



GAZETA

ISSN 1506-9745

GDAŃSK

AMG

Rok 17

Kwiecień 2007

nr 4 (196)



Wesołych Świąt

Z życia Uczelni

Wizyta gościa z Edynburga

W dniach 11 – 13 marca 2007 r. Uczelnia gościła p. dr Marię Długołęcką-Graham, koordynatora Uniwersytetu w Edynburgu ds. Polskiego Wydziału Lekarskiego. Celem wizyty było nawiązanie w imieniu prof. Johna Savilla, prorektora Uniwersytetu w Edynburgu ds. College of Medicine współpracy z naszą Uczelnią w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz medycyny paliatywnej. Po przyjęciu gościa przez rektora prof. Romana Kaliszana odbyły się robocze rozmowy z zespołami reprezentującymi wspomniane dziedziny. W rozmowach dotyczących medycyny ratunkowej udział wzięli profesorowie A. Basiński, W. Nyka i P. Czaundera. W rozmowach dotyczących medycyny paliatywnej udział wzięli prof. K. de Walden-Gałuszko, dr hab. M. Li-chodziejewska-Niemierko oraz ks. dr P. Krakowiak SAC, dyrektor Hospicjum im. Ks. E. Dutkiewicza. Po rozmowach nasz gość zwiedził Oddział Medycyny Ratunkowej ACK oraz Hospicjum im. Ks. E. Dutkiewicza.

Drugi dzień pobytu gościa był poświęcony spotkaniu z młodymi pracownikami naszej Uczelni i słuchaczami Dziennego Studium Doktoranckiego, ewentualnymi kandydatami na stypendia Polish School of Medicine Memorial Fund. W spotkaniu,



na którym dr Długołęcka-Graham przedstawiła historię Polskiego Wydziału i obecną akcję stypendialną uczestniczyło 10. zainteresowanych.

prof. Andrzej Hellmann
prorektor ds. nauki



Cenny dar dla Katedry i Kliniki Chorób Oczu

Katedra i Klinika Chorób Oczu Akademii Medycznej w Gdańsku, dzięki hojności koncernu energetycznego ENERGA SA, wzbogaciła się o najnowszej generacji tomograf do nieinwazyjnej diagnostyki oka. W piątek 16 marca br. prezes zarządu koncernu Roman Pionkowski przekazał na ręce prof. Krystyny Raczyńskiej ten cenny zakup.

str. 19



Otwarto nowoczesny ośrodek dializoterapii

W dniu 21 marca 2007 r. w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych otwarto, po remoncie i dokonaniu częściowych zmian własnościowych, jeden z najnowocześniejszych w Europie ośrodków dializoterapii. Na drodze przetargu firma Fresenius Nephrocare Polska przejęła ambulatoryjną część ośrodka dializy otrzewnowej, a w ramach umowy prywatyzacyjnej zobowiązała się do wyremontowania pomieszczeń stacji hemodializ oraz wyposażenia jej w sztuczne nerki najnowszej generacji.

str. 20

W numerze...

Z życia Uczelni	2
Wizyta gościa z Edynburga	2
Wyniki analizy parametrycznej jednostek statutowych AMG za rok 2006	4
Finał IV Konkursu Prac Magisterskich	11
Z Senatu AM w Gdańsku	12
Kadry AMG i ACK	13
Wywiad z prof. Marianem Filarem	14
Głos w dyskusji na temat <i>Potrzeby wzorców godnych naśladowania w środowisku medycznym</i>	18
Cenny dar dla Katedry i Kliniki Chorób Oczu	19
Nagroda dla dr. K. Jażdżewskiego	19
Otwarto nowoczesny ośrodek dializoterapii	20
Profesor Mirosława Szczepańska-Konkel – wywiad	22
Profesor Zdzisław Wajda w 80. rocznicę urodzin	24
Nominacja prof. Zbigniewa Kmiecica	24
Kalendarium Rectorskie	25
Nowe kierunki studiów na Wydziale Lekarskim AMG	25
Nowi doktorzy	25
Pamięci Profesora Józefa Terleckiego	26
Zmarł dr Janusz Michejda	28
Wspomnienie o dr. Jerzym Woźniczko	28
Ogólnopolskie Warsztaty Naukowo- -Szkoleniowe w Ustce	29
Spotkanie Brema – Gdańsk	31
Gdańsk – dzieciom	32

GAZETA AMG

Redaguje zespół: dr Marek Bukowski, Michał Burdyński, dr hab. Piotr Czauderna, prof. Brunon Imieliński, lek. Marek Labon, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), prof. Wiesław Makarewicz (red. naczelnego), dr hab. Antoni Nasal, prof. AMG., dr hab. Roman Nowicki, prof. AMG (rzecznik prasowy AMG), dr Tomasz Zdrojewski, red. tech.: mgr Tadeusz Skowyr, współpraca graficzna mgr Sylwia Scisłowska. Fot. Dariusz Omerik

Adres redakcji: **Gazeta AMG**
Biblioteka Główna AMG,
Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 0-58-349-14-83;
e-mail: gazeta@amg.gda.pl;
www: http://www.gazeta.amg.gda.pl
Druk: **Drukonsul**. Nakład: 700 egz.

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Warunki prenumeraty:

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru 3 zł; w prenumeracie zagranicznej – 3 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

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



Szanownym i Drogim Czytelnikom z najlepszymi życzeniami

Wielkanocny pacierz

*Nie umiem być srebrnym aniołem –
ni gorejącym krzakiem –
Tyle Zmartwychwstań już przeszło –
a serce mam byle jakie.*

*Tyle procesji z dzwonami –
tyle już alleluja –
a moja świętość dziurawa
na ćwiartce włoska się buja.*

*Wiatr gra mi na kościach mych psalmy –
jak na koślawej fujarce –
żeby choć papież spojrział
na mnie – przez białe swe palce.*

*Żeby choć Matka Boska
przez chmur zabite wciąż deski –
uśmiech mi Swój zesała
jak ptaszka we mgle niebieskiej.*

*I wiem, gdy łzę swoją trzymam
jak złoty kamyczek z procy –
zrozumie mnie mały Baranek
z najcichszej Wielkiej Nocy.*

*Pyszczyk położy na rękę –
sumienia wywróci podszewkę –
Serca mojego ocali
czerwoną chorągiewkę.*

ks. Jan Twardowski

Wyniki analizy parametrycznej jednostek statutowych AMG za rok 2006

Dnia 20.03.2007 r. Senacka Komisja Nauki przyjęła wyniki dorocznej oceny parametrycznej osiągnięć naukowych jednostek Uczelni w roku 2006 dokonanej przez Bibliotekę Główną i Dział Nauki. W tabeli 1 umieszczono jednostki w kolejności ustalonej według wielkości wypadkowego współczynnika efektywności naukowej E , czyli średniej arytmetycznej współczynnika E za lata 2004, 2005 i 2006. Przedstawiona suma R , jest sumą punktów uzyskanych w ocenie parametrycznej w latach 2004, 2005 oraz 2006. Ze względu na fakt powołania nowego Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz zmianę Statutu Uczelni obecnie mamy jednostki o krótszym niż 3-letni staż. Wartość R^* oznacza jednostkę, której ocena dotyczy tylko lat 2005 i 2006, a wartość R^{**} oznacza jednostkę, której ocena dotyczy tylko roku 2006. Ze względu na wspomniane zmiany organizacyjne coraz więcej jednostek Uczelni ma liczbę pracowników naukowo-dydaktycznych między 1 a 2. Dlatego w obecnym rankingu umieściliśmy wszystkie jednostki, nie tworząc oddzielnego wykazu jednostek z liczbą $N \leq 1$. Komisja Nauki zgodnie z wytycznymi MNiSW rozważa w przyszłości zwiększenie liczby N o pracowników naukowo-technicznych, gdyż jak wynika z przeprowadzonej analizy, w żadnym przypadku oceniany dorobek nie jest dorobkiem pojedynczej osoby.

Przedziały wartości liczby E wyznaczające podział na cztery kategorie przyjęto, takie jakie obowiązywały w latach ubiegłych. Analizując rozkład jednostek według czterech kategorii można powiedzieć, że nie ztraca on znacząco charakteru krzywej rozkładu normalnego (Gaussa). Zwiększyła się jedynie nieznacznie liczba jednostek, którym przyznano kategorię I. Usprawiedliwieniem tego jest fakt, że wszystkie trzy jednostki Uczelni: Wydział Lekarski, Wydział Farmaceutyczny oraz MIM-MiT uzyskały w ubiegłym roku w ocenie MNiSW kategorię I. Nowo powstały Wydział Nauk o Zdrowiu takiej ocenie, z przyczyn oczywistych, jeszcze nie podlegał.

Przedstawiona analiza osiągnięć naukowych jednostek została przeprowadzona według tych samych zasad, które obowiązywały w ocenie za rok 2005. Zasady te oparte są na rozporządzeniu ministra nauki i informatyzacji (obecnie MNiSW) z dnia 4 sierpnia 2005 roku (Dz.U. 05.161.1359) z nieznacznymi zmianami przyjętymi przez Senacką Komisję Nauki w roku 2005. Biblioteka Główna AMG w ocenie dorobku stosowała punktację MEiN podobnie jak w roku ubiegłym. Uwzględnione zostały również komunikaty zjazdowe na dotychczasowych zasadach (0,5 i 0,25 punktów). W tym miejscu chciałbym przekazać, że w dniu 19 grudnia 2006 r. Senacka Komisja Nauki podjęła decyzję, aby w przyszłorocznej ocenie za rok 2007 tego dorobku nie doliczać do liczby R . Podstawą tej decyzji był fakt, że w zewnętrznej ocenie jednostek dokonywanej przez MNiSW ten rodzaj aktywności nie jest premiowany. W tabeli 2 umieszczono najbardziej wartościowe publikacje z $IF \geq 5$.

Na wartość R , oprócz dorobku publikacyjnego, miały wpływ również inne osiągnięcia naukowe, jak: uzyskiwanie stopni i tytułów naukowych (pkt 3 ankiety), uzyskane patenty krajowe (pkt 4 ankiety), czy prace usługowo-badawcze i usługowe świadczące o zastosowaniach praktycznych nauki (pkt 5 ankie-

ty). Oceniając realizację tego typu prac, trzeba stwierdzić, że ich liczba się zwiększa, co jest dobrym sygnałem dostosowywania się jednostek naszej Uczelni do obowiązujących trendów w nauce polskiej. Podobnie jak w roku ubiegłym tego typu zadania realizują nie tylko kliniki, ale również katedry i zakłady, które określamy jako reprezentujące nauki podstawowe. Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że jednostki, które osiągają wysoką punktację w tej kategorii oceny, należą do jednostek o bogatym dorobku publikacyjnym i mimo że ta kategoria osiągnięć jest już oceniana drugi rok, fakt ten nie spowodował wyraźnych przetasowań w obecnie prezentowanym rankingu w stosunku do lat ubiegłych. Ze względu jednak na wyrażane obawy, czy dorobek publikacyjny w przyszłości nie zostanie przyćmiony inną kategorią osiągnięć, Senacka Komisja Nauki na posiedzeniu 19 grudnia 2006 roku podjęła decyzję, że w przyszłorocznej ocenie parametrycznej za rok 2007 wyżej wymienioną aktywność będziemy premiować o 50% niżej niż to przewiduje MNiSW (a więc za pkt 5A i 5B odpowiednio 15 i 5 punktów). Kontynuując, na wartość R istotny wpływ miały zakończone w ubiegłym roku projekty badawcze. Ponieważ granty uzyskane w roku 2006 nie znalazły odzwierciedlenia w wartości R – dla satysfakcji wnioskodawców w tabeli 3 podajemy przyznane granty i ich kierowników. Specyfika naszej Uczelni powoduje, że na wartość R żadnego wpływu nie wywarły wdrożenia (pkt 9 ankiety), a bardzo mały wpływ miało wdrożenie międzynarodowego systemu jakości czy akredytacji laboratoriów (pkt 6 ankiety). Myślę, że ta ostatnia forma działalności wymaga zintensyfikowania przez wszystkie jednostki Uczelni. Przepisy unijne poniekąd wymuszają na nas zajęcie się tym tematem.

Reasumując, myślę, że przedstawiony ranking jednostek i ich kategoryzacja będzie miała tak jak dotychczas stymulujący wpływ na środowisko naukowe naszej Uczelni. Należy przypomnieć, że wartość E , według której ułożono listę rankingową, ma jedynie znaczenie prestiżowe i wiele jednostek, mimo że są bardzo aktywne we wszystkich formach działalności naukowej, ze względu na równoczesne duże obciążenie dydaktyczne ma większą liczbę etatów naukowo-dydaktycznych (liczba N), stąd efektywność (liczba E) nie zawsze oddaje ich zaangażowanie naukowe. Warto pamiętać, że wiele takich jednostek miało niewątpliwie wpływ na uzyskaną ministerialną kategoryzację wydziałów Uczelni. Spośród tych jednostek, które nie znalazły się w I kategorii ze wspomnianych powodów, pozwolę sobie wymienić Katedrę Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Katedrę i Zakład Biochemii, czy Katedrę i Klinikę Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej. Dotacja finansowa na działalność statutową jednostek, tak jak dotychczas wynika z wartości $1R$ wspólnej dla wszystkich jednostek, niezależnie od przyznanej kategorii.

prof. Andrzej Hellmann
prorektor ds. nauki

Tabela 1. Wyniki oceny parametrycznej jednostek statutowych AMG za lata 2004–2006 oraz kategorie przyznane na rok 2007

Lp.	Typ	Kod	Jednostka organizacyjna AMG	Suma R	Średnia E	Kategoria jednostki
1.	P	6	Zakład Medycyny Molekularnej	424,00	141,33	I
2.	KN	13	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	2 533,55	105,29	I
3.	F	8	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej	531,55	104,20	I
4.	IN	9	Zakład Ochrony Środowiska i Higieny Transportu	304,25	95,41	I
5.	P	22	Zakład Immunopatologii	368,05	93,65	I
6.	IN	1	Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych	221,30	73,77	I
7.	NZ	8	Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej	547,05	72,24	I
8.	P	28	Klinika Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności	194,75	64,92	I
9.	P	13	Zakład Immunologii	399,55	63,76	I
10.	KN	12	Klinika Nefrologii Dziecięcej	465,50	62,28	I
11.	P	12	Zakład Histologii	750,00	62,25	I
12.	KN	6	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii	1 098,25	57,81	I
13.	NZ	13	Zakład Medycyny Nuklearnej	563,05	55,85	I
14.	P	21	Katedra i Zakład Patomorfologii	763,35	55,17	I
15.	KN	1	Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	1 884,55	53,30	I
16.	NZ	20	Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie	211,25	51,67	I
17.	NZ	23	Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego	259,00	50,42	I
18.	P	4	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	845,55	50,17	I
19.	F	4	Katedra i Zakład Bromatologii	523,05	49,98	I
20.	F	3	Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki	850,75	47,45	I
21.	F	13	Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych	680,80	46,11	I
22.	NZ	22	Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego	176,50	42,89	I
23.	NZ	25	Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia	85,25*	42,63	I
24.	P	5	Zakład Medycyny Laboratoryjnej	666,80	41,84	II
25.	KN	19	Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii	1 551,30	41,15	II
26.	KN	2	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Toksykologii Klinicznej	543,75	41,05	II
27.	NZ	21	Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego	248,00	40,32	II
28.	KN	24	Klinika Neurologii Dorosłych	687,50	38,16	II
29.	KZ	20	Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej	178,75	37,24	II
30.	IN	5	Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego	220,75	36,79	II
31.	NZ	6	Zakład Propedeutyki Onkologii	36,50**	36,50	II
32.	P	7	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	545,85	35,60	II
33.	NZ	12	Zakład Radiologii	640,00	35,52	II
34.	P	25	Zakład Mikroskopii Elektronowej	199,05	34,03	II
35.	IN	2	Zakład Parazytologii Tropikalnej	527,00	33,43	II
36.	P	10	Katedra i Zakład Fizjopatologii	511,80	33,09	II
37.	P	33	Zakład Enzymologii Molekularnej (MUWB)	135,50*	33,05	II
38.	KN	16	Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych	821,10	32,30	II
39.	F	7	Katedra i Zakład Chemii Fizycznej	760,05	31,49	II
40.	F	14	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	497,85	31,28	II
41.	NZ	24	Zakład Pielęgniarstwa Położniczego-Ginekologicznego	108,50	31,28	II
42.	F	2	Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej	274,50	30,66	II
43.	KN	7	I Katedra i Klinika Kardiologii	800,60	30,50	II
44.	P	11	Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki	442,00	30,44	II
45.	P	15	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	658,25	30,14	II
46.	F	9	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	559,00	29,60	II
47.	P	3	Katedra i Zakład Biochemii	1 072,05	29,43	II

Lp.	Typ	Kod	Jednostka organizacyjna AMG	Suma R	Średnia E	Kategoria jednostki
48.	KN	27	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii	798,55	28,35	II
49.	KN	31	Klinika Alergologii	510,05	27,53	II
50.	IN	3	Zakład Medycyny Tropikalnej i Epidemiologii	97,50	27,09	II
51.	KZ	8	Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani	804,85	26,89	II
52.	KZ	4	Klinika Położnictwa	600,75	26,06	II
53.	KN	10	Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej	1 139,05	25,60	II
54.	KZ	9	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	477,30	25,57	II
55.	NZ	4	Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej	126,00	25,40	II
56.	KZ	6	Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży	326,30	25,29	II
57.	KZ	28	Klinika Chirurgii Ręki	54,50**	23,70	II
58.	KN	22	Zakład Medycyny Paliatywnej	220,55	23,63	II
59.	P	19	Zakład Higieny i Epidemiologii	116,05	23,49	II
60.	KN	3	Klinika Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych	448,60	22,98	II
61.	KN	33	Zakład Neuroanestezjologii	47,50**	22,84	II
62.	KN	21	Klinika Pneumonologii	138,00	22,26	II
63.	KN	18	Zakład Psychiatrii Biologicznej	132,50	22,24	II
64.	IN	8	Zakład Toksykologii i Farmakologii Klinicznej	127,00	20,81	III
65.	KN	25	Klinika Neurologii Rozwojowej	223,80	20,58	III
66.	F	17	Zakład Patofizjologii	89,30	20,09	III
67.	NZ	15	Zakład Informatyki Radiologicznej i Statystyki	66,30	20,08	III
68.	IN	10	Zakład Medycyny Morskiej – Międzyregionalne Centrum Medycyny Morskiej WHO	92,00	20,00	III
69.	P	1	Zakład Anatomii i Neurobiologii	595,25	19,97	III
70.	F	15	Zakład Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki	227,25	19,89	III
71.	KZ	7	Katedra i Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej	511,80	19,80	III
72.	KZ	22	Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej	144,49	19,44	III
73.	P	8	Katedra i Zakład Farmakologii	285,80	19,16	III
74.	KZ	24	Klinika Neonatologii	180,00	19,13	III
75.	KN	20	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	705,55	18,82	III
76.	KN	23	Zakład Medycyny Rodzinnej	463,10	18,78	III
77.	KN	17	Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego	364,05	18,56	III
78.	KZ	14	Katedra i Klinika Urologii	277,30	18,35	III
79.	KZ	10	Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej	277,75	18,05	III
80.	NZ	19	Zakład Psychologii Klinicznej	18,00**	18,00	III
81.	KZ	5	Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej	781,55	17,97	III
82.	KZ	15	Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń	257,25	17,43	III
83.	NZ	7	Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej	176,50	17,35	III
84.	KZ	12	Katedra i Klinika Neurochirurgii	281,75	17,17	III
85.	F	10	Katedra i Zakład Farmakognozji	233,30	16,95	III
86.	F	12	Katedra i Zakład Toksykologii	227,55	16,85	III
87.	KN	11	Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii	678,80	16,58	III
88.	KZ	11	Katedra i Klinika Chorób Oczu	278,75	16,28	III
89.	KZ	25	Zakład Implantoprotezy Stomatologicznej	107,55	16,00	III
90.	KZ	1	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej	873,00	15,99	III
91.	NZ	9	Zakład Badań nad Jakością Życia	75,50	15,95	III
92.	NZ	10	Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych	89,00	15,65	III
93.	F	1	Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	198,25	14,36	III

Lp.	Typ	Kod	Jednostka organizacyjna AMG	Suma R	Średnia E	Kategoria jednostki
94.	KN	8	Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca	467,05	14,23	III
95.	NZ	11	Klinika Rehabilitacji	252,75	14,22	III
96.	P	14	Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	187,00	13,89	III
97.	NZ	16	Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej	165,50	13,71	III
98.	KN	4	Klinika Chorób Zakaźnych	365,05	13,01	III
99.	F	5	Katedra i Zakład Chemii Analitycznej	215,55	12,97	III
100.	KZ	3	Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej	309,25	12,85	III
101.	KN	26	Katedra i Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca	233,50	12,42	III
102.	P	32	Zakład Mikrobiologii Molekularnej i Serologii	109,50	12,32	III
103.	P	9	Katedra i Zakład Fizjologii	206,50	12,23	III
104.	NZ	2	Zakład Bioenergetyki i Fizjologii Wysiłku Fizycznego	12,00**	12,00	III
105.	F	6	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	231,75	11,99	IV
106.	F	11	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	78,30	11,63	IV
107.	NZ	5	Zakład Fizjoterapii	21,00**	11,54	IV
108.	P	30	Zakład Etyki, Bioetyki i Deontologii	24,75	10,69	IV
109.	IN	4	Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	62,25	10,38	IV
110.	P	31	Zakład Neuropatologii i Patologii Molekularnej	81,00	10,18	IV
111.	KZ	18	Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	230,75	9,72	IV
112.	KN	5	Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii	239,75	9,54	IV
113.	KZ	27	Zakład Technik Dentystycznych i Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia	24,50*	9,48	IV
114.	KZ	19	Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej	140,75	8,92	IV
115.	KZ	23	Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego	99,50	8,04	IV
116.	NZ	14	Zakład Radiologii Neonatologicznej, Ginekologicznej i Urologicznej	59,00	7,57	IV
117.	KN	9	Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń	64,80	7,23	IV
118.	NZ	18	Zakład Gerontologii Społecznej i Klinicznej	6,50**	6,37	IV
119.	P	2	Zakład Anatomii Klinicznej	102,00	6,17	IV
120.	NZ	3	Zakład Biochemii i Fizjologii Klinicznej	11,75	5,88	IV
121.	KZ	21	Zakład Ortodoncji	55,80	5,66	IV
122.	KZ	17	Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej	55,55	5,41	IV
123.	KZ	13	Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	178,00	4,91	IV
124.	IN	6	Klinika Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej	4,50	1,50	IV
125.	F	19	Zakład Chemii Klinicznej	0,00*	0,00	IV
126.	NZ	1	Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia	0,00**	0,00	IV
127.	NZ	17	Zakład Prawa Medycznego	0,00**	0,00	IV

* Ocena jednostki za lata 2005 – 2006; ** Ocena jednostki za rok 2006

Tabela 4. Liczba jednostek w obrębie Wydziałów AMG znajdujących się we wskazanych przedziałach parametru efektywności naukowej (E) w odpowiedniej kategorii w roku 2007

Kategoria	Przedział wartości E	Liczba jednostek w poszczególnych kategoriach				
		Wydział Lekarski	Wydział Farmaceutyczny	Międzywydziałowy Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej	Wydział Nauk o Zdrowiu	RAZEM
I	>42	11	4	2	6	23
II	42 – 22	28	4	3	5	40
III	22 – 12	25	6	2	8	41
IV	<12	12	3	2	6	23
		76	17	9	25	127

Tabela 2. Lista publikacji z IF > 5

Czasopismo	Rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
N. Eng. J. Med.	2006, vol. 354, nr 6, s. 567-578	J. A. Bonner, P. M. Harari, J. Giralt, N. Azaria, D. M. Shin, R. B. Cohen, C. U. Jones, R. Sur, D. Raben, JACEK JASSEM, R. Ove, M. S. Kies, J. Baselga, H. Youssoufian, N. Amellal, E. K. Rowinsky, K. K. Ang	Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck	44,016
JAMA	2006, vol. 295, nr 22, s. 2613-2619	I. A. Brouwer, P. L. Zock, A. J. Camm, D. Böcker, R. N. W. Hauer, E. F. D. Wever, C. Dullemeijer, J. E. Ronden, M. B. Katan, ANDRZEJ LUBIŃSKI, H. Buschler, E. G. Schouten, [i in.]	Effect of fish oil on ventricular tachyarrhythmia and death in patients with implantable cardioverter defibrillators: the study on Omega-3 fatty acids and ventricular arrhythmia (SOFA) randomized trial	23,332
Circulation	2006, vol. 114, suppl. 1, s. I-566-I-572	L. Osman, A. H. Chester, M. Amrani, M. H. Yacoub, RYSZARD T. SMOLEŃSKI	A novel role of extracellular nucleotides in valve calcification: a potential target for atorvastatin	11,632
J. Clin. Oncol.	2006, vol. 24, nr 31, s. 5034-5042	F. R. Hirsch, M. Varella-Garcia, P. A. Bunn Jr., W. A. Franklin, RAFAŁ DZIADZIUSZKO, N. Thatcher, A. Chang, P. Parikh, J. R. Pereira, T. Ciuleanu, J. von Pawel, C. Watkins, A. Flannery, G. Ellison, E. Donald, L. Knight, D. Parums, N. Botwood, B. Holloway	Molecular predictors of outcome with gefitinib in a phase III placebo controlled study in advanced non-small-cell lung cancer	9,835
Lancet Oncol.	2006, vol. 7, nr 9, s. 719-727	J.-Y. Douillard, R. Rosell, M. De Lena, F. Carpagnano, R. Ramlau, J. L. González-Larriba, T. Grodzki, J. R. Pereira, A. Le Groumellec, V. Lorusso, C. Clary, A. Torres, J. Dahabreh, P.-J. Souquet, J. Astudillo, P. Fournel, A. Artal-Cortes, JACEK JASSEM, L. Koubkova, P. His, M. Riggi, P. Hurloup	Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIA non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): a randomised controlled trial	7,855
Hum. Mol. Genet.	2006, vol. 15, nr 6, s. 1015-1023	O. Maertens, H. Prenen, M. Debiec-Rychter, AGNIESZKA WOŹNIAK, R. Sciot, P. Pauwels, I. De Wever, J. R. Vermeesch, T. de Raedt, A. De Paepe, F. Speleman, A. van Oosterom, L. Messiaen, E. Legius	Molecular pathogenesis of multiple gastrointestinal stromal tumors in NF1 patients	7,764
Cancer Res.	2006, vol. 66, nr 2, s. 944-950	S. E. Witta, R. M. Gemmill, F. R. Hirsch, Ch. D. Coldren, K. Hedman, L. Ravdel, B. Helfrich, RAFAŁ DZIADZIUSZKO, D. C. Chan, M. Sugita, Z. Chan, A. Baron, W. Franklin, H. A. Drabkin, L. Girard, A. F. Gazdar, J. D. Minna, P. A. Bunn Jr.	Restoring E-Cadherin expression increases sensitivity to epidermal growth factor receptor inhibitors in lung cancer cell lines	7,616
Ann. Neurol.	2006, vol. 60, nr 4, s. 438-446	BARTOSZ KARASZEWSKI, J. M. Wardlaw, I. Marshall, V. Cvorovic, K. Wartolowska, K. Haga, P. A. Armitage, M. E. Bastin, M. S. Dennis	Measurement of brain temperature with magnetic resonance spectroscopy in acute ischemic stroke	7,571
Eur. Heart J.	2006, vol. 27, nr 7, s. 808-816	J. Defoor, K. Martens, D[OMINIK]A ZIELIŃSKA, G. Matthijs, H. Van Nerum, D. Schepers, R. Fagard, L. Vanhees	The CAREGENE study: polymorphisms of the β_1 adrenoceptor gene and aerobic power in coronary artery disease	7,341
J. Am. Soc. Nephrol.	2006, vol. 17, nr 10, s. 2864-2870	S. Weber, V. Moriniere, T. Knüppel, M. Charbit, J. Dusek, G.M. Ghiggeri, A. Jankauskienė, S. Mir, G. Montini, A. Peco-Antic, E. Wühl, ALEKSANDRA M. ŻUROWSKA, O. Mehls, C. Abtignac, F. Schaefer, R. Salomon	Prevalence of mutations in renal developmental genes in children with renal hypodysplasia: results of the ESCAPE study	7,240
J. Proteome Res.	2006, vol. 5, nr 7, s. 1618-1625	R. Put, M. Daszykowski, T[OMASZ] BAŁCZEK, Y. Vander Heyden	Retention prediction of peptides based on uninformative variable elimination by partial least squares	6,917
Hypertension	2006, vol. 47, s. 51-55	KRZYSZTOF NARKIEWICZ, P. van de Borne, N. Montano, DAGMARA HERING, T. Kara, V. K. Somers	Sympathetic neural outflow and chemoreflex sensitivity are related to spontaneous breathing rate in normal men	6,331
Mol. Microbiol.	2006, vol. 62, nr 5, s. 1484-1497	M. M. Kulkarni, W. R. McMaster, E. Kamysz, WOJCIECH KAMYSZ, D. M. Engman, B. S. McGwire	The major surface-metalloprotease of the parasitic protozoan, Leishmania, protects against antimicrobial peptide-induced apoptotic killing	6,203

Czasopismo	Rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
Stroke	2006, vol. 37, nr 4, s. 1103-1105	JAROSŁAW KREJZA, M. Arkuszewski, S. E. Kasner, J. Weigle, A. Ustymowicz, R. W. Hurst, B. L. Cucchiara, S. R. Messe	Carotid artery diameter in men and women and the relation to body and neck size	5,855
J. Biol. Chem.	2006, vol. 281, nr 43, s. 32057-32064	EWA M. SŁOMIŃSKA, E. A. Carrey, HENRYK FOKS, CZESŁAWA ORLEWSKA, E. Wiecezrak, P. Sowiński, M. H. Yacoub, A. M. Marinaki, H. A. Simmonds, RYSZARD T. SMOLEŃSKI	A novel nucleotide found in human erythrocytes, 4-pyridone-3-carboxamide-1-β-D-ribose nucleoside triphosphate	5,854
Clin. Cancer Res.	2006, vol. 12, nr 12, s. 3652-3656	P. A. Bunn Jr., RAFAŁ DZIADZIUSZKO, M. Varella-Garcia, W. Franklin, S. E. Witta, K. Kelly, F. R. Hirsch	Biological markers for non-small cell lung cancer patient selection for epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor therapy	5,715
Clin. Cancer Res.	2006, vol. 12, nr 10, s. 3078-3084	RAFAŁ DZIADZIUSZKO, S. E. Witta, F. Cappuzzo, S. Park, K. Tanaka, P. V. Danenberg, A. E. Baron, L. Crino, W. A. Franklin, P. A. Bunn Jr., M. Varella-Garcia, K. D. Danenberg, F. R. Hirsch	Epidermal growth factor receptor messenger RNA expression, gene dosage, and gefitinib sensitivity in non-small cell lung cancer	5,715
Clin. Cancer Res.	2006, vol. 12, nr 14, suppl., s. 4409s-4415s	RAFAŁ DZIADZIUSZKO, F. R. Hirsch, M. Varella-Garcia, P. A. Bunn Jr.	Selecting lung cancer patients for treatment with epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors by immunohistochemistry and fluorescence in situ hybridization – why, when, and how?	5,715
Clin. Cancer Res.	2006, vol. 12, nr 16, s. 4812-4821	S. Hahtola, S. Tuomela, L. Elo, T. Häkkinen, L. Karenko, BOGUSŁAW NEDOSZYTKO, H. Heikkilä, U. Saarialho-Kere, JADWIGA ROSZKIEWICZ, T. Aittokallio, R. Lahesmaa, A. Ranki	Th1 response and cytotoxicity genes are down-regulated in cutaneous T-cell lymphoma	5,715
Anal. Chem.	2006, vol. 78, nr 1, s. 239-249	PAWEŁ WICZLING, PIOTR KAWCZAK, ANTONI NASAL, ROMAN KALISZAN	Simultaneous determination of pK _a and lipophilicity by gradient RP HPLC	5,635
Radiology	2006, vol. 239, nr 1, s. 238-245	L. Pikus, J. H. Woo, R. L. Wolf, E. H. Herskovits, G. Moonis, A. F. Jawad, JAROSŁAW KREJZA, E. R. Melhem	Artificial multiple sclerosis lesions on simulated FLAIR brain MR images: echo time and observer performance in detection	5,377
Radiology	2006, vol. 239, nr 3, s. 831-838	S. Wang, H. Poptani, J. H. Woo, L. Desiderio, L. B. Elman, L. F. McCluskey, JAROSŁAW KREJZA, E. R. Melhem	Diffusion-tensor and chemical shift MR imaging at 3.0T	5,377
Emerg. Inf. Dis.	2006, vol. 12, nr 5, s. 860-862	ANNA LIBEREK, MARIA KORZON, E. Bernatowska, M. Kurenko-Deptuch, M. Rytlewaska	Vaccination-related Mycobacterium bovis BCG infection	5,308
NeuroImage	2006, vol. 31, s. 958-967	A. Tran Dinh, N. Kubis, Y. Tomita, BARTOSZ KARASZEWSKI, Y. Calando, K. Oudina, H. Petite, J. Seylaz, E. Pinard	In vivo imaging with cellular resolution of bone marrow cells transplanted into the ischemic brain of a mouse	5,288
J. Cell. Physiol.	2006, vol. 206, nr 12, s. 780-791	A. Słomiński, BŁAŻEJ ZBYTEK, A. Pisarchik, R. M. Słomiński, M. A. Żmijewski, J. Wortsman	CRH functions as a growth factor/ cytokine in the skin	5,222
J. Hypertens.	2006, vol. 24, nr 1, s. 203-204	S. E. Kjeldsen, KRZYSZTOF NARKIEWICZ, R. Cifkova, G. Mancia	ESH statement on detection and punishment of abstract fraud and poster plagiarism	5,218
J. Hypertens.	2006, vol. 24, nr 4, s. 603-610	P. Palatini, A. Benetos, G. Grassi, S. Julius, S. E. Kjeldsen, G. Mancia, KRZYSZTOF NARKIEWICZ, G. Parati, A. C. Pessina, L. M. Ruilope, A. Zanchetti	Identification and management of the hypertensive patient with elevated heart rate: statement of a European Society of Hypertension Consensus Meeting	5,218
J. Hypertens.	2006, vol. 24, nr 4, s. 691-695	DAGMARA HERING, V. K. Somers, T. Kara, WIESŁAWA KUCHARSKA, P. Jurak, LESZEK BIENIASZEWSKI, KRZYSZTOF NARKIEWICZ	Sympathetic neural responses to smoking are age dependent	5,218
J. Hypertens.	2006, vol. 24, nr 1, s. 205-208	J. P. Baguet, KRZYSZTOF NARKIEWICZ, J. M. Mallion	Update on hypertension management: obstructive sleep apnea and hypertension	5,218

Czasopismo	Rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
Mol. Cancer Ther.	2006, vol. 5, nr 5, s. 1371-1382	JERZY JANKAU, A. M. Aleem, SYLWIA MAŁGORZEWICZ, M. Szkudlarek, M. I. Zawodszky, D. L. Dewitt, M. Feig, S. H. Selman, E. Skrzypczak-Jankau	Synthetic curcuminoids modulate the arachidonic acid metabolism of human platelet 12-lipoxygenase and reduce sprout formation of human endothelial cells	5,171
Crit. Care Med.	2006, vol. 34, nr 9, s. 2415-2420	A. Giacometti, O. Cirioni, R. Ghiselli, F. Mocchegiani, C. Silvestri, F. Orlando, WOJCIECH KAMYSZ, A. Licci, E. Kamysz, JERZY ŁUKASIAK, V. Saba, G. Scalise	Amphibian peptides prevent endotoxemia and bacterial translocation in bile duct-ligated rats	5,077

Tabela 3. Prace naukowo-badawcze (granty) finansowane przez MNiSW w 2006 r.

Lp.	Numer	Kierownik projektu	Jednostka	Przyznana kwota
KONKURS 30				
1.	G-1	dr hab. Maria Wujtewicz	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	181 825,00 zł
2.	G-2	dr Hanna Bielarczyk	Zakład Medycyny Laboratoryjnej	375 900,00 zł
3.	G-3	dr Anna Płoszyńska	Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii	333 000,00 zł
4.	G-5	dr Zyta Banecka-Majkutewicz	Klinika Neurologii Dorosłych	235 000,00 zł
5.	G-8	dr Izabela Zdrojewska	Katedra i Zakład Bromatologii	188 900,00 zł
6.	G-16	dr Michał Obuchowski	Zakład Biologii Komórki	290 600,00 zł
7.	G-18	dr hab. Ewa Jassem	Klinika Alergologii	50 000,00 zł
8.	G-29	dr Piotr Trzonkowski	Zakład Histologii	280 500,00 zł
9.	G-33	dr hab. Walenty Nyka	Klinika Neurologii Dorosłych	50 000,00 zł
10.	G-37	dr Teresa Frąckowiak	Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki	154 200,00 zł
11.	G-55	dr Barbara Kortas-Stempak	Katedra Analitiky Klinicznej	196 000,00 zł
12.	G-62	prof. Małgorzata Sznitowska	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	50 350,00 zł
13.	G-64	prof. Zbigniew Kmieć	Zakład Histologii	50 000,00 zł
14.	G-65	prof. Andrzej Myśliwski	Zakład Histologii	50 000,00 zł
15.	G-70	prof. Bogdan Wyrzykowski	Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii	49 999,00 zł
16.	G-79	dr hab. Władysław Werel	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	61 078,00 zł
17.	G-13	dr Zdzisław Kochan	Katedra i Zakład Biochemii	200 000,00 zł
RAZEM:				2 797 352,00 zł
KONKURS 31				
18.	G-50	prof. Janusz Limon	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	350 000,00 zł
19.	G-81	dr Ewa Iżycka-Świeszewska	Katedra i Zakład Patomorfologii	300 000,00 zł
20.	G-82	prof. Julian Świerczyński	Katedra i Zakład Biochemii	273 000,00 zł
21.	G-84	prof. Jan Stępiński	Zakład Immunopatologii	49 400,00 zł
22.	G-85	prof. Jacek Petruszewicz	Katedra i Zakład Farmakologii	50 000,00 zł
23.	G-86	dr Amelia Szymanowska	Klinika Alergologii	114 400,00 zł
24.	G-87	dr hab. Krystyna Raczyńska	Katedra i Klinika Chorób Oczu	50 000,00 zł
25.	G-88	dr hab. Ryszard T. Smoleński	Katedra i Zakład Biochemii	208 000,00 zł
26.	G-89	dr Dagmara Klasa-Mazurkiewicz	Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej	196 940,00 zł
27.	G-90	prof. Michał Woźniak	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	50 000,00 zł
28.	G-91	dr Bogusław Nedoszytko	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii	181 000,00 zł
29.	G-92	prof. Janusz Moryś	Zakład Anatomii i Neurobiologii	232 440,00 zł
30.	G-93	prof. Wiesława Łysiak-Szydłowska	Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej	51 900,00 zł
RAZEM:				2 107 080,00 zł

Finał IV Konkursu Prac Magisterskich

Prezentujemy laureatów tegorocznego IV Konkursu Prac Magisterskich, który odbył się 20 lutego br. w sali wykładowej nr 1 na Wydziale Farmaceutycznym. Podczas finału Konkursu studenci prezentowali swoje prace wykonane w roku akademickim 2005/2006. Organizacją imprezy zajęli się studenci Młodej Farmacji. Spośród autorów 8 prac magisterskich zgłoszonych do Konkursu, komisja konkursowa wyłoniła następujących zwycięzców:

I miejsce – Agnieszka Wernecka za pracę „Zastosowanie mikroekstrakcji w fazie nadpowierzchniowej do analizy chloropiryfosu w materiale biologicznym”, wykonaną pod kierunkiem prof. Wojciecha Czarnowskiego

II miejsce – Marta Radkowska za pracę „Przewidywanie retencji HPLC peptydów w proteomice z wykorzystaniem danych relacyjnych dla aminokwasów analizowanych metodą TLC”, wykonaną pod kierunkiem prof. Romana Kaliszana

III miejsce *ex aequo* przyznano:

– Sandrze Makulskiej za pracę „Przenikanie kamfory i mentolu do warstwy rogowej skóry”, wykonaną pod kierunkiem prof. Małgorzaty Sznitowskiej

– Weronice Wojtasik za pracę „Badania fitochemiczne i biofarmaceutyczne niektórych gatunków z rodzaju *Salix*” wykonaną pod kierunkiem dr hab. Mirosławy Krauze-Baranowskiej.

Z wielką przyjemnością gratulujemy wszystkim laureatom! Autorzy pozostałych prac, które brały udział w Konkursie to:

Łukasz Balewski – „Synteza pochodnych pirazynoamidrazonów”, wykonana pod kierunkiem prof. Henryka Foksa,

Kamil Brożewicz – „Synteza pochodnych 2-merkaptopirydyny”, wykonana pod kierunkiem prof. Henryka Foksa,

Magdalena Dąbrowska – „Ocena zawartości folianów i tiaminy w wybranych produktach fortifikowanych oraz badanie częstości spożycia produktów bogatych w te witaminy przez młodzież akademicką”, wykonana pod kierunkiem prof. Piotra Szefera,

Anna Esden-Tempska – „Wyznaczanie stałej dysocjacji oraz lipofilowości związków o potencjalnym działaniu przeciwnowotworowym metodą gradientowej RP HPLC”, wykonana pod kierunkiem prof. Romana Kaliszana. Autorka z przyczyn losowych nie mogła wziąć udziału w ostatnim etapie konkursu.

Finał Konkursu otworzył dziekan, prof. Marek Wesołowski, który powitał zaproszonych gości: rektora prof. Romana Kali-

szana, prorektora ds. dydaktyki prof. Jana Marka Słomińskiego, uczestników Konkursu, jurorów, członków Rady Wydziału oraz licznie zgromadzonych studentów. Dziekan przypomniał krótko dzieje powstania Konkursu podkreślając, że studenci, którzy zdobędą dwa pierwsze miejsca, będą reprezentować nasz Wydział w Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich. Następnie głos zabrał prof. Roman Kaliszan, życząc uczestnikom powodzenia w zmaganiach konkursowych. Podkreślił istotną rolę, jaką pełni umiejętność zaprezentowania własnych wyników badań naukowych.

Zgłoszone prace zostały wcześniej ocenione pod względem naukowym przez jurorów profesorów Jerzego Klimka, Jerzego Łukasiaka oraz Franciszka Sączewskiego. W dniu Konkursu prace były oceniane przez komisję konkursową, poszerzoną o studentów Joannę Karnowską oraz Krzysztofa Sołohubę, przedstawicieli Młodej Farmacji. Ocenie podlegała również umiejętność prezentacji wyników badań oraz prowadzenia dyskusji po przedstawieniu pracy przez magistrantów. Poziom prac był bardzo wysoki. Tematyka dotyczyła różnorodnych dziedzin farmacji, poczynając od syntezy związków organicznych o potencjalnym działaniu leczniczym, poprzez dziedziny związane z badaniem działania postaci leku, analizą bromatologiczną, toksykologiczną czy farmakokinetyczną. O końcowym wyniku Konkursu decydowały zarówno ocena naukowa pracy, jak również umiejętność przekazania swoich osiągnięć. Wiele z tych prezentacji prac prowokowało pytania i inicjowało ciekawe dyskusje.

Fundatorem nagród przyznanych w Konkursie jest Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Nagrody za zdobycie I, II oraz III miejsca zostaną wręczone laureatom podczas uroczystości rozdania dyplomów ukończenia studiów. Towarzystwo Farmaceutyczne ufundowało również wartościowe podręczniki dla wszystkich uczestników Konkursu. Nowością tegorocznego Konkursu była nagroda publiczności. Nagrodę tę obecni na sali mogli przyznać wybranej prezentacji, kierując się własnymi kryteriami wyboru. Tak się złożyło, że wybór publiczności był zgodny z wyborem komisji konkursowej – swoją nagrodą publiczność obdarzyła również Agnieszkę Wernecką.

Można uważać, że organizacja Konkursów Prac Magisterskich na trwałe wpisała się w życie naukowe Wydziału. Umożliwiają one studentom zapoznanie się z szerokim i różnorodnym zakresem badań prowadzonych w katedrach i zakładach Wydziału Farmaceutycznego. Mamy nadzieję, że tegoroczne spotkanie pobudzi zainteresowania naukowe studentów, co zaowocuje jeszcze lepszymi pracami w roku przyszłym. Już teraz zachęcamy studentów do wykonania dobrych, wartościowych prac magisterskich i do wzięcia udziału w przyszłorocznym Konkursie.

dr hab. Apolonia Rybczyńska, prof. AMG
przewodnicząca komisji konkursowej
prodziekan Wydziału Farmaceutycznego



Członkowie komisji konkursowej oceniali prezentacje prac magisterskich, od lewej: Krzysztof Sołohub, prorektor prof. Jan Marek Słomiński, profesorowie Jerzy Klimek, Jerzy Łukasiak, Apolonia Rybczyńska

Z Senatu AM w Gdańsku

nadzwyczajne posiedzenie w dniu 22 lutego 2007 r.

Na wstępie obrad rektor prof. Roman Kaliszan wręczył akty mianowania: prof. dr. hab. Jerzemu Łukaszkowi na stanowisko profesora zwyczajnego i dr. hab. Walentemu Nyce na stanowisko profesora nadzwyczajnego oraz nominację dr. hab. Bogdanowi Jareminowi na funkcję kierownika Kliniki Chorób Zawodowych i Wewnętrznych MIMMiT, dr. hab. Iwanowi Kocićowi na funkcję kierownika Zakładu Toksykologii i Farmakologii Klinicznej MIMMiT oraz dr. hab. Romualdowi Lango na funkcję kierownika Kliniki Kardiologii i Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Następnie Senat pozytywnie zaopiniował następujące wnioski:

- w sprawie mianowania dr. hab. Zbigniewa Karwackiego na stanowisko profesora nadzwyczajnego AMG
- w sprawie mianowania prof. dr. hab. Zygmunta Chodorowskiego na stanowisko profesora zwyczajnego AMG
- w sprawie włączenia Katedry Analizy Klinicznej do Oddziału Medycyny Laboratoryjnej

Senat zatwierdził zasady realizacji programu LLP (*Lifelong Learning Programme* – „Uczenie się przez całe życie”) na lata 2007 – 2013 oraz dokument *Erasmus Policy Statement* i umowy międzyuczelniane związane z realizacją programu Erasmus. Stypendium w ramach Programu LLP można otrzymać na wyjazd w celu realizacji części programu studiów lub praktyk studenckich, przeprowadzenia zajęć dydaktycznych i udziału w szkoleniach. O stypendium mogą ubiegać się studenci, którzy w momencie kwalifikacji zaliczyli przynajmniej I rok studiów (dotyczy studiów I stopnia – licencjackich). Wyjazdy studentów i nauczycieli Akademii Medycznej w Gdańsku w ramach Programu LLP w latach akademickich 2006/07 – 2012/13 będą realizowane w ramach umów dwustronnych z uniwersytetami zagranicznymi, zatwierdzonych przez Agencję Narodową i ratyfikowanych przez Senat AMG. Udział w kwalifikacjach do wyjazdów w ramach Programu LLP mogą brać studenci i doktoranci wszystkich wydziałów AMG. Stypendium na wyjazd w celu realizacji programu studiów można otrzymać tylko raz w trakcie całych studiów (łącznie z okresem studiów doktoranckich). Niezależnie od stypendium edukacyjnego można starać się o stypendium umożliwiające wyjazd na praktykę zawodową (jednorazowo). Słuchacze Dziennego Studium Doktoranckiego w rozumieniu Programu LLP są studentami studiów III stopnia. Minimalny okres stypendium w celach edukacyjnych to 3 miesiące, a maksymalny – rok akademicki (12 miesięcy, w tym 2 miesiące praktyki). Minimalny okres wyjazdu jedynie na praktykę to 3 miesiące. LLP jest programem edukacyjnym, tzn. stypendium może być przyznane w celu studiowania, tj. uczęszczania na wykłady, zdawania egzaminów, twórczej realizacji badań związanych z tematyką rozprawy doktorskiej, a także realizacji praktyk studenckich.

Prof. Jacek Bigda podkreślił, że byliśmy jedną z pierwszych uczelni w kraju, nie tylko medycznych, które zaczęły realizować program Socrates/Erasmus i w dalszym ciągu utrzymujemy się w czołówce. Prof. Bigda poinformował o różnicach programowych w porównaniu do programu z lat 2000–2006. Od 2007 roku studenci będą mieli możliwość wyjazdów również na praktyki zawodowe. Dr Jacek Gwoździwicz zwrócił uwagę na pro-

blem studentów, którzy wracają z wyjazdów, przywożą indeksy z wpisami, a w AMG muszą powtarzać dany przedmiot lub semestr. Prof. Bigda odpowiedział, że powinniśmy dążyć do pełnej uznawalności osiągniętych wyników, jednak różnice programowe są nieuniknione i ważne jest, aby studenci byli tego świadomi przed podjęciem decyzji o wyjeździe. Prof. Janusz Siebert, zastępujący na posiedzeniu Senatu nieobecnego dziekana Wydziału Lekarskiego prof. Janusza Morysia, poinformował, że wszyscy, którzy wyjeżdżają w ramach programu Socrates/Erasmus, otrzymują indywidualny tok studiów i podpisują umowę o odrabianiu określonej ilości godzin w ramach wyrównywania różnic programowych.

Senat podjął następujące uchwały:

- w sprawie wynagrodzenia pracowników AMG w związku z nabywaniem uprawnień emerytalnych. Zgodnie z uchwałą, pracownicy Akademii Medycznej w Gdańsku mają prawo do uzyskania podwyższonego o 20% aktualnie otrzymywanego wynagrodzenia zasadniczego, nie wcześniej niż w trzecim roku przed nabyciem uprawnień emerytalnych, pod warunkiem przepracowania w AMG co najmniej 5 lat. Okres pobierania tego wynagrodzenia ustalono na 24 miesiące. Warunkiem przyznania podwyższonego wynagrodzenia jest złożenie przez pracownika wniosku o rozwiązanie stosunku pracy na mocy porozumienia stron w związku z przejściem na emeryturę ze wskazaniem terminu rozwiązania stosunku pracy, upływającego z końcem ostatniego miesiąca pobierania podwyższonego wynagrodzenia. Uchwała obowiązuje z mocą od dnia 1 stycznia 2007 r. i unieważnia wszystkie wcześniejsze uchwały w tej sprawie. Pracownikom, którzy uzyskali prawo do podwyższonego wynagrodzenia na podstawie dotychczasowych uchwał Senatu, w myśl nowej uchwały, podwyższone wynagrodzenie zasadnicze wypłacane będzie w dotychczasowej wysokości. Pełny tekst uchwały jest dostępny w serwisie ektranetowym AMG.
- w sprawie zatwierdzenia szczegółowego planu operacyjnego programu przyspieszenia restrukturyzacji ACK–Szpitala AMG w latach 2007 – 2008. Program Przyspieszenia, stanowiący suplement nr 2 do Planu Strategicznego ACK–Szpitala AMG, jako załącznik do uchwały, jest dostępny w serwisie ektranetowym AMG. Projekt planu operacyjnego wraz ze szczegółowym harmonogramem działań naprawczych przewidzianych do realizacji w roku 2008, ACK–Szpital AMG przedstawi Senatowi do zatwierdzenia do dnia 30.11.2007 r. Dyrektor naczelny ACK–Szpitala AMG dr Zbigniew Krzywosiński poinformował, że w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie, dotyczące metodologii oddłużania szpitali klinicznych. W opinii ekonomistów ochrony zdrowia program naprawczy ACK–Szpitala AMG otrzymał bardzo wysoką notę, z zaleceniem szczegółowej analizy możliwości zwiększenia przychodów Szpitala. W dyskusji senatorowie zwracali uwagę na problemy związane z wymiarem czasu pracy lekarzy na rzecz Szpitala. Dyrektor Krzywosiński stwierdził, że problem zatrudniania lekarzy w ACK na ułamki etatu wynika stąd, że w wielu przypadkach od lekarzy będących nauczycielami akademickimi oczekuje się pracy kliniczno-dydaktycznej, a nie klinicznej, którą zabezpiecza kadra ACK–Szpitala AMG. W tej sytuacji, przy znanym braku funduszy, zatrudnia się pracowników Uczelni na przykład na 1/8 etatu. Dyrektor Krzywosiński poinformował, że czas pracy lekarzy będzie rozliczany zgodnie z ich wymiarem zatrudnienia w ACK, w ustalonych okresach rozliczeniowych. Kierownicy

Kadry AMG

Na stanowisko profesora zwyczajnego przeszedł

prof. dr hab. med. Zygmunt Chodorowski

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego przeszedł

dr hab. med. Zbigniew Karwacki

Na stanowisko adiunkta przeszli:

dr med. Włodzimierz Deja
dr n. chem. Marzena Jamrógiewicz
dr med. Dagmara Klasa-Mazurkiewicz
dr med. Grzegorz Kozera
dr n. med. Wojciech Skrobot

Z Uczelni odeszli:

dr med. Jacek Juściński
lek. Robert Pajuro

Powierzono funkcje:

– z dniem 1.03.2007 r. funkcję p.o. kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych dr. med. Tomaszowi Smiatczowi

Zmiany na stanowiskach kierowniczych w grupie pracowników nie będących nauczycielami akademickimi

– z dniem 28.02.2007 r. rozwiązał stosunek pracy mgr Marek Tarchalski z-ca kanclerza ds. finansowych – kwestor
– z dniem 1.03.2007 r. mgr Jarosław Woźniak został powołany na stanowisko z-cy kanclerza ds. finansowych – kwestora

Na emeryturę przeszli:

Barbara Fudacz
dr med. Tamara Czajkowska-Łaniecka
dr med. Krzysztof Michalewski
dr med. Hanna Trocha
dr med. Irena Rawicz-Zegrzda

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

20 lat

Grażyna Gołębowska
Tadeusz Keslinka
Bożena Rogowska

25 lat

Krystyna Harbul



Kadry ACK

Jubileusz długoletniej pracy w ACK – Szpital AMG obchodzą:

20 lat

Janina Baranowska
Jolanta Czerwona
Hanna Dobrodziej
Beata Glazer
Barbara Kondratowicz
Barbara Kujawińska
Barbara Lepisz
Jolanta Leik-Stefanov
Małgorzata Prus
Danuta Rzepka
Janina Świeczkowska

25 lat

Halina Batura-Baturewicz
Jolanta Bojanowska
Bożena Potrykus
Alicja Sobotta

30 lat

Irena Boroszko
Danuta Cudziło
Jolanta Kołodko
Elżbieta Piędziak
Elżbieta Szajek

35 lat

Danuta Szymańczyk
Gabriela Sznajder
Joanna Wierzchowska

40 lat

Wiesława Kosznik



jednostek będą mieli obowiązek ewidencjonować czas pracy swoich pracowników. Wiele pytań senatorów było związanych z planami restrukturyzacji zatrudnienia. Dyrektor Zbigniew Krzywosiński poinformował, że restrukturyzację zatrudnienia wymusza zbyt wysoki wskaźnik zatrudnienia lekarzy w stosunku do możliwości Szpitala. Dyrektor poinformował, że wskaźniki (liczba łóżek/etat) nie będą istotnie naruszone, ponieważ będzie również zmniejszona ilość łóżek. Senatorowie w swoich wypowiedziach podkreślali, że niezwykle istotne są dwie kwestie: rzetelne informowanie i jasne reguły restrukturyzacji. Pracownicy powinni poznać zasady rozliczania czasu pracy, wynagradzania i premiowania; wiedzieć, jakie będą reguły redukcji etatowej i organizacji pracy; czy zostanie wprowadzony system pracy zmianowej, czy redukcja etatów będzie poprzedzona gruntowną analizą sytuacji Szpitala. Prof. Grzegorz Raczak stwierdził, że dobrym rozwiązaniem organizacyjnym byłoby funkcjonowanie klinik w formie spółek, które zawierałyby kontrakty z dyrektorem na wykonanie konkretnych zadań. Obecnie kierownik kliniki nie ma wpły-

wu na stronę finansową działalności kierowanej przez siebie jednostki. Dyrektor Zbigniew Krzywosiński poinformował, że roczna analiza finansowa ACK– Szpitala AMG (od stycznia 2006 do stycznia 2007) pokazuje, że strata jest mniejsza o 2,5 mln. zł. Dyrektor dodał, że powyższe nie upoważnia do wyciągania jednoznacznych wniosków co do przyszłych tendencji ekonomicznych, ale pokazuje, że wspólna determinacja nie jest na próżno. W tym roku Akademia nie może liczyć na spektakularną poprawę sytuacji Szpitala, ale będzie postęp przejawiający się w większej rytmiczności dostaw. To z kolei będzie skutkowało normalizacją działania. Dyrektor podkreślił, że w tym roku mamy przykre zadania do zrealizowania, ale w drugiej połowie 2008 roku będzie można mówić o normalności, a dojście do etapu rozwoju to perspektywa od 1,5 do 2 lat, pod warunkiem, że nie zboczymy z drogi i że nie wystąpią niekorzystne okoliczności zewnętrzne.

mgr Grażyna Sadowska

W poszukiwaniu zaginionej sztuki medycyny – medycyna, korupcja i prawo

„Bądźmy mądrzejsi od wielorybów ...”

wywiad z prof. Marianem Filarem z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – 5.03.2007 r.
przeprowadził dr hab. Piotr Czauderna

Piotr Czauderna: Zaczniemy od definicji. Czym jest korupcja? Co to jest łapówka w świetle prawa?

Marian Filar: Korupcja jest to zjawisko społeczne polegające po prostu na tym, że określone decyzje czy określone świadczenia, będące konsekwencją tych decyzji podejmowane są nie w oparciu o rozeznanie czy o okoliczności danej sprawy, uwarunkowane względami merytorycznymi, lecz w następstwie określonych korzyści. Tak byśmy zdefiniowali korupcję jako zjawisko społeczne, socjologiczne, kulturowe, itd. Natomiast z punktu widzenia prawnego definicja korupcji, czyli łapownictwa, jest prosta. Może ono mieć formę łapownictwa biernego i czynnego. Łapownikiem czynnym jest ten, który daje łapówki; łapownikiem biernym jest ten, który bierze, i oba te podmioty odpowiadają karnie, z tym, że w bardziej uprzywilejowanej sytuacji po ostatnich zmianach jest ten, który łapówkę daje, bo w określonej sytuacji procesowej może uniknąć odpowiedzialności. Łapownictwo bierno, bo to jest właściwie istota zagadnienia, polega na przyjmowaniu korzyści osobistych lub materialnych przez funkcjonariusza publicznego lub osobę pełniącą funkcję publiczną w zamian za podjęcie określonej decyzji w ramach kompetencji, które danej osobie przysługują.

Czy problem korupcji jest stary jak świat i wiąże się z wynalezieniem pieniędzy przez Fenicjan?

Korupcja to nie tylko przyjmowanie pieniędzy, korupcja to jest kwestia przyjmowania różnych świadczeń i różnych beneficjów. Może to być, np. korzyść osobista. Warunkiem jest jednak podjęcie określonych decyzji w oparciu o otrzymane korzyści, a czy są to pieniądze, jest drugorzędne.

Czy każdy podarunek dla lekarza to już łapówka? Czy pacjent ma w ogóle prawo do wyrażenia wdzięczności?

Od łapówki należy odróżnić właśnie to wyrażenie wdzięczności. W tym miejscu musimy sobie to bardzo jasno powiedzieć, bo w aktualnych medialnych przekazach rozróżnienie to całkowicie zaginęło. Łapówka jest zawsze korzyścią ofiarowaną przed świadczeniem, chyba że już złożono obietnicę takiemu beneficjentowi, ale generalnie mechanizm jest taki: najpierw musi być łapówka lub jej obietnica, a następnie musi być decyzja tej osoby, od której zależą określone decyzje. Od łapówki należy jednak odróżnić wyrażenie wdzięczności. Jeżeli ktoś otrzymuje jakieś dobro czy świadczenie, a następnie temu decydentowi „jego dawcy” udziela określonej korzyści, ale ma to miejsce po tym świadczeniu i bez żadnej złożonej poprzednio obietnicy takiego zachowania, to jest wtedy prezent, a nie łapówka. Cała sprawa przestaje mieć wówczas charakter karnoprawny, a staje się sprawą o charakterze towarzyskim, obyczajowym, cywilizacyjnym, kulturowym czy wręcz estetycznym. Raz jeszcze podkreślam mechanizm łapownictwa jest taki, że najpierw korzyść, a potem decyzja w zamian za tę korzyść. Jeżeli ta sytuacja nie zachodzi, nie ma mowy o łapówce.

Gdzie przebiega granica między korupcją a działalnością edukacyjną na styku lekarze – koncerty farmaceutyczne? Czy wyjazdy

lekarzy na konferencje naukowe mogą być sponsorowane przez firmy farmaceutyczne? Przecież w ten sposób wprowadza się w naszym kraju nowe metody terapeutyczne i promuje się w świecie polską medycynę, tymczasem ani zarobki, ani fundusze uczelni czy szpitali nie pozwalają na finansowanie tak rozumianej edukacji.

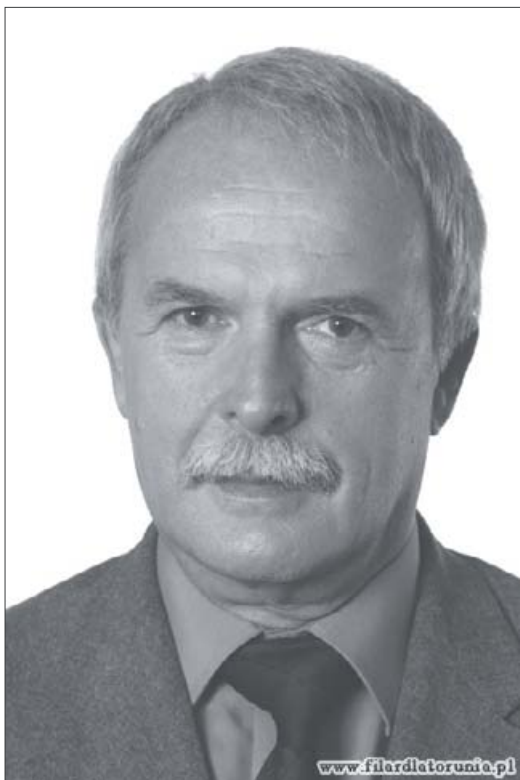
Tu rozróżniamy sytuację, w której koncern farmaceutyczny obieca lekarzowi określone korzyści i obojętne jest czy chodzi o korzyść majątkową w sensie bezpośrednim, czy o korzyść osobistą, np. sfinansowanie wyjazdu na konferencję. Istotne jest wyraźne zaznaczenie, że to jest korzyść, którą się świadczy po to, żeby lekarz podejmował decyzje korzystne dla danego koncernu, np. w przypadku lekarzy, którzy pełnią jakieś funkcje publiczne. W tym miejscu podkreślam, że nie każdy lekarz tej odpowiedzialności podlega. Problem dotyczy tylko lekarza, który jest jednocześnie funkcjonariuszem publicznym lub pełni funkcję publiczną. Więc jeśli posiada taką cechę i przyjmuje określone beneficjum dlatego, że następnie kupuje od tej właśnie firmy farmaceutycznej, np. jako dyrektor jakieś urządzenie medyczne lub lekarstwa, lub też przepisuje choremu ten właśnie środek, a nie inny, który w danej sytuacji byłby lepszy lub tańszy itd., to w tym przypadku mamy do czynienia z korupcją i z przestępstwem łapownictwa. Jeśli jednak ten lekarz nie jest jednocześnie funkcjonariuszem publicznym lub osobą pełniącą funkcję publiczną, to nie odpowiada karnie, a sprawa może być rozpatrywana jedynie w kontekście etyki lekarskiej i może pociągać za sobą, co najwyżej, zawodową odpowiedzialność przed Sądem Lekarskim.

Wyjaśnijmy sobie, kogo należy rozumieć przez osobę pełniącą funkcję publiczną?

Do niedawna, tzn. do 2003 r., było tak, że za korupcję odpowiadał tylko funkcjonariusz publiczny czyli w realiach polskiej służby zdrowia co najwyżej dyrektor szpitala. W myśl znowelizowanego kodeksu karnego (Art. 115, par. 19) osobą pełniącą funkcję publiczną jest funkcjonariusz publiczny, członek organu samorządowego, osoba zatrudniona w jednostce organizacyjnej, dysponującej środkami publicznymi, chyba że wykonuje wyłącznie czynności usługowe (...). Praktycznie zapis ten odnosi się do wszystkich lekarzy zatrudnionych w jednostkach publicznych (ZOZ-y i szpitale), ale i także do lekarzy pracujących w ZOZ-ach niepublicznych lub wykonujących praktykę na własny rachunek, jeśli tylko jednostki te dysponują środkami publicznymi, pochodzącymi z kontraktu z NFZ.

Dziękuję za to istotne wyjaśnienie. Pomówmy teraz o przyczynach korupcji. Skąd bierze się korupcja? Czy tylko z rozbieżności pomiędzy popytem a podażą? Jakie czynniki mają wpływ na korupcjogenny?

Korzenie korupcji są bardzo głębokie; oczywiście głównym powodem korupcji jest rozbieżność między popytem a podażą, tzn. gdy podaż jest mniejsza niż popyt na dane dobro. Taka jest ogólna geneza korupcji zawsze i wszędzie, bo ludzie nie lubią płacić za to, co mogą uzyskać bez płacenia; takie elementy korupcji są uwarunkowane kulturowo. Opowiem Panu auten-



tyczną historię. Znam przypadek prywatnego szpitala na bardzo dobrym poziomie, gdzie lekarze, jak na polskie warunki, zarabiają bardzo dobrze, a pacjenci leczeni są w bardzo dobrych warunkach, nie przypominających w niczym realiów przeciętnego powiatowego szpitala. Jeden z lekarzy tego szpitala opowiadał mi, że mimo iż pacjenci płacą spore pieniądze za leczenie, a lekarze otrzymują spore pieniądze w formie oficjalnych pensji, to część pacjentów usiłuje jednak wtykać lekarzom do kieszeni jakieś datki, gdyż są głęboko przekonani, że tak właśnie trzeba. Myślą, że jak lekarz tych pieniędzy nie dostanie, to wtedy pacjent będzie jakoś gorzej leczony. Ten lekarz, który mi to opowiadał, mówił to z uśmiechem: pewnie korzyści te były nieduże i miały się nijak do pensji. Tym niemniej takie właśnie wyobrażenie w społeczeństwie istnieje. W każdym razie ekonomicznym podłożem każdej korupcji jest właśnie ta rozbieżność między popytem a podażą. Pamięta Pan na pewno czasy ostatnich lat PRL-owskich, w których dużym problemem było, np. tankowanie benzyny. Ustawiano się w nocy w starych rzęchach i proszono, aby wlać dodatkowych 10 l. Pracownik stacji otrzymywał „pół litra” i coś tam burczał, ale benzynę dolewał i „pół litra” brał. Proszę zauważyć, że teraz sytuacja odwróciła się całkowicie, ponieważ podaż przekracza popyt, a więc obecnie to stacje benzynowe korumpują klienta, oczywiście w cudzysłowie, obiecując systemy lojalnościowe, punkty, jakieś gadżety i takie tam rzeczy. Więc rzeczywiście wszędzie tam, gdzie następuje wyrównanie między podażą a popytem, korupcja traci sens; ludzie nie chcą płacić za coś, co mogą dostać bez płacenia ekstra.

Skoro podstawą korupcji są twarde reguły ekonomii, to czy można w ogóle w obecnej sytuacji pokonać barierę pomiędzy możliwościami państwa a oczekiwaniami społecznymi? Czy media nie rozbudzają wśród pacjentów nierealnych oczekiwań dotyczących dostępu do najnowszych metod leczenia? Przecież nie uciekniemy od trudnego etycznie pytania o lawinowo rosnące koszty postępu i finansowania kosztów nowych technologii medycznych, od pytania – kogo i w jaki sposób leczyć. Czy lepiej zafundować 20. chorem nowoczesną tera-

Marian Filar – prawnik, profesor zwyczajny

Urodzony 6 października 1942 r. w Krośnie n/Wisłokiem. Po maturze podjął naukę w pomaturalnym Technikum Górniczym w Krakowie. Ze względu na ciężką sytuację materialną rodziny pracował równocześnie jako górnik dołowy w kopalniach węgla w Zagłębiu Dąbrowskim.

W roku 1962 rozpoczął studia na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, które pięć lat później zwieńczył tytułem magistra. W 1972 r. uzyskał doktorat z prawa na tymże wydziale, a habilitację w 1977 r. W roku 1988 uzyskał tytuł naukowy profesora, a od 1991 roku jest profesorem zwyczajnym. W 1990 roku został kierownikiem Katedry Prawa Karnego i Polityki Kryminalnej UMK w Toruniu. W latach 1988 – 1990 pełnił funkcję dziekana Wydziału Prawa i Administracji UMK w Toruniu, a przez następne trzy lata prorektora UMK w Toruniu.

Członek licznych komitetów naukowych (np. Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawa Karnego, Towarzystwa Naukowego Prawa Karnego, Polskiej Akademii Wiedzy Seksuologicznej, Polskiej Akademii Medycyny) i komitetów redakcyjnych czasopism naukowych (np. „Problemy Prawa Karnego”, „Journal of Sex Crime and Social Pathology”).

W swoim dorobku posiada przeszło 180 prac w językach polskim i obcych z dziedziny prawa karnego, polityki kryminalnej, seksualnego prawa karnego, lekarskiego prawa karnego (w tym autor 6. książek, współautor 4.).

Ekspert Organizacji Narodów Zjednoczonych w dziedzinie zapobiegania i kontroli przestępczości. Uzyskał liczne nagrody i wyróżnienia naukowe.

Brał udział w pracach kodyfikacyjnych w dziedzinie prawa karnego i lekarskiego, ekspert sejmowy i senacki. Specjalista w dziedzinie definicji przestępstw seksualnych, zdefiniował pojęcie pornografii w polskim ustawodawstwie. Odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

Wiceprzewodniczący Trybunału Stanu w latach 1997–2000.

W czerwcu 2004 roku wystartował w wyborach do Parlamentu Europejskiego zdobywając 29185 głosów (drugie miejsce w województwie kujawsko-pomorskim), jednak nie został eurodeputowanym w wyniku małej frekwencji w okręgu wyborczym.

Sekretarz generalny Towarzystwa Naukowego w Toruniu, prezes Towarzystwa Miłośników Torunia oraz osoba pełniąca wiele innych funkcji społecznych w naszym mieście.

Żonaty, jedna córka. Wśród swoich hobby wymienia: sport – siatkówka, jeździectwo, narciarstwo oraz muzykę country.

pię przeciwnowotworową, która wydłuży życie o 3–4 miesiące? Czy też lepiej pokryć koszty dodatkowego przeszczepu wątroby dla jednego pacjenta, które pozwolą mu przeżyć kolejne 5–10 lat z prawdopodobieństwem 80%? A jeśli tak jest, to kto ma te decyzje podejmować: lekarze, politycy, prawodawcy?

Tu Pan trafił w samą istotę tego właśnie problemu, korupcji w świecie medycyny, bo w innych dziedzinach takich ostrych dylematów nie ma; tam sytuacja jest bardziej klarowna. Dostaje zamówienie publiczne ten, który wygrywa przetarg; ten, który w najgorszym razie da przysłowiowe 10% do kieszeni temu, który ten przetarg organizuje i tu sprawa jest prosta. W sprawach medycznych sytuacja jest bardziej złożona. Ostatnio po raz pierwszy w życiu i do tego w dość nieoczekiwany sposób miałem okazję zetknąć się właśnie z realiami służby zdrowia i to na różnych etapach choroby. Ponieważ nieoczekiwanie wykryto u mnie pewną wadę serca, poszedłem do lekarza. Okazało się, że trzeba było mnie zoperować; najpierw spotkałem się z realiami lokalnego polskiego szpitala, a potem bardzo ekskluzywnej i prominentnej warszawskiej kliniki. I tu i tam działają ludzie, którzy są pełni dobrej woli, ale między obiektywnymi możliwościami jednej i drugiej lecznicy były zasadnicze różnice. Minęły czasy, kiedy rutynowych metod było niewiele; czy to

król, czy nadworny błazen byli leczeni dokładnie takimi samymi metodami; oczywiście przy zachowaniu innej otoczki. Dzisiaj medycyna robi tak niebywale postępy, że istnieją różnorakie możliwości i że różnica między metodami podstawowymi a metodami „ful wypas”, przepraszam za kolokwializm, jest tak ogromna, że nie ma co tego porównywać. Niestety polega na tym, że metody bardziej ekskluzywne są niebywale drogie, ale skoro już istnieją, ludzie mówią: to państwo jest od tego, żeby nam za nie zapłacić. Ja wiem, że to może będzie niezbyt popularne, ale w życiu jest tak, że liczą się fakty. Tak jak w folwarku zwierzęcym: są równi i równiejsi, i od tego nie uciekniemy. Żadnego państwa świata, a już na pewno nie naszego, nie stać na to, żeby zapewnić każdemu obywatelowi leczenia na najwyższym poziomie za darmo. Myślę, że powinno być tak, aby w ramach ubezpieczeń społecznych, bo o nich mówimy, zabezpieczyć leczenie na dobrym średnim poziomie. A jakieś ekstra rzeczy muszą być finansowane ze źródeł prywatnych, z prywatnych ubezpieczeń dodatkowych i tak jest na całym świecie. Kto ma pieniądze, to się ubezpieczy na większą kwotę i już najwyższy czas powiedzieć, że nie ma od tego ucieczki, bo rzeczą niemożliwą jest zastosowanie wobec każdego najbardziej ekskluzywnych usług – to po prostu jest niemożliwe.

Czy w takim razie możemy zaakceptować kolejki i listy oczekujących na procedury medyczne? Czy możliwość kupowania dodatkowych lub przyspieszonych usług narusza konstytucyjną zasadę równego dostępu do opieki zdrowotnej?

Nie narusza, gdyż jak mówili starożytni Rzymianie „Ultra posse nemo videtur et tenetur”, czyli poza możliwością nie ma powinności. Przykładowo, jeśli w puli budżetu służby zdrowia jest milion złotych, możemy ten milion złotych przeznaczyć na leczenie jednego najbardziej potrzebującego, ale mamy, np. stu aspirujących do tej kwoty. Tyle tylko, że to pojedyncze świadczenie, które będzie kosztowało milion złotych i wyczerpie całą pulę dostanie najbardziej potrzebujący, no ale 99. nieco mniej potrzebujących nie otrzyma żadnego świadczenia. Wie Pan, nawet jeśli wszyscy decydenci będą aniołami, będzie to i tak w określonym przypadku nie do końca sprawiedliwe. Dlatego moim zdaniem, choć jest to politycznie niepopularne i żadnemu politykowi przez gardło nie przejdzie, bo jakby to powiedział, byłby już „byłym politykiem”, konieczne jest powiedzenie ludziom jasno: „To jest dobry, przyzwoity standard, oczywiście chodzi o standard nieco powyżej lewatywy, który zapewniamy każdemu w ramach ubezpieczenia społecznego, a za czynności ponadstandardowe proszę bardzo dopłacić z prywatnych źródeł, np. za pośrednictwem prywatnych firm ubezpieczeniowych”. Innego wyjścia nie ma i jeżeli ktokolwiek mówi, że inne wyjście istnieje, to najzwyczajniej w świecie kłamie.

Patrzac na to z jeszcze innej perspektywy czy zakaz działalności opartej na zasadach komercyjnych dotyczący szpitali publicznych nie powoduje oczywiście nierówności podmiotów gospodarczych? Przecież placówki prywatne są wówczas uprzywilejowane, bo nie dość, że mogą się ubiegać o pieniądze publiczne w ramach kontraktu z NFZ, to jeszcze wolno im działać na rynku dobrowolnych ubezpieczeń medycznych czy wręcz pacjentów prywatnych.

Szpitala prywatne, nie chcę powiedzieć, że idą na łatwiznę, ale wolą wykonywać procedury raczej z tych prostszych. Tam nie leży po kilkanaście kwękających osób na korytarzu, tylko są jednoosobowe apartamenty, tyle tylko, że w sprawach na ogół prostych medycznie, bo czym bardziej skomplikowana sprawa, tym koszty leczenia wyższe. To się już wtedy przestaje opłacać. Mamy więc do czynienia z rzeczywistą nierównością podmiotów gospodarczych, bo podmioty uspołecznione są w gorszej sytuacji niż podmioty prywatne, co teoretycznie mo-

głoby podlegać zaskarżeniu do Trybunału Konstytucyjnego, choć wynik jego orzeczenia byłby trudny do przewidzenia.

Panie Profesorze, dlaczego odstępstwa od zasad etyki są tak powszechne w dzisiejszej Polsce, że stały się już niemal normą?

To już jest pytanie niemal filozoficzne. Dlaczego tak się stało? Zabrakło czegoś takiego jak standard takiej starej poczciwej, siemiężnej uczciwości. Mamy do czynienia z pierwotnym okresem akumulacji kapitału, mówiąc językiem marksistowskim, który spowodował, że powstało klasyczne zjawisko, tzw. anomii, którą znany socjolog amerykański, Merton, opisał następująco: gdy się jeden system społeczno-kulturowy wali, a powstaje w to miejsce jakiś inny, ale jeszcze się on do końca nie ukształtował, następuje takie jakieś rozedrganie obyczajowe. Dam Panu prosty przykład: proszę mi odpowiedzieć, czy z punktu widzenia wartości etycznych obowiązujących w tej chwili w Polsce dobrze być bogatym, czy raczej biednym. Niech Pan, np. zauważy, iż w trakcie różnych kampanii wyborczych itd. kandydaci na ogół reklamują się w ten sposób, że mają starego malucha 10-letniego, mieszkanie w bloku itd. – w podtekście są niby uczciwi.

Czyli bogactwo staje się podejrzane.

To prawda, bogactwo jest podejrzane. Trzeba odpowiedzieć sobie na fundamentalne pytanie, czy z punktu widzenia pewnych wartości moralnych panujących w Polsce etycznie jest być bogatym, czy też bycie bogatym jest z góry etycznie wątpliwe i etycznie być biednym. I to jest właśnie klasyczny Mertonowski stan anomii. Zawalił się jeden system, w którym wszyscy mieli po równo, przynajmniej ideologicznie, a w to miejsce jeszcze nie powstał drugi, który lansuje jakieś inne wartości. Ludzie znaleźli się w konfuzji i nie wiedzą właściwie, co jest dobre, a co jest złe. Dlatego uwidaczniają się te właśnie zjawiska.

A zatem bogactwo staje się podejrzane, ale z drugiej strony i pożądane.

Tak jest między innymi dlatego, że zakazany owoc zawsze lepiej smakuje, gdyż jest po prostu smaczniejszy.

Chciałbym odejść już od diagnoz i szukania przyczyn korupcji, a zadać pytanie – jakie widzi Pan możliwości rozwiązania problemu korupcji? Jakie działania kontrolne czy też represyjne należałoby podjąć? Czy należy raczej apelować do indywidualnego poczucia etyki, czy też stosować twarde, represyjne prawodawstwo?

Ja nie wierzę, że problem korupcji gdziekolwiek i kiedykolwiek da się rozwiązać w ten sposób, że np. w poniedziałek, a już najpóźniej we wtorek przed południem, korupcja przestanie istnieć. W wielu państwach i to nawet najbogatszych jest to nieosiągalne, gdyż ludzie lubią mieć coraz więcej i chcą mieć więcej; są przykłady spraw korupcyjnych dotyczących wysokich urzędników Unii Europejskiej, gdzie przecież oni wcale nie zarabiają mało. Wskazuje to, że od korupcji nie da się uciec ani jej całkowicie wyplenić. Istnieje „szkoła pińska”, która uczy, żeby korupcję zwalczać od strony podażowej, a z drugiej strony stosować argumenty etyczne. A z drugiej strony jest i „szkoła płocka”, która domaga się, żeby po prostu ostro karać itd. Mnie się wydaje że najrozsądniejsze jest zawsze takie rozwiązanie, które jest blisko złotego środka. Pamiętam z czasów młodzieńczych zabawy ludowe na południu Polski: ryzykowne było tańczyć przy ścianach, bo można było dostać nieoczekiwane w łeb; lepiej było wywijać na środku, bo tam Pana nie dosięgnięto. Z jednej strony trzeba zapewnić maksymalną podaź określonych dóbr, czyli zapewnić mechanizmy podażowe. Z drugiej zastosować mechanizmy admoniczne oparte na systemach moralności i na wytwarzaniu wokół korupcji aury dezaprobaty. Oczywiście od

sankcji karnych także nie uciekniemy, natomiast wiara w to, że problem rozwiążą jakieś tajemnicze biura, agencje widne, tajne, jawne i dwupłciowe itd., jest nierealna, choć stara jak świat. Szkoda sobie tym zawracać głowę i tracić czas. Wyobrażenie, że surowa kara stosowana przez służby tajemnie i nietajemnie coś tu pomoże, jest żalostną naiwnością.

Jeśli jednak apelujemy do ludzkiego poczucia przyzwoitości, to dlaczego korporacje zawodowe czy prawnicza, czy lekarska nie radzą sobie z samooczyszczeniem? Znamy przecież wszyscy w naszych środowiskach, tzw. czarne owce.

To jest niewątpliwie trudne zadanie. Znam tak jedną korporację, jak i drugą; naprawdę gros przedstawicieli jednej i drugiej są to ludzie uczciwi i porządni, ale jest problem pewnego marginesu. Nie radzą sobie one z samooczyszczeniem trochę ze względów korporacyjnych, bo widzi Pan, zły jest ten, co własne gniazdo kała. Jeżeli się gra w jednej drużynie i jeśli ktoś ze swoich fauluje, to na to niejako przymyka się oko, bo się gra w tej samej drużynie i obowiązuje wspólnota pewnych interesów. Tak to trochę jest, tylko że alternatywą jest likwidacja tego typu korporacji na rzecz reglamentacji państwowej pewnych rzeczy, no ale to jest leczenie diabła szatanem i w miejsce tych mechanizmów korupcyjnych korporacyjnych wejdą mechanizmy korupcyjne państwowe i polityczne.

Powoli wypada nam kończyć. Utkwiły mi w pamięci Pańskie słowa z debaty nt. korupcji zorganizowanej w Gdańsku przez ówczesnego rektora AMG, że korupcja niesie za sobą osobiste zniewolenie. Czy nadal Pan tak uważa, a jeśli tak, dlaczego?

Tak, bo wie Pan, zniewolony jest i korumpowany, i korumpujący, bo zniewolenie polega zawsze na tym, że ktoś, nawet bez specjalnej ochoty, musi podejmować określone zachowanie, które go w pewnym sensie mierzi. Łapownik i czynny, i bierny też nie czuje się tak do końca komfortowo; czuje się w istocie rzeczy zmuszany do takich zachowań, a jak się człowiek czuje zmuszany do czegośkolwiek, to na ogół ma niewielki komfort psychiczny.

A jeśli chodzi o tego, który wymusza, a nie tego, co łapówkę bierze?

Jego dyskomfort polega, jak mi się wydaje, na czym innym: jeśli mianowicie nie jest człowiekiem do końca skorumpowanym, wyzutym z zasad moralnych, to ma pewien „absztrak”. W najnowszej wersji „Moralności pani Dulskiej”, którą chyba przygotował tarnowski teatr, pani Dulka jest współczesną właścicielką dużej firmy nieruchomości i gdy syn robi jej wyrzuty, że czynsz od prostytutki bierze, to mówi, że pieniądze te nie są dla niej, tylko przeznacza je na podatki. Czyli biorę pieniądze, biorę łapówkę, ale wiem, że nie końca jest to w porządku, co tworzy pewien dyskomfort. Są jednakże pewni skorumpowani, którzy sądzą, że im się łapówka należy ze względu na pełnioną funkcję, ale to jest z kolei inna melodia, od której rozpoczyna się zwrotka: uwarunkowania polityczne. Jak długo funkcje państwowe, decyzyjne będą zależały nie od kwalifikacji i osobistej wartości danej osoby je pełniącej, tylko od partyjnego układu, no to szereg decydentów będzie uważało branie łapówek za należyty, z tytułu pełnionej funkcji, przywilej.

Czyli przysłowiowe „nie po czynu bieriesz”.

No właśnie: „Nie po czynu bieriesz”.

I już na sam koniec nieco szerszy komentarz. Chciałbym pomówić o prawnych uwarunkowaniach medycyny w obecnej polskiej rzeczywistości. Muszę przyznać obserwując to, co ostatnio dzieje się w mediach, ale także na salach sądowych, osobiście staję się coraz

większym pesymistą, jak i mam wrażenie niesłyszanej wprost nagonki na środowisko lekarskie. Wystarczy spojrzeć do codziennych gazet. Sądy zasądają coraz wyższe odszkodowania dla pacjentów, nie licząc się z polską rzeczywistością i z sytuacją finansową szpitali. Oczekiwania społeczeństwa wobec służby zdrowia są niesłyszalne rozbudzone i dalekie od realizmu. Większość polityków i dziennikarzy nie chce, czy też nie ma odwagi przyznać, że Polski nie stać na realizację opieki zdrowotnej w takim zakresie i na takim poziomie jak w bogatych krajach Europy zachodniej, które, notabene, też mają z tym kłopoty. Nie ma z kolei zgody społecznej na wzrost finansowania służby zdrowia: czy to w formie bezpośredniej (dopłaty pacjentów, prywatne ubezpieczenia), czy to pośredniej (wzrost składki na ubezpieczenie zdrowotne). Lekarzom odmawia się godnych zarobków, ale z drugiej strony oczekuje się od nich maksimum wiedzy i osobistego poświęcenia. Szermuje się też argumentacją o niezgodności urealnienia systemu organizacji opieki zdrowotnej z konstytucją. Przecież to istny pat bez wyjścia! Czy Pan jako ktoś spoza środowiska i potencjalny pacjent widzi jakąś drogę wyjścia z tego kryzysu?

Chorujemy teraz na chorobę wieku dziecięcego, jakby odrę czy świnkę okresu młodzieńczego kapitalizmu i ten opisywany przez Pana stosunek do lekarzy wziął się stąd, że padło kolejne tabu. Kiedyś pan doktor w białym kitlu to był prawie Pan Bóg; nosiło się do niego gęś w koszyku itd. Nikomu do głowy nie przyszło, żeby kwestionować jego decyzję, jego zachowanie itd. W tej chwili naszym ulubionym sportem, jak Pan wie, jest łamanie wszelkich możliwych autorytetów. Jest ich, dlatego, coraz mniej i jeszcze trwają poszukiwania – kogo by tu można jeszcze wdeptać w trawę, bo ludzie wybijający się, nas drażnią. Jest takie stare rosyjskie przysłowie: „pierwye szto by nie odstawał ot kolektiwa”. Jeżeli ktoś od „kolektiwa” odstaje, to staje się dla nas drażniący, bo nikt nie lubi być gorszym od kogoś lepszego. Dlatego też naszym ulubionym narodowym sportem jest deprecjonowanie tych autorytetów. Tak więc, pan doktor, który był jeszcze do niedawna panem życia i śmierci, którego decyzji się nie kwestionowało, powoli stracił tę swoją pozycję, nie bez winy środowiska lekarskiego zresztą, no i teraz stał się ulubionym celem ataków. Bo ludzie nabrali przekonania, że jeśli ktoś nie został wyleczony w takim stylu, w jakim by sobie tego życzył, to widocznie doktor coś zawałił, a jak zawałił, to trzeba go zamknąć. To jest właśnie efekt tego naszego narodowego sportu. Pyta Pan, czy widzę światło w tunelu – widzę, bo żaden naród nie popełni zbiorowego samobójstwa. Ja nie wierzę, żeby to się z czasem całkowicie wyeliminowało, bo inne państwa też doszły do takiego stanu rzeczy, o których mówimy. Głównie to czynniki ustrojowe oparte o system ubezpieczeń społecznych gwarantują średni poziom opieki, na który nałożony jest system dodatkowych ubezpieczeń prywatnych, zapewniający realizację usług ponadstandardowych, a że wprowadzanie tego idzie bardzo ciężko, to nic dziwnego. To jest nie tylko nasze zjawisko i nie tylko u nas niepopularne są dodatkowe opłaty. Pewna znajoma cudzoziemka mówiła mi, że w jej państwie niedawno wprowadzono przy wizycie u lekarza symboliczne opłaty, no, powiedzmy w wysokości kilku naszych złotych. Wzbudziło to ogromny protest społeczny. Jednakże wreszcie ludzie muszą pójść po rozum do głowy, i to ludzie z obu stron barykady. Ja wierzę, że tak się stanie. Podkreślam, iż żaden naród nie popełni zbiorowego samobójstwa. W świecie przyrody tylko wieloryby popełniają samobójstwo wypływając na brzeg. Bądźmy jednak mądrzejsi od wielorybów – ja w to głęboko wierzę.

Dziękuję Panu za ten promyczek nadziei na zakończenie naszej rozmowy.



prof. Janina Suchorzewska

Głos w dyskusji na temat

Potrzeby wzorców godnych naśladowania w środowisku medycznym

Koncepcja wzorów osobowych stanowi istotny element etyki aksjologicznej, opartej na wartościach i ich hierarchii. Ideały etyczne tworzone są na podstawie żyjących wzorów posiadających szczególne znaczenie w personalistycznej filozofii wychowawczej. Stają się one przykładem inspirującym do naśladowania. W odbiorze wzoru osobowego podstawą jednak jest własne odczuwanie wartości i ich hierarchii. Jeśli człowiek nie jest otwarty na wartości moralne, nie postrzega ich, nie rozpoznaje wartości moralnych jako wartości lub nie rozróżnia ich rangi, nie będzie poszukiwał wzorów osobowych czyli osób, które etyka określa nośnikami wartości. Aby poszukiwać wzorów osobowych, nieodzowne jest rozpoznanie własnych wartości, ich hierarchii, ich odczuwania określanego jako wrażliwość aksjologiczna. Przeciwnieństwem będą osoby, które pozostają „ślepe” na wartości, nie rozpoznając ich lub rozpoznając jedynie niektóre z nich.

Istnienie wzorów osobowych nie będzie samo w sobie wystarczające w budowaniu określonych postaw etycznych w środowisku, które nie będzie otwarte i wrażliwe na wartości. Max Scheler, twórca aksjologii – nauki o wartościach – rozróżnia wartości pozytywne i negatywne określane jako antywartości. Wartości pozytywne szereguje według ich trwałości oraz zasięgu i głębi zadowolenia w ich realizacji. Wyodrębnia również wartości absolutne jako wartości niepodważalne. W oparciu o powyższe przesłanki na najniższym poziomie w hierarchii znajdują się wartości najmniej trwałe, które opierają się w większości na odczuciach zmysłowych, poprzez wartości vitalne, na które składają się poczucie młodości, zdrowia do wartości duchowych, w których mieszczą się wartości poznawcze, estetyczne, kulturowe. Na szczycie hierarchii są wartości religijne. Wartość moralna powstaje na zasadzie wyboru wartości należącej do wyższego poziomu.

Przytoczyłam tu Schelera nie tylko jako twórcę aksjologii, ale z uwagi na tematykę dzisiejszego spotkania, ponieważ według niego właściwą drogą prowadzącą do doskonalenia jest naśladowanie wzoru osobowego.

Kiedy rozmawiamy o potrzebie wzorców godnych naśladowania w środowisku medycznym, nasuwają się podstawowe pytania. Czy mamy wzorce osobowe, czy nie nastąpiła dewastacja słowa „mistrz”, ale również czy potrzebne są wzorce osobowe? Czy ich poszukujemy, a jeśli tak, to jaki jest w dzisiejszej rzeczywistości „model” wzoru osobowego? Czy też po prostu brak wzorów osobowych? Czy wygasła fascynacja ide-



owa? Czy też doszło do zachwiania równowagi w hierarchii wartości? Trudno w krótkim wywodzie odpowiedzieć na te pytania. Próbuje, idę w kierunku ogólnego stwierdzenia, że wzory osobowe są, że są poszukiwane i potrzebne, że człowiek pragnie mieć świadomość możliwości realizowania w życiu tych wartości, które dla niego mają znaczenie. Widząc to w konkretnej osobie mogą odczuwać potrzebę dążenia w kierunku, jaki wskazuje wzór. Potwierdzeniem tej potrzeby dążenia do najwyższych wartości były przecież całe rzesze młodych, idących za nauczaniem Jana Pawła II.

Skoro więc nie neguje się potrzeby wzorów osobowych jako jednego z elementów kształtowania postaw etycznych, to pozostaje pytanie, jaki wzór osobowy godny naśladowania jest potrzebny w dzisiejszej rzeczywistości. Niewątpliwie, liczne uwarunkowania historyczne zmieniają obraz wzoru osobowego. Wszak literatura postaci dr. Judyma nie może być w pełni akceptowana jako wzór lekarza w obecnym czasie.

Tak więc zasada obiektywizmu wartości wydaje się być naruszana. Choć dyskusja w tym obszarze zmierza drogą jej utrzymania, to istnieje konieczność uwzględnienia zmieniającego się, w miarę upływu czasu, postrzegania wartości, ich hierarchii, ich osądów w poszczególnych epokach historycznych.

W medycynie możemy znaleźć wiele elementów, które nie zmieniając naczelnej zasady działania dla dobra drugiego człowieka, wpłynęły na zmianę postrzegania i rozumienia wartości. Wymienię tu przede wszystkim zmianę relacji lekarz – pacjent, która oparta zostaje na mocnym, etycznym argumentacie uznawania autonomii pacjenta. Postęp medycyny, rozdrobnienie specjalności medycznych, system ochrony zdrowia, warunkujący zupełnie inne zasady, to swoiste zasady, według których dzisiaj musi działać lekarz. Wartości wyznawane przez pacjenta nie zawsze pokrywają się z hierarchią wartości lekarza. Demokracja akceptująca pluralizm poglądów, zmiany świadomości społecznej na wiele zjawisk, problemy ekonomiczne to wszystko wpływa na codzienne dylematy etyczne, w których ścierają się często dwie równorzędne wartości, z których tylko jedna może być uwzględniona.

Czy w takiej rzeczywistości można określić wzór osobowy, który będzie autorytetem zawodowym i moralnym i który znajdzie uznanie wśród naszej społeczności? Pozostawiam to do rozważań każdemu z nas. Myślę jednak, że już stałe kształtowanie wrażliwości na wartości etyczne w nas samych – może być wzorcem inspirującym do dążenia w tym kierunku.

Najnowocześniejszy tomograf do nieinwazyjnej diagnostyki oka w AMG

Dzięki hojności koncernu energetycznego ENERGA SA Akademia Medyczna w Gdańsku zakupiła najnowszą generację tomograf do nieinwazyjnej diagnostyki oka dla Katedry i Kliniki Chorób Oczu. W piątek 16 marca br. prezes zarządu koncernu Roman Pionkowski przekazał na ręce prof. Krystyny Raczyńskiej ten cenny zakup (250 tys. zł).

W uroczystości wzięli udział: p.o. wojewody pomorskiego Piotr Karczewski, dyrektor NFZ Janusz Borucki, dr Edward Kujach-Czyżewski z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, ordynatorzy oddziałów okulistycznych ze szpitali na Zaspie dr Urszula Kozak-Tuleta i z Gdyni dr Witold Nowakowski oraz władze Uczelni i Szpitala – rektor prof. Roman Kaliszan, prorektor ds. klinicznych prof. Zbigniew Nowicki i kierownik Działu Aparatury ACK Arkadiusz Lendzion.

Zebranych powitała prof. Raczyńska i szczególne słowa podziękowania skierowała do prezesa koncernu ENERGA Romana Pionkowskiego, podziękowała także wicewojewodzie pomorskiemu Piotrowi Karczewskiemu, za poparcie projektu zakupu tomografu. Profesor zapewniła, że ufundowany przez firmę ENERGA koherentny tomograf optyczny OCT III Stratus będzie pomagał ratować wzrok mieszkańcom województwa pomorskiego. Z szybkiej i bezbolesnej diagnostyki oka korzystać może nawet tysiąc pacjentów rocznie.

Uruchomienie tomografu laserowego w Klinice Chorób Oczu Akademii Medycznej w Gdańsku stwarza zupełnie nowe możliwości w diagnostyce medycznej, niezbędne przy rozpoznawaniu i leczeniu wielu poważnych schorzeń narządów wzroku. Dzięki zakupowi tomografu laserowego Klinika Chorób Oczu AMG znalazła się w czołówce regionalnych ośrodków medycz-



nych, dysponujących nowoczesnymi technikami diagnozowania skomplikowanych chorób oczu, zagrażających częściową lub całkowitą utratą wzroku: rozwarstwienia i odklejenia siatkówki oka, otworów i zwyrodnień w plamce żółtej oraz schorzeń nerwów wzrokowych. Do tej pory pacjenci z naszego województwa i województw ościennych zmuszeni byli korzystać z usług diagnostycznych oferowanych przez szpitale w Warszawie, Poznaniu czy Katowicach.

Zakup nowego urządzenia dla Akademii Medycznej, poza swoim podstawowym zastosowaniem w lecznictwie klinicznym, daje także zupełnie nowe możliwości kształcenia studentów medycyny, którzy uzyskają dostęp do najnowocześniejszych technologii diagnostycznych.



Nagroda dla dr. Krystiana Jażdżewskiego

Amerykańskie Towarzystwo Endokrynologiczne (The Endocrine Society) przyznało tegoroczną nagrodę Abbott Thyroid Research Clinical Fellowship Award doktorowi Krystianowi Jażdżewskiemu, asystentowi Katedry Biologii i Genetyki AMG za pracę „Polymorphism and somatic mutation in pre-miR146a play a role in Papillary Thyroid Carcinoma (PTC)”, w której zaprezentował wyniki swoich badań nad znaczeniem microRNA w formowaniu predyspozycji genetycznej w kierunku raka tarczycy. Nagroda zostanie wręczona w czasie honorowej sesji plenarnej The Endocrine Society Annual Meeting w czerwcu bieżącego roku w Toronto.



Partnerstwo publiczno-prywatne w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku

Jeden z najnowocześniejszych ośrodków dializoterapii w Europie

W dniu 21 marca 2007 r. w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych otwarto, po remoncie i dokonaniu częściowych zmian własnościowych, jeden z najnowocześniejszych w Europie, ośrodków dializoterapii. Oficjalna uroczystość odbyła się na sali wykładowej im. prof. S. Wszelakiego. Na drodze przetargu firma Fresenius Nephrocare Polska przejęła ambulatoryjną część ośrodka dializy otrzewnowej, a w ramach umowy prywatyzacyjnej zobowiązała się do wyremontowania pomieszczeń stacji hemodializ oraz wyposażenia jej w sztuczne nerki najnowszej generacji.

Pierwsza w Polsce prywatyzacja części szpitala klinicznego została oparta na partnerstwie publiczno-prywatnym. Wobec olbrzymiego zadłużenia szpitala i niemożności wymiany wyeksploatowanego sprzętu do hemodializy, jak również groźby zamknięcia ośrodka dializy otrzewnowej, władze Uczelni oraz Akademickiego Centrum Klinicznego podjęły decyzję o wydierżawieniu kilku pomieszczeń zajmowanych przez ambulatorium dializy otrzewnowej oraz cesji kontraktu na świadczenie usług w zakresie CADO (ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej) i ADO (automatycznej dializy otrzewnowej) – metody leczenia nerkozastępczego, wykonywanego w domu chorego z przewlekłą niewydolnością nerek.

Korzyści takiej decyzji pozwoliły na: przeniesienie kontraktu na nowego świadczeniodawcę i uniknięcie kosztów bieżących oraz kosztów odtworzenia i utrzymania infrastruktury, a także kosztów osobowych, utrzymanie możliwości wykonywania usług CADO i ADO dla pacjentów szpitala poprzez odpowiednie zapisy prawne oraz utrzymanie sprzedaży usług dla nowego świadczeniodawcy (media, koszty badań dodatkowych,

sprzątanie, koszt dzierżawy itp.). W ramach umowy pozyskano 10 aparatów do hemodializy Fresenius typu 5008 – aktualnie najnowocześniejszych sztucznych nerek na świecie, aparat do ostrych dializ – Multifiltrat oraz aparat służący do wykonywania dializy wątrobowej Prometheus. Dodatkowo firma zobowiązała się do pokrycia kosztów remontu Stacji Hemodializ Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych AM w Gdańsku zgodnie z obowiązującymi standardami, w tym do wprowadzenia centralnej dystrybucji koncentratów. Koszty tej inwestycji ze strony Fresenius Nephrocare wyniosły prawie 2 mln złotych. Na tak skonstruowanej umowie zyskali pacjenci, Uczelnia i szpital kliniczny – firma Fresenius jest światowym liderem w dziedzinie nefrologii, producentem sprzętu i usług dializacyjnych. Inwestuje w badania i rozwój, aby zapewnić chorym doskonalsze metody lecznicze i najnowocześniejsze technologie. Zarządza 2000. placówek w ponad 100. krajach w Europie, Azji, Afryce i obu Amerykach, obejmuje opieką 161 000 pacjentów z niewydolnością nerek, zatrudnia 55 tysięcy pracowników. W Polsce Fresenius Medical Care świadczy usługi dializacyjne od 2003 roku poprzez spółkę Fresenius Nephrocare Polska, która jest obecnie największym w kraju dostawcą usług dializacyjnych – sieć 25. stacji dializ z 313. najnowocześniejszymi stanowiskami dializacyjnymi, obejmująca opieką 1530. pacjentów. Zatrudnia 450. pracowników. W ubiegłym roku firma zainwestowała w Polsce w nowe stanowiska dializacyjne ponad 20 mln złotych.

System Fresenius 5008 jest dzisiaj najnowocześniejszą sztuczną nerką na świecie. Zapewnia bardzo wysoką efektywność przeprowadzanych dializ. Pacjenci lepiej tolerują zabieg, co powoduje znaczącą poprawę ich samopoczucia podczas i po dializie. Urządzenie jest energooszczędne i ekologiczne, wykorzystuje 30 procent mniej wody i prądu niż systemy starszych generacji. Najnowsza sztuczna nerka Freseniusa pozwala na przeprowadzanie czterech różnych technik oczyszczania krwi: hemodializy (HD), hemofiltracji (HF), hemodiafiltracji (HDF) oraz izolowanej ultrafiltracji (ISO UF). Moduł Online HDF zapewnia możliwość prowadzenia zabiegów typu hemodiafiltracja (łączy zalety hemodializy i hemofiltracji) jako terapii standardowej. To szczególnie ważne dla pacjentów starszych z zaburzeniami krążenia oraz w przypadku technik ciągłych w dializach ostrych.

Zdjęcia: Grzegorz Mehring
(Dziennik Bałtycki)



Również w dializie otrzewnowej Fresenius oferuje zestawy do CADO z bezpiecznym połączeniem typu StaySafe, biogodne płyny z niską zawartością produktów degradacji glukozy i buforem dwuwęglanowym zawarte w ekologicznych opakowaniach. Cykler SleepSafe do przeprowadzania zabiegów ADO charakteryzuje się nowoczesnym systemem automatycznego łączenia, podgrzewania płynu on-line oraz doskonalonym ciągle oprogramowaniem umożliwiającym indywidualizację prowadzonych zabiegów. To również bardzo istotne w kontekście wzrostu liczby i średniego wieku pacjentów dializowanych, a także pacjentów z chorobami układu krążenia, cierpiących na cukrzycę lub nadciśnienie, czy z drugiej strony – młodych, uczących się i aktywnych zawodowo.

Nowoczesny sprzęt zaofiarowany przez Freseniusa umożliwia utrzymanie referencyjności ośrodka akademickiego, jakim jest Klinika Nefrologii AMG. Możliwe będzie prowadzenie kształcenia przed- i podyplomowego oraz specjalizacyjnego w zakresie nefrologii w oparciu o funkcjonujące w Klinice nowoczesne metody leczenia nerkozastępczego. Również ośrodek dializy otrzewnowej w dalszym ciągu będzie bazą dla dydaktyki obejmującej studentów, lekarzy i pielęgniarki oraz personel ośrodków dializy otrzewnowej z całego kraju. Choć ośrodek będzie prowadzić Fresenius, Klinika będzie nadal sprawować nad nim opiekę merytoryczną.

Wreszcie współpraca z firmą Fresenius daje możliwość realizacji projektów badawczych rozwijających postęp nauk medycznych w dziedzinie nefrologii w Polsce. Planowane jest również prowadzenie i koordynowanie europejskich badań wieloośrodkowych. Dla Kliniki, która od lat wysoko ceni sobie współpracę z innymi jednostkami AMG, bardzo istotne jest stworzenie możliwości takiego zintegrowanego działania w kolejnych dziedzinach. I tak pozyskany aparat do dializy wątrobowej Prometheus umożliwi współpracę z Kliniką Chorób Wewnętrznych i Ostrej Zatruc kierowaną przez prof. Zygmunta Chodorowskiego. Zespoły obu klinik już zostały zaproszone do udziału w międzynarodowym badaniu Helios dotyczącym zastosowania dializy albuminowej u chorych z niewydolnością wątroby. Z kolei zmiany organizacyjne w części ambulatoryjnej ośrodka dializy otrzewnowej pozwolą na podjęcie działań edukacyjnych i badawczych, których celem jest zintegrowanie opieki domowej (ośrodków lekarza rodzinnego, zespołów opiekuńczo-leczniczych oraz ośrodków opieki paliatywnej) z opieką nefrologiczną nad chorymi leczonymi dializą otrzewnową. Ocena i możliwość wpływania na liczne objawy fizyczne, psychosocjalne i duchowe u chorych leczonych nerkozastępczo będzie przedmiotem wieloośrodkowych badań prowadzonych w ośrodku dializy otrzewnowej. Zaowocuje to wspólnymi pionierskimi opracowaniami i projektami badawczymi Kliniki Nefrologii i Zakładu Medycyny Paliatywnej, kierowanego przez dr hab. Monikę Lichodziejewską-Niemierko w Katedrze Medycyny Rodzinnej AMG, której kierownikiem jest prof. Janusz Siebert. Już nawiązano współpracę i przeprowadzono szkolenie personelu hospicjum w Sopocie, w którym czasowo przebywa jeden z chorych dializowanych otrzewnowo, a podczas konferencji „Survival

is not enough” w Neapolu w marcu br. prof. Bolesław Rutkowski przedstawił przygotowany wspólnie z dr hab. Moniką Lichodziejewską-Niemierko wykład o roli medycyny paliatywnej w nefrologii w Polsce.

W czasie uroczystego otwarcia ośrodka zasady oraz korzyści wynikające z przedstawionych rozwiązań przedstawił prof. Bolesław Rutkowski, kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych oraz krajowy konsultant w dziedzinie nefrologii. W swoim wystąpieniu podziękował władzom Uczelni, a zwłaszcza prorektorowi ds. klinicznych prof. Zbigniewowi Nowickiemu oraz dyrektorowi Akademickiego Szpitala Klinicznego doktorom Michałowi Mędrasiowi, Zbigniewowi Krzywosińskiemu i Markowi Labonowi za poparcie tej inicjatywy. Następnie głos zabrała prezes Fresenius Medical Care dr Teresa Rydzyńska, która przedstawiła zasady funkcjonowania firmy i jej wkład w tworzenie najwyższych standardów opieki medycznej nad chorymi dializowanymi. Prof. Rutkowski przeczytał list od rektora prof. Romana Kaliszana, który nie mógł być obecny, a który gratulował ważnego dokonania dla dobra pacjentów i Uczelni. W kolejnych wystąpieniach dyrektor Szpitala dr Zbigniew Krzywosiński podkreślił istotne elementy nowego rozwiązania – zgodne z prawem przekształcenie własnościowe oraz korzyści dla pacjentów. Wicemarszałek województwa pomorskiego Leszek Czarnobaj pogratulował realizacji modelowego projektu współpracy prywatno-publicznej w sytuacji problemów finansowych służby zdrowia, a dyrektor OW NFZ dr Mirosław Górski zadeklarował chęć współpracy z ośrodkiem zapewniającym realizację procedur dializacyjnych na tak nowoczesnym poziomie.

Następnie goście obejrzel ośrodek dializy otrzewnowej, w którym dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko – ordynator ośrodka, przedstawiła metodę dializy otrzewnowej i jej zalety oraz sprzęt do wymian CADO i cykler do ADO. Później zaprezentowano nowo wyremontowany oddział hemodializy, a prof. Bolesław Rutkowski zaprezentował aparaty 5008, Prometheus i Multifiltrat. Spotkanie zakończyło „małe co nieco”, podczas którego kontynuowano rozmowy na temat precedensowego w skali kraju, rozwiązania.

prof. Bolesław Rutkowski
dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko



Sylwetki nowych profesorów tytularnych

Prof. dr hab. Miroslawa Szczepańska-Konkel

wywiad z Panią Profesor
przeprowadził
prof. Wiesław Makarewicz

Gratulując tytułu naukowego pragnę zapytać o ścieżkę, która doprowadziła Panią do tej zaszczytnej nominacji?

Czuję się szczęśliwa i szczególnie wyróżniona, że dane mi było otrzymać ten zaszczytny tytuł. Nominację, na wniosek Rady Wydziału Farmaceutycznego AMG otrzymałam, z rąk Prezydenta RP, w dniu 8 czerwca 2006 r.

Droga, która wiodła mnie do tego zaszczytnego tytułu naukowego, była długa. Jej początek to lata sześćdziesiąte, kiedy jako absolwentka Liceum Ogólnokształcącego w Więcborku przybyłam do Gdańska, aby kształcić się w zawodzie analityka medycznego: najpierw w Studium Medycznym Techników Analityki (1964–1966), potem przy stole laboratoryjnym w medycznych laboratoriach diagnostycznych, a następnie na Wydziale Farmaceutycznym naszej Uczelni – w nowo utworzonej wówczas specjalności dla kilkusobowej grupy studentów – specjalności analityka kliniczna (1969–1974). Bezpośrednio po ukończeniu studiów odbyłam trzyletni staż specjalizacyjny w Laboratorium Centralnym Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Gdańsku i otrzymałam tytuł specjalisty I^o w zakresie analityki klinicznej (obecnie diagnostyka laboratoryjna). Splot szczęśliwych zdarzeń, jaki towarzyszył mi już od pierwszych dni mojego życia zawodowego, zadecydował o przyszłej działalności naukowej. Po pierwsze, miałam szczęście czerpać wiedzę, a później współpracować ze wspaniałymi ludźmi nauki, wybitnymi biochemikami ze słynnej szkoły prof. Włodzimierza Mozolowskiego. Pierwszym moim nauczycielem biochemii i chemii medycznej był właśnie Pan, Panie Profesorze. Stąd też moje pierwsze kroki skierowałam do – Zakładu Biochemii, do prof. Leona Żelewskiego – nauczyciela biochemii na Wydziale Farmaceutycznym – ubiegając się o przyjęcie do koła naukowego. Moja pierwsza praca doświadczalna w zespole dr Lucyny Michalskiej i dr. Jerzego Wróbla, na modelu odwróconych woreczków jelitowych szczura, zaowocowała publikacją w *Acta Biochimica Polonica*, której jestem współautorem. Tam też wykonałam pracę magisterską pt. „Wpływ diety niskowapniowej na transport wapnia w jelicie cienkim szczura”. Jak się później okazało, praca w Zakładzie Biochemii stanowiła dobrą przepustkę do dalszej działalności naukowej w Zakładzie Biochemii Klinicznej.

Mój pierwszy kontakt z prof. Jerzym Rogulskim – wspaniałym nauczycielem biochemii klinicznej – to okres studiów, a potem lata wspólnej pracy, najpierw w Zakładzie Biochemii Klinicznej a następnie w Zakładzie Analityki Klinicznej i tak aż po dzień dzisiejszy. To z polecenia prof. Rogulskiego, przyjął mnie



do pracy prof. Stefan Angielski, ówczesny kierownik Zakładu Biochemii Klinicznej i Laboratorium Centralnego.

To był rok akademicki 1974/75, w którym Zakład Biochemii Klinicznej obchodził 10-lecie swojego istnienia i był w okresie pełnego rozkwitu. Dołączyłam do grona wspaniałych ludzi, którzy byli pionierami tego Zakładu – śp. Anek Hoppe, Piotr Gmaj, Wiesia Łysiak, Andrzej Szutowicz, Jaś Stępiński, Tadeusz Strzelecki, Anek Pacanis i wielu innych. Już od pierwszych dni zostałam włączona, jak każdy nowicjusz, w wir pracy na rzecz laboratorium diagnostycznego, a ponadto, jako wyróżnienie, do programu naukowego realizowanego w zespole nefrologii doświadczalnej pod kierunkiem prof. S. Angielskiego. Pół roku później prof. Angielski przydzielił mi temat pracy doktorskiej „Działanie acetoocetanu na metabolizm i funkcję nerek w doświadczalnym zespole Fanconiego”, którą obroniłam na Wydziale Lekarskim w 1978 r. Tradycją w Zakładzie Biochemii Klinicznej było to, że prawie każdy, kto obronił pracę doktorską, wyjeżdżał na staż za granicę. Było to możliwe dzięki szerokiej współpracy naukowej Zakładu prowadzonej z wieloma ośrodkami w Europie Zachodniej i USA, o którą nieustannie zabiegał prof. Angielski. W ramach takiej współpracy z Zakładem Fiziologii Nerek, Mayo Foundation w Rochester, odbyłam 2,5-letni staż naukowy w pracowni Thomasa Dousa, podczas którego prowadziłam badania nad charakterystyką biochemiczną sodozależnego transportu fosforanu w nerce. Do Zakładu Biochemii Klinicznej powróciłam z kilkoma publikacjami w dobrych czasopismach, jak *American Journal of Physiology* i *Journal of Biological Chemistry*.

Głównym kierunkiem zainteresowań badawczych po moim powrocie do Zakładu były mechanizmy hormonalnej i metabolicznej regulacji filtracji kłębuszkowej. Szczególnie wnikliwiej ocenie poddane było działanie adenozyiny, generowanej w nerkach w warunkach zwiększonej filtracji kłębuszkowej, wywołanej przedsiolkowym czynnikiem natriuretycznym.

W oparciu o wyniki tych badań w roku 1997 przygotowałam rozprawę habilitacyjną zatytułowaną: „Rola adenozyiny w regulacji funkcji nerek”. Kolejne prace badawcze nad mechanizmem endokryny i farmakologicznej regulacji czynności nefronów, głównie przesączania kłębuszkowego i kanalikowego transportu jonu sodowego, realizowaliśmy w ramach prac statutowych Zakładu Analitiky Klinicznej, a obecnie w ramach prac statutowych nowo utworzonego Zakładu Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki Katedry Analitiky Klinicznej, przy współpracy z prof. S. Angielskim i jego Zespołem Nefrologii Komórkowej i Molekularnej PAN i AMG. Za cykl prac poświęconych purynerygicznej regulacji przesączania i dynamiki kłębuszków nerkowych otrzymaliśmy dwukrotnie nagrodę Ministra Zdrowia. W toku tych badań powstały trzy rozprawy doktorskie, a czwarta jest w toku.

Jakie są Pani aktualne zainteresowania, kierunki działania i kto był dla Pani mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana nauki?

Moim niekwestionowanym mistrzem i nauczycielem był i jest profesor Stefan Angielski.

W ostatnich latach sprawą priorytetową dla naszej Katedry jest działalność dydaktyczna. Wyrazem tego są liczne prace magisterskie realizowane w naszych jednostkach oraz materiały dydaktyczne przygotowywane w oparciu o bazę danych laboratoryjnych, dotyczących farmakoterapii monitorowanej i nefrotoksyczności leku. Szczególne zaangażowanie w rozwój działalności naszego Zakładu na rzecz racjonalizacji leczenia farmakologicznego wykazuje dr Maciej Jankowski, adiunkt Zakładu. Z jego inicjatywy podejmujemy działania zmierzające do zorganizowania pracowni badań farmakogenetycznych na rzecz pacjentów ACK.

Oddział Medycyny Laboratoryjnej, którym Pani kieruje jako prodziekan Wydziału Farmaceutycznego, powstał stosunkowo niedawno. Jak przebiega jego rozwój i czy spełnia on oczekiwania, jakie towarzyszyły jego utworzeniu?

Oddział Medycyny Laboratoryjnej (OML) powołany został przed sześcioma laty celem kształcenia przyszłych pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych – analityków

medycznych/diagnostów laboratoryjnych. Inicjatywa ta była podyktowana potrzebą dostosowania kształcenia na Wydziale Farmaceutycznym do najnowszych standardów nauczania, zgodnie z wzorcami obowiązującymi w krajach Unii Europejskiej. Przyczyniło się to do likwidacji dotychczasowego kształcenia studentów farmacji w specjalności analityka kliniczna na rzecz kształcenia kierunkowego, najpierw w systemie studiów dwustopniowych 3+2 lata, a obecnie jednolitych 5-letnich studiów magisterskich. W tym miejscu chciałabym przypomnieć, że organizację procesu kształcenia w OML rektor powierzył prof. Jerzemu Rogulskiemu, ówczesnemu kierownikowi Zakładu Analitiky Klinicznej, profesorowi o dużym doświadczeniu w organizowaniu i prowadzeniu kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie chemii i biochemii klinicznej oraz diagnostyki laboratoryjnej i lekarskiej, wychowawcy wielu pokoleń specjalistów w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Dzięki jego zaangażowaniu, a także pracy całego zespołu było możliwe uruchomienie kształcenia w OML z początkiem roku akademickiego 2001/2002. Obecnie na Oddziale studiuje około 200 studentów. Pierwsze dyplomy licencjackie zostały wydane jesienią 2003 r., a dyplomy magisterskie w 2006 r. W ubiegłym roku PKA udzieliła akredytacji na nauczanie na kierunku analityka medyczna – na okres 5. lat.

Organizując kształcenie studentów w Oddziale postanowiliśmy wdrażać program, który kładzie nacisk na wszechstronność i kompletność wykształcenia, na profesjonalizm zawodowy. Dlatego też rozbudowano m.in. kształcenie w zakresie zarządzania i organizacji laboratorium z wykorzystaniem systemów informatycznych. Wprowadzono praktyczną naukę zawodu realizowaną w laboratoriach diagnostycznych zgodnie z zasadą „uczeń przy mistrzu”. Obok tradycyjnie silnych członów kształcenia kierunkowego, jak biochemia i chemia kliniczna z diagnostyką, hematologia diagnostyczna i mikrobiologia kliniczna, wyeksponowane zostały dziedziny o wzrastającym znaczeniu w medycynie laboratoryjnej, jak: immunologia kliniczna, cytologia i histologia kliniczna, genetyka i medycyna molekularna, farmakoterapia monitorowana.

Dla zapewnienia wysokiego akademickiego standardu nauczania konieczne jest tworzenie profesjonalnych zespołów naukowo-dydaktycznych, reprezentujących poszczególne kie-

runki kształcenia zawodowego. Tylko w takiej strukturze możliwy jest prawidłowy rozwój dyscyplin zawodowych, w tym rozwój kadry naukowo-dydaktycznej (specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe). Zaczątkiem tworzenia struktury Oddziału było powołanie Katedry Analitiky Klinicznej, w której utworzono dwie samodzielne jednostki – Zakład Chemii Klinicznej oraz Zakład Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki oraz trzy pracownie odpowiedzialne za kształcenie w zakresie laboratoryjnej diagnostyki hematologicznej, mikrobiologii klinicznej oraz zarządzania i organizacji laboratorium.

Co do oczekiwań, to wiążą się one z dalszą rozbudową struktury Oddziału – z koniecznością pozyskiwania pracowników naukowo-dydaktycznych, posiadających nie tylko



stopnie i tytuły naukowe, ale i doświadczenie zawodowe w pracy laboratoryjnej. Jednakże brak tego rodzaju kadry odczuwają wszystkie ośrodki w kraju i tym samym będzie trudno pozyskiwać takie osoby z zewnątrz. Dlatego władze Uczelni powinny dołożyć wszelkiego rodzaju starań, aby zapewnić przyspieszony rozwój młodej kadry, obciążonej często nadmiarem obowiązków dydaktycznych.

Organizacja diagnostyki laboratoryjnej w ACK uległa w ostatnich latach dużym zmianom. Jak dziś układa się współpraca jednostek naukowo-dydaktycznych z Laboratorium Diagnostycznym ACK?

Zmiany w organizacji i funkcjonowaniu laboratoriów diagnostycznych w ACK były konsekwencją zmian organizacyjnych szpitali klinicznych i Uczelni. W celu zintegrowania laboratoriów, często rozproszonych w różnych miejscach, powołano Akademickie Centrum Medycyny Laboratoryjnej (ACML), skupiające laboratoria o profilu biochemicznym i hematologicznym oraz laboratoria mikrobiologiczne, immunologii klinicznej, patomorfologii i diagnostyki genetycznej. Był to pierwszy krok w kierunku utworzenia nowoczesnego centrum diagnostyki laboratoryjnej z zapleczem badawczo-rozwojowym i dydaktycznym, prowadzącego kompleksową i zintegrowaną diagnostykę. Zaplecze naukowe dla ACML w naturalny sposób stanowią jednostki naukowo-dydaktyczne OML i Wydziału Lekarskiego, przygotowujące przyszłych pracowników ACML. Nadzór merytoryczny i naukowy nad działalnością ACML pełni Rada Diagnostów, w skład której wchodzi kierownicy jednostek naukowo-dydaktycznych, zaangażowanych w kształcenie przed- i podyplomowe oraz specjalizacyjne z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Regulaminowym obowiązkiem ACML jest udostępnianie bazy usługowej i uczestnictwo w realizacji zadań dydaktycznych w zakresie praktycznej nauki zawodu. Jednakże dostęp studentów do poszczególnych pracowni diagnostycznych jest ograniczony, z uwagi na skąpą i w niektórych przypadkach zdekapitalizowaną bazę lokalową. Dlatego też studenci zmuszeni są korzystać z usług dydaktycznych innych laboratoriów – poza ACML. Mam nadzieję, że jest to rozwiązanie przejściowe.

Jakie widzi Pani perspektywy poprawy warunków lokalowych i bazy materialnej Oddziału i czy projektowana rozbudowa i modernizacja Szpitala Klinicznego uwzględnia takie potrzeby?

W perspektywie jest nowy projekt budowy Centrum Badawczego Medycyny Laboratoryjnej, finansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Fundację Nauki i Technologii Polskiej. W planach przewidziana jest budowa i wyposażenie pracowni naukowo-badawczych dla Katedry Analizy Klinicznej i Katedry Biochemii Klinicznej. W drugim etapie, w ramach przyszłej modernizacji Szpitala Klinicznego, zakłada się dalszą rozbudowę Centrum o inne jednostki reprezentujące medycynę laboratoryjną. Obiekt ten z pewnością poprawi nasze warunki lokalowe i przyczyni się do konsolidacji jednostek związanych z diagnostyką laboratoryjną.

Jakie są Pani marzenia i oczekiwania?

Twórczo rozwijać naukowy, dydaktyczny i organizacyjny dorobek gdańskiego ośrodka biochemii klinicznej i utrwalać jego pozycję w polskiej medycynie laboratoryjnej.

A w życiu osobistym, rodzinnym, pomagać w realizacji marzeń moich najbliższych, męża Jana, córek Agaty i Marty.

Gratuluje Pani Profesor osiągnięć i dziękuję za rozmowę.

□



Profesor Zdzisław Wajda w 80. rocznicę urodzin

W maju br. nestor gdańskich chirurgów, Profesor Zdzisław Wajda, obchodzi jubileusz 80-lecia urodzin. Uczeń i następca profesora Kieturakisa, kontynuator krakowsko-wileńskiej szkoły chirurgicznej, wieloletni kierownik Kliniki Chirurgii przy ul. Łąkowej, wybitny chirurg, naukowiec, nauczyciel, wychowawca i przyjaciel kilku pokoleń gdańskich chirurgów, rektor naszej Uczelni. Lista dokonań Profesora jest bardzo długa i stale uzupełniana nowymi wyzwaniem podejmowanymi przez Jubilata.

Patrząc na młodzieńczą sylwetkę Profesora i Jego nieustający zapał do działania, trudno uwierzyć, że to Dostojny Jubilat!

Środowisko pomorskich chirurgów, uczniowie oraz Zarząd Oddziału Gdańskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich mają zaszczyt zaprosić na uroczyste obchody osiemdziesiątych urodzin Pana Profesora Zdzisława Wajdy, które odbędą się w dniu 11 maja 2007 roku o godzinie 13:30 w sali im. prof. L. Rydygiera przy ul. Dębinki 7.

W programie:

- *Chirurgia tarczycy na przestrzeni lat* – dr hab. med. Andrzej Jacek Łachiński
- *Droga, którą przebyliśmy w chirurgii nadnerczy* – dr med. Łukasz Kaska
- *Profesor Zdzisław Wajda – nestor chirurgii gdańskiej* – dr med. Aleksander Stanek

prof. Marek Dobosz
przewodniczący Oddziału Gdańskiego TChP

Nominacja prof. Zbigniewa Kmiecica

Prof. dr hab. Zbigniew Kmiec z Katedry Histologii i Immunologii AMG został nominowany na okres 3. lat do komitetu redakcyjnego serii wydawniczej „Advances in Anatomy, Embryology and Cell Biology”. Jest to seria krytycznych monografii przeglądowych renomowanego wydawnictwa Springer Verlag, przedstawiająca morfologiczne podstawy aktualnych problemów biologii, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów medycznych. *Impact factor* wydawnictwa wynosi 4,0. Profesor Kmiec dołączył do grona redaktorów pochodzących z Niemiec, USA, Japonii, Belgii, Holandii i Hiszpanii.

□

Kalendarium Rektorskie

28.02.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan spotkał się z pracownikami odchodzącymi na emeryturę.

1–7.03.2007 – wizyta władz Uczelni, w osobach rektora prof. Romana Kaliszana, prorektora prof. Jacka Bigdy i prof. Michała Woźniaka w Uniwersytecie w Szanghaju w Chinach.

9.03.2007 – na zaproszenie konsula generalnego Niemiec w Gdańsku Ute Minke-Koenig oraz dyrektora Instytutu Politologii Uniwersytetu Gdańskiego rektor prof. Roman Kaliszan uczestniczył w konferencji „Polska i Niemcy w strukturach euroatlantyckich”.

11–13.03.2007 – gościła w Uczelni dr Maria Długolecka-Graham, koordynator ds. Polskiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Edynburgu.

15.03.2007 – posiedzenie Komisji ds. Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, w którym udział wziął rektor prof. Roman Kaliszan.

16.03.2007 – uroczystość przekazania Katedrze i Klinice Chorób Oczu koherentnego tomografu optycznego OCT – 3 Stratus ufundowanego przez Koncern Energetyczny Energa S.A, udział wziął rektor prof. Roman Kaliszan.

17.03.2007 – przekazanie darów pacjentom Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii od przyjaciół z Bremy.

19.03.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wziął udział w posiedzeniu Rady Rektorów Województwa Pomorskiego, podczas którego rektorzy uczelni Pomorza spotkali się z sekretarzem stanu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Stefanem Jurgą.

19.03.2007 – prorektor ds. rozwoju i współpracy międzynarodowej prof. Jacek Bigda wziął udział w posiedzeniu Zespołu ds. funkcji metropolitalnych Planu zagospodarowania przestrzennego obszaru metropolitalnego Trójmiasta, podczas którego zaprezentował plan rozwoju AMG.

21.03.2007 – uroczyste otwarcie nowoczesnego centrum dializy otrzewnowej oraz prezentacja nowego wyposażenia stacji, udział wziął prorektor ds. klinicznych prof. Zbigniew Nowicki.

mgr Urszula Skaluba

Nowe kierunki studiów na Wydziale Lekarskim AMG

Minister nauki i szkolnictwa wyższego decyzjami DSW 1-01-4002-40/07 i 40/07, na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 oraz z 2006 r. Nr 46, poz. 328, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 144, poz. 1043 i Nr 227, poz. 1658), po rozpatrzeniu wniosku senatu Akademii Medycznej w Gdańsku, nadał Wydziałowi Lekarskiemu Akademii Medycznej w Gdańsku uprawnienie do prowadzenia studiów na kierunkach **LOGOPEDIA** i **INŻYNIERIA MECHANICZNO-MEDYCZNA**.



Nowi doktorzy na Wydziale Lekarskim

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej otrzymał

mgr Łukasz HAK – asystent, Zakład Immunologii, Katedra Histologii i Immunologii AMG, praca pt. „Badanie wpływu infekcji wirusem cytomegalii (CMV) na układ immunologiczny u chorych operowanych z powodu niedokrwienia mięśnia serca”, promotor – prof. dr hab. Jolanta Myśliwska, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 22 marca 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej,

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny otrzymali:

1. lek. Agnieszka TARASEWICZ – słuchacz Dziennych Studiów Doktoranckich, Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych AMG, praca pt. „Zaburzenia niektórych immunologicznych mechanizmów obronnych u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek”, promotor – prof. dr hab. Bolesław Rutkowski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 22 marca 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. lek. Wojciech Roman WOŁYŃNIEC – asystent, Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych AMG, praca pt. „Ocena aktywności enzymów lipogennych w tkance tłuszczowej chorych z przewlekłą niewydolnością nerek”, promotor – prof. dr hab. Bolesław Rutkowski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 22 marca 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
3. lek. Wojciech ŻUREK – asystent, Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej AMG, praca pt. „Wpływ przetoczenia krwi obcej i własnej na odporność operowanych chorych na raka płuca”, promotor – prof. dr hab. Jan Skokowski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 22 marca 2007 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

Nowi doktorzy na Wydziale Farmaceutycznym

stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych otrzymali:

1. mgr Agnieszka ZIMMERMANN – słuchaczka Dziennych Studiów Doktoranckich AMG, praca pt. „Wpływ uregulowań prawnych na sytuację aptekarstwa w Polsce na początku XXI wieku”, promotor dr hab. Wiesława Stożkowska, Rada Wydziału Farmaceutycznego AMG w dniu 13 lutego 2007 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych,
2. mgr Jacek ŻEGLIŃSKI – asystent Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej AMG, praca pt. „Stabilizacja nadtlenu wodoru w kserożelu krzemionkowym – badanie oddziaływań składników kompozytu i jego charakterystyka”, promotor prof. dr hab. Ryszard Piękoś, Rada Wydziału Farmaceutycznego AMG w dniu 20 marca 2007 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych.



Pamięci Profesora Józefa Terleckiego (1925–2006)

☆☆☆

Epizody z życia

Mówienie i pisanie o kimś w czasie przeszłym zawsze sprawiało mi trudność. Uświadamiam sobie jednak, po kilku miesiącach, że Profesor przekroczył „smugę cienia”, ale jeszcze nie mogę się zdobyć na pisanie o Nim wspomnień, które wymagają pewnego usystematyzowania zdarzeń i faktów. Zachowałem natomiast w mojej pamięci epizody z Jego życia, o których mówił lub byłem ich świadkiem przez prawie 50 lat znajomości i wieloletniej (od 1969 r.) wspólnej pracy.

Dzieciństwo i lata młodości upłynęły Mu w Chyrowie i Dobromilu (ówczesne woj. lwowskie), gdzie ukończył szkołę powszechną, gimnazjum i dziesięciolatkę. Ten okres życia został przerwany wybuchem wojny niemiecko-rosyjskiej, co skutkowało podjęciem pracy w gospodarstwie rolnym rodziców i prywatną nauką. W listopadzie 1942 roku został zatrzymany w tzw. łapance i wywieziony na roboty przymusowe do Niemiec. Tam pracował fizycznie w firmie zajmującej się budową i naprawą dróg kolejowych. Z tego okresu pozostały w dalszym postępowaniu Profesora przyzwyczajenia do pracy fizycznej (uprawiał działkę warzywną i wybudował altankę w zespole ogródków przy ul. Cedrowej) oraz dobra znajomość języka niemieckiego. Nie pamiętam, aby skarżył się, że jest zmęczony.

Po zakończeniu wojny osiedlił się w Gdańsku i tu podjął studia najpierw na kierunku matematyczno-fizycznym w Wyższej Szkole Pedagogicznej, a po ich ukończeniu w 1948 roku na Politechnice Gdańskiej (Wydział Radiotechniczny). W tym okresie studia były dwustopniowe. Po 2-letniej przerwie od ukończenia studiów inżynierskich podjął studia magisterskie, które ukończył w 1956 roku. Pracę zawodową rozpoczął jeszcze podczas studiów, tj. od 1.11.1947 roku zatrudnieniem w



Akademii Lekarskiej w Gdańsku w charakterze mł. asystenta. Pracował tu nieprzerwanie do czasu przejścia na emeryturę w 1995 r., przechodząc kolejne szczeble kariery akademickiej, uzyskując tytuł naukowy profesora zwyczajnego w 1988 r. Kontakt z Uczelnią utrzymywał do końca swoich dni, czyli prawie 60 lat. Był żywą kroniką Uczelni. Z dużą dozą satysfakcji wspominał pierwsze lata pracy – gromadzenie przyrządów, przygotowanie demonstracji i niekiedy zaskakujący ich przebieg, a także organizację zajęć i egzaminów. Wyróżniał przy tym okres zmiany profilu kształcenia – z fizyki na biofizykę – i stan wyposażenia pracowni studenckiej, która była postrzegana jako najlepsza w kraju, co sprawiało Mu dużą satysfakcję. Wbrew pozorom, dużą przeszkodą w wyposażeniu pracowni (również naukowych Katedry) było uczestnictwo Profesora w Senackiej Komisji ds. Aparatury. Często dyskredytował potrzeby własne Zakładu, uznając, że oczekiwania innych są bardziej uzasadnione.



Dużym wyzwaniem organizacyjnym, którego się podjął, było sprawowanie funkcji zastępcy dyrektora Instytutu Biologii Medycznej, którym kierował prof. Stanisław Zawistowski. W początkowym okresie zasiedlania obecnego budynku Collegium Biomedicum sprawy organizacyjne stanowiły codzienność. Były też przedmiotem zebrań Rady Instytutu. Przypominam sobie, ilu zabiegów mediacyjnych wymagało uzyskanie zgody, np. na otwarcie barku, organizacji Samodzielnej Pracowni Informatyki i innych. Te rozstrzygnięcia nie przysporzyły sympatii Profesorowi. Profesor zawsze był społecznikiem. Wysoko cenił sobie koleżeństwo i lojal-

Profesor Józef Terlecki (drugi z prawej) wśród współpracowników

ność, co skłaniało Go do wystąpienia, np. jako obrońcy w postępowaniu dyscyplinarnym niektórych pracowników w latach 70. Społeczny charakter miało też wiele działań zawodowych, jak: opracowanie założeń projektowych pracowni izotopowej dla Wydziału Farmaceutycznego, pracowni kobaltoterapii, organizacja kursów i szkoleń pracowników AMG w zakresie diagnostyki radioizotopowej. Aktywnie uczestniczył w działaniach zmierzających do przerwania budowy elektrowni jądrowej w Żarnowcu wg dokumentacji radzieckiej oraz współpracował z Zarządkiem Gminy Różan w województwie warmińsko-mazurskim w sprawie bezpieczeństwa Centralnego Składowiska Odpadów Promieniotwórczych (konsultacje, pomiary). Profesor był ekspertem w zakresie radiometrii i dozimetrii oraz znawcą problemów technicznych dotyczących budowy elektrowni jądrowej. Mógł się o tym przekonać goszczący w Katedrze dyrektor elektrowni w Żarnowcu (w budowie), gdy w rozmowie z Profesorem nie potrafił uzasadnić niektórych rozwiązań.

Profesor był aktywnym działaczem NSZZ „Solidarność” (od września 1980 r.), również w okresie zakazu działalności tej organizacji, chociaż nie pełnił żadnych wyższych funkcji związkowych. Później, po przejściu na emeryturę, zaangażował się w tworzenie, kierowanie i działalność Klubu Seniora. Traktował to jako niewymuszony obowiązek.

Cechowała Go duża skrupulatność i dociekliwość. Najczęściej przed podjęciem jakiejś decyzji czy załatwianiem różnych spraw przesiadywał w gabinecie, uznając, że musi się do nich przygotować. Zasadzie tej był wierny we wszystkim, co robił.

Profesor Józef Terlecki zmarł 18 grudnia 2006 roku przeżywszy 81 lat. Został pochowany na cmentarzu w Gdańsku-Oliwie. Cytując słowa z nekrologu, powtórzmy: „Był dobrym człowiekiem, wybitnym naukowcem i nauczycielem akademickim”.

prof. Bartłomiej Kwiatkowski



Przekroczył „próg nadziei”

Odszedł od nas nasz Przyjaciół, założyciel Klubu Seniora AMG. Mój kontakt z Profesorem Terleckim był dosyć luźny i dopiero po latach poznałam Go bliżej, dlatego pozwolę sobie na kilka wspomnień.

Pamiętam jak przed laty, na ćwiczeniach z fizyki, jeszcze w pomieszczeniach Wydziału Farmaceutycznego przy ul. Hallera, uwijał się wśród stolików z rozmaitymi urządzeniami i usiłował wpoić nam, studentom medycyny, podstawowe arkana wiedzy, która Go fascynowała.

Potem spotkałam się z Profesorem po wybuchu w elektrowni jądrowej w Czarnobylu, gdy prosiłam Go o radę dotyczącą ochrony studentów i rodziny. Był wraz ze swoimi asystentami zaangażowany w robienie pomiarów promieniowania i informowaniu o jego zagrożeniu, w przeciwieństwie do niektórych osób, które zgodnie z oficjalną propagandą, starały się je zlekceważyć.

Grupa uczestników konferencji nt. „Aplikacyjne aspekty biologiczno-medyczne wybranych metod fizycznych” (7.02.1995 r.) związanej z 70-leciem urodzin prof. Józefa Terleckiego (w jasnym garniturze pierwszy z prawej).

Działał bardzo aktywnie w okresie „Solidarności”. W Jego katedrze, również w stanie wojennym, zawsze można się było dowiedzieć, co dzieje się w „naszym świecie”.

A potem, gdy powstała wolna Ojczyzna, a Profesor przeszedł na emeryturę, wcześniej zorientował się, że większość emerytów naszej Uczelni należy do ludzi, którzy ponoszą największe koszty dawnej epoki, ponieważ ich emerytury są żenująco niskie, a możliwości twórcze ograniczone (wyjątkowo zdarzało się, że ktoś mógł po przejściu na emeryturę nadal pracować w swoim zakładzie).

Wobec takiej sytuacji razem z prof. Tadeuszem Korzonem podjęli inicjatywę założenia Klubu Seniora AMG. Pamiętam, jak zostałam zaproszona do Zakładu Fizyki na zebranie organizacyjne, na którym zapadł projekt utworzenia trzech sekcji i opracowania, w oparciu o zasady prawne, statutu Klubu Seniora.

Niezależnie od tego, ile osób uczestniczyło w tworzeniu ostatecznej wersji naszego Klubu, (nie chcę pominąć niczych zasług), pragnę podkreślić, że duszą i umysłem Klubu Seniora był Profesor Józef Terlecki. To On prowadził rozmowy z kolejnymi rektorami i dyrektorami administracyjnymi w celu uzyskania pełnego odpisu finansów przysługujących emerytom. Walczył o pomieszczenia dla Klubu i jego wyposażenie, popierał wszystkie działania kierowników sekcji, mające na celu poprawę bytu emerytów i funkcjonowanie Klubu. Cieszył się jego sukcesami, bolał, że nie wszystko udało się załatwić, np. utworzyć „Dom Seniora”. Profesor Terlecki pełnił funkcję prezesa z naszego wyboru przez kilka kadencji, również w czasie przewlekłej choroby. Dzielnie przychodził na comiesięczne zebrania mając przygotowany program posiedzeń i dopiero jesienią ub. roku zrezygnował z funkcji przewodniczenia Klubowi. Uczestniczył jednak nadal w naszych posiedzeniach, interesował się tym, co się dzieje w Klubie; był na zebraniu dwa tygodnie przed śmiercią, zabierał głos w dyskusji i nikt nie myślał, że robi to ostatni raz.

Profesor Józef Terlecki był nie tylko doświadczonym nauczycielem akademickim, naukowcem, ojcem zatroskanym o swoją rodzinę, lecz również wielkim patriotą. Posiadał umiejętność współpracy z osobami o różnych charakterach. Cieszył się autorytetem i serdecznością wśród współpracowników, zwłaszcza Klubu Seniora.

Cześć Jego Pamięci.

prof. Irena Jabłońska-Kaszewska



Zmarł dr Janusz Michejda

W dniu 24 grudnia 2006 r. w Paryżu zmarł dr Janusz Michejda, wychowanek i nauczyciel akademicki naszej Uczelni; syn prof. Kornela Michejdy, twórcy uniwersyteckiej chirurgii wileńskiej, a po drugiej wojnie światowej – chirurgii akademickiej Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

Janusz Michejda urodził się 28 lipca 1919 r. w Krakowie. W roku 1922 wraz z rodzicami przeniósł się do Wilna. Był wychowankiem eksperymentalnego Gimnazjum im. Sułkowskiego w Rydzynie w Poznańskim. W okresie wojny, od 1942 r. w Wilnie pracował w laboratorium pod kierunkiem prof. Legeżyńskiego. W marcu 1945 r. wraz z rodziną został repatriowany i kontynuował rozpoczęte studia lekarskie, w 1946 r. zapisał się na IV rok studiów w naszej Uczelni z grupą osób, które rozpoczynały studia medyczne przed wojną światową lub w czasie wojny.

Absolutorium uzyskał w roku 1948, zaś dyplom lekarza w roku 1950. Jako student V roku był wolontariuszem w Zakładzie Anatomii Prawidłowej. Od 1 października 1948 r. do 1952 r. pracował w Zakładzie Anatomii Patologicznej zajmując kolejno stanowiska młodszego asystenta, starszego asystenta, a od września 1951 r. adiunkta. W latach 1949–1953 prowadził także wykłady z chirurgii i anatomii patologicznej w Szkole Pielęgniarek i Szkole Położnych w Gdańsku.

Od 1 września 1952 r. do 14 lutego 1954 r. pracował w III Katedrze i Klinice Chirurgii, a od 15 lutego 1954 r. do 1962 r. w oddziale urologii, gdzie uzyskał specjalizację. W drugiej połowie lat 60. został delegowany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej do Konga, celem niesienia pomocy lekarskiej ludności tego regionu jako lekarz ONZ. Tu pracował przez 4 lata, a następnie przeniósł się do Dahomeju, skąd po 6. latach osiadł w Maroku. Po przejściu na emeryturę początkowo mieszkał w Kanadzie, a od 1998 r. w Brukseli.

Janusza pamiętam z lat. 50., kiedy rozpoczynaliśmy pracę w III Katedrze i Klinice Chirurgii przy ul. Łąkowej, kierowanej przez prof. Zdzisława Kieturakisa. Razem stawialiśmy pierwsze kroki, asystując do operacji, ucząc się chirurgii. Po dwóch la-



tach Janusz zmienił zainteresowania i przeniósł się na urologię, gdzie uzyskał specjalizację z tej dziedziny.

Dr Janusz Michejda utrzymywał stałe kontakty z naszą Kliniką. W czasie swoich krótkich pobytów w kraju odwiedzał nas, interesował się naszą działalnością. Spotkania te były okazją do rozmów, do zastanawiania się nad codziennością, czyniłem Mu wówczas wymówki, że pozostaje poza krajem, a jako przykład stawiałem Mu Jego

przodków, gorących patriotów. W czasie jednej z tych rozmów poprosił mnie o „Księgę pamiątkową” klinik, którą założył Jego ojciec w 1923 r., a która pozostaje w moim posiadaniu. W dniu 6 lutego 1993 r. napisał m.in. „Im się jest starszym, tym więcej tęskni się za przeszłością, za krajem, za korzeniami”.

Po raz ostatni spotkałem się z Januszem w 1998 r. w Dworze Artusa, w czasie uroczystości z okazji wznowienia dyplomu lekarza po upływie 50. lat od ukończenia studiów. Miałem okazję wręczyć mu ten dyplom, serdecznie gratulować.

Dr Janusz Michejda był znakomitym lekarzem, urologiem, wspaniałym kolegą, przyjacielem, człowiekiem o wysokiej osobistej kulturze. Był człowiekiem skromnym, ciepłym, wyrozumiałym, działającym przez całe swoje życie z pełnym poświęceniem dla dobra ludzi.

Uroczystości pogrzebowe odbyły się w Paryżu, urnę z prochami przywieziono do kraju, złożono w niszy kolumbarium na Cmentarzu Ewangelickim w Warszawie przy ul. Młynarskiej w dniu 28 lutego 2007 r.

prof. Zdzisław Wajda

Wspomnienie o dr. Jerzym Woźniczko

W dniu 30 listopada 2006 r. odszedł od nas na zawsze długoletni adiunkt Kliniki Położnictwa Akademii Medycznej w Gdańsku.

Jerzy Woźniczko urodził się 29.09.1930 r. w Słonimie, woj. nowogrodzkie. W 1946 r. wraz z rodziną zamieszkał w Toruniu, gdzie w 1950 r. uzyskał maturę. Jako stypendysta ministra zdrowia rozpoczął w tym samym roku studia medyczne w Uniwersytecie w Ołomuńcu w Czechosłowacji, które od roku 1952 kontynuował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Tu w roku 1956 otrzymał dyplom lekarza. Z nakazu pracy przez 4 lata był zatrudniony w Szpitalu Miejskim w Elblągu. W latach 1957–1959 odbył okresową służbę wojskową. W roku 1961 rozpoczął pracę w Klinice Położnictwa i Chorób Kobiecych Akademii Medycznej w Gdańsku na stanowisku asy-



III Ogólnopolskie Warsztaty Naukowo-Szkoleniowe Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego USTKA, 8–11 lutego 2007 r.

Od roku 2005 Sekcja Dermatologiczna Polskiego Towarzystwa Alergologicznego organizuje w Ustce Ogólnopolskie Warsztaty Naukowo-Szkoleniowe. Współorganizatorami tegorocznych warsztatów były Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM w Gdańsku oraz Oddział Pediatriczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku. Spotkanie zgromadziło 240. alergologów, dermatologów, pediatrów, a także lekarzy innych specjalności. Odkryto się 11 sesji naukowych, 2 pokazy przypadków klinicznych, warsztaty dotyczące zastosowania testów płatkowych w diagnostyce alergologicznej i wystawa firm farmaceutycznych. Prezydium ORL w Gdańsku przyznało uczestnikom konferencji 25 punktów edukacyjnych.

Uroczyste otwarcie konferencji odbyło się w Filharmonii Słupskiej. Podczas sesji inauguracyjnej wykłady wygłosili: doc. J. Narbutt z Łodzi: „Mechanizmy immunologiczne w wyprysku atopowym”, prof. J. Kruszewski z Warszawy: „GINA2006”, prof. J. Roszkiewicz: „Plamice alergiczne u dzieci i młodzieży”, prof. R. Kaliszan: „Farmaceutyczna teoria lotów czarownic”.

Dalsza część konferencji odbywała się w Ustce, w Ośrodku Wypoczynkowo-Konferencyjnym Jantar. Program spotkania obejmował tematy z różnych obszarów dermatologii i alergologii – od podstaw po najnowsze osiągnięcia nauki. Sesje tematyczne dotyczyły chorób atopowych, wyprysku atopowego, pokrzywek, alergii kontaktowej i zawodowej, leków przeciwhistaminowych i biologicznych, jak również mikologii i zakażeń bakteryjnych w alergologii. Omówiono podstawy pielęgnacji skóry alergicznej (R. Nowicki), jak również bezpieczeństwo i możliwości nowoczesnej terapii biologicznej (Z. Adamski, M. Woźniak). Przedstawiono wiele interesujących zagadnień klinicznych, które zachęcały do podjęcia dyskusji w oparciu o doświadczenia własne. Alergia należy aktualnie do najistotniejszych problemów zdrowotnych, który dotyczy ok. 30% Europejczyków i Amerykanów. Krajowe badania epidemiologiczne wykazują, że ok. 20% dzieci i 10% dorosłych cierpi w Polsce z powodu chorób alergicznych. Wczesne rozpoznanie umożliwia

skuteczne leczenie alergii, a właściwe i wczesne postępowanie może również ograniczyć rozwój alergii. Najczęstszą przewlekłą dermatozą alergiczną dotyczącą 10–25% dzieci jest wyprysk atopowy (atopowe zapalenie skóry – AZS). AZS to choroba wieloczynnikowa, w etiopatogenezie której odgrywa rolę wiele nieallelicznych genów i wiele indukujących ją czynników środowiskowych. Genami, których mutacje mają znaczenie w patogenezie AZS, są: geny cytokin, czynników wzrostu i ich receptorów, chemokin, receptora dla IgE itd.

Wykazano związek polimorfizmu 330T/G promotora genu IL-2 z AZS (B. Nedoszytko). Podjęto problem niedoskonałości bariery naskórkowej w AZS (C. Kowalewski) oraz zaburzeń metabolizmu lipidów naskórkowych w tej jednostce chorobowej (P. Szlęzak). Zwrócono uwagę na rolę profilaktyki AZS, zarówno pierwotnej (wydłużenie czasu karmienia piersią do 4–6 miesięcy, niepalenie tytoniu w ciąży, ograniczenia dietetyczne, ograniczenie ekspozycji na silne alergeny), jak i wtórnej (pielęgnacja skóry, eliminacja alergenów, poradnictwo zawodowe, unikanie czynników drażniących) (T. Małaczyńska, A. Wilkowska).

Dużo uwagi poświęcono zastosowaniu leków biologicznych w dermatologii oraz przedstawiono doświadczenia własne wynikające z ich użycia w praktyce (Z. Adamski, M. Sochocka-Bykowska, A. Saczonek i A. Wilkowska). Niezwykle interesujące było przedstawienie roli omalizumabu w leczeniu chorych na AZS, u których alergologia IgE – zależna odgrywa rolę w patogenezie tego schorzenia (T. Iwanowski). Dyskutowano też na temat bezpieczeństwa stosowania leków przeciwhistaminowych w ciąży, w czasie laktacji i u dzieci (H. Ługowska-Umer). Wnioski z badań na zwierzętach oraz na ludziach świadczą, że obecnie stosowane leki przeciwhistaminowe są bezpieczne. Coraz więcej danych świadczy też, że nowe zarejestrowane LP są bezpieczne w przypadku ciąży, a jedną z konsekwencji publikacji badań ETAC i Preventia jest wykazanie bezpieczeństwa w grupie dzieci (J. Kruszewski). Omówiono szczegółowe wskazania do podawania leków przeciwhistaminowych w chorobach

stenta, a następnie adiunkta. W latach 1985–1989 pracował w Libii na stanowisku kierownika zespołu medycznego w Darnie, a następnie w Tymini zorganizował Oddział Położniczy i Chorób Kobięcych. Po powrocie z Libii, aż do przejścia w roku 1995 na emeryturę, pracował w Klinice Położnictwa AMG.

Dr Jerzy Woźniczko posiadał I stopień specjalizacji z anestezjologii i II stopień specjalizacji z położnictwa i chorób kobiecych. W roku 1970 uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie pracy „Przydatność badań amnioskopowych i mikropehametrii we wczesnym rozpoznawaniu zagrożenia płodu i matki”. Opublikował 40 prac, w głównej mierze dotyczących wczesnego rozpoznania stanów zagrożenia dla płodów i matek.

Doktor posiadał duże zdolności dydaktyczne. Jego bardzo dobre wykłady dla lekarzy i studentów oparte były na szerokiej wiedzy teoretycznej i praktycznej. Posiadał dużą biegłość operacyjną, którą chętnie przekazywał często asystując młodszemu kolegom, a także spieszył im z pomocą w trudnych sytuacjach

lekarskich. Swoich przełożonych darzył głębokim szacunkiem, życzliwie odnosił się do kolegów i personelu medycznego. W stosunku do chorych był lekarzem wyrozumiałym i taktownym – wzorem dla innych. Miał zamiłowanie i zdolności do techniki – interesował się nowoczesnym sprzętem medycznym, brał udział w uruchamianiu nowej aparatury w Klinice, a w razie potrzeby – potrafił naprawiać zepsutą. Poza medycyną i techniką szczególnie interesowała Go historia II wojny światowej.

Doktor był odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, odznakami Zasłużony Ziemi Gdańskiej, Zasłużony Pracownik Służby Zdrowia.

Jerzy Woźniczko był człowiekiem skromnym, pracowitym, bardzo oddanym rodzinie. Odszedł człowiek wielkiego serca i głębokiej wiedzy lekarskiej. Takim był Jerzy i takim będziemy Go pamiętać.

dr med. Jerzy Szczepański

alergicznym skóry, schematy i zasady postępowania w różnych odmianach pokrzywki, obrzęku naczynioruchowego, atopowego zapalenia skóry. (A. Kaszuba).

Podczas sesji „Mikologia w alergologii” przedstawiono rolę grzybów *Malassezia* spp. (dawniej *Pityrosporum*) w etiologii chorób skóry. Rozpoznano już 12 gatunków tych grzybów. Mogą one wywoływać łupież pstry, zapalenie mieszków włosowych, a także indukują przebieg łojotokowego zapalenia skóry, łupieżu zwykłego, atopowego zapalenia skóry i łuszczycy (R. Nowicki, M. Woźniak). Zaprezentowano wyniki testów płatkowych z alergenami grzybów (*Alternaria alternata*, *Aspergillus mix*, *Candida albicans*, *Cladosporium herbarum*, *Epidermophyton*, *Mucor racemosus*, *Fusarium moniliforme*, *Penicillium mix*, *Rhizopus mix*, *Trichophyton mix*, *Sacharomyces mix*) przeprowadzonych w grupie 54 pacjentów z AZS. Zaobserwowano, iż u 90% w tej grupie chorych występują dodatnie kontaktowe testy płatkowe z alergenami grzybów, najczęściej *Candida albicans* (79%), świadczące o reakcji immunologicznej typu IV późnego na te alergeny (T. Hofman). Udowodniono skuteczność terapii itrakonazolem w zmniejszeniu kolonizacji skóry i jelit przez drożdżaki w AZS (mniejsza liczba dodatnich hodowli *Malassezia* oraz niższe miano przeciwciał IgE przeciw grzybom *Malassezia* i *Candida albicans* w teście RAST) (Z. Adamski). Stosowanie itrakonazolu w leczeniu łojotokowego zapalenia skóry pozwala na uzyskanie szybkich efektów klinicznych oraz długich okresów remisji tej przewlekłej i częstej choroby (A. Kaszuba).

Odrębna sesja została poświęcona roli czynników bakteryjnych w alergii, poczynając od problemu tworzenia biofilmu przez poszczególne grupy drobnoustrojów po znaczenie superantygenów gronkowcowych w chorobach alergicznych i nowotworowych (W. Barańska-Rybak). Stała mikroflora skóry jest odnawialna i stanowi zagrożenie zakażenia rany operacyjnej podczas wielogodzinnych zabiegów operacyjnych. Związane z etiologią trądziku pospolitego zakażenia *Propionibacterium* mogą wywoływać zapalenia włośnic, zapalenia stawów i kości, zapalenia nerwów i ośrodkowego układu nerwowego, zakażenia ran pooperacyjnych, łóżyska naczyniowego, zapalenia gałki ocznej, zapalenia płuc i zmiany okołozębowe (A. Śledzińska). Najcięższą postacią inwazyjnego zakażenia paciorkowcami grupy A jest zespół wstrząsu toksycznego – STSS (*Streptococcal Toxic Shock Syndrome*) oraz STIS (*Streptococcal Toxic Shock-like Syndrome*) czyli paciorkowcowy zespół podobny do wstrząsu toksycznego przebiegający z zespołem niewydolności oddechowej (ARDS) i niewydolnością wielonarządową. Przypuszcza się, że za tak dramatyczny przebieg



Prof. Maria Korzon wygłaszająca referat

choroby odpowiedzialny jest superantygen, którym może być jedna z paciorkowcowych toksyn pirogennych (A, B, C, F), egzotoksyna pirogenowa Z lub jakiś całkowicie inny czynnik (A. Samet).

Podczas dyskusyjnego forum Sekcji Dermatologicznej PTA przedstawiono zagadnienie immunomodulującego działania nierumieniotwórczych dawek promieniowania UV (J. Narbutt), problematykę mastocytoz (J. Roszkiewicz, M. Niedożytko) oraz badania własne dotyczące wzajemnych relacji między alergią a chłoniakami pierwotnie skórnymi z komórek T (M. Sokołowska-Wojdyło). Za najważniejszy czynnik etiologiczny zachorowań na niemelanocytowe raki skóry uznaje się przewlekłą ekspozycję skóry na promieniowanie ultrafioletowe. Zachodzące zaburzenia procesów naprawczych i adaptacyjnych w skórze prowadzą do istotnych zmian w jej układzie immunologicznym, czego wyrazem laboratoryjnym jest supresja reakcji nadwrażliwości kontaktowej, a klinicznym – starzenie się skóry i fotokancerogenza. Wykazano, że codzienna ekspozycja na UVR, pomimo braku objawów klinicznych stanu zapalnego, powodują uszkodzenie DNA i indukują powstawanie markerów zapalenia, przez co działają modulująco na układ immunologiczny ludzi zdrowych. Obserwacje te uzasadniają konieczność codziennego stosowania preparatów ochronnych zawierających filtry przeciwsłoneczne nawet w miesiącach zimowych (J. Narbutt).

Pokaz przypadków klinicznych (niedzielnny poranek kliniczny) dotyczył niezwykle interesujących i rzadkich dermatoz zarówno alergicznych, jak i niealergicznych.

Ze streszczeniami wszystkich prac przedstawianych podczas tegorocznych warsztatów USTKA 2007 można zapoznać się w Internecie na stronie www.alergologia.org. Niewątpliwym atutem dorocznych spotkań w Ustce jest ich kameralny charakter i możliwość bezpośredniego kontaktu z wybitnymi autorytetami naukowymi, a także dyskusji i wymiany poglądów pomiędzy lekarzami różnych specjalności. Tradycyjnie, nie zabrakło też imprez towarzyszących, podczas których wszyscy uczestnicy świetnie się bawili.

Spotkanie zakończyło się Mszą św. odprawioną w neogotyckim kościele pw. Najświętszego Zbawiciela w intencji chorych i służby zdrowia w niedzielę 11 lutego, obchodzoną jako XV Światowy Dzień Chorego.

dr Wioletta Barańska-Rybak



Uczestnicy Warsztatów podczas Mszy św. odprawionej z okazji XV Światowego Dnia Chorego

Spotkanie Brema – Gdańsk



W dniu 17.03.2007 r. w Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii ACK/AMG odbyło się spotkanie przedstawicieli dwóch miast Bremy i Gdańska, współorganizowane przez Towarzystwo Polska – Niemcy z jego prezesem Piotrem Damrath.

Republikę Federalną Niemiec reprezentowali: konsul Ginter Koenig, honorowy konsul w Bremie Hans Paschmeyer oraz przybyli z Bremy przedstawiciele Towarzystwa Niemcy – Polska. W imieniu prezydenta Gdańska Pawła Adamowicza wła-

dze naszego miasta reprezentowały Danuta Janczarek i pani Mańko.

Gości powitała kierownik Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii ACK/AMG prof. Anna Balcerska i podziękowała za prezent, jaki goście z Bremy ofiarowali chorym dzieciom. Jest to rzeźba, będąca od lat symbolem miasta Bremy, przedstawiająca „Muzykantów z Bremy”, bohaterów baśni braci Grimm. Pacjenci Oddziałów Hematologii i Onkologii Dziecięcej pod doświadczonego okiem absolwentki Gdańskiej Aka-

demii Sztuk Pięknych Doroty Borowskiej z wielkim zaangażowaniem i radością pomalowali rzeźbę tęczowymi barwami. Zebrani goście ze wzruszeniem obejrżeli zdjęcia, obrazujące malowanie podarowanej figury oraz prezentację multimedialną przedstawiającą proces budowania i obecną działalność Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii AMG.

O wzajemnych powiązaniach Gdańska i Bremy w swoich wystąpieniach mówili: rektor naszej Uczelni prof. Roman Kaliszan i goście z Niemiec, którzy zamierzają otoczyć Klinikę i chore dzieci szczególną opieką. Przewidywane są dalsze spotkania przedstawicieli obu miast.

prof. Anna Balcerska





Od lewej: przewodniczący Rady Miasta Gdańska Bogdan Oleszek, rektor AMG prof. Roman Kalisz, przewodniczący Komisji Międzyzakładowej NSZZ „Solidarność” AMG i ACK–Szpital AMG Mirosław Madej

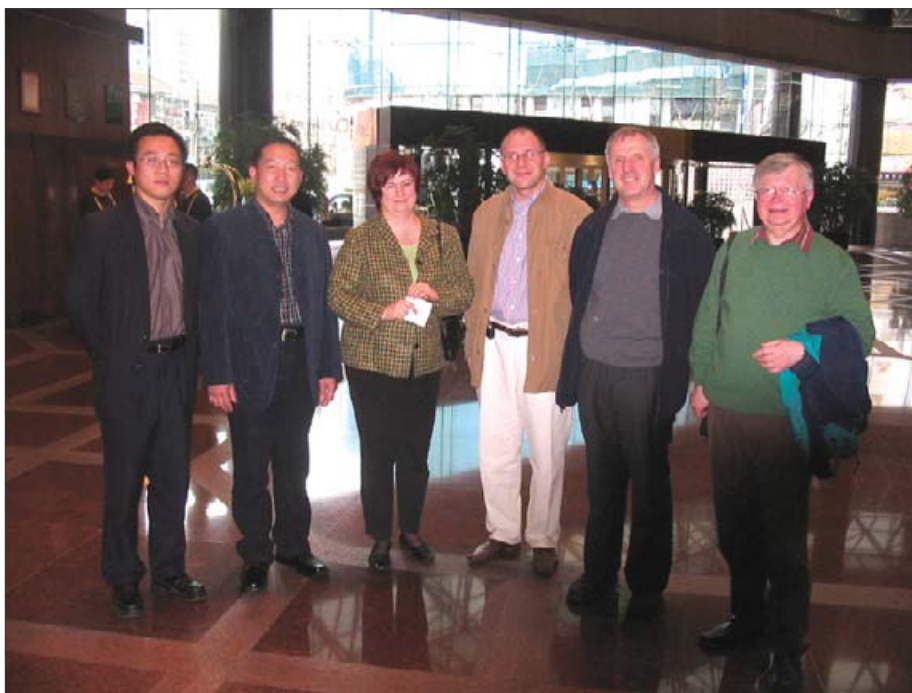
Gdańsk – dzieciom

W dniu 24 lutego 2007 r. NSZZ „Solidarność” Stoczni Gdańskiej, NSZZ Policjantów Województwa Pomorskiego, NSZZ „Solidarność” Akademii Medycznej w Gdańsku, Klub Lechia Gdańsk – Lekkoatletyka, Klub Rugby, Ośrodek Teatru Znak zorganizowali w Gdańsku festyn pod hasłem „Gdańsk – dzieciom”, którego celem było zebranie środków na rzecz chorych dzieci, małych pacjentów Oddziału Hematologii Dziecięcej Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz Akademickiego Centrum Klinicznego – Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku.

Podczas tej imprezy artystycznej, zainicjowanej przez Zbigniewa Stefańskiego, Mariana Zdanowskiego, Henryka Majewskiego i Henryka Męczykowskiego, zapewniono świetną zabawę dla dzieci i atrakcyjną rozrywkę dla dorosłych.

Wizyta w Chinach

W dniach 1–7.03.2007 r. władze Uczelni w osobach rektora prof. Romana Kaliszana, prorektora prof. Jacka Bigdy i prof. Michała Woźniaka złożyły wizytę w Uniwersytecie w Szanghaju w Chinach. Szczegółowa relacja w majowym numerze *Gazety AMG*.



IV Konkurs Prac Magisterskich

odbył się w dniu 20 lutego br. na Wydziale Farmaceutycznym. Podczas finału konkursu studenci prezentowali swoje prace wykonane w roku akademickim 2005/2006. Organizacją imprezy zajęli się studenci Młodej Farmacji. Na zdjęciu laureatki Konkursu, od lewej: Sandra Makulska, Agnieszka Wernecka, Magdalena Dąbrowska, Weronika Wojtasik, Marta Radkowska.