

GAZETA GDAŃSK AMG

1 listopada 1993

Rok 3 nr 11 (35)

„Mąż uczony szukać będzie mądrości” (Syr. 39. 1)

HOMILIA KS. ABP. TADEUSZA GOCŁOWSKIEGO

wygłoszona w czasie mszy św. na inaugurację roku akademickiego w AMG

Panie Rektorze, Wysoki Senacie Akademicki, Siostry i Bracia.

Wchodzi w tradycję uczelni, że w dzień inauguracji roku akademickiego spotykamy się w tym kościele, który stanowi niemal integralną część Akademii, by prosić Boga - Źródło Mądrości i Prawdy - o Jego błogosławieństwo dla wszystkich, którzy tę Wspólnotę tworzą.

Różne są dziedziny naukowych badań. Wszystkie one mają jakieś odniesienie do człowieka. Ale Akademia Medyczna to nie tylko badania naukowe, nie tylko dydaktyka, to również bezpośrednia troska o człowieka i to człowieka chorego.

Żadna z uczelni Wybrzeża nie pozostaje więc w tak bezpośrednim stosunku do człowieka i jego najbardziej istotnych potrzeb. Nic więc dziwnego, że antropologia chrześcijańska musi stale pozostawać u samych fundamentów pracy tej uczelni. Chcemy o tym wszystkim pamiętać w chwili, gdy inaugurujemy nowy rok akademicki.

Chrystus w odczytanej dziś Ewangelii opowiedział nam przypowieść o talentach. Młodzi ludzie, którzy przekraczają progi tej uczelni są wyposażeni w bogactwo talentów i to nie tylko w postaci uzdolnień intelektualnych. Jeśli decydują się na podjęcie studiów

• DOKOŃCZENIE NA STR. 2

Wykład wygłoszony na inauguracji roku akademickiego w AMG

Współczesne problemy nefrologii

Szanowny Panie Rektorze, Wysoki Senacie, Szanowni Państwo.

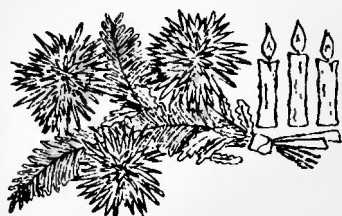
Przypadł mi w udziale ogromny zaszczyt przedstawienia Państwu problemów, którymi zajmuje się dzisiaj nefrologia. Niech mi jednak będzie wolno na początku podzielić się z Państwem osobistą refleksją. Otóż dokładnie przed 25 laty, 8 października 1968 r., w sali Starego Anatomicum odbierałem dyplom lekarza z rąk nieżyjącego już niestety JM Rektora, prof. Mariana Górskiego. Jest to zatem dla mnie podwójne święto.

Przechodząc do zasadniczego tematu mego

wystąpienia chciałbym w szczególności najmłodszym kolegom oraz gościom wyjaśnić, że nefrologia jest to nauka, która zajmuje się chorobami nerek (greckie nephros - nerka). Stanowi ona dziedzinę, która jest jedną z gałęzi królowej nauk medycznych - interny. W ostatnim ćwierćwieczu nefrologia zanotowała ogromnie dynamiczny rozwój.

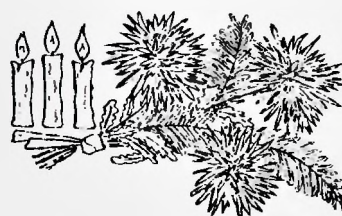
Dotyczy to zarówno fizjologii i fizjopatologii układu moczowego, jak też znacznego postępu we wprowadzaniu nowych metod leczenia. Dla uświadomienia wagi problemu, jaki stanowią choroby nerek,

• DOKOŃCZENIE NA STR. 3



*Życie samo przez się
nigdy nie jest czymś,
jest ono tylko sposobnością
do czegoś.*

Chrystian Hebbel



• DOKOŃCZENIE ZE STR. 1

medycznych, muszą być wrażliwi na ludzkie cierpienia. To jest bogactwo ducha. Jedne i drugie talenty trzeba rozwijać w czasie studiów, by w momencie ich ukończenia móc ze spokojem podjąć służbę lekarską.

Drodzy Siostry i Bracia !

Wśród wielu uczelni, które kształtują bogactwo ludzkich talentów, Akademia Medyczna zajmuje szczególne miejsce. Nie ma człowieka, który nie przechodziłby przez cierpienie, a w związku z tym lekarz jest tym, który bardziej niż ktokolwiek inny spotka się ze mną, a ja z nim. I nie będziemy tylko w relacji towarzysko-kulturowej, ale najgłębszej relacji ludzkiej. Lekarz jawi się najpierw jako wybitny specjalista i to w dziedzinie najbardziej delikatnej, bo dotyczącej człowieka, jego życia biologicznego i psychicznego. Tu profesjonalizm jest wymogiem większym niż w jakiegokolwiek innej dziedzinie. Studia medyczne to najwyższej miary obowiązek. Ale studia to także okres formacji ludzkiej człowieka, który ma być lekarzem, a więc ma wykształcić w sobie szczególny stosunek do człowieka. Humanitas lekarza, który leczy, który rozumie, który uspokaja, który niesie nadzieję, to niemal konstytucyjny element jego obecności w społeczeństwie.

Drodzy Bracia i Siostry !

Jestem Wam szczególnie wdzięczny za to, że pragniecie rozpocząć rok akademicki od Najświętszej Ofiary Mszy świętej, którą sprawuję w Waszej intencji. Jest to ogromnie ważne, gdyż w mentalność współczesnych ludzi wsącza się tendencja do eliminowania treści religijnych z życia pozaosobistego czy pozarodzinnego. Ta tendencja sztucznie narzucana w czasach państwa totalitarnego i jakoś zakodowana w mentalności naszego pokolenia jawi się w nowej formie jako próba eliminacji sacrum z życia publicznego. Jest to pokusa stara jak świat. Czy owa tendencja ma szanse zakorzenienia się w naszej współczesnej polskiej rzeczywistości? Myślę, że nie. Ale próby są bardzo widoczne. Muszę więc sobie uświadomić chrześcijański obowiązek oddziaływania, apostołowania środowiskowego. Jeśli to się robi mądrze, z rozważą, z szacunkiem dla autonomii drugiego człowieka - wówczas wpływ jest bardzo wyraźny i skuteczny. Myślę o nowej ewangelizacji. Jan Paweł II w swej najnowszej encyklice („Veritatis splendor”) mówi, że ewangelizacja jest największym i najbardziej porywającym wyzwaniem, wobec którego Kościół staje od początku swego istnienia. Rzeczywiście źródłem tego wyzwania,

są nie tyle różne sytuacje społeczne i kulturowe, ile nakaz Jezusa Chrystusa, określający samą rację istnienia Kościoła: „Idźcie na cały świat i głoscie Ewangelię wszelkiemu stworzeniu” (Mk 16, 15).

Nasz czas jest szczególny. Jakkolwiek scharakteryzuje się człowieka, który wychodzi z systemu totalitarnego, jedno jest pewne, odczuwa on tęsknotę za blaskiem prawdy („Veritatis splendor”). A ewangelizacja jest niczym innym, jak przywracaniem człowiekowi świadomości, dotyczącej jego godności, ale w prawdzie. Dechrystianizacja powoduje nie tylko utratę wiary, ale często prowadzi do zaniku zmysłu moralnego. Jest rzeczą oczywistą, że ewangelizacja jest propozycją określonej moralności i stąd napotyka ona w naszym czasie, dotkniętym subiektywizmem i relatywizmem, na duży sprzeciw, który jest wynikiem liberalnego nurtu w dziedzinie moralności. Święty Paweł powie:

„Ku wolności wyswobodził nas Chrystus”.

Ale wolność trzeba łączyć z prawdą.

Jan Paweł II powie wyraźnie:

**„Tylko wolność podporządkowana
prawdzie prowadzi osobę ludzką
ku autentycznemu dobru”.**

Służba zdrowia musi pamiętać o jeszcze jednej ważnej sprawie: wolność urzeczywistnia się przez miłość, to znaczy przez dar z siebie. W realizacji powołania lekarskiego ma to zasadnicze znaczenie.

Biorąc to wszystko pod uwagę trzeba wyraźnie stwierdzić, że istnieje pilna potrzeba ponownego odkrycia nowości swej wiary oraz mocy oceny ludzkich postaw (w tym również własnych) w środowisku uczelni, w środowisku koleżeńskim, studenckim. Trzeba ponownie odnaleźć i ukazać prawdziwe oblicze wiary chrześcijańskiej, która nie jest jedynie zbiorem tez, wymagających przyjęcia i zatwierdzenia przez rozum. Jest natomiast poznaniem Jezusa Chrystusa w wewnętrznym doświadczeniu, jest prawdą, którą trzeba żyć.

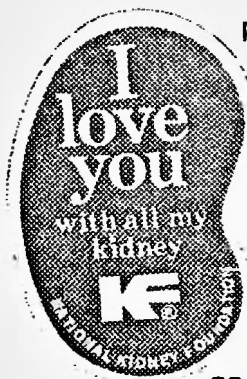
Zespolenie twórczego wysiłku lekarza przez osobistą wiedzę, kulturę, postawę chrześcijańską i ludzi dobrej woli, pozwoli na jeszcze bardziej skuteczną służbę człowiekowi choremu.

To wszystko musi być obecne w naszym życiu przez cały czas naszych studiów.

**Niech Bóg temu dziełu raczy błogosławić.
Amen.**

Współczesne problemy nefrologii

• DOKOŃCZENIE ZE STR. 1



pozwolę sobie przytoczyć badania, które prowadziliśmy przed 10 laty w Klinice Chorób Nerek.

Podczas analizy autopsji pacjentów zmarłych w PSK nr 1 okazało się, że 6,3% z nich zmarło z powodu przewlekłej niewydolności nerek, natomiast 2,3% z powodu ostrej niewydolności nerek, a 26,9% wszystkich zmarłych miało

organiczne zmiany w nerkach.

Liczyby te mówią same za siebie. Zastanawiając się, co przedstawić w czasie dzisiejszego wykładu, miałem ogromny kłopot z wyborem szczegółowego tematu. W uzgodnieniu z JM Rektorem, postanowiłem zająć Państwa uwagę problemami leczenia nerkozastępczego. Słowo „nerkozastępcze” stanowi dokładne tłumaczenie angielskiego „renal replacement therapy”, ale przyjęło się już na dobre w polskim słownictwie medycznym.

Zanim jednak przejdę do szczegółowego omówienia tego zagadnienia, pozwolę sobie zapoznać Szanownych Zebranych z dwoma wielkimi osiągnięciami dokonanymi w ciągu ostatniego dziesięciolecia w zakresie nefrologii. Pierwsze z nich dotyczy fizjologii nerek, a ściślej - regulacji gospodarki sodowej.

Nasuwa mi się tutaj wspomnienie sprzed 25 laty, kiedy to rozpocząłem pracę w ówczesnej II Klinice Chorób Wewnętrznych kierowanej przez prof. Jakuba Pensona. Na kursie nefrologicznym wykład na temat regulacji gospodarki sodowej miał wówczas doc. Andrzej Manitius - mój późniejszy Mistrz i Nauczyciel. Pomnę, jak mówił, że są trzy główne czynniki regulujące gospodarkę sodową:

- filtracja kłębkowa,
- układ renina-angiotensyna-aldosteron
- i czynnik trzeci.

Czynnik trzeci to hipotetyczny wówczas hormon o działaniu natriuretycznym, którego istnienie potwierdzono na podstawie pewnych danych eksperymentalnych oraz niektórych obserwacji klinicznych. Dzisiaj wiemy, że istnieją co najmniej trzy hormony natriuretyczne:

- produkowany w przysadce mózgowej,
- przedsionkowy czynnik natriuretyczny powstający w przedsionkach serca,
- produkowany w nerkach, zwany urodilatyną (najmłodszy z nich).

Najlepiej poznany z nich jest przedsionkowy czynnik natriuretyczny, a ważne informacje dotyczące jego roli w patogenezie niektórych stanów chorobowych pochodzą także z prac powstałych w naszej Uczelni. Dotyczy to badań prowadzonych m.in. w Zakładzie Biochemii Klinicznej oraz w naszej Klinice.

Drugim ogromnym osiągnięciem w nefrologii w ostatnich kilku latach było rozpoczęcie produkcji ludzkiej rekombinowanej erytropoetyny.

Erytropoetyna - hormon powstający w nerkach - jest niezbędna dla prawidłowej produkcji krwinek czerwonych przez szpik. Możliwość stosowania tego hormonu jako leku powstała dzięki biotechnologii - tej dziedzinie wiedzy, której Wydział (wspólny z Uniwersytetem Gdańskim) został właśnie powołany formalnie do życia.

Wiemy dzisiaj, że erytropoetyna jest lekiem z powodzeniem stosowanym dla wyrównywania niedokrwistości nie tylko u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, ale także u chorych nowotworowych, z przewlekłymi stanami zapalnymi oraz zakażonych wirusem HIV. Dodatkowo należy dodać, że hormon ten wpływa nie tylko na ilość, ale także na jakość erytrocytów.

Wykazało to m. in. wiele prac prowadzonych w naszej Klinice wspólnie z kolegami z Zakładów Biofizyki, Biochemii, Biochemii Klinicznej oraz Pracowni Analizy Chemicznej Wydziału Farmaceutycznego.

Przechodząc do zasadniczego wątku dzisiejszego wystąpienia pozwolę sobie przypomnieć, że leczenie nerkozastępcze to dwie formy aktywnego leczenia przewlekłej niewydolności nerek. Stanowią je dializoterapia oraz przeszczepianie nerek.

Z danych statystycznych europejskich i światowych wynika, że każdego roku ok. 100 pacjentów na 1 mln mieszkańców dochodzi do takiego stopnia zaawansowania niewydolności nerek, iż wymaga leczenia nerkozastępczego. Oznacza to, że w Polsce takie leczenie powinno być włączane u niespełna 4 000 chorych rocznie. Przyjrzyjmy się natomiast, jakie są aktualne możliwości stosowania tego typu terapii w naszym kraju. Według danych z końca ubiegłego roku, w Polsce leczeniem dializami objętych było ponad 3 000 chorych w 100 stacjach dializ. Do leczenia przyjęto 28 pacjentów na 1 mln mieszkańców. Oznacza to, że 72% chorych pozbawionych możliwości dializoterapii musiało umrzeć. Stawia nas to w zakresie leczenia dializami na jednym z ostatnich miejsc w Europie.

Lekarze nefrologzy cierpią na swoiste rozdwojenie jaźni. Z jednej bowiem strony

jesteśmy w niezwykle szczęśliwej sytuacji, ponieważ możemy utrzymywać przy życiu w niezłym komforcie, przez wiele lat ludzi, u których doszło do całkowitego uszkodzenia funkcji nerek.

Na świecie człowiek najdłużej leczony dializami żyje 28 lat, w Polsce 22 lata, w Gdańsku 17 lat.

Z drugiej jednak strony zdajemy sobie sprawę, że niestety nie możemy zapewnić tego leczenia wszystkim potrzebującym chorym. Jednocześnie musimy dokonywać kwalifikacji pacjentów.

Dokonyuje się tego komisyjnie i w oparciu o ścisłe kryteria medyczne. Niemniej, wybierając jednych zawsze pamiętamy, że oznacza to dyskwalifikację innych chorych. Pozostawia to po sobie zawsze uczucie goryczy i niepokoju moralnego.

Czy oznacza to, że w tej dziedzinie nic się nie dzieje? Otóż nie, dzięki staraniom Krajowego Zespołu Specjalistycznego ds. Nefrologii zaobserwowaliśmy znaczny wzrost w ciągu ostatnich dziesięciu lat, zarówno liczby stacji dializ (dwukrotny), stanowisk dializacyjnych (trzykrotny), jak też przede wszystkim, liczby dializowanych chorych (trzykrotny). Należy dodać, że od czasu powołania tego zespołu w 1984 roku kierował nim prof. A. Manitius, natomiast od dwóch lat ja mam przyjemność jemu przewodniczyć.

Jednocześnie zaobserwować można rozwój drugiej metody leczenia nerkozastępczego tzn. przeszczepiania nerek.

W ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba transplantacji tego narządu wzrosła trzykrotnie. Rocznie w Polsce ponad trzystu chorym dokonuje się przeszczepów. Daje nam to także jedno z ostatnich miejsc w Europie. Trzeba dodatkowo zaznaczyć, że w ostatnim roku obserwowaliśmy spadek liczby przeszczepów (1991 - 368; 1992 - 311). Było to spowodowane zapewne różnymi względami, wśród których najważniejszym czynnikiem wydaje się być bierny opór środowiska medycznego. Od lekarzy zależy, czy będą zgłaszani potencjalni dawcy narządów, albowiem najczęściej organy pobiera się do przeszczepu ze zwłok.

Często ludzie ze środowisk lekarskich zastanawiają się wątpliwościami natury moralno-etycznej.

Uważam, że jest to tylko forma usprawiedliwienia swojej niechęci do podjęcia decyzji, bądź obawa przed dyskusją z personelem lub rodziną pacjenta. Przeszczepianie narządów, a w szczególności nerek, dawno wyszło z fazy eksperymentu medycznego. Należy ono do normalnych, codziennych procedur medycznych. Jednocześnie

największe autorytety moralne z Kościołem katolickim na czele, reprezentowanym na tej uroczystości przez Jego Ekscelencję ks. arcybiskupa T. Gocłowskiego, popierają program przeszczepiania narządów i nie widzą w nim niczego złego. Korzystając z okazji, niech mi będzie wolno przypomnieć Jego Ekscelencji obietnicę daną nam przed ponad rokiem opublikowania listu pasterskiego w tej sprawie. Wydaje mi się, że oficjalne stanowisko Kościoła katolickiego przyczyniłoby się niewątpliwie do postępu w tej dziedzinie. Jednocześnie chciałbym przypomnieć, że Kodeks Moralno-Etyczny Lekarza wręcz nakazuje po śmierci pacjenta podtrzymywać przy życiu narządy, które mogą być przeznaczone do przeszczepiania.

Na tle tej niewesołej statystyki należy podkreślić, że w ostatnich dwóch latach zaobserwowaliśmy wyraźny wzrost liczby przeszczepów nerek. W roku 1992 zajęliśmy w tym względzie trzecie miejsce w Polsce (24 przeszczepy) po Warszawie (trzy ośrodki - 168) i Szczecinie (dwa ośrodki - 76). Ten niewątpliwý sukces jest dziełem zespołu chirurgów z I Kliniki Chirurgii Ogólnej kierowanej przez prof. Jerzego Dybickiego oraz prof. Wojciecha Gacyka, pełnomocnika JM Rektora ds. Transplantacji, koordynującego działalność w tym zakresie.

Należy także podkreślić ogromne zaangażowanie całego zespołu ludzi biorących udział w programie transplantacji (lekarzy, pielęgniarek, techników, salowych etc.) oraz ogromną przychylność Władz Uczelni poprzedniej kadencji dla tych przedsięwzięć. Można by zadać w tym momencie pytanie, czy warto przeszczepiać? Otóż na podstawie danych ogólnopolskich opartych na analizie losów 1714 pacjentów można wykazać, że pięć lat przeżywa ponad 90% chorych z przeszczepami. Jednocześnie ponad 56 przeszczepionych nerek nadal spełnia w tym czasie swoją funkcję. Ta pozorną niezgodność pomiędzy losami przeszczepu i pacjenta wynika stąd, iż chory w momencie odrzutu nerki wraca do leczenia powtarzanymi dializami. Wydaje mi się, że można bez przesady stwierdzić, że zarówno dializoterapia jak i transplantacja nerek są metodami leczniczymi, które powinny się dynamicznie rozwijać.

Taki właśnie dynamiczny rozwój leczenia nerkozastępczego zakłada opracowany przez Krajowy Zespół Specjalistyczny ds. Nefrologii, a zatwierdzony do realizacji przez kierownictwo resortu zdrowia w grudniu 1992 r. „Program poprawy i rozwoju dializoterapii w Polsce w latach 1993-1995”. W programie tym przewidziano, że do końca 1995 roku powinniśmy w Polsce objąć leczeniem hemodializami ponad 5 000 pacjentów, a jednocześnie zakładamy, że będziemy dokonywać we wszystkich ośrodkach ok. 600 przesz-

czepów nerek. Ponadto będziemy rozwijać jako alternatywną metodę - dializę otrzewną. Realizacja tego programu pozwoliłaby na zapewnienie leczenia nerkozastępczego ponad pięćdziesięciu procentom wymagających takiej terapii. Na dalszy rozwój tych metod leczenia pozostają lata 1996-2000. My, nefrolodzy, zdajemy sobie jednocześnie sprawę z tego, że nasze leczenie jest bardzo drogie.

***Życie nauczyło nas liczyć,
albowiem nie ma chyba takiej dziedziny
medycyny, w której życie ludzkie byłoby
wprost uzależnione od środków finansowych
przeznaczonych na leczenie chorych.
Możemy zatem podać,
ile pieniędzy warte jest życie ludzkie.***

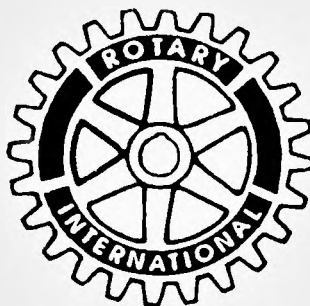
Jednocześnie głęboko wierzymy, że zrealizujemy przedstawiony program z pomocą resortu zdrowia, Władz Uczelni i wszystkich ludzi dobrej woli.

Na zakończenie niech wolno mi będzie jeszcze raz cofnąć się do historii naszej Uczelni. Otóż w czasie studiów miałem przyjemność słuchać wykładów doskonałego biochemika, jednego z założycieli naszej Akademii, legendarnego wręcz prof. Włodzimierza Mozołowskiego. Otóż prof. Mozołowski mawiał, że nie rozumie zupełnie, dlaczego poeci nakazują kochać całym sercem. Jego bowiem zdaniem ten kawałek mięśnia, jakim jest serce, nie nadaje się do wyrażania uczuć. Proponował on wręcz, by koledzy studenci przedstawiając swoje uczucia zwracali się do wybranych słowami: „Kocham Cię całą swoją wątrobą”, myślę, że gdyby prof. Mozołowski wiedział tyle o funkcji nerek, ile wiemy dzisiaj, nie miałby nic przeciwko temu, byśmy mówili: „Kocham Cię całą nerką”.

Pozwalam sobie wyrazić nadzieję, że wszyscy tu obecni chociaż w części przyczynimy się do tego, by w ten sposób mogli mówić wszyscy pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek.

prof. dr hab. Bolesław Rutkowski
kierownik Kliniki Chorób Nerek,
dyrektor Instytutu Chorób Wewnętrznych,
specjalista krajowy ds. nefrologii

**Fundacja Rozwoju
Akademii Medycznej
w Gdańsku
Wielkopolski Bank Kredytowy
S.A.
Oddz. w Gdańsku
351-809-506850-139-11**



ROTARY CLUB

**GDAŃSK
SOPOT
GDYNIA**

***Jego Magnificencja Rektor
Akademii Medycznej w Gdańsku
prof. dr hab. Zdzisław Wajda***

Klub Rotary Gdańsk-Sopot-Gdynia ma przyjemność przekazać na ręce Jego Magnificencji przelew bankowy na kwotę 42 810 000 zł dokonany na rzecz Fundacji Rozwoju Akademii Medycznej w Gdańsku. Kwota ta uzyskana została ze sprzedaży dzieł sztuki, przekazanych przez trójmiejskich artystów, na aukcji zorganizowanej przez nasz klub.

Zdajemy sobie sprawę, że suma ta jest niewielka w stosunku do ogromnych potrzeb Akademii. Pragniemy jednak zapewnić Jego Magnificencję, iż to dopiero początek naszej działalności na rzecz znakomitej gdańskiej uczelni, którą kieruje Pan w tak trudnym dla nauki i służby zdrowia okresie.

Prosimy przyjąć od wszystkich członków klubu najserdeczniejsze życzenia dla kierownictwa Akademii Medycznej i wszystkich jej pracowników dalszych sukcesów zawodowych, wytrwałości i cierpliwości w pokonywaniu wielu codziennych trudności stojących przed polską medycyną.

Wojciech Strzelecki, prezydent klubu
Piotr Dominiak, skarbnik

Dziękujemy

PODZIĘKOWANIE

II Katedra i Klinika Chirurgii AMG dziękuje Pani prof. Władysławie Zielińskiej za pomoc w uzyskaniu duodenoskopu TJF 20.

Dzięki informacji uzyskanej od Pani Profesor dowiedzieliśmy się, że ZOZ w Bielawie posiada nie używany ww. duodenoskop i chętnie zamieni go na nowy gastrofiberoskop GIFX Q30. Kupując gastrofiberoskop z funduszu G-17 i wymieniając go na duodenoskop klinika uzyskała możliwość endoskopowego protezowania dróg żółciowych i trzustkowych u chorych oraz zaoszczędziła około 120 mln zł.

O godną śmierć

Aktualne problemy medycyny paliatywnej

Pod pojęciem medycyny paliatywnej rozumiemy leczenie objawowe chorych, głównie w zaawansowanej chorobie nowotworowej, w sytuacji, gdy leczenie przyczynowe choroby jest niemożliwe i niewskazane. Nazwa pochodzi z łaciny, *pallium* = płaszcz.

Często wymiennie z pojęciem medycyny paliatywnej używa się nazwy opieki hospicyjnej, choć pod tą nazwą należy rozumieć całościową opiekę nad chorym głównie w terminalnym, końcowym okresie choroby nowotworowej. Hospicjum ułatwia dojście do godnej śmierci w klimacie wsparcia, możliwego komfortu psychicznego, przy maksymalnym usunięciu objawów somatycznych. Słowo hospicjum w pierwotnym znaczeniu obejmowało dom opieki nad pielgrzymami, wędrowcami, chorymi i biednymi.

W moim przekonaniu chory powinien umierać w domu. W miejscu, do którego należał przez całe życie. W miejscu, gdzie jego ostatnie spojrzenie może zatrzymać się na ludziach, z którymi żył, na rzeczach, które oswoił i stworzył. Niestety, współczesny model cywilizacyjny premiujący praktyczną użyteczność i wygodę bardzo często wyklucza tę możliwość, pogłębiając osamotnienie umierającego. Nie jest to problem biedy i możliwości technicznych, lecz stylu życia ludzi zdrowych.

Czy chcemy, czy nie chcemy, modele cywilizacyjne białego człowieka niszczą więzy pokoleniowe i sprowadzają problem śmierci na margines, traktując go jak nieprzewidywany „wypadek w pracy” w paśmie sukcesów. Śmierć nie pasuje do ułatwiającej życie technologii i trzeba ją w myśl tych założeń jak najszybciej usunąć z pola widzenia życia żywych. Dlatego też w medycynie paliatywnej i pracy hospicyjnej tak **ważne jest jasne ustawienie wartości życia i godnego umierania**. Chory umierający ma mnóstwo potrzeb. Zarówno potrzeby psychiczne, duchowe jak i fizyczne splatają się ze sobą, potęgując cierpienie. Chory jest sam z walącym się światem. Potrzebuje odnalezienia swego miejsca w gruzach życia, wsparcia na wszystkich wymienionych płaszczyznach, zrozumienia i fachowego opanowania dolegliwości. Postępująca choroba nowotworowa ogranicza go coraz bardziej. Tylko zrozumienie tego, co się z chorym i w chorym dzieje, pozwala mu odnaleźć platformę istnienia. Chorzy cierpią, ponieważ bardzo często my lekarze działamy źle lub mało

skutecznie. Dzieje się to, moim zdaniem, nie tylko z braku wiadomości fachowych i niewłaściwego postępowania, ale również z braku akceptacji celu naszego działania. Chory musi umrzeć, a my mamy z nim być do śmierci, mimo tego faktu. Musimy być głęboko przekonani, że mimo oczywistości takiego końca naszego działania mamy bardzo wiele do zaoferowania i że czas naszego działania razem z chorym może być dla wszystkich bardzo owocny.

W odniesieniu do choroby nowotworowej należy zdawać sobie sprawę z kilku obiektywnych faktów:

- Ponad 50% chorych (w Polsce ok. 70%) zgłasza się do lekarzy w stopniu zaawansowania choroby nowotworowej przekreślającym możliwość jej wyleczenia.
- Czas przeżycia poszczególnych chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową uniemożliwiająca leczenie przyczynowe (operacyjne, promienioterapia, chemioterapia) bywa bardzo różny, często znacznie dłuższy niż się powszechnie sądzi.
- Pomiędzy okresem ostatnim „terminalnym” a rozpoznaniem nieuleczalnej zaawansowanej choroby nowotworowej rozpościera się różnicowanie długi czas życia chorego z wyrokiem śmierci, w którym chory często słyszy „nic nie ma już do zrobienia” i zostaje opuszczony przez lekarzy, nie rozumiany przez bliskich, często poszukujący odpowiedzi na podstawowe pytania, dotyczące sensu życia i swego istnienia.

W związku z powyższym, aby sprostać potrzebom wielkiej grupy chorych w chorobie nowotworowej, istnieje potrzeba pomocy chorym i ich rodzinom w obu wspomnianych fazach, w okresie niemożności leczenia przyczynowego, jak i w fazie końcowej i okresie umierania.

Wyleczyć można pewnych chorych, pomóc należy każdemu.

Opieka w każdej z wymienionych faz choroby nowotworowej wymaga działania zespołowego, całościowego, z opanowaniem zarówno dolegli-

wości somatycznych, głównie bólów, jak i psychosomatycznych i duchowych. W tym celu należy dobrze uświadomić sobie, jakie są wymagania chorego. Jakimi umiejętnościami powinien charakteryzować się zespół opiekuńczy.

Chory dotknięty nieuleczalną, postępującą chorobą nowotworową, prowadzącą do śmierci wymaga, aby ktoś był z nim, nie bał się jego choroby. Umiał usunąć każdy ból. Umiał wyjaśnić, co się z nim dzieje. Uczciwie odpowiadał na jego pytania i nie opuścił go aż do śmierci. W zaawansowanej chorobie nowotworowej chory bardziej niż śmierci lęka się, jak będzie umierał, czy nie zostanie opuszczony i sam.

Należy pamiętać, że w okresie zaawansowanej choroby po licznych pobytach na leczeniu szpitalnym, przebytych operacjach i kursach chemioterapii, chorzy dobrze wiedzą, na co chorują. Zdają sobie sprawę z postępu choroby. Nie zadają wielu pytań. Chcą być zrozumiani, traktowani uczciwie. Problem odpowiedzi na pytanie: „czy mam raka?” i co mówić takim chorym, nie istnieje. W ich leczeniu niezbędna jest rzetelność, zrozumienie, osiągnięcie drobnego sukcesu. Podstawą jest objęcie opieką zarówno chorego, jak i rodziny z jasnym, wspólnym ustaleniem podstawowego celu opieki - osiągnięcie najlepszego z możliwych wariantów przeżycia czasu, który do przeżycia pozostał. Kluczem do tego postępowania jest prawda o chorobie i skuteczne znoszenie podstawowych objawów somatycznych. Uświadomienie zarówno choremu, jak i rodzinie, że działamy wspólnie, aktywnie, osiągając cele, które stawia codzienność oraz rozwijająca się choroba. Nie ma tu miejsca na sądy i ogólne dyskusje. Działamy od sprawy do sprawy, od dolegliwości, którą usuwamy, do drugiej, która się pojawia. Służymy sobą, swoją umiejętnością, ofiarowując codzienną zwyczajność. Przy takiej postawie często poruszany problem, co mówić choremu, nie istnieje. My mamy być i działać.

Jeżeli chory wie, że jest otoczony stałą, pewną, w miarę skuteczną opieką, że nie zostanie opuszczony, że zawsze do końca znajdzie pomoc, to nie pyta. Wie, na co jest chory. Wie, że lekarz zna jego chorobę, rozumie zarówno jego problemy, jak i to co się dzieje, reaguje na każdą jego potrzebę, potrafi usunąć jego lęk. Wszystko to sprawia, że stara się współpracować, aby pozostały czas przeżyć możliwie najlepiej.

W omawianym związku chorego z lekarzem i zespołem opiekuńczym, w którym lekarz będzie prowadził chorego do końca, a końcem jest śmierć, kłamstwo jest nieskuteczne, niemoralne i głupie. Chory może wiedzieć tyle, ile może znieść, tyle, aby mógł walczyć z nowym objawem choroby, tyle, aby nie zniszczyć jego nadziei, a wszystko co się dowiadyuje, musi być prawdą.

Aby móc sprostać tym oczekiwaniom i potrzebom chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej, lekarz nie może bać się tej choroby. Musi dobrze znać mechanizmy patofizjologiczne poszczególnych objawów pojawiających się u indywidualnego chorego, w określonym typie nowotworu. Musi szybko poznać indywidualność chorego, poznać jego osobowość, być naturalnym, używać zrozumiałych dla chorego słów i objaśnień. Umieć być maksymalnie, w sposób naturalny pomocny w każdej sytuacji. Od pierwszej chwili kontaktu z chorym wybrać, które z dolegliwości należy przede wszystkim opanować. Lekarz leczący tego typu chorych nie powinien unikać odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące życia i śmierci, być w tych odpowiedziach uczciwy.

Lekarz przestraszony postępem choroby, niepewny siebie, zaskakiwany nowymi komplikacjami, wątpiący w sens życia, bez daru uśmiechu i ciepła nie powinien zajmować się tego typu chorymi.

W medycynie terminalnej poza całą umiejętnością fachową, skutecznym manewrowaniem lekami i metodami pozafarmakologicznymi jest jeszcze coś niezwykle istotnego, co można nazwać **darem leczenia**. Dawania części swego spokoju, uwagi i optymizmu. Gest zniecierpliwienia, zbędne słowo, podświadome oczekiwanie wdzięczności od coraz bardziej chorego pacjenta muszą być wykreślone z zachowania lekarza.

Należy pamiętać, że w miarę postępu czasu i progresji procesu nowotworowego chory orientuje się, na co jest chory i że postęp choroby jest niepomysłny. W tej sytuacji każdy drobnny sukces, jak dobry sen, brak bólu, chęć, aby coś zjeść, ma wielkie znaczenie. Każdy sukces żywi nadzieję, każda drobna klęska niespodziewana i nie wytłumaczona spycha chorego głębiej w wynikającą z jego sytuacji depresję.

Oczywiste jest, że nie ma skutecznej opieki bez usunięcia dolegliwości somatycznych. Należy pamiętać jednak, że często samo usunięcie podstawowych dolegliwości somatycznych nie rozwiązuje całości problemów nieuleczalnie chorego. **Trzeba równocześnie zdawać sobie sprawę, że wobec tych chorych zdążających ku śmierci, istnieją w świecie dwie przeciwstawne tendencje - opieka paliatywna aż do śmierci, z pełną świadomością tego faktu; działanie zespołu hospicyjnego zapewniającego godne, w znacznej mierze świadome umieranie oraz na drugim biegunie - bierna lub czynna eutanazja.**

Modele organizacyjne rozwijającej się w świecie medycyny paliatywnej i sieci hospicjów mają swoją specyfikę ze względu na różny okres choroby, którym się zajmują, ale są związane zespołowym

duchem działania i celem tworzenia najlepszych warunków dla najbardziej godnego i wolnego od dolegliwości przeżycia czasu, który choremu do przeżycia pozostał.

Istnieją dwa podstawowe modele działania opieki hospicyjnej: domowy i stacjonarny. Często, co jest idealnym rozwiązaniem, oba stanowią jedność.

W modelu domowym, chorym w jego domu opiekuje się zespół hospicyjny, składający się z kilku osób prowadzonych przez lekarza, kierownika zespołu. W zespole niezbędny jest psycholog i kapłan oraz kwalifikowany średni personel medyczny. W modelu stacjonarnym istnieje możliwość hospitalizacji chorego często w okresie kryzysu choroby oraz w fazie umierania. Ośrodek stacjonarny powinien mieć możliwość opieki dziennej, wspólnego przebywania grupy podobnych co do fazy zaawansowania choroby pacjentów, zwykle leczonych systematycznie przeciwbólowo i oddawanych na co noc do swego domu. Ośrodek stacjonarny jako bardziej zorganizowana baza opieki terminalnej jest siedzibą szeregu zespołów domowych i prowadzi najczęściej równoległe do hospitalizacji i opieki dziennej - opiekę domową. Jest to równocześnie doskonała baza szkoleniowa dla wszelkiego typu profesjonalnego personelu. Zorganizowanie przed laty przez D.C. Saunders Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie stało się wzorem i modelem dla świata, zarówno w sensie organizacyjnym, jak i otworzyło drogę medycyny paliatywnej jako specjalności lekarskiej.

Opieka nad umierającym to poza zrozumieniem mechanizmów pojawiających się objawów somatycznych i znajomości leków, umiejętność bycia z nim. Ta umiejętność to klucz do opanowania objawów - chory traci wszystko, do czego był przyzwyczajony, rodzina bywa zagubiona. Zmniejszenie siły niespodziewanego ciosu pchającego chorego do śmierci powinno być główną motywacją lekarza w tych sytuacjach. Wszyscy odczuwamy lęk przed śmiercią i przed nieznanym. Chory umierający traktowany jako osoba mająca udział w leczeniu zachowuje zwykle godność i wolę walki. Mamy działać z nim, a nie poza nim. Nieliczni chorzy dzielą się z lekarzem swoim lękiem i wątpliwościami. Musimy wyjść im na przeciw gestem, dotknięciem, pełnym zrozumienia milczeniem. Ofiarując choremu w kontakcie pozasłownym swoją obecność, brak pośpiechu i chęć zrozumienia, ułatwiamy mu ujawnienie jego potrzeb duchowych i wątpliwości, nawet gdy o tym nie mówi. Podstawowym obowiązkiem lekarza wobec chorych na choroby terminalne jest zniesienie objawów somatycznych i stworzenie klimatu opieki i wsparcia, w którym mogą ujawnić się i być zaspokojone

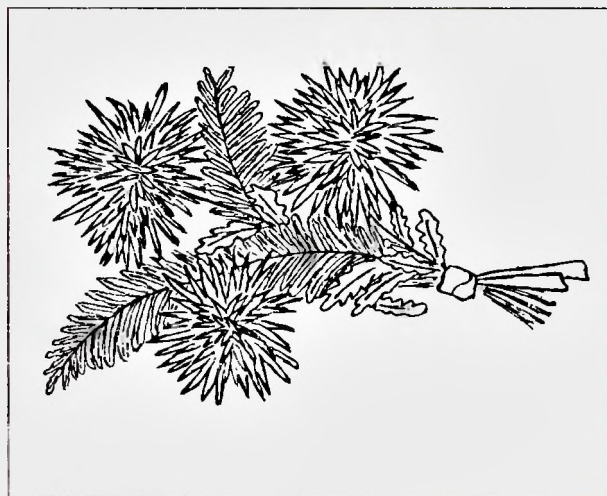
potrzeby psychiczne. Dobry kontakt z chorym jest podstawą sukcesu. Polega on głównie, jak już wspomniałem, na porozumieniu pozawerbalnym. Dotyk, spojrzenie, uśmiech, zwyczajna, prawdziwa życzliwość stanowią bardzo często o sukcesie działania.

W chorobie terminalnej celem nie jest przedłużenie życia, ale godne przeżycie tego czasu, który biologicznie do przeżycia pozostał. Dlatego też często postępowanie właściwe w ostrej uleczalnej chorobie bywa niewłaściwe w chorobie terminalnej. Większość nowoczesnych metod technologicznych ułatwiających powrót do zdrowia w ostrych uleczalnych chorobach jest tu w stanach terminalnych niewłaściwa i zła. Często chorzy bardziej cierpią wskutek niewłaściwego leczenia niż ze względu na stopień zaawansowania nowotworu.

Lekarz nie ma prawa przedłużać konania. Lekarz nie ma ani prawa, ani obowiązku utrzymywania życia za wszelką cenę.

Życie ma być podtrzymywane wtedy, gdy jest to biologicznie możliwe. Podstawowym celem opieki terminalnej jest dojście razem z chorym i jego rodziną do momentu śmierci. W zgodzie z jego osobowością i obyczajnością, godnie, bez bólu i poniewierki. Umieranie jest częścią życia i ma być czasem wspólnego duchowego pogłębienia dla wszystkich, którzy biorą w nim udział.

prof. dr hab. Julian Stolarczyk
kierownik Konsultacyjnej Poradni
Medycyny Paliatywnej, PSK nr 1



Pamięci Profesora Jakuba Pensona

Sztafeta pokoleń ...

Akademia Medyczna jest dużą jednostką organizacyjną o niezwykle zróżnicowanej strukturze, dlatego wiele problemów zachodzących w kraju w jakimś stopniu ześrodkowuje się także w naszej społeczności.

W bieżącym roku obchodzone były uroczystości 50-lecia powstania w Getcie Warszawskim. Nie sposób zatem nie wspomnieć pięknej karty, którą w tym czasie zapisali nasi znakomici profesoria, a wśród nich Profesor dr Jakub Penson, rektor Akademii Medycznej w latach 1953-1956 i 1962-1968, kierownik III i II Kliniki Chorób Wewnętrznych w latach 1949-1969.

Prof. Jakub Penson przed wojną pracował w szpitalu na Czystem w Warszawie, był to bardzo dobry szpital, który obok funkcji leczniczych zajmował się także działalnością naukową. W czasie okupacji był ordynatorem oddziału zakaźnego.

W 1946 roku na łamach *Polskiego Tygodnika Lekarskiego* ukazała się wydana także osobno przez Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy praca pt. „Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1941/42 w Warszawie. Badania własne nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania”.

Praca ta była przedmiotem rozprawy habilitacyjnej autora. Pod tym pozornie mało znaczącym tytułem kryje się opis potwornej epidemii tyfusu plamistego w Getcie Warszawskim, który dziesiątkował ludzi.

Czytając po prawie pół wieku opracowanie, nie sposób oprzeć się uczuciu podziwu i refleksji.

Praca ma trzy interesujące aspekty:

1. Jest hołdem dla tych, którzy w warunkach ekstremalnych opiekowali się chorymi i często razem z nimi ginęli.
2. Jest dowodem na nieprzemijające wartości dobrej obserwacji klinicznej.
3. Stanowi dokument takiej postawy życiowej, która nakazywała, nawet w warunkach śmiertelnego zagrożenia życia, przeprowadzać badania naukowe i trwać w sztafecie tych, którzy żyją i przekazują wyniki potomnym.

Krótki wstęp do opracowania pozwalam sobie zacytować w wersji oryginalnej w całości.

„Epidemie, przez nas obserwowane, dotyczą

getta warszawskiego. Pomimo bardzo ciężkich warunków, praca w szpitalu stała na wysokim poziomie przez cały prawie czas istnienia getta, dzięki ofiarnej i nieustrudzonej pracy personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i pomocniczego; praca ta odbywała się niekiedy w warunkach potwornych; ale ani na chwilę nikt się nie załamał i chorzy, nawet w najgorszych okresach nie byli pozbawieni pomocy lekarskiej czy pielęgniarskiej. Obok codziennych zajęć szpitalnych prowadziliśmy, pomimo surowego zakazu władz, badania naukowe, które były możliwe dzięki temu, że udało się uratować i przenieść do getta laboratorium chemiczne i pracownię anatomopatologiczną szpitala „Czyste”.

Olbrzymie materiały, dotyczące duru plamistego, zostały bardzo dokładnie opracowane klinicznie i anatomopatologicznie. Niestety podczas likwidacji getta przypadło całe archiwum, obejmujące blisko 25 000 historii chorób, wielką liczbę protokołów sekcyjnych oraz preparatów histopatologicznych i mikrofotografii.

Z 800 lekarzy getta warszawskiego zostało kilkudziesięciu z mojego oddziału, który liczył 20 lekarzy i studentów, pozostały tylko 4 osoby. Obydwaj anatomopatologowie szpitala, Stein i Gilde, którzy dokonali ogromnej pracy, zwłaszcza w zakresie badań histopatologicznych mózgu, również zginęli.

Praca niniejsza została odtworzona na podstawie ocalałych notatek, przy współudziale koleżanek i kolegów, którzy pozostali przy życiu - dr Anieli Gelbard, dr Ireny Sieradzkiej i abs. med. Jerzego Szapiro.

Chciałbym ją poświęcić tym, którzy w tak ponurym okresie ze mną współpracowali, bohaterom i męczennikom, którzy zginęli podczas powstania w getcie warszawskim lub zostali pochłonięci przez komory gazowe w Treblince, Majdanku i innych miejscach grozy i śmierci ku wiecznej hańbie faszyzmu niemieckiego, a ku chwale ideału poświęcenia dla dobra swych cierpiących bliźnich.”

Na oddziale powierzonym kierownictwu Prof. Pensona w 1939 r. przekształconym w oddział duru plamistego obserwowano blisko 8000 chorych: 1500 podczas epidemii w 1940 r. i 6500 podczas epidemii w okresie 1941/42.

Autor opisuje straszne warunki socjalne pacjentów, którzy nie mieli co jeść i byli hospitalizowani po kilku (zwłaszcza dzieci) w jednym łóżku.

W opisie choroby porównuje przebieg kliniczny z dawnymi publikacjami opisującymi dane epidemii z pierwszej wojny światowej, gdyż jak wiadomo, dur plamisty przenoszony przez wszy jest chorobą nędzy, brudu i nieszczęścia.

W cytowanym opracowaniu autor zwraca uwagę na zmiany naczyniowe w mózgowiu, narządach i skórze, które badali dr Gilde i Stein, którzy sami zginęli w getcie. Prof. dr J. Penson w sposób niezwykle przystępny opisał cechy hiperazotemii, oligurii i bezmocz, które obserwował u wielu chorych, co obecnie nazywamy ostrą niewydolnością nerek.

Jest interesujące i godne podkreślenia, że lekarze opisujący ten unikatowy materiał kliniczny, nie mieli dostępu do piśmiennictwa światowego, nie wiedzieli, że do podobnych obserwacji doszli Anglicy opisując zespół zmiążdżenia tzw. zespół dolnego nefronu, który także występował w postaci ostrej niewydolności nerek, a dotyczył chorych, którzy doznali urazu lub wstrząsu w czasie bombardowań Londynu.

Piszę tę notatkę, żeby podkreślić walory naukowe publikacji. Po 40 latach parania się medycyną, śledzenia postępu nefrologii, lepszego rozumienia fizjologii nefronu, a także hemodynamiki krążenia i dializoterapii, walory tej pracy mają dla mnie szczególne znaczenie. W czasie epidemii w getcie, a także w 1946 r. szykując pracę do druku, Prof. Penson jeszcze tego wszystkiego nie wiedział, ale już wtedy pisał, że po okresie bezmocz, wzd. oligurii występuje „przełom moczowy”, kiedy chory oddaje dużo moczu, wyplukuje jakby związki azotowe i poziom mocznika spada. Poza tym pisał, że chorzy, którzy ginęli w hiperazotemii bezpośrednio, albo później z innych powodów, mieli mało zmienione nerki morfotycznie i histopatologicznie.

Dla współczesnych lekarzy jest to stwierdzenie oczywiste, wiemy bowiem, że ostra niewydolność różni się znacznie od przewlekłej niewydolności nerek. Ale te stwierdzenia przed kilkudziesięciu laty przyczyniły się do gwałtownych poszukiwań. To, że ginęli chorzy z prawie nie zmienionymi nerkami, kało szukać ratunku i przyczyniło się do konstrukcji pierwszych aparatów dializacyjnych. Z zainteresowań autora wypłynął fakt, że w roku 1964 w Gdańsku dokonano pierwszej dializy u chorej z ostrą niewydolnością nerek. Prof. Penson postarał się dla Uczelni o pierwszy aparat dializacyjny typu Alwala, sam prof. Alwał był gościem Kongresu Towarzystwa Internistów Polskich, który odbywał się w Gdańsku. Ówczesny docent Andrzej Manitius, późniejszy profesor, kierownik Kliniki Chorób Nerek, przeszkolony w USA uruchomił aparaturę, a jego „pomagierem” przy pierwszej dializie była niżej podpisana.

Sądzę, że z okazji 50-lecia powstania w getcie, ale nie tylko, może także z okazji nowego roku akademickiego, warto wracać myślą do tamtych czasów. Prof. J. Penson, który po wojnie był jednym z najlepszych nefrologów w Polsce, znakomitym klinicystą, wykładowcą i autorem podręcznika chorób nerek, mającego trzy wydania, był rektorem Akademii Medycznej w Gdańsku najdłużej, bo 9 lat. W latach 1953-1956 z nominacji, gdyż taki był wymóg ustawowy, natomiast w latach 1962-1968 - z wyboru (po tzw. „Październiku” 1956 r. ustawa zmieniła się). Wybory usatysfakcjonowały Go, gdyż potwierdziły osobisty autorytet w środowisku akademickim. Okazuje się bowiem, że nie ma złych czasów - bywają źli ludzie. Obydwa nasi rektorzy z trudnego, „stalinowskiego” okresu, prof. W. Czarnocki i prof. J. Penson byli ludźmi godnymi najwyższego szacunku.

Prof. Jakub Penson urodził się w 1899 roku, zatem, gdyby obecnie żył, miałby 94 lata. Jego pokolenie, podobnie jak On, odeszło. Naocznym świadkiem Jego dokonań w getcie jest profesor Zofia Majewska, emerytowany kierownik Kliniki Neurologicznej, doktor honoris causa Akademii Medycznej w Gdańsku. W czasie okupacji była asystentką Profesora i sama przeszła dur plamisty.

Jego uczniowie powoli przechodzą na emeryturę. Nowe emocje, nowe wybory, obsady, osiągnięcia. Spory o to, kto i jakie mury postawił w Uczelni, sama nie jestem od tego odległa, ale powoli przechodzę na drugą stronę i dlatego sądzę, że trzeba o tych ludziach, którzy nas wychowali przekazać coś naszym najmłodszym. Habilitujemy bowiem tych, którzy niekiedy są już młodszy wiekiem niż nasz staż lekarski. Za chwilę dostojne nazwiska z tablic pamiątkowych zdobiących nasze gmachy będą znane tylko z historii. Zbliży się pięćdziesięciolecie Uczelni, może to jest okazja, aby mówiąc o przyszłości pokazać coś z emocji minionych lat.

Sądzę, że także dla młodych pokazanie sylwetek ludzi, którzy odeszli, a mieli przemożny wpływ nie tylko na nasz rozwój naukowy, ale ukształtowali nas, jest interesujące. W długiej rektorskiej kadencji Prof. Jakub Penson starał się o kredyty, wejście do planu, wiele budował i wybudował. W skali pół wieku nie ma to już takiego znaczenia. W pamięci potomnych pozostał jako znakomity lekarz, który miłował medycynę i pracował naukowo w każdych warunkach nawet ekstremalnych. Był wspaniałym nauczycielem i jeżeli coś z tego co nam wpoił, umieliśmy przekazać naszym uczniom, to jest to także Jego sukces.

prof. dr hab. med. Barbara
Krupa-Wojciechowska

będzie

nam

...ODESZŁA OD NAS
1 SIERPNIA 1993.

Jej

brakowało...



PAMIĘCI PROFESOR KLEMENTYNY ŚWICOWEJ

Urodziła się 15 września 1914 roku w rodzinie inteligentckiej. Jej rodzinne miasto, Sambor w województwie lwowskim, w ubiegłym roku obchodziło 600-lecie swojego istnienia. Poza tradycją historyczną to niewielkie miasto wyróżniało się znaczną liczbą szkół średnich i uczęszczającej doń młodzieży. W okresie nauki w Polskim Gimnazjum w Samborze Pani Profesor Klementyna Świcowa była czynnym członkiem i działaczem harcerstwa oraz zapalonym sportowcem.

Reprezentowała Lwów na ogólnopolskich zawodach w strzelaniu sportowym, była bramkarzem w szkolnej drużynie żeńskiej piłki nożnej.

Zamiłowanie do bezpośredniego obcowania z przyrodą pozostało jej do końca życia, jeszcze z okresu, gdy przemierzała mało znane tereny Karpat.

Świadectwo dojrzałości uzyskała Pani Profesor Świcowa w 1933 roku i w tym samym jeszcze roku rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Możliwość studiowania medycyny we Lwowie dla kobiet ograniczał limit przyjęć i to było bezpośrednim powodem podjęcia przez Nią nauki na przeciwległym krańcu ówczesnej Polski. Po trzecim roku studiów przenosi się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie w 1939 r. uzyskuje dyplom lekarza medycyny.

Samodzielną pracę lekarską rozpoczęła w trudnym okresie wojny w 1940 roku w Szpitalu Miejskim w Lublinie, pełniąc obowiązki początkowo lekarza stażysty, a następnie asystenta na oddziałach: gruźlicy płuc i chorób wewnętrznych. Po wkroczeniu Niemców, mimo bezpośredniego narażenia na represje i aresztowania, młodzi lekarze tego szpitala, pod kierunkiem doktora Biernackiego, brali udział w akcji ratowania dzieci więźniarek z Majdanka. Dzieci te potajemnie wy-

noszono i oddawano do adopcji polskim rodzinom, aby nie dopuścić do ich śmierci lub też germanizacji.

W 1941 roku wraz z matką przekracza granicę na Sanie w Przemyślu, pozostawiając dom rodziny i cały dobytek. Zatrzymuje się u siostry matki, nauczycielki gimnazjum w Krasnymstawie. W czasie swojego 6-letniego pobytu w Krasnymstawie w latach 1941-1947 była osobą czynną zawodowo. Pracowała w Poradni Przeciwgruźliczej i Ubezpieczalni Społecznej oraz była lekarzem Domu Dziecka.

Działając w konspiracji zapisała chlubną kartę w swoim życiorysie. Wraz z mężem Stanisławem - lekarzem chirurgiem, udzielała bowiem czynnej pomocy w transporcie i leczeniu partyzantów okręgu lubelskiego. Znając zabobonny strach Niemców przed chorobami zakaźnymi, a w szczególności dudem brzuszny, rannych partyzantów umieszczano i leczono na oddziałach zakaźnych szpitala w Krasnymstawie.

Już w okresie powojennym, w roku 1947 przenosi się wraz z rodziną do Gdańska i od tego czasu Jej życie zawodowe związane jest nierozzerwalnie z Akademią Medyczną w Gdańsku i z pediatrią.

W maju 1947 roku rozpoczęła pracę w I Klinice Chorób Dzieci początkowo jako wolontariusz, następnie przechodząc kolejno awanse zawodowe od stopnia asystenta w 1948 roku do stanowiska profesora nadzwyczajnego w 1976 roku, pełniła obowiązki kierownika II i I Kliniki Chorób Dzieci oraz dyrektora Instytutu Pediatrii. W roku 1985 przeszła na emeryturę.

Jest godnym podkreślenia fakt, że Profesor Klementyna Świcowa była wybitnym klinicystą, poświęciła się diagnostyce i terapii stanów chorobowych będących w określonym przedziale czasu schorzeniami zagrażającymi życiu pacjenta

i mającymi istotny wpływ na śmiertelność w populacji.

Rozpocząła pracę lekarską na oddziale gruźlicy płuc. Następnie przez wiele lat pracy na oddziale obserwacyjno-zakaźnym I Kliniki Chorób Dzieci AMG zajmowała się diagnostyką i terapią posocznic, stanów biegunkowych i neuroinfekcji.

Opublikowała kilkanaście cennych prac, omawiających etiopatogenezę tych schorzeń, postacie kliniczne ze szczególnym uwzględnieniem wieku niemowlęcego.

Przeprowadzone na obszernym materiale klinicznym badania bakteriologiczne dzieci z zespołami biegunkowymi dały podstawy do wyodrębnienia różnych postaci schorzeń wywołanych tym samym typem bakterii oraz pozwoliły bliżej poznać ich patogenezę.

Profesor Klementyna Świcowa wykazała, że zakażenie pałeczkami z grupy *Salmonella* w wieku niemowlęcym powoduje posocznicową inwazję różnych narządów z późnym pojawieniem się obecności bakterii w kale lub moczu. Stwierdziła natomiast wczesną odczynność serologiczną na zakażenia rzekomo durowe nawet u niemowląt w pierwszym kwartale życia.

Fakt ten miał duże znaczenie w poszukiwaniach czynnika etiologicznego w przypadkach biegunek niemowlęcych i wynikających stąd zaleceń terapeutycznych. Jej prace spotkały się z dużym zainteresowaniem i były kontynuowane przez inne ośrodki pediatriczne na terenie kraju. Za istotny wkład do wiedzy pediatricznej należy także przyjąć prace Profesor Świcowej omawiające zalecenia terapeutyczne w przypadkach ciężkich, uogólnionych infekcji jelitowych u niemowląt, które uwzględniały nie tylko aspekt etiologiczny, ale towarzyszące zaburzenia metaboliczne w ustroju dziecka.

Koniec lat pięćdziesiątych narzucił problematykę prac badawczych związaną z panującą epidemią choroby Heinego-Medina w Polsce. Profesor Klementyna Świcowa była jednym z organizatorów oddziału neuroinfekcji dziecięcych na terenie PSK nr 1, a następnie lekarzem odgrywającym wiodącą rolę w pracy tego oddziału. Zdobyte doświadczenia w leczeniu i obserwacji choroby Heinego-Medina zostały opublikowane w kilku pracach, których była współautorem i stały się treścią jej rozprawy doktorskiej obronionej w roku 1961 pt. „Postać mózgowa choroby Heinego i Medina”.

Pełniąc obowiązki ordynatora oddziału obserwacyjno-zakaźnego I Kliniki Chorób Dzieci, a następnie ordynatora oddziału dziecięcego w Klinice Chorób Zakaźnych naszej Uczelni, wiele uwagi Profesor Świcowa poświęciła zakażeniom wirusowym z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego.

go. Są to, jak wiadomo, schorzenia o ciężkim przebiegu klinicznym, w których wczesna diagnoza i intensywna terapia decydują o życiu i dalszym rozwoju chorego dziecka.

„Aktywność aminotransferazy asparaginowej i alaminowej w płynie mózgowo-rdzeniowym u dzieci w przebiegu niektórych chorób ośrodkowego układu nerwowego” to tytuł pracy habilitacyjnej Profesor Klementyny Świcowej. Stopień naukowy doktora habilitowanego uzyskała w roku 1968. W rok później zostaje powołana przez rektora Akademii Medycznej w Gdańsku na stanowisko kierownika II Kliniki Chorób Dzieci. Prowadzi tę klinikę przez okres 6 lat. W tym czasie była promotorem 5 pomyślnie zakończonych przewodów doktorskich oraz recenzowała 3 prace na stopień doktora nauk medycznych.

W czasie pracy w II Klinice Chorób Dzieci, Profesor Klementyna Świcowa zajmuje się nadal zagadnieniami patologii układu pokarmowego, a w szczególności enteropatiami enzymatycznymi. Zainicjowała także w tej klinice prace z dziedziny cytogenetyki klinicznej.

W roku 1978 zostaje powołana przez Władze Uczelni na stanowisko dyrektora Instytutu Pediatrii i kierownika I Kliniki Chorób Dzieci. Wiele wysiłku i pracy włożyła w reorganizowanie kierowanych przez siebie klinik, tak w zakresie działalności usługowej jak i dydaktycznej oraz kształcenia kadry naukowej.

Położyła również szczególny nacisk na rozwój oddziałów przychodni specjalistycznych: onkologicznej, endokrynologicznej, nefrologicznej. W pracy naukowej pozostała wierna gastroenterologii oraz diagnostyce i terapii schorzeń bezpośrednio zagrażających życiu dziecka. Ukazały się w tym okresie publikacje omawiające zaburzenia w układzie krzepnięcia w przebiegu posocznic u dzieci.

W działalności Prof. Świcowej znaczące miejsce zajmowały: organizacja działalności pediatrów w poradniach, szpitalnictwo dziecięce, zwalczanie umieralności noworodków. Działała aktywnie w Komisji Zdrowia Woj. Rady Narodowej, w Komisji Kontroli Zawodowej i Komisji Dyscyplinarnej Woj. Wydziału Zdrowia.

Udzielała się aktywnie w stowarzyszeniach. Była członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Pediatricznego, Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Przez wiele lat była przewodniczącą Sekcji Neuropediatricznej.

Swą działalnością dydaktyczną wyprzedziła obecnie już zorganizowane szkolenie podyplomowe lekarza pracującego poza kliniką i szpitalem. Pod jej kierownictwem przeszło 40 lekarzy ukończyło specjalizację z dziedziny pediatrii.

Kilkunastu lekarzy opuściło klinikę zajmując stanowiska ordynatorów w szpitalach różnego szczebla, kierowników ośrodków Wojewódzkich i Miejskich Poradni Matki i Dziecka, kierowników i lekarzy przychodni specjalistycznych. W zespole asystentów I Kliniki 2 zdobyło tytuł doktora medycyny.

W toku swej pracy otrzymała liczne odznaczenia i odznaki: Srebrny Krzyż Zasługi, „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, „Zasłużonemu Ziemi Gdańskiej”, Medal Dziesięciolecia PRL.

Prof. Klementyna Świcowa była przede wszystkim dobrym, życzliwym człowiekiem, sumiennym lekarzem, wspierałym nauczycielem i wychowawcą wielu pokoleń studentów i lekarzy. Widziała w nich przyszłych opiekunów chorych dzieci, kontynuatorów rozpoczętej przez siebie działalności. Obarczona wieloma obowiązkami znalazła zawsze czas i uśmiech dla cierpiącego dziecka, życzliwe słowa dla zrozpaczonych rodziców, pomocną radę dla kolegów. Po przejściu na emeryturę utrzymywała bliską łączność z przyjaciółmi i wychowankami. Corocznie w dzień Jej patronki spotykaliśmy się w domu przy ul. Kopernika, zawsze ciepło i serdecznie przez Nią witani. Udawaliśmy się do Niej także po poradę obarczając Ją nadal swoimi problemami zawodowymi, a czasem nawet osobistymi. Zresztą trudno było i Pani Profesor oddzielić życie zawodowe od osobistego, zwłaszcza, że Jej zmarły mąż był także lekarzem, są też lekarzami Jej dzieci, Anna i Piotr, a wnuczka Ania i wnuk Paweł studiują w naszej Uczelni. Można więc mówić bez przesady o lekarskiej tradycji rodziny.

Poza medycyną przez całe życie pozostała Prof. Świcowa wierna turystyce. W okresie „gdańskim” przez długie lata urlopy spędzała wraz z rodziną w Bukowinie Tatrzańskiej, a następnie nad jeziorami mazurskimi. W ostatnich latach życia okresy letnie spędzała na Kaszubach, nad jeziorem Mausz, gdzie zbudowała wraz z mężem i dziećmi domek letniskowy. Ale i stamtąd udawała się na wycieczki samochodowe najchętniej po mało znanych drogach, żeby zobaczyć, jak sama mówiła, „co będzie za tym zakrętem?”.

Będzie nam i chorym dzieciom bardzo Profesor Świcowej brakowało.

PS. Pragniemy Córce i Synowi Prof. Świcowej podziękować za okazaną pomoc przy przygotowaniu tego wspomnienia.

prof. dr hab. Jan Ereciński
prof. dr hab. Anna Balcerska

EUROPEJSKIE TOWARZYSTWO EDUKACJI MEDYCZNEJ

ASSOCIATION FOR MEDICAL OF EDUCATION IN
EUROPE (AMEE)

Udział naszej Uczelni w konferencji

Osoby i zespoły prowadzące badania nad procesem kształcenia medycznego skupiają się w AMEE. Towarzystwo to powstało przed 20 laty. Pierwsze założycielskie spotkanie AMEE odbyło się w Hiszpanii. Założycielem tej organizacji był prof. dr hab. med. Wiesław Tysarowski, ówczesny szef edukacji medycznej w biurze regionalnym WHO w Kopenhadze. Obecnie prof. W. Tysarowski jest kierownikiem Zakładu Dydaktyki Medycznej AM w Warszawie. Co roku w ramach działalności AMEE w innym kraju europejskim odbywają się konferencje o charakterze międzynarodowym.

W dniach 5-8 IX 1993 r. odbyła się międzynarodowa konferencja AMEE w Krakowie. Organizatorem jej było Kolegium Medyczne Uniwersytetu Krakowskiego oraz AMEE reprezentowane przez silny i z długą tradycją ośrodek naukowy, jakim jest Uniwersytet w Dundee (Szkocja) pod kierunkiem prof. Hardena. Temat konferencji: Teaching and Learning More Effective: Towards Quality in Medical Education.

W konferencji brało udział ponad 200 uczestników. Reprezentowane były ośrodki z większości krajów europejskich. Znaleźli się też przedstawiciele z USA, Kanady, Izraela, Australii i Afryki Południowej. Tematyka referatów i doniesień była bardzo szeroka i obejmowała: planowane curriculum, oceny nauczania klinicznego i teoretycznego na wydziałach lekarskich, realizowanie określonych celów nauczania, wspomaganie uczenia się i nauczania przez technikę komputerową, podyplomowe i ciągłe kształcenie lekarzy, metody oceniania.

Z dużym zainteresowaniem spotkały się nasze doniesienia. Dwa pierwsze dotyczyły głównego nurtu prowadzonych przez nas badań nad nabywaniem i rolą umiejętności komunikowania się w relacjach lekarz-pacjent, roli humanizacji procesu nauczania medycyny oraz objęły zagadnienia poziomu i dynamiki empatii u studentów I i VI roku Wydziału Lekarskiego. Trzecie doniesienie poświęcone było organizacji dydaktyki medycznej opartej przede wszystkim na bazie afiliowanych przychodni, z udziałem kadry lekarzy praktyków („niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich”), w tym podyplomowe kształcenie z medycyny rodzinnej prowadzone przez lekarzy ogólnych.

Efektom konferencji było nawiązanie kontaktu z ośrodkiem w Dundee w zakresie badań nad nauczaniem umiejętności komunikacji i z ośrodkiem w Ohio, zajmującym się nauczaniem uniwersyteckim lekarzy w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

W trakcie konferencji odbyło się zebranie Zarządu AMEE, na którym prof. dr hab. A. Wojtczak został wybrany na okres trzech lat prezydentem tej organizacji.

prof. dr hab. med. Marek Hebanowski
kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej



Odmienne punkty widzenia

Nie wolno utożsamiać tych dwóch pojęć ...

Bezpośrednią przyczyną skłaniającą mnie do odezwania się na temat wartościowania, oceny prac naukowych, było spostrzeżenie, iż tytuł artykułu prof. R. Kaliszana „Czy aktywność naukową można zmierzyć” (*GazetAMG* nr 10/93) nie jest w pełni adekwatny do prezentowanej tam treści.

Może to świadczyć, jak skomplikowanej materii artykuł dotyczy, a jednocześnie wskazywać na potrzebę rozmów, dyskusji o poruszanych tam problemach.

Autor np. pisze „Pracując w Komisji Nagród staję przed koniecznością oceny, a przynajmniej gradacji wniosków o nagrody naukowe”, z tego, przynajmniej dla mnie wynika, iż Autor czuje potrzebę znalezienia sposobu (ów) dla oceny wartości naukowej prac, a nie pomiaru aktywności naukowej pracownika (co sugeruje tytuł).

Pewnie nie popełnię błędu zauważając, iż niejednokrotnie b. aktywny pracownik posiada mierne osiągnięcia naukowe tak koncepcyjne jak i warsztatowe.

Nie wolno zatem utożsamiać tych dwóch pojęć. O ile bowiem kryteria „pomiaru aktywności naukowej” chyba nie tak trudno byłoby ustalić, aby stanowiły one obiektywny miernik pracowitości czy nieróbstwa, to ocena wartości prac naukowych (niezależnie czy wykonał je pracowity czy leniwy) tak jak ocena wszelkich wartości świata tego, jest niesłychanie trudna, a dotychczasowe usiłowania ludzkości w tym względzie są więcej niż ułomne.

Wobec tego pozwolę sobie nie zgodzić się ze stwierdzeniem Autora, iż „rozsądnym wyjściem na najbliższe dziesięciolecie wydaje się tylko przystosowanie do obowiązujących w świecie reguł”. Zgodnie z zasadami darwinowskiego ewolucjonizmu (tylko te gatunki przetrwały, które przystosowały się) może i rozsądna jest taka postawa, ale gdy rzecz dotyczy wartości ? ...

Wydaje się, że najrozsądniejsza byłaby umiejętność zachowania właściwego dystansu w stosunku do światowych tendencji i wielka rozważa przy próbach ich zastosowania w naszych warunkach.

Praca naukowa zawsze jest twórczością, jest więc w jakimś sensie i sztuką.

Dotychczas nikt nie potrafi odpowiedzieć, co jest istotą piękna, ani określić, jaka jest miara geniuszu.

A gdyby oceniać wartość prac naukowych biorąc pod uwagę np. ich tzw. znaczenie praktyczne, to również należy liczyć się z faktem, iż wiele wyników badań naukowych dopiero po latach okazywało się bezcennych, stanowiąc niezbędne ogniwo dla wielkich odkryć.

Kto śledzi przełomowe dokonania w biologii molekularnej, ten wie, że do wielu z nich przyczyniły się żmudne i nieefektywne badania prowadzone na anegdotycznie traktowanej muszce owocowej.

Truizmem też jest stwierdzenie, że wiele odkryć naukowych za życia ich autorów traktowane jako herezja, po latach okazywały się prawdą uniwersalną. A bywało i tak, że uznane teorie - po latach padały.

Tak więc czynnikiem obiektywnie weryfikującym wartość twórczości a w tym i naukowej - jest również czas. Ktokolwiek zatem musi dokonywać oceny wartości prac naukowych, powinien mieć wyobrażnię i nie może być arogancki.

Natomiast chęć posługiwania się „światowymi regułami” przy ocenie wartości prac naukowych, do których Autor zalicza np. „liczbę cytowań w piśmiennictwie światowym”, w kraju, w którym całokształt dbałości o rozwój nauki (w tym i o warunki pracy ludzi zajmujących się badaniami naukowymi) nie odpowiada standardom światowym - wydaje mi się społecznie szkodliwa.

Można przy tym zaobserwować, iż tendencja, aby posługiwać się „światowymi regułami” jest nachalnie lansowana także przez rozmaite ośrodki wpływające na politykę naukową. Budzić to powinno niepokój jak również zmuszać do zastanowienia.

Nikt rozsądny nie będzie oczekiwał, że w tym samym czasie dotrze do celu osoba jadąca samochodem i osoba jadąca na zdezelowanym rowerze.

A jednak zamiast rzeczywistych usiłowań zmierzających do wzmocnienia kondycji nauki polskiej i ludzi zajmujących się nauką - niejako zastępczo, wprowadza się tylko próby oceny tego, co tworzą i to w oparciu o „światowe reguły”; pewnie po to, aby cały proceder uwiarygodnić, nobilitować.

Być może dlatego przy coraz to mniejszych nakładach na naukę, przy rozdziale pieniędzy na badania, dokonywanymi nie zawsze w oparciu wyłącznie o kryteria merytoryczne, przy ubożeniu

ludzi nauki - wzrasta tempo różnych ocen, klasyfikacji, przeliczeń, „przeżywać się” A, B, C, ..., X, Y itd.

W sytuacji, w jakiej obecnie w tym kraju znajduje się nauka, taka działalność może wywołać efekt samozniszczenia.

Czy dychawiczną chabętę, obciążoną ponad miarę, zmusi się do galopu lub zamieni w pęgażę jedynie przez okładanie batem?

Na zakończenie ...

Czy to co powyżej napisałam ma oznaczać, że powinno się zaniechać wszelkiej oceny pracowni-

ków naukowych w Polsce i prac przez nich wykonywanych?

... Nie !

Chciałam przede wszystkim zwrócić uwagę, iż oceny tej nie wolno prowadzić w oderwaniu od rzeczywistości, w której ci pracownicy żyją i tworzą, co bowiem może sygnalizować oderwanie się od rzeczywistości - czyli dereizm, tego jak mniemam, przynajmniej w środowisku medycznym, wyjaśnić nie muszę.

prof. dr hab. med. Krystyna Kozłowska

Z ukosa

À propos „Wyciągania zajączka”

Z zaskoczeniem i - nie ukrywam - radością przeczytałem we wrześniowej *Gazecie AMG* artykuł pt. „Rzecz o wyciąganiu zajączka z cylindra”, traktującym o ocenianiu nauczycieli akademickich. Jako że otarłem się swego czasu o redagowanie ankiety dydaktycznej, która temu właśnie miała służyć, muszę przyznać, iż jest to materia bardzo śliska. Zawsze bowiem może paść zarzut o brak obiektywizmu u oceniających, czyli studentów. Że ma on swoje uzasadnienie - to fakt, jednak nie jest regułą twierdzenie, że dobrze oceniani są tylko nauczyciele „pobłażliwi”. Za przykład może tu służyć pewien casus z Politechniki Gdańskiej. Otóż kiedyś, Rada Samorządu Studentckiego jednego z wydziałów poprosiła wszystkich swoich kolegów o wystawienie każdemu z prowadzących zajęcia jednego („zbiorczego”) stopnia. Po tem z tych ocen wyciągnięto średnią i wyniki przedstawiono w postaci „rankingu”. Z przyjemnością w górnej jego strefie zobaczyłem mojego dobrego znajomego, który jest człowiekiem bardzo opanowanym - z dystansem, skrupulatnym i wymagającym - zarówno od siebie jak i podopiecznych. Kiedy zapytałem jednego z jego kolegów, dlaczego znalazł się w ww. zestawieniu tak wysoko, usłyszałem (cyt.) „bo nie miewa humorów i zawsze wiadomo, co i jak trzeba się nauczyć na egzamin”. Tyle przykładu - jak widać, autentyczne zaangażowanie w sprawy dydaktyczne jest doceniane przez studentów.

Nie chcę jednakże nawoływać do przeprowadzania podobnych „rankingów” w naszej Uczelni - nie tylko z powodu różnicy w wielkości wydziałów. Zamiast tego chciałbym przedstawić zasłyszany kiedyś pomysł, ponoć wykorzystywany w uczel-

niach brytyjskich. Służy ocenie wykładów, a polega na tym, że po wykładzie każdy obecny na nim student dostaje kartkę z tematem wykładu, wykładowcą i kilkoma pytaniami (na które odpowiada zakreślając stopień na skali), np. : przydatność merytoryczna, sposób przedstawienia tematu (spójność,

jasność wypowiedzi), użyte

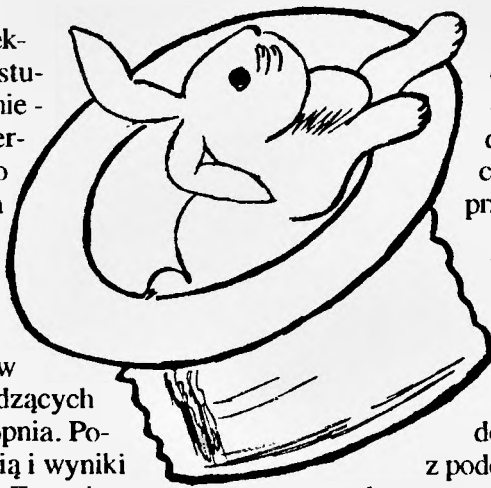
„pomocze naukowe” (filmy, slajdy). Kartka taka wędruje

do specjalnej skrzynki, a potem do „tego, kogo trzeba”. Daje to dość klarowny obraz jakości poszczególnych wykładów, stworzony przez informacje „z pierwszej ręki”.

Myślę, że w naszych warunkach byłoby to trudne do przeprowadzenia w takiej formie, jednak pomysł jest „do kupienia” w odniesieniu do skryptów. Do każdego egzemplarza można by dodać - np. na końcu - jedną stronę z podobną, jak opisałem, treścią. Stronę

taką, po przeczytaniu skryptu (i zaliczeniu zawartego w nim materiału) wrzucałoby się do skrzynek kontaktowych umieszczonych w miejscach „ogólnie dostępnych” - rektoracie, stołówce, DS-ach itp. Byłaby to na pewno cenna „recenzja” przed ewentualnym wznowieniem danego tytułu. Jedyne „ale” dotyczy nas - studentów - czy będzie nam się chciało wykonać parę prostych czynności, by sensownie wypełniona kartka trafiła tam, gdzie powinna. Wprowadzane powoli opłaty za studia być może sprawią, że każdemu będzie zależało na jakości skryptów. Są zatem szanse powodzenia, zwłaszcza, że cała sprawa nie wymaga dużych nakładów finansowych, a tylko trochę dobrej woli.

Kamil Jankowski



Palenie tytoniu jest uzależnieniem psychogennym, mającym związek ze sposobami zachowania, postawami zdrowotnymi i społecznymi oraz uzależnieniem o charakterze farmakologicznym, dotyczącym układu somatycznego i o.u.n., i ten rodzaj uzależnienia dominuje u większości palaczy. Najnowsze badania naukowe wskazują, że intensywne i długotrwałe palenie tytoniu może doprowadzić do silnego, także biologicznego, uzależnienia od nikotyny. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne klasyfikuje uzależnienie od tytoniu jako „chorobę z nadużycia substancji”, a WHO wpisała je na listę schorzeń w ostatniej 10 rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. Naczelny lekarz USA w raporcie z 1988 r. stwierdza że:

- palenie tytoniu prowadzi do narkotycznego uzależnienia
- przyczyną tego uzależnienia jest nikotyna
- uzależnienie psychogenne i farmakogenne, wywołane przez tytoń jest porównywalne z uzależnieniem od narkotyków typu heroina, kokaína i inne.

W walce z nikotynizmem podstawową rolę spełniają działania prewencyjne, promujące modę na zdrowy styl życia i niepalenie. Jak pomóc jednak tym, którzy już regularnie i często długotrwałe palą? Podkreśla się, że efektywne leczenie nikotynizmu wymaga wiedzy zarówno o farmakologicznych jak i behawioralnych aspektach nałogu. Lekarze są więc szczególnie kwalifikowani do prowadzenia takiego leczenia.

Badania ankietowe na początku lat 90-tych wykazały, że 70% z ok. 10 mln Polaków codziennie palących tytoń

deklaruje chęć zaprzestania palenia.

Wielu stara się uporać z nałogiem własnymi siłami, ale znaczna część oczekuje pomocy, czy po prostu rady ze strony lekarza.

Wydaje się jednak, że polscy lekarze sami w niedostatecznym stopniu wiedzą, jak pomóc swoim pacjentom, a często i sobie samym. Świadczy o tym duże rozpowszechnienie nałogu palenia papierosów w środowisku lekarskim. Badania naukowe przeprowadzone w roku 1990 przez naszą klinikę wśród pracowników PSK nr 1 i AM w Gdańsku wykazały, że pali regularnie ok. 39% mężczyzn lekarzy i ok. 38% kobiet lekarek. Dla porównania można podać przykład najczęściej chyba obecnie przytaczany, lekarzy kalifornijskich, wśród których palenie tytoniu stanowi zjawisko zupełnie marginalne rzędu 4%.

Jak pomóc swojemu pacjentowi przestać palić

Do metod leczenia odwykowego, stosowanych na Zachodzie już powszechnie należą:

1. Metody farmakologiczne pod postacią:

- tzw. zastępczej terapii

nikotynowej (guma do żucia, plastry)

- terapii awersyjnej (np. podawanie azotanu srebra lub szybkie palenie dużej liczby papierosów) w celu wywołania negatywnych reakcji organizmu. W Polsce dostępne są zmieniające smak papierosów iryski „Antinicotin”

- preparatów ziołowych i innych, które pomagają palaczom w tzw. zespole odstawienia nikotyny (kapsułki „Nicofree”)

2. Niektóre formy terapii habituralnej, mającej na celu zmianę nawyków palacza:

- np. palenie papierosów o niższej zawartości nikotyny

- używanie specjalnych filtrów zmieniających jej stężenie (w Polsce dostępne są filtry „Venturi”)

3. Psychoterapia odwykowa

4. Hipnoza i akupunktura

5. Wieloetapowa terapia odwykowa oparta na samokontroli, w której zakłada się, że skuteczne zaprzestanie palenia jest możliwe przede wszystkim przy udziale samego palacza, pod warunkiem, że udzieli mu się stosownych porad oraz pomocy na wszystkich etapach leczenia odwykowego.

Na tej metodzie leczenia nikotynizmu opiera się tzw. program minimalnej interwencji antynikotynowej, opracowany w USA przez National Cancer Institute, polegający na włączeniu do kampanii antynikotynowej sieci leczenia podstawowego i całego środowiska lekarskiego, przede wszystkim lekarzy pierwszego kontaktu. Program ten sprowadza się w postępowaniu z pacjentem do czterech „a”:

- **ask** - pytać czy pacjent pali

- **advise** - poradzić każdemu palaczowi zerwać z nałogiem

- **assist** - wspomagać w pierwszym okresie odzwyczajania się od palenia, udzielać pomocy psychoterapeutycznej, a czasem farmakologicznej

- **arrange follow up** - monitorować skuteczność programu, ustalać terminy kontrolnych spotkań.

Trzeba zaznaczyć, że skuteczność tego programu ocenia się tylko na około 4%. Zakładając jednak, że z lekarzami pierwszego kontaktu styka się ok. 70% palących pacjentów w naszym kraju, gdzie rozpowszechnienie palenia jest duże, a sieć leczenia podstawowego jest rozbudowana, program tego rodzaju może przynieść wymierne zdrowotne i społeczno-ekonomiczne korzyści.

Program ten zakłada w postępowaniu z pacjentami 4 etapy:

1. Pytanie przy każdej okazji: czy pacjent pali, jak dużo, w jakim czasie po przebudzeniu zapala pierwszego papierosa, czy chciałby zerwać z nałogiem i czy kiedykolwiek czynił takie próby. Tego rodzaju pytania stawia się także w celu określenia stopnia uzależnienia od nikotyny w tzw. Kwestionariuszu Tolerancji Nikotyny opracowanym przez szwedzkiego lekarza, Fragerstroma. Jest on pomocny w wyborze właściwej metody leczenia odwykowego i pozwala na wyselekcjonowanie tych palaczy, którzy wymagają dodatkowo zastępczej terapii nikotynowej.

2. Udzielanie wszystkim palaczom rady, by przestali palić. Rada ta powinna być wyrażona jasno i spokojnie, np. może brzmieć: „Jako lekarz muszę poradzić Ci przestać palić”. Należy radzić zerwanie z nałogiem każdorazowo, zwłaszcza przy istniejących w wywiadzie już podejmowanych, nieskutecznych próbach, gdyż prawdopodobieństwo sukcesu zaczyna rosnąć przy czwartej próbie. Lekarz radzący rzucenie palenia powinien ujawnić pacjentowi negatywne skutki nałogu dla jego zdrowia w danym konkretnym przypadku (nie strasząc, nie grożąc) i przytoczyć korzyści, jakie pacjent odniesie po zaprzestaniu palenia. Chociaż większość palaczy jest ogólnie świadoma zagrożeń związanych z paleniem tytoniu, nie odnosi ich jednak do siebie, do swojego zdrowia. Palacze mają większą motywację, jeśli wyjaśni się im, jakie efekty na ich własne zdrowie wywiera palenie i jakie korzyści po zerwaniu z nałogiem osiągną w ich stanie zdrowia i stylu życia. Dlatego też należy indywidualnie dobierać powody, przedstawione palaczowi do zaprzestania palenia. Inne wobec tego przedstawi się młodocianym palaczom, inne kobietom ciężarnym, palącym rodzicom, osobom zaczynającym palenie, inne długoletnim palaczom, tzw. palaczom „objawowym”, palaczom „bezobjawowym”.

3. Towarzyszenie pacjentowi w momencie podjęcia decyzji o zaprzestaniu palenia. Ustala się konkretną, najbardziej optymalną dla pacjenta datę całkowitego zaprzestania palenia. (Amerykanie podpisują zobowiązanie na specjalnym druku).

Na tym etapie udziela się wskazówek:

- a) przygotowujących pacjenta do zerwania z nałogiem
- b) pomocnych w okresie tuż przed pierwszym dniem bez papierosa
- c) pomocnych w dniu zaprzestania palenia

Wszystkie te rady i wskazówki szeroko podaje amerykański „Smoking and Tobacco Control Program”, opracowany przez National Cancer Institute.

4. Kontrolne spotkania. Pierwsze spotkanie kontrolne powinno mieć miejsce po tygodniu od dnia

zaprzestania palenia. W trakcie tej wizyty pacjenta, lekarz ma za zadanie podtrzymanie chęci do całkowitego zerwania z nałogiem oraz udzielić wskazówek, pomocnych w zwalczaniu okresowego, silnego pociągu do tytoniu.

Innego rodzaju strategię należy podjąć wobec tych palaczy, którzy w tym okresie rozpoczęli ponowne palenie.

Drugie kontrolne spotkanie powinno nastąpić po 1-2 miesiącach.

Rozpowszechnienie informacji wśród lekarzy na temat stosowanych metod leczenia odwykowego nikotynizmu jest sprawą niezwykle istotną. Ważne jest bowiem, aby przede wszystkim nasze środowisko szeroko włączyło się do walki z nikotynizmem, tak bardzo rozpowszechnionym w naszym kraju.

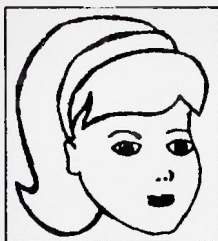
lek. med. Alicja Siemińska
z Katedry i Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc

(wg. „How to help your patient to stop smoking” i „Smoking and Tobacco Control Program” - National Cancer Institute USA)



W Polsce tytoń pali regularnie ponad 10 mln osób, około 2/3 mężczyzn i 1/3 kobiet. Stawia to nasz kraj w czołówce państw o największej konsumpcji papierosów i powoduje, że zachorowalność na choroby odtytoniowe przybrała w Polsce rozmiary epidemii. Co roku w naszym kraju z powodu chorób wywołanych paleniem umiera przedwcześnie 70 tys. ludzi w wieku 35-69 lat.

Gdańskie Sympozjum PTD Choroby alergiczne i zawodowe skóry



W dniach 24-25 września br. odbyło się w gdańskim Domu Technika Sympozjum Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego poświęcone chorobom alergicznym i zawodowym skóry. Jego organizatorami były: Katedra i Klinika Chorób

Skórnych i Wenerycznych Akademii Medycznej w Gdańsku oraz Oddział Morski PTD.

W sympozjum uczestniczyło 250 dermatologów i przedstawicieli innych specjalności z całego kraju. Gośćmi spotkania byli m.in. prof. Klaus Bosse z Getyngi, prof. dr Hans Schubert z Erfurtu i dr Ronald Rops z Leiderdorp w Holandii. Wygłoszono 36 referatów i doniesień naukowych uogólniających i podsumowujących najnowsze osiągnięcia w dziedzinie alergologii i chorób zawodowych skóry - i zarazem określających nowe obszary zainteresowań dermatologów, stymulowanych przez postępy, ale i przez zagrożenia wynikające z rozwoju współczesnej cywilizacji.

Referaty wygłoszono w następujących grupach tematycznych:

1. wyprysk kontaktowy (13 referatów),
2. atopowe zapalenie skóry (7 referatów),
3. choroby zawodowe skóry (7 referatów),
4. inne - odczyn polekowe, pokrzywka (9 referatów).

W trakcie obrad odbyły się sympozja satelitarne organizowane przez firmy farmaceutyczne: Brocades Pharma-Yamanouchi Group („Locoid Lipocream - na pograniczu dermatologii i kosmetyki”) i Hoechst („Batrafen w leczeniu powierzchownych grzybic skóry”).

Sympozjum gdańskiemu towarzyszyły promocyjne prezentacje polskich i zagranicznych firm farmaceutycznych, a w tym Biomed, Brocades Pharma-Yamanouchi Group, Cilag, Dr August Wolff-Bielefeld, F. Hoffmann-La Roche, Glaxo, Hermal, Janssen oraz Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Rzeszów, Lek-Ljubljana, Medimpex, Sebapharma GmbH, Sandoz, Schering-Plough (USA), Smith Kline Beecham, UCB, Upjohn, Wellcome East Europe Ltd., Wyeth Group, Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” i Zyma.

Wzorem spotkań poprzednich program sympozjum pomyślano tak, by jego uczestnicy obok treści czysto naukowych mieli możliwość poznania Gdańska i malowniczej ziemi gdańskiej pod względem kulturalnym i turystycznym.

prof. dr hab. Henryk Szarmach
kierownik Katedry i Kliniki Chorób
Skórnych i Wenerycznych AMG

„Olimpiada I roku”

W dniu 23 listopada (wtorek) o godz. 18.15 na pływalni Studium WFIS Politechniki Gdańskiej w Gdańsku-Wrzeszczu przy al. Zwycięstwa, odbędą się pierwsze w bieżącym roku akademickim międzyuczelniane zawody pływackie I roku pod nazwą „Olimpiada I roku studiów”. Program zawodów przewiduje rozegranie czterech konkurencji dla pań i panów na dystansie 50 m stylem dowolnym, 50 m stylem grzbietowym, 50 m stylem klasycznym, 50 m stylem motylkowym.

Jednym z celów „Olimpiady I roku” jest integracja studentów różnych uczelni oraz popularyzacja pływania w środowisku akademickim. Ważne jest masowe uczestnictwo studentów w zawodach, a nie wynik uzyskany na mecie.

Sekcja pływacka KU AZS zachęca wszystkich studentów I roku umiejących pływać do sprawdzenia swoich umiejętności przed zawodami w trakcie treningów sekcji na pływalni SKS „Start” w Gdańsku-Wrzeszczu oraz zgłoszenie swojego udziału w „Olimpiadzie I roku” u trenera

mgr. Krzysztofa Orzechowskiego. Wszystkich innych studentów oraz ich nauczycieli zapraszamy na trybuny pływalni PG i zachęcamy do „gorącego” kibicowania naszym najmłodszym studentom startującym w zawodach.

OBOZY

We wrześniu, po rocznej przerwie, studenci „0” roku naszej Akademii, ponownie mieli okazję spotkać się na obozach adaptacyjnych. Mają one już długoletnią tradycję, jedynie w roku ubiegłym ani Akademia, ani żadna z organizacji studenckich nie były zainteresowane ich urządzeniem. W tym roku „zaistniały” dzięki inicjatywie jednej, prywatnej osoby - studentki III roku farmacji - Doroty Matusiak. Razem z gronem przyjaciół potrafiła, pomimo trudności finansowych jakie stanęły przed nimi, doprowadzić do „reaktywowania obozów” (ani NZS, ani Akademia nie podjęły się pokrycia choćby części kosztów, choć były one niewielkie).

Celem obozów było poznanie nowych koleżanek i kolegów z roku, kadry naukowej Uczelni, a także wymiana myśli, wrażeń i oczekiwań. Organizatorzy kierowali się przyjaźnią, wzajemną sym-

ZE SPORTU

Przypominamy zainteresowanym, że w każdy piątek w godz. od 16.00 do 17.30 odbywają się w Studium WFiS wszechstronne i specjalistyczne zajęcia usprawniające dla wszystkich, którzy zamierzają jeździć na nartach w nadchodzącym sezonie zimowym.

Mamy nadzieję, że podobnie jak w roku ubiegłym, dzięki własnej systematycznej pracy oraz życzliwości grona PP Profesorów naszej Akademii, wielu uczestników obozów zimowych zda pomyślnie egzaminy przed sesją lub przełoży termin ich zdawania, aby móc skorzystać z uroków zimy.

Serdecznie zapraszamy.

mgr Krzysztof Orzechowski

Obozy zimowe ZIMA 94

Organizacja obozu zimowego w okresie świątecznym zyskała sobie dużą popularność.

Prawdopodobnie nie wszyscy zgłaszający się studenci będą mogli w nim uczestniczyć z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc.

W związku z tym Studium WFiS przystępuje do organizacji dodatkowych dwóch obozów zimowych w okresie przerwy w zajęciach dydaktycznych,

tj. 26.01.94 - 4.02.94, 4.02.94 - 13.02.94

Terminy obozów są jednak zbieżne z okresem zimowej sesji egzaminacyjnej i zapewne stanowić to będzie dla wielu studentów istotną trudność w podjęciu decyzji o uczestnictwie w obozie.

Planowanym miejscem naszego pobytu w górach jest schronisko górskie PTTK „Strzecha Akademicka” na hali Złotówka w Karpaczu. Koszty obozu pokrywają sami uczestnicy. Zgłoszenia uczestnictwa w obozach przyjmowane będą tylko do końca listopada

z uwagi na konieczność zagwarantowania rezerwacji miejsc w schronisku. W sprawach związanych z obozami zimowymi należy

kontaktować się bezpośrednio z mgr. Krzysztofem Orzechowskim w Studium WFiS we Wrzeszczu przy al. gen. J. Hallera 107 w każdy poniedziałek w godz. 17.30 - 18.00 lub o 19.30 oraz w piątki w godz. 15.00 - 16.00 lub o 19.30.

ADAPTACYJNE W 1993 R.

patią i tolerancją, bez jakichkolwiek ukierunkowań ideologicznych. Liczba miejsc na obozach była niestety ograniczona. Na wszystkich czterech jedynogodniowych turnusach były 52 osoby (na 90 zgłoszeń) - niestety nie dopisała pogoda.

Dopisali natomiast goście: prof. O. Narkiewicz, prof. M. Grzybiak (prorektor ds. dydaktyki) i dr Z. Aleksandrowicz (prodziekan WL). Należą im się za to bardzo serdeczne podziękowania. Podziękować też trzeba, w imieniu prowadzących, wszystkim, którzy pomogli w organizacji obozów: prof. Z. Zegarskiej, pani T. Hańskiej, kierownicze DS I, ks. J. Papkale, NZS-owi (który odbił na ksero zawiadomienia i „firmował” swą pieczęcią nasze obozy) oraz wielu innym, których nie sposób tu wymienić.

Większość uczestników była zadowolona z przyjazdu do Grzybna i wyjeżdżała z żalem - pomimo

spartańskich warunków (a może właśnie dlatego - kto był w „zielonym domku” nad Jeziorem Białym wie, na czym polega jego urok - przyp. red.). Zawierały się na obozach liczne przyjaźnie, przyszli adepci sztuki lekarskiej - dzięki gościom oraz swoim starszym kolegom - znaleźli odpowiedzi na wiele gnębiących ich pytań.

Miejmy nadzieję, że organizacja obozów w roku przyszłym nie będzie tak skomplikowana i spotka się z większym zrozumieniem ze strony władz Uczelni.

Bartek Szymanowski

PS. Myślę, że organizatorom należą się ogromne brawa za determinację i upór - startowali w znacznie gorszych warunkach niż poprzedni organizatorzy obozów. Mimo to udało im się. Gratulacje!!!

Kamil Jankowski

INFORMACJE

KONTAKTY

Nasi absolwenci za granicą

W nawiązaniu do majowego numeru *Gazety AMG* (nr 5, 1993) i zamieszczonego w nim listu dwóch naszych absolwentów zamieszkujących w USA: Izabeli Roman i Marka Dobke, podajemy kolejne adresy trzech osób przebywających za granicą i zainteresowanych wymianą kontaktów.

Pragniemy też przypomnieć, że padła propozycja zorganizowania Klubu Absolwentów AMG (Academiae Medicae Gedanensis Alumni Club).

dr Zenon Gibas
Department of Pathology
Saint Mary Hospital
Newtown-Langhorne Road
Langhorne, PA 19047
USA

dr Andrzej Stankiewicz
581 Wallcott Str.
Pawtucket, R. J. 02861
USA

dr Andrzej Stomiński
Department of Microbiology,
Immunology and Molecular Genetics
Albany Medical College
Albany, New York 12208
USA

prof. dr hab. Janusz Limon

* * * * *

**5 listopada 1993 roku o godz. 11³⁰ w teatrze „Wybrzeże” w Gdańsku
odbędzie się**

DYPLOMATORIUM

Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku

PROGRAM UROCZYSTOŚCI

- Gaude Mater Polonia
- Powitanie Profesorów, Absolwentów i Gości
- Przemówienie JM Rektora AMG
- Przemówienie dziekana Wydziału Lekarskiego
- Przyjęcie przyrzeczenia lekarskiego
- Wręczenie dyplomów
- Przemówienie przedstawiciela Absolwentów
- Pożegnanie Absolwentów przez przedstawiciela Samorządu Studentów
- Gaudeamus

W kościele oo. Pallotynów o godz. 9³⁰ **abp Tadeusz Gocłowski** przewodniczyć będzie mszy św. sprawowanej z okazji tychże uroczystości.

* * * * *

UWAGA

Dział ds. Aparatury informuje

W celu uporządkowania zakupów inwestycyjnych aparatury, wnioski złożone w Dziale ds. Aparatury w latach 1991/92 (nie zrealizowane) zostaną zwrócone wnioskodawcom do ewentual-

nego uaktualnienia zapotrzebowania.

Nowe wnioski należy składać wyłącznie na drukach specjalnie do tego celu przygotowanych.

Nagrody naukowe

Gdańskie Towarzystwo Naukowe zawiadamia, że przyzna w bieżącym roku młodym pracownikom nauki kolejne roczne nagrody za wybitne osiągnięcia naukowe. Przyznanych zostanie pięć równorzędnych nagród za prace naukowe ukończone lub opublikowane w 1993 r. z zakresu dziedzin odpowiadających poszczególnym wydziałom Towarzystwa:

- Wydział I - Nauk Społecznych i Humanistycznych
- Wydział II - Nauk Biologicznych i Medycznych
- Wydział III - Nauk Mat.-Fizyczno-Chemicznych
- Wydział IV - Nauk Technicznych
- Wydział V - Nauk o Ziemi

W ubiegłym roku wysokość każdej nagrody wynosiła 5 000 000 zł, w roku bieżącym Zarząd GTN nie podjął jeszcze decyzji w tej sprawie.

Kandydatów do nagród prosimy zgłaszać za pośrednictwem wydziałów GTN w terminie do 10 listopada 1993 r. pod adresem: ul. Grodzka 12, 80-841 Gdańsk.

Zgłoszenie powinno nastąpić przez nadesłanie:

- jednego egzemplarza publikacji lub maszynopisu pracy będącej podstawą do nagrody, z tym że w pierwszej kolejności uwzględniane będą prace opublikowane lub przyjęte do druku przez wydawnictwa. Zgłaszane do nagrody mogą być prace opublikowane lub ukończone po 1 listopada 1992 r. Warunkiem zgłoszenia do nagrody rozprawy doktorskiej jest zakończenie w podanym wyżej terminie przewodu doktorskiego. W przypadku zgłoszenia do nagrody dorobku naukowego obejmującego prace wykonane w latach poprzednich wymaga się, aby co najmniej jedna samodzielna publikacja kandydata do nagrody,

stanowiąca istotną część tego dorobku, ukazała się po 1 listopada 1992 r. Do nagrody GTN nie mogą być zgłoszone prace wyróżnione nagrodami ministerialnymi lub równorzędnymi,

- dwóch recenzji tej pracy opracowanych przez profesorów stosownej specjalności, zawierających merytoryczną ocenę zgłoszonego opracowania; w przypadku zgłoszenia rozpraw doktorskich konieczne jest dołączenie co najmniej jednej dodatkowej opinii opracowanej przez profesora, oprócz recenzji z przewodu doktorskiego, uzasadniającej celowość wyróżnienia zgłoszonej pracy nagrodą GTN,

- informacji o kandydacie zawierającej dane o miejscu pracy, dotychczasowym dorobku naukowym, adres zamieszkania i datę urodzenia,

- streszczenie zgłoszonej do nagrody pracy, do dwóch stron maszynopisu. Streszczenia nagrodzonych prac są publikowane w rocznych Sprawozdaniach GTN.

Kandydaci do nagrody nie muszą być członkami Gdańskiego Towarzystwa Naukowego. Do nagród mogą być zgłaszane prace zespołowe pod warunkiem, że wszyscy członkowie zespołu spełniają wymóg §2 regulaminu przyznawania nagród, który brzmi:

„Nagrody Gdańskiego Towarzystwa Naukowego przyznaje się osobom, które do końca roku kalendarzowego, za który przyznawane są nagrody, nie przekroczyły 35 roku życia i nie zajmują samodzielnego stanowiska docenta lub profesora”.

prezes

prof. dr inż. Włodzimierz Prosnak

sekretarz generalny członek rzeczywisty PAN

prof. dr hab. Jan Majewski

przewodniczący II Wydziału

prof. dr hab. Janusz Limon

* * * * *

Komitet organizacyjny uprzejmie zaprasza na spotkanie naukowe, które odbędzie się w Gdańsku w dniach 3-4 grudnia 1993 roku pod patronatem firmy UPJOHN oraz FUNDACJI ZDROWIE I EKOLOGIA

Tematem konferencji będą problemy diagnostyki i terapii w onkohematologii wieku rozwojowego

W czasie wolnym od obrad przewidujemy:

zwiedzanie starego Gdańska, uroczystą kolację z imprezą towarzyszącą.

Koszty zakwaterowania pokryje firma Upjohn

Komitet organizacyjny:

prof. dr hab. Wacława Celińska
 prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń
 prof. dr hab. Anna Balcerska
 dr med. Anna Płoszyńska
 dr med. Mariusz Wysocki
 dr med. Marek Wlazłowski

Przedstawiciele firmy Upjohn:

dr Bogusław Pilarski
 dr Witold Włodarczyk

Fundacja Zdrowie i Ekologia:

lek. med. Robert Klimaszewski
 lek. med. Arkadiusz Szalewski

DZIAŁ KADR

Zmiany w okresie
1.09.93 - 30.09.93

Dr hab. farm. **Feliks Gajewski** został powołany na stanowisko **profesora nadzwyczajnego**.

Na stanowisku **profesora zwyczajnego** została zatrudniona prof. nzw. dr hab. med. **Krystyna de Walden-Gałuszko** (1/2 etatu).

Przyjęci na stanowisko asystenta:

lek. med. Maciej Brzeziński
mgr farm. Jadwiga Dzikowska
lek. med. Justyna Fox
lek. med. Jerzy Jankau
mgr farm. Krystyna Kulińska

lek. wet. Ryszard Milczarek
lek. med. Jarosław Skokowski
lek. med. Anna Smorągiewicz
lek. med. Beata Tysnarzewska-Stradomska

Zatrudniono również: 1. pracownika inżynierjno-technicznego, 1. pracownika służby bibliotecznej, 1. pracownika obsługi.

Ze stanowiska adiunkta na stanowisko starszego wykładowcy przeszli:

dr med. Maria Adamcio-Deptulska
dr n. przyr. Sławomir Bautembach
dr n. med. Stanisław Bogdanowicz
dr n. hum. Irena Bukowska
dr med. Halina Bulińska
dr med. Tadeusz Deptulski
dr med. Janina Ellert-Żygadłowska
dr med. Maria Górńska-Dubowik
dr med. Hanna Karnicka-Młodkowska
dr med. Anna Kobierska
dr med. Tadeusz Korzon
dr med. Teresa Król
dr med. Tadeusz Kruszczyński
dr med. Andrzej Kucharski
dr med. Alina Kuźmińska

dr med. Barbara Madej
dr med. Ewa Marczak
dr med. Marta Michowska
dr med. Wiesława Nyka
dr med. Odon Pętlak
dr med. Barbara Przytarska-Bielińska
dr med. Janina Pstrokońska
dr med. Anna Rosnowska-Mazurkiewicz
dr med. Anna Świca-Gardzilewicz
dr med. Marianna Taraszewska-Czarnowska
dr med. Janusz Wojcieszek
dr med. Ludwika Wolska-Goszka
dr med. Ewa Wszelaki-Lass
dr med. Krystyna Żelechowska

Odeszli z AMG:

mgr fil. Jolanta Czyżma
lek. med. Andrzej Grabias
mgr fil. Irena Hawro
lek. med. Renata Hebel
mgr Paweł Huelle
mgr Mariusz Jasiński
lek. stom. Zbigniew Kibort
mgr fil. Barbara Kowalik
lek. med. Andrzej Lubiński

mgr farm. Teresa Łoboda-Pelplińska
mgr fil. Jadwiga Olszewska
dr med. Danuta Paszkiewicz-Radowska
mgr fil. Zenobia Pszczółkowska
dr n. hum. Piotr Sieliwończyk
dr med. Kazimierz Tarnowiecki
lek. med. Adam Thrun
lek. med. Krzysztof Winiarek
mgr fil. Janina Łaska

Wśród pracowników nie będących nauczycielami akademickimi zwolniono: 1. prac. administracyjno-ekonomicznego, 1. prac. służby bibliotecznej, 4 osoby z obsługi.

Na emeryturę przeszli:

prof. dr hab. Stanisław Banach
prof. dr hab. Zygmunt Jonas
prof. dr hab. Władysław Kubik
prof. dr hab. Konstanty Leonowicz
prof. dr hab. Stefan Raszeja

p. Elżbieta Geisler
p. Seweryna Jeziorska
p. Władysław Rogóż

STYPENDIA

Stypendium Fundacji Stefana Batorego

Fundacja oferuje stypendia na semestr wiosenny 1993/94 na okres 4 miesięcy (luty - maj) na odbycie studiów podyplomowych lub przeprowadzenie badań naukowych na Uniwersytecie Bolońskim. Wśród proponowanych dziedzin jest również medycyna - transplantacje.

Istnieje możliwość przedłużenia stypendium o dalsze 2 miesiące na jesieni 1994.

Wymagana jest dobra znajomość języka włoskiego i wiek do 38 lat (do dnia 26 listopada 1993). Nie mogą się ubiegać o stypendium osoby, które w okresie 12 miesięcy przed 26 listopada 1993 przebywały ponad 2 miesiące w instytucjach Europy Zachodniej.

Wszystkie informacje i zgłoszenia należy kierować pod adresem:

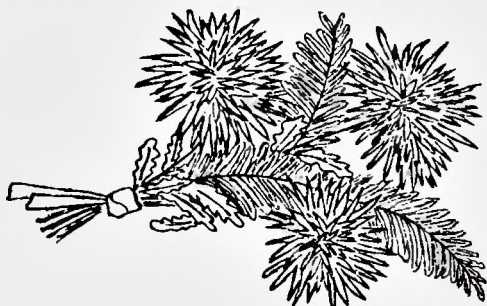
Fundacja Stefana Batorego
ul. Flory 9
00-586 Warszawa

w nieprzekraczalnym terminie do 26 listopada 1993.

W listach proszę podać nazwę programu

„Uniwersytet w Bolonii”.

* * *



Stypendia naukowe w Niemczech

Stowarzyszenie Wspierające Pobyty Naukowe Studentów Polskich w Niemczech (Gemeinschaft zur Forderung von Studienaufenthalten - Polnischer Studierender in Deutschland) oferuje dwa następujące rodzaje stypendiów:

1. Stypendia semestralne, trwające sześć miesięcy, dla studentów IV i V roku wszystkich kierunków oraz doktorantów (asystentów) do 30 roku życia. Wymagana jest funkcjonalna znajomość języka niemieckiego, umożliwiającą korzystanie z literatury i przynajmniej biernie uczestnictwo w wykładach.

2. Stypendia na wakacyjny kurs językowy (4 tygodnie), dla wszystkich studentów i doktorantów, z wyjątkiem germanistów, do 30 roku życia.

Celem stowarzyszenia jest wspieranie nauki oraz wymiany naukowej i kulturalnej między Polską i Niemcami, i przyczynianie się do zbliżenia społeczeństw Polski i Niemiec. Osoby, zainteresowane wyłącznie karierą naukową powinny zdawać sobie sprawę, że, nawet jeśli zostaną zakwalifikowani, ich cele będą się częściowo rozmijać z celami stowarzyszenia.

Stypendyści semestralni przebywają w Niemczech na prawach studentów. Studia są możliwe w Akwizgranie, Berlinie, Fryburgu, Hamburgu, Kolonii, Moguncji, Monastyrze i kilku innych uniwersytetach, różnych w różnych semestrach.

Stypendyści semestralni otrzymują 600,-DM miesięcznie, wakacyjni - 400,-DM jednorazowo. Oprócz tego stypendyści mają zapewnione bezpłatne mieszkanie, ubezpieczenie lekarskie, zwrot kosztów podróży i pomoc w organizacji pobytu.

Podanie winno zawierać:

- wypełniony formularz
- kopię indeksu lub dyplom ukończenia studiów
- zaświadczenie o odbytych kursach nauki języka niemieckiego
- opinie dwóch pracowników naukowych. Nie muszą to być pracownicy samodzielni. Podania o stypendium wakacyjne nie wymaga opinii.

Podania należy składać w terminach:

od 1 IX do 31 X. - na semestr letni

od 1 XII do 31 I - na semestr zimowy i kursy wakacyjne

Szczegółowe informacje i formularz można otrzymać w Dziale Nauki AMG, pok. 207, tel. wewn. 11-59, dr Genowefa Bendykowska.

WYKŁADY

**Zapraszamy na wykłady ks. dr. filozofii Piotra Moskala,
pracownika naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, poświęcone
problematyce
„Filozofii rozumienia rzeczywistości”.**

1. „Co to jest rzeczywistość” 19 XI 93, godz. 13⁰⁰ - 14³⁰
2. „Świat dziełem Mądrości” 17 XII 93, godz. 13⁰⁰ - 14³⁰

Wykłady będą odbywały się w sali seminaryjnej Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej (wejście od podwórza do budynku „Starej Anatomii”, II piętro).

prof. dr hab. Marek Hebanowski
kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej

* * * * *

**Zapraszamy na fakultatywne wykłady monograficzne
w semestrze zimowym roku akadem. 1993/94,
zawsze we wtorki o godz. 14, w sali im. Rydygiera.**

- 9 XI 93 prof. dr hab. Julian Stolarczyk - „Aktualne problemy medycyny paliatywnej”
- 16 XI 93 doc. dr Jacek Górski, Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej - „Czy malaria może być groźna w Polsce”
- 23 XI 93 dr Krystyna Szulczyńska - „Zasady leczenia dychawicy oskrzelowej - uwzględniające zalecenia międzynarodowej grupy ekspertów”
- 30 XI 93 prof. dr hab. Kazimierz Krajka - „Współczesne metody leczenia dróg moczowych na różnych poziomach układu moczowo-płciowego”
- 7 XII 93 prof. dr hab. Halina Tejchman - „Profilaktyka jako jeden z najważniejszych elementów leczenia protetycznego”
- 14 XII 93 prof. dr hab. Jerzy Dybicki - „23-letnie doświadczenia w zabiegach rekonstrukcyjnych na drogach żółciowych” (w j. ang.)
- 21 XII 93 prof. dr hab. Jan Marek Słomiński - „Wybrane zagadnienia podejmowania decyzji w nowoczesnej diagnostyce obrazowej”
- 4 I 94 prof. dr hab. Zygmunt Chodorowski - „Izolowane nadciśnienie tętnicze skurczowe”
- 11 I 94 prof. dr hab. Zygmunt Chodorowski - „Znaczenie kliniczne i leczenie mikroalbuminurii”
- 18 I 94 dr med. Zbigniew Kmiec - „Cytoprotekcja - nowe perspektywy farmakoterapii w wieku podeszłym”
- 25 I 94 prof. dr hab. Albina Żółtowska - „Amyloidoza beta”

prof. dr hab. Barbara Śmiechowska
dziekan Wydziału Lekarskiego

* * * * *

**Zarząd Gdańskiego Oddziału Polskiego
Towarzystwa Anatomicznego
uprzejmie zawiadamia,**

że dnia 19 listopada br. (piątek) o godz. 10⁰⁰ w bibliotece Katedry Anatomii, ul. Dębinki 1 odbędzie się wykład prof. D. W. Scheuermanna (Antwerpia) pt. „Neuroendocrine system in the lung”. Zainteresowanych serdecznie zapraszamy.

prof. dr hab. Marek Grzybiak
przewodniczący Gdańskiego Oddziału PTA

TOWARZYSTWA

Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Higienicznego

uprzejmie informuje, że 29 października o godz. 12, przy al. Zwycięstwa 41/42 odbyło się spotkanie członków i sympatyków towarzystwa, na którym dr inż. Krzysztof Jagodziński wygłosił referat pt. „Współczesne sposoby utylizacji i usuwania zanieczyszczeń komunalnych”.

sekretarz oddziału
lek. med. Maria Bartosińska

Gdański Oddział Polskiego Towarzystwa Patologów

uprzejmie zaprasza na zebranie, które odbędzie się w środę 3 listopada, o godz. 13⁰⁰ w Muzeum Zakładu Patomorfologii Akademii Medycznej w Gdańsku. W programie:

1. Dr med. Bohdan Kadyłak, mgr M. Dorniak - *Sprawozdanie z „Symposium European Placental Group 93” w Manchester.*
2. Lek. med. Ewa Łżycka - *„Pierwotne i wtórne oponiaki pozaczaszkowe”.*

przewodnicząca Zarządu Oddziału PTP
prof. dr hab. med. Maria Hrabowska

Zarząd Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej

uprzejmie zaprasza na posiedzenie w dniu 5 listopada br., które odbędzie się w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, przy ul. Smoluchowskiego 18 o godz. 10⁰⁰ z następującym porządkiem:

1. Dr med. Zdzisław Pałynyczko - firma Boehringer-Mannheim, Austria - *„Wiarygodność i powtarzalność metod badania moczu we wczesnym wykrywaniu chorób układu moczowego”.*
2. Prof. dr hab. Wiesława Łysiak-Szydlowska - Sam. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, Instytut Chorób Wewnętrznych AM - *„Niektóre problemy diagnostyczne w ocenie badania ogólnego moczu”.*
3. Firma Boehringer-Mannheim, Austria, prezentuje ofertę dla laboratoriów diagnostycznych.
4. Firma Sarstedt, RFN, prezentuje zestawy do transportu materiału biologicznego.

przewodnicząca oddziału
prof. nzw. dr hab. Wiesława Łysiak-Szydlowska

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Tow. Immunologiczne i Polskie Tow. Alergologiczne

zawiadamiają, iż odbędą się następujące posiedzenia:

- 15 XI 93 r. o godz. 13⁰⁰ - sala prof. Hillera IBM

prof. J. D. Bos z Amsterdamu - *„Nowe koncepcje patogenezы atopowego zapalenia skóry”,*

- 19 XI 93 r. o godz. 12⁰⁰ - Klinika Dermatologiczna bud. 26

dr Zbigniew Ruszczak z Minden - *„Mechanizmy powstawania zmian skórnych o charakterze vasculitis”*

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

uprzejmie zaprasza na posiedzenie szkoleniowo-naukowe, które odbędzie się dn. 27 XI 93 r. o godz. 10⁰⁰ w Sali Wykładowej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobięcych AMG ul. Kliniczna 1a. W programie:

prof. dr hab. Stefan Zgliczyński - Klinika Endokrynologii, Warszawa - *„Menopauza i andropauza jako główne problemy zdrowia publicznego: zapobieganie i leczenie miażdżycы tętnic, nowotworów i osteoporozy”.*

Polskie Towarzystwo Fizjologiczne i Polskie Towarzystwo Farmakologiczne

mają zaszczyt i przyjemność zaprosić na wspólne posiedzenie gdańskich oddziałów obu towarzystw, które odbędzie się 10 listopada (środa) o godz. 15⁰⁰ w bibliotece Zakładu Fizjologii Akademii Medycznej w Gdańsku, ul. Dębinki 1, V piętro, p. 515.

Program posiedzenia:

1. Wykład **dr. Jacka Petruszewicza** z Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki AMG pt. „**Leki przeciwpłytkowe**”.
2. Dyskusja
3. Sprawy organizacyjne

prof. dr hab. Z. Korolkiewicz
przewodniczący Gdańskiego
Oddziału PT Farmakologicznego

prof. dr hab. W. Juzwa
przewodniczący Gdańskiego
Oddziału PT Fizjologicznego

* * * * *

WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY w Gdańsku

zaprasza na VII Międzynarodowy Kongres organizowany przez Bałtyckie Forum Ekologiczne w Gdańsku w dniach 19-21 listopada 1993 r., w Domu Technika ul. Rajska w Gdańsku.

Dzień I

- 10⁰⁰ Powitanie PT Gości. Okolicznościowe wystąpienie z okazji 40-lecia Przemysłowej Służby Zdrowia.
- 10³⁰ *Rys historyczny rozwoju medycyny pracy w regionie gdańskim*, J.Happ, WOMP, Gdańsk.
- 11⁰⁰ *Motywy powołania sieci poradni ekologicznych w kraju*, W.Święcicki, MOSZNIŁ, Warszawa.
- 11³⁰ *Perspektywy rozwoju medycyny pracy w świetle obowiązujących przepisów*, B.Przygocki, WOMP, Gdańsk.
- 12⁰⁰ *Wysypiska śmieci jako zagrożenie ekologiczne dużych aglomeracji miejskich*, J.Szkudlarek, Łódź.
- 12³⁰ *Aspekty moralne ochrony środowiska*, K.Stępczak, UAM, Poznań.
- 13⁰⁰ *Edukacja-ekologia-etyka*, M.Gumińska, Kraków.
- 13³⁰ Przerwa.
- 16⁰⁰ *Prawo pracy a efekty zdrowotne*, F.Stalony-Dobrzański, Kraków.
- 16³⁰ *Efekty i zanieczyszczenia wtórne środowiska*, J.Namieśnik, W.Wardencki, B.Zygmunt, PG.
- 17⁰⁰ *Hałas i fale infradźwiękowe jako problem szkodliwości środowiska naturalnego*, J.Wysocki, Gdańsk.
- 17³⁰ *Technologiczne i środowiskowe bariery produkcji bezpiecznej żywności*, Smoczyński, ART, Olsztyn.
- 18³⁰ Dyskusja.

Dzień II

- 9⁰⁰ *Przystosowanie organizmów do ekstremalnych warunków*, E.Krasnow, Uniwersytet w Kaliningradzie.
- 9⁴⁵ *Metody oceny obszarów zagrożenia ekologicznego w Polsce*, T.Dutkiewicz, IMP, Łódź.
- 10³⁰ *Wpływ zanieczyszczeń chemicznych i biologicznych na czystość wód Zatoki Puckiej*, Szempliński, W.Wardencki, J.Namieśnik, PG.
- 11⁰⁰ *Skażenie metalami gleb regionu wielkopolskiego*, J.Siepak, UAM, Poznań.
- 11³⁰ *Próba Gmelina przed 1,5 wiekiem i obecnie*, S.Gorski, A.I.Yentiukowa, K.V.Ilitcheva, Noworosyjsk.
- 12⁰⁰ Dyskusja.
- 12³⁰ *O energetyce ciąży*, S.Gorski, K.V.Ilitcheva, Noworosyjsk.
- 13⁰⁰ *Klimat akustyczny w osiedlach mieszkalnych graniczących z zakładami przemysłowymi*, Mikulski, Szczecin.
- 13³⁰ *Sytuacja radiologiczna regionu witebskiego po katastrofie w Czernobylu*, N.F.Kurilenko, L.M.Kirillov, S.V.Zhavoronok, V.V.Panashchenko, V.N.Tarasevich, Y.V.Krylov, M.N.Medvedev, Inst. Radiomed., Witebsk.
- 14⁰⁰ Sprawy powołania Bałtyckiego Parlamentu Ekologicznego.

Dzień III (Sale hotelu Jantar ul. Długa)

- 9³⁰ *Problemy ekologiczne jednoczącej się Europy*, M.Antkowiak, UG.
- 10⁰⁰ *Ekologia-prawo-praktyka*, S.Gotkowicz, Prokuratura Wojewódzka, Gdańsk.
- 10³⁰ *Ekologia-ekonomia-etyka*, L.Zgoda, Kraków.
- 11⁰⁰ *Przyrodnicze uwarunkowania ekorozwoju w Europie*, T.Michalski, UG.
- 11³⁰ *Ekologia a cywilizacja*, A.Horodecki, UG.
- 12⁰⁰ Dyskusja.

Adres Sekretariatu: 80-864 Gdańsk, ul. Jana z Kolna 22/26, tel. (058) 31-51-52.

dr J. Jaśkowski, Katedra Fizyki i Biofizyki AMG tel. 32-33-22

Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Gdańsk

uprzejmie zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się 16 listopada 1993 r. o godz. 11¹⁵ w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-7.

Tematyka zebrania:

- I. *Augmentin jako antybiotyk pierwszego rzutu, w ambulatoryjnej praktyce pediatrycznej* - dr Jerzy Toczyski, Firma Smith Kline Beecham.
- II. *Nefropatia refluxowa* - dr med. Ewa Marczak, Klinika Nefrologii.
- III. *Zaburzenia mikcji u dzieci. Moczzenie nocne.* - dr Piotr Czarnik, Klinika Nefrologii.
- IV. *Demonstracja przypadków* - dr dr K. Schramm, K. Kowalik, P. Czarnik, Klinika Nefrologii.
- V. *Elastyczna terapia uciskowa w leczeniu blizn przerostowych, naczynek* - mgr M. Moskał, Oddział Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Gdańsku.

dr Wiesława Bukowska
sekretarz

prof. dr hab. Maria Korzon
przewodnicząca

Zarząd Sekcji Aptek Szpitalnych Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Okręgowa Rada Aptekarska

uprzejmie zapraszają Członków i Sympatyków na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 23 listopada br. (wtorek) o godz. 13⁰⁰ do Sali Wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Gdańsku przy al. gen. J. Hallera 107 z następującym programem:

1. dr med. Mirosław Rek - przedstawiciel naukowy Eli Lilly International Corporation, Warszawa - „*Cefalosporyny trzech generacji - zastosowanie kliniczne*”
2. mgr Piotr Kania - przedstawiciel regionalny Farmitalia Carbo Erba, Warszawa - „*Informacja naukowa o niektórych lekach onkologicznych, naczyniowych i metabolicznych*”
3. dr farm. Stanisław Vogel - prezes Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej - „*Aktualności Okręgowej Izby Aptekarskiej*”.

mgr farm. Ewa Klimek
przewodnicząca Sekcji Aptek Szpitalnych
Oddziału Gdańskiego PT Farmaceutycznego

dr farm. Stanisław Vogel
prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej

Sekcja Elektrostymulacji Serca i Elektrofizjologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Oddziały Gdańskie:

Towarzystwa Chirurgów Polskich Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Towarzystwa Internistów Polskich

mają zaszczyt zaprosić na posiedzenie z okazji XXX-lecia elektrostymulacji serca w Gdańsku, które odbędzie się 26 listopada 1993 (piątek) o godz. 13¹⁵ w sali im. prof. Hillera.

Program posiedzenia:

1. *Narodziny elektrostymulacji w świecie* - D. Zacharek - 15 min.
2. *Początki elektrostymulacji w Polsce* - Z. Wajda, W. Kozłowski, J. Gręźlikowski, Z. Gruca, J. Kossak, G. Świątecka, L. Ignaczak, B. Nikodem, T. Tyszkiewicz, S. Bajena, A. Lewiński, Z. Pacoszyńska, L. Markuszewski, T. Wajda, S. Raczynski, T. Fiutowski, J. Głowacki, S. Wilczek, E. Lewicka, D. Jackowiak, W. Dworniak - 15 min.
3. *Aktualny stan wiedzy o elektrostymulacji (wskazania, sposoby stymulacji, kontrowersja)* - G. Świątecka - 30 min.

prof. dr hab. M. Narkiewicz
przewodnicząca PTK
prof. dr hab. G. Częstochowska
przewodnicząca TIP

prof. dr hab. G. Świątecka
przewodnicząca Sekcji
prof. dr hab. A. Kopacz
przewodniczący TChP

AMG i służba zdrowia w doniesieniach wybrzeżowej prasy

PRASÓWKA

Zajęci na co dzień bieżącą działalnością dydaktyczną i naukową, nie zawsze dostrzegamy, że obok nas dzieją się sprawy ważne tak dla AMG jak i - szeroko pojętej - służby zdrowia. Donosi o tym codzienna wybrzeżowa prasa. Oto kilka przykładów:

„Głos Wybrzeża” (z 12 X 93) w artykule Haliny Bykowskiej „W kolejce do życia” informuje, że „tylko 28 z każdych 100 chorych może mieć dostęp do sztucznej nerk”. I dalej: „Polacy żyją znacznie krócej niż Amerykanie ... Gdybyśmy - stwierdza autorka - byli bardziej uświadomieni i prowadzili bardziej higieniczny tryb życia, niewątpliwie byłibyśmy zdrowsi”.

„Dziennik Bałtycki” (z 7 X 93) przynosi z kolei krótki wywiad z Rektorem Akademii Medycznej w Gdańsku, prof. dr. hab. Zdzisławem Wajdą, przeprowadzony przez Annę Jaszowską. „Ważni są ludzie, nie mury” - informuje prof. Wajda. „Krzące jest to - czytamy dalej - że nie zmniejszyło się zainteresowanie młodzieży studiami medycznymi ... choć na razie niewiele wiemy o rynku pracy dla lekarzy”. Rektor niejako też prorokuje, że „musi dojść do sytuacji, gdy rynek zacznie decydować o naborze studentów, bo przecież w rynku będą tkwić uczelnie. Do dobrych uczelni będą chcieli przyjść wszyscy, a złe będą miały mniejsze powodzenie. Podobnie będzie z lekarzami; na rynku będą się liczyli dobrzy lekarze.”

Z kolei „Gazeta Morska” (z 11 X 93), lokalny dodatek do „Gazety Wybrzeża” donosi: „Graliśmy o zdrowie. CZAD BYŁ, ŻE AŻ STRACH”. To informacja o koncercie charytatywnym na deskach Opery Leśnej w Sopocie, zorganizowany m.in. przez Radio Plus, Coca-Colę, gdańską telewizję Neptun i „Gazetę Morską”. Dochód przeznaczony został dla Akademii Medycznej w Gdańsku na zakup ultrasonografu. A sam koncert ściągnął do Opery Leśnej ok. 10 tysięcy fanów rocka.

Wreszcie bulwersująca sprawa: „Dlaczego na Wybrzeżu zabrakło szpitalom pieniędzy na leki?” - zapytał „Dziennik Bałtycki” (z 11 X 93) w artykule „Cefarmowy zawrót głowy”. „Po odmowie dostarczenia w ubiegłym tygodniu przez gdański CEFARM leków, larum trafiło pod niebiosa - napisała gazeta - a przez mass media przemknęło widmo zamkniętych szpitali. Państwowy Cefarm tupnął nogą i w świat poszedł sygnał o tym, że w Gdańskim brakuje pieniędzy na leki.”

Widać „tupnięcie” pomogło, gdyż „w kilka dni jeszcze raz z budżetu, jak z kapelusza, wyskrobano dodatkowe miliardy. Nikt nie chciał wziąć na siebie odpowiedzialności za ewentualną tragedię. Jeszcze raz wygrała strusia polityka”.

Dwa dni później ta sama gazeta poinformowała, że „na razie gdańskim szpitalom nie grozi zamknięcie z powodu braku leków. Burza została zażegnana. Na jak długo? To się dopiero okaże. W każdym razie Cefarm uzyskał gwarancję, że banki zajmą się ściąganiem długów za leki z Wydziału Zdrowia UW”.

W związku z tragiczną sytuacją zadłużonych szpitali gdyńskich, którym grozi redukcja liczby pracowników i ograniczenie świadczeń pomocy medycznej, komisje zakładowe „Solidarności” i OPZZ w Gdyni i Rada Miasta Gdyni zwróciły się do rzecznika o interwencję - doniosła „Gazeta Wybrzeża” (nr 245 z 19 X 93). I dodaje: „wyposażenie szpitali w aparaturę i leki pogarsza się. /A/ zdaniem Rady Miasta Gdyni województwo gdańskie znajduje się na ostatnim miejscu w Polsce pod względem wysokości środków finansowych przyznawanych przez Ministerstwo Zdrowia” (podkr. autora).

Ministerstwo Zdrowia apeluje zaś do szpitali: Oszczędzajcie leki - i nawet wyjaśnia jak. „Niech się odcepia z tymi pomysłami - odpowiada dyrektor jednego z warszawskich szpitali - Robimy, co możemy, żeby oszczędzać”. („Gazeta Wybrzeża” z 15 X 93).

„Nie będzie podwyżek w służbie zdrowia. ŻENADA W BIELI” - doniósł „Głos Wybrzeża” (z 21 X 93). Czytamy: „Generalne rozstrzygnięcia, co do sposobów finansowania sfery budżetowej, bez względu na obowiązującą doktrynę polityczną - stwierdził na ... konferencji prasowej w Urzędzie Wojewódzkim wojewoda gdański, Maciej Płażyński - uważam za jedyny sposób wybięcia z publicznych kłopotów w finansach”.

A zatem „wygląda na to, że pacjenci i lekarze, jak i cała służba zdrowia, szczególnie w województwie gdańskim długo jeszcze nie będą mogli spać spokojnie. Wbrew plotkom, nie będzie w najbliższym czasie żadnych podwyżek płac dla pracowników służby zdrowia, a kwota przyznana dodatkowo województwu gdańskiemu z rezerwy MZIOS w wysokości 35 mld 364 mln zł starczy zaledwie na załagodzenie najpilniejszych potrzeb.

Zadłużenie gdańskiej służby zdrowia wynosi na dzisiaj 316 mld zł. W przeważającej części są w tej sumie stare zobowiązania, licząc od początku lat 90., kiedy to wyraźnie dały o sobie znać błędne kryteria podziału środków budżetowych na szczeblu centralnym. W efekcie województwo gdańskie było dyskryminowane przy podziale pieniędzy: miało jeden z najmniejszych budżetów w przeliczeniu na jednego mieszkańca (40 miejsce w kraju), takie same płace dla białego personelu (44 miejsce) i żenująco niskie pensje dla lekarzy (49 pozycja). Wojewoda nie jest w stanie istotnie pomóc ...”.

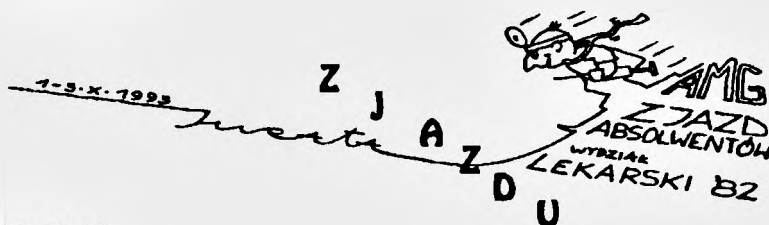
No cóż - chciałoby się powiedzieć: c'est la vie ...

Wreszcie coś ekstra elektryzującego: „NOBEL DLA GENETYKÓW” - donosi „Dziennik Bałtycki” (z 12 X 93). „Szwedzki Instytut Karolińska zakomunikował ..., że Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny na rok 1993 przyznano profesorom Richardowi Robertowi i Phillipowi Sharpowi za ich odkrycia »genów o rozłącznej strukturze«. Odkrycie rozdzielnych genów ma fundamentalne znaczenie dla obecnych badań w biologii jak również dla ukierunkowanych badań dotyczących rozwoju nowotworów i innych chorób”.

„Odkrycie Roberta i Sharpa - dodaje „Gazeta Wybrzeża” (z 12 X 93) - to jedno z przełomów w rozwoju biologii molekularnej - jak to określił prof. Andrzej Jerzmanowski z Uniwersytetu Warszawskiego - obaliło (bowiem) dogmat o ciągłości genów. Tego typu odkrycia są niemal zawsze honorowane Noblem”.

Wyboru informacji dokonał:
dr Aleksander Drygas

PROGRAM



piątek, 01.10.1993

20-24⁰⁰ ognisko (piwo, kiełbaski)

sobota, 02.10.1993

9⁰⁰ - śniadanie12⁰⁰ - mecz plażowej piłki nożnej14⁰⁰ - obiad17⁰⁰ - spotkanie organizacyjne
w sali telewizyjnej19⁰⁰ - 4^{35,4}

z atrakcjami !!!!!

a w trakcie jedzonko składające się z 9 dań:

1.barszczyk z krokietkiem, 2. zimne półMISSki
3.de`voille, 4.de`volai, 5.de`voaille, 6.de`voillae,
7.bogracz, 8.lody, 9.owoce, 10, 11, 12, 13, 20.....
..... 40% napoje.

a nazajutrz:

03.10.1993 śniadanie już o 10 zerozero

a dla odpornych, o godzinie 14 zero x 2 - obiad

a potem wolne wolne wolne do poniedziałku



no i po wszystkim, płacz i darcie szaf, i pytanie: kedy?

W dniach od 1 do 3 października br. odbył się pierwszy zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego gdańskiej AM, rocznika 1982. Spotkaliśmy się w Juracie i korzystając z przychylnej aury wspominaliśmy studia przy ognisku, graliśmy w „kosza” i w nogę na plaży, a także wspaniale bawiliśmy się na balu.

Przyjechało nas ok. 150 osób, sporo spoza gra-

nic kraju. Jedna z koleżanek, dla nas, przyleciała aż z Kalifornii.

Mam nadzieję, że kiedy skrzyknemy się za kilka lat, przyjadą również ci, którzy tym razem mogli nam tylko zazdrościć.

W imieniu komitetu organizacyjnego
lek. med. Marzena Zarzeczna-Baran



Anekdoty

(z „Uczeni w anegdocie” Wacława Gołębiewicza
wyboru dokonał: A. Drygas)

Nie każdy uczony jest dobrym wykładowcą i odwrotnie - nie każdy dobry wykładowca musi być uczonym. Jeśli jednak te dwie cechy spotykają się w jednej osobie, powstaje ideał profesora.

Na wykładach Humboldta, Dumasa, Bunsena, Śniadeckiego czy Mendelejewa było na sali tak tłoczno, że kto chciał zdobyć miejsce siedzące, musiał przychodzić na długo przed ich rozpoczęciem.

Warto przytoczyć niektóre relacje o tych wykładach. Oto co napisał student Śniadeckiego:

„... Miłą jest rzeczą czytać dzieła jego, cóż dopiero słyszeć go osobiście tłumaczącego z cudowną płynnością i łatwością tak dalece, że wdziękiem swej mowy zachwycił słuchaczy przytomnych, widzieć go robiącego z niepojętą zręcznością doświadczenia chemiczne ...”

O wykładach Dumasa zachowała się wypowiedź nie byle czyja, bo samego Pasteura!

„Słucham w Sorbonie wykładów słynnego chemika Dumasa. Nie możecie sobie wyobrazić, jakie tłumy ludzi one ściągają. Ołbrzymia sala jest zawsze pełna. Musi się przyjść na pół godziny przedtem, aby uzyskać dobre miejsce, zupełnie jak w teatrze. Jest tu zawsze sześćset do siedmiuset osób”.



Nie można się więc dziwić, że takie publiczne wykłady mogły się nieraz stać przedmiotem kpin. Na przykład:

„Na wykłady Humboldta przychodziło do 1000 osób. Sala była dosłownie zapchana, a można tam było spotkać, jak mówili współcześni, wszystkie stany - od murarzy do królów”.

Dało to sposobność jednemu z dziennikarzy do napisania:

„Sala nie mieściła słuchaczy, a słuchaczom nie mieścił się wykład w głowie”.

Biologa Tomasza Huxleya (1825-1895) zaraz po jego wykładzie o mózgu, ktoś zapytał:

„Doskonale pana zrozumiałem. Proszę mi tylko wyjaśnić jedną wątpliwość: czy mózdzek znajduje się wewnątrz czaszki, czy też poza nią?”

Profesorów dzielimy na:

nadzwyczajnych, zwyczajnych i zwykłych.

Nadzwyczajnych stać na własny samochód.

Zwyczajnych stać na własny domek.

Zwykłych stać na własne ... zdanie.