się w obrębie twarzy. Są to zwykle urazy, które ze względu na mechanizm powstawania wymykają się ogólnie przyjętym klasyfikacjom, nie zmienia się natomiast potrzeba ich właściwego zaopatrzenia, zarówno z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania poszczególnych narządów twarzoczaszki, jak i estetyki.

Obecnie odchodzi się w większości przypadków od leczenia zachowawczo-

-ortopedycznego złamań szkieletu czaszkowo-twarzowego na rzecz leczenia chirurgicznego metodami osteosyntezy mini-płytkowej. Dąży się również do możliwie jak najszybszego zaopatrywania urazów, redukując wskazania do zabiegów w trybie odroczonego.

W województwie pomorskim na przestrzeni ostatnich lat szczególnie silnie daje się zauważyć wzrost liczby chorych urazowych, wymagających zaopatrzenia ze strony chirurga szczękowo-twarzowego. W najbliższych latach spodziewany jest, niestety, dalszy wzrost tej tendencji z uwagi na rosnący potencjał przemysłowo-gospodarczy województwa oraz organizowaną coraz większą liczbę imprez sportowo-kulturalnych, z *Euro 2012* na czele. Warto również zauważyć, że spory odsetek urazów twarzy jest efektem pobicia, a więc sytuacji, których wiele każdego dnia na ulicach naszych miast.

Innym problemem województwa pomorskiego jest niezmiernie wysoki odsetek zapadalności na nowotwory złośliwe, w tym nowotwory głowy i szyi. Leczenie chirurgiczne tych schorzeń w obrębie twarzy, oprócz kluczowej dla powodzenia radykalności zabiegu, musi uwzględniać aspekty estetyczne. Aktualne standardy światowe na równi z doszczętnością leczenia stawiają jakość życia chorych. Z tego względu pożądane jest, aby zabiegi resekcji guzów nowotworowych odbywały się z jednoczasową rekonstrukcją ubytków z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych. Techniki te z kolei wymagają najwyższych umiejętności, jak również specjalistycznego sprzętu.

W ostatnich latach znacznie wzrosła świadomość i potrzeby społeczeństwa dotyczące estetyki twarzy, której nieodłącznym elementem jest prawidłowy zgryz. W dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej przekłada się to na rosnącą z roku na rok liczbę wykonywanych w Klinice operacji ortognatycznych, korygujących wrodzone wady zgryzu. Jest to stosunkowo nowe pole działania w tej specjalizacji. Warto jednak zauważyć, że leczenie wrodzonych wad zgryzu jest niemożliwe bez udziału chirurgii ortognatycznej.

Planowane przeniesienie Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej do nowo budowanego Centrum Medycyny Inwazyjnej, wyposażonego w najnowocześniejszą aparaturę chirurgiczną w znacznej mierze ułatwi spełnianie wyżej wyszczególnionych zadań, jak również podniesie jakość wykonywanych procedur. Bardzo ważna jest również lokalizacja w jednym budynku innych klinik zabiegowych, co znacząco ułatwi interdyscyplinarne leczenie chorych, zgodnie ze współcześnie obowiązującymi standardami.



Katedra i Zakład Patomorfologii

Optymizm płynący ze zmiany lokalizacji gasi jednak w dużym stopniu problem ograniczenia bazy lokalowej i łóżkowej. Funkcjonowanie Kliniki jako sześciolóżkowego oddziału w strukturach Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani, mimo niewątpliwych zalet takiego rozwiązania, będzie się jednak wiązało z koniecznością hospitalizacji chorych w innych oddziałach. Wynika to z faktu, że Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej jest jedyną tego typu jednostką w Polsce północnej, zatem chorych ze stanami nagłymi (urazy, stany zapalne zagrożające życiu) nie będzie można przekazać do leczenia w innych ośrodkach. Warto zauważyć, że tacy chorzy stanowią dziś przeważający procent leczonych w Klinice. Ograniczenie bazy łóżkowej spowoduje, że logistyka hospitalizacji planowych i ostrych będzie niezwykle trudna do praktycznej realizacji.

Istotnym punktem działalności Kliniki jest szkolenie przyszłych specjalistów. Ograniczenia wynikające z redukcji lokalowej mogą zagrozić utratą akredytacji szkoleniowej, co z punktu widzenia ośrodka akademickiego byłoby niedopuszczalne.

Centrum Urazowe na miarę XXI wieku

Klinika Chirurgii Urazowej
prof. dr hab. Jerzy Lasek

Z ogromnym zadowoleniem przyjmujemy fakt, że w CMI znalazło się miejsce dla Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej jako jednostki chirurgicznej leczących chorych w stanach nagłego zagrożenia życia. Jednostka nasza jest jedną z pięciu działających w Polsce pełnoprofilowych klinik chirurgicznych leczących chorych po urazach wszystkich okolic ciała, ze szczególnym uwzględnieniem poszkodowanych z mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała. Leczenie chorych z politraumą stawia bardzo wysokie wymagania przedstawicielom dyscyplin chirurgicznych oraz innym specjalistom (medycyny ratunkowej, anestezjologii, intensywnej terapii, radiologii, rehabilitacji i in.). Dzięki wieloletnim staraniom zespołu Kliniki oraz władz Uczelni i Szpitala uzyskano akredytację Ministerstwa Zdrowia na utworzenie Centrum Urazowego będącego ogniwem sieci centrów urazowych w całej Polsce. Umieszczenie Kliniki Chirurgii Urazowej w systemie ratownictwa medycznego w nowoczesnym, pełnoprofilowym ośrodku, jakim jest CMI, jest nadzwyczaj korzystne dla leczenia chorych z politraumą. Współdziałanie z Kliniką Oddziałem Ratunkowym (KOR) oraz innymi wyspospecjalistycznymi uniwersyteckimi klinikami chirurgicznymi powinno zapewnić wysoki poziom usług w zakresie zintegrowanego procesu diagnostyczno-leczniczego u chorych po ciężkim urazie. Funkcjonowanie Centrum Urazowego w CMI ułatwi wdrażanie wspólnego postępowania z sąsiednimi klinikami chirurgicznymi, co jest realizowane w wielu krajach Unii Europejskiej. Ośrodek będzie pełnił funkcję wiodącej placówki referencyjnej w naszym regionie w zakresie leczenia chorych po ciężkim urazie. Dysponuje własnym całodobowym lądowiskiem dla śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, doskonale wyposażonym KOR-em, pozwalającym na wszechstronną diagnostykę obrazową z wykorzystaniem technik telemedycyny (telemonitoringu i telementoringu) oraz kompleksem sal operacyjnych dostępnych o każdej porze dnia i nocy wyposażonych w najnowocześniejszy sprzęt i materiały chirurgiczne. Nowe oddziały kliniczne, rozmieszczenie oraz wyposażenie sal chorych stworzą nową jakość w zakresie leczenia oraz pracy zespołów terapeutycznych.

Główne korzyści wynikające z funkcjonowania jednostki zajmującej się leczeniem chorych z politraumą w nowoczesnym obiekcie wydają się bezsporne. Sprowadzają się one do:

- zabezpieczenia ciężko poszkodowanym zintegrowanego, optymalnego i kompetentnego postępowania diagnostyczno-leczniczego,
- możliwości wdrożenia szybkiego i wieloprofilowego, wyspospecjalistycznego leczenia chorych z politraumą,
- możliwości wdrożenia postępowania wieloetapowego w określonych sytuacjach,
- zmniejszenia częstości powikłań, w tym obniżenia wysokiej śmiertelności oraz kalectwa pourazowego,
- stałego doskonalenia i rekomendowania nowoczesnych standardów diagnostycznych i leczniczych, zwłaszcza współczesnych technik operacyjnych,
- nowoczesnego kształcenia studentów Wydziału Lekarskiego i Wydziału Nauk o Zdrowiu, a także wysoko kwalifikowanej kadry lekarzy oraz średniego personelu medycznego w zakresie chirurgii urazowej,
- prowadzenia poznawczych badań naukowych nad patofizjologią choroby urazowej oraz implementacją nowoczesnych zasad leczenia chirurgicznego chorych po ciężkim urazie z wykorzystaniem zasad ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), DSTC (*Definitive Surgical Trauma Care*), Damage Control,
- uczestnictwa w Programach Zdrowia dla Pomorza i Zabezpieczenia Katastrof oraz nadzoru medycznego nad ważnymi wizytami gości zagranicznych i polskich w naszym regionie, a także dużych imprez sportowych i kulturalnych, jak np. *Euro 2012*,
- podniesienia prestiżu CMI, Szpitala oraz Uczelni w skali regionu i kraju.

Funkcjonowanie Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej w ramach Centrum Urazowego CMI GUMed przyczyni się do poprawy systemu opieki nad chorym po ciężkim urazie w naszym regionie na miarę potrzeb XXI wieku.

Małoinwazyjnie i bezpiecznie

Klinika Neurochirurgii
prof. dr hab. Paweł Słoniewski

W odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne, Klinika będzie dysponowała jedną salą operacyjną dedykowaną głównie małoinwazyjnej chirurgii kręgosłupa i drugą dedykowaną neurochirurgii onkologicznej i naczyniowej. Dzięki takim urządzeniom jak neuronawigacja powiązana z śródoperacyjną tomografią komputerową i możliwością monitorowania neurofizjologicznego podczas operacji, procedury leczenia kręgosłupa z zastosowaniem szeroko dzisiaj stosowanych implantów staną się rzeczywiście małoinwazyjne i znacznie bezpieczniejsze. Średni czas hospitalizacji pacjenta będzie znacznie krótszy i pozwoli mu wrócić znacznie wcześniej do pracy. Obecność na sali operacyjnej rezonansu magnetycznego i mikroskopu operacyjnego obrazującego znaczniki fluorescencyjne jednoznacznie zwiększy możliwości radykalnego usuwania nowotworów złośliwych ośrodkowego układu nerwowego. Będzie to miało znaczący wpływ na wydłużanie życia pacjenta. Rysując się również szanse na możliwości łączenia leczenia otwartego i tzw. endowaskularnego chorób naczyniowych mózgu w tym samym czasie na jednej sali operacyjnej. To jest uważane dzisiaj za złoty standard leczenia tego typu chorych.

Dodatkowe urządzenia takie jak nóż ultradźwiękowy czy ultrasonografia śródoperacyjna połączona z systemem neuronawigacji to instrumentarium, które ma nie tylko wpływ na polepszenie wyników leczenia, ale również zdecydowanie będzie miało wpływ na wynik finansowy, dzięki skracaniu czasu trwania operacji i hospitalizacji.

Liczba wykonywanych operacji rocznie w dotychczasowych strukturach Kliniki to blisko 1 600 procedur. Nowe sale opera-

cyjne i sprzęt pozwalają na zoperowanie co najmniej 2 500 pacjentów, oferując im najwyższe standardy procedur. Niestety głównym ograniczeniem jest niewystarczający kontrakt, co może mieć wpływ na niewykorzystanie najwyższej jakości technologii medycznych dla dobra chorego.

Kolejne możliwości to prowadzenie w sposób nowoczesny wszelkich form dydaktyki studenckiej, jak i wszelkich form szkolenia podyplomowego. Własna nowoczesna sala dydaktyczna połączona z podglądem z salami operacyjnymi pozwala na lepsze nauczanie zarówno studentów, jak i specjalizujących się lekarzy.

Nowa lokalizacja szansą na efektywniejszą pracę

Klinika Okulistyki
prof. dr hab. Krystyna Raczyńska

W ciągu 66 lat istnienia Katedra i Klinika Okulistyki przeżyła wiele zmian organizacyjnych, rozwijając się wraz z Uczelnią. Wartość placówki tworzyli wszyscy pracownicy, lekarze, profesorowie od czasów najtrudniejszych, powojennych do obecnych, bogatych w zaawansowane technologie.

Planowane w najbliższych miesiącach przeniesienie naszej Kliniki i Poradni Przyklinicznej do nowego obiektu – Centrum Medycyny Inwazyjnej – stawia przed nami wiele wyzwań, ale jednocześnie budzi nadzieje na rozwiązanie licznych problemów, z którymi borykamy się obecnie. Budynek, w którym aktualnie funkcjonujemy, dawno ma za sobą swoje najlepsze lata. Ponadto skomplikowany układ komunikacyjny – nasze pracownie, gabinety, sale chorych i blok operacyjny mieszczą się na trzech piętrach – istotnie utrudnia pacjentom i personelowi sprawne przemieszczanie się i efektywną pracę.

Problemy te zostaną rozwiązane wraz z przeniesieniem się do nowego Centrum, które jest zaprojektowane i zrealizowane w oparciu o najnowsze, światowe wymogi i technologie odpowiadające wyzwaniom medycyny XXI wieku.

Logiczny układ komunikacyjny, wydzielony kompleks sal operacyjnych z niezbędnym zapleczem, jedno- i dwuosobowe sale chorych, rozbudowana część ambulatoryjna, liczne pomieszczenia i sale dydaktyczne już za chwilę będą do dyspozycji pacjentów, studentów i personelu naszej Kliniki. Oczywiście współczesna, nowoczesna medycyna to także sprzęt i aparatura medyczna, a okulistyka jest jedną ze specjalności w największym stopniu wymagających licznych i wysokospecjalistycznych urządzeń zarówno do diagnostyki, jak i leczenia chorych.

Nasz oddział jest stosunkowo dobrze wyposażony. Posiadamy większość niezbędnych aparatów i narzędzi pozwalających na realizację prawie wszystkich procedur okulistycznych. Jednak postęp w zakresie okulistyki i leczenia chorób oczu dokonuje się praktycznie z dnia na dzień. Ponadto duża część naszego sprzętu jest już poważnie wyeksploatowana. Liczymy, że w miarę dostępnych środków nasz park maszynowy zostanie odnowiony i uzupełniony.

Nowoczesną okulistykę charakteryzuje rozwinięta działalność ambulatoryjna, a większość procedur zabiegowych wykonuje się w tzw. trybie jednodniowym.

Każdego roku w naszej Poradni Przyklinicznej udzielamy kilkadziesiąt tysięcy porad. Pracownie diagnostyczne, m.in. schorzeń siatkówki i jaskry (OCT, HRT, pechymetria, perymetria), ultrasonografii okulistycznej oraz terapii (laseroterapia z wykorzystaniem różnych urządzeń czy pracownia leczenia zezów i niedowidzenia u dzieci) znajdują w nowym Centrum bardzo dobre warunki lokalowe. W istotny sposób wpłynie to na wyniki i komfort pracy całego personelu.

Tryb jednodniowy, niezwykle ważny dla chorego, maksymalnie skraca czas pobytu w szpitalu i umożliwia efektywne wykorzystanie każdej godziny, którą pacjent spędza poza domem.

Spektrum naszych zabiegów, które obecnie obejmuje chirurgię witreoretinalną, chirurgię zaćmy, jaskry, keratoplastykę, leczenie nowotworów oraz stanów pourazowych, planujemy poszerzyć o laserową chirurgię refrakcyjną.

Nowe Centrum to także wyzwanie dla lokalnego oddziału NFZ – mamy nadzieję, że dla dobra wszystkich naszych pacjentów podejmie je z lepszym skutkiem niż obserwujemy to obecnie.

Z sentymentem w przeszłość, z nadzieją w przyszłość

Klinika Otolaryngologii
prof. dr hab. Czesław Stankiewicz

W nowym Szpitalu Klinika Otolaryngologii będzie liczyła 23 łóżka (a więc prawie tyle ile dotychczas), przeznaczonych dla pacjentów dorosłych i dla dzieci. W strukturze Kliniki znajdują się poradnie otolaryngologiczna, audiologiczna i foniatryczna. Klinika ma charakter zabiegowy, zajmuje się m.in. chirurgicznym leczeniem nowotworów górnych dróg oddechowych.

Zespół lekarski i pielęgniarski Kliniki Otolaryngologii oczekuje na przeniesienie do CMI ze sporymi emocjami i wieloma nadziejami. Klinika mieści się obecnie w jednym z najstarszych na terenie UCK budynków, który osiągnął znaczny stopień zużycia, a jego stan techniczny już od dłuższego czasu uniemożliwiał inwestowanie w remonty, a nawet bieżące naprawy. Tak więc ostatnie lata i my, i nasi pacjenci funkcjonowaliśmy w oczekiwaniu na poprawę warunków pracy oraz leczenia i pobytu w szpitalu. Mamy nadzieję, że nowe pomieszczenia w CMI spełnią oczekiwania przede wszystkim naszych pacjentów, którzy dotychczas zmuszeniu byli przebywać w wyjątkowo niekomfortowych warunkach. Oczekujemy też, że nowy Szpital – oddziały i sale operacyjne oraz pomieszczenia poradni – będzie funkcjonował bezawaryjnie i że zaplanowane wyposażenie będzie dostępne od momentu rozpoczęcia w nim pracy.

Przenosiny do CMI budzą w zespole Kliniki Otolaryngologii emocje z jeszcze jednego powodu. Przez lata dysponowaliśmy własnym blokiem operacyjnym, wprawdzie niespełniającym całkowicie wymogów stawianym nowoczesnym salom operacyjnym, ale stopniowo unowocześnianym. Blok operacyjny w dotychczasowych pomieszczeniach budynku nr 16 nie należy do najnowocześniejszych, ale zapewnia odpowiedni komfort pracy dla chirurga i poziom bezpieczeństwa dla pacjenta. W nowym szpitalu Klinika Otolaryngologii – podobnie, jak i pozostałe kliniki – stanie się jednym z wielu użytkowników wielkiego bloku operacyjnego. Będzie to – co zrozumiałe – wymagać zmiany naszych przyzwyczajeń i choć (z czego zdajemy sobie sprawę) jest nieuniknione, to budzi szereg obaw i emocji, nie tylko wśród lekarzy, ale także pielęgniarek operacyjnych.

Oczekujemy, że warunki działalności klinicznej i dydaktycznej ulegną w nowym Szpitalu – z perspektywy Kliniki Otolaryngologii – znaczącej poprawie, chociaż zostanie sentyment do budynku nr 16, w którym Klinika istnieje od 1945 roku.

Klinika Otolaryngologii będzie w nowym Szpitalu dysponować nowoczesną aparaturą chirurgiczną do wykonywania pełnego zakresu operacji w naszej specjalności, a w szczególności operacji mikrochirurgicznych ucha i krtani. Ponadto posiadac będziemy rozbudowany system chirurgii endoskopowej nosa i zatok przynosowych. Dysponować będziemy dwoma laserami chirurgicznymi, m.in. do leczenia endoskopowego nowotworów. Do dyspozycji pacjentów będzie polisomnografia i rynomanometria, a także pełna diagnostyka audiologiczna (Klinika realizuje program wszczepów zakotwiczonych aparatu-

tów słuchowych BAHa oraz Powszechny Program Badań Przesiewowych Słuchu u Noworodków).

Nowa jakość transplantacji

Oddział Transplantacji Szpiku Kliniki Hematologii i Transplantologii
prof. dr hab. Andrzej Hellmann

Przeniesienie Oddziału Transplantacyjnego Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantologii do właśnie otwartego Centrum Medycyny Inwazyjnej zbiega się z siedemnastą rocznicą pierwszego rodzinnego allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w Gdańsku. W chwili obecnej ośrodek nasz ma na swoim koncie blisko 250 wykonanych tego typu zabiegów. Kolejnym krokiem w działalności naszego ośrodka transplantacyjnego było przeprowadzenie w 2001 roku pierwszego przeszczepienia od dawcy niespokrewnionego, co uczyniło nas czwartym ośrodkiem krajowym wykonującym tego typu zabiegi. Do chwili obecnej wykonaliśmy 80 takich zabiegów. Od 1995 roku Klinika wykonuje również przeszczepienia autologiczne (do chwili obecnej wykonaliśmy blisko 500 zabiegów), które są skuteczną terapią konsolidującą efekty leczenia schorzeń limfoproliferacyjnych. W 2005 roku nasz zespół przeprowadził pierwszą transplantację komórek krwi pępowinowej. Tak więc 17-letni okres działalności oddziału transplantacyjnego zamyka się liczbą ponad 800 zabiegów transplantacyjnych. W ostatnich latach rocznie wykonujemy około 60 procedur transplantacyjnych. Połowa to autotransplantacje, a druga połowa to zabiegi allogeniczne. Wśród tych ostatnich przeważają obecnie transplantacje od dawców niespokrewnionych, które są szczególnie trudne i wymagają szczególnie troskliwego nadzoru immunologicznego oraz zachowania warunków pełnej sterylności.

Dotychczasowe nasze działania transplantacyjne były oparte o 6-łóżkowy oddział dysponujący czterema salami z tzw. systemem *high pressure*. Przeniesienie tej sfery działalności do Centrum Medycyny Inwazyjnej, gdzie będziemy dysponować 10 salami jednoosobowymi z całą potrzebną infrastrukturą stwarza możliwość dalszego rozwoju tej trudnej, a jednocześnie bardzo skutecznej terapii. Cały oddział będzie spełniał

wymogi sterylności dzięki systemowi *high pressure* z filtrami Hepa. Wszystkie stanowiska będą monitorowane centralnie z możliwością oceny podstawowych funkcji życiowych pacjentów. Oddział będzie wyposażony w separator komórkowy. Pozwoli to równocześnie na dalszy rozwój naukowy, między innymi na dalszy rozwój stosowania komórek Treg w terapii choroby przeszczep przeciw gospodarzowi (GVHD), który realizujemy wspólnie z Zakładem Immunologii Klinicznej i Transplantacyjnej GUMed. Oddział będzie prowadził szkolenie podyplomowe w zakresie transplantologii, jak również przeddyplomowe w ramach zajęć fakultatywnych. Otwarcie nowego oddziału zbiega się szczęśliwie z decyzją ministra zdrowia o utworzeniu w UCK Ośrodka Dawców Szpiku, które jest wspólnym przedsięwzięciem Kliniki Hematologii i Transplantologii oraz Laboratorium Immunologii Klinicznej, Transplantacyjnej i Hematologii UCK. Tak więc zostały stworzone warunki dalszego rozwoju transplantologii hematologicznej w północnej Polsce zarówno z punktu widzenia ilościowego, jak i jakościowego. Obecność oddziału z definicji zachowawczego obok klinik zabiegowych w Centrum Medycyny Inwazyjnej jest najlepszym przykładem, że inwazyjne metody współczesnej terapii przestały być domeną specjalności wywodzących się z chirurgii.

Przenosiny jak cud

Klinika Urologii
dr hab. Marcin Matuszewski

Wybudowanie Centrum Medycyny Inwazyjnej w tak niespodziewanie krótkim czasie i możliwość przeniesienia się do niego Kliniki Urologii traktujemy jako wydarzenie w kategorii cudów. Oprócz nowoczesnych warunków do pracy, jest to przede wszystkim szansa dołączenia do tzw. centrali. Klinika Urologii zawsze była zlokalizowana na peryferiach. Najpierw w szpitalu przy ul. Łąkowej, teraz na ul. Klinicznej. Oczywiście małe szpitale stwarzają niepowtarzalną przyjazną atmosferę pracy, ale odległość od dyrekcji, działu zaopatrzenia, dziekanatu powoduje, że wiele codziennych problemów jest dużo trudniejszych do rozwiązania. W szpitalu przy ul. Klinicznej funkcjonujemy, np. bez stałej opieki internistycznej. Jeden, nawet bardzo dobry konsultant chorób wewnętrznych, który przychodzi do całego szpitala na kilka godzin i to tylko w dni powszednie, nie jest w stanie rozwiązać wielu problemów naszych chorych. Nie mamy łóżek intensywnej terapii, co w przypadku stanu chorych po dużych zabiegach czasami stwarza zagrożenie dla pacjentów, jakie nie powinno mieć miejsca w szpitalu uniwersyteckim. W związku z tym niecierpliwie wyczekujemy na przeniesienie do nowego budynku, licząc, że uda się tam lepiej zorganizować opiekę nad naszymi chorymi. Mam też nadzieję, że łatwiej będzie współpracować z administracją szpitala, z działem rozliczeń i zaopatrzenia. Wszystko powinno funkcjonować trochę sprawniej.

Wydaje mi się również, że nasza działalność przyda się innym klinikom. Urologia jest wąską specjalizacją i jest sporo przypadków, w których chorzy leczeni na innych oddziałach potrzebują naszej interwencji. Skończą się codzienne kursy karettek z pacjentami do konsultacji. Co do przewozów, to przeprowadzka zlikwiduje też konieczność



Na sali operacyjnej w Klinice Urologii

wożenia sprzętu do sterylizacji. Ponieśliśmy ogromne straty z powodu uszkodzenia wielu delikatnych urządzeń w transporcie.

Przeprowadzka ułatwi nam także kontakty z zakładami teoretycznymi oraz pomoże w prowadzeniu działalności naukowej, co mam nadzieję, spowoduje poprawę naszej pozycji w rankingu naukowym klinik.

Generalnie z nadzieją patrzymy na możliwość znalezienia się w nowoczesnym kompleksie CMI. Nie bez znaczenia jest fakt, że przeprowadzka wiąże się z zakupem nowego wyposażenia. W nowej siedzibie postaramy się wprowadzić nowe sposoby leczenia, jak np. zabiegi z wykorzystaniem lasera. Będziemy też mieli szerszy dostęp do laparoskopii. Największym marzeniem jest zainstalowanie robota operacyjnego, który powinien stanąć w tak nowoczesnym Szpitalu. Problemem jest niestety nie tylko koszt urządzenia, ale także bariery formalne, jak brak wyceny procedur obrotowych przez NFZ. To uniemożliwia stworzenie realistycznego biznesplanu dla pracy tego urządzenia i tym samym zniechęca władze Szpitala do jego zakupu. Mam nadzieję, że ten problem będzie szybko rozwiązany w skali kraju i może nie od momentu otwarcia CMI, a w przyszłym roku będziemy pierwszym szpitalem w naszym regionie, który wkroczy na drogę chirurgii z użyciem robota. Bo jeżeli nie szpital akademicki, to kto powinien wprowadzać takie innowacje?

Dużo obiecujemy sobie również po wprowadzeniu nowych zasad organizacji bloku operacyjnego i Szpitala. Wielu z nas widziało, jak to działa w Europie i pora na zastosowanie tych doświadczeń u nas. Dotyczy to wykorzystania sal operacyjnych, obiegu dokumentacji, zachowania jałowości, opieki pooperacyjnej i wielu innych aspektów.

Dobrze by było wykorzystać przenosiny do innego zorganizowania pracy pielęgniarek, a zwłaszcza instrumentariuszek. My, lekarze na urologii jesteśmy zatrudnieni na kontraktach od ponad dwóch lat i jesteśmy z tego bardzo zadowoleni. Może uda się do tego systemu zachęcić innych. Pomogłoby to rozwiązać największy obecnie problem w pracy bloku, jakim jest brak instrumentariuszek.

Wiem, że zorganizowanie naszej Kliniki w CMI będzie wymagało wiele pracy, ale traktujemy to jako szansę, którą postaramy się jak najlepiej wykorzystać.

Klasycznie i nowoczesnie

**Laboratorium Patomorfologii
prof. dr hab. Wojciech Biernat**

Diagnostyka patomorfologiczna stanowi klasyczną metodę rozpoznawania chorób w oparciu o obecność wykładników mikroskopowych w zmienionych tkankach, a także materiale cytologicznym. Postęp w zakresie nauk podstawowych spowodował zastosowanie analiz immunohistochemicznych i molekularno-genetycznych jako uzupełniających w histopatologii. Współczesna medycyna, zwłaszcza onkologia, szeroko implementuje wykrywane zaburzenia molekularne do diagnostyki oraz planowania indywidualnie celowanej terapii. Pociąga to za sobą konieczność wprowadzenia odpowiednich metod diagnostycznych do codziennej praktyki.

Przeniesienie siedziby Katedry Patomorfologii do nowo otwartego Centrum

Medycyny Inwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego poszerza jej możliwości diagnostyczne. Połączenie metod klasycznej analizy histopatologicznej z zastosowaniem nowoczesnych metod diagnostyki molekularnej będzie możliwe dzięki doposażeniu jednostki w nowoczesne urządzenia. Dzięki współpracy z Katedrą Biologii i Genetyki GUMed kierowaną przez prof. Janusza Limona będzie możliwe wykonywanie badań niezbędnych do optymalnego leczenia pacjentów z regionu Trójmiasta w jednostkach CMI. Nasze jednostki wzbogacą się, m.in. w sprzęt do analizy hybrydizacją fluorescencyjną *in situ*, a także urządzenia umożliwiające zabezpieczenie materiału tkankowego do dalszych badań genetycznych, jak również prowadzenia hodowli komórkowych.

Przeprowadzka Katedry Patomorfologii do CMI spowoduje unowocześnienie posiadanego wyposażenia w urządzenia zapewniające profesjonalne wypełnianie funkcji usługowych. Zakup mikrofalowego procesora tkankowego umożliwi szybkie przekształcenie pobranych tkanek w postać bloków parafinowych (w ciągu 2-3 godzin), co wydatnie skróci okres diagnostyki patomorfologicznej. Wymiana często całkowicie zużytego sprzętu (mikrotomy, kriostaty) poprawi jakość wykonywanych preparatów i podwyższy standard pracy lekarzy-patomorfologów. Wprowadzenie nowoczesnych metod ochrony pracowników ograniczy dodatkowo ryzyko ich narażenia zawodowego na czynniki biologiczne i chemiczne. Będzie to możliwe dzięki wyposażeniu pracowni badań rutynowych i śródoperacyjnych oraz części prosektoryjnej Katedry w stoły wydajnie wentylowane, zmniejszające oddziaływanie szkodliwych substancji na zatrudnionych pracowników, jak również studentów i specjalizujących się lekarzy przebywających w naszej jednostce na szkoleniu.

Współczesna patomorfologia wymaga nie tylko utrwalenia wycinków tkankowych w sposób zabezpieczający najmniej zmienioną morfologię komórek, ale także stabilizujących w nich białka, DNA, a nawet RNA, ale także pozyskiwania biologicznego materiału świeżo mrożonego. Stwarza to możliwość prowadzenia badań dodatkowych mających znaczenie predykcyjne i rokownicze w tkankach utrwalconych, nawet po wielu latach. Dzięki inicjatywie prof. Witolda Rzymana i przy pomocy prorektor Małgorzaty Sznitowskiej, Katedra Patomorfologii będzie dysponowała dodatkowo możliwością w pełni profesjonalnego zabezpieczenia tkanek mrożonych (tzw. *biobanking*). Będzie to możliwe nie tylko wskutek przystosowania pomieszczeń, w których znajdują się zamrażarki niskotemperaturowe, ale



Pracownicy Zakładu Radiologii

także zakupowi aparatury do rejestrowania zabezpieczanych próbek.

Bardzo istotne jest także uzupełnienie bazy dydaktycznej Katedry w skaner preparatów histologicznych umożliwiających digitalizację obrazów. Spowoduje to zastosowanie metod cyfrowych w nauczaniu studentów patomorfologii, także dzięki wyposażeniu dwóch sal dydaktycznych w specjalnie dedykowanych temu celowi i wyposażeniu ich w 60 terminali komputerowych. Zapewnia to intensywne nauczanie studentów tego przedmiotu i bezpośredni nadzór nauczycieli nad procesem dydaktycznym. Dodatkowo, zakup 11-stanowiskowego mikroskopu konsultacyjnego daje możliwość jednoczesowego nauczania cytomorfologii i histopatologii studentów i rezydentów szkolonych w zakresie patomorfologii.

Wszystko to sprawia, że planowane otwarcie CMI budzi ogromne nadzieje w naszym zespole na bardziej efektywną pracę dydaktyczną, diagnostyczną i naukową.

Sprawna diagnostyka kluczem do sukcesu

**Zakład Radiologii
dr Edyta Szurowska**

Wszyscy wiążemy duże nadzieje z otwarciem Zakładu Radiologii w Centrum Medycyny Inwazyjnej. Sprawna diagnostyka to podstawa wdrożenia prawidłowej terapii.

Zakład ten, podobnie jak inne jednostki CMI, będzie realizował działalność naukową, dydaktyczną i usługową. Zgodnie z profilem funkcjonowania nowego szpitala diagnostyka radiologiczna obejmie stany nagłe, ocenę i kwalifikację chorych do leczenia w zakresie chirurgii ogólnej, onkologicznej, chirurgii klatki piersiowej i neurochirurgii, urologii, transplantacji, laryngologii i okulistyki, a także gastroenterologii i toksykologii.

Zakład Radiologii w CMI wyposażono w najwyższej klasy sprzęt w zakresie diagnostyki obrazowej: rezonans magnetyczny 1,5 T, dwuźródłowy tomograf komputerowy, dwa angiografy, ultrasonografy, w pełni cyfrowe aparaty rentgenowskie, umożliwiające wykonywanie zdjęć kostnych, badań przewodu pokarmowego, klatki piersiowej i układu moczowego oraz mammograf.

Wyznaczający nowe trendy w tomografii komputerowej Somatom Definition Flash to 128-warstwowy dwuźródłowy skaner TK, który jest reklamowany hasłem jeden do wszystkiego. Skaner ten obecnie jest najszybszym z dostępnych aparatów TK, pozwalający na przeprowadzanie zarówno najbardziej wymagających badań, np. serca (także u chorych z arytmia), jak i rutynowych badań diagnostycznych wszystkich okolic ciała. Jest idealnym systemem w nagłych przypadkach, gdzie wymagana jest szybka i natychmiastowa diagnostyka – w urazach wielonarządowych, u chorych z udarem, nieprzytomnych itp. Ze względu na milisekundowe czasy badania i szerokie gantry łatwiej diagnozować chorych niewspółpracujących, bardzo otyłych oraz dzieci, można także wykonywać badania dynamiczne dużych obszarów anatomicznych, np. perfuzję całego mózgu, wątroby czy klatki piersiowej.

Aparat Magnetom Aera prezentuje nowe podejście do diagnostyki MRI, dzięki przełomowej technologii zintegrowanych cewek Tim 4G i Dot. Nowoczesny system cewek oraz automatyczny przesuw stołu znacznie skracają czas badania, jednocześnie oferując wysoką jakość obrazu oraz łatwość obsługi. Aparat ten daje możliwość pełnoprofilowej diagnostyki MRI wszystkich okolic ciała:

- zaawansowanych badań ośrodkowego układu nerwowego (dyfuzji, traktografii, spektroskopii, perfuzji, czynnościowych badań mózgu),
- badań ortopedycznych przy zastosowaniu dedykowanych cewek powierzchniowych o wysokiej rozdzielczości,
- badań wątroby, dróg żółciowych (cholangiografia – MRI) i trzustki,
- angiografii – MRI,
- perfuzji bezkontrastowej (ASL) i po podaniu środków kontrastujących,
- MRI serca (w tym perfuzyjne z adenozyzną),
- badania prostaty (dyfuzja, spektroskopia, perfuzja, badania morfologiczne),
- badania piersi (dyfuzja, spektroskopia, perfuzja, badania morfologiczne),
- badania narządu rodowego (dyfuzja, badania dynamiczne i morfologiczne),
- badania układu moczowego (w tym urografia, dyfuzja).

W szerokim zakresie badań onkologicznych oferujemy między innymi obrazowanie dyfuzyjne całego ciała (*Whole-Body DWI*), mogące stanowić alternatywę dla badań PET.

Pracownię naczyniową wyposażono w dwa nowoczesne angiografy. Dwupłaszczyznowy Artis Biplane zapewnia pełną diagnostykę neuroradiologiczną i wewnątrznaczyniową terapię według najnowszych standardów światowych, wykorzystujących między innymi fuzję obrazów TK i MRI z badaniem DSA oraz trójwymiarową nawigację. Drugi aparat – Artis Monoplane dedykowany jest głównie do przeprowadzania skomplikowanych zabiegów endowaskularnych na naczyniach trzewnych i obwodowych.

Liczymy na bliską współpracę z jednostkami wchodzącymi w skład CMI, która zaowocuje aktywną działalnością naukowo-badawczą i pogłębieniem realizowanych badań w zakresie schorzeń mózgu, wątroby, trzustki, żołądka, piersi, prostaty, narządów klatki piersiowej oraz serca i innych.



Zespół Apteki GUMed

Utworzenie Zakładu Radiologii w CMI usprawni działalność usługową w zakresie diagnostyki i monitorowania terapii prowadzonej w ramach hospitalizacji chorego w Centrum Medycyny Inwazyjnej oraz u pacjentów ambulatoryjnych w ramach kontraktu z NFZ. Działalność usługowa obejmie także badania komercyjne – MRI, USG i RTG.

Zakład Radiologii w CMI będzie ośrodkiem referencyjnym firmy Siemens, w ramach którego zostanie podpisana umowa o współpracy naukowo-badawczej. Umożliwi to finansowanie części projektów.

Doskonałe wyposażenie pracowni diagnostyki obrazowej w najnowocześniejszą aparaturę, zaangażowanie personelu oraz możliwość aktywnej współpracy z klinikami zabiegowymi stwarzają nowe, wysokie standardy prowadzenia działalności naukowej, dydaktycznej i usługowej.

Od ponad dziesięciolecie otwarcia i dla klientów

Apteka

dr n. farm. Halina Gabiga, kierownik Apteki

W październiku 2011 roku minie 13 lat od rozpoczęcia działalności Apteki Uniwersyteckiej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Placówka jest apteką ogólnodostępną. Jej podstawowym zadaniem jest świadczenie usług farmaceutycznych, w szczególności wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, suplementów diety oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Pracownicy sporządzają także leki recepturowe i apteczne oraz udzielają informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych. Apteka bierze udział w szkoleniu studentów III i V roku Wydziału Farmaceutycznego.

Bardzo nas cieszy, że zadania te będziemy realizować w Centrum Medycyny Inwazyjnej. Po raz pierwszy w historii aptek uczelnianych otrzymamy nowe pomieszczenia zaplanowane i wykonane według potrzeb nowocześnie działającej apteki.

Liczymy na to, że kontakty z pacjentami oraz współpraca z lekarzami różnych specjalności klinik UCK będą nadal udane. Na wszelkie sugestie i uwagi mogące usprawnić naszą działalność, ku zadowoleniu pacjentów, pozostajemy zawsze otwarci.

Efektywne funkcjonowanie i współdziałanie

Zespół Sal Operacyjnych, Chirurgia Jednego Dnia
dr hab. n. med. Zbigniew Karwacki, prof. nadzw.

Współczesny blok operacyjny i oddziały bezpośrednio związane z intensywną opieką okołoperacyjną są jednymi z najbardziej skomplikowanych i kosztownych obszarów szpitala. Efektywne funkcjonowanie i współdziałanie, poprawiające skuteczność i skracające czas leczenia, wymaga zastosowania rozwiązań, które wykorzystując najnowsze osiągnięcia nauki i techniki będą sytuowały pacjenta w centrum uwagi.

Oddział Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego wyposażony jest w aparaturę opartą na najnowocześniejszych rozwiązaniach, zapewniającą najwyższy poziom bezpieczeństwa chorego oraz komfort pracy personelowi medycznemu.

Dobra organizacja pracy w oddziałach tego typu wymaga zastosowania ergonomicznych systemów architektury sali chorych. System sufitowych belek zasilających Ponta® (Dräger) (ryc. 1, 2) posiada wszystkie wymagane przyłącza do gazów medycznych, zasilania i komunikacji oraz umożliwia optymalny dostęp do łóżka chorego. Ponadto pozwala na rozlokowanie aparatury medycznej ze znacznym ograniczeniem ilości i długości przewodów zasilających.



Rycina 1. System sufitowych belek zasilających Ponta® (Dräger) zainstalowany w jednoosobowych salach Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego CMI



Rycina 2. System sufitowych belek zasilających Ponta® (Dräger) zainstalowany w pięcioosobowych salach Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego CMI



Rycina 3. Aparat do znieczulenia Fabius MRI (Dräger)

Stanowisko monitorowania pacjenta zawiera monitor stacjonarny IntelliVue MX800 (Philips), zestaw modułów wpiętych w elastyczny stelaż, monitor transportowy IntelliVue X2 oraz drugi ekran pozwalający korzystać z aplikacji klinicznych i systemu bazodanowego.

Wszystkie stanowiska monitorowania w oddziale są połączone z centralą, która umożliwia nadzór nad wszystkimi pacjentami w jednym miejscu.

Monitor transportowy IntelliVue X2 pozwala na przełączanie z przewodowego na bezprzewodowe połączenie z siecią przesyłania danych, co przy zachowanych wszystkich monitorowanych parametrach w czasie transportu, umożliwia ich obserwację w wybranym miejscu systemu. Ponadto, przy transferze pacjenta z jednego stanowiska na drugi monitor transportowy IntelliVue X2 dokonuje automatycznego przeniesienia wszystkich danych w nowe miejsce. Zakres działania systemu łączności bezprzewodowej umożliwiającej rejestrację i zdalne obserwowanie monitorowanych parametrów obejmuje obok Oddziału Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego Blok Operacyjny, Klinikę Intensywnej Terapii, Oddział Wybudzeniowy oraz Oddział Intensywnej Terapii Klinicznego Oddziału Ratunkowego.

Całość systemu monitorowania będzie zintegrowana za pomocą aplikacji bazodanowej *IntelliVue Clinical Information Portfolio* (ICIP), która realizuje automatyczne gromadzenie danych ze wszystkich zastosowanych w procesie terapeutycznym urządzeń podłączonych do stanowiska monitorowania (respiratory, pompy infuzyjne, urządzenia nerkozastępcze itp.), a także pozwala na dokumentowanie czynności i obserwacji. Obszar funkcjonowania systemu ICIP obejmuje Blok Operacyjny, Oddział Wybudzeniowy, Oddział Intensywnego Nadzoru Pooperacyjnego, Klinikę Intensywnej Terapii, Oddział Intensywnej Terapii Klinicznego Oddziału Ratunkowego.

Realizację adekwatnej terapii oddechowej zapewnią najwyższej klasy respiratory: Evita V500 i Evita XL (Dräger). Wyposażone w Systemy AutoFlow® i SmartCare® umożliwiające automatyczne dopasowanie wentylacji do aktualnego stanu pacjenta oraz prowadzenie automatycznego odzwyczajania jego od respiratora, wyznaczają nowy standard postępowania, mający istotny wpływ na czas trwania sztucznej wentylacji.

Prowadzenie płyno- i farmakoterapii umożliwią pompy objętościowe Infusomat®Space i strzykawkowe Perfusor®Space (B Braun), których pracę będzie nadzorował system B Braun SpaceOneView. Jeden centralny ekran komputera pozwala na obserwację wszystkich pomp pracujących w oddziale i w razie alarmu umożliwia szybką identyfikację stanowiska pacjenta, pompy oraz diagnozę przyczyny jego wystąpienia. Pompy infuzyjne będą zawierały bibliotekę leków z formułami dawkowania, co przyspieszy proces programowania płyno- i farmakoterapii oraz ograniczy ryzyko popełnienia pomyłki.

Oddział Chirurgii Jednego Dnia posiada 9 łóżek wyposażonych w system monitorowania składający się z: monitora stacjonarnego IntelliVue MP30, monitora transportowego IntelliVue X2 oraz centrali.

Sala diagnostyczno-zabiegowa przygotowana do przeprowadzenia zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia zarówno w znieczuleniu ogólnym, jak i przewodowym, posiada zapewniający najwyższy poziom bezpieczeństwa aparat do znieczulenia Primus z systemem monitorowania Omega (Dräger).

Sale operacyjne Kliniki Neurochirurgii, podobnie jak pozostałe, wyposażone są w sufitowe anestezjologiczne jednostki zasilające firmy Dräger, które posiadając wszystkie wymagane przyłącza gazów medycznych, zasilania i komunikacji pozwalają na optymalne rozlokowanie aparatury ze znacznym ograniczeniem ilości i długości przewodów zasilających. W czterech salach operacyjnych zainstalowano najnowocześniejszy aparat do znieczulenia Zeus (Dräger) uzupełniony systemem

monitorowania składającym się z monitora IntelliVue MX800 (Philips), zestawu modułów wpiętych w elastyczny stelaż, monitora transportowego IntelliVue X2 oraz drugiego ekranu pozwalającego korzystać z aplikacji klinicznych i systemu bazodanowego. Natomiast sala operacyjna Kliniki Neurochirurgii wyposażona w aparat MRI, obok aparatu do znieczulenia Primus (Dräger) posiada aparat Fabius MRI (Dräger) (ryc. 3) z monitorem (Schiller) oraz zestawem pomp infuzyjnych MRI (B Braun).

Oczekiwanie wobec CMI

Ewa Książek-Bator,
dyrektor naczelna UCK

Gdy w 2008 r. zostałam powołana na stanowisko dyrektora naczelnego, wtedy jeszcze Akademickiego Centrum Klinicznego AMG, rozmowy na temat budowy nowego szpitala nie były zbyt powszechne. Rolę organizatora inwestycji przejęli w całości wskazani przez Rektora pełnomocnicy.

Wmurowanie kamienia węgielnego i rozpoczęcie budowy było dla mnie ogromnym przeżyciem. Większość znajdujących się na uroczystości gości, ale także i pracownicy nie wierzyli w możliwość wybudowania szpitala w ciągu trzech lat. Smutne wiadomości dochodzące z terenu całej Polski – budowania szpitali 20-30 lat, wydawały się potwierdzać nierealność tego przedsięwzięcia.

Dzisiaj cieszymy się wszyscy. Udało się zrealizować cel, dzięki wsparciu i zaangażowanym pracownikom Uczelni i Szpitala oraz ogromnej determinacji rektora Janusza Morysia. Były chwile trudne i pełne wątpliwości. Mimo to Rektor, Kanclerz i cały zespół starannie i trafnie oceniając sytuację rozwiązywali różnego rodzaju problemy, pokazując Ministerstwu Zdrowia i kontrolującym z NIK perfekcyjnie prowadzoną inwestycję.



Jeszcze sporo pracy przed nami. Oczekujemy rozstrzygnięcia kilku przetargów, trzeba wyposażyć oddziały, przeszkolić pracowników i oczywiście przenieść się do nowej siedziby. To także wyzwanie do stworzenia nowej organizacji pracy pozwalającej na zoptymalizowanie wielu procesów, a tym samym na utrzymanie nowej infrastruktury. Tak jak użytkownicy nowego Szpitala, tak i ja oczekuję pracy zespołowej we wszystkich obszarach działania: centrum urazowego, sal operacyjnych i pooperacyjnych, radiologii, patomorfologii, genetyki, a także pomiędzy oddziałami.

Bardzo dużo zależy od nas samych. Logiczny układ komunikacyjny, wydzielony kompleks sal operacyjnych z niezbędnym zapleczem, jedno- i dwuosobowe sale chorych, rozbudowana część ambulatoryjna, liczne pomieszczenia i sale dydaktyczne już za chwilę będą do dyspozycji pacjentów, studentów i personelu. Trudno będzie dobrze zorganizować pracę bloku operacyjnego bez eliminacji starych przyzwyczajeń w postaci „to moja i tylko moja sala operacyjna”. Tak samo w zakresie sali wybudzeń i pooperacyjnej, szczególnie, że są wspólne dla wszystkich pacjentów. Pojawia się też dawno oczekiwany oddział Chirurgii Jednego Dnia, z którego korzystać będą wszystkie zainteresowane kliniki. Tryb jednodniowy, niezwykle ważny dla chorego, maksymalnie ograniczy czas pobytu w Szpitalu i umożliwi efektywne wykorzystanie każdej godziny, aby jak najszybciej pacjent mógł wrócić do domu.

Organizacji wymaga także powołane Centrum Urazowe, które łączyć będzie zakresem zadań niezbędne oddziały, zakłady i laboratoria Szpitala. Dysponować będziemy własnym całodobowym lądowiskiem dla helikopterów, doskonale wyposażonym oddziałem ratunkowym z dostępem do wszechstronnej diagnostyki obrazowej, kompleksem sal operacyjnych czynnych 24 godziny na dobę, wyposażonych w najnowocześniejszy sprzęt. Cieszy także, że w postępowaniu przetargowe wpisano przeprowadzenie odpowiednich szkoleń z zakresu obsługi sprzętu i aparatury dla jego użytkowników. Ponadto stworzono możliwość transmisji multimedialnych z sal zabiegowych i operacyjnych, dając doskonałą okazję do analizy przypadku, doskonalenia swoich umiejętności w zastosowaniu najnowszych technologii i nauki studentów.

Przeniesienie 12 klinik do nowoczesnego budynku UCK, szkolenia i wprowadzenie najnowszych, bezpiecznych technik operacyjnych umożliwi klinikom realizację nadrzędnego celu, jakim jest dobro chorego.

Oczekujemy, że nowa lokalizacja umożliwi pełniejsze wykorzystanie potencjału naukowego, klinicznego i dydaktycznego naszej jednostki.

Jestem przekonana, że nowoczesna infrastruktura zwiększy komfort naszych pacjentów i zapewni poszanowanie intymności w kontakcie z chorym.

Wierzę także, że praca w tak nowocześnie i dobrze wyposażonym budynku, oprócz poprawy warunków pracy, przełoży się na jakość naszych działań i przyniesie zarówno Uczelni, jak i Szpitalowi nowe osiągnięcia naukowe i medyczne.

Nowy obiekt jest nie tylko powodem do dumy i satysfakcji z możliwości pracy w nowoczesnym i dobrze wyposażonym Szpitalu. Stanowi również dla wszystkich doskonałą okazję i wyzwanie do uporządkowania szeregu spraw związanych z dotychczasową działalnością. Pozwoli stworzyć plany na przyszłość.

□

W Centrum Medycyny Inwazyjnej jak na Zachodzie

– Centrum Medycyny Inwazyjnej to inwestycja, która pokazuje, że nasze dzieci będą żyły w Polsce, gdzie standardy opieki zdrowotnej będą przypominały to, co najlepsze w Europie Zachodniej – powiedział premier Donald Tusk podczas uroczystości zakończenia budowy. – Jesteśmy w środku XXI wieku – wtórowała minister zdrowia Ewa Kopacz. – Lekarz z moim stażem i doświadczeniem mógł o takim miejscu pracy tylko pomarzyć. Nie musimy już zazdrościć szpitali z zagranicznych seriali, jak *Doktor House* czy *Szpital Dobrej Nadziei*. Mamy swój.

W uroczystości, która odbyła się 16 września br., oprócz Premiera i Minister Zdrowia, udział wzięli także m.in. sekretarz stanu Kancelarii Prezydenta RP Sławomir Nowak, wojewoda pomorski Roman Zaborowski, marszałek Mieczysław Struk, dyrektor pomorskiego oddziału NFZ Barbara Kawińska i Paweł Adamowicz, prezydent Gdańska. Nie zabrakło także przedstawicieli firm zajmujących się budową i wyposażeniem Szpitala, inwestorów, duchowieństwa oraz licznie przybyłych nauczycieli akademickich i lekarzy.

Centrum Medycyny Inwazyjnej to sześciokondygnacyjny budynek z pięcioma piętrami nadziemnymi i podziemnym parkingiem liczącym 197 miejsc postojowych. Na zewnątrz Szpitala będzie mogło zaparkować 89 samochodów. Nowy szpital składa się z kilku części, w których mieści się 12 oddziałów zabiegowych. Każdy liczy co najmniej 10 łóżek. W Centrum jednocześnie będzie mogło być hospitalizowanych 311 pacjentów, zajmujących sale jedno- lub dwuosobowe.

□

Gdańsk, dnia 15 września 2011 r.

Jego Magnificencja

Prof. dr hab. n. med. Janusz Moryś

Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Upieram się dziękuję za zaproszenie na uroczystość zakończenia budowy Centrum Medycyny Inwazyjnej, która odbędzie się w dniu 16.09.2011 r. Niestety nie będę mógł w tym dniu uczestniczyć, gdyż wyjeżdżam na dawno zaplanowaną konferencję do Szczecina.

Przekazuję tą drogą bardzo serdeczne pozdrowienia dla wszystkich uczestników uroczystości oraz życzenia, aby ta nowa siedziba spełniała wszelkie oczekiwania lekarzy i naukowców, którzy będą tam pracować oraz aby to nowe Centrum Medycyny Inwazyjnej wyposażone w nowoczesne urządzenia medyczne sprzyjało leczeniu, przywracaniu zdrowia wszystkim tego potrzebującym i schorowanym ludziom.

Lech Wałęsa



GAZETA

miesięcznik

GDĄŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

ISSN 1506-9745



AMG

Rok 21

październik 2011

nr 10 (250)

m i g a w k i z UROCZYSTEGO ZAKOŃCZENIA BUDOWY
CENTRUM MEDYCYNY INWAZYJNEJ





Podczas uroczystości zakończenia budowy rozdawane były okolicznościowe wydawnictwa – ulotka oraz *Gazeta AMG* ze specjalną wkładką o nowym Szpitalu.

Trud i zaangażowanie rektora Morysia i dyrektora Książek-Bator pochwaliła Minister Zdrowia. – Nikt do tej pory w inwestycjach zdrowotnych nie potrafił wydać rocznie 100 mln zł, a Rektor i Dyrektor wydali 230 mln zł. To ich determinacja i profesjonalizm dały takie efekty. Oby te podwaliny były symbolem tego, co będzie działo się w polskiej ochronie zdrowia za lat kilka. Budujemy bardzo mocne fundamenty pod nowoczesną, skuteczną i dobrą ochronę zdrowia w Polsce. Sobie tego życzę i Państwu również – podkreśliła Ewa Kopacz.

– Gdy w 2008 roku rozpoczynaliśmy budowę, zapewne niewiele osób było przekonanych, że tak szybko zostanie ona zakończona – powiedział prof. Janusz Moryś, rektor. – Dzięki olbrzymiemu wysiłkowi pracowników Uczelni oraz wielkiemu zaangażowaniu firm realizujących projekt możemy dziś zamknąć prace budowlane i odebrać to nowoczesne i piękne Centrum Medycyny Inwazyjnej.



Premier Donald Tusk, minister Ewa Kopacz i minister Tomasz Araba z zaciekawieniem podziwiali nowoczesne wyposażenie CMI. O specyfice zainstalowanego sprzętu opowiadał gościom rektor Janusz Moryś.



– Ściany sal operacyjnych są obłożone panelami szklanymi, łatwymi do dezynfekcji. To maksymalnie zabezpieczy pacjentów przed powikłaniami infekcyjnymi – tłumaczył Rektor.

Zdaniem Donalda Tuska CMI to najnowocześniejszy szpital w Europie. Premier podkreślił, że jest to jednostka publiczna w najgłębszym tego słowa znaczeniu. – Kiedy trzy lata temu wmurowywaliśmy kamień węgielny pod budowę Centrum nie bardzo wierzyłem, znając tradycje budowy szpitali w Polsce, że uda się dotrzymać terminu – mówił. – To było nadzwyczajne tempo budowy i nadzwyczajne środki. CMI to spełnione marzenia kilku generacji Polaków. Piękny, nowoczesny, ale też publiczny w najszerszym znaczeniu tego słowa szpital – dla wszystkich, niezależnie od stanu posiadania.



Centrum to dobre miejsce pracy dla dobrych lekarzy. Jest symbolem standardu polskiej ochrony zdrowia na tle Europy – z dumą stwierdziła Ewa Kopacz. – Nie mamy się czego wstydzić. Nowoczesne lądowisko dla helikopterów na dachu Centrum jest jednym z 80 w kraju.

Zgromadzeni na uroczystości pracownicy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego nie kryli zachwytu. – To niesamowite, że już wkrótce będziemy mieli okazję leczyć pacjentów w tak komfortowych warunkach – dało się słyszeć w kuluarach.





Godzinę przed rozpoczęciem uroczystości, przed wejściem do Szpitala, konferencję prasową zorganizowało Prawo i Sprawiedliwość. – Wszyscy cieszymy się z zakończenia tej inwestycji – powiedział Maciej Łopiński, były minister w kancelarii Lecha Kaczyńskiego. – Mam nadzieję, że rząd PO, a jeszcze ma czas, zrobi wszystko, żeby druga część tej inwestycji została rozpoczęta z taką determinacją i zaangażowaniem, jak ta pierwsza, rozpoczęta za rządów PiS-u.



– Wiem, że Uczelnia ma już gotową koncepcję drugiego szpitala – Centrum Medycyny Nieinwazyjnej – powiedziała Ewa Kopacz, minister zdrowia. – Jeśli w trzy lata udało się postawić CMI, to przy dobrej woli i kontynuacji również i to marzenie uda się zrealizować. Jestem „za”.

Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej będzie kolejnym, niezbędnym etapem przebudowy UCK



Zwycięski projekt w konkursie na opracowanie koncepcji programowo-przestrzennej Szpitala Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa, 16 września 2011 roku

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

Organizatorzy i Uczestnicy uroczystości zakończenia budowy Centrum Medycyny Inwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Magnificencjo, Panie Rektorze! Wysoki Senacie!
Szanowni Państwo!

Dziękuję Magnificencji Panu Rektorowi oraz Senatowi Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a także Dyrekcji Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego za zaproszenie na uroczyste zakończenie budowy Centrum Medycyny Inwazyjnej. Serdecznie pozdrawiam uczestników tego ważnego wydarzenia w życiu całej gdańskiej społeczności – profesorów, studentów i lekarzy. Realizacja tej inwestycji jest wielkim osiągnięciem – w ciągu niespełna czterech lat powstał szpital, którego istnienie znacząco podniesie jakość świadczonych w Polsce usług medycznych.

Oryginalna i nowoczesna forma architektoniczna zbudowanego Centrum skłania do wybiegnięcia myślą w przyszłość. Rozwój gospodarczy naszego kraju, jego szeroko pojęty awans w znacznym stopniu zależą od wysokich standardów cywilizacyjnych, od respektowania norm społecznych, zawodowych, etycznych we wszystkich dziedzinach życia. W tym aspekcie niezwykle ważną rolę będą odgrywać także nowo powstające budowle i obiekty.

Wyrażam przekonanie, że Centrum Medycyny Inwazyjnej, wyposażone w najnowszej generacji aparaturę diagnostyczną i zabiegową, znajdzie się wśród najnowocześniejszych lecznic w Polsce. Zapewne nie sposób wymienić wszystkich innowacji, jakie znajdą tu zastosowanie, aby w bezpiecznych warunkach, eliminując zagrożenia, przeprowadzać zabiegi ratujące zdrowie i życie pacjentów. W tych technicznych nowościach, oprócz waloru nowoczesności i technologicznego zaawansowania, przejawia się troska i szacunek dla leczonej osoby, dążenie do maksymalnej redukcji cierpienia i lęku. Ma to być prawdziwie ludzki szpital, w którym pacjenci nie tylko otrzymają najlepszą możliwą pomoc, ale będą przebywać w warunkach dających im nadzieję i siłę do pokonania choroby. W ten sposób Centrum Medycyny Inwazyjnej jest znakomitą przykładem, że technologiczny postęp może iść w parze ze zmianami mentalnymi i podnoszeniem etycznej wrażliwości. Trzeba wspomnieć o jeszcze jednym istotnym wymiarze nowo powstałego Centrum – Gdański Uniwersytet Medyczny otrzymuje znakomite narzędzie kształcenia młodych kadr lekarskich. Ufam, że zyska na tym polska służba zdrowia, a przede wszystkim sami pacjenci.

Dzisiaj – tu, w Gdańsku – Polska stawia kolejny krok na drodze do nowoczesności, do osiągnięcia światowych standardów. Dziękuję wszystkim, których konsekwencja i wytrwałość doprowadziły do tego wspaniałego finału. Życzę Państwu, by Centrum służyło jak najlepiej dobru pacjentów. Z okazji zbliżającego się nowego roku akademickiego wszystkim wykładowcom i studentom Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego życzę wielu sukcesów naukowych i dydaktycznych.

Bronisław Komorowski

Poznańskie spotkania neurologów

Poznań gościł uczestników tegorocznego XXI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, który odbył się w dniach 7-10 września 2011 r. Uczestniczyło w nim około 1800 neurologów z Polski i zaproszonych gości zagranicznych. Wśród aktywnych uczestników byli pracownicy naukowo-dydaktyczni Kliniki Neurologii Dorosłych GUMed.

Referaty przedstawili:

- Dariusz Gąsecki i współautorzy (A. Rojek, M. Kwarciany, K. Kowalczyk, M. Kubach, P. Boutouyrie, W. M. Nyka, St. Laurent, K. Narkiewicz): *Prędkość fali tętna w aorcie jako czynnik prognostyczny stanu funkcjonalnego u pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu.*
- Bartosz Karaszewski: *Spektroskopia rezonansu magnetycznego we wczesnej fazie niedokrwienia mózgu.*
- Grzegorz Kozera: *Badania autoregulacji naczyń mózgowych u pacjentów z chorobą małych naczyń.*
- Mariusz Siemiński i współautorzy (K. Chwojncki, T. Zdrojewski, B. Wyrzykowski, W. M. Nyka): *Bezsennosć i jakość życia po udarze niedokrwiennym mózgu.*

W czasie otwarcia XXI Zjazdu PTN wręczono dwie nagrody za osiągnięcia naukowe dla młodych neurologów w ciągu ostatnich czterech lat. Nagrody otrzymali **dr Grzegorz Kozera** – nagrodę naukową im. Józefa Babińskiego oraz **dr Bartosz Karaszewski** – nagrodę Kapituły Prezesów Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Obaj laureaci są pracownikami Kliniki Neurologii Dorosłych GUMed.

prof. Walenty M. Nyka

Gość z Kalifornii wygłosi wykład

Oddział gdańsko-elbląski Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka zapraszają na nadzwyczajne posiedzenie naukowe, które odbędzie się 11.10.2011 r. (wtorek) o godz. 12.00 w Collegium Biomedicum GUMed, ul. Dębinki 1, Gdańsk, sala 722 (VII piętro). Gościem specjalnym będzie prof. Krzysztof Bankiewicz z Uniwersytetu Kalifornia, który przedstawi wykład zatytułowany *Terapia genowa choroby Parkinsona i perspektywy leczenia innych chorób neurodegeneracyjnych.*

Prof. Krzysztof Bankiewicz jest wybitnym polskim naukowcem, pracującym w USA od 1985 roku. Jego główne zainteresowania naukowe obejmują neurobiologię i terapię eksperymentalną w zakresie choroby Parkinsona oraz guzów ośrodkowego układu nerwowego, m.in. badania nad wektorami wirusowymi w terapii chorób neurodegeneracyjnych i lizosomalnych, opracowanie nowych technik dostarczania nanocząsteczek oraz wektorów wirusowych do mózgu (nanoliposomy), badania nad nową metodą leczenia nowotworów OUN przy pomocy precyzyjnego podawania nanocząsteczek z lekiem w obszar guza pod kontrolą *real time* MRI, badania nad mechanizmami dyskinez związanych ze stosowaniem lewodopy.

prof. Janusz Limon,
prof. Jarosław Stawek

Anatomia – brama do świata medycyny

Wszyscy, którzy mieli do czynienia ze studiami na kierunkach medycznych wiedzą, że bez niej się raczej nie da. Dla jednych bywa najtrudniejszym progiem do przebycia, inni wspominają ją jako pierwszą bramę wiodącą z wyobrażeń w świat prawdziwej medycyny. Niezależnie od późniejszych odczuć – anatomia, bo o niej mowa, pozostaje wśród wspomnień głównie ze względu na znaczne emocje, które towarzyszą poznawaniu tajemnic ludzkiego ciała. Konieczność obcowania z ludzkim ciałem sprawia, że nauka ta wymaga dosyć specyficznych warunków. Nieodłącznie kojarzące się z anatomią prosektorium (z łac. *proseco* – wycinać, odcinać, odrywać), w którym dokonywane są sekcje zwłok zmarłych osób lub zwierząt w celach diagnostycznych, badawczych, dydaktycznych czy sądowo-lekarskich, zawsze budziło duże zainteresowanie, a ostatni z wymienionych celów sprawił, że prosektorium jest niezwykle często używane przez twórców popularnych seriali i filmów.

Sekcje zwłok ludzkich były wykonywane od XIV w. w tzw. teatrach anatomicznych (pierwsza udokumentowana wykonana została przez Mundino de Lucci, włoskiego anatoma około 1300 roku w Bolonii). Były to początkowo sekcje zwłok skazańców i miały na celu m.in. publiczną naukę anatomii prawidłowej. Gdańsk był miejscem wykonania pierwszej publicznej sekcji zwłok ludzkich na terenie Europy Środkowej. Przeprowadził ją na zwłokach noworodka z ciężkimi zaburzeniami rozwojowymi Joachim Oelhafius, profesor Gimnazjum Gdańskiego w roku 1613. Publicznych sekcji zwłok zaprzestano w XVII-XVIII w. i wtedy powstały prosektoria zbliżone funkcją i strukturą podobną do współczesnych.

Powstała po wojnie Akademia Lekarska w Gdańsku wykorzystwała pomieszczenia prosektoryjne po działającej w okresie okupacji Medizininische Akademie in Danzig mieszczące się w budynku przy al. Zwycięstwa (przemianowanym w roku 2007 na Atheneum Gedanense Novum). W roku 1975 Katedra Anatomii została przeniesiona do nowo oddanego budynku Instytutu Biologii Medycznej (obecnie Collegium Biomedicum). Wiele pokoleń lekarzy, stomatologów, farmaceutów dobrze pamięta dyskretny szyk tych pomieszczeń. Brak wydajnej wentylacji, dębowe stoły, żeliwne kaloryfery i nieszczelne okna były współodpowiedzialne za unikalny mikroklimat tych wnętrz. Pomimo zabiegów kolejnych kierowników Katedry brak środków na modernizację spowodował, że w praktycznie niezmiennym stanie pomieszczenia te przetrwały do czerwca 2010 r. Wtedy ruszyły prace finansowane w ramach projektu *Modernizacja infrastruktury naukowo-dydaktycznej Katedry Anatomii GUMed-u w celu poprawy jakości kształcenia studentów kierunków medycznych, technicznych i humanistycznych regionu pomorskiego*.

Projekt jest częścią Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2007-2013, Oś priorytetowa: Społeczeństwo wiedzy; Działanie 2.1: Infrastruktura edukacyjna i naukowo-dydaktyczna. Partnerem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego była w tym projekcie Akademia Pomorska w Słupsku. Całość budżetu: 7 537 004,76 PLN, w tym dla GUMed 7 088 638,08 PLN, miała posłużyć na modernizację infrastruktury naukowo-dydaktycznej Katedry Anatomii GUMed oraz wyposażenie w nowoczesną bazę dydaktyczną obu uczelni (GUMed i APS). Projekt uzyskał dofinansowanie na pokrycie 100% swojej wartości, 75% pochodziło z EFRR oraz 25% z budżetu państwa.

Po roku prac pomieszczenia uległy metamorfozie. Pięć sal przeznaczonych do ćwiczeń prosektoryjnych wyposażonych w nowoczesne, posiadające wyciągi stoły prosektoryjne oraz

cztery sale seminaryjne, w których zainstalowano rzutniki multimedialne, są w stanie pomieścić jednocześnie ponad dwustu studentów. Pozwala to w znacznym stopniu na realizację potrzeb dydaktycznych. Zgodnie z wytycznymi minimów programowych dla poszczególnych kierunków, prowadzone są tu zajęcia dla studentów z zakresu: anatomii ogólnej (określanej jako anatomia, anatomia człowieka, anatomia prawidłowa), anatomii klinicznej, neuroanatomii oraz antropologii. Nowoczesne i funkcjonalne rozwiązania architektoniczne, zintegrowany system wentylacyjny, ciekawa kolorystyka wnętrz sprawia, że pomieszczenia wyglądają nie tylko dobrze, ale również pozwalają na bardziej wydajną naukę. Wielu studentów, którzy już mieli okazję uczyć się w nowych salach, stwierdza, że trudno już znaleźć różnice pomiędzy nimi a wnętrzami, jakie widzą w *Chirurgach* czy *Doktorze House*. Skoro już mowa o tych popularnych serialach to warto wspomnieć o nowościach, które pojawiły się w Katedrze Anatomii. Dostępna we wszystkich salach sieć teleinformatyczna, na którą składa się piętnaście nowych stanowisk komputerowych, system kamer umożliwiających transmisję zabiegów na wszystkie sale jednocześnie będzie niewątpliwie przydatnym narzędziem dydaktycznym. Nowoczesne programy komputerowe z trójwymiarowymi rekonstrukcjami anatomicznymi pozwolą łatwiej wyobrazić sobie to, co do tej pory było tylko opisane w podręcznikach. Ponadto dla tych, którzy wolą dotknąć i rozłożyć na elementy zamiast wysilać wyobraźnię, czeka ponad tysiąc nowych modeli anatomicznych. Wśród nich takie, które pozwalają przygotować się do oceny narządów na zdjęciach RTG, TK i MRI, do badań gruczołu krokowego, do cewnikowania pęcherza moczowego oraz symulatory pracy serca.

Na początku artykułu wspomniano, że unikalną cechą prosektorium jest umożliwienie kontaktu z ciałem ludzkim. Dzięki wprowadzonym zmianom również pomieszczenie, w którym przechowywane są ciała, niezbędne do szkolenia młodych adeptów medycyny w GUMed, uzyskały światowy standard. Niektóre z zastosowanych tu rozwiązań trafiły do międzynarodowego katalogu jako obiekt referencyjny. Zaprojektowane na potrzeby Katedry Anatomii dwupoziomowe zbiorniki i wydajna chłodnia pozwalają na efektywne i skuteczne przechowywanie tych najcenniejszych eksponatów.

Przebudowa i dostosowanie pomieszczeń do potrzeb studentów nie ograniczyło się tylko do pomieszczeń *stricto* dydaktycznych. Znajdująca się pod dozorem kamer szatnia z 625 szafkami studenckimi i wygodnymi stanowiskami do mycia oraz odbiegające od standardów (rzecz jasna na plus) toalety dopełniają obrazu Katedry Anatomii po remoncie.

Dzięki zmianom przeprowadzonym w ramach projektu możemy oczekiwać większej aktywności studentów, a tym samym lepiej wykształconych absolwentów.

Na zakończenie podziękowania dla kierownika i pracowników Działu Współpracy z Zagranicą i Programów Międzynarodowych, a w szczególności Moniki Wiszniewskiej oraz pracowników wielu działów GUMed zaangażowanych w realizację tego projektu, w tym dla Anny Kiszki, Marzeny Żarnowskiej, Teresy Golder, Aleksandry Richter, Grzegorza Sankowskiego i Zbigniewa Krawca.

prof. Janusz Moryś, kierownik Katedry Anatomii,
dr Sławomir Wójcik, dr Jan Henryk Spodnik,
koordynatorzy Projektu

Przed remontem



Obecnie



Sala sekcyjna od strony drzwi wejściowych



Sala sekcyjna od strony okna



Sala muzealno-seminaryjna od strony sali sekcyjnej



Basenownia i miejsca do przechowywania zwłok

Projekty szpitalne

W kolejnym artykule poświęconym projektom rozwojowym służącym naszej Uczelni przedstawiamy informacje o projektach europejskich realizowanych przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne. Choć służą bezpośrednio poprawie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital, to niewątpliwie znacząco wpływają również na możliwości prowadzenia prac badawczych oraz jakość dydaktyki. W ramach opisanych poniżej czterech projektów UCK pozyskało z funduszy strukturalnych około 31 mln złotych. Należy przy tym zaznaczyć, że projekty realizowane ze środków europejskich to nie jedyne inicjatywy służące rozwojowi naszego największego Szpitala. Wśród innych warto wspomnieć wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego czy zakupy sprzętu w ramach m.in. programów zwalczania chorób nowotworowych. O szczegółach postaramy się poinformować w jednym z kolejnych wydań *Gazety*.

Tytuł projektu: Podniesienie jakości usług medycznych w zakresie układu sercowo-naczyniowego poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla UCK

Akronim: SERCOWO-NACZYNIOWY

Kierownik projektu: mgr inż. Łukasz Konrad Zieliński

Budżet: 4 626 287,07 zł

Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego, Działanie 7.1. Infrastruktura ochrony zdrowia

Okres finansowania: listopad 2009 – luty 2010

Projekt został zrealizowany poprzez zakup aparatów i urządzeń niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w zakresie układu sercowo-naczyniowego. Celem bezpośrednim projektu było i jest podniesienie standardu wyposażenia Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w sprzęt medyczny, co zwiększy skuteczność działań diagnostycznych i leczniczych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego. Dzięki projektowi zmniejszy się czas oczekiwania na badania diagnostyki obrazowej (USG, kardioangiografia) oraz zabiegi kardiologiczne. Wzrośnie także liczba badań w zakresie układu sercowo-naczyniowego.

Przedmiot projektu UCK obejmował zakup specjalistycznej aparatury medycznej:

- kardioangiograf w Pracowni Kardioangiologii Inwazyjnej;
- USG dopplerowe w Zakładzie Radiologii (Pracownia USG);
- echokardiograf w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej;
- RTG z ramieniem C w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej.

Wyposażenie UCK w wyżej wymieniony sprzęt ułatwi postawienie szybszej diagnozy, skróci czas pobytu pacjenta w szpitalu i pozwoli na szybszy powrót chorego do zdrowia i pracy.

Tytuł projektu: Doposażenie Oddziału Medycyny Nuklearnej poprzez zakup aparatury medycznej (SPECT/TK) wraz z adaptacją pomieszczeń w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku

Akronim: SPECT/TK

Kierownik projektu: mgr inż. Łukasz Konrad Zieliński

Budżet: 4 686 017,27 zł

Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego, Działanie 7.1. Infrastruktura ochrony zdrowia

Okres finansowania: maj – sierpień 2010



Kardioangiograf w Pracowni Kardioangiologii Inwazyjnej



USG dopplerowe w Zakładzie Radiologii (Pracownia USG)



Echokardiograf w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej



RTG z ramieniem C w Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej



Gammakamera (SPECT/TK)



Aparat do MRI



Projekt obejmował zakup nowej gammakamery (SPECT/TK) stanowiącej wyposażenie Oddziału Medycyny Nuklearnej. W ramach projektu wykonano szereg prac adaptacyjnych (remontowo-budowlanych), które poprzedziły instalację urządzenia. Realizacja projektu umożliwiła kontynuację działalności Szpitala w zakresie medycyny nuklearnej. Sprzęt zlokalizowany jest w budynku nr 5 Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.

W skład prac adaptacyjnych weszły:

- roboty rozbiórkowe;
- wzmocnienie fragmentów stropu;
- wzniesienie ścian projektowanych;
- częściowa wymiana starych instalacji wewnętrznych;
- czasowe zdemontowanie okna w korytarzu zewnętrznym;
- ułożenie posadzek projektowanych;
- wykończenie ścian pomieszczeń;
- malowanie sufitów pomieszczeń;
- montaż armatury sanitarnej, oświetlenia i osprzętu elektrycznego;
- montaż i instalacja aparatury medycznej.

Dzięki projektowi i zakupionemu sprzętowi skróci się czas oczekiwania na diagnozę, będzie mniej powikłań powstających w chorobach onkologicznych, a co z tym się wiąże – chory szybciej wróci do aktywności zawodowej. Pozyskany w ramach projektu sprzęt umożliwi wykonywanie większej liczby badań, co pozwoli znacznie skrócić czas oczekiwania na badanie.

Tytuł projektu: **Poprawa dostępu do usług medycznych o znaczeniu ponadregionalnym przez doposażenie Zakładu Radiologii UCK w Gdańsku w rezonans magnetyczny**

Akronim: MRI

Kierownik projektu: mgr inż. Arkadiusz Lendzion

Budżet: 8 880 609,61 zł

Program: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Okres finansowania: sierpień 2010 – wrzesień 2011

Projekt obejmował zakup 3-teslowego aparatu do MRI firmy Philips dla Pracowni Rezonansu Magnetycznego Zakładu Radiologii UCK. Dzięki nowemu sprzętowi poprawi się jakość usług diagnostyki obrazowej, co znacząco usprawni terapię pacjentów w stanie zagrożenia zdrowia i życia. Nowy aparat zwiększy spektrum obrazowania MRI w Szpitalu i umożliwi między innymi badania:

- czynnościowe mózgu i serca;
- spektroskopii protonowej i nieprotonowej;
- dyfuzji i tensora dyfuzji (obrazowanie tensora dyfuzji);
- ortopedyczne (szeroka gama badań ortopedycznych);
- angiografia MRI;
- perfuzji;
- badania piersi.



Kadry GUMed

Tytuł profesora uzyskali:

prof. dr hab. Andrzej Basiński
prof. dr hab. Wiesław Sawicki
prof. dr hab. Krzysztof Łukaszuk

Stanowisko adiunkta uzyskała

dr n. biol. Anna Burkiewicz

Na stanowisko starszego wykładowcy przeszedł

dr med. Juliusz Kobierski

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

dr med. Zenobia Czuszyńska
Aleksandra Dąbrowska
dr n. med. Marzena Gidzińska
Jacek Kopec
Teresa Pionke
dr med. Witold Prejzner
Barbara Siedlarska
dr med. Katarzyna Turczyńska

25 lat

Danuta Flis
lek. dent. Bogusław Lipka
dr med. Joanna Stefanowicz
dr med. Jerzy Wojculewicz

30 lat

mgr farm. Wojciech Borowik
dr n. med. Waldemar Budziński
dr med. Maria Jankowska
prof. dr hab. Ewa Jassem
dr med. Marian Łukiański
Krystyna Nowicka

prof. dr hab. Jadwiga Ochocka
dr med. Maria Szreder
Teresa Wolszczak

35 lat

dr n. farm. Halina Strzałkowska-Grad

40 lat

dr hab. Zdzisław Bereznowski,
prof. nadzw.
prof. dr hab. Andrzej Hellmann
prof. dr hab. Henryk Lamparczyk

45 lat

prof. dr hab. Barbara Adamowicz-
-Klepalska

Pracę w Uczelni zakończyły:

dr med. Joanna Bautembach-
-Minkowska
dr n. hum. Magdalena Gajewska
mgr Milena Kordalewska

Zmiany w zakresie pełnienia funkcji kierowników

jednostek organizacyjnych:

z dniem 1.10.2011 r. dr hab. Elżbiecie Adamkiewicz-Drożyńskiej powierzono funkcję kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii.



Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy obchodzą:

20 lat

Iwona Filewicz

Beata Mackiewicz
Joanna Ochnia
Małgorzata Plottke
Koryna Szveda
Izabela Topolewska
Joanna Wróblewska

25 lat

Mirosław Czapiewski
Anna Dymel
Anna Gliwińska
Elżbieta Skarżyńska
Jarosław Szreter
Stanisława Wejler

30 lat

Jolanta Czapiewska
Bogusława Hirsza
Iwona Jamiołkowska
Teresa Łangowska
Danuta Nelec
mgr Aleksandra Nowak
Ewa Pałyga
Grażyna Tyborowska
Teresa Zdanowicz

35 lat

Bożena Bartosiewicz
Teresa Biłacka
Alicja Kacprowicz
Łucja Kniecińska
Barbara Kornacka
Krystyna Krupińska
Krystyna Obrat
Sławomira Skrzyszewska

40 lat

Helena Czyżewska
dr n. med. Zdzisław Małkowski
Teresa Plichta
Janina Rajewska



Tytuł projektu: **Doposażenie w specjalistyczną aparaturę medyczną Centrum Urazowego w obecnie budowanym Centrum Medycyny Inwazyjnej**

Akronim: URAZÓWKA

Kierownik projektu: mgr inż. Łukasz Konrad Zieliński

Budżet: 13 143 000,00 zł

Program: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Okres finansowania: styczeń 2011 – styczeń 2012

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne jest jednym z ośrodków tworzących krajową sieć wyspecjalizowanych centrów urazowo-interwencyjnych. Zapewniają one przede wszystkim kompleksową, interdyscyplinarną opiekę nad chorymi z urazami wielonarządowymi. Nasze Centrum Urazowe zlokalizowane jest w Centrum Medycyny Inwazyjnej.

W ramach projektu zakupiono specjalistyczną aparaturę medyczną:

- tomograf komputerowy (TK) z funkcją szybkiego skanowania całego ciała pacjenta z urazami wielonarządowymi;
- 2 aparaty RTG z ramieniem C – śródoperacyjne, z możliwością wykonywania fluoroskopii, mobilnych i przystoso-

wane do pracy na salach operacyjnych przy pacjentach z urazami mnogimi;

- przenośny echokardiograf;
- przenośne USG do szybkiej diagnostyki ultrasonograficznej, z funkcją Dopplera;
- 2 aparaty do znieczulania z systemem monitorowania i systemem informatycznym do przekazywania danych pacjentów do systemu HIS;
- narzędzia operacyjne z wyposażeniem przeznaczone do wykonywania procedur chirurgicznych u pacjentów przyjmowanych po urazach;
- doposażenie w systemy monitorujące i informatyczne Oddziału Intensywnej Terapii;
- wyposażenie bloku operacyjnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego w funkcje typu *emergency*;
- drobny sprzęt do działań ratunkowych.

Zakup sprzętu pozwoli udzielić szybkiej pomocy pacjentom Centrum Urazowego oraz zmniejszyć powikłania i śmiertelność powypadkową.

mgr inż. Monika Wiszniewiecka,
gf. specjalista DWZiPM

Obóz Studencki PRABUTY 2011 za nami



Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej było organizatorem tegorocznej edycji obozu PRABUTY 2011. Wakacyjny wyjazd studentów GUMed połączony z praktykami zawodowymi odbył się w dniach 29.08-9.09.2011 r.

Uczestnicy obozu zorganizowali m.in. *Białą Sobotę*. W centrum Prabut studenci przygotowali stoiska, w których przeprowadzali podstawowe badania – zbierano wywiad, mierzone ciśnienie i poziom cukru we krwi, wyliczano BMI, a także konsultowano wyniki. Chętni, którzy o akcji mogli dowiedzieć się z plakatów rozwieszonych w mieście oraz z ogłoszeń w kościołach, otrzymywali kartę badań. Będą mogli się z nią udać do swoich lekarzy rodzinnych. Akcja zakończyła się sukcesem, a liczba przebadanych osób wzrosła trzykrotnie w porównaniu do zeszłego roku.

W wolnym czasie studenci organizowali ogniska, rywalizowali w grach sportowych, pływali kajakami, a także wybrali się na wyjazd krajoznawczy do Malborka. Ponadto, w ramach obozu odbył się tradycyjny mecz siatkówki – studenci kontra lekarze i zaproszeni goście. Podczas wyrównanego spotkania, którego obserwatorami byli m.in. prof. Witold Rzyman, kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej GUMed i opiekun Koła, Paweł Chodyniak, dyrektor Szpitala Specjalistycznego w Prabutach oraz Bogdan Pawłowski, burmistrz Prabut. Studenci wykazali się lepszym przygotowaniem technicznym i zgraniem, a przyjacielską rywalizację wygrali w setach 4:0.

Zapraszamy wszystkich chętnych do udziału w kolejnej edycji obozu, która odbędzie się podczas następnych wakacji. Wyjazd do Prabut to okazja do odbycia praktyk (m.in. na oddziale internistycznym i chirurgicznym), aktywnej formy wykorzystania wakacyjnego czasu, a także spędzenia go we wspólnym studenckim gronie.

Marcin Ostrowski,
SKN przy Katedrze i Klinice
Chirurgii Klatki Piersiowej
GUMed



Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej ma 20 lat

Fundacja na rzecz Nauki Polskiej, największa pozabudżetowa organizacja finansująca naukę w Polsce, obchodzi w tym roku dwudziestelecie swojej działalności. To nie tylko święto Fundacji, ale także polskiego środowiska naukowego, któremu organizacja w ciągu dwóch dekad przekazała ponad 450 mln zł.

Fundacja od początku swojego istnienia wspiera wybitnych uczonych i ich zespoły badawcze. Działa na rzecz pobudzania innowacyjności oraz finansuje przedsięwzięcia inwestycyjne służące polskiej nauce.

W ciągu dwudziestu lat Fundacja zrealizowała 70 programów, przyznała ponad 7 500 indywidualnych stypendiów, subwencji i nagród oraz prawie 1 800 subwencji instytucjonalnych.

Jak to się zaczęło?

Idea powołania niezależnej od struktur państwowych fundacji mającej za zadanie wspieranie rozwoju nauki w Polsce powstała w otoczeniu rządu premiera Tadeusza Mazowieckiego. Zarejestrowana 6 lutego 1991 r., w kwietniu Fundacja na rzecz Nauki Polskiej została zasilona kwotą 95 mln zł pochodzącą z likwidowanego Centralnego Funduszu Rozwoju Nauki i Techniki, a już w sierpniu tego roku przyznała pierwsze subwencje. Po roku prezesem Fundacji został prof. Maciej W. Grabski, do którego, jako wiceprezesa, dołączyli: prof. Marian Grynberg, odpowiedzialny za działalność programową i Grzegorz Krawczyk, odpowiedzialny za stworzenie systemu finansowania działalności statutowej. To właśnie pod ich kierownictwem powstał funkcjonujący do dziś model działania Fundacji jako niezależnej, samofinansującej się instytucji pozarządowej non-profit. Istotnym elementem tego modelu są też dwa inne założenia – wybór laureatów w drodze konkursów oraz kierowanie się wyłącznie kryterium doskonałości naukowej w przyznawaniu finansowania. – Pierwsi wieloletni prezesi wypracowali dzisiejszą pozycję i prestiż Fundacji. Stworzyli model wspierania ludzi nauki, który zyskał uznanie środowiska i stał się wyznacznikiem standardów dla innych instytucji finansujących naukowców – mówi prof. Maciej Żylicz, obecny prezes Fundacji.

Wspierać ludzi, nie instytucje

Wspieranie najzdolniejszych uczonych, aby mogli realizować ambitne wyzwania badawcze i rozwijać karierę w Polsce, to niezmienny priorytet Fundacji od początku jej istnienia. Wybitne osiągnięcia naukowe nagradzane są ustanowioną w 1992 r. Nagrodą Fundacji, która stała się najważniejszym wyróżnieniem naukowym w Polsce, a grono jej laureatów liczy 68 światowej klasy polskich uczonych. Nie ma liczącego się ośrodka naukowego w naszym kraju, w którym nie pracowaliby stypendyści Fundacji. Na indywidualne stypendia, subsydia i granty w ciągu 20 lat Fundacja wydała ponad 212 mln zł, a więc niemalże połowę całej kwoty, jaką przekazała polskiej nauce. Fundacja oferuje bezpośrednie wsparcie uczonym na każdym etapie kariery naukowej, ze szczególnym uwzględnieniem najmłodszego pokolenia badaczy. Najdłużej, bo od 1992 r., realizowanym programem Fundacji skierowanym do najmłodszych naukowców jest program START (dla badaczy poniżej 30 roku życia). Na stypendia dla ponad 2 700 laureatów tego programu przekazano prawie 55 mln zł. – Wspierając wybitnych uczonych na różnych etapach kariery naukowej, Fundacja chce obudzić w nich poczucie wolności – warunek konieczny, choć niewystarczający do dokonania prawdziwego odkrycia naukowego – mówi prof. Żylicz.

Warsztat pracy naukowej: aparatura, infrastruktura, biblioteki i archiwa

Pierwszy okres działania Fundacji to okres niwelowania skutków dużego niedoinwestowania polskiej nauki w obszarze infrastruktury badawczej. Programy oferowane przez Fundację w tamtym czasie miały na celu pomoc w zakupie specjalistycznych urządzeń dla wybranych dziedzin, dofinansowanie remontów i modernizacji placówek naukowych, a także wspieranie inicjatyw o szczególnym znaczeniu dla polskiej nauki. Na te cele przeznaczono łącznie ponad 177 mln zł. – Działania Fundacji z pierwszych lat jej istnienia pozwoliły na rozwój w Polsce wielu dziedzin nauki, jak np. biologii molekularnej i umożliwienie wielu zespołom badawczym osiągnięcia wyników na poziomie światowym – mówi prof. Maciej Żylicz. – Efektem wsparcia Fundacji były także remonty, modernizacja i poprawa bazy technicznej bibliotek naukowych, zwłaszcza na uczelniach wyższych, zabezpieczenie i ochrona cennych zbiorów przyrodniczych oraz wyjątkowych archiwaliów przechowywanych w placówkach naukowych.

Wspieranie innowacji

Od pierwszych lat swojego istnienia Fundacja zaangażowała się we wspieranie rozwoju nowych technologii, produktów i usług oraz w działania na rzecz wdrażania polskiej myśli technicznej do gospodarki. Na te cele Fundacja przekazała łącznie ponad 34 mln zł. W ostatnich latach wspieranie innowacyjnych projektów wdrożeniowych realizowane było za pomocą prowadzonego w latach 2006-2009 programu INNOWATOR. Obecnie trwa program VENTURES, skierowany do młodych naukowców.

Fundusze europejskie dla polskiej nauki

Zaangażowanie Fundacji w tematykę europejską zapoczątkowane zostało w 1993 r., gdy podjęta się ona zarządzania programami Phare, wspierającymi reformę polskiego sektora nauki. Ponadto od połowy lat 90. Fundacja zajmowała się realizacją projektów mających na celu intensyfikację związków nauki polskiej z krajami UE (utworzenie sieci ośrodków przekazu innowacji i wspieranie badań w dziedzinie technologii informatycznych). W 2008 r. Fundacja pozyskała środki z UE na realizację sześciu programów (TEAM, MPD, WELCOME, POMOST, HOMING PLUS, VENTURES), do których w 2011 r. dołączył program SKILLS. Z puli środków unijnych do 2015 r. Fundacja przekaze polskiemu środowisku naukowemu 440 mln zł.

Promocja polskiej humanistyki

Do jednych z najdłużej realizowanych programów Fundacji należą programy wydawnicze. Od 1994 r. dofinansowuje wydawanie dzieł seryjnych zawierających naukową dokumentację dziedzictwa historycznego i cywilizacyjnego Polski (np. *Słownik Polszczyzny XVI w.* oraz *Polski Słownik Biograficzny*). W tym samym roku ruszył także realizowany do dzisiaj program MONOGRAFIE, dzięki któremu powstała prestiżowa seria MONOGRAFIE Fundacji na rzecz Nauki Polskiej obejmująca już ponad 130 pozycji z szerokiego zakresu nauk humanistycznych i społecznych. Równocześnie Fundacja dofinansowuje także przekłady wybitnych książek polskiej humanistyki naukowej na języki obce, dzięki czemu myśl polskich humanistów może być promowana za granicą.

Nowy doktor honorowy na Uniwersytecie Gdańskim

Prof. Maciej Żylicz, prezes Zarządu Fundacji na rzecz Nauki Polskiej został doktorem *honoris causa* Uniwersytetu Gdańskiego. Uroczystość nadania tytułu odbyła się 4 października podczas inauguracji roku akademickiego 2011/2012 na Uniwersytecie Gdańskim. Dzień przed uroczystością prof. Żylicz wygłosił wykład zatytułowany *Udział Hsp70 w nabywaniu własności onkogennych przez zmutowany TP53*.

Prof. Maciej Żylicz ukończył studia z zakresu fizyki i biologii na Uniwersytecie Gdańskim. Stopień doktora nauk przyrodniczych uzyskał w Akademii Medycznej w Gdańsku w 1979 r., w 1986 roku habilitował się z zakresu biologii molekularnej, zaś w 1992 roku uzyskał tytuł profesora nauk przyrodniczych. W latach 1980-1999 związany był z Uniwersytetem Gdańskim, gdzie m.in. pełnił funkcję prorektora ds. nauki (1990-1993). Pracował w Zakładzie Biochemii, następnie w Katedrze Biologii Molekularnej Wydziału Biologii, Geografii i Oceanologii. W latach 1993-1994 jako *visiting professor* pracował w USA w Instytucie Onkologii Utah University. W latach 1994-1999 był kierownikiem Katedry Biologii Molekularnej i Komórkowej w MWB UG-AMG. Od 1999 r. jest kierownikiem Zakładu Biologii Molekularnej w Międzynarodowym Instytucie Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Na stanowisko prezesa Zarządu Fundacji na rzecz Nauki Polskiej został powołany przez Radę Fundacji 20 maja 2005 r. Jest laureatem Nagrody FNP w



FNP w liczbach

- ponad 450 mln zł przekazanych na wspieranie nauki
- 70 zrealizowanych programów
- ok. 7 500 indywidualnych nagród, stypendiów i subwencji przyznanych naukowcom wszystkich dziedzin, na wszystkich etapach kariery naukowej
- prawie 1 800 instytucjonalnych beneficjentów różnych programów Fundacji
- 68 Nagród FNP za wybitne osiągnięcia naukowe – najważniejszego polskiego wyróżnienia naukowego
- 2 705 stypendiów na łączną kwotę 54,8 mln zł przyznanych w programie START – największym i najdłużej trwającym polskim programie stypendialnym wspomagającym finansowo najmłodszych naukowców
- ponad 80 nowych zespołów zatrudniających młodych badaczy i realizujących projekty ze środków FNP
- ponad 85 mln zł przekazanych blisko 3 000 beneficjentów programów wspierających mobilność naukowców i wymianę międzynarodową (stypendia wyjazdowe i powrotowe dla uczonych polskich i zagranicznych)
- prawie 177 mln zł przekazanych na rozwój warsztatów pracy naukowej oraz poprawę infrastruktury i bazy technicznej placówek badawczych w całej Polsce (zakupy aparatury, modernizacje laboratoriów, pracowni, budynków i pomieszczeń przeznaczonych do pracy naukowej)
- ok. 35,5 mln zł wydanych w programach wspierających biblioteki i archiwa
- prawie 14 mln zł przekazanych na wsparcie różnego rodzaju programów wydawniczych
- ponad 130 tytułów opublikowanych w serii Monografie FNP
- ponad 3 500 polskich i zagranicznych recenzentów oceniających wnioski w konkursach Fundacji

1999 roku w dziedzinie nauk przyrodniczych i medycznych za badania nad białkami regulatorowymi w systemie obrony komórki przed skutkami zmian środowiska zewnętrznego.

Prof. Żylicz zajmuje się biologią molekularną białek szoku termicznego. Wyizolował pierwsze białka szoku termicznego i wykazał ich aktywność w replikacji DNA. Wraz ze swoimi współpracownikami wykazał, że białka szoku termicznego biorą udział w ochronie innych białek, dysocjacji oligomerów i agregatów białkowych, a także w proteolizie. Od 2000 roku pracuje nad badaniem roli białek szoku termicznego w transformacji nowotworowej. Jest autorem ponad 80 prac naukowych z zakresu biologii molekularnej, biochemii, genetyki i biofizyki opublikowanych w renomowanych czasopismach naukowych o zasięgu międzynarodowym.

Jest członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk, członkiem korespondencyjnym Polskiej Akademii Umiejętności oraz członkiem Academia Europaea. W latach 2001-2004 był przewodniczącym Zespołu Nauk Biologicznych, Nauk o Ziemi i Ochrony Środowiska oraz członkiem Komitetu Badań Naukowych. Przewodniczący Komisji Badań Podstawowych w KBN w latach 2001-2002. Jest członkiem m.in. European Molecular Biology Organization (EMBO), a od 2008 r. przewodniczącym zespołu ds. biologii molekularnej, komórkowej i strukturalnej European Research Council.



Bardzo dobre wyniki absolwentów LEP

Absolwenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zajęli drugie miejsce wśród lekarzy stażystów w jesiennej sesji Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Natomiast wśród lekarzy z prawem wykonywania zawodu znaleźli się na miejscu trzecim. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 4083 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 132,1 punktu. Maksymalny wynik wśród stażystów wyniósł 178, a minimalny 0 punktów. Czterystu czterdziestu pięciu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu – 111 punktów. Wśród 263 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 115,2 punktu (minimum – 56, a maksimum – 167). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 198, a 2 zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną.

Wyniki lekarzy stażystów według ukończonej uczelni

Uczelnia	Min.	Maks.	Średnia	Zdawało	Zdało
UJ, Collegium Medicum w Krakowie	87	168	138,11	344	335
Gdański Uniwersytet Medyczny	91	173	136,42	328	306
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Lekarski	84	178	135,39	276	254
UMK, Collegium Medicum w Bydgoszczy	67	162	134,05	146	138
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	73	169	133,77	368	333
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	86	164	133,43	256	238
Warszawski Uniwersytet Medyczny	50	171	133,21	542	493
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, WL w Katowicach	92	171	133,02	278	256
Akademia Medyczna we Wrocławiu	83	168	131,70	337	304
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	0	167	129,34	414	359
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	47	162	128,62	316	267
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, wydział niezadeklarowany	60	151	127,46	80	71
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, WL w Zabrze	62	163	126,46	214	172
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Wojskowo-Lekarski	87	166	123,55	126	93
Zagraniczne	58	140	101,88	49	13
RAZEM	0	178	132,07	4083	3638

Wyniki lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu

Uczelnia	Min.	Maks.	Średnia	Zdawało	Zdało
Akademia Medyczna we Wrocławiu	70	153	114,39	23	15
UJ, Collegium Medicum w Krakowie	86	167	124,05	22	18
Gdański Uniwersytet Medyczny	93	160	127,45	22	17
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	86	141	114,20	10	4
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	77	151	111,35	34	16
UMK, Collegium Medicum w Bydgoszczy	83	134	118,50	10	8
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	69	126	103,44	16	5
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	75	145	104,28	18	5
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	78	161	114,29	24	13
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	81	138	118,48	29	20
Warszawski Uniwersytet Medyczny	80	155	122,00	40	30
RAZEM	69	167	116,40	248	151

GUMed-u w jesiennej sesji egzaminów LDEP

Absolwenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zajęli czwarte miejsce wśród lekarzy stażystów w sesji jesiennej 2011 r. Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego. Natomiast wśród lekarzy z prawem wykonywania zawodu uplasowali się na miejscu drugim. Do egzaminu przystąpiło w całym kraju 866 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 128,1 punktu. Maksymalny wynik wśród stażystów wyniósł 167, a minimalny 49 punktów. Stu dwunastu lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu, które wynosiło 111 punktów. Wśród 145 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 125,5 punktu (minimum – 0, a maksimum – 169). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 198. Dwa zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną.

Wyniki lekarzy dentystów stażystów według ukończonej uczelni

Uczelnia	Min.	Maks.	Średnia	Zdawało	Zdało
Warszawski Uniwersytet Medyczny	112	162	136,0	96	96
UJ, Collegium Medicum w Krakowie	106	157	130,9	47	45
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	97	159	130,6	85	77
Gdański Uniwersytet Medyczny	87	153	130,3	42	39
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	81	165	130,0	106	93
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	54	157	129,7	79	72
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	76	165	128,8	123	107
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	65	167	128,7	108	92
Akademia Medyczna we Wrocławiu	51	159	123,2	114	92
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	83	158	121,3	42	29
Iwano-Frankowska Państwowa Akademia Medyczna	90	114	102,0	2	1
Krymski Państwowy Uniwersytet Medyczny	102	102	102,0	1	0
Lwowski Państwowy Uniwersytet Medyczny	49	126	96,8	12	6
Winnicki Uniwersytet Medyczny im. Pirogowa	64	116	93,6	7	1
Uniwersytet Medyczny w Kijowie	93	93	93,0	1	0
Uniwersytet Aleppo	58	58	58,0	1	0
RAZEM	49	167	128,1	866	750

Wyniki lekarzy dentystów posiadających prawo wykonywania zawodu

Uczelnia	Min.	Maks.	Średnia	Zdawało	Zdało
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	121	157	138,0	7	7
Gdański Uniwersytet Medyczny	119	149	133,5	8	8
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	112	145	131,0	9	9
Warszawski Uniwersytet Medyczny	111	154	130,5	28	27
Akademia Medyczna we Wrocławiu	115	147	127,6	7	7
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	90	154	126,8	20	16
UJ, Collegium Medicum w Krakowie	100	154	125,8	13	10
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	103	142	125,7	3	2
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	102	138	122,5	18	17
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	0	169	114,7	29	19
RAZEM	0	169	125,6	142	122

Ogólna charakterystyka ustawy o działalności leczniczej

Po wielu sporach, debatach i dyskusjach 15 kwietnia 2011 r. została uchwalona ustawa o działalności leczniczej (dalej zwana „Ustawą”). Akt ten został podpisany przez Prezydenta RP 10 maja 2011 roku⁽¹⁾. Ustawa weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r., z wyjątkiem wybranych przepisów⁽²⁾. Uchyła ona ustawę z dn. 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁽³⁾ oraz ustawę z dn. 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom, położnym oraz o umarzaniu tych kredytów⁽⁴⁾. Wprowadza także ważne zmiany do wielu ustaw, w tym m.in. do:

- ustawy z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁽⁵⁾,
- ustawy z dn. 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁽⁶⁾,
- ustawy z dn. 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁽⁷⁾,
- ustawy z dn. 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁽⁸⁾,
- ustawy z dn. 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁽⁹⁾,
- ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁽¹⁰⁾,
- ustawy z dn. 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym⁽¹¹⁾.

W uzasadnieniu projektu tego aktu normatywnego autorzy postawili diagnozę, według której u podstaw problemów związanych z obszarem działalności leczniczej leżą m.in. ułomna, nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej, niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej oraz ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁽¹⁾. Wobec powyższych ułomności systemu Ustawa ma – w założeniu przyjętym przez jej projektodawców – stanowić odpowiedź na konieczność wprowadzenia zmian zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Celem tej regulacji jest uporządkowanie i ujednolicenie form prawnych, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne. W szczególności skomplikowany, budzący wątpliwości w obszarze prawa cywilnego status zakładów opieki zdrowotnej zostaje w tym akcie doprecyzowany⁽¹²⁾. Należy również zauważyć, że przepisy Ustawy wdrażają postanowienia dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy⁽¹³⁾.

Przedmiot Ustawy obejmuje:

- zasady wykonywania działalności leczniczej;
- zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami;
- zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych.

Ustawa definiuje szereg pojęć, w tym kluczowe – z perspektywy zakresu jej obowiązywania – pojęcie działalności leczniczej. Działalność ta polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tj. takich, które służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych, wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych

regulujących zasady ich wykonywania. Ustawodawca dodaje przy tym, że działalność lecznicza może również polegać na:

- promocji zdrowia lub
- realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Rodzajami działalności leczniczej są: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (w ramach których wyodrębnia się świadczenia szpitalne i inne niż szpitalne), a także ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Działalność lecznicza jest w świetle Ustawy działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁽⁹⁾. Także do działalności leczniczej podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ww. ustawy⁽⁹⁾.

Ustawodawca zakazuje prowadzenia usług pogrzebowych oraz ich reklamy w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych. Ustawa dopuszcza natomiast prowadzenie tam działalności gospodarczej innej niż działalność lecznicza, pod warunkiem że nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

Ustawa wprowadza pojęcie podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Kategoria ta obejmuje podmioty lecznicze oraz praktykę zawodową. Z kolei podmiotami leczniczymi są w rozumieniu Ustawy:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁽⁹⁾ we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dn. 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych⁽¹⁴⁾,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Natomiast pojęcie praktyki zawodowej jest definiowane w art. 5 Ustawy. W ramach tej kategorii można wyróżnić praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych, indywidualne i grupowe, zwykłe i specjalistyczne.

W świetle Ustawy podmiot leczniczy jest zobowiązany spełnić pewne warunki, a to:

- posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające określonym ustawowo wymaganiom;
- stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁽¹⁵⁾;
- zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełnia-

jące wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;

- zawrzeć w zakresie określonym przez Ustawę umowę ubezpieczenia:
 - odpowiedzialności cywilnej,
 - na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

Do istotnych zmian w stosunku do dotychczasowego stanu prawnego, które wprowadza Ustawa należą m.in. ^(1, 12):

- nadanie normatywnego charakteru pojęciu działalności leczniczej i uczynienia z niego kluczowego terminu w systemie zdrowia;
- ustalenie nowej klasyfikacji świadczeniodawców medycznych poprzez wprowadzenie dwóch pojęć – podmiotów leczniczych oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- dopuszczenie możliwości prowadzenia przez podmioty lecznicze zakładane przez organy administracji publicznej działalności leczniczej w formie spółek kapitałowych;
- objęcie zakresem świadczeń szpitalnych także świadczeń udzielanych z zamiarem zakończenia ich w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- wskazanie, że przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej ⁽⁹⁾, prowadzący działalność gospodarczą w formach przez nią dopuszczalnych ⁽⁹⁾ mają także status świadczeniodawców medycznych, ulokowanych w ramach kategorii podmiotów leczniczych;
- podział podmiotów leczniczych na podmioty posiadające i nieposiadające statusu przedsiębiorcy;
- nabycie przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej statusu przedsiębiorstw w rozumieniu art. 55 ⁽¹⁾ Kodeksu cywilnego;
- uporządkowanie statusu prawnego zakładów opieki zdrowotnej;
- wprowadzenie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w przypadku podmiotów leczniczych i dodatkowo w odniesieniu do podmiotów leczniczych prowadzących szpital – obowiązku ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 17 ust. 1 pkt 4 Ustawy. w zw. z art. 25 ust. 1 Ustawy.);
- umożliwienie przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową stosownie do art. 70-82 Ustawy;
- wprowadzenie pojęcia praktyk zawodowych, tj. prywatnych praktyk medycznych, przy pozostawieniu w zasadzie niezmienionej kategorii jednostek te praktyki prowadzących w stosunku do dotychczasowych; podkreślić należy, że rozwiązaniem dotąd nieobecnym w polskim systemie ochrony zdrowia jest umożliwienie prowadzenia praktyki indywidualnej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, a także dopuszczenie grupowych praktyk w formie spółki jawnej;
- stosownie do art. 204 Ustawy od dnia wejścia w życie ustawy nie mogą być tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstałych w wyniku łączenia na zasadach w niej określonych (art. 204 Ustawy.);

- zmiany w zakresie czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (dział III Ustawy), przy wprowadzeniu okresu przejściowego (art. 214 Ustawy).

Niewątpliwą zaletą Ustawy jest to, że stanowi ona jeden akt prawny w zasadzie kompleksowo regulujący zasady prowadzenia działalności leczniczej. Wprawdzie Ustawa nie wprowadza, wbrew zapowiedziom, rewolucyjnych zmian do polskiego systemu ochrony zdrowia, to jednak należy przyznać, że porządkuje ona rynek świadczeniodawców ⁽¹¹⁾ i dodatkowo rozwija go.

Należy zatem zgodzić się z Małgorzatą Paszkowską, że *Z uwagi na zakres podejmowanych spraw nowa ustawa przypomina w dużym stopniu ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (...)* ⁽¹¹⁾.

1. Tekst ustawy dostępny na stronie <http://www.sejm.gov.pl> i <http://www.senat.gov.pl>.
2. Art. 17 ust. 2 i 3, art. 25, art. 88 ust. 3, art. 106 ust. 2 zdanie trzecie, ust. 3 pkt 13, ust. 4 pkt 11 i ust. 5, art. 148 pkt 6 oraz art. 172 pkt 10 Ustawy wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.
3. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.
4. Dz. U. Nr 128, poz. 1406 ze zm.
5. Dz. U. Nr 111, poz. 535, ze zm.
6. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.
7. Dz. U. Nr 219, poz. 1708 ze zm.
8. Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473
9. Dz. U. z 2010 r. Nr 220 ze zm.
10. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.
11. Dz. U. Nr 164, poz. 1365, ze zm.
12. M. Paszkowska: *Nowe definicje i podmioty – przewodnik po ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o. Warszawa 13 maja 2011 r.
13. Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003 r.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, str. 381.
14. Dz. U. Nr 96, poz. 618.
15. Dz. U. Nr 107, poz. 679.

dr n. prawn. Lubomira Wengler,
Zakład Prawa Medycznego WNoZ,
dr n. med. Piotr Popowski,

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej WNoZ



Alina Boguszewicz

prof. Alina T. Midro
kierownik Zakładu Genetyki Klinicznej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Geniusz Marii Skłodowskiej-Curie – spojrzenie genetyka

W tym roku obchodzimy setną rocznicę przyznania Marii Skłodowskiej-Curie drugiej Nagrody Nobla z chemii za wyizolowanie i badanie polonu i radu. Pierwszą Nagrodę Nobla otrzymała wraz z mężem Piotrem Curie i Henri Becquerellem z fizyki za badania nad promieniotwórczością. Decyzję o wyróżnieniu Polki ogłoszono 12 listopada w 1903 roku. Z dnia na dzień mało komu znana 36-letnia Maria Skłodowska stała się sławna. Śmiem twierdzić, że ta sława, wzmacniana dalszymi osiągnięciami, w jakiejś mierze opromienia nas wszystkich do dziś; nas Polaków i nas Europejczyków. Była pierwszą kobietą w historii tej nagrody, co wzmacnia moje poczucie przynależności do tej samej, nie zawsze właściwie docenianej połowy ludzkości. Drogę do pierwszego doktoratu z fizyki, jaki uzyskała we Francji kobieta, do dwóch Nagród Nobla, w tym po raz pierwszy przyznanej kobiecie, do wykładów pierwszej kobiety naukowca na Sorbonie, do przeszło dwudziestu doktoratów *honoris causa* i dowód uznania naszej niezwykle rodaczki przez przeniesienie jej prochów do paryskiego Panteonu, wyznaczało jej dziedzictwo kulturowe i biologiczne. Myślę, że własna nauka stymulowana przez ojca, rodzeństwo, krewnych i przyjaciół, jej przynależność do Latającego Uniwersytetu i praca w laboratorium kuzyna Boguskiego, a także pozytywistyczne idee realizowane w pracy guwernantki, kiedy przez trzy lata pracowała w Szczukach u Żórawskich, a potem w Sopocie w rodzinie Fuchsów, też nie były bez znaczenia. Pomagały rozwijać jej niezwykle uzdolnienia.

Zadziwienie nad geniuszem badaczki skłoniło mnie, jako genetyka klinicznego, do poszukiwań jego źródeł w predyspozycjach genetycznych, w rozwoju cech odziedziczonych po przodkach. W odtworzeniu rodowodu i zdobyciu niezbędnych informacji pomogły mi publikowane liczne biografie Marii Skłodowskiej-Curie, w tym opracowanie dokonane przez Lucjana Bilińskiego *Z Mazowsza do sławy paryskiego Panteonu* oraz książka napisana przez Józefa Hurwica *Maria Skłodowska-Curie i promieniotwórczość* w języku polskim oraz w języku francuskim.

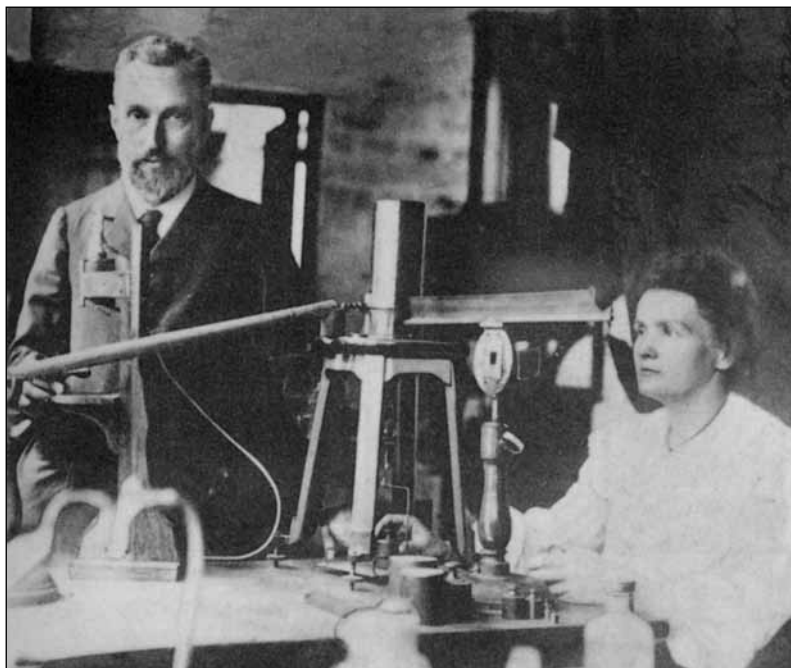
Warszawskie uwarunkowania kształtowania zdolności Marii

Staraniom prof. Józefa Hurwica, pełniącego niegdyś funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Chemicznego zawdzięczamy zorganizowanie wspianego Muzeum im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Znajduje się ono na ul. Freta 16 w domu, w którym Maria się urodziła.

Profesor Hurwic, niezależnie od osiągnięć naukowych, położył nieocenione zasługi także w po-

pularyzacji nauki. Sama jeszcze jako licealistka czytałam redagowane przez niego słynne *Problemy*. Szkoda, że wichry historii zmusiły go w 1968 r. do opuszczenia naszego kraju i dzisiaj na spotkanie z nim należałoby pojechać do francuskiej Marsylii. Miałam szczęście go spotkać w 2003 r. w paryskim Instytucie Kultury Polskiej na rocznicowym wieczorze poświęconym laureatom Nagrody Nobla. Kiedy wówczas w paryskim muzeum Marii i Piotra Curie spotkałam naukowców z Niemiec i USA zainteresowanych jej genialnymi odkryciami i osobowością byli niemiłe zaskoczeni, że nikt ich nie poinformował wcześniej o naszym warszawskim Muzeum. Wspominali, jak byli pod Barbakanem w Warszawie, a to przecież przysłowiowy rzut beretem od domu jej urodzin. Noblistka miała szczególnie sentyment do miejsc, gdzie się kształciła, do bulwarów nad Wisłą, którymi lubiła spacerować. – Poszłam wczoraj na samotny spacer w stronę Wisły – tak swój ostatni spacer nad Wisłą opisywała córce Ewie. – Rzeka leniwie toczy w szerokim łozysku swe wody (...). Uroczę ławice piasku, rzucone tu i ówdzie, złocą się w promieniach słońca kapryśnymi skrętami kierując bieg fal. (...) Czuję nieodpartą potrzebę błędzenia po owych plażach, świetlistych, precudnych. (...) Ta rzeka ma dla mnie powab, którego istoty nawet pojąć nie potrafię. (Maria Skłodowska-Curie. *List do córki Ewy*, Warszawa 1932 r.).

Z zapisów pamiętnikarskich dr. Józefa Skłodowskiego, brata Marii, a także pozostawionych pamiętników jej ojca, Władysława wiadomo, że dzieci państwa Skłodowskich były bardzo uzdolnione. Moją uwagę zwrócił fakt, że Maria Skłodowska jako najmłodsza z pięciorga dzieci miała szansę rozwijać swe zdolności ucząc się od starszych z rodzeństwa tego, czego jeszcze od niej nie wymagano. Tak też mając zaledwie cztery lata (!) nauczyła się czytać poprzez wspólne układanie słów z wyciętych literek. Przekładając to na moje spojrzenie genetyka klinicznego, był to niewątpliwie efekt współdziałania predyspozycji genetycznych i sprzyjających ich rozwojowi uwarunkowań środowiskowych. Jej biografia dostarcza nam wiele przykładów takiego współdziałania. *Naukę rozpoczęliśmy bardzo młodo. Ja miałam zaledwie 6 lat; jako najmłodszą i najmniejszą w klasie często wywoływano mnie do odpowiedzi na lekcji podczas różnych wizytacji. Było to dla mnie ciężką próbą, ponieważ byłam bardzo nieśmiała. Pragnęłam zawsze uciec i schować się.* (M. Skłodowska, *Autobiografia*).



Piotr i Maria Curie przy wadze piezoelektrycznej do pomiaru radioaktywności



Zrujnowany dworek w Szczukach

Po ukończeniu gimnazjum z językiem rosyjskim, przyszła Noblistka pragnęła dalej się kształcić. W tym okresie ani na uniwersytecie w Krakowie, ani w rodzinnej Warszawie, ani też w dostępnym z uwagi na zabory carskim Petersburgu nie przyjmowano kobiet na studia. Uczęszczała zatem na zajęcia samokształceniowe, które prowadzono na tzw. Uniwersytecie Latającym w Warszawie. W ukryciu przed carskim uciskiem, w myśl hasła pozytywistycznych *Wiedza to potęga* przygotowywano elity intelektualne na potrzeby przyszłej wolnej Polski. Dzięki wsparciu Józefa Jerzego Boguskiego, bliskiego kuzyna ze strony matki, profesora fizyki i byłego asystenta Dymitra Mendelejewa, Skłodowska mogła wykonywać samodzielne badania laboratoryjne w jego pracowni fizycznej, założonej w Muzeum Przemysłu i Rolnictwa w Warszawie na Krakowskim Przedmieściu. Szczególnie ważnymi okazały się zajęcia w pracowni chemicznej kierowanej przez profesora Napoleona Milicera, ucznia Roberta Wilhelma Bunsena (współtwórcy metody analizy widmowej). Znamienne są późniejsze słowa Marii Skłodowskiej-Curie, które przytoczył za prof. Tadeuszem Miłobędzким z 1938 r. Józef Hurwic we wspomnianej wyżej biografii: *Gdyby mnie w Warszawie dobrze nie nauczyli analizy profesor Napoleon Milicer i jego asystent doktor Kossakowski, nie wydzieliłabym radu.*

Do Paryża Skłodowska przyjechała w 1891 r. na zaproszenie starszej siostry Broni, która skończyła w stolicy Francji medycynę i wyszła za mąż za Kazimierza Dłuskiego. Zapisła się na Sorbonie na Wydział Nauk Ścisłych. Ciekawe, że wówczas w grupie 1825 studentów były tylko 23 kobiety, głównie cudzoziemki. W przeciwieństwie do uniwersytetów na ziemiach polskich, kobiety we Francji miały wstęp na wyższe uczelnie, ale z uwagi na znaczne różnice programowe między szkołami średnimi dla chłopców i dla dziewcząt, Francuzki rzadko mogły podejmować studia. Maria Skłodowska, córka przełożonej pensji i nauczyciela była lepiej wykształcona niż jej francuskie koleżanki.

Mknąc samochodem z Białegostoku do Warszawy, na trasie między Zambrowem a Ostrowią Mazowiecką, mija się niewielką miejscowość Prosenica z nowo wybudowanym kościołkiem na wzgórzu. Mało kto wie, że jest to miejscowość, w której znajdowały się dobra ziemskie ojca Marii, Władysława Skłodowskiego, pochodzącego ze szlachty mazowieckiej herbu

Dołęga. Tam przyszła Noblistka wraz ze starszym rodzeństwem spędziła niejedne wakacje. W jej wspomnieniach pozostał pan Skrzypkowski, *który pięknie umiał strzelać z bata*. Małe dochody z gospodarstwa oraz naciski ze strony szwagra, Henryka Boguskiego skłoniły ojca Skłodowskiej do sprzedaży majątku ku wielkiemu zmartwieniu dzieci. Ten żal wyraża wierszyk cytowany przez Bilińskiego, który zachował się w autobiografii Marii: *Zochowski hultaj, na szubienicę, ukradł naszą Prosenicę*. Uzyskane ze sprzedaży pieniądze zostały lekkomyślnie zaprzepaszczone i dlatego ojciec nie mógł pomóc córkom w sfinansowaniu ich dalszych studiów.

Mazowieckie Szczuki

Aby podjąć studia na Sorbonie, Maria Skłodowska musiała najpierw zarobić niezbędne pieniądze. Przez trzy i pół roku uczyła dzieci państwa Żórawskich, bogatych współwłaścicieli cukrowni Krasiniec. Zaścianek Szczuki, wchodzący w skład

dóbr Krasne, należący do państwa Żórawskich, niełatwo jest znaleźć na mapie okolic Przasnysza, Makowa Mazowieckiego i Ciechanowa. Dziś niszczyje i pozostaje zaniedbany, jakby przyćmiony sławą pobliskiego majątku hrabiów Krasieńskich i ich wybitnego syna Zygmunta. Nie po raz pierwszy pamięć o ludziach nauki przegrywa z pamięcią o ludziach literatury.

W grudniu 2009 roku zostałam zaproszona na posiedzenie Mazowieckiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neonatologów zorganizowane przez dr Wandę Balicką (Jaroszeńska). Z wielką radością pojechałam do Opinogóry – majątku Krasieńskich, gdzie w pięknym muzeum poety Zygmunta Krasieńskiego odbywały się obrady. Miałam zaszczyt wygłosić tam wykład w 50 rocznicę odkrycia dodatkowego chromosomu 21 stanowiącego przyczynę zespołu Downa. Krasieńscy posiadali w pobliżu stadninę koni, gdzie do dzisiaj hoduje się wspaniałe rumaki krwi angielskiej, a znany w świecie czempion ma nawet swój pomnik. Dyrektor stadniny, Lech Kaczorowski zaproponował mi odwiedzenie dworku w pobliskich Szczukach, pamiętającego Marię Skłodowską. Dostałam nawet od niego piękną książkę w jasnoniebieskiej okładce wydaną w 2007 r. pt. *Córka mazowieckich równin, czyli Maria Skłodowska-Curie z Mazowsza*. Została napisana przez Teresę Kaczorowską, dziennikarkę z Krasnego. Publikacja wspaniale upamiętnia związki Marii z Mazowszem. Z wielkim zaciekawieniem jechałam z panem Kaczorowskim do Szczuk. Była już późna jesień, ale na polach widniały porozrzucane buraki cukrowe. – Jakie marnotrawstwo? – myślałam. – Chyba za czasów Marii tak nie było. Okazało się, że cukrownia Krasiniec, na której budynek Skłodowska spoglądała ze swych okien w Szczukach, już dziś nie funkcjonuje. Została właśnie sprzedana, tak jak większość cukrowni Mazowsza. A dworek koło cukrowni? Przerażenia mojego nie oddadzą żadne słowa. Dom straszyl pustymi czarnymi otworami po oknach i drzwiach. Nawet framug okiennych nie było. Wewnątrz gołe nieotynkowane ściany. Wszystkie pomieszczenia bez podłóg i tylko widać było zręby nieotynkowanych ścian z czerwonej cegły. Pewnie wiatr w nich hula z lubością. W pokoju na pięterku zamieszkiwanym kiedyś przez Noblistkę, chyba nocą szczury tańczą i może księżyc zaglądnie czasem do tego zrujnowanego, brudnego pomieszczenia, bez okien, do wyłomu pozostałego po balkonie i zagruzowanych schodów wyjściowych do dawnego ogrodu, który tak Skłodowska lubiła. To

kach, ale też zostały przekazane dalej jej dzieciom i wnukom. Troska Marii o wydobycie tych zdolności poprzez właściwe wychowanie, szkolenie i nakłonienie do pracy nad sobą jest dobrze udokumentowana w ikonografii, jak też poprzez dalsze losy rodziny. Należy podkreślić, że jej córka Irena także została laureatą naukowej Nagrody Nobla za odkrycie sztucznej promieniotwórczości w 1935 r. Jestem głęboko przekonana, że Irena Joliot-Curie nie została nagrodzona nagrodą Nobla po kumotersku. Była blisko rozszczepienia jądra atomowego.

Ewa Curie Labouisse, młodsza córka Marii Skłodowskiej-Curie, pisarka, dziennikarka, członek ruchu oporu Wolnej Francji była laureatką nagrody Pulitzera, członkiem rządu generała Charlesa de Gaulle'a. W 1952 roku została doradcą Sekretarza Generalnego NATO, a w 1965 roku wraz z mężem Henrym R. Labouisse odbierała Pokojową Nagrodę Nobla dla UNICEF-u. W 1937 roku Ignacy Mościcki, prezydent RP odznaczył Ewę Curie Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. W 2007 roku została odznaczona pośmiertnie w Stanach Zjednoczonych przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. Napisana przez Ewę biografia Marii Skłodowskiej-Curie jest najczęściej czytana na świecie biografią, a w Japonii – obowiązującą lekturą szkolną.

Tak więc rodzice przekazując materiał genetyczny dzieciom mogą też im przekazać swoje niezwykle zdolności, tak jak to miało miejsce w rodzie Skłodowskich. Warto o tym pamiętać, zwłaszcza gdy często zbyt pobieżnie i nieraz w sposób uproszczony i krzywdzący ocenia się nagrody i sukcesy osiągnięte przez dzieci zasłużonych nauce rodziców.

Kroczyć własną drogą

Muzeum Nobla w Sztokholmie zorganizowano w setną rocznicę przyznawania nagród jego imienia światowej społeczności w dziedzinie chemii, fizyki, literatury, ekonomii, medycyny oraz działalności społecznej na rzecz pokoju. Jest poświęcone idei kreatywności człowieka. Ekspozycja niezwykła, która z założenia odwołuje się do kultury kreatywności na bazie ponad stuletniej działalności komitetu noblowskiego realizującego testament odkrywcy dynamitu, urodzonego w Sztokholmie Alfreda Nobla. Czym jest kreatywność i jak może być wspierana? Co jest ważne w procesie kreatywności – osobowość jednostki czy jej otoczenie? Nie ma na to gotowych odpowiedzi, ale można snuć refleksje nad tym, zwiedzając poszczególne sale, oglądając filmy i programy komputerowe, poznawać nagrodzonych laureatów – indywidualności świata nauki i kultury, jak i ludzi związanych z przyznawaniem nagrody.

W jednym z katalogów wystawy w języku angielskim pt. *Cultures of creativity. Birth of a 21st Century Museum* można znaleźć opis idei kreatywności jako podstawy przyznawania nagród Nobla, a stąd przewodniego motu przy tworzeniu tego Muzeum. Podkreślano, że nie chodzi tu tylko o pokazanie kreatywności w działaniu naukowo-badawczym i innowacyjnym samego Alfreda Nobla, ale ukazanie przede wszystkim jego idei i marzenia, aby kreatywność człowieka mogła być w sposób szczególny nagradzana. Rozważając czy osobowość jednostki, czy jej otoczenie są ważne w procesie kreatywności, wybrano do prezentacji tylko 50 niezwykłych indywidualności spośród wszystkich noblistów. Nawet nie byłam zaskoczona, kiedy na pierwszym miejscu ujrzałam opis naszej Marii Curie zatytułowany *Against the current*. Jej zdolność kroczenia własną drogą, umiejętność łamania zaistniałych konwencji i wprowadzania innowacyjności badacza, pomimo trudnej pozycji kobiety w świecie zdominowanym przez mężczyzn, wzbudzają podziw i szacunek. Była daleka od samolubnego wykorzystania ekonomicznego waloru wynikającego z jej odkryć i jej męża, ale kierowała się idealistyczną wiarą, że badania naukowe mają służyć powszechnemu dobru społecz-

nemu. Sama pamiętam jej wypowiedź z *Autobiografii: W życiu niczego nie należy się obawiać*. Należy jedynie zrozumieć, co Pierre Curie uzupełniał: *Trzeba życie uczynić marzeniem, a marzenia rzeczywistością*.

Na zakończenie opisu sylwetki Marii mogłam z dumą przeczytać, że jej późniejsza aktywna współpraca z medycyną i przemysłem wzbogaciło wyobrażenie o niej jako o jednej z najbardziej wyjątkowych pionierów nauki XX wieku. (*Curie's active cooperation with medicine and industry further enrich the image of Her as one of the most unique pioneering scientist of the 20th century*), (*Cultures of Creativity*, Editor Ulf Larsson, Science History Publications, USA, 2006).

Śladami Marii

Byłam w Muzeum Marii Skłodowskiej w Warszawie. Stawałam pod jej pomnikiem. W grudniu 2010 roku odwiedziłam znowu muzeum rodziny Curie w Paryżu. Miałam zaszczyt dotknąć blatu biurka, za którym siedziała i nawet usiąść w jej fotelu. Dużo emocji wzbudził we mnie instrument, który w mojej obecności zarejestrował emitowanie promieniowania gamma z notatek pisanych ręką Noblistki. Różę zasadzone ponoć jeszcze jej ręką ponownie zakwitły w ogródku obok pomnika przytulonych do siebie Marii i Piotra.

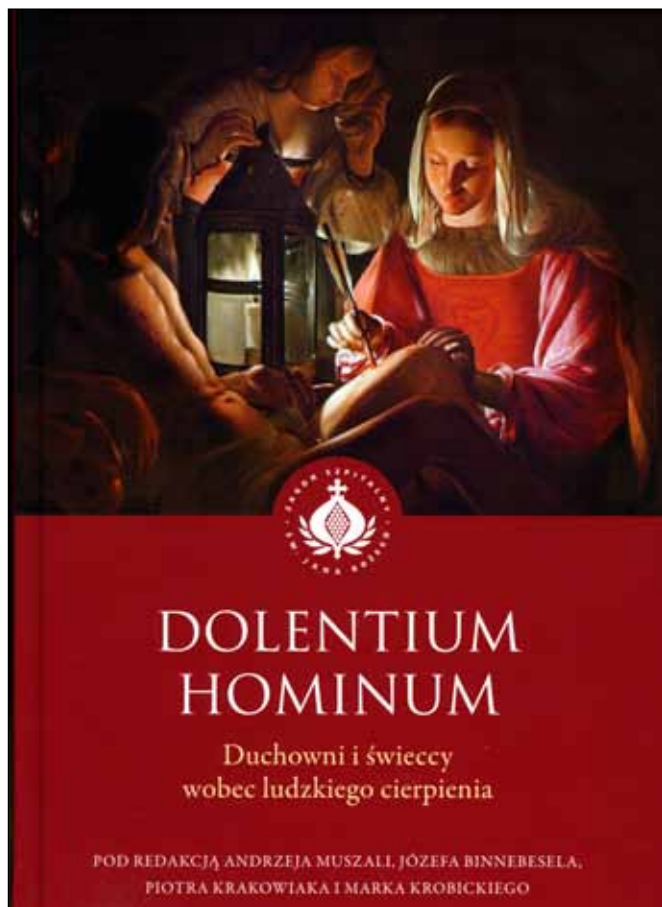
W pobliskim Panteonie w XII kwaterze mogłam się pokłonić nad grobami Marii i Piotra Curie. Nasza Rodaczka to jedyna kobieta w paryskiej świątyni wybrańców narodu francuskiego. Wahadło Foucaulta do dzisiaj odmierza tam czas jak przed niespełna stu laty, kiedy odczytywano decyzje komitetu noblowskiego nagradzanej Marii Curie. Z ekranu telewizora można oglądać ceremonię przeniesienia trumien ze szczątkami Piotra i Marii w 1995 r. do Panteonu i usłyszeć słowa prezydenta Francji Francois Mitteranda, które w polskim tłumaczeniu brzmiałyby: *Przez te dwa nazwiska (Marii i Piotra), łączące dwa bratnie narody, Republika Francuska oddaje wszystkim ludzkości w służbie nauki, należy im hołd... Albowiem są oni świadectwem jednej z największych zdolności człowieka, jaką jest głód poznania i pragnienie tworzenia*.

Jak to się dzieje, że w obcych krajach składa się tak wielki hołd naszej rodaczce??? Docenia jej kreatywność i wielkość!!! Natomiast w Szczukach, gdzie mieszkała, pracowała i kształciła polskie dzieci chłopskie, gdzie nadzorowała naukę szlacheckich dzieci państwa Żórawskich i dojrzewała naukowo stoi zapomniany dworek i popada w ruinę. Zdaje się, że tylko konie jeszcze stoją na straży jej pamięci, w jednym z ważniejszych miejsc naszego dziedzictwa kulturowego. Ratujmy Szczuki!!!! – chciałoby się zawołać na cały głos.

W setną rocznicę otrzymania drugiej Nagrody Nobla przez Marię Skłodowską-Curie z chemii za odkrycie radu warto przypomnieć jeszcze jej słowa: *Rad wykryłam, a nie stworzyłam, więc nie należy do mnie, a jest własnością całej ludzkości*. Tu się nasuwa refleksja genetyka. Geny są wytworem natury. Czy więc wykrywanie poszczególnych genów należy patentować, jak to się dzieje teraz??? Rad stanowi też zagrożenie, ale Piotr Curie podczas noblowskiego wykładu w 1905 roku tak powiedział: *Można przypuszczać, iż w rękach zbrodniczych rad mógłby stać się bardzo niebezpieczny. Nasuwa się więc pytanie, czy poznawanie tajemnic natury jest pożyteczne dla ludzkości – czy dojrzała ona do tego, by z nich korzystać, czy też przeciwnie, ta wiedza jest dla niej szkodliwa. Należę do tych, którzy wraz z Noblem myślą, że ludzkość wyciągnie więcej dobra niż szkody z nowych wynalazków*. (Pierre Curie z wykładu noblowskiego w Sztokholmie 1905).

Artykuł był drukowany nieodpłatnie we fragmentach w *Medyku Białostockim*, w *Studium Vilnense* 2010 i w *Radostowej* 2011.

Polecamy Czytelnikom



Dolentium Hominum: Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia / pod red. Andrzeja Muszali, Józefa Binnebesela, Piotra Krakowiaka i Marka Krobickiego. – Kraków: Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego – Bonifratrzy, 2011. – 438 s. – ISBN 978-83-7430-287-6

Prezentowana książka stanowi wybór artykułów z czasopisma *Dolentium Hominum* wydawanego przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, którą powołał do życia w 1985 roku papież Jan Paweł II. Publikacja zawiera teksty wybitnych autorów Kościoła katolickiego, naukowców i praktyków z różnych krajów świata. Składa się z czterech zasadniczych części:

- Refleksje na temat nauczania Kościoła dotyczące chorych, niepełnosprawnych, służby zdrowia i wolontariatu.
- Troska pracowników i wolontariuszy w zespołach opiekuńczych.
- Kapelania służby zdrowia i opieki społecznej – duchowni, zakony i świeccy w pastoralnych zespołach duszpasterskich.
- Praktyczne odpowiedzi na dylematy bioetyczne w postudze duszpasterskiej służby zdrowia i pomocy społecznej.

Jak w zakończeniu pisze bp dr Stefan Regmunt: *Niniejsza publikacja jest ważnym głosem Kościoła w Polsce. [...] W Polsce potrzebna jest specjalizacja opieki duszpasterskiej nad chorymi, by odpowiednio przygotowani duchowni, osoby zakonne i świeccy mogli stać się partnerami w zespołowej opiece nad cierpiącym człowiekiem. Zarówno ta publikacja, jak i rozpoczynająca działalność Szkoła Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego są szansą, by Kościół w Polsce, bogatszy o dobre wzorce z nauczania Kościoła Powszechnego, zaprezentowane w tej publikacji, umiał stosownie do dzisiejszych potrzeb realizować powołanie Miłosierdnego Samarytanina w XXI wieku.*

Dolentium Hominum i szkoła opieki duszpasterskiej oraz jej gdańskie korzenie

Prezentując ważną dla służby zdrowia i pomocy społecznej w Polsce publikację oraz inicjatywę edukacyjną, pozwolę sobie na krótki wstęp, który pozwoli Czytelnikom poznać historię ich powstania. Jest to także sposób na wyrażenie wdzięczności tym osobom z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, które swoją otwartością pomagały w opisanych poczynaniach.

Działające w Gdańsku od 1983 roku środowisko hospicyjne, będące inicjatorem domowej opieki nad terminalnie chorymi, przyczyniło się do utworzenia w 1989 roku Krajowego Duszpasterstwa Hospicjum, na którego czele stanął ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC (por. P. Krakowiak, *Dzieje Pallotyńskiego Hospicjum w Gdańsku*, Via Medica, Gdańsk 2008). Duszpasterstwo stało się inspiracją dla poszukiwań specjalistycznych studiów dla kapelanów służby zdrowia i pomocy społecznej, dających im narzędzia do partnerskiej współpracy z pracownikami i wolontariuszami w trosce o chorych i ich bliskich. Włączyłem się w te działania jako student-wolontariusz w 1990 r., praktykując w gdańskim hospicjum pod okiem ks. Dutkiewicza. Od 1993 roku, z przerwą na studia we Włoszech i USA, miałem przywilej pracy w Gdańsku w charakterze kapelana szpitali klinicznych i hospicjum, duszpasterza akademickiego, psychologa w Klinice Onkologii i Radioterapii AMG. Po śmierci ks. E. Dutkiewicza, w 2002 roku otrzymałem misję prowadzenia Hospicjum, będącego ośrodkiem opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych i dzieci z Gdańska i Pomorza. Od 2002 roku pełnię funkcję Krajowego Duszpasterza Hospicjów przy Konferencji Episkopatu Polski, odpowiadając za formację pracowników i wolontariuszy oraz kapelanów.

W 1999 roku w Gdańsku wraz z ks. Dutkiewiczem i przy współpracy środowisk medycznych oraz hospicyjnych rozpoczęliśmy szkolenia dla duchownych pracujących w duszpasterstwie służby zdrowia i pomocy społecznej. Międzynarodowe warsztaty, z udziałem ówczesnej minister zdrowia Franciszki Cegielskiej i „ministra zdrowia” z Watykanu, kardynała Barragana, były przyczynkiem do dyskusji na temat konieczności specjalistycznych studiów dla księży kapelanów (por. P. Krakowiak, E. Dutkiewicz [red.]: *Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania*, MakMed, Gdańsk 1999). W kolejnych latach cykliczne warsztaty formacji dla duszpasterstwa służby zdrowia przygotowywały duchownych do współpracy z zespołami opiekuńczymi. Działania te były kroplą w morzu potrzeb edukacyjnych ponad 1 500 kapelanów służby zdrowia i pomocy społecznej w Polsce. Ważnymi inspiracjami do debat o pozamedycznych aspektach opieki były obchody Światowych Dni Chorego, wśród których chcę wspomnieć przygotowane wspólnie przez Akademię Medyczną w Gdańsku, Caritas i Duszpasterstwo Hospicyjne w 2001 roku wydarzenia w Gdańsku. Gośćmi wydarzenia byli kard. Angelini z Watykanu i eksperci z różnych dziedzin, podczas sesji pt. Bez-duszność zagrożeniem godności pacjenta i pracownika służby zdrowia (por. http://old.gumed.edu.pl/uczelnia/gazeta/archiwum/gaz_01_2001-01.html#31).

W 2009 roku w Zakonie Bonifratrów z Krakowa powstała inicjatywa utworzenia podyplomowej szkoły opieki duszpasterskiej. Włączyłem się do prac nad jej programem teoretycznym i klinicznym jako Krajowy Duszpasterz Hospicjów, dzieląc się wcześniejszymi doświadczeniami. W 2011 roku rozpoczyna swoją działalność Podyplomowa Szkoła Opieki Duszpasterskiej dla służby zdrowia i pomocy społecznej w Krakowie. Będąc jej kierownikiem, liczę na udział w tym studium obecnych kapelanów oraz kandydatów do tej pracy. Szkoła podyplomowa jest otwarta dla duchownych oraz dla osób zakonnych i świeckich, co pozwoli – wzorem krajów zachodniej Europy – tworzyć zespoły opieki duszpasterskiej, troszczące się o du-

Praktyki na końcu świata...

Kończą się wakacje. Studenci powoli wracają do miast, gdzie się uczą bądź wykorzystują ostatnie chwile wolności przed kolejnym rokiem akademickim. Dla wielu z nas wakacje to czas miłego wypoczynku, odrabiania praktyk wakacyjnych a niekiedy nauki do egzaminów. Dla Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland to czas pracowity, tak samo jak reszta roku. W wakacje odbywają się wymiany studenckie w ramach dwóch programów – SCOPE, czyli Programu Stałego ds. Praktyk Wakacyjnych oraz SCORE, czyli Programu Stałego ds. Wymiany Naukowej.

Jest to niesamowity czas, zarówno tutaj na miejscu, jak również w innych krajach. Dzięki działalności w IFMSA-Poland nasi studenci mają możliwość zdobywania doświadczeń na całym świecie. Tylko podczas tych wakacji z naszej Uczelni wyjechało 27 studentów w ramach programu SCOPE i 4 studentów w ramach programu SCORE. Kraje, do których udali się to: Brazylia, Egipt, Ghana, Węgry, Izrael, Włochy, Kuwejt, Portugalia, Rumunia, Rosja, Hiszpania, Tajlandia, Macedonia, Azerbejdżan i Turcja. Mogli poznać nie tylko inne systemy opieki zdrowotnej i metody leczenia, ale przede wszystkim zobaczyć inne kultury oraz poznać wspaniałych ludzi, nie tylko tu-bylców. Na wymianę nie jedzie się samemu. Na miejscu spotykali studentów z całego świata, ludzi otwartych, odważnych, działających wolontaryjnie również w swoich miastach.

Także do naszego Uniwersytetu przyjechali studenci. Dla niektórych z nich był to pierwszy pobyt w Europie. Kraje, z których pochodzili odwiedzający nas studenci to: Azerbejdżan, Bułgaria, Hiszpania, Czechy, Dania, Egipt, Finlandia, Francja, Niemcy, Indonezja, Włochy, Kuwejt, Liban, Palestyna, Portugalia, Rosja, Słowenia, Turcja i USA. Oprócz poznawania polskiej kultury, degustowania polskich przysmaków i zwiedzania najpiękniejszych miejsc w naszym kraju, studenci odrabiali praktyki bądź brali udział w projektach na katedrach i klinikach Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

Nie mogłoby się to odbyć, gdyby nie przychyłność kierowników oddziałów Szpitala. Dlatego w tym miejscu, w imieniu całego oddziału Gdańsk IFMSA-Poland, pragniemy serdecznie podziękować wszystkim profesorom, a także pracownikom katedr, w których szczególnie ciepło przyjęci zostali zagraniczni studenci:

- prof. dr. hab. Michałowi Woźniakowi, kierownikowi Katedry i Zakładu Chemii Medycznej;
- prof. dr. hab. Zbigniewowi Śledzińskiemu, kierownikowi Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej;
- prof. dr. hab. Jerzemu Laskowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej;
- prof. dr. hab. Janowi Rogowskiemu, kierownikowi Katedry i Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej;
- dr. hab. Dariuszowi Wydrze, kierownikowi Katedry i Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej;
- prof. dr. hab. Andrzejowi Hellmannowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantologii;
- prof. dr. hab. Andrzejowi Rynkiewiczowi, kierownikowi I Katedry i Kliniki Kardiologii;
- dr. Iwonie Domżałskiej-Popadiuk, kierownik Kliniki Neonatologii;
- prof. dr. hab. Jackowi Jassemowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii;
- prof. dr. hab. Annie Balcerskiej, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii;
- prof. dr. hab. Jerzemu Landowskiemu, kierownik Kliniki Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych;
- prof. dr. hab. Michałowi Studniarkowi, kierownikowi Katedry Radiologii;
- prof. dr. hab. Janowi Erecińskiemu, kierownikowi Katedry i Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca;
- prof. dr. hab. Witoldowi Rzymanowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej.

Jednocześnie mamy nadzieję, że oba programy będą rozwijać się dalej, stwarzając możliwość przeżycia przygody życia wszystkim studentom medycyny.

Małgorzata Skoblik,
lokalny koordynator Programu
Stałego ds. Praktyk Wakacyjnych
IFMSA-Poland Oddział Gdańsk

chowo-religijne potrzeby chorych, ich rodzin, a także pracowników i wolontariuszy (więcej informacji: www.bonifratrzy.pl).

Książka *Dolentium Hominum – duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, (A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, [red.], Kraków, 2011) to powstała w trakcie tworzenia programu szkoły publikacja ukazująca potrzebę troski o duchowo-religijne potrzeby chorych i ich opiekunów. Zachęcam do sięgnięcia do tej pięknie wydanej książki. Fragment wstępu kardynała Dziwisza niech zachęci do jej lektury Czytelników *Gazety AMG*: „Niniejsza publikacja, czerpiąca z doświadczenia Kościoła powszechnego i dorobku Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, jest wyrazem troski o potrzeby zarówno chorych i ich bliskich, jak też pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej. (...) Lekarze i pielęgniarki, farmaceuci i cały personel medyczny, jak również psycholodzy, pedagodzy, pracownicy socjalni, duchowni i świeccy, pracownicy i wolontariusze – wszyscy razem, we właściwie skoordynowanych działaniach mogą wspierać duchowo i religijnie osoby dotknięte kryzysami i cierpieniem. Dzisiaj, w dobie ciągłych zmian w opiece zdrowotnej, zmian demograficznych i nieuchronnego procesu starzenia się społeczeństwa, taka zintegrowana, fachowa i zespołowa opieka duszpasterska jest

nam szczególnie potrzebna”. Jako jeden z redaktorów tej publikacji zapewniam, że na jej stronach znajdą Państwo inspirację do służenia ludziom w potrzebie. Starannie wydana książka, z artykułami autorstwa wybitnych teologów, medyków i bioetyków z całego świata, może być pięknym prezentem i ciekawą lekturą. Zamówienia można składać w księgarni internetowej: www.lubiepomagac.eu lub w siedzibie Fundacji Lubie Pomagać, ul. Chodowieckiego 10 w Gdańsku.

Na koniec kilka zdań osobistej refleksji. Nowe wyzwania dydaktyczne oznaczają dla mnie przenosiny z Gdańska do Warszawy. Pragnę wyrazić moją wdzięczność za 12 lat owocnej współpracy ze środowiskiem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zarówno w działaniach hospicyjnych, jak również w formacji pastoralno-klinicznej kapelanów, od lat odbywającej się w tym środowisku. Szkoła podyplomowa rozpoczyna swoje działania w Krakowie, ale moim marzeniem jest, by w przyszłości podobne studia podyplomowe mogły być również dostępne dla duchownych i świeckich na Pomorzu.

ks. dr Piotr Krakowiak SAC,
Krajowy Duszpasterz Hospicjów

O chorobie zwanej cyklozą — rowerem w góry po medale

W pierwszy weekend września w Wiśle, przy Ośrodku Narciarskim Stożek, odbyły się XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim. Natomiast w drugi weekend września rozegrane zostały w Zakopanem IX Igrzyska Lekarskie. Miałem przyjemność uczestniczenia w obu wydarzeniach.

W marcu tego roku, przed kolejnym udziałem w Harpaganie – rajdzie na orientację, postanowiłem zmienić rower z ważącego 20 kg rumaka, na którym można było wybijać się na kilka metrów w powietrze, na ażurowego 10-kilogramowego ścigacza do kolarstwa górskiego i przełajowego. W miarę jak zacząłem poznawać rower i nauczyłem się czerpać radość z jazdy nim po Trójmiejskim Parku Krajobrazowym, zacząłem próbować swoich sił w lokalnych zawodach rowerowych typu Cross Country. Zaczęło mi się to podobać na tyle, że postanowiłem wziąć udział w treningach organizowanych dla amatorów przez znanych zawodników z Pomorza – braci Roberta i Bartosza Banachów. Na koniec pierwszego treningu, kiedy to z grupki około 20 kolarzy do końca dojechało siedmiu, Robert spytał się, który z nas to Andrzej Łoś (wcześniej napisałem do niego email z prośbą o przyłączenie do treningów i o pomoc w zdobyciu tytułu Mistrza Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim.) Lekko speszony odpowiedziałem, że to ja... Popatrzył na mnie i powiedział krótko, że mam szansę. I tak zaczął się intensywny okres przygotowań obejmujący około 1600 km jazdy po zalesionych górach oraz kilka modyfikacji w osprzęcie roweru (cywilna wersja roweru, którą kupiłem nie za bardzo nadawała się do startów w zawodach). W końcu pod koniec sierpnia, mocno „wjeżdżony” w rower, z wygojonymi obtarciami, czyli tzw. „szlifami” po kilku nieudanych zjazdach i odczytany w taktyce wyścigu, zaplanowałem intensywny, tygodniowy pobyt w górach obejmujący dwa pierwsze weekendy września.

Po pokonaniu 600 km dotarłem z Gdańska do Wisty, gdzie ostatni etap podróży prowadził wąską, szutrową ścieżką, która bardziej przypominała wędrowny szlak górski niż drogę dla auta. Kiedy koła już zaczęły tracić przyczepność na luźnych kamieniach (napęd 4x4 by się przydał) pod ścianą lasu ukazało się przytulne schronisko z bazą narciarską usytuowane na zboczu Wielkiego Stożka (998 m n.p.m.) – jeden z najważniejszych szczytów otaczających perłę Beskidów – Wisłę.



Na miejscu pojawiłem się dzień wcześniej, aby objechać trasę i przygotować strategię z kolegą ze studiów Tomkiem Wawrzyniakiem, aktualnie mieszkającym w Ustroniu, który na niejednej trasie odbił swój bieznik. Okazało się, że w końcu wyłączono z trasy zjazd wózem, który ze względu na mocno downhillowy charakter mógłby przysporzyć chirurgom urazowym wiele pracy na dyżurze.

Lekko zbity z tropu wyjmowanymi z bagażników rowerami o wartości około 10 000 zł i koszulkami AZS przemyślałem trasę, spuściłem trochę ciśnienie z opon, (aby nie fruwać od bandy do bandy po luźnych kamieniach, gałęziach i podeszczowych rynnach) i obniżyłem siódło. Wieczorem nabiłem się węglowodanami w postaci schroniskowego spaghetti, opróżniłem dwie puszki ze złocistym płynem i zadbałem o sen w schroniskowym, piętrowym łóżku... Jak to pisze Joe Friel: *Wygrywasz ze skromnością, przegrywasz z godnością*. Rano krótka rozgrzewka, dopięcie rzepów w butach, no i zaczęło się...

Trasa zaczynała się katorżniczym podjazdem pod wyciągiem z różnicą wysokości około 150 m, następnie prowadziła przez trawers będący częścią trasy do downhillu, dalej ostro w dół szutrową drogą z nawrotem, potem kąpiel w strumieniu, podbieg z rowerem pod 20-metrową ścianę z korzeniami i kończyła się szybkim, technicznym zjazdem z kilkoma nawrotami.

Startowałem w kategorii M1 (do 35 lat), która jechała 4 okrążeń, reszta – 2, zdublowanie oznaczało zejście z trasy. Pierwszy podjazd w palącym słońcu zweryfikował formę u każdego i chyba niewielu dało radę utrzymać się na rowerze do samego szczytu. Zmagając się z ogniem w nogach i płucach, pokonywałem strumień jadąc jego korytem, co pozwoliło mi wyprzedzić kilku zawodników walczących w tym czasie z większymi głazami wzdłuż brzegu.

Na drugim okrążeniu minąłem Janusza Lewandowskiego, organizatora zawodów, chyba tylko dlatego, że złapał gumę i dalej starałem się dogonić kolegę Tomka, który na zjazdach

bezlitośnie ginął mi z oczu. Próba dojścia go na zjeździe skończyła się dla mnie poślizgiem przedniego koła i wrażeniem, że za chwilę skorzystam z punktu rozdającego opatrunki (jazda za kimś w tumanach kurzu wydostających się spod roweru powodowała, że nie widziałem, gdzie mogłem puścić klamki hamulców, a gdzie natychmiast zwolnić). Na początku czwartego okrążenia postawiłem wszystko na jedną kartę i zaryzykowałem atak – twarde przełożenie (średnia zębatka z przodu), blokada amortyzatora z przodu i zacząłem ostro pruć w górę. Minąłem Tomka i jeszcze dwóch zawodników, przejechałem 2/3 podjazdu i zsiadłem z roweru z zawężonym od zmęczenia polem widzenia. Dalej obrałem taktikę prowadzenia roweru w słońcu i podbiegania w cieniu i tak byle do szczytu... Obejrzałem się za siebie i okazało się, że udało mi się uzyskać na tyle przewagi, że mogłem bez większego ryzyka spłynąć ostatni raz w dół do schroniska po luźnym szutrze, zaliczyć strumień (tu przednim kołem musiałem się wbić w dziurę w dnie i prawie przeleciałem przez kierownicę – po wyścigu okazało się, że moje przednie koło pięknie wycelowane przed zawodami znowu przybrało lekko jajowaty kształt), podbiegłem ostatni raz z rowerem w garści i zameldowałem się na mecie... Mój czas przejazdu pozwolił na zdobycie brązowego medalu w kategorii do 35 lat i uplasował mnie na siódmej pozycji w klasyfikacji generalnej (na około 60 startujących zawodników). Moje pojawienie się na podium wywołało pewnego rodzaju konsternację... Skąd on jest? Z Gdańska? Trzeci?

Podsumowując bardzo dobrze zorganizowane zawody, ślę podziękowania dla organizatorów za sprawne przeprowadzenie imprezy. Zamarzyłem, aby na Pomorzu zorganizować podobną imprezę. Na pewno spotkałaby się ze sporym zainteresowaniem.

Prosto z Wisły przenieśliśmy się do Zakopanego, aby zregenerować siły przed Igrzyskami Lekarskimi. Spędziłem kilka dni na rekreacyjnych spacerach po górach, polecam wycieczkę na mało znany szczyt Wielki Kopieniec (1320 m n.p.m.). Niewielu turystów na szlaku i piękny widok na Tatry spowodowały, że chętnie go zdobędę przy najbliższej okazji. Postanowiłem również zasmakować niewielu z tras w Tatrzańskim Parku Narodowym dostępnych dla rowerów – bez większych rewelacji. Droga pod Regłami nie za bardzo mi się spodobała, ze względu na sporą ilość pieszych turystów i ryzyko kolizji przy agresywniejszej jeździe, poza tym jest tam dużo ostrych kamieni, które sprawiają, że najbardziej odpowiednim rowerem byłby tam w pełni amortyzowany rower. Natomiast próba pod-



jazdu do schroniska Murowaniec na Hali Gąsienicowej skończyła się po 300 metrach – kamienie wielkości głowy powodują, że zarówno podjazd, jak i zjazd są możliwe, ale nie dają większej radości...

Nadszedł dzień, w którym podczas Igrzysk Lekarskich rozegrano wyścig kolarzy górskich. Bardzo ciekawa pętla trasy została ułożona pomiędzy Wielką Krokwią a stadionem Centralnego Ośrodka Sportu – z licznymi ostrymi podjazdami i dwoma technicznymi zjazdami oraz sporą ilością błota, które dodatkowo podnosiło stopień trudności. Dodatkową atrakcją dla kibiców były równocześnie rozgrywane zawody w skokach narciarskich, tak że szereg przerywanych biegów w rowerze zlewał się często z charakterystycznym odgłosem lądowania skoczka narciarskiego na igielicie.

Startując w najmłodszej kategorii wiekowej miałem do przejechania 5 okrążeń i właściwie od początku toczyłem walkę z Piotrem Koseckim, zawodnikiem AZS Łódź, który w Wiśle zdobył srebrny medal. Po pierwszym okrążeniu udało mi się go wyprzedzić, ale Piotr trzymał się tuż za mną przez następne trzy okrążenia. Do momentu zwrotnego doszło pod koniec czwartego kółka, kiedy udało mi się zakleszczyć łańcuch pomiędzy ramą a przednią zębatką z racji sporej ilości błota, totalnie zaskoczony tą usterką zsiadłem z roweru i zacząłem nierówną walkę z łańcuchem i błotem. W tym czasie oczywiście minął mnie Piotr i Janusz Lewandowski. Co za niefart... W końcu mocnym kopnięciem udało mi się uwolnić łańcuch i zacząłem ostry pościg za rywalami, tym bardziej, że przed nami ostatnie okrążenie. Janusza Lewandowskiego minąłem na płaskim odcinku, natomiast do Piotra doszedłem dopiero na twardym podejździe. Udało mi się go znowu wyprzedzić, ale kosztowało mnie to mnóstwo sił, więc czułem, że teraz on zbiera się do ataku. Jednak odwracając się po kolejnym podejździe zauważyłem, że Piotr również musiał się zatrzymać i kopie w rower w ten sam sposób, jak ja na poprzednim okrążeniu... Dało mi to około 300 metrów przewagi i pozwoliło na dowiezienie drugiego miejsca do mety.

Specjalne podziękowania dla braci Banachów, którzy pokazali mi, jak można jeździć na rowerze górskim; dla Piotra Sionalskiego, który zaszczyił mi bakcyła cyclozy w pewien jesienny, umazany błotem poranek; dla Tomka Wawrzyniaka i Piotra Koseckiego za wspólne ściganie oraz dla Rodziny za kibicowanie i wspieranie mnie w jeździe na rowerze.

So many trails, so little time.

Andrzej Łoś





O edukacji w mieście Andersena

Gang Olsena i baśnie Andersena, a przy portowym brzegu Mała Syrenka... Takie obrazy mimowolnie przywołują na myśl duńską stolicę. W tym roku Kopenhaga może przypisać sobie jeszcze jedną własność – międzynarodowego centrum targów edukacyjnych. Tegoroczne spotkania w ramach konferencji *European Association for International Education* odbyły się w dniach 13-16 września w Bella Center w stolicy Danii. Wśród reprezentantów polskich uczelni nie zabrakło pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – Ewy Kiszki i Dawida Spychały z Działu Współpracy z Zagranicą i Programów Międzynarodowych.

Cooperate, Innovate, Participate to hasła przewodnie konferencji EAIE. W warsztatach, panelach dyskusyjnych i sesjach tematycznych wzięło udział ponad 4 000 uczestników z całego świata. Spotkania połączone były z targami edukacyjnymi, w ramach których swoją ofertę zaprezentowała Komisja Europejska, instytucje wspierające i promujące szkolnictwo wyższe oraz oferujące stypendia i fundusze na naukę (np. DAAD), uczelnie, rekruterzy i inne ośrodki funkcjonujące w obszarze szkolnictwa wyższego w UE. W uroczystościach otwarcia i zamknięcia konferencji udział wzięła duńska księżniczka Maria, właściciel firmy Hummel Christian Stadil oraz Stine Bosse, rzecznik ds. równości płci i rozwoju kobiet.

Polskie stoisko, pod nazwą *Higher Education in Poland*, zostało przygotowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Fundację Rozwoju Systemu Edukacji we

współpracy z biurem KRASP. Podczas targów swoją ofertę dydaktyczną zaprezentowało w sumie dwadzieścia krajowych uczelni. Wyróżniające się wyglądem i aranżacją polskie stoisko stało się miejscem wielu spotkań i rozmów przedstawicieli krajowych i zagranicznych uczelni wyższych. Wśród gości odwiedzających biało-czerwony zakątek nie zabrakło Rafała Wiśniewskiego, ambasadora RP w Kopenhadze. Podkreślił on znaczenie promocji naszych uczelni na rynku międzynarodowym i podziękował uczestnikom za zaangażowanie w przygotowanie i realizację projektu.

Konferencja EAIE to jedna z największych imprez dotyczących europejskiego szkolnictwa wyższego, organizowana od ponad 20 lat. Biorą w niej udział przedstawiciele instytucji naukowych i edukacyjnych z całego świata: rektorzy uniwersytetów, dyrektorzy i pracownicy uczelnianych komórek ds. współpracy z zagranicą, programów międzynarodowych, szkół językowych, gazet i portali edukacyjnych oraz innych międzynarodowych podmiotów promujących szkolnictwo wyższe. Stwarza to nieocenione okazje spotkania partnerów, nawiązania nowych relacji i omówienia możliwości współpracy – w ramach programu LLP/Erasmus, ale również współpracy międzyuczelnianej w szerszym kontekście.

Więcej na www.eaie.org/copenhagen

mgr Ewa Kiszka
kierownik DWZiPM

