

GAZETA GDAŃSK AMG

Styczeń 1995

Rok 5 nr 1 (49)



W imieniu Senatu, Władz Uczelni i własnym składam z okazji Nowego Roku 1995 najlepsze, najserdeczniejsze życzenia.

Z najwyższym szacunkiem Wam, Koleżanki i Koledzy, dziękuję za codzienną, ofiarną, odpowiedzialną pracę dla dobra chorych, dla dobra drugiego człowieka.

Życzę Państwu, życzę nam wszystkim, aby Nowy Rok 1995, rok Jubileuszu 50-lecia powstania naszej Uczelni stał się bodźcem do zwiększenia wysiłków podnoszących poziom nauki, dydaktyki, codziennej pracy.

Życzę profesorom, adiunktom, asystentom satysfakcji z wykonywania pracy badawczej, klinicznej i nauczania, a studentom najlepszych wyników zaliczeń, kolokwii i egzaminów.

Calej społeczności naszej Uczelni życzę wytrwałego pokonywania trudności, spełnienia zamierzeń, życzliwości otoczenia, radości życia, wszelkiej pomyślności.

Życzę sukcesów w utrwalaniu dobrych tradycji naszej Alma Mater.

Szczęśliwego Nowego Roku 1995!

Do siego Roku!

Prof. dr hab. med. Zdzisław Wajda
Rektor

Z SENATU AMG

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku na posiedzeniu w dniu 19 grudnia 1994 r. przyjął informację złożoną przez Prorektora ds. Klinicznych, prof. dr hab. Zbigniewa Nowickiego z przebiegu akcji udzielania pomocy przez Szpitale Kliniczne ofiarom tragicznego pożaru w Hali Stoczni Gdańskiej oraz wysłuchał relacji o dalszych etapach postępowania medycznego.

Senat wyraża najwyższe uznanie i podziękowanie wszystkim osobom, zwłaszcza tym, które w sposób spontaniczny włączyły się do pomocy w ratowaniu zdrowia i życia poszkodowanych.

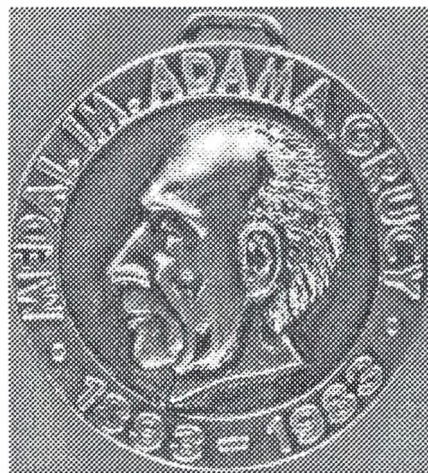
Dziękuję lekarzom, pielęgniarkom, studentom, wszystkim, którzy przyczynili się do sprawnego i skutecznego działania i nieśli ulgę cierpiącym.

PROF. DR HAB. ANTONI HLAVATY PROF. DR HAB. JÓZEF SZCZEKOT CZŁONKAMI HONOROWYMI PTO i Tr



Podczas uroczystości otwarcia XXX Jubileuszowego Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego we Wrocławiu prof. dr hab. Antoni Hlavaty otrzymał dyplom Członka Honorowego PTO i Tr, a prof. dr hab. Józef Szczekot został odznaczony Medalem im. Adama Grucy.

Walne Zgromadzenie członków PTO i Tr w dniu 15 września br. nadało jednogłośnie Członkostwo Honorowe prof. dr. hab. Józefowi Szczekotowi.



W 1989 roku prezydent Bush proklamował w Kongresie Amerykańskim lata dziewięćdziesiąte jako **"dekadę mózgu"**. Uchwała Kongresu nabrała mocy ustawy w lipcu 1989 r. Przyjęto, że deklaracja ta przyczyni się do zogniskowania koniecznej uwagi na badaniach zmierzających do udoskonalenia metod zapobiegania, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji schorzeń wynikających z uszkodzenia mózgu. Położono równy nacisk na badania podstawowe i kliniczne.

W USA więcej chorych jest hospitalizowanych z powodu chorób mózgu niż z powodu jakiejkolwiek innej większej grupy chorób, łącznie z sercowo - naczyniowymi i nowotworami. W przedsięwziętej akcji koordynatorem jest Narodowy Instytut Chorób Układu Nerwowego i Udarów (NINDS). Jego budżet w okresie dekady ulegnie 4-krotnemu zwiększeniu. Już w 1990 r. swoją **"dekadę mózgu"** proklamowały Włochy, a następnie Holandia, Szwecja i Szwajcaria. W roku 1992 akcja ta przekroczyła poziom narodowo-państwowy, kiedy w Pałacu Akademickim w Brukseli uroczystie otwarto **"Europejską dekadę badań nad mózgiem"**, finansowaną przez Wspólnotę Europejską (EC). Doceniając znaczenie badań podstawowych inicjatywa europejska podkreśla znaczenie nauk stosowanych (w tym klinicznych), zamiast dotychczasowej koncentracji badań na współpracy z firmami farmaceutycznymi w poszukiwaniu nowych leków. Koordynatorem badań stało się Europejskie Stowarzyszenie Nauk Neurologicznych (Neuroscience).

James Watson, noblista z 1962 r., współodkrywcą podwójnej spirali DNA, powiedział, że

"mózg jest ostatnią i największą biologiczną granicą w poznawaniu świata".

W swojej książce pt. **"Odkrywając mózg"** określił go jako **"najbardziej skomplikowane zjawisko w naszym wszechświecie"**. Poznawanie czynności mózgu porównywane jest do opracowywania mapy ("mapping"), a odkrywanie coraz nowych obszarów - do wyprawy Kolumba, może bowiem prowadzić do odkrycia nieznanych kontynentów. Już w 1909 r. uczonego niemieckiego Korbiniana Brodmana opracował na podstawie badań cytoarchitektonicznych korowe reprezentacje najważniejszych czynności mózgu, zawiadujących funkcjonowa-



niem ustroju ludzkiego. Oznaczył je numerycznie i np. reprezentacja mózgu obejmuje pola 22 i 44 półkuli dominującej. Jednak nasza dotychczasowa znajomość tych funkcji przyrównywana jest do poszukiwania adresu, kiedy zdołaliśmy ustalić dopiero nazwę miasta, czasem ulicy, a chcemy odszukać numer domu, mieszkania, a nawet rozkład wewnętrznych pomieszczeń. Czynność mózgu i jej zaburzenia stanowią nadal jedną z większych nieprzekroczonych jeszcze granic poznania w naukach biomedycznych.

Rozwój techniki wzbogaca badaczy i diagnostów, a także klinicystów w coraz nowe, doskonalsze aparaty, jak rezonans magnetyczny (MRI), tomografię pozytronową (PET), pozwalającą śledzić dopływ krwi, jako wyraz aktywności danej okolicy mózgu, SQUID - dający możliwość oznaczania tych obszarów przez wykorzystanie zjawiska nadprzewodnictwa w postaci pól magnetycznych i wiele innych. "Mapping" przy użyciu tomografii pozytronowej umożliwia śledzenie obiegu biochemicznego w mózgu i wykrywanie miejsc zaburzeń metabolicznych. W USA tylko na badania z zakresu "mappingu" przeznaczają się 5 - 10 milionów dolarów rocznie.

Jakie jest przełożenie inicjatyw zawartych w "dekadzie mózgu" na medycynę praktyczną? Oczywiście badania nie mogą ograniczyć się tylko do funkcji poznawczej - chodzi o to, żeby ich wyniki służyły choremu. A więc nie tylko samo dociekanie przyczyn i mechanizmów niektórych, dotąd niedokładnie poznanych chorób, jak np. choroba Alzheimera, ale także znacznie powszechniejszych zjawisk, jak możliwości kompensacyjne mózgu po jego uszkodzeniach, w tym tak często urazowych. Urazy, stanowiąc

DEKADA MÓZGU

III w kolejności przyczynę zgonów dla całej populacji, w grupie wiekowej od 1 do 44 roku życia, wysuwają się na miejsce pierwsze.

W Stanach Zjednoczonych Komitet Doradczy ds. Chorób Układu Nerwowego i Udarów (National Advisory in Neurological Disorders and Stroke) opublikował raport pt. "Postęp i perspektywy 1992" (Progress and promises 1992). W zaleceniach wydzielono 15 newralgicznych dziedzin wymagających badań, z których wiele łączy się z potencjalnym postępem w neurochirurgii. Zaliczono tu m.in. padaczkę, urazowe uszkodzenia mózgu i rdzenia, udar i schorzenia naczyń mózgu, nowotwory ośrodkowego układu nerwowego, chorobę Parkinsona i inne ruchy mimowolne oraz zadania związane z przywracaniem i usprawnianiem czynności uszkodzonego mózgu.

W neurochirurgii dokonał się w ciągu ostatnich 30 lat ogromny postęp dzięki nowej aparaturze diagnostycznej i operacyjnej. Nowe środki kontrastowe ulepszyły mielografię, technika numeryczna - angiografię, postępy w elektronice i komputeryzacji umożliwiły monitorowanie dróg nerwowych, nawet podczas operacji. Wprowadzenie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego doprowadziły (oprócz przełomu w diagnostyce) do reaktywowania stereotaksji (precyzyjna metoda operowania głębokich struktur i umiejscowionych tam zmian w oparciu o dokładne, trójwymiarowe obliczenia współrzędnych). Technika ta jest przydatna w stosowaniu energii promiennej na ograniczony obszar w celu leczenia głęboko położonych zmian naczyniowych typu malformacyjnego i nowotworowych (tzw. "promieniochirurgia" = ang. radiosurgery). Trwają poszukiwania środków uczulających tkankę nowotworową na działanie radioterapeutyczne oraz badania nad możliwościami immunoterapii. Podjęto wstępne próby transplantacji tkanek mózgu (implantacje komórek nadnercza i tkanek płodowych mózgu), jednak ocena tych metod wymaga jeszcze dalszych obserwacji. Postęp w diagnostyce i technice chi-

rurgicznej sprawił, że wiele procesów, uważanych dotąd za nieoperacyjne, udaje się z powodzeniem leczyć, a stosowane dotąd metody stały się bezpieczniejsze przez zmniejszenie ryzyka powikłań. Neurochirurgia odgrywa też znaczącą rolę w coraz lepszym rozumieniu funkcji mózgu w zdrowiu i chorobie.

Jakie kierunki poszukiwań proponuje Komitet Doradczy?

Pogłębienie wiedzy o metabolizmie komórki nerwowej może otworzyć drogi przywracania funkcji w przypadkach urazowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego poprzez implantację komórek lub fragmentów tkanek do mózgu i rdzenia. W schorzeniach naczyniowych, które zbierają obfite żniwo, zwłaszcza w krwotocznych udarach mózgu wśród ludzi w okresie pełnej aktywności życiowej (ponad 1200 Amerykanów ulega dziennie udarowi mózgu) ciągle nie wszystkie mechanizmy towarzyszące krwawieniu i zaburzenia pogarszające wyniki leczenia są poznane. W tej dziedzinie przewiduje się też upowszechnienie operacyjnego udrożniania tętnic zaopatrujących mózg (t. szyjna, t. kręgowa) w udarach niedokrwienych. W neuroonkologii (34000 nowych zachorowań rocznie w USA) nowe drogi otwierają badania genetyczne, zwłaszcza nad modyfikacją genetyczną komórek nowotworowych, a także ulepszenie technik radioterapeutycznych, łącznie z brachyterapią i stosowaniem "gamma knife". W chorobie Parkinsona (dotyczy ona 0.5 miliona mieszkańców USA) wspomniiane już implantacje komórek nadnercza i tkanek płodowych. Wreszcie w przywracaniu i usprawnianiu czynności mózgu - umieszczanie miniaturowych elektrod do stymulacji mięśni i komórek nerwowych, przygotowanie elektronicznych protez zmniejszających kalectwo przy porażeniach kończyn, protezy nerwowe dla ociemniałych.

W latach "dekady mózgu", (która jest aktualnie na półmetku), wskazane powyżej kierunki powinny być realizowane w przyspieszonym tempie. Nawet doświadczonemu badaczowi trudno przewidzieć, ►

jaki może być limit tych poszukiwań w przyszłości.

Dekada lat osiemdziesiątych była czasem wielkich zmian, które dotknęły również neurochirurgię we wszystkich jej działach. Samo tylko wprowadzenie MRI do obrazowania mózgu i rdzenia spowodowało rewolucję diagnostyczną porównywalną z tą, jaką w latach siedemdziesiątych przyniosło wprowadzenie tomografii komputerowej. Nie mniejszego postępu można oczekiwać w obecnej dekadzie. Amerykańskie środowisko naukowe wyraża przekonanie, że jesteśmy na progu najbardziej obiecującej dekady XX wieku.

W USA zawiązano organizację pod nazwą **Amerykańskie Stowarzyszenie Mózgu (Am. Brain Assoc.)** odwołującą się m.in. do ofiarności społecznej, na podobieństwo Amerykańskiego Stowarzyszenia Serca (Am. Heart Assoc.) i Amerykańskiego Stowarzyszenia Raka (Am. Cancer Assoc.). Skupiając przedstawicieli wszystkich dziedzin związanych z UN gromadzi ona fundusze na wyposażenie szpitali, programy szkoleniowe dla środowisk fachowych i oświatowe dla chorych oraz granty na badania i szkolenie.

Dekada mózgu jest więc pewnego rodzaju zielonym światłem nie tylko dla badań podstawowych nad mózgiem, ale także dla dyscyplin klinicznych, reprezentujących tzw. nauki stosowane. Powinna przyczynić się do zwiększenia nakładów na oprzyrządowanie, pozwalając w krótkim czasie wykorzystać osiągnięcia badaczy nauk podstawowych. Chemik amerykański Paul Christian Lauterbur opublikował swój pomysł zapisu sygnału rezonansu mikrocząsteczki w 1972 r., ale pierwszy aparat do badania przy użyciu rezonansu magnetycznego pojawił się dopiero w roku 1982.

W Polsce „dekada mózgu” przechodzi niemal niezauważona. Utworzono wprawdzie w 1991 r. Polskie Towarzystwo Nauk Neurologicznych (Polish Neuroscience Society), które zadeklarowało udział w międzynarodowej dekadzie, ale nie wyszło to poza zorganizowanie I Kongresu, którego jednym z celów było przyciągnięcie do współpracy wybitnych badaczy z zagranicy będących polskiego pochodzenia. Nie wszystko można tłumaczyć niedoborami finansowymi.

Chciałoby się oczekiwać priorytetowego potraktowania tych zagadnień (także przez KBN), aby uniknąć pozostawiania w tyle w stosunku do krajów rozwiniętych. Nie mogę oprzeć się w tych rozważaniach od zamieszczenia kilku uwag „pro domo sua”: **sytuacja, w jakiej znajduje się gdańska neurochirurgia** dławiąc się w szczupłych pomieszczeniach i dysponując ograniczoną liczbą łóżek, stawia tę Klinikę (stanowiącą jedyny ośrodek specjalistyczny w województwie) nie tylko poza jakimikolwiek obowiązującymi wskaźnikami porównywalnymi z zagranicą, ale nawet w Polsce. **Niepokoić musi rozbieżność między rozwojem diagnostyki z nowoczesną aparaturą na najwyższym poziomie a niedostatkami wyposażenia służącego terapii** (aparatura i narzędzia). Problem ten nie znajduje ciągle zrozumienia konieczności działań w kierunku rozszerzenia tej skromnej bazy, mimo upływu połowy okresu Międzynarodowej i Europejskiej Dekady Mózgu.

Europa w ocenie znawców problemu nie nadąża za Stanami Zjednoczonymi i słysząc głosy, że jeśli idea wyrażana tą inicjatywą nie znajdzie szerszego poparcia, za 10 lat można spodziewać się „drenażu mózgów” najzdolniejszych młodych badaczy za ocean.

Bowiem naprawdę tylko tam odebrano deklarację prezydenta Busha o priorytetowej randze badań nad mózgiem i układem nerwowym poważnie. W swoim wystąpieniu powiedział on:

„sprawa jest słuszna, cele osiągalne, czas właściwy”.

prof. dr hab. Brunon L. Imieliński

Wojna burska na początku naszego wieku była jednym z kroków milowych w rozwoju nauki o żywieniu. Poczynione wówczas obserwacje wykazały, że militarne problemy Imperium Brytyjskiego były m.in. spowodowane słabszą niż przeciwników kondycją fizyczną żołnierzy, wynikającą z niewłaściwego ilościowo i jakościowo odżywiania. W badaniach epidemiologicznych, które zostały potem przeprowadzone, stwierdzono, że około 30% dzieci w Edynburgu i 60% dzieci w przemysłowym Manchesterze cierpi z powodu niedożywienia. Odkrycie to zapoczątkowało programy socjalne związane z promowaniem jednego, pełnowartościowego posiłku dziennie dla dzieci szkolnych nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale również w innych krajach europejskich. Dalekim echem tego jest propagowana u nas jedna szklanka mleka w szkole.

Czy dzisiaj, niemal po stu latach od tamtych wydarzeń, problemy żywienia powinny być w dalszym ciągu przedmiotem naszej troski, **czy wiedza o żywieniu powinna być obowiązkiem najpierw studenta medycyny, a potem praktykującego lekarza?**

W letnim semestrze w roku akademickim 1994/95 po raz pierwszy będą prowadzone zajęcia z przedmiotu nazywanego wstępnie **„Diagnostyka zaburzeń żywienia”**. W niniejszym artykule chciałabym przedstawić, bardzo ogólnie, jakie treści będą w nim przekazywane i odpowiedzieć na pytanie, czy znajdują one logiczne miejsce w całym programie studiów medycznych.

ZESPÓŁ KATEDRY I ZAKŁADU BIOLOGII I GENETYKI AMG LAUREATEM NAGRODY PAN

Uchwałą Sesji Plenarnej Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk z dnia 21 października 1994 r. przyznano: prof. dr. hab. Januszowi Limonowi, dr. Krzysztofowi Mrózkowi, dr. biol. Bogusławowi Nedoszytko, mgr biol. Małgorzacie Bobińskiej zespołową nagrodę naukową Wydziału za cykl prac pt. **„Analiza cytogenetyczna swoistości aberracji chromosomowych w komórkach maziówczaka złośliwego i raka gruczołu piersiowego oraz badania niestabilności chromosomowej w rakach jajnika człowieka”**.

OBOWIĄZEK WOBEC CIAŁA, RADOŚĆ DLA PODNIEBIENIA CZYLI RZECZ O JEDZENIU

Jedną z funkcji lekarza podstawowej opieki medycznej, (lekarza rodzinnego) jest działanie na rzecz promocji zachowań zdrowotnych, tzw. zdrowego stylu życia, a także na rzecz profilaktyki chorób, w tym także wynikających z postępu cywilizacji, m. in.: - chorób serca, nadciśnienia, otyłości, cukrzycy, nowotworów, osteoporozy. Okazuje się, że w każdej z nich, obok komponenty genetycznej, występują wyraźne elementy wpływu środowiska na rozwój i przebieg choroby. **Działanie profilaktyczne**, po zdefiniowaniu czynników ryzyka, musi obejmować umiejętność oceny stylu życia, diety pacjenta, a także zalecenia określonych zmian w dotychczasowym sposobie żywienia. Co więcej, **lekarz pierwszego kontaktu powinien służyć fachową pomocą swoim pacjentom w różnych okresach ich życia**, a więc i dziecko-niejadek i słodki grubasek, i dorastająca panienka z kompleksem nadwagi, ale i senior rodziny, i kobieta w ciąży. Wszyscy powinni uzyskać pomoc w doborze właściwego dla wieku odżywiania.

Również my sami musimy zdawać sobie jasno sprawę, dlaczego dbamy o jakość naszego odżywiania. Oczywiście, jemy, aby żyć i czerpać radość z życia, mieć energię do pokonywania trudności, ale i do osiągnięcia suk-

cesów. Posiłek spełnia też ważną funkcję socjalną i psychologiczną, a w dobrej formie daje nam przyjemności estetyczne. Lubimy jeść w miłym towarzystwie - posiłek zbliża ludzi, a poza tym człowiek syty nie jest agresywny. Nasze zwyczaje żywieniowe znajdują się pod wpływem wielu czynników, co pozwoli uświadomić zamieszczony schemat.

Po długim okresie ograniczeń związanych z systemem kartkowym, przeżywamy teraz na naszym rynku zalew produktów z całego świata natrętnie reklamowanych we wszystkich środkach przekazu. Z drugiej strony pojawiają się również doniesienia o cudownych dietach, które z grubasa w krótkim czasie uczynią Twiggy - (gwoździ przypomnienia, sławna w latach 60. wyjątkowo szczupła, angielska modelka). I trzeba zdawać sobie sprawę, że wiele z tych produktów to tzw. „junk food”, które zwiększa podaż sodu lub pustych kalorii, a spektakularny efekt diety w pierwszych dniach jej stosowania jest wynikiem utraty glikogenu, sodu i wody z organizmu.

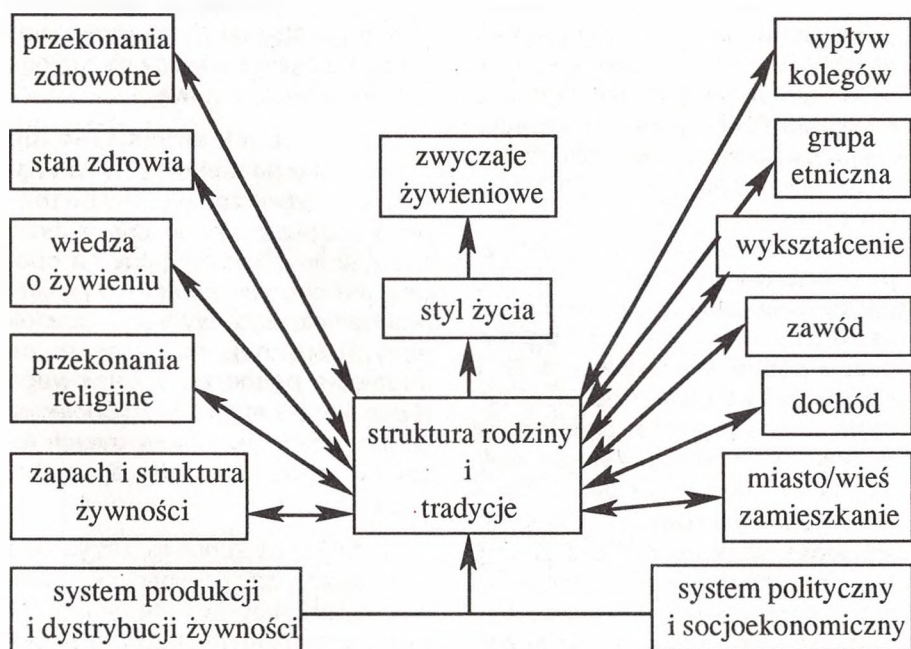
Potrzebna jest więc wiedza pozwalająca ocenić charakter i przyszłą efektywność diety i dobrać ją indywidualnie dla danego pacjenta.

Konieczna jest również wiedza o wpływie procesu technologicznego na końcową wartość odżywczą pokarmu, jak przygotować warzywa, aby zachowały witaminy i sole mineralne, ale też w innym przypadku, co należy zrobić, aby zmniejszyć podaż potasu w tych samych warzywach. A dalej, czy w naszych warunkach można kobiecie w ciąży doradzać stosowanie diety wegetariańskiej i czym powinna być ona wzbogacana. To jest także **wiedza o interakcji leków ze składnikami pokarmowymi, ich wpływie na absorpcję i efekt terapeutyczny.**

Powyżej poruszane problemy dotyczą w większości przypadków zachowań prozdrowotnych, profilaktyki chorób, jeśli nie mamy ambicji, abyśmy sami i nasi podopieczni zostali pacjentami profesora Religi. Drugi aspekt problemów odżywiania ma bezpośredni wymiar kliniczny.

Niedożywienie jest problemem nie tylko krajów ubogich, ale również tych najbogatszych. Okazuje się, że **około 40% osób w podeszłym wieku przyjmowanych do hospitalizacji w Stanach Zjednoczonych cierpi na różnego stopnia niedożywienie** - taką informację przekazano na posiedzeniu sekcji żywieniowej Amerykańskiego Towarzystwa Chemii Klinicznej. Problem ten będzie również narastał w naszym kraju z uwagi na wzrost populacji osób w jesieni życia i problemów żywieniowych typowych dla tego wieku, m. in. - zmniejszenia wrażliwości na bodźce smakowe, a także zrywania dotychczasowych więzi socjalnych, samotności i depresji.

Przyszły lekarz musi zdawać sobie sprawę, że **istnieją i inne populacje chorych, u których występuje zwiększone ryzyko niedożywienia**. Dotyczy ono zarówno przewlekłe chorych z chorobą nowotworową, dializowanych, alkoholików, chorych na gruźlicę, że ograniczę się jedynie do kilku przykładów. Niedożywienie może mieć również postać ostrą np.: po chemoterapii, urazach wielonarządowych, w przypadku posocznicy, oparzeń. Specjalna uwaga musi być poświęcona pacjentom żywionym dietami syntetycznymi lub pół-



syntetycznymi, niezależnie od sposobu podawania do- lub pozajelitowego. I trzeba umieć zarówno rozpoznać objawy niedożywienia, zastosować właściwą terapię, jak i dobrać zestaw badań laboratoryjnych do monitorowania efektu terapeutycznego.

Od stanu odżywienia pacjenta zależy jego dobre samopoczucie w stresorodnym otoczeniu szpitalnym, jego odporność immunologiczna i szybsze gojenie ran pooperacyjnych, a nawet, co za tym idzie, krótszy pobyt w szpitalu. Pojawia się więc dodatkowy aspekt - ekonomiczny, związany z obniżeniem jednostkowych kosztów leczenia. Jest to oczywiście problem właściwej organizacji żywieniowych służb szpitalnych. Przyjęte jest na świecie, że dietetyk i tzw. „clinical nutritionist” wchodzi w skład zespołu terapeutycznego obok lekarza, farmakologa klinicznego i przedstawiciela laboratorium. Sądzę, że również u nas przychodzi powoli czas na rozpoczęcie działań w tym kierunku.

Na zakończenie, łącząc przyjemne z pożytecznym, pozwalam sobie przedstawić mały test:

1. Prawidłowy indeks masy ciała (waga/wysokość²) powinien być w granicach:
a. < 20 b. 20÷25 c. >25
2. Czy 1 łyżeczka masła zawiera:
a. tyle samo b. mniej c. więcej kalorii co 1 łyżeczka oleju?
3. Podstawowym źródłem witaminy C w naszej diecie są:
a. jabłka b. ziemniaki c. kapusta
4. Na obniżenie poziomu cholesterolu w osoczu ma wpływ:
a. błonnik nierozpuszczalny (celuloza, hemiceluloza, ligniny)
b. błonnik rozpuszczalny (pektyny, gumy, śluzy) zawarty w:
a) ziarnach zboża b) ryżu nietuskanym c. cytrusach
5. Kwasicy ketonowej można się spodziewać, jeśli stosowana dieta zawiera mniej węglowodanów w ciągu doby niż:
a. 250g b. 200g c. 100g d. 50g
6. Obniżenie w osoczu poziomu białka wiążącego retinol (RBP) w wyniku niedożywienia będzie można obserwować już po:
a. 3 dniach b. 14 dniach c. miesiącu

prof. dr hab. Wiesława Łysiak-Szydłowska

Cholecystektomia laparoskopowa, po raz pierwszy wykonana w roku 1987 przez Mouret we Francji, jest obecnie obok metody konwencjonalnej, metodą z wyboru w leczeniu operacyjnym kamicy pęcherzyka żółciowego. Tak szybka i niemal jednoznaczna akceptacja nowej metody była możliwa dzięki licznym jej zaletom.

Cholecystektomia laparoskopowa jest metodą bezpieczną i definitywnie rozwiązującą problem kamicy pęcherzyka żółciowego. Podstawową cechą chirurgii laparoskopowej jest **mała inwazyjność wobec powłok brzusznych**, co powoduje, że ból okresu pooperacyjnego jest znacznie mniej wyrażony niż w metodzie klasycznej. **Niewielkie rany operacyjne** ograniczają możliwość wystąpienia zakażenia oraz przepuklin pooperacyjnych, co ma szczególne znaczenie u chorych, np. z cukrzycą, przewlekle przyjmujących kortykosterydy lub leki immunosupresyjne. **Znamienne zmniejszenie bólu pooperacyjnego** w nadbrzuszu, tak charakterystycznego dla operacji wykonywanych metodą konwencjonalną pozwala na wcześniejsze uruchamianie i usprawnianie chorego, co zmniejsza ryzyko wystąpienia zakażeń układu oddechowego. Jest to bardzo ważne zwłaszcza u otyłych chorych. Nadwaga stała się więc w ostatnim okresie nawet wskazaniem do zastosowania metody laparoskopowej.

Jedną z najistotniejszych zalet metody laparoskopowej jest **bardzo znaczne skrócenie lub nawet brak okresu pooperacyjnej niedrożności porażennej**, która występuje po każdym otwarciu jamy brzusznej. Pozwala to na skrócenie do niezbędnego minimum okresu pobytu w szpitalu. Nie można pominąć tak ważnych korzyści dla chorego, jak względy kosmetyczne.

Wszystkie przytoczone zalety laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego prowadzą również, a może przede wszystkim, do **ograniczenia pobytu w szpitalu z ok. 6 - 8 dni do 1.0 - 2.5 doby**. Podobnie znacznie krótszy jest okres niezdolności do pracy, bo wynosi zazwyczaj około 10 - 14 (a nawet mniej) dni, wobec 4 - 6 tygodni, po operacji wykonanej sposobem klasycznym. Do „przewag” natury czysto technicznej należy również niespotykana w klasycznej metodzie **dostępność narzędzi opera-**

cyjnych i niemal mikroskopowa precyzja, z jaką możliwe jest operowanie w laparoskopii, wynikająca z 6 - 8 krotnego powiększenia pola operacyjnego. Cholecystektomia laparoskopowa jest też wbrew pozorom **metodą tanią**. Koszt zużytych leków, materiałów szewnych i opatrunkowych jest 2 - 2.5 krotnie niższy niż w metodzie konwencjonalnej. Biorąc pod uwagę również koszty „hotelowe” oraz okres wypłacania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, można metodę laparoskopową polecać jako sposób na łagodzenie trudności materialnych polskiego lecznictwa.

Pomimo tak licznych zalet **nie należy zapominać o ujemnych stronach metody**. Nie wszyscy chorzy mogą być operowani sposobem laparoskopowym. **Przeciwwskazaniem do tej metody jest:** rozlane zapalenie otrzewnej, wstrząs septyczny spowodowany występowaniem *choleangiohepatitis*, zaawansowana marskość wątroby z nadciśnieniem wrotnym, oporna na leczenie skaza krwotoczna oraz przetoka pęcherzykowo-jelitowa. **Następstwem wypełnienia jamy otrzewnowej dwutlenkiem węgla** (co jest warunkiem wykonania zabiegu) pod ciśnieniem 12 - 14 mm Hg jest m.in. zmniejszenie powrotu krwi żyłnej do serca, zmniejszenie pojemności wyrzutowej serca, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, nadmierne stężenie dwutlenku węgla we krwi operowanego, zaburzenia rytmu i najgroźniejsze - zatory dwutlenkiem węgla do płuc. Te niedogodności związane z omawianą metodą w znacznym stopniu mogą eliminować chorych z zaawansowaną niedomogą krążeniowo-oddechową.

Można jednak zmniejszać lub nawet uniknąć niekorzystnych następstw wytwarzania odmy otrzewnowej poprzez stosowanie techniki „bezgazowej”, polegającej na operowaniu chorych z zastosowaniem mechanicznego wyciągu powłok jamy brzusznej, co pozwala na usunięcie pęcherzyka żółciowego (*Less-Gass-Laparoscopic Cholecystectomy*) oraz wykonanie innych rodzajów operacji techniką laparoskopową.

Nadal nie do końca rozstrzygnięta jest kwestia, czy powinno się operować laparoskopowo chorych z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego.

Chirurgia laparoskopowa - panaceum czy chirurgia wybranych przypadków ?

wego i powikłaniami kamicy żółciowej.

W świetle zbiorczych zestawień dużych grup chorych z kamcią pęcherzyka żółciowego, operowanych metodą endoskopową, ogólna **liczba powikłań okołoperacyjnych jest porównywalna z metodą konwencjonalną**. Wyższy jednak jest odsetek uszkodzeń zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych w metodzie laparoskopowej - 0.2 - 0.6%, w stosunku do metody klasycznej, w której określany jest on na 0.1 - 0.2%. Jakościowo **nowym problemem są powikłania wynikające z odmiennej techniki operacyjnej** takie, jak uszkodzenia mechaniczne i termiczne naczyń, jelit i pęcherza moczowego, których częstość występowania nie przekracza jednak 0.2% operowanych. Do ujemnych stron metody laparoskopowej dodać należy również **brak możliwości badania palpacyjnego**, które stanowi jeden z najistotniejszych dla chirurga sposobów rozpoznania śródoperacyjnego.

Zastosowanie laparoskopii w chirurgii dróg żółciowych jest dzisiaj tak rozpowszechnione, że wywiera to wpływ na ocenę możliwości i wydolności tej metody w innych chorobach jamy brzusznej. Powstawać może i chyba spotyka się nazbyt często przeświadczenie, że jest to metoda doskonała, uniwersalna i rozwiązująca wszelkie trudności chirurgii jamy brzusznej.

Należy powiedzieć jasno i jednoznacznie, że tak nie jest. Dzisiaj, blisko siedem lat po wprowadzeniu metody powoli wykryszcza się sta-

nowisko środowisk chirurgicznych, zwłaszcza tych, które są zainteresowane "chirurgią małej inwazyjności". Są również przedstawiciele opcji znacznie bardziej zachowawczej, których rezerwa jest znacznie większa, zarówno co do samej metody, jak również do poszczególnych rodzajów zabiegów wykonywanych w laparoskopii. Trudno jest się temu dziwić, choć wielu okrzyknęło wprowadzenie tej metody przełomem w medycynie porównywanym do odkrycia antybiotyków.

Niewiele można dzisiaj wymienić operacji z zakresu chirurgii jamy brzusznej, których nie wykonano sposobem laparoskopowym.

Dopasowywanie wskazań do metody doprowadziło już do sytuacji, kiedy przedstawiane są przypadki wycięcia trzustki, nerek, nadnerczy i śledziony. Wykonano również wycięcie laparoskopowe przełyku, całkowite wycięcie żołądka i odbytnicy sposobem brzuszno-krocowym z powodu raka tych narządów. **Niemal rutynowymi** w wielu ośrodkach Stanów Zjednoczonych i Europy Zachodniej stały się m.in. laparoskopowe: zabiegi wycięcia wyrostka robaczkowego, operacje przepuklin okolicy pachwinowej, zabiegi antyrefluksowe w przepuklinach rozworu przełykowego, wybiórcze przecięcie nerwów błędnych w chorobie wrzodowej dwunastnicy, paliatywne wycięcie jelita grubego w raku tego narządu i wiele, wiele innych. Pomimo tak dużej gamy wykonywanych zabiegów należy przypomnieć, że czas, jaki upłynął od wprowadzenia do praktyki wielu z nich, jest

zbyt krótki, by móc formułować ostateczne i wiążące wnioski.

Stan wiedzy i doświadczeń akceptowanych przez międzynarodowe środowisko chirurgów endoskopowych (jeśli w ogóle można wydzielać taką podspecjalność?) jest następujący :

- za metodę leczenia z wyboru uważać można cholecystectomię laparoskopową ze szczególnym uwzględnieniem sposobów jednoczasowego rozwiązania problemu kamicy przewodowej lub zastosowania ERCP, nacięcia brodawki i ewakuacji kamieni przed lub po zabiegu;
- zachęcające są wyniki leczenia laparoskopowego przepuklin okolicy pachwinowej, choć różnią się, zależnie od stosowanej metody i konieczne są nadal badania wyników odległych;
- szeroko stosowana jest metoda laparoskopowa w leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (co prawdopodobnie będzie budziło wątpliwości w naszym kraju);
- postulowane jest wykonywanie paliatywnych operacji laparoskopowych w raku jelita grubego, a zabiegi radykalne wymagają nadal oceny wielośrodkowej;
- należy stosować w możliwie najszerszym zakresie laparoskopię do celów diagnostycznych, w ostrych chorobach jamy brzusznej, jak i urazach nieprzenikających brzucha.

Pozostałe rodzaje zabiegów nadal, pomimo znacznej nieraz liczby przypadków, powinny być traktowane jako pozostające w sferze doświadczenia klinicznego, co oczywiście nie oznacza, aby rezygnować z ich wykonywania.

Jak więc widać z ustaleń II Międzynarodowego Kongresu Chirurgii Laparoskopowej, który odbył się we wrześniu 1994 roku w Madrycie, że **laparoscopia nie stanowi panaceum**. Nie może być traktowana jako metoda alternatywna do chirurgii klasycznej, a raczej jako jej uzupełnienie, na które jednak nie można się "obrażać" lub jej lekceważyć.

Najbliższe lata określają precyzyjnie miejsce metod laparoskopowych w chirurgii i chyba nie będzie to jednak margines tej gałęzi współczesnej medycyny.

dr Aleksander Stanek

BIBLIOTEKA WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO

Gdańsk, Al. Gen. Hallera 107
tel. 41-80-11 wew. 239

CZYTELNIA CZYNNNA:

poniedziałek	
wtorek	9.00-17.00
środa	
czwartek	
piątek	9.00-14.00

Opisy rzekomych dobrodziejstw tzw. "medycyny alternatywnej" docierają do nas w zgiełku współczesnego szumu informacyjnego. Dostępne są nawet "specjalistyczne" wydawnictwa - zresztą najmniej szkodliwe, gdyż praktycznie nie penetrują one kręgów "profanów". Z pewnym pobłażaniem można też traktować odpowiednie "rewelacje" zamieszczane okazjonalnie przez prasę popularną. Gorzej, jeśli w szerzeniu dezinformacji pomagają wydawnictwa zawodowe.

Niebezpieczne tendencje tego rodzaju wykazuje oficjalny organ Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej *Przegląd Farmaceutyczny*. Miesięcznik ten publikuje bezkrytycznie elaboraty entuzjasty paranauki, który prowadzi - używając jego określenia - "krucjatę krzyżową" przeciwko sceptykom. Pragnący wtajemniczenia czytelnicy *Przeglądu Farmaceutycznego* mogą dowiedzieć się, że "KMnO₄ służy do alkalizowania płynów ustrojowych", że Tina Turner gwarantuje wiarygodność medycyny homeopatycznej, a *talidomid* "bardzo słusznie (został) niedopuszczony do obrotu w Polsce". Ten ostatni argument ma zapewne chwalić "socjalistyczną czujność", ale jest tak trafny jak tłumaczenie niedorozwoju motoryzacji troską o zapobieganie wypadkom komunikacyjnym. Zresztą hasło "talidomid" wywołane jest w kontekście skojarzeń gazetowych, a nie w świetle obiektywnych ustaleń naukowych. Dewiacja *Przeglądu Farmaceutycznego* w kierunku (w najlepszym razie!) myślenia życzeniowego ("wishful thinking") jest sygnałem ostrzegawczym dla wszystkich, którym leży na sercu dobro polskiej farmacji i właściwe wypełnianie jej społecznej roli.

Społeczna rola farmacji wypełniana będzie między innymi wtedy, gdy aptekarze będą dostarczać leki dobre, o sprawdzonym obiektywnie działaniu, w dogodnych postaciach, możliwie niedrogie, a przy tym służyć będą rzetelną informacją o pożądanych i niepożądanych działaniach leków, warunkach optymalizacji farmakoterapii, niebezpieczeństwach wynikających z wpływu na działanie danego leku przez inne leki, przez substancje znajdujące się w otaczającym chorego środowisku, pożywienie, używki, a także przez stany fizjologiczne i patologiczne organizmu. Zadań jest sporo i są one oparte na

zmudnie wypracowanych naukowych przestankach.

Apteka jest obecnie przedsiębiorstwem usługowo-handlowym. Trudno się dziwić, że w celu pomnożenia dochodów prowadzi także sprzedaż preparatów uważanych za nietoksyczne i zalecanych jedynie pomocniczo, ale przecież o wątpliwej wartości terapeutycznej. Nieetycznym byłoby jednakże zalecanie tych parafarmaceutyków zamiast właściwych leków. Business nie może przesłaniać sumienia. Racjonalnie rzecz biorąc trudno przypisywać komercyjne motywy zawodowemu organowi farmaceutów. Jaki bowiem interes mogliby mieć aptekarze w upowszechnianiu "medycyny alternatywnej" i sposobów "leczenia" polegających na stosowaniu materiałów, które każdy może sprzedawać. Nie należy przecież oczekiwać pojawienia się urzędowych uregulowań nakazujących dystrybucję wahadełek, bursztyno-

nasz kraj największa fala fascynacji paranauką. Wielu naiwnych entuzjastów przekonało się osobiście lub poprzez doświadczenia najbliższych o złudnej skuteczności różnych "uzdrowiaczy" i dziwnych preparatów. Z coraz większym sceptycyzmem traktuje się wiedzę anegdotyczną ("powiedziała jedna pani drugiej pani ...").

Środowiska medyczne powinny stymulować te racjonalne tendencje wskazując niebezpieczeństwa opóźnienia bądź uniemożliwienia skutecznej terapii wskutek pseudoleczenia. Może należałoby odżalować nieco czasu i starać się wyjaśniać zainteresowanym pacjentom naukowe podstawy podejmowanych działań terapeutycznych. Oświata farmaceutyczna nabierać będzie coraz większego znaczenia wobec spodziewanego szerzenia się tzw. "odpowiedzialnego samoleczenia". Działania i wypowiedzi zachęcające do samoleczenia w przypadku drobniejszych schorzeń i

prof. dr hab. farm. Roman Kaliszan

ZŁUDZENIA PARAMEDYCZNE

na podstawie artykułu autora "Złudzenia z powodu niewiedzy", *Gazeta Lekarska* Nr 5/94, str. 12

wych amuletów, ekranów "przeciwpromiennych", miedzianych bransoletek itp. wyłącznie w aptekach. Aptekarze nie powinni też cieszyć się, że leżeni magicznie pacjenci będą mieli po pewnym czasie zwiększone zapotrzebowanie na leki. Zwiększone zapotrzebowanie, to niewątpliwie prawda, ale powstałe zaniechania w leczeniu nie dają szans na długotrwałość zapotrzebowania.

Odkładając żarty na bok trzeba stwierdzić, że rozpowszechnianie tzw. "medycyny alternatywnej" pociąga za sobą niebezpieczeństwo dla chorych i straty dla państwa. Ponieważ bez ograniczenia swobód demokratycznych nie jest możliwym (a byłoby i nieskutecznym) administracyjne likwidowanie zjawiska, to pozostaje działalność informacyjna. Chyba dojrzał czas do jej zintensyfikowania. Wydaje się, że już przelała się przez

dolegliwości wychodzą otwarcie ze strony czynników odpowiedzialnych za zdrowie obywateli w najbardziej rozwiniętych krajach. Przyczyna jest prosta - systemy ubezpieczeń nie wytrzymują obciążenia. Wobec groźby totalnego załamania szuka się oszczędności wliczając niewątpliwie ryzyko wynikające z samoleczenia. Ryzyko będzie mniejsze przy lepszym wykształceniu społeczeństwa. Bez działań oświatowych samoleczenie (stymulowane czy dezawuowane przez państwo) rozszerzy klientelę "medycyny alternatywnej". Trzeba pamiętać o tym, że uzdrowiacze nadają pozory naukowości swoim manipulacjom. Używają oni mieszaniny terminów naukowych podsłuchanych u fizyków, biologów, medyków itd. Nie ważne, że zwykle nie wiedzą, co mówią. Na słuchacza-laika wywierają często wrażenie. "Nawiedzeni" adepci "medycyny alternatywnej" powta-

rząją przekazaną im argumentację, z reguły zupełnie nie rozumiejąc terminologii, ale podchodząc do problemu w sposób quasi-religijny. Oni po prostu wierzą. Jest to klasyczna wiara pogańska, z wszystkimi atrybutami pogaństwa, choć zwykle sięgająca do symboliki chrześcijańskiej.

Do grupy pseudoteoretyków należą często autsajderzy prawdziwej nauki. Oni to, widząc małe szanse na zdobycie pozycji wśród ostro konkurujących kolegów - i to zarówno z powodów subiektywnych (zdolności, pracowitość), jak i obiektywnych (warstata pracy) - zwracają się w kierunku paranauki. A nuż pojawi się tu jakaś nadzwyczajna okazja - coś, czego nie zauważono w ciągu tysiącleci rozwoju cywilizacji i zainteresowania magią. Poza tym, w "badaniach paranaukowych" jakoś nie słychać o żmudnie powtarzanych, czasochłonnnych eksperymentach, o wieloletnim teoretycznym przygotowaniu podstaw doświadczenia, o konieczności konfrontacji swych założeń i wyników w gronie krytycznych i bezwzględnie rywalizujących ekspertów.

"Nawiedzeni" propagatorzy "medycyny alternatywnej" mają z reguły dobre intencje i bywają bezinteresowni w sensie materialnym. Jednakże to oni stanowią właściwe zagrożenie. Bezczelnie naciągacze są szybciej rozpoznawani i tracą masową klientelę. Wyznawcy "medycyny alternatywnej" sugerują, że medyczny *establishment* tworzy zazdrosną mafię nie dopuszczającą konkurencji, aby utrzymywać ludzi w chorobach i wygodnie żyć z leczenia. Absurdalność takiego zarzutu jest tak piramidalna, że nikomu nie chce się z nim dyskutować. Trzeba jednak przyznać, że medycy to też ludzie i w sytuacjach ekstremalnych zdarza się, że ktoś z ich grona ucieka się do sposobów magicznych. Werbunek do obozu paranauki następuje jednak wyjątkowo rzadko. A jeśli, to z motywów finansowych. Który lekarz w imię interesu grupowego powstrzymałby się przed wprowadzeniem nowej, skuteczniejszej metody leczenia, gdyby stanął przed taką szansą? Przecież udowodnienie przydatności "medycyny alternatywnej" wiązałoby się z najwyższymi nagrodami naukowymi, uznaniem wszelkich władz i trwałym miejscem w historii ludzkości.

Inny argument to: "nie stosują, bo nie wiedzą - nie uczą się ich odpo-

wiednio na studiach". Też śmieszne - przecież choć paru bystrzejszych douczyłoby się i po studiach praktykując u skutecznego "uzdrowiciela". Medycyna oficjalna kształtowała się w oparciu o doświadczenia powszechne. Obserwacje i praktyki z lecznictwa ludowego posłużyły do wprowadzenia wielu leków. Warunkiem oficjalnego uznania było tylko i wyłącznie wykazanie skuteczności terapeutycznej. Wykazanie, a nie domniemanie. I wcale nie była możliwość wprowadzania nowości dla medycyny zarezerwowana tylko dla formalnie uznanych profesjonalistów. Kiedy przed dwoma wiekami duchowny anglikański Edward Stone opisał obniżanie gorączki przez proszek z kory wierzbowej, to inni powtórzyli to, co on opisał i uzyskali podobne efekty. Nobliści w zakresie medycyny nie muszą mieć dyplomu lekarskiego. Z pewnością uzyskałby medyczną nagrodę Nobla ten adept "medycyny alternatywnej", który opisałby skuteczną metodę terapii (diagnostyki, profilaktyki) - taką, za pomocą której inni, postępując według instrukcji autora, uzyskaliby podobne wyniki.

Nauka polega na tym, że wyniki uzyskiwane przez jeden ośrodek mogą być powtórzone i zweryfikowane przez inny niezależny ośrodek naukowy. Dlaczego nie można przedstawić metod "medycyny alternatywnej" tak, aby dawały się wiarygodnie odtworzyć w obiektywnie kontrolowanych warunkach? Skoro medycyna naukowa może posługiwać się czytelnym opisem, to czemu nie udaje się to tzw. "medycynie alternatywnej"? Po prostu dlatego, że nie da się odtworzyć czegoś, czego nie ma. Można sobie wymyślić, na przykład "alternatywną fizykę", której głosiciele neutralizowaliby pole grawitacyjne. Mieliby oni umiejętność wywoływania lewitacji. Jakże nieocenione perspektywy otwierałoby to przed ludzkością! Niestety, lewitacja jest tylko nieszkodliwym złudzeniem, jakiemu możemy się poddać oglądając występy prestidigitatorów. Złudzeniem jest też "medycyna alternatywna". Nie jest to jednak złudzenie nieszkodliwe, jakkolwiek śmieszne nie byłyby pomysły niektórych "uzdrowicieli".

Zalew paranauki i magii powoduje poczucie pewnej bezsilności w kręgach naukowych. Spotyka się nawet reakcje konformistyczne typu: "może

coś w tym jest", "jeśli ktoś myśli, że mu uzdrowiciel pomaga, to niech wierzy" itd. Z tym wrażeniem pomagania nie jest tak dobrze - przejściowo utrzymujące się złudzenie może doprowadzić do nieodwracalnych zaniechań. W każdym razie, naukowcy powinni podjąć próbę aktywniejszego przeciwstawienia się para- i pseudonauce. Postawa wyniosłego milczenia nie jest zgodna z interesem społecznym.

Jak zauważyłem, warunkiem koniecznym (i wystarczającym) uznania jakiejś metody "medycyny alternatywnej" byłoby obiektywne, weryfikowalne i powtarzalne jej zastosowanie przez niezależne zespoły i uzyskanie oczekiwanych wyników. Nie ma żadnych innych warunków ani ograniczeń. Jeśli krytycznie sprawdzone postępowanie według "medycyny alternatywnej" zaowocuje powodzeniem, to metoda ta, jako fakt naukowy, zostanie uznana - nawet, jeśli niezrozumiałe pozostaną podstawy, na których będzie oparta.

Nie ma hermetycznego spisku naukowej medycyny przeciwko reszcie świata. Sceptycyzm nauki względem "medycyny alternatywnej" oparty jest na doświadczeniu i na racjonalnych przesłankach. Przedstawie kilka z tych przesłanek ustosunkowując się do najczęściej wysuwanych "argumentów" protagonistów "metod niekonwencjonalnych".

W homeopatii stosuje się rozcieńczenia, w których żadne metody detekcji fizykochemicznej nie są w stanie wykryć obecności substancji czynnej. Według informacji zawartych w *Przeglądzie Farmaceutycznym* tylko rozcieńczenia nie przekraczające tzw. D-12 podaje się choremu. Też dużo, albo raczej - mało! Najaktywniejsza biologicznie ze znanych substancji jest toksyna A jadu kielbasianego. Liczbowa miarą jej aktywności jest toksyczność ostra: $LD_{50} = 3 \cdot 10^{-11}$ g na 1 kg wagi ciała. Czyli w przypadku ważącego 70 kg osobnika, któremu chciano by podać 20 kropli preparatu homeopatycznego, odpowiadałoby to potencji nie niższej od D-8/D-7. Mało, ale zauważalnie. W tych okolicach potencji homeopatycznych znajdują się stężenia w powietrzu substancji zapachowych w odległości kilku metrów od kwiatu. Mierzone (bo mierzalne) efekty u ludzi

► wywołane przez najsilniej działające leki nie występują przy dawkach mniejszych niż mikrogramowe (10^{-6} g). Dla potężnie działającej kurary LD_{50} wynosi $6,3 \cdot 10^{-4}$ g/kg. Zatem potencie powyżej D-6/D-5 nie mają farmakologicznie potwierdzonej aktywności. Przy mniejszych potencjach trudno mówić o homeopatii, chyba że chodzi o zasadę "podobne podobnym".

W tym miejscu homeopaci przywołują przykład szczepionek. Jest to demagogia, gdyż zasada działania szczepionek jest znana i sprowadza się do "nauczenia" organizmu jak walczyć z osłabionym i stosunkowo mało liczny przeciwnikiem. Rozcieńczenie wcale tu nie jest homeopatyczne, choć jest ono tak małe, jak tylko możliwe, aby zapewnić uodpornienie. Większe dawki dawałyby większą pewność uodpornienia, ale groziłyby zakażeniem bądź zatruciem. Zarówno medycyna naukowa, zdrowy rozsądek jak i powszechnie doświadczenia (choćaby z pić alkoholu) wykazują, że minimalne dawki nie dają żadnego efektu, zaś zwiększanie dawki zwiększa efekt (aż osiągnięty zostanie efekt maksymalny, lub aż obiekt przestanie nadawać się do kontynuacji doświadczenia). W homeopatii zależność efektu od dawki nie istnieje, bądź jest bezsensowna. Tymczasem logiczna zależność efektu od dawki leku jest podstawą farmakologii. Wykazuje się ją nie tylko na całych żywych organizmach, ale także w eksperymentach na wyizolowanych tkankach i narządach reagujących na leki. Dlaczego te odizolowane od wpływu ludzkiej psychiki obiekty doświadczalne nie reagują na leki homeopatyczne? Nie słychać też o homeopatii weterynaryjnej.

O "bioenergoterapii" nie będę się wypowiadał. To jest problem dla psychologów i socjologów. Warto jednak parę wyjaśnień poświęcić temu, co często nazywa się fitoterapią. Faktem jest, że ziołolecznictwo przy użyciu powszechnie stosowanych, łagodnie (lub wątpliwie) działających surowców i preparatów daje czasami dobre skutki. Do działania farmakologicznego (z reguły słabego) składników ziół mogą dojść korzystne efekty dietetyczne oraz psychologiczne (placebo), a przede wszystkim samodyscyplinowanie się i przyjmowanie bardziej higienicznego trybu życia przez

pacjenta. Nie oszukujmy się jednak, że zioła mają specjalną, ukrytą moc, której brakuje lekom o chemicznie ujednoliconym składzie. Silnie działające zioła znano od tysiącleci. Od czasu, gdy niemiecki aptekarz Serturner wyizolował w 1805 r. morfinę z opium starano się substancje aktywne oddzielić od balastu, aby umożliwić precyzyjne dawkowanie. W ciągu ostatnich 200 lat przebadano pod kątem izolacji czynnika aktywnego (lub podejrzanego o aktywność) większość roślin szerzej stosowanych w medycynie ludowej. Dzięki temu ponad 120 leków weszło do urzędowych lekospisów. Naukowa farmakognozja zajmuje się dzisiaj raczej poszukiwaniem w roślinach związków chemicznych, które występują w zbyt małych ilościach, aby preparat roślinny zadziałał z wystarczającą siłą, ale które mają pożądany typ aktywności biologicznej. Takie związki można próbować produkować chemicznie lub biotechnologicznie w większych ilościach. Mogą też one być wzorcem struktury chemicznej do poszukiwania pochodnych o pożądanych cechach farmakologicznych.

Nie jest prawdą, że oficjalna nauka nie interesuje się roślinami jako źródłem leków. Pilnie sprawdzane są wszelkie zastosowania ziół w nawet najbardziej egzotycznej medycynie ludowej. Narodowy Instytut Rakowy USA bada średnio rocznie około 4500 roślin i innych preparatów pochodzących z ponad 25 krajów świata. Nasi "uzdrowiciele" też mogą tam postać próbkę swoich "leków" i zostanie ona bezpłatnie przebadana. Zaangażowanie sił i środków nie owocuje jednakże bogactwem nowych skutecznych leków. Niestety, to co działało ewidentnie zostało już odkryte dla nauki. Najgroźniejszy z nowo uzyskanych preparatów naturalnych, *takso* z cisu znad Pacyfiku, skuteczny w raku jajników, jest dopiero w stadium szerszych badań.

Jeszcze jedna uwaga. Na Zachodzie jak i na Wschodzie są ludzie naiwni i tacy, którzy to wykorzystują. Fałszywe są jednak sugestie, że "medycyna alternatywna" ma na Zachodzie rangę akademicką. Na dziwnych zachodnich uniwersytetach bywają nasi uzdrowiciele.



POLE MIKI

Zdarza się, iż uczestnicząc w konferencji lub sympozjum naukowym dostajemy zaproszenie do wzięcia udziału w bankiecie. Na miejscu wydarzenia, w drzwiach wykwintnej restauracji wita nas umieszczona na widocznym miejscu kolorowa, ozdobna informacja, że właściciel lokalu jest członkiem któregoś z krajowych lub międzynarodowych stowarzyszeń restauratorów. Dla nas, gości oczekujących na kulturalną obsługę, dobre jedzenie i wybór trunków, po których nie dostaniemy bólesci, jest to sygnał, ba, informacja pewna, że oczekiwania zostaną spełnione. Przyzwyczailiśmy się też, że w hotelu pięciogwiazdkowym znajdziemy lepsze warunki bytowania, niż w tym, oznaczonym zaledwie dwiema.

Świat jest przekonany o potrzebie rozróżniania pomiędzy tym, co bardzo dobre, dobre, lub po prostu mierne. Identyczne zasady panują w świecie nauki, z czym zgadza się profesor Roman Kaliszan, autor artykułu pt.: "Naukowe targowisko próżności" zamieszczonego w *Gazecie AMG* (Nr 12, 1994).

Profesor jest jednak przeciwny, by przyznawaniem kolejnych gwiazdek i certyfikatów zajmowały się osoby przypadkowe, wątpliwego autoramentu. I wszyscy, jak sądzę, popieramy taką postawę bez reszty.

Ostatnio, przy współudziale tajemniczej "osoby bywalej w najwyższych sferach naukowych", profesor Kaliszan na łamach *Gazety AMG* zdemaskował kolejnego, ich zdaniem, uzurpatora - The New York Academy of Sciences (NYAS).

W pierwszych akapitach artykułu dowiadujemy się, że działalność naukowa profesora Kaliszana została dostrzeżona i dobrze oceniona przez członków zarządu NYAS, skutkiem czego zaproponowano mu wstąpienie do tej organizacji. Nasze ewentualne wątpliwości rozwiewa załączona fotokopia stosownego "certyfikatu".

Wkrótce jednak doznajemy rozczarowania, bowiem okazuje się, iż propozycja złożona przez członków zarządu NYAS nie była "całkiem fair". Według Autora, jej celem, ukrytym za śmiesznie ażurowym parawanem,

ODMOWA CZY PRZEJAW PRÓŻNOŚCI?

było najwyklesze wyłudzenie pieniędzy.

Pominę marginalną kwestię certyfikatu i związanych z nim rozterek natury: wiesz czy nie wiesz na ścianie - Autor nie ma w tej materii żadnych wątpliwości. Wszelako dalej padło inne, rozmyte w tekście acz wyraźnie sformułowane oskarżenie o popełnieniu przez zarząd NYAS nadużycia, polegającego na określeniu profesora Kaliszana mianem "active member", podczas gdy on sam czułby się zaledwie członkiem biernym.

Zastanowiło mnie, czym zasłużyła sobie instytucja wyższej użyteczności publicznej, jaką jest NYAS, na publicznie demonstrowaną wzdargę w kraju, gdzie nauka walczy o przetrwanie, a naukowcy żądni są akceptacji i uznania?

Nie ma wśród nas członków zarządu NYAS, którzy mogliby odpowiedzieć na szereg wątpliwości i zarzutów wyrażonych w artykule profesora Kaliszana, są natomiast jej aktywni członkowie. Będąc jednym z nich, mam obowiązek, w miarę swoich możliwości, wyjaśnić pewne kwestie.

Po pierwsze więc, rozstrzygniemy problem inkryminowanego określenia "active member". W rozumieniu każdego towarzystwa naukowego, w tym także NYAS, członkiem aktywnym może być wyłącznie osoba aktywnie uprawiająca naukę, której dorobek jest powszechnie znany i ceniony. Ocena dotyczy uprawiania nauki, nie zaś pełnienia jakiejkolwiek funkcji. Najwidoczniej członkowie zarządu NYAS, którzy sami uprawiają naukę, uznali, iż osoba profesora Kaliszana spełnia powyższe kryteria, stąd ich propozycja dotycząca członkostwa.

Inna rzecz, czy profesor Kaliszan uzna opinię zarządu NYAS za wiarygodną. W tym przypadku Autor artykułu po prostu nie życzy sobie ocen - choćby najlepszych - płynących z oceanu i ma ku temu pełne prawo.

Profesor Kaliszan porównuje NYAS do Gdańskiego Towarzystwa Naukowego (GTN), co mogłoby być uzasadnione. Pytanie tylko: czy jest w pełni uzasadnione? Jeśli tak, wówczas następująca charakterystyka

musiałaby dotyczyć obu organizacji w równym stopniu.

Towarzystwo zrzesza ludzi z ponad 100 krajów, mogących zaoferować społeczeństwu swój intelekt, wiedzę oraz doświadczenie. W tej grupie mieszczą się intelektualisci, uczeni, naukowcy, ludzie krzewiący naukę, a także ci, którzy ją po prostu wspierają wszelkimi dostępnymi środkami. W ramach działalności statutowej co roku organizuje dziesiątki konferencji naukowych, zjazdów oraz mniej formalnych spotkań. Zrzeszając przedstawicieli najróżniejszych dyscyplin, stanowi ciało opiniotwórcze, z którego zdaniem liczą się promieniści świata biznesu i polityki. Prowadzi szeroką działalność wydawniczą i oświatową, finansuje i popularyzuje naukę. Na jej publikacje powszechnie powołują się autorzy pierwszorzędných rozpraw naukowych. Funkcję Prezydenta tej organizacji pełnią zazwyczaj laureaci nagrody Nobla.

Dylemat dotyczący rzeczywistego podobieństwa każdy z nas potrafi rozstrzygnąć samodzielnie.

Podpis, który przedrukował prof. Kaliszan w swoim artykule złożył obecny Prezydent NYAS Joshua Ledenberg, genetyk, laureat nagrody Nobla za osiągnięcia w dziedzinie fizjologii lub medycyny.

Nawiązując do zarzutów stawianych przez profesora Kaliszana - nie posądzałbym tak pochopnie profesora Ledenberga o firmowanie swoim nazwiskiem nieuczynnych, merkantylnych przedsięwzięć. Nie posądzałbym także zarządu NYAS, na czele którego stoi, o sprzyjanie próżności - w statucie NYAS nie zapisano przecież, że certyfikat wręczany jej członkom należy oprawić, wywiesić na widocznym miejscu, a fakt jego posiadania ogłosić w lokalnej prasie.

Corocznie w *Annales Academiae Medicae Gedanensis* ukazuje się lista pracowników AMG przyjętych w poczet członków najróżniejszych towarzystw naukowych. Jestem pewien, że osoby tam wymienione płacą składki i bez cienia próżności, a wręcz przeciwnie, z satysfakcją i dumą traktują swoją obecność w gronie uznanych badaczy i specjalistów. Czerpią

stąd wiele niematerialnych korzyści w formie kontaktów osobistych, łatwego i szerszego dostępu do literatury fachowej oraz wielu unikalnych informacji.

Okazuje się jednak, że po próżnicy zadrukujemy nasz papier.

Potrzeba było mentorskiego tonu, by wytknąć nam bierność i brak rozumienia elementarnych pojęć. Granty KBN zatem należą się innym.

Komu?

Na nasze szczęście decyzje w tej sprawie nie zależą wyłącznie od tzw. "osób bywałych", które z trudem tolerują nowe twarze wokół siebie i wykazują brak zaufania oraz lojalności wobec niezależnych, demokratycznych organizacji naukowych.

prof. dr hab. Franciszek Sączewski
C. Chem., MRSC

P.S. Bywają przedziwne przejawy próżności. Rozwinięcie inicjałów po moim nazwisku brzmi: Chartered Chemist, Member of the Royal Society of Chemistry. Za ich używanie trzeba płacić 59 funtów rocznie. Regularne opłacanie składki okazuje się jedynym sposobem sprowadzania na Wybrzeże czasopism: "Chemical Review" i "Chemistry in Britain". Dowodów na to nie zamieszczam - mierzyć się je w dziesiątkach kilogramów papieru. Stali czytelnicy tych czasopism wiedzą, gdzie ich szukać.



JESZCZE O HUMANIZACJI STUDIÓW LEKARSKICH

Rozpocznę od truizmu, że medycyna nie należy do nauk humanistycznych, chociaż jej zainteresowania skupiają się na człowieku. Zgodnie z leksykalną definicją terminu „humanista” (francuski humaniste, niemiecki humanist, od łacińskiego humanus - ludzki), jest to:

1. przedstawiciel humanizmu, uczonej epoki renesansu;
2. znawca kultury antycznej i rzymskiej;
3. znawca nauk humanistycznych.

Do nauk humanistycznych należą nauki społeczne, badające człowieka jako istotę społeczną i jego wytwory, jako wytwory istoty społecznej, np. język, literaturę, sztukę, historię społeczeństw, własności psychiczne (psychologia), poznanie (filozofia) itd.

Przez wychowanie humanistyczne należy rozumieć kierunek wychowania zrodzony pod wpływem humanizmu okresu odrodzenia, o tendencjach świeckich, racjonalistycznych i indywidualistycznych, zrywający z ideałami i formami wychowania kościelnego, dogmatycznego i scholastycznego okresu średniowiecza (cytuję za *Słownikiem wyrazów obcych*, pod red. Z. Rysiewicza. PIW, 1958).

O humanizacji studiów lekarskich zaczęto głośno i konkretnie mówić w naszej Uczelni w czasie kadencji rektorskiej prof. Stefana Angielskiego. Pamiętam, że w czasie dyskusji na posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego, kiedy była właśnie mowa o humanizacji, siedzący obok mnie, nieżyjący już dzisiaj prof. Wiesław Mierzejewski, nachylił się do mnie i szepnął: „o czym oni mówią, przecież to są zadania dla księdza proboszcza?”.

Otóż to! Humanizację można pojmować na różne sposoby. Dla jednych, i trudno im odmówić racji, humanizacja będzie oznaczała poszerzenie zainteresowań pozazawodowych studenta i lekarza o elementy wychowania humanistycznego, czyli o literaturę piękną, muzykę, sztuki piękne z malarstwem i rzeźbą - a wszystko po to, żeby zwiększyć wrażliwość lekarza na przeżycia estetyczne i powiększyć jego wiedzę ogólną.

Aby zrealizować tak pojmowany program humanizacji studiów lekarskich należałoby organizować wieczory poezji przy świecach, koncerty muzyki poważnej, zebrania dyskusyjne z udziałem autorów książek beletrystycznych i reżyserów wartościowych sztuk i filmów itd. Dla innych humanizacja studiów lekarskich oznacza stałe, systematyczne i konsekwentne umoralnianie studentów i lekarzy. Dla mnie jako współautora programu humanizacji studiów lekarskich w naszej Uczelni (a konkretnie na Wydziale Lekarskim) pod przewodnictwem prof. Marka Hebanowskiego, humanizacja oznacza promowanie paradygmatu holistycznego w medycynie. W relacji lekarz - pacjent sprowadza się do traktowania człowieka chorego jako podmiotu a nie przedmiotu badań i leczenia. W programie nauczania oznacza to przywrócenie proporcji między przedmiotami somatycznymi (uprawianymi w duchu redukcjonistycznej medycyny narządowej) a przedmiotami dostarczającymi w człowieku zdrowym i chorym jego potrzeby psychiczne (zwłaszcza uczuciowe) i duchowe. W jaki sposób należałoby ów paradygmat holistyczny realizować? Uznaliśmy, iż w pierwszym rzędzie trzeba wesprzeć przedmioty zajmujące się właśnie tymi aspektami egzystencji ludzkiej. Zaliczyliśmy tutaj psychologię, socjologię, psychopatologię (psy-

chiatrę), etykę i deontologię, filozofię i historię medycyny. Są to bez wątpienia przedmioty humanizujące wykształcenie lekarza. Czy realizacja tak skonstruowanego programu przyniesie oczekiwane efekty? Nie wiemy. Mamy nadzieję, że studenci to ocenią, np. w zaplanowanych badaniach prospektywnych. Można się natomiast zgodzić z p. Dziekan Barbarą Śmiechowską, że program ten przybliży nas do europejskich standardów edukacji studentów medycyny, gdzie od wielu lat kładzie się nacisk na nauczanie tzw. przedmiotów behawioralnych czyli odnoszących się ogólnie mówiąc - do zachowania się człowieka.

Na zakończenie refleksja na kanwie porzekadła „*verba docent, exempla trahunt*”. Należę do tego szczęśliwego pokolenia absolwentów naszej Alma Mater, którzy słuchali wykładów Twórców tej Uczelni. Wielu z nich można bez żadnych wątpliwości nazwać wielkimi lekarzami-humanistami. Słowa przez nich głoszone były zawsze zgodne z ich życiem zawodowym. Ta koherencja słów i czynów była dla nas studentów najlepszym imperatywem moralnym i wzorem wychowawczym. W Roku Jubileuszu 50-lecia Akademii Medycznej w Gdańsku temu aspektowi proponuję poświęcić chwilę zadumy.

prof. dr hab. Adam Bilikiewicz

Krzysztof Sworczak

Sylwestrowa Noc

*W tę Noc
rozmowa się nie klei
Bo oczy Twe
w usta mnie się wdarły
Twarzą w twarz
wzajemnie zaolśnieni
chwyćmy wargami
swych oczu barwy
W tę Noc
bez słów składam Ci życzenia
Bo dotyk Twój
przyjazny jest i ciepły
Twarzą w twarz
wzajemnie zatańczeni
trzymajmy się
przez ten następny.*

mówią poeci ...

Kazimierz Wierzyński (1894 - 1969)

NA ROZWIĄZANIE ARMII KRAJOWEJ

50 lat temu, 19 stycznia 1945 r. gen. Leopold Okulicki rozwiązał Armię Krajową - największą armię podziemną okupowanej Europy. To samorozwiązanie miało zaspokoić oczekiwania zachodnich aliantów i ułagodzić ZSRR. Nie zapobiegło brutalnym represjom, aresztowaniom, zsyłkom i egzekucjom.

Wielu profesorów naszej Uczelni, adiunktów i asystentów oraz studentów pierwszych roczników uczestniczyło w walce zbrojnej pod sztandarami tej formacji.



Za dywizję wołyńską, nie kwiaty i wianki -
Szubienice w Lublinie. Ojczyście Majdanki.
Za sygnał po północy, bój pod Nowogródkiem,
Długi urlop w więzieniu. Długi i ze skutkiem.
Za bój o naszą Roszę, Ostrą Bramę, Wilno -
Sucha gałąź lub zsyłka na rozpacz bezsilną.
Za dnie i noce śmierci, za lata udręki -
Taniec w kółko: raz w oczy, a drugi raz w szczęki.
Za wsie spalone, bitwy, gdzie chłopska szła czeladź -
List gończy, tropicielski: dopaść i rozstrzelać.
Za mosty wysadzone z ręki robotniczej -
Węszyć, gdzie kto się ukrył, psy spuścić ze smyczy.
Za wyroki na katów, za celny strzał Krysta -
Jeden wyrok: do tury. Dla wszystkich. Do czysta.
Za Warszawę, Warszawę, powstania zachcianki -
Specjalny oddział śledczy: „przyłożyć do ścianki”.

.....
Zwinąć chorągiew z masztu: krepą jest zasnuta.
Za dywizję Rataja, Okrzei, Traugutta.
Pociąć sztandar w kawałki. Rozdać wśród żołnierzy.
Na drogę niech go wezmą. Na sercu niech leży.

APEL

o informacje dotyczące pomocy Rządu Szwedzkiego i Szwedzkiego Czerwonego Krzyża dla naszej Uczelni w latach 1945 - 1947

Zwracam się z gorącą prośbą do wszystkich osób, które dysponują materiałami (dokumenty, fotografie) związanymi z pomocą szwedzką w tworzeniu naszej Uczelni, względnie pamiętają szczegóły dotyczące tej pomocy, o skontaktowanie się ze mną.

Przedstawicielem Rządu Szwedzkiego był docent J. Adams-Ray, który w latach 1945-47 przebywał kilka razy w naszej Uczelni. Proszę o informacje związane z jego pobytem w Gdańsku. Poniżej przedstawiam dwie notatki znalezione w szwedzkich pismach lekarskich, być może niektórzy czytelnicy *Gazety* będą mogli przybliżyć sprawy w nich zawarte.

Notatka I w piśmie: SVENSKA LAKARTIDNINGEN, 1946

Wizyta polskich lekarzy

Lekarze nowo utworzonego Wydziału Medycznego w Gdańsku (Akademia Lekarska w Gdańsku), który powstał do życia głównie dzięki Szwedzkiemu Komitetowi dla Międzynarodowej Pomocy, przyjadą na początku maja, żeby odwiedzić Sztokholm na zaproszenie Instytutu Szwedzkiego i Instytutu Karolinska. Niestety, są trudności ze znalezieniem dla nich mieszkań na okres ich 2-3-dniowej wizyty. Dlatego też zwracamy się do kolegów (lekarzy), czy mogliby przyjąć ich w swoich domach (jednego albo kilku). Można zgłaszać się do docenta Jack'a Adamsa-Ray'a. Telefon do szpitala Serafimer.

Czy ktoś zna nazwiska osób, które reprezentowały naszą Uczelnię w Sztokholmie? Czy dotyczy to tylko dwóch lekarzy: Feliksa Nowaka i Stefana Michalaka? W swoim artykule na temat pobytu w Gdańsku, dr Adams-Ray wspomina o 11 zaproszonych lekarzach. (Tłumaczenie tego artykułu zostanie wydrukowane w kolejnym numerze *Gazety AMG*).

Notatka II w piśmie: SVENSKA LAKARTIDNINGEN, 1948

Pomoc szwedzkich lekarzy dla zagranicy podczas i po wojnie

... Szwedzki Czerwony Krzyż zajął się wyposażeniem jednego szpitala w pobliżu Gdańska. Na początku zakład ten przeznaczony był na kolonie letnie dla około 1200 dzieci, a potem został prewenterium przeciwgruźliczym dla 600 dzieci. Pracowało tu na zmianę 5 szwedzkich lekarzy...

Kolejna misja miała miejsce w 1946 roku we Wrzeszczu, koło Gdańska oraz w Warszawie jako pomoc dla biednych i chorych. Zatrudnionych było 4 szwedzkich lekarzy...

Proszę o informacje dotyczące powyższych szpitali, czy dotyczy to obecnego szpitala w Dzierżaninie?

prof. dr hab. Janusz Limon



I rząd od lewej siedzą: prezes Tadeusz Nieszkowski, kierownik Domu Akademickiego Zygmunt Mazurek, sekretarka Elżbieta Markiewiczówna-Biernacka, wiceprezes Stefan Byczkowski, kurator prof. St. Hiller, J. Bożyk. Od lewej stoją: wiceprezes Leon Birn, (?), skarbnik Czesław Żebryk, kierownik sekcji aprowizacji Marian Cieślowski, Henryk Nowak, Krystyna(?) Kornowicz(?), Ryszard Żelichowski, Bambus(?)

Należę do pokolenia AK-owców, które średnie wykształcenie uzyskało w okresie międzywojennym i nie miało możliwości kontynuowania nauki na wyższych uczelniach. Po szeregu przeżyciach wojennych i największej przygodzie życia - ucieczce z obozu internowanych żołnierzy AK okręgu wileńskiego w Kałudze - dotrwałem szczęśliwie do końca tej strasznej zawieruchy. Zmuszony do ucieczki z Wilna, jako tak zwany repatriant posługując się fałszywymi dokumentami, znalazłem się w Nakle n/Notecią, gdzie pełniłem funkcję nauczyciela i oczekiwałem terminu wstępnego

egzaminu do Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

Bardzo szczęśliwy po zdanym egzaminie na Wydział Lekarski, zacząłem w listopadzie 1945 roku wraz z 235 pierwszymi polskimi studentami spóźniony inauguracyjny rok akademicki w Gdańsku. Latem 1945 roku grupa kilkudziesięciu kandydatów na studentów utworzyła brygadę pracy, która pomagała przy organizowaniu bazy lokalowej przyszłej Akademii Lekarskiej, wykonując szereg czynności rzemieślniczych: szklarskich, hydraulicznych, elektrycznych itp.

Pierwszym mianowanym rektorem ALG był prof. Edward Grzegorzewski, a wielu profesorów pochodziło z Wydziału Lekarskiego USB w Wilnie. Pierwszym dyrektorem administracyjnym był dr S. Michalak, który po bardzo długich i trudnych staraniach przejął od władz radzieckich budynki szpitalne przy ul. Dębinki. Dr Michalak, wspierany organizator, odznaczający się ogromną pracowitością w stosunkowo krótkim czasie, wraz ze szczupłą grupą osób wspoma-

gających, przygotował bazę lokalową potrzebną do rozpoczęcia roku akademickiego. Ówczesni studenci pochodzili z różnych regionów kraju. Rozpiętość wieku wahała się w granicach od 18 do 45 lat. Wiele koleżanek i kolegów przybyło z obozów niemieckich oraz łagrów i obozów akowskich w Związku Radzieckim w bardzo złym stanie fizycznym i psychicznym. Doskonale przypominam sobie wieczorek zapoznawczy w auli mieszczącej się wówczas na pierwszym piętrze obecnej Przychodni Specjalistycznej. Wydawało się, że bladzi, słabi, zmęczeni tragicznymi doświadczeniami wojennymi, źle ubrani studenci, długo nie będą w stanie sprostać (po wielu latach przerwy w nauce) trudnym, trwającym cały dzień obowiązkowym zajęciom akademickim. Nie sprzyjały także warunki lokalowe. W ciągu pierwszej zimy 1945/46 wykłady i ćwiczenia odbywały się w nie ogrzewanym budynku mieszczącym się przy Alei Zwycięstwa 42. Niedostatecznie ciepło ubrani, w kurtkach z amerykańskiego demobilu wojskowego, marnych butach, połatanych rękawiczkach, siedząc w zimnej sali staraliśmy się nadążyć za treścią wykładów i wykonywać ćwiczenia w nowo tworzonych laboratoriach i prosektorium.

Gdańsk, a szczególnie jego centralne dzielnice, przedstawiał obraz strasznego zniszczenia. Jeszcze w lipcu 1945 r. widoczne były tłące się szczątki pięknego niegdyś miasta, szczycącego się swoją bogatą starówką. Na początku roku 1946 uruchomiono pierwszą linię tramwajową przebiegającą od mostu Błędnik przez Aleję Zwycięstwa do końca Wrzeszcza.

Na początku roku niemal całkowicie załamani psychicznie, obawialiśmy się, czy sprostamy nałożonym zadaniom. Powoli jednak odzyskiwaliśmy pewność siebie zawdzięczając to także ogromnej pracy i entuzjazmowi naszych drogich profesorów, m.in. prof. W. Mozołowskiemu, którego wykłady cieszyły się ogromną frekwencją nie tylko medyków, ale także grupy kolegów z Politechniki.

Skąpe i bardzo prymitywne było odżywianie studentów. Podstawową strawę stanowiły jałowe zupy, a drugim daniem najczęściej była kasza pęczak. Powoli organizowaliśmy nasze codzienne życie studenckie zakładając Bratnią Pomoc Studentów Akademii Lekarskiej, organizację, która zajęła się początkowo utwo-

Słowo wstępne

Konieczność przygotowania podręczników dla I roku medycyny oraz inne zajęcia uniemożliwiły mi przygotowanie skryptu z chemii fizjologicznej. Dlatego zgodziłem się na przeprowadzenie eksperymentu polegającego na tym, że poszczególni studenci w oparciu o moje wykłady oraz dostępne im podręczniki przygotowują poszczególne rozdziały, które zostaną powielone do użytku ich kolegów. Opracowania te przejrzałem, poprawiając ważniejsze błędy; nie byłem jednak w stanie wpłynąć decydująco na sam układ i rozmiary poszczególnych rozdziałów. Dlatego odpowiedzialność spada zasadniczo na autorów, których nazwiska są uwidocznione w skrypcie.

Trud wydania tego skryptu poniosła Sekcja Wydawnicza Bratniej Pomocy Studentów Akademii Lekarskiej, której należy się wdzięczność zarówno ich kolegów, którzy uzyskują możliwość przygotowania się do egzaminu, jak i tych studentów, którzy opracowując poszczególne rozdziały, sami nauczyli się wiele.

Gdańsk, w marcu 1947 r. (-) Prof. Dr. Mozołowski Włodzimierz

zeniem stołówki i uruchomieniem domów akademickich. Pierwszą zdobyczą był budynek położony przy obecnym Instytucie Położnictwa i Chorób Kobiety. Równocześnie strześliśmy pilnie zabudowań dzisiejszego Wydziału Farmaceutycznego przed zakusami pracowników oświaty, którzy zamierzali zabrać go dla innych celów. Dzięki pomocy władz Uczelni, a szczególnie interwencji Kuratora Bratniej Pomocy, prof. Stanisława Hillera oraz życzliwości ówczesnego Pełnomocnika Rządu dla Spraw Wybrzeża, Ministra E. Kwiatkowskiego, otrzymaliśmy zespół budynków na Srebrzysku (obecnie Szpital Chorób Psychicznych), gdzie zorganizowano również domy akademickie, plantację warzyw i owoców, hodowlę świń oraz podstawowe war-

W początkowym okresie studiów wielu kolegów pracowało zarobkowo w późnych godzinach wieczornych i nocnych w różnych lokalach rozrywkowych w charakterze kelnerów, portierów, szatniarzy itp. Studiując na drugim i trzecim roku medycyny pełniłem równocześnie funkcję kontrolera sanitarnego Wydz. Zdrowia Urzędu Miejskiego w Sopocie. Do moich zadań należało pobieranie próbek żywności sprzedawanej na rynku w Sopocie i przekazanie Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej. Największe kłopoty miałem z dojazdem z Sopotu do Gdańska (na wykłady) z powodu źle funkcjonującej komunikacji. W 1946 roku dołączyło do nas 43 nowych studentów przeważnie z Torunia. W tymże roku otwarto IV rok studiów Wydz. Lekarskiego oraz pierw-

ci starszych lat oraz asystenci klinik i zakładów prowadzili repetytoria z fizyki, chemii dla kolegów z I i II roku medycyny.

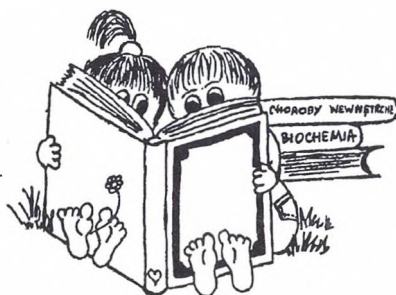
Członkowie Koła Medyków organizowali odczyty i wykłady prowadzone przez profesorów Akademii Medycznej, Politechniki Gdańskiej oraz naukowców zagranicznych, przeważnie ze Szwecji. Koło Medyków przejęło od Bratniej Pomocy bibliotekę, której zasoby stopniowo powiększano książkami otrzymanymi z różnych instytucji oraz od osób prywatnych. Cenną inicjatywą było nawiązywanie kontaktów z Kołami Medyków innych Akademii, z którymi prowadzono wymianę książek. Kontynuując funkcje, realizowane dotychczas przez „Bratniak” Koło wydało skrypty: z farmakologii, chemii fizjologicznej, neurologii oraz fizjatrii. Sekcja pośrednictwa pracy zajmowała się poszukiwaniem płatnych zajęć dla studentów. W tym celu organizowano kursy szkoleniowe z zakresu deratyzacji, wykonywania odczynu Chediaka oraz uzyskania tytułu higienisty kolonijnego. Największe zarobki uzyskiwali studenci zatrudnieni w kolumnach deratyzacyjnych pracujący w okresie letnim na terenie województw: gdańskiego, olsztyńskiego i szczecińskiego. Koło Medyków organizowało przydziały obowiązkowych praktyk wakacyjnych dla studentów III i IV roku medycyny. Pierwszym Kuratorem Koła był prof. Stanisław Wszelaki, który wspierał raczkującą strukturę społeczną z dużym zaangażowaniem i życzliwością.

Na czwartym roku studiów pracowałem jako laborant analityczny w laboratorium Kliniki Chorób Wewnętrznych kierowanej przez prof. Stanisława Wszelakiego. Moim bezpośrednim przełożonym była studentka Klara Jakusz, która po upływie półtora roku została moją żoną. Na ostatnich latach studiów skojarzyło się kilkanaście małżeństw, urodziły się pierwsze studenckie dzieci i powoli doptynęliśmy do absolutorium, które otrzymaliśmy w roku 1950.

Świetnie pamiętam ciepły czerwcowy wieczór w studenckiej stołówce, kiedy siedzieliśmy w miłej atmosferze, po raz ostatni obok naszych profesorów i cieszyliśmy się świetnym występem „chińskich cieni”. Demonstrowali je koledzy wspaniale imitujący sylwetki, głosy, mimikę i gestykulację naszych nauczycieli. Na zakończenie tego wieczoru odbyło się nadzwyczaj serdeczne pože-

Leon Birn

Wspomnienia studenta pierwszego rocznika Akademii Lekarskiej w Gdańsku



(1)

sztaty rzemieślnicze. Po rozwinięciu gospodarstwa rolno-spożywczego znacznie polepszyła się jakość obiadów w stołówce, która mieściła się przy Alei Zwycięstwa obok Zakładów Teoretycznych.

W ramach Bratniej Pomocy organizowano różnego rodzaju imprezy: odczyty, koncerty, z których dochód był przeznaczony na cele socjalne studentów. Jednym z zadań „Bratniaka” była produkcja i kolportaż skryptów. Najbardziej reprezentacyjnym przedsięwzięciem był doroczny bal medyków organizowany w budynku Wydziału Farmaceutycznego. Doskonale pamiętam trwający do rana bal w karnawale 1946 roku, kiedy to polonez prowadzony przez Rektora prof. E. Grzegorzewskiego rozpoczął huczną zabawę urozmaiconą wieloma atrakcjami. Bal ten zgromadził inteligentną elitę Trójmiasta. Bratnia Pomoc zdobyła w 1946 roku domy wczasowe w Szklarskiej Porębie, dokąd w sezonach zimowym i letnim kierowała studentów.

szy rok farmacji, przestaliśmy więc być jedynakami.

W miarę upływu lat, życie studenckie stawało się normalniejsze i nieco łatwiejsze, z wyjątkiem narastającej inwigilacji politycznej i bardzo przykrych działalności Urzędu Bezpieczeństwa. Co kilka tygodni aresztowano kolegów, byłych AK-owców, których trudno było odnaleźć i ratować pomimo osobistej interwencji rektora, prof. Michała Reichera. Po dwóch latach działalności „Bratniaka” nowe organizacje młodzieżowe o charakterze politycznym zdecydowanie osłabiły działalność Bratniej Pomocy. Od tego czasu podupadły placówki tej bardzo pożytecznej organizacji.

W roku akademickim 1947/48 powstały już wszystkie lata medycyny i zaczęto tworzyć Wydział Stomatologii. W tymże roku, zorganizowano Koło Medyków, którego zasadniczym celem było zainteresowanie studentów podstawami pracy naukowej. Inicjatywa okazała się bardzo pożyteczna. W ramach Koła Medyków studen-

gnanie każdego profesora z każdym studentem.

Dopiero po absolutorium mogliśmy zdawać egzaminy z przedmiotów wykładanych na IV i V roku medycyny, gdyż studiowaliśmy międzywojennym systemem trymestralnym. Wobec tego należało zdać od 12 do 14 egzaminów. Zasadniczą przeszkodą w tym przedsięwzięciu dla zdecydowanej większości kolegów stał się nieoczekiwany pobór do służby wojskowej.

Zostaliśmy skierowani do centrum wyszkolenia oficerów służby zdrowia w Łodzi, pomimo reklamacji władz Uczelni, jak i kierowników klinik zatrudniających absolwentów, przy jednoczesnym znacznym braku lekarzy w Trójmieście. Nie zdążyliśmy zdać wszystkich egzaminów dyplomowych, a skoszarowani otrzymaliśmy rozkaz kontynuowania sesji egzaminacyjnej (bez żadnych warunków ku temu) w Akademii Lekarskiej w Łodzi.

W momencie powoływania mnie do wojska, żona, wówczas studentka medycyny, była w zaawansowanej ciąży i pozostała bez środków do życia. Ówczesne władze wojskowe nie interesowały się sprawami socjalno-rodzinnymi. W Łodzi byliśmy traktowani bardzo brutalnie przez dowództwo radzieckie, pamiętam kilka prób samobójczych, na szczęście udaremnionych przez najbliższych kolegów. Przed powołaniem mnie do służby wojskowej zacząłem pracować jako zastępca asystenta na Oddziale Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej kierowanej przez doc. Alojzego Maciejewskiego, a podległego Klinice Chorób Dziecięcych prowadzonej przez prof. Henryka Brokmana. Większość kolegów powołanych na szkolenie do Łodzi wcielono do czynnej służby wojskowej na okres bezterminowy i bez porozumienia z zainteresowanym przydzielono do różnych jednostek wojskowych w całym kraju. Początkowo tylko nielicznym udało się uzyskać przeniesienie do szpitali lub klinik wojskowych. Dopiero po kilkunastu latach awansując na wyższe stopnie oficerskie poprawiła się ich sytuacja zawodowa, jak również materialna.

W końcu roku 1950 dzięki energicznym staraniom rektora prof. W. Czarnockiego oraz pomocy wiceministra zdrowia, byłego naszego profesora, K. Rowińskiego zostało zwolnionych ze służby wojskowej kilkunastu kolegów, którzy powrócili do klinik i zakładów. Miałem ogromne szczęście zaliczać się do tych wybranych i



wróciłem do Oddziału Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej. Po uzyskaniu dyplomu koleżanki i koledzy nie podlegający służbie wojskowej otrzymali wezwania na tak zwaną komisję przydziału pracy. W skład komisji wchodził: jeden z profesorów (obowiązkowo członek PZPR) oraz student reprezentujący polityczną organizację (ZWM). Przydziały pracy wydane przez komisję zależały od wielu czynników. Niektórzy lekarze mieli szczęście, bo otrzymali pracę, o którą zabiegali, ale zdarzały się decyzje rozdzielające małżeństwa - dla żony w Olsztynie, a dla męża w Elblągu. Po przejściu przez komisję przydziału pracy koleżanki i koledzy rozjechali się po całym kraju. Los przydzielił im różne funkcje, a awanse postępowały powoli od lekarzy rejonowych, zakładowych i lekarzy wiejskich ośrodków zdrowia poprzez lekarzy tak zwanego lecznictwa zamkniętego, ordynatorów oddziału i dyrektorów różnych instytucji, organizatorów służby zdrowia (także ministerialnych) do samodzielnych pracowników nauki różnych szczebli, a nawet rektora uczelni. Losy tych niegdyś pierwotnych wychowanków gdańskiej Akademii ułożyły się bardzo rozmaicie. Niektórzy osiągnęli ogromne sukcesy na polu naukowo-dydaktycznym, inni borykali się przez całe życie lekarskie z kłopotami uniemożliwiającymi im rozwiniecie skrzydeł do wyższego lotu.

Niejednokrotnie gubiliśmy się w odległych wspomnieniach, próbując zatrzymać uciekający czas. Prawie

połowa koleżanek i kolegów odeszła z tego świata, a pozostali są już poważnie emerytami lub rencistami, niektórzy borykają się z ciężkimi chorobami i innymi problemami codzienności. Ogromny dystans czasu znacznie zminimalizował odczucia przykrych przeżyć, a uwypuklił najmiłsze wspomnienia młodości i studiów, okresu niejednokrotnie bardzo burzliwego i bogatego w wydarzenia.

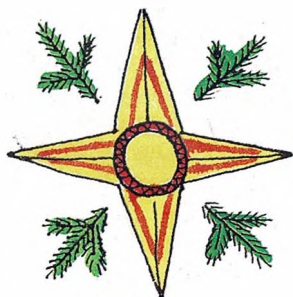


LETNIA SZKOŁA BIOTECHNOLOGII



W dniach od 10 do 24 lipca 1994 odbyła się w Wildze k/Warszawy Letnia Szkoła Biotechnologii zorganizowana przez Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego oraz Akademii Medycznej w Gdańsku. Była to pierwsza tej specjalności szkoła w Polsce.

Tematyka wykładów i dyskusji obejmowała różne aspekty zastosowań biotechnologii. W Szkole Letniej w Wildze wzięło udział 60 studentów (30 z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii w Gdańsku i 30 z innych polskich ośrodków naukowych). Wykłady w języku polskim i angielskim prowadziło 37 profesorów, bądź innych wybitnych specjalistów z różnych dziedzin biotechnologii. Około 1/3 część wykładowców przyjechała do Wilgi z zagranicy, tj. z USA (5 osób), Anglii (3 osoby), Kanady (2 osoby) oraz z Francji, Litwy, Niemiec, Szwajcarii i Włoch (po jednej osobie).



Zakres tematyczny wykładów był bardzo obszerny i obejmował problematykę natury ogólnej, m.in. filozofię nauki (wykłady prof. Wacława Kuniczkiego-Goldfingera), etykę (wykłady prof. Kazimierza Kloskowskiego). W części ogólnej mówiono także o prawie patentowym, ochronie dóbr intelektualnych, podstawach genetyki człowieka, regulacji ekspresji genów u *Prokaryota*, białkach wiążących RNA, wektorach plazmidowych i replikacji plazmidów, amplifikacji genów, odwróconych sekwencjach DNA itp. Czysto biotechnologiczna tematyka, która dominowała w programie Szkoły obejmowała takie zagadnienia, jak opis hodowli w dużych objętościach, przenoszenie skali czy zagadnienia rachunku ekonomicznego przy planowaniu określonego typu biotechnologii. Opis szczegółowych procesów biotechnologicznych stanowił znaczną część zajęć. Dla przykładu kilka tematów z tego zakresu: nowa generacja szczepionek, mikroorganizmy jako źródło żywności, produkcja enzymów oraz ich zastosowanie w przemyśle i rolnictwie, biotechnologie rolnicze itp.

Część wykładowców z zagranicy stanowili ludzie wykształceni w Polsce, gdzie zdobywali pierwsze stopnie naukowe, a obecnie mieszkają i pracują zagranicą. Szkoła pozwoliła na nawiązanie kontaktu zawodowego

z nimi. Być może zaowocuje to bliższą współpracą naukową z polskimi kolegami lub pozwoli na decyzję podjęcia pracy w kraju.

Szkoła była w całości sponsorowana przez firmę Beckman Instruments International S.A. W trakcie zajęć firma Beckman zorganizowała pokaz własnej aparatury naukowej - demonstrację uzupełniono prelekcjami. Szkoła Biotechnologii była dużym sukcesem zarówno organizatorów jak i studentów.

Panowała przyjemna atmosfera i dobra organizacja. Sukces Szkoły oraz przekształcenie lokalnej inicjatywy uczelni gdańskich w wydarzenie o znacznie większym wymiarze, był możliwy dzięki wielkiemu zaangażowaniu w jej organizację prof. dr hab. Anny Podhajskiej. Dużą pomocą była też hojność sponsora oraz wkład pracy przedstawicieli firmy Beckman w osobach panów Mariana Kawczyńskiego oraz Stefana Makarowskiego.

Powodzenie zachęciło nas do organizacji II Letniej Szkoły Biotechnologii, która odbędzie się na Kaszubach w Łączyźnie nad Jeziorem Raduńskim w dniach 16-29 lipca 1995 r. Przewidujemy, że wykłady wygłosi około 50 profesorów z różnych ośrodków polskich i zagranicznych. Planujemy udział 60 studentów z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii w Gdańsku i około 40 z innych ośrodków akademickich. Wszystkim uczestnikom Szkoły Letniej pragniemy zapewnić interesujący program naukowy oraz wspaniały wypoczynek w jednej z najpiękniejszych okolic Polski. Również i w roku 1995 współorganizatorem i głównym sponsorem Szkoły jest Beckman Instruments International S.A. Ponadto część kosztów zostanie pokryta z grantu TEM-PUS S-JP 07191-94.

Kierownikiem Szkoły w bieżącym roku, z ramienia Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii, jest prof. dr hab. Ewa Łojkowska z Katedry Mikrobiologii UG, która wszystkim zainteresowanym udzieli informacji pod numerem telefonu 31-22-41, wew. 45.

prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
Dziekan Międzyuczelnianego
Wydziału Biotechnologii

Giuseppe D'Agata

Lekarz z ubezpieczalni

(tłum. Moniki Guzek)

Rozdział drugi (odc. 1)

Bardziej niż dźwięki telefonu, budzą mnie raczej nawoływania mojej matki. Otwieram oczy, tymczasem ona mówi coś do mnie, potrząsa mocno. O co chodzi? Czego chcą o tej godzinie? Jest trzecia w nocy, telefon przestał już dzwonić, zamykam oczy. Nic mnie to nie obchodzi.

- Guido, Guido, obudź się! Jest wezwanie, wizyta. Chcą cię!

- Zostaw mnie w spokoju.

- Wstawaj, Guido! Musisz iść.

- Gdzie? Po co?

- Już, obudź się, nie rozumiesz? Chcą cię, natychmiast.

- Ale ja nie mam pacjentów - mówię siadając. Matka otworzyła szafę, szpera w tej pustej ciemności, wyciąga mój najlepszy garnitur. Oszałała! Spuszczam nogi.

- Musisz być dobrze ubrany.

Idę umyć twarz. Zimna woda budzi mnie, dygoczę. Matka pomaga mi na każdym kroku, skoncentrowana i szybka. Pytam, dlaczego wezwano właśnie mnie.

- Ich lekarz wyszedł do innego pacjenta. Ale spieszą się, znaleźli lekarza w książce telefonicznej.

Krawat za dwa tysiące lirów (imieniny). Marynarka. Odwracam się.

- No, jesteś prawdziwym lekarzem. Tak, teraz jesteś pięknym medykiem.

Jestem blady, nogi się pode mną chwieją. Wyjmuję papierosa (jeden papieros może spowodować przewagę sympatykotonii nad nerwem błędnym?), ale moja matka robi energiczny gest zakazu. Chowam papierosa. Święta mama.

- Idź szybko, czekają na ciebie. - mówi. Czytam adres napisany na kawałku kartki, chowam go do kieszeni i ruszam.

- Moment - woła - Torba! Idziesz bez niczego?

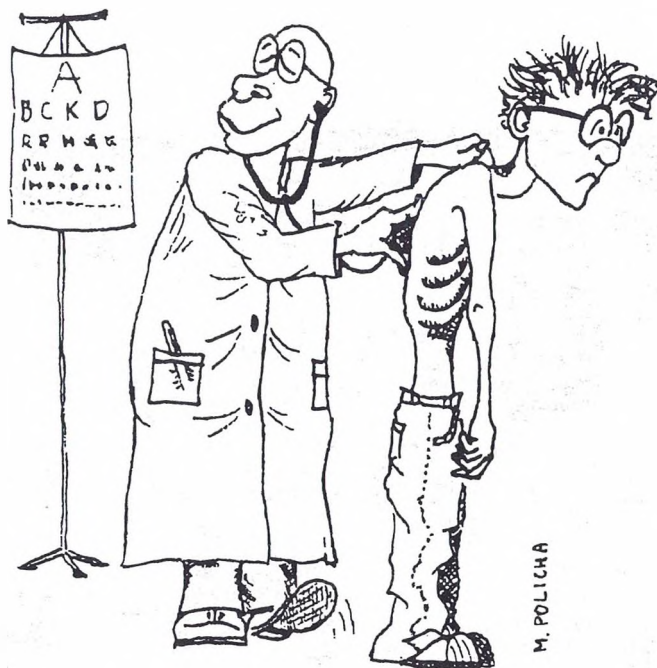
Rzeczywiście, torba. Idę wziąć ją z kredensu. To nowa torba, nigdy nie używana. Otwieram ją i sprawdzam: fonendoskop, aparat do mierzenia ciśnienia, vademecum diagnostyki i praktycznej terapii, pudełko z fiolkami pierwszej pomocy, duży blok recept. Wszystko nowe.

- Idź - mówi matka. Całuje mnie w drzwiach.

- Kto wie, czy nie zdobędziesz dziś sobie pacjenta.

Jest marzec i nocne powietrze jest zimne. Moje kroki rozbrzmiewają głęboko w czerni portyków. Nie ma nikogo; słychać tylko odgłosy samochodów lekarzy spieszących na nocne wizyty i wezwania.

To niestosowne przyjść na piechotę do klienta, nawet gdyby się miało uratować mu życie. Samochód to narzędzie pracy dla lekarza, pomijawszy to, że jest również namacalną oznaką prestiżu. Patrę na samochody zaparkowane pod gołym niebem, ustawione wzdłuż chodników i myślę o przywileju, który pozwala lekarzom parkować również w miejscach, gdzie są zakazy postoju. Nie mogę doczekać się



momentu, w którym będę mógł wykorzystać to prawo. Kto wie, ilu kierowców chciałoby umieścić na szybie krzyż medyka, a ja, który mógłbym go mieć, nie mam samochodu. Ale ważniejszy jest krzyż. To on może doprowadzić mnie do samochodu, nie odwrotnie. Tak pocieszam się trochę i znów przeganiam myśl o papierosie. Nie ma światła w oknach. Ciemne są domy prywatnych i ciemne tych ubezpieczonych. Wszyscy prywatni śpią. Ubezpieczeni, jeden z drugim, na nocnej zmianie. Nie, nie można powiedzieć, że wszyscy prywatni śpią. Ktoś na pewno spędza tę noc z piękną kobietą w hotelu. Ale w końcu śpi, co sobie wyobrażasz?

Moja matka nie powiedziała mi, czy to wizyta u prywatnego czy ubezpieczonego. Adres odpowiada staremu domowi, który zdaje się na przekór znajduje się między dwoma wspaniałymi kamienicami. Nie powiedziała mi nawet komu mam przyjść z pomocą: mężczyźnie czy kobiecie, staremu czy młodemu. Ani dlaczego ten ktoś źle się czuje.

Dzwonię i drzwi natychmiast się otwierają. Wspinam się po źle oświetlonych schodach, po krzywych stopniach. Logiczne, że to nie jest prywatny. Oni nie wzywają nigdy lekarza z łapanki, ale zawsze mają kogoś w rezerwie.

Słyszę głos kobiety: Trzecie piętro, doktorze.

Zostaję przyjęty jak lekarz. Jakaś rozczochrana i zła kobieta prowadzi mnie do sypialni. To przeciętne mieszkanie. Pytam o chorego.

- Mój mąż. Jeden z jego ataków. Proszę wybaczyć, doktorze, ale nie zdołałam znaleźć naszego lekarza.

Chory spoczywa na łóżku małżeńskim w starym stylu, z brązowymi, drewnianymi tralkami. W takim samym śpi moja matka. Siedzi, oparty na dwóch dużych poduszkach. Oddycha z wysiłkiem. Ma przymknięte oczy. Myślę, że chodzi o jakąś duszność, nic więcej. Duszność, to znaczy tylko trudność w oddychaniu. Zbliżyłam się do łóżka, tuż za mną kobieta.

- Jest lekarz. Bądź spokojny, teraz to on się już tobą zajmie.

Chory spostrzega moją obecność, ale szybko wraca do swego głównego zajęcia. Wyciągam fonendoskop z torby, żona odkrywa mu tors.

- Lepiej zbadać go dokładnie - mówię, żeby zyskać na czasie. Żona akceptuje to ze spokojem.

Przykładam słuchawki do koniuszka i słucham długo silnego, przyspieszonego, rytmicznego bicia.

- To tachykardia - mówię. To znaczy częstoskurcz.

Proszę, żeby usiadł bez podparcia. Żona odkrywa mu plecy, zwijając piżamę na karku. Przykładam słuchawki do pól płucnych. Słyszę jednocześnie szelest liści i rechot żaby, do tego jeszcze akordy basowych rejestrów organów katedralnych.

Duszność - powtarzam na koniec. Chory kładzie się z powrotem. Jego problem to oddychanie, a mój, że jeszcze nic nie rozumiałem. Żona patrzy na mnie pytająco.

Duszność i tachykardia, powtarzam sobie i widzę białe grzbiety asystentów, wolontariuszy, praktykantów, studentów na internacie, studentów grupy ćwiczeniowej - wszystkie te białe grzbiety, ten szczególnie mur, który wyrastał między mną a łózkami chorych na salach szpitalnych kliniki uniwersyteckiej. Pamiętam, że widziałem kilka razy chorych mających trudności w oddychaniu, jak ten pacjent, ale dyskusja kliniczna, diagnoza i wskazówki dotyczące leczenia pozostały na poziomie śnieżnobiałych pleców najbliższych łóżku. Do mnie i do tych, co jak ja zajmowali zewnętrzne warstwy muru medyków, docierały jedynie nieliczne słowa pozbawione związku. Wszystkie przedpołudnia spędzam w klinice, ale kiedy mogę mieć

bezpośredni kontakt z chorymi, oni są już zmęczeni i niecierpliwi, biedni, po niezliczonych badaniach, którym zostali poddani przez kolegów, którzy mnie wyprzedzają w kolejce. Nie mówiąc już o chorych nietykalnych, bo zarezerwowanych dla klinicystów. W każdym razie, nadal nic nie wiem. Pokój jest wręcz zasłonięty ciężkim oddechem chorego.

- Od kiedy ma te ataki?

- Będą trzy lata. Na początku zdarzały się często, potem było dobrze przez dłuższy czas. Ostatnio znowu się pojawiły.

Kobieta mówi, ja w tym czasie potakuję. Myślę, że nie ma przeciwwskazań, żeby skonsultować się z moim vademecum. Szperam w torbie.

- Doktor Coccolini zwykle daje mi zastrzyk, kiedy zdarza się taki atak.

Badam pudełko z fiolkami do pierwszej pomocy.

- Zastrzyk?

- Tak, w ramię.

- Dożylny - mówię, wertując pudełko wewnątrz torby. Zrobiłem cztery albo pięć dożylnych w klinice. Tylko raz udało mi się nawlec żyłę na igłę; wszystkie inne razy to opuchlizny i wylewy, obelgi pacjenta i złe spojrzenie sióstr. Łatwe żyły zagarniali sobie zawsze inni. Poza tym, dożylny, ale z czego?

- Trzeba zmierzyć ciśnienie - mówię.

- Doktor Coccolini mówił, że jest normalne.

- Lepiej kontrolować.

Chory patrzy na mnie nieufnie, tymczasem żona zawija rękaw, prawy.

- Macie ubezpieczenie? - pytam.

- Tak. Ale to nie znaczy, doktorze... - odpowiada żona - To co ma być...

Zakładam mankiet i manewruję pompką. Rtęć wspina się skokami po stopniach szklanej kolumny: 120-140-160-180-200-220.

- Ała! Lamentuje chory - ściska mnie!

- Bądź cierpliwy, mój drogi - mówi żona.

- Ten tu doktor cię nie zna. Teraz mierzy ci ciśnienie.

Powoli zwalniam pompkę: 200-180-160-140-120-100. Nie udało mi się precyzyjnie wysłuchać poziomu, na którym pojawiło się tętno. Znowu dmucham w pompkę, chory protestuje: zwalniam pompkę. 145. A więc: 145 mniej więcej.

- Normalne, tak? - pyta kobieta.

- Normalne.

- Może trochę niskie. Ma pięćdziesiąt dwa lata.

Złożenie sfigomanometru to długa operacja. Staram się ustalić diagnozę różnicową. Astma oskrzelowa, duszność sercowa, może obrzęk płuc? Niewydolność krążenia, prawa czy lewa?

- Czy ma obrzęki na nogach?

Kobieta potrząsa głową przecząco. Pokazuje mi stare pudełko aluminiowe, do gotowania strzykawek. Jest nawet w środku strzykawka "10".

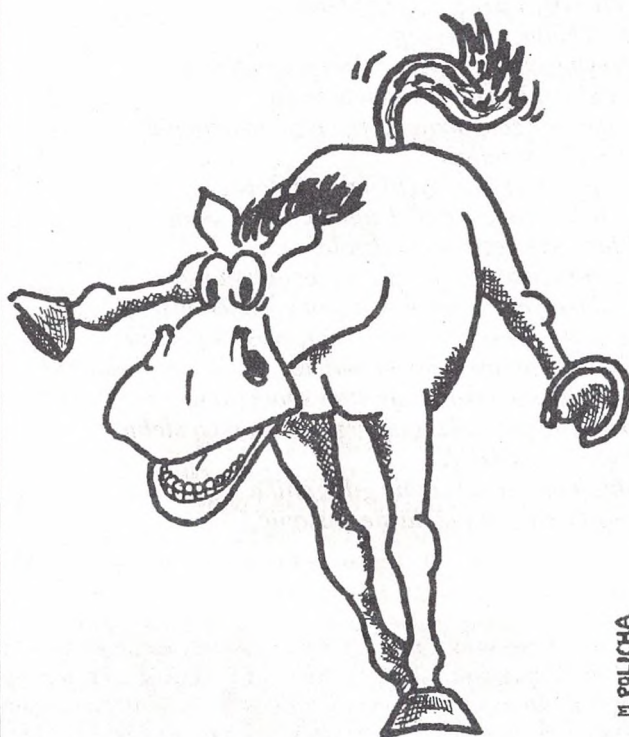
- Dobrze - mówię - robimy zastrzyk.

Mężczyzna poci się i przeciąga oddech przez zęby. Słyszy słowo zastrzyk, fala pocieszenia przebiega mu przez oblicze i dociera do oczu podnosząc odrobinę powieki.

Jaki zastrzyk, na Boga?!!

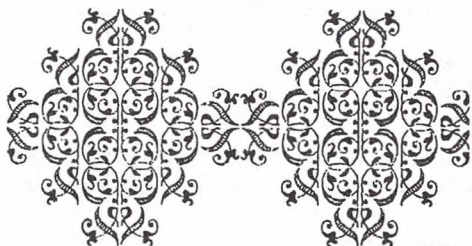
cdn.

Z teczki rysownika



Przypadek i konieczność

Mówi się i chyba słusznie
 Że przypadek może być
 Nieodzowną koniecznością
 Że wszystko co natura zdziałała
 Uczyniła to bez udziału mózgów
 Kosmos istniejąc przez miliardy lat
 Nie mógł ich znikąd nabyć
 A poza sferą świadomości
 Musiało istnieć życie
 Trwało nieustanne uczenie się
 Rozwiązywanie problemów
 Inteligentne podejmowanie decyzji
 Funkcje te uważamy za psychiczne
 Starsze są więc niż nasze mózgi
 Istniały niewyobrażalnie dawno
 Pracowały poza świadomością
 Mózg jest więc tym
 Za pomocą którego ewolucji
 Udało się zdolności i siły świata
 Przenieść do indywidualnego organizmu

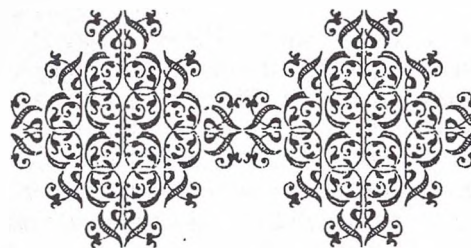


Pytania o cele i wartości

To etyka określa normy zachowania
 Chroni osoby i relacje osobowe
 Dlatego musi być zgodna z naturą człowieka
 Źródłem etyki jest filozoficzna identyfikacja człowieka
 Wartości mogą być celami
 Pojawiły się w filozofii kiedy Kant zanegował
 Poznawalność natury bytów
 Potem zaczęto określać człowieka przez cel
 To cele wskazują drogi
 Do wspólnego dobra ludzi
 Zgodna z naturą mądrość
 Jest umiejętnością używania intelektu
 Etyka nie może stawiać człowieka
 Wobec celów lub wartości
 Ale wobec realnych osób
 Dlatego nasze działania
 Muszą być zgodne z osobami
 Muszą im służyć
 Nie może być wartością cel
 Gdyż jest on pomysłem utworzonym przez intelekt
 Dlatego wtórne są cele, wartości i ideologie

mówią poeci ...

Wiesław Prastowski



Miłości niczym nie da się zastąpić

W pogoni za odrobiną ciepła i miłości
 Za mało zastanawiamy się nad sobą
 Nie szukamy przyczyn własnych reakcji
 Działamy odruchowo i pospiesznie
 Wpadamy do głębokiej rzeki życia
 Nie umiejąc pływać
 A kiedy przychodzi czas refleksji
 Jest już za późno
 Mylą się nam proste słowa i pojęcia
 Naturalny instynkt z pożądaniem
 Zakochanie z miłością
 Przywiązanie z pragnieniem posiadania
 A spełnione pragnienia umierają
 Pożądanie zaspokojone wycisza pragnienie
 Czymże jest miłość
 Czy jest dążeniem za pięknem i dobrem
 Pochylaniem się nad drugim człowiekiem
 Miłość jest uczuciem i działaniem
 Nie może być egoistycznym zaspakajaniem
 W miłosnym zespoleńiu stajemy się jednością
 Od Boga dana jest nam umiejętność kochania
 Miłość to nieustanne wyzwanie
 To ruch i niepokój a nie stan spoczynku
 To miłość pozwala nam przejść samego siebie
 I być bliżej BOGA
 Oddalamy się od siebie gdy zanika
 Miłości niczym nie da się zastąpić

Wiesław Prastowski, ur. w 1936 r., z zawodu lekarz, absolwent AM we Wrocławiu, od r. 1987 kierownik Odd. Wewnętrzznego Szpitala Wojewódzkiego we Wrocławiu. Z zamiłowania poeta, którego humanistyczne zainteresowania znalazły swój poetycki wyraz w tomiku „Zostawić ślad...”. Wrocław, 1993.

Kamil Jankowski

DZIURY W CZASZCE

(i co w nich się mieści)

Rozmowa w pubie

Spotkało się dwóch kolegów -

Młodych medyków przy piwie.

Gadali o tym, jak idzie

Na twardej medycznej niwie.

"- Jak tam twoi diabetycy?"

"- Mają się na ogół nieźle,

Chociaż wierząc w magię leków

Często się krzywią na dietę.

A co z twoimi chorymi?

Masz jakieś nowe sposoby,

Żeby w naszych ciężkich czasach

Skracać im okres choroby?"

"- Na to wciąż nie ma widoków.

Niestety - powiem ci szczerze,

Gdy w łapy chirurgom wpadniesz

To swoje musisz odleżeć.

"- A jak tam w pracy?" "- Niegorzej,

Tyle, że gonią terminy.

Mam program komputerowy

Za dwa dni skończyć - dla firmy

Co dzieci uczą języków.

Sam czasem też męczę brzdące -

Udaje się dzięki temu

Jakoś związać koniec z końcem.

U ciebie, mniemam, w porządku?"

"- Owszem, nie mogę narzekać.

Robię wszak w branży intratnej,

Znaczą się - w ubezpieczeniach.

Wiesz, jest o trzy szczeble wyżej

W sieci brokerskiej nade mną

Wasył, co go przez maturę

Z litości dyrektor przepchnął."



Diabłu duszy niewinny

Niezależny, swobodny

Bezpośredni dziecinnie

i zupełnie pogodny

Miałem podróż daleką

dziś wróciłem z powrotem

Mgła jest gęsta jak mleko

jestem w jasnej ślepotcie

Nic nie widzę za ścianą

rozdrobnionej w mrok nocy

Wiele osób nieznanych

faktów, kłamstw i dowodów

Aleksy Judin

Nie wiadomo dlaczego

zawsze boję się mroku

Chyba na mnie ktoś czeka

dawno ma mnie na oku

Może coś nabroiłem

w kryminalnej przeszłości

Parę osób zabiłem

gdzieś tam leżą ich kości

Naczynia, nerwy sitowe przednie i pierwszy nerw czaszkowy N1
przez *foramina cribrosa* przechodzą (to jest nerw węchowy).Drugi nerw - wzrokowy - wraz z tętnicą oczną N2
ma swój otwór i ujście w oczodole prosto.Wyżej wznosi się szczelina - górna oczywiście - N3,N4,N6
tutaj trzeci, czwarty, szósty mają swoje wyjście. V1/N5/
który wcięciem wychodzi - tam, gdzie mamy brew.

Przez ten otwór lub wcięcie przechodzą też sobie

żyły, tętnice i nerwy nadoczodołowe.

Podobnie rzecz ma się z otworem czołowym,

tu pełną naczynia z nerwem nadbłoczkowym.

Fissura orbitalis inferior prowadzi nerw jarzmowy,razem z nim nerw podoczodołowy oraz nerw szczękowy. V2/N5/
Naczynia podoczodołowe, żyła oczna dolna,

gałązki oczodołowe ze zwoju też jednoczy ona.

Zwartość *foramen magnum* też jest dość bogata.Tu tętnice rdzeniowe, *medulla oblongata*,

splot żylny podstawny, część rdzenna nerwów dodatkowych

oraz tętnice i gałązki tętnic kręgowych.

Foramen jugulare na części podzielony -od środka zatoka skalista dolna oraz nerw dziewiąty; N9
bokiem dziesięć, jedenaście, tętnica oponowa tylna N10,N11i najważniejsze - *vena jugularis interna*.*Nervus hypoglossus* ma swój kanał mały,

umieszczony na potylicy, prosto pod kłykciami. N12

Gałązki oponowe *arteriae occipitalis*z żyłą wypustową biegną przez *canalis condylaris*.Otworem okrągłym wchodzi nerw szczękowy V2/N5/
wychodzi natomiast przez otwór podoczodołowy

(otworem tym biegną też żyły i tętnice).

Nerw zuchwowy przechodzi przez *foramen ovale*, V3/N5/
swoje ujście znajduje w *foramen mentale*.*Foramen mentale* kończy kanał zuchwowy,

którym biegną naczynia oraz nerw bródkowy.

Naczynia i nerwy zębodołowe dolne

też biegną tym kanałem; natomiast górne tylne

przechodzą przez otwory zębodołowe

(tamte wchodziły w otwory zuchwowe).

Tętnicę błędnikową i nerw przedsionkowo-ślimakowy N8

prowadzi przewód wewnętrzny słuchowy.

Razem z nimi nerw pośredni, a także twarzowy - N7

ten robi kolanko, wychodzi przez otwór rylcowo-sutkowy.

Kto chce, ten niech się uczy,

Kto nie chce, niech przeklina

Czaszkę znać każdy musi

Więc dopiszcie jeszcze!

Aleksandra Jankowska

Może mi przebaczone

Czy czekają do dzisiaj

nie wiem (kurcze pieczone)

ale to mi nie wisi

A na razie powoli

się posuwam do przodu

Jeśli los mi pozwoli

będę miał długą brodę

Aleksy Judin, student III roku Wydz. Lek. AMG, po raz pierwszy na łamach naszej Gazety, podobnie Aleksandra Jankowska, studentka I roku Wydz. Lekar. AMG, której utwór może pomóc w przyswojeniu wiadomości z anatomii.

STUDENCI INFORMUJĄ

Siedziba STN mieści się w Klubie
Studenckim „Medyk” pok. 3

Dyżury członków Zarządu
w środę 13.30-14.30

Niektóre wyjątki z instrukcji:

KRYTERIA I TRYB PRYZYNAWANIA ŚRODKÓW NA FINANSOWANIE STUDENCKICH PROJEKTÓW BADAWCZYCH

I POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Przez studencki projekt badawczy, zwany dalej projektem, należy rozumieć zadanie badawcze (dotyczące zarówno zagadnień o tematyce klinicznej jak i teoretycznej), które zostało sformułowane na podstawie sprecyzowanej koncepcji przez studentów z danego koła naukowego pod nadzorem opiekuna pracy i będzie przez nich realizowane.
- Projekt może być finansowany do końca roku kalendarzowego, w którym został przyznany. Projekt może być realizowany przez 3 kolejne lata. Środki na jego realizację w danym roku przyznawane są po uzyskaniu pozytywnej opinii recenzenta. Kontynuacja prowadzonych badań nie wymaga ponownego składania wniosku o sfinansowanie projektu.
- Opiekunem pracy jest pracownik naukowy w stopniu doktora n. med. lub wyższym, zatrudniony w jednostce, przy której działa Studenckie Koło Naukowe. Do zadań opiekuna pracy należy czuwanie nad właściwym przebiegiem prac, od chwili przystąpienia do konkursu aż do złożenia sprawozdania końcowego.
- Za każdy projekt odpowiada główny wykonawca czyli kierownik projektu oraz opiekun pracy.

II SKŁADANIE WNIOSKÓW

- Projekty należy składać do 31 stycznia każdego roku akademickiego w Dziale Nauki w czterech egzemplarzach.
- Wniosek powinien być sporządzony na przygotowanych przez Zarząd STN formularzach i zawierać dodatkowo:
 - Opis projektu z zaznaczeniem, czy jest on kontynuacją badań prowadzonych w danej jednostce; opis powinien zawierać wszystkie wymagane w instrukcji informacje umożliwiające recenzentom merytoryczną ocenę projektu.
 - Listę proponowanych dwóch recenzentów będących samodzielnymi pracownikami naukowymi AMG.

III ZASADY KWALIFIKACJI I OCENY PROJEKTÓW

- Recenzentom zapewnia się anonimowość. Wśród recenzentów nie może być osoby pracującej w jednostce, z której pochodzi projekt. Oceniają oni w pierwszej kolejności wartość merytoryczną wniosku, uwzględniając również jego koszty. Projekty oceniane są wg zasad przyjętych przy recenzowaniu prac własnych AMG, przy czym każdy z recenzentów podaje krótkie uzasadnienie.

- Wszystkie projekty przedstawiane są Komisji Konkursowej w składzie: Prorektor ds. Nauki, Prorektor ds. Dydaktyki, trzech samodzielnych pracowników naukowych AMG zaproszonych przez Zarząd STN oraz członkowie Zarządu STN.

Przypominamy wszystkim osobom, które uzyskały „granty” w roku 1994, że zgodnie z regulaminem ich przyznawania zobowiązane są do przedstawienia sprawozdania i rozliczenia „grantu” w terminie 3 tygodni po terminie zakończenia jego realizacji (praktycznie do 20.01.1995). Odpowiednie dokumenty proszę składać w Dziale Nauki AMG.

Z poważaniem
Zarząd STN AMG

Seksualność a obyczajowość w dobie HIV/AIDS

Informujemy, że dnia 21.01.95 r. (sobota) o godz. 16.00 w sali wykładowej im. Prof. M. Reichera odbędzie się spotkanie organizowane przez STN AMG nt. „Seksualność a obyczajowość w dobie HIV/AIDS”.

Patronat nad nim objęła Pani prof. W. Zielińska, Pełnomocnik Rektora AMG i Wojewody Gdańskiego ds. HIV/AIDS. Zaproszeni goście wygłoszą referaty i wykłady na niżej podane tematy:

- prof. dr hab. med. Z. Kuratowska, *Zakażenie wirusem HIV a obyczaje i świadomość społeczna*
- prof. dr hab. med. A. Stapiński, *Choroby przenoszone drogą płciową ze szczególnym uwzględnieniem problemu AIDS*
- prof. dr hab. med. Z. Lew-Starowicz, *Zachowania seksualne a AIDS*
- ks. A. Nowak, wykład fakultatywny

Uczestnicy spotkania będą mogli zadać **każde** nurtujące ich pytanie dotyczące szeroko rozumianej problematyki seksualności. Przewidywany czas spotkania - 4 godziny.

W godzinach wieczornych wspólnie będziemy się bawić w klubie »MEDYK« na balu karnawałowym.

Wstęp tylko dla uczestników spotkania.

Współorganizatorem jest firma Hevelius Brewing Company Ltd.

Zapraszamy do wspólnego spędzenia na wesoło drogocennego wolnego czasu.

Zarząd STN

Z ukosa**WYJŚCIE Z IBM-u**

Pamiętam, że kiedy zjawiłem się w Akademii po raz pierwszy, a było to bodaj w marcu 1989, jeden ze starszych kolegów, który wskazał mi, gdzie jest dziekanat, pokazał też IBM. Powiedział wtedy „To jest budynek, w którym siedzi I i II rok i modli się, żeby jak najszybciej z niego wyjść”. Później usłyszałem opinię, że po zdaniu egzaminów z Biochemii i Fizjologii (tzw. „Mały Szlem”) wolno stanąć przed lustrem i powiedzieć sobie „dzień dobry, doktorze”. Można więc postawić hipotezę, że kluczowy dla studiów jest właśnie 3 i 4 semestr.

Biologia, czyli Genetyka

1. Uwarunkowaniom genetycznym chorób przypisuje się obecnie coraz większe znaczenie, więc taki przedmiot, dający podstawy wiedzy z tej dziedziny jest bardzo cenny. I będzie pewnie coraz cenniejszy.

2. Forma seminariów jest tu oczywiście najlepsza, za to mam wątpliwości co do testów, czy w przypadku tak opisowej w sumie dziedziny dają one rzeczywisty obraz nabytych wiadomości.

Biofizyka

1. Z perspektywy czasu wiadomości z tego przedmiotu wydają się coraz ważniejsze dla zrozumienia zjawisk zachodzących w organizmie. Szkoda tylko, że na drugim roku obowiązują-

ła zasada „wszystko naraz” - zagadnienia biofizyki molekularnej poruszane były równolegle z biofizyką narządów i fizyką aparatury medycznej.

2. Zajęcia miały tę zaletę, że wszystkie były praktyczne - można było własnoręcznie „dotknąć” nauczanych problemów. Jedyny zarzut to wspomniany powyżej „groch z kapustą”.

Przedmioty fakultatywne

Ja akurat wybrałem historię filozofii i te zajęcia wspominam chyba najprzyjemniej ze wszystkich, w których uczestniczyłem w trakcie studiów. Zasluga tu ogromna p. Pawła Huelle, który o tak abstrakcyjnych kwestiach potrafił mówić ciekawie, a co najważniejsze, umiał też wciągnąć nas do dyskusji.

Z tego, co wiem, obecnie na II roku nie ma już żadnych przedmiotów do wyboru - jest obowiązkowa historia filozofii i psychologia. Abstrahując od przydatności psychologii uważam, że zniesienie fakultatywności „przedmiotów humanizujących” jest jednym z przejawów „zwijania się” Akademii (w dodatku nie w tę stronę, co potrzeba - ale to już inna historia).

Pierwsza pomoc

1. Bardzo dobry pomysł, żeby wcześniej zacząć nauczać tego przedmiotu, tylko dlaczego kontynuacja jest dopiero na ostatnim roku?

2. Żeby efektywnie prowadzić te zajęcia potrzeba trzech rzeczy: fantomów, fantomów i fantomów - ale takich, żeby każdy nie tylko umiał przeprowadzić resuscytację, ale i np. zaintubować. Jeśli w pogotowiu są sanitariusze, którzy to umieją (a od czerwca będzie ich dużo więcej - kończy edukację pierwszy rocznik Szkoły Ratowników), to czemu nie miałby student medycyny od II roku?

Biochemia

Przykro mi, ale o tym przedmiocie pisać mi nie wypada, bo sam tam od czasu do czasu prowadzę zajęcia.

Fizjologia

1. Przedmiot najbardziej podstawowy z podstawowych, to znaczy powinien dawać solidne podstawy.

2. Tymczasem podręcznik i sposób sprawdzania wiadomości raczej nie służą takiemu celowi. Testy nie wymagają zrozumienia, a jedynie dobrej znajomości „ciężko strawnej” książki. Paradoksalnie korzyścią jest tu fakt, że po gruntownej lekturze „Tracza” żadna inna książka medyczna nie jest już straszna!

Czy zatem II rok jest rzeczywiście kluczowy? W pewnym sensie tak. Na wyższych latach już trzeba się „stać”, żeby mieć poważniejsze kłopoty, zaczynają się egzaminy ustne, nie ma tytułu kolokwiów (w 3 semestrze bywa, że są dwa w tygodniu). Jednym słowem kończy się „szkołka” - przynajmniej teoretycznie.

Kamil Jankowski

„KRÓTKA ŚCIEŻKA” - KOLEJNY KROK KU MEDYCYNIE RODZINNEJ

W listopadzie 1994 r. Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AMG po raz pierwszy zorganizowała nabór kandydatów na szkolenie w zakresie medycyny rodzinnej w systemie skróconym.

Szkolenie tego rodzaju przewidziane jest na okres 6 miesięcy w trybie pulsacyjnym, co oznacza trzy dwumiesięczne cykle nauki z jedno- lub dwumiesięcznymi przerwami.

Kandydatem do uzyskania tytułu lekarza rodzinnego tym trybem może być lekarz medycyny spełniający określone kryteria wieku, stażu pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, specjalizacji I lub II stopnia z medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych bądź pediatrii.

Praktycznie jest to więc forma kształcenia przeznaczona dla lekarzy pełniących już często, choć nieformalnie, funkcję lekarza rodzinnego.

Na tegoroczne szkolenie w trybie skróconym zgłosiło się 45 osób z gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia województwa gdańskiego i elbląskiego oraz z poradni w Gdyni, Sopocie, Gdańsku i Elblągu. Z każdym kandydatem przeprowadzono rozmowę kwalifikacyjną, której celem było uzyskanie informacji odnośnie ww. kryteriów, motywacji do podjęcia pracy w medycynie rodzinnej, posiadanych już doświadczeń w tej dziedzinie oraz możliwości finansowania szkolenia w przypadku tych osób,

które nie uzyskały dotacji od Lekarza Wojewódzkiego.

Przewodniczący Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie medycyny rodzinnej prof. dr hab. Maciej Latański zakwalifikował ostatecznie 31 osób, które przystąpią do szkolenia w trybie skróconym w lutym 1995 roku.

Organizatorem tej formy kształcenia jest Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Gdańsku, a całość koordynuje Regionalny Ośrodek Kształcenia (ROK) pod kierunkiem prof. dr hab. med. Marka Hebanowskiego.

dr n. hum. Joanna Kliszcz
mgr Barbara Trzeciak

Seminarium: Naturalne i sztuczne promieniowanie jonizujące

W dniach 27 - 29 października na zaproszenie Rumuńskiego Towarzystwa Ochrony Radiologicznej uczestniczyłem w międzynarodowym seminarium poświęconym ochronie radiologicznej związanej z działalnością człowieka. Było to drugie tego rodzaju seminarium organizowane przez Rumuńskie Towarzystwo Ochrony Radiologicznej po zmianie rządów. Byłem jedynym zaproszonym Polakiem.

Wiekłą część uczestników stanowili pracownicy przemysłu nuklearnego, Rosjanie, Bułgarzy, Węgrzy posiadający elektronicznie jądrowe oraz kopalnie uranu. Większość z obecnych uczestników seminarium była szkolona w Dubnej (ZSRR). Obecnie widoczna jest frustracja tych ludzi pozbawianych uprzywilejowanych stanowisk. Być może ta sytuacja powoduje pewne otwarcie i ujawnianie dotychczas tajnych faktów.

Z wygłoszonych referatów na uwagę zasługuje praca prezentowana przez Czechów, obalająca dotychczasowe wyniki badań o wpływie promieniowania jonizującego na powstawanie raka wśród pracowników kopalń uranu w Jachimowie. Dotychczasowe prace posiadają podstawowy błąd polegający na tym, że jako grupę kontrolną brano mieszkańców tej miejscowości nie pracujących w kopalni (porównując z pracującymi). Wykazano, że mieszkańcy do budowy domów używali urobku z kopalni. W ten sposób powstawały radioaktywne domy. Tak więc praktycznie nie było różnicy pomiędzy górnikami a innymi mieszkańcami. Powodowało to znaczne zaniżenie tzw. współczynnika ryzyka umieralności na raka.

Również referent z Bułgarii mówił o ukrywanych faktach, m.in. o wzroście zachorowań na nowotwory wśród dzieci pracowników elektrowni jądrowych. Sytuacja w bułgarskim przemyśle jądrowym jest bardzo trudna z powodu awaryjności elektrowni jądrowej w Kozłoduju oraz braku chętnych na zakup bułgarskiego uranu.

Wstrząsający był referat prof. A. Lutsko, rektora Uniwersytetu w Mińsku. Stwierdził on jednoznacznie, że wszelkie oficjalne raporty prezentowane przez byłe ZSRR posiadają wartość makulatury i nie powinny być

cytowane. Z danych prezentowanych przez niego wynika jednoznacznie, że konsekwencje katastrofy w Czarnobylu są dla małej Białorusi tragiczne. Do 1986 roku rozpoznawano ok. 1.5 - 2 przypadki raka tarczycy wśród dzieci do 14 roku życia. Obecnie zmieniło się to gwałtownie (patrz tabela).

Jest to w chwili obecnej poważny problem zarówno medyczny (brak specjalistów) jak i ekonomiczny (brak miejsc w szpitalach). Jeszcze większym problemem jest stwierdzany od 1993 r. ujemny przyrost naturalny -1.1 i w roku 1994 szacowany na podstawie pierwszego półrocza na -7 do -8. Spowodowane jest to dramatyczną liczbą poronień naturalnych i umieralnością dzieci. W rejonach skażonych co druga, trzecia ciąża kończy się poronieniem. Obszar ten zamieszkuje 30% populacji Białorusi. Ujemnemu przyrostowi naturalnemu nie zapobiegło nawet przesiedlenie się nielegalne ok. 60-100 tysięcy ludzi z Kaukazu objętego działaniami wojennymi. Przesiedleńcy zajmują opuszczone osiedla w skażonym rejonie.

Prof. Lutsko potwierdził też oficjalnie, że tak duże skażenie rejonu Mocholewa spowodowane zostało powokowaniem deszczu, który miał zatrzymać radioaktywną chmurę i nie dopuścić jej nad Moskwę.

Ogólną liczbę zgonów z powodu katastrofy w Czarnobylu wśród lud-

ności cywilnej szacuje się w chwili obecnej na 150 000. Nie znana jest liczba ofiar wśród likwidatorów, ponieważ dane te są nadal tajne, m.in. obowiązuje zakaz notowania w historii choroby faktu uczestnictwa w pracach związanych z katastrofą.

Podczas seminarium przedstawiłem referat omawiający konsekwencje katastrofy w Czarnobylu dla Polski, który wzbudził żywą dyskusję. M.in. z dostępnych danych wynika niezbicie, że tzw. okres utajniony, potrzebny do ujawnienia się nowotworu po napromieniowaniu nie musi wynosić kilka lat. Podczas dużego skażenia napromieniowani zostają także ludzie, u których można wykryć nowotwory w stadium przedinwazyjnym oraz początkowym, napromieniowanie znacznie przyspiesza ich wzrost. Z taką interpretacją zgodzili się obecni na seminarium lekarze. Prace nasze udowodniły także związek pomiędzy przyczyną zgonu a napromieniowaniem. Wśród osób zmarłych z powodu choroby nowotworowej stwierdzaliśmy statystycznie większą zawartość cezu radioaktywnego aniżeli wśród osób zmarłych z innych przyczyn.

Seminarium odbyło się w ślicznej miejscowości Sinai, w dawnych pomieszczeniach rządowych. W Rumunii nie widać niedostatków ekonomicznych, sklepy zaopatrzone podobnie jak w Polsce, ceny ok. 10% niższe. Widziałem grupy roześmianej młodzieży, kolorowo i modnie ubranej, widocznie troska o codzienność pozostaje dla dorosłych.

dr Jerzy Jaśkowski

Wzrost zachorowań na raka tarczycy dzieci do 14 roku życia na Białorusi

1980	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	I półrocze 1994
2	2	2	3	6	27	57	68	92	60

Kongres Pediatrii w Kairze

Ambasada Egiptu informuje o XXI Międzynarodowym Kongresie Pediatrii, który odbędzie się w Kairze, w dniach 10-15 września 1995.

Streszczenia zgłaszanych referatów należy przesyłać do 1 lutego 1995 r.; opłatę kongresową (325\$) - do dnia 1 marca 1995 r., rezerwację

hotelu (45-180\$ za noc, depozyt - 75-200%) do 1 czerwca 1995 r.

W Dziale Nauki, pok. 209, znajdują się formularze zgłoszeń i rezerwacji oraz wzór formy streszczenia referatu.

do druku podała: dr Genowefa Bendykowska

ZAKOŃCZYŁ SIĘ ROK RODZINY

proklamowany przez Stolicę Apostolską i ONZ

W dniach 14-19.11.94 r. odbyło się Sympozjum poświęcone problematyce rodziny, zorganizowane przez Radę Rektorów Wyższych Uczelni Pomorza Nadwiślańskiego oraz Kurię Metropolitalną Archidiecezji Gdańskiej, w ramach Światowego Roku Rodziny, proklamowanego przez Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Kościół Katolicki.

Obrady Sympozjum odbywały się kolejno w wyższych uczelniach Wybrzeża.

Dnia 17.11.94 r. miejscem spotkania była Akademia Medyczna w Gdańsku. Zebranych przywitał oraz obradom przewodniczył JM Rektor AMG, prof. dr hab. Zdzisław Wajda. W obradach wzięli udział profesoria, lekarze, studenci oraz inni pracownicy Uczelni i Szpitali. Ponadto zaszczytli swą obecnością: Arcybiskup Tadeusz Gołowski, Metropolita Gdański, Biskup Zygmunt Pawłowicz oraz księża Diecezji Gdańskiej zajmujący się problematyką rodziny.

Wykłady wygłosili:

1. Prof. dr Zbigniew Chłap z AM w Krakowie, członek Papieskiej Akademii „Pro Vita” na temat: „Problemy bioetyczne współczesnej Europy”.

2. Dr Jerzy Umiastowski, przewodniczący Komisji Etyki Naczelnej Izby Lekarskiej na temat: „Problemy bioetyczne współczesnej rodziny”. Obrady posumował Arcybiskup Tadeusz Gołowski, podkreślając wagę podjętej problematyki oraz wyrażając uznanie autorom referatów.

prof. dr hab. Edward Witek

Medical University of Gdańsk

- tak brzmi nazwa naszej Uczelni w języku angielskim przyjęta Uchwałą Senatu AMG z dnia 14 listopada 1994 r.

Konkurs polsko-francuskich programów w zakresie badań medycznych

Francuski Narodowy Instytut Zdrowia i Badań Medycznych (INSERM) oraz Ministerstwo Spraw Zagranicznych (MRE) ogłosiły konkurs na wspólne polsko-francuskie programy w zakresie badań medycznych.

Francuskie zespoły INSERM i zespoły ośrodków badań medycznych krajów Europy Środkowej i Wschodniej mogą starać się o kontrakty współpracy na okres 2 lat, finansowane w wysokości 250.000,-F w tym 50.000,-F na koszty przejazdów i pobytów, a 200.000,-F na wyposażenie i pracę laboratoriów i pracowni współpracujących ośrodków w krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Propozycje programów badawczych należy zgłaszać do Departamentu Nauki, Kształcenia i Współpracy z Zagranicą MZiOŚ do dnia 25 stycznia 1995 r.

Do opracowania projektu programu konieczny jest kontakt z placówką francuską (dane dotyczące uczestników projektu ze strony francuskiej, zgoda instytucji francuskiej na przedstawianą propozycję itp.). Odpowiednie formularze (w języku francuskim) znajdują się w Dziale Nauki AMG, tel. wew. 11-59.

do druku podała: dr Genowefa Bendykowska



Dr Wiesława Klemens, Redaktor Naczelny Biuletynu Informacyjnego OIL w Gdańsku informuje:

**Ważniejsze, wstępne ustalenia z redakcją
Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby
Lekarskiej w Gdańsku**

**50
LAT
AMG**

1. Numer jubileuszowy będzie wydany w czerwcu 1995 r.
2. Materiały do tego numeru należy dostarczyć do 7 maja 1995 r.
3. Wstępne krótkie informacje mogą być drukowane od lutego w każdym numerze.
4. Materiały do druku trzeba składać do 5 każdego miesiąca (wówczas będą wydrukowane w numerze następnego miesiąca).
5. Artykuły nie mogą przekraczać dwu stron maszynopisu.
6. Fotografie kolorowe w formie odbitek na papierze matowym KODAK lub kliszy.
7. Grafika wykonana w czarnym tuszu.
8. Redakcja prosi o rocznicowe wspomnienia, krótkie artykuły, mogą być anegdoty o nauczycielach akademickich AMG, o studentach, krótkie utwory literackie, wiersze, fotografie, rysunki, pamiątki itp.
9. Osoby, które będą proszone o udzielenie wywiadu - będą uprzedzone na piśmie o planowanej treści pytań.
10. Kontakt z Redakcją Biuletynu OIL przez dr. med. Stanisława Bogdanowicza, Katedra i Zakład Fizjologii AMG, ul. Dębinki nr 1, V piętro, tel. 32-50-65, wew. 10-90. Wiadomość można przekazywać przez Sekretariat Zakładu.

POLSKIE TOWARZYSTWO PATOLOGÓW ODDZIAŁ GDAŃSKI

zaprasza na zebranie, które odbędzie się w środę 4 stycznia o godz. 13.00 w Muzeum Zakładu Patomorfologii AMG. W programie:

Przypadek synovioma malignum o nietypowej lokalizacji ogniska pierwotnego - J. Niemierko, H. Firfa (Oddział Wewnętrzny Szpitala MSW w Gdańsku), J. Borowska-Lehman, R. Rzepko (Katedra i Zakład Patomorfologii AMG).

Skarbnik naszego Oddziału, dr med. M. Kamiński oczekuje opłaty zaległych składek członkowskich. Przypominamy, iż składka roczna wynosi 120.000,-.

Członkom i Sympatykom Polskiego Towarzystwa Patologów przekazujemy życzenia Zdrowych i Pogodnych Świąt Bożego Narodzenia oraz Pomyślnego Nowego Roku.

POLSKIE TOWARZYSTWO DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ ODDZIAŁ GDAŃSKI

zaprasza na posiedzenie w dniu 6 stycznia o godz. 10.00 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakątnego, ul. Smoluchowskiego 18. Porządek zebrania:

1. *Zastosowanie markerów nowotworowych w diagnostyce i leczeniu* - prof. J. Szymandera, Zakład Medycyny Nuklearnej, Instytut Onkologii, Warszawa
2. Firma Analco, Białystok - prezentacja oferty diagnostycznej i aparaturowej

CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-KLINICZNE AIDS WOJ. GDAŃSKIEGO przy KLINICE CHOROÓB ZAKAŻNYCH AMG POLSKIE TOWARZYSTWO STOMATOLOGICZNE ODDZIAŁ GDAŃSKI

zapraszają na konferencję naukowo-szkoleniową z udziałem wykładowców z Yale University (New Haven, Connecticut, USA) poświęconą problemom HIV/AIDS w stomatologii, która odbędzie się w sali wykładowej im. prof. M. Reichera Zakładów Teoretycznych AMG, ul. Dębinki 1 w sobotę 7 stycznia o godz. 10.00. W programie:

1. *AIDS na świecie: ogólny obraz epidemii i drogi szerzenia się zakażenia HIV* - dr Ph. Alcabes, Yale University
 2. HIV/AIDS w Polsce - lek. med. T. Smiatacz, AMG
 3. Historia naturalna zakażenia HIV - dr hab. W. Zielińska, prof. nzw. AMG
 4. Pokonywanie strachu podczas udzielania pomocy medycznej ludziom zakażonym HIV - J. Burgess R.N., Connecticut Dep. of Educ., piel. dypl. J. Orłowska, Poradnia Woj. Przych. Skórno-Wener.
- Przerwa na kawę
5. Stomatologiczne objawy zakażenia HIV - dr A. S. Papas, F.A.C.D. Tufts University School of Dental Medicine
 6. Praktyczne aspekty zapobiegania zakażeniom HIV w gabinetach stomatologicznych - T. Mc Givem, R.D.H Spellman Center for HIV, related Diseases
- Dyskusja, zakończenie konferencji

POLSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGICZNE ODDZIAŁ GDAŃSKO-ELBLĄSKI POLSKIE TOWARZYSTWO NEUROCHIRURGÓW ODDZIAŁ POMORSKI

informują, że w dniu 10 stycznia o godz. 11.00 w sali Wykładowej Domu Technika NOT w Gdańsku przy ul. Rajskiej odbędzie się konferencja naukowa, organizowana przy współudziale firmy Beaufour Ipsen. W programie:

- | | |
|-------------|--|
| 12.00-12.05 | Otwarcie posiedzenia |
| 12.05-12.20 | <i>Przetoka szyjno-jamista, charakterystyka anatomiczna i kliniczna</i> - dr U. Janczukowicz, Oddział Neurologiczny Szpitala Psychiatryczno-Neurologicznego, Gdańsk |
| 12.20-13.05 | <i>Ochronne działanie EGB-761 w stosunku do destrukcyjnej roli wolnych rodników w obrębie tkanki nerwowej</i> - dr F. Clostre, (IHB) Centre de Recherches Ipsen, Francja |
| 13.05-13.20 | <i>Generacja wolnych rodników w krwotokach podpajęczynówki</i> - dr A. Swincow, prof. dr hab. H. Kacprzak, Katedra i Klinika Neurochirurgii AM w Bydgoszczy |
| 13.20-13.35 | <i>Pokaz operacji wycięcia malformacji tętni-
czo-żylny mózgu</i> - dr hab. P. Stoniewski, Katedra i Klinika Neurochirurgii AMG |
| 13.35-13.50 | Dyskusja. Zakończenie posiedzenia |
| 14.00 | Lunch |

POLSKIE TOWARZYSTWO IMMUNOLOGICZNE ODDZIAŁ GDAŃSKI

zaprasza do biblioteki Katedry i Zakładu Histologii i Immunologii na posiedzenie w dniu 11 stycznia o godz. 13.15, na którym dr D. Sosnowska wygłosi referat:

Rola apoptozy w układzie immunologicznym

POLSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGÓW DZIECIĘCYCH

zawiadamia o zebraniu w dniu 11 stycznia o godz. 12.00 w bibliotece Katedry Neurologii. W programie:

1. *Napady afektywnego bezdechu* - dr U. Robaszewska
2. *Wiotkie dziecko* (sprawozdanie z Konferencji z CZDz z 9.12.1994 r.).

POLSKIE TOWARZYSTWO GINEKOLOGICZNE ODDZIAŁ GDAŃSKI

zawiadamia, że w dniu 14 stycznia (sobota) o godz. 10.00 odbędzie się w sali wykładowej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety AMG w Gdańsku, ul. Kliniczna 1a posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Ciąża powikłana cukrzycą, rozpoznawanie, leczenie, powikłania* - prof. Cz. Wójcikowski
2. *Ocena wpływu wyrównania zaburzeń gospodarki węglowodanowej u kobiet z cukrzycą typu I-ego na czynność hormonalną łożyska* - dr J. Szymula
3. *Ocena prowadzenia ciąży powikłanej cukrzycą w materiale II Kliniki Położnictwa i Chorób Kobiety* - dr J. Olszewski
4. *Leki substytucji hormonalnej firmy Novo Nordisk* - dr W. Wiśniewski

TOWARZYSTWA

POLSKIE TOWARZYSTWO EPIDEMIOLOGÓW I LEKARZY CHOROŃ ZAKAŹNYCH ODDZIAŁ GDAŃSKI

zawiadamia, że w dniu 18 stycznia (środa) o godz. 11.00 w sali wykładowej im. prof. W. Bincera odbędzie się kolejne zebranie naukowo-szkoleniowe na temat:

Zespoły biegunkowe jako powikłanie antybiotykoterapii

1. *Etiologia, epidemiologia, klinika i leczenie* - dr med. J. Ellert-Żygadłowska, dr med. A. Lakomy
2. *Zakażenia Clostridium difficile - patogeniza i diagnostyka* - lek. med. Ł. Korybalski, Zakład Mikrobiologii Klinicznej PSK 1
3. *Zmiany morfologiczne w jelicie grubym* - dr Z. Janowski, Zakład Medycyny Sądowej AMG
4. *Biegunki po antybiotykoterapii - doświadczenia własne Kliniki* - dr A. Lakomy, dr J. Ellert-Żygadłowska, lek. med. M. Orłowski, dr K. Witczak-Malinowska
5. Firma Lilly - prezentacja preparatu *Vancocin* - lek. med. M. Rek

Kronika życia Uczelni

Redakcja chciałaby wprowadzić stałą rubrykę „Kronika życia Uczelni”, na którą złożyłyby się informacje z poszczególnych jednostek ilustrujące skrótowo bieżące wydarzenia.

Warto, by wszystko, co dla życia Katedry, Kliniki i Zakładu tak pod względem organizacyjnym, badawczym czy towarzyskim jest ważne, znalazło swój wyraz w tej rubryce.

Materiały informacyjne prosimy przysyłać pod adresem redakcji do dnia 20 każdego miesiąca. Jeśli będą dostarczone na dyskietce przyspieszą naszą pracę.

Redakcja

Z teczki rysownika

Redakcja chciałaby wprowadzić stałą rubrykę „Z teczki rysownika”, w której zamieszczalibyśmy grafiki, rysunki satyryczne, dowcipy rysunkowe, karykatury, itp. (liczymy na inwencję Autorów).

Rysunki, najlepiej w skali 1:1, umieszczone centralnie na kartce prosimy przysyłać pod adresem redakcji do dnia 20 każdego miesiąca. Zapisane na dyskietce w formacie TIFF (*.TIF) są mile widziane.

Redakcja

POLSKIE TOWARZYSTWO FARMACEUTYCZNE ODDZIAŁ GDAŃSKI GDAŃSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 24 stycznia (wtorek) o godz. 13.00 do sali wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG przy Al. Gen. J. Hallera 107. W programie:

1. *Zastosowanie koncepcji marketingu w farmacji* - doc. dr hab. B. Żurawik, Katedra Marketingu Wydziału Zarządzania UG
2. *Nowe formy współpracy farmaceutów w Europie* - prof. dr hab. F. Sączewski, Katedra Chemii Organicznej Wydziału Farmaceutycznego AMG
3. *Aktualności Okręgowej Izby Aptekarskiej* - dr farm. S. Vogel, Prezes Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej
4. *Informacje o działalności Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego* - prof. dr hab. F. Gajewski, Prezes Oddziału Gdańskiego PTFarm.

INSTYTUT CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH

informuje, że środę 25 stycznia w sali im. Wszelakiego w godz. 12.00-13.00 odbędzie

KONFERENCJA KLINICZNA

Omawiane przypadki pochodzą z II Kliniki Chorób Serca Instytutu Kardiologii AMG. W programie:

1. Ablacja prądem o wysokiej częstotliwości w leczeniu zaburzeń rytmu serca - A. Stanke
2. Zespół stymulatorowy - S. Sielski

Konferencja Naukowa Oddziału Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

Q dniach 18-19 listopada 1994 r. w pięknym zespole pałacowo-hotelowym w Kadynach odbyła się konferencja naukowa Oddziału Pomorskiego PTNCh.

Miała ona charakter zjazdu regionalnego, ponieważ Oddział zrzesza neurochirurgów z Gdańska, Bydgoszczy, Słupska, Elbląga i Olsztyna.

Program naukowy wypełniły prezentacje dotyczące zaburzeń wodno-elektrolitowych we wczesnym okresie krwawienia podpajęczynówkowego (Gdańsk), współistnienie oponiaka z glejakiem mózgu (Klinika AM w Bydgoszczy) oraz omówienie takiego samego przypadku z Oddziału Neurochirurgii w Elblągu. Ostatnim tematem była nerwiakowłókniaćowatość - problem chirurgiczny i rokowniczy (Olsztyn).

Firmy współorganizujące Konferencję: Johnson&Johnson-Ethicon, Nycomed i Henkel zaprezentowały swoje produkty. Oprócz nich sponsorami imprezy, która pozo-
stawiła miłe wspomnienia w swej części towarzysko-turystycznej, były, oprócz wymienionych firm, także Kadyny International Sp. z o.o. i Aesculap.

DZIAŁ KADR

1.11. - 31.12.1994

Funkcje kierownicze po raz pierwszy objęli:

dr hab. med. Jadwiga Roszkiewicz, prof. nzw. - Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych od dnia 1.12.1994 r.
Gabriela Grabowska - p.o. Kierownika Działu Księgochości od dnia 1.09.1994 r.

Uzyskali tytuł profesora:

dr hab. farm. Henryk Lamparczyk, prof. nzw.
dr hab. med. Grażyna Świątecka, prof. nzw.

Awansowali na stanowisko adiunkta:

dr med. Bogumiła Cynowska
dr n. hum. Janusz Iskierski
dr med. Aleksandra Siedlewicz
dr med. Jan Rogowski

asystenta:

dr n. przyr. Małgorzata Wróblewska

Dr hab. med. Maria Referowska, prof. nzw.
1.12.1994 r. została przeniesiona do Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii AMG.

Przeszła na stanowisko starszego wykładowcy:

dr farm. Weronika Żebrowska

NAGRODY REKTORA AMG

za osiągnięcia naukowe, dydaktyczne, organizacyjne
w 1993 roku

Wydział Lekarski

- nagrody indywidualne I^o - 10 osób
- nagrody indywidualne II^o - 16 osób
- nagrody zespołowe I^o - 1 osoba
- nagrody zespołowe II^o - 10 osób

Wydział Farmaceutyczny

- nagrody indywidualne I^o - 2 osoby
- nagrody indywidualne II^o - 2 osoby
- nagrody zespołowe I^o - 1 osoba
- nagrody zespołowe II^o - 5 osób

Jednostki Międzywydziałowe

- nagrody indywidualne I^o - 1 osoba
- nagrody indywidualne II^o - 2 osoby

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

45 lat

prof. dr hab. Irena Jabłońska-Kaszewska

40 lat

Sabina Siemionek
prof. dr hab. Edward Witek

35 lat

dr farm. Krystyna Wierzchowska-Renke

30 lat

dr n. med. Maria Betlejewska
Jerzy Kasperski
dr med. Krzysztof Michalewski
mgr Jerzy Nacel
dr n. med. Józef Zienkiewicz
prof. dr hab. Albina Żółtowska

25 lat

Waleria Legawiec
Elżbieta Linkiel
Teresa Romejko

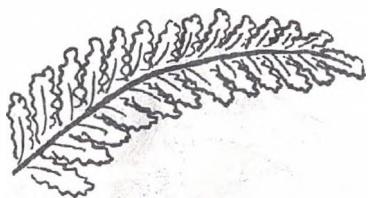
20 lat

Andrzej Dulewicz
Barbara Fudacz
dr farm. Anna Halkiewicz
dr n. med. Barbara Kochańska
Janina Kozłów
Bożena Miotke
dr hab. n. farm. Franciszek Sączewski, prof. nzw.
dr n. przyr. Andrzej Składanowski
dr farm. Weronika Żebrowska

Z Uczelni odeszli:

mgr fiz. Paweł Ambrożewicz, asystent
lek. med. Marek Bielaszewski, asystent
mgr farm. Aleksander Czuba, asystent
lek. stom. Anna Figarska, asystent
dr med. Małgorzata Nartowicz-Stoniewska, adiunkt
lek. med. Janusz Orzelski, asystent
dr med. Zofia Słuszkiewicz-Potaż, adiunkt
dr med. Anna Sulima-Gillow, adiunkt
lek. med. Adam Zedler, asystent

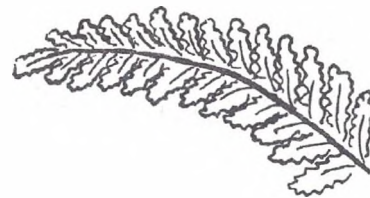




Dnia 24 listopada 1994 r. zmarł

Bogdan Kułakowski

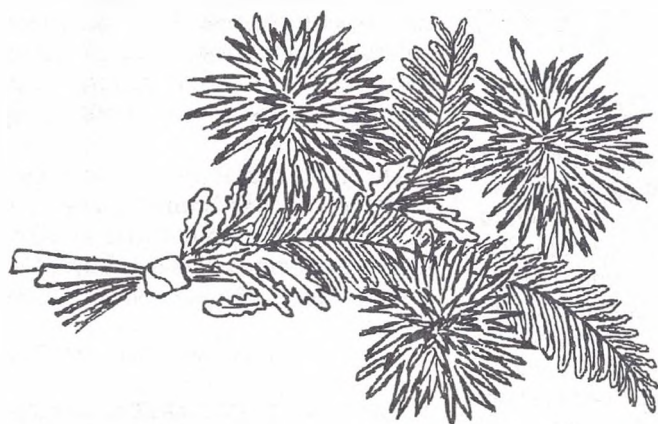
St. technik w Katedrze i Zakładzie Protetyki
Stomatologicznej



Dnia 12 grudnia 1994 r. zmarł

Piotr Gacek

Student I r. Wydziału Lekarskiego AMG



Dnia 25 listopada 1994 r. zmarł

mgr inż. Dariusz Janczewski

Asystent w Samodzielnej Pracowni
Informatyki Medycznej

Dnia 10 grudnia 1994 r. zmarła

prof. dr hab. Helena Tokarz

Kierownik Katedry i Zakładu Botaniki
Farmaceutycznej AMG

Żegnamy wieloletniego Nauczyciela akademickiego i Współorganizatora Katedry Botaniki na Wydziale Farmaceutycznym AMG.

Niespodziewana śmierć pozbawiła naszą społeczność akademicką niezwykle zaangażowanego Wychowawcy młodzieży i Pracownika nauki.

Jej wieloletnia działalność i pasja na rzecz ochrony środowiska Wybrzeża Gdańskiego i Elbląskiego pozwoliła na zachowanie wielu gatunków roślin.

Pozostanie w naszej pamięci jako osoba życzliwa, wrażliwa i przyjazna ludziom.

Fundacja Rozwoju Akademii Medycznej
w Gdańsku

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. w Gdańsku

351-809-506850-139-11

... available Spring 1969

Ionization, Conductivity and Breakdown in Dielectric Liquids

by Ignacy Adamczewski
Technician University of Gdańsk, Poland
104 x 71 • 450 pages • illustrated
Subject Index/author Index • Cloth
170s
price 1000 000



TAYLOR & FRANCIS LTD

100 Broad Street, London W1C 9EF
410 LION COURT, FLEET STREET
LONDON EC4A 3DF

IGNACY ADAMCZEWSKI
ANDRZEJ JANUSZAJTIS

WKŁAD NAUKI POLSKIEJ
DO NAUKI ŚWIATOWEJ
W DZIEDZINIE JONIZACJI
I PRZEWODNICTWA ELEKTRYCZNEGO
CIEKŁYCH DIELEKTRYKÓW

Pamięci profesora Czesława Białobrzęskiego (1878-1953)
Kierownika Zakładu Teoretycznego Uniwersytetu Warszawskiego
- inicjatora tej dziedziny badań w Polsce
- promotora pracy doktorskiej Ignacego Adamczewskiego
- pracę tę poświęcamy

W październiku 1994 r. ukazała się książka prof. I. Adamczewskiego i doc. A. Januszajtisa, wydana przez Politechnikę Gdańską pt. „Wkład nauki polskiej do nauki światowej w dziedzinie jonizacji i przewodnictwa elektrycznego ciekłych dielektryków”.

Zawiera wyniki prac prof. I. Adamczewskiego, wykonanych w latach 1926-1939 w pracowni prof. Cz. Białobrzęskiego w UW oraz prac prof. Adamczewskiego i współpracowników z PG i AMG z lat 1945-1987.

Decyzją Rektora PG, prof. dr hab. inż. E. Wittbrodta duża część nakładu została rozdana w charakterze promocji współpracownikom prof. Adamczewskiego oraz przekazana bibliotekom naukowym. Pozostałe egzemplarze są do nabycia w księgarni PG w cenie 50000 zł.

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

NA ŁAMACH PRASY

W dniu 24 listopada 1994 roku w Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej miał miejsce tragiczny pożar, w wyniku którego na miejscu zginęły dwie osoby, ponad dwieście zostało poparzonych, w tym kilkudziesięciu bardzo ciężko. Nic więc dziwnego, że tematyka codziennych doniesień prasowych, (zarówno prasy gdańskiej, jak i krajowej) zdominowana została tym tragicznym wydarzeniem.

GADAŃSK W ŻAŁOBIE

Pod takim tytułem ukazał się artykuł w sobotnio-niedzielnym wydaniu *Dziennika Bałtyckiego*. A dalej pytanie: „Jak to się stało? - TRAGEDIA W HALI STOCZNI”

„Niewielki ogień - czytamy - zauważono o godz. 20⁵⁰. W pierwszym momencie większość z około 600 widzów potraktowała go jako dodatkową atrakcję. Kilka minut później setki młodych ludzi rzuciły się do panicznej ucieczki, tratując się nawzajem. Gdy o godz. 21⁰² na miejscu zdarzenia pojawiły się pierwsze wozy Państwowej Straży Pożarnej, było już za późno na opanowanie ognia...”

... Do tragedii doszło już w trakcie panicznej ucieczki tłumu, gdy setki młodych ludzi próbowały opuścić salę zbyt ciasnym, 7-metrowej długości korytarzem, prowadzącym do głównego wyjścia. Mało tego, tylko jedna, środkowa krata była otwarta, dwie boczne zamknięte były na kłódki. Z danych straży pożarnej wynika, że kłódki chroniły również jedno wyjście w stronę stoczni. W stronę innych, przeznaczonych dla obsługi, nikt nie skierował przerażonego tłumu...”

I na tej samej stronie: „W gdańskich szpitalach TRWA WALKA O ŻYCIE.

Pierwsi poparzeni pacjenci - czytamy dalej - przybiegli wieczorem do Akademii Medycznej sami. Biegli z krzykiem na przełaj przez tory, ulice i skwery. Z podniesionymi do góry, bolącymi rękoma. Po tych kilku pierwszych, pojawiły się karetki na sygnale. I niemal równocześnie taksówki i samochody z rannymi.

- W ciągu pół godziny - mówi prof. dr hab. Jerzy Lipiński, szef Kliniki

Chirurgii Urazowej - mieliśmy już w Akademii sześćdziesięciu pacjentów z tego pożaru. Cały personel medyczny skupił się na nich. Trzeba było rannych posegregować. Oddzielić bardziej poparzonych, by właściwie każdym się zająć.

- Kilkunastu naszych pacjentów - mówi z bólem serca prof. Lipiński - musi liczyć się ze zniekształceniami twarzy. Część chorych będzie poddawana operacjom, zapowiada się więc długie, wielomiesięczne leczenie. Poparzone dłonie to też problem, może nieco innego rodzaju. Gdy poparzona skóra goi się na rękach, mogą wystąpić ograniczenia ruchów dłonią. Potrafimy naturalnie to korygować, ale trzeba cierpliwości, bo to długie leczenie.”

W komunikacie zaś, obramowanym żałobną ramką, czytamy:

„Tragiczna katastrofa w hali Stoczni Gdańskiej, w wyniku której poszkodowanych zostało wielu młodych ludzi do głębi wstrząsnęła społeczeństwem Wybrzeża. Prezydent Gdańska podjął decyzję o ogłoszeniu niedzieli, 27 listopada br., dniem żałoby. Władze Gdańska apelują do mieszkańców o wstrzymanie się od organizowania i uczestnictwa w imprezach rozrywkowych także w piątek, 25 listopada oraz w sobotę, 26 listopada br.

Do wszystkich dyrektorów i samorządów uczniowskich gdańskich szkół wysłany został telefonogram z prośbą o ograniczenie imprez rozrywkowych na terenie szkół. Gdańska młodzież wykazała wyjątkową dorosłość, głęboko humanitarną postawę reagując niemal spontanicznie na ten apel - żadnych imprez rozrywkowych nie będzie w ciągu najbliższych dni. Tak w imieniu wszystkich uczniów odpowiedzieli przewodniczący samorządów uczniowskich i szkolnych z ponad 70 gdańskich szkół.

Leczenie, a potem rehabilitacja tych, którzy doznali obrażeń, będzie długotrwałe i kosztowne. O ile więc firmy, instytucje, czy osoby prywatne zechcą włączyć się do pomocy ofiarom tego tragicznego wypadku, to mogą dokonać wpłaty na konto Urzędu Miejskiego w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-832 Gdańsk. Oto numer:

WBK SA Oddział Gdańsk,
nr 351809-664-225-0
z dopiskiem: OFIAROM POŻARU.”



W tym samym numerze, w innym miejscu czytamy:

„Mieszkańcy Trójmiasta tłumnie zgłaszali się wczoraj w Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa przy ul. Hoene Wrońskiego w Gdańsku-Wrzeszczu. Przychodzili uczniowie, studenci, żołnierze, dorośli, kobiety i mężczyźni, którzy spontanicznie zareagowali na tragedię. Przychodzili od samego rana. Jak się tylko dowiedzieli, co się stało.

Do godz. 15 w piątek, w Wojewódzkiej Stacji w Gdańsku, krew oddało 500 osób, prawie 100 w stacji krwiodawstwa w szpitalu w Gdyni-Redłowie i ponad 60 w szpitalu na Zaspie.”

[Dziennik Bałtycki z 26-27.11]

NAJBARDZIEJ POPARZENI LECZENI BĘDĄ W KLINICE W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH

„Piętnaście najbardziej poparzonych ofiar czwartkowego pożaru w Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej przewieziono samolotem Urzędu Morskiego w Gdyni do Miejskiego Szpitala nr 2 w Siemianowicach Śląskich. Jak powiedział lekarz wojewódzki, Tadeusz Podczarski, dyrektor szpitala w Siemianowicach - Zbigniew Wypych - i dr Hanna Tosińska z Kliniki Chirurgii Plastycznej AMG tworzyli komisję medyczną, która kwalifikowała najczęściej poszkodowanych do hospitalizacji w wysoce specjalistycznej klinice. W następnej kolejności do Siemianowic odleci dwoje innych rannych. Obecnie we wszystkich trójmiejskich szpitalach leży 162 pacjentów. Stan jedenastu osób określany jest jako bardzo ciężki.

KRZYŻ CIERPIENIA

W nadtytule: „Msza święta w intencji ofiar i poszkodowanych w czwartkowym pożarze.” W wygłoszonej homilii arcybiskup gdański, Tadeusz Gołkowski powiedział:

- Kościół gdański jest ze wszystkimi cierpiącymi nie tylko przez słowa

współczucia, ale przez solidarność i konkretne zaangażowanie...

... Wszystkim dźwigającym krzyż cierpienia wyrażamy głębokie współczucie i prosimy Matkę Boską, by poszła do każdego domu dotkniętego cierpieniem i zaniósła nadzieję...

[Dziennik Bałtycki z 28.11]

KILKA PIECZENI NA GDAŃSKIM OGIU

W dwa tygodnie po tragedii w Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej, w bulwersującej informacji pióra Jolanty Gromadzkiej-Anzelewicz, czytamy:

„Serce mi rośnie - wyznaje doktor Hanna Tosińska-Okrój z Kliniki Chirurgii Plastycznej AMG, gdy po zdjęciu opatrunku widzę ręce naszych młodych pacjentów prawie wygojone, tylko gdzieniegdzie wymagające niewielkich zabiegów. Dwa razy dziennie te ręce ćwiczą pod czujnym okiem speców z Zakładu Rehabilitacji AMG, który pracuje na dwie zmiany.” I dalej:

„Gdy wygojonych rąk będzie więcej - dodaje doktor Tosińska - a myślę, że nastąpi to za dwa, trzy tygodnie, z Barcelony przyjedzie sama właścicielka firmy „Mainat”, by wziąć miarę i uszyć specjalne rękawiczki, które zapobiegają przerostowi blizn. Tendencję do nich mają ludzie młodzi, a chodzi o to, by ręce wyglądały jak najlepiej i nie były w przyszłości źródłem kompleksów i urazów.

Od tragedii w hali Stoczni Gdańskiej minęły ponad dwa tygodnie. W ciągu tego czasu gdańska służba zdrowia, dzień w dzień i noc w noc, zdawała najtrudniejszy egzamin z fachowości i organizacji, w akcji pomocy brali udział organizatorzy służby zdrowia, lekarze, pielęgniarki, studenci i cały personel pomocniczy. Zespoły operujące w najgorętszych dniach praktycznie nie opuszczały szpitali. W samej Klinice Chirurgii Plastycznej wykonano 158 opatrunków w sali operacyjnej oraz 80 tzw. opracowań

chirurgicznych, czyli przeszczepów skóry.

[Głos Wybrzeża z 12.12]

„Na oddziałach trójmiejskich szpitali przebywa 107 poszkodowanych w pożarze Hali Widowiskowo-Sportowej Stoczni Gdańskiej. Trzy osoby są w stanie bardzo ciężkim, a pięć w średnio ciężkim. W Szpitalu Miejskim nr 2 w Siemianowicach znajdują się 22 osoby. Jedna walczy o życie.”

[Dziennik Bałtycki z 12.12]

SKÓRA Z LOS ANGELES OFIAROM POŻARU

W preambule artykułu czytamy: „Stan zdrowia trzech najbardziej poszkodowanych ofiar pożaru w hali stoczni pogarsza się. - Trójmiejskie szpitale otrzymały 5 metrów kw. konserwowanej skóry ludzkiej. - Dzisiaj rozpoczyna się kolejne przeszczepy.” I dalej:

„W piątek dotarła do Gdańska przesyłka 5 m kw. konserwowanej ludzkiej skóry. Pochodzący z Los Angeles dar sprowadził do Polski ksiądz prałat Henryk Jankowski dzięki pomocy Kongresu Polonii Amerykańskiej. PLL Lot bezpłatnie przywozły przesyłkę do Warszawy, skąd awionetką przetransportował ją gdański lekarz wojewódzki Tadeusz Podczar-ski.

Skórę zdeponowano w chłodni Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa. Od dziś w szpitalach ponownie rozpoczyna się przeszczepy. Dzięki staraniom Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej 13 metrów kw. skóry dotarło również do kliniki w Siemianowicach Śląskich.

[Gazeta Morska z 12.12]

NAUCZYĆ SIĘ ŻYĆ W NOWEJ SKÓRZE

M.in. czytamy: „Efekty operacji plastycznych trudno przewidzieć. Jedno jest pewne - tylko oparzenia słoneczne nie zostawiają śladów. Polska medycyna nie zna technik operacyjnych, które zlikwidowałyby ślady po przeszczepach albo przebarwieniach po zagojonych oparzeniach.

Na wieść o katastrofie w hali Stoczni Gdańskiej do szpitali przyjechali lekarze, pielęgniarki, studenci AM. Udzielali pierwszej pomocy i decydowali, kogo zatrzymać, a kogo wysłać do domu.

- Izba przyjęć w Wojewódzkim wyglądała jak na wojnie. Na podłodze

pełno ubrań i bandaży, dookoła goli ludzie z rękami w wodzie...

„Oparzenia to najtrudniejsze do leczenia urazy. Trudno przewidzieć efekty, niezwykle łatwo o powikłania. Spalona skóra staje się martwa. Zamiast chronić, rozkłada się. W ten sposób organizm jest podwójnie narażony na zakażenia: wywołuje je rozkład martwych tkanek i niczym nie zatrzymywane bakterie z otoczenia. Dlatego pierwszym, najważniejszym etapem leczenia jest demarkacja, czyli usunięcie martwicy...”

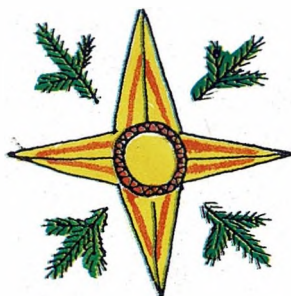
Autorzy artykułu informują również o przybyciu do Gdańska francuskich konsultantów, którzy wizytowali szpital na Zaspie i w Akademii Medycznej. Powiedzieli:

„- Biorąc pod uwagę rodzaj i liczbę ofiar katastrofy, metoda leczenia, którą wybraliście (to do gdańskich lekarzy już przy kawie i kanapkach - A.D.), była najlepsza. Inna mogłaby wywołać więcej komplikacji.”

„Polacy z zadowoleniem kiwają głowami - napisały reporterki, Katarzyna Skrzydłowska i Agnieszka Rędzińska. Koniec specjalistycznej konsultacji. Ta była druga - napisały - wcześniej wizytowali Niemcy. Nie-wykluczone, że przyjadą jeszcze inni specjaliści...”

[Gazeta Morska z 10.12]

materiał zebrał i opracował:
dr n. farm. Aleksander Drygas





Do siego Roku

