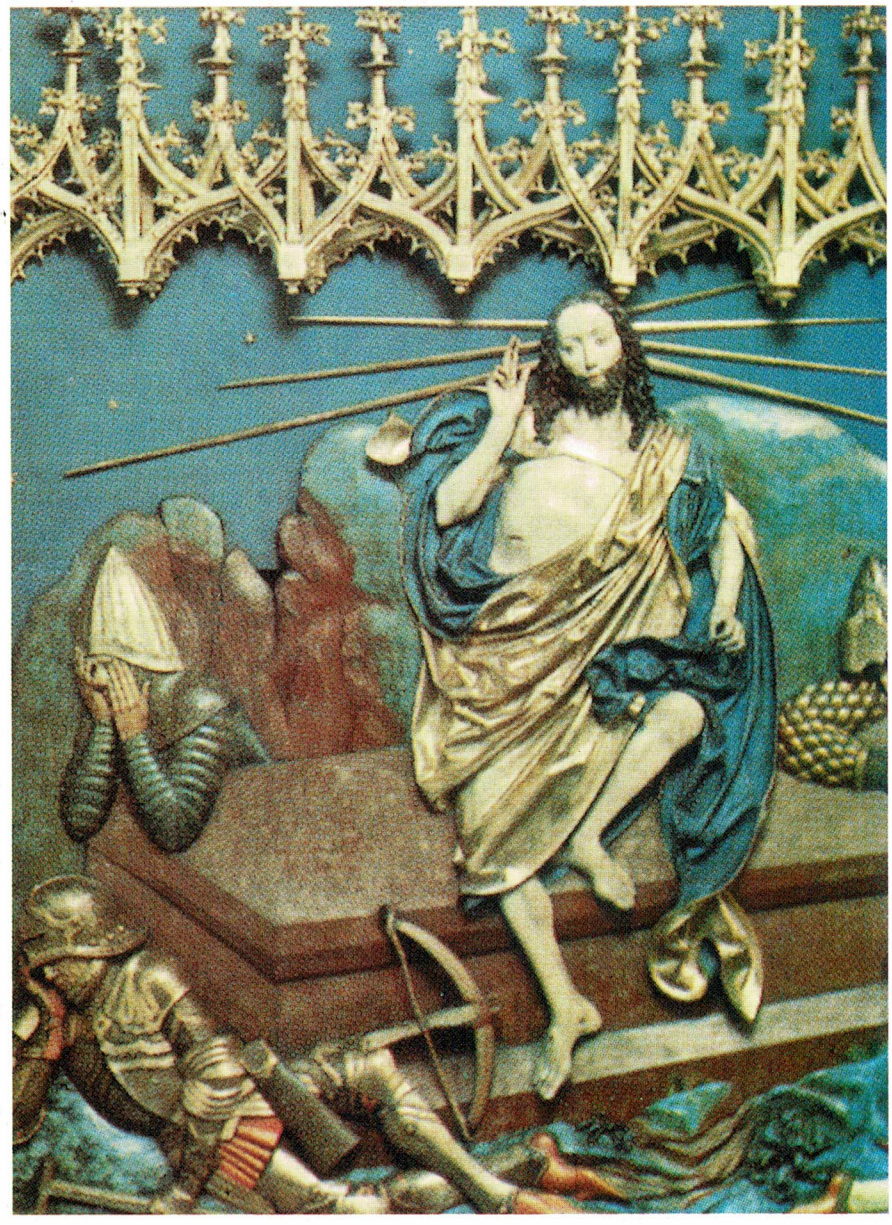
D012 1

GAZETA AMG GDAŃSK

Rok 6 nr 4 (64) Kwiecień 1996 Cena 1 zł



Wit Stwosz (1445-1533), Ołtarz Mariacki, Zmartwychwstanie (skrzydło prawe, kwatera 1). Fot. D. Sprudin, KAW

Gdzież jest zwycięstwo twe, o śmierci?
Gdzie jest, o śmierci, oścień twój?
Zerwał trzeciego dnia pieczęcie
koronowany, cierniem Król.

Gdzież jest zwycięstwo twe, o śmierci?
Światłością powalona straż -
Głaz odepchnięty. Krzyż na wietrze:
pusty, odarty z żagla maszt.

Gdzież jest zwycięstwo twe, o śmierci?
Dłonią przebitą przaśny chleb
łamał i błogosławiąc części
rozdawał Uczniom z Emaus.

Gdzież jest zwycięstwo twe, o śmierci?
Gdzież jest, o śmierci, oścień twój?
Wplątał mnie w szymonowe sieci
z martwych powstały Pan i Bóg.

I - bym pożywał - dał swe Ciało
i Krwi niewyczerpany zdrój -
Spod głazu grzechów -
zmartwychwstałem!
Gdzie jest, o śmierci, oścień twój?

M. J. Kononowicz,
Oratorium Wielkanocne

Radosnych Świąt

życzy Redakcja

KRONIKA ŻYCIA UCZELNI

Pani lek. med. Hanna Tosińska-Okrój
Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń
Akademii Medycznej w Gdańsku

Wielce Szanowna Pani Doktor,

Proszę przyjąć najserdeczniejsze gratulacje z okazji wyboru Pani Doktor „Kobietą Roku 1996". Jest mi niezwykle miło, że to wyróżnienie spotkało naszego nauczyciela akademickiego - lekarza, którego ogromny trud w ratowaniu życia i zdrowia ludzkiego został doceniony również przez czytelników czasopisma „Twój Styl". Życzę Pani Doktor dalszych sukcesów, osobistych satysfakcji oraz dużo zdrowia.

Z wyrazami głębokiego szacunku
Rektor
prof. dr hab. Zdzisław Wajda

Nowy endoskop w darze

W ubiegłym roku w Pracowni Endoskopii Dziecięcej przy II Klinice Chorób Dzieci mieliśmy zaszczyt i przyjemność gościć Kolegów z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Brukseli. Jest to ośrodek naukowy, z którym Uczelnia nasza nawiązała już wcześniej kontakty w zakresie wymiany wiedzy i doświadczeń z dziedziny gastroenterologii dziecięcej.

W czasie wizyty otrzymaliśmy w darze sprzęt, który pozwoli nam na rozszerzenie naszej endoskopowej działalności zabiegowej. Chcielibyśmy podziękować za endoskop pediatryczny firmy FUJI z szerokim kanałem zabiegowym wraz ze źródłem światła, Erbotom (ERBOTOM T-175 E) do polipektomii oraz akcesoria do naszych endoskopów. Mamy nadzieję, że ta krótka, przyjacielska wizyta była zapowiedzią długoplanowej, dalszej współpracy.

Pracownicy
II Kliniki Chorób Dzieci Akademii
Medycznej w Gdańsku

FUNDACJA NA RZECZ NAUKI POLSKIEJ

Pan dr med. Dariusz Kozłowski, adiunkt w Zakładzie Anatomii Klinicznej został laureatem tegorocznego konkursu stypendialnego dla młodych pracowników nauki, ogłoszonego przez Radę Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej.

Otwarcie zaplecza Zakładu Teleradioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii

W dniu 27 lutego br., z udziałem licznych gości, m. in. JM Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku prof. dr. hab. Z. Wajdy, Prezydenta Gdańska T. Posadzkiego, Konsula Niemiec w Gdańsku Pani D. Boden oraz dyrektorów: AMG - dr. S. Bautembacha i PSK nr 1 - dr. M. Wyszczelskiego, odbyło się uroczyste otwarcie zaplecza Zakładu Teleradioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii. Uroczystość ta zakończyła jeden z najdłuższych w historii szpitala, trwający niemal 9 lat, remont budynku użytkowanego poprzednio przez Zakład Rehabilitacji. Koszt prac budowlanych oraz dotychczasowego wyposażenia (bez aparatury medycznej) przekroczył 12 miliardów starych złotych; na tę wartość, oprócz środków PSK nr 1 i AMG, złożyła się dotacja Urzędu Miejskiego w Gdańsku w wysokości 1,5 miliarda złotych. Cennej pomocy w wyposażeniu zakładu udzielili również liczni sponsorzy. Ofiarodawcą najcenniejszej aparatury medycznej, wartości kilkunastu miliardów złotych, była Fundacja Współpracy Polsko-Niemieckiej. Wykonawcą przeprowadzonych z dużą starannością prac budowlanych była firma WOMA. W efekcie powstał obiekt nie tylko funkcjonalny i nowoczesny, ale także estetyczny i przyjazny chorym.

cd. s. 4

Od Redaktora Naczelnego:

Wkraczamy w bardzo ważny okres w życiu Uczelni: wybory władz na nową kadencję 1996-1999, ostatnią pełną kadencję w obecnym stuleciu. Nowe władze będą miały, nie tylko symboliczne, zadanie wprowadzenia Akademii w XXI wiek. Kalendarz wyborów przewiduje już na przełomie marca i kwietnia zebrania w poszczególnych okręgach, mające za zadanie wybór elektorów oraz przedstawicieli do Rad Wydziałów.

Zgłoszenia kandydatów na funkcję rektora będą przyjmowane w dniach 22-29 kwietnia (godz. 8-15) w biurze Uczelnianej Komisji Wyborczej. Wybory rektora odbędą się w dniu 7 maja 1996 r.

Apelujemy do Pracowników i Studentów Uczelni o czynny i masowy udział w poszczególnych etapach wyborów. Niech odzyskana niedawno Samorządność Uczelni spełni się w świadomym współuczestnictwie wszystkich w tym ważnym akcie, otwierającym nowe półwiecze Szkoły.

***Gazeta AMG** udostępnia swe łamy do prezentacji kandydatów, szczególnie na Urząd Rektorski. Mogą one być autorstwa samych kandydatów, lub osób wysuwających poszczególne kandydatury (po uzyskaniu zgody kandydata). Taka prezentacja nie jest zobowiązaniem do ostatecznej zgody do kandydowania. Ze względu na krótki przedział czasu oddzielający ukazanie się numeru majowego od terminu wyborów, zwłaszcza organów jednoosobowych, apelujemy o nadsyłanie materiałów do dnia 15 kwietnia br.*

Wyrażamy przekonanie, że przyczyni się to do lepszego poznania pretendentów i ich programu, zwłaszcza na najwyższy urząd w Uczelni.

Wybory'96 rozpoczęte

W dniu 26 lutego br. Senat AMG zatwierdził Regulamin Wyborów jednoosobowych i kolegialnych organów Uczelni na kadencję 1996-1999. Z upoważnienia Senatu JM Rektor AMG podpisał Kalendarz Wyborczy. Obydwa dokumenty wraz z pismem przewodniczącego Uczelnianej Komisji Wyborczej (UKW) zostały przesłane do kierowników jednostek organizacyjnych AMG z prośbą o udostępnienie wszystkim pracownikom. Rozpropagowanie materiałów wyborczych wśród studentów odbyło się poprzez przedstawicieli studenckich w UKW, którzy kontaktowali się ze starostami poszczególnych Wydziałów i roczników. Informacje wyborcze są także eksponowane na tablicach ogłoszeń znajdujących się na terenie poszczególnych obiektów lub zespołów terytorialnych, gdzie zatrudnieni są pracownicy AMG. Oprócz tego, zainteresowani pracownicy i studenci, organizacje i grupy nieformalne mogą otrzymać informacyjne materiały wyborcze w biurze UKW znajdującym się w baraku byłego Studium Wojskowego AMG.

Przygotowując projekt aktualnego Regulaminu Wyborów UKW bazowała na regulaminie z 1993 r., który przygotowała wówczas specjalnie powołana komisja senacka. Najistotniejsze zmiany wynikły z wprowadzonych w międzyczasie nowych zapisów w Statucie AMG. Statutowo zapisany został szczegółowy skład Senatu. Adekwatnie do ilości miejsc w Senacie przypadających poszczególnym grupom pracowników i studentom zostały ustalone liczby elektorów pochodzących z poszczególnych grup wyborców. Proporcje ustalono w odniesieniu do liczby profesorów i doktorów habilitowanych (w sumie 136 osób), którym przysługuje prawo i obowiązek elektorski z racji stanowiska lub stopnia naukowego. Według dokonanych wyliczeń liczba elektorów z wyboru wynosi 98 osób: 60 elektorów zostanie wybranych spośród nauczycieli akademickich nie będących profesorami ani doktorami habilitowanymi; 8 elektorów reprezentować będzie pozostałych pracowników Uczelni, a 30 elektorów to będą przedstawiciele studentów. Elektorzy wybierani będą w poszczególnych obwodach wyborczych w liczbie proporcjonalnej do ilości uprawnionych wyborców.

W porównaniu z poprzednim Regulaminem Wyborów zmieniły się proporcje w Uczelnianym Kolegium Elektorów wybierającym rektora i prorektorów na korzyść grupy profesorów i doktorów habilitowanych. W poprzednich wyborach grupa ta liczyła także 136 osób i stanowiła połowę składu Uczelnianego Kolegium Elektorów. Nowe regulacje statutowe spowodowały zmniejszenie liczby elektorów studenckich: z 54 w 1993 r. do 30 w 1996 r. Wprowadzono niezależny okręg wyborczy dla studentów Oddziału Stomatologicznego. Zachowany został zapis gwarantujący studentom istotny wpływ na obsadę funkcji prorektora ds. dydaktyki oraz prodziekanów ds. dydaktyki. Zgłoszenie kandydatur na te funkcje przez rektora-elekta (dziekanów-elek-

W numerze...

Nowy endoskop w darze ... 2
Otwarcie zaplecza Zakładu Teleradioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii ... 2
Laureat Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej ... 2
Wybory'96 rozpoczęte ... 3
Prof. Rodolfo Paoletti - doktor h.c. ... 4
Minister ZiOS do rektorów ... 3
Brakuje nerek ... 5
Do Władz Rzeczypospolitej Polskiej - organizatorzy Czarnego Marszu ... 6
Czarny Marsz w Gdańsku ... 7
List otwarty Regionalnego Forum Edukacyjnego ... 8
Władze Państwowe odpowiadają na apel Senatu ... 10
Lekarz w przychodni rejonowej ... 11
Nie wprost ... 12
Czy leczenie menopauzy ma sens? ... 13
Sprawozdanie z realizacji projektu Tempus ... 16
Prof. dr hab. Jadwiga Pawlak ... 19
Wspomnienia studenta pierwszego rocznika ALG ... 21
EuroTransMed ... 22
Pierwsi lekarze - wychowankowie ALG i ich osiągnięcia zawodowe ... 23
Przeczytane... o muzyce... ... 26
Prof. Henryk Brokman ... 27
Zmarł prof. J. Kozakiewicz ... 28
Dział Kadr ... 29
Doc. dr hab. Stanisław Wróbel ... 29
Towarzystwa ... 30
Na łamach prasy ... 31
CIECIORKA ... 32

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

prof. dr hab. Marek Hebanowski, prof. dr hab. Brunon Imieliński (red. naczelny), lek. med. Kamil Jankowski, prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Marek Latoszek, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), dr Aleksander Stanek, sekretarz red.: mgr Danuta Gołębiewska, red. techniczna: mgr Tadeusz Skowyra.

Adres redakcji: Biblioteka Główna AMG, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 47-82-22 wew. 10-40.

Rej.: 394/96, nakład: 750 egz.

Wydanie dofinansowane przez KBN

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

Warunki prenumeraty:

Cena prenumeraty krajowej na 1996 r. wynosi 12 zł, pojedynczego numeru 1 zł; w prenumeracie zagranicznej - 1 USD.
Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG":

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. Gdański 351-809-488.

Rektor i Senat Akademii Medycznej w Gdańsku mają zaszczyt zaprosić na uroczystość nadania tytułu

DOKTORA HONORIS CAUSA

profesorowi RODOLFO PAOLETTIEMU

Uroczystość odbędzie się 25 kwietnia 1996 r. o godz. 12.00 w sali im. prof. S. Hillera Zakładów Teoretycznych Akademii Medycznej w Gdańsku przy ul. Dębinki 1.

Profesor Rodolfo Paoletti urodził się w 1931 roku. Studia medyczne ukończył summa cum laude w 1955 roku na Wydziale Medycznym Uniwersytetu w Mediolanie, uzyskując stopień naukowy doktora medycyny. Profesorem farmakologii został mianowany w roku 1967 w Instytucie Farmakologii Uniwersytetu w Mediolanie. Dzięki swoim zasługom w dziedzinie rozwoju farmakologii na świecie uzyskał tytuły doktora honoris causa Uniwersytetu Karolinska Institutet w Sztokholmie, Uniwersytetu w Montpelier i Uniwersytetu w Urbino. Ponadto prof. Paoletti piastował wiele stanowisk uniwersyteckich w całej Europie i w USA. Pełnił wiele ważnych funkcji w międzynarodowych organizacjach naukowych.

Głównym problemem naukowym, którym się zajmuje prof. Paoletti, jest patogeneza, zapobieganie i leczenie miażdżycy. Opublikował około dwustu podstawowych prac w tej dziedzinie, w czołowych czasopismach międzynarodowych i monografiach. Od 1963 roku nawiązał kontakty z naszą Uczelnią. W Jego laboratorium przebywało na rocznych stypendiach wielu pracowników naszej Uczelni oraz farmakologów z innych uczelni polskich. Od 15 lat wspomaga bibliotekę naszej Akademii cennym czasopismem z dziedziny farmakologii *Pharmacological Research*. Prof. Paoletti jest znanym na świecie uczonym, człowiekiem o szerokich horyzontach, humanistą, szczególnie interesuje się historią, również historią Polski oraz nowoczesnym malarstwem.

Otwarcie zaplecza Zakładu Teleradioterapii Kliniki Onkologii i Radioterapii

Oddanie budynku zasadniczo poprawia warunki leczenia energią jonizującą chorych na nowotwory złośliwe. W Zakładzie Teleradioterapii AMG codziennie napromienianych jest ponad 100 chorych - w większości przybywających na zabiegi z domu, innych klinik PSK lub innych szpitali. Przygotowanie napromieniania niemal w każdym przypadku jest długotrwałym i pracochłonnym procesem, w którym oprócz lekarzy uczestniczą fizycy i technicy radioterapii. W trakcie napromieniania konieczna jest stała obserwacja chorych, ze szczególnym uwzględnieniem powikłań, które często towarzyszą tej formie leczenia. Wszystkie te czynności wykonywano poprzednio w niebywale trudnych i niedogodnych dla chorych warunkach, w dwóch zaadoptowanych salkach jednego z oddziałów szpitalnych Kliniki, które obecnie, po przeprowadzeniu niezbędnego remontu, mogą być ponownie przeznaczone dla hospitalizowanych chorych. Największą korzyścią związaną z oddaniem obiektu do użytku była jednak możliwość zainstalowania tam urządzeń zasadniczo poprawiających precyzję radioterapii. Należą do nich przede wszystkim symulator - aparat rentgenowski imitujący bieg wiązki promieniowania jonizującego emitowanego przez urządzenia terapeutyczne, aparat do przygotowywania indywidualnych osłon poszczególnych narządów podczas radioterapii oraz skomputeryzowane urządzenie, pozwalające wykonywać specjalne wypełniacze tkankowe, wyrównujące dawkę promieniowania w obrębie napromienianych tkanek. Wymienione urządzenia w większości zakładów radioterapii na świecie uważane są za standardową i niezbędną część wyposażenia, w Polsce jednak nadal dostępne są tylko w nielicznych ośrodkach.

Oddany do eksploatacji budynek składa się z dwu kondygnacji. Na parterze zlokalizowano cztery gabinety lekarskie, pomieszczenie symulatora, modelarnię, a także rejestrację, szatnię i przestronną poczekalnię z wydzielonym kącikiem zabaw dla dzieci. Na pierwszym piętrze mieszczą się gabinety planowania leczenia, pracownie fizyczna i dozymetryczna, pomieszczenia elektroników, pracownia komputerowa, biblioteka, a także sala konsultacyjno-dydaktyczna oraz pokój śniadaniowy techników. Niestety, ta część budynku jest tymczasem wykorzystywana tylko w niewielkim stopniu, ponieważ z powodu braku środków nie została dotychczas umeblowana.

Aczkolwiek uruchomienie obiektu znacznie poprawia warunki leczenia chorych oraz pozwala zastosować nowoczesne metody zwiększające dokładność napromieniania, dostępność tej formy leczenia jest w gdańskim ośrodku nadal niewystarczająca. Klinika, obejmująca opieką w zakresie radioterapii pół województwa gdańskiego i całe elbląskie (około 1,5 miliona mieszkańców w rejonie o szczególnie wysokiej zachorowalności na nowotwory złośliwe), posiada tylko dwa aparaty megawoltowe: tzw. bombę kobaltową i przyspieszacz liniowy. Europejskie normy przewidują co najmniej jeden aparat megawoltowy na 250-300 tys. mieszkańców, a zatem kilkakrotnie więcej od obecnego stanu posiadania. W tej sytuacji, mimo dwu, a czasem i trójzmianowej pracy obu urządzeń, nadal wielu chorych musi oczekiwać na rozpoczęcie leczenia od kilku dni do kilku tygodni. Niezbędne są zatem kolejne inwestycje, które z uwagi na niezwykle wysoki koszt poszczególnych urządzeń terapeutycznych (do kilkudziesięciu miliardów starych złotych) mogą być realizowane tylko z pomocą środków Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

dr hab. Jacek Jassem, prof. nzw.

Wybory'96

tów) wymagać będzie uprzedniej akceptacji elektorów studenckich. Liczba elektorów spośród nauczycieli akademickich nie będących profesorami ani doktorami habilitowanymi zmieniła się w niewielkim stopniu: z 68 w 1993 r. na 60 w 1996 r. Elektorów spośród pozostałych pracowników będzie 8 (w 1993 r. było 14).

System elekcyjny przewiduje zgłaszanie kandydatur do władz Uczelni i wydziałów oraz wybory przez elektorów. Wyborcy przekazują elektorom upoważnienie do dokonania wyboru w ich imieniu. Wybranie na elektora oznacza uznanie i zaufanie wyborców. Biorąc udział w wyborach elektorów każdy członek uczelnianej społeczności daje dowód odpowiedzialnego zaintereso-

rozpoczęte

wania sprawami naszej AMG. Wybory elektorów będą połączone z wyborami przedstawicieli do rad wydziałów.

Wybory elektorów zakończone zostaną do dnia 19 kwietnia. W okresie 22-29 kwietnia UKW będzie przyjmować zgłoszenia kandydatur na funkcję Rektora AMG. Każdy elektor może zgłosić kandydata (kandydatkę) na rektora dołączywszy jego (jej) zgodę na piśmie. Wyborcy nie będący elektorami mogą dokonywać zgłoszeń za pośrednictwem swoich elektorów. Alfabetyczna lista kandydatów na funkcję Rektora AMG zostanie wywieszona na tablicach ogłoszeń. Zebranie Uczelnianego Kolegium Elektorów wybierające Rektora AMG planowane jest na dzień 7 maja. Wymogiem prawomocności tego zebrania jest obecność co najmniej 2/3 z 234-osobowego Kolegium Elektorów. Rektorem-elektem wybrana zostanie osoba, która uzyska ponad 50% ważnych głosów. Wybory prorektorów planowane są na dzień 14 maja.

Wybory dziekanów i prodziekanów organizowane będą przez odpowiednie rady wydziałów (w obecnym składzie) zgodnie z kalendarzem wyborczym. Połączone one będą z wyborami przedstawicieli profesorów i doktorów habilitowanych do Senatu AMG oraz elektorów do Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego. Odpowiedni przedstawiciele spośród innych grup pracowniczych i studentów wybierani będą na zebraniach elektorów zgodnie ze szczegółowym kalendarzem wyborczym.

Uczelniana Komisja Wyborcza prosi wszystkich pracowników i studentów o zainteresowanie i powszechny udział w wyborach. Apelujemy do kierowników jednostek o bieżące przekazywanie pełnej informacji i życzliwe zachęcanie do udziału w zebraniach wyborczych podległy personel i studentów. Równocześnie oświadczamy, że Uczelniana Komisja Wyborcza nie prowadzi żadnych akcji wyborczych mających na celu propagowanie określonych osób, grup, organizacji czy programów. Osoby zamierzające podjąć zorganizowane działania promujące kandydatów na terenie AMG winny zwracać się w tej sprawie do władz Uczelni.

Przewodniczący
Uczelnianej Komisji Wyborczej
prof. dr hab. Roman Kaliszan

MINISTER ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ
GMK-066/31/96

Warszawa, dnia 14.03.1996 r.

Rektorzy Akademii Medycznych
Dyrektorzy Jednostek Badawczo-Rozwojowych

W ostatnim okresie powtarzają się doniesienia prasowe sugerujące daleko idące skorumpowanie służby zdrowia, co niewątpliwie godzi w dobre imię pracowników medycznych. Także wyniki badań opinii publicznej potwierdzają te sugestie. Wszystko to podważa wielki trud, poświęcenie, samozaparcie, uczciwość i wysokie morale „białego personelu" pracującego nierzadko w nadzwyczaj trudnych warunkach lokalowych, za relatywnie skromne uposażenie.

Nie mniej mogą zdarzyć się sytuacje świadczące o uzyskiwaniu np. nielegalnych korzyści materialnych przez pracowników medycznych.

W związku z powyższym pozwalam sobie zwrócić uwagę Pana, aby w przypadku dopuszczenia się przez pracownika takiego czynu przestrzegane były rygorystycznie obowiązujące w tym zakresie przepisy, a ujawnione fakty zgłaszane właściwym organom.

Pragnę jednocześnie poinformować, że będę sam z całą stanowczością podejmował odpowiednie działania w stosunku do Pana, w sytuacji kiedy Kierownicy jednostek nie podejmą właściwych przedsięwzięć.

Ryszard Jacek Żochowski

Fundacja Rozwoju Akademii Medycznej w Gdańsku

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A. Oddz. w Gdańsku

351- 809 - 506850 -139 -11

W dniu 27 lutego 1996 r. obradowała Rada Społeczna Akademii Medycznej w Gdańsku. Tematem dyskusji był program transplantacji realizowany w AMG, z którym uczestników narady zapoznali prof. Wojciech Gacyk oraz prof. Bolesław Rutkowski.

Brakuje nerek

- Przeszczep nerki jest - twierdzi prof. Bolesław Rutkowski, kierownik Kliniki Chorób Nerek Gdańskiej Akademii Medycznej - bardziej uzasadniony ekonomicznie od dializoterapii, czyli metody leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek przy pomocy aparatury, która zastępuje ich pracę. Tak więc nie trzeba powoływać się tylko na humanitarne względy, by zdać sobie sprawę z wagi problemu, jakim jest transplantacja nerek.

- W 1994 roku dializowano w Polsce 4200 chorych, rok później - 4951. Rocznie przeszczepia się ok. 340 nerek i liczba ta, niestety, nie wzrasta. Przyczyna tej tragicznej sytuacji nie leży w trudnościach technicznych - mówił podczas wczorajszego spotkania Społecznej Rady Szkoły Gdańskiej Akademii Medycznej prof. Wojciech Gacyk, szef I Kliniki Chirurgii - gdyż przeszczep nerki stał się już zabiegiem rutynowym, ale z braku dawców. Moglibyśmy przeszczepiać więcej nerek, gdyby tylko było ich dość.

- Potencjalnymi dawcami nerek są ofiary wypadków komunikacyjnych, najczęściej z urazami czaszki i mózgu, tętniakami. Jako dawcy nerek i innych narządów są oni jednak wykorzystywani w zaledwie 10 proc.

- Dzieje się tak - twierdzi prof. Bolesław Rutkowski, gdyż w naszym prawodawstwie znowu zabrakło kropki nad „i". W obowiązującej od niedawna ustawie transplantacyjnej, pierwszym akcie prawnym normującym wiele spraw związanych z tą metodą leczenia, lekarz nie ma obowiązku zgłaszania potencjalnych dawców. W praktyce więc, lekarz w terenowym szpitalu, do którego najczęściej trafia pacjent nie do uratowania - nie zgłasza go po śmierci pnia mózgu do ośrodka, który zajmuje się przeszczepami nerek. Najczęściej lekarz boi się środowiska małego miasteczka, w którym wciąż jeszcze pobieranie narządów do przeszczepu od osób tragicznie, a więc nagle zmarłych nie jest do końca akceptowane.

- Trzeba widzieć - mówi prof. W. Gacyk - te oczy pacjentów dializowanych wpatrzone w lekarza, który przyszedł z chirurgii. Oczy pełne nadziei, że wreszcie przyszła kolej na któregoś z nich. Przeszczep to szansa na nowe życie.

Jolanta Gromadzka-Anzelewicz

przedruk z *Głosu Wybrzeża* z dnia 28 lutego 1996 r.

Organizatorzy CZARNEGO MARSZU
Protestu Przeciw Przemocy
w dniu 22.02.1996
w Gdańsku

Gdańsk, 6.03.1996

Do Władz Rzeczypospolitej Polskiej

Apel organizatorów CZARNEGO MARSZU do wszystkich przedstawicieli władz Rzeczypospolitej Polskiej

W dniu 22 lutego zorganizowany został CZARNY MARSZ Protestu Przeciw Przemocy, który swe bezpośrednie źródło miał w tragicznej śmierci naszego Przyjaciela, studenta II roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, Ireneusza Reglińskiego. Ireneusz Regliński został wyrzucony z pędzącego pociągu podmiejskiego przez bandę młodych przestępców i zginął na miejscu. Padł ofiarą bezmyślnej, dzikiej przemocy i bezprzykładnego bestialstwa. Stał się kolejną ofiarą zła, którego korzenie tkwią nie tylko w ludziach, ale także w warunkach, w jakich wzrastają i żyją. W CZARNYM MARSZU swój solidarny protest przeciw złu wyraziło kilka tysięcy mieszkańców Gdańska, Sopotu, Gdyni i Elbląga.

Zjednoczeni w słusznym proteście przeciwko przemocy i wszelkim przejawom zła oraz przeciw wszystkiemu, co sprzyja rozwojowi zła i nieprawości, żądamy od wszystkich organów władzy ustawodawczej, wykonawczej i sądowniczej, które w naszym imieniu sprawują rządy w Polsce, podjęcia w trybie natychmiastowym działań, które zagwarantują prawym obywatelom bezpieczeństwo i ochronę prawną oraz pomogą wytworzyć w naszym kraju atmosferę bezwzględnej nietolerancji dla zła w każdej postaci. Bezpieczne życie prawych obywateli tego kraju nie może dłużej pozostawać pustym hasłem kolejnych *exposé* następujących po sobie prezydentów, premierów i ministrów.

Eliminacja zła musi dokonywać się poprzez skuteczne i dotkliwe karanie złoczyńców oraz przez nieustanny proces wychowywania społeczeństwa w atmosferze poszanowania prawa stojącego na straży elementarnych wartości.

Żądamy więc zapewnienia skuteczności działań policji przez poprawę wyszkolenia i wyposażenia policji, przez reorganizację służb policyjnych oraz przez wyeliminowanie zdarzających się groźnych przypadków korupcji i współpracy ze sprawcami przestępstw. Policja musi otrzymać odpowiednie wyszkolenie i wyposażenie tak, aby jej metody działania nie ustępowały skutecznością metodom działania grup przestępczych. Policja musi otrzymać rozsądne prawo, które umożliwi jej skuteczną i bezwzględną walkę z przestępczością. Konieczna jest rewizja stanu i struktury zatrudnienia w policji oraz bieżący nadzór nad wykorzystaniem przyznawanych na rozwój policji środków finansowych, tak by nie były one marnowane. Jest niedopuszczalne, aby przedstawiciel policji udzielał przestępcom informacji o poszkodowanych, wydając ich w ten sposób na pastwę życiowych wykolejeńców. Nie może być tak, że poszkodowany, ze strachu przed zemstą, decyduje się nie informować o zaistniałym naruszeniu prawa.

Żądamy od wszystkich organów władzy wykonawczej na każdym szczeblu bezwzględnej i szybkiej egzekucji prawa karnego tak, by nieuchronność surowej kary zniechęcała potencjalnych przestępców do czynienia zła. Prawo, choćby surowe, jeśli nie jest egzekwowane, staje się przedmiotem drwin i lekceważenia. Tylko rzetelna egzekucja prawa może powstrzymać przed czynieniem zła tych, którzy nie mają wewnętrznych hamulców moralnych. Życie pokazuje, iż konieczne jest stosowanie surowych kar także wobec nastolatków, których bezprzykładne okrucieństwo i brutalność budzą najwyższy niepokój społeczny i każą widzieć w nich przyszłych zawodowych przestępców. Dlatego żądamy obniżenia granicy wiekowej odpowiedzialności karnej.

Gwarantami nieuchronności dotkliwej i szybko wymierzonej kary muszą stać się skuteczna policja i sprawnie działające, niezawisłe prokuratury i sądy. Protestujemy przeciwko zbyt łagodnym wyrokom za poważne przestępstwa, uznając je za jedno ze źródeł demoralizacji. Domagamy się uczciwości organów wymiaru sprawiedliwości tak, aby nigdy sprawcy przestępstw nie zostali uznani za niewinnych. Gwałcenie podstawowej zasady sprawiedliwości może spowodować powszechne lekceważenie prawa i szerzenie się chaosu moralnego i organizacyjnego w naszym kraju. Sąd musi stać na straży konstytucyjnych wolności i praw obywatelskich, bez względu na to, jaka osoba i jakie ugrupowania polityczne stoją u steru władzy. Nigdy więcej nie może się też zdarzyć, że demoralizujący przykład łamania prawa dają społeczeństwu sami rządzący. Stanowisko publiczne musi zwiększać odpowiedzialność za słowa i czyny, a nie od niej zwalniać. Przed sprawiedliwym sądem za przestępstwo nie może chronić immunitet, piastowana funkcja państwowa czy koleżeństwo z ministrem.

Panie i Panowie Posłowie, Senatorowie i wszyscy Rządzący!

Doceniamy wysiłki tych z Was, którzy dobrze rozumieją znaczenie słów „dobro społeczne" i swoją szczególną pozycję w państwie wykorzystują dla szlachetnych, społecznych celów. Jednak tym spośród Was, którym bliższy jest prywatny lub partyjny interes, przypominamy. że są takie sprawy, które nigdy nie mogą zależeć od wyniku politycznych przetargów i roszad personalnych. Taką sprawą jest bezpieczeństwo obywateli. Taką sprawą jest też morale społeczeństwa. **Dlatego wzywamy Was do podjęcia działań na rzecz ładu społecznego i bezpieczeństwa nas wszystkich ponad podziałami ideologicznymi**. To, czy jesteśmy bezpieczni i chronieni przed szkodliwymi wpływami, nie może zależeć od tego, w której części sali posiedzeń Sejmu znajdują się Wasze fotele. Naszym solidarnym protestem dowiedliśmy tego, że potrafimy jednoczyć się i organizować w imię szlachetnych, słusznych racji. Teraz będziemy bacznie przyglądać się temu, kto w sprawach dla nas najważniejszych będzie nas najlepiej reprezentował. Na poparcie społeczne trzeba sobie zasłużyć!

Czy lepiej jest żyć wśród ludzi prawych, uczciwych, łagodnych i życzliwych, którzy stanowią dla siebie nawzajem pomoc i oparcie, czy też lepiej jest, gdy społeczeństwo składa się z bezideowych degeneratów, depczących wszelkie wartości i siejących wokół siebie zniszczenie i przerażenie współziomków? Odpowiedź jest oczywista. **W imię odpowiedzialności za nasz wspólny los wzywamy was do działania, by odwrócić postępujący proces demoralizacji społeczeństwa**, a zwłaszcza młodego pokolenia, od oblicza którego zależy nie tylko wasz polityczny byt, ale także przyszłość kraju. Rówieśnicy morderców Ireneusza, Ewy, Darii i wielu innych ofiar przemocy w najbliższych latach osiągną wiek zawodowej i społecznej dojrzałości, może założą rodziny, może będą wychowywać podobnych sobie przestępców.

cd. s. 9

Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku, Profesor Zdzisław Wajda i Ksiądz Prałat Henryk Jankowski w czołówce Czarnego Marszu

Studenci medycyny przeciwko przemocy

CZARNY MARSZ W GDAŃSKU

zorganizowany w dniu 22 lutego 1996 r. przez studentów Akademii Medycznej w Gdańsku przy pomocy asystenta dr. Jacka Kaczmarka

W Czarnym Marszu Protestu Przeciw Przemocy w Gdańsku wzięło udział ponad 8 tysięcy obywateli. Solidarny protest przeciw przemocy, nieskuteczności policji i wymiaru sprawiedliwości oraz demoralizacji i znieczulicy społecznej wyrazili w nim pracownicy i uczniowie uczelni i szkół Trójmiasta, mieszkańcy Gdańska, Sopotu, Gdyni, Wejherowa i Elbląga

Na czele Czarnego Marszu Rodzice zamordowanego Studenta, pracownicy Szpitala Miejskiego w Gdyni

Do druku podał:
dr Stanisław Bogdanowicz
Zdjęcia wykonał: M. Dominek

List otwarty

do Uczniów Szkół Podstawowych, Średnich, Studentów - Młodych Ludzi mieszkających w województwie gdańskim

Drodzy Młodzi Przyjaciele

U końca drugiego tysiąclecia przyszło nam żyć w trudnym świecie i w kraju, który z ogromnym wysiłkiem stara się nadrobić zaległości cywilizacyjne, gospodarcze, ekologiczne. Ten stan wpływa na kryzys wielu rodzin: zagrożenie biedą, trudnością ze znalezieniem pracy. Apelując o szukanie rozwiązań prawnych wielkie znaczenie przywiązujemy do zwykłej solidarności międzyludzkiej, do uczuć humanitarnych, do wartości, jakie niesie w sobie Dekalog, kultura, tradycja chrześcijańska, wielkie karty polskiej historii. Zamykanie pięści, zakładanie kastetu czy chwytanie pałki powinno ustępować uczuciom przyjaźni, miłości, pochylenia się nad słabszym. Liczymy, że zasada tolerancji będzie szła przed draką i walką. Liczymy, że sport, trybuny Lechii, Bałtyku, Arki nie będą pobudką do bezmyślnego niszczenia i zadym. To nie ma sensu. Poza wszystkim mamy dzisiaj tak trudną do utrzymania niepodległość. Jest to wartość, którą musimy chronić wszyscy. Nic nie jest dane raz na zawsze.

Żyjemy w pięknym zakątku Polski - mamy wspaniałe plaże i morze, piękne Kaszuby i Kociewie, 1000 lat starych murów Gdańska, pracowite samorządy od Gdyni po Krokowę i Sierakowice. Stoi przed nami wiele zadań i masa oczekiwań: to miejsce także dla Was. Po to warto się uczyć, po to spotykać w wielu uroczych zakątkach Regionu Gdańskiego. Piękna jest młodość, piękna jest miłość i tolerancja. Z tych wartości rodzi się szacunek dla drugiego człowieka, chęć życia w zgodzie ze sobą.

Apelujemy do Was i prosimy, nie zaciskajcie wyciągniętej ręki w pięść.

Apelujemy też do nas - dorosłych: bądźmy dobrym przykładem, hamujmy własną agresję i przemoc. Apelujemy do wszystkich mieszkańców Ziemi Gdańskiej: bądźmy solidarni wobec wszelkich zjawisk przemocy.

Regionalne Forum Edukacyjne

80-855 Gdańsk, ul. Wały Piastowskie 24 (pok.118), tel. 38-44-22, tel./fax; 35-71-72
Bank Gdański IV O/Gdańsk, Nr r-ku: 30-1817-98616-132 z dopiskiem: „Regionalne Forum Edukacyjne"

„Ideały są jak gwiazdy,
Nie można do nich dojść,
Ale można się nimi kierować."

Regionalne Forum Edukacyjne w porozumieniu z Wojewodą Gdańskim, Sejmikiem Samorządowym Województwa Gdańskiego i Zarządem Regionu Gdańskiego NSZZ „Solidarność" zorganizowało w dniach 26-28 marca 1996 roku cykl imprez pod wspólnym hasłem: „Solidarni wobec przemocy".

Drogie Koleżanki i Koledzy

Gdy 31 stycznia tego roku powoływaliśmy do życia Regionalne Forum Edukacyjne nie spodziewaliśmy się, że w kilkanaście dni później w tragiczny sposób zgaśnie życie młodego człowieka - jednego z nas: Ireneusza Reglińskiego, studenta Akademii Medycznej, którego wypchnęli z kolejki elektrycznej młodzi ludzie, też jedni z nas. Większość zna te bolesne fakty, ale oprócz nich pojawia się pytanie: dlaczego, skąd w nas taka skłonność do agresji, do przemocy, która niekiedy przyjmuje tak bezmyślne, tak brutalne formy?...

Uczestnicy Forum postanowili zastanowić się, skąd bierze się w nas owa skłonność do przemocy. A skoro się bierze, skoro jest, to co zrobić, żeby jej przeciwdziałać, żeby nie przynosiła tak niszczących skutków?...

Oprócz napisania „Listu otwartego" do Was, oprócz „Apelu" z prośbą, żeby 28 marca bezpośrednio w szkołach o godz. 12^{00} rozległ się dzwonek alarmowy, żeby odbyły się pogadanki, rozmowy o agresji, złych czynach i emocjach - dwa dni wcześniej organizujemy konferencję w Gdańsku, podczas której mają wystąpić ludzie różnych zawodów, aby określić przyczyny i sposoby przeciwdziałania zjawiskom przemocy.

Będą zabierali głos przedstawiciele prokuratury, policji, sądów. Będziemy zastanawiać się, czy da się odstraszyć od stosowania przemocy twardą i sprawnie działającą ręką organów ścigania.

Wystąpią ludzie spotykający się z Wami na co dzień: dyrektorzy, nauczyciele, osoby zajmujące się placówkami kulturalnymi, sportowymi. Spróbują odpowiedzieć na pytanie, czy szkoła, dom kultury, stadion piłkarski są miejscem, gdzie rozładowuje i wycisza się agresję.

Wystąpią wreszcie psycholodzy, pedagodzy, przedstawiciele duchowieństwa i środków masowego przekazu. Spróbują odpowiedzieć na pytanie o stan ducha młodego człowieka, o lekarstwo na coraz większy stres życia, o miejsce młodego człowieka w domu, rodzinie, na ulicy, w tramwaju. Na ile w takich sytuacjach jesteśmy dla siebie ludźmi, na ile rzeczywistymi partnerami, a dorośli prawdziwymi autorytetami.

Zwracamy się też do Was, aby za sprawą „Przeglądu tekstów - Solidarni wobec przemocy" poznać Wasze zdanie w tej sprawie. I materiały z konferencji i Wasze wypowiedzi postaramy się szeroko nagłośnić. Dołożymy starań, aby przyjęte wnioski i ustalenia nie pozostały jedynie na papierze.

Regionalne Forum Edukacyjne
Gdańsk, marzec 1996 r.

Nigdy nie zapominajcie, że władza to służba narodowi, służba prawdziwym, żyjącym ludziom. W demokratycznym państwie władza, sprawowana za pośrednictwem przedstawicieli ogółu, musi stać na straży dobra społecznego i dbać o poszanowanie wartości, które leżą od wieków u podstaw naszej cywilizacji. Dziś to wspólne dobro wymaga, by, oprócz skutecznego ścigania i sprawiedliwego sądzenia złoczyńców, robić wszystko dla wychowania dobrych ludzi i prawych obywateli. **Koniecznym jest stanowienie i egzekucja praw broniących i umacniających dobro, przyzwoitość i uczciwość wśród ludzi.** Jest to szczególnie ważne ze względu na młodzież i dzieci, których osobowość podlega jeszcze kształtowaniu.

Człowiek przychodzi na świat w rodzinie i ona ma największy udział w jego wychowaniu. Dlatego zło, jakiego dopuszczają się ludzie, jest w dużej mierze owocem niedoskonałości życia rodzinnego i często wynika z nieodpowiedzialności rodziców, braku ich zainteresowania własnymi dziećmi, a niekiedy wręcz z ich kryminalnej postawy wobec siebie nawzajem i własnego potomstwa. To prawda.

Ale prawdą jest i to, że wstępnie ukształtowany przez rodzinę mały człowiek od 6 roku życia przebywa w społeczności szkolnej, wśród rówieśników na podwórku, w kinie i wszędzie tam, gdzie i my, dorośli, kształtujemy rzeczywistość. I trzeba sobie uświadomić to, że państwo, które rodzina w sposób naturalny wyręcza w długotrwałym procesie wychowania nowego obywatela, może, za sprawą bezmyślności lub złej woli rządzących, stać się największym wrogiem rodziny i fundamentalnych wartości. Tak, niestety, jest obecnie w naszym kraju. Nie dość, że prowadząc pazerną politykę finansową, państwo zmusza większość polskich rodzin do podejmowania przez rodziców dodatkowej pracy dla zapewnienia rodzinie bytu biologicznego, ograniczając w ten sposób czas, jaki rodzice mogą poświęcić swoim dzieciom i osłabiając więzi rodzinne, to jeszcze, w imię niejasnych interesów, rządzący pozwalają na szerzenie się drogą rozmaitych mediów treści demoralizujących młode pokolenie i przez to szkodliwych społecznie.

Prawo musi pomagać rodzinom w wychowaniu przyzwoitego, dobrego człowieka i prawego obywatela. Żądamy więc wprowadzenia cenzury obyczajowej tak, by każdy, kto ośmieli się opublikować w jakiejkolwiek formie treści szkodliwe społecznie, godzące w zasadę nienaruszalności ludzkiego życia i zdrowia, bezczeszczące godność osoby ludzkiej, propagujące zachowania aspołeczne, podważające godność i znaczenie życia rodzinnego, przedstawiające w korzystnym świetle narkotyki, nadużycie alkoholu lub innych środków szkodliwych dla zdrowia fizycznego i psychicznego, musi ponieść dotkliwą karę, aby w ten sposób możliwym było ustrzeżenie społeczeństwa przed zalewem sensacyjnych kłamstw, ogłupiających czytelnika lub widza i sprzyjających degeneracji osoby ludzkiej oraz szkodliwym społecznie zachowaniom.

Żądamy ograniczenia dystrybucji filmów kinowych i na kasetach wideo, które gloryfikują jedynie bezmyślną przemoc lub zachowania dewiacyjne. Takie produkcje prowadzą do wykreowania młodzieżowego bohatera typu macho, bezwzględnego, aspołecznego samca, mającego za nic ludzkie życie i wszystkie inne pozytywne wartości, dla którego celem istnienia jest dominacja nad innymi dzięki sile mięśni lub częściej, dzięki przewadze militarnej. Wiele z tych kiczowatych produkcji sprzyja także wytworzeniu fałszywego obrazu kobiety jako bezmyślnej samicy. Takie publikacje, w połączeniu z żałosnym poziomem edukacji seksualnej w naszym kraju tworzą grunt dla nieposzanowania godności kobiety, deprecjacji macierzyństwa, nienaturalnych zachowań seksualnych oraz dla wzrostu agresji w relacjach mężczyzna-kobieta. To, że codziennie wokół nas dzieje się zło, że ludzie dopuszczają się czynów okrutnych i przerażających w swej brutalności, nie oznacza, że mają one być dosłownie pokazywane np. w filmach. Człowiek o prawidłowej, nieskrzywionej psychice wie bez oglądania filmu, że bicie, torturowanie, gwałcenie lub mordowanie drugiego człowieka jest czynem okrutnym i zawsze złym. Otaczanie młodego człowieka wszechobecną przemocą, śmiercią i zniszczeniem prowadzi do jego „uodpornienia" na takie obrazy poprzez spadek wrażliwości na krzywdę i nieszczęście, sprzyjając w ten sposób szerzeniu się zarówno przemocy jak i znieczulicy społecznej. Dlatego, będąc świadkami postępującej demoralizacji i zdziczenia obyczajów szczególnie wśród młodych ludzi, domagamy się wprowadzenia ograniczeń w dystrybucji filmów tak, by filmy zawierające sceny drastyczne lub nieobyczajne, mogły być wyświetlane wyłącznie w nielicznych, wyznaczonych kinach, koniecznie z odpowiednią etykietą uprzedzającą o wyjątkowej treści filmu, za cenę wyższą niż inne filmy, na przykład na wzór „X-rated films" w Stanach Zjednoczonych.

Władzo, obudź się! Zło istnieje! Trzeba je umieć nazwać po imieniu, a potem je ścigać, karać i jemu zapobiegać. Jest szkodliwym społecznie, a więc złym i karygodnym, publiczne występowanie w obronie narkotyków, propagowanie dewiacji seksualnych i zachowań antyspołecznych. Niedopuszczalne jest dyskredytowanie roli i ważności rodziny i rozwijanie wśród młodych ludzi postaw egoistycznych, opartych na bezmyślnej konsumpcji wszelkich filmowych i literackich śmieci.

Nie wolno, w imię jakichkolwiek prywatnych lub innych interesów, propagować dzikiego, prymitywnego hedonizmu i sprzyjać w ten sposób rozwojowi pokoleń dzikusów, których czyny mają za cel tylko jedno: zapewnienie sobie chwilowej, zwyrodniałej przyjemności, nawet kosztem ludzkiego życia. Nigdy pieniądze z podatku od wydawców i dystrybutorów nie mogą znaczyć dla państwa więcej niż dbałość o morale społeczeństwa. Takie pojęcia jak przyzwoitość czy dobro społeczne muszą istnieć w umysłach wszystkich, także polityków, i stać się kryteriami oceny faktów i ludzkich działań.

Jest niedopuszczalne, by szafując pojęciami demokracji lub tolerancji przykrywać nieuczciwość i bezprawie lub pozwalać na szerzenie się postaw antyludzkich i antyspołecznych. Wolność nie polega na tym, że każdemu wolno wszystko !!!

Nie może być tak, że rodzice każdego dnia obawiają się, czy przypadkiem ich dziecko nie padnie w szkole ofiarą „cukierka", który zapoczątkuje uzależnienie. Nie może być państwu wszystko jedno, czy organizacje rejestrowane przez jego sądy wojewódzkie są furtkami do szkodliwych społecznie, niszczących osoby i rodziny, sekt i zgromadzeń. Nie wolno czekać z założonymi rękami, aż Polska stanie się, jak przewidują eksperci, jednym z najważniejszych rynków docelowych i przerzutowych kokainy na świecie. Nie wolno wpuszczać do kraju przestępców - zabójców i oszustów. **Polska nie może stać się moralnym śmietniskiem, azylem dla zła i nieprawości. Obojętność władzy w sprawach najważniejszych oznacza ogólnonarodową klęskę.**

Równolegle z działaniami restrykcyjnymi, mającymi sprzyjać właściwemu wychowaniu młodych ludzi, **konieczne jest opracowanie w trybie pilnym planu rozwoju sportu i kół zainteresowań w szkołach podstawowych i średnich** tak, by możliwym było skierowanie naturalnej energii właściwej temu wiekowi na tory zdrowej rywalizacji sportowej i działal-

ności pozaszkolnej. Nieodzowne jest autentyczne wsparcie przez rząd i samorządy tych organizacji społecznych, lokalnych i ogólnopolskich, których działalność skierowana jest na pracę z młodzieżą i kształtowanie pozytywnych postaw społecznych. W przypadku młodzieży starszej jednym z najważniejszych środków, sprzyjających zapobieganiu i zwalczaniu przemocy jest praca. Poczucie beznadziei, ogarniające wielu absolwentów szkół zawodowych, techników i liceów, wynikające z nieadekwatnego rozpoznania potrzeb rynku pracy, musi ustąpić miejsca zaangażowaniu w pracę i przekonaniu, iż lepiej jest utrzymywać się z pracy niż z zasiłku dla bezrobotnych lub kradzieży. **Żądamy więc aktywności władz wszystkich szczebli w tworzeniu miejsc pracy dla młodych, a nie tylko pustych deklaracji dobrej woli,** którymi wielu polityków zbyt często próbuje kupić sobie młody elektorat w czasie swoich kampanii wyborczych. Są sprawy, z których żartować nie wolno, Panie i Panowie!

Nasz apel nie może pozostać bez echa. Nasz głos troski o nasze wspólne dziś i jutro, nie może zostać zlekceważony. Bezpieczeństwo obywateli i budowanie życia społecznego na fundamencie prawości, uczciwości, dobroci i życzliwości mają podstawowe znaczenie dla pomyślności nas wszystkich i naszego kraju w bliższej i dalszej przyszłości. Liczymy na głęboką tego świadomość ze strony wszystkich przedstawicieli władzy. Oczekujemy konkretnych działań w odpowiedzi na nasze żądania.

Treść tego apelu przesyłamy do mediów, aby tym bardziej zobowiązać wszystkich sprawujących władzę w Polsce do poważnego jego potraktowania. ❑

Warszawa, 23 lutego 1996 r.

JM Prof. dr Zdzisław Wajda
Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku

Szanowny Panie Rektorze,

Z przykrością i dużym poczuciem niepokoju przyjąłem wiadomość o tragicznej śmierci studenta Akademii Medycznej w Gdańsku, która wynikła ze zbrodniczych działań grupki zwyrodniałych osobników. Wydarzenie jest wstrząsające i jako takie odbierane jest we wszystkich środowiskach naukowych. Wobec takich wydarzeń rośnie poczucie zagrożenia społecznego i poczucie bezradności.

Chciałbym Pana zawiadomić, że Wydział Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk solidaryzuje się z protestem młodzieży studenckiej i środowiska akademickiego Gdańska wyrażonym w tej sprawie. Mam nadzieję, że posłuży on uświadomieniu społeczeństwu, że margines społeczny może stwarzać istotne zagrożenia dla bezpieczeństwa jednostek i porządku publicznego. Będziemy starali się o zwiększenie poczucia solidarności społecznej i będziemy popierać zarówno działania społeczne jak i inicjatywy władz państwowych i samorządowych w sprawie poprawy bezpieczeństwa obywateli.

Proszę przyjąć wyrazy szacunku

Prof. dr Janusz Komender
Członek korespondent PAN
Sekretarz Wydziału Nauk
Medycznych PAN Warszawa

Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, 11 marca 1996 roku

Pan prof. dr hab. Zdzisław Wajda
Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku

Magnificencjo !

Otrzymałem właśnie Pański list i załączony doń apel Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku. Całkowicie podzielam myśli i uczucia w nim zawarte i zgadzam się z jego przesłaniem.

Pragnę przypomnieć, że również i ja sam, poruszony wiadomością o tragicznej śmierci studenta Waszej uczelni, sformułowałem specjalne oświadczenie, w którym dałem wyraz oburzeniu i zaniepokojeniu rosnącą falą przemocy. Nie zamierzam oczywiście na tym poprzestać. Oświadczam, że wykorzystam wszystkie przysługujące mi konstytucyjne uprawnienia, aby wpłynąć na skuteczne przeciwdziałanie temu groźnemu zjawisku. W miarę swych możliwości, poprzez kontakty z przedstawicielami organów wykonawczych państwa, będę też starał się pobudzać zdecydowane działania służb odpowiedzialnych za publiczny ład i bezpieczeństwo obywateli.

Dziękuję Państwu za Wasz apel oraz wrażliwość obywatelską i czysto ludzką, która go podyktowała.

Aleksander Kwaśniewski

Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej
JZ-150-63/96

Warszawa, 8 marca 1996 r.

Jego Magnificencja
Prof. dr hab. Zdzisław Wajda
Przewodniczący Senatu
Akademii Medycznej w Gdańsku

Szanowny Panie Przewodniczący

Z uwagą i wzruszeniem zapoznałem się z Apelem Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku z 26 lutego 1996 r. Proszę przyjąć wyrazy głębokiego współczucia dla całej społeczności akademickiej z powodu tragicznej śmierci Ireneusza Reglińskiego studenta II roku Waszej Uczelni. W pełni solidaryzuję się z protestem przeciw narastającej agresji i brutalizacji życia społecznego.

Ze względu na wagę poruszonych w apelu spraw przesłałem go Prezesowi Rady Ministrów oraz sejmowej Komisji Administracji i Spraw Wewnętrznych z prośbą o wykorzystanie w pracach nad skutecznym przeciwdziałaniem narastającej fali przestępczości i zapewnieniem bezpieczeństwa obywatelom naszego kraju.

Z wyrazami głębokiego szacunku
Józef Zych

W oczach studentów

Lekarz w przychodni rejonowej – dobrym dydaktykiem

Kształcenie przeddyplomowe lekarzy na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej (poz), czy aktualnie medycyny rodzinnej (mr) nie może odbywać się w oddziałach klinik, szpitali lub w specjalistycznych poradniach, bowiem studenci nie będą mogli tu poznać problemów, z powodu których zgłaszają się pacjenci do lekarzy pierwszego kontaktu. Często lekarze ci muszą rozwiązywać (obok medycznych) problemy psychologiczne i społeczne swoich podopiecznych. Do obowiązków tych lekarzy należą też działania szeroko pojętej profilaktyki.

Wychodząc z tych założeń Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej (KZMR) już od ponad 15 lat do kształcenia studentów wykorzystuje jako bazę dydaktyczną afiliowane przez uczelnię przychodnie rejonowe i zatrudnionych w nich lekarzy. Stanowią oni dużą, liczącą ponad 100-osobową kadrę lekarzy (poradni: ogólnych, dziecięcych i „K"), pełniąc funkcję „niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich". Ww. lekarze wraz z sześcioma ordynatorami poz i etatowymi nauczycielami akademickimi KZMR odpowiedzialni są za edukację studentów VI roku. Wiedza i umiejętności lekarzy praktyków w przychodniach rejonowych oceniane często są *a priori* negatywnie. Oceny te wyrażane są przez osoby nie mające doświadczeń ze współpracy tych lekarzy z uczelnią.

Od roku 1981 Katedra prowadzi badania opinii studentów przy zastosowaniu anonimowych kwestionariuszy, przed i po zakończeniu 4-tygodniowych zajęć. Celem tych badań jest permanentna kontrola efektywności i organizacji zajęć odbywających się na tak szerokiej bazie przychodni rejonowych przy udziale dużej grupy „niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich". Uzyskiwane wyniki badań pozwalają również na zmiany merytoryczne w programie nauczania i organizacji zajęć. Wreszcie wyniki badań ankietowych są wykorzystywane w działalności naukowej KZMR w ramach prac naukowo-badawczych. Z pytań dotyczących wielu aspektów zajęć w KZMR znajdują się takie, na których odpowiedzi są przedmiotem niniejszego artykułu. Dotyczą one:

- oceny działalności dydaktycznej lekarzy z przychodni rejonowych i ordynatorów poz tam pracujących (Tab. 1);
- oceny merytorycznej i sposobu prowadzenia poszczególnych seminariów (Tab. 2);
- przydatności zajęć w przychodniach w aspekcie nabywania: umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem, wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych.

Tab. 1. Ocena działalności dydaktycznej lekarzy z przychodni rejonowych i ordynatorów poz (N = 70, w procentach)

Uważam, że lekarz:	Zdecydowanie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zdecydowanie nie zgadzam się
wobec studentów był życzliwy i chętnie przekazywał swoje doświadczenie	67,2	32,8	-	-
wobec pacjentów był przystępny życzliwy	61,4	37,2	1,4	-
dysponował odpowiednią wiedzą w zakresie medycznych problemów pacjentów	57,2	38,6	4,2	-
w działaniu lekarskim uwzględniał potrzeby psychologiczne i społeczne pacjentów	48,6	47,2	4,2	-
zachęcał mnie do samodzielnego decydowania i działania medycznego	32,9	48,6	14,3	4,2

Ponad 67% studentów wypowiada się zdecydowanie pozytywnie co do życzliwości lekarzy wobec nich i 52% zgadza się, że lekarze chętnie przekazują swoje doświadczenia. Według opinii studentów prowadzący z nimi zajęcia byli wobec pacjentów przystępni, życzliwi (jedynie 1,4% nie zgadza się). Podobny odsetek studentów ocenia pozytywnie wiedzę lekarzy w zakresie problemów medycznych. Tylko 4,2% nie zgadza się. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w opinii 95% studentów lekarze w trakcie przyjmowania uwzględniali potrzeby psychologiczne i społeczne pacjentów.

W trakcie zajęć w KZMR studenci uczestniczą w seminariach, których tematykę uznaliśmy za szczególnie potrzebną lekarzom pierwszego kontaktu. Seminaria były poświęcone:

a) problematyce medycyny paliatywnej i opiece nad pacjentami w okresie terminalnym choroby nowotworowej;
b) komunikacji interpersonalnej w relacji lekarz-pacjent i empatii;
c) wybranym problemom z reumatologii;
d) profilaktyce i promocji zdrowia z niedokrwienną chorobą serca w praktyce lekarza poz, mr;
e) chorobie niedokrwiennej serca.

Ostatnie z wymienionych seminariów prowadzili ordynatorzy poz.

Tab. 2. Średnie oceny wyrażone przez studentów poszczególnych seminariów

Seminaria	Ocena średnia
Opieka paliatywna	4,2
Komunikowanie się lekarza z pacjentem	4,1
Reumatologia	3,8
Profilaktyka i promocja zdrowia	3,2
Niedokrwienna choroba serca	4,2

Najwyższe oceny wynoszące 4,2 uzyskały seminaria prowadzone przez nauczycieli akademickich jak i ordynatorów poz, dotyczące medycyny paliatywnej i opieki nad pacjentami w okresie terminalnym choroby nowotworowej.

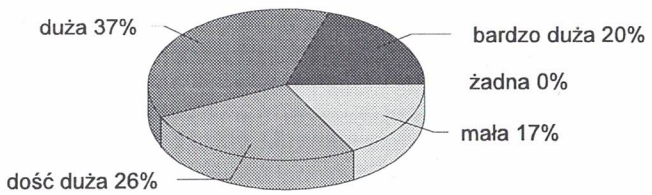
Studenci podnoszą znaczną wartość merytoryczną i sposób przekazywania wiedzy (używanie technik audiowizualnych). Wysoka ocena seminariów w opinii studentów wiąże się z dużym upraktycznieniem i integracją teorii z praktyką, jak i sposobem prowadzenia zajęć; zastosowaniem form aktywizujących i niestresowych; atmosferą zajęć.

Również wysoką ocenę (4,1) otrzymały seminaria dotyczące komunikacji w relacjach lekarz-pacjent prowadzone jednocześnie przez psychologa i socjologa (pracowników Katedry), którzy w trakcie seminariów wykorzystywali taśmy magnetyczne z nagranymi błędami w komunikacji lekarz-pacjent. Studenci postulowali poszerzenie tych zajęć i wprowadzenie tej tematyki na niższe lata studiów.

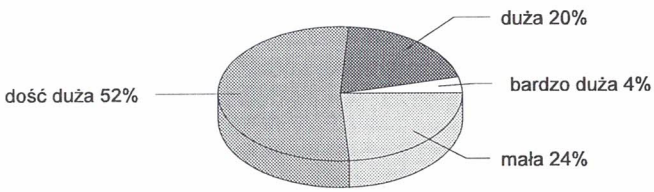
Seminarium z reumatologii, prowadzone przez adiunkta Katedry, studenci oceniali średnio na 3,8. Postulują zwiększenie czasu poświęconego na seminaria z reumatologii.

Najniższą ocenę, bo 3,2 otrzymały seminaria dotyczące kształtowania zachowań prozdrowotnych, zmiany stylu życia, wiążących się z otyłością, paleniem tytoniu. Stosunkowo niska ocena tych seminariów jest dowodem utrwalonego zorientowania, zarówno lekarzy jak i studentów na medycynę reperacyjną. Związane są one również z brakiem tradycji nauczania medycyny prewencyjnej. Niska ocena skłania również do opracowania bardziej efektywnych metod w nauczaniu tej problematyki.

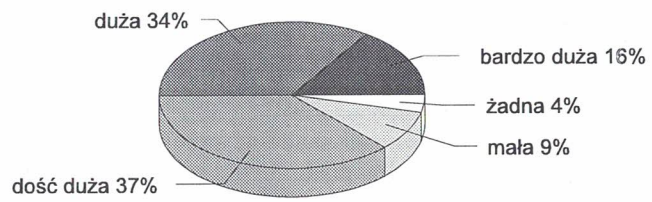
W celu uzyskania pełniejszej oceny zajęć zwróciliśmy się do studentów o ocenę przydatności odbytych zajęć w KZMR w aspekcie nabywania wiedzy teoretycznej, umiejętności komunikowania się z pacjentem, jak i umiejętności praktycznych. Uzyskane wyniki przedstawione są w rycinach 1-3.



Ryc.1. Umiejętność wykorzystania teoretycznej wiedzy medycznej (N = 70)



Ryc.2. Przydatność zajęć w aspekcie umiejętności komunikowania się z pacjentem (N = 70)



Ryc.3. Przydatność zajęć w aspekcie nabywania umiejętności praktycznych (N = 70)

W ocenie dokonanej przez studentów przydatność zajęć w KZMR jest dość wysoka. Szczególnie optymistyczna jest ocena korzyści z zajęć w rozwiązywaniu umiejętności komunikowania się z pacjentem; jako bardzo dużą i dużą wymienia 51 % badanych. 57% studentów ocenia jako bardzo dużą i dużą przydatność w nabywaniu umiejętności praktycznych.

Na tak wysoką przydatność zajęć wpływa wiele czynników. Jednym z najbardziej istotnych wydaje się być aktywny udział studentów w pracy lekarza poz, jego życzliwość i chęć nauczania, indywidualizacja zajęć poprzez możliwość pracy jednego, maksymalnie dwóch studentów z lekarzem, stosunkowo długi czas trwania bloku zajęć (3 tygodnie w przychodni,1 tydzień w KZMR), tematyka seminariów.

Artykuł ten jest prezentacją wyników badań opinii studentów dotyczących procesu nauczania, oceny osób prowadzących seminaria i zajęcia w przychodni.

Przedstawione wyniki mają charakter wstępny i mogą jeszcze zostać zweryfikowane - badania bowiem przeprowadzono na próbie 70. studentów, którzy skończyli zajęcia w KZMR. Wskazują one na wyraźną tendencję do pozytywnej oceny lekarzy z przychodni rejonowych jako dobrych nauczycieli.

Zachęcamy kierowników katedr, klinik i zakładów do podjęcia prób oceny procesu nauczania przez studentów i podzielenia się uzyskanymi wynikami z czytelnikami naszego czasopisma.

mgr socjol. Barbara Trzeciak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AMG

Nie wprost

Marcowa refleksja

Do napisania niniejszego felietonu skłoniła mnie pewna uparta myśl, która zaczęła za mną „chodzić" w okolicach 8 marca. Otóż uświadomiłem sobie, iż wbrew temu, co głoszą zagorzałe feministki (a może „dzięki" temu?) „dzisiejsze czasy" niosą ze sobą bardzo bolesną dyskryminację kobiet. Zwłaszcza w Polsce. Postaram się to udowodnić na przykładzie, który znam najlepiej.

Chodzi mianowicie o sytuację, w której młoda lekarka poszukuje etatu. W jednym z trójmiejskich szpitali na ofercie pracy wyraźnie - bez ogródek - napisano, że dotyczy ona wyłącznie mężczyzn. Ja wiem, że i przedtem podobne ogłoszenia się pojawiały, jednak adnotacje o płci umieszczane były przez „dowcipnych kolegów" dla żartu - raczej niesmacznego zresztą. Tym razem rzecz traktowana była poważnie. Znam też inny przypadek. Koleżanka, która kończyła staż niemal dokładnie w tym momencie, kiedy ja go zaczynałem, odwiedziła szereg gdańskich przychodni - w poszukiwaniu zatrudnienia, rzecz jasna. Gdy wreszcie usłyszała odpowiedź pozytywną, od razu pojawiło się pewne „ale": „tylko proszę - żadnych urlopów macierzyńskich". Tu zatem leży sedno sprawy - jak przytomnie, acz nieco cynicznie zauważył inny kolega-stażysta: „chłopaki mają fory, bo nikomu nie „zaciążą".

Oczywiście problem nie dotyczy jedynie absolwentek akademii medycznych, ma charakter bardziej ogólny. Najboleśniejsze jest w nim to, że dotyka sfery dla kobiety najważniejszej i najpiękniejszej w życiu (że taką właśnie jest, nauczono mnie na zajęciach z położnictwa).

Przyczyn należy szukać w głębokiej patologii całego naszego życia społeczno-gospodarczego. Nie będę ich roztrząsał - temat jest zbyt obszerny. Skupię się na skutkach. Taka sytuacja nie wpływa dodatnio na psychikę, stawiając w ostrym konflikcie życie zawodowe i rodzinne kobiet. We współczesnym, skomercjalizowanym, a w efekcie - odhumanizowanym - świecie, niestety w tej konfrontacji często przegrywa rodzina. Jak dalekosiężne ma to następstwa - nikogo przekonywać nie trzeba.

Kamil Jankowski

Czy leczenie menopauzy ma sens?

Takie pytanie często się słyszy od pacjentek w poradni endokrynologicznej. Podobne pytania padają również w innych poradniach i odpowiedzi na nie z pewnością nie zawsze są jednoznaczne. Mam nadzieję, że niżej podane informacje dadzą odpowiedź na niektóre z nich.

Kobiety przed menopauzą są mniej narażone na chorobę wieńcową serca niż mężczyźni w tym samym wieku dzięki naturalnej ochronie, jaką stanowią endogenne żeńskie hormony płciowe. Czy działanie tej ochrony może być przedłużone w czasie przez zastosowanie egzogennych hormonów płciowych - to kwestia szeroko badana i dyskutowana na świecie od przeszło 30. lat.

We wczesnych latach rewolucji seksualnej spowodowanej „pigułką", kobiety stosujące antykoncepcję hormonalną podlegały znacznie większemu ryzyku choroby zatorowo-zakrzepowej i zawału mięśnia sercowego niż kobiety nie stosujące antykoncepcji hormonalnej. Często współistnieją także inne czynniki ryzyka jak otyłość, nadciśnienie, hypercholesterolemia, patologiczna tolerancja glukozy, palenie papierosów, mała aktywność fizyczna.

Udało się prześledzić zapadalność na chorobę wieńcową jako funkcję wieku. Ustalono, że zapadalność na chorobę wieńcową wśród kobiet przed menopauzą jest równa 1/3 zapadalności wśród mężczyzn w tym samym wieku. W siódmej dekadzie życia zapadalność jest mniej więcej taka sama wśród kobiet jak wśród mężczyzn. Częstość choroby wieńcowej wśród kobiet wzrasta z 3 na 1000 w grupie wiekowej 45-49 lat do 50 na 1000 w wieku 75-79 lat. Jest to wzrost 17-krotny. Ponadto częstość choroby wieńcowej jest większa u kobiet z przedwczesną menopauzą - naturalną lub chirurgiczną.

Celem badań framinghamskich było ustalenie, czy estrogeny egzogenne mogą mieć równie dobroczynny wpływ na serce jak hormony endogenne.

Najistotniejszymi czynnikami ryzyka w chorobie wieńcowej i zawale mięśnia sercowego są:

wysoki poziom cholesterolu w surowicy, nadciśnienie, cukrzyca.

Po 50. roku życia poziom frakcji LDL cholesterolu nie jest decydującym czynnikiem ryzyka w zawale serca. Zasadnicze znaczenie ma wzrost poziomu frakcji VLDL (trójglicerydów o bardzo małej gęstości) w stosunku do HDL (trójglicerydów o dużej gęstości). Podczas menopauzy w wyniku spadku poziomu estrogenów profil lipidowy podlega dramatycznym zmianom. Wzrasta ilość trójglicerydów, a cholesterol ulega takiej redystrybucji pomiędzy poszczególne frakcje lipidowe, że zmniejsza się stosunek HDL:LDL mimo braku istotnych zmian w ilości HDL.

Często u kobiet po 40. roku życia wzrasta również ciśnienie krwi. W wieku 45 lat częstość choroby nadciśnieniowej u mężczyzn jest większa niż u kobiet, ale w wieku późniejszym wyrównuje się.

Istotną rolę w zapadalności na chorobę wieńcową odgrywa również zmiana tolerancji glukozy i znamienny wzrost cukrzycy wśród kobiet już w ciągu pięciu lat po menopauzie. Przypuszcza się, że jest to również skutkiem niedoboru estrogenów.

Grupa naukowców z Harvard School of Public Health (Boston, USA) w 1976 roku rozpoczęła badania mające na celu wyjaśnienie wpływu estrogenów na chorobę wieńcową serca po menopauzie. Ankietowano ponad 120 000 pielęgniarek w wieku 30-55 lat, aktualizując badania co 2 lata. Uzyskiwano informacje o stylu życia, terapii hormonalnej i czynnikach ryzyka w chorobie wieńcowej serca.

Wyniki badań, po raz pierwszy opublikowane w 1985 roku, wykazały, że ryzyko choroby wieńcowej u kobiet z terapią estrogenową w wywiadzie wynosi 0,5, a dla stosujących tę terapię aktualnie 0,3 w porównaniu do kobiet, które nigdy nie zażywały estrogenów. Ryzyka względne dla incydentów śmiertelnych i nie śmiertelnych okazały się podobne i nie uległy zmianie po uwzględnieniu takich czynników ryzyka jak nadciśnienie, cukrzyca, podwyższony poziom cholesterolu, obciążony wywiad rodzinny i inne. W związku z tym autorzy wysunęli wniosek, że dane powyższe są dowodem na poparcie tezy, że stosowanie terapii estrogenowej po menopauzie zmniejsza ryzyko choroby wieńcowej serca.

Kobiety po menopauzie cierpią na niedobór estrogenów. Jest to choroba, którą można efektywnie leczyć przy pomocy hormonalnej terapii zastępczej (HRT). Taki pogląd zaprezentował na VII Kongresie Europejskiego Stowarzyszenia Ginekologów i Położników w Helsinkach w czerwcu 1991 roku dr Maurice Katz, endokrynolog, konsultant i starszy wykładowca medycyny rozrodczości na University College Hospital w Londynie. Niżej przytaczamy treść wywiadu przeprowadzonego z nim podczas tego kongresu:

- Czym uzasadnia Pan potrzebę leczenia kobiet po menopauzie, lub nawet w okresie perimenopauzalnym - hormonalną terapię zastępczą?

- Percepcja menopauzy zmieniła się znacząco w ciągu ostatnich 20 lat. Kiedyś powszechnie traktowano menopauzę jako naturalną kolej rzeczy; ponieważ była ona nieunikniona, uważano, że kobieta powinna zaakceptować menopauzę jako zjawisko fizjologiczne, nie wymagające leczenia. Mój pogląd na tę sprawę, pogląd silnie ugruntowany, jest taki, że menopauza jest chorobą z niedoboru estrogenów, a ja jako endokrynolog leczę każdy deficyt hormonalny - czy to dotyczący estrogenów, czy tyroksyny, czy hydrokortyzonu - hormonalną terapią zastępczą (HRT).

- Setki lat temu liczba kobiet dożywających wieku menopauzy była stosunkowo mała. Jednakże wraz z poprawą warunków socjalnych i postępem medycyny liczba ta znacznie wzrosła. Przeciętna długość życia kobiet w krajach rozwiniętych wynosi 75 - 80 lat. Oznacza to, że pozbawienie kobiet hormonalnej terapii zastępczej byłoby skazaniem ich na borykanie się z dolegliwościami menopauzy przez 1/3 długości ich życia.

- W odniesieniu do kobiet w okresie okołomenopauzalnym hormonalna terapia zastępcza jest kwestią wyboru.

- Chciałbym zdefiniować kilka pojęć. Menopauza oznacza ostatnią miesiączkę w życiu kobiety i zdarza się najczęściej w wieku 49 - 51 lat. Żyjąc dłużej, kobieta wchodzi w okres postmenopauzalny. Faza reproduktywna w życiu kobiety rozpoczyna się wkrótce po pokwitaniu i trwa do wczesnych lat czterdziestych jej życia, kiedy to rozpoczyna się klimakterium, czyli okres przejściowy między reproduktywną fazą życia kobiety a menopauzą. We wczesnym okresie klimakterium wzrasta poziom FSH - hormonu stymulującego rozwój pęcherzyków jajnikowych - i kobieta staje się mniej płodna. Następnie, w środkowym okresie klimakterium, zmienia się jej rytm miesiączkowania; zazwyczaj cykle stają się najpierw krótsze, potem dłuższe, nieregularne. W późnym klimakterium, czyli okresie peri- lub premenopauzalnym, pojawić się mogą symptomy nadcho-

dzącej menopauzy, jak sporadyczne uderzenia gorąca i pocenie się. Poziom FSH wzrasta stopniowo w ciągu całego klimakterium, ale produkcja estrogenów jest utrzymana i często pozostaje wystarczająca aż do czasu perimenopauzy lub menopauzy, po czym zaznacza się niedobór estrogenów. Zalecałbym rozpoczęcie hormonalnej terapii zastępczej wraz z pojawieniem się symptomów tego niedoboru, nawet jeszcze w okresie premenopauzalnym.

- Czy leczy Pan tylko kobiety, które demonstrują objawy menopauzy?

- W okresie pomenopauzalnym kobiety doświadczają bardzo przykrych objawów, jak zaburzenia wazomotoryczne w postaci uderzeń gorąca, poty nocne i kołatania serca; objawy zanikowe, takie jak suchość pochwy, dyspareunia, objawy dysuryczne, nawracające zapalenie pęcherza moczowego; objawy psychoemocjonalne: bóle głowy, depresja, utrata pewności siebie, bezsenność. Nie mam żadnych kłopotów z podjęciem decyzji o leczeniu takich pacjentek: bez wahania leczę je.

- Mój stosunek do kobiet nie demonstrujących objawów deficytu estrogenowego po menopauzie jest podobny. Istnieją obecnie niepodważalne dowody na to, że większość tych kobiet bez substytucji hormonalnej zapada na osteoporozę. Wiele z nich cierpi na kompresyjne złamania kręgosłupa, złamania kości udowych, złamania kości przedramienia typu Colles'a: skutkiem tego jest zwiększona śmiertelność w tejże grupie kobiet. Co ważniejsze, dowiedziono również, że kobiety pozbawione substytucji hormonalnej są bardziej zagrożone chorobą niedokrwienną serca niż ich rówieśniczki stosujące tę substytucję; wyższy jest również wskaźnik umieralności w tej grupie kobiet. Zatem, opierając się na wzrastającej liczbie danych, można postulować stosowanie HRT u wszystkich kobiet po menopauzie, niezależnie od tego, czy manifestują one objawy deficytu hormonalnego, czy nie.

- Jak przekonuje Pan kobiety bez objawów niedoborowych o korzyściach HRT?

- Nie zmuszam kobiet nie cierpiących z powodu objawów niedoborowych do stosowania HRT. Czyż można uzdrawiać zdrowego? Staram się jednak zachęcić pacjentki do terapii, informując o jej bezspornych korzyściach, szczególnie jeśli chodzi o zapobieganie osteoporozie i chorobie wieńcowej serca. Zwracam ich uwagę na fakt, że większość naszych rodziców dożywała sędziwej starości bez uciekania się do HRT, a także na możliwe skutki uboczne terapii hormonalnej. Po wyczerpującej dyskusji na temat wad i zalet HRT daję pacjentce dowolną ilość czasu na podjęcie decyzji co do ewentualnego rozpoczęcia substytucji. Większość pacjentek decyduje się na HRT w ciągu jednego lub dwóch miesięcy.

- Istnieje grupa asymptomatycznych premenopauzalnych kobiet, w stosunku do których również należałoby rozważyć stosowanie HRT; brak miesiączki u atletek i baletnic jest niemal na pewno przejawem niedoboru estrogenów. Gęstość kości wzrasta stopniowo w ciągu dzieciństwa, okresu dojrzewania i wczesnego okresu dojrzałości i u większości kobiet osiąga szczyt w połowie lat 30 ich życia. Jeśli przyrost masy kostnej zostanie zaburzony z powodu niedoboru estrogenów - szczyt gęstości może być niższy, co zwiększy ryzyko osteoporozy u tych kobiet. Zachęcam takie pacjentki do przybrania na wadze i ograniczenia ilości ćwiczeń fizycznych, czego celem jest zwiększenie sekrecji estrogenów i przywrócenie im normalnego cyklu miesiączkowego. Jeśli nie jest to z jakichkolwiek względów możliwe, zalecam im HRT, nawet w młodym wieku.

- Czy możliwe jest, aby kobieta po menopauzie nie doświadczała niedoboru estrogenów?

- Niektóre otyłe kobiety nie cierpią z powodu niedoboru estrogenów po menopauzie. Androgeny, produkowane przez ich nadnercza i podścielisko jajników, są w tkankach obwodowych - głównie w podskórnej tkance tłuszczowej - konwertowane do estrogenów. Zatem, jeśli kobieta jest dostatecznie otyła, to możliwe jest, aby jej endogenna produkcja estrogenów była wystarczająca do pokrycia zapotrzebowania; nie dochodzi wtedy do deficytu. W takich przypadkach nie stosowałbym HRT. Kobiety takie są bardziej niż inne narażone na przerost endometrium, a nawet raka endometrium w okresie rozrodczym z powodu stałej ekspozycji go na działanie estrogenów nie zrównoważone wpływem progesteronu. W tej sytuacji zalecałbym okresową terapię progestagenową.

- Na jakiej podstawie określa Pan czas kuracji?

- Odpowiem na to pytanie posługując się przykładem 50-letniej pacjentki z pierwotną niedoczynnością tarczycy. Rozpoznanie opiera się na typowych objawach klinicznych, podniesionym poziomie TSH i niskim poziomie tyroksyny we krwi. Z chwilą ustalenia rozpoznania rozpoczynam terapię substytucyjną tyroksyną, dobieram właściwą dawkę, a następnie kontynuuję leczenie przez resztę jej życia. Jeśli nie ma przeciwwskazań, moje postępowanie w przypadku HRT u kobiet po menopauzie jest analogiczne. Leczę je do końca ich życia.

- Przyjmuje się, że HRT skutecznie zapobiega osteoporozie zależnej od niedoboru estrogenów przez okres 10-15 lat po menopauzie, zatem przedłużanie substytucji poza te ramy czasowe mija się z celem. Stwierdzenie to może być prawdziwe dla osteoporozy, zwracam jednak uwagę na fakt, że receptory estrogenowe znajdują się także w wielu innych tkankach - jak mózg, skóra, wątroba, układ moczowopłciowy - i że wszystkie te narządy wymagają odpowiedniej dawki estrogenów do prawidłowego funkcjonowania.

- Nie sądzę, aby osteoporoza była jedynym wskazaniem do HRT, i nie przypisywałbym jej decydującej roli, jeśli chodzi o długość trwania tej terapii.

- Istotne wydają mi się doniesienia na temat choroby naczyń wieńcowych serca i wskaźnika umieralności z powodu tej choroby. Znamienny wzrost zapadalności na chorobę wieńcową notowany jest wśród kobiet po menopauzie nie stosujących HRT. Stwierdza się u nich podwyższenie wartości cholesterolu LDL:HDL, co stanowi podłoże rozwoju miażdżycy naczyń. Są one zatem zagrożone chorobami naczyń serca i mózgu, i zgonem z tych przyczyn.

- HRT odwraca te trendy; prospektywne badania Hunta (2) grupy 4544 kobiet stosujących długoterminowo HRT dostarczyły bardzo interesujących obserwacji. Wykazały one mianowicie, że śmiertelność kobiet w Anglii i Walii stosujących HRT jest znacznie niższa niż przeciętna śmiertelność kobiet w Wielkiej Brytanii.

- Jedyną sporną kwestią w odniesieniu do HRT jest rak piersi. Wyniki badań epidemiologicznych (2,3) są sprzeczne. Konieczna jest zatem szczególna czujność w tym względzie - regularne badanie palpacyjne i mammograficzne piersi - nie stanowi to jednak wskazania do przerwania HRT.

- A jeśli chodzi o dawkę i sposób podawania leków?

- HRT może być aplikowana różnymi drogami: doustnie (tabletki), podskórnie (implanty), przezskórnie (plastry) i dopochwowo (pessaria). Najwięcej doświadczenia mam z preparatami doustnymi, które nadal są najpopularniejszą formą przyjmowania leków. Preparaty dopochwowe pozwalają uniknąć efektu „pierwszego przejścia" wątrobowego,

jednakże większość kobiet nie satysfakcjonuje długotrwałe stosowanie tej postaci leku. Śródskórne implanty estrogenowe dość często wywołują reakcje tachyfilaktyczne. W miarę spadku wrażliwości ustroju na lek pacjentki doświadczają objawów menopauzalnych przy stężeniach estrogenów we krwi znacznie przekraczających fizjologiczne.

- Preparaty przezskórne są najnowszym osiągnięciem terapeutycznym.

- Jeśli chodzi o dawkę, to obowiązuje zasada stosowania najniższej dawki skutecznej, to znaczy usuwającej bezpośrednie objawy menopauzy, jak uderzenia gorąca czy suchość pochwy, a również zapobiegającej późnym jej skutkom, jak choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych, osteoporoza. Nie ma dawki standardowej - pacjentki wysokie i tęgie otrzymują dużą dawkę leków, niskie i szczupłe zazwyczaj mniejszą. Dawkowanie leków hormonalnych jest bardzo zindywidualizowane - zależne od osobniczej wrażliwości na hormony.

- Jakie jest Pańskie zdanie na temat estrogenowych preparatów transdermalnych?

- Bardzo dobre. Większość moich pacjentek jest zadowolona z tej formy leku. U niektórych pacjentek występuje miejscowe podrażnienie skóry, które z czasem ustępuje, jeśli pacjentka nie zrezygnuje wcześniej z plastra na korzyść innej postaci preparatu. Staram się pamiętać o poinstruowaniu pacjentki na wypadek odklejenia się plastra w kąpieli: należy wtedy spokojnie kontynuować kąpiel, a po osuszeniu ciała ponownie przykleić plaster. Stosowanie plastra dwa razy w tygodniu jest wygodne; zdarza się również, że zalecam niektórym pacjentkom stosowanie nieco częstsze - trzy razy w tygodniu. Na ogół ta forma leku jest bardziej fizjologiczna od innych, wygodniejsza i nowoczesna.

- Czy zaleca Pan rutynowo progestageny?

- Każda kobieta stosująca HRT powinna otrzymywać progestageny cyklicznie. W ten sposób nie tylko zmniejsza się ryzyko raka endometrium, ale redukuje się je do poziomu niższego niż dla kobiet nie leczonych hormonalnie po menopauzie. Chciałbym to szczególnie podkreślić: kobiety stosujące kombinowaną, czyli estrogenowo-progestagenową, terapię zastępczą są mniej narażone na raka endometrium niż kobiety nie stosujące tej terapii.

- Prowadzone są badania nad schematami dawkowania pozwalającymi uniknąć cyklicznych krwawień spowodowanych odstawieniem leków, nie lubianych przez większość kobiet.

- Jako specjalista, jaką radę dałby Pan odnośnie HRT lekarzom ogólnym?

- Niestety, wielu lekarzy ogólnych reprezentuje staroświeckie poglądy na menopauzę. Uważają oni menopauzę za zjawisko fizjologiczne, nie wymagające żadnego leczenia. Mimo dokuczliwych i często poważnych objawów klinicznych przeszkadzających pacjentkom w prowadzeniu normalnego życia codziennego zawodowego, towarzyskiego, seksualnego - lekarze ogólni zalecają raczej, aby się do tych dolegliwości przyzwyczaić. Jest to postawa anachroniczna i nie do przyjęcia. Przy obecnym stanie wiedzy na temat menopauzy nie powinno być żadnych wątpliwości co do stosowania hormonalnej terapii zastępczej.

- Co więcej, o czasie rozpoczęcia kuracji nie decyduje wiek pacjentki. Czasami kobiety 46- lub 47-letnie cierpią z powodu dolegliwości menopauzalnych.

- Jakie są przeciwwskazania?

- Przeciwwskazania do HRT są bardzo nieliczne: rak macicy, endometrium i sutka. Do względnych przeciwwskazań należy nadciśnienie, choroba zakrzepowa (czynna lub w wywiadzie), choroby pęcherzyka żółciowego i wątroby, włókniaki, żylaki i cukrzyca. HRT może być stosowana u pacjentek z przeciwwskazaniami względnymi przy zachowaniu ostrożności i po przeprowadzeniu odpowiednich badań. Posłużę się tu przykładem 32-letniej pacjentki z objawami przedwczesnej menopauzy. Wywiad rodzinny tej pacjentki był poważnie obciążony premenopauzalnym rakiem sutka; cztery osoby z rodziny pacjentki zmarły w wieku premenopauzalnym z powodu tej choroby. Sama pacjentka cierpiała na dolegliwości w dużym stopniu zakłócające jej normalne funkcjonowanie w świecie. Tak niekorzystny wywiad rodzinny czynił ją potencjalnie narażoną na rozwój raka piersi, jednakże nie istniały żadne dowody na to, że HRT zwiększyłaby to ryzyko. Po konsultacji z chirurgiem i onkologiem podjęta została decyzja o zaaplikowaniu HRT tej pacjentce. Obecnie, dziewięć lat później, pacjentka czuje się doskonale i wygląda kwitnąco. To samo odnosi się do moich pacjentek z zakrzepicą żył głębokich w wywiadzie. W obu przypadkach najistotniejsza jest czujność i regularne badania kontrolne.

- Jakie badania kontrolne ma Pan na myśli?

- Efekty uboczne HRT: zwiększenie masy ciała, bóle głowy, nadciśnienie, zazwyczaj pojawiają się podczas pierwszych miesięcy stosowania terapii, dlatego w pierwszym roku HRT zlecam moim pacjentkom częste wizyty kontrolne - co 3 miesiące. Potem wystarczają wizyty raz na 6-12 miesięcy. Przed rozpoczęciem HRT konieczne jest wykonanie badań podstawowych: ciśnienie tętnicze, waga ciała, dokładne badanie palpacyjne piersi oraz kończyn dolnych w kierunku obecności żylaków lub przebytej zakrzepicy naczyń głębokich. Badanie ginekologiczne i rozmaz cytologiczny są nieodzowne. W warunkach idealnych pacjentka powinna mieć wykonaną mammografię i badanie ultrasonograficzne narządu rodnego.

- Jeśli chodzi o osteoporozę, jak identyfikuje Pan pacjentki, które odniosłyby korzyść z HRT?

- Istnieją różne typy osteoporozy: osteoporoza starcza, która zdarza się zarówno wśród mężczyzn jak kobiet w miarę procesu starzenia; osteoporoza rodzinna; osteoporoza związana z określonymi chorobami, jak na przykład nadczynność tarczycy. W żadnym z powyższych przypadków HRT nie byłaby skuteczna. Natomiast osteoporoza zależna od niedoboru estrogenów reaguje na tę terapię znakomicie. Dla osiągnięcia maksymalnego efektu HRT w odpowiednio dobranej dawce powinna być włączona natychmiast po zdiagnozowaniu niedoboru estrogenów, nawet w wieku młodzieńczym, jeśli zachodzi taka potrzeba, jak u pacjentek z zespołem Turnera lub przedwczesną niedomogą jajników. Pacjentki szczególnie zagrożone osteoporozą na tle niedoboru estrogenów identyfikuję przede wszystkim w oparciu o wywiad w kierunku tradycyjnych czynników ryzyka, którymi są: przedwczesna-chirurgiczna lub naturalna - menopauza, obciążony wywiad rodzinny, narodowość kaukaska, niska masa ciała, wysokie spożycie alkoholu, palenie papierosów, niedostateczna podaż wapnia w dzieciństwie, choroby kości, nierództwo, nieruchliwy tryb życia. Ponadto, dysponujemy w tej chwili skomplikowaną aparaturą do pomiaru gęstości tkanki kostnej. Absorpcjometria rentgenowska i absorpcjometria fotonowa są najbardziej rozpowszechnione. Obydwie metody mierzą gęstość kości w gramach/cm^2 i obliczają współczynnik prawdopodobieństwa wystąpienia osteoporozy. Kobiety, których kości mają niską gęstość, są bardziej zagrożone osteoporozą niż te, których kości wykazują wysoką gę-

stość. Istotne są zatem badania okresowe, na przykład coroczne, u kobiet o niskiej gęstości kośćca, umożliwiające porównywanie wyników i uchwycenie ewentualnego przyspieszenia tempa utraty masy kostnej, które byłoby sygnałem alarmującym o narastającym zagrożeniu osteoporozą. Chciałbym zaznaczyć, że kobiety o niskiej gęstości kośćca niekoniecznie muszą być narażone na osteoporotyczne złamania kości bardziej niż kobiety o dużej gęstości kośćca; decydujące znaczenie ma tutaj tempo utraty masy kostnej po menopauzie. Celem HRT jest w tym wypadku zapobieganie nadmiernemu wzrostowi tego tempa.

- Jak podsumowałby Pan naszą rozmowę?

- Chciałbym zaakcentować potrzebę nowego spojrzenia na problemy menopauzy: kobiety z dolegliwościami okresu przekwitania powinny być traktowane jako pacjentki i otrzymywać fachową pomoc lekarską. Objawy niedoborów hormonalnych są różne, wszystkie jednak szybko i specyficznie ustępują po zastosowaniu hormonalnej terapii zastępczej. Lecząc kobiety postmenopauzalne kieruję się tą samą zasadą jak w przypadku każdej innej choroby z niedoboru.

- Czy pacjentce coś dolega? - Tak.

- Czy możliwe jest wykazanie u niej niedoborów hormonalnych? - Tak.

- Czy istnieje skuteczne leczenie hormonalne jej dolegliwości? -Tak.

- Jakich efektów leczenia należy się spodziewać? - Bardzo dobrych.

- Czy leczenie ma szkodliwy wpływ na jej zdrowie? - Nie.

Znakomita większość moich pacjentek toleruje HRT bez jakichkolwiek skutków ubocznych, a rzeczywiste ryzyko powikłań jest bardzo małe, szczególnie w porównaniu do osiąganych korzyści HRT. Estrogeny są jedną z najpotężniejszych substancji chemicznych w ustroju kobiety i są one niezbędne do prawidłowego jego funkcjonowania. Wiele reakcji na poziomie tkankowym i komórkowym jest kontrolowanych przez estrogeny. Ryzyko powikłań HRT jest małe, a korzyści ogromne. Dlatego jestem zdecydowanym zwolennikiem zasady, że, poza nielicznymi wyjątkami, wszystkie kobiety po menopauzie powinny być leczone hormonalnie dopóty, dopóki tego potrzebują, czyli do końca życia.

Tłumaczenie:
lek. med. Janina Szałkiewicz
Opracowanie:
lek. med. Aniela Samoć

Sprawozdanie z realizacji projektu Tempus

„Creation and development of novel Faculty of Biotechnology" (S-JEP 07191) za okres od 1.09.1994 r. do 31.03.1996 r.

Bardzo ważnym wydarzeniem dla Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-AMG było otrzymanie na lata 1994-1997 grantu w ramach Programu TEMPUS-PHARE. W trudnej i bardzo wymagającej konkurencji wygraliśmy konkurs uzyskując środki na finansowanie projektu o nazwie „Creation and development of a novel Faculty of Biotechnology" (S-JEP 07191-94). Przyznana na ten cel kwota jest znaczna, wynosi bowiem łącznie 473 000 ECU, co jest równowartością blisko 600 000 dolarów. Na kolejne trzy lata są to kwoty następujące: 167 000 ECU na rok akademicki 1994/95, 161 500 ECU na rok 1995/96 i 144 000 ECU na rok 1996/97. Aktualnie znajdujemy się na półmetku realizacji naszych zamierzeń i sądzę, że jest to dobra okazja do publicznego przedstawienia sprawozdania z wydatkowania przyznanych nam środków.

Koordynatorem projektu jest prof. dr Wiesław Makarewicz, dziekan wydziału, kontraktorem Akademia Medyczna w Gdańsku, a partnerami w utworzonym konsorcjum są następujące uczelnie:

University of Bradford, Bradford (UK)
University of Oxford, Oxford (UK)
Universität Bremen, Bremen (D)
Institut National des Sciences Appliquees de Lyon, Lyon (F)
Uniwersytet Gdański, Gdańsk (PL)
Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk (PL).

Przyznane nam środki, zgodnie z przedstawionym projektem, pozwalają na realizację w ramach otrzymanego grantu następujących projektów cząstkowych:

1. Organizacja intensywnych kursów w Polsce

Ze środków projektu dofinansowano Szkołę Letnią Biotechnologii, która odbyła się dniach 16-29 lipca 1995 r. w Łączynie nad jeziorem Raduńskim, gmina Kartuzy. W Szkole uczestniczyło 225 osób, w tym 24 wykładowców z USA, Niemiec, Francji, Wielkiej Brytanii, Austrii, Szwajcarii, Węgier, Kanady, Włoch i 42 wykładowców polskich. W Szkole wzięli udział wszyscy studenci Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii, doktoranci z Wydziału Biologii UG oraz 31 uczestników z różnych ośrodków naukowych w Polsce. Szkołę sponsorowała w głównej mierze firma BECKMAN Instruments International S.A. oraz częściowo firma PROMEGA. Około 1/3 części kosztów Szkoły pokryto z Programu TEMPUS S-JEP 07191-94 (5000 ECU). W roku 1996 projektowane jest zorganizowanie podobnej Szkoły Letniej w Stegnie, gmina Nowy Dwór w okresie od 16-30 czerwca.

2. Wymiana nauczycieli akademickich

W ramach realizowanego projektu część środków jest wydzielona jako tzw. Mobility Grant na pokrycie kosztów wymiany nauczycieli akademickich. W pierwszym roku projektu kwota ta wynosiła 62 000 ECU, w drugim roku - 61 000 ECU. W okresie sprawozdawczym miały miejsce następujące wyjazdy nauczycieli (Tab. 1).

Wyjazdy nauczycieli akademickich miały na celu podniesienie kwalifikacji, opracowanie programu nowych kursów i planowanie dalszej wspólnej realizacji projektu.

3. Wyjazdy szkoleniowe studentów

Wyjazdy studentów i doktorantów z naszego Wydziału do uniwersytetów partnerskich mają trojaki cel: wyjazdy na studia, praktyki i udział w intensywnych kursach. Środki wydzielone na ten cel w ramach Mobility Grant wynosiły w roku akad. 1994/95 14 000 ECU, a w roku akad. 1995/96 - 25 500 ECU.

Tab. 1.

Partner	Wyjazdy		Przyjazdy	
	Liczba osób	Łączny czas pobytu (tygodnie)	Liczba osób	Łączny czas pobytu (tygodnie)
Uniwersytet w Bremie	8	23	8	15
Uniwersytet w Bradford	6	11	1	1
Uniwersytet w Oxford	2	2	1	1
INSA w Lyonie	4	7	1	1

Do uniwersytetu w Bradford na pełny jeden semestr studiów wyjechało 5 studentów (Kinga Tkacz, Jurand Mackiewicz, Michał Wojciechowski, Joanna Fiedorowicz, Irena Nadolska) i jedna doktorantka (Gracjana Klein). Z uniwersytetu w Bradford na miesięczną praktykę przyjechały do Gdańska 2 studentki (Salma Al-Herran i Ruslina Kadri).

Do INSA w Lyonie wyjechała na dwusemestralne studia studentka Magdalena Robaczewska, a wyjazd drugiej studentki na rok akademicki 1996/97 jest w przygotowaniu. Na 6-miesięczne szkolenie w Centre d'Etude du Polymorphisme Humain w Paryżu wyjechała studentka Urszula Ryniec. Ponadto w INSA w Lyonie 3-miesięczne studia odbyła doktorantka Sylwia Jafra.

Do uniwersytetu w Oxfordzie na 3-miesięczne studia wyjechała doktorantka Grażyna Kochan; w przygotowaniu na ten rok jest wyjazd następnych dwojga doktorantów (mgr Janusz Tucholski, mgr Anna Herman).

Do uniwersytetu w Bremie na 2-tygodniowy intensywny kurs chromatografii wyjechało 7 studentów (Dorota Charytoniuk, Dagmara Detlaff, Magdalena Gazda, Magdalena Laskowska, Marcin Szczypiński, Ewa Werner i Borys Wróbel).

Ponadto 4 studentów odbyło miesięczną praktykę wakacyjną w Wielkiej Brytanii (Katarzyna Ruckemann, Piotr Jagodziński, Wojciech Makarewicz) oraz w Niemczech (Janusz Tucholski, Małgorzata Kozak - 2 miesiące).

4. Utworzenie na Wydziale jednostki zajmującej się transferem technologii i kształceniem w zakresie biznesu

Przedsięwzięciem tym kieruje prof. dr Anna J. Podhajska. Przy udziale studentów została zorganizowana firma **BioService** jako modelowe przedsięwzięcie, pozwalające na praktyczne kształcenie studentów w różnych aspektach niezbędnych przy podejmowaniu działalności gospodarczej, jak np. planowanie, marketing, strategia rozwoju, badanie rynku, produkcja i księgowość.

W ramach tej działalności studenci (24 osoby) wytwarzają lub koordynują wytwarzanie pomocy dydaktycznych do nauczania chemii, fizyki i biologii. Przygotowali zestawienie ofertowe wraz z cennikiem obejmujące 60 produktów, z których połowa jest już w sprzedaży.

Ponadto zorganizowano dla studentów specjalistyczne kursy w zakresie:

1. Podstawy Biznesu w Biotechnologii (15 godzin).
2. Zaawansowany Kurs Biznesu w Biotechnologii I (15 godzin) - obejmujący prowadzenie projektów, wdrażanie innowacji technologicznych, promocję nowo powstałych firm (Promega, BioService).
3. Zaawansowany Kurs Biznesu w Biotechnologii II (30 godzin) - obejmuje: naukę krytycznego myślenia, zastosowanie statystyki w przewidywaniu efektów ekonomicznych, naukę negocjacji, planowanie i przeprowadzanie projektów polegających na tworzeniu nowych firm.

Zatrudnienie w ramach projektu:

Małgorzata Bienias, pracownik administracyjny, pełny etat od 2.01.1995 - nadal

Anna Maria Pożoga, technik, 1/2 etatu od 2.01.1995 do 31.10.1995.

Iwona Delegiewicz, pracownik administracyjny, 1/2 etatu od 1.12.1995 - nadal

Mark Huber, ekspert-doradca z USA, 1/2 etatu od 1.09.1995 - nadal

Zakupiony sprzęt:

zestaw komputerowy (2500 ECU)

książki i czasopisma (550 ECU).

5. Szkolenie studentów w zakresie nowoczesnych systemów komputerowej komunikacji i przetwarzania danych oraz unowocześnienie wyposażenia w tym zakresie

Realizatorem tego zadania jest mgr Krzysztof Bielawski we współpracy z mgr Krzysztofem Waleronem i Zdzisławem Kochanem. Utworzono dla studentów nowy, dwustopniowy kurs (2 x 30 godzin) na temat „ZASTOSOWANIE KOMPUTERÓW W BIOLOGII MOLEKULARNEJ". Cz. I. „Nauka obsługi komputera"; Cz. II. „Sieć i Internet w biologii molekularnej; oprogramowanie dla biologii molekularnej".

Dla potrzeb ćwiczeń ze studentami dokonano gruntownej modernizacji sześciu komputerów (1200 ECU) i wyposażono je w dodatkową, wysoce pojemną pamięć zewnętrzną (Zip-Drive).

Ponadto w ramach tego projektu zakupiono sprzęt sieciowy dla sieci wewnętrznej w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii UG, Katedrze i Zakładzie Biochemii AMG i w Katedrze Histologii i Immunologii AMG oraz rozbudowano okablowanie sieciowe i poszerzono pamięć serwera w budynku UG przy ul. Kładki 24 (wspólnie z Wydziałem BGiO UG). Zakupiono dwie kopie pakietu oprogramowania Vector NTI.

Zakupiony sprzęt:

2 zestawy komputerowe z drukarkami i czytnikami CD-ROM: wartość 4 900 ECU

Koncentrator HUB FMS-2 z inerfejsem: wartość 820 ECU

Dyski pamięci zewnętrznej (1400 ECU)

Zip-Drive (480 ECU)

Oprogramowanie VECTOR NTI 3.1 - 2 egz. (1600 ECU)

Dysk twardy do serwera przy ul. Kładki (2600 ECU).

6. Organizacja nowego kursu i wyposażenie laboratorium molekularnej biologii komórki

W ramach tej aktywności, którą kieruje dr Jacek Bigda, utworzono dla studentów od podstaw kurs „BIOLOGIA KOMÓREK EUKARIOTYCZNYCH I HODOWLA TKANEK". Docelowo kurs będzie trwał 60 godzin, w tym 20 godzin seminaria i 40 godzin laboratorium. W roku akad. 1994/95 rozpoczęto wdrażanie pierwszego modułu tego kursu pod nazwą „WPROWADZENIE DO HODOWLI TKANEK" w wymiarze 6 godz. seminarium i 16 godzin laboratorium.

Ze środków projektu wyposażane jest laboratorium dydaktyczne przeznaczone dla 12 studentów.

Dotąd zakupiono następujący sprzęt:

Zestaw komputerowy (2 260 ECU)

8-kanałowa pipeta automatyczna (600 ECU)

Inkubator z kontrolowanym przepływem CO2 (6 000 ECU)

Komora laminarna (3 400 ECU)

Mikser gradientu GM-1 (1 900 ECU)

Homogenizator „Poll" (1370 ECU)

Komora laminarna ASSAB SOS4 (5 000 ECU).

Książki (280 ECU) i czasopismo „CELL" (420 ECU).

Od dnia 1.09.1995 r. zatrudniono w ramach realizowanego projektu na pełnym etacie mgr Lucynę Krasińską.

7. Organizacja nowego kursu i wyposażenie laboratorium immunologicznego

W ramach tej aktywności kierowanej przez dr. hab. Jacka Witkowskiego utworzono dla studentów nowy kurs „BIOLOGIA FUNKCJONALNA LIMFOCYTÓW T", który docelowo będzie realizowany w wymiarze 60 godzin. Początkowo kurs ma charakter wykładowo-seminaryjny. W przyszłości planuje się rozszerzenie każdego z modułów kursu o część demonstracyjną i ćwiczeniowo-doświadczalną. Wprowadzono już do nauczania dwa moduły „BIOLOGIA CYKLU KOMÓRKOWEGO" i „BIOLOGIA BŁON KOMÓRKOWYCH" po 15 godzin każdy.

Organizowane laboratorium studenckie jest wspólne z laboratorium biologii molekularnej komórki.

Zakupiony sprzęt:
Mikroskop odwrócony Leica (6 350 ECU)
Książki (40 ECU).

8. Organizacja nowego kursu w zakresie medycznych aspektów metabolizmu związków purynowych i pirymidynowych

Przygotowano dla studentów i wdrożono w semestrze jesiennym roku akademickiego 1995/96 kurs „MEDYCZNE ASPEKTY METABOLIZMU PURYN I PIRYMIDYN" w formie wykładów i seminariów o łącznym wymiarze 50 godzin. Omawiany jest metabolizm i jego wrodzone zaburzenia oraz znaczenie pochodnych puryn i pirymidyn w mechanizmach regulacyjnych różnych komórek i organów, ze szczególnym uwzględnieniem serca oraz ich działanie jako leków przeciwnowotworowych, immunosupresyjnych i przeciwwirusowych. Koordynatorem kursu jest prof. Wiesław Makarewicz. Kurs jest otwarty także dla studentów i młodych pracowników naukowo-dydaktycznych Wydziału Lekarskiego.

Zakupiony sprzęt:
komputer 486DX (1500 ECU)
Stolik pod komputer (350 ECU)
książki (1500 ECU).

9. Opracowanie nowego *curriculum* nauczania podstaw chemii dla niechemików w oparciu o transdyscyplinarne podejście do nauczania

Inicjatywą tą kieruje prof. Bernd Jastorff z uniwersytetu w Bremie. Celem tego przedsięwzięcia jest opracowanie specjalnego podejścia do nauczania podstaw chemii dla studentów o zainteresowaniach biologicznych. W szczególności kładzie się nacisk na zrozumienie relacji między strukturą chemiczną a zachowaniem się cząsteczek związków chemicznych w układach biologicznych.

Na potrzeby tego kursu opracowano profesjonalny program komputerowy zawierający elementy modelowania molekularnego. W dniach 11-12 listopada 1995 r. przeprowadzono zajęcia seminaryjne dla studentów I roku Wydziału Biotechnologii (34 studentów) w wymiarze 16 godzin przez prof. B. Jastorffa i zespół jego asystentów i opracowano oraz wydano drukiem pomocnicze materiały dydaktyczne przeznaczone do tych zajęć. Dalsza część tego seminarium w wymiarze 3 godzin połączona z ewaluacją odbyła się dnia 1.04.1996 r.

Zakupiony sprzęt:
Specjalne oprogramowanie komputerowe (6 600 ECU)
Oprogramowanie komputerowe do modelowania molekularnego „Hyper Chem" (600 ECU).

10. Organizacja nowego kursu w zakresie nowoczesnej metodologii oceny cytotoksyczności leków

Pod kierunkiem prof. Juliana Świerczyńskiego zorganizowano kurs „NOWOCZESNE METODY BADAŃ CYTOTOKSYCZNOŚCI LEKÓW". Kurs prowadzony w semestrze jesiennym obejmuje 60 godzin zajęć, w tym 14 godzin wykładów i 46 godzin zajęć laboratoryjnych. W ramach kursu studenci zapoznają się m.in. z technikami hodowli komórek, metodami oceny cytotoksyczności leków i wysoko sprawną chromatografią cieczową. Na potrzeby zajęć dydaktycznych doposażone zostały laboratoria hodowli komórkowej i wysoko sprawnej chromatografii cieczowej.

Zakupiony sprzęt:
Diode array detector firmy Hewlett-Packard (14 500 ECU),
Komora do blottingu Biotech Fisher (600 ECU),
Inkubator do hybrydyzacji (2 500 ECU)
Zasilacz do elektroforezy (800 ECU)
Mieszadło magnetyczne (200 ECU)
Wibrator (300 ECU).

11. Organizacja nowego kursu i laboratorium dla badań molekularnych interakcji między roślinami a czynnikami patogennymi

Prof. Ewa Łojkowska kieruje przygotowaniem dla studentów nowego kursu „MOLEKULARNE ASPEKTY INTERAKCJI MIĘDZY TKANKAMI ROŚLINNYMI A PATOGENAMI". Kurs, który ma na celu praktyczne zapoznanie studentów z najważniejszymi technikami stosowanymi w nowoczesnej fitopatologii, udostępniony został dla studentów w semestrze wiosennym w roku akad. 1995/96 i obejmuje 40 godzin zajęć, w tym 10 godzin wykładów i 30 godzin zajęć laboratoryjnych. Na potrzeby dydaktyki studenckiej organizowane i wyposażane jest nowe laboratorium.

Zakupiony sprzęt:
Termocykler do PCR (3 000 ECU)
Lampy UV do fitotronu (1 100 ECU)
Zamrażarka do -80 C. (7 100 ECU)
Zestaw komputerowy z drukarką (2 600 ECU)
Komory laminarne POLON typ KL-21 - 2 szt. (4 500 ECU)
Książki (120 ECU)
Zatrudnienie: 1 pracownik naukowo-dydaktyczny na pełnym etacie od 2.01.1995 do 31.12.1995 (dr Barbara Żurek).

12. Organizacja kursu poświęconego transdukcji sygnałów w komórkach

Pod kierunkiem dr. Stanisława Żołnierowicza zorganizowano dla studentów w semestrze jesiennym roku akademickiego 1995/96 serię wykładów i seminariów (30 godzin) na temat „MECHANIZMY SYGNALIZACJI KOMÓRKOWEJ". Celem kursu jest przybliżenie studentom tej dynamicznie rozwijającej się dziedziny badań o potencjalnie ogromnym zastosowaniach praktycznych.

Zakupiony sprzęt:
Zestaw komputerowy z drukarką (3 000 ECU)
Aparat do elektroforezy żelowej (1 000 ECU).

W ramach projektu finansowane były także przyjazdy zapraszanych wykładowców z innych polskich uniwersytetów i instytutów naukowych, którzy wygłaszali dla naszych studentów wykłady w ramach przedmiotu „Podstawy Biotechnologii". Pewne środki zostały również wydatkowane na dofinansowanie kursów języków obcych dla naszych studentów.

Środki finansowe projektu pozwoliły także na wyposażenie dziekanatu Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii w kserokopiarkę CANON NP 1550 (2 000 ECU) i telefax PANASONIC UF-V60 (600 ECU).

Realizacja projektu wydaje się przebiegać pomyślnie i zgodnie z zamierzeniami. Dzięki niemu zorganizowano 11 nowych kursów adresowanych w pierwszym rzędzie do studentów biotechnologii, dostępnych także dla innych studentów i doktorantów. Kursy te wejdą na stałe do naszego *curriculum*. Gruntownie wyposażane w sprzęt są dwa laboratoria dydaktyczne, a dwa dalsze są uzupełniane i unowocześniane. Zakupiono szereg nowych książek i komputerów oraz rozbudowano sieć komputerową, a także zakupiono specjalistyczne oprogramowanie. Studenci i doktoranci uzyskali możliwość odbycia kilkumiesięcznych studiów i praktyk zagranicą, a wymiana nauczycieli akademickich służy podniesieniu ich kwalifikacji i przyczynia się do zacieśnienia istniejących kontaktów i nawiązywania nowych, które owocują także wspólnymi badaniami naukowymi.

Dzięki wsparciu finansowemu z grantu TEMPUS i sponsorowaniu przez firmy BECKMAN Instruments International S.A. oraz PROMEGA możliwe było zorganizowanie w roku 1995 z tak dużym rozmachem SZKOŁY LETNIEJ BIOTECHNOLOGII, która stała się integralną częścią naszego programu nauczania i zdobyła sobie dużą renomę w środowisku akademickim kraju.

prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
Dziekan Międzyuczelnianego
Wydziału Biotechnologii UG-AMG
Koordynator Projektu S-JEP 07191-94

O OSIĄGNIĘCIACH GDAŃSKIEJ STOMATOLOGII

PROFESOR DR HAB. JADWIGA PAWLAK

- Ukończyła Pani kierunek matematyczno-fizyczny gimnazjum zgierskiego wynosząc z nauki szkolnej zamiłowanie do nauk ścisłych oraz dobrą znajomość języka niemieckiego.

- W dużej mierze było to zasługą moich nauczycieli, którzy potrafili rozbudzić zainteresowanie wykładanym przedmiotem i wydobyć ukryte talenty.

- Wkrótce umiejętność swobodnego porozumiewania się w języku niemieckim miała się Pani bardzo przydać.

- Umożliwiła mi przetrwanie w czasie okupacji, kiedy ja i moje siostry musiałyśmy pracować u Niemców.

- Po wojnie znalazła się Pani w Koszalinie?

- Wyjechałam tam razem z mężem, który otrzymał w Koszalinie pracę. Pochłaniało mnie wówczas życie rodzinne, oczekiwałam narodzin pierwszego dziecka.

- Co spowodowało decyzję o podjęciu studiów stomatologicznych?

- Właściwie był to przypadek. Kiedy przenieśliśmy się do Gdańska, kilkakrotnie odwiedziłam leżącą w szpitalu moją chrześniaczkę i bardzo szybko doszłam do wniosku, że tam jest moje miejsce, że wśród dzieci chciałabym pracować.

- Studiowała Pani z pierwszym rocznikiem 1948-1952 Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Zajęcia odbywały się w podziemiach gmachu farmacji pozbawionego instalacji gazowej i elektrycznej oraz w „wypożyczonych" pomieszczeniach medycyny sądowej. Brakowało podręczników, sprzętu i programów nauczania.

- Jednak bardzo miło wspominam te lata. Byliśmy wszyscy pełni zapału. Odgruzowywaliśmy Gdańsk, pomagaliśmy w odbudowie uczelni. Tworzyliśmy jakby jedną rodzinę, byliśmy wszyscy jednakowo biedni i żądni wiedzy. O tym jak bardzo byliśmy ze sobą zżyci świadczy najlepiej przeszło 70% obecność na naszych zjazdach koleżeńskich. Taką obecność odnotowaliśmy w 1992 r. tj. w 40 lat od uzyskania dyplomu.

- Dyplom lekarza uzyskała Pani w 1952 roku?

- Od razu zostałam zatrudniona w uczelni. Profesor Ksenia Lutomska, kierująca wówczas Zakładem Stomatologii Zachowawczej zaproponowała mi etat u siebie. Była zwierzchniczką wymagającą, sprawiedliwą w ocenie i kompetentną. W tajniki zawodu wprowadzały mnie Jej asystentki - Danuta Konińska, Maria Chmielecka, Danuta Szczepańska.

- Niejako „po drodze" do stomatologii dziecięcej miała Pani inne specjalności?

- Już od roku 1953 stomatologia dziecięca była odrębnym przedmiotem, nieco później, bo w 1958 r. wydzielono choroby przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej - jednak obie te specjalności były organizacyjnie „przypisane" Zakładowi Stomatologii Zachowawczej. Bazą dydaktyczną Zakładu był i jest dotychczas Państwowy Szpital Kliniczny nr 1 wraz z utworzoną przy PSK Przychodnią Stomatologiczną z Poradniami Stomatologii Dziecięcej oraz Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej. W poradniach pracowali wszyscy lekarze zatrudnieni w Zakładzie. Tego rodzaju układ mobilizował i w pewnym sensie ułatwiał zdobycie kolejnych specjalizacji - ze stomatologii zachowawczej, parodontologii i stomatologii dziecięcej.

- Przy Zakładzie powstała pierwsza w kraju zwierzętarnia. W tym czasie zajmowała się Pani badaniem wpływu środowiska na stan przyzębia jak również profilaktyką i etiopatogenezą próchnicy zębów i chorób przyzębia. Oceniała Pani także stan narządów wewnętrznych i krew zwierząt doświadczalnych.

- Były to pierwsze badania krajowe przeprowadzane na taką skalę. Hodowałyśmy setki chomików złocistych i białych szczurów rasy Wistar. Prowadziłyśmy badania na kilku pokoleniach - wystarczy wspomnieć, że jedno doświadczenie wykonano na 150 chomikach. Rozpoczęłam od obserwacji wpływu pierwiastków śladowych, tj. fluoru, molibdenu i wanadu na próchnicę zębów u zwierząt doświadczalnych, a następnie wpływu witamin B_1, B_2, B_6, B_{12}, a także tetracykliny.

Następnie zainicjowałam badania nad wpływem niskich i wysokich stężeń fluoru podawanego w wodzie do picia na rozwijające się i dojrzałe przyzębie szczura (badania te kontynuuje dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska).

Dużo satysfakcji sprawiła mi współpraca naukowa z prof. Mironem Kałowskim, niekwestionowanym autorytetem mikrobiologii jamy ustnej w kraju i zagranicą (twórcą Zakładu Mikrobiologii Jamy Ustnej AM w Gdańsku - p. H.B.) dotycząca identyfikacji wyodrębnionych szczepów beztlenowców oraz badania ich wrażliwości na chemioterapeutyki.

- W sumie opublikowała Pani Profesor ponad 47 prac w recenzowanych czasopismach krajowych i zagranicznych. Które ocenia Pani najwyżej?

- Te, które zostały umieszczone w *Czasopiśmie Stomatologicznym*, np.: Ksenia Lutomska, Jadwiga Pawlak: „Molibden i jego działanie na próchnicę doświadczalną zwierząt". 1959, XII, 4; Ksenia Lutomska, Jadwiga Pawlak: „Wpływ skojarzonych pierwiastków śladowych na próchnicę doświadczalną zębów, krew i narządy wewnętrzne chomików". 1961, XIV, 717; Ksenia Lutomska, Jadwiga Pawlak, Karola Krzymańska-Konka: Wpływ witamin B_1, B_2, B_{12}, na próchnicę zębów zwierząt doświadczalnych". 1966, XIX, 2; Ksenia Lutomska, Jadwiga Pawlak, Krystyna Gruszczyńska: „Wpływ wanadu na zwierzęta doświadczalne". 1961, XIV, 89.

- Pani praca doktorska nosiła tytuł „Współzależność między niektórymi składnikami pożywienia a stanem uzębienia u dzieci i zwierząt doświadczalnych" (1966), a habilitacyjna „Próba oceny szkodliwości dwuchlorodwufenylotrójchloroetanu (DDT) dla błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia (1976). Wraz z uzyskiwaniem kolejnych stopni naukowych (Rada Państwa nadała Pani tytuł pro-

fesora w 1989 r.), rosło obciążenie obowiązkami dydaktycznymi, a przede wszystkim organizacyjnymi.

- Po przejściu na emeryturę prof. Kseni Lutomskiej przez trzy lata sprawowałam obowiązki kierownika Zakładu Stomatologii Zachowawczej, prowadząc trzy specjalności stomatologiczne - stomatologię zachowawczą, dziecięcą i parodontologię (1970-1973).

W roku 1973 powierzono mi kierownictwo nowo utworzonego Zakładu Stomatologii Dziecięcej. Kilka lat - jeszcze przed wyodrębnieniem samodzielnych Zakładów Stomatologii Dziecięcej, zwanych także Zakładami Stomatologii Wieku Rozwojowego - trwały prace nad stworzeniem programu dydaktycznego tej specjalności. Uczestniczyli w nich prof. prof.: Krystyna Badzian-Kobos (Łódź), Maria Barańska-Gachowska (Zabrze), Krystyna Fetkowska-Mielnik (Lublin), Katarzyna Grodzka (Warszawa), Zbigniew Jańczuk (Szczecin), Maria Szpringer-Nodzak (Warszawa), Lesław Wójciak (Poznań).

Od 1975 do 1978 roku byłam wicedyrektorem Instytutu Stomatologii Wydziału Lekarskiego, a od 1978 do 1981 roku kierownikiem Oddziału Stomatologii AM. W latach 1980-1982 Zakład uzyskał po modernizacji pięciofotelową salę kliniczną oraz jednofotelowy gabinet dla dzieci specjalnej troski.

- Zakład od kilkunastu lat opiekuje się dziećmi z porażeniem mózgowym.

- Dotychczasowy model opieki nad dziećmi specjalnej troski jest niewydolny. Ogranicza się głównie do pomocy doraźnej, tj. ekstrakcji zębów w znieczuleniu ogólnym oraz ewentualnego wykonania 2-3 wypełnień. Każdorazowo wymaga to współpracy chirurga, anestezjologa itd. Popróbowaliśmy, z bardzo dobrym skutkiem, leczenia dzieci z porażeniem mózgowym, wdrażany jest również program profilaktyki polegający na lakowaniu zębów, wielokrotnym instruowaniu opiekunów dziecka, a właściwie uczenia ich prawidłowego wykonywania zabiegów higienicznych oraz częstym kontrolowaniu wyników. Badania obejmujące 86 dzieci są obecnie tematem pracy doktorskiej. Sądzę, że jest konieczne organizowanie wydzielonych stanowisk do leczenia tych dzieci, jak również upowszechnienie opracowanego systemu profilaktyki.

- Zaledwie część działalności dydaktycznej Pani Profesor wiązała się z przygotowywaniem i prowadzeniem wykładów ze stomatologii dziecięcej i parodontologii. Była Pani również wielokrotnie opiekunem roku, Studenckiego Koła Naukowego, uczestniczyła Pani w obozach naukowo społecznych, udzielała niezliczonych konsultacji.

- Każdy i to nie tylko w moim Zakładzie wiedział, że może mnie poprosić o pomoc w rozwiązaniu jakiegoś naukowego problemu. Byłam promotorem dwóch prac doktorskich, recenzowałam 5 rozpraw doktorskich, pracę habilitacyjną, wniosek o nadanie tytułu profesora, podręcznik akademicki.

- Była Pani Profesor kierownikiem naukowym 45 kursów organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie dla 621 lekarzy.

- Dotyczyły one parodontologii i stomatologii dziecięcej i były przeznaczone dla lekarzy specjalizujących się w tym zakresie. Wielokrotnie prowadziłam zajęcia teoretyczne i praktyczne na tych kursach. Często byłam kierownikiem specjalizacji młodych lekarzy. Wspólnie z pracownikami zakładu zorganizowałam dwa sympozja naukowe w Gdańsku - sekcji stomatologii dziecięcej i sekcji parodontologii oraz sympozjum stomatologii dziecięcej w Elblągu.

- Uczestnictwo w konferencjach naukowych i zjazdach w kraju i za granicą wymagało przygotowywania plakatów i referatów.

- Brałam czynny udział w każdym zjeździe naukowym organizowanym w kraju. Wyjazdy na Zachód w okresie mojej aktywności naukowej, były dla mnie nieosiągalne.

Ważne były konferencje organizowane na terenie b. NRD w miastach Görlitz, Genrode, Gera, Cottbus, Neubrandenburg, Usedom, Rostock, Berlin; Rumunii w Bukareszcie i na Węgrzech w Budapeszcie - na których wygłosiłam referaty. Konferencje te stwarzały możliwość wymiany doświadczeń, zapoznania się z metodyką i wynikami nowych badań, nawiązania cennych kontaktów. Charakteryzował je niezmiennie wysoki poziom przygotowywanych referatów oraz realizowanie celów naukowych, a nie, jak to się teraz zdarza, komercyjnych.

- Przez 14 lat była Pani Profesor specjalistą ds. stomatologii w województwie słupskim.

- Była to właściwie praca społeczna, szalenie absorbująca lecz dająca dużo satysfakcji. Doskonale układała mi się współpraca z lekarzami województwa, wiele ważnych dla stomatologii spraw udało się załatwić.

- Jest Pani członkiem PTS od roku 1953.

- Towarzystwo przyznało mi Złotą Honorową Odznakę oraz członkostwo honorowe. Byłam przewodniczącą Komisji Rewizyjnej Gdańskiego Oddziału PTS, wiceprzewodniczącą Zarządu Oddziału. Pracowałam również w zarządach sekcji ogólnopolskich stomatologii dziecięcej, paradontologii, stomatologii zachowawczej. Jestem także członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej oraz sekcji polskiej Akademii Pierre'a Fauchard.

- W latach 1974-1988 była Pani również redaktorem „Gdańskiego Biuletynu Stomatologicznego", a potem „Gdańskiej Stomatologii".

Za wieloletnią pracę naukowo-dydaktyczną została Pani Profesor wyróżniona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia", Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Medalami Pamiątkowymi Akademii, medalem „Zasłużonemu dla województwa słupskiego" jak również 14 nagrodami rektorskimi.

Rozmawiała Hanna Bagińska

przedruk z *Magazynu Stomatologicznego* 1996 nr 3

Polskie Towarzystwo Immunologiczne Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenia naukowo-szkoleniowe
do Biblioteki Kliniki Dermatologicznej (bud. nr 26)

- w dniu 23 kwietnia o godz. 8.30. W programie:
1. *Reakcja PCT oraz jej podstawowe zastosowanie w diagnostyce medycznej* - dr hab. R. Pawłowski
2. *Oznaczanie antygenów HLA klasy II metodą analizy DNA* - dr n. przyr. B. Zamorska

- w dniu 30 kwietnia o godz. 8.30. W programie:
1. *Rola cytokin prozapalnych w regulacji aktywności komórek NK w aspekcie gerantologicznym* - lek. med. E. Bryl
2. *Ocena subpopulacji limfocytów u chorych poddanych radioterapii* - lek. med. T. Chodnik

Leon Birn

Wspomnienia studenta pierwszego rocznika Akademii Lekarskiej w Gdańsku (II)

Jak podałem w poprzednim wspomnieniu, zacząłem pracować zawodowo w 1950 roku, przed uzyskaniem dyplomu, jako zastępca asystenta na Oddziale Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej ALG.

Na tymże oddziale prowadzonym przez doc. Alojzego Maciejewskiego pracowało grono znanych i bardzo zasłużonych lekarzy: dr Bittel-Dobrzyńska, która przeszła później do Kliniki Chorób Dzieci, dr Stanisław Sokół, późniejszy profesor, kierownik Oddziału Kardiochirurgii Dziecięcej w II Klinice Chirurgicznej prowadzonej przez prof. Kazimierza Dębickiego, dr Salomea Sujkowska, która następnie stała się radiologiem i wyjechała do Grudziądza, dr Borys Pietrow powołany do służby wojskowej w Klinice Chirurgii Polowej WAM w Warszawie, współpracujący z Kliniką Ortopedyczną prowadzoną przez znakomitego ortopedę profesora Adama Grucę, dr Antoni Bielecki wcielony do wojska w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Marynarki Wojennej w Oliwie, zmarły tragicznie w sile wieku, porażony przez piorun.

Na miejsce wcielonych do służby wojskowej zgłosili się do pracy: student Ryszard Znamirowski, który awansował do stanowiska adiunkta Kliniki Chirurgii Dziecięcej prowadzonej przez prof. Romualda Sztabę, dr Walerian Kozłowski, po uzyskaniu specjalizacji długoletni dyrektor Sanatorium Gruźlicy Kostno-Stawowej w Kamiennej Górze, dr Antoni Hlavaty stopniowo awansujący w hierarchii naukowej do stopnia profesora zwyczajnego, w latach 1967-1990 kierownik Katedry i Kliniki Ortopedii AMG, dr Marian Teleszyński długoletni adiunkt Kliniki Ortopedycznej AMG, a od roku 1961 ordynator Oddz. Urazowo-Ortopedycznego Szpitala Miejskiego w Gdyni, gdzie uzyskał stopień docenta, dr Edward Słodkowski późniejszy ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala Miejskiego w Elblągu oraz dr Józef Walencik powołany do służby wojskowej w Warszawie, dr Jan Orlicki najstarszy wiekiem, długoletni adiunkt oddziału, przeszedł do pracy w lecznictwie otwartym.

Wyżej wymienieni stanowili zgrany pod każdym względem solidarny zespół lekarski odznaczający się ogromnym zaangażowaniem i pracowitością. Baza lokalowa była nieodpowiednia, klinika mieściła się w bardzo ciasnym parterowym budynku nr 17, obecnie należącym do Kliniki Laryngologicznej. Oddział pełnił codziennie ostre dyżury w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej oraz przyjmował chorych z następującymi schorzeniami ortopedycznymi: wady wrodzone i statyczne narządów ruchu, liczne powikłania po świeżo przebytej ogromnej epidemii choroby Heinego-Medina, niedowłady wiotkie i spastyczne, nowotwory, gruźlica kostno-stawowa wówczas bardzo rozpowszechniona i powodująca olbrzymią śmiertelność dzieci, do czasu kiedy to otrzymano pierwszy transport streptomycyny.

Warunki pracy były bardzo trudne nie tylko z uwagi na niewystarczającą ilość łóżek w stosunku do potrzeb chorych, ale prymitywne, przestarzałe urządzenia oddziału, a szczególnie sali operacyjnej. Narzędzia, którymi wówczas dysponowaliśmy, pochodziły z okresu międzywojennego, a metody ręcznego sterowania w znacznej mierze zależały od umiejętności i zręczności operującego chirurga. Nie było żadnych udogodnień technicznych poruszanych prądem elektrycznym, uruchamiających narzędzia operacyjne ani aparatów służących do znieczulania. Podstawowym środkiem anestezjologicznym był eter. Wbrew ogólnej opinii, kliniczny oddział nie był najstarszą i jedyną tego typu placówką w Trójmieście. Właśnie w tym miejscu należy przypomnieć zasługi **założyciela pionierskiego ośrodka ortopedycznego w nowo wybudowanym szpitalu miejskim w Gdyni w 1936 roku - dr. nauk medycznych Henryka Cetkowskiego, którego życiorys był urozmaicony.**

Syn ziemi poznańskiej, urodzony 3.11.1883 r., wykształcenie średnie uzyskał w stolicy Wielkopolski, następnie studiował medycynę we Wrocławiu, Królewcu i Monachium, ale dyplom otrzymał w 1913 roku w Gissen, gdzie zaczął pracować na oddziale chirurgicznym. Specjalizację w ortopedii podjął w słynnej wówczas w Europie klinice prof. E. Langego, ale po upływie pół roku przeniósł się do Zakładu im. Gąsiorowskich w Poznaniu, kierowanym przez twórcę polskiej ortopedii prof. Ireneusza Wierzejewskiego. Wspaniała osobowość Wierzejewskiego, a zarazem jego energiczna i skuteczna działalność w tworzeniu ortopedii leżały u podstaw współpracy i serdecznej przyjaźni obu ortopedów.

Dr Cetkowski był jednym z głównych założycieli (obok prof. Wierzejewskiego) powstałego w 1928 roku Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, którego głównym celem było i jest nadal przywracanie do życia w normalnych warunkach ludzi niepełnosprawnych i inwalidów. Po śmierci swego wielkiego mistrza i przyjaciela w 1930 r., nadal pracował w poznańskiej klinice kontynuując dzieło rozpoczęte przez prof. Wierzejewskiego. W 1936 roku dr Cetkowski zachęcony propozycją utworzenia oddziału ortopedycznego w dynamicznie rozwi-

jającej się Gdyni objął stanowisko ordynatora w Szpitalu Sióstr Miłosierdzia pod wezwaniem św. Wincentego a Paulo. Od tego czasu już do końca swego życia złączył ściśle swoje losy z dobrymi i tragicznymi dziejami tego szpitala.

Dzięki twórczej inwencji i ogromnej pracowitości dr. Cetkowskiego jego oddział po kilku latach został zaliczony do jednego z najlepiej pracujących zakładów ortopedycznych w kraju. W pierwszych dniach września 1939 roku w randze podpułkownika został mianowany komendantem wojennego szpitala przekształconego z Zakładu Sióstr Miłosierdzia. Po zajęciu Gdyni przez Niemców komendant Szpitala wykazał ogromne opanowanie przystępując z typową jemu energią do zorganizowania możliwie największej pomocy rannym żołnierzom i ludności cywilnej. Nie uniknął aresztowania, ale po kilku tygodniach został zwolniony z więzienia. Po wyjściu na wolność wspólnie z przyjaciółmi utworzył Służbę Obywatelską, jedyną legalnie działającą polską organizację na terenie Gdyni. Pozwolenie na założenie tego stowarzyszenia zawdzięczał komendantowi Schutzpolizei w Gdyni płk. Heinzowi Griebowi, koledze z lat studenckich w Monachium. Ta dobroczynna działalność trwała do maja 1940 roku, gdy na podstawie list Gestapo aresztowano wszystkich członków Służby Obywatelskiej, wraz z dr. Cetkowskim i jego żoną Elżbietą.

Zwolniony z więzienia w końcu 1940 roku, został deportowany do Generalnej Guberni. Początkowo pracował jako lekarz rejonowy, a po tragicznej śmierci prof. Raszei w warszawskim getcie w 1942 r. objął funkcję ordynatora oddziału ortopedycznego Szpitala PCK przy ulicy Smolnej, w którym działał aż do ostatnich dni walczącej Warszawy. Po upadku powstania ewakuował się wraz z rannymi do Milanówka, a następnie do Szpitala PCK w Krakowie.

Po oswobodzeniu kraju od wojsk niemieckich jako jeden z pierwszych wrócił do Gdyni, by reaktywować swój dawny oddział ortopedyczny, pełniąc jednocześnie funkcję dyrektora szpitala w początkowym okresie odbudowy. Obok działalności usługowo-lekarskiej dr Cetkowski zajmował się pracą naukowo-kliniczną, opublikował drukiem 11 prac oraz wygłosił szereg referatów na zjazdach. W bardzo trudnych powojennych warunkach zorganizował w lipcu 1946 roku, w zniszczonym Gdańsku siódmy z kolei, a pierwszy po przerwie wojennej, Ogólnopolski Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Podczas zjazdu dr Cetkowski wygłosił kilka referatów dotyczących mało znanego wówczas w Polsce zagadnienia - leczenia złamań metodą zespalania śródszpikowego gwoździem Küntschera.

Dr Cetkowski należał do pionierów nowoczesnej chirurgii urazowej. W tym czasie zaczęto posługiwać się kryptoskopem (mały ekran umiejscowiony na krótkiej drewnianej rączce trzymanej przez lekarza), który dosyć często był stosowany przez dr. Cetkowskiego podczas nastawiania złamań i zwichnięć. Wymieniona metoda była również stosowana na oddziale klinicznym, niejednokrotnie używałem kryptoskopu, nie zdając sobie sprawy z grożącego niebezpieczeństwa. Podobnie dr Cetkowski narażał swoje zdrowie i w efekcie doznał popromiennych uszkodzeń obu rąk. To powikłanie w znaczny sposób utrudniało przygotowanie do operacji, ale niezrażony tym dr Cetkowski pełnił nadal funkcję ordynatora do końca lipca 1954 roku.

Do ostatnich dni życia interesował się sprawami oddziału, zmarł w dniu 27 czerwca 1955 r. Śmierć jego najboleśniej przeżyli bardzo liczni chorzy, o których zdrowie zabiegał przez 20 lat swej pracy na terenie Gdyni.

Podczas prób poszukiwania osób pamiętających dr. Cetkowskiego udało mi się odnaleźć dwie zakonnice ze zgromadzenia sióstr Miłosierdzia w Gdyni, które pełniły funkcję pielęgniarek w okresie międzywojennym i powojennym w szpitalu. Obie rozmówczynie doskonale pamiętają dr. Cetkowskiego jako wyjątkowo życzliwego, bardzo skromnego, komunikatywnego człowieka. Był świetnym lekarzem, sprawnym chirurgiem, doskonałym organizatorem, szanowanym przez przełożonych, lubianym przez współpracowników i podwładnych, a uwielbianym przez chorych.

Osobiście poznałem dr. Cetkowskiego na Oddziale Chirurgii Dziecięcej AMG, gdy odwiedził mego przełożonego doc. A. Maciejewskiego. Nie mam prawa oceniać osobowości dr. Cetkowskiego, gdyż zamieniłem z nim zaledwie kilka zdań, ale mogę jedynie stwierdzić, że ogromne wrażenie wywarły na mnie jego ręce pozbawione naskórka, o bardzo zcieńczałych palcach koloru sinawo-różowego i obniżonej ciepłocie skóry. Dr Cetkowski niechętnie zdejmował rękawiczki z dwóch powodów, lęku przed oziębieniem i nieestetycznego wyglądu.

W końcu lat sześćdziesiątych w jednym z miast wojewódzkich Polski południowo-wschodniej spotykałem się dosyć często z innym chirurgiem-ortopedą, również ofiarą negatywnego działania promieni rtg. Ręce tego kolegi, wówczas w wieku około 55 lat przedstawiały zupełnie inny obraz. Palce również były zcieńczałe, a połowę ich powierzchni pokrywała lepka wydzielina, koloru szaro-różowego, bez zapachu. Przedstawiało to odrażający widok. Wielokrotne badania bakteriologiczne wykazywały zróżnicowaną florę bakteryjną. Nieszczęsny ortopeda był zmuszony do opuszczenia stanowiska ordynatora oddziału.

Z upływem lat szkodliwe działanie promieni rtg zostało ograniczone i takie wypadki uszkodzeń się nie powtarzały.

❑

System kształcenia podyplomowego

Tematy audycji nadawanych w okresie luty 1996 - kwiecień 1996

27.02 Update on clinical implications of lipid lowering studies
5.03 Identification of the osteoporosis patient
12.03 Diagnosis and treatment of heart failure new insights
19.03 Update on Kaposi's sarcoma
26.03 The Information Superhighway: facilitating the task of doctors?
16.04 The management of progressive renal disease

Wszyscy zainteresowani audycjami proszeni są o zgłaszanie się w dniach transmisji do ministudia (za salą wykładową im. Hillera).Bliższe informacje u mgr. B. Łopatowskiego z Katedry i Zakładu Fizyki i Biofizyki, tel. wew. 10-80.

UCZELNIA PÓŁ WIEKU TEMU

prof. dr hab. Zbigniew Onisk
dr med. Witold Jankowski

Pierwsi lekarze - wychowankowie ALG i ich osiągnięcia zawodowe

Po udzieleniu absolutorium pierwszym w historii ALG słuchaczom V roku Wydziału Lekarskiego w 1948 r., dziekan prof. Tadeusz Pawlas zaprosił wszystkich do siebie i urządził bardzo miłe przyjęcie. Były ciastka, słodycze, owoce i wino, a przede wszystkim doskonały nastrój i dużo wspomnień z okresu studiów. Pan dziekan przewodził spotkaniu z właściwym sobie humorem i serdecznością. Były też wystąpienia pełne dobrych życzeń na przyszłość, pomyślnego zdawania egzaminów i podziękowań dla Uczelni i jej profesorów.

W przyjęciu brał również udział prof. Kornel Michejda, jeden z ulubieńców młodzieży akademickiej. Wygłosił on piękne przemówienie, które zawierało elementy pożegnania, ponieważ profesor szykował się do wyjazdu do Krakowa, gdzie miał objąć kierownictwo Katedry i Kliniki Chirurgii, a w późniejszym okresie stanowisko rektora Akademii Medycznej. Spotkanie zakończyło się odśpiewaniem *Gaudeamus igitur* - radujmy się więc.

Rozpoczął się okres zdawania egzaminów dyplomowych. W ciągu pierwszych miesięcy po absolutorium zaliczanie poszczególnych przedmiotów odbywało się sprawnie, a zapał był duży. W owym czasie żadne przepisy nie normowały kolejności ani terminów zdawania egzaminów. Sprawy te ustalano bezpośrednio z egzaminatorami. Dało się zauważyć, że profesorowie, którzy mieli kilkuletnią przerwę w egzaminowaniu, byli żądni kontaktów z młodzieżą, a w niektórych klinikach egzamin przybierał charakter szczególnego wydarzenia. Egzaminatorzy odnosili się do absolwentów z dużą życzliwością. Ponieważ jednak dotyczyły niewielkiej grupy osób i odbywały się z wielodniowymi przerwami, trwały przeważnie długo i obejmowały znaczny obszar materiału klinicznego. Na przykład internę i chirurgię zdawało się po 4-5 godzin. Tak zwanych „koników" profesorskich było niewiele, jedynie prof. J. Iwaszkiewicz za wywołanie u chorego odruchu kaszlowego podczas badania *rhinoscopia posterior* stawiał ocenę niedostateczną, a prof. W. Jakimowicz kończył rozmowę z niezbyt przygotowanym studentem zadając pytania z anatomii funkcjonalnej. Wiadomo, że po V roku studiów pamięć o anatomii jest już raczej niewielka.

Prof. Tadeusz Pawlas, dziekan Wydziału Lekarskiego ALG, w karykaturze „Jotesa"

Koledzy, którzy mieli zaległe egzaminy z dawnych lat z patologii i farmakologii, musieli jeździć do Łodzi do prof. F. Venuleta i do Poznania do prof. S. Schilling-Siengalewicza. W tym czasie w ALG nie było profesorów z wymienionych przedmiotów. Prof. F. Venulet tępił palaczy papierosów i ślady zapachu dymu u zdającego egzamin oznaczały ocenę niedostateczną, natomiast prof. S. Siengalewicz był wrażliwy na nieprawidłowości w pisowni jego nazwiska i jeśli stwierdził w protokole egzaminacyjnym błąd, wpisywał ocenę niedostateczną bez zadawania dalszych pytań.

Jakkolwiek wyrozumiałość profesorów podczas egzaminów była znaczna, to jednak w sprawach zasadniczych byli nieustępliwi. Brali pod uwagę brak podręczników i trudności bytowe studentów, niemniej dbałość o poziom wykształcenia i zasób posiadanej wiedzy był bezwzględnie przestrzegany.

Pierwszy dyplom lekarza w ALG otrzymała Magdalena Kamińska-Sokołowska w dniu 12.05.1949 r. Zaraz po tym zaczęto wręczać następne. Zaistniały jednak okoliczności, które ostudziły zapał do szybkiego uzyskiwania dyplomów. Stało się to na skutek wprowadzenia przydziałów pracy poza Gdańskiem oraz powoływania lekarzy bezterminowo do zawodowej służby wojskowej. Biorąc powyższe fakty pod uwagę część absolwentów pozostawiała jeden nie zdany egzamin i czekała na dalszy rozwój sytuacji. Ukazało się wówczas zarządzenie wyznaczające termin ostatecznego rozliczenia się z egzaminami do końca 1950 r. Osobom, które nie wywiążą się z tego obowiązku zagrożono wydaniem dyplomów felczerskich. Dlatego właśnie znaczna liczba naszych dyplomów nosi daty z grudnia 1950 r. Łącznie w wyznaczonym terminie dyplom lekarza uzyskało 36 osób. Trzy osoby wyjechały zaraz po absolutorium do Łodzi i dyplomy otrzymały w tamtejszej akademii, dwie osoby zadowoliły się dyplomem felczera, a trzy osoby uzyskały dyplomy lekarzy w latach późniejszych.

W miarę jak zaostrzała się sytuacja w polityce międzynarodowej, wzrastało zainteresowanie UB naszymi życiorysami. Należeliśmy bowiem, z małymi wyjątkami, do pokolenia akowskiego i stanowiliśmy interesujący teren do penetracji przez służby specjalne. To zainteresowanie zaowocowało głównie nakazami opuszczenia Gdańska. Ze względów politycznych wydalono z miasta kilka osób, w tym dobrze znanego na terenie ALG dr. med. Mieczysława Petelskiego.

Studia medyczne rozpoczął on jako podchorąży w CWSan w Warszawie. W kampanii wrześniowej 1939 r. dostał się do niewoli sowieckiej. Uratował życie przebierając się w mundur szeregowca. W listopadzie 1939 r. został zwolniony z obozu jeńców i powrócił do kraju. Niezwłocznie podjął działalność konspiracyjną w ZWZ i AK. Po przejściu działań wojennych przez tereny wschodnie wznowił naukę w Katedrze Medycyny Wojskowej przy UMCS w Lublinie, a w 1946 r. przeniósł się do ALG. W 1952 r. przypomniał sobie o nim Urząd Bezpieczeństwa. Przedstawiono mu dowo-

dy wskazujące, że dokładnie jest im znana jego przeszłość konspiracyjna. Otrzymał wówczas jednoznaczną propozycję: albo współpraca, albo wysiedlenie poza Gdańsk. Ponieważ zgody na współpracę nie wyraził, otrzymał nakaz niezwłocznego opuszczenia Gdańska. Z konieczności zamieszkał w Świeciu n/Wisłą i podjął tam pracę w szpitalu psychiatrycznym. Próby powrotu do AMG w latach późniejszych zawsze napotykały na sprzeciw UB.

Z niewielkiej grupy pierwszych lekarzy ALG część znalazła zatrudnienie w klinikach Uczelni, gdzie doskonaliła się zawodowo w różnych specjalnościach. Najwięcej z nich pracowało na internie, dermatologii, ortopedii i pediatrii. Pozostali rozpoczynali pracę w różnych zakładach służby zdrowia na terenie Gdańska lub z nakazu poza Gdańskiem. Były też powołania do zawodowej służby wojskowej.

Ciekawą, pełną przygód drogę lekarza obrał sobie dr Janusz Michejda, syn prof. Kornela Michejdy. Po uzyskaniu specjalizacji z zakresu chirurgii i urologii w III Klinice Chirurgicznej wyjechał w 1961 r. do Kongo jako lekarz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Przez 4 lata pracował w Conquilhatville na równiku. W tym czasie sprowadził z Polski rodzinę. W 1964 r. został mianowany dyrektorem (Team Leader) programu WHO w Dahomeyu (obecnie Benin) i doradcą tamtejszego ministra zdrowia. W 1970 r., po rozwiązaniu kontraktu z WHO, pozostał w Afryce i przeniósł się do Zairu. Tu pracował w wielkiej międzynarodowej Unii Zever jako dyrektor szpitali należących do tej firmy. Na przykład w Lusandze prowadził szpital 400-łóżkowy mając do pomocy jedynie swoją żonę Barbarę (lekarka, absolwentka AMG). Zakres udzielanej pomocy medycznej był szeroki i obejmował różne specjalności. Przeważały choroby zakaźne, tropikalne, gruźlica i znaczna liczba złożonych przypadków położniczo-ginekologicznych. Taka jest bowiem specyfika pracy lekarza w Afryce. W 1980 r. dr Janusz Michejda przeszedł na emeryturę, ale jeszcze przez kilka lat pracował w Maroku. Następnie wyjechał do Kanady i obecnie mieszka w górach Laurentydach nad jeziorem wśród kanadyjskich lasów w prowincji Quebec.

Dr Janusz Michejda z żoną Barbarą i dziećmi Kasią i Piotrem. Afryka, 1964 r., Boże Narodzenie

Różne więc były losy pierwszych lekarzy, absolwentów ALG, zarówno w okresie wojny jak i po wojnie. Niejednokrotnie ocierali się o śmierć, ale konsekwentnie realizowali swój zasadniczy plan życiowy - być lekarzem.

Dziś wszyscy są już emerytami, a część nie żyje. Można więc przystąpić do podsumowania ich działalności lekarskiej.

Przede wszystkim wpisali się we wczesną historię ALG i wydaje się, że zasłużyli na przedłużenie pamięci o nich. Poza tym, ich działalność zawodowa przypadła na trudny okres odbudowy zniszczonej wojną służby zdrowia, kiedy potrzeby usługowe i organizacyjne były szczególnie duże. Postanowiliśmy przypomnieć w dużym skrócie ich ważniejsze osiągnięcia zawodowe i czynimy to w kolejności, w jakiej otrzymywali dyplomy lekarzy.

1. Magdalena Kamińska-Sokołowska, specjalista w zakresie higieny pracy i socjologii medycyny; dr med. 1950, dr hab. 1966, prof. 1979; pracowała w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN, autorka pierwszego w Polsce podręcznika socjologii medycyny. Zmarła 21.04.1989 r.

2. Jerzy Krupiński, major UB; dr med. 1951; pracownik Katedry Organizacji Ochrony Zdrowia AM w Warszawie, pod koniec lat pięćdziesiątych wyjechał do Izraela.

3. Mieczysław Petelski, specjalista psychiatra; dr med. 1951; asystent w Klinice Chorób Psychicznych ALG, od 1952 r. lekarz w Szpitalu Psychiatrycznym w Świeciu n/Wisłą, a od 1957 r. dyrektor tego szpitala.

4. Bogdan Macheta, torakochirurg, pracował w Bydgoszczy.

5. Walery Kozłowski, specjalista chirurgii i ortopedii dziecięcej oraz organizacji ochrony zdrowia; asystent w Klinice Ortopedii ALG, od 1953 r. ordynator oddziału w Sanatorium Gruźlicy Kostno-Stawowej w Kamiennej Górze, a od 1956 r. dyrektor tego sanatorium.

6. Irena Semadeni-Konopacka, lekarz stomatolog, od 1945 r. kierownik Kliniki Stomatologicznej ALG, dyplom lekarza w 1949 r., dr med. 1950 r., dr hab. 1955, prof. 1961; od 1950 r. kierownik Kliniki Chirurgii Stomatologicznej w PAM w Szczecinie. Zmarła 8.04.1984 r.

7. Stefan Olszowiec, specjalista chorób wewnętrznych, asystent w III Klinice Chorób Wewnętrznych ALG, w 1952 r. powołany do zawodowej służby wojskowej, od 1959 r. ordynator w szpitalu powiatowym w Staszowie woj. tarnobrzeskie.

8. Stanisława Małecka-Dymnicka, kardiolog dziecięcy, specjalista chorób wewnętrznych oraz dziecięcych, specjalista kardiologii ogólnej. Odbyła staże naukowe w Londynie, Sztokholmie i San Francisco; dr med. 1961, dr hab. 1968, prof. 1979, prof. zw. 1986. Życie zawodowe związała z AMG, przebyła kolejno wszystkie etapy rozwoju naukowego od mł. asystenta do prof. zw. Od 1971 r. kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej AMG.

9. Mieczysław Juchniewicz, ftyzjatra, specjalista chorób płuc i organizacji ochrony zdrowia; dr med. 1951, dr hab. 1964. Życie zawodowe poświęcił walce z gruźlicą. Asystent w Klinice Gruźlicy Płuc ALG, od 1953 r. w Min. Zdrowia naczelnik Wydziału Walki z

Gruźlicą w Warszawie, od 1959 r. dyrektor Departamentu Współpracy z Zagranicą, od 1962 r. dyrektor Instytutu Gruźlicy w Warszawie, w latach 1961-64 członek Kom. Wykonawcz. WHO, 1962-1972 ekspert ds. gruźlicy, od 1967 r. doc. w Zakładzie Epidem. i Org. Zwalcz. Gruźlicy. Zmarł 7.01.1989 r.

10. Anna Tymińska-Petelska, specjalista radiolog, dr med. 1951. Wysiedlona z Gdańska, pracowała w Szpitalu Psychiatrycznym w Świeciu n/Wisłą, gdzie kierowała Pracownią Radiologiczną.

11. Stefan Meyer, specjalista patomorfolog, asystent w Katedrze Patomorfologii w ALG. W 1950 r. powołany do zawodowej służby wojskowej, od 1954 r. kierownik Zakładu Anatomii Patolologicznej w Szpitalu Mar. Woj. w Oliwie; dr med. 1965. Zmarł 26.02.1972 r.

12. Antoni Szeliga-Szafrański, specjalista chirurg, od 1966 r. ordynator w szpitalu powiatowym w Piszu. Zmarł 30.11.1987 r.

13. Ryszard Niklewicz, specjalista ginekolog; w 1965 r. wyjechał do Anglii na pobyt stały.

14. Witold Jankowski, specjalista dermatolog i wenerolog; asystent w Klinice Chorób Skóry ALG. W 1951 r. powołany do zawodowej służby wojskowej, został ordynatorem Oddziału Dermatologicznego w Szpitalu Mar. Woj. w Oliwie; dr med. 1968.

15. Antonina Dziewicka, specjalista chorób dzieci, asystent w II Klinice Chorób Dzieci ALG, następnie pracowała w różnych zakładach służby zdrowia na terenie Warszawy i Gdańska; dr med. 1963. Zmarła 31.05.1988 r.

16. Helena Perkowska, specjalista chorób dzieci, od 1955 r. kierownik oddziału noworodków i wcześniaków w Klinice Położnictwa AM w Białymstoku, od 1960 r. kierownik Ośrodka Zdrowia w Dobrzyniewie.

17. Jadwiga Tomaszewska-Kuraś, specjalista I^0 z medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, pracowała na terenie Zakopanego. Zmarła 8.07.1988 r. w Warszawie.

18. Zofia Moszczyńska, specjalista chorób wewnętrznych, asystent w Zakładzie Chemii Fizjologicznej ALG, następnie w III Klinice Chorób Wewnętrznych AMG; dr med. 1952. Następnie praca zawodowa w klinikach chorób wewnętrznych AM w Białymstoku.

19. Janusz Michejda, specjalista chirurg i urolog. Od 1961 r. zajmował różne odpowiedzialne stanowiska na terenie Afryki.

20. Aleksander Golenda, dr med. 1951 w Zakładzie Anatomii Prawidłowej ALG; pracował w różnych zakładach służby zdrowia na terenie Warszawy i Otwocka. Zmarł 26.11.1983 r.

21. Eugeniusz Szańczuk-Jackiewicz, specjalista I^0 z chirurgii, związany zawodowo z Pogotowiem Ratunkowym w Gdańsku. Zmarł 9.02.1979 r.

22. Tadeusz Brzeziński, specjalista chorób wewnętrznych; pracował w Szczawnicy i w Krakowie. Zmarł 3.01.1990 r.

23. Wojciech Pawłowski, specjalista chorób wewnętrznych, autochton, pracował w Iłży woj. radomskie. W 1988 r. wyjechał do Niemiec na pobyt stały i tam zmienił nazwisko na „Paulshoff". Zmarł 25.04.1993 r.

24. Lech Świątecki, specjalista z zakresu ginekologii i położnictwa oraz organizacji ochrony zdrowia. Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Białymstoku, dyrektor Szpitala Powiatowego w Ełku oraz dyrektor ZOZ-u w Lubinie. Żołnierz AK, uczestnik powstania warszawskiego. Zmarł nagle 17.12.1979 r. w Lubinie.

25. Jerzy Kozakiewicz, specjalista dermatolog i wenerolog; swoje życie zawodowe związał z Kliniką Dermatologiczną AMG; dr med. 1952, dr hab. 1961, prof. 1975. W latach 1964-1968 prodziekan Wydz. Lek. AMG, w r. akad. 1981/82 pełnił obowiązki kierownika Kliniki Dermatologicznej AMG.
[zm. 14.03.1996 r. - przyp. red.]

26. Janina Piotrowska, specjalista chorób wewnętrznych, dr med. 1951, adiunkt w III Klinice Chorób Wewnętrznych AMG. Zmarła 31.08.1984 r.

27. Eustazja Renkielska, specjalista chorób dzieci, st. asystent w Klinice Chorób Dzieci AMG. Zmarła 10.12.1962 r.

28. Zbigniew Onisk, specjalista dermatolog i wenerolog, specjalista epidemiolog oraz oświaty sanitarnej; dr med. 1952, dr hab. 1967, prof. 1978. Do 1953 r. asystent w Klinice Dermatologicznej AMG, powołany do zawodowej służby wojskowej został ordynatorem w Szpitalu Wojskowym w Grudziądzu, a od 1959 r. przeniesiony na stanowisko adiunkta w Klinice Dermatologicznej Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Docent 1959-1974 w Klin. Dermat. WAM, w latach 1974-1979 prorektor WAM, od 1976 r. kierownik Zakładu Propedeutyki i Filozofii Medycyny, od 1978 r. kierownik Zakładu Medycyny Zapobiegawczej WAM.

29. Izabella Semenow-Owsińska, specjalista dermatolog i wenerolog. Wysiedlona ze względów politycznych z Gdańska przeniosła się do Szczecina i pracowała w PAM w Klinice Dermatologicznej; w okresie „odwilży" wyjechała do Warszawy i tam pracowała w Szpitalu Wolskim, a następnie w przemysłowej służbie zdrowia.

30. Marian Teleszyński, specjalista ortopeda i chirurg urazowy, adiunkt w Klinice Ortopedii AMG, a w latach 1954-1957 p.o. kierownika tej kliniki; dr med. 1961, dr hab. 1974. Od 1961 r. ordynator Oddziału Ortopedycznego w Szpitalu Miejskim w Gdyni. Zmarł 26.08.1985 r.

31. Maria Kłoskowska, specjalista chorób wewnętrznych, reumatologii oraz medycyny fizykalnej i balneologii, asystent w II Klinice Chorób Wewnętrznych ALG, następnie pracowała w Szpitalu Miejskim w Gdańsku i w ZOZ-ie w Sopocie.

32. Janina Krzyżanowska, lek. stomat. 1929, lek. med. 1950, dr med. 1960; długoletni adiunkt Kliniki Stomatologicznej AMG. Kapitan AK, zmarła 14.08.1995 r.

33. Halina Onisk, specjalista z higieny ogólnej, w latach 1948-1952 asystent w Zakładzie Higieny ALG, następnie pracownik Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla miejskiego i wojewódzkiego w Gdańsku. Zajmowała szereg kierowniczych stanowisk w pionie sanitarno-higienicznym.

34. Wiktor Pieńkowski, specjalista chorób zakaźnych oraz higieny ogólnej. Lekarz Miejskiego Urzędu Zdrowia w Gdańsku, Inspektor Sanitarny, a od 1965 r. lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

35. Włodzimierz Bukontt, specjalista chorób dzieci, chorób zakaźnych oraz epidemiolog. W 1951 r. otrzymał nakaz pracy do Elbląga, gdzie został dyrektorem Miejskiej, a następnie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Zmarł 14.05.1985 r.

36. Edward Słodkowski, specjalista z zakresu ortopedii i chirurgii dziecięcej. Do 1951 r. asystent w Klinice Ortopedii ALG, od 1953 r. ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Wojewódzkim w Słupsku oraz wicedyrektor tego szpitala; w 1965 r. powołany do zawodowej służby wojskowej, a od 1973 r. zastępca naczelnika Zarządu Służby Zdrowia Dolnośląskiej DOKP we Wrocławiu.

Niezbędna jest informacja, iż w ciągu 1950 r. zgłosiło się do ALG kilkunastu absolwentów z innych akademii medycznych w celu uzyskania dyplomów i, którzy po spełnieniu wymaganych warunków, otrzymali je w naszej Uczelni. Jednakże w niniejszym opracowaniu pominęliśmy ich nazwiska, ponieważ nie byli oni kształceni w ALG.

Kończąc wspomnienia o pierwszych lekarzach Gdańskiej Akademii pragnie-

my wyrazić przekonanie, że podjęty temat wzbogaci wiadomości o początkach Uczelni i jej powojennych wychowankach. Okresu trudnego, ale twórczego, nacechowanego wzmożonym wysiłkiem zarówno profesorów jak i studentów.

Patrząc z perspektywy minionych lat na uzyskane wyniki oceniamy je pozytywnie, a czym dalej odsuwamy się od okresu studiów, tym bliższa staje się nam Uczelnia, która umożliwiła nam zdobycie pożądanego zawodu. Podsumowując, chcielibyśmy wyróżnić niektóre osoby z naszego roku. I tak uważamy, że największe osiągnięcia w sensie naukowym miała prof. zw. dr hab. med. Stanisława Małecka-Dymnicka, za co składamy jej serdeczne gratulacje. Najwięcej upokorzeń i cierpień na „nieludzkiej ziemi" doznała nieżyjąca już dziś dzielna polska dziewczyna dr Jadwiga Tomaszewska-Kuraś. Największe zasługi bojowe w okresie wojny miał „cichociemny" doc. dr med. Marian Teleszyński. Najbardziej barwny, pełen przygód życiorys lekarza miał dr Janusz Michejda, który niemal całe swoje aktywne życie zawodowe spędził w Afryce. Jednocześnie uważamy, że cały nasz rok, z małymi tylko wyjątkami, dobrze wpisał się w historię ALG, a opowieść o nim miała swój zasadniczy cel - aby nie odszedł w zupełne zapomnienie. ❑

Prof. Henryk Brokman urodził się 13 sierpnia 1886 r. w Warszawie w rodzinie gorących patriotów polskich. Szkołę średnią ukończył w 1904 r. i w tym samym roku wstąpił na Wydział Lekarski Państwowego Uniwersytetu Rosyjskiego w Warszawie. Uczelnia ta została wkrótce zamknięta na skutek strajku studentów Polaków domagających się spolszczenia tej uczelni. Brokman, który uczestniczył w strajku, zmuszony był przenieść się na dalsze studia do Berlina, a następnie Heidelbergu. Po ukończeniu tej uczelni i zdobyciu stopnia naukowego doktora medycyny wrócił na krótko do kraju, a następnie rozpoczął specjalizację w Klinice Pediatrycznej w Zurichu, kierowanej przez światowej sławy uczonego, prof. Feera.

Wybuch I wojny światowej zmusił go do powrotu do kraju, gdzie powołany został jako lekarz do służby wojskowej. W 1916 roku zostaje ciężko ranny, po powrocie do zdrowia zajmuje się akcją społeczną wśród zamieszkałych w Rosji Polaków. Po zawarciu pokoju wraca do Polski. Pierwsze dwa lata zajmował stanowisko wojskowego lekarza w szpitalach zakaźnych.

Po ukończeniu służby wojskowej zaangażowany został na stanowisko asystenta w tworzonej przez prof. Mieczysława Michałowicza Klinice Pediatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Brokman bierze udział w pracach naukowych, dydaktycznych i usługowych tej kliniki. Szybko zdobywa uznanie jako bardzo zdolny, pracowity lekarz o twórczym umyśle i zainteresowaniu do prac naukowych.

W 1932 r. zdobywa stopień naukowy docenta. Jest znany jako zdolny i pracowity naukowiec, pedagog, lekarz praktyk spieszący z pomocą chorym dzieciom.

Wybuch II wojny światowej zmusza go do porzucenia kliniki i ukrywania się. Po szczęśliwym przeżyciu okresu wojennego osiedla się w Łodzi, gdzie zostaje powołany na stanowisko dyrektora Katedry i kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych nowo powstałego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Łódzkiego. Ponieważ praca ta nie odpowiadała Jego ambicjom naukowym, wykorzystuje w 1946 roku zaproszenie władz organizowanej w Gdańsku Akademii Lekarskiej, w której obejmuje Katedrę i Klinikę Chorób Dzieci. W ciągu 7 lat kierowania tą placówką podniósł jej wartość jako ośrodka naukowego, dydaktycznego i usługowego.

Działalność naukowa prof. Brokmana została zapoczątkowana w 1910 r. pracą doktorską pt. „O grupowej, specyficznej strukturze krwi zwierzęcej", opublikowaną w jedynym wówczas czasopiśmie immunologicznym *Zeitschrift*

Przeczytane...o muzyce...

Jan Sebastian Bach - wkrótce 250 rocznica śmierci

Jan Sebastian Bach (ur. 1685) jeden z największych kompozytorów niemieckich był samoukiem. W 15 roku życia grał już na klawikordzie, altówce i skrzypcach, potem szybko został wirtuozem gry na organach. W 1723 roku zostaje mianowany kantorem przy kościele św. Tomasza w Lipsku. Tutaj tworzy słynną Pasję św. Mateusza oraz mszę katolicką na koronację Augusta III w Krakowie. Pod koniec życia na zaproszenie Fryderyka Wielkiego improwizuje w Pałacu Sans-Souci w Poczdamie.

Jan Sebastian Bach był skromnym i bardzo pracowitym człowiekiem. Gdy zapytano go, jakim sposobem doszedł do tak wspaniałych osiągnięć, odpowiedział: „musiałem być pilny. Każdy kto jest tak pilny, może dojść równie daleko" (Z. Mycielski).

„Bach jest dla mnie" - pisze A. Panufnik - „największym mędrcem muzycznym, gdyż umie patrzeć w serca ludzi".

Albert Schweitzer był wielkim zwolennikiem twórczości Bacha i nazwał go muzykiem-poetą. W 1905 roku ogłosił w Paryżu dużą monografię o kompozytorze. Wkrótce ukazało się wydanie niemieckie i angielskie, a Paryskie Towarzystwo Miłośników Bacha przesłało w darze Schweitzerowi do Konga organy pedałowe.

Sława Bacha opiera się na wielkim bogactwie jego twórczości.

„Nie potokiem lecz morzem zwać się powinien" (Bach - w jęz. niem. „potok") brzmią pełne podziwu słowa Beethovena.

Bach umiera w Lipsku w 1750 roku po operacji zaćmy oczu. Zwiedzając Lipsk należy spotkać się z Bachem w kościele św. Tomasza, gdzie przed głównym ołtarzem leży duża marmurowa płyta ze skromnym napisem - „Jan Sebastian Bach".

Fryderyk Chopin w listach do Delfiny Potockiej pisze: „mało jest takich geniuszy, którzy wszystkie instrumenty czują i wszystko z każdego dobyć potrafią. Ja znam dwóch takich tylko - Bacha i Mozarta. Jeśli jakaś epoka odwróci się od Bacha, da o sobie smutne świadectwo płytkości, głupoty i zepsutego smaku".

Głęboka i poważna muzyka skromnego kantora przy kościele św. Tomasza w Lipsku rozbrzmiewa już ponad 250 lat i będzie rozbrzmiewała nadal.

Ostatnio w wielu krajach świata - w Japonii, USA, Argentynie, na Węgrzech, Czechach, Rumunii powstały Międzynarodowe Akademie Bachowskie, na których pod kierunkiem wybitnych wykładowców i dyrygentów prowadzone są warsztaty dla młodych muzyków doskonalących się w interpretacji dzieł Bacha. Taki ośrodek powstał również w Polsce - Akademia Muzyczna w Krakowie od zeszłego roku jest jedną z Międzynarodowych Akademii Bachowskich.

wyboru dokonał Romuald Sztaba

UCZELNIA PÓŁ WIEKU TEMU

PROFESOR HENRYK BROKMAN

- pierwszy kierownik Kliniki Chorób Dzieci w Gdańsku

für Immunitätsforschung und Experimentalle Therapie. Była to druga w piśmiennictwie międzynarodowym publikacja dotycząca grupy krwi u zwierząt. Posługując się metodą absorpcji aglutynin autor stwierdził podobieństwo struktur antygenowych u zwierząt spokrewnionych ze sobą antygenowo. Fakt ten połączony był z pierwszymi koncepcjami dotyczącymi zagadnienia swoistości, a również krzyżowej wspólnoty poszczególnych antygenów.

Zapoznanie się z problematyką i metodyką pracy w zakresie tzw. wówczas serologii i mikrobiologii zadecydowało w znacznym stopniu o dalszym rozwoju zainteresowań Profesora. Późniejsze prace dotyczyły patogenezy chorób zakaźnych z punktu widzenia zjawisk odpornościowych. Tak więc prof. Brokman zapoczątkował w Polsce immunologię kliniczną i został drugim po Hirszfeldzie w naszym kraju przedstawicielem tej tak ważnej obecnie dyscypliny.

Koch w owym czasie postulował, że zarazek musi być chorobotwórczy dla wszystkich członków danego gatunku zwierząt. Brokman włączył się do przedstawicieli nowoczesnego kierunku w epidemiologii głosząc, że dla wystąpienia choroby zakaźnej decydujące znaczenie oprócz zarazka mają cechy osobnicze, uwarunkowane zarówno właściwościami immunologicznymi ustroju jak też oddziaływaniem środowiska zewnętrznego.

Profesor opracował analogiczny do odczynu Schicka test w stosunku do błonicy - własny odczyn z jadem czerwonkowym pałeczki Shigella-Shigae. Odkrycie to ogłoszono w 1922 roku na posiedzeniu warszawskiej filii Francuskiego Towarzystwa Biologicznego oraz w piśmiennictwie francuskim i anglosaskim. Autor stwierdził, że podobnie jak odczyn Schicka - jego odczyn jest wskaźnikiem swoistości lub braku swoistości anatoksyny we krwi. Dało mu to podstawę do ustalenia prawa biologicznego o szerszym zasięgu, które głosi, że mamy do czynienia z mechanizmem regulującym w warunkach naturalnych, odpowiedź immunologiczną człowieka na jady bakteryjne. Ogłoszone 1,5 roku, później prace małżonków Dicków nad toksyną paciorkowcową dały dowód słuszności rozumowania prof. Brokmana.

W dalszym etapie badań prof. Brokman wraz z prof. Barańskim i prof. Wierzbowską wyrazili pogląd, że odporność przeciwbłonicza jest uwarunkowana dziedzicznie (dziedziczy się wraz z grupą krwi). Postulowano, że prawdopodobnie geny odpowiedzialne za grupę krwi są umieszczone w jednym z chromosomów blisko genów decydujących o odporności przeciwbłoniczej. Wobec niedawnych zdobyczy laureatów nagrody Nobla Edelmana i Portera, którzy ustalili poza strukturą molekularną immunoglobulin, również uwarunkowania dziedziczne przeciwciał - ówczesną pracę Brokmana należy uznać za pionierską.

W pracy habilitacyjnej pt. „Badania nad patogenezą płonicy" prof. Brokman przedstawił szereg argumentów opartych na 40 własnych publikacjach, starając się pogodzić teorię nadwrażliwości z teorią toksyczną. Według Brokmana wrażliwość lub odporność na płonicę uwarunkowana jest stosunkiem, jaki zachodzi pomiędzy antytoksyną i jej powinowactwem do toksyny z jednej strony i powinowactwem do tkanek z drugiej strony. Pogląd Jego poparł czołowy immunolog niemiecki Ulrich Friedeman.

W 1935 roku prof. Brokman podjął prace nad zjawiskami autoimmonologicznymi w chorobie reumatycznej. Prace te zapoczątkowały nową erę w poglądach na patogenezę choroby reumatycznej i do dziś są cytowane w czołowych publikacjach niemieckich i anglosaskich poświęconych tym zagadnieniom. Poglądy te potwierdził jeden z najbardziej aktywnych badaczy tej dziedziny - Zabriskie.

Przez około 30 lat prof. Brokman prowadził badania nad etiologią biegunek. Wnioski z tych badań oparto na analizie klinicznej, mikrobiologicznej oraz immunologicznej. Wniosły one nowe wartości do etiologii i patogenezy tej choroby, postulowały znaczenie zakażenia wirusowego w ich powstawaniu. Zagadnienie to było tematem referatu wygłoszonego na Kongresie Pediatrii w Zurychu w 1950 roku.

Wkład w etiopatogenezę i leczenie gruźlicy

Obserwacje nad tym zagadnieniem, zwłaszcza zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych rozpoczął Profesor w Zurychu. W 1915 roku w czasopiśmie *Jahrbuch für Kinderheilkunde* Brokman przedstawił obraz kliniczny gruźliczaka mózgu z odczynem oponowym.

Ówczesna teoria Richa głosiła, że gruźliczak może być źródłem wysiewu do opon. Odwrotnie twierdził Brokman - zapalenie opon jest skutkiem wysiewu drogą krwionośną i choroby naczyń, obejmującej wszystkie warstwy większych i mniejszych naczyń mózgowych. Zmiany mózgowe w pierwszym okresie choroby są uwarunkowane przez toksyczne zmiany naczyniowe powodujące skurcz naczyń mózgowych, a następnie niedotlenienie mózgu z możliwością rozmiękania tkanki mózgowej. Charakter ten udowodnił Bujko wstrzykując chorym na gruźlicze zapalenie opon nowokainę, osiągając chwilową poprawę w stanie nieprzytomności dziecka. Efekt ten Brokman tłumaczył zniesieniem skurczu naczyń. Wyniki te pozwoliły na stosowanie nowokainy metodą kroplową zapobiegając w ten sposób zaburzeniom metabolicznym, wytwarzaniu beztlenowej przemiany węglowodanowej. Oprócz nowokainy wprowadzano inne środki rozszerzające naczynia jak: hydergina, cytochrom C, kokarboksylaza.

Dodatni objaw Brudzińskiego jest wg Brokmana wyrazem zmian mózgowych, nie tylko oponowych, bo widuje się go po ustąpieniu zmian zapalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Szereg prac prof. Brokman poświęcił sprawie patogenezy rozedmy i niedo-

dmy płuc w gruźlicy. Postulował, że powodem tych objawów nie jest jedynie zaczopowanie oskrzeli przez masy serowate perforowanych do oskrzeli gruźliczych węzłów chłonnych lecz istnieje również mechanizm centralny spowodowany zmianami w mózgu.

W latach 50. wielkie autorytety naukowe utożsamiały zjawisko alergii i odporności w gruźlicy, Brokman był rzecznikiem niezależności tych zjawisk. Słuszność Jego poglądów potwierdzili dopiero w 1959 roku Negre i Bratey, którzy udowodnili eksperymentalnie na zwierzętach szczepionych dużymi dawkami BCG utratę wrażliwości na tuberkulinę z jednocześnie zachowaną wysoką odpornością na zakażenie żywym, zjadliwym prątkiem. W zjawisku tym następuje dysocjacja między nadwrażliwością a odpornością. Podobne zjawisko opisał w latach 60. de Assis u dzieci szczepionych kilkakrotnie dużymi dawkami BCG.

W 1932 roku w warszawskim czasopiśmie lekarskim została ogłoszona praca Brokmana i Hirszfeldowej na temat dodatniego odczynu tuberkulinowego u dzieci nie zakażonych gruźlicą, który w odróżnieniu od osób zakażonych występował już po 24 godzinach i miał inny charakter. Brokman tłumaczył to zjawisko wytwarzaniem się fizjologicznego, dzisiaj powiedzielibyśmy, krzyżowego, powinowactwa do szeregu antygenów. Pogląd ten został potwierdzony w latach 60. w pracach różnych autorów. Można więc twierdzić, że prace nad alergią tuberkulinową prowadzone przez Brokmana wyprzedziły na wiele lat obecne poglądy.

W 1957 roku zadał Brokman pasjonujące pytanie, czy istnieje zjawisko regeneracji w tkance płucnej (podobnie jak to się dzieje w wątrobie)? Obserwacje kliniczne, radiologiczne i patomorfologiczne wykazały, że w niektórych przypadkach stwierdzonej gruźlicy, klinicznie i radiologicznie zmiany te pod wpływem leczenia całkowicie znikają. Wspólnie z Brzosko prowadził badania sekcyjne u dzieci z wyleczoną gruźlicą, które zmarły z innych powodów. Stwierdzono histologicznie twory cewkowate, różnej wielkości i kształtu, rozgałęziające się drzewkowato. Brokman uważał, że opisane objawy można tłumaczyć zjawiskiem regeneracji tkanki płucnej.

Obraz kliniczny i postępowanie terapeutyczne w ropnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych było tematem wielu doniesień, między innymi rozprawy habilitacyjnej doc. Walczukowej. Choroba reumatyczna z zajęciem płuc i CUN była tematem kilkunastu prac naukowych kliniki. Gościec pierwotnie przewlekły, w którym po raz pierwszy zainicjowano hormonoterapię był dalszym tematem zainteresowań Profesora.

W sumie Profesor opublikował osobiście 170 prac, a Jego współpracownicy pod Jego kierownictwem ogłosili wiele setek publikacji. Był promotorem wielu przewodów doktorskich i rozpraw habilitacyjnych.

Należy również wspomnieć o doniesieniach prof. Brokmana stanowiących szersze spojrzenie na problemy etyczne i merytoryczne wieku rozwojowego. Obejmują one pogląd Profesora na rolę pediatrii pośród innych specjalności medycznych, zadania konsultanta oraz roli czasopisma *Pediatria* w kształtowaniu kadr medycznych i leczenia dzieci, a także problem etyczny pytania „Jaka jest władza rodziców w stosunku do chorego dziecka?". Prof. Brokman był także zwolennikiem wprowadzenia nauczania szkolnego do szpitali i zadanie to realizował jako pierwszy w skali kraju.

Prof. Brokman był członkiem rzeczywistym PAN, honorowym członkiem wielu towarzystw polskich i zagranicznych. Był laureatem nagrody polonijnej im. Jurzykowskiego. Był też długoletnim prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, wieloletnim redaktorem *Pediatrii Polskiej* oraz konsultantem regionalnym. W uznaniu zasług Senat Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie nadał Mu tytuł doktora honoris causa.

Jakim pamiętamy Profesora z czasów Jego pobytu w Gdańsku?

Profesor był szefem wymagającym, sprawiedliwym, utrzymującym pewien dystans wobec współpracowników, pilnie obserwował postępy młodych kolegów, potrafił ocenić ich rozwój i ambicje. Często stawał w ich obronie wobec zakusów ówczesnej administracji chcącej w owym czasie kierować asystentów w ramach nakazów pracy do placówek pozaklinicznych.

Lubił dyskusje naukowe zarówno toczące się na zebraniach klinicznych, przy łóżku chorego, jak i na posiedzeniach innych towarzystw naukowych. Często asystenci występowali z demonstracjami na zebraniach towarzystwa internistów i towarzystwa lekarskiego. Demonstracje i referaty musiano wygłaszać z pamięci. Demonstrując na zebraniach klinicznych poszczególnych chorych - wątpliwości w rozpoznaniu rozstrzygano wspólnie, nieraz sięgając do podręczników.

Profesor lubił żarty na dobrym poziomie. Czasami pytał dzieci na obchodach, kim jest, kiedy odpowiadały „Pan Profesor", poprawiał je mówiąc „Heniu jestem". Miał ulubionego jamnika Perełkę, którego czasami przyprowadzał do kliniki.

W czasie lat pracy nawiązała się między Nim a pracownikami serdeczna więź. Byliśmy dumni, że jesteśmy Jego uczniami. Zrodził się nastrój i ton ludzi związanych silnie z osobą Profesora, związek nie tylko na zasadzie nauczyciel-uczeń, ale przede wszystkim więzy przyjaźni, jakie powstają między pracującymi razem kolegami. Można więc powiedzieć, że Prof. Brokman stworzył Gdańską Szkołę Pediatryczną.

Pomimo tak wielkiego przywiązania do kolegów, mimo dobrze układającej się współpracy, przyjaźni, bezpośredniej atmosfery - w 1953 roku wrócił do swojego rodzinnego miasta - Warszawy, tym razem jako kierownik Katedry Terapii Chorób Dzieci Wydziału Pediatrycznego.

Zmarł 6 sierpnia 1973 roku w wieku 87 lat. Pochowany został w Warszawie na Powązkach.

Prof. Brokman odznaczony był wieloma odznaczeniami państwowymi krajowymi i zagranicznymi, między innymi Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski z Gwiazdą.

Podsumowując należy zaznaczyć, że Prof. Brokman był przede wszystkim znakomitym naukowcem, wybitnym dydaktykiem oraz lekarzem klinicystą, znakomitym praktykiem.

prof. dr hab. med. Maria Kamińska

Dnia 14 marca 1996 r. zmarł

Prof. dr hab. Jerzy Kozakiewicz

Żołnierz AK, emerytowany nauczyciel akademicki Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Akademii Medycznej w Gdańsku, współtwórca i organizator naszej Uczelni w pierwszych latach jej tworzenia, współorganizator pierwszego na Ziemi Gdańskiej Towarzystwa Naukowego Dermatologów. Osobowość wielkiego formatu, Człowiek szlachetny, prawy i niezwykłej kultury, wychowawca wielu pokoleń dermatologów, pełen poświęcenia lekarz.

Doc. dr hab. Stanisław Wróbel (1924-1995)

Zastępca kierownika Kliniki Urologii AM w Gdańsku (1971-1984)
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii AM w Bydgoszczy (1985-1995)

Stanisław Wróbel urodził się 9 maja 1924 roku w Tczewie w rodzinie pracownika Polskich Kolei Państwowych.

Do 1939 r. zamieszkiwał w Gdyni uczęszczając do szkoły podstawowej, a następnie Liceum Ogólnokształcącego. W czasie okupacji zmuszony do przeniesienia się na wieś w okolice Mławy pracował jako robotnik rolny. Po zakończeniu wojny powrócił do Gdyni. W 1945 r. uzyskał świadectwo dojrzałości i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Lekarskiej w Gdańsku. W latach 1948-1949 pracował jako asystent wolontariusz w Zakładzie Anatomii Prawidłowej, a w marcu 1950 r. zatrudniony został w I Klinice Chirurgicznej AMG z przydziałem na oddział urologiczny prowadzony przez dr. Tadeusza Lorenza. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1951 roku. W rok później rozpoczął pracę na oddziałach chirurgicznych Szpitala Wojskowego i Miejskiego w Elblągu.

W lipcu 1954 r. powrócił do Gdańska i pozostając w służbie wojskowej do grudnia 1956 r. pracował jako wolontariusz w oddziale urologicznym należącym już wówczas do III Kliniki Chirurgicznej prowadzonej przez prof. Z. Kieturakisa. W okresie od 1.12.1956 r. do 30.06.1957 r. był zatrudniony jako asystent, a do 31 stycznia 1958 r. jako pełniący obowiązki ordynatora oddziału urologii Szpitala Miejskiego w Gdyni. Następnie powrócił do Akademii Medycznej, by kontynuować pracę początkowo w oddziale urologicznym a od 1971 r. w nowo powstałej Klinice Urologii. W styczniu 1985 roku powołany został na stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Specjalizację z zakresu urologii uzyskał w 1956 roku, a stopień doktora nauk medycznych w roku 1965 na podstawie rozprawy pt. „Przydatność pelweowenografii dla oceny rozległości nacieczenia w raku pęcherza moczowego".

W kwietniu 1972 r. przyznano Mu stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie urologii na podstawie pracy pt. „Kawernozoflebografia i kawernozografia" i powołano na stanowisko docenta Akademii Medycznej w Gdańsku.

Umiejętności i wiedzę z zakresu urologii zdobywał początkowo pod kierunkiem doc. T. Lorenza, a następnie dr. J. Renkielskiego i prof. K. Adamkiewicza.

Przedmiotem Jego szczególnego zainteresowania naukowego była diagnostyka i leczenie raka pęcherza moczowego, schorzeń prącia oraz nowotworów jądra i nerki. Jego dorobek obejmuje 34 publikacje.

Od 1977 roku sprawował nadzór specjalistyczny z zakresu urologii w województwie słupskim, a od 1983 roku powołany został na członka Krajowego Zespołu Specjalistycznego nadzorując dodatkowo województwo bydgoskie, szczecińskie i olsztyńskie.

Był aktywnym członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Od 1978 roku pełnił funkcję wiceprzewodniczącego Oddziału Północno-Zachodniego Polskiego Towarzystwa Urologicznego, a od 1984 r. jego przewodniczącego. Wchodził w skład komitetów organizacyjnych organizowanych w Gdańsku: Dnia Urologicznego (1972) i XIX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Urologicznego (1986). W 1987 r. był przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego zorganizowanego w Bydgoszczy Dnia Urologicznego na temat „Rozpoznawanie i leczenie powierzchownych nowotworów nabłonkowych pęcherza moczowego". Od 1980 roku był członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Urologicznego. Trzykrotnie otrzymał nagrodę rektorską III stopnia za zasługi i osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej.

Odznaczony został również: odznaką „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia" (1974), medalem XXX-lecia Akademii Medycznej w Gdańsku (1975), odznaką „Za zasługi dla Gdańska" (1979), Złotym Krzyżem Zasługi (1979), Medalem 40-lecia Polski Ludowej (1984), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1988) i odznaką „Za zasługi dla miasta Bydgoszczy" (1989).

W 1988 roku nagła choroba przerwała pełną zaangażowania i planów działalność doc. S. Wróbla. Wobec przedłużającej się niezdolności do pracy oraz osiągnięcia wieku emerytalnego doc. dr hab. med. Stanisław Wróbel z dniem 31 grudnia 1989 roku przeszedł na emeryturę.

Zmarł 1 lipca 1995 roku.

dr hab. Kazimierz Krajka, prof. nzw.

DZIAŁ KADR

1.02. - 29.02.1996

Na stanowisko adiunkta awansowali:
dr med. Zbigniew Karwacki
dr med. Łukasz Stolarczyk

Na stanowisko starszego wykładowcy przeszła:
mgr biol. Alicja Raczyńska

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

30 lat
dr med. Odon Pętlak

25 lat
dr farm. Regina Gajewska
Eleonora Ligęza
mgr Grażyna Sarrazin-Kledzik

20 lat
dr n. przyr. Bogusław Borys
Zbigniew Klawitter

Na rentę przeszły:
Grażyna Dyrowicz
Leokadia Wojtaś

Z Uczelni odeszli:
dr n. przyr. Wojciech Arendarczyk
lek. dent. Tamara Banach
lek. med. Magdalena Nowak
lek. dent. Ewa Rast
lek. med. Witold Wróbel

TOWARZYSTWA

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne Oddział Morski

zawiadamia o zebraniu naukowo-szkoleniowym w dniu 10 kwietnia o godz. 11.00 w sali im. Rydygiera, na którym prof. dr Andrzej Stapiński, dyrektor Instytutu Wenerologii AM w Warszawie, przedstawi aktualne, wybrane aspekty chorób wenerycznych.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Gdański

zawiadamia, że w dniu 16 kwietnia o godz. 11.15 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1-7 odbędzie się zebranie naukowo-szkoleniowe. W programie:

1. *Praktyczne zasady żywienia pozajelitowego i dojelitowego u dzieci* - dr med. J. Księżyk, Instytut Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie
2. Wystąpienia przedstawicieli firm farmaceutycznych:
   - *Profilaktyka infekcji wywołanych przez hemophilus influenzae typu B - szczepionka Act-IIIB* - dr M. Kalińska, Firma Pasteur Merieux
   - dr G. Bossy-Bukąto, Firma Alima-Gerber S.A.

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Regionalny Oddział Gdański

zawiadamia o zebraniu w dniu 17 kwietnia o godz. 12.00 w bibliotece Katedry Neurologii. W programie:

Cytomegalia wrodzona. Nowe metody diagnostyczne i leczenie - dr med. J. Wierzba, lek. med. N. Irga

Polskie Towarzystwo Anatomiczne Oddział Gdański

zaprasza na zebranie, które odbędzie się 19 kwietnia o godz. 10.00 w bibliotece Katedry Anatomii ul. Dębinki 1. W programie:

Występowanie i morfologia zastawek żyły głównej dolnej i zatoki wieńcowej w sercach różnych gatunków ssaków - mgr W. Kuta

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia o posiedzeniu szkoleniowo-naukowym w dniu 19 kwietnia o godz. 10.00 w sali wykładowej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiecych AMG, ul. Kliniczna 1a. W programie:

1. *Antykoncepcja hormonalna - od historii do nowoczesnej pigułki dwuskładnikowej* - prof. dr hab. med. P. Skałba, Klinika Położnictwa i Rozrodczości w Zabrzu
2. *Biologiczne skutki antykoncepcji* - prof. dr hab. med. M. Hrabowska, Instytut Położnictwa i Chorób Kobiecych AMG
3. Prezentacja firmy CILAG - dr D. Majewska

Polskie Towarzystwo Lekarskie Oddział Gdański i II Wydział Nauk Biologicznych i Medycznych GTN

zawiadamia, że w dniu 19 kwietnia o godz. 12.00 w sali im. Rydygiera AM w Gdańsku odbędzie się zebranie naukowo-szkoleniowe nt.

GDAŃSK-EDYNBURG

1. *Polski Wydział Lekarski w Edynburgu* - B. Imieliński
2. Dyskusja.

Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Oddział Gdański

zawiadamia, że w dniu 24 kwietnia o godz. 11.00 w sali wykładowej im. Prof. W. Bincera, ul. Smoluchowskiego 18 odbędzie się zebranie naukowo-szkoleniowe. Program zebrania:

1. *Apoptoza - zaprogramowana śmierć komórki* - dr hab. T. Pawełczyk, Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej AMG
2. *Cytokiny w leczeniu nowotworów pierwotnych i przerzutowych wątroby* - dr med. H. Kiszkis, dr med. K. Witczak-Malinowska, lek. med. T. Smiatacz

Konferencja kliniczna Instytutu Chorób Wewnętrznych

odbędzie się 24 kwietnia, godz. 12.00-13.00 w sali im. Wszelakiego. Omawiane przypadki pochodzą z Kliniki Chorób Nerek Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG. W programie:

1. *Leczenie nerkozastępcze nefropatii cukrzycowej* - dr med. M. Lichodziejewska-Niemierko
2. *Ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek z ostrą niewydolnością nerek* - dr hab. med. J. Manitius

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

Komisja Analizy Klinicznej Komitetu Chemii Analitycznej PAN
oraz **Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej AMG**
zapraszają na Mini-Sympozjum

Biologia molekularna w patobiochemii

Gdańsk, 17 kwiecień 1996 r.
Katedra Biochemii Klinicznej
sala seminaryjna w pawilonie nr 28

Program konferencji:

9.00 Otwarcie obrad, prof. dr hab. med. Stefan Angielski

I sesja. Prowadzący: Stefan Angielski (Gdańsk)

9.05 *PCR - nowa era w klinicznej diagnostyce mikrobiologicznej i w badaniach epidemiologicznych*, Józef Kur (Gdańsk)

9.35 *Ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w diagnostyce wirusowego zapalenia wątroby*, Józef Dulak (Kraków)

10.05 *Analiza ekspresji genów w biopsatach nerek. Zastosowanie metody ilościowego RT-PCR*, Andrzej Ciechanowicz (Szczecin)

10.35-11.00 Przerwa na kawę

II sesja. Prowadząca: Aldona Dembińska-Kieć (Kraków)

11.00 *Molekularno-genetyczna analiza genu dmd u człowieka jako przykład wykorzystania osiągnięć biologii molekularnej w medycynie*, Ryszard Słomski (Poznań)

11.30 *Ekspresja genów w procesach neurodegeneracyjnych*, Leszek Kaczmarek (Warszawa)

12.00 *Wykorzystanie technologii transferu genów w terapii chorób nowotworowych*, Stanisław Nowak (Poznań)

12.30-14.00 przerwa obiadowa. Zebranie członków Komisji Analityki Klinicznej PAN

III sesja. Prowadzący: Kazimierz Ciechanowski (Szczecin)

14.00 *Indukcja genów iNOS i VEGF w modelu restenozy po angioplastyce i w hodowli mięśni gładkich naczyń*, Aldona Dembińska-Kieć (Kraków)

14.30 *Hybrydyzacja in situ w cytogenetyce*, Janusz Limon (Gdańsk)

15.00 *Rodzaje immunotoksyn i zastosowanie w chorobach nowotworowych*, Tadeusz Pawełczyk (Gdańsk)

15.30 Zakończenie obrad

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

NA ŁAMACH PRASY

„Zainteresowanie paranauką jest funkcją wykształcenia polskiego społeczeństwa „ - pisze tygodnik *Wprost* w artykule pt. **POCHWAŁA GŁUPOTY**. M.in. czytamy w nim:

- W ostatnich latach w nauce polskiej coraz częstsze stają się szalbierstwa i szarlatańskie praktyki. Wynikają one z powszechnej tolerancji dla nieuctwa. Nie trzeba się uczyć, nieważne dyplomy, bo to „ogranicza wolność" - żartuje prof. Łukasz Turski z Centrum Fizyki Teoretycznej PAN. Im mniej wykształcone jest społeczeństwo, tym bardziej podatne na teorie głoszone przez oszołomów - dodają inni naukowcy.

„[...] Chcąc zyskać sławę, naukowcy popełniają plagiaty. Pod pracami naukowymi widnieją często sfałszowane podpisy laureatów Nagrody Nobla czy innych uznanych naukowców. Kiedy wykryto oszustwa w pracach przygotowywanych na uczelni, którą kierował noblista David Baltimore, zweryfikowano jego dotychczasowe osiągnięcia.

- Oszustwa najłatwiej popełnia się w biologii i medycynie. W tych dziedzinach wiedzy trzeba bowiem uwzględniać tak wiele czynników, że często trudno powtórzyć eksperyment i sprawdzić wiarygodność wyników - twierdzi prof. Wróblewski. Niekiedy mistyfikacje są jednak oczywiste. Amerykański naukowiec usiłował wykazać, że niektóre fiksacje genetyczne zależą od zmian środowiska. W tym celu umieścił salamandry w czarnym i żółtym pomieszczeniu. Zwierzęta pomalował stosownie do koloru ścian. Gdy oszustwo zostało ujawnione, genetyka zdegradowano w środowisku naukowym. Jeden z polskich okulistów natomiast przedstawił pracę habilitacyjną, w której opisywał nową metodę operowania oka. Twierdził, że badania przeprowadzał na królikach, którym podawał atropinę, lek rozszerzający źrenicę. Wkrótce ujawniono, że farmaceutyk ten wywołuje zmiany tylko w organizmie człowieka, na źrenicę królika z całą pewnością nie wpływa. Okazało się zatem, że doświadczenia nie przeprowadzono [...]

„[...] Wśród osób zajmujących się medycyną alternatywną znajdują się bez wątpienia fanatycy, którzy wierzą w skuteczność swoich metod. Większość z nich czyni to jednak wyłącznie ze względów komercyjnych, żerując na niewiedzy społeczeństwa - mówi prof. Trzebski.

„Konsekwencje nieuctwa szarlatanów mogą być tragiczne"

„Pacjenci rezygnują często z operacji, leczą się u cudotwórców, podczas gdy choroba się rozwija. Ile osób dotychczas zmarło, poddając się terapii pseudonaukowców, statystyki nie podają. - Ludzie nadal wierzą w preparat prof. Tołpy, a jest to tylko jeden z tysięcy biostymulatorów, a nie cudowny lek na nowotwór - przypomina prof. Turski [...]

„Oszustwa w nauce należy łączyć z deformacją systemów edukacyjnych"

„Odpowiedzialność za to ponosi m.in. środowisko naukowców i pedagogów. Uczymy młodych ludzi abstrakcji. Wiedzy zdobytej w szkole nie można później wykorzystać w praktyce - mówi prof. Turski. - Trzeba rozwijać człowieka i w nowoczesny sposób kształtować, system edukacyjny przysposabia jedynie do zawodu.

- Zapobiec oszustwom w nauce może jedynie reforma systemu edukacyjnego oraz lepszy przepływ informacji między naukowcami a społeczeństwem. Konieczna jest także kontrola pieniędzy przeznaczonych na rozwój myśli naukowej - uważa prof. Turski.

- Teorie pseudonaukowe głoszone przez szaleńców, np. zwolenników medycyny alternatywnej, nie mają żadnego wpływu na naukę akademicką. Ogłupiają jednak społeczeństwo. I w tym tkwi wielkie niebezpieczeństwo - ostrzega prof. Trzebski. - Zainteresowanie metodami paranaukowymi jest funkcją wykształcenia społeczeństwa".

/Dorota Romanowska/
Wprost z 21.01.96

„Solidarność" protestuje. **DZIELENIE ZDROWIA**" - czytamy w *Gazecie Wyborczej*. A w podtytule: Ministerstwo: nowy podział pieniędzy to początek reformy zdrowia. „Solidarność": to nie reforma, to dzielenie biedy. Opozycja: nie można reformować złego systemu. Dalej w tekście:

„[...] Ministerstwo negocjuje ze związkiem zawodowym lekarzy, „Solidarnością", Naczelną Izbą Lekarzy i Naczelną Izbą Pielęgniarek podział pieniędzy na etaty w przychodniach.

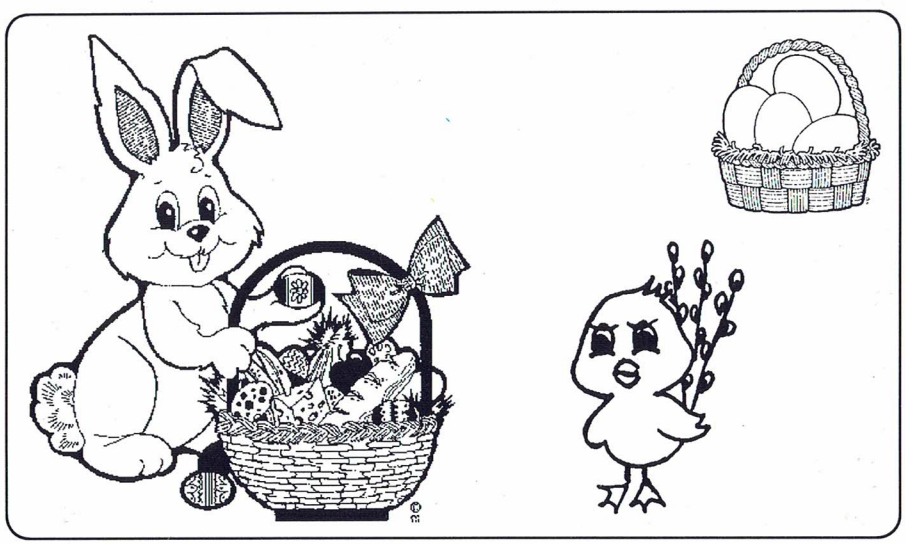
Alokacja - jak to nazywa ministerstwo - czyli nowy podział pieniędzy między województwa na etaty w podstawowej opiece zdrowotnej wywołuje protesty w służbie zdrowia. Przez zastosowanie wzoru matematycznego opierającego się na liczbie ludności i współczynnika zgonów 12 województw dostanie mniej pieniędzy dla pracowników służby zdrowia niż dotychczas, 37 województw dostanie więcej.

Ministerstwo tłumaczy: nowy podział wyrówna dysproporcje między województwami. Do tej pory województwa, które mają więcej szpitali i lekarzy, dostawały więcej pieniędzy, choć mogły mieć „mniejsze potrzeby zdrowotne niż inne, na terenie których mieszka więcej osób". Po nowym podziale, według ministerstwa, więcej pieniędzy dostaną te województwa, w których zatrudnienie lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców jest zbyt małe [...]

- Dotychczasowy sposób finansowania szpitali i przychodni nie nadaje się do naprawy. Reliktem jest centralne decydowanie o tym, jak lokalnie mają być wydawane pieniądze. W kraju tak dużym jak Polska niesie to zawsze ryzyko błędów - tłumaczy Balicki, wiceprzewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia. Resort zdrowia wciąż deklaruje, że chce reformy, ale „ulepszanie" starego systemu pokazuje, że są bardzo do niego przywiązani.

/Katarzyna Montgomery/
Gazeta Wyborcza z 19.01.96

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



A w tym roku, jak co roku - CIECIORKA

Od jedenastu lat, nie bez kłopotów, istnieją Obozy Kontaktowe dla dzieci niepełnosprawnych w Cieciorce. Od pięciu lat - dzięki grupce zapaleńców tworzących Społeczne Biuro Organizacyjne Obozów Kontaktowych, którzy nie pozwolili w 1992 roku umrzeć obozom w Cieciorce; miejscu o specyficznej, niespotykanej gdziekolwiek indziej atmosferze; dokąd garną się nie tylko same dzieci, ale także ich sprawni opiekunowie.

Cieciorka to nie tylko miejscowość położona gdzieś pośród Borów Tucholskich, koło Kalisk (na trasie Starogard Gdański - Chojnice), ale także ludzie. Nie tylko ci, którzy organizują turnusy. ale także ci tworzący Cieciorkę: dzieci niepełnosprawne, studenci - opiekunowie, kadra obozowa oraz wypróbowani od lat sponsorzy - przyjaciele obozów.

Wszystkie te osoby (łącznie około 140 osób) spotkały się na Balu Karnawałowym - Spotkaniu Poobozowym kończącym akcję obozową „Cieciorka'95" (2 turnusy + spotkanie). Odbyło się ono w dniach 16 - 18 lutego 1996 r. w Ośrodku Szkoleniowo-Wypoczynkowym PKP w Gdańsku -Stogach. Program obejmował m.in. bal przebierańców, wieczór wypominek, spacery, dyskotekę oraz wspaniały pokaz ogni sztucznych. Na uroczystej kolacji rozpoczynającej spotkanie i bal przebierańców mieliśmy zaszczyt i ogromną przyjemność gościć dostojnych przedstawicieli:

- Akademii Medycznej w Gdańsku: Prorektora ds. dydaktyki prof. Marka Grzybiaka, prof. Zofię Zegarskę oraz mgr Annę Nałęcz;
- Lions' Club Neptun Gdańsk: prof. Wiesława Makarewicza oraz dr. Bogumiła Przeździaka;
- redakcji „Jestem" z Warszawy: red. Jana Praszczołka i red. Beatę Frankowską;
- Zarządu Okręgowego PCK w Gdańsku: dyrektora Biura ZO PCK Zenona Bloka oraz p. Gabrielę Jachlewską;
- Leo Club Gdańsk Artus;
- Koła Rodziców Dzieci Niepełnosprawnych w Gdańsku.

W trakcie tejże kolacji miał miejsce moment szczególnie ważny i doniosły dla wszystkich osób związanych z Cieciorką, a zwłaszcza dla organizatorów Obozów Kontaktowych. Prorektor AMG prof. dr Marek Grzybiak wręczył Przewodniczącemu Społecznego Biura Organizacyjnego mgr. Zbigniewowi Pazderskiemu Medal 50-lecia AMG. Tym samym uhonorował za działalność nie tylko samego Przewodniczącego Biura, ale także wszystkich tworzących Biuro i obozy w Cieciorce.

Następnie rozpoczął się bal przebierańców trwający do samego rana. Na drugi dzień, po chwili odpoczynku, spacer, a potem wspominanie tego, co w Cieciorce wydarzyło się w ubiegłym roku. Po kolacji - atrakcja wieczoru - wspaniały pokaz ogni sztucznych do muzyki J. M. Jarre'a, a po nim trwająca do późna dyskoteka. Niestety na trzeci dzień trzeba było się żegnać. Wszyscy wyjeżdżali ze spotkania z nadzieją, iż obozy w tym roku także się odbędą.

Dziś można już powiedzieć, że akcja obozowa „Cieciorka '96" rozpoczęła się. Znane są już terminy tegorocznych turnusów. Powoli zaczyna się rekrutacja uczestników niepełnosprawnych, a także osób sprawnych - opiekunów z uczelni Trójmiasta, a szczególnie Akademii Medycznej i Uniwersytetu Gdańskiego - przyszłych lekarzy i nauczycieli. Odbywa się także niezbędne dla istnienia Obozów pozyskiwanie środków finansowych.

Mam nadzieję, iż jak co roku w przyszłym roku po obozach spotkamy się wszyscy na kolejnym Spotkaniu Poobozowym.

Wojciech Kotłowski (VI WL)

W razie pytań, propozycji, problemów podaję telefon Społecznego Biura Organizacyjnego:

32-00-17, środy - godz. 17.00 - 19.00.