



Nadal pogarszająca się sytuacja kadrowa

średniego personelu medycznego w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Gdańsku

Gdańsk, dnia 27.03.1998 r.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
ul. Miodowa 15, Warszawa
przez Akademię Medyczną w Gdańsku

Z uwagi na coraz wyższe wymagania stawiane średniemu personelowi medycznemu w wysoko specjalistycznych oddziałach naszego szpitala klinicznego, przy równoczesnym obniżeniu się realnego wynagrodzenia w stosunku do zarobków tej grupy pracowniczej w innych szpitalach i jednostkach ochrony zdrowia w województwie gdańskim - kierownictwo szpitala napotyka coraz większe trudności z zabezpieczeniem właściwej (odpowiedniej) opieki pielęgniarskiej w poszczególnych komórkach organizacyjnych działalności podstawowej.

Wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Gdańsku z rocznym stażem pracy wynosi 445 zł, natomiast z pięcioletnim stażem 500 zł miesięcznie. W innych placówkach służby zdrowia naszego województwa, wynagrodzenie to jest wyższe o 150-200 zł miesięcznie. Duża ilość dobrze przeszkolonych w naszych klinikach pracownic odchodzi z przyczyn finansowych.

Brak dodatków za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia powoduje coraz większe kłopoty ze skompletowaniem stabilnych załóg w klinikach, gdzie takie zagrożenia są stosunkowo wysokie.

Wzrasta ilość chorób zawodowych, powodujących konieczność przesunięcia pracowników na inne stanowiska, zgodnie z orzeczeniem lekarza ZUS oraz zaleceniami Inspekcji Pracy. Na dzień 27 marca 1998 r. jest 169 stwierdzo-

nych chorób zawodowych u pracowników PSK Nr 1 w Gdańsku. Przeprowadzona w związku z powyższą sytuacją analiza obejmuje okres 6 lat (od 1992-1997).

Równocześnie stwierdzam, że bardzo pogorszyła się sytuacja na rynku pracy - aby zwerbować nowe pielęgniarki uczestniczyliśmy w minionym roku w 9. giełdach pracy, z czego 7 zorganizowano na naszą prośbę. Poza Gdańskiem giełdy zorganizowane były w Gdyni, Tczewie oraz Kościerzynie. Z dwóch ostatnich wymienionych miast udało się zwerbować jedynie po jednej pielęgniarce. Ostatnia giełda miała miejsce 20 marca br. - chęć podjęcia pracy zgłosiła 1 pielęgniarka.

Jako jedyny szpital w województwie uciekaliśmy się do pozyskiwania pielęgniarek z grupy osób mających przerwę w wykonywaniu zawodu pielęgniarki zatrudniając za pośrednictwem Rejonowego Urzędu Pracy na powstały z naszej inicjatywy Program Specjalny. Zyskaliśmy w ten sposób 25 pielęgniarek.

Dzięki wprowadzeniu od października 1996 roku kwaterowania nowych mieszkańek Hotelu Pielęgniarek do 3-osobowych pokoi zyskaliśmy dodatkowych 21 miejsc hotelowych.

Mimo ww. trudności kadrowych, wzrostu obciążenia pracą oraz nowych zasad naliczania

➡ str. 13

40 lat minęło...

Spotkanie koleżeńskie absolwentów AMG rocznika 1953-58

Czterdziestolecie pracy zawodowej to rocznica skłaniająca do refleksji nad tym, co wynieśliśmy z lat studiów w naszej *Alma Mater* i jak potoczyło się nasze lekarskie życie. W polityce i losach Polaków to cała epoka.

Jesteśmy pokoleniem, które pamięta jeszcze lata wojny i okupacji. Przed 1948 r. niektórzy zdążyli zetknąć się ze Związkiem Harcerstwa Polskiego. Kończyliśmy szkołę średnią i zaczynaliśmy w 1953 roku studia w apogeum stalinizmu. Podstawowym podręcznikiem, z którego czerpaliśmy wówczas naszą wiedzę przygotowując się do egzaminu wstępnego, a jeszcze i później na I i II roku na zajęciach z marksizmu-leninizmu był „Krótki kurs historii WKP(b)” - którą to książkę, mocno podniszczoną i całą starannie podkreśloną, niektórzy przechowują z pewnym sentymentem do dzisiaj. Już jako studenci przeżywaliśmy euforię „odwilży” 1955 roku, potem w 1956 roku październikowe wiece na Politechnice, byliśmy pierwszymi czytelnikami

➡ str. 23



ZWYCIĘSKA DRUŻYNA SIATKAREK

str. 27

KRONIKA ŻYCIA UCZELNI



Profesor Alberto Montori z wizytą w AMG

str. 8



Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej konkurs MARIA'98

Na konkurs napłynęło 19 wniosków na łączną kwotę ok. 24 mln zł (w cenach stycznia 1998), co znacznie przewyższało desygnowane na ten cel środki.

Najwięcej wniosków napłynęło od zespołów z uczelni (11 na 12,3 mln zł). W konkursie najaktywniej uczestniczyli uczeni z akademii medycznych (8 wniosków na 11,9 mln zł) i z resortowych jednostek badawczo-rozwojowych (8 wniosków na 11,7 mln zł).

Wnioski napłynęły z 7 ośrodków, najwięcej z regionu warszawskiego - 7 wniosków na ponad 8,8 mln zł, z lubelskiego - 5 wniosków na kwotę 7,1 mln zł, z krakowskiego - 3 wnioski na kwotę 2,5 mln zł. Kwoty, o które wnioskowano, mieszczą się w przedziale od 6 mln zł do 80 tys. zł, przy czym o kwoty powyżej 2 mln zł występowało 4 wnioskodawców.

Zarząd Fundacji w oparciu o opinie powołanych ekspertów przeprowadził kwalifikację tych wniosków. Duża ilość zgłoszeń napłynęła od renomowanych zespołów badawczych o uznanym dorobku, jednakże w wielu przypadkach problematyka uprawianych przez wnioskodawców badań nie mieściła się ściśle w ramach założonego programu tematycznego.

W efekcie przeprowadzonej procedury 5 ze zgłoszonych wniosków, i nie wszystkie w całości, przyjęto do realizacji. Łączna wartość przyznanych subwencji wynosi ponad 2 mln zł. W gronie laureatów znaleźli się uczeni z 4 resortowych jednostek badawczo-rozwojo-

wych i z 1 akademii medycznej. Subwencje otrzymały zespoły z Warszawy (3) oraz z Bydgoszczy i Gdańska (po 1).

Klinice Onkologii i Radioterapii AM w Gdańsku, kierowanej przez prof. Jacka Jassemę, przyznano środki na zakup 8 sztuk źródeł irydowych do aparatu Selectron PDR (*pulse dose rate*), do brachyterapii pulsacyjnej.

[za: <http://www.fnp.org.pl/infmari2.html>]

JM Rektor powołał

prof. dr. Jerzego Lipińskiego, kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej na Pełnomocnika Rektora ds. Chirurgii Urazowej na okres bieżącej kadencji władz Uczelni.

KADRY PSK 1

1.03. - 31.03.1998

Jubileusz długoletniej pracy w PSK nr 1 obchodzą:

40 lat

Ryszard Ostasz

35 lat

Janina Oczkowska
Józefa Szynszecka

30 lat

Mieczysław Baran
Zygmunt Piepiórka

25 lat

Stanisław Helman
Zofia Jasina
Jadwiga Szczepańska

20 lat

Maria Grabarz
Elżbieta Jackiewicz
Elżbieta Kościuk

Klub Seniora AMG

Zarząd Klubu uprzejmie zaprasza na spotkanie emerytów i rencistów AMG w dniu 5 maja o godz. 10.00 do sali im S. Hillera w Budynku Zakładów Teoretycznych, na którym zostaną podane informacje o dotychczasowych działaniach Klubu i najbliższych zamierzeniach.

za Zarząd: prof. Józef Terlecki

KADRY AMG

1.03. - 31.03.1998

Tytuł profesora nauk medycznych otrzymała

prof. dr hab. med. Ewa Dilling-Ostrowska

Na stanowisko profesora zwyczajnego awansowali:

prof. dr hab. med. Andrzej Kryszewski
prof. dr hab. med. Czesław Stoba
prof. dr hab. n. med. Halina Tejchman

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego awansowała

dr hab. med. Krystyna Raczyńska

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzili

35 lat

dr med. Maria Adamcio-Deptulska

30 lat

Gabriela Borkowska
dr med. Alicja Kostulak

25 lat

Maria Gajewska

Na emeryturę przeszły:

Brygida Sikorska
Irena Spich

Z Uczelni odeszła

lek. med. Alicja Bałanda

Senat AM w Gdańsku na posiedzeniu w dnia 20 kwietnia 1998 r. zaakceptował projekt rozliczenia kwoty przyznanej na podwyżki od 1.04.1998 r. uzgodniony ze Związkami Zawodowymi

1. Kwota ta wynosi: 1.903.508 zł i została określona dla 1508 etatów kalkulacyjnych. W skali miesiąca kwota na podwyżki wynosi: 211.500,88 zł, co daje na jeden etat rzeczywisty (1577 etaty) 134,11 zł, na wszystkie składniki wynagrodzenia tj.
- wynagrodzenie zasadnicze;
- pochodne stałe (wystuga lat, dodatki);
- wynagrodzenia nieperiodyczne;
2. Z podanej kwoty na podwyżki utworzono rezerwę na wynagrodzenia nieperiodyczne (nagrody jubileuszowe, odprawy emerytalne, ekwiwalenty za urlopy, nagrody, godziny po-

nadwymiarowe oraz na wynagrodzenia pochodne stałe, wystuga lat) - 104.692,00 zł.

Na wynagrodzenia zasadnicze, dodatki funkcyjne i za warunki szkoldliwe (wynagrodzenia stałe) pozostaje kwota w skali miesiąca: 199.868,00 zł, co daje na jeden etat rzeczywisty: 126,73 zł.

3. Kierując się skutkami inflacji w 1997 r. i podwyżką opłat mieszkaniowych w bieżącym roku oraz bardzo niską średnią wynagrodzeń zasadniczych w stosunku do średniej krajowej, kwotę przypadającą na wynagrodzenia stałe podzielono:

nauczyciele akademicy	pracownicy nie będący nauczycielami
65%	35%
898 etatów	679 etatów
129.914 zł	69.954 zł
144,67 zł w skali 1 miesiąca	103,02 zł w skali 1 miesiąca
106,60 zł na jeden etat rzeczywisty	73,67 zł na jeden etat rzeczywisty

Zmniejszenia ogólnej kwoty podwyżki w skali 1 miesiąca na:

max. dodatki funkcyjne 14.527 zł	max. dodatki funkcyjne 1.920 zł
dodatki szkodliwe 6.250 zł	dodatki szkodliwe 3.004 zł
dodatki stażowe 13.801 zł	dodatki stażowe 9.448, zł
	+ 10% premia 5.558 zł

W wyniku wszystkich zmniejszeń pozostają kwoty na **wynagrodzenie zasadnicze** w skali 1 miesiąca:

95.730 zł	50.024 zł
co daje 106,60 zł na jeden etat	co daje 73,67 zł na jeden etat

pozwalające na podwyższenie uprzedniego wynagrodzenia zasadniczego o:

10,8%	11,9%
-------	-------

W dniu 20 kwietnia 1998 r. zmarł

prof. dr hab. Jan RUSZEL

emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani Akademii Medycznej w Gdańsku, były prodziekan i dziekan Wydziału Lekarskiego, wybitny specjalista otolaryngologii, zasłużony nauczyciel i wychowawca akademicki, autor wielu prac naukowo-badawczych, wieloletni konsultant regionalny i wojewódzki, członek licznych Towarzystw Naukowych, przewodniczący senackich i rektorskich komisji, lekarz znany z niezwykłej rzetelności i skromności.

W numerze...

Nadal pogarszająca się sytuacja kadrowa ..	1
40 lat minęło.....	1
JM Rektor powołał	2
Kadry AMG i PSK 1	2
Klub Seniora AMG	2
Senat AM w Gdańsku uchwalił podwyżki ..	3
Senacka Komisja Wydawnictw	4
Uchwała Senatu AM w Gdańsku	4
Uchwała KZ NSZZ „Solidarność”	4
Klinika Gastroenterologii obdarowana	5
Do Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich	5
Ocena działalności naukowo-badawczej jednostek AMG w 1997 roku	7
Wspólny Zjazd Neurochirurgów	7
Wizyta prof. Alberto Montoriego w AMG	8
Komitet Badań Naukowych informuje	9
Współpraca uniwersytetów w Unii Europejskiej	10
Dar WBK	11
Dar prof. Ryszarda Niemiro	11
Akredytacja studiów medycznych	12
Sesja „Plagiat w Medycynie”	14
Polskie Towarzystwo Stomatologiczne	15
Jeszcze o rewolucji w doktoratach	16
Nadciśnienie tętnicze	17
Wspomnienie o początkach ośrodka laparoskopowego	19
Półwiecze Oddziału Gdańskiego PTP	22
Przeczytane	22
Towarzystwa	24
Na łamach prasy	26
Wspomnienia z Kwidzyna	27
Sukces siatkarek	27
Kongres Endokrynologii Ginekologicznej ..	28
Portret europejskiego studenta	28

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

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

Adres redakcji: Biblioteka Główna AMG, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 347-82-22 wew. 10-40, e-mail: gazeta@amedec.amg.gda.pl; www: http://www.amg.gda.pl/NAMG/GAZETA_AMG/

Rej.: 718/98, nakład: 700 egz.

Wydanie dofinansowane przez KBN

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

Warunki prenumeraty:

Cena prenumeraty krajowej na 1998 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 10901098-488-128-00

Posiedzenie Senackiej Komisji Wydawnictw

W dniu 7 kwietnia 1998 r. odbyło się posiedzenie Senackiej Komisji Wydawnictw, w którym uczestniczyli: dr hab. Barbara Adamowicz-Klepalska, mgr Józefa de Laval, prof. Henryk Lamparczyk, prof. Marek Latoszek, mgr Zdzisław Łaban oraz prof. Andrzej Myśliwski - przewodniczący Komisji.

Zebrani rozpoczęli posiedzenie od uczczenia, przez powstanie i chwilę ciszy, pamięci wieloletniego przewodniczącego Senackiej Komisji Wydawnictw, zmarłego 27 października 1997 r. prof. Józefa Szczekota.

W pierwszym punkcie programu Komisja zatwierdziła sprawozdanie z realizacji planu wydawniczego w roku 1997. W ubiegłym roku wydano 11 skryptów, 4 rozprawy habilitacyjne oraz 9 tytułów innych wydawnictw. Sprawozdanie zostało przyjęte bez zastrzeżeń.

Następnie rozpatrzono plan wydawniczy AMG na rok 1998. Plan przewiduje wydanie 24 skryptów oraz 11 rozpraw habilitacyjnych. Spośród wydawnictw skryptowych cztery to kolejne wydania, pozostałe 20 tytułów to wydania pierwsze. Plan realizuje wcześniej ustaloną zasadę, że do kolejnych wydań przyjmowane są jedynie te tytuły, które nie zalegają w magazynie, co stwarza szansę, że i nowe wydanie tego tytułu zostanie rozprzedane. Natomiast w odniesieniu do pierwszych wydań, ze względu na trudne do ustalenia dokładne zapotrzebowanie na dany tytuł, jednak uwzględniając liczebność lat studiów, dla których skrypt jest przewidziany oraz informacje pochodzące od pracowników Biblioteki, dokonano korekty liczby egzemplarzy proponowanej przez autorów. W większości przypadków te liczby zredukowano.

Ponieważ zmniejszony pobyt na skrypty wydaje się być spowodowany ich relatywnie wysoką ceną, co skłania studentów do kserowania fragmentów skryptów, postanowiono wystąpić do władz Uczelni o rozważenie możliwości zrezygnowania, wzorem UG i PG, z narzutu, jakim obciążone jest wydawanie skryptów. Narzut ten w AMG wynosi aż 30%, a więc w istotny sposób wpływa na cenę. Obniżenie ceny skryptów powinno zwiększyć popyt, a przez to zmniejszyć zaleganie wydanych skryptów w magazynach, zapewniając zwrot poniesionych kosztów. Ponadto wydawanie skryptów odbywa się w ramach

realizowania podstawowej, statutowej funkcji naszej Uczelni, jaką jest nauczanie studentów, tak więc w budżecie Uczelni powinny się znaleźć środki, aby działalność wydawnicza, zapewniająca właściwy poziom nauczania, była stale rozwijana. Jednocześnie decyzje dotyczące wydawania określonych tytułów oraz wielkości nakładu powinny uwzględniać przewidywany popyt, co

ograniczy ryzyko blokowania środków w niesprzedanych wydaniach.

Po dyskusji postanowiono utrzymać zasadę, iż koszty wynikające z umieszczania kolorowych rycin w pracach habilitacyjnych ponosi autor pracy lub jego jednostka macierzysta.

Przewodniczący Komisji zaproponował, aby następne posiedzenie poświęcić perspektywom rozwoju działalności wydawniczej w naszej Uczelni.

przewodniczący Senackiej Komisji
Wydawnictw
prof. Andrzej Myśliwski

Uchwała Senatu AM w Gdańsku

z dnia 20 kwietnia 1998 r.

w sprawie przyznawania najwyższej stawki wynagrodzenia zasadniczego pracownikom nie będącymi nauczycielami akademickimi na 2 lata przed odejściem na emeryturę:

Przyznaje się najwyższą stawkę wynagrodzenia zasadniczego pracownikom nie będącymi nauczycielami akademickimi na 2 lata przed uzyskaniem wieku emerytalnego, jeżeli przepracowali w Akademii Medycznej w Gdańsku co najmniej 10 lat. Dotyczy to również pracowników przechodzących na wcześniejszą emeryturę na podstawie art. 27 ust. 1 Ustawy z dnia 14.12.1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz. U. Nr 40, poz. 267 z późn. zmianami), pod warunkiem:

- spełnienia przez pracownika warunków do otrzymania świadczeń emerytalnych w skróconym wieku
- złożenia przed podwyższeniem wynagrodzenia wniosku o rozwiązanie umowy o pracę z datą nabycia prawa do wcześniejszej emerytury.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. Jednocześnie traci moc uchwała z dnia 21 października 1996 r. w powyższej sprawie.

Rektor
prof. dr hab. Zdzisław Wajda

Gdańsk, dnia 20 kwietnia 1998 r.

Marszałek Sejmu
Pan Maciej Płażyński

Uchwała Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” AMG i PSK
z dnia 17.04.1998 r.

Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” AM i PSK w Gdańsku domaga się pilnego wprowadzenia pod obrady Komisji Sejmowych inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do oddzielenia płac pracowników cywilnej sfery budżetowej od sfery mundurowej.

Naszym zdaniem taka inicjatywa uzdrowi zasady wynagradzania w cywilnej sferze budżetowej - przyspieszając jednocześnie osiągnięcie przez cywilną sferę budżetową (Zdrowie, Kultura i Oświata) wysokości płac sfery produkcyjnej zagwarantowanej porozumieniem Komisji Trójstronnej.

Wszelkie rozwiązania docelowe regulujące wzrost płac pracowników szkół wyższych, nauki i służby zdrowia proporcjonalny do wzrostu produktu krajowego brutto będzie przez nas akceptowany.

Natomiast działania zmierzające do ograniczenia poprawy w cywilnej sferze budżetowej traktować będziemy jako działania na szkodę państwa polskiego i jego społeczeństwa.

Z poważaniem

za KZ AM i PSK
przewodniczący NSZZ „Solidarność” AMG i PSK
Miroslaw Madej

Klinika Gastroenterologii obdarowana

W połowie lutego bieżącego roku Klinika Gastroenterologii po raz kolejny otrzymała w darze od członków Falkenberg's Frikyrko (Szwecja) kilkadziesiąt łóżek i szafek szpitalnych, odzież ochronną. Ponownie doświadczyliśmy bezinteresownej pomocy osób, które obecnie zaliczyć możemy do grona naszych przyjaciół. Podobnie jak przed rokiem, 45 metrów sześciennych sprzętu szpitalnego dostarczyli nam własnym transportem panowie Sixten Anderson oraz Timo Marttiini. Poza chorymi znajdującymi się pod naszą opieką, dary ucieszyły również personel i najmłodszych pacjentów Kliniki Pediatrii AMG obdarowanych pokaźnych rozmiarów przesyłką jednorazowych pieluch dla niemowląt. Szczególnie w ogólnie znanej sytuacji finansowej służby zdrowia potrafimy docenić wartość otrzymanego wyposażenia. Nie można tutaj nie wspomnieć o osobie, dzięki której mogło dojść do nawiązania kontaktu z Falkenberg's Frikyrko, oraz dzięki której za każdym razem transport i przekazanie darów przebiega bez zakłóceń. Jest nią



Od lewej: Sixten Anderson, Timo Marttiini, Krystyna Stanielewicz-Persson, prof. Andrzej Kryszewski

wieloletni pracownik AMG Pani Krystyna Stanielewicz-Persson. Jeszcze raz dziękujemy w imieniu własnym i pacjentów wszystkim, dzięki którym otrzy-

maliśmy powyższą pomoc. Ich bezinteresowna ofiarność zaskarbiła naszą wdzięczność i szacunek.

prof. Andrzej Kryszewski

Zakopane, 28.03.1998

Prof. dr hab. Aleksander Koj

Przewodniczący

Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich

Wielce Szanowny Panie Przewodniczący,

Konferencja Rektorów Akademii Medycznych w Polsce (KRAMP) na posiedzeniu w dniach 27-28.03.1998 w Zakopanem z udziałem wszystkich Rektorów Akademii Medycznych w Polsce oraz Dyrektora Departamentu Nauki i Kształcenia MZiOS, prof. dr. hab. Andrzeja Lewińskiego szczegółowo omawiała projekt nowelizacji ustawy o szkolnictwie wyższym KRASP. Konferencja wnioskuje, że zapis podporządkowujący uczelnie medyczne Ministerstwu Edukacji Narodowej jest dla Senatów Uczelni Medycznych i Rektorów absolutnie nie do przyjęcia i żadna z uczelni medycznych nie widzi innej bezpośredniej podległości, jak względem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS). Powyższe stanowisko wynika ze specyfiki funkcjonowania Akademii Medycznych, które pełnią potrojną rolę:

1) nauczanie przeddyplomowe, które bazuje w blisko 80% na szpitalach klinicznych, o których funkcjonowaniu Minister Edukacji Narodowej nie posiada wiedzy i doświadczenia, a zatem nie może ich nadzorować,

2) Szkoły Medyczne wykonują ustawowo ponadregionalny nadzór zdrowotny, o którym MEN również nie posiada ani wiedzy ani doświadczenia,

3) Szkoły Medyczne znaczną część aktywności poświęcają kształceniu specjalistów różnych dyscyplin medycznych (szkolenia podyplomowe), co do których jedynie MZiOS ma dostateczne zrozumienie.

Wobec systematycznego braku zrozumienia specyfiki Szkół Medycznych przez władze KRASP, Konferencja Rektorów Akademii Medycznych w Polsce zdecydowanie odcina się od sformu-

ułowań KRASP w sprawie podległości Akademii Medycznych wobec MEN, a Rektorzy Uczelni Medycznych w oparciu o identyczne stanowisko Senatów ich Uczelni postanawiają zawiesić swój udział w pracach KRASP i odwołać swojego Przewodniczącego z Prezydium KRASP, a także prof. Kleinroka z Komisji Legislacyjnej KRASP.

Rektorzy KRAMPu podjęli jednomyślną uchwałę o wystąpieniu z KRASP, jeżeli zapis w projekcie znowelizowanej ustawy w sprawie podległości uczelni medycznych nie zostanie zmieniony tak, aby uwzględnił on specyfikę uczelni medycznych i ich podległość MZiOS.

Mamy nadzieję, że Pan Przewodniczący KRASP przedstawi jednoznaczne stanowisko Rektorów i Senatów Akademii Medycznych na następnym posiedzeniu Prezydium KRASP i powiadomi Przewodniczącego KRAMP o ostatecznym, zgodnym z oczekiwaniami szkół medycznych, stanowisku odnośnie usytuowania szkół medycznych w resorcie zdrowia, a nie jak proponuje dotychczas KRASP, w resorcie oświaty.

Przewodniczący KRAMP i Rektorzy Akademii Medycznych zebrał na Konferencji w Zakopanem w dniach 27-28.03.1998

Przewodniczący: prof. dr hab. Stanisław Konturek
Członkowie:

prof. dr hab. Jan Górski, Rektor AM w Białymstoku

prof. dr hab. Jan Domaniewski, Rektor AM w Bydgoszczy

prof. dr hab. Czesław Baran, Prorektor AM w Gdańsku

prof. dr hab. Zbigniew Religa, Rektor Śląskiej AM

prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok, Rektor AM w Lublinie

prof. dr hab. Dariusz Brykalski, Prorektor AM w Łodzi

prof. dr hab. Janusz Gadzinowski, Rektor AM w Poznaniu

prof. dr hab. Krzysztof Marlicz, Rektor Pomorskiej AM

prof. dr hab. Andrzej Górski, Rektor AM w Warszawie

prof. dr hab. Jacek Szechiński, Prorektor AM we Wrocławiu

prof. dr hab. Jan Chojnacki, Rektor Wojskowej AM w Łodzi

prof. dr hab. Jan Doroszewski, Rektor CMKP w Warszawie

Kategorie za rok 1997

Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym - Jednostki kliniczne

Kategoria A

- II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej
- Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych
- Klinika Chirurgii Dziecięcej
- Klinika Chorób Nerek
- II Klinika Chorób Serca
- Klinika Hematologii
- Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
- Klinika Onkologii i Radioterapii
- Katedra i Klinika Ortopedii
- I Klinika Późnictwa i Ginekologii
- II Klinika Późnictwa i Ginekologii

Kategoria B

- I Katedra i Klinika Chirurgii
- Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej
- Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej
- Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy
- Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani
- Katedra i Klinika Neurochirurgii
- Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii
- Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii
- I Klinika Chorób Psychiczych
- II Klinika Chorób Psychiczych
- I Klinika Chorób Serca
- III Klinika Chorób Wewnętrznych
- Zakład Medycyny Nuklearnej
- Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej
- Zakład Psychiatrii Biologicznej
- Samodzielna Pracownia Alergologii
- Samodzielna Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia

Kategoria C

- Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej
- Katedra i Klinika Chorób Oczu
- Katedra i Klinika Urologii
- Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej
- Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej
- Klinika Chorób Zakaźnych
- Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrego Zatrucia
- Klinika Kardiologii
- Klinika Kardiologii Dziecięcej
- Klinika Neurologii Dorosłych
- Klinika Neurologii Rozwojowej
- Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń
- Zakład Parodontologii
- Zakład Rentgenodiagnostyki
- Zakład Stomatologii Dziecięcej

Kategoria D

- Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń
- Klinika Gastroenterologii
- Klinika Nefrologii Dziecięcej
- Zakład Ortodoncji

Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym - Jednostki niekliniczne

Kategoria A

- Katedra i Zakład Biochemii
- Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej
- Katedra i Zakład Biologii i Genetyki
- Katedra i Zakład Farmakologii
- Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
- Zakład Anatomii i Neurobiologii
- Zakład Histologii

Kategoria B

- Katedra i Zakład Fizjologii
- Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej
- Katedra i Zakład Patomorfologii
- Zakład Anatomii Klinicznej
- Zakład Immunologii
- Zakład Immunopatologii
- Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej

Kategoria C

- Katedra i Zakład Chemii Ogólnej
- Katedra i Zakład Fizjopatologii
- Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki
- Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
- Katedra i Zakład Rehabilitacji
- Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych
- Zakład Higieny i Epidemiologii
- Zakład Medycyny Katastrof
- Zakład Medycyny Paliatywnej
- Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej
- Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej
- Samodzielna Pracownia Embriologii
- Samodzielna Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej
- Samodzielna Pracownia Mikroskopii Elektronowej
- Samodzielna Pracownia Patomorfologii Klinicznej
- Samodzielna Pracownia Psychologii Medycyny

Kategoria D

- Samodzielna Pracownia Informatyki Medycznej

Wydział Farmaceutyczny

Kategoria A

- Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki
- Katedra i Zakład Bromatologii
- Katedra i Zakład Chemii Analitycznej
- Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej
- Katedra i Zakład Toksykologii

Kategoria B

- Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Chemii Fizycznej
- Katedra i Zakład Farmakognozji
- Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych
- Katedra i Zakład Chemii Organicznej
- Zakład Analityki Klinicznej
- Pracownia Analizy Instrumentalnej

Kategoria C

- Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej
- Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej

Ocena działalności naukowo-badawczej jednostek AMG w 1997 roku

Już po raz szósty przeprowadzono ocenę działalności naukowo-badawczej Katedr, Klinik, Zakładów i Samodzielnych Pracowni naszej Uczelni w oparciu o sprawozdania roczne przedłożone przez kierowników poszczególnych jednostek. Jak co roku w ocenie uwzględniono dorobek z lat poprzednich (1995, 1996), co pozwoliło na bardziej obiektywną klasyfikację, przez co wahania w aktywności naukowej w ciągu jednego roku w mniejszym stopniu wpływają na ranking i wielkość dotacji na działalność statutową jednostki.

W roku bieżącym Komitet Badań Naukowych przyznał na działalność statutową Wydziału Lekarskiego 2.375.300 zł (w 1997 roku - 1.982.620 zł), na działalność Wydziału Farmaceutycznego 518.700 zł (w 1997 roku 377.380 zł).

Ocenę przeprowadzono w oparciu o stałe kryteria: rodzaj i liczbę publikacji, liczbę prowadzonych w jednostce projektów badawczych (grantów KBN), czynny udział w zjazdach naukowych, wymianę naukową z zagranicą, liczbę zakończonych przewodów doktorskich i habilitacyjnych, liczbę zatrudnionych nauczycieli akademickich. Największą wagę przywiązuje się do liczby i pozio-

mu opublikowanych prac oryginalnych. Według zaleceń KBN decydujące znaczenie mają publikacje w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym - indeksowane w *Current Contents*, kolejną kategorię stanowią prace anglojęzyczne opublikowane w czasopiśmie krajowym, następnie publikacje w języku polskim w wiodących w danej specjalności czasopiśmie krajowych, wreszcie prace ogłoszone w pozostałych czasopiśmie o znaczeniu lokalnym. Klasyfikacja KBN nie przywiązuje większej wagi do streszczeń i doniesień zjazdowych zarówno krajowych jak i zagranicznych.

Wynika z tego oczywisty wniosek, że optaca się publikować w jak najlepszych czasopiśmie; powszechnie uznawane są te, które są indeksowane w *Current Contents* oraz mają jak najwyższy IF (*impact factor* - wskaźnik oddziaływania). Szczegółowe informacje na ten temat są dostępne w Bibliotece Głównej AMG. Natomiast streszczenia doniesień zjazdowych, (które w dorobku wielu jednostek stanowią znaczną większość), o ile nie zostaną następnie opublikowane w czasopiśmie archiwalnym, praktycznie nie wpływają na podwyższenie w rankingu pozycji danej jednostki.

W 1997 r. działalność naukowo-badawcza jednostek naszej Uczelni kształtowała się w sposób zróżnicowany. W jednostkach nieklinicznych Wydziału Lekarskiego 3 awansowały, a 1 obniżyła swoją lokatę. Na Wydziale Farmaceutycznym 2 jednostki zostały zaliczone do kategorii wyższej, a 1 do niższej niż w roku ubiegłym. Na uwagę zasługuje fakt, że żadna z jednostek Wydziału Farmaceutycznego nie została w tym roku zaliczona do kategorii D. Natomiast już drugi rok z rzędu obserwuje się obniżenie aktywności naukowej w niektórych jednostkach klinicznych, wśród których 10 zostało zaliczonych do kategorii niższej, a 4 do wyższej niż w roku 1996.

Coroczne oceny mają na celu mobilizowanie całej społeczności naszej Uczelni do dalszego zwiększenia aktywności wszystkich jednostek. Jest to niezbędne do utrzymania lub polepszenia kategorii, jakie naszym Wydziałom przyznaje Komitet Badań Naukowych. Wiąże się to bezpośrednio z uzyskaniem niezbędnych środków umożliwiających dalszy rozwój działalności naukowo-badawczej naszej Uczelni.

Ocenę przeprowadziła Senacka Komisja Nauki w składzie: prof., prof. A. Bilikiewicz, A. Hoppe, S. Janicki, J. Jassem, R. Kaliszan, Z. Korolkiewicz, J. Krechniak, J. Limon, S. Mazurkiewicz, A. Myśliwski, B. Rutkowski, J. Sadlak-Nowicka, J. Świerczyński; dr K. Michalewski.

prof. Jerzy Krechniak
Prorektor ds. Nauki

Wspólny Zjazd Brytyjskiego i Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

w Sheffield 1-6 kwietnia 1998 r.



Połączone zjazdy naukowe naszych Towarzystw mają długą tradycję, choć odbyło się ich zaledwie kilka. Pierwszy miał miejsce w Pałacu Staszica i w Ja-

błonnie jeszcze w latach sześćdziesiątych. Pierwszy jednak raz rolę gospodarzy przejęli Brytyjczycy. Stało się tak nie tylko z powodu polskiego rodowodu organizatora, którym był Jan Jakubowski, absolwent łódzkiej AM i wychowanek tamtejszej Kliniki Neurochirurgii, pracujący na Wyspach od wielu lat i kierujący również od dłuższego czasu ośrodkiem neurochirurgicznym w Sheffield. Miejscem obrad był *Royal Hallamshire Hospital*, w którym mieści się uniwersytecka Klinika Neurochirurgii. Warto zauważyć, że na murze przed wejściem wyrzeźbione jest ogromnymi literami hasło: *ars longa vita brevis*.

Ze strony polskiej wzięto udział w zjeździe ponad 60 uczestników. Co najmniej tyle osób reprezentowało gospo-

darzy, a ponadto pojedynczy uczestnicy przybyli z Irlandii, USA, Niemiec, Kanady, Szwecji, Turcji, a nawet Hong-Kongu. Obrady odbywały się w dwóch salach przez 3 dni. Zaprezentowano przeszło 80 referatów, poruszających szeroki wachlarz tematyki specjalistycznej, w tym zagadnienia najaktualniejsze. Obie strony były w programie naukowym równo reprezentowane. Uczestnicy zjazdu z gdańskiej Kliniki, w liczbie 4, zaprezentowali trzy doniesienia referatowe, przyjęte z zainteresowaniem, a piszący te słowa przewodniczył jednej z dwu sesji plenarnych. Wystawa sprzętu i narzędzi przyprawiała, jak zawsze, o zawrót głowy - tyle prezentowano nowoczesności i wytworów techniki coraz to nowszych generacji. ➔

Wizyta prof. Alberto Montoriego w AMG

W dniu 18.04.1998 r. na zaproszenie władz Uczelni przybył do Gdańska prof. Alberto Montori, kierownik Kliniki Chirurgii, Uniwersytetu La Sapienza w Rzymie, wiceprezydent Towarzystwa Chirurgów Włoskich, prezydent Włoskiego Towarzystwa Endoskopii i Chirurgii Endoskopowej oraz prezydent elekt Europejskiego Towarzystwa Endoskopii i Chirurgii Endoskopowej.

Prof. A. Montori wziął udział w zebraniu Oddziału Gdańskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich i wygłosił wykład pt. „Metody leczenia kamicy przewodów żółciowych”, w którym przedstawił współczesne możliwości kompleksownego leczenia kamicy przewodów żółciowych laparoskopią i endoskopią. Obecnie jest to sposób przyjęty jako postępowanie z wyboru. Temat wzbudził żywe zainteresowanie i dyskusję licznych uczestników zebrania.

Zebranie prowadzili prof. Jan Skokowski, przewodniczący Oddziału Gdańskiego TChP i dr hab. Zbigniew Śledziński.

Dr M. Dobosz przedstawił materiał z II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,

➔ W części towarzyskiej godny wymienia był recital Kwartetu Skrzypcowego Lindsay'a (podobno niezwykle wysoko notowanego), który zaprezentował brawurowe wykonanie kilku utworów muzyki klasycznej (choć na Wieniawskiego nie dał się gospodarzowi namówić!). Ciekawostką był całkowicie nieformalny strój muzyków (dżinsy, porozciągane swetry), choć nam - uczestnikom zjazdu poczyniono wcześniejsze zastrzeżenia o obowiązujących na bankiecie smokingach. Ukoronowaniem strony towarzyskiej zjazdu był bankiet w przebogatym, oddalonym około 20 mil, pałacu *Chatsworth House, Derbyshire*, który wnętrzami i dziełami sztuki może rywalizować ze słynnymi muzeami. Pałac ten jest nadal zamieszkały przez (sędziwego już) *duke'a* i *duchess*, którzy, jak wielu brytyjskich arystokratów, udostępnianiem tych obiektów zarabiają (choć w części) na ich utrzymanie.

W opinii uczestników zjazd przyczynił się do odnowienia, a nawet zacieśnienia przyjaznych więzów między naszymi Towarzystwami.

prof. Brunon Imieliński

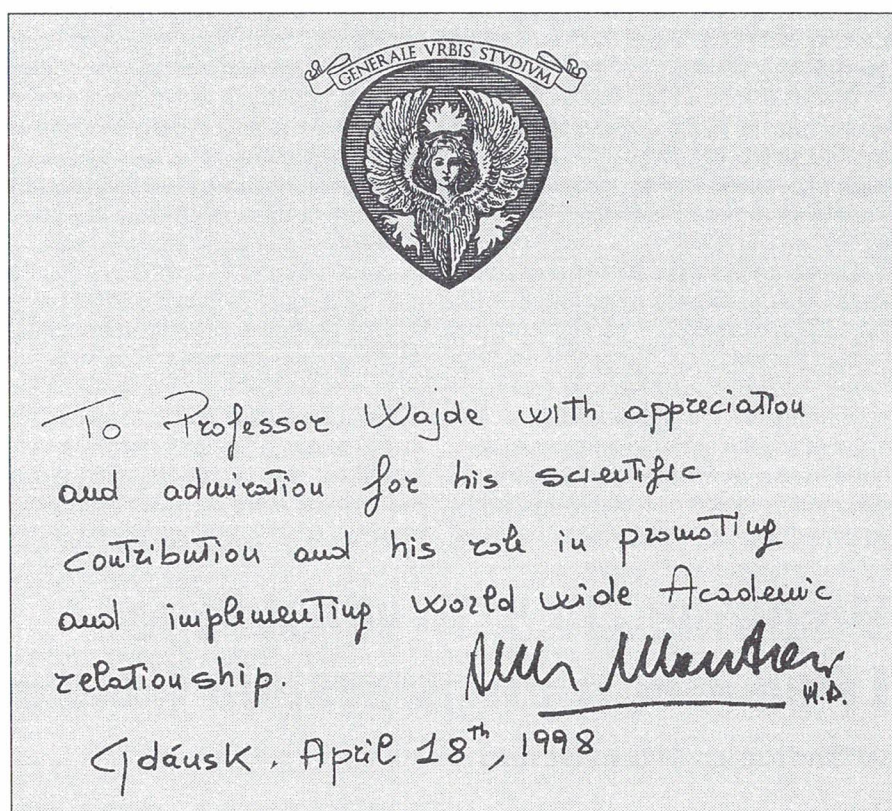
Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, natomiast dr M. Łukiański - wyniki podobnego postępowania w I Katedrze i Klinice Chirurgii. Ponadto w dyskusji udział wzięli: JM Rektor prof. Z. Wajda, prof. Z. Gruca, dr D. Zadrozny.

Przed zebraniem prof. Montori był gościem Rektora AMG. W spotkaniu udział wzięli prof. Z. Gruca, dr hab. Z. Śledziński, dr M. I. Pirski. W czasie spotkania prof. A. Montori wręczył Rektorowi AMG medal pamiątkowy Uniwer-

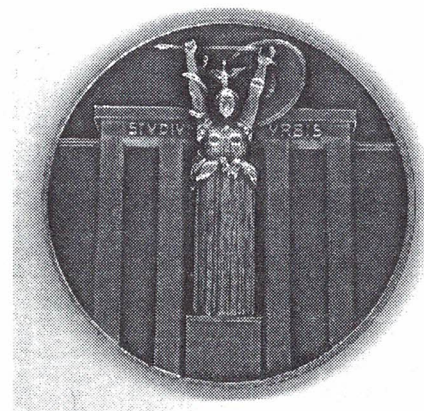
sytetu La Sapienza w Rzymie oraz dyplom. JM Rektor AMG wręczył prof. A. Montoriemu dyplom i medal pamiątkowy naszej Uczelni.

W godzinach wieczornych prof. A. Montori zwiedził Salę Czerwoną Ratusza Głównomiejskiego oraz Dwór Artusa, oprowadzany przez dyrektora Muzeum Miasta Gdańska. Zabytki Gdańska wzbudziły podziw naszego Gościa z Włoch.

dr hab. Zbigniew Śledziński



Dedykacja prof. Alberto Montori na dyplomie wręczonym JM Rektorowi



Medal pamiątkowy Uniwersytetu La Sapienza w Rzymie wręczony JM Rektorowi

Program Ramowy Badań i Technologii

Przewodniczący Komitetu Badań Naukowych, prof. Andrzej Wiszniewski spotkał się 25 marca br. w siedzibie Unii Europejskiej w Brukseli z panią Edith Cresson, komisarzem UE odpowiedzialnym między innymi za badania naukowe, innowacje i edukację. Prof. Wiszniewski zapewnił panią komisarz o silnej woli rządu RP przystąpienia naszego kraju do V Programu Ramowego Badań i Rozwoju Technologii. Jest to program Unii Europejskiej, którego budżet na lata 1999-2003 planowany jest na 14-16 mld ECU. Strona polska zadeklarowała swój udział finansowy, który po wynegocjowanych obniżkach wyniesie w ciągu czterech lat około 140 mln ECU.

Kwestią do dalszych negocjacji jest możliwość częściowego finansowania polskiej składki z funduszu PHARE (Unia popiera to rozwiązanie) oraz status polskich przedstawicieli w komitetach zarządzających programem. Przedstawiciele Unii postulują, aby polska strona miała status obserwatora (może zabierać głos, lecz nie ma prawa głosowania). Nasi przedstawiciele - choć byłby to precedens - starają się o uzyskanie statusu pełnoprawnych członków.

Oprócz rozmów z panią komisarz Edith Cresson, minister Andrzej Wiszniewski spotkał się również z dyrektorami generalnymi Robertem Verrue i prof. Jorma Routti, a także z dr. Rainerem Gerold odpowiedzialnym za współpracę naukową z krajami nie będącymi członkami Unii Europejskiej.

Zdaniem prof. Wiszniewskiego uczestnictwo w V Programie Ramowym będzie wyzwaniem zarówno dla polskiej kadry naukowej występującej z projektami badawczymi, jak i dla naszych przedstawicieli w programach zarządzających, którzy będą musieli zdobyć właściwą pozycję wśród kolegów z innych krajów. Doświadczenie wskazuje, że nowi członkowie kolejnych ramowych programów w pierwszych latach nie potrafili tak przygotować aplikacji, by finansowanie ich badań przekraczało składkę, którą kraj uiszczył. Prof. Wiszniewski ma nadzieję, że Polska będzie tu chlubnym wyjątkiem.

Warszawa, 30.03.1998 r.

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej

W trakcie posiedzenia Komitetu Badań Naukowych (15 bm.) przewodniczący KBN prof. Andrzej Wiszniewski poinformował, że rozpoczynają się negocjacje w sprawie przystąpienia Polski do

Komitet Badań Naukowych informuje

Unii Europejskiej obejmujące 31 dziedzin. **Pierwszą z nich jest nauka**, uznana za najlepiej przygotowaną i mogącą stworzyć pewien model negocjacji. Przewodniczącym zespołu ze strony polskiej będzie dr Jan Krzysztof Frąckowiak, podsekretarz stanu w Komitecie Badań Naukowych i sekretarz KBN. Rozmowy w Brukseli rozpoczną się 27 kwietnia br.

Rozwój biotechnologii w Polsce

Doświadczenia amerykańskie wskazują, że zastosowanie w przemyśle biotechnologii wymaga z jednej strony ogromnego kapitału, ale też i generuje olbrzymie zyski. W Polsce fuzję biotechnologii z przemysłem hamuje przede wszystkim brak rozwiązań legislacyjnych. Z inicjatywy KBN oraz Fundacji na rzecz Rozwoju Administracji Publicznej ukazało się w wydaniu książkowym opracowanie pt. „**Rozwój biotechnologii - projekt rozwiązań prawnych dotyczących stosowania genetycznie modyfikowanych organizmów**”, w którym przedstawiono także takie zagadnienia, jak: kierunki rozwoju biotechnologii, zagrożenia związane z jej rozwojem czy standardy bioetyczne.

Warszawa, 17.04.1998 r.

Posiedzenie Zespołu ds. Etyki Badań Naukowych

Pod przewodnictwem prof. dr. hab. Aleksandra Gieysztor odbyło się 23 kwietnia br. w siedzibie Komitetu Badań Naukowych w Warszawie w pełnym składzie drugie posiedzenie Zespołu ds. Etyki Badań Naukowych.

Zespół między innymi zapoznał się z informacją o sposobach realizacji sugestii ustalonych w trakcie poprzedniego posiedzenia, zgodnie z którymi przewodniczący Komitetu Badań Naukowych wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej oraz prezesa Polskiej Akademii Nauk z wnioskami wskazującymi na celowość podjęcia inicjatyw legislacyjnych w sprawach nowelizacji ustaw o szkolnictwie wyższym i o Polskiej Akademii Nauk w zakresie problemów przedawniania wykroczeń przeciw etyce; wystąpił z inicjatywą w sprawie ratyfikowania przez Polskę konwencji o ochronie praw czło-

wieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny; zwrócił się do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z prośbą o aktywizację prac istniejących w tym resorcie komisji etyki badań na ludziach; wystąpił z propozycją do Ministerstwa Edukacji Narodowej i Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego w sprawie wszczęcia kroków zmierzających do wprowadzenia przedmiotu nauczania „Etyka badań naukowych” do programu studiów doktoranckich, zaś do Centralnej Komisji do spraw Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych w sprawie uwzględniania w procedurach kwalifikacyjnych opinii o postawie etycznej.

Przedyskutowano problemy etyczne finansowania badań naukowych w aspekcie patogenicznych konsekwencji wielowymiarowej roli uczonego. Pracownik nauki może pełnić jednocześnie dziewięć odrębnych cząstkowych ról wynikających z uczestniczenia w działalności badawczej: uczonego, zleceniobiorcy, promotora, administratora, recenzenta, konsultanta, eksperta, członka ciał decyzyjno-opiniodawczych oraz członka ciał decyzyjnych przyznających środki z budżetu państwa na finansowanie badań. Ta wielość ról prowadzi do sytuacji normatywnie nieokreślonych lub nie w pełni określonych. Zespół postanowił poświęcić kolejne posiedzenie tej tematyce. Po konsultacjach, zapoznaniu się z dokumentami i pogłębionej dyskusji zespół sformułuje sugestie w tej sprawie.

Zespół w składzie: prof. dr. hab. Aleksander Gieysztor - przewodniczący zespołu, prof. dr. hab. med. Kornel Gibiński, prof. dr. hab. med. Witold Karczewski, prof. dr. hab. Henryk Samsonowicz, ks. prof. dr. hab. Stanisław Wielgus, prof. dr. hab. Andrzej Zoll, dr inż. Przemysław Pietrzyk - sekretarz zespołu; został powołany uchwałą nr 1/98 Komitetu Badań Naukowych 21 stycznia 1998 roku. Na swe inauguracyjne posiedzenie zebrał się 20 lutego br., w trakcie którego przewodniczący KBN prof. Andrzej Wiszniewski wręczył członkom zespołu akty powołania.

Warszawa, 24.04.1998 r.

Rzecznik Prasowy
Komitetu Badań Naukowych
dr Tadeusz Zaleski
<http://www.kbn.gov.pl>

Współpraca uniwersytetów w Unii Europejskiej

Aplikacja AMG do programu Socrates/Erasmus

Zadaniem programu SOCRATES jest rozszerzanie współpracy europejskiej w dziedzinie edukacji. Jej różne formy obejmują dzieci, młodzież i dorosłych - od przedszkola po uniwersytet. Jego celem jest kreowanie europejskiego wymiaru w nauczaniu, powiększanie kręgu osobistych doświadczeń o wiedzę na temat innych krajów Europy, rozwinięcie poczucia jedności z Europą oraz wspomaganie procesów przystosowywania się do nowych warunków społecznych i ekonomicznych w perspektywie nowej, zjednoczonej Europy.

Program SOCRATES jest nowym programem Unii Europejskiej przyjętym do realizacji na lata 1995-1999 o budżecie 850 mln ECU. Polska i inne kraje stowarzyszone z Unią Europejską, będą mogły wziąć w nim udział począwszy od roku akademickiego 1997/98.

Program SOCRATES obejmuje następujące części składowe (w nawiasie udział procentowy w budżecie):

- ERASMUS (55%) - szkolnictwo wyższe
- COMENIUS (10%) - szkolnictwo podstawowe i średnie
- LINGUA - nauczanie języków obcych
- ODL - kształcenie otwarte i na odległość
- ADULT EDUCATION - edukacja dorosłych
- EURYDICE - sieć informacyjna o programach edukacyjnych
- ARION - wizyty studyjne osób kierujących edukacją
- NARIC - sieć ekwiwalencji/uznawalności wykształcenia

ERASMUS to istotna część Programu SOCRATES obejmujący szkolnictwo wyższe. Jego głównym celem jest wspieranie europejskiej współpracy uczelni wyższych ze wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej, EFTA i krajów stowarzyszonych poprzez:

- wyjazdy pracowników i studentów,
- wspólne opracowywanie programów nauczania o charakterze europejskim,
- uznawanie studentom okresu studiów odbywanych na uczelni zagranicznej.

ERASMUS jest otwarty dla wszystkich typów uczelni, dziedzin i poziomów studiów i składa się z 2 części:

Akcja 1: Wsparcie uczelni w promowaniu Wymiaru Europejskiego

Akcja 2: Stypendia wyjazdowe dla studentów pokrywające część kosztów tego okresu studiów odbywanych za granicą, który zostanie uznany przez jego uczelnię macierzystą.

Kluczowym elementem programu ERASMUS jest wprowadzenie **Kontraktu Uczelnianego (Institutional Contract)** zawieranego między Komisją Unii Europejskiej a pojedynczą uczelnią. Musi on zawierać omówienie europejskiej polityki uczelni (**European Policy Statement**) oraz opis działań odnoszących się do współpracy uczelni z innymi krajami uczestniczącymi w programie ERASMUS. Deklaracja dotycząca polityki i opis działań są traktowane jako własny plan uczelni, którego realizacja nie powinna być uzależniona od wysokości funduszy przyznanych przez Wspólnotę.

Po kilku miesiącach przygotowań Uczelnia nasza złożyła w dniu 15.11.1997 roku wniosek o Kontrakt Uczelniany (IC) w ramach programu SOCRATES/ERASMUS. Złożenie wniosku zostało poprzedzone intensywnymi negocjacjami

i podpisaniem szeregu umów bilateralnych oraz przyjęciem przez Senat dokumentu precyzującego politykę europejską Uczelni (patrz obok). W ramach kontraktu uczelnianego ubiegamy się o dofinansowanie w roku akademickim 1998/99 następujących aktywności w zakresie współpracy europejskiej:

- OMS - wymiana studentów,
- TS - wymiana nauczycieli akademickich,
- PV - wizyty przygotowawcze,
- ECTS - Europejski System Transferu Punktów.

Ponadto program SOCRATES/ERASMUS przewiduje możliwość dofinansowania innych aktywności:

- ETF - europejskie stypendia dla wykładowców,
- CDI - opracowanie wspólnych programów nauczania na poziomie podstawowym,
- CDA - opracowanie wspólnych programów nauczania na poziomie zaawansowanym,
- EM - wspólne opracowanie modułów europejskich do istniejących programów nauczania,

Nr	Uniwersytety partnerskie w programie SOCRATES/ERASMUS	Wymiana studentów (OMS)		Wymiana nauczycieli (TS)	
		Wyjazdy	Przyjazdy	Wyjazdy	Przyjazdy
1.	Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald Germany	2. studentów na 6 m-cy	2. studentów na 6 m-cy	2. nauczycieli na 1 tydzień	2. nauczycieli na 1 tydzień
2.	Eindhoven University of Technology Holland	2. studentów na 6 m-cy	1 student na 3 m-ce	1 nauczyciel na 2 tygodnie	1 nauczyciel na 2 tygodnie
3.	University of Leuven Belgium	1 student na 3 m-ce			
4.	University Leipzig Germany	2. studentów na 6 m-cy	2. studentów na 6 m-cy	2. nauczycieli na 1 tydzień	2. nauczycieli na 1 tydzień
5.	Heinrich Heine Universität Düsseldorf Germany	2. studentów na 6 m-cy	2. studentów na 6 m-cy	2. nauczycieli na 1 tydzień	2. nauczycieli na 1 tydzień
6.	University of Antwerp RUCA Belgium	4. studentów na 3 m-ce	3. studentów na 3 m-ce	3. nauczycieli na 4 tygodnie	2. nauczycieli na 2 tygodnie
7.	University of Perugia Italy	2. studentów na 6 m-cy	2. studentów na 6 m-cy	2. nauczycieli na 1 tydzień	2. nauczycieli na 1 tydzień
8.	University of Bradford United Kingdom	2. studentów na 6 m-cy	2. studentów na 6 m-cy	2. nauczycieli na 1 tydzień	2. nauczycieli na 1 tydzień
9.	University of Turku Finland	1 student na 10 m-cy	1 student na 10 m-cy	1 nauczyciel na 1 tydzień	1 nauczyciel na 1 tydzień
10.	University of Milan Italy	1 student na 3 m-ce	1 student na 3 m-ce		
11.	University of Bremen Germany	2. studentów na 6 m-cy	2. studentów na 6 m-cy	2. nauczycieli na 1 tydzień	2 nauczycieli na 1 tydzień

- ILC - wspólne opracowanie zintegrowanych kursów językowych,
- IP - intensywne programy (kursy).

W zakresie wymiany studentów (OMS) i nauczycieli akademickich (TS) podpisano umowy dwustronne z wieloma uniwersytetami (tabelka)

Podpisana została także umowa z Uniwersytetem w Glasgow (UK) o zorganizowaniu w roku akademickim 1998/99 wizyty przygotowawczej (PV) celem sprecyzowania zakresu i form dalszej współpracy w ramach programu SOCRATES/ERASMUS. Ponadto zadeklarowano gotowość naszej Uczelni do wdrożenia Europejskiego Systemu Transferu Punktów (ECTS). Planujemy, iż na rok akademicki 1999/2000 przygotowujemy w oparciu o dotychczasowe doświadczenia i zgłosimy zamiar koordynowania intensywnego programu (IP) w formie Szkoły Letniej Biotechnologii z udziałem innych partnerów europejskich.

Podpisując wniosek o udział w Programie SOCRATES/ERASMUS rektorzy złożyli zobowiązanie, iż od wymienianych studentów nie będą pobierane opłaty za studia (*tuition fees*) oraz, że odbyty w innym uniwersytecie okres studiów, po pozytywnym zrealizowaniu uzgodnionego wcześniej programu, zostanie im zaliczony w całości do ich podstawowego toku studiów w macierzystej uczelni. To wskazuje także na konieczność pilnego wdrożenia w naszej Uczelni Europejskiego Systemu Transferu Punktów (ECTS) jako narzędzia pozwalającego ocenić nakład pracy studenta podczas stażu za granicą.

W realizacji planowanych aktywności w ramach Programu SOCRATES/ERASMUS możemy liczyć na dofinansowanie z funduszy Unii Europejskiej. Środki te pochodzą z wpłat krajów członkowskich, w tym również i Polski. Trzeba wyraźnie podkreślić, iż będzie to dofinansowanie i Uczelnia musi w budżecie na rok 1998 przewidzieć na ten cel wydatkowanie własnych środków. W zgłoszonym wniosku wystąpiliśmy o dofinansowanie zaplanowanych aktywności w łącznej wysokości 37.200 ECU, ale zapewne nie otrzymamy całej wnioskowanej kwoty. Nie obejmuje to stypendiów przeznaczonych na wymianę studentów, które będą przyznawane oddzielnie przez Krajową Agencję Programu ERASMUS, ale także należy liczyć się z tym, że będą one względnie niskie i nie pokryją w całości kosztów wyjazdu i pobytu za granicą naszych studentów.

Jakie zadania stoją przed nami w najbliższych miesiącach? Oczekując

na decyzje odnośnie wysokości przyznanych nam przez Unię Europejską funduszy będziemy w pierwszym rzędzie dokonywać szczegółowych ustaleń z uniwersytetami partnerskimi, którzy studenci i nauczyciele akademicy będą mogli być uczestnikami wymiany w roku akademickim 1998/99. Towarzyszyć temu musi odpowiednia akcja informacyjna skierowana do studentów i nauczycieli akademickich w naszej Uczelni. Z uwagi na barierę językową najprawdopodobniej łatwiej będzie rozpocząć od wymiany tzw. *postgraduate students*, czyli doktorantów ewentualnie magistrantów (na Wydziałach Farmaceutycznym i Biotechnologii) aniżeli regularnych studentów z lat przeddyplomowych. Musimy się także przygotować na przyjęcie w AMG zagranicznych studentów, zarówno merytorycznie, oferując im odpowiedni program dydaktyczny, jak i odpowiednią informację i stosowne warunki socjalne. W przygotowaniu wymiany studentów zapraszamy gorąco do współpracy Uczelniany Samorząd Studentów i Studenckie Towarzystwo Naukowe. Projektujemy wyłonienie nieformalnej grupy studentów, znających języki obce i szczególnie zainteresowanych kontaktami europejskimi oraz gotowych udzielić nam pomocy w organizacji pobytu ich kolegów z zagranicy w Gdańsku. Program ten określamy jako *Student's Peer Program*. Zapraszamy wszystkich zainteresowanych studentów do zgłaszania swego uczestnictwa do Działu Współpracy z Zagranicą AMG lub do lek. med. Jacka Kaczmarka w Katedrze i Zakładzie Fizjologii AMG. Ponadto będziemy czynić przygotowania do wzajemnych wizyt przygotowawczych z Uniwersytetem w Glasgow (UK) i poszukiwać partnerów do współorganizacji w Gdańsku Szkoły Letniej Biotechnologii w 1999 roku. Jesteśmy także otwarci na nawiązywanie nowych kontaktów z innymi uniwersytetami europejskimi, z którymi dotąd nie

posiadamy bilateralnych umów o współpracy.

Wstępne przygotowania do złożenia wniosku o Kontrakt Uczelniany JM Rektor powierzył Komisji w składzie:

Przewodnicząca:

prof. dr hab. Barbara Śmiechowska
Z-ca Przewodniczącej

prof. dr hab. Marek Grzybiak

Członkowie:

dr inż. Genowefa Kwizdińska-Bendykowska

lek. med. Jacek Kaczmarek

lek. med. Rafał Dziadziuszko

studentka V r. WL AMG Dominika Bielińska

W toku dalszych prac powołany został Koordynator Uczelniany Programu SOCRATES/ERASMUS w osobie prof. Wiesława Makarewicza, Dziekana Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii i jego zastępca w osobie lek. med. Jacka Kaczmarka. Rektor powołał ponadto Koordynatorów Wydziałowych: prof. Janusza Morysia na Wydziale Lekarskim, prof. Franciszka Sączewskiego na Wydziale Farmaceutycznym i dr. hab. Jacka Bigdę na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii. Obowiązki Uczelnianego Koordynatora ds. Wdrożenia Europejskiego Systemu Transferu Punktów był taskaw przyjąć prof. Janusz Limon.

Zdajemy sobie sprawę, iż następny rok akademicki będzie dla nas poważnym wyzwaniem. Wiemy już, że nasi europejscy partnerzy traktują Program SOCRATES/ERASMUS niezwykle poważnie i będą z uwagą obserwować naszą sprawność i zaangażowanie. Mamy nadzieję, że dzięki poparciu władz Uczelni i całej społeczności akademickiej potrafimy temu wyzwaniu sprostać.

prof. Wiesław Makarewicz
Ewa Kiszka

Dar WBK

Zarząd Wielkopolskiego Banku Kredytowego SA przekazał 5000 zł dla Oddziału Niemowlęcego Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii AM w Gdańsku z przeznaczeniem na zakup sprzętu komputerowego.

Dar Profesora Ryszarda Niemiro

Biblioteka Główna AMG składa serdeczne podziękowania Panu Profesorowi Ryszardowi Niemiro za przekazanie w darze kolejnego rocznika - 1997 - paryskiej *Kultury*.

Akredytacja studiów medycznych

Komisja Akredytacyjna Uczelni Medycznych (KAUM) została powołana uchwałą Konferencji Rektorów Akademii Medycznych w Polsce, w dniu 7 października 1997 r. w Gdańsku.

Zgodnie z zapisem statutu tej Komisji, zatwierdzonym przez przewodniczącego Konferencji Rektorów prof. dr. hab. Stanisława Konturka, KAUM jest organem społeczności akademickiej polskich uczelni medycznych, niezależnym od władz państwowych, mającym kompetencje decyzyjne i opiniodawcze w zakresie przedstawionym w tym statucie.

Cytuję w dalszym ciągu statut: celem KAUM jest „określenie warunków koniecznych dla utworzenia i prowadzenia przeddyplomowych studiów medycznych, określenie standardów edukacyjnych w odniesieniu do studiów medycznych prowadzonych przez wydziały lekarskie, zapewnienie ciągłej oceny jakości kształcenia w medycynie”.

„KAUM koncentruje się na kształceniu przeddyplomowym, biorąc pod uwagę jego program, organizację, kwalifikacje kadry, wyposażenie dydaktyczne, wewnętrzną kontrolę jakości oraz wyniki egzaminów państwowych”.

„KAUM poddaje oddzielnej ocenie poszczególne formy, programy i toki studiów realizowane na wydziałach lekarskich”.

Członkami KAUM zostali nauczyciele akademicy, zaproponowani przez właściwych rektorów, reprezentujący poszczególne uczelnie medyczne, po jednym z każdej uczelni (AMG reprezentuje niżej podpisana), jeden przedstawiciel lekarzy pozaakademickich wybrany przez Naczelną Izbę Lekarską, jeden przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz jeden student wybrany przez Samorząd Studentów Uczelni Medycznych. Przypomnę, że przewodniczącym został powołany przez Kolegium Rektorów prof. dr hab. Maciej Gembicki, a jego zastępcami prof. dr hab. Jadwiga Mirecka i prof. dr hab. Leszek Pączek. Są oni jednocześnie przedstawicielami swoich uczelni.

KAUM będzie dążyć do współpracy z takimi akademickimi organami kolegialnymi, jak:

- Rada Główna Szkolnictwa Wyższego
- Komitet Badań Naukowych
- Centralna Komisja ds. Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych
- Akademyka Komisja Akredytacyjna (po jej ukonstytuowaniu się).

KAUM w swych działaniach będzie jednak niezależna.

Jak wynika ze statutu zasady działania KAUM podlegają zatwierdzeniu przez Kolegium Rektorów Uczelni Medycznych. Kolegium Rektorów będzie informowane przez przewodniczącego KAUM o dokonaniach Komisji.

W zakres działania Komisji Akredytacyjnej wchodzi ocena jakości kształcenia w uczelniach medycznych, a wszystkie wydziały lekarskie są zobowiązane do poddania się tej ocenie.

Do oceny i opracowania standardów edukacyjnych będą służyły kwestionariusze tworzone obecnie przez członków KAUM. W kwestionariuszach tych - zgodnie ze statutem KAUM - zawarte będą treści dotyczące:

- a) wymagań związanych z podstawowymi standardami kształcenia
 - liczebność i kwalifikacje kadry nauczającej
 - relacja pomiędzy liczbą studentów a liczbą nauczycieli akademickich
 - liczba godzin zajęć programowych z uwzględnieniem uzgodnionych minimum dla poszczególnych przedmiotów
 - treści programowe w porównaniu do ustalonych minimum programowych
 - wyposażenie dydaktyczne (sprzęt laboratoryjny, ośrodki nauki komputerowej itd.)
 - dostępność biblioteki i jej wyposażenie
 - warunki istniejące w klinikach/szpitalach dla zajęć praktycznych
 - rodzaje badań naukowych prowadzonych na wydziale
- b) zasad działania i efektów wewnętrznego systemu oceny jakości nauczania
 - ocena zajęć/nauczycieli przez studentów
 - inne sposoby oceny procesu dydaktycznego stosowane na wydziale
 - działania podjęte w wyniku tak uzyskanych informacji
 - polityka wydziału w zakresie promowania dobrych nauczycieli (?)
- c) organizacji procesu dydaktycznego
 - ilość i pojemność sal wykładowych, ćwiczeniowych i laboratoriów
 - harmonogram wykładów i ćwiczeń
 - dostępność materiałów pomocniczych (podręczniki, skrypty, konspekty, instrukcje)
 - indywidualny tok studiów
 - stosowanie punktów kredytowych
 - efektywność studiów wyrażona proporcją absolwentów do studentów skreślonych ze studiów
 - organizacja praktyk wakacyjnych

- wpływ studentów na organizację procesu nauczania i zawartość programów
 - d) jakości kształcenia
 - metody nauczania (metody nowatorskie, stosowanie pomocy audio-wizualnych)
 - liczba i jakość zajęć fakultatywnych
 - liczba i rodzaj zajęć z przedmiotów humanizujących
 - poziom kształcenia w zakresie języków obcych (czas trwania i jakość kursów)
 - e) poziomu badań naukowych i ich związku z procesem dydaktycznym
 - kategoria naukowa przyznana przez KBN
 - udział twórców nauki w procesie kształcenia
 - udział studentów w pracach naukowych
 - f) współpracy międzynarodowej
 - udział w programach międzynarodowej wymiany studentów/nauczycieli
 - międzynarodowa współpraca w dziedzinie naukowej
 - udział studentów w wakacyjnych praktykach zagranicznych
 - prowadzenie zajęć w językach obcych
 - organizacja międzynarodowych konferencji naukowych
 - g) finansowych aspektów procesu dydaktycznego
 - szacunkowe koszty kształcenia (na studenta, na rok)
 - nakłady na badania związane z procesem dydaktycznym
 - dysponowanie własną bazą lokalową
 - h) różnych aspektów życia studenckiego
 - dostępność miejsc w domach akademickich
 - dostęp do stołówek studenckich, barów szybkiej obsługi, kawiarni
 - opieka nad zdrowiem studentów, kontrola szczepień
 - pomoc finansowa
- KAUM będzie analizować informacje uzyskane z uczelni zawarte w kwestionariuszu. Jeśli uzna za konieczne, będzie prosić o informacje uzupełniające. Powołane przez KAUM grupy wizytujące, składające się z kilku członków KAUM (z wykluczeniem osoby reprezentującej daną uczelnię) i z zaproszonych ekspertów, będą odwiedzać uczelnie celem odbycia spotkań dyskusyjnych z władzami uczelni, członkami rady wydziału i studentów. Grupy wizytujące będą również zainteresowane salami wykładowymi, laboratoriami, klinikami, bibliotekami. Na zakończenie wizytacji będzie sporządzany wstępny raport. Termin wizytacji będzie ustalany z daną uczelnią.

W oparciu o analizę kwestionariusza oraz wyniki wizytacji będzie sporządzana ostateczna ocena nauczania w uczelni. Dla oceny będzie stosowana 4-stopniowa skala ocen: A - ocena bardzo dobra, B - ocena dobra, C - ocena dostateczna, D - ocena niedostateczna.

Pełne sprawozdanie wraz z oceną zostanie przesłane do uczelni, a jego wersja skrócona do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

KAUM będzie również oceniać wyniki egzaminu państwowego LEP (licencyjny egzamin państwowy) po jego wprowadzeniu, jako osiągnięcia absolwentów poszczególnych wydziałów.

W wyniku końcowych decyzji akredytację uzyskają uczelnie z wynikiem A, B i C. Pięcioletnią akredytację uzyskają uczelnie z oceną A i B. Uczelnie z oceną C uzyskają akredytację na rok z wyszczególnieniem warunków, jakie muszą spełnić dla uzyskania pełnej akredytacji. Odmowa akredytacji będzie dotyczyła uczelni z oceną D. Organem odwoławczym od decyzji KAUM dotyczącej odmowy akredytacji jest obecnie Sekcja Medyczna Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Wymóg akredytacji dla poszczególnych wydziałów lekarskich w Polsce stanie się niebawem konieczny także z uwagi na przystępowanie Polski do Unii Europejskiej.

W poprzednich latach, w czasie pełnienia przeze mnie funkcji dziekana, miałam wielokrotnie możliwość uczestniczenia w spotkaniach przedstawicieli uczelni medycznych poświęconych nauczaniu medycyny. W toku spotkań istniała możliwość porównywania wykładów nauczanych przedmiotów, ich programów i rozmieszczenia na poszczególnych latach studiów, liczby godzin, egzaminów itp. Efektem spotkań było opracowanie minimów programowych i godzinowych dla poszczególnych przedmiotów.

W naszej Uczelni byliśmy już wcześniej zmuszeni do opracowania zmian w programie i planach studiów, by były one porównywalne z programami w krajach Europy Zachodniej. Musieliśmy bowiem dać możliwość naszym absolwentom w tych krajach ubiegania się o zezwolenie na podejmowanie pracy lekarza. Zbliżenie programu studiów w AMG do zachodniego było możliwe dzięki pozyskaniu przeze mnie programów i planów studiów z kilku znaczących uczelni zachodnioeuropejskich.

Powyższe działania zaowocowały, przed laty, opracowaniem przez mój ówczesny zespół dziekański propozycji zmian programów i toku studiów. Po przyjęciu zmian przez Radę Wydziału

Lekarskiego AMG możliwe było wydanie, po raz pierwszy, zbiorczego i całościowego programu studiów dla Wydziału Lekarskiego AMG. Mam nadzieję, że moje doświadczenia w tej dziedzinie będą mogły wykorzystać w pracy w KAUM.

Niniejsza informacja jest bardziej szczegółowym uzupełnieniem wcześniejszego artykułu, pod tym samym tytułem, prof. Brunona Imielińskiego.

prof. Barbara Śmiechowska

Nadal pogarszająca się sytuacja kadrowa w PSK nr 1

➔ urlopów wypoczynkowych ilość godzin nadliczbowych w omawianej grupie zawodowej zmalała, choć są jednostki, w których w marcu zostaną wykorzystane ich limity.

Na dzień dzisiejszy nieuzupełnionych jest 8 etatów, w tym etat nawet z listopada ubiegłego roku. W kwietniu potrzebnych będzie kolejne 8 pielęgniarek. W Hotelu Pielęgniarek jest obecnie wolnych 5 miejsc w pokojach 3-osobowych oraz 3-osobowy pokój gościnny.

Najwięcej rozwiązań umów o pracę następuje w grupie pielęgniarek najniższej zarabiających, ze stażem pracy od 1 do 5 lat pracy.

Kolejnym, narastającym problemem jest i będzie rekrutacja pielęgniarek do pracy na zwalnianych etatach. Związane to jest ze wstrzymaniem naboru słuchaczy do liceów medycznych, ich likwidacją. W roku szkolnym 1996/97 zakończyły naukę w tych szkołach ostatnie roczniki.

Z uwagi na „nieatrakcyjność” finansową zawodu pielęgniarki, maleje zainteresowanie młodzieży nauką w tym kierunku, co powoduje zmniejszanie się ilości pomaturalnych szkół pielęgniarskich.

Przewidujemy, że pozyskać nowe kadry będzie można tylko ze szkół spoza Gdańska, co łączy się niestety z koniecznością zapewnienia zakwaterowania. W chwili obecnej nie dysponujemy już miejscami hotelowymi, nie mo-

żemy też przeznaczać większych kwot na dofinansowanie kwater prywatnych. Konieczne jest także utrzymanie dotacji budżetowych dla Hotelu Pielęgniarek.

Reasumując powyższe wystąpienie prosimy o podjęcie działań w kierunku rozwiązania poruszonych problemów, wykraczających poza możliwości kierownictwa szpitala:

1. Przyniesienie środków finansowych na podwyższenie wynagrodzenia dla personelu średniego naszego szpitala w sposób umożliwiający przynajmniej zrównanie wynagrodzeń z uposażeniem tej grupy pracowniczej w innych zakładach opieki zdrowotnej.

2. Ustalenie dodatków za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

3. Ustalenie dodatków za pracę na stanowiskach wymagających szczególnych kwalifikacji i predyspozycji.

4. Dostosowanie systemu nauczania średniego personelu medycznego do konkretnych potrzeb specjalistycznych, występujących w poszczególnych województwach i regionach. Inne są potrzeby kadrowe powszechnej opieki zdrowotnej, a inne ośrodków posiadających zakłady specjalistyczne (kliniczne i naukowe), jakim jest m.in. Gdańsk.

5. Utrzymanie dotacji dla Hotelu Pielęgniarek i dofinansowania kwater prywatnych.

lek. med. Marek Wyszczelski
dyrektor PSK nr 1

Analiza fluktuacji wykonana w 1996 r., obejmująca okres 6 lat od 1991 do 1996 r. wykazała, że najwyższy wskaźnik fluktuacji odnotowano w:

Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii	181%
Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy	132%
Klinice Hematologii	129%
Bloku Operacyjnym	122%
Klinice Chirurgii Onkologicznej	116%
Klinikach Chorób Dzieci	109%
Klinice Neurologii	100%

Analiza za okres od 1992 do 1997 r. Najwyższe wskaźniki fluktuacji odnotowano w:

Bloku Operacyjnym	173%
Klinice Hematologii	150%
Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii	146%
Oddziale 4C Kardiochirurgicznym	143%
Klinikach Chorób Dzieci	131%
Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy	129%
Klinice Neurologii	120%
Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej	119%
Klinikach Chorób Wewnętrznych	118%
Klinice Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani	106%
I Klinice Chirurgii	100%

Daje się zauważyć, że zwiększyła się ilość jednostek, w których wskaźnik fluktuacji na przestrzeni analizowanego okresu czasu przekroczył próg 100%.

prof. Ryszard Piękoś

Sesja „Plagiat w Medycynie”

Sesję, w której uczestniczyłem jako delegat AMG, zorganizowała 3 kwietnia br. Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu. Na program sesji składał się 1,5-godzinny referat dr. Juliana Jezioro, adwokat w Instytucie Prawa Cywilnego UW i dyskusja. Tytuł referatu brzmiał: *Plagiat w medycynie (plagiat dzieła naukowego - wybrane zagadnienia)*. Z uwagi na aktualność tematu w naszym środowisku akademickim, przedstawiam poniżej streszczenie wystąpienia dr. J. Jezioro, bez własnego komentarza, jedynie z wyróżnieniami w tekście.

Na wstępie autor stwierdza, że każdy twórca w odniesieniu do swojej działalności może powiedzieć za św. Tomaszem z Akwinu, że *stoi na ramionach olbrzymów*, co oznacza, że żaden utwór nie powstaje w próżni. Korzystanie jednak z cudzej twórczości musi uwzględniać granice wyznaczone przez normy prawne i moralne.

Plagiat w medycynie nie stanowi specyficznej postaci naruszenia praw autora utworu - wśród plagiatorów lekarze nie stanowią grupy wiodącej. Nie jest też plagiat zjawiskiem nowym. Jednakże w dobie intensywnego rozwoju mediów elektronicznych plagiat jest trudniejszy do ukrycia i popełnienia, o czym poucza zarzut postawiony prof. Andrzejowi J. ze Śląskiej AM. Jest rzeczą co najmniej dziwną, że słowo *plagiat* nie figuruje w tekstach ustaw i innych aktów prawnych. Nie oznacza to jednak, iż plagiat nie wywołuje skutków przewidzianych przez przepisy aktów normatywnych. Wręcz przeciwnie, plagiat uznaje się za jeden z najbardziej dotkliwych czynów zabronionych, ściganych karnie i prowadzących do uruchomienia ochrony cywilnoprawnej utworów jako przedmiotów prawa autorskiego.

Uregulowanie prawa autorskiego z 1994 r., dotyczące osobistych praw autorskich, jest wynikiem przyjęcia dualistycznego ujęcia prawa autorskiego i w efekcie rozdzielenia uprawnień chroniących interesy majątkowe od uprawnień chroniących interesy osobiste twórcy.

Treścią autorskich praw osobistych jest ochrona nieograniczona w czasie i nie podlegająca zrzeczeniu się lub zbyciu więzi twórcy z utworem, w szczególności zaś prawo do: autorstwa utworu, oznaczenia utworu swoim nazwiskiem lub pseudonimem, albo do udostępniania go anonimowo, prawo do nienaruszalności treści i formy utworu oraz jego rzetelnego wykorzystania (*prawo do integralności utworu*), decydowania o pierwszym udostępnieniu utworu publiczno-

ści, nadzoru nad sposobem korzystania z utworu.

Plagiat powszechnie uważa się za naruszenie prawa do autorstwa utworu.

Zagrożenie naruszenia osobistych praw autorskich (w tym plagiatem) prowadzi do powstania na rzecz twórcy roszczenia o zaniechanie takich działań, a jeśli dojdzie do dokonania naruszenia, twórca może żądać od naruszcyciela: 1) dopełnienia czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności złożenia w odpowiedniej formie stosownego oświadczenia, 2) na wypadek zawinienia sprawcy - zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę odpowiedniej sumy pieniężnej, albo uiszczenia odpowiedniej kwoty na wskazany przez siebie cel społeczny.

W prawie autorskim z 1994 r. ukształtowane zostały także skutki śmierci twórcy dla dalszych losów jego osobistych praw autorskich. Z art. 78 wynika, że prawa te trwają mimo śmierci twórcy, a określone podmioty są powołane jedynie do realizacji ochrony tych praw i ich wykonania. W przypadku braku odmiennej woli twórcy, podmiotami tymi są kolejno: małżonek, zstępni, rodzice, rodzeństwo, także w zakresie ochrony osobistych praw autorskich - stowarzyszenie twórców właściwe ze względu na rodzaj twórczości lub organizacja zbiorowego zarządzania prawami autorskimi lub prawami pokrewnymi. W praktyce oznacza to nieograniczoną czasowo ochronę również prawa do autorstwa utworu.

Natomiast majątkowe prawa autorskie są zbywalne i podlegają dziedziczeniu. Zasadniczo trwają przez okres życia autora i 50 lat po jego śmierci. Nie podlegają one egzekucji, dopóki służą twórcy. Po jego śmierci spadkobiercy mogą sprzeciwić się prowadzeniu z nich egzekucji, jeśli dotyczy ona utworów nie opublikowanych.

Ochrona majątkowych praw autorskich realizowana jest poprzez przyznanie uprawnionym roszczeń cywilnoprawnych, ale także w oparciu o uznanie niektórych przypadków naruszenia tych praw za przestępstwa ścigane na drodze karnoprawnej.

Plagiat może wywołać bezpośrednie skutki w zakresie stosunku pracy oraz w zakresie skutków związanych z uzyskiwaniem stopni i tytułu naukowego. W szczególności może stanowić podstawę do rozwiązania stosunku pracy w tzw. *trybie dyscyplinarnym*, jako naruszenie podstawowych obowiązków pracowni-

czych lub odpowiednio może stanowić podstawę utraty uzyskanego stopnia lub tytułu naukowego. Dalszą konsekwencją plagiatu może być powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej, jeśli pracodawca twórca-naukowiec poniesie wskutek plagiatu pracownika szkodę.

Najczęściej przedstawia się dwie formy plagiatu: *plagiat jawny* oraz *plagiat ukryty*. *Plagiat jawny* nie sprawia większych trudności w jego ujawnieniu, stanowi bowiem przejęcie całości lub części cudzego utworu. Ta forma plagiatu nie jest powszechnym zjawiskiem w zakresie utworów naukowych. *Plagiat ukryty* polega na wprowadzeniu głębszych zmian, które mają na celu ukrycie przywłaszczenia autorstwa.

Działaniem graniczącym z plagiatem jest tzw. *reminiscencja*, która dotyczy utrwalenia w pamięci autora utworu innego twórcy w taki sposób, iż nabiera on przekonania, że jest to jego własny utwór. Powołanie się na reminiscencję jest wygodnym środkiem przed surową odpowiedzialnością za plagiat, przy czym samo uwolnienie się z zarzutu popełnienia plagiatu jako przestępstwa karnego nie wyłącza odpowiedzialności cywilnej.

Jako specyficzną formę naruszenia praw autorskich wskazuje się również *autoplagiat* oraz *falszerstwo*.

Autoplagiat łączy się z recypowaniem własnej twórczości do powstałych później dzieł. Autoplagiat nie prowadzi do naruszenia dóbr osobistych autora, może natomiast naruszyć uprawnienia majątkowe podmiotów, które nabyły prawo do korzystania z takich dzieł.

W tych samych kategoriach naruszenia praw majątkowych wydawcy lub pracodawcy postrzegają również należyte fałszerstwo wyników badań naukowych przybierających formę utworu.

Najistotniejszym elementem wyznaczającym charakter relacji między dwoma utworami jest występowanie elementów twórczości autorskiej. Z kolei pojęcie twórczości, poza elementem oryginalności, zawiera w sobie także element indywidualności. R. Markiewicz wyróżnia 5 podstawowych sfer, w których może się przejawiać twórczość naukowa: *sferę pozatekstową*, składającą się z tematu, pomysłu badawczego, faktu naukowego, generalizacji naukowej, rozumowania, doboru faktów, teorii naukowej oraz metody naukowej, dalej: *tekst, plan wyrażania, plan znaczenia i formę dzieła*.

Pewnym paradoksem jest uznanie za twórcze mylnych ustaleń naukowych, tj. takich, które nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości.

Plagiat jako przestępstwo ścigane karnie podlega pod art. 115 prawa autorskiego z 1994 r. i przewiduje karę do 2 lat pozbawienia wolności, karę ograniczenia

wolności albo karę grzywny dla osoby, która *przywłaszczyła sobie autorstwo* albo *wprowadza w błąd* co do autorstwa całości lub części cudzego utworu albo artystycznego wykonania. Odpowiedzialność ta dotyczy także samego usiłowania przywłaszczenia cudzego utworu albo artystycznego wykonania lub wprowadzenia w tym zakresie w błąd oraz podżegania i pomocnictwa.

Ściganie przestępstw z art. 115 następuje z oskarżenia prywatnego, co oznacza, iż inicjatywa w tym zakresie należy do pokrzywdzonego autora. Może on podjąć stosowną decyzję w ciągu 3 miesięcy od momentu, kiedy dowiedział się o osobie sprawcy (nie dłużej niż w ciągu 5 lat od popełnienia przestępstwa).

Tworzenie dzieł naukowych w zakresie medycyny niejednokrotnie wiąże się z gromadzeniem materiałów dotyczących bezpośrednio dóbr osobistych pacjenta, takich jak jego wizerunek (*fotografia, nagranie audiowizualne*) oraz elementów dotyczących przeżyć wewnętrznych. W związku z tym wyłania się problem ochrony dóbr osobistych pacjenta, czyli prawnie uznanych wartości niematerialnych ściśle związanych z istnieniem i psychiką określonych osób fizycznych. Kodeks cywilny wymienia tylko katalog takich dóbr, do których należą: zdrowie, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska.

Ochronie praw osobistych służą rozszczenia o: 1) zaniechanie naruszeń, 2) usunięcie skutków naruszeń, 3) zadość-

uczynienie pieniężne lub zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny, 4) naprawienie wyrządzonej szkody majątkowej.

W końcowej części referatu prelegent stwierdza m.in., że sama regulacja prawna nie jest w stanie wyeliminować plagiatu. Wielkie znaczenie ma pozanormatywne postrzeganie społeczne przywłaszczenia sobie cudzego autorstwa. Negatywna ocena moralna bywa niejednokrotnie dotkliwszą sankcją niż najostrożniejsza kara.

Po referacie rozpoczęła się dyskusja. Jako pierwszy zabrał głos prof. Gwóźdź, rzecznik dyscyplinarny Śląskiej AM, prowadzący dochodzenie w głośnej sprawie plagiatów 30 publikacji dokonanych w tamtejszej uczelni. Zwrócił on m.in. uwagę na konieczność ostrożnego doboru współpracowników w badaniach naukowych, gdyż obecność w zespole tylko jednego plagiatora czyni współwinnymi wszystkich. Liczba plagiatorów rośnie. Profesor ocenia, że w twórczości naukowej w ogóle ok. 10% publikacji stanowią plagiaty. Z kolei prof. Szewczyk poruszył problem przypisywania sobie współautorstwa przez kierowników instytucji naukowych. Spotyka się sytuacje, gdzie dyrektor instytutu legitymuje się setką publikacji rocznie. Praktyki te są jednoznacznie naganne. Prof. Jabłoński zauważył, że my (tzn. profesorowie) sami stwarzamy asystentom i adiunktom okazje do popełniania plagiatów wyznaczając im określoną liczbę publikacji, niezbędną do awansu. Przeciężonym dydaktyką i pracą usługową młodszym współpracownikom pozostaje w tej sytu-

acji „ucieczka” w plagiat. Godne uwagi w tym kontekście są wyniki analizy liczby doktoratów w uczelniach wrocławskich. Otóż okazało się, że w pewnym okresie liczba doktoratów na Wydziale Lekarskim WrAM przewyższała liczbę doktoratów wszystkich wydziałów pozostałych uczelni. Bliższe zbadanie tej anomalii ujawniło istnienie w bibliotece WL archiwalnych czasopism poniemieckich, które stanowiły łatwo dostępne źródło „wyników badań własnych”.

Z uwagi na ograniczoność miejsca nie sposób zrelacjonować wszystkich problemów poruszonych w referacie wprowadzającym i w dyskusji. Osoby zainteresowane treścią referatu odsyłam do pełnego jego tekstu wyłożonego w czytelni czasopism Biblioteki Głównej i w Bibliotece Wydziału Farmaceutycznego.

W drodze powrotnej znalazłem w tamtejszej popołudniówce artykuł pt. „Ginekolog pod lupą” z podtytułem: „Przedstawienie fikcyjnych badań w pracy habilitacyjnej zarzuca grupa lekarzy doktorowi Andrzejowi Wilczyńskiemu z wrocławskiej Akademii Medycznej. On natomiast uważa to za „kłamliwe pomówienia”. Spór trafił do rektora uczelni, a zarzuty zbadała komisja składająca się z kilku profesorskich głów. Byłby to więc przykład fałszerstwa, z tym, że sprawy tego typu powinny być rozstrzygane na linii podejrzany - rektor - komisja dyscyplinarna, ew. sąd, a rzeczą niedopuszczalną jest udostępnianie ich mediom przed wydaniem prawomocnego orzeczenia. □

Zebranie naukowo-szkoleniowe Gdańskiego Oddziału PTS

W dniu 21 marca 1998 r. Zarząd Gdańskiego Oddziału PT Stomatologicznego zorganizował zebranie naukowo-szkoleniowe poświęcone tematyce związanej z zaburzeniami w układzie zębowo-mięśniowo-stawowym. Zaproszonymi wykładowcami byli pracownicy naukowo-dydaktyczni Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AMG.

Przedstawiono najnowsze osiągnięcia dotyczące etiopatogenezy tych chorób, diagnozowania i leczenia. Zademonstrowano 7 przypadków nowoczesnego leczenia protetycznego rozpoznanych postaci zgryzu urazowego, jak też różne metody oceny stosowanych sposobów leczenia tych tak trudnych lecz coraz częściej występujących schorzeń.

Pierwszy referat pt.: *Bruksizm - jedna z głównych przyczyn patologicznej abrazyj zębów* wygłosiła prof. Halina Tejchman. Następnie wspólnie z lek. stom.

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne

Robertem Szulcem przedstawiła 7 wybranych przypadków leczenia protetycznego rozpoznanej postaci patologicznej abrazyj zębów. Lek. stom. Tomasz Poniatowski przedstawił referat pt.: *Ocena stosowanych metod leczenia przy zaburzeniach zębowo-mięśniowo-twarzowych*.

Wszystkie przedstawione opracowania spotkały się z ogromnym zainteresowaniem lekarzy, którzy licznie przybyli na to spotkanie. Obecnych było około 300 osób.

Nagroda PTS

Komisja Nagród PT Stomatologicznego przyznała II nagrodę zespołową za cykl prac opublikowanych w *Czasopiśmie Stomatologicznym i Protetyce Stomatologicznej* następującym pracownikom naukowo-dydaktycznym Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AMG:

1/2. E. Wiśniewska, H. Tejchman, *Ocena przydatności materiałów stomatologicznych na podstawie badań klinicznych i bakteriologicznych*, część 1 i 2. *Prot. Stom.*, 1996, XLVI, 2, 102-106; 107-110; 3/4. H. Tejchman, T. Poniatowski, J. Rabenda, *Wpływ parafunkcji na zaburzenia czynnościowo-morfologiczne układu stomatognatycznego na przykładzie leczonych pacjentów*, część 1 i 2. *Prot. Stom.*, 1996, XLVI, 3, 135-138; 139-143; 5/6. H. Tejchman, *Wpływ wykonawstwa laboratoryjnego koron protetycznych na wynik leczenia protetycznego*, część 1 i 2. *Prot. Stom.*, XLVI, 5, 307-310; 311-315; 7. H. Tejchman, W. Zadrożny, *Leczenie protetyczne pacjenta z zaburzeniami narządu żucia po radioterapii - opis przypadku*. *Prot. Stom.*, 1996, XLVI, 1, 41-44.

prof. Halina Tejchman

Jeszcze o rewolucji w doktoratach

* * *

Jako pewnego rodzaju *post scriptum* do dyskusji o doktoratach, prezentujemy stronę tytułową pracy doktorskiej Alfonsa Wojewskiego, późniejszego adiunkta Oddziału Urologii b. III Kliniki Chirurgicznej, a następnie prof. dr. hab. i kierownika Katedry i Kliniki Urologii PAM. Sam był więźniem obozu w Stutthofie, przedstawił już w 1946 r. rozprawę, której promotorem był jeden z czołowych autorytetów historii i filozofii medycyny - prof. Adam Wrzosek z Poznania. Zwraca uwagę stosowanie cenzury - o czym świadczy niezbita pieczęć Wojewódzkiego Urzędu Kontroli Prasy, Publikacji i Widowisk w Poznaniu.

Nadstała dr med. Barbara Wojewska-Wójcik, bratanica Profesora

„Rzeczywistość ze snu budzi”

Gdy czytałam artykuł prof. B. L. Imielińskiego z 4 (88) numeru *Gazety AMG* pt. „Czy potrzebna jest rewolucja w doktoratach?” natrętnie nasuwała mi się myśl, że do opinii pp. Profesorów dyskutujących o doktoratach, strofa poety (nie pomnę jakiego): ... „i tak, nas biednych ludzi - rzeczywistość ze snu budzi” nie ma żadnego zastosowania; dyskutują o doktoratach w sposób, jak by tej rzeczywistości nie dostrzegali.

A rzeczywistość dotycząca doktoratów jest taka, iż robione są one masowo; każdy asystent wyższej uczelni w Polsce, jeśli chce tam pracować przez dłuższy czas, musi zrobić doktorat i to w określonym czasie.

Nierzeczywiste jest zatem przypuszczenie czy oczekiwanie, że każdy z tych doktoratów (skoro nie jest wynikiem spontanicznej ciekawości i poszukiwań naukowych, a w dużej mierze wynikiem przymusu) - będzie rozprawą naukową na wysokim poziomie.

Rzeczywistość również wymaga, aby wziąć pod uwagę fakt, iż rozkład potencjału intelektualnego wśród populacji ludzkiej jest taki, iż około 1% to geniusze, niespełna 10% to ludzie utalentowani (w tym także badacze naukowci), a cała reszta (wg wariantu optymistycznego) - to ludzie przeciętnie uzdolnieni.

Jak zatem i w takiej sytuacji można oczekiwać, aby każdy doktorat był wybitny...? A wymaganie, żeby jeszcze przed otwarciem przewodu doktorskiego doktorant opublikował kilka prac w dobrych czasopismach to w większości przypadków również najczystsza fantasmagoria.

Kiedyż taki delikwent miałby to zrobić?... Musiałby już chyba od początku studiów uczyć się właściwych metod badawczych i w ich trakcie rozpocząć wartościowe badania; żeby zrobić dobrą pracę trzeba na ogół na to poświęcić sporo czasu.

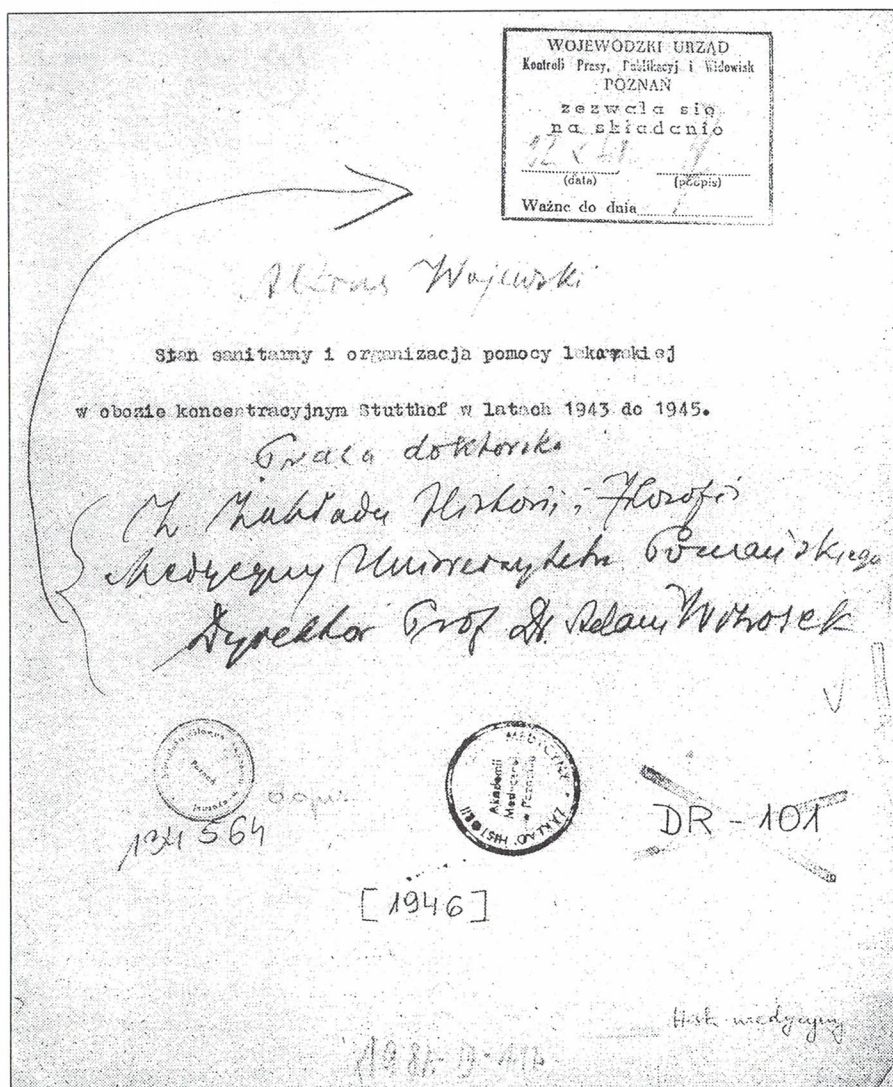
Oczywiście - czasem błysk, iluminacja, wizyta muzy i wszystko się dzieje „w oka mgnieniu” ale rzeczywistość mówi, że to wyjątek, nie reguła.

A poza tym, co potencjalny kandydat na doktoranta ma robić, jeśli rzeczywistość jest taka, że pracuje w zakładzie czy klinice, gdzie z rzadka prace publikuje się w „dobrych”, recenzowanych czasopismach?

Poziom doktoratów tylko wtedy będzie wysoki, jeśli będą je robili tylko ci, którzy czują potrzebę prowadzenia badań naukowych (bez wyznaczania restrykcyjnych ram czasowych), jeśli będą mieli zorganizowany nowoczesny, z prawdziwego zdarzenia, warsztat naukowy oraz wybitnego promotora.

Tylko taka rewolucja w doktoratach jest potrzebna, a nie stawianie doktorantom nierzeczywistych wymagań.

prof. Krystyna Kozłowska



prof. Barbara Krupa-Wojciechowska
dr med. Tomasz Zdrojewski

Epidemiologia, prewencja i współczesne postępowanie w nadciśnieniu tętniczym

Na temat stulecia mierzenia ciśnienia tętniczego pisaliśmy w roku 1997 z okazji rocznicy wprowadzenia nieinwazyjnej metody pomiaru ciśnienia przez Riva-Rocciego (RR). Nasunęło się wtedy następujące pytanie, które w bieżącym roku jest nadal aktualne: co było największym praktycznym skutkiem nieinwazyjnego pomiaru?

Już w latach trzydziestych zakłady ubezpieczeń stwierdziły, że ludzie chorujący na nadciśnienie tętnicze, także umiarkowane, żyją krócej. Nie miało to wtedy jeszcze przełożenia na praktykę lekarską, gdyż w tym czasie klinicyści walczyli z dziesiątkującym chorych nadciśnieniem złośliwym. Od końca lat 60. i w latach 70., kiedy wprowadzono diuretyki i betaadrenolityki, sytuacja epidemiologiczna zmieniła się. Obecnie nadciśnienia złośliwego prawie nie ma. W ostatnich zaleceniach amerykańskich JNC-VI z końca 1997 roku, w podziale nadciśnienia nawet nie wyróżnia się takiej grupy chorych. Wszystkie badania i zalecenia przesunęły się w inną stronę, tj. do dyskusji, jakie wartości nazwać nadciśnieniem, jak i kiedy je leczyć?

W 1967 roku Fries zaproponował leczenie nadciśnienia umiarkowanego, wtedy zwanego łagodnym (łagodność ta była względna, skoro nadciśnienie jest głównym czynnikiem ryzyka zawałów serca i udarów mózgu). Nie bez oporów także w Polsce zaczęto je leczyć. Tu nie do przecenienia jest rola lekarzy pierwszego kontaktu, dawniej rejonowych, a obecnie rodzinnych. Oni to, dzięki uprzednim szkoleniom, doprowadzili do tego, że nadciśnienia złośliwego praktycznie nie ma, a sprawność życiowa i zawodowa chorych na nadciśnienie jest coraz lepsza.

Zainteresowanie terapeutyczne przesunęło się z grupy młodszych pacjentów do ludzi w starszych grupach wiekowych. Zauważono bowiem, że ciśnienie tętnicze wzrasta z wiekiem. Z początku traktowano to jako fizjologię starzenia, dopiero od kilku lat postanowiono je korygować. Zakończone w bieżącym roku duże programy badawcze, w tym Syst-Eur, w którym uczestniczyły także ośrodki polskie, dowiodły niezbicie, że u ludzi starych z nadciśnieniem trzeba obniżać wartości ciśnienia, gdyż przedłuża to długość i komfort życia.

Zagadnienie, które jest istotne dla obecnego okresu i stanowi wyzwanie dla całej medycyny, zwłaszcza podstawowej, to - kiedy należy rozpoznać nadciśnienie i kiedy zacząć je leczyć? Amerykanie uważają, że u wszystkich osób z wartościami powyżej 140/90 mm Hg. Inni są bardziej liberalni, przyjmując za graniczne wartości 160/95 mm Hg. Nie są to tylko rozważania akademickie, gdyż w przypadku zastosowania normy niższej dotyczyć to będzie według prof. Rywika powyżej 46% mężczyzn w wieku średnim i 36% kobiet; przy wyższej normie istotnie mniej - odpowiednio 30% i 25%. Jest to ważne, zwłaszcza dla krajów nie najbogatszych, także ze względów finansowych.

Dyskusja ekspertów amerykańskich i Światowego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, które opracowuje zalecenia populacyjne, doprowadziła do tego, że decyzja o wdrożeniu terapii zależy nie tylko od liczbowych wartości ciśnienia, ale także od obecności innych czynników ryzyka. I tak, według nowych zaleceń amerykańskich, ludzie, którzy nie mają innych, poza zwykłą ciśnienia, czynników ryzyka lub powikłań narządowych (zmiany w układzie sercowo-naczyniowym, nefropatia, udary mózgu, choroby naczyń obwodowych) również przy wartościach 159/99 mm Hg winni być leczeni niefarmakologicznie, nawet przez 12 miesięcy (grupa A).

Do czynników ryzyka zaliczono paleenie, dyslipidemię, cukrzycę, wiek powyżej 60. roku życia, płeć męską, okres po menopauzie u kobiet, pozytywny wywiad rodzinny w kierunku chorób sercowo-naczyniowych. Jeżeli nadciśnieniu towarzyszy choćby jeden z tych czynników, chorzy traktowani są jako grupa B. W tym przypadku leczenie, wyłącznie niefarmakologiczne, w razie zbyt małych jego efektów, nie powinno trwać dłużej niż 6 miesięcy.

Jeżeli występują dwa z wyżej wymienionych czynników ryzyka lub powikła-

nia narządowe (niewydolność nerek, niewydolność krążenia) czy cukrzyca (nawet bez innych powikłań), chorzy winni być od razu leczeni farmakologicznie, nawet przy ciśnieniu wysokim prawidłowym tj. 130-139/85-89 mm Hg - jest to grupa C według JNC-VI. Są to zalecenia nowe i bardziej praktyczne niż powszechnie znane w Polsce, a pochodzące z 1993 roku.

Sprawa jednak, mimo pozorowanej prostoty, nie jest łatwa do wykonania. Amerykanie, którzy w prewencji nadciśnienia tętniczego są najlepsi na świecie i dzięki którym skutecznym programom w ciągu dwudziestu lat udało się zmniejszyć śmiertelność z powodu udarów mózgu o 59%, a zawałów o 53%, także mają trudności z propagowaniem zaleceń prozdrowotnych i leczeniem niefarmakologicznym, np. w ostatnim raporcie stwierdzono, że ludzie w USA są coraz bardziej otyli. W Polsce takie działania są dopiero w powijakach. Lekarze pierwszego kontaktu są już lepiej poinformowani o leczeniu niefarmakologicznym, czyli modyfikacji stylu życia, ale często nie mają możliwości wprowadzania takich zmian.

W wielu ośrodkach zaczyna się prowadzić edukację chorych, a także personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, w celu zrozumienia problemów pozalekarskich tego zagadnienia. Zmianę typu żywienia aktywnie propagują polska kobiece. Także w tygodnikach politycznych podejmuje się tematy związane ze zdrowiem, gdyż w obecnych czasach ludzie na wyższym poziomie intelektualnym chcą brać udział w samokontroli swojego postępowania zdrowotnego. Są to jednak problemy, wbrew pozorom, bardzo trudne. Zdrowie obecnie nie jest już tylko domeną lekarzy. Coraz więcej dziedzin życia staje się jego kreatorem.

Poza badaniami *stricte* epidemiologicznymi cały szereg innych metod badawczych może być przydatnych do badania rozpowszechnienia i skuteczności leczenia nadciśnienia, zwłaszcza że warsztat badawczy epidemiologów jest zbyt wolny, aby sprostać przyspieszeniu, które dokonuje się we współczesnym świecie, np. do oceny sku-

teczności nowych leków, powszechności ich stosowania itp. Metodą, którą preferujemy, a która przyspieszy proces poznawczy, jest badanie socjologiczne z wykorzystaniem sondażu reprezentatywnego. Razem z Sopocką Pracownią Badań Społecznych przeprowadziliśmy w roku 1994 i 1997 badania ankietowe na randomizowanych grupach osób dorosłych na terenie całej Polski. Stwierdziliśmy, że jeżeli w 1994 roku 71% ankietowanych deklarowało, że zna wartości swego ciśnienia, 21% z nich twierdziło, że ma ciśnienie zbyt wysokie. W 1997 roku znających swoje wartości ciśnienia było 65,5%, a więc mniej niż uprzednio. Z tego 28% twierdziło, że ma ciśnienie podwyższone. Najlepszą znajomość mieli ludzie z dużych miast i lepiej wykształceni, z kolei osoby na niższym poziomie intelektualnym i z terenów zacofanych wykazywali o wiele gorszą znajomość i zainteresowanie swoim zdrowiem, a przecież ilościowo w Polsce jest tych ludzi najwięcej. Jak zatem poprawić ich stan zdrowia? Czy jest to tylko zadanie dla lekarzy, zwłaszcza pierwszego kontaktu? Zapewne nie tylko. Wymaga to edukacji i znacznych nakładów finansowych. Próby takie są podejmowane w ramach programów prewencyjnych, np. wspólnie z Forum Promocji Zdrowia „Quo Vadis” oraz Międzynarodowymi Targami Gdańskimi podjęliśmy w ramach Targów Żywnościowych PolFood dyskusje z producentami na temat „zdrowej żywności”. Jest to bardzo skomplikowany problem ekonomiczny, wymaga polityki państwa. W gospodarce rynkowej przekracza on zadania resortu zdrowia, a cóż dopiero lekarza rejonowego. W każdym razie to, że już od kilku lat promocja zdrowia i zdrowe odżywianie są przedmiotem dyskusji z politykami wszystkich opcji w przyszłości przyczyni się do tego, że nie będziemy odstawali od krajów najbardziej rozwiniętych.

Tak jak przeszkolenie lekarzy rejonowych odwróciło sytuację epidemiologiczną nadciśnienia złośliwego, tak teraz intensywne programy szkoleniowe i prewencyjne, do których przyczyniają się także firmy farmaceutyczne, odwrócą niekorzystną sytuację epidemiologiczną w kraju, cechującą się za dużą umieralnością z powodu zawałów serca i udarów mózgu, których jedną z najważniejszych przyczyn jest nadciśnienie tętnicze. Sprawę komplikuje fakt, że nie zależy to tylko od klasycznych czynników ryzyka, ale i od stresowych warunków okresu transformacji, które przeżywają zwłaszcza mniej edukowani. Demonstraliśmy wyniki naszych

badań z Polski na zjazdach międzynarodowych. Z zainteresowaniem śledzimy dane ze Szwecji i z Litwy, gdzie dokonano analizy porównawczej mężczyzn w wieku 50 lat. W badaniach tych stwierdzono, że przy podobnych biologicznych czynnikach ryzyka, śmiertelność z powodu zawałów serca na Litwie jest niewspółmiernie (kilkakrotnie) wyższa niż w Szwecji, co można tłumaczyć trudnościami w adaptacji do przemian, w których zaburzone są warunki zatrudnienia, bezpieczeństwa społecznego itp.

Ze spraw, które są dla nas interesujące, warta podkreślenia jest zgodność wyników naszych badań ankietowych z innymi badaniami w Polsce, które opublikował GUS - Departament Pracy w 1998 roku. Opracowanie dokonane przez Kordubiec i Kowalską w 1996 roku na populacji 42 tys. osób, przygotowane w oparciu o doświadczenie statystyków holenderskich wykazało, że powyżej 19 roku życia około 18% dorosłych Polaków deklaruje, że ma nadciśnienie tętnicze. W naszym ogólnopolskim sondażu reprezentatywnym wartości te wynosiły, odpowiednio, w roku 1994 - 16%, a w roku 1997 - 18%. Dane te dotyczą najpewniej ciśnienia 160/95 mm Hg, gdyż lekarze polscy nie adaptowali jeszcze norm amerykańskich.

Zagadnieniem godnym podkreślenia dla lekarzy lecznictwa podstawowego jest płeć pacjentów. Do tej pory badania wykonywano głównie u mężczyzn, gdyż cykl hormonalny u kobiet zaburzał wyniki badań, np. hemodynamicznych. Także nadumieralność z powodu zawałów u mężczyzn wyzwalała zainteresowania badawcze. W ostatnich latach wyraźnie wzrosło zainteresowanie populacją kobiet i należy sądzić, że podobnie jak niedawne zainteresowanie starszymi grupami wiekowymi, trend ten będzie przez najbliższe lata utrzymywał się. Kobiety są bardziej spolegliwe (według określenia Kotarbińskiego). Częściej wiedzą, jakie mają wartości ciśnienia, regularnie się leczą, chociaż efekty tej terapii, szczególnie u biatych kobiet, nie są tak korzystne jak u mężczyzn. Kobiety najczęściej mają nadciśnienie po menopauzie. Zawały mają u nich przebieg cięższy, zwłaszcza drugie zawały powodują większą śmiertelność niż u mężczyzn. Mają także często udary mózgu. Kobiety cechują się też większą wrażliwością na działanie tytoniu. Uważa się, że młode palące kobiety mają bardziej nasilone powikłania sercowe i metaboliczne niż mężczyźni. Poznanie tych zależności od

systemu hormonalnego, czy genetyki, to zadanie na lata najbliższe. Sądzi się, że hormonalna terapia zastępcza w okresie peri- i menopauzalnym ma znaczenie w prewencji miażdżycy. Musi to spowodować większą współpracę lekarzy podstawowej opieki i ginekologów. Do tej pory największa współpraca miała miejsce w przypadkach nadciśnienia występującego u kobiet ciężarnych. Teraz zagadnienie skomplikowało się: uważa się, że jeżeli nadciśnienie występuje po hormonalnej antykoncepcji, trzeba zmienić typ antykoncepcji. Z kolei, jeśli nadciśnienie występuje po menopauzie, obok hormonalnej terapii zastępczej, trzeba stosować leczenie hipotensyjne. Są to zagadnienia nowe, trudne i wymagają doświadczenia lekarskiego.

Podobnie jest z prowadzeniem nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę. Problem ten wobec otyłości i dłuższego życia zwłaszcza w cukrzycy typu 2, insulinoniezależnej, będzie narastał. Ustala się nowe wskazania do terapii hipotensyjnej, nawet u chorych z prawidłowym ciśnieniem, jeśli występują cechy nefropatii. Nowoczesna insulinoiterapia, wraz z częstą kontrolą glukometrem, przy intensywnej insulinoiterapii, szybciej niż w nadciśnieniu tętniczym spowodowała konieczność samokontroli. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne miało dzięki temu większą możliwość przebicia się. Korzystnym dla chorych jest nadzór specjalistyczny i istnienie specjalizacji z diabetologii.

Nadciśnienie tętnicze najpierw było afiliowane w kardiologii, która między innymi poprzez rozwój kosztownych badań inwazyjnych (co rozumiałe) dominowała je. Nieco opóźniło to wprowadzenie systemu edukacji w zakresie samokontroli i leczenia nefarmakologicznego. Jest to zjawisko zrozumiałe też z tego powodu, że choroba jest mało symptomatyczna. Uważa się obecnie, że również w nadciśnieniu tętniczym powinno się powoływać grupy przeszkolonych ekspertów i wyspecjalizowane ośrodki, które zajmą się koordynacją działań prewencyjnych i edukacyjnych. Jest to problem nie tylko polski, ale powszechny, wymaga jednak dużych nakładów finansowych, co w systemie samorządowym będzie być może lepiej zorganizowane, np. przez przydział aparatu do mierzenia ciśnienia każdej rodzinie lub rodzinom obciążonym dużym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych.

Obecnie widzą to również młodzi, dzięki nowym technikom komputeryzacji i wykorzystaniu internetu, który

prof. Jerzy Dybicki

Początki ośrodka laparoskopowego

w I Katedrze i Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Gdańsku

Konferencja Naukowa „1000 cholecystektomii laparoskopowych” Sasino, 28.02.-1.03.1998 r.

Wieści o możliwości wycięcia pęcherzyka żółciowego przez małe otworki w powłokach jamy brzusznej dotarły do mnie na przełomie lat 80. Wzbudziły one wówczas u mnie, podobnie jak u większości starszego pokolenia chirurgów w całym świecie, niedowierzanie i wątpliwość w możliwość bezpiecznego przeprowadzenia tej operacji, szczególnie u osób z zaawansowanymi zmianami. Również fakt, że pierwszy zabieg wykonał ginekolog, jak również całkowity brak w piśmiennictwie oceny wartości tej nowej metody w badaniach randomizowanych, nie sprzyjał bezkrytycznej jej akceptacji.

Metoda natomiast szybko i z wielkim entuzjazmem przyjęta została przez ośrodki pozaakademickie, które również i w Polsce podjęły pierwsze próby leczenia w ten sposób chorych z kamcią żółciową. Jeszcze w 1990 r. nie zdałem sobie sprawy, że chirurgia światłowa stoi przed największym, od czasu wprowadzenia antyseptyki, aseptyki i antybiotyków, wprost rewelacyjnym

wprowadziliśmy jako jedni z pierwszych w kraju (<http://www.nadcisnienie.med.pl>), a także poprzez akcję uliczną pod hasłem „Mierz ciśnienie raz w roku”. W roku 1996 i 1997 około 300 studentów medycyny przebadano ponad milion osób. Uzyskane dane dzięki nowym technikom potrafiliśmy zobiektywizować. Studenci ci, to przyszli potencjalni edukatorzy tego zagadnienia. Jeżeli powstanie system prewencji, który zapowiada minister Kornatowski, to można będzie ich doświadczenia w pełni wykorzystać. Np. w Izraelu, całe szkolenie prewencyjne w szkołach wykonują studenci medycyny za małą odpłatnością dokonywaną raz w roku. U nas trzeba w zmieniającym się systemie służby zdrowia wypracować nowe formy. Jednakże, niezależnie od tego, jak one będą się rozwijać, centralną pozycję w leczeniu, profilaktyce i diagnostyce takich chorób populacyjnych jak nadciśnienie tętnicze zawsze zajmie lekarz pierwszego kontaktu, niezależnie od tego, jak będzie się nazywał – rejonowy, rodzinny itp. □

przeobrażeniem tradycyjnej techniki operacyjnej. Umożliwiła ona, jak później się okazało, wykonywanie prawie wszystkich zabiegów w obrębie jamy brzusznej, układu moczowego, klatki piersiowej i innych części ciała. Głównie jednak technika ta znalazła zastosowanie w leczeniu chorych z kamcią żółciową. Ograniczała ona później tradycyjny dostęp do pęcherzyka żółciowego jedynie do wyjątkowych przypadków. Momentem przełomowym dla mnie w doszukiwaniu się do coraz to nowych zastrzeżeń do tej metody, okazał się wyjazd wraz z dr. Darkiem Zadrożnym do Warszawy w maju 1991 r. W pięknym hotelu Marriott uczestniczyliśmy w konferencji poświęconej zaawansowanej chirurgii laparoskopowej. Mieliśmy tam możliwość podziwiania obrazów satelitarnych operacji na drogach żółciowych przekazywanych na żywo z USA, Francji i Niemiec. Nie mieliśmy już potem żadnych wątpliwości, że musimy jak najszybciej przystąpić do wprowadzenia tej metody również i w naszej Klinice. Aby zrealizować to zadanie wiedzieliśmy dobrze, że należy zdobyć:

1. odpowiednie wyszkolenie w technice wykonywania cholecystektomii tym sposobem,
2. zaznajomić się ze złożoną i nie znaną nam aparaturą - najlepszą w danej chwili na rynku,
3. a przede wszystkim zdobyć bogatego sponsora, który by ją kupił, a następnie nam ofiarował.

Tę niezapomnianą akcję rozpoczęłem wystąpieniem w dniu 28 listopada 1991 r. dr. Darka Zadrożnego na posiedzenie Klubu „Nowych technik w chirurgii”, odbywające się w I Klinice Chirurgii Instytutu Chirurgii CSZK WAM w Warszawie. Po 2. dniach wróciłem z optymistycznymi wieściami, że opanowanie tej techniki było dla niego „fraszką”, co więcej „miłą i przyjemną”. Aby to sprawdzić i samemu zapoznać się z nią, w kwietniu 1992 r., również z dr. Darkiem wziąłem udział w kursie z chirurgii laparoskopowej, organizowanym przez firmę Johnson&Johnson. Mieliśmy wtedy po raz pierwszy zaszczyt poznać dwóch przemiłych panów: dr.

dr. Mateusza Żelewskiego i Lecha Rogowskiego. Poza organizacją spotkań uczyli oni nas podstaw manipulowania instrumentami. Wiedzę laparoskopową przekazywali nam też wówczas doc. doc. Stanowski i Krawczyk.

Drodzy doktorzy Żelewski i Rogowski wzięli nas później pod opiekę we wszystkich etapach realizacji ośrodka laparoskopowego w naszej Klinice. Za ich trud, poświęcenie, przekazywanie swej wiedzy, życzliwość i wyrozumiałość składam jak najgorętsze podziękowanie i słowa wdzięczności.

Manipulacje na fantomach pudelkowych, tak łatwe dla dr. Darka, ale dla tak „starego człowieka”, jakim byłem w 1992 r., okazały się o wiele trudniejsze, a opanowanie ich wymagało ode mnie znacznie więcej czasu. Niemniej, dwie osoby z przyszłego zespołu laparoskopowego zrobiły swe pierwsze kroki.

Na dalszych konferencjach i kursach laparoskopowych w Szczecinie i w Warszawie zdobywali doświadczenie laparoskopowe następni koledzy z naszej Kliniki: dr dr M. I. Pirski, P. Siondański, G. Michalski, T. Drączkowski - powiększając nasz zespół do 6 osób.

Ponieważ nie tylko ja wiedziałem dobrze, że opanowanie teoretyczne szczegółów zabiegów laparoskopowych i praktyka na fantomach nie wystarcza, aby samodzielnie już stanąć do stołu operacyjnego, dr dr Żelewski i Rogowski wysyłali mnie latem 1992 r. do Kliniki prof. Stanowskiego. Tam „z duszą na ramieniu”, a zarazem z wielkim entuzjazmem, wykonałem pod opieką doświadczonych asystentów moje pierwsze laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego. Chora przeżyła.

Dalsze nauki pobierałem w Szpitalu Marynarki Wojennej, u wspaniałego chirurga i przemiłego człowieka - dr. Stanisława Chabielskiego. Tam też dokonałem drugiego wycięcia pęcherzyka żółciowego.

Najtrudniejsze było zdobycie aparatury i narzędzi. Najpierw wpadłem na pomysł wykorzystania formy tzw. *leasingu*, którą chciałem zrealizować zwracając się do firmy „Polbita”, reprezentującej *United States Surgical Corporation* w Polsce (przedsiębiorstwo

amerykańskie produkujące staplery i narzędzia do laparoskopii). Sądziłem, że uda mi się załatwić bez trudu tę sprawę, gdyż właścicielem „Polbity” był inż. Henryk Modzelewski, mój stary przyjaciel. Niestety, szczęście mnie tym razem opuściło. Zanim zacząłem z nimi rozmowę okazało się, że jego współpracownicy, nie wiedząc o moich koneksjach z ich szefem, weszli w układy z szybciej myślącym partnerem z Gdańska - prof. Zdzisławem Wajdą. I tak II Klinika Chirurgii pierwsza rozpoczęła działalność laparoskopową w Akademii Medycznej w Gdańsku.

Jedynym ratunkiem pozostał dla nas Dyrektor Włodzimierz Dyrka z Rafinerii Gdańskiej S.A. - wspaniały człowiek o wielkim sercu, znający dobrze przegromną wówczas mizериę i potrzeby zakładów leczniczych w Gdańsku, a szczególnie naszej Kliniki, którą wspierał efektywnie od wielu już lat. Jego przyjaźnią szczerę się do dziś. Na umówione spotkanie z Dyrekcją Rafinerii poszliśmy z dr. Darkiem wytwornie ubrani na czarno, aby przed jej obliczem przedłożyć naszą gorącą prośbę - tym razem chodziło o olbrzymią sumę 600 milionów starych złotych na aparaturę z torem wizyjnym oraz 60 tys. DM na zakup aparatu do znieczulania typu Sulla 808V firmy Drägera. Musieliśmy być w tym momencie, przedkładając swoje racje, tak wiarygodni i przekonujący, że odnieśliśmy sukces uzyskując pieniądze już w pierwszym podejściu.

W jak wspaniałym nastroju wróciliśmy do Kliniki, to wiem tylko ja i dr Zadrożny. Potem pozostały już tylko formalności - z zakupami. Były one trudne, ale mając takich świetnych rzeczoznawców jak dr dr Żelewski i Rogowski, a także osobę o wybitnym zmyśle organizacyjnym, dr. Marię Ignacego Pirskiego oraz wspaniałą i niezastąpioną Gabrię Piotrowską, st. sekretarkę Kliniki, szybko przez nie przebrnęliśmy. Wkrótce przylegający do mojego gabinetu pokój wypełnił się po sufit pakami z instrumentami i torem wizyjnym.

Jak trudno było zbudować wózek do ustawienia aparatów, pamięta najlepiej dr Maria Ignacy Pirski, który w końcu osiągnął cel. Nie zapomnieliśmy też na przelocie lata 1992 r. wystać Anię Kostro, naszą instrumentariuszkę, do Szpitala Marynarki Wojennej, aby mogła nauczyć się wyjaławiać narzędzia i instrumenty służące nam do zabiegów. Była uroczą i pełną wdzięku dziewczyną - i świetną instrumentariuszką w pierwszych kilkuset laparoskopkach.

Dziękuję Jej za to. Odeszła z Kliniki z powodów zdrowotnych.

Dziękuję również gorąco prof. Janinie Suchorzewskiej, kierownikowi Zakładu Anestezjologii i Kliniki Intensywnej Terapii i Jej Zespołowi za wspaniałe prowadzenie znieczuleń u chorych w pierwszych i dalszych okresach laparoskopii.

Spieszyliśmy się bardzo z rozpoczęciem pierwszej operacji, aby utrzymać punktowane miejsce w województwie gdańskim. Przed nami był już Szpital Marynarki Wojennej, Starogard Gdański, II Klinika Chirurgii i chyba Wejherowo(?).

W dniu 16 września 1992 r. byliśmy już gotowi startować i cudowne dzieci, obecnie dojrzały chirurg, Justyna Kostro i Piotr Witkowski - zwieźli po raz pierwszy wózek z aparaturą z I piętra na blok operacyjny, położony na parterze.

Towarzyszyli oni później zespołom operacyjnym, opiekując się aparaturą, naturalnie pod okiem dr. Darka Zadrożnego, który był również mistrzem i w tej dziedzinie. Będą tak robić, aż do czasu wybudowania w maju 1994 r. sali laparoskopowej, położonej w naszej Klinice na I piętrze, w miejscu dawnej sali operacyjnej, a przedtem jeszcze porodówki Kliniki Położniczej, w której urodził się mój syn Maciej w 1947 r., późniejszy asystent Kliniki Chirurgii Urazowej w Gdańsku.

Pierwsze wycięcie pęcherzyka żółciowego w naszej Klinice wykonał, zaproszony przez „Ethicon”, prof. Krawczyk z Warszawy. Jak to zawsze bywa, w takich podniosłych momentach, trafiliśmy na naprawdę duże „trudności techniczne”. Ropniak, masywne zrosty i naciek zapalny wydłużyły zabieg do ponad 3 godzin. Druga laparoscopia była już szybsza. Fetowaliśmy potem nasz sukces przedniej marki koniakiem, dziękując prof. Krawczykowi za piękny pokaz laparoskopowej wirtuozerii.

Oprócz blasków i zalet, związanych z tą techniką wiedzieliśmy dobrze, z ławinowo pojawiających się w piśmiennictwie publikacji, o cieniach tej metody. Do najgroźniejszych należało śródoperacyjne uszkodzenie przewodów żółciowych. Częstość tych powikłań, we wszystkich raportach świata, była niestety dwukrotnie wyższa od zdarzających się podczas tzw. klasycznej cholecystektomii. Dochodziła bowiem do 0,6% przypadków.

Powikłań tych obawialiśmy się od samego początku rozpoczęcia cholecystektomii laparoskopowych. Wierzyli-

śmy jednak w siebie, że gdy się one zjawiają, zdołamy naprawić wszystkie uszkodzenia przewodów żółciowych. Przecież w tej dziedzinie byliśmy naprawdę dobrzy (patrz: praca doktorska Sylwii Raczyńskiej, poświęcona „kalektwu dróg żółciowych” i inne).

Najważniejsze jest jednak zapobieganie. Przekazy z piśmiennictwa głosiły, że liczba tych groźnych powikłań maleje, gdy chirurg rozpoczynający leczenie tą metodą, pozostaje w okresie pierwszych 30-40 zabiegów pod opieką doświadczonego w tym zakresie lekarza. Jak wspomniałem już wyżej, pierwsze swe kroki w laparoskopii stawiłem w Oddziale Chirurgicznym Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku-Oliwie. Wspaniały, cudowny nasz drogi przyjaciel, dr Stanisław Chabielski i tym razem nie zawiódł nas, wysyłając na kilka tygodni do naszej Kliniki swych asystentów, pod kierunkiem przemiłej i pięknej dr Małgosi Jawor. Dzięki Niej stanęliśmy pewniej na nogi, wierząc, że spełniając już tak do końca wszystkie wymogi stawiane początkującym, będziemy zabezpieczeni w pełni przed czekającymi nas porażkami.

W tym miejscu jeszcze raz dziękuję Drogiej Pani Doktor za opiekę nad nami, wyrozumiałość i za wszystkie uwagi i cenne wskazówki, których nam nie skąpiła, a które okazały się tak bardzo pomocne w naszej dalszej samodzielnej pracy.

Po pierwszych 100 cholecystektomiach zrozumieliśmy jednak, że dalecy jesteśmy od doskonałości, i że powikłania, zdarzające się u nas, są wynikiem, nie tylko niesprzyjających okoliczności śródoperacyjnych, ale też i niedostatecznego jeszcze doświadczenia osobistego.

Dr Cooley, moim zdaniem najwybitniejszy kardiochirurg na świecie, zawsze mówił nam *fellowsom*, że aby dobrze opanować nowy typ operacji trzeba ich wykonać osobiście ok. 1000 (tysiąca).

Świątując dziś w Sasinie tysięczną cholecystektomię możemy sobie powiedzieć, że suma naszych wspólnych doświadczeń pozwala na stwierdzenie, że osiągnęliśmy już ten szczyt, do którego powinien dążyć każdy chirurg, pragnący jak najlepiej wykonywać swój zawód.

W okresie do października 1994 r., tj. do czasu mego przejścia na emeryturę, zespół nasz wielokrotnie występował na szeregu zjazdach i konferencjach laparoskopowych w Polsce, prezentując wyniki i spostrzeżenia w zakresie laparoskopowego leczenia chorych z kamicą żółciową. Zdarzyły się również

publikacje omawiające np. skojarzone leczenie chorych z kamicy pęcherzyka żółciowego i olbrzymią torbielą nerki. Opisał ten przypadek wraz z mną i prof. K. Krajką - dr Zadrożny (*Pol. Przeg. Chir.* 1995, 67, 614). Inne doniesienie dotyczyło 10-letniej dziewczynki, u której z powodzeniem został usunięty pęcherzyk żółciowy. Musieliśmy ją operować, gdyż siała złogami do PŻW. Już wieczorem po zabiegu biegła po korytarzu. Przypadek ten przedstawiłem w *Endokr. Pol.* 1994, 1, 26 również z dr. D. Zadrożnym i wsp.

W przypadkach współistnienia ze złogami w pęcherzyku również kamicy przewodowej, staliśmy od początku na stanowisku, podobnie jak wszystkie chyba ośrodki laparoskopowe w Polsce, że chorzy powinni być poddani przed laparoskopowym wycięciem pęcherzyka żółciowego, próbie endoskopowego usunięcia złogów z PŻW.

Jak to wykazałem w jednym ze sprawozdań w okresie od 16.09.1992 r. do 31.12.1994 r. wycięliśmy pęcherzyk żółciowy u 511 chorych. U 25 z nich (4,8%) stwierdzono również kamicy przewodową. U 21 złogi zostały usunięte przed cholecystektomią przez prof. M. Smoczyńskiego z zespołem (kierownik Pracowni Endoskopowej Kliniki Gastroenterologicznej AMG).

Naturalnie nie będę wyliczał, ani analizował dalszych szczegółów dotyczących liczby konwersji i ich przyczyn oraz większych i mniejszych powikłań związanych z tą techniką. Powiem tylko, że nie mieliśmy obrażeń wielkich naczyń i przewodu pokarmowego. Żaden też chory z grupy pierwszych 511 cholecystektomii nie zmarł. Mieliśmy natomiast powikłania dotyczące dróg żółciowych. Wspomnę tylko o dwóch z nich, które pamiętam i będę pamiętał do końca życia. Oto one.

Pewnego pięknego grudniowego dnia 1992 r. zaplanowałem laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego u żony jednego z moich przyjaciół. Po przyjeździe do Kliniki, dyżurny lekarz poinformował mnie, że u chorej, u której przed tygodniem wycięłem pęcherzyk żółciowy metodą klasyczną, po uprzednich 1,5 godzinnych próbach wykonania tego zabiegu laparoskopowo, wystąpiły ostre objawy otrzewnowe. Miała ona w tym dniu opuścić Klinikę z uwagi na nienaganny przebieg pooperacyjny. Ponieważ u protegowanej pani rozpoczęto już znieczulanie na sali operacyjnej, kontrolę jamy brzusznej u chorej z żółciowym, jak przewidywałem, zapaleniem otrzewnej zmuszony byłem wykonać po planowej cholecystektomii lapa-

roskopowej. Sądziłem, że potrwa ona około 1 godz., gdyż wówczas był to już przeciętny czas tego rodzaju zabiegu w naszej Klinice. Niestety, był on znacznie dłuższy. Doszło bowiem z powodu trudnych warunków, a może w wyniku mego dużego napięcia nerwowego, do uszkodzenia tętnicy pęcherzykowej. Była ona „złośliwie” krótka i gruba. Krwotok był tak duży, że nie mogliśmy go opanować laparoskopowo. Po konwersji z wielkim trudem podkłuliśmy naczynie uzyskując wczesny i późny dobry wynik leczenia. Niemniej do nieplanowanego zabiegu przystąpiłem dopiero w „samo południe” analizując w myśli zapamiętane przez ze mnie wszystkie szczegóły z pola operacyjnego sprzed tygodnia. Na pierwszy plan rzuciły się natrętnie obrazy chyba „zbyt pięknie” wypreparowanej głównej drogi odpływu żółci z wątroby. U chorej konwersja była wykonana z powodu trudności w identyfikacji przewodu pęcherzykowego. Okazało się, że był on pogrążony w nacieku i zdążał ku tylnej ścianie PŻW w pobliżu XII-cy. Stanowił nierzadko spotykaną odmianę przebiegu dróg żółciowych. Pęcherzyk wycięliśmy w sposób przyjęty u nas w Klinice. A więc skąd te objawy zapalenia otrzewnej?

Po otwarciu i odessaniu żółci z jamy otrzewnowej zamartem z przerażenia stwierdzając na całej długości przedniobocznej ściany przewodu wspólnego szereg nieregularnych kształtów, stanowiących liczne ubytki, dochodzące do średnicy przewodu.

Uświadomiłem sobie, że doszło do nich niewątpliwie z powodu termicznego obrażenia PŻW sprzed tygodnia, podczas wyosobnienia PŻW przy poszukiwaniu przewodu pęcherzykowego. Uszkodzoną część PŻW i PWW wyciąłem, a ciągłość odpływu żółci przywróciłem typową *hepaticojejunosomią en Roux*.

Niestety, mój błąd wynikający z braku dostatecznego doświadczenia, naraził chorą na niepotrzebne cierpienia i nieprzyjemne przeżycia. Miałem jedynie szczęście, że w 1992 r. nie było jeszcze modne w Polsce pociąganie do odpowiedzialności za *malpractice* niefortunnnych chirurgów.

Do domu wróciłem jak zwykle o 16.00, z wcale nie najlepszą o sobie opinią. To był mój jedyny wielki grzech, jaki popełniłem podczas moich zmagañ laparoskopowych, z którym musiałem się pogodzić i żyć dalej.

Z drugim przypadkiem uszkodzenia dróg żółciowych zetknąłem się w Klinice w marcu 1993 r. Po powrocie z Au-

stria, w której jak zwykle spędzałem wczasy narciarskie, okazało się, że jednemu z kolegów naszego zespołu przytrafiło się, już nie pamiętam, czy nacięcie, czy przecięcie, czy też wycięcie części ściany PŻW. Rekonstrukcję dróg żółciowych, w sposób podobny do wyżej opisanego, wykonał z powodzeniem, pod moją nieobecność prof. W. Gacyk. A więc dłaczego mam pamiętać ten przypadek aż do tej chwili? Otóż okazało się, że chory ważący ponad 110 kg, okazał się istotą (b. przepraszam za to wyrażenie) wielce znerwicowaną. Z powodu zbyt dużego obciążenia stresami doszło u niego, we wczesnym okresie po rekonstrukcji drogi odpływu żółci, do krwotocznego zapalenia błony śluzowej żołądka. Z tego też powodu był dwukrotnie operowany. Nie pomogło podkłuwanie owrzodzeń krwawiących, a następnie subtotalne wycięcie żołądka. Trzeci zabieg wykonałem osobiście w niedzielę, tuż po swym powrocie z nart, usuwając mu resztę żołądka, z powodu utrzymującego się krwawienia ze zmian położonych w dniu narządu. Ale to nie wszystko. Chory ten mężczyzna jeszcze długo, gdyż w okresie dalszego zdrowienia, odnowiły się u niego ostre objawy wysiękowego zapalenia stawu kolanowego na tle reumatycznym. Ostatecznie wyszedł do domu w dobrym stanie i do tej pory nie odwiedził nas w Klinice. Żeby było jeszcze ciekawiej (naturalnie żartuję), w usuniętym drogą laparoskopową, cienkościennym pęcherzyku nie znaleziono spodziewanych drobnych złogów. Odeszły one z pewnością drogą naturalną w krótkim okresie między badaniem USG a operacją.

Muszę przyznać, że laparoscopia była moją ostatnią wielką miłośnią w moim, ponad półwiecznym, życiu chirurgicznym. Ci z Was, którzy mnie lepiej znają, wiedzą, że nie była ona jedyną. Zakochany byłem też w wielu problemach dotyczących urologii, torakochirurgii, chirurgii naczyń wieńcowych serca, transplantacji nerek, nadciśnienia wrotnego, zakażeń i leczenia ran operacyjnych oraz „kalectwa dróg żółciowych”.

Cieszę się bardzo, że po moim odejściu z Kliniki mój stary Zespół Laparoskopowy, poszerzony obecnie o wszystkich bez mała asystentów, doszedł do okrągłej liczby 1000 cholecystektomii laparoskopowych. Chwała, Wam, za to. Jestem z Was dumny, że jesteście tacy wspaniali i dziękuję serdecznie wszystkim moim dawnym współpracownikom za ich trud, zaangażowanie i entuzjazm przy wprowadzaniu do naszej Kliniki

Półwiecze Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

W dniu 3 grudnia 1997 r. w Operze Bałtyckiej Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego obchodził 50-lecie swego istnienia.

Oddział Gdański PTP powstał jako pierwsze stowarzyszenie naukowe lekarzy po wojnie na Wybrzeżu. Zebranie założycielskie, w którym brało udział 11 osób, odbyło się w Sopocie, w lokalu Izby Lekarskiej. Pierwszym przewodniczącym został dr Zbigniew Kajkowski, długoletni ordynator oddziału dziecięcego Szpitala Miejskiego w Gdyni.

Obecnie Oddział Gdański PTP to jeden z najliczniejszych oddziałów w Polsce - zrzeszający blisko 500 lekarzy. Oddział był organizatorem trzech ogólnopolskich zjazdów pediatrów i licznych konferencji z udziałem gości zagranicznych; prowadzi działalność szkoleniową dla pediatrów województwa gdańskiego i elbląskiego.

Sala opery, pięknie udekorowana kwiatami w kolorze żółtym i szafirowym, z godłem Towarzystwa na honorowym miejscu, była w tym dniu zapelniona pediatrami z Gdańska, Elbląga i zaproszonymi gośćmi.

Uroczystość zaszczytlił swą obecnością: JM Rektor prof. Zdzisław Wajda, Prorektor ds. nauki prof. Jerzy Krechniak, Dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Janusz Galiński, profesoro-

laparoskopii. Bez Was byłoby to niewykonalne. Ponieważ już jestem „b. stary” i boję się, że każde spotkanie z Wami może okazać się przedostatnie, pozwalam sobie przekazać moje osobiste *credo*, jakim kierowałem się od tak dawna, jak tylko pamiętam. Otóż uważam, że najszczytniejszym celem życia na tej ziemi jest pomoc bliźniemu, a szczególnie cierpiącemu.

Jestem głęboko przekonany, że właśnie zawód chirurga pozwala w pełni urzeczywistnić tę ideę i dać też czasem niewymierną satysfakcję, a może i uczucie szczęścia takie np., jakie widziałem w oczach dr. Darka Zadroznego, gdy pokazywał mi przed paru dniami odchodzącego do domu pacjenta w drugim dniu po wykonaniu przez Niego „laparoskopowego Nissena”.

Gratuluje raz jeszcze 1000 cholecysektomii i życzę Wam kilku tysięcy następnych.

wie: Barbara Śmiechowska, Mirosława Narkiewicz, Bogusław Halikowski, Czesław Zychowicz, Czesław Stoba, przedstawiciele władz wojewódzkich i miejskich, bp Zygmunt Pawłowicz, pani Danuta Watęsowa.

Otwarcia dokonała przewodnicząca prof. Maria Korzon. Wszyscy dostojni goście, którzy zabierali głos, podkreślali zasługi lekarzy pediatrów dla rozwoju opieki nad dzieckiem w regionie gdańskim i składali życzenia dalszych sukcesów.

JM Rektor nawiązał w swym przemówieniu do Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów w Gdańsku w 1995 roku, organizowanego przez nasz Oddział. Przewodnicząca Zarządu Głównego PTP podkreśliła, że Oddział Gdański nie tylko jest jednym z pierwszych powstałych po wojnie oddziałów, ale również jako pierwszy w Polsce podsumowuje swoją 50-letnią działalność.

Sylwetki kolejnych przewodniczących Oddziału przedstawiła prof. Maria Korzon. Byli to: dr Zbigniew Kajkowski, profesorowie: Henryk Brokman, Kazimierz Ereciński, Jan Raszek, Klementyna Świcowa, Maria Kamińska. Krótka zarys historii Oddziału omówiła pisząca te słowa. Minutą ciszy uczcili zebrani pamięć tych, którzy odeszli, którzy przyczynili się do rozwoju pediatrii.

Były odznaczenia i nagrody dla długoletnich członków Towarzystwa i członków Zarządu Oddziału w okresie 50 lat jego istnienia. Listy gratulacyjne Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej otrzymały: prof. Maria Kamińska, prof. Wacława Celińska, prof. Halina Foltyn-Gubrynowicz, szczególnie zastużone

dla Oddziału Gdańskiego PTP i pediatrii gdańskiej, wychowawcy i nauczyciele wielu pediatrów. Wręczono Złote i Srebrne Krzyże Zastugi, Medale Wojewody Gdańskiego, Medale Tysiąclecia Gdańska, Dyplomy Zarządu Głównego, Dyplomy Oddziału Gdańskiego oraz książki i kwiaty. W imieniu nagrodzonych głos zabarała prof. Maria Kamińska, długoletnia przewodnicząca Oddziału, pełniąca tę funkcję do przejścia na emeryturę. Było to wzruszające wystąpienie, wspominające dawne czasy i ludzi, którzy odgruzowywali Gdańsk, organizowali od nowa służbę zdrowia, w trudnych warunkach wykonywali pracę zawodową.

W części naukowej wykład wygłosił prof. Bogusław Halikowski na temat: „Wpływ wolnych rodników tlenowych na mózg dziecka”.

Spotkanie wielu pediatrów, często już nie wykonujących zawodu, jego nastroj stworzyły okazję powrotu myślami do minionych lat, które jawią się jako chmurne i dumne, wspaniałe, bo młode. Czas litościwy, a może nastroj chwili, zatarł w pamięci wspomnienia mniej radosne, troski i trudy dnia codziennego, powszedniego.

Spotkanie to potwierdza fakt, że Polskie Towarzystwo Pediatryczne jest wielopokoleniowym zrzeszeniem ludzi, którym przyswieca wspólny cel - praca dla dobra dzieci.

Wieczorem Zarząd Oddziału podejmował zaproszonych gości w Sali Białej Ratusza Głównomiejskiego. Przy lampce wina wspomnienia płynęły dalej.

dr Wiesława Bukowska
sekretarz Oddz. Gdańskiego PTP

Przeczytane... o ludzkim działaniu

Człowiek zawsze usprawiedliwi się przed sobą samym...

Autor nieznany

Kiedy człowiek robi coś, czego się wstydzi, zawsze twierdzi, że był to jego obowiązek.

G. B. Shaw (1856-1950)

Kłopotem świata jest to, że ludzie głupi zwykle są zbyt pewni siebie, a ludzie inteligentni mają zbyt wiele wątpliwości.

B. Russel (1872-1970)

Wyboru myśli dokonał: prof. Romuald Sztaba

40 lat minęło...

Spotkanie koleżeńskie absolwentów AMG rocznika 1953-58

➔ „Po prostu”, widzami, a niektóry z nas nawet aktorami „Bim-Bomu”, świadkami narodzin Klubu Studenckiego „ŻAK” i uczestnikami pierwszych balów studenckich w rytmie nowoorleańskiego jazzu. W takim szaleństwie w 1958 roku minął nam jeszcze bal absolutoryjny w Grand Hotelu zakończony oglądaniem z końca mola wschodzącego słońca.

Byliśmy pierwszym rocznikiem, dla którego wprowadzono obowiązek stażu przeddyplomowego i podyplomowego, co spowodowało, że większość z nas ma dyplomy wydane w roku 1960. Studiowaliśmy więc w bardzo ciekawych i burzliwych czasach, co na pewno sprzyjało integracji i przyczyniło się do tego, że odczuwaliśmy potrzebę spotykania się po studiach regularnie co 5 lat.

W tym roku, w dniach 29-31 maja w hotelu GOŁUŃ, na kolejnym spotkaniu koleżeńskim, obchodzimy 40-lecie na-

szego absolutorium. Czas jest nieubtągany. Z grona naszych Profesorów pozostali jedynie prof. Walerian Bogustawski i prof. Stefan Kryński. Spośród 285. absolwentów na tegoroczne spotkanie zapowiedziało swój przyjazd ponad 70 osób. Będzie to także okazja do serdecznego wspomnienia tych, jakże niestety licznych, Koleżanek i Kolegów, którzy od nas odeszli już na zawsze i los nie pozwolił im doczekać tego spotkania.

Po dyplomie w Uczelni, w każdej z klinik i zakładów, można było spotkać naszych kolegów, co często było bardzo pomocne w pracy zawodowej. Rozjechaliśmy się jednak po całym kraju, a nawet świecie. Z perspektywy czasu można ocenić, że otrzymaliśmy w Akademii bardzo staranne wykształcenie i wielu spośród nas kończy obecnie swoją zawodową karierę jako cieszący się powszechnym uznaniem i szacunkiem

lekarze różnych specjalności, ordynatorzy oddziałów, kierownicy placówek. Dochowaliśmy się też tytułarnych profesorów. Mieliśmy zaszczone jeszcze na studiach „ciągoty” do pracy społecznej. Byliśmy aktywni w różnych stowarzyszeniach naukowych i organizacjach zawodowych. Od pierwszej chwili odtwarzania Izby Lekarskich pełniły w nich szereg odpowiedzialnych funkcji. Dość liczna grupa Koleżanek i Kolegów zdecydowała się na emigrację - co stało się udziałem niemałej liczby wykształconych Polaków w latach 70. i 80. W większości na obczyźnie odnieśli oni znaczące sukcesy zawodowe, co także świadczy o tym, że wyniesiona z Uczelni wiedza i nabyte w kraju doświadczenie były dobrym przygotowaniem do międzynarodowej kariery.

Po 40. latach od ukończenia studiów, u schyłku naszej pracy zawodowej, zdążyliśmy jeszcze doczekać niepodległej III Rzeczypospolitej, zobaczyć z bliska blaski i cienie gospodarki rynkowej oraz uczestniczyć w przygotowaniu zasadniczej transformacji polskiej służby zdrowia.

Ilustracją tego, jak dziś postrzegamy Uczelnię i co wynieśliśmy z naszej *Alma Mater*, niech będą fragmenty listów nadestanych na nasze ręce z zagranicy.

„W Akademii spędziłem 15 najlepszych lat swojego życia. Wspomnienia tego okresu, kiedy otoczony grupą wspaniałych charakterów, ulegałem osobistej metamorfozie, dostarczając natchnienia i energii jeszcze dzisiaj, gdy borykam się z przeszkodami. Kto może nie doceniać korzystnego wpływu na nas takich luminarzy nauki, jak prof. Michał Reicher, prof. Włodzimierz Mozolowski lub prof. Tadeusz Bilikiewicz. Nawet bolesne momenty, kiedy człowiek słuchał „starej Olgi” wygaszającej nonsensy komunistycznej doktryny, wyrabiały hart ducha, który pozwalał w późniejszym okresie życia wytrwać w czasie niekończących się zebrań organizacyjnych w różnych szpitalach. Warty trzymane w Studium Wojskowym bardzo przydały się jako zaprawa przed, zawsze zbyt częstymi, szpitalnymi dyżurami lekarskimi.

W Klinice prof. Mariana Górskiego pracowałem wśród wyjątkowo utalentowanych lekarzy. Sam Pan Profesor był niezłomnym przykładem doskonałości i organizacji. Na krótki uśmiech pozwalał sobie raz czy dwa razy na tydzień. To niezmiernie poważne podejście do życia było kontrastowane przez niezrównaną dr Stanisławę Ławińską. Tryskała ona fontannami humoru. W sytuacji bez wyjścia, aby złagodzić czyjeś niepowodzenie, mawiała protekcjonalnie „poluzuj, przestań się martwić, wyżej d... nie przeskoczysz”.

Osobiście i zawodowo najwięcej zawdzięczam prof. Bogdanowi Romańskiemu. Obdarzał nas hojnie skarbami swojego niezwykłego intelektu. Miał zawsze czas, dobrą radę i widział mentalnie rozwiązanie problemu, który wydawał się nie do pokonania. To był, i spodziewam się, że jeszcze długo będzie, wspaniały partner „i do tańca, i do różeńca”. Wypiliśmy z nim dużo do-



Ostatni dzień ćwiczeń w Klinice Chorób Psychiczych, wiosna 1958 r. Stoją od lewej: B. Przeździak, L. Gąsiorowski, S. Penk, M. Graczyk, M. Kordyla-Ruszkiewicz, Z. Jancelewicz



Dziesięć lat później. Poranek na molo w Sopocie po balu w Grand Hotelu, maj 1968 r.

brych trunków i pisaliśmy prace naukowe, które ostatecznie nadały kierunek mojej dalszej pracy zawodowej, kiedy zostałem alergologiem. Po 30. latach bliskiej z Nim znajomości, która obejmowała nie tylko pracę zawodową, niezliczone dyżury nocne, ale również grę w szachy (nigdy z nim nie wygrałem), grę w brydża, spotkania w kawiarence Pani Profesorowej, wypadki do barów „na jednego” - zawitał Pan Profesor z wykładami do Nowego Jorku, Montrealu i Toronto. Pewnego wieczoru, po dłuższym posiedzeniu w bardzo gorącym basenie „spa” i po kilku toastach, nappełnił Pan Profesor kieliszki ponownie i oświadczył: mam bardzo poważną propozycję dla pana, panie kolego! Mówmy sobie odtąd „na ty”. Oczywiście propozycja została przyjęta z entuzjazmem.

Bardzo cenię sobie przyjaźń wielu kolegów z naszego roku i naszej Kliniki Chorób Wewnętrznych. Pomogli mi ogromnie w moim rozwoju. Jestem przekonany, że ten osobisty i zawodowy postęp oraz dorastanie stale jeszcze trwają. I chociaż cel pozostania wspinałym lekarzem stale mi ucieka, obiecuję Wam osiągnięcie innego sukcesu. Już niedługo zamierzam stać się wzorowym, czarującym emerytem.

[Dr Zygmunt Jancelewicz
- Toronto, Kanada]

„Okres studiów w AMG był nie tylko interesujący z uwagi na tematykę i or-

ganizację, ale również na układy koleżeńsko-przyjacielskie. Uczęszczanie na wykłady, ćwiczenia praktyczne oraz udział w kółkach zainteresowań wypełniały okres studiów i stworzyły bazę do późniejszej pracy zawodowej.

U mnie osobiście w czasie studiów nauka języków obcych i praca w Studenckim Stowarzyszeniu Przyjaciół ONZ przy „Żaku” spowodowały, że w ramach wymiany międzynarodowej studentów medycyny znalazłam się w 1959 roku w Austrii. Późniejszy wyjazd, na zaproszenie kierownika Oddziału Kardiologii Szpitala Ogólnego w Wiedniu, był tylko uzupełnieniem pierwszego pobytu. A więc to, że tu się znalazłam, zawdzięczam moim studiom w AMG oraz późniejszym osobistym układowi w Austrii.

Jestem zadowolona z mojej drogi zawodowej zarówno w kraju, jak i za granicą. Austria jest krajem ciekawym. Ludzie są tu, jak wszędzie, różni. Obecnie pracuję jako diabetolog w wiedeńskiej Kasie Chorych. Środowisko lekarskie, w którym pracuję, jest międzynarodowe i to właśnie jest gwarancją wzajemnego, koleżeńskiego porozumienia.”

[Dr Teresa Zaworska-Löhner (Inka)
- Wiedeń, Austria]

„Będąc w Polsce, jako absolwent AMG, nigdy specjalnie nie zastanawiałem się, co zawdzięczam mojej Uczelni. Pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych, a potem w Klinice Kardiologicz-

nej, traktowałem jako codzienną rutynę pod nadzorem adiunktów i profesorów.

Po raz pierwszy zacząłem doceniać moją Alma Mater, kiedy znalazłem się na kontrakcie medycznym w Algierii. Przygotowanie praktyczne do zawodu, jakie zdobyłem w czasie pracy w AMG, zaczęło teraz owocować. W bardzo krótkim czasie zacząłem przewyższać umiejętnościami praktycznymi wszystkich pracujących tu lekarzy różnych narodowości. W konsekwencji zostałem wybrany prezydentem zespołu lekarskiego Szpitala Okręgowego w Algierii.

Później, kiedy znalazłem się w USA, okazało się, że moje przygotowanie teoretyczne z okresu studiów i pracy w Klinice jest prawdziwym skarbem w dalszej karierze zawodowej na obczyźnie. Nie miałem żadnych trudności w zdawaniu wymaganych egzaminów, zaś dalsze rozszerzanie mojej wiedzy i doświadczenia zawsze opierało się na wiadomościach praktycznych wyniesionych ze studiów medycznych w Polsce. Praktyczne umiejętności z zakresu diagnostyki (bez korzystania z nowoczesnej technologii) z całą pewnością zawdzięczam pracy u prof. Mariana Górskiego i doc. dr. Mikołaja Wojtowicza. To, czego Oni mnie nauczyli, nie tylko pozwala na bezproblemowe wykonywanie zawodu, ale również stawia zawodowo wyżej od moich amerykańskich kolegów. Dowodem tego może być fakt, że w 1995 roku zostałem mianowany Clinical Assistant Professor University of Illinois, College of Medicine w Chicago.

[Dr Waldemar Taraszkiewicz
- Chicago, USA]

Cieszymy się na tegoroczne spotkanie, a w szczególności na przyjazd wielu osób z różnych zakątków Polski i z zagranicy. Nasze tradycyjne zjazdy podtrzymują więzi koleżeńskie, pogłębiają związki z Uczelnią stanowiąc dobry przykład dla naszych dzieci, które nie tylko zdążyły już ukończyć studia w AMG, ale zdobywają coraz wyższe kwalifikacje zawodowe i naukowe.

Vivat Academia! Vivant Professores!
Do zobaczenia na 50-lecie !!!

prof. Wiesław Makarewicz
dr Bogumił Przeździak

TOWARZYSTWA

Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się 8 maja o godz. 10.00 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 18. W programie:

1. *Badanie ogólne moczu* - prof. W. Łysiak-Szydłowska, Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej
2. *Laboratoryjna ocena funkcji filtracyjnej nerek* - dr hab. M. Szczepańska-Konkel, Zakład Analityki Klinicznej
3. Firma Boehringer - prezentacja zestawów odczynników oraz aparatury pomiarowej

Przypominamy, że składki członkowskie za rok bieżący powinny być opłacone najpóźniej w II kwartale ze względu na plany wydawnicze czasopisma *Diagnostyka Laboratoryjna*.

Towarzystwo Internistów Polskich Oddział Gdański

Polskie Towarzystwo Lekarskie Oddział Gdański oraz Fournier Polska Sp. z o.o.

zapraszają w dniu 15 maja o godz. 11.00 do sali im. L. Rydygiera w Akademii Medycznej w Gdańsku na konferencję naukową pt.:

Wieloczynnikowa profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Kluczowa rola leczenia zaburzeń gospodarki lipidowej.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Gdański

zaprasza na zebranie naukowo-szkoleniowe w dniu 19 maja o godz. 11.15 do sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. M. Kopernika w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1/6. W programie:

1. *Ostra niewydolność wątroby* - dr dr W. Bukowska, A. Szarszewski, M. Szumera, J. Raczkowska-Kozak, prof. M. Korzon
2. *Ostra niewydolność wątroby - problemy kliniczne* - referencje jak wyżej
3. Prezentacja przedstawicieli firm farmaceutycznych

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia, że dnia 22 maja o godz. 10.00 w sali wykładowej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1a odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Okotopordowe wycięcie macicy ze wskazań nagłych* - dr med. D. Wójcik, dr med. J. Smutek, lek. med. R. Gniadek, prof. J. Mielnik, I Klinika Położnictwa i Ginekologii
2. *Rozszerzone wycięcie macicy sposobem Wertheima-Meigsa w ciąży donoszonej* - dr med. J. Smutek, dr med. D. Wójcik, lek. med. M. Jurczak-Czaplicka, prof. J. Mielnik, I Klinika Położnictwa i Ginekologii.

Towarzystwo Chirurgów Polskich Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe pt.

„Współczesne oblicze kardiochirurgii i chirurgii naczyń w Ośrodku Gdańskim”,

które odbędzie się w dniu 23 maja o godz. 10.00 w sali im. L. Rydygiera, ul. Dębinki 7.

Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej Oddział Gdański

zawiadamia, że 26 maja o godz. 13.00 w sali wykładowej Zakładu Anatomii Patologicznej AMG (budynek 24) odbędzie się zebranie naukowo-szkoleniowe. W programie:

1. *Egzorfiny kazeinowe. Bioaktywne produkty trawienia białek* - dr hab. M. Kurek
2. *Ribomunyl w leczeniu nawracających infekcji dróg oddechowych* - lek. med. K. Kania, przedstawiciel firmy Pierre Fabre Medicament

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Gdański

zawiadamia, że w dniu 27 maja o godz. 13.00 w pierwszym terminie, a o godz. 13.30 w drugim terminie, w sali wykładowej Nr 2 Wydziału Farmaceutycznego, al. Gen. J. Hallera 107, w związku z kończącą się XX kadencją działalności odbędzie się zebranie sprawozdawczo-wyborcze z następującym porządkiem:

1. Zagajenie
2. Wykład dr. farm. Z. Kamińskiego pt. *Zaopatrzenie aptek gdańskich w okresie od XV do XVII wieku*
3. Wybór Przewodniczącego i Sekretarza Zebrania Wyborczego
4. Sprawozdanie ustępującego Zarządu z działalności w okresie 1995-1998
5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej
6. Dyskusja nad sprawozdaniami
7. Sprawa udzielenia absolutorium ustępującemu Zarządowi
8. Wybór nowych władz Oddziału na XXI kadencję:
 - a) wybór Komisji Skrutacyjnej
 - b) wybór Przewodniczącego Oddziału
 - c) wybór Członków Zarządu
 - d) wybór Komisji Rewizyjnej
9. Wybór delegatów na Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego
10. Utworzenie Izby Muzealnej Farmacji
11. Sprawy bieżące
12. Wolne wnioski

Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Oddział Gdański

zaprasza na zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się w dniu 27 maja o godz. 11.00 w sali wykładowej Kliniki Chorób Zakaźnych im. prof. W. Bincera, ul. Smoluchowskiego 18. W programie:

Enterowirusowe zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych - epidemia 1996

przedstawią Zespoły Kliniki Chorób Zakaźnych AMG i Wojewódzkiego Szpitala Chorób Zakaźnych w Gdańsku.

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

NA ŁAMACH PRASY

Dzień mózgu

Dziś po raz pierwszy obchodzimy Europejski Dzień Mózgu. Chcemy propagować wiedzę o mózgu i pokazać ludziom, jak ważne są badania układu nerwowego - mówią uczeni ze Stowarzyszenia „Dana”.

Powstało ono 1992 r. w USA z inicjatywy noblisty Jamesa Watsona. W styczniu '97 podobną organizację powołano w Europie. Deklarację Europejskiego Stowarzyszenia na rzecz Mózgu „Dana” podpisało 60 wybitnych neurobiologów, neurologów i psychiatrów. Polskę reprezentuje prof. Małgorzata Kossut z Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN w Warszawie. Uczeni w ciągu dziesięciu lat pragną pogłębić wiedzę o rozwoju mózgu tak, by możliwe było m.in. stworzenie nowych sposobów zapobiegania i leczenia rozwojowych upośledzeń wzroku, słuchu, czytania, uczenia się. Prowadzone badania mają zbliżyć nas do lepszego poznania chorób Parkinsona, Alzheimerera, Creutzfeldta-Jakoba.

FEA

Gazeta Wyborcza, 19.03.1998

Drżączka Parkinsona

[...] 181 lat temu James Parkinson opisał drżączkę porażną, nazwaną później na jego cześć chorobą Parkinsona, zaś dzień jego urodzin - 11 kwietnia - królowa Elżbieta II ogłosiła światowym dniem chorych na tę chorobę.

Choroba Parkinsona jest jedną z najczęściej spotykanych chorób mózgu. Na tle innych chorób siejących spustoszenie w systemie nerwowym człowieka (jak choćby często wymieniane ostatnio CJD) wydaje się, że obchodzi się z chorym stosunkowo łaskawie: nie skraca życia, nie odbija się na sprawności umysłowej, z reguły chorują na nią ludzie starsi. Średni wiek zachorowania wynosi ok. 58 lat, choć u niektórych osób objawy pojawiają się już po 30. roku życia, zaś u innych dopiero po 70.

Ludzi z łagodnymi objawami tej choroby większość z nas mija codziennie na ulicy. Osoby z zaawansowanym parkinsonizmem widzimy rzadko; choroba eliminuje je z czynnego życia. Tym bardziej przejmująca mogła nam się wydać relacja z otwarcia Letnich Igrzysk Olimpijskich w Atlancie w 1996 r. Muhammad Ali - były mistrz świata i złoty medalista z 1960 r., bokser, o którym mówiło się, że

„fruwa jak motyl i żądli jak pszczoła” - z trudnością zapalał znicz olimpijski pochodnią trzymaną w trzęsących się rękach. Oprócz Alego na parkinsonizm cierpi w Stanach przeszło pół miliona osób, w Polsce liczbę chorych ocenia się na 100 tys.

WAR, FEA

Gazeta Wyborcza, 10.04.1998

Rewolucja w genach

Rozmowa z prof. Anną Podhajską, lekarzem biotechnologiem (współtwórczyni Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii AMG i UG, kierownik Katedry Biotechnologii na tymże Wydziale)

[...] - Wspomniała pani, że genami można leczyć.

- Zaczyna się era terapii genowej. Jest to rzeczywiście rewelacyjna metoda leczenia. Polega na tym, że po dokładnym zdiagnozowaniu choroby - a każda choroba ma swoje źródło na poziomie DNA - możemy określić, który gen jest chory i co mu dolega. Określiwszy to, będzie można leczyć geny.

- Jak zaawansowane są te badania?

- Na razie w świecie przeprowadzane są próby kliniczne, spektakularnych osiągnięć jeszcze nie ma. Jest za to wielka motywacja do intensywnych badań - strach przed rakiem. Brak spektakularnych sukcesów nie oznacza, że nie ma pozytywnych efektów. Przeciwnie - odnotowuje się na przykład, że po terapii zanikają przerzuty w niektórych rodzajach tkanek.

- Kiedy zatem możemy spodziewać się powszechnego zastosowania tej terapii?

- W roku dwutysięcznym ma pojawić się podsumowanie kilku tysięcy prób klinicznych i wówczas będziemy mogli dowiedzieć się czegoś więcej. Niedawno opublikowano artykuł na temat nowych możliwości leczenia choroby nowotworowej. Wiąże się to ściśle z przedłużaniem życia. [...]

Rozmawiała: Alina Geniusz

Dziennik Bałtycki, 6.02.1998

Utytułowanych wykładowców brak

Szkoły wyższe. Do czołówki Trójmiastu daleko

W Trójmieście brakuje profesorów, a pod względem studiujących na 1000 mieszkańców wyprzedzają nas zdecydowanie Poznań, Kraków oraz Zielona Góra, Lublin, Opole i Kielce.

Pod względem liczby studentów Trójmiasto z nieco ponad 40 tys. żaków kształcących się w 10 uczelniach jest ósmym ośrodkiem akademickim w kraju. Trójmiasto nie ma jednak powodów do dumy. Jak wynika z raportu Instytutu Ba-

dań nad Gospodarką Rynkową, w naszych uczelniach brakuje utytułowanych wykładowców (mamy jeden z najniższych odsetków nauczycieli akademickich z tytułem profesorskim w kraju). Niewielu studentów przypada także na 1000 mieszkańców. Powyżej 100 studentów na 1000 mieszkańców jest w Zielonej Górze, Lublinie, Poznaniu, Krakowie, Opolu i Kielcach. W Trójmieście studiuje tylko 52 osoby na 1000 mieszkańców.

Badacze potwierdzają, że trójmiejskie uczelnie indywidualnie prezentują niski poziom nauczania. Wynika to m.in. z braków lokalowych, braku pieniędzy na inwestycje oraz odpowiednio wykształczonej kadry, którą od pracy na uczelniach odstrasza niskie zarobki. Z drugiej zaś strony zasoby kadrowe drenują uczelnie prywatne.

Tymczasem bez odpowiednio wykształczonej kadry woj. gdańskie nie może liczyć na poważne inwestycje. Z badań przeprowadzonych przez IBnGR wynika bowiem, że dostęp do wykształczonej kadry zawodowej jest jednym z ważniejszych czynników decydujących o lokalizacji przedsiębiorstw. [...]

Przemysław Rot

Gazeta Wyborcza, 10.04.1998

Brakuje miejsca i pieniędzy

Szkoły wyższe. Do czołówki Trójmiastu daleko

[...] Pieniądzy brakuje nie tylko na podwyżki dla wykładowców, ale i na inne wydatki niezbędne do funkcjonowania uczelni. Subwencja budżetowa na działalność dydaktyczną pokrywa średnio 3/4 wydatków uczelni. Resztę pieniędzy trzeba zdobyć samemu. Dodatkowe środki na badania naukowe i projekty badawcze uzyskiwane są w większości z Komitetu Badań Naukowych. W 1996 roku uczelnie wyższe woj. gdańskiego uzyskały akceptację i finansowanie łączną 76 projektów badawczych na sumę 7 929 630 zł. Zarówno pod względem liczby sfinansowanych przez KBN projektów, jak też ich łącznej wartości, na pierwszym miejscu w Gdańskim znalazła się Politechnika Gdańska. Drugie miejsce przypadło Uniwersytetowi Gdańskiemu.

Pewną część uzyskiwanego finansowania stanowią także opłaty za prace usługowe (badania na zlecenie). Źródłem dofinansowania są też płatne studia zaoczne i kursy organizowane na terenie uczelni. [...]

Oprac. Przemysław Rot

Gazeta Wyborcza, 10.04.1998

przygotowała
dr Emilia Mierzejewska

Wspomnienie z Kwidzyna - karta następna...

W dniach 14-26 września 1997 roku, już po raz trzeci, odbył się w Kwidzynie studencki obóz naukowo-rekreacyjny, zorganizowany przez władze Akademii Medycznej przy współpracy z Urzędem Miasta w Kwidzynie. Podobnie jak w latach ubiegłych jego uczestnikami było 10 studentów Wydziału Lekarskiego i 10 studentów Oddziału Stomatologicznego. Do przedsięwzięcia czynnie przyczynili się wiceburmistrz miasta mgr Leszek Czarnobaj oraz ordynator oddziału chirurgicznego kwidzyńskiego szpitala dr Zdzisław Żywicki. Ze strony Akademii Medycznej w zorganizowanie obozu zaangażowany był jego twórca i opiekun od momentu jego powstania - dr hab. med. Janusz Jaśkiewicz.

Studenci Wydziału Lekarskiego pracowali w dwóch zespołach pięcioosobowych. Każdym z zespołów kierował lekarz ortopeda. Zgodnie z umową z Urzędem Miasta studenci pod okiem specjalistów mieli przebadać uczniów klas pierwszych, trzecich i piątych wszystkich kwidzyńskich szkół podstawowych. Celem badań było wykrywanie wad postawy. Dzieci, u których wykryto wady, kierowano na gimnastykę korekcyjną, basen lub wypisywano wkładki ortopedyczne. Badaniem objęto blisko 2500 dzieci. Wykryto ponad 1100 wad postawy, blisko 150 dzieci skierowano na basen i gimnastykę korekcyjną. Badaniem objęto również dzieci, u których wykryto wady podczas obozów w latach 1995 i 1996. Ta kontrola wykazała dużą



korekcję wad postawy u dzieci, które stosowały się do zaleceń ortopedów.

W grudniu 1997 roku zorganizowano poobozowe szkolenie dla nauczycieli wychowania fizycznego, którzy mają prowadzić zajęcia korekcyjne dla dzieci z wadami postawy. Szkolenie przeprowadzili ortopedy - dr Tadeusz Lewandowski i dr Andrzej Ziętek z Katedry i Kliniki Ortopedii AM w Gdańsku.

Do zadań studentów stomatologii należało lakowanie zębów. W tym roku zalakowano około 500 zębów. Studentami stomatologii opiekowali się dr Marta Gumkowska-Migas i dr Adam Wąsek z Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej.

Miasto ze swej strony zapewniło bezpłatne zakwaterowanie, wyżywienie i atrakcje w czasie wolnym. Tak więc uczestnicy obozu mogli nieodpłatnie korzystać z basenu, sauny, siłowni, solarium (nieustannie obleganego przez studentki) oraz kina. Z pewnością też wielką atrakcją była możliwość pobierania darmowej nauki jazdy konnej, pod okiem instruktorki pani Marty Głuchowskiej w Państwowej Stadninie Ogierów w Miłosnej, należącej do państwa Zagorów. Miasto zafundowało studentom także wycieczkę do zamku w Gniewie, w którym odbył się turniej walk rycerskich. Obóz zakończył się pożegnalnym ogniskiem nad jeziorem.

Na koniec dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tego obozu - mgr. L. Czarnobajowi i dr. Z. Żywickiemu za wygosparowanie środków na zorganizowanie obozu; dr. hab. J. Jaśkiewiczowi i dr. D. Tomaszewskiemu za pomoc w przygotowaniu obozu, opiekę nad nim oraz załatwianie wszelkich spraw bieżących wynikłych w czasie jego trwania; prof. Stanisławowi Mazurkiewiczowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Ortopedii AMG za oddelegowanie na obóz swoich pracowników; dr. A. Ziętkowi i dr. W. Ziółkowskiemu za opiekę nad studentami medycyny; dr M. Gumkowskiej-Migas i dr. A. Wąskowi za opiekę nad studentami stomatologii oraz wszystkim jego uczestnikom za niepowtarzalną atmosferę.

Do zobaczenia we wrześniu 1998 r.

Komendant
Maciej Biernacki

Sukces siatkarek

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu oraz Klub Uczelniany AZS Akademii Medycznej w Gdańsku informuje, że w dniach 27-29.03.1998 r. w Łodzi odbyły się Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych w piłce siatkowej kobiet. W imprezie startowało 9 zespołów reprezentujących uczelnie medyczne z całej Polski. Nasz zespół zajął pierwsze miejsce wyprzedzając reprezentacje Łodzi i Lublina. Skład zespołu: Anna Dymecka, Monika Kośmider, Ewa Lewandowska, Emilia Maćkowiak, Izabela Misztak, Urszula Suchnicka, Małgorzata Suchnicka, Magda Wierzbicka, Dominika Zagrodnik, Ewa Zajązkowska - kapitan, Katarzyna Żak, Magda Żychlińska. Trenerem zwycięskiego

zespołu jest mgr Anna Kubicka, a współpracuje z zespołem mgr Tadeusz Olszewski.

W dniach 3-5.04.1998 r. podobna impreza odbyła się w Lublinie, gdzie startowali mężczyźni. Nasz zespół zajął piąte miejsce na 10 startujących drużyn. Zwyciężyła Akademia Medyczna z Lublina. Skład naszego zespołu: Wojciech Gruszczyński, Tomasz Chabowski, Michał Nawrocki, Marcin Paprocki, Piotr Perfikowski, Maciej Piotrowski, Leszek Sawicki, Piotr Stoń - kapitan, Piotr Woźniak. Trenerem zespołu jest mgr Tadeusz Olszewski.

mgr Aleksander Stankiewicz
kierownik Studium WFIS

Kongres Endokrynologii Ginekologicznej

w Crans-Montana (Szwajcaria)

Asystenci II Kliniki Ginekologii i Położnictwa na wysokości 3000 m n.p.m. przed zjazdem. W dali panorama Alp

W dniach 18-21.03.1998 r. odbył się VI Światowy Kongres Endokrynologii Ginekologicznej. Uczestniczyło w nim blisko 600 osób. Grupa polska była drugą pod względem liczebności uczestników (78 osób), wśród których znajdowało się 14 samodzielnych pracowników nauki. Miejscem obrad było umiejscowione na płaskowyżu na wysokości 1500 m n.p.m. Centrum Kongresowe *Le Regent*, mogące pomieścić 2620 osób. Obrady odbywały się równocześnie w 5 salach, w których aktywnie uczestniczyło czterech ginekologów z II Kliniki Ginekologii i Położnictwa AMG. Z pięciu zgłoszonych prac z II Kliniki Ginekologii i Położnictwa Komitet Naukowy zakwalifikował trzy do prezentacji ustnej, dwie zostały przedstawione na sesji plakatowej.

Oprócz doznań naukowych, licznych spotkań ze światowymi ekspertami z dziedziny endokrynologii, uczestniczenia w sesjach plenarnych i satelitarnych, mogliśmy poznać zjazdowe tere-

ny narciarskie Crans-Montana, gdzie znajduje się 160 km tras zjazdowych, a przepustowość wyciągów narciarskich wynosi 40 000 osób na godzinę. Najdłuższy zjazd z lodowca *Plaine Morte* (3000 m n.p.m.), przy różnicy poziomów

1300 m, był dla nas i naszych wyczynów narciarskich jedną z atrakcji alpejskich zjazdów. Na zawsze pozostały nam w pamięci niepowtarzalne widoki skąpanych w śniegu i słońcu stoków Alp.

prof. Janusz Emerich



Portret europejskiego studenta...

Agnieszka Olszewska, moja szefowa z Samorządu AMG, mówi - stary, byłeś w Warszawie na konferencji, to skleć parę słów na ten temat. I ogarnął mnie strach! O czym tu, do licha, pisać! Ale jak szef prosi, to chyba należy.

18-20 March 1998 Warsaw - *International Conference The portrait of a European student yesterday, today and tomorrow*. Kupa śmiechu, dobrej zabawy, jedzenia, różnych ciekawych ludzi z wielu zakątków Europy i Polski.

Pełen luz, dobra muzyka - na bankiecie (chylę czoła przed muzykami) oraz w klubie studenckim Proxima. Organizacja na medal, warunki noclegowe OK. Szerokie spektrum tematów - od prywatnego życia studenta do ubezpieczeń, prowadzenia stołówek akademickich, opłat za akademiki, wymiany kulturalnej i współpracy pomiędzy studenckimi organizacjami w różnych krajach. Czyli coś dla luzaka, coś dla wapniaka (takich było na

szczęście niewielu - bo sami studenci!).

Jaki morał z całej zabawy - ano taki, że my, brać studencka, niewiele się od

siebie różnimy - tu w Gdańsku, w Monachium, czy w Bolonii. Mamy podobne poglądy na sprawy tolerancji, obraz przyszłej Europy. Nie chcemy być szarą masą. Każdy z nas ma jakieś zainteresowania, marzenia, jest indywidualistą. Każdy z nas manifestuje to we właściwy dla siebie sposób, niekoniecznie przez łamanie ławek w parku, ale swoją niezależnością (choćby odrobinę), własnym zdaniem, spojrzeniem na świat.

Wnioski z konferencji również proste: szanujmy siebie oraz innych - tych o odmiennej kulturze, wyglądzie, sposobie bycia - uczmy się TOLERANCJI oraz... języków obcych.

A oto jak jedna z koleżanek próbowała określić współczesnego studenta:

Student is:

- a little bit crazy,
 - a little bit lazy,
 - having fun all the time,
 - scared before the exam.
- I to tyle... cześć!*

Szymon Góralski

