

GAZETA GDAŃSK

AMG

Kwiecień 1994

Rok 4 nr 4 (40)



Initiał ze sceną "Zmartwychwstania Chrystusa". MSZAŁ WROCŁAWSKI
nieznanego autora z pocz. XV w., Kraków, Archiwum OO. Dominikanów. [fot. J. Podlecki - KAW]

*Radości serca,
ufnej nadziei, że prawda i dobro
mają moc zwycięską*

*życzy z okazji Wielkanocy
Redakcja*

Wyciąg z protokołu nr 7/93/94 posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku w dniu 9 marca 1994 r.

Zgodnie z ustaleniami podjętymi na poprzednim posiedzeniu Senatu prorektor, dr hab. M. Grzybiak, prof. nzw. przedstawił projekt uchwały Senatu w sprawie sytuacji szkolnictwa wyższego w Polsce.

Po dyskusji Senat jednomyślnie przyjął następującą uchwałę, którą należy przekazać Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministrowi Edukacji Narodowej, Marszałkom Sejmu i Senatu RP, Senatowi AM w Polsce i wyższym uczelniom Wybrzeża.

Uchwała Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku z dnia 9 marca 1994 r.

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku wyraża głębokie zaniepokojenie stale pogarszającą się sytuacją szkolnictwa wyższego w Polsce. Narastający kryzys prowadzi do załamania się systemu edukacji akademickiej w naszym kraju, który już obecnie cechuje się relatywnie niskim wskaźnikiem scholaryzacji.

Obserwujemy od lat, a szczególnie w ostatnim okresie, systematyczne obniżenie dotacji na oświatę, szkolnictwo wyższe i naukę. Z dnia na dzień pogarsza się sytuacja materialna nauczycieli akademickich. Przeznaczona z budżetu państwa symboliczna kwota na podwyżki płac jest dla nas upokarzająca. Sytuacja ta niesie za sobą nieodwracalne następstwa, z uczelni odejdą najlepsi pracownicy, brak będzie kandydatów na stanowiska nauczycieli akademickich, obniży się poziom nauczania i badań naukowych. Powstałe w ten sposób szkody okażą się w przyszłości nie do odrobienia. Stratę poniesie wówczas nie tylko szkolnictwo wyższe, ale przede wszystkim całe społeczeństwo.

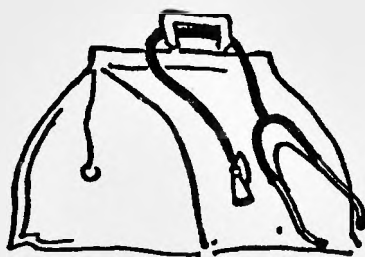
Władze resortu zdrowia sugerują w ostatnich latach uczelniom medycznym obniżanie limitów przyjęć kandydatów na studia, pomimo nie słabnącego zainteresowania naukami medycznymi. Kształcenie młodzieży jest przecież podstawowym warunkiem przezwyciężenia cywilizacyjnego zacofania kraju.

Z wielkim żalem stwierdzamy, że obietnice ostatnich rządów Rzeczypospolitej Polskiej o traktowaniu nauki jako najcenniejszej inwestycji pozostają nie spełnione. Polityka naszych kolejnych władz konsekwentnie prowadzi do upadku potencjału naukowego, a tym samym do zatracania naszej tożsamości narodowej.

Przewodniczący Senatu
Prof. dr hab. Zdzisław Wajda

prof. dr hab. Zdzisław Wajda

LEKARZ RODZINNY, CZYLI NOWA JAKOŚĆ W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ



Wreszcie mamy pierwsze zmiany - początek reformy w podstawowej opiece zdrowotnej, a w jej centrum - lekarza rodzinnego (LR).

Koncepcja lekarza rodzinnego nie jest nowa, a nawet można powiedzieć, że tak bogata w tradycje jak sama medycyna. Do dziś znane są różne zasady funkcjonowania instytucji lekarza rodzinnego w wielu krajach Europy Zachodniej i w USA.

W Polsce lekarz rodzinny stanowił podstawę systemu opieki zdrowotnej do początku lat pięćdziesiątych, czyli do czasu, kiedy nastąpiło scentralizowanie służby zdrowia.

Rolę lekarza pierwszego kontaktu przejęli wówczas lekarze specjaliści z różnych dziedzin medycyny, w tym najczęściej z chorób wewnętrznych, pediatrii, położnictwa i ginekologii. Ustanowiony od dawna porządek został odwrócony: pacjenci zaczęli utożsamiać lekarza specjalistę (w tym najczęściej z interny) z lekarzem ogólnym, sami zaś lekarze specjaliści zamiast konsultować rzadziej spotykane jednostki chorobowe coraz częściej zajmowali się działalnością rutynową.

Nierzadko też zdarzało się, że lekarze bez uzasadnionej potrzeby, ale za to z przyzwyczajenia zawodowego zlecali choremu wykonanie szeregu dodatkowych, często zbędnych, specjalistycznych badań.

W wyniku tych działań cały system sprawowania opieki zdrowotnej szwankował, a koszty niepotrzebnie wzrastały. Wiemy również, że obniżała się jakość świadczenia opieki w takim systemie. Lekarzy pierwszego kontaktu zatrudniano w tworzonych wówczas przychodniach rejonowych. Kontakt lekarza z pacjentem był w nich sporadyczny i oderwany od naturalnego środowiska rodzinnego chorych. Powszechnym więc był w opinii społecznej zarzut anonimowości, uprzedmiotowienia relacji lekarz-pacjent, braku więzi i zaufania między lekarzem a jego chorym.

W takiej sytuacji głównie z przyczyn ekonomicznych (coraz większych nakładów ponoszonych przez państwo na ochronę zdrowia), jak i społecznych (niskiej jakości sprawowanej opieki zdrowotnej na poziomie pierwszego kontaktu oraz rosnącego niezadowolenia chorych), zrozumią- ▶

wyduje się ponowne zainteresowanie praktyką lekarza rodzinnego, datujące się już od lat siedemdziesiątych.

Coraz częściej więc w literaturze fachowej, środkach masowego przekazu, dyskusjach na forum publicznym spotykaliśmy się z określeniem - lekarz rodzinny. W tym miejscu nasuwa się pytanie

KIM JEST LEKARZ RODZINNY ?

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia "jest lekarzem zapewniającym podstawową i ciągłą opiekę poszczególnym osobom rodzinom oraz danej społeczności lokalnej, niezależnie od wieku, płci i typu choroby". W jego działaniu szczególnie ważna jest dbałość o uwzględnianie w rozważaniach na temat zdrowia i choroby czynników psychospołecznych, co znajduje odbicie w podejściu do pacjenta. Zapewne sprzyja temu przedłużony kontakt z chorym, który poszerza możliwość gromadzenia informacji i służy zbudowaniu więzi, opartej na zaufaniu.

Lekarz rodzinny nie jest lekarzem ogólnym, choć w świadomości społecznej często jest z nim utożsamiany. W jego charakterystyce, w odróżnieniu od lekarza ogólnego obejmującego swym działaniem przeważnie problemy medyczne, można wyróżnić znacznie szersze spektrum pełnienia roli. Do zasadniczych funkcji lekarza rodzinnego zalicza się:

- "wprowadzenie" pacjenta do całego systemu opieki zdrowotnej i koordynowanie jego poruszania się w tym systemie (funkcja przewodnika po systemie - możliwa poprzez współpracę lekarza z wybranymi placówkami specjalistycznymi),
- kompleksową ocenę potrzeb zdrowotnych pacjenta i jego rodziny (funkcja strażnika bramy dla systemu opieki zdrowotnej). Lekarz rodzinny bezpośrednio decyduje o konieczności korzystania przez pacjenta z badań specjalistycznych.

Celem jego działań jest zarówno wczesne postawienie diagnozy, zapewnianie ciągłości terapii pacjentów przewlekle chorych, a także organizowanie opieki terminalnej. Od lekarza rodzinnego oczekuje się też umiejętności współpracy zarówno z osobami z kręgu służby zdrowia, jak i przedstawicielami instytucji spoza środowiska medycznego. Miejscem, w którym lekarz rodzinny może pełnić swoją rolę jest zarówno jego gabinet, dom pacjenta, jak i w razie potrzeby, szpital czy klinika.

 Biorąc pod uwagę powyższe założenia niezmiernie ważne było opracowanie zasad kształcenia przyszłych lekarzy rodzinnych. Zadanie to było szczególnie trudne do zrealizowania w kraju, w którym brak jest specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej.

OD POMYSŁU DO NAMYSŁU ...

Wydawać by się mogło, że od koncepcji do działania upłynie długi okres (choćby wziąć pod uwagę powyższe trudności). Jednakże wbrew naszym przypuszczeniom, w dość krótkim czasie zrobiono pierwszy krok.

I tak w grudniu 1992 roku, z inicjatywy lekarzy działających na rzecz medycyny rodzinnej zostało zarejestrowane **Kolegium Lekarzy Rodzinnych**, które podjęło się trudu opracowania koncepcji kształcenia lekarzy rodzinnych. Materiały opracowane przez Kolegium, w których określono zasady i tryb szkolenia lekarzy rodzinnych zostały zaaprobowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej i dały podstawy prawne nowej specjalizacji - medycynie rodzinnej.

Dalej sprawy związane z kształceniem lekarzy rodzinnych potoczyły się bardzo szybko, a czasami wręcz w tempie błyskawicznym.

Po pierwsze, Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13.10.1993 r. wprowadzona zostaje nowa specjalizacja - medycyna rodzinna. Jest specjalizacją jednostopniową. Jej uzyskanie uwarunkowane jest zdaniem centralnego egzaminu specjalistycznego, w wyniku którego przysługuje lekarzowi tytuł "lekarza rodzinnego". Po 10 latach od dnia uzyskania tytułu lekarz ma obowiązek jego odnowienia.

W rozporządzeniu określone zostały również zasady uzyskiwania specjalizacji. Przewidziano dwa sposoby edukacji w zakresie medycyny rodzinnej:

a) stacjonarny system rezydentur, trwający w podstawowej wersji, przeznaczony dla lekarzy z odbytym stażem podyplomowym trzy lata.

Rezydent zostaje zatrudniony przez akredytowaną jednostkę na okres stażu w ramach etatów szkoleniowych.

Program kształcenia jest niezwykle szeroki i obejmuje zajęcia z wielu dyscyplin medycznych (pediatrii, interny, chirurgii, ginekologii i położnictwa, a także z neurologii, rehabilitacji, okulistyki, dermatologii, laryngologii, chorób zakaźnych). Specjalizacja odbywa się na zasadach rotacji rezydentów od klinik i laboratoriów poczynając, przez przychodnie i ambulatoria, a na Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznej i Krwiodawstwa, Ośrodka Pomocy Społecznej kończąc.

b) "system doraźny" - przeznaczony dla lekarzy, głównie z przychodni, którzy bardzo często pełnią już rolę lekarzy rodzinnych.

Polega on na uzupełnianiu ich wiedzy i kompetencji w półrocznym zindywidualizowanym szkoleniu w drodze kursów.

Po drugie, już w połowie listopada 1993 roku Rada ds. Akredytacji dokonała rozdziału 400 etatów rezydenckich, zapewnionych przez resort zdrowia. Otrzymały je ośrodki z całej Polski - w tym wszystkie akademie medyczne, starające się szpitale i zakłady opieki zdrowotnej.

Akademia Medyczna w Gdańsku otrzymała 12 etatów szkoleniowych. Dzięki ogromnemu wysiłkowi, jaki włożyły Władze Uczelni i nauczyciele w zaadaptowanie kształcenia lekarzy rodzinnych na teren naszej Alma Mater, szkolenie w systemie rezydenckim mogło rozpocząć się już 22 listopada 1993 r.

Po trzecie, również w listopadzie powstał w naszej Uczelni Regionalny Ośrodek Kształcenia (ROK), którego zadaniem jest przygotowanie lekarzy do egzaminu specjalizacyjnego w trybie nie-rezydenckim.

Na koordynatora ROK w Gdańsku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał prof. dr. hab. Marka Hebanowskiego. Działania AMG wsparte są pomocą zagraniczną funduszu EC PHARE. Kształcenie w trybie "skróconym" rozpocznie się jesienią br. po powrocie z Anglii dwóch lekarzy z Katedry Medycyny Rodzinnej odbywających tam szkolenie.

Tymczasem minęły już pierwsze miesiące nauki lekarzy, którzy po raz pierwszy w Polsce mają możliwość zdobycia specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej. Wydaje się, że już można pomyśleć o ocenie nowego systemu szkolenia.

Warto przy tym zebrać informacje związane zarówno z samym sposobem zorganizowania zajęć, jak i z tym, czy obejmuje ono wszystkie istotne problemy dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, czy spełnia oczekiwania pierwszych rezydentów.

W pełni zdajemy sobie sprawę z tego, jak ważne jest poczucie dobrego przygotowania do pełnienia w przyszłości roli lekarza, w tak nowej i rozległej specjalizacji jaką jest medycyna rodzinna.

Z drugiej strony wiemy również, że powodzenie lekarzy rodzinnych uzależnione jest nie tylko od jakości ich kształcenia, ale od szeregu innych czynników, a w tym z pewnością od właściwego systemu ubezpieczeń społecznych.

Jednak, jak do tej pory, reforma służby zdrowia w tym zakresie pozostaje tylko hasłem.

mgr Barbara Trzeciak

P.S.: Wszystkie osoby zainteresowane specjalizacją medycyny rodzinnej prosimy o kontakt z Katedrą i Zakładem Medycyny Rodzinnej.

Ze stażu w Londynie

BLIŻEJ LEKARZA RODZINNEGO

Dzięki staraniom prof. dr hab. M. Hebanowskiego nasza Akademia uzyskała możliwość uczestniczenia w programie szkolenia nauczycieli medycyny rodzinnej. Program został opracowany przez European Consortium for Primary Care we współpracy z MZiOŚ i jest sponsorowany przez fundację PHARE. Wielu kolegów, z którymi rozmawialiśmy przed naszym wyjazdem do Londynu, pytało o cel naszego szkolenia. Temat wprowadzenia lekarzy domowych od kilku już lat elektryzuje nasze środowisko, mogliśmy to odczuć w trakcie prowadzonych przez nas rozmów. Dziś pragniemy przekazać kilka informacji dotyczących przedmiotu odbywanego przez nas szkolenia.

Medycyna rodzinna jest dyscypliną zajmującą się wykorzystaniem współczesnej ogólnej wiedzy medycznej z uwzględnieniem czynników środowiskowych i rodzinnych, w odniesieniu do pacjentów wymagających opieki medycznej w zakresie podstawowym. Specjalista lekarz domowy pełni funkcję ordynatora oddziału liczącego 2-3 tysięcy łóżek, tyle tylko, że łóżka znajdują się tu w domach jego podopiecznych. Lekarz domowy korzystając z dorobku dyscyplin klinicznych takich, jak interna, pediatria, psychiatria, ginekologia i położnictwo, chirurgia i wiele innych nie musi dysponować szczegółową wiedzą z każdej z tych dyscyplin z osobna. Będąc specjalistą medycyny rodzinnej musi natomiast posiadać podstawową wiedzę kliniczną i umiejętności praktyczne niezbędne dla zapewnienia fachowej opieki medycznej w zakresie podstawowym.

Jednym z pierwszoplanowych zadań lekarza rodzinnego jest wczesna diagnostyka chorób

wymagających hospitalizacji czy konsultacji specjalistycznej, oparta m. in. na prowadzeniu systematycznych badań screeningowych. Kolejnym równie ważnym zadaniem jest profilaktyka i promocja zdrowia. Działania te podejmowane są w oparciu o szczegółowe i systematycznie aktualizowane badania epidemiologiczne. Lekarz domowy musi także posiadać umniejszość samodzielnego prowadzenia "oddziału" podstawowej opieki we współpracy z podlegającym mu lub działającym niezależnie zespołem pionu opieki społecznej. Zadania lekarza rodzinnego żartobliwie opisuje znana od przeszło stu lat w Anglii zasada podziału kompetencji, powierzająca lekarzom klinicyzom kliniki, zaś lekarzom rodzinnym ludzi. Ta trafna formuła wskazuje na szczególną rolę w procesie kształcenia lekarzy rodzinnych takich zagadnień jak: komunikacja interpersonalna, empatia oraz znajomość ludzkich postaw w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia.

Oczywiście nie sposób nauczyć się medycyny rodzinnej w ciągu kilku miesięcy, jednak możliwość odbycia wszechstronnego szkolenia w tej dziedzinie w krajach posiadających wzorcowe modele funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jest bardzo cenna, nie tylko dla naszej Katedry i Uczelni, ale także dla naszego regionu.

Kolegów zainteresowanych zagadnieniem medycyny rodzinnej zachęcamy do kontaktowania się z naszą Katedrą.

lek. med. Piotr Mielcarek
lek. med. Paweł Nowak

Profilaktyka stomatologiczna jako element w utrzymaniu zdrowia człowieka

Podstawowym założeniem profilaktyki zdrowotnej jest eliminacja czynników szkodliwych przy jednoczesnym wzmocnieniu czynników korzystnie działających na ustrój człowieka. Profilaktyka ma w sposób najbardziej skuteczny i ekonomiczny wpływać na poprawę stanu zdrowotnego obywateli. Działania profilaktyczne można podzielić na trzy grupy i dotyczą ludzi:

1. zdrowych - celem jest niedopuszczenie do powstania choroby,

2. chorych - działanie polega na zastosowaniu optymalnych metod leczenia,

3. wyleczonych - dążenie do wykluczenia możliwości nawrotu choroby.

Jednym z elementów profilaktyki zdrowotnej jest profilaktyka stomatologiczna. To oczywiste stwierdzenie nie znajduje odbicia w praktyce. Działania poszczególnych specjalności medycznych nie są ze sobą zintegrowane. Często wys-



► tępują znaczne różnice zdań odnośnie metod i celowości leczenia pacjentów. Dotyczy to przede wszystkim chorych z zaburzeniami czynnościowymi narządu żucia i cierpiących na przewlekłe bóle głowy. Chorzy ci często w ogóle nie trafiają do stomatologów i przez wiele lat są bezskutecznie leczeni przez lekarzy różnych specjalności.

Problemem współczesnej stomatologii są trzy podstawowe choroby: próchnica, choroby przyzębia i zaburzenia czynnościowe narządu żucia. Ze względu na masowość ich występowania zaliczane są do chorób społecznych. Zaniedbania w zakresie profilaktyki, niezgłaszanie się do leczenia lub zbyt późno, błędy w sposobach leczenia prowadzą zwykle do obumarcia zębów, a następnie ich utraty. Szczególnie niebezpieczeństwo dla organizmu człowieka stwarza ząb z martwą miazgą. Od momentu bowiem kiedy miazga zostaje całkowicie zniszczona w procesie gnilnego rozpadu, chory ząb staje się źródłem wielu poważnych chorób. Jest tylko kwestią czasu, kiedy drobnoustroje chorobotwórcze przeniosą proces zapalny do otaczających tkanek, a wraz z krwią także do odległych narządów. Najbardziej zagrożone są te narządy, które leżą w najbliższym sąsiedztwie chorego zęba (kość, okostna) bądź te, które zostały akurat osłabione, np. inną współistniejącą chorobą. Wiele chorób oczu, jak zapalenie rogówki, tęczówki, gałki ocznej, czy też bardzo często występujące zapalenie spojówek ma swe źródło w nie leczonym zębie. Z powodu stanów zapalnych w okolicach zębów dość często cierpi serce. Bakteryjne zapalenie wsierdza jest chorobą poważną, szczególnie niebezpieczną dla osób starszych, które z natury mają osłabiony mięsień sercowy. Zaniedbane zęby mogą stać się przyczyną kłębuszkowego zapalenia nerek, choroby wrzodowej żołądka, wrzodów dwunastnicy, zapalenia stawów, zapalenia ucha środkowego i wielu innych schorzeń. Stany zapalne jamy ustnej pogarszają też przebieg już istniejących chorób takich, jak cukrzyca czy gruźlica. Świadomość tych zaburzeń winna skłonić ludzi do szczególnej dbałości o zęby i jamę ustną.

Próchnica zębów jest chorobą wywołaną głównie przez bakterie. Jama ustna stwarza szczególnie korzystne warunki dla ich rozwoju. Odpowiednio wysoka temperatura, ciągła wilgoć, obecność bruzd i zagłębienia anatomiczne na zębach oraz przestrzenie pomiędzy nimi utrudniają zabiegi higieniczne. Jeżeli powierzchnia zębów jest szorstka, osadza się na niej płytka nazębna, składająca się z bakterii, złuszczonego nabłonka i węglowodanów. Dochodzi do ataku kwasów wytwarzanych przez bakterie, co w pierwszej fazie prowadzi do demineralizacji, a potem pełnej destrukcji szkliwa



i zębiny. Właściwe pH jamy ustnej wynosi 6,7. Poziom kwasów wzrasta, gdy pH spada poniżej 5. Wówczas łatwo o uszkodzenie szkliwa. Bardzo narażeni na próchnicę są zatem wszyscy, którzy cierpią na zaburzenia w wydzielaniu śliny. Ślina spełnia ważną rolę w obronie przed bakteriami. Jej wydzielanie powoduje uwalnianie jonów wapnia, fluoru, fosforu, co prowadzi do wtórnej mineralizacji zęba.

Mechanizm próchnicotwórczego oddziaływania bakterii jest ściśle związany ze spożywaniem cukrów. O miejscowym działaniu cukrów świadczy fakt niewystępowania próchnicy zębów u zwierząt karmionych sondą żołądkową. Z punktu widzenia profilaktyki stomatologicznej powinno się zwrócić szczególną uwagę na regulację spożycia cukrów. Należy zwłaszcza unikać zbyt częstego ich spożywania między posiłkami, zwłaszcza w postaci słodczy. W stosunku do dzieci rodzice mogą na wzór skandynawski wprowadzić tzw. "słodkie soboty", polegające na spożywaniu słodczy bez większych ograniczeń w soboty, przy jednoczesnym ograniczeniu ich spożycia w pozostałe dni tygodnia. Należy wystrzegać się nie tylko cukrów, ale i coca-coli. Pacjenci o słabych zębach powinni zastępować cukier środkami słodzącymi, które nie mają właściwości fermentacyjnych. Substytutem cukru jest ksylitol, który zyskał sobie opinię wręcz środka przeciwp próchnicowego. Uważa się, że stymuluje on wydzielanie śliny, obniża poziom *Streptococcus mutans* - bakterii, której rolę w powstawaniu próchnicy udowodniono. Na zachodzie wprowadza się produkcję słodczy, gum do żucia, past do zębów właśnie z ksylitolu. Także wiele pokarmów chroni przed próchnicą, są to: płatki zbożowe, ziarno kukurydzy, marchew. Również pokarmy, które zawierają fluor, chronią zęby przed próchnicą, należą do nich: krewetki, wino, herbata, mięso zwierząt i ryb, także w małych ilościach mleko. Dodać tu należy, że spożywanie pokarmów twardych i włóknistych korzystnie wpływa na rozwój całego aparatu żucia. Istotny wpływ na zdrowie całego organizmu w tym również jamy ustnej wywiera skład ilościowy i jakościowy pożywienia. Szczególne znaczenie ma odpowiednia zawartość białka, witamin i mikroelementów.

Ważną rolę w zapobieganiu próchnicy spełnia regulacja poziomu fluoru w szkliwie. Stwierdzono, że zmniejszona zawartość fluoru w tkankach zęba sprzyja próchnicy. Wysycenie warstwy powierzchniowej szkliwa i fluorem w stosunku 1:1000 powoduje, że jest ono odporne na próchnicę, stężenie to uzyskuje się normalnie w 40 roku życia. Zwiększenie podaży fluoru może ten proces znacznie przyspieszyć. Podaż fluoru zależy głównie od poziomu tego pierwiastka w wodzie i powietrzu.

Sposób uzupełniania niedoboru fluoru powinien być uzgodniony z lekarzem. W rejonach, gdzie poziom fluoru w wodzie pitnej jest niski, występuje duża podatność na próchnicę zębów. Poprawę tego stanu można uzyskać poprzez podawanie fluoru wraz z wodą, solą kuchenną, w tabletkach, lub uzupełniając - przez stosowanie fluorkowania egzogenego. Fluorkowanie wody pitnej jest prowadzone w wielu krajach, np. w Stanach Zjednoczonych fluoruje się ok. 53% wody pitnej. W Polsce takie próby zostały zaniechane. Fluorkowanie egzogenne polega na płukaniu jamy ustnej, szczotkowaniu lub pędzelkowaniu zębów, stosowaniu okładów lub jonoforezy przy użyciu płynów, żelów lub lakierów zawierających fluor. Najprostszą formą profilaktyki fluorowej jest szczotkowanie zębów pastami z zawartością fluoru. Do stomatologicznych zabiegów zapobiegających powstawaniu próchnicy zębów należy wypełnianie głębokich bruzd na powierzchniach żujących zębów kompozytami zawierającymi fluor.

Ważną rolę w utrzymaniu higieny jamy ustnej spełniają starannie wykonane zabiegi samodzielnie przez pacjenta, jak płukanie jamy ustnej, szczotkowanie zębów oraz usuwanie złogów nazębnych z przestrzeni międzyzębowych. Płukanie jamy ustnej dla celów higienicznych może być dokonywane wodą lub z dodatkiem specjalnych płukanek, z których szczególnie korzystnie działa chlorhexydyna, nie zmieniająca poziomu stężenia z powodu ciągłego wydzielania się śliny. Chlorhexydyna łączy się z kationami błony komórkowej, następnie stopniowo uwalniana staje się aktywna i niszczy zjadliwe bakterie. Kiedy indywidualne zabiegi higieniczne nie dają spodziewanych rezultatów, należy zgłosić się do gabinetu stomatologicznego celem zastosowania profesjonalnych zabiegów higienicznych. Specjalistyczne zabiegi higieniczne to usunięcie kamienia nazębnego, głównie poddąśłowego, czy też kiretaż kieszonek dąśłowych. Płukanie jamy ustnej, choć przydatne, nie jest jednak tak skutecznym zabiegiem higienicznym jak szczotkowanie. W myciu zębów należy uwzględnić właściwą technikę szczotkowania, częstość oraz rodzaj używanych szczotek i past. Prawidłowe szczotkowanie polega na stosowaniu ruchów wymiatających z przestrzeni międzyzębnej zamiast wykonywania ruchów posuwistych. Niezwykle ważny jest dobór szczoteczki. Zbyt twardą można "wyszorować" sobie ubytki tuż przy szyjce zęba, za miękka nie usuwa należycie resztek pokarmu, słabo masuje też dąśła. Szczoteczka powinna być więc średniej twardości, elastyczna, ze sztucznego włosa, prosta lub nieco załamana pod kątem w górę (nigdy do dołu). Stwierdzono, że po umyciu zębów odpowiednią szczoteczką i pastą obniża się poziom bakterii na prawie 2 godziny. Jeżeli pasta zawiera wyciąg z krwawnika ka-

nadyjskiego zwanego sanguinaryna, jama ustna jest wolna od bakterii przez 4 godziny. Środek ten hamuje przemianę węglowodanów w kwasy. Pasty z dodatkiem sanguinaryny to amerykański "Vident" i szwedzki "Periogard". Zaleca się mycie zębów po każdym posiłku, nie rzadziej jednak niż dwa razy dziennie tzn. po śniadaniu i kolacji. Tradycyjną szczoteczką nie dotrze się do wszystkich zakamarków w zębach. Dlatego można używać innych przyborów. Szpary międzyzębowe czyści się za pomocą nitki dentystycznej (jej grubość dobieramy indywidualnie). Jeżeli przestrzenie międzyzębowe są szerokie używa się małych szczoteczek (kształtem przypominające szczotki do mycia butelki). Osoby, które mają mało cierpliwości powinny stosować specjalny aparat do czyszczenia "Water pik", niezastąpiony zwłaszcza przy chorobach dziąseł. Urządzenie to posiada zbiorniczek z końcówką, przez którą wyrzucany jest silny strumień wody. Woda wypłukuje dokładnie resztki pokarmu, a jednocześnie świetnie masuje dąśła.

Jeżeli na zębach są złogi kamienia, wykonuje się tzw. skaling. Zabieg ten polega na bardzo dokładnym "wykruszeniu" kamienia za pomocą ultradźwięków. U większości osób skaling i polerowanie zębów za pomocą specjalnych gumek wystarczy wykonać raz na pół roku przy okazji zwykłej kontroli stomatologicznej.

W podsumowaniu należy podkreślić, że profilaktyka próchnicy zależy od:

1. naprawdę skutecznej higieny jamy ustnej,
2. znacznego ograniczenia spożywania cukrów,
3. stosowania endo- i egzogenych związków fluoru.

prof.dr hab. Halina Tejchman



W kontekście napiętego programu naukowego

Polacy, których spotkałem w Buenos Aires ...

W zasadzie nie zbieram wizytówek, ale jest jedna, którą trzymam pieczołowicie w przepastnych szufladach swojego biurka. Jest wydrukowana na kremowym papierze, ot zwykła wizytówka - imię, nazwisko, krótki adres. Zawiera ona jednak coś jeszcze - prawie na całej powierzchni jest przybrudzona czerwonymi smugami. Osoba, która wręczyła mi tę wizytówkę, usiłowała niezdarnym ruchem usunąć czerwony proszek, który dostał się na jej powierzchnię z kieszeni. Kiedy próby usunięcia proszku nie powiodły się, powiedział - nie szkodzi, będzie pan pamiętał o mnie, że pracuję ciężko właśnie na takiej czerwonej ziemi, która występuje w Misiones.

Początek całej historii związanej z moim pobytem w Buenos Aires miał miejsce w Helsinkach w 1990 roku. Przebywałem tam wówczas z dwutygodniową wizytą w Zakładzie Genetyki Klinicznej Uniwersytetu kierowanego przez prof. de la Chapelle (naukowiec, którego zespół odkrył niedawno genetyczne podłoże raka okrężnicy u człowieka). W zakładzie przebywało na stypendium dwoje lekarzy z Buenos Aires. Wykład mój na temat cytogenetyki nowotworów człowieka zainteresował ich na tyle, że zaprosili mnie do Buenos Aires w celu przeprowadzenia kursu metodycznego z zakresu cytogenetyki nowotworów. Oczywiście zaproszenie przyjąłem, zupełnie jednak nie wierzyłem, że kiedykolwiek pojadę do Argentyny. W dwa lata później otrzymałem oficjalne zaproszenie z Akademii Nauk Medycznych wraz z biletem lotniczym do Buenos Aires. Uczelnia nasza zawarła oficjalną umowę o współpracy z tą instytucją naukową.

Program naukowy mojego pobytu był bardzo napięty. Prowadziłem 8-dniowy kurs metodyczny dla 22 lekarzy i biologów. Warunki pracy doświadczalnej były bardzo skromne, niemniej uzyskaliśmy chromosomy z różnych guzów nowotworowych i każdy z uczestników otrzymał podpisany przeze mnie certyfikat o zaliczeniu szkolenia. Podczas podpisywania certyfikatów zauważyłem swojsko brzmiące nazwisko: Alejandra Kuprewicz, dodatkowo, jedna z uczestniczek sama wyjaśniła mi, że nazywa się Maria Ziembarska, ale tak naprawdę nazywała się Zięba - nazwisko jej ojca zmienił urzędnik, który miał kłopoty z wymówieniem polskiego nazwiska.

Obie dziewczyny są już pokoleniem, które urodziło się w Argentynie. Znają po kilka wyrazów polskich, głównie dotyczących jedzenia oraz mod-

litwy. Pamiętają doskonale, że babcia lub dziadek rozmawiali z rodzicami po polsku. Były to pierwsze osoby w jakiś sposób związane z Polską. Spotykałem potem inne, także z polskimi nazwiskami, ale pochodzące z małżeństw mieszanych i było to bardzo osobliwe rozmawiać z osobą ciemnoskórą, o indiańskich rysach twarzy, o nazwisku Kowalska. Słowiańskie nazwisko (może polskie) Pacholczuk Rolando Maximo znalazłem na jednej spośród kilkunastu tablic pamiątkowych kilkuset poległych żołnierzy w wojnie o Malwinę (Falklandy), a znajdujących się w pięknym parku w centrum miasta.

W dniu święta 3 Maja zostałem zaproszony przez sekretarza ambasady polskiej w Buenos Aires na okolicznościową uroczystość. Ambasada polska znajduje się w luksusowej dzielnicy miasta, w pięknej willi otoczonej ogrodem, zakupionej przez rząd polski w latach pięćdziesiątych od podupadającej finansowo znanej rodziny argentyńskich bogaczy. Wnętrze domu było nieco mroczne, kamienne boazerie, stiuki zdobiące ściany i sufity. Na spotkanie przyszło wiele osób. Nie było jednak żadnych toastów, czy też okolicznościowych przemówień. W jednej z sal serwowano wspaniałe argentyńskie wina (szkoda, że nie docierają do Polski) oraz kanapki, które - jak dowiedziałem się później od pani ambasadorowej - pieczołowicie przygotowywały żony pracowników ambasady.

Poza sekretarzem kulturalnym ambasady nikt go nie znałem, dlatego też po przedstawieniu się panu ambasadorowi (profesor geografii z Warszawy) i towarzyszącym mu osobom, z kieliszkiem wina udałem się na taras wychodzący do ogrodu. W pewnej chwili na taras wszedł mężczyzna w wieku około 60 lat wraz z kilkunastoletnim chłopcem. Mężczyzna był postawny, skromnie ubrany i podchodząc do mnie zapytał łamanym językiem polskim - czy to prawda, że pan przyjechał z Polski. Tak - odpowiedziałem, jestem tutaj od kilku dni i wkrótce wyjeżdżam. Obiema rękami uchwycił moją rękę i zaczął ścisnąć mocno, nieco boleśnie - bardzo się cieszę, że spotkałem Polaka, który przyjechał z Polski. Mieszkam blisko 1000 kilometrów stąd i zastanawiałem się, czy przyjechać na tę uroczystość. Mama moja, rzekł, która ma już 85 lat, powiedziała mi - jedź synu, może spotkasz Polaka z Polski. Miała rację, warto było jechać tyle godzin samochodem, aby pana spotkać. Przywiózł mnie mój siostrzeniec samochodem, jechaliśmy wiele godzin. Jak się okazało, mój rozmówca jest

rolnikiem mieszkającym w podzwrotnikowej części Argentyny, w prowincji Misiones, przy granicy z Brazylią i Paragwajem. Zajmuje się uprawą mate i to na dużą skalę.

Mate jest rośliną, z której przyrządza się napar zwany herba mate. Każdy, kto czytał książki Cortazara powinien znać tę nazwę, gdyż dość często bohaterowie jego książek pijali ten napój. Uprawę

Klinice AMG w końcu lat czterdziestych. Inni odchodzili, podchodzili nowi i tak czas płynął, a myśmy stali i rozmawiali o wielu sprawach polskich i o tych, którymi żył w Misiones.

Naszą rozmowę przerwał sekretarz ambasady, który podekscytowany powiedział, że zapozna mnie z księciem Karolem Radziwiłłem, który przybył właśnie z małżonką na przyjęcie. Książę stał



Parki w Buenos Aires mogą być przedmiotem odrębnego opisu - są przepiękne. Tworzone przez roślinność egzotyczną, która koegzystuje z naszymi swojskimi drzewami. Można tu więc spotkać, oprócz palm daktylowych także lipy czy klony. Co więcej, obok kolorowych, trudnych do nazwania ptaków, fruwią szare, pocziwe wróble. Wszystko to sprawiło, że czułem się w tym mieście swobodnie.

mate wprowadzili jezuici, którzy działali na terenie Misiones przez wiele lat do czasu usunięcia ich w końcu XVIII wieku. Późniejsi moi rozmówcy, rodowici Argentyńczycy mówili mi, że Misiones jest niezwykle ciekawą krainą. Oto pośród podzwrotnikowej dżungli znajdują się tam zielone pola mate, na których pracują niebieskoocy blondyni. Okazuje się, że wielu z nich jest Polakami i są to niekiedy potomkowie emigracji z przełomu XIX i XX wieku.

Wracam jednak do mojego rozmówcy. Jego język był bardzo prosty i popełniał wiele błędów, ale to nie miało dla mnie większego znaczenia. Był wspaniały, jego patriotyzm, jego szczera radość, że spotkał kogoś z Polski, była imponująca. Nie opuszczał mnie na krok, zresztą nie zamierzałem odchodzić, no, może od czasu do czasu po kieliszek wina (szczególnie dobre jest z prowincji Mendoza). Podchodzili do nas różni Polacy, włączali się do rozmowy; jeden z rozmówców, ksiądz, pamiętał, że miał usuwany ząb przez profesora Jarosza w

pośrodku centralnej sali - wysoki, postawny mężczyzna w wieku około 80 lat. Kiedy stanąłem obok niego, przewyższał mnie o głowę - zupełnie jak "litewski niedźwiedź" pomyślałem sobie, ona, przystojna blondynka w wieku około 40 lat, została niedawno babcią - ma troje dzieci z poprzedniego małżeństwa. Rozmawialiśmy w języku angielskim ze względu na żonę, która nie zna języka polskiego. Książę wtrącał czasami wyrazy polskie lub rosyjskie, a kiedy byliśmy sami, mówił pięknym językiem polskim. Żywo interesował się Polską, oboje z żoną zamierzają przyjechać do Polski i to być może w tym roku. Rozmawialiśmy o wielu sprawach, m.in. powiedziałem Księciu, że demokratyczny rząd Polski zamierza oddać chociaż osobiste rzeczy jego rodziny. Większość posiadłości Radziwiłłów była jednak na wschodzie. Opisałem pałac w Nieborowie, który jest odrestaurowany i znajduje się tam tzw. dom pracy twórczej. Książę dość sceptycznie

▶ odnosił się do tej sprawy - "wszystko zrabowali", rzekł krótko. Zaproponowałem, że jak przyjadą do Polski, to z przyjemnością pokażę im piękny stary Gdańsk. Oboje przyjęli zaproszenie.

Przyjęcie dobiegało końca. Wybór win był coraz mniejszy. Goście zaczęli rozchodzić się. Zacząłem szukać mojego rozmowcy z Misiones. Był, czekał na mnie na tarasie. Proszę mnie odwiedzić, powiedział i dał mi swoją wizytówkę, zabrudzoną czerwoną ziemią z Misiones. Odwiedzę pana, powiedziałem i nie miałem już takich wątpliwości, jakie przeżyłem w Helsinkach przyjmując zaproszenie do Buenos Aires.

Dwa dni przed odlotem do Polski, w ramach oficjalnego programu pobytu, wygłosiłem wykład w dużym szpitalu dziecięcym im. Prof. J. Garraha na w Buenos Aires. Jeszcze przed wykładem moja opiekunka uprzedzała mnie, ażeby nie przemawiał się początkową frekwencją na wykładzie. Argentyńczycy nie są punktualni i należało się liczyć ze spóźnieniami. Rzeczywiście, rozpocząłem wykład przy audytorium złożonym z 15 osób, a zakończyłem wśród 30 (ostatnia przyszła dwie minuty przed końcem wykładu). Dyskusja była interesująca i to nie tylko w części oficjalnej, ale także potem. W pewnym momencie zauważyłem,

że jeden z lekarzy "popycha" w moją stronę kobietę ubraną w biały fartuch. Przełamała się i podeszła, dzień dobry panu, powiedziała po polsku. Jestem Polką, urodziłam się już w Argentynie i pracuję na oddziale radioterapii tego szpitala. W odróżnieniu od mojego rozmowcy z Misiones, jej język polski był w miarę poprawny, lecz był to język dziecienny. Zostałem zaproszony do domu jej siostry, która mieszka wraz z matką w dzielnicy Fernandez. Okazuje się, że nie żyjący już ojciec był rotmistrzem wojska polskiego w latach trzydziestych i w 1937 roku uznał, że wybuch wojny światowej jest nieunikniony i zdecydował się na emigrację do Argentyny. Tutaj urodziły się dwie córki, z których jedna ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Buenos Aires. Jediną pamiątką z Polski, którą widziałem, to oprawiony dyplom wojskowy, wiszący na ścianie.

Większość poznanych przeze mnie Polaków ma rodziny w Polsce. Duża odległość, wysokie koszty podróży sprawiają, że nie wszyscy byli w Polsce. Niemniej wszyscy chcą przyjechać do Polski i jak to podkreślili, szczególnie teraz, kiedy jesteśmy wolnym krajem.

prof. dr hab. Janusz Limon



DYSFUNKCJE SELEKCJI EGZAMINACYJNEJ Z PERSPEKTYWY REZULTATÓW

Korzystając z zaproszenia do dyskusji przesyłam parę uwag dotyczących artykułu "Czy każdy może być lekarzem?" prof. Adama Bilikiewicza.

1. Zalety egzaminu wstępnego w obecnej formie wymienione na początku artykułu są chyba bezdyskusyjne, ale na tym się kończą.

2. Egzamin nie eliminuje osób nie nadających się do zawodu lekarza. Przekonuje mnie o tym 22-letnie doświadczenie dydaktyczne ze studentami VI roku. Uważam, że 15% z nich jest znakomitych, dalsze 15% dobrych, a pozostałe 70% nie powinno nigdy dotrzeć do VI roku i niedługo potem zostać lekarzami.

O tym, ilu doskonałych kandydatów oblało egzamin i lekarzami nie zostało, nie dowiemy się chyba nigdy.

3. Egzamin testowy sprawdza przede wszystkim zasób wiedzy scholastycznej i w niewielkim

stopniu inteligencję i to raczej typu "inteligencji krzyżówkowej".

4. Sądzę, że dobrym materiałem porównawczym są zasady rządzące egzaminami specjalizacyjnymi w USA (Board Examination). W egzaminach tych za test otrzymać można tylko 40% ogólnej liczby punktów.

5. W dobrych uniwersytetach amerykańskich, np. University of California egzamin do Szkoły Medycznej składa się z dwóch elementów: konkursu świadectw oraz rozmów kwalifikacyjnych.

W konkursie świadectw bardzo istotne jest, jaki college ukończył kandydat. Ranking college'ów jest okresowo ponawiany i mimo pozornej subiektywności jest w sumie bardzo obiektywny. Rozmowy kwalifikacyjne przeprowadzane są według ustalonego schematu - indywidualnie przez członków komisji wyznaczonej dorocznie spośród personelu Szkoły Medycznej i każdy kandydat od-

bywa takie rozmowy z kilkoma członkami komisji. Rozmowy te są rozłożone na cały rok akademicki i absorbują tak dalece członków komisji, że są oni w tym czasie zwolnieni z innych obowiązków. O przyjęciu decyduje łączna ocena, świadectw i rozmów. Sądząc z poziomu studentów tego uniwersytetu wybór jest trafny.

Zdaje sobie sprawę z trudności technicznych i złej sławy rozmów kwalifikacyjnych w naszych warunkach i w ogóle złej sławy egzaminów wstępnych na wielu naszych uczelniach, ale pewne elementy nadają się chyba do wykorzystania.

Rozmowy te przeprowadzać winni klinicyści, ponieważ akademia medyczna jest w pierwszym rzędzie zawodową szkołą dla lekarzy praktyków.

6. Trzeba wreszcie powiedzieć, że król jest nagi. Twórcy pytań testowych na pewno są w stanie udowodnić, że każde z pytań mieści się w programie szkoły średniej, ale jaka szkoła, nawet najlepsza, przerabia cały program, szczególnie obecnie?

W tej sytuacji wokół egzaminów wytworzyła się aura - prawdziwa lub nie, że bez korepetycji egzaminu takiego zdać nie można. Stwarza to wspaniałą koniunkturę dla korepetytorów czy wręcz szkółek przygotowujących do egzaminów wstępnych. Instytucje takie są prawie nieznane przed egzaminami do innych uczelni.

Czyżby więc "zmowa teoretyków" naganających kandydatów do korepetytorów? Właściwie nie mam większych zastrzeżeń do tego procederu bo otrzymują ci korepetytorzy wreszcie przyzwoite wynagrodzenie za swą pracę i powiększają zasób wiedzy kandydatów. Ktoś o poglądach bardziej lewicowych mógłby mieć zastrzeżenia, że taka sytuacja nie daje równego startu. Niewątpliwie istnieje bariera dostępu do korepetycji, materialna i geograficzna.

W tym świetle egzamin ten nie jest jednak jednakowy dla wszystkich, ale jest tak właściwie ze wszystkim w życiu. Całkowita równość jest piękną fikcją. Ciekawe byłoby, prace socjologiczne na temat wartości tych korepetycji, a także korelacji wyników egzaminu wstępnego z wynikami studiów

w rozbiciu na lata przedkliniczne i kliniczne, gdy nierzadko studenci mierni na roku I i II okazują się doskonałymi na latach klinicznych.

Byłoby przyzwoicie opublikować wyniki tych badań w ogólnie dostępnych mediach, mimo że nie wierzę, że wpłynie to na zmianę stereotypów wśród kandydatów i ich rodziców.

7. Całkowicie zgadzam się, że egzamin w obecnej formie pomija w pełni motywację. A bywa ona bardzo różna od tzw. powołania (bardzo nie lubię tego terminu, może lepiej używać słowa "zamiłowanie") przez motywację materialną (to nic zdroźnego) do kuriozalnych. Znałem lekarza starszego pokolenia pochodzącego z biednej wsi kresowej, który postanowił zostać lekarzem, kiedy zobaczył u lekarza leczącego kogoś z domowników gumowe kałosze i został ten człowiek doskonałym lekarzem, choć kierował się w gruncie rzeczy motywacją materialną, połączoną z dążeniem do realizacji życiowego marzenia. A to zawsze należy szanować.

8. Studenta można nauczyć prawie wszystkiego, ale studenta dobrego. Kiepskiego i studiującego bez motywacji, a takich jest wg mojej oceny 70% (p. pkt.2) nie nauczy się nic albo bardzo niewiele.

Poziom wielu naszych lekarzy jest często żenujący. Poza wiedzą medyczną brak im umiejętności kontaktu z chorym. Trzeba otwarcie powiedzieć, że najlepszą, choć oczywiście nie jedyną szkołą jest praca, w której wynagrodzenie jest zależne od liczby pacjentów, a to zależy zarówno od wiedzy lekarza, jak i sposobu podejścia do chorego.

Najważniejsze, że jest tu zdawanie sobie sprawy z tego faktu przed i w czasie studiów. Obawiam się, że w naszym systemie opieki zdrowotnej motywacja ta nieprędko stanie się faktem. Posiadanie kultury osobistej jest warunkiem sine qua non. Jak wiele trzeba jej wynieść z domu, a ile można się nauczyć, nie potrafię rozstrzygnąć.

Talent jest konieczny, bo przecież medycyna to nie tylko nauka, ale i sztuka, czy może rzemiosło wyższego rzędu.

Uważam, że zasady prowadzenia praktyki powinny być nauczane jako oddzielne seminarium na VI roku i to przez lekarzy o dużej praktyce, niekoniecznie będących pracownikami AM.

9. Całe zagadnienie jest doskonałym materiałem do badań naukowych zarówno retro- jak i prospektywnych. Okres obserwacji od czasu wprowadzenia egzaminów testowych wynosi 20 lat i jest wystarczający dla dokonania ocen losów i karier zawodowych, a jej wyniki stanowiłyby dobry materiał wyjściowy dla badań prospektywnych.

prof. dr hab. Mieczysław Trenkner



CZY HUMANIZACJA STUDIÓW MEDYCZNYCH MA SENS ?

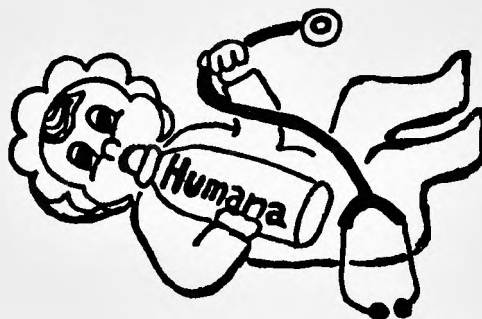
Jednym z najmodniejszych problemów poruszanych obecnie przez prasę medyczną, w tym także *Gazetę AMG* stał się problem tak zwanego "humanizowania studiów lekarskich". Nie sposób więc oprzeć się pokusie napisania kilku słów komentarza pod adresem autorów i entuzjastów tej inicjatywy, dziwnym bowiem może się wydawać pomysł humanizacji najbardziej humanistycznego i humanitarnego ze wszystkich kierunków studiów. Często mam wrażenie, że na pomysł ten wpadli ludzie, którzy wiele wspólnego z medycyną nie mają, a przerażeni wizją technicyzacji świata nauk medycznych, obawiają się, że lekarze odwrócą się od pacjenta i posługując się wyłącznie wynikami "z komputera" i podręcznikowymi algorytmami zatracą swój szósty zmysł, opierając się wyłącznie na schematycznych metodach postępowania. Wszystkie te obawy zostały eufemistycznie określone jako przedmiotowy, a nie podmiotowy stosunek do chorego.

Kierując się podobnymi obawami, a może pod wpływem innych czynników twórcy programu studiów medycznych wprowadzili w miejsce przedmiotów "uświadamiających politycznie" blok przedmiotów "humanizujących", licząc, że przyswojenie sobie na czas jakichś wiadomości z ich zakresu sprawi, że przyszli lekarze zaczną patrzeć na chorych tak, jak patrzyłby na nich Terencjusz.

Oczywiście wydaje mi się, że konieczne jest zdobycie pewnych wiadomości z zakresu nauk psychologiczno-społecznych, gdyż każdy człowiek otrzymujący wyższe wykształcenie powinien coś wiedzieć o Arystotelesie czy sofistach, nie rozwiązuje to jednak problemu nauczania studenta odpowiedniego stosunku do pacjenta, będącego chyba jednym z głównych założeń programu nauczania.

Niewątpliwie każda gałąź medycyny wymaga specyficznego podejścia do chorego, inne oczekiwania będzie bowiem miał wobec nas pacjent cierpiący na chorobę nowotworową, inne chory psychicznie, a jeszcze inne cierpiące dziecko. Zatem właśnie przy nauczaniu poszczególnych przedmiotów powinno zwracać się uwagę i uczyć właściwego stosunku do pacjenta, co zresztą często robi się przy nauczaniu różnych dyscyplin, śmiem jednak twierdzić, że nie zawsze.

Bardzo cenną wydaje się więc inicjatywa prowadzenia zajęć z propedeutyki psychiatrii w formie treningu interpersonalnego, z którą spotkałem się w II Klinice Chorób Psychiczych czy fakultatywne zajęcia dotyczące medycyny paliatywnej w Zakładzie Medycyny Rodzinnej (myślę, że kontakt z



pacjentami w terminalnej fazie choroby nowotworowej szczególnie może uwrażliwić przyszłego lekarza). Szkoda jedynie, że brak jest tego typu pomysłów w innych zakładach i klinikach, szczególnie przy realizacji programu z pediatrii, gdzie stajemy wobec najtrudniejszego i najbardziej wymagającego chorego człowieka.

Jak już wspominałem, słusznym wydaje mi się pomysł nauczania nas elementów nauk społeczno-psychologicznych, jednak przydatną byłaby pewna reforma programu, z odejściem od teorii i ze zwróceniem uwagi na umiejętności praktyczne. Dlatego warto byłoby przesunąć zajęcia np. z psychologii medycyny na starsze lata studiów, kiedy podejmuje się bezpośredni kontakt z pacjentem i poznaje trudności, jaki on za sobą niesie.

Właśnie wtedy posłuży nam ten przedmiot do doskonalenia warsztatu, a nie tylko do poznawania jego teoretycznych podstaw. Myślę, że zmiany w programie i czasie realizacji innych przedmiotów pomogą zmienić nie zawsze jednoznacznie pozytywny do nich stosunek studentów, i obróci się to na korzyść naszą i wymagających pomocy (nie tylko ściśle medycznej) ludzi.

Radostaw Owczuk
student AMG



Z ukosa**POBOŻNE ŻYCZENIA**

Od lat slychać skargi na "przeteoretyzowanie" naszych studiów. Tak uczący, jak i uczeni szukają sposobów, by je uczynić bardziej praktycznymi. Do niedawna sądziłem, że jest to tylko kwestia motywacji - że wystarczy chcieć i szukać okazji, by się w Akademii czegoś praktycznie nauczyć (choćby w czasie praktyk wakacyjnych). Nie dostrzegałem jednej rzeczy - najpełniejszą motywację daje poczucie odpowiedzialności za to, co się robi (uświadomił mi to ostatnio znajomy asystent). Faktycznie - zupełnie inaczej niż do "ćwiczeń pod okiem mistrza" (nawet bardzo skomplikowanych) podchodzi się do "dzieła", które podpisać trzeba własnym nazwiskiem. W tym momencie każdy błąd, nawet najdrobniejszy, jest czymś w rodzaju "plamy na honorze" - zmusza do autokorekty, lepszego przygotowania się. To znaczy, że tak naprawdę rzeczy praktycznych zaczniemy uczyć się gdy dostaniemy do ręki dyplom - upoważnienie do pracy "na własny rachunek". Jaki zatem sens ma tak długie studiowanie na Akademii? Zabrzmi

to z pewnością kontrowersyjnie, ale myślę (za jednym z kolegów, który parę lat temu skończył studia), że owe 6 lat służy głównie dojrzewaniu do wykonywanego zawodu. Chodzi mi tu bardziej o opatrzenie, oswojenie się z medycyną niż gromadzenie wiedzy.

Przede wszystkim jednak trzeba nauczyć się kojarzenia pozornie nie związanych faktów, "lekarzkiej logiki" - tego nie potrafi przekazać najlepszy podręcznik. Takie nauczanie samodzielnego myślenia jest zresztą zapisane jako jedno z naczelných zadań naszej Alma Mater w jej statucie (kto nie wierzy, niech sprawdzi). Tylko czy myślenia można nauczyć?

Pamiętam seminarium z interny, na którym dzięki formule "przychodzi baba do lekarza" udało się wydusić z nas sensowne odpowiedzi (mimo nie najlepszego przygotowania). Czyli - można nie tyle nauczyć, co pobudzić do myślenia i włączenia wyobraźni. To powinno wystarczyć, by słuchaczy uczynić aktywnymi uczestnikami rozmowy, którą wszak winny być przynajmniej seminary.

Wishful thinking? Pewnie tak, ale czy nie można trochę pomarzyć na wiośnie?

Kamil Jankowski

OCENA PRACY NAUKOWEJ W KONTEKŚCIE UWARUNKOWAŃ I ZACHODNICH WZORCÓW

Powstanie *Gazety AMG* cieszyło mnie od początku i niezmiennie, uważam bowiem, iż jest to jedna z niewielu rzeczy, które powstały w naszej Uczelni, aby służyć ogółowi społeczności.

Oczekiwałam, że będzie to miejsce do publicznej wymiany poglądów nad zagadnieniami dotyczącymi nas wszystkich, miejsce do dyskusji o sprawach ważnych dla Uczelni i to zgodnie z tym, co powiedział Sokrates, aby "dyskutować nie po to, by zmusić przeciwnika do zmiany poglądów ale, aby wspólnie poszukiwać prawdy"...

Z tego względu z zadowoleniem przyjąłam odpowiedź prof. J. Limona (*Gazeta AMG*, luty 1994 r.) na mój artykuł zamieszczony w *Gazecie AMG* w październiku ubiegłego roku.

Po przeczytaniu jednak tego artykułu rozczarowana jestem faktem, że co najwyżej mogę skomentować pewne stwierdzenia tam zamieszczone, natomiast artykuł ten nie stanowi żadnej podstawy do merytorycznej dyskusji; prof. J. Limon wydaje się bowiem nie dostrzegać lub świadomie pomija milczeniem aktualną kondycję nauki polskiej i wynikające stąd implikacje dla społeczności ludzkiej z tą nauką związanej, a to przecież było tematem rozważań w moim poprzednim artykule.

Nie można pomijać milczeniem prawdy o aktualnym stanie nauki polskiej, uważać, że wszystko jest w najlepszym porządku, a jedynym mankamentem jest niestosowanie kryteriów oceny pracowników nauki takich jak na zachodzie.

Z tego względu przytoczę szereg liczb przedstawionych przez prof. dr hab. E. Tomaszewskiego z Instytutu Historii Nauki PAN w Warszawie w referacie, który wygłosił w Gdańsku 25 października 1993 roku na zaproszenie humanistów z Uniwersytetu Gdańskiego:

1. nakład finansowy na naukę w produkcie krajowym brutto spadł z 0,9% w 1989 r. do 0,5% w 1992 r.,
2. zatrudnienie w sferze nauki ze 112,1 tys. w 1989 r. zmalało do 71,3 tys. osób w 1992 r.,
3. liczba zagranicznych stypendiów w tym czasie zmalała z 20227 do 9871,
4. aż 25% młodej kadry naukowej (asystenci, adiunkci) w tym czasie opuściła kraj,
5. nastąpiło obniżenie wielkości nakładów wydawnictw naukowych z 8.3 mln egzemplarzy w 1989 r. do 3.6 mln w 1992 r.,





6. nastąpił wzrost stopnia zużycia środków trwałych (wskaźnik wyposażenia warsztatów naukowych) z 43,7% (1989 r.) do 53,4% w 1992 r.,

7. liczba pracowników nauki otrzymująca wynagrodzenie poniżej średniej krajowej w 1992 roku wynosiła aż 50%.

W moim rozumieniu zjawisk i rzeczywistości liczby te świadczą, iż kondycja nauki i ludzi z nią związanych jest tak kiepska, iż wszelkie poczynania władz (niezależnie jakiego szczebla) powinny zmierzać tylko i wyłącznie do integracji środowiska, do maksymalnego ułatwiania życia w tych obiektywnie trudnych warunkach. Natomiast wszelkie kroki zdążające do "śrubowania" wymagań, lansowania wzorców ocen pracy z "innego świata" (choć słusznych tam, gdzie kondycja nauki jest dobra i ustabilizowana) w naszych warunkach należy uznać za dezintegrujące i stwarzające podziały, a zatem są to działania dla określonej społeczności szkodliwe.

I choć wyczuwam, że prof. J. Limona nieco drażniły "obrazowe" porównania z mojego poprzedniego artykułu, to jednak nie mogę sobie

odmówić jeszcze jednego - czy jakiś lekarz uzna za rozsądne poczynania, aby pacjentowi bliskiemu zapaści nakazać tańczenie kankana ?

Ale wracając do artykułu prof. J. Limona, w moim odczuciu skomentowania wymaga jeszcze jeden fragment, a mianowicie podziękowania, jakie kieruje Autor do władzy za określone posunięcia choć jednocześnie zauważa, jakie ta władza popełnia błędy.

...Chciałoby się wobec tego rzec... każda okazja, jest dobra, aby władzy dziękować...

No cóż, wszystkie epoki naszych dziejów dostarczyły aż nadto dowodów na to, że podziękowanie wyrażone władzy jest zwykle korzystne dla jednostki dziękującej, ale niestety nie dla społeczności czy społeczeństw.

I tu znowu powołałam się na spostrzeżenia socjologów, którzy mówią, że mądre społeczeństwa to takie, które potrafiły opracować i wykształcić skuteczne systemy kontrolowania władzy, a nie systemy podziękowań.

prof. dr hab. med. Krystyna Kozłowska

ZE SZPITALEM TO TAK, JAK Z KOBIETĄ ...

Z przewodniczącym Komitetu Studentów Zagranicznych AMG Abdulem Wakilem Masoori - studentem VI roku Wydziału Lekarskiego - Tadżykiem z Kabulu rozmawiają Barbara Kaczorowska i Anna Nowakowska.

B.K.: W jaki sposób dotarłeś do Polski?

A.W.M.: Zwyczajnie, samolotem i pociągiem...

A.N.: Co spowodowało, że zdecydowałeś się studiować właśnie w Polsce?

A.W.M.: To długa historia. Po zdaniu egzaminów wstępnych w Kabulu zostałem skierowany na Akademię Medyczną w mieście, gdzie właśnie trwała wojna. Studenci bronili uczelni, mieli własne czołgi!

B.K.: Dlaczego nie mogłeś studiować w Kabulu?

A.W.M.: Niestety było to niemożliwe. Wszyscy zdają egzamin testowy z biologii, chemii, fizyki, matematyki i języka obcego w stolicy, a następnie są rozdzielani do różnych uczelni. W Nangarhar, dokąd mnie przydzielono, jak już powiedziałem, trwała wojna. Wobec tego moja rodzina proponowała, bym spróbował ubiegać się o studia za granicą. Złożyłem podanie na studia do Polski. Jednak zanim dopuszczono mnie do powtórnych egzaminów w polskiej ambasadzie musiałem zaliczyć semestr w Wyższej Szkole Wojskowej w Afganistanie. Minęły więc kolejne miesiące...

A.N.: Jak wyglądał twój pierwszy kontakt z językiem polskim? Czy nie przeraził Ciebie?

A.W.M.: Na dworcu w Warszawie usłyszałem głos z megafonów i pomyślałem "cholera, jak oni tu porozumiewają się?!"

B.K.: Dokąd ruszyłeś z Warszawy?

A.W.M.: Do Łodzi na roczny kurs języka polskiego, stamtąd skierowano mnie do Gdańska. Moi koledzy, Afgańczycy, natomiast pojechali do Wrocławia.

A.N.: Czy rozdzielono was z przyczyn politycznych?

A.W.M.: Tak. Nie popieraliśmy ustroju, który wówczas zapanował w naszym kraju...

B.K.: Czy język polski jest trudny?

A.W.M.: Tak, to niezwykle trudny język, zwłaszcza gramatyka. Polskiego mogę uczyć się sto lat i nie nauczę się.

A.N.: Teraz mówisz doskonale. Jak radziłeś sobie na pierwszym roku?

A.W.M.: Jeżeli chcecie, to przyprowadzę kolegę z pierwszego roku... Cóż, początkowo jedną stronę czytałem przez 45 minut, oczywiście ze słownikiem. Najgorsze były pierwsze dwa, trzy miesiące. Byłem zmuszony uczyć się na pamięć np. histologii. Ciekawe, łacina nie sprawiała mi problemów...

B.K.: Powiedz, w jakim języku myślisz...

A.W.M.: Teraz po polsku.

A.N.: Czy zdarzyły ci się śmieszne sytuacje językowe?

A.W.M.: Oczywiście! Na przykład na egzaminie z ortopedii zacząłem odpowiadać po persku...

B.K.: Jesteś przewodniczącym Komitetu Studentów

Zagranicznych od dwóch lat. Na czym polega twoja działalność?

A.W.M.: Zajmuję się wszystkimi problemami studentów - obcokrajowców, grupy około sześćdziesięciu osób. W czasie sesji przebieram się w elegancki garnitur i chodzę od dziekanatu do klinik, tłumaczę, wstawiam się za kolegami. Najczęściej bywam na farmakologii. Zawsze jestem życzliwie przyjmowany przez profesorów. Chciałbym jednak zrezygnować z funkcji przewodniczącego. To pochłania bardzo dużo czasu, a ja muszę także zająć się swoimi sprawami.

A.N.: Czy było w Polsce "coś", co szczególnie Ciebie zadziwiło, czego nie potrafiłeś zrozumieć?

A.W.M.: Hm, chyba nie... chociaż... tak, było coś takiego... zdziwiło mnie bardzo, że za toaletę trzeba płacić... W Afganistanie jest to za darmo.

A.N.: A nasze zwyczaje, tradycje - np. święta, jak je spędzasz? Czy ubierasz choinkę na Boże Narodzenie?

A.W.M.: Nie, nie miałem nigdy choinki. Na święta najczęściej wyjeżdżam i wolne dni spędzam z kolegami z Afganistanu studiującymi w innych miastach. Świętem, które obchodzone jest w moim kraju jest Nowy Rok, wszyscy wtedy się bawią. Na tę okazję przygotowuje się tradycyjnie siedem rodzajów owoców zaczynających się na literę "s".

B.K.: To brzmi interesująco. Czy gdyby jabłko było na "s", to by znalazło się na świątecznym stole?

A.W.M.: Jabłko zaczyna się na "s" w naszym języku brzmi "seb" - (Wakil wydaje się być ubawiony naszą nieznajomością języka perskiego. W tym względzie ma nad nami przewagę...)

A.N.: A czy miałeś problemy z polską kuchnią? Nasze potrawy nie były dla Ciebie nowością?

A.W.M.: Owszem jedna - ziemniaki... U nas nie jada się ziemniaków "z wody", a tutaj podawano je się codziennie. Na początku nie mogłem się przyzwyczaić. To było okropne. Teraz już mi nie przeszkadza.

B.K.: Czy zdarzyło się, że zostałeś źle potraktowany przez Polaków?

A.W.M.: Nie, raczej nie.

A.N.: Co Ci się zdecydowanie nie podoba w Polsce?

A.W.M.: Nie podoba mi się, że w Polsce kobiety są źle traktowane...

A.N.: Jak to?

A.W.M.: U nas w Afganistanie nigdy nie widziałem, żeby ktoś bił kobietę, a tutaj niestety ma to miejsce. Kobięcie należy okazywać szacunek, to przecież nasze siostry, matki. U nas, jeśli ktoś powie coś obelżywego o kobiecie, może to nawet przypłacić życiem... W Polsce same wiecie, jak to jest...

B.K.: A jak wyglądał Twój pierwszy kontakt z polską służbą zdrowia? Jak oceniasz poziom naszych szpitali w porównaniu z tymi, które macie w Afganistanie? Wiemy, teraz jest tam wojna, trwają walki, ale jak było wcześniej?

A.W.M.: Jak na warunki, których oczekiwałem od Europy, to tutaj jest strasznie!!! Gdy zobaczyłem Akademię Medyczną to mi się słabo zrobiło...

B.K.A.N.: ? !

A.W.M.: No tak, bo ze szpitalem to tak jak z kobietą - wymaga szacunku... U nas zaraz po wejściu do szpitala zakłada się buty ochronne. Wszędzie panuje spokój i porządek. A tutaj każdy chodzi jak chce... Wyposażenie w naszych szpitalach też jest lepsze, to znaczy było przed wojną lepsze, teraz to się na pewno zmieniło. Przed wojną wielu naszych lekarzy kształciło się w USA, ale naprawdę to, co zobaczyłem tutaj, przeraziło mnie.

A.N.: Czy zastanawiałeś się, co chcesz robić po studiach, jaką wybierzesz specjalność?

A.W.M.: Interesuje mnie interna, chyba w tej dziedzinie będę się specjalizował. Gdybym tylko mógł, zostałbym w Polsce. W moim kraju, już mówiłem, trwa wojna. Nie mam dokąd wracać. Teraz w Afganistanie żyje się strasznie. Naprawdę nie wiem, co dalej.

B.K.A.N.: Życzymy Ci zatem powodzenia i dziękujemy za rozmowę.



INFORMACJE ... INFORMACJE ... INFORMACJE

UWAGA ABSOLWENCI I PRACOWNICY AMG

W związku z obchodami przypadającego w przyszłym roku jubileuszu 50-lecia naszej Uczelni przygotowana jest wystawa i filmy obrazujące jej dzieje. Zwracamy się z apelem o udostępnienie posiadanych zdjęć fotograficznych i filmów ilustrujących życie Uczelni. Zapewniamy zwrot po wykorzystaniu.

Ww. materiały prosimy składać w Samodzielnej Pracowni Fotografii Naukowej w budynku Zakładów Teoretycznych przy ul. Dębinki 1 (niski parter) na ręce kierownika Pracowni dr. Dimitrisa Chadzypanagiotisa (tel. 47-82-22 wew.10-89).

KONKURS NA STANOWISKO DYREKTORA PSK Nr 1 W GDAŃSKU

Z upoważnienia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku, ul. Dębinki 7.

Wymagane kwalifikacje:

- wykształcenie wyższe i co najmniej 8-letni staż pracy, w tym minimum 2-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym, względnie specjalizacja II lub I stopnia w dziedzinie medycyny i co najmniej 3-letni staż pracy po uzyskaniu specjalizacji,

- znajomość problematyki leczenia zamkniętego, organizacji i zasad finansowania jednostek budżetowych.

Oferty należy składać w Zespole ds. Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej w Gdańsku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, p.206,

tel.47-82-22 wew.10-03, w terminie do dnia 11 kwietnia 1994 r. wraz z następującymi dokumentami:

- podanie, życiorys uwzględniający przebieg pracy zawodowej, kwestionariusz osobowy, fotokopia dyplomu oraz inne dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych, prawo wykonywania zawodu lekarza (dla lekarzy),

- opinia o pracy z ostatnich 3 lat pracy zawodowej,
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
- oświadczenie o niekaralności i przewinieniach zawodowych.

Przewidywany termin rozpatrzenia wniosków - po upływie 2 tygodni, od zakończenia przyjmowania wniosków o przystąpieniu do konkursu.

Mieszkania nie zapewniamy.

KWALIFIKACJE

WOLONTARIUSZE NARODÓW ZJEDNOCZONYCH

Rada Ministrów RP zorganizowała w dniu 9 marca 1994 w Warszawie spotkanie rektorów polskich szkół wyższych, którego celem było spopularyzowanie idei Programu Wolontariuszy Narodów Zjednoczonych (United Nations Volunteers) i zachęcenia polskich specjalistów do podejmowania obowiązków wolontariuszy.

Program powołany przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1970 roku, działa w kooperacji z rządami, agendami ONZ, bankami rozwoju oraz pozarządowymi organizacjami lokalnymi.

W ramach Programu UWV pracują kobiety i mężczyźni zainteresowani niesieniem pomocy potrzebującym. Ludzie ci poświęcają kilka lat swego życia na pracę w innym kraju i kulturze. Godzą się na wszystko, co niesie ze sobą praca ochotnika - olbrzymią satysfakcję zawodową, ale i trudności.

Wszyscy wolontariusze są pracownikami wykształconymi (konieczny dyplom ukończenia szkoły

wyższej ewentualnie świadectwo ukończenia liceum zawodowego lub szkoły średniej) i doświadczonymi. Średnia wieku w grupie specjalistów UNV wynosi 39 lat, a zatem mają za sobą co najmniej 10 lat praktyki zawodowej. Pracownicy terenowi są zwykle młodszy i mają około 30 lat. Zainteresowanie wolontariatem ze strony emerytów jest przez Program mile widziane.

Kandydaci na wolontariuszy muszą odznaczać się dobrym zdrowiem, muszą znać biegle jeden z następujących języków: angielski, hiszpański, francuski (bardzo potrzebni), portugalski, arabski lub rosyjski. Górna granica wieku nie jest limitowana, dolna granica to 21 lat.

W zakresie medycyny bardzo potrzebni są lekarze wszystkich specjalności i pielęgniarki.

Programy, w których służą wolontariusze są najczęściej administrowane przez rządy odpowiednich krajów, stąd wolontariusze finansowani są przez kraj, w którym pracują oraz z funduszy regionalnych.

Wolontariusz jest ubezpieczony, pokrywane są koszty jego podróży, otrzymuje jednorazową premię przesiedleńczą, comiesięczny zwrot kosztów utrzymania. Zapewnia się bezpłatne zakwaterowanie oraz przedmioty podstawowego użytku. Przysługuje mu bezpłatna opieka lekarska, podstawowy transport lokalny, kurs lokalnego języka i przeszkolenie organizacyjno-orientacyjne. Na osobiste wydatki bieżące otrzymuje około 1.000 USD miesięcznie (kwota ta negocjowana jest indywidualnie).

Wolontariusze kierowani są głównie do państw Azji i Pacyfiku, Afryki, krajów arabskich oraz Ameryki Środkowej i Południowej. Zwykle pracują z dala od stolicy kraju, w odległych wsiach i miasteczkach.

Czas trwania pracy wolontariusza wynosi 2-3 lata. Przy wyborze kandydatów zasadniczą rolę odgrywa ich zaangażowanie, kwalifikacje i doświadczenie. Oprócz kwalifikacji kandydata stwierdzonych na podstawie jego aplikacji (wypełniony formularz, rekomendacje, kopie zaświadczeń i dyplomów, akt ślubu, akty urodzenia dzieci) o przyjęciu decyduje wywiad i rozmowy w Krajowym Punkcie Wolontarystycznym, tj. United Nations Development Programme, w Warszawie. Bliższe informacje dostępne są w przedstawicielstwie UNDP, u pani Beaty Balińskiej, Aleja Niepodległości 166, 00-608 Warszawa; adres pocztowy: P.O.BOX 1 Warszawa 12. Tel.25-50-10 oraz 25-62-78, fax 25-49-58.

prof. dr hab. Jerzy Krechniak

Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

PROGRAM TEMPUS

15 czerwca upływa termin składania podań o stypendia indywidualne w ramach programu TEMPUS w okresie od 1 stycznia 1995 do 31 sierpnia 1995.

Uwagi ogólne:

Stypendia w ramach programu TEMPUS przyznawane są pracownikom naukowym:

- polskich uczelni,
- instytutów PAN-owskich i resortowych prowadzących studia doktoranckie,
- doktorantom ww. instytucji.

Stypendium powinno mieć charakter edukacyjny i szkoleniowy, mający na celu usprawnienie programu nauczania w uczelni macierzystej, wprowadzanie nowego cyklu zajęć czy seminariów, zebrania materiałów do nowego podręcznika, zmiany systemu nauczania na wydziale czy też przygotowania projektu współpracy międzyuczelnianej (JEP-u). Jedynie osoby przygotowujące doktorat mogą prowadzić badania. Stypendium pokrywa także koszty uczestnictwa w międzynarodowych sympozjach i konferencjach.

Stypendium obejmuje koszty zakwaterowania, utrzymania, ubezpieczenia i podróży, ew. koszty przy-

gotowania językowego, jednakże miesięczne stypendium nie może być większe niż 1400 ECU.

Długość stypendium (określa kandydat) - od tygodnia do 8 miesięcy.

TEMPUS nie finansuje: czesnego, opłat konferencyjnych, badań naukowych.

Kandydaci składają do 15 czerwca (decyduje data stempla pocztowego) do Biura TEMPUS w Warszawie, w 2 egzemplarzach:

- wypełnione formularze Individual Mobility Grants Programu TEMPUS wraz z opisem projektu,
- imienne zaproszenie z uczelni lub instytucji naukowej z krajów należących do Unii Europejskiej. Możliwe jest ubieganie się o wyjazd do więcej niż jednej uczelni. W zaproszeniu powinno być dokładnie określone na jak długo kandydat jest zaproszony.

Szczegółowe informacje oraz formularze dostępne są pod adresem:

Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji - Biuro TEMPUS, al. Szucha 25, 00-918 Warszawa tel./fax 29-24-83 lub 628-40-49, a także u koordynatorów Programu TEMPUS w każdej uczelni.

STYPENDIA NA WAKACYJNE KURSY JĘZYKOWE W AUSTRII

Jak co roku strona austriacka przekazała ofertę stypendialną dla pracowników i studentów polskich szkół wyższych.

O stypendium ubiegać mogą się osoby, w wieku od 20 do 35 lat, które w chwili składania wniosku ukończyły przynajmniej 6 semestrów studiów.

Stypendia przyznawane są na 1 miesiąc lub 3 tygodnie w wysokości odpowiednio 10.000 i 8.000

szylingów austriackich i nie obejmują środków na podróże.

Formularze wniosków można otrzymać w Dziale Nauki, pok. 209.

Wypełnione wnioski należy składać do Działu Nauki najpóźniej do 30 kwietnia 1994.

Redakcja zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich zainteresowanych zamieszczaniem materiałów w *Gazecie AMG* o nadsyłanie ich w terminie do 15 każdego miesiąca (do 18-20 - informacje drobne). Teksty dostarczane na dyskietkach przyspieszają i ułatwiają nam pracę.

DZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AMG

zawiadamia:

I. W dniu 17 lutego br. na posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego odbyło się kolokwium habilitacyjne dr. n. med. JANUSZA EMERICHA - adiunkta I Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych - na podstawie pracy pt. "Nowoczesne metody diagnostyczno-lecznicze u chorych na raka jajnika ze szczególnym uwzględnieniem pooperacyjnej chemioterapii dootrzewnowej przy zastosowaniu wszczepialnych cewników".

Uchwała Rady Wydziału o nadaniu stopnia naukowego doktora habilitowanego wymaga zatwierdzenia przez Centralną Komisję Kwalifikacyjną ds. Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych.

II. Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 20 stycznia br. nadała stopień naukowy doktora nauk medycznych: **w zakresie biologii medycznej:**

mgr farm. STELII CHRÓŚCICKIEJ-ANDRZEJEWSKIEJ - pracownicy PSK nr 2 w Gdańsku,

w zakresie medycyny:

lek. med. ALEKSANDROWI STANKOWI - asystentowi II Katedry i Kliniki Chirurgii,

lek. med. ARKADIUSZOWI MIKSZEWICZOWI - asystentowi Katedry i Kliniki Urologii,

lek. med. JERZEMU WOJCULEWICZOWI - asystentowi I Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych,

w zakresie stomatologii:

lek. dent. EWELINIE WIŚNIEWSKIEJ - asystentce Zakładu Stomatologii Dziecięcej.

III. Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 lutego br. nadała stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny - lek. med. RENACIE ZAUCHA - asystentce Kliniki Radioterapii Instytutu Radiologii i Radioterapii.

Dziekan Wydziału Lekarskiego
prof. dr hab. Barbara Śmiechowska

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ETATYZACJI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMICKIM 1993/94

Dane poniższe zostały przedstawione zarówno Senatowi Uczelni w dniu 21.02.1994 jak i Radzie Wydziału Lekarskiego w dniu 10.03.1994 r.

Obliczeń dokonano na podstawie danych uzyskanych z Działu Spraw Osobowych Uczelni i trzech Szpitali Klinicznych oraz danych własnych Dziekanatu Wydziału Lekarskiego.

Obliczeń dokonano biorąc pod uwagę.

1. Liczbę nauczycieli akademickich w poszczególnych jednostkach, co dawało **pensum dydaktyczne:**

a) bez godzin nadliczbowych
oraz

b) z godzinami nadliczbowymi licząc zwiększenie pensum średnio o 1/4.

2. Liczebność studentów na poszczególnych latach studiów (załącznik nr 1).

3. Plany studiów zatwierdzone przez Radę Wydziału na omawiany rok akademicki, zawierające ogólną liczbę godzin z każdego przedmiotu w tym wykłady, seminaRIA i ćwiczenia.

4. Liczbę studentów w grupie przypadających na 1 nauczyciela akademickiego dla zajęć seminaryjnych i różnych rodzajów ćwiczeń, co daje [pkt 2, 3 i 4] tzw. **obciążenie dydaktyczne jednostek.**

Porównując liczbę godzin wynikających z pensum dydaktycznego i obciążenia dydaktycznego otrzymujemy informację o stopniu nasycenia jednostek w nauczycieli akademickich, o niedoborze lub nadmiarze etatów.

Na Wydziale Lekarskim zatrudnionych jest 743 nauczycieli akademickich, w tym 4 detaszowanych, 108 samodzielnych. Dla przypomnienia podaję wyso-

kość pensum dydaktycznego zatwierdzonego przez Senat:

dla samodzielnych pracowników naukowych

- 120 godzin

dla adiunktów i asystentów - 210 godzin

dla starszych wykładowców - 300 godzin

dla wykładowców - 350 godzin

Ustawa o szkolnictwie wyższym dopuszcza obciążenie dodatkowe jako tzw. godziny nadwymiarowe, w ilości 1/4 pensum dla samodzielnych pracowników naukowych, adiunktów i asystentów oraz w ilości 1/2 pensum dla starszych wykładowców i wykładowców.

Uzyskane wyniki obliczone w procentach wskazują na istnienie jednostek o niedoborach etatowych różnego stopnia, jednostek o optymalnym wysyceniu w etaty oraz jednostek z nadmiarem etatów akademickich.

Wszystkie jednostki Wydziału Lekarskiego przedstawione poniżej uszeregowano w kilku grupach (wartości:

a) - dotyczą braku etatów bez wliczania możliwości godzin nadwymiarowych,

b) - z godzinami nadwymiarowymi):

1. grupa o niedoborach etatowych > 100% zawiera 7 jednostek o łącznym braku:

a) 86 etatów,

b) 54 etatów,

2. grupa o niedoborach etatowych 70-100% zawiera 6 jednostek o łącznym braku:

a) 72 etatów,

b) 36,5 etatu,

3. grupa o niedoborach etatowych 40-70% zawiera 7 jednostek o łącznym braku:

- a) 50 etatów,
- b) 21 etatów,

4. grupa o niedoborach etatowych 20-40% zawiera 12 jednostek o łącznym braku:

- a) 44,5 etatu,
- b) 8,2 etatu, w 2 z tych jednostek wystąpiłby nadmiar 0,5 etatu,

5. grupa o niedoborach etatowych 1-20% zawiera 8 jednostek:

- a) o łącznym braku 7 etatów,
- b) o łącznym nadmiarze 5 etatów,

6. grupa o liczbie etatów odpowiadających obciążeniu dydaktycznemu zawiera 14 jednostek, gdzie:

a) liczba etatów odpowiada obciążeniu dydaktycznemu,

- b) wszystkie jednostki miałyby nadmiar etatów,

7. grupa z nadmiarem etatów w stosunku do obciążenia dydaktycznego zawiera 12 jednostek:

- a) wszystkie mają nadmiar etatów,
- b) odpowiednio większy nadmiar etatów.

Łącznie niedobory etatowe dotyczą:

- a) 40 jednostek - łączny brak 259 etatów,
- b) 30 jednostek - łączny brak 120 etatów.

Łącznie nadmiar etatów dotyczy:

- a) 12 jednostek,
- b) 33 jednostki.

Niedobory etatowe w granicach 20 - > 100% dotyczą przedmiotów nauczanych na IV do VI roku kierunku lekarskiego i na IV i V roku kierunku stomatologicznego.

Niedobory < 20% dotyczą przedmiotów wszystkich lat studiów obu kierunków podobnie jak przedmioty jednostek w grupie 6 i 7.

Wobec obecnie znacznie mniej liczebnych niższych lat studiów przedstawione powyżej wyniki będą ulegały zmianom w najbliższych latach akademickich.

W jednostkach klinicznych, w których nauczyciele akademicy obciążeni są w znacznym stopniu obowiązkami leczniczymi (usługowymi) poza obowiązkami dydaktycznymi i naukowymi, formalnie rzecz biorąc obowiązuje Instrukcja nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984. Mówi ona o tym, że winna być zachowana proporcja liczby łóżek na 1 etat lekarski, dotycząca również państwowych szpitali klinicznych.

Instrukcja ta mówi również o tym, że 2 etaty lekarzy nauczycieli stanowią 1 etat lekarza świadczącego usługi lecznicze.

Jak wynika z uzyskanych przeze mnie danych z Państwowych Szpitali Klinicznych wydaje się, że nie zachowana jest proporcja liczby lekarzy w stosunku do obciążeń usługowo-leczniczych ani proporcja lekarzy-nauczycieli akademickich do lekarzy PSK. I tak dla przykładu.

Kliniki zabiegowe:

1. I Katedra i Klinika Chirurgii:
70 łóżek, 11 etatów AMG, 2 etaty PSK, 4 etaty ryczałtowe,
2. Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej:
51 łóżek, 8 etatów AMG, 4 etaty PSK, 4 etaty ryczałtowe,
3. Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej:
40 łóżek, 21 etatów AMG, 3,3 etatu PSK, 9 etatów ryczałtowych,
4. Katedra i Klinika Neurochirurgii:
35 łóżek, 6 etatów AMG, 2 etaty PSK, 3 etaty ryczałtowe,
5. Klinika Kardiochirurgii:
40 łóżek, 12 etatów AMG, 0 etatów PSK (!), 5 etatów ryczałtowych,
6. Klinika Chirurgii Plastycznej:
30 łóżek, 5 etatów AMG, 5 etatów PSK, 1,5 etatu ryczałtowego,
7. I Klinika Położnictwa i Ginekologii:
256 łóżek (w tym 120 noworodków), 20 etatów AMG, 5 etatów PSK, 10 etatów ryczałtowych, 2 etaty dla bloku operacyjnego,
8. II Klinika Położnictwa i Ginekologii:
118 łóżek, 15 etatów AMG, 2 etaty PSK, 10 etatów ryczałtowych,

Kliniki Zachowawcze:

1. Klinika Gastroenterologii:
65 łóżek, 12 etatów AMG, 2,12 etatu PSK, 6 etatów ryczałtowych,
2. I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatrueń:
31 łóżek, 9 etatów AMG, 4,5 etatu PSK, 4 etaty ryczałtowe,
3. Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii:
65 łóżek, 14 etatów AMG, 3 etaty PSK, 7 etatów ryczałtowych,
4. III Klinika Chorób Wewnętrznych:
71 łóżek, 14 etatów AMG, 3 etaty PSK, 7 etatów ryczałtowych,
5. I Klinika Chorób Serca:
30 łóżek, 9 etatów AMG, 4 etaty PSK, 4 etaty ryczałtowe,
6. II Klinika Chorób Serca:
25 łóżek, 11 etatów (w tym 2 Instytutu), 3 etaty PSK, 4,5 etatu ryczałtowego,
7. Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych:
64 łóżka, 14 etatów AMG, 4 etaty PSK, 7 etatów ryczałtowych,
8. Klinika Onkologii i Radioterapii:
70 łóżek, 9 etatów AMG, 4,5 etatu PSK, 4 etaty ryczałtowe.

Te przykładowo wymienione jednostki kliniczne znalazły się w różnych grupach pod względem liczby etatów akademickich w stosunku do obciążenia dydaktycznego. Wnioski wynikające z przedstawionych powyżej danych nasuwają się same.

1. W jednostkach, które już obecnie mają nadmiar etatów akademickich, lub w których pensum równa się obciążeniu dydaktycznemu, ale bez godzin ponadwymiarowych, należałoby za-



► blokować każdy uzyskany wolny etat i przydzia-
lać je sukcesywnie jednostkom o największych
brakach etatowych.

2. Przyjąć zasadę obowiązku podjęcia zajęć
w godzinach ponadwymiarowych zgodnie z zapisem
Ustawy o szkolnictwie wyższym.

3. Zmodyfikować liczebność grup seminaryjnych i
ćwiczeniowych, dostosowując je do realnych możli-
wości jednostek i rzeczywistego wykonywania.

4. Urealnić liczbę godzin zajęć prowadzonych jako
seminaria i ćwiczenia. Bywają tu znaczne rozbieżności
między planem studiów a rzeczywistymi zajęciami,
wymuszone często możliwościami w danej jednostce.

5. Wziąć pod uwagę fakt, że sytuacja w jednostkach
prowadzących zajęcia ze studentami starszych lat
studiów będzie się zmieniać w najbliższych trzech
latach, a niedobory etatowe będą się tam zmniejszały.

6. Unormować sprawę etatów szpitali klinicznych.
Nie wydaje się właściwe, żeby cały ciężar lub znaczna
przewaga obciążeń usługowych była wykonywana
przez nauczycieli akademickich.

Dziekan Wydziału Lekarskiego
prof. dr hab. Barbara Śmiechowska

Drugi etap budowy Instytutu Kardiologii

Na terenie PSK Nr 1, między budynkiem 2 i 4, od
kwietnia ubiegłego roku toczy się budowa. Półokrągły,
ładny, szybko rosnący budynek, to dawny budynek nr
3. W jego przedniej części znajdowało się Ambulatorium
Chirurgiczne. Z zewnątrz niewidoczny jest ogrom
prac wykonanych w tymże budynku i przestrzeniach
między blokami 2, 3 i 4.

Inwestycja (jedyna w tej chwili w Akademii Medycznej)
zaowocuje powstaniem, na dobudowywanym
pierwszym piętrze budynku nr 3, bloku operacyjnego
i oddziału pooperacyjnego dla kardiochirurgii, po-
większeniem i modernizacją Ambulatorium Chirurgicz-
nego, pomieszczeniem dla sterylizacji, sal opera-
cyjnych dla innych klinik. Dotychczasowy koszt in-
westycji wyniósł 11 miliardów złotych.

Zadanie inwestycyjne obejmuje kilka etapów. W
pierwszym etapie wybudowano budynek który znajduje
się między budynkiem 2 i 4 przy sali im. Rydygiera, tu
tymczasowo znajduje się Ambulatorium Chirurgiczne.

9 marca br. został oddany do użytku fragment dru-
giego etapu budowy, związany z łącznikiem między
budynkami 3 i 4, w którym znalazł się gabinet EKG
Kliniki Kardiochirurgii. W tym optymistycznym wyda-
rzeniu uczestniczyli: Rektor Uczelni prof. Z. Wajda,
Prorektor ds. Klinicznych doc. dr hab. Z. Nowicki,
Dziekan Wydziału Lekarskiego prof. B. Śmiechows-
ka, Dyrekcja Akademii i PSK Nr 1, autorzy projektu,
wykonawcy, kierownicy klinik znajdujących się w bu-
dynku 2, 3 i 4.

Dyrektor Instytutu Kardiologii
prof. dr hab. Mirosława Narkiewicz

Załącznik nr 1.

Stan studentów w roku akademickim 1993/94
(łącznie dla obu kierunków)

Wydział Lekarski 1993/199		Oddz. Stomatologiczny 1993/1994	
Rok stud.	Ilość stud.	Rok stud.	Ilość stud.
I	260	I	80
II	228	II	71
III	248	III	87
IV	335	IV	89
V	338	V	106
VI	316	-	-

Przekazanie aparatury okulistycznej Klinice Chorób Oczu

10 lutego br. odbyło się w Katedrze i Klinice Chorób
Oczu przekazanie aparatury okulistycznej zakupionej
z funduszy KBN, Uczelni oraz licznych ofiarodawców.

Nowym wyposażeniem Kliniki stały się dwa lasery
okulistyczne: argonowy i neodymowy-Yag, amery-
kańskiej firmy Coherent Radiation, ultrasonograf firmy
Storz oraz japoński perymetr komputerowy "Topcon".
Koszt aparatury wynosi około 150.000 USD.

Wśród kilkunastu sponsorów należy wymienić naj-
bardziej aktywnych, są nimi dyrektorzy "Centrostalu",
"Centromoru", Banku Gdańskiego, Portów i Stoczni,
CPN-u i Klubu Lwów.

W uroczystości, którą uświetnił swą obecnością
Wojewoda Gdański Maciej Płażyński i JM Rektor AMG
prof. Zdzisław Wajda, wzięli udział zaproszeni spon-
sorzy, władze Uczelni i PSK nr 1 oraz przedstawiciele
prasy, radia i telewizji.

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Oczu
prof. dr hab. Barbara Iwaszkiewicz-Bilikiewicz

PODZIĘKOWANIE

Serdecznie dziękuję wszystkim pracow-
nikom Akademii Medycznej i Państwowego
Szpitala Klinicznego nr 1, którzy okazali mi
serdeczność i spontaniczną pomoc, a szcze-
gólnie dziękuję panu dyrektorowi
mgr. Janowi Brodnickiemu.

Sekretarka Kliniki
Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani
Tamara Wachek

MINISTER
ZDROWIA I OPIEKI
SPOŁECZNEJ
EKA.356/39-21/93)94

Warszawa, dn. 23.02.1994

DECYZJA Nr 1/94

W sprawie wysokości cen za badania histopatologiczne, cytodiagnostyczne i inne wykonywane w ramach środków specjalnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Na podstawie § 2 pkt 5 litera b) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 marca 1989 r. w sprawie upoważnienia organów administracji państwowej do określania zasad opracowywania norm kosztorysowych i ich wydawania oraz ustalania niektórych cen urzędowych (Dz.U.Nr 16, poz.86) oraz w związku z § 1 ust.1 pkt 1 litera d) uchwały Nr 95 Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 1990 r. w sprawie określenia wykazu towarów i usług, na które ustala się ceny urzędowe (M.P.Nr 25, poz.192) ustalam ceny za badania histopatologiczne, cytodiagnostyczne i inne wykonywane w ramach środków specjalnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej w wysokościach:

1. Wykonanie i ocena 1 preparatu cytologii złuszczeniowej - 60.000 zł.

2. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa z pobraniem i oceną - 200.000 zł.

3. Badanie histopatologiczne 1 narządu z wykonaniem barwienia dodatkowego - 120.000 zł.

4. Konsultacja preparatów histopatologicznych lub

cytologicznych 1 przypadku na żądanie innej placówki lub osoby - 150.000 zł.

5. Badanie immunomorfologiczne 1 przypadku - 400.000 zł.

6. Badanie mikroskopowo-elektronowe 1 siatki (przygotowanie techniczne łącznie z dokumentacją fotograficzną) bez oceny - 800.000 zł,
- ocena diagnostyczna elektronogramu jak za konsultację histopatologiczną - 150.000 zł.

7. Za 1 godzinę korzystania z mikroskopu elektronowego - 500.000 zł.

8. Badanie autopsyjne - 600.000 zł.

9. Badanie histopatologiczne narządów pobranych w czasie sekcji dokumentujących zjawiska chorobowe ujęte w rozpoznaniu makroskopowym, jak za badanie histopatologiczne 1 narządu - 120.000 zł.

Traci moc decyzja Nr 2/93 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 września 1993 r. W sprawie wysokości cen za badania histopatologiczne, cytodiagnostyczne i inne wykonywane w ramach środków specjalnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Decyzja wchodzi w życie z dniem 10 marca 1994 r.

Ryszard Jacek Żochowski

SKRYPTY ZNAJDUJĄCE SIĘ W SPRZEDAŻY W DZIALE WYDAWNICTW

1. Leszek Zaborski: *Statystyczne opracowanie wyników badań doświadczalnych. Zbiór metod stosowanych w naukach medycznych i biologicznych*, 1989, 28.000 zł.

2. Marek Latoszek (Opr.): *Socjologia medycyny. Wybór tekstów*, 1989, 35.000 zł.

3. W. Budziński, J. Trocha: *Psychologia medycyny. Zagadnienia programowe*, 1992, 35.000 zł.

4. S. Janicki i inni: *Zbiór recept. Materiały do ćwiczeń dla studentów III roku*, 1992, 41.000 zł.

5. Opr. zbior. pod red. S. Janickiego: *Farmacja stosowana. Materiały do ćwiczeń dla studentów V roku*, 1992, 34.500 zł.

6. Halina Sulestrowska: *Wybrane zagadnienia psychiatrii dziecięcej*, 1992, 24.000 zł.

7. Bożena Bruska: *Materiały do nauki języka łacińskiego dla studentów III roku Wydz. Lek.*, 1992, 34.500 zł.

8. J. Łukasik i inni: *Podstawy analityki Cz.I*, 1992, 83.500 zł.

9. J. Łukasik i inni: *Podstawy analityki Cz.II*, 1992, 50.000 zł.

10. Red. B. Imieliński: *Materiały do ćwiczeń i seminariów z neurochirurgii dla studentów Wydz. Lek.*, 1991, 26.000 zł.

11. M. Wesółowski i inni: *Ćwiczenia rachunkowe z chemii analitycznej*, 1993, 43.200 zł.

12. Krystyna Kozłowska: *Podstawy immunologii z elementami immunopatologii dla III roku stomatologii*, 1993, 35.500 zł.

13. Izabela Barteczko: *Preparatyka leków pozajelitowych. Materiały do ćwiczeń dla stud. IV roku*, 1994, 69.000 zł.

14. Aleksander Drygas: *Zarys dziejów farmacji z elementami zagadnień metodologii dla studentów farmacji*, 1994.

Science for Health exhibition

The British Council has prepared an exhibition "Science for health". This exhibition marks the fiftieth anniversary of the British Council's publication, the "British Medical Bulletin" and it is supported by Glaxo. The exhibition features some of the many advances achieved in the last fifty years in the fields of antibiotics, DNA and proteins, transplants, research for the tropics, causes of disease - finding the link between smoking and cancer, biological messengers, prostheses, imaging, pharmaceuticals, fertility. Posters and a video cassette will be displayed in all British Council Libraries and medical academies which are interested in showing them. The first venue is British Council Library in Szczecin (2nd March). For further details please contact your local British Council Library.

DZIAŁ KADR

1.02. - 28.02.1994

Jubileusz długoletniej pracy obchodzą:

35 lat

p. Leon Kalkowski

25 lat

prof. dr hab. Tadeusz Bartłomiej Korzon

Zmarli:

dr med. Jerzy Pryczkowski

dr n.med. Józef Trocha

Przeszła na emeryturę:

p. Barbara Golian

Na stanowisko adiunkta awansowała:
dr farm. Teresa Pelplińska

Na stanowisko starszego wykładowcy przeszły:
dr med. Anna Raszeja-Specht
dr med. Aleksandra Wilkowska

Stanowiska kierownicze:

Lek. med. Dariusz Ciećwierz został powołany na stanowisko p.o. kierownika Samodzielnej Pracowni Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia Instytutu Kardiologii.

Dr farm. Maria Wroczyńska-Pałka została powołana na stanowisko p.o. kierownika Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej.

Kwartalnik *Ulga w cierpieniu*

Połączonym wysiłkiem Fundacji Rozwoju Działa Miłosierdzia w Częstochowie i Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach wydano nowy numer kwartalnika *Ulga w cierpieniu*. Celem kwartalnika jest gromadzenie lekarzy, którzy kierując się zasadami etyki chrześcijańskiej pragną spieszyć z pomocą chorym. W skład Komitetu Naukowego kwartalnika wchodzi m.in.: prof. dr hab. Irena Noska-Borówka (przewodnicząca), prof. Włodzimierz Fijałkowski i osobisty lekarz JŚ Jana Pawła II, ks. dr hab. Krzysztof Szczygieł.

Na treść nowego numeru składają się artykuły poruszające moralno-etyczne problemy medycyny oraz opracowania referatowe ukazujące problemy rehabilitacji i terapii. Lekarze naszego środowiska, pragnący nawiązać kontakt z redakcją, mogą napisać do Fundacji Rozwoju Działa Miłosierdzia, ul. POW 22, 42-200 Częstochowa (tel.24-48-24).

prof. dr hab. Ryszard Piękoś

WYKŁADY

Zapraszamy na kolejny wykład ks. dr filoz. Piotra Moskała, adiunkta KUL, pt. "*Problematyka analogii*". Wykład odbędzie się dnia 15.04.1994 r. o godz. 13⁰⁰ w sali seminaryjnej Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej (budynek "Starej Anatomii", II piętro).

Wydział II Nauk Biologicznych i Medycznych Gdańskiego Towarzystwa Naukowego

zaprasza, w ramach Wszechnicy Polskiej Akademii Nauk, na wykład prof. R. Słomskiego z Zakładu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu, pt.: "*Diagnostyka molekularna w medycynie*". Wykład zostanie wygłoszony w dniu 18 kwietnia 1994 r. o godz. 11¹⁵ w sali im. Prof. Rydygiera, AMG, ul. Dębinki 7.

Przewodniczący II Wydziału
prof. dr hab. J. Limon

Gdański Oddział Polskiego Towarzystwa Biochemicznego oraz Wydział II Nauk Biologicznych i Medycznych Gdańskiego Towarzystwa Naukowego

zapraszają na wykład dr. J. W. De Jong z Laboratorium Kardiochemicznego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu im. Erasma w Rotterdamie (Holandia), pt.: "*Fraud in the biomedical sciences*".

Wykład zostanie wygłoszony w dniu 27 kwietnia 1994 r. (środa) o godz. 14¹⁵ w sali 411 (IV piętro) Katedry i Zakładu Biochemii AMG, Zakłady Teoretyczne, ul. Dębinki 1.

Przewodniczący II Wydziału
prof. dr hab. J. Limon

Przewodniczący Oddz. Gdańskiego PTBioch.
prof. dr hab. W. Makarewicz

**ODDZIAŁ GDAŃSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA
CHIRURGÓW DZIECIĘCYCH**
oraz
KLINIKA CHIRURGII DZIECIĘCEJ AMG
zapraszają na **UROCZYSTE POSIEDZENIE NAUKOWE z okazji**
40-LECIA DZIAŁALNOŚCI KLINIKI CHIRURGII DZIECIĘCEJ AMG
1954 - 1994

Posiedzenie pod protektorem JM Rektora Akademii Medycznej prof. dr hab. Zdzisława Wajdy odbędzie się w sali im. prof. S. Hillera w budynku Zakładów Teoretycznych Akademii Medycznej w Gdańsku ul. Dębinki 1, dnia 16 kwietnia 1994 r. o godz. 10⁰⁰.

PROGRAM OBRAD

10.00-11.00 I. Otwarcie Konferencji

- prof. dr hab. Czesław Stoba - Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej AMG

Przemówienia okolicznościowe:

- prof. dr hab. Zdzisław Wajda - Rektor AMG

- mgr Maciej Płażyński - Wojewoda Gdański

- prof. dr hab. Zygmunt Kaliciński - Przewodniczący PTChDz

- prof. dr hab. Kazimierz Łodziński - Przewodniczący Nadzoru Krajowego ds. Chirurgii Dziecięcej

- prof. dr hab. Czesław Stoba - *Powstanie i rozwój chirurgii dziecięcej w regionie gdańskim*

11.00-11.15 II. Występ Chóru Akademii Medycznej

11.15-11.45 Przerwa na kawę

(zwiedzanie stoisk firm farmaceutycznych w hallu głównym)

11.45-13.00 III. Sesja naukowa

1. *Postępy w leczeniu noworodków chirurgicznie chorych w aspekcie nowych możliwości anestezjologii*, dr B. Skoczylas-Stoba - 10 min.

2. *Postępy w leczeniu schorzeń chirurgicznych u noworodków w aspekcie nowych możliwości chirurgii*, dr M. Ulański - 10 min.

3. *Możliwości pooperacyjnego leczenia noworodków w oddziale intensywnej terapii wczoraj i dziś*, prof. M. Referowska, dr B. Kozłowska - 10 min.

4. *Miejsce chirurgii w kompleksowym leczeniu nowotworów wieku dziecięcego*, prof. Cz. Stoba, dr P. Czauderna - 15 min.

5. *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń urologicznych u dzieci w oparciu o 40-letnie doświadczenie Kliniki*, dr J. Karcz, dr K. Janus, dr J. Wojtuś, dr A. Gołębiewski - 20 min.

13.00 IV. Zamknięcie obrad - prof. dr hab. Czesław Stoba

14.30 Lunch dla zaproszonych gości

Przewodniczący Oddziału Gdańskiego
PTChDz
dr med. Ryszard Fuks

Za Komitet Organizacyjny
prof. dr hab. Czesław Stoba

W dniach 21 i 22 kwietnia w sali wykładowej im. Reichera odbędzie się

VIII Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna

organizowana przez Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii.

Konferencja odbywa się pod patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a gościem honorowym tegorocznego spotkania będzie prof. Leszek Ceremużyński - Prezes Zarządu Głównego Towarzystwa.

Serdecznie zapraszamy.

dr med. Krzysztof Narkiewicz

STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

Zebranie organizacyjne SAAMG odbędzie się w dniu 26.04.1994 (sobota) o godz. 14⁰⁰ w Sali Rydygiera. Zachęcamy do udziału absolwentów wszystkich wydziałów i lat studiów. Po przedyskutowaniu statutu zostaną powołane tymczasowe władze, co umożliwi rejestrację organizacji w Sądzie. Po zalegalizowaniu SAAMG będzie zwołany I Zjazd w okresie obchodów jubileuszu 50-lecia Uczelni.

Uprzejmie informuję, że kolejna konferencja kliniczna Instytutu Chorób Wewnętrznych odbędzie się w środę 27 kwietnia 1994 r. w sali im. Wszelakiego w godz. 12⁰⁰-13⁰⁰. Omawiane przypadki pochodzą z I Kliniki Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc AMG.

Szczególnie serdecznie zapraszamy studentów V roku, stażystów i rezydentów do wzięcia udziału w konferencji. W programie:

1. Dwa przypadki sklerodermii o szybko postępującym i powikłanym przebiegu, kol. Ewa Rogoś
2. Przypadek ciężkiego zatrucia digoksyną, kol. Janina Szewczyk

Z-ca Dyrektora
Instytutu Chorób Wewnętrznych
dr hab. med. Andrzej Rynkiewicz

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji
uprzejmie informuje, że w dniach 9-11 września 1994 r. odbędzie się we Wrocławiu

XVII Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji

Tematyka Zjazdu:

1. Historia medycyny, aptekarstwa i farmacji na Śląsku.
2. 100-lecie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie.
3. Medycyna i farmacja polska w XVIII i XIX wieku.
4. Metodologia historii medycyny i farmacji.
5. Varia.

Koszty uczestnictwa w Zjeździe - 400 tys. zł od osoby. Pełne informacje o całkowitych kosztach zostaną podane w Komunikacie nr 2. Zgłoszenia uczestnictwa wraz z podaniem własnego adresu dla korespondencji oraz jednostronicowe streszczenia własnych referatów w języku polskim i w języku angielskim lub niemieckim prosimy przysyłać do dnia 31 marca 1994 roku. Pełne teksty referatów (czas - 15 min.) prosimy przesłać do 30 czerwca 1994 r.

Adres Komitetu Organizacyjnego zjazdu: dr Wanda Wojtkiewicz-Rok, Zakład Historii Medycyny i Farmacji AM we Wrocławiu, (ZJAZD PTHMiF), 50-368 Wrocław, ul. Mikulicza-Radeckiego 7, tel. 22-72-19.

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
dr hab. Bogdan Rok

Przewodniczący Oddziału
Wrocławskiego PTHMiF
mgr Andrzej Syroka

TOWARZYSTWA

POLSKIE TOWARZYSTWO DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ ODDZIAŁ W GDAŃSKU

W imieniu Zarządu uprzejmie zapraszam na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się dnia 1.04.1994 r. o godzinie 10⁰⁰ w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 18.

Program zebrania:

1. dr Krzysztof Szkarłat, Klinika Urologii AMG - *Rola PSA w diagnostyce i monitorowaniu raka gruczołu krokowego*
2. dr Jerzy Wegner, Klinika Gastroenterologii, PSK nr 1 - *Markery nowotworowe przewodu pokarmowego ze szczególnym uwzględnieniem trzustki,*
3. firma ABBOTT, Warszawa - *Nowoczesne systemy diagnostyczne*

Przewodnicząca Oddziału
prof. dr hab. Wiesława Łysiak-Szydłowska

ODDZIAŁ GDAŃSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGICZNEGO

zaprasza na kolejne zebranie dnia 6.04.1994 r. o godz. 14⁰⁰ do sali seminaryjnej Zakładu Biochemii Klinicznej. Proponujemy:

- lek. med. Ewa Stefanowicz-Kujawa - *Zespół Turnera,*
lek. med. Krzysztof Błaut - *Zespół ektopowego wydzielania ACTH*

Sekretarz
Lek. med. Anna Lewczuk

Przewodniczący
Prof. dr hab. Stefan Angielski

POLSKIE TOWARZYSTWO PATOLOGÓW ODDZIAŁ GDAŃSK

uprzejmie zaprasza na zebranie, które odbędzie się w środę 6 kwietnia o godz 13⁰⁰ w Muzeum Zakładu Patomorfologii Akademii Medycznej w Gdańsku. W programie:

dr hab. Ryszard Pawłowski, Zakład Medycyny Sądowej AMG - *Zastosowanie reakcji łańcuchowej polimerazy DNA (metoda PCR) w medycynie.*

P.T. Członkom i Sympatykom PTP składamy serdeczne życzenia z okazji Świąt Wielkanocnych.

Sekretarz Zarządu Oddziału
dr B. Kadyłak

Przewodnicząca Zarządu Oddziału
prof. dr hab. Maria Hrabowska

POLSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGÓW DZIECIĘCYCH

zaprasza na zebranie, które odbędzie się 6 kwietnia 1994 r. o godz. 12⁰⁰ w bibliotece Katedry Neurologii. W programie: **dr Hanna Biskupiak**, mgr **Anna Olszewska** - *Autyzm w okresie wczesno dziecięcym - rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie.*

POLSKIE TOWARZYSTWO HIGIENICZNE ODDZIAŁ W GDAŃSKU

z siedzibą przy Al. Zwycięstwa 41/42 (w Zakładzie Higieny i Epidemiologii AMG) zawiadamia, że 8.04.1994 r. o godz. 11³⁰ odbędzie się zebranie, na którym **dr inż. Jan Sawicki** z Katedry Technologii Tłuszczów i Detergentów PG wygłosi referat pt. *Wpływ rafinacji na wartość żywieniową olejów.*

Sekretarz PTH Oddział w Gdańsku
Lek. med. Maria Bartosińska

ODDZIAŁ GDAŃSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA ONKOLOGICZNEGO

wspólnie z Zakładem Radiologii, Kliniką Chorób Płuc oraz Kliniką Chirurgii Klatki Piersiowej AMG zawiadamiają, że w dniu 12.04.1994 (wtorek) o godz. 12⁴⁵ w sali wykładowej Instytutu Radiologii i Radioterapii AMG im. prof. Grabowskiego odbędzie się posiedzenie naukowo-szkoleniowe nt: *Niedrobnokomórkowego raka płuc (NSCLC).* W programie:

1. *Kompleksowe badania diagnostyczne w NSCLC pod kątem rozpoznania i oceny stopnia zaawansowania* - prof. dr hab. med. **Olgięrd Billewicz** - 15 min.
2. *Nowoczesne metody diagnostyczne u chorych na NSCLC* - dr med. **Ewa Jassem** - 10 min.
3. *Skuteczność leczenia chirurgicznego NSCLC* - prof dr hab. med. **Jan Skokowski** - 15 min.
4. *Leczenie uzupełniające w pierwotnie operacyjnym NSCLC* - prof. dr hab. med. **Jacek Jassem** - 15 min.
5. *Rola radioterapii w NSCLC oraz podsumowanie zebrania* - dr med. **Hanna Karnicka** - 10 min.

Sekretarz
Dr med. **Krystyna Serkies**

Przewodnicząca
Dr med. **Anna Kobierska**

ODDZIAŁ MORSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA DERMATOLOGICZNEGO

zawiadamia, że posiedzenie Oddziału odbędzie się 13.IV.94 r. w Klinice Dermatologicznej AMG o godz. 11⁰⁰. Referat wygłosi prof. **A. Włodarkiewicz** - *Znamiona barwnikowe i wczesna diagnostyka czerniaka skóry.*

Sekretarz PTD
dr med. **A. Wilkowska**

Prezes PTD
prof. dr hab. **H. Szarmach**

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

ODDZIAŁ GDAŃSKI POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

zaprasza 16.04.1994 r. (sobota) na posiedzenie szkoleniowo-naukowe do sali wykładowej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1a, o godz. 10⁰⁰. W programie:

1. *Możliwości wykorzystania ultrasonografii w monitorowaniu zagrożenia płodu w ciąży wysokiego ryzyka* - dr K. Preis, dr D. Wydra
2. *Ciężka niedomoga nerek w przebiegu ciąży - demonstracja dwóch przypadków* - dr E. Wszelaki-Lass, dr J. Szymula, prof. A. Szczurowicz
3. *Leki produkowane przez Rzeszowskie Zakłady Farmaceutyczne "POLFA" stosowane w praktyce ginekologicznej* - mgr farm. Marek Putko
4. Sprawozdanie Zarządu Oddziału z działalności Towarzystwa w ostatniej kadencji
 - sprawozdanie Komisji Rewizyjnej,
 - wybory przewodniczącego zebrania,
 - powołanie Komisji Wyborczej,
 - wybory nowego Zarządu Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.
5. Wolne wnioski.

Sekretarz
dr med. Alina Kuźmińska

Przewodniczący
prof. Jerzy Mielnik

ODDZIAŁY GDAŃSKIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOLOGICZNEGO I POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMAKOLOGICZNEGO

mają zaszczyt i przyjemność zaprosić na wspólne posiedzenie, które odbędzie się 18 kwietnia 1994 r. (poniedziałek) o godz. 15⁰⁰ w bibliotece Katedry i Zakładu Fizjologii AMG (ul. Dębinki 1, V piętro, p.515).

Program posiedzenia:

1. Wykład dr Edyty Jurkowlaniec (Zakład Fizjologii Zwierząt UG) - *Wpływ dwustopniowych uszkodzeń bocznego podwzgórza na hipokampalny rytm teta*.
2. Dyskusja.
3. Wolne wnioski.

Przewodniczący Gd. Oddz.
PT Farmakologicznego
prof. dr Z. Korolkiewicz

Przewodniczący Gd. Oddz.
PT Fizjologicznego
prof. dr W. Juzwa

GDAŃSKI ODDZIAŁ POLSKIEGO TOWARZYSTWA GERONTOLOGICZNEGO

zaprasza na zebranie, które odbędzie się 18 kwietnia 1994 roku o godz. 13³⁰ w Wojewódzkiej Przychodni Geriatrycznej w Gdańsku, ul. Piwna 17/18, Dr med. Zbigniew Kmiec przedstawi referat *Cytoprotekcja u ludzi w wieku podeszłym*.

Przewodniczący
Gd. Oddz. PT Gerontologicznego
lek. med. Jerzy Foerster

POLSKIE TOWARZYSTWO PEDIATRYCZNE ODDZIAŁ GDAŃSKI

uprzejmie zawiadamia, że w dniu 19 kwietnia 1994 r. odbędzie się zebranie naukowo-szkoleniowe, o godz. 11¹⁵, w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-7. Temat zebrania: *Zawał serca u dzieci*.

1. *Wprowadzenie do tematu* - prof dr hab. Stanisława Małecka-Dymnicka z Kliniki Kardiologii Dziecięcej AMG.
2. *Zaburzenia w ukrwieniu wieńcowym serca u dzieci na podstawie obserwacji własnych* - dr Marek Tomaszewski wraz z zespołem Kliniki Kardiologii Dziecięcej AMG.

Wystąpienie przedstawicieli firm farmaceutycznych: UCB Pharma - mgr Marek Krzywkowski, Upjohn Poland - mgr Jolanta Czaplewska, mgr Piotr Romański.

Przewodnicząca PTP
prof. dr hab. Maria Korzon

**Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Zakaźnych
oraz Międzykliniczny Zespół AMG ds. Leczenia Choroby Nowotworowej u Dzieci
i II Wydział Gdańskiego Towarzystwa Naukowego**

uprzejmie zapraszają na wspólne zebranie, które odbędzie się 20.04.1994 r. (środa) o godz. 11⁰⁰ w sali wykładowej im. Prof. Wiktora Bincera, ul. Smoluchowskiego 18, w Gdańsku. Program zebrania:

Cytokiny i komórki je wytwarzające - Wprowadzenie - prof. dr hab. Krystyna Kozłowska

Onkostatyna - Nowa cytokina regulująca wzrost komórek - prof. dr hab. Krystyna Kozłowska

Interferon Gamma - Nowe możliwości terapeutyczne ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych - dr med. Maciej Trybulec, przedstawiciel naukowy firmy Boehringer Ingelheim

II Wydział GTN
Prof. dr hab. med. J. Limon
Dr med. G. Gnacińska

Międzykliniczny Zesp. AMG
Prof. dr hab. Cz. Stoba
Dr med. P. Czauderna

Przewodniczący PTEiLChZ
Prof. dr hab. W. Zielińska
Sekretarz PTEiLChZ
Dr med. D. Radowska

**POLSKIE TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE I TOWARZYSTWO INTERNISTÓW POLSKICH
oraz
POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE**

Zarządy Oddziałów w Gdańsku zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się dnia 22 kwietnia 1994 r. (piątek) o godzinie 12¹⁵ w Sali im. L. Rydygiera AM w Gdańsku. W programie:

dr med. Jadwiga Kłóś z II Kliniki Kardiologii CMPK w Warszawie - Choroba wieńcowa u kobiet, (60 min).

Przewodnicząca TIP
Kol. E. Częstochowska
Sekretarz TIP
Kol. J. Górski

Przewodnicząca PTK
Kol. M. Narkiewicz
Sekretarz PTK
Kol. A. Rynkiewicz

Przewodniczący PTL
Kol. J. Stolarczyk
Sekretarz PTL
Kol. H. Stępnia

**POLSKIE TOWARZYSTWO FARMACEUTYCZNE ODDZIAŁ GDAŃSK
oraz
GDAŃSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA**

uprzejmie zapraszają Członków i Sympatyków na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 26.04.94 (wtorek) o godz. 13⁰⁰ do Sali Wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG, przy Al. gen. J. Hallera 107.

Program spotkania:

1. **dr hab. farm. Wiesława Stożkowska**, adiunkt Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej AMG - *Możliwości i uwarunkowania wchłaniania leków przez błonę śluzową nosa*,
2. **mgr farm. Ewa Trzepacz**, przedstawiciel naukowy Ośrodka Informacji Naukowej "Polfa" Warszawa - *Nowe leki produkcji Polskich Zakładów Farmaceutycznych*,
3. **dr farm. Stanisław Vogel i prof. dr hab. Feliks Gajewski** - Aktualności GOIA oraz PTFarm
4. Posiedzenie Zarządu Oddziału Gdańskiego PTFarm., na które zapraszamy Członków Zarządu.

FARMACEUTO! Czy chcesz należeć do towarzystwa naukowego?

O przynależności do stowarzyszenia świadczy również podjęcie zobowiązania do regularnego opłacania składek członkowskich. W związku z tym zwracamy się już kolejny raz do Szanownych Koleżanek i Kolegów, członków PTFarm. o uzupełnienie zaległych składek członkowskich w wysokości 2.400 zł rocznie do 1992 r. oraz 120.000 zł rocznie od 1993 r.

W przypadku nieuzupełnienia zaległych składek do 30 maja 1994 r. będziemy uważali, że Państwo nie chcą należeć do towarzystwa naukowego, jakim jest Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne działające od 27 marca 1949 r. Nadmieniamy, że pełną listę aktualnych członków PT Farm., tych, którzy opłacają składki, opublikujemy w Przeglądzie Farmaceutycznym GOIA. Zaległości płatnicze można uregulować u pani mgr Haliny Gabiği w Katedrze Farmacji Stosowanej AMG (tel. 41-80-11 w. 285) lub przekazać na konto PT Farm.:

Bank Gdański I O/Gdańsk-Wrzeszcz Nr 301804-2020-132, a także w czasie comiesięcznych posiedzeń naukowo-szkoleniowych. Nowi członkowie towarzystwa naukowego PTFarm. są mile widziani.

Prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej
dr farm. Stanisław Vogel

Prezes Oddz. Gdańskiego PT Farm.
prof. dr hab. Feliks Gajewski

Sekretarz Oddz. Gdańskiego PT Farm
dr Małgorzata Sznitowska

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

PRASÓWKA

"MIASTO ZDROWIA?" - pod tym tytułem *Dziennik Bałtycki* (Nr 55, 7.03.94) zamieszcza ciekawą informację: "Gdańsk od kilku lat usiłuje przystąpić do Międzynarodowego Stowarzyszenia Zdrowych Miast. W Polsce do tej pory udało się to tylko Białemu Stokowi. Nasze miasto - konstatuje autor notatki, Kazimierz Netka - aktywnie uczestniczy jednak w organizowaniu i działaniu Polskiego Towarzystwa Zdrowych Miast". I dodaje: "Dbanie o zdrowie nie polega tylko na leczeniu, kiedy walczy się już z rozwiniętą chorobą - jak twierdzi Małgorzata Niewczas, wiceprzewodnicząca Rady Miasta Gdańska. Trzeba przede wszystkim zająć się profilaktyką zdrowotną, oświatą, upowszechnianiem zdrowego odżywiania się i propagowaniem sportu. Tym celom służyć będzie, organizowany w Gdańsku, w dniach 4-6 maja, trzeci zjazd przedstawicieli Zdrowych Miast..."

Trochę z gatunku "science fiction" w wydaniu *Gazety Morskiej* (Nr 55, 7.03.94): "W sobotę do szpitala ... przywieziono 19-letniego Sebastiana W., u którego ku zdumieniu lekarzy stwierdzono rozległy zawał serca. Młodego człowieka przewieziono natychmiast na oddział intensywnej terapii. Przypadek ten potwierdza nagłaśniany przez lekarzy od jakiegoś czasu fakt, że choroby układu krążenia w naszym kraju dotyczą coraz młodszych mężczyzn". "NIC TAKIEGO SIĘ W SOBOTĘ NIE WYDARZYŁO, ALE MOGŁO" - konstatuje *Gazeta*. I dodaje: "Według Światowej Organizacji Zdrowia występowanie chorób układu krążenia przybrało w Polsce rozmiary epidemii. Ocenia się, że obecnie na tę chorobę cierpi w kraju około 5 mln osób,

w tym 3.5 mln na nadciśnienie tętnicze krwi. Wyraźnie obniża się wiek dotkniętych tymi chorobami osób. Obecnie obejmują one ludzi w wieku 30-40 lat. A to chyba za wcześnie na... umieranie!"...

/Toteż/ W Gdańsku w dniach 17-24 kwietnia planuje się przeprowadzenie kampanii prozdrowotnej pod hasłem "Tydzień dla serca" (jako, że "Serce jest tylko jedno" - jak obwieszczone w tytule artykułu). "Będzie to część ogólnopolskiej akcji. Odbędzie się promocja zdrowej żywności, wystawa sprzętu sportowego, prezentacja preparatów antynikotynowych, imprezy sportowe, kwesta na aparaturę kardiologiczną dla gdańskich szpitali. Zdecydowano, że centralnymi miejscami tych imprez będzie ul. Długa i plac przy restauracji Cristal. Symbolem imprezy ma być mapa Polski z jabłuszkiem i sercem w tle".

O tym, że wiele rzeczy może być "grzesznych" - wiem od lat... no dajmy pokój - od ilu. Ale żeby "GRZESZNE były RECEPTY", dowiedziałem się po raz pierwszy (*Głos Wybrzeża*, Nr 61, 14.03.94). - "Ordynowanie leków, jak się okazuje, obarczone jest wieloma grzechami. Recepty nie zachowują charakteru oficjalnych druków, poczynając od braku właściwych pieczętek, dane pacjenta są niekompletne, w dokumentacji pacjenta brak adnotacji o zaordynowaniu leku. W 67% placówek leczenia ambulatoryjnego, NIK stwierdziła niekompletne dane w kartach pacjentów o udzielonej poradzie i zaordynowaniu leku lub też nie mogła doszukać się dokumentacji.

Mówiąc o gospodarce lekami warto chyba więcej mówić o chorym, o chorobie, o dostępności leków... Ano - chyba warto? Ale czy się mówi? Oto jest pytanie...

Materiał zebrał: dr Aleksander Drygas

wzloty i upadki

Wieczorem

Złożyłem dłonie
tak samo jak wtedy
lecz nie pojawił się
błękitny anioł
Zapalona świeca
ugryzła ścianę
A ja
śmieszny i mały
patrzę dalej w lustro



Janis Joplin

Z motyli i kwiatów
pleciesz blusa
tęczą
zakrywasz me oczy
nimfo
bosonoga

Krzysztof Sworczak

ALFA-OMEGA-RECEPTORY A NADPRODUKCJA KRZYWAGLADYN

Krzywagladyny*) bywają nadprodukowane. Jest to proces patologiczny, którego mechanizm, jak ogólnie wiadomo, nie jest dobrze zbadany. Prof. B. z Pracowni Farmakologicznej Zakładu Genealogii Medycznej, badając zagadnienie α - Ω -receptorów w oparciu o kanały platynowych, natrafiła na zjawisko nadprodukcji krzywagladyn u pacjenta z rozstrojeniem dendrytu jaźni. Objawy nie były typowe: chory wywracał trzecie wewnętrzne oko, którego źrenica nie reagowała na impulsy z nadzieleni, skarżył się na wierszotok biały, co ubocznie wskazywało na upośledzenie samoświadomości, gdyż mówił własnie prozą rymowaną, i z rzadka. Przed zgonem zażądał spotkania z panem Zagłobą, którego mienił się wujem, a to z racji ocznej nieparzystości. Prof. B. stwierdziła, że przyczyną tych nietypowych objawów, tak pospolitego w końcu schorzenia, był przyspieszony przepływ nadprodukowanych krzywagladyn przez pla-

tynowe kanały, prowadzące do α - Ω -receptorów.

Należy podkreślić, że to największe niewątpliwie od kilku lat w skali światowej odkrycie wyrasta w pewnym sensie z wieloletnich wysiłków badawczych naszego ośrodka naukowego.

Zakład Genealogii Medycznej wystąpił do JM Rektora AMG o przyznanie prof. B. tegorocznej nagrody Nobla w dziedzinie farmakologii.

Jak się dowiadujemy z kół zbliżonych do Władz Akademii, nagroda ma być przyznana już 1 kwietnia br.

(Inf. własna - GAMG)

*) Nazwa tych pochodnych kwasów odchudzonych nawiązuje do przydomku, jaki swego czasu koledzy z Eton obdarzyli córkę jednego z tamtejszych profesorów, późniejszą noblistkę Gladys Quasi O'Mrau; młodzieńcy nazwali ją, nie bez pewnej złośliwości, Krzywą Gładyną.





Medycyna z przymrużeniem oka

Wierząc, że poczucie humoru profesorów jest nie mniejsze od studenckiego, drukujemy ciąg dalszy powiedzeń zasłyszanych przez naszych studentów na zajęciach.

Dobrej zabawy.

Poczucie punktualności, proszę pani, należy do uczuciowości wyższej...

Często na egzaminie stwierdzam uporczywe milczenie studentów, a może to być mutyzm, ignorancja lub milczenie reaktywne...

Pana definicja przypomina mi, czym jest masło: - Masło jest to taka substancja maślana, która przypomina masło...

Jak chcecie o coś pytać, to pytajcie, szybciej wtedy czas leci...

Ja pierwszy padnę, bo mam najmniejszą wydolność z was, po mnie poznacie, że jest za duszno...

Ważne jest wczesne rozpoznawanie ostrych schorzeń chirurgicznych, żeby chory nie czekał do rana aż wystygnie...

Myślenie ma przyszłość, nie wprowadzonym szkodzi...

Nie będę państwa długo trzymać, chciałbym, żebyście zakosztowali jeszcze uciech życia...

Na psychiatrii będziemy musieli nosić szarfy, żeby nie mylono nas z pacjentami...

Leczeniem wspomagającym w niedostatecznym przepływie mózgowym jest stanie na głowie...

Co by nie było w głowie, to i tak jest ciężka...

Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego - pacjent nic nie widzi i lekarz nic nie widzi...

Państwo nie jesteście agresywni, więc i ja nie czepiam się tego tematu...

Proszę sobie wyobrazić model zwierzęcy schizofrenii, na przykład... u mrówki...

Nie ma masażu odchudzających; od masażu chudnie tylko masażysta!

