



GAZETA

GDAŃSK

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 18

Luty 2008

nr 2 (206)

XVI ŚWIATOWY
DZIEŃ CHOREGO

11 luty 2008



Z życia Uczelni



W dniu 28 grudnia 2007 r. odbyło się tradycyjne spotkanie noworoczne władz Uczelni z kierownikami katedr, klinik i zakładów. Na zdjęciu: rektor w otoczeniu prorektorów i dziekanów.



Rektor AMG prof. Roman Kaliszczan został uhonorowany dyplomem i medalem pamiątkowym Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Complutense w Madrycie.



„Biały Kruk” 2007 dla prof. Andrzeja Rynkiewicza

Na zdjęciu: Prymas Polski kardynał Józef Glemp wręcza laureatowi nagrodę.



W dniu 18 grudnia 2007 r. w Auditorium Primum odbyła się uroczystość wręczenia przez rektora prof. Romana Kaliszczana nagród za osiągnięcia w 2006 r. Na zdjęciu: dyplom nagrody odbiera prof. Andrzej Myśliwski – zob. str. 9



Wyróżnieni pierwszą lokatą – Anna Bernad w sesji radiologicznej oraz Mateusz Kosiak w sesji pediatrycznej podczas European Students Conference w Berlinie – zob. str. 25

Autorem zdjęcia wykorzystanego na pierwszej stronie jest Szymon Brzóska

W numerze...

Kalendarium Rektorskie	3
ACK w 2007 r. – cele i ich realizacja. . .	4
Stowarzyszenie Absolwentów AMG . . .	5
Z Senatu AM w Gdańsku	6
Rekolekcje Wielkopostne	7
Dr med. Sambor Sawicki nagrodzony . . .	7
Minister zdrowia w naszej Uczelni . . .	8
NAGRODY MINISTRA ZDROWIA	9
Podziękowanie.	9
NAGRODY REKTORA AMG	9
Niezwykły zabieg endowaskularny . . .	12
Program Zdrowie dla Pomorza . . .	14
XVI Światowy Dzień Chorego	16
Strata, osierocenie, żałoba – poradnik . .	17
„Jestem za – a nawet i przeciw”	18
Prof. Zofia Pomarnacka	
– profesor tytularny	22
Medyczny Dzień Nauki w AMG	24
Europejski sukces Studenckiego Koła	
Ultrasonografii	25
Towarzystwa	24, 25
Kongres Ginekologów Onkologów . . .	25
Finansowanie projektów badawczych . . .	26
Nowi doktorzy	
i doktorzy habilitowani.	27
Dziennic Studia Doktoranckie	27
O Doktorze Stanisławie Berezie. . .	28
O paleniu tytoniu... i nie tylko	29
Biblioteka Główna AMG informuje . . .	30
Informacja o akcji „Zdrowe Prawo” . . .	30
Pamięci Magister Bożeny Zaorskiej . .	31
Oferta kształcenia podyplomowego . .	32
Kadry AMG i Kadry ACK	34
Opłatek Seniorów AMG	35
Mikołajki 2007	36

GAZETA AMG

Redaguje zespół: dr Marek Bukowski, Michał Burdyński, dr hab. Piotr Czauderna, prof. Brunon Imieliński, lek. Marek Labon, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), prof. Wiesław Makarewicz (red. naczelnego), dr hab. Antoni Nasal, prof. AMG., dr hab. Roman Nowicki, prof. AMG (rzecznik prasowy AMG), dr Tomasz Zdrojewski, red. tech.: mgr Tadeusz Skowyr, współpraca graficzna mgr Sylwia Scisłowska. Fot. Dariusz Omernik

Adres redakcji: **Gazeta AMG**
Biblioteka Główna AMG,
Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 0-58-349-14-83;
e-mail: gazeta@amg.gda.pl;
www: http://www.gazeta.amg.gda.pl

Druk: **Drukonsul**. Nakład: 700 egz.

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

Warunki prenumeraty:

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru 3 zł; w prenumeracie zagranicznej – 3 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk
76 10901098 0000 0000 0901 5327

Kalendarium Rektorskie

14.12.2007 – posiedzenie Rady Społecznej ACMMiT SPSK AMG połączone z uroczystym otwarciem nowej komory hiperbarycznej w Klinice Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego z udziałem władz Uczelni i zaproszonych gości.

16.12.2007 – uroczystość z okazji obchodów XXXVII rocznicy wydarzeń grudniowych: msza święta, złożenie kwiatów pod pomnikiem Poległych Stoczniovców oraz otwarcie wystawy pt. „Grudzień 1970”. W obchodach udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan.

17.12.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wzięli udział w posiedzeniu Oddziału Gdańskiego PAN dotyczącym przyznania Nagrody Naukowej Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza.

20.12.2007 – prorektor ds. nauki prof. Andrzej Hellmann reprezentował urząd rektora na pierwszej wigilii Bałtyckiej Metropolii. Spotkanie odbyło się w Pałacu Opatów w Gdańsku Oliwie.

21.12.2007 – na zaproszenie wojewody pomorskiego Romana Zaborowskiego, rektor prof. Roman Kaliszan uczestniczył w uroczystości związanej z wejściem Polski do Strefy Schengen.

21.12.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wzięli udział w spotkaniu wigilijnym Gdańskiego Klubu Biznesu.

28.12.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan uczestniczył w posiedzeniu Rady Naukowo-Programowej przy Centrum Heweliusza.

3.01.2008 – rektor prof. Roman Kaliszan odebrał z rąk minister zdrowia Ewy Kopacz

dypłom – nagrodę dla nauczycieli akademickich za rok 2007.

5.01.2008 – spotkanie opłatkowe Klubu Seniora AMG, udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan.

5.01.2008 – rektor prof. Roman Kaliszan uczestniczył w spotkaniu opłatkowym służby zdrowia, które odbyło się w Katedrze Oliwskiej.

8.01.2008 – rektor prof. Roman Kaliszan wraz z prorektorem ds. dydaktyki prof. Janem Markiem Słomińskim uczestniczyli w uroczystości wręczenia dyplomów studentom-stypendystom prezydenta Gdańska w roku akademickim 2007/2008.

9.01.2008 – na zaproszenie prezydenta Gdańska Pawła Adamowicza, rektor prof. Roman Kaliszan wzięli udział w dyskusji na temat przyszłych reguł i zasad przyznawania Nagrody Naukowej Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza.

10.01.2008 – rektor prof. Roman Kaliszan uczestniczył w zebraniu członków Stowarzyszenia „Pomorskie w Unii Europejskiej”.

11.01.2008 – spotkanie dotyczące projektu Bałtyckiego Centrum Biotechnologii i Diagnostyki Innowacyjnej z udziałem wice-marszałka Mięczyława Struka i dyrektora Departamentu Rozwoju Gospodarczego Włodzimierza Szordykowskiego. W spotkaniu Uczelnię reprezentował rektor prof. Roman Kaliszan.

16.01.2008 – spotkanie opłatkowe koła emerytów i rencistów NSZZ „Solidarność” przy Klubie Seniora AMG, w którym udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan.

Mgr Urszula Skatuba

2008 Kalendarz pracowników Akademii Medycznej w Gdańsku 2008

STYCZEŃ							LUTY							MARZEC						
P	7	14	21	28			4	11	18	25				3	10	17	24	31		
W	1	8	15	22	29		5	12	19	26				4	11	18	25			
S	2	9	16	23	30		6	13	20	27				5	12	19	26			
C	3	10	17	24	31		7	14	21	28				6	13	20	27			
P	4	11	18	25			1	8	15	22	29			7	14	21	28			
S	5	12	19	26			2	9	16	23				1	8	15	22	29		
N	6	13	20	27			3	10	17	24				2	9	16	23	30		
KWIECIEŃ							MAJ							CZERWIEC						
P	7	14	21	28			5	12	19	26				2	9	16	23	30		
W	1	8	15	22	29		6	13	20	27				3	10	17	24			
S	2	9	16	23	30		7	14	21	28				4	11	18	25			
C	3	10	17	24			1	8	15	22	29			5	12	19	26			
P	4	11	18	25			2	9	16	23	30			6	13	20	27			
S	5	12	19	26			3	10	17	24	31			7	14	21	28			
N	6	13	20	27			4	11	18	25				1	8	15	22	29		
LIPIEC							SIERPIEŃ							WRZESIEŃ						
P	7	14	21	28			4	11	18	25				1	8	15	22	29		
W	1	8	15	22	29		5	12	19	26				2	9	16	23	30		
S	2	9	16	23	30		6	13	20	27				3	10	17	24			
C	3	10	17	24	31		7	14	21	28				4	11	18	25			
P	4	11	18	25			1	8	15	22	29			5	12	19	26			
S	5	12	19	26			2	9	16	23	30			6	13	20	27			
N	6	13	20	27			3	10	17	24	31			7	14	21	28			
PAŹDZIERNIK							LISTOPAD							GRUDZIEŃ						
P	6	13	20	27			3	10	17	24				1	8	15	22	29		
W	7	14	21	28			4	11	18	25				2	9	16	23	30		
S	1	8	15	22	29		5	12	19	26				3	10	17	24	31		
C	2	9	16	23	30		6	13	20	27				4	11	18	25			
P	3	10	17	24	31		7	14	21	28				5	12	19	26			
S	4	11	18	25			1	8	15	22	29			6	13	20	27			
N	5	12	19	26			2	9	16	23	30			7	14	21	28			

– niedziele i święta

– soboty i inne dni wolne od pracy dla pracowników AMG

ACK w roku 2007 – cele i ich realizacja

Wytycznymi i zaakceptowanymi na przełomie lat 2006/2007 podstawowymi kierunkami działań zarządu szpitala były:

Utrzymanie ciągłości działalności szpitala w sytuacji jego pogarszającej się kondycji finansowej.

Mimo bardzo złożonej sytuacji finansowej udało się zapewnić ciągłość działalności szpitala jako całości, a w odniesieniu do poszczególnych komórek organizacyjnych problemy z zaopatrzeniem w leki i medyczne środki techniczne należy, w dalszym ciągu, uznać za uciążliwe i wymagające zarówno od służb administracyjnych, jak i pracowników działalności podstawowej zwiększonego wysiłku dla realizacji świadczeń zdrowotnych.

Przygotowanie i wdrożenie koncepcji oddłużenia szpitala opartej na pozyskaniu przez szpital kredytu hipotecznego na kwotę 150 mln złotych.

Do połowy maja 2007 roku przygotowania do pozyskania kredytu przebiegały sprawnie i brak było przesłanek do niepokoju o losy koncepcji oddłużeniowej. Nie tylko uzyskano niezbędne zgody Senatu AMG, ale także wykonano specjalistyczną wycenę wyznaczonych przez AMG pod zastaw hipoteczny, nieruchomości. Przygotowano dla dwóch przetargów specyfikacje istotnych warunków zamówienia (SIWZ). Powołano komisję przetargową oraz uzyskano deklarację współpracy eksperta w dziedzinie strategii makroekonomicznych (samodzielnego pracownika naukowego Uniwersytetu Warszawskiego), który miał służyć komisji przetargowej specjalistyczną radą w ocenie ofert złożonych przez oferentów.

Niestety, wybuch ogólnopolskiego strajku lekarzy oraz wielomiesięczne kłopoty ACK z rozliczaniem udzielonych świadczeń zdrowotnych, przeciągające się negocjacje i brak porozumienia sprawiły, iż mimo ogłoszenia dwóch przetargów żaden z banków hipotecznych nie złożył stosownej oferty. Z informacji, jakie dotarły do szpitala wynika, iż do czasu uspokojenia sytuacji społecznej w ochronie zdrowia nie ma szans na uzyskanie kredytu w postulowanej przez szpital wysokości ani wysokości zbliżonej.

Taki, nieprzewidziany, obrót spraw podważył całą koncepcję oddłużenia szpitala opartą na kredycie hipotecznym oraz znacznie utrudnił i tak już napięte relacje z wierzycielami, którzy swoje dalsze działania restrykcyjne wobec szpitala uzależniali od oddłużenia.

Konsekwencje takiego rozwoju sytuacji ACK ponosi do dzisiaj w postaci wystąpienia kolejki komorniczej skutkującej stratą 25% każdego środka stanowiącego przychód szpitala (najczęściej windykacja następuje już na poziomie NFZ).

Wdrażanie pozostałych elementów „Programu przyspieszenia” w celu maksymalnej realizacji przyjętych wskaźników zarządczych.

Realizację „Programu przyspieszenia” rozpoczęto na początku roku 2007. W pierwszej kolejności skoncentrowano się na realizacji zadań najtrudniejszych i tym samym najbardziej bolesnych w odczuciu pracowników, tzn. działaniach ograniczających koszty osobowe, poprawiających organizację i efektywność działania szpitala. Nie sposób wymienić wszystkich realizowanych działań – poniżej wyliczono tylko te najistotniejsze. Mimo wyjątkowo nieprzychylnego nastawienia znacznej

części pracowników do działań naprawczych, strajku lekarzy, w trakcie trwania którego (od 21 maja do 9 października) brak było podstawowej gotowości do osiągania wyznaczonych celów zarządczych oraz groźby strajku ze strony pozostałych grup pracowniczych udało się zrealizować część z założonych celów organizacyjnych, obniżających koszty działalności ACK. Niestety, nie wszystkie.

Do najistotniejszych dla szpitala działań zrealizowanych lub tych, których realizacja jest zaawansowana, zaliczyć trzeba:

- restrukturyzację kadrową w grupie lekarzy i pracowników administracji,
- opracowanie zasad etatyzacji w grupie lekarzy i bardzo zaawansowany proces wdrożenia jej do praktyki (zakonczenie do połowy grudnia),
- wdrożenie zintegrowanych programów informatycznych w aptecę zakładową, magazynach szpitalnych oraz kadrach i płacach (start od stycznia 2008 r.),
- udoskonalenie zasad controllingu i monitorowania kosztów szpitalnych,
- pełne wyłączenie z działalności szpitalnej jednej kotłowni opalanej olejem (pralnia) oraz drastyczne ograniczenie działalności kotłowni opalanej miętem (Dębinki), a w niedalekiej przyszłości jej całkowite wyłączenie z eksploatacji. Takie działania były możliwe dzięki konwersji na gaz – opał tańszy i bardziej ekologiczny od dotychczas stosowanych. Wdrożone rozwiązania pozwolą szpitalowi zaoszczędzić setki tysięcy złotych w skali roku,
- podjęcie działań przygotowawczych w zakresie termomodernizacji linii przesyłowych i obiektów szpitalnych. Aktualnie na ukończeniu jest wykonanie audytów energetycznych. Jednym z elementów takiej oceny będzie określenie możliwości zastosowania w naszym szpitalu odnawialnych źródeł energii (energii słonecznej),
- podjęcie prac nad przygotowaniem do pozyskania środków z Unii Europejskiej z przeznaczeniem na kompleksową informatyzację szpitala, zakup rezonansu magnetycznego oraz odtworzenie parku maszynowego pralni „Akademicka”. Trwa procedura przetargowa mająca wyłonić operatora takich działań,
- działania wobec wierzycieli i dłużników szpitala na rzecz minimalizacji kosztów obsługi szpitalnego zadłużenia, jak też zwiększenia skuteczności pozyskania należności ACK od naszych dłużników. Negocjacje w sprawie umorzenia odsetek przyniosły oszczędności w kwocie 2 mln złotych,
- znaczną poprawę efektywności działalności pralni „Akademicka”, która z podmiotu deficytowego stała się w pełni zyskowna. Stało się tak za sprawą obranej strategii marketingowej, jej realizacji oraz m.in. pozyskania liczących się partnerów, jak Stena Line oraz Norwegowie (pralnia świadczy usługi dla wielu podmiotów norweskich, a w niedalekiej przyszłości także dla prywatnych szpitali).

Jak wspomniano wcześniej, nie sposób wyliczyć wszystkich podejmowanych działań na rzecz poprawy kondycji finansowej i organizacyjnej ACK. Niektóre z nich są niewidoczne dla osób nie zajmujących się konkretnymi zagadnieniami.

Niestety, nie udało się zrealizować wszystkich zaplanowanych działań z powodu braku współpracy ze strony strajkujących pracowników, niższych niż zakładano przychodów (niwykonanie kontraktów z NFZ), niemożności zrealizowania planowanych działań wobec niepozyskania kredytu hipotecznego i tym samym fiaska procesu oddłużeniowego szpitala lub presji na zwiększenie kosztów pracy.

Realizacja zadań niewykonanych zostanie wznowiona zaraz po wystąpieniu warunków niezbędnych dla ich kontynuacji.

Mimo trudnej sytuacji finansowej udało się wyremontować Oddział Neonatologii, Klinikę Kardiologii i Klinikę Pielęgniarstwa. W szpitalu „Kliniczna” oddano do użytku zmodernizowaną przychodnię w miejscu starej pralni.

Nie można zapominać, że dzięki porozumieniu z Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy udało się uniknąć likwidacji Zakładu Mikrobiologii i pozyskać niezbędną powierzchnię, o bardzo dobrym standardzie, dla prowadzenia tej ważnej działalności.

Instalacja, w ramach I etapu prac, poczty pneumatycznej pozwoliła znacznie ograniczyć uciążliwości związane z przesyłaniem materiału biologicznego do ACML.

Ocena wyników finansowych szpitala w zestawieniu z analogicznym okresem roku 2006 (obraz przed pełnym podsumowaniem) przedstawiała się, w ujęciu syntetycznym, następująco:

1. **Przychody i koszty.** Wynik finansowy ACK za 10 miesięcy 2007 r. był ujemny i ukształtował się na poziomie 26,1 mln zł. Strata netto w 2007 r. była niższa o 23,2 mln zł w porównaniu z rokiem ubiegłym. Przychody były wyższe o 43,5 mln zł, a koszty wyższe tylko o 20,3 mln zł, w porównaniu z analogicznym okresem roku 2006. Po stronie kosztów wzrost wystąpił w zakresie podatków i opłat, wynagrodzeń pracowniczych oraz pozostałych świadczeń na rzecz pracowników. Szpital przekroczył, w stosunku do planu na rok 2007, koszty tylko o 1,5% !!!
2. **Zobowiązania i należności.** Zobowiązania zwiększyły się o 25,4 mln zł, a należności zmniejszyły o 2,7 mln zł.
3. **Wybrane wskaźniki ekonomiczne.** Wskaźniki płynności finansowej pogorszyły się odpowiednio o 9,5% i 11,1%, a poprawiły się natomiast wskaźniki rotacji zapasów, zobowiązań i należności. Mimo bardzo trudnej sytuacji w zakresie przepływów finansowych i przy braku efektu oddłużenia nawet nieznaczna poprawa wskaźników należy uznać za pozytywny sygnał.
4. **Zatrudnienie, liczba łóżek w szpitalu.** Zatrudnienie zmniejszyło się o prawie 187 etatów, co w osobach daje liczbę 114 pracowników. Liczba łóżek w tym czasie uległa zmniejszeniu z 1260 do 1155 czyli o kolejne 105.
5. **Liczba hospitalizacji, liczba wykonanych zabiegów operacyjnych i wykorzystanie łóżek.** Liczba hospitalizacji była niższa o 2066 chorych w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego, liczba operacji mniejsza o 234, ale za to wzrosło o 1,2 % wykorzystanie łóżek.

Proces restrukturyzacji ustawowej także miał swoją dramaturgię. Po okresie 1,5-letniego zawieszenia tego procesu, co było konsekwencją złożenia pozwów sądowych przez kilku wierzycieli szpitala, ACK uzyskało podstawowy dokument, tj. decyzję Ministerstwa Zdrowia o warunkach restrukturyzacji. Powyższa decyzja pozwalała na kontynuację procesu restrukturyzacji zobowiązań szpitalnych, w tym partycypację w kolejnych transzach oddłużeniowych, jakie rząd stawia do dyspozycji restrukturyzowanych szpitali. Niestety, niezrozumiała, krzywdząca szpital i nie do końca zgodna z „Kodeksem postępowania administracyjnego” decyzja ministerstwa o unieważnieniu wcześniejszej decyzji resortu zdrowia spowodowała kolejne zawieszenie ww. procesu. Na szczęście, sprawa znalazła swój szczęśliwy finał. Ministerstwo Zdrowia wycofało się ze swojej decyzji i stworzyło szpitalowi szansę na kontynuację ww. procesu oraz przywróciło mu prawo do korzystania z pomocy publicznej.

Zarząd ACK pragnie wyrazić Panom Rektorom profesorom Romanowi Kaliszanowi i Zbigniewowi Nowickiemu szczególne podziękowanie za wyjątkowe zaangażowanie się na rzecz pomysłu rozwiązania tego groźnego dla ACK i Uczelni, kryzysu.

Przebieg procesu naprawczego przebiega z dużymi oporami ze strony pracowników oraz trudnościami ze względu na niedokonane oddłużenie, które było osią działań naprawczych ACK.

Szczególnie poważna sytuacja szpitala dotyczy aspektów przychodowych, w tym przede wszystkim związanych z niewykonywaniem kontraktów przez kliniki oraz przekraczaniem zaplanowanych kosztów. Brak dźwigni finansowej w dalszym ciągu stanowi poważne zagrożenie dla ciągłości działalności ACK, może nawet większe niż rok temu, z powodu większej determinacji wierzycieli, szczególnie bacznie obserwujących eskalację żądań płacowych. Wystąpienie kolejki komorniczej zawsze stanowi o poważnym zagrożeniu dla jednostki.

To ostrzeżenie i wyzwanie dla nas wszystkich!!! Dlatego też z całą mocą należy uznać, iż w dalszym ciągu sytuacja finansowa ACK jest bardzo poważna i stanowi przedmiot wnikliwej analizy dokonywanej zarówno przez zarząd szpitala, jak też Uczelnię.

Symptodem optymistycznym, potwierdzającym słuszność obranej koncepcji naprawy szpitala, jest zmiana na lepsze wielu parametrów zarządczych, mimo krótkiego czasu i wielu niesprzyjających okoliczności. Można powiedzieć, że nawet na przekór rzeczywistości. Sceptycy upatrujący przyczyn takiego stanu wyłącznie w pozyskanych środkach zewnętrznych winni uwzględnić, iż wzrostu wszystkich kosztów działalności ACK, środki zewnętrzne nie były w stanie zrehabilitować. Uzyskany wynik i zarysowane pozytywne tendencje to wynik naszej pracy.

Przy dalszej konsekwencji w naprawianiu ACK, braku strajków i równoczesnym realizowaniu wytyczonych zadań kontraktowych, bez nadmiernej eskalacji żądań płacowych, przy niezbędnym zasilaniu finansów szpitala w ramach restrukturyzacji ustawowej oraz podjęciu dalszych prac nad poprawą organizacji pracy i zasad współdziałania (także między ACK i Uczelnią) szpital ma szansę na dalszą poprawę swojej kondycji finansowej. Warunkiem jest, aby reakcja na skutki nowych uregulowań prawnych dotyczących nowego czasu pracy w połączeniu z nasileniem się roszczeń płacowych przez kolejne grupy pracownicze nie zniweczyły tych pierwszych, skromnych, w stosunku do potrzeb, pozytywnych oznak poprawy sytuacji.

Zbigniew Krzywosiński
dyrektor naczelny ACK – Szpital AMG

Stowarzyszenie Absolwentów AMG zaprasza

w dniu 11 lutego (poniedziałek) o godz. 14.00 (pierwszy termin), a o godz. 14.15 (II termin) do sali im. L. Rydygiera na terenie Akademickiego Centrum Klinicznego przy ul. Dębinki 1 na Walne Zgromadzenie Wyborcze Stowarzyszenia Absolwentów AMG.

Zebranie poprzedzone będzie spotkaniem z dr. Krzysztofem Bukielem, przewodniczącym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy na temat: „Kryzys w systemie ochrony zdrowia w Polsce”. Prosimy o liczne przybycie.

Za Zarząd:
prezes prof. Brunon L. Imieliński

Z Senatu AM w Gdańsku

z posiedzenia w dniu 20 grudnia 2007 r.

Obradom przewodniczył prorektor ds. nauki prof. Andrzej Hellmann i na wstępie poinformował, że rektor prof. Roman Kaliszan jest w Warszawie, zaproszony na rozmowy z minister zdrowia Ewą Kopacz dotyczące Akademickiego Centrum Klinicznego. Prof. Hellmann powitał również nowego przewodniczącego Uczelnianego Samorządu Studenckiego, studenta Adriana Kiepuszewskiego, a następnie wręczył akt mianowania dr. hab. Krzysztofowi Sworczakowi na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Klinice Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych.

Prof. Andrzej Hellmann podziękował za długoletni udział w pracach Senatu jego członkom odchodzącym na emeryturę: senatorowi prof. Henrykowi Foksovi i przedstawicielce Komisji Zakładowej NSZZ Solidarność Krystynie Białobrzyckiej.

Senat dokonał uzupełnienia składu komisji senackich. Na funkcję przewodniczącego VIII Zespołu oceny członków władz Uczelni i profesorów Komisji Spraw Nauczycieli Akademickich została wybrana prof. Wiesława Łysiak-Szydłowska, a na członka Zespołu – prof. Wojciech Czarnowski. Na członka Senackiej Komisji Statutowej został wybrany prof. Roman Nowicki, z kolei na członka Senackiej Komisji Budżetu i Finansów wybrano przewodniczącego USS Adriana Kiepuszewskiego.

Następnie Senat pozytywnie zaopiniował następujące wnioski:

- w sprawie mianowania dr. hab. Eugeniusza Jadczyka na stanowisko profesora nadzwyczajnego AMG,
- w sprawie mianowania dr. hab. Mirosławy Krauze-Baranowskiej na stanowisko profesora nadzwyczajnego,
- w sprawie utworzenia Zakładu Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej w strukturze Katedry Analitiky Klinicznej.

Senat podjął uchwałę w sprawie zmiany uchwały nr 26/2007 z dnia 21 maja 2007 roku w sprawie warunków i trybu rekrutacji na I rok studiów w Akademii Medycznej w Gdańsku w roku akademickim 2008/2009. Senatorowie długo dyskutowali na temat zasadności usunięcia z kryteriów przyjęć na studia warunku, który mówi, że kandydat musi uzyskać co najmniej 50% punktów z liczby uzyskanej przez kandydata z najlepszym wynikiem. Po dyskusji ustalono, że ten warunek zostanie zniesiony tylko dla kandydatów na studia pierwszego stopnia (licencjaty) na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Na podstawie §50 Statutu AMG Senat dokonał wyboru Uczelnianej Komisji Wyborczej organów jednoosobowych i członków organów kolegiałnych AMG na okres kadencji 2008–2012.

Następnie Senat podjął następujące uchwały:

- w sprawie utworzenia studiów podyplomowych Psychologia kliniczna;
- w sprawie ustalenia wymiaru pensum dydaktycznego i zasad jego rozliczania w roku akademickim 2008/2009. W porównaniu z rokiem bieżącym, pensum dla profesorów zwyczajnych zostało obniżone o 20 dydaktycznych godzin obliczeniowych, dla profesorów nadzwyczajnych o 10 godzin, dla doktorów habilitowanych na stanowisku adiunkta o 10 godzin i dla adiunktów o 20 godzin dydaktycznych. Dla pozostałych nauczycieli akademickich wymiar zajęć dydaktycznych pozostanie bez zmian. Wymiar pensum dydaktycznego można było zmniejszyć ze względu na do-

brą sytuację finansową Uczelni. Podwyższenie pensum miało miejsce w 2005 r. w sytuacji, kiedy deficyt roczny Uczelni przekraczał 10 mln zł;

- w sprawie zagwarantowania środków na współfinansowanie projektu „Beetroot and Aronia: natural products to protect against chronic human disease / Burak ćwikłowy i aronia: naturalne produkty zapobiegające przewlekłym chorobom ludzi”;
- w sprawie zagwarantowania środków na współfinansowanie projektu „Termoablacja falami o częstotliwości radiowej w leczeniu chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca”;
- w sprawie zagwarantowania środków na współfinansowanie projektu „Nowe biomarkery oceny ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych u chorych z nadciśnieniem tętniczym w Europie Północnej (CARE NORTH)”;
- w sprawie narzutu kosztów ogólnouczelnianych w działalności usługowej, usługowo-badawczej i szkoleniowej;
- w sprawie aktualizacji planu rzeczowo-finansowego na 2007 rok. Kanclerz mgr Marek Langowski poinformował, że są to dotacje celowe.

Senat uchwalił zmiany do Regulaminu zasad podziału funduszu nagród i ich przyznawania nauczycielom akademickim. Od 1 stycznia wniosek o przyznanie nagrody zespołowej może dotyczyć zespołu, w skład którego wchodzi nie więcej niż dziesięciu członków. Udział każdego z nich w powstaniu osiągnięcia powinien być określony procentowo, w zależności od wkładu pracy w uzyskanym osiągnięciu. Podwyższone zostały również wymagania co do liczby punktów IF.

Na wniosek prorektora ds. rozwoju i współpracy międzynarodowej, prof. Jacka Bigdy Senat ratyfikował umowę z University of Dundee w Wielkiej Brytanii, dotyczącej wymiany w ramach The Lifelong Learning Programme (Erasmus).

Senat podjął uchwałę w sprawie odroczenia spłaty zysku Apteki nr 2 za rok 2006 na rok 2008. Kanclerz przypomniał, że Apteka nr 2 przejęła zobowiązania Apteki Akademickiej. Za zgodą Uczelni, Apteka nr 2 uzyskała kredyt na spłatę tych zobowiązań, które zostały zrealizowane w roku 2006 i w roku bieżącym. W związku z powyższym w roku ubiegłym Senat odstąpił od obowiązku przekazania AMG zysku Apteki nr 2 za rok 2005, natomiast spłatę zysku za rok 2006 odroczone na rok 2008.

Kwestor mgr inż. Jarosław Woźniak przedstawił projekt uchwały w sprawie zmiany uchwały nr 19/05/06 z dnia 26.01.2006 r. w sprawie wydzielienia z mienia Akademii Medycznej w Gdańsku części majątku na zwiększenie funduszu założycielskiego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 – Akademickie Centrum Kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku. Kwestor poinformował, że w majątku przekazanym ACK na mocy uchwały z 2006 roku znajduje się sprzęt wykorzystywany również przez pracowników Uczelni do działalności dydaktycznej, jak i klinicznej. Ponieważ w roku bieżącym zaistniała potrzeba zwiększenia funkcjonalności, użyteczności dwóch urządzeń, okazało się, że z punktu widzenia prawnego-formalnego najkorzystniejszym sposobem uregulowania relacji w tym zakresie jest zmiana zapisów w uchwale z roku 2006.

Pełnomocnik rektora ds. Programu Nowego Szpitala Uniwersyteckiego dr hab. Piotr Czauderna zreferował program modernizacji Akademickiego Centrum Klinicznego w ramach II etapu realizacji inwestycji pod nazwą: Akademickie Centrum Kliniczno-Dydaktyczne (ACKiD). Dr hab. Czauderna poinformował, że druga część modernizacji Szpitala obejmując głównie budynki, które nie były dotąd odnawiane w znaczący sposób. Zasadniczymi dziedzinami, które mają być objęte tym etapem prac są w

kolejności: kardiologia, kardiochirurgia z chirurgią naczyniową, neurologią i rehabilitacją, następnie onkologia wraz z radioterapią i medycyną nuklearną, medycyna dziecięca, interna dla dorosłych i psychiatria. Główną bolączką Szpitala jest jego pawilonowy układ i brak komunikacji pomiędzy budynkami. Jednym z założeń drugiego etapu jest budowa łączników, które pozwolą na bezpośrednią komunikację najważniejszych budynków klinicznych z pominięciem transportu naziemnego pacjentów, przy użyciu wózków czy też karetek. Założeniem jest, że organizacja Szpitala oprze się o pewne centra kliniczne, które powstaną. Pierwszym z nich jest Bałtyckie Centrum Serca, Mózgu i Naczyń. Jest to wspólna inicjatywa klinik kardiologicznych, kardiochirurgicznych i neurologii. Kolejne centra to Centrum Onkologii i Radioterapii, które mieściłoby się na miejscu obecnej pediatrii oraz Centrum Medycyny Dziecięcej. Planowane jest również w obrębie Szpitala wybudowanie wielopoziomowego parkingu na przestrzeni zajmowanej obecnie przez budynek 24. Dr hab. Czauderna podkreślił, że powinien powstać strategiczny plan rozwoju Szpitala, który określiłby, jak szpital powinien się rozwijać, nie w ciągu dwóch czy trzech lat, ale w ciągu dziesięciu czy dwudziestu, które dziedziny są priorytetowe, które mają być lokomotywami pociągowymi i na ich rozwój powinien być położony większy nacisk, a w których dziedzinach działalność ma być ewentualnie ograniczona do poziomu wyznaczonego głównie dydaktyką.

Po zakończeniu roboczej części posiedzenia Senatu odbyło się przedsięwzięcie spotkanie opłatkowe, w którym uczestniczył zaproszony gość, duszpasterz akademicki AMG ks. Jędrzej Orłowski.

Mgr Grażyna Sadowska

Dr med. Sambor Sawicki nagrodzony

Jury Ogólnopolskiego Konkursu im. A. Baczkowski powołane przez Radę Popierania i Krzewienia Nauk w Warszawie przyznało asystentowi Kliniki Ginekologii Onkologicznej AMG za pracę „Ocena przydatności klinicznej operacji sprawdzającej w wieloetapowym leczeniu chorych na raka jajnika” drugą nagrodę za najwybitniejszą pracę doktorską z dziedziny medycyny klinicznej zabiegowej.

Jury przyznało w tej dziedzinie medycyny tylko dwie nagrody, co w sposób znaczący podkreśla wartość pracy, która pochodzi z Kliniki Ginekologii Onkologicznej AMG. Jest to pierwsze w historii Kliniki tak wysokie wyróżnienie za przedstawioną pracę doktorską.

Prof. dr hab. n. med. Janusz Emerich
kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii
i Ginekologii Onkologicznej AMG

Rekolekcje Wielkopostne

W dniach 17–20 lutego 2008 r. (od niedzieli do środy) w Sanktuarium Matki Bożej Fatimskiej w Gdańsku-Żabiance odbędą się Rekolekcje Wielkopostne dla Pracowników Służby Zdrowia.

Spotkania rekolekcyjne połączone z mszą św. o godz. 18.00 poprowadzi ks. kanonik dr Wojciech Cichosz.

UCZELNIANA KOMISJA WYBORCZA NA KADENCJĘ 2008–2012

(skład został ustalony według § 51 Statutu AMG)

Przedstawiciele profesorów i doktorów habilitowanych

Wydział Lekarski – 9 osób:

prof. dr hab. Anna Balcerska, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii
dr hab. Barbara Kamińska, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej
dr hab. Andrzej Smoczyński, prof. nzw. w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
dr hab. Krzysztof Sworczak, prof. nzw., kierownik Kliniki Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych
dr hab. Andrzej Łachiński, adiunkt w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej
dr hab. Krystyna Serkies, adiunkt w Katedrze i Klinice Onkologii i Radioterapii
dr hab. Marcin Gruchała, adiunkt w I Katedrze i Klinice Kardiologii
dr hab. Piotr Trzonkowski, adiunkt w Zakładzie Histologii
dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko, kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej

Wydział Farmaceutyczny – 2 osoby:

dr hab. Antoni Nasal, prof. nzw., kierownik Zakładu Farmakodynamiki
dr hab. Anna Lebedzińska, starszy wykładowca Katedry i Zakładu Bromatologii

Wydział Nauk o Zdrowiu – 1 osoba:

dr hab. Jędrzej Antosiewicz, kierownik Zakładu Bioenergetyki i Fizjologii Wysiłku Fizycznego

Przedstawiciele pozostałych nauczycieli akademickich

– 3 osoby, w tym 1 z jedn. międzywydziałowych i ogólnouczelnianych:

dr Krzysztof Chlebus (WL), asystent w I Katedrze i Klinice Kardiologii
dr Marcin Marszał (WF), asystent w Katedrze i Zakładzie Toksykologii
dr Maria Jeżewska (MIMMiT), adiunkt w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych

Doktoranci

– 1 osoba:

lek. Małgorzata Pawłowicz, doktorantka w Klinice Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii

Studenci

– 3 osoby:

Alicja Sadowska, studentka II roku Wydziału Lekarskiego
Magda Sałata, studentka III roku Wydziału Lekarskiego
Piotr Zieliński, student III roku Wydziału Lekarskiego

Pracownicy nie będący nauczycielami akademickimi

– 1 osoba:

mgr Grażyna Sadowska, kierownik Działu Organizacji i Zarządzania

W dniu 16 grudnia 2007 roku zmarł nagle

dr n. med. Tadeusz KRUSZCZYŃSKI

pionier laseroterapii w okulistyce, długoletni pracownik Katedry i Kliniki Chorób Oczu Akademii Medycznej w Gdańsku.

W dniu 20 grudnia 2007 roku zmarła

mgr praw Bożena ZAORSKA

starszy kustosz dyplomowany, wieloletni kierownik Oddziału Opracowania Rzeczowego i Informacji Naukowej Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Gdańsku.

W dniu 8 stycznia 2008 roku zmarła

lek. med. i dent. Jadwiga ROWIŃSKA

w latach 50. i 60. starszy asystent Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku. Wieloletni pracownik Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej. Ceniony lekarz, prawy Człowiek.

W dniu 12 stycznia 2008 roku zmarła

**dr n. med. Anna Danuta DYBICKA
z d. Hiller**

wieloletni, zasłużony adiunkt Katedry i Kliniki Chorób Oczu AMG, współtwórca i ordynator oddziału okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku.

W dniu 14 stycznia 2008 roku zmarł

dr med. Edward SZAŁACH

emerytowany adiunkt byłej III Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Gdańsku. W latach 70. chirurg St. Luce Hospital na Malcie, były wiceprezes Chóru Akademii Medycznej w Gdańsku im. Tadeusza Tylewskiego.

W dniu 18 stycznia 2008 roku zmarł

dr med. Krzysztof RENKIELSKI

absolwent naszej Uczelni, nauczyciel akademicki I Kliniki Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1967–1984. Następnie chirurg w Szpitalu Specjalistycznym w Gdańsku-Zaspie.

Minister zdrowia w naszej Uczelni

Z inicjatywy władz AMG w dniu 8 grudnia 2007 r. nieoficjalną wizytę w Uczelni złożyła dr Ewa Kopacz, minister zdrowia RP.

Pod nieobecność rektora (przebywającego służbowo na Uniwersytecie Complutense w Madrycie) AMG reprezentował prorektor ds. klinicznych. W spotkaniu uczestniczył dyrektor naczelny Akademickiego Centrum Klinicznego dr Zbigniew Krzywosiński.

Spotkanie poświęcone było sytuacji naszego szpitala klinicznego. W szczególności omawiano dwie zasadnicze – dla przyszłości tej placówki – sprawy. Pierwsza dotyczyła stwierdzenia nieważności decyzji własnej ministra zdrowia o warunkach restrukturyzacji ACK, która skutkowałaby m.in. niemożnością dalszego korzystania z pomocy publicznej. Sytuacja była krytyczna wobec nieuwzględnienia odwołania od decyzji przedstawionego poprzedniemu kierownictwu resortu. Druga omawiana sprawa dotyczyła nieuregulowanych przez Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązań wobec szpitala, wynikających z tzw. ustawy 203. Zarząd szpitala nie mógł przyjąć warunków ugody proponowanej przez NFZ, ponieważ za rezygnację z naszych słuszych roszczeń oferowano zaledwie 1/6 ich wartości. W obydwu przedstawionych sprawach uzyskano ze strony minister zdrowia zapewnienie o zainteresowaniu się nimi po powrocie do Warszawy.

Rozmowy były kontynuowane w czasie dwukrotnych wizyt w Warszawie przedstawicieli Uczelni z udziałem rektora prof. Romana Kaliszana oraz zarządu szpitala. Naszymi rozmówcami byli podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia dr Andrzej Włodarczyk i dr Marek Twardowski z zespołami. Po wielogodzinnych negocjacjach została uwzględniona argumentacja przedstawiona przez zarząd szpitala i wydana satysfakcjonująca AMG decyzja z dnia 7 stycznia br. przez sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztofa Grzegorka.

Druga z przedstawionych minister zdrowia kwestii pozostaje nadal otwarta. Niezależnie, zarząd szpitala wcześniej powziął decyzję o dochodzeniu swoich racji przed sądem. Oczekiwanie na rozstrzygnięcie sądowe nie wyklucza dalszego zaangażowania się w polubowne załatwienie sprawy. Jednakże aktualnie znajduje się ona w zawieszeniu, ponieważ obowiązuje zakaz ministra zdrowia zawierania podobnej ugody przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Prof. Zbigniew Nowicki
prorektor ds. klinicznych

NAGRODY MINISTRA ZDROWIA za osiągnięcia w 2006 r.

Nagroda naukowa indywidualna

1. dr n. med. Bartosz Karaszewski – Opisanie rozkładu temperatur mózgu pacjentów w pierwszej dobie udaru niedokrwienne; zastosowanie spektroskopii rezonansu magnetycznego.

Nagrody naukowe zespołowe

1. prof. dr hab. Jacek Jassem, dr Rafał Dziadziuszko, prof. dr hab. Ewa Jassem, dr Amelia Szymanowska, dr Grażyna Kobierska-Gulida, dr hab. Witold Rzyman, prof. dr hab. Janusz Limon, prof. dr hab. Maciej Krzakowski, dr Rodryg Rameau, dr hab. Tomasz Grodzki – Badania nad biologią i kliniką raka płuca;
2. prof. dr hab. Roman Kaliszan, dr hab. Antoni Nasal, prof. nzw., dr hab. Tomasz Bączek, dr hab. Michał Markuszewski, dr Paweł Wiczling, dr Michał Marszał, mgr Paweł Kawczak, dr Michał Daszkowski – Cykl prac nad teorią i metodami optymalizacji rozdzielni chromatograficznych bioanalitów jonogennych;
3. prof. dr hab. Franciszek Sączewski, prof. dr hab. Zdzisław Brzozowski, dr Anita Kornicka, dr Anita Bułakowska, prof. dr hab. Elżbieta Pomarnacka-Jankowska, dr hab. Jarosław Stawiński – Cykl 9 prac w dziedzinie „Synteza potencjalnych leków o działaniu przeciwnowotworowym i HIV-przeciwwirusowym;
4. dr hab. Witold Rzyman, dr Tomasz Jastrzębski, prof. dr hab. Andrzej Kopacz, prof. dr hab. Piotr Lass, prof. dr hab. Jacek Jassem, dr Grażyna Kobierska-Gulida, dr Rafał Dziadziuszko, lek. Waldemar Pateczka, dr Jarosław Skokowski, lek. Maciej Murawski – Cykl publikacji na temat oceny węzła wartowniczego u chorych na nowotwory złośliwe.

Podziękowanie

W dniu 22 grudnia 2007 r. uruchomiono nową wersję serwisu internetowego naszej Uczelni <http://amg.gda.pl/>. Strona internetowa jest wirtualną wizytówką Uczelni, kreuje jej wizerunek i stanowi główne źródło informacji, wiedzy oraz podstawowe narzędzie komunikacji w XXI wieku.

Nowa szata graficzna i lepsza nawigacja to najbardziej widoczne elementy naszej nowoczesnej i w pełni profesjonalnej witryny internetowej, z którą wchodzimy w Nowy Rok 2008.

Pragnę serdecznie podziękować Zespołowi, który ją przygotował. Dziękuję panu prof. Jackowi Bigdzie, pani Ewie Kiszce, pani mgr Jolancie Świerczyńskiej-Krok i dr. Jarosławowi Furmańskiemu za trud włożony w to niezwykle ważne przedsięwzięcie.

Prof. Roman Kaliszan
rektor AMG

NAGRODY REKTORA AMG za osiągnięcia w 2006 r.

Nagrody naukowe Indywidualne

I stopnia

1. dr hab. Jarosław Krejza – za cykl prac poświęconych badaniom ośrodkowego układu nerwowego za pomocą jądrowego rezonansu magnetycznego;
2. prof. dr hab. Tadeusz Pawełczyk – za cykl prac dotyczących wpływu insuliny i glukozy na ekspresję receptorów adenylinowych;
3. dr Joanna Stańczak – za cykl prac dotyczących wybranych aspektów epidemiologii transmisyjnych zoonoz przenoszonych przez kleszcze;
4. dr hab. Michał Obuchowski – za badania nt. analizy ekspresji i funkcji genów *prpC-prkC-cpgA* oraz *prpE* w *Bacillus subtilis*;
5. dr Dariusz Wydra – za badania nad identyfikacją węzła wartowniczego u pacjentek z rakiem szyjki macicy.

II stopnia

1. dr Agnieszka Woźniak – za badania charakterystyki molekularnej specyficznej translokacji $t(X;6)(q13-14;q22)$ w egzostoście pod paznokciowej;
2. dr Magdalena Chmara – za publikacje w dziedzinie biologii medycznej;
3. dr Tomasz Gos – za badania wpływu wczesno-rozwojowej deprywacji emocjonalnej na układy monoaminergiczne mózgu gryzoni;
4. dr Sławomir Wójcik – za badania nad wpływem białka prekursorowego beta-amyloidu na ekspresję alfa-B-kryształiny w ludzkich komórkach mięśni szkieletowych;
5. dr Bartłomiej Ciesielski – za badania nad wpływem parametrów fizycznych na sygnał dozymetryczny EPR wolnych rodników;
6. dr hab. Krzysztof Łukaszuk – za badania nad optymalizacją protokołu stymulacji oraz suplementacji fazy lutealnej w zapłodnieniu pozaustrojowym;
7. dr Grażyna Kotlarz – za badania nad charakteryzacją glikoproteidów i proteoglikanów macierzy i błony komórkowej;
8. prof. dr hab. Zbigniew Kmiec – za badania nad wpływem starzenia na regulację pobierania pokarmu oraz współdziałania komórek wątrobowych;
9. dr Cecylia Tukaj – za wykazanie stymulującego wpływu suprafizjologicznych stężeń $1,25(OH)_2D_3$ na tempo podziałów komórkowych mięśniówki gładkiej aorty.

Zespołowe

I stopnia

1. prof. dr hab. Jacek Jassem, dr Elżbieta Senkus-Konefka, dr Ewa Szutowicz-Zielińska, dr Krystyna Serkies, dr Rafał Dziadziuszko, dr Andrzej Badzio, mgr Edmund Naczk, mgr Ilona Borowska – za badania nad biologią i kliniką nowotworów;
2. dr Wojciech Kamysz, prof. dr hab. Jerzy Łukasiak, mgr Katarzyna Greber, dr Elżbieta Kamysz – za badania nad aktywnością przeciwdrobnoustrojową syntetycznych peptydów;
3. prof. dr hab. Elżbieta Pomarnacka-Jankowska, dr hab. Jarosław Stawiński, prof. dr hab. Zdzisław Brzozowski, prof. dr

- hab. Franciszek Sączewski, dr Anita Kornicka, dr Ewa Dziemidowicz-Borys, dr hab. Władysław Werel, mgr Rafał Hąsa – za badania w dziedzinie syntezy i właściwości biologicznych nowych pochodnych sulfonamidowych;
4. prof. dr hab. Andrzej Szutowicz, dr Hanna Bielarczyk, dr Agnieszka Jankowska-Kulawy, mgr Sylwia Gul-Hinc, mgr Anna Ronowska, dr Dorota Bizon-Zygmańska, prof. dr hab. Tadeusz Pawełczyk, mgr Magdalena Gniezdzińska – za cykl prac dotyczących czynników cytotoksycznych i cytoprotekcyjnych w neuronach cholinergicznym;
 5. dr Tomasz Wierzba, prof. dr hab. Witold Juzwa, lek. Łukasz Gawiński, mgr Olga Labuda, mgr Dariusz Sobolewski, dr Wioleta Kowalczyk, dr Izabela Derdowska, dr Adam Prah, prof. dr hab. Bernard Lammek, prof. dr hab. Janusz Zabrocki – za badania zależności między strukturą chemiczną i aktywnością biologiczną analogów strukturalnych bradykininy;
 6. prof. dr hab. Andrzej Myśliwski, prof. dr hab. Jolanta Myśliwska, dr hab. Piotr Trzonkowski, prof. dr hab. Anna Balcerska, dr Krzysztof Szyndler, dr Małgorzata Myśliwiec, dr Joanna Więckiewicz, dr Łukasz Hak, dr hab. Janusz Siebert, prof. nzw., dr Katarzyna Zorena – za badania nad rolą cytokin w procesie starzenia się organizmu i niektórych stanach chorobowych;
 7. prof. dr hab. Piotr Szefer, dr Tomasz Ciesielski, dr Radosław Żbikowski, dr hab. Anna Lebedzińska, prof. dr hab. Jacek Namieśnik, dr hab. Krzysztof Skóra, mgr Iwona Kulik – za ocenę chemometryczną i bromatologiczną wybranych elementów środowiskowych;
 8. dr hab. Apolonia Rybczyńska, prof. nzw., dr Konrad Boblewski, dr Czesława Orlewska, prof. dr hab. Henryk Foks, dr Artur Lehmann, lek. Anna Jurska-Jaśko – za badania nad wpływem kalcymimetyków i kalcylityków na ciśnienie tętnicze krwi u szczurów;
 9. dr Ilona Klejbor, prof. dr hab. Janusz Moryś, dr Beata Lutkiewicz, dr Beata Domaradzka-Pytel, dr Jan Spodnik, dr Jerzy Dziwiątkowski – za badania nad rolą neuronów dopaminergicznym śródmózgowia w stresie i etiologii schizofrenii u gryzoni;
 10. dr Anna Dubaniewicz, prof. dr hab. Andrzej Myśliwski, dr hab. Piotr Trzonkowski, dr Mirosława Dubaniewicz-Wybieralska, dr Ada Dubaniewicz – za cykl prac dotyczących udziału białek szoku termicznego *Mycobacterium tuberculosis* w etiopatogenezie sarkoidozy;
 11. dr Ewa Stomińska, dr hab. Ryszard Smoleński, dr Czesława Orlewska, prof. dr hab. Henryk Foks, prof. dr hab. Julian Świerczyński, mgr Marcin Lipiński, dr Paweł Sowiński, dr Ewa Wierczak, lek. Przemysław Adamski – za identyfikację i badania nad znaczeniem metabolitów NAD;
 12. dr Sebastian Dobrowolski, prof. dr hab. Marek Dobosz, dr Stanisław Hać, dr Andrzej Babicki, dr Janusz Głowacki, dr Adam Nałęcz – za cykl prac dotyczących leczenia endoskopowego polipów jelita grubego.
- dr Ilona Olędzka – za badania nad zastosowaniem HPLC i CE w badaniach farmakokinetycznych i biodostępności leków;
5. prof. dr hab. Jan Stępiński, dr hab. Ewa Bryl, dr hab. Jacek Witkowski, prof. nzw., prof. dr hab. Stefan Angielski, dr Barbara Lewko, tech. anal. Elżbieta Łatawiec – za cykl prac poświęconych badaniom metabolizmu komórek podocytnych nerek;
 6. prof. dr hab. Jerzy Klimek, prof. dr hab. Julian Świerczyński, dr Lidia Zabrocka – za badania nad wpływem trijodotyroniny na ekspresję genów enzymów lipogennych i genu leptyny;
 7. dr Joanna Karbowska, dr Zdzisław Kochan, dr hab. Włodzimierz Meissner – za badania nad regulacją biosyntezy głównych adipokin – adiponektyny i leptyny;
 8. dr hab. Jerzy Kuczkowski, dr hab. Waldemar Narożny, prof. dr hab. Czesław Stankiewicz, prof. dr hab. Andrzej Kopacz, dr Bogusław Mikaszewski, dr Jacek Kot, dr Mirosława Dubaniewicz-Wybieralska – za badania nad patogenezą i obrazem klinicznym powikłań zapalenia uszu i zatok przynosowych;
 9. dr Wojciech Marks, lek. Zbigniew Witkowski, dr hab. Jerzy Lasek, prof. nzw. – za cykl publikacji dotyczących optymalizacji diagnostyki i leczenia chorych po ciężkim urazie;
 10. prof. dr hab. Andrzej C. Składanowski, dr Rafał Sądej, dr Agnieszka Borowiec, dr Katarzyna Lechward, dr Kinga Tkacz-Stachowska – za badania nad rolą biologiczną różnych form 5'-nukleotydu w tkance zdrowej i nowotworowej;
 11. dr Dominik Rachoń, dr Krystyna Suchecka-Rachoń, dr Łukasz Hak, prof. dr hab. Jolanta Myśliwska – za badania nad oceną wpływu drogi podania estrogenów na wybrane markery ryzyka sercowo-naczyniowego;
 12. prof. dr hab. Henryk Foks, dr Katarzyna Gobis, dr Krystyna Wisterowicz, dr hab. Anna Kędzia, prof. nzw., mgr Ewa Kwapisz, dr Czesława Orlewska, prof. dr hab. Zofia Zwolska, dr Ewa Augustynowicz-Kopeć – za badania nad syntezą i aktywnością przeciwbakteryjną nowych azotowych związków heterocyklicznych;
 13. dr hab. Piotr Czauderna, prof. dr hab. Maria Korzon, dr Katarzyna Sznurkowska, lek. Maria Wyszomirska, prof. dr hab. Czesław Stoba, dr Barbara Skoczył-Stoba, lek. Grzegorz Zbrzeźniak, lek. Wojciech Narożański – za badania nad zastosowaniem chemoembolizacji w leczeniu chirurgicznym nowotworów wątroby u dzieci.

Nagrody dydaktyczne

Indywidualne

I stopnia

1. dr hab. Janusz Siebert, prof. nzw. – za uruchomienie i redakcję serii wydawniczej pt. „Choroby serca i naczyń w praktyce lekarskiej”.

II stopnia

1. dr Andrzej Kottowski – za publikację elektroniczną pt. „Medycyna i higiena tropikalna”;
2. dr Joanna Stańczak – za autorstwo rozdziału w podręczniku pt. „Parasitology for medical students”;
3. prof. dr hab. Przemysław Myjak – za autorstwo rozdziału w podręczniku pt. „Parasitology for medical students”;
4. prof. dr hab. Janusz Limon – za autorstwo rozdziałów w podręcznikach z zakresu genetyki molekularnej oraz genetyki klinicznej.

Zespołowe

II stopnia

1. dr Tamara Czajkowska-Łaniecka, dr Iwona Domżańska-Popadiuk, dr Iwona Jańczewska, dr Anna Kawińska-Kiliań-

II stopnia

1. dr hab. Jarosław Stawek, dr Hubert Wichowicz, dr Dariusz Wieczorek, dr Mirosława Dubaniewicz-Wybieralska, lek. Wiesław Cudała, prof. dr hab. Piotr Lass, lek. Bogna Brockhuis, dr Mirosława Derejko – za badania zaburzeń poznawczych i psychicznych w wybranych schorzeniach układu pozapiramidowego;
2. dr Marzena Wełnicka-Jaśkiewicz, dr Anna Żaczek, dr hab. Janusz Jaśkiewicz, prof. nzw., dr Krzysztof Konopa, prof. dr hab. Jacek Jassem, dr hab. Krzysztof Bielawski – za badania nad biologią i kliniką raka piersi;
3. prof. dr hab. Marek Wesołowski, dr Bogdan Suchacz, dr Jan Halkiewicz – za badania nad zastosowaniem radialnych sieci bazowych w interpretacji wyników analiz chemicznych;
4. prof. dr hab. Henryk Lamparczyk, dr Lucyna Konieczna, dr Piotr Kowalski, dr Aleksandra Chmielewska, dr Alina Plenis,

- czyk, prof. dr hab. Jerzy Szczapa, dr Jerzy Wojculewicz, dr Elżbieta Kołodziejczak, lek. Małgorzata Kortecka, mgr Beata Pusz, lek. Adam Thrun – za opracowanie skryptu dla studentów z neonatologii w zakresie fizjologii i patologii noworodka;
2. dr hab. Jacek Witkowski, prof. nzw., dr hab. Ewa Bryl, dr Jacek Brożek, dr Anna Dubaniewicz, dr Katarzyna Ruckemann-Dziurdzińska, dr Monika Soroczyńska-Cubala, mgr Agnieszka Jóźwik – za opracowanie autorskiego programu i multimedialnych materiałów dydaktycznych z patofizjologii;
3. prof. dr hab. Zbigniew Śledziński, prof. dr hab. Marek Dobosz, dr Stanisław Hać, dr Tomasz Stefaniak, dr Justyna Kostro, dr Sebastian Dobrowolski, lek. Monika Proczko-Markuszczyńska – za zorganizowanie Konferencji Polskiego Klubu Trzustkowego.

Nagrody organizacyjne

1. prof. dr hab. Piotr Lass – za zorganizowanie Wydziału Nauk o Zdrowiu;
2. dr hab. Piotr Czauderna – za koordynację działań związanych z projektem Akademickiego Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktycznego;
3. prof. dr hab. Zbigniew Nowicki – za szczególne zaangażowanie w rozwiązanie problemów szpitali klinicznych AMG;
4. dr hab. Leszek Kalinowski – za pracę nad koncepcją Centrum Naukowego Medycyny Laboratoryjnej;
5. dr Wacław Nahorski – za szczególne dokonania w zakresie organizacji bazy materialnej MIMMiT;
6. dr hab. Roman Nowicki, prof. nzw. – za pełnienie funkcji rzecznika prasowego AMG.

za całokształt pracy naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej:

7. prof. dr hab. Maria Korzon
8. prof. dr hab. Halina Teichman
9. dr hab. Józef Zienkiewicz, prof. nzw.
10. dr hab. Jadwiga Sadlak-Nowicka, prof. nzw.
11. prof. dr hab. Henryk Foks
12. prof. dr hab. Andrzej Myśliwski

za wdrożenie modułu udostępniania zbiorów w oparciu o zintegrowany system biblioteczny VIRTUA:

13. mgr Małgorzata Gorczyńska
14. Grażyna Miętkiewicz

15. Witold Parwicz – za szkolenia użytkowników w zakresie naukowej informacji medycznej

za szczególne zaangażowanie w pracę w Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej Wydziału Lekarskiego:

16. dr Wiesława Mickiewicz
17. dr Aida Kusiak
18. mgr Elżbieta Rajkowska-Labon
19. dr Regina Żuralska
20. dr Tomasz Śledziński
21. mgr Krzysztof Malinowski
22. lek. dent. Justyna Kowalska
23. lek. dent. Cezary Kłosiński

za szczególne zaangażowanie w pracę w Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej Wydziału Farmaceutycznego:

24. dr Barbara Damasiewicz
25. mgr Katarzyna Kurpierz

26. dr hab. Apolonia Rybczyńska, prof. nzw. – za działalność organizacyjną i dydaktyczną Wydziału Farmaceutycznego;

27. dr Danuta Rajzer – za działalność organizacyjną i dydaktyczną Wydziału Farmaceutycznego;

28. dr Rita Hansdorfer-Korzon – za działalność organizacyjną i dydaktyczną Wydziału Nauk o Zdrowiu AMG.

za wzorowe pełnienie funkcji opiekuna roku:

29. dr Henryk Zawadzki
30. dr Dariusz Gąsecki
31. lek. dent. Bogusław Lipka
32. dr Barbara Milczarska

33. dr Janina Szulc – za wzorowe pełnienie funkcji opiekuna praktyk zawodowych.

Wyróżnione prace doktorskie

1. dr Robert Ciechanowicz – „Rola układu tachykinin w patogenezie pooperacyjnej niedrożności jelit u szczurów”;
2. dr Michał Kaliszan – „Określenie czasu zgonu na podstawie pomiarów temperatury wybranych okolic ciała. Badania na modelu zwierzęcym”;
3. dr Justyna Pietkiewicz – „Mikrosfery lipidowe jako nowa postać leku pozajelitowego: opracowanie metody sporządzania i próba inkorporacji substancji leczniczych”;
4. dr Marzena Podgórska – „Wpływ insuliny na ekspresję transporterów nukleozydowych u szczura”;
5. dr Bartosz Wielgomas – „Badania interakcji chloropirifosu i cypermetryny na szczurach”.



IV Zimowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa SŁUPSK-USTKA 7-10.02.2008

organizowana z okazji XVI Światowego Dnia Chorego – zapraszają: Sekcja Dermatologiczna Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM w Gdańsku i Oddział Pediatriczny Szpitala Wojewódzkiego w Słupsku.

Dnia 7 lutego br. o godz. 17.00 w Filharmonii Słupskiej odbędzie się Sesja inauguracyjna **Homeopatia czy medycyna oparta na faktach?**

Referaty wygłoszą:

- prof. R. Kaliszan – Poszukiwanie lepszych leków
prof. J. Kruszewski – Medycyna alternatywna w alergologii
ks. dr hab. A. Kowalczyk – Homeopatia, ezoteryka czy medycyna?

Pozostałe tematy Konferencji:

Pokrzywki 2008; Wyprysk atopowy u dzieci i dorosłych; Znaczenie bariery naskórkowej i jej właściwej pielęgnacji; Leki biologiczne; Jakość życia; Nowe leki w terapii dermatologicznych; Czynniki zakaźne w etiologii chorób alergicznych; Zakażenia grzybicze w alergologii; Czy kwasy tłuszczowe omega-3 są potrzebne? Jak zapobiegać procesom starzenia skóry? Pokaz przypadków.

Konferencja adresowana jest do lekarzy alergologów, dermatologów i pediatrów. Za udział w obradach przyznane zostaną punkty edukacyjne!

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego prof. Roman Nowicki e-mail: rnowicki@amg.gda.pl tel. 058 349 25 90
Konferencja, noclegi, wystawa firm: Ośrodek Wypoczynkowo-Konferencyjny JANTAR, Ustka, ul. Wczasowa 14 www.jantar.ustka.pl kom. 603 182828, tel. 059 814 40 93 fax 059 814 42 87 e-mail: jantar@ta.pl



Niezwykły zabieg endowaskularny w Pracowni Naczyniowej Katedry Radiologii AMG

Rozmowa z dr. med. Adamem Zapaśnikiem

Należą się Panom gratulacje po sukcesie, który przekazały ogólnokrajowe media. Proszę o dokładniejsze dane.

Dr Adam Zapaśnik: Zabieg zamknięcia olbrzymiego tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej został wykonany 7 grudnia 2007 roku. Dokonaliśmy tego w zespole, w którego skład od początku wchodzi: dr med. Maciej Szajner, adiunkt Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii AM w Lublinie, anestezjolog z Zakładu Neuroanestezjologii dr hab. Zbigniew Karwacki, prof. nzw. AMG, dr med. Małgorzata Witkowska, dr hab. Wojciech Kloc, ordynator Oddziału Neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku, pielęgniarki i technicy Pracowni Naczyniowej oraz mówiący te słowa.

Prosimy o szczegóły dotyczące chorej, którą poddano zabiegowi.

Pacjentka od 20 lat skarżyła się na zaburzenia wzroku. Od pół roku dokuczały jej bóle głowy. Po pewnym czasie okulista skierował ją do neurologa. Jak podała, wymogła na nim skierowanie na tomografię komputerową. Badanie to uwidoczniło tętniaka odcinka śródczaszkowego tętnicy szyjnej wewnętrznej o średnicy ponad 5 cm przylegającego do zatoki jamistej. Przyjęta do Oddziału Neurochirurgii w Elblągu, a po konsultacji – do Oddziału Neurochirurgii w Wojewódzkim Szpitalu im. Kopernika w Gdańsku. Tu ustalono wskazania do zabiegu wewnątrz-naczyniowego.

Na czym polegała niezwykłość tego zabiegu? Przecież tą techniką posługiwaliście się Panowie już wcześniej?

Ten tętniak nie jest pierwszym tętniakiem zaopatrzonym na terenie Zakładu Radiologii AMG we współpracy z dr. Maciejem Szajnerem. Współpracujemy już trzy lata i niektóre przypadki,

które wydają się trudne lub niemożliwe do zoperowania otwartą metodą chirurgiczną, leczymy endowaskularnie. Możliwe to jest dzięki współpracy z zespołem neuroanestezjologii tutejszej Akademii oraz Oddziałem Neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku, kierowanym przez doc. Kłoca, który kwalifikuje i kieruje pacjentów. W ciągu 3 lat zoperowaliśmy w wymienionym zespole 25 pacjentów z tętniakami oraz 15 z malformacjami naczyniowymi i wszystkie te działania przebiegały z powodzeniem. To znaczy praktycznie rzecz biorąc, nie mieliśmy żadnego powikłania. Poza jednym przypadkiem, w którym wystąpił przejściowy niedowład (w trakcie zabiegu nastąpiło krwawienie – zatrzymane endowaskularnie). Niedowład ustąpił po tygodniu, wszystko skończyło się pomyślnie.

Zachęcenie początkowym sukcesem w leczeniu malformacji podjęliście Panowie próbę zastosowania tej techniki również w tętniakach.

To prawda, dotychczas w Zakładzie Radiologii AMG zamykaliśmy metodą klejową tylko malformacje. Ta technika, którą zastosowaliśmy w tym zespole u omawianej pacjentki, jest metodą autorską dr. Szajnera z Lublina, który dotychczas przeprowadził 6 zabiegów na mniejszych tętniakach, stosując metodę mieszaną, tzn. z użyciem coil i uzupełnieniem klejem. W przypadku tego tętniaka – trzeba to podkreślić – był to pierwszy, a więc i największy na świecie tętniak zamknięty w całości przy użyciu techniki z zastosowaniem wyłącznie mieszaniny kleju cianoakrylowego.

W czołowych ośrodkach światowych stosuje się obecnie preparat ONYX. W opisywanym zabiegu użyto kleju Histoakryl. Dotychczas był stosowany do zamykania malformacji naczyniowych, a jeszcze wcześniej neurochirurdzy używali go do zamykania przetok płynowych na podstawie czaszki. Miesza się go z substancją cieniującą, zawierającą cząstki ołowiu. Następnie preparat ten wprowadza się specjalnymi, powlekanymi mikrocewnikami. Problem polega na tym, że czas wiązania się tego kleju jest bardzo krótki, a reakcja ma charakter izotermiczny. W naczyniakach zalega on jakiś czas, natomiast w tętnia-

Endowaskularne techniki neuroradiologiczne w leczeniu naczyniaków i tętniaków mózgowych

Od dawna były podejmowane próby przeznaczeniowego zamykania tętniaków. Ich celem było wyłączenie tętniaka z krążenia poprzez wypełnienie jego światła materiałem embolizacyjnym. Pierwsze tego typu zabiegi przeprowadził Serbinienko za pomocą lateksowych balonów odczepialnych. Technika zaproponowana przez niego była obiecująca, jednak umieszczanie i napełnianie balonów w jamie tętniaka było trudne technicznie i czasochłonne. Nowe możliwości stworzyło wprowadzenie spiral jako materiału embolizującego. Stosowano spirale wolne (wypychane specjalnym prowadnikiem-wypychaczem), a następnie odczepialne mechanicznie lub elektrolitycznie.

Kolejnym etapem rozwoju tych technik jest stosowanie, używanych już wcześniej z powodzeniem w leczeniu malformacji tętniczo-żylnych mózgu (naczyniaków), klejów histoakrylowych. Wstrzykiwane w postaci mieszanej z oleistymi środkami cieniującymi, takimi jak Pantopaque czy Lipiodol, pozwalają na szczelne i trwałe wypełnienie naczyniaka. Po całkowitym zamknięciu naczyniaka nie spostrzegano przypadków rekanalizacji. Stosowanie tej techniki czy to w zamykaniu naczyniaków, czy tętniaków wymaga dużej wprawy i doświadczenia – nie jest bowiem wolne od zagrożeń. Przede wszystkim ważne jest dobranie odpowiedniego stężenia kleju do

panujących w danym miejscu warunków hemodynamicznych. Wśród możliwych powikłań wymieniane są: krwawienie podopajczynówkowe, które może wystąpić w trakcie embolizacji lub w ciągu 48 godzin po zabiegu. Przyczyną jest najczęściej przebicie cewnikiem worka tętniaka lub doprowadzającego naczynia, a także pęknięcie naczynia czy ściany tętniaka na skutek wzrostu ciśnienia tętniczego krwi przez zablokowanie odpływu żylnego. Drugim możliwym powikłaniem jest zatorowość mózgu, która może być spowodowana przez cząstki mieszaniny klejowej, przedostające się na drodze refluksu do prawidłowych naczyń.

Szybki rozwój i doskonalenie techniki embolizacji sprawiły, że metody te są coraz częściej alternatywą do otwartej operacji neurochirurgicznej. Zwłaszcza przy niedostępności operacyjnej tętniaka w połączeniu z jego dużymi rozmiarami. Technika ta może okazać się niezwykle pomocna w zamykaniu właśnie tzw. tętniaków olbrzymich – tj. o średnicy powyżej 2,5 cm. Przed wprowadzeniem technik endowaskularnych największe tętniaki olbrzymie, np. tętnicy szyjnej wewnętrznej były zaopatrywane podwiązaniem tętnicy, czasem z dodatkowym zabezpieczeniem w postaci by-passu zewnątrzczaszkowo-wewnątrzczaszkowego, co nawet przy powodzeniu całego postępowania nie zawsze chroniło przed kalectwem.

Opracował prof. B.L. Imieliński



Dr Zapaśnik w trakcie zabiegu

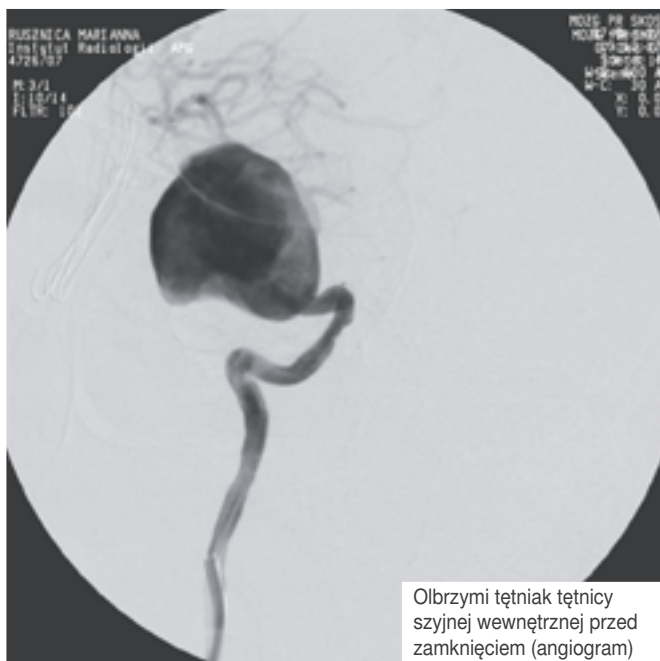
kach, w których przepływ jest szybki, podanie tej mieszaniny może doprowadzić do jej wypłynięcia i zaklejenia obwodu.

Na tętniaki olbrzymie innej alternatywy praktycznie nie ma. Typową metodą zamykania spiralami jest założenie pierwszego coila wymiarowego w stosunku do wielkości tętniaka, żeby go wymodelować, wtedy poprzez trójwymiarowy kąt udaje się uchwycić rozmiar tętniaka i dopiero wówczas uzupełnić dalszymi coilami, doprowadzając do zapełnienia worka, w ilości zależnej od wielkości tętniaka.

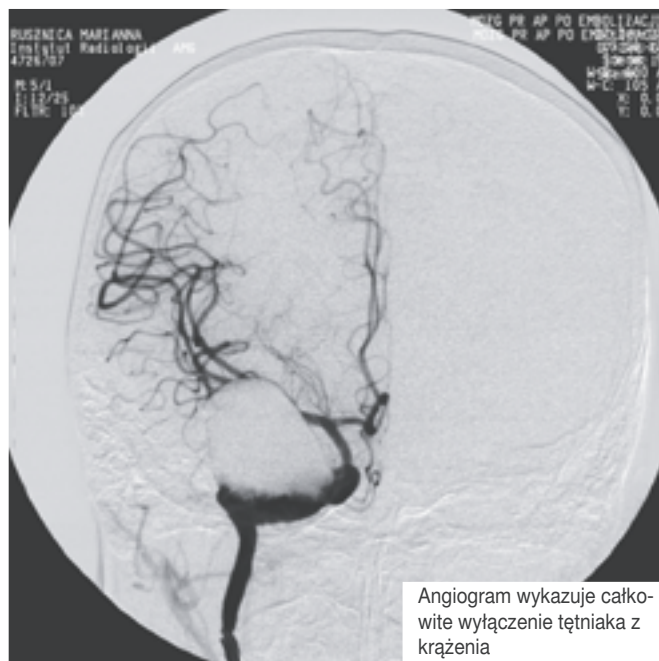
Jakie zatem innowacje musieliście Panowie wprowadzić, żeby osiągnąć ten sukces?

Trzeba stwierdzić, że w przypadku 5-centymetrowego tętniaka nie ma odpowiednio dużych spiral miarowych, a więc rodzaj i liczba spiral, które musiałyby być użyte, byłaby znaczna i waga samego tętniaka spowodowałaby jeszcze większe objawy masy. Tętniaki olbrzymie same przez się zachowują się przecież jak guzy pod względem objętości. Zamierzenie więc było takie, żeby zastosować klej – ten typowy, bo jest tańszy (jedna tubka kosztuje około 100–150 zł). Do zamknięcia tego tętniaka zużyliśmy 8

opakowań kleju i jeśli to pomnożyć przez jego cenę jednostkową, to i tak koszt był niski. Jednak ten klej nie wypełniłby tak dużego tętniaka, gdyby nie specjalna metoda podawania, z dokładną kontrolą przepływu krwi, z wcześniejszymi badaniami krążenia krwi: dokładną znajomością, jaka jest szybkość przepływu, w jaki sposób możemy ją zwolnić, a potem odpowiednio szybkie podanie kleju, żeby nie przykleił się cewnik. Określa się to po prostu wizualnie – widać jak krew nabiega do tętniaka, jak się podaje do niego kontrast i jak szybko wypływa. Teraz ewentualnie stosując różne „sztuczki” doprowadza się do spowolnienia napływu krwi do tętniaka i zahamowania wypływu. I w tym momencie mamy czas na podanie kleju, który wiąże krew w obrębie tętniaka i już jest po wszystkim – tętniak jest zaklejony. Przy okazji wytwarza się reakcja izotermiczna, która powoduje odczyn pseudo zapalny, pod wpływem wzrostu temperatury. Czasem może to być powodem niewielkich objawów neurologicznych, najczęściej przejściowych. Można to zresztą traktować jako objaw pozytywny, bo objętość tętniaka ulega wskutek tego pewnemu zmniejszeniu, bowiem wytwarza się reakcja „oparzeniowa”, sprzyjająca obkurczeniu się



Olbrzymi tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej przed zamknięciem (angiogram)



Angiogram wykazuje całkowite wyłączenie tętniaka z krążenia

Program Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013

ZdP 2005-2013: Diagnostyka i Leczenie Chorób Nowotworowych

Nowotwory złośliwe stanowią w Polsce, podobnie jak w całym świecie, narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. W Polsce w 2005 roku (ostatnie dostępne dane) zarejestrowano 125.672 zachorowania i 90.396 zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Nowotwory złośliwe są obecnie drugą przyczyną zgonów w Polsce (26% ogółu zgonów u mężczyzn i 23% u kobiet). W niektórych grupach, np. u kobiet poniżej 65. roku życia, nowotwory już obecnie są najczęstszą przyczyną zgonów. W ciągu ostatnich 4 dekad liczba zachorowań na nowotwory złośliwe gwałtownie rosła: u mężczyzn nastąpił wzrost o ponad 45.000 zachorowań, a u kobiet – o ponad 38.000, oznacza to odpowiednio 3,8-krotny i 2,9-krotny wzrost. Taki wzrost, w znacznym stopniu, można przypisać trzem przyczynom: powiększeniu się polskiej populacji, zmianom jej struktury wieku oraz zwiększeniu narażenia na czynniki rakotwórcze (przede wszystkim na dym tytoniowy).

W województwie pomorskim w roku 2005 zarejestrowano 5.549 zgonów z powodu nowotworów złośliwych, w tym 3.015 wśród mężczyzn i 2.534 wśród kobiet. W ciągu ostatnich 6 lat liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wzrosła w województwie pomorskim o 11,4%. Standaryzowane współczynniki zgonów u mężczyzn i kobiet w roku 2005 wynosiły w województwie pomorskim odpowiednio 216,4 i 117,2, co plasowało je odpowiednio na trzecim i pierwszym miejscu wśród polskich województw. Województwo pomorskie znajduje się w obszarze o najwyższej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.

Istotnym wskaźnikiem jest także ogólna liczba osób żyjących z rozpoznaniem nowotworu złośliwego (określa ją tzw. wskaźnik chorobowości). Liczba ta w województwie pomorskim wzrosła od około 30.000 osób w 2000 r. do około 40.000 osób w 2005 roku. Zatem ważnym problemem jest zapewnienie odpowiedniej bazy lokalowej i kadry medycznej do prawidłowej opieki nad tą grupą chorych.

W ocenie Grupy Roboczej obecna sytuacja w dziedzinie diagnostyki i terapii chorób nowotworowych w województwie

pomorskim jest niezadowalająca. Składają się na to następujące przyczyny:

- nie wystarczająca baza specjalistycznego leczenia onkologicznego i związany z tym utrudniony dostęp do leczenia;
- brak infrastruktury umożliwiającej szybką i nowoczesną diagnostykę onkologiczną (przestarzała i nie odpowiadająca potrzebom ilościowym aparatura diagnostyczna i brak wyspecjalizowanych jednostek szybkiej diagnostyki ambulatoryjnej);
- nierównomierne i nieracjonalne rozmieszczenie przychodni onkologicznych w województwie;
- nie wystarczająca liczba specjalistów, przede wszystkim w dziedzinie onkologii klinicznej;
- nie wystarczające środki na farmakologiczne leczenie onkologiczne, w tym znacznie mniejsza niż średnia w kraju liczba procedur realizowanych w ramach tzw. programów lekowych;
- nadmierne rozproszenie leczenia nowotworów, zwłaszcza w dziedzinie chirurgii onkologicznej;
- brak przepisów umożliwiających umieszczanie zamieszek chorych nie wymagających hospitalizacji w przyszpitalnych hotelach;
- niezadowalająca współpraca pomiędzy ośrodkami onkologicznymi a szpitalami, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i podstawową opieką zdrowotną;
- brak poziomów referencyjności placówek onkologicznych.

Obecnie w województwie pomorskim, pomimo pozornie swobodnego dostępu do lekarza-onkologa, czas oczekiwania na poradę onkologiczną sięga kilku tygodni, a czas oczekiwania na specjalistyczne leczenie – do 3 miesięcy. W ten sposób wielu chorych rozpoczyna leczenie ze znacznym opóźnieniem, co pogarsza lub niweczy szanse skutecznego leczenia. Wyrazem tej sytuacji jest bardzo wysoki udział chorych, u których leczenie ma wyłącznie paliatywny charakter. Równocześnie notuje się duży odpływ chorych do jednostek onkologicznych poza województwem pomorskim, gdzie dostęp do leczenia jest bez porównania lepszy.

Charakterystyczną cechą leczenia onkologicznego w województwie pomorskim jest brak istniejącego w większości innych województw Polski centralnego ośrodka rozpoznawania i leczenia nowotworów. Specjalistyczne leczenie onkologiczne realizowane jest w województwie w 3 jednostkach: klinikach Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w



worka tętniaka. Najczęstszym powikłaniem przy zamykaniu naczynek czy tętniaków jest krwawienie spowodowane wzrostem ciśnienia. Dlatego tak ważne jest prowadzenie pacjenta po zabiegu. Zalecane jest bezpośrednio w trakcie zabiegu, a także przez pewien okres potem utrzymywanie niskiego ciśnienia tętniczego. To jest szczególnie odpowiedzialne zadanie dla anestezjologa. Reakcja izotermiczna na klej oraz zmiana ciśnienia przepływu – zostaje przecież zatrzymany przepływ, zmienia się koryto naczyniowe przepływu – może rodzić powikłania.

Jak pacjentka zniósła tę procedurę i jak się czuje obecnie?

Pacjentka, o której mówimy, wstała dzień po zabiegu i chciała od razu iść do domu. W 3 dniu po zabiegu pobiegła na przystanek autobusowy i odjechała do miejsca zamieszkania, do podkwizdyńskiej wsi. Czuje się dobrze. Przed paroma dniami

mi odwiedzili ją reporterzy z TV PULS i wyemitowali 6 stycznia program o niej. Czuje się doskonale.

Macie Panowie potwierdzenie o unikatowym charakterze Waszego zabiegu?

Tak, to jest potwierdzone. Rozmawialiśmy 13 i 14 grudnia w Oxfordzie podczas zjazdu ze światową „górami”, zajmującą się endowaskularną techniką leczenia tętniaków i uszyszeliśmy *crazy, crazy, crazy*, no i wszyscy klepali po plecach, i gratulowali.

Należy to chyba udokumentować naukowo?

Oczywiście, przygotowujemy publikację do czasopisma radiologicznego i neurochirurgicznego w USA, a potem będziemy chcieli zaprezentować to na zjeździe.

Rozmawiał prof. B. L. Imieliński

Sejmik Pomorski zatwierdził do realizacji projekt dotyczący diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych

Prace nad Programem Zdrowie dla Pomorzan osiągnęły kolejny ważny etap. Jesienią 2007 r. zakończyła pracę Grupa Robocza opracowująca temat: „Diagnostyka i Terapia Chorób Nowotworowych”, którą kierował prof. Jacek Jassem. W zespole tym pracowali również: prof. Janusz Jaśkiewicz, dr hab. Marzena Wełnicka-Jaśkiewicz, dr Tomasz Zdrojewski i dr Wojciech Rogowski z Akademii Medycznej w Gdańsku, dr Jolanta Wierzbicka, dr Ewa Solska i dr Elżbieta Kruszewska reprezentujące Urząd Marszałkowski, dr Jerzy Karpiński z Urzędu Wojewódzkiego i dr Ewa Palacz z Oddziału Gdańskiego NFZ. Przygotowany dokument końcowy został zatwierdzony 26.11.2007 r. przez Sejmik Województwa Pomorskiego. Przedstawiamy jego skrót.

Dr Tomasz Zdrojewski, pełnomocnik
rektora AMG ds. ZdP 2005–2013;
prof. Zbigniew Nowicki,
prorektor ds. klinicznych AMG

Gdańsku, Gdyńskim Centrum Onkologii oraz Wojewódzkim Centrum Onkologii. Ponieważ nie ma możliwości, aby ośrodek taki mógł powstać w najbliższych latach, Grupa zaproponowała przede wszystkim szereg działań usprawniających i porządkujących działanie obecnego systemu. Poniżej przedstawiono główne kierunki tych działań:

I. Stworzenie Pomorskiej Sieci Onkologicznej, zapewniającej nowoczesną diagnostykę i specjalistyczne leczenie nowotworów. Sieć ta obejmie Akademickie Centrum Kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdyńskie Centrum Onkologii oraz Wojewódzkie Centrum Onkologii. Będzie ona działać w ścisłym kontakcie z pozostałymi jednostkami lecznictwa onkologicznego (szpitalnego i ambulatoryjnego) o niższym stopniu referencyjności. Koordynacja specjalistycznej diagnostyki i leczenia nowotworów w ramach Sieci pozwoli na ujednolicenie standardów usług diagnostyczno-leczniczych oraz podniesienie ich jakości. Stworzenie wspólnej bazy chorych ułatwi dostęp do usług medycznych. Istotna będzie także wspólna realizacja zadań w zakresie oświaty zdrowotnej i profilaktyki onkologicznej, prowadzenie badań naukowych i kształcenie podyplomowe, a także współpraca i wymiana naukowo-szkoleniowa z jednostkami w kraju i za granicą.

II. Poprawa współdziałania pomiędzy jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej, oddziałami szpitalnymi, jednostkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i ośrodkami onkologicznymi poprzez ścisłe określenie roli poszczególnych jednostek i ich wzajemnych relacji. Rozpoznawanie i leczenie nowotworów w województwie pomorskim będzie realizowane w systemie obejmującym 3 stopnie referencyjności. Stopień pierwszy będzie obejmował sieć powiatowych i dzielnicowych (duże miasta) poradni onkologicznych, stopień drugi – oddziały szpitalne o profilu onkologicznym wraz z podstawowym zapleczem diagnostycznym i częścią ambulatoryjną oraz poradnie onkologiczne spełniające wymogi drugiego stopnia referencyjności; natomiast stopień trzeci – ośrodki wysoko specjalistyczne objęte Pomorską Siecią Onkologiczną. W przygotowanym przez Grupę dokumencie skrupulatnie opisano zadania jednostek reprezentujących poszczególne stopnie referencyjności.

III. Zmniejszenie różnic w dostępie do lekarza-onkologa na terenie całego województwa. Cel ten będzie osiągnięty przede wszystkim poprzez rozszerzenie sieci przychodni onkologicznych, tak aby objęły wszystkie miasta powiatowe. Dodatkowo Grupa postuluje zatrudnienie konsultantów w dziedzinie onkologii we wszystkich większych szpitalach województwa.

IV. Przeniesienie ciężaru diagnostyki i leczenia z oddziałów szpitalnych na lecznictwo ambulatoryjne. Tam, gdzie to możliwe, rozpoznanie nowotworu będzie się odbywać w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej i nieonkologicznych oddziałach szpitalnych. W sytuacjach wymagających specjalistycznych badań diagnostycznych, będą one wykonywane w jednostkach onkologicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Specjalistyczne ośrodki onkologiczne, z uwagi na szczupłość bazy, będą się zajmowały wyłącznie leczeniem chorych z ustalonym rozpoznaniem. W odniesieniu do jednostek specjalistycznego lecznictwa szpitalnego, potrzebą chwili jest zamiana dotychczasowego modelu długotrwałej hospitalizacji chorych zamiejskowych na rzecz ambulatoryjnego trybu leczenia. Dotyczy to wszystkich sytuacji, w których hospitalizacja wynika wyłącznie z potrzeb „geograficznych”. Rezygnacja z hospitalizacji w związku z leczeniem onkologicznym pozwoli znacząco zmniejszyć koszty leczenia, a zaoszczędzone środki wykorzystać na wdrożenie nowych procedur diagnostyczno-leczniczych.

V. Podniesienie standardu świadczonych usług poprzez stworzenie nowych oddziałów, modernizację pomieszczeń, doposażenie istniejących oddziałów, wymianę zużytego sprzętu i uzupełnienie wysoko specjalistycznej aparatury diagnostycznej i terapeutycznej. Największe niedobory w tej dziedzinie dotyczą radioterapii. Potrzeby Polski w zakresie przyspieszaczy liniowych oszacowano na 5,1 aparatów na milion mieszkańców. W przypadku województwa pomorskiego oznacza to liczbę ponad 11 przyspieszaczy, czyli zwiększenia obecnie posiadanego stanu o 4 urządzenia, co powinno być osiągnięte do roku 2010. Konieczne jest także szybkie zwiększenie liczby jednostek onkologicznych prowadzących chemioterapię (w tym również stacjonarną) nowotworów złośliwych. Dotyczy to szczególnie Gdańska, gdzie sytuacja jest najtrudniejsza. W odniesieniu do chirurgii onkologicznej ważne będzie skupienie tej formy leczenia w ośrodkach posiadających odpowiednie zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne i kadrę specjalistów. Zasadnicza poprawa warunków specjalistycznego leczenia nowotworów nastąpi w wyniku rewitalizacji ACK AMG i utworzenia nowych oddziałów zabiegowych w Gdyńskim Centrum Onkologii.

VI. Poprawa sytuacji w dziedzinie systemowego leczenia nowotworów. W pierwszym etapie zebrane zostaną dane dotyczące środków finansowych przeznaczanych na farmakologiczne leczenie nowotworów w województwie pomorskim i w innych regionach kraju oraz podjęte działania wyrównujące obecne niedobory. Wypracowany zostanie system stałych kontaktów z NFZ w celu zapewnienia płynności w realizacji farmakologicznego lecznictwa onkologicznego w województwie.

VII. Podniesienie kwalifikacji personelu medycznego i pozyskanie odpowiedniej wykwalifikowanej kadry zgodnie z obowiązującymi standardami. Zadanie to będzie realizowane w ramach Akademickiej Sieci Onkologicznej.

Przygotował
prof. Jacek Jassem
w imieniu Grupy Roboczej ZdP 2005–2013
ds. Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Złośliwych

Papieskie przesłanie na XVI Światowy Dzień Chorego



W Watykanie opublikowano papieskie przesłanie na XVI Światowy Dzień Chorego. Obchodzi się go tradycyjnie 11 lutego i wpisuje się w tym roku w jubileusz Lourdes, gdzie obchodzone będzie 150-lecie objawień Matki Bożej. Wyczekiwany tekst przesłania został przedstawiony w sobotę 19.01.2008 roku. Tak mówił o słowach Ojca Świętego Benedykta XVI w programie Radia Watykańskiego pracownik Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia ks. Dariusz Giers:

„Tematem tegorocznego Dnia Chorego jest Eucharystia, Lourdes i duszpasterstwo chorych. W tym roku obchodzimy bowiem 150-rocznicę objawień Matki Bożej w Lourdes. Tam odbędą się główne uroczystości. Ojciec Święty zwraca uwagę na teologiczny wymiar tego wydarzenia. Maryja Niepokalanie Poczęta jest wielkim darem dla ludzkości. Uczy nas całkowite-

go zawierzenia Bogu – od tajemnicy Zwiastowania aż po Kalwarię, po Krzyż, na którym umiera Jej Syn. Tę tajemnicę przeżywamy w każdej Mszy św. W czerwcu będziemy obchodzić Międzynarodowy Kongres Eucharystyczny w Quebecu. Będzie on przebiegał pod hasłem „Eucharystia – dar Boga dla życia świata”. Istnieje ścisły związek Matki Bożej z Eucharystią. Dlatego Eucharystia – podkreśla Benedykt XVI – ma być centrum duszpasterstwa służby zdrowia. Msza św., adoracja, kult Eucharystii, zapewnienie wiatyku dla wszystkich, to serce duszpasterstwa służby zdrowia i największa pomoc, jaką możemy chorym okazać. Zanieść chorym Chrystusa jest ważniejsze niż cokolwiek innego” – tak zakończył swój komentarz na antenie Radia Watykańskiego pracownik Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

Hasło tegorocznych obchodów Światowego Dnia Chorego: „Eucharystia, Lourdes i opieka duszpasterska nad chorymi” nawiązuje do przypadającej w tym roku 150 rocznicy objawień w Lourdes, a także do zgłębianej w całym Kościele tajemnicy Eucharystii. Benedykt XVI podkreślił, że „w tajemniczej jedności z Chrystusem, człowiek, który cierpi z miłością i uległ w zdaniem się na wolę Boga, staje się żywą ofiarą za zbawienie świata”. Kontynuując rozważania o chrześcijańskim sensie cierpienia Ojciec Święty powiedział: „Ból przyjęty z wiarą staje się bramą wejściową do tajemnicy odkupieńczego cierpienia Jezusa i do osiągnięcia wraz z Nim pokoju i szczęścia Jego zmartwychwstania”. Papież przytoczył także słowa Jana Pawła II z listu apostolskiego „Salvifici doloris”: „Im bardziej człowiek jest zagrożony grzechem, im cięższe struktury grzechu dźwiga w sobie współczesny świat, tym większą wymowę ma ludzkie cierpienie. I tym bardziej Kościół czuje potrzebę odwoływania się do ludzkich cierpień dla ocalenia świata”.

Zachęcam wszystkich pracowników i wolontariuszy służby zdrowia do sięgnięcia po ten teologiczny tekst Benedykta XVI, będący kontynuacją dialogu pomiędzy teologią i naukami szczegółowymi w trosce o chorego i jego otoczenie, rozpoczętego przez Papieża Jana Pawła II. Pełny tekst orędzia jest dostępny w czterech językach na stronie Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (www.healthpastoral.org), a jego polską wersję można przeczytać na portalu hospicyjnym (www.hospicja.pl)

Ks. Piotr Krakowiak SAC

Hospicjum to też Życie

Światowy Dzień Chorego od lat jest szczególnym dniem dla wszystkich, którzy są związani z Hospicjum im. Ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku. Troska Kościoła o chorych i opuszczonych oraz tych, którzy niosą im pomoc, w hospicyjnej rzeczywistości nabiera symbolicznego znaczenia. Dzień Chorego obchodzony na całym świecie zawdzięczamy polskiemu Papieżowi, który w roku 1992 roku ustanowił to święto.

W tym roku 9 lutego w Domu Hospicyjnym przy ul. Kopernika 6, o godz. 16.30 odbędzie się niezwykle koncert Polskiej Filharmonii Kameralnej. Koncertmistrzyni Annie Wierczak towarzyszyć będzie znakomity dyrygent Bogdan Olędzki. Gospodarzami tego wieczoru będą Iwona Schymalla i ks. Piotr Krakowiak SAC, krajowy duszpasterz hospicjów. (Szczegółowe informacje na temat zaproszeń na koncert pod adresem: p.klawsiuc@hospicja.pl)

W gdańskim hospicjum w tym dniu zawsze odprawiana jest uroczysta msza św. z udziałem pacjentów, personelu, wolontariuszy i rodzin oraz przyjaciół Hospicjum. Jest też okazją, by podsumować prowadzone akcje i przedsięwzięcia.



Strata, osierocenie, żałoba – poradnik, który bywa potrzebny każdemu

Ogólnopolska Kampania „Hospicjum to też Życie” organizowana przez Fundację Hospicyjną z Gdańska wpisała się już w jesienny krajobraz polskich mediów, kościołów oraz internetowej sieci. Kiedy w lutym 2006 roku na Jasnej Górze kończyliśmy z ponad 100 hospicjami kampanię poświęconą komunikacji z nieuleczalnie chorymi, dopadła nas wiadomość o tragedii w hali targowej w Katowicach. Zawalony pod naporem śniegu dach, setki zabitych i rannych, fruwające gołębie. „Co robić? Jak możemy pomóc?” – rozbrzmiewały w auli jasnogórskiego klasztoru pytania pracowników i wolontariuszy hospicyjnych. Lekarka z Katowic poprosiła o modlitwę za zmarłych, a następnie zaproponowała wszystkim obecnym, aby udali się na miejsce katastrofy i pomagali osobom pogrążonym w rozpacz i żałobie. Kilkunastu pracowników i wolontariuszy hospicyjnych ze Śląska aktywnie pomagało, towarzysząc rodzinom ofiar.

W hospicjach na co dzień zajmujemy się pomocą ludziom umierającym, towarzysząc w żałobie tym, którzy pozostają. Podobnie dzieje się na terenie klinik i oddziałów szpitalnych, gdzie umierają dorośli i dzieci. Czy jednak potrafimy dobrze wypełnić zadanie wsparcia po stracie i towarzyszenia w żałobie? Jak w naszych ośrodkach, ale także w lokalnych społecznościach realizujemy to wsparcie wobec osieroconych rodzin? W karcie hospicjów ten aspekt opieki jest wymieniany jako jedna z naszych powinności, ale nie zawsze jest realizowany, bo brak na to pieniędzy z NFZ. Czy na tworzenie grup wsparcia nie możemy zebrać pieniędzy, a sami nauczyć się pomagać i innym uświadomić, jak ważna jest wrażliwość na ludzi, którym po stracie bliskiej osoby zawalił się cały świat? Odpowiedź brzmiała „tak” i w ten sposób kolejna ogólnopolska kampania edukacyjna na rzecz hospicjów miała już temat, którym były: „strata, osierocenie i żałoba”.

Zostałem zaproszony do telewizyjnego studia w Warszawie, by komentując dramat hali w Katowicach, powiedzieć o potrzebach osób po stracie i w pierwszych dniach żałoby. Rozmawiałem z policyjnym psychologiem, opowiadającym o funkcjonariuszach, którzy płaczą jak dzieci, gdy potrzeba przekazać informacje o tragicznej śmierci. Mówił też o pytaniach i problemach, które często przerastają wszystkich dookoła. Stwierdził, że choć dobre postawy lekarzy i pielęgniarek, ratowników, strażaków i policjantów, duszpasterzy i wolontariuszy są godne pochwały, to często są to działania intuicyjne i brakuje nam właściwego przygotowania do towarzyszenia w żałobie. Często działamy bez pogłębionej i usystematyzowanej wiedzy na temat potrzeb osób po stracie. Zdarza się, że chcąc przygotować się do przekazania trudnej wiadomości, czy do pomocy w sytuacjach śmierci niespodziewanej i tragicznej, nie wiemy, gdzie znaleźć praktyczne wskazania i rady. W naszej pracy czy służbie, ale także w życiu prywatnym spotykamy się z osobami po stracie i często nie potrafimy im pomóc.

Tak zrodziła się idea książki, która jest jednocześnie poradnikiem i przewodnikiem dla pomagających z racji swego zawodu, ale także zbiorem informacji dla wszystkich, którzy nie chcą pozostać obojętni na cierpienie drugiej osoby. Wielki wstrząs, jakim jest śmierć człowieka – czy w wyniku długotrwałej choroby w hospicjum, czy w nagłym wypadku lub katastrofie – potrzebuje społecznej uwagi i konkretnej wiedzy. Lekarz i pielęgniarka, policjant i strażak, ksiądz i urzędnik w magistracie czy w zakładzie pogrzebowym – wszyscy, którzy spotykają się ze śmiercią i z osobami w żałobie, mogą nauczyć się jeszcze lepiej rozumieć potrzeby takich osób. Wszyscy pomagający, spotkając na swojej drodze zapłakanych i zrozpaczonych za-



Krakowiak Piotr: Strata, osierocenie i żałoba: poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie. Gdańsk: Via Medica, 2007. ISBN 978-83-7555-037-5

istniałym dramatem ludzi, znajdują w niej informacje przydatne dla siebie. Mam nadzieję, że ta książka zagości w dyżurkach szpitali, hospicjów i przychodni, na komisariatach policji i w siedzibach straży pożarnej, w parafialnych kancelariach, urzędach i domach pogrzebowych.

Ale jest to także książka dla każdego z nas. Statystyki są nieubłagane – z danych GUS wynika, że w Polsce rocznie umiera około 380 tysięcy osób. Zakładając, że zmarli otoczeni są rodzinami i kręgiem znajomych, możemy przyjąć, że co roku w naszym kraju żałobę przeżywa ponad milion Polaków. Dlatego ten przewodnik może być pomocą dla każdego, kto w swojej rodzinie, w miejscu pracy czy w szkole, a także w swojej parafii czy sąsiedztwie spotyka osoby w żałobie. Życie nieustannie dostarcza nam przykładów związanych z dramatami rozstania. Polecam ten poradnik, dodając, że nie chodzi w nim o akademicką dyskusję, lecz o ludzi w kryzysie po śmierci bliskiej osoby, szukających pomocy i zrozumienia. Zapraszam do lektury, dziękując jednocześnie wszystkim, którzy pomogli w powstaniu tej książki.

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC
krajowy duszpasterz hospicjów

Informacja o książce znajduje się pod adresem:
<http://www.hospicja.pl/aktualnosci/news/7937>



Z rozważań prof. Tadeusza Tołłoczki

„Jestem za – a nawet i przeciw”

Opracowanie, na podstawie którego wygłoszony został referat „Strajk Lekarzy – spojrzenie klinicysty”. Posiedzenie Komitetu Etyki w Nauce przy Prezydium PAN w dniu 18.10.2007 (Pałac Staszica).

Wprowadzenie

W tym roku mija 60 lat mego nieustającego profesjonalnego związku ze służbą zdrowia, a dodatkowo jako sanitariusza podczas powstania warszawskiego i w Kampinosie. Mogę z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że „ciężkie czasy” dla wszelkich aspektów opieki zdrowotnej społeczeństwa były „od zawsze”. Dlatego myślę, że w tym okresie to nasze państwo – a w tym również państwo prawa – nie chciało, nie umiało, a w każdym bądź razie nie dokonało sprawiedliwego, bo zgodnego z odpowiedzialnością i wartością wykonywanej pracy wyposażenia i uposażenia całej służby zdrowia i jej pracowników.

Politycy zdecydowali, a dziennikarze skutecznie przekonywali społeczeństwo, że uczciwi pracownicy ochrony zdrowia mają zarabiać mało i znosić to w pełnej pokorze, oraz że etyczny lekarz, to lekarz biedny. Jest rzeczą bardzo zastanawiającą, dlaczego wśród polityków i w niektórych kręgach społeczeństwa zdziwienie budzi fakt, że jakiś lekarz wysokim kosztem osobistych i rodzinnych wyrzeczeń, wyuczonego zawodu, z poświęceniem zdobywanego doświadczenia chce otrzymywać wynagrodzenie odpowiednie do wartości wykonywanej pracy.

Dzisiejszy stan ochrony zdrowia to nie jest żaden kryzys, to tylko rezultat braku właściwej polityki i odpowiedzialności za dbałość o stan ochrony zdrowia przez ponad pół wieku. Dlatego po 45 + 17, a więc po 62 latach od zakończenia wojny istnienia państwa nasza ochrona zdrowia wymaga reanimacji. Nasza ochrona zdrowia jest jedną z najgorszych w Europie. Pod względem jakości opieki medycznej jesteśmy na 27 miejscu w Europie. Wyrzucamy tylko Bułgarię i Łotwę – wynika to z najnowszego europejskiego rankingu konsumenckiego.

Podobno przed bitwą pod Borodino Kutuzow wydał następujący rozkaz: *Sanitary i wsiaka innaja swotocz pajdiot w zadu*. Wyrażenie to odzwierciedla myśl, że w tej strefie geograficznej i politycznej, a chyba też i kulturowej ochrona zdrowia znajduje się w „zadu” hierarchii spraw publicznych. Myślę, że w ocenie życia i zdrowia obywateli jako wartości znaleźliśmy się w orbicie wpływów tej mentalności. To państwo okazało się być nieudolne w organizacji ochrony zdrowia.

Trochę historii

W latach 60. zdecydowano, ażeby o północy któregoś dnia przyjąć pod opiekę prawie 10 milionów podopiecznych ze wsi, nie dodając na ochronę zdrowia ani jednej złotówki, ani nie zwiększając zatrudnienia ani o jeden etat. Koncepcja warta poparcia, ale metoda realizacji w pełni nieodpowiedzialna, a nawet przestępcza.

Dziwowano się wówczas na świecie, że lekarze polscy nie protestują przeciwko znaczącemu pogorszeniu standardów opieki zdrowotnej. My byśmy strajkowali – mówili zagraniczni

goście – w ramach oczywistej troski o chorego, nie wspominając o lekarskich płacach. Inni z kolei dziwowali się, jak wielkie rezerwy finansowe posiadać musi polska służba zdrowia, skoro zgodziła się na tak nieobliczalną w skutkach organizacyjną rewolucję. Nikt o zdanie lekarzy się nie pytał. Nikt nie protestował, nawet największe autorytety moralne, choć i w tym gronie zdarzały się głosy mówiące o wyrównywaniu dziejowych krzywd. Zbiorowa akcja – strajk lekarzy w odpowiedzi na zwiększenie zakresu pracy i znamienne obniżenie standardu świadczeń w stopniu zagrażającym chorym – była wówczas nie do pomyślenia. To, że nie było strajków, nie oznacza, że nie było powodów do ich organizacji. Oznacza to tylko to, że były inne przyczyny, z powodu których nie było strajków.

Pamiętam również, jak bardzo żeśmy się bali ogłaszanych podwyżek płac lekarskich. Podnoszono bowiem zarobki, np. o 100 zł, o czym głośno bębniła prasa, nie wspominając jednak, że równocześnie wprowadzano kilka obowiązkowych (bezpłatnych) całonocnych dyżurów w ramach posiadanego etatu i że dyżury niedzielne i świąteczne były opłacane tak jak w dniu powszednie (soboty były pracujące). Dlatego uważam, że obecne strajki były również i za moją lekarską generację.

To tylko drobne przykłady „zrozumienia” problemów opieki zdrowotnej przez władzę. Już w „nowożytnych czasach” jako rektor AM otrzymałem od wysoko postawionej osobistości telefoniczne zlecenie zabezpieczenia etatu i wyposażenia pracowni dla córki jeszcze wyżej postawionej osobistości. Po rozważeniu korzyści, w trakcie rozmowy powiedziałem: Jak pan, panie..., da pieniądze na etat i wyposażenie laboratorium, to sprawa jest do załatwienia. Odpowiedź padła błyskawicznie: – Pieniądze? Pieniądze to ja mogę panu zabrać. – Transakcja do skutku nie doszła.

Nie będę rozważał etycznych problemów strajków lekarskich w Polsce, tylko problemy związane ze strajkiem lekarzy poruszę na tle warunków i okoliczności, w jakich te strajki się u nas pojawiły.

Motywacje

Wszyscy pracownicy, a w tym i ochrony zdrowia mają prawo domagać się godnych warunków pracy i płacy, zwłaszcza, że pamięta się wyłącznie o ich etosie, powołaniu, moralności i wymaga odpowiedzialności, tym bardziej, że przez ponad pół wieku moralne zobowiązania lekarzy były z całą premedytacją cynicznie wykorzystywane w polityce płacowej przez polityków i ekonomistów. Wobec polityków i władzy środowisko lekarzy było bezbronne.

Do przewidzenia więc było, że wobec takich uwarunkowań granica wydolności, wytrzymałości i uległości będzie musiała być kiedyś przekroczona. I w takiej sytuacji bezbronność prowadzi do desperacji, a ta z kolei do desperackich decyzji, zwłaszcza wobec braku perspektyw „uczciwego” załatwienia problemu. Były tylko obiećanki i pogroźki. Hipokryzja politycznych moralistów, którzy sami nie przestrzegają moralnych za-

sad w swoim zawodzie i którzy nie dopasowują się do głoszonych przez siebie zasad, pogłębiają tylko desperację. Jeśli przyczyny tych desperackich decyzji są nieetyczne, to należy się liczyć również z tym, że i takie będą ich skutki. I choć nie zgadzam się ze wszystkimi zastosowanymi formami protestu, to spojrzeć na nie jednak trzeba jako desperacją motywowane desperackie decyzje.

W odniesieniu do strajków lekarzy ani decydenci, ani część społeczeństwa nie myśli przyczynowo i wszyscy potępiają tylko skutki. A trzeba pamiętać, że *Causa causae etiam causa causati* – przyczyna przyczyny jest przyczyną skutku. To warunki pracy i płacy uznać należy za przyczynę sprawczą skutków strajku.

Natomiast prawo do jednoznacznego karcenia za te desperackie decyzje przyznałbym tylko i jedynie tym, którzy uprzednio równie stanowczo i jednoznacznie domagali się naprawy nienormalnej i niemoralnej sytuacji w ochronie zdrowia. W działaniu władz nie dostrzegałem nigdy żadnej ani urzędowej, ani społecznej solidarności, zwłaszcza z ubóstwem młodych lekarzy. Był to jedynie motyw do ornamentacji przedwyborczych sloganów.

Również państwo prawa nie umiało, lub nie chciało, a w każdym bądź razie nie było sprawiedliwe w ustalaniu płacy w zależności od wartości wykonywanej pracy, zwłaszcza w odniesieniu do potrzeb lekarzy jako obarczanych najwyższą odpowiedzialnością moralną i prawną. To sprawiedliwość jednak, a nie prawo ma być ostoją Rzeczypospolitej. Jakże często strajkujący z innych zawodów domagają się samych tylko podwyżek wyższych niż istniejące zarobki w ochronie zdrowia.

Uwzględnić jednak należy również fakt, że inne mogą być motywacje strajku lekarzy, którzy żyją tylko z pensji, a inne dla tych, dla których pensja jest skromnym dodatkiem do zarobków, a jeszcze inne dla osobiście zainteresowanych prywatyzacją w służbie zdrowia. Wielkość zysku w tych grupach jest bardzo różnicowana. I jak zawsze, najbardziej popierają akcje ci, którzy najwięcej zyskują. Oczywiście jest, że najmniej zyskują strajkujący z pierwszej, a najwięcej z trzeciej z wymienionych grup. Dlatego jedyną najbardziej eksponowaną ich troską jest jakże szczerą troska o chorego.

Strajk

Strajkuje się przeciwko pracodawcy – a nie przeciwko klientom. W zakładach prywatnych czy sklepikach nikt przeciwko klientom nie strajkuje. Był w Czechach strajk lekarzy pracujących w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Trwał kilka godzin w godzinach wolnych od pracy.

Strajk lekarzy w publicznej służbie zdrowia kierowany jest w zasadzie przeciw decydom, ale przecież nie oni cierpią z powodu strajku, lecz chorzy. Skutki strajku nie dotyczą ani osób bogatych, ani decydentów. Najbardziej cierpią ludzie biedni i chorzy. Biedni stają się bardziej chorymi, a biedni chorzy bardziej biednymi. W ostatecznym rozrachunku strajk lekarzy skierowany jest przeciw biednym chorym. Strajki w ochronie zdrowia kierowane są przeciw decydom tylko pośrednio, poprzez wywołanie niezadowolenia społecznego. Społeczne poparcie strajków – jest jednak zjawiskiem krótkotrwałym. Społeczeństwo bowiem we własnym interesie żąda nieprzerwanej opieki lekarskiej – a mając zapewnioną opiekę, nie posiada bezpośrednich motywacji do solidarnościowego popierania strajku. Tak więc wyzwalane strajkiem niezadowolenie społeczne kierowane jest w końcowym efekcie przeciwko strajkującym.

Gdyby strajk dotyczył tylko decydentów – a więc posłów, senatorów, członków rządu i legislatorów oraz inne uprzywilejowane osoby – byłoby to bardziej logiczne – tyle tylko, że zupełnie nieskuteczne. Działa tu bowiem znane prawo, zwane „II prawem Urbana”, że „decydenci nie tylko się wyżywiają, ale i

wyleczają”, czego im zawsze jako lekarz życzę. Żałuję tylko, że takich szans nie ma reszta społeczeństwa.

Dozwolone a godziwe

Wprawdzie pracodawca ma prawo w szczególnych przypadkach odmówić udzielenia urlopu na żądanie, to jednak powstaje pytanie, czy masowe zwolnienia chorobowe, urlopy i zwolnienia z pracy lekarzy traktować należy jako wykorzystanie, czy jako nadużycie prawa. Konsekwencje zbiorowej nieobecności są równoznaczne ze strajkiem, pomimo że formalnie nie są. Czy znaleźć może tu zastosowanie starorzyska zasada – *Non omne licitum honestum* (nie wszystko, co dozwolone, jest godziwe) oraz twierdzenie Seneki – chwalebnie jest czynić to, co należy, a nie to, co wolno.

W takich przypadkach nie stanowiąc prawo, lecz Duch Hippokratesowej przysięgi, jest nie przestrzegany. Nie ulega jednak wątpliwości, że wobec wielkiej złożoności niedających się dokładnie sprecyzować przyczyn i skutków sumienie może tracić orientację.

Barьеры

Podczas po raz pierwszy zorganizowanego pełnego strajku lekarzy dochodzi do przełamania nieprzekraczalnej dotychczas bariery psychologicznej, moralnej i prawnej. Dla przykładu przypomnę, że po raz pierwszy Sejm RP zerwany został przez Władysława Sicińskiego w 1652 r., pomimo wielkiego protestu, oburzenia posłów, senatorów i całego społeczeństwa. W dalszym 120-letnim okresie do pierwszego rozbioru Polski Sejm, już bez większych oporów, zrywany był aż 73 razy. Byłoby więc rzeczą naturalną, że decyzje ponownego strajku będą mogły być podejmowane bez dotychczasowych wątpliwości, wahań, a może nawet bez należytej rozważy.

Strajki, jak każde rewolucyjne działanie obdiera z nimbu świętości i czaru zawód lekarski, nadając mu oblicze zawodu usługowego, w którym najważniejszą rolę odgrywają uprzejmość i kompetencje, jako niezbędne warunki uzyskiwania celu ostatecznego, tj. zysku. Jest rzeczą oczywistą, że młodzi lepiej wyczuwają „znamiona czasu”, a więc zmianę charakteru pracy lekarskiej i lekarskich zobowiązań moralnych wobec chorych we współczesnym świecie i dlatego są bardziej aktywni w organizacji i przystępowaniu do strajku. Istotnym jest jednak też fakt, że to zwłaszcza młodzi bardzo często i to w sposób niekiedy bardzo bezwzględny wykorzystywani są zarówno przez pracodawców, jak i szefów. Czynniki te wpływają dominująco na akceptację lub dezaprobatę kryteriów moralnych określających czas, zakres i formę strajku. Starszej, a nawet tej już „starej” generacji lekarzy, do której sam należę, zastosowane formy i zakres strajku byłyby wówczas nie tylko nie do zaakceptowania, ale nawet nie do pomyślenia. Z pewnością art. 73 Kodeksu Etyki Lekarskiej byłby dosłownie rozumiany i w pełni realizowany. (*Tempora mutantur, et nos mutamur in illis* – czasy się zmieniają i my się zmieniamy wraz z nimi).

Wszelkie strajki niszczą etos pracy, zawodu, powołania, a w ochronie zdrowia dodatkowo niszczą zaufanie chorych do lekarzy, a dbałość o zaufanie przez wieki było przedmiotem najwyższej lekarskiej troski.

Czy nawet skuteczny strajk jest w stanie po jego zakończeniu automatycznie przywrócić wysoką pozycję lekarza w społecznej hierarchii, jaką obecnie się szczyci? To mało prawdopodobne. Na zaufanie trzeba i zapracować, i zasłużyć. Im bardziej zbiorowy i im bardziej restrykcyjny jest strajk, tym trudniej jest on akceptowalny przez społeczeństwo, bo i przypadkowe nawet ryzyko dla chorych zwiększa się niepomiaralnie. Ponadto strajki wiodą do dziwkiej prywatyzacji – ze wszystkimi związanymi z tym procesem negatywnymi konsekwencjami dla społecznej służby zdrowia.

Osobiście nie dostrzegam możliwości na bieżąco skutecznego – w pełni satysfakcjonującego obie strony – rozwiązania problemów związanych ze strajkiem. Doraźne problemy rozwiązać mógłby tylko ten, kto zdobędzie, lub przyjdzie z dużymi pieniędzmi.

***Facile dictu, difficile factu* – (łatwo powiedzieć, trudno wykonać)**

Nie chodzi jednak tylko o dorywcze „uspokojenie” fali strajkowej, zwłaszcza, jeśli nieusunięte zostaną rzeczywiste przyczyny strajku. Jaka jest wizja zadań lekarzy wobec możliwości wybuchu następnych strajków? Myślę, że obecnie niewykorzystane zostało powszechne zaufanie i chorych, i całego społeczeństwa wobec poszczególnych lekarzy oraz całego stanu lekarskiego. W długofalowej polityce zaufania tego w żadnym wypadku nie powinniśmy niszczyć, lecz powinniśmy nauczyć się je wykorzystać – nauczyć się, jak tym niezadowoleniem chorych sterować, tak by w skali całego społeczeństwa musieliby się z nim liczyć decydenci, bowiem poczucie godności poszczególnych osób i grup społecznych jest jednak nadal siłą. Strajk lekarzy nie musiałby korzystać z maskowanego wsparcia przeróżnych politycznych sił i wykorzystywania politycznych metod w dążeniu do osiągnięcia sukcesu. Byłby to jednak proces tak bardzo długofalowy, że przez wielu może być uznany za abstrakcyjny. Jednak doraźne korzyści można osiągać szybko. Budowanie dobra to proces długotrwały.

W pierwszym jednak etapie dążyć należałoby do tego, aby środowiskowa opinia publiczna stała się niepisany kodeks etycznym kształtującym normy lekarskiego i obywatelskiego zachowania. A ten mechanizm sterowania postawą i poszczególnych lekarzy, i całego środowiska u nas w zasadzie ani nie funkcjonuje, ani nie jest znacząco promowany. Środowisko lekarskie nie posiada mediów, a w sytuacjach trudnych pozbawione jest też ich zainteresowania, bo nie interesuje ich codzienna ciężka lekarska praca, jako zwykle realizowana z poświęceniem a bez skandali. Dlatego pomimo niewątpliwych trudności długofalowym naszym zadaniem jest poprzez promowanie lekarskich wartości, zdobywanie, a nie trwanie społecznego zaufania i umiejętność jego wykorzystywania.

Zaufanie

Dotychczas związek chorego z lekarzem oparty był na zaufaniu. Współcześnie wszyscy szukają jednak lekarza o najwyższych zawodowych kompetencjach. Współcześnie zaufanie uzyskuje się za pieniądze. Idąc dalej tym tropem ujawnia się pytanie, czy współcześnie i w przyszłości, w miarę rozwoju nauki i technologii oraz w miarę klientelizacji stosunków międzyludzkich i dominacji praw rynku w ogóle potrzebne będzie lekarskie poświęcenie, ofiarność? Odpowiedź brzmi, „oczywiście tak – ale”, nade wszystko dotyczyć to będzie biednych chorych, biednych środowisk i krajów. W krajach bogatych i w stosunku do bogatych chorych ta cecha pozostanie w szczątkowej formie. Albo będę miał, czym zapłacić za wszystkie świadczenia, kompetencje i zaufanie, albo nie. Żadnych wątpliwości. Już dziś do prywatnej lecznicy nawet nie wstąpię, jak nie mam pieniędzy. No, bo po co? Nikt się temu ani nie dziwi, ani nie sprzeciwia. I słusznie. Takie jest bowiem podstawowe i prawo, i założenie instytucji działających w oparciu o prawa rynku.

W ochronie zdrowia opartej na prawach rynku nie będzie potrzeby organizowania strajków. Biedni chorzy nie wiedzą i nie mają żadnych możliwości, i umiejętności organizowania strajku. Fakt ten oznacza, że w organizacji ochrony zdrowia samo myślenie ekonomiczne nie wystarcza. A to chciałbym podać jako wniosek z mego wywodu.

A zaufanie jest coraz mniej potrzebne, co zupełnie nie oznacza, że jest niepotrzebne. Potrzebny jest niezawodny tomograf,

rezonans magnetyczny lub aparat do oznaczeń biochemicznych. Coraz częściej rozmowa z chorym w celu ustalenia diagnozy może nie być konieczna. Potrzebny jest precyzyjny i bezbłędny wynik badania. Podkreślam, że rozmowa z chorym jest zawsze konieczna, ale coraz częściej tylko po to, by chory czuł się podmiotem, a nie rzeczą.

Polityka

Bardzo ostro formułowane są, ale i równie ostro odpierane, zarzuty, że strajki są, co najmniej motywowane względami politycznymi. Same insynuacje i sloganowe repliki bez merytorycznej treści wzmagają jednak tylko uzasadnione podejrzenia. Ostatnie wydarzenie poselsko-korupcyjne, albo sprawę całkowicie wyjaśnia, albo ją jeszcze bardziej gmatwa. Nie można jednak być obojętnym wobec strategii robienia biznesu na służbie zdrowia.

Ileż czułości – i nagle ujawnionej troski wykazywali przedstawiciele różnych partii politycznych w trosce o strajkujące ostatnio pielęgniarki, ale przecież nie tak dawno wszystkie partie polityczne cynicznie zakpiły sobie właśnie z pielęgniarek, uchwalając tzw. ustawę 203, w ramach ówczesnej przedwyborczej kampanii. Nigdy do końca nie zrealizowana ustawa okazała się być ponadto ustawowym buble. Ci sami troskliwi ustawodawcy nie zatroszczyli się ani o wskazanie źródła finansowania, ani o realizację uchwalonej przez siebie ustawy. Cynizm ich pseudo-troski wynikał z potrzeby uzyskania politycznego wsparcia, nawet za cenę oszustwa.

Zabrzmiał populistycznie, ale prawdziwe jest stwierdzenie, że to przecież parlamentarzyści ustalili, że 3,2 zł dziennie wydaje się na całą ochronę zdrowia jednego obywatela, a 900 zł dziennie na rzecz jednego pośła. Koronnym świadectwem i dowodem rzeczywistych motywów i wpływu czynników politycznych na organizację, formę i przebieg strajków będzie stanowisko organizatorów po wygraniu wyborów przez ich polityczne opcje.

Etyka

Czy pojęcia „strajk” i „służba zdrowia” wzajemnie się nie wykluczają? Strajki lekarzy zrodziły wiele poważnych dylematów związanych z koniecznością wyboru między uzasadnieniem i potrzebą strajku, lojalnością w stosunku do związkowych kolegów, formą strajku, a moralną oceną możliwego ryzyka, jakie nieuchronnie związane jest ze strajkiem.

Wielu lekarzy stanęło przed poważnym dylematem etycznym między uczestnictwem w strajku a przestrzeganiem zapisu art. 73, Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi: Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nie udzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Prawo do strajku, przy zobowiązaniu zachowania wszystkich zobowiązań moralnych lekarzy wobec chorych, staje się jednak iluzoryczne. W tej sytuacji bowiem każda forma strajku staje się nieskuteczna i narażona na lekceważenie, lub nawet drwiny decydentów.

A życie uczy, że na decyzje płacowe władz wpływały nie argumenty, nie widoczna niesprawiedliwość, ale brutalność akcji strajkowej oraz termin zbliżających się wyborów.

Palącym problemem do rozwiązania były zawsze płace polityków i finansowanie partii politycznych, a nie polityka płacowa w służbie zdrowia.

Niewątpliwie racje moralne powinny kierować naszym zachowaniem, jednakże współcześnie odbierają one strajkującym moc skuteczności. A w ogóle to myślę, że odnowa naszego życia społecznego powinna polegać na stworzeniu mechanizmów i warunków umożliwiających ludziom uczciwym być skutecznymi.

Pytania

Strajk jest protestem masowym, ale dlatego nasuwają się pytania szczegółowe.

Czy przystąpienie lekarza do strajku musi być dobrowolne, czy też może być obligatoryjne w ramach przynależności do organizacji związkowej organizującej strajk – a więc czy dopuszczalna jest możliwość wywierania presji i zmuszania lekarza do wzięcia udziału w strajku?

Czy „lekarz–łami strajk”, pomimo że zgadzając się z przyczynami, popiera strajk, to jednak kierując się swymi własnymi „moralnymi przesłankami” nie zgadza się z zakresem protestu i zbiorową jego formą, może być napiętnowany przez organizację związkową za odmowę udziału w takim strajku?

Czy lekarz ma, lub powinien mieć, prawo i możliwość odmowy udziału w strajku, niezależnie od rygorów i zobowiązań organizacyjnych? Pominę problem nie dającego się ująć w ramy prawne ostracyzmu.

Czy moralne jest strajkowanie w publicznej służbie zdrowia i przyjmowanie tego samego dnia chorych w prywatnym gabinecie, znajdującym się na terenie publicznego szpitala? Jak problem ten rozstrzygają organizacje lekarskie?

Czy uzyskane w wyniku strajku podwyżki płac należą się również tym, którzy do strajku nie przystąpili?

Wiemy, kto w wyniku strajku traci. Sprawa jest jednoznaczna. Nie wiemy, czy, a jeśli tak, to kto jest beneficjentem strajku, a zwłaszcza strajku przedłużającego się. Nie wiemy też do końca, czy i komu zależeć może na zaognianiu konfliktu?

Ujawnia się też i pytanie bardziej ogólne. Czy mogą narażać na ryzyko aktualnie wymagającego leczenia chorego w nadziei, że w wyniku strajku standard świadczeń dla innych chorych w przyszłości ulegnie poprawie?

Generalizując, problem ten można wyrazić pytaniem, która z obu odwiecznych zasad „*Salus aegroti*, czy *salus populi suprema lex esto*” ma tu pierwszoplanowe zastosowanie. I tu również ujawnia się konflikt interesów między dobrem pojedynczego chorego i większej populacji chorych. Odpowiedź w dużej mierze zależy może od wielkości zysków i strat. Argumentem bywa stwierdzenie, że długoterminowe zyski mogą przeważać nad krótkoterminowymi stratami. Przy małych zagrożeniach i dużych zyskach takie stanowisko może być moralnie usprawiedliwione. Zyski i straty są jednak niemierzalne, a więc nieporównywalne. Zgodnie z duchem przysięgi Hipokratesa obowiązkiem lekarza jest maksymalna dbałość o dobro aktualnie jemu powierzonego chorego. W Anglii mój szef (oksfordczyk) mawiał: *only the best is good enough for my patient*. Odmieniony priorytet ważności obowiązywać jednak musi organizatorów ochrony zdrowia.

Jesteśmy jednak również świadomi, że życie ludzkie jest w sposób bardzo relatywny traktowane przez wodzów, a nawet społeczeństwo. Walczy się przeciwie o prawo zachowania jednostkowego życia wielokrotnego mordercy. Tak więc czy człowiek, który akurat zachorował w okresie strajku, ma być poświęcony w bitwie o lepszą jakość ochrony zdrowia w przyszłości.

Strajki, podczas których przyjmowani są chorzy z bezpośrednim zagrożeniem życia, są moralnie mniej obciążające, a ponadto zapobiegają wielu oskarżeniom z tytułu prawa stanowionego. Jako argument wykorzystuje się tu fakt istnienia „list oczekujących na przyjęcie” do szpitala nawet przez okres roku, lub więcej. Wydłużanie tej listy wiąże się jednak zawsze z niebezpieczeństwem, że chorzy przyjmowani będą na leczenie w bardziej zaawansowanym stadium choroby, czasem nieodwracalnym. I tu decydującą rolę odgrywa czas trwania strajku.

Strajkujący lekarze w Izraelu i Nowej Zelandii stwierdzili *ex post*, że największe znaczenie i polityczne, i praktyczne posiada sam fakt organizacji strajku powszechnego powodującego niepokój społeczny, a nie czas jego trwania. Im dłuższy jest

czas trwania strajku, tym większe jest obciążenie moralne i tym większy jest społeczny sprzeciw. Protest zamienia się bowiem wówczas w krzywdę.

Lekarskie organizacje

Szeroko dyskutowany jest też problem odpowiedzialności zawodowej. Przyjmuje się, że tak jak istnieje moralny kontrakt między lekarzem a chorym, tak też istnieje moralny kontrakt między społeczeństwem a lekarskimi organizacjami zawodowymi, korporacjami i związkami zawodowymi. To one ponoszą moralną odpowiedzialność wobec społeczeństwa za podejmowane decyzje w imieniu grupy zawodowej, tak jak lekarz wobec chorego. Lekarz podejmując nieodpowiednią decyzję, traci zaufanie chorego, lub chorych. Organizacja lekarska, podejmując niewłaściwą decyzję, ryzykuje zrujnowaniem zaufania społecznego w stosunku do całego zawodu, nawet, jeśli część członków decyzji władz jest przeciwna.

Reakcje społeczne

Z przerażeniem czytałem opinie internautów. Co najmniej w pewnym stopniu odzwierciedlają one opinie społeczne. Setki zamieszczonych wypowiedzi streściłbym jako wielkie oskarżenie, że dla lekarzy nie liczą się pacjenci, ale klienci, że zakres strajku ze względu na skutki przekroczył pojęcie protestu i że za przedłużającym się strajkiem kryją się beneficjanci z ich bezalternatywnymi hasłami o jedynej skutecznej drodze restrukturyzacji – rozumianej jednoznacznie jako prywatyzacja. Często pojawiają się zarzuty, że celem przewlekających się strajków jest zaplanowana upadłość szpitala jako przedsiębiorstwa – a ta droga wiedzie do prywatyzacji i zakładania dochodowych oddziałów szpitalnych z pozostawieniem oddziałów deficytowych państwu z pokrzykiwaniem, że „my mamy dochody, a publiczne jednostki długie”. Zarzuty te, jeśli są nieprawdziwe, to powinny znaleźć merytoryczny, a nie sloganowy odpór. Powtórzę – slogany stosowane jako argumenty zwiększają tylko podejrliwość.

Cynizm i groza ujawniły się w stwierdzeniu upublicznionej prywatnej rozmowy pośtanki, że biznes na służbie zdrowia będzie robiony. Idea takiego planu polega m.in. na tym, by sprywatyzować wszystkie dochodowe specjalności, oddziały i szpitale, a nisko dochodowe i deficytowe pozostawić państwu. Pominę tu problem handlu nieruchomościami poszpitalnymi.

Przytoczę jedną, odbiegającą swą treścią od innych opinii, wyrażającą pełne poparcie dla strajku lekarzy pod warunkiem jednak, że strajk z żądaniami płacowymi organizowany jest w okresie debaty nad projektem budżetu państwa. Rezerwy budżetowe w trakcie roku z założenia są niewystarczające na pokrycie żądań strajkujących, których pełna realizacja przekreśliłaby możliwość wykonania ustawą budżetową określonych a już rozpoczętych zadań. Musimy sobie jednak uświadomić, że domaganie się aż trzykrotnych podwyżek wynika jednak z krytycznie niskiego pułapu, z jakiego te żądania startują. Pamiętajmy jednak, że w krajach z publiczną służbą zdrowia między lekarzem i chorym oraz między organizacją lekarską a społeczeństwem wkomponowane są władze państwowe i to one wspólnie decydują o relacjach między tymi trzema partnerami.

Kato Starszy

I tu znów jak Kato Starszy, który w senacie rzymskim powtarzał stale „*Caeterum censeo Carthaginem delendam esse*” tak i ja w każdym publicznym wystąpieniu powtarzam, że „kto ma żyć, a kto ma umrzeć – współcześnie zależy nie od lekarzy, a od polityków i ekonomistów”.

Sylwetki nowych profesorów tytularnych

Prof. dr hab. Zofia Pomarnacka

wywiad przeprowadził
prof. Wiesław Makarewicz

Gratulując tytułu naukowego, pragnę zapytać o ścieżkę, która doprowadziła Panią do tej zaszczytnej nominacji?

Nominację otrzymałam z rąk prezydenta RP w dniu 22 listopada 2007 r. Droga, która doprowadziła mnie do uzyskania tego zaszczytnego tytułu, była dość długa i kręta. Studia na Wydziale Chemicznym Politechniki Gdańskiej podjęłam w roku 1953. Pracę magisterską wykonywałam w Katedrze Środków Leczniczych pod kierunkiem prof. Zygmunta Ledóchowskiego, współtwórcy polskiego leku przeciwnowotworowego Ledacrin. Zetknięcie ze wspaniałym twórczym zespołem chemików zainicjowało moje zainteresowanie pracą naukową. Po uzyskaniu dyplomu magistra inżyniera ze specjalizacją w zakresie technologii chemicznej środków leczniczych rozpoczęłam pracę zawodową w czerwcu 1959 r. w Katedrze Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Wydziału Farmaceutycznego AMG, gdzie pracuję do dnia dzisiejszego. Od początku pozostawałam pod urokiem pracy nad syntezą związków organicznych i temu zagadnieniu pozostaję wierna do dzisiaj, skupiając się w pracy naukowej nad poszukiwaniem potencjalnych środków leczniczych. Badania w tym zakresie stały się też podstawą mego doktoratu obronionego w 1973 r.

Po objęciu w 1971 r. kierownictwa Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AMG przez doc. dr. hab. Zdzisława Brzozowskiego zajęłam się poszukiwaniem nowych leków przeciwcukrzycowych wśród syntetyzowanych pochodnych N-(benzenosulfonylo)mocznika i triazyny. Opracowane oryginalne metody otrzymywania tych pochodnych zostały zastrzeżone w dwóch patentach polskich i stały się podstawą przyznanej mi w 1979 r. zespołowej nagrody II stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za osiągnięcia w zakresie syntezy nowych sulfonamidów o działaniu hipoglikemizującym i diuretycznym.

Syntezy i reakcje nowych 2,4,5-tripodstawionych pochodnych benzenosulfonamidu o potencjalnym działaniu diuretycznym lub na układ krążenia były w roku 1988 przedmiotem mojej rozprawy habilitacyjnej. Otrzymałam 249 nowych związków, których strukturę potwierdziłam wynikami analizy elementarnej i spektralnej (IR, NMR, MS). Stwierdziłam, że związki te wykazują zależne od struktury działanie diuretyczne, antydiuretyczne, hipotensyjne lub antyarytmiczne.

Po habilitacji moje zainteresowanie badawcze nadal koncentrowały się na poszukiwaniu oryginalnych środków diuretycznych, przeciwartrytmicznych, przeciwwirusowych (głównie przeciw AIDS) i przeciwnowotworowych – wśród pochodnych benzoditiazyny i 2-merkaptobenzenosulfonamidu. W roku 1990 otrzymałam za nie nagrodę indywidualną Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Metody wytwarzania i właściwości farmakologiczne otrzymanych związków stały się przedmiotem patentu polskiego 173901. Za cykl prac na temat syntezy oryginalnych sulfonamidów o wysokiej aktywności przeciwartrytmicznej lub



przeciwwirusowej otrzymałam w roku 1996 zespołową nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Projektowanie syntez kolejnych związków prowadziłam w oparciu o dostrzeżone zależności struktura – aktywność oraz sukcesywną ich weryfikację wynikami bieżących badań farmakologicznych prowadzonych we współpracy z Zakładem Farmakologii Instytutu Farmaceutycznego w Warszawie. Dokonana analiza wyników badań farmakologicznych pozwoliła na wskazanie niektórych interesujących zależności między strukturą tych związków a ich toksycznością i wpływem na układ krążenia. Pozwoliło to – przy zaangażowaniu stosunkowo małych nakładów finansowych – na uzyskanie oryginalnych preparatów, które w modelach arytmii akonitynowej i barowej wykazywały aktywność zbliżoną lub wyższą w porównaniu do stosowanych preparatów wzorcowych (chinidyny, prokainamidu). Przedstawiony na III Europejskim Kongresie Nauk Farmaceutycznych w Edynburgu komunikat stanowił ogólne podsumowanie przeprowadzonych badań nad pochodnymi sulfonyloiminopirymidyny. Spoglądając wstecz na moją dotychczasową działalność, mogę powiedzieć, iż praca zawodowa dostarczała mi zawsze wiele satysfakcji.

Jakie są Pani aktualne zainteresowania badawcze i zamierzenia?

W ostatnich latach moje badania koncentrowały się na syntezie i strukturze potencjalnych środków przeciwnowotworowych i przeciw wirusowi HIV. W reakcjach odpowiednich benzoditiazyn z diaminami, hydrazynami lub semikarbazydami, otrzymałam wiele szeregów 2-merkaptobenzenosulfonamidów oraz ich cyklicznych analogów. Stwierdziłam wielokierunkowy przebieg tych reakcji i wyizolowałam oraz zidentyfikowałam powstające produkty uboczne. Przedstawiłam prawdopodobne mechanizmy przebiegu pożądaných i ubocznych kierunków badanych reakcji. Aktywność przeciwnowotworową i toksyczność otrzymanych pochodnych w testach *in vitro* oceniał National Cancer Institute w Bethesda, USA na 59 liniach komórkowych pochodzących z 9 nowotworów ludzkich. Wyniki wstępnych testów wykazały, iż badane związki posiadają zależne od struktury działanie anti-HIV i/lub przeciwnowotworowe.

W ostatnim czasie 2-merkaptobenzenosulfonamidy wzbudziły zainteresowanie jako potencjalne inhibitory izoform anhidrazy węglanowej. Katedra nasza podjęła współpracę z zespołem badawczym kierowanym przez profesora Claudiu T. Supurana z Katedry Chemii Bionieorganicznej we Florencji. Uzyskane interesujące wyniki wskazują, iż otrzymane związki mogą

selektywnie hamować aktywność izoform IX i XII anhidrazy węglanowej, które zaangażowane są w etiologię procesów nowotworowych. Rysuje się więc perspektywa otrzymania nowej klasy środków przeciwnowotworowych o strukturze sulfonamidowej. Aktualnie owocnie współpracuję z prof. P.J. Bednarskim z Katedry Chemii Medycznej Uniwersytetu w Greifswaldzie (Niemcy). Wykonane tam oznaczenia *in vitro* cytotoksyczności sulfonamidowych pochodnych chinazolinonu na 12 liniach komórkowych nowotworów ludzkich sugerują celowość dalszych badań tej klasy związków.

Kto był dla Pani mistrzem inspirującym i wprowadzającym w arkana nauki?

Zawsze miałam szczęście do pracy pod kierunkiem wybitnych naukowców. Jak już wspomniałam, pierwszego bąka pracy naukowej zaszczyt mi dał prof. Zygmunt Ledóchowski. Temat doktoratu przydzielił mi docent dr hab. Leszek Ryśki, uczeń słynnego prof. Binieckiego, którego cechowała wielką pracowitością oraz bogata wiedza. Najwięcej jednak zawdzięczałam pracy w zespole kierowanym przez prof. Zdzisława Brzozowskiego. Doktorat ukończyłam już pod jego kierunkiem, a na tematykę dalszych badań wielki wpływ wywarło odkrycie przez profesora oryginalnego układu heterocyklicznego benzoditiazyny i możliwości transformacji jej pochodnych do 2-merkaptobenzenosulfonamidów. Wysoka ranga naszej Katedry w dziedzinie chemii medycznej jest rezultatem pasji naukowej połączonej ze zmysłem odkrywczym oraz talentem organizacyjnym i dydaktycznym prof. Z. Brzozowskiego. Współpraca z jego następcą prof. Franciszkiem Sączewskim również miała istotny wpływ na mój pomyślny, dalszy rozwój naukowy.

Co uważa Pani za swoje najważniejsze osiągnięcie w życiu naukowym i działalności zawodowej?

Trudne pytanie, ale za znaczące uważam badania dotyczące otrzymania oryginalnego układu 2-merkaptobenzenosulfonyloimidazolidynonu, który otworzył nowe możliwości poszukiwań środków działających na układ krążenia, zwłaszcza antyarytmicznych i hipotensyjnych. Do wiodących osiągnięć zaliczyć mogę także otrzymanie pochodnych triazolobenzoditiazyny, cyklicznych analogów 2-merkaptobenzenosulfonamidu, które reprezentują nowy układ heterocykliczny. Strukturę chemiczną tych oryginalnych związków ustaliłam na podstawie wyników analizy elementarnej, spektralnej oraz badań rentgenokrysta-



lograficznych. Aktywność przeciwnowotworową, wszystkich otrzymanych triazolobenzoditiazyn, w testach *in vitro* oceniał National Cancer Institute w Bethesda, USA. Wyniki tych badań pozwoliły stwierdzić, że związki te wykazują wysoką aktywność przeciwnowotworową względem badanych linii komórkowych. Na tej podstawie przeprowadziłam również analizę zależności struktura-aktywność (SAR). Niektóre pochodne wyróżniły się selektywnym hamowaniem wzrostu linii komórkowych: białaczki oraz raka jajników. Na uwagę

zasługuje fakt, iż wszystkie syntezowane 2-merkaptobenzenosulfonyloperhydrotriazynony w testach wstępnych *in vitro* wykazały wyraźną aktywność anty-HIV (najsilniej działała pochodna z indeksem terapeutycznym $IT_{50} = 42,0$ i maksimum protekcji = 128%).

Czy lubi Pani dydaktykę? Kogo i w jakim zakresie kształci Pani obecnie?

Zdecydowanie tak. Od początku mojej pracy w Katedrze uczestniczyłam w przygotowaniu oraz prowadzeniu seminariów, wykładów i ćwiczeń w skali laboratoryjnej i półtechnicznej w ramach przedmiotu technologia chemiczna środków leczniczych. Celem wprowadzenia studentów w problematykę zagadnień produkcyjnych zakładów farmaceutycznych organizuję zajęcia dydaktyczne w Zakładach Far-





maceutycznych POLPHARMA w Starogardzie. Pod moją opieką wykonano około 60 prac magisterskich, w większości zakończonych z ocenami bardzo dobrymi. Ponieważ od wielu lat jestem opiekunem studentów IV roku Wydziału Farmaceutycznego, mam prawo sądzić, iż cieszę się dobrą opinią wśród studentów.

Reprezentuje Pani dość unikalną dziedzinę nauk farmaceutycznych – jakie są Pani plany na przyszłość, jakie marzenia?

W chemii medycznej nie tylko chodzi o otrzymanie oryginalnych związków, ale też o to, aby wykazywały działanie biologiczne, stąd bardzo ważna jest współpraca z farmakologami. Marzenie, to otrzymanie nietoksycznego selektywnie działającego środka leczniczego – oczywiście dążą do tego naukowcy całego świata.

Poproszę jeszcze o kilka słów o rodzinie i zainteresowaniach pozazawodowych.

Jestem chyba jedynym nauczycielem akademickim, który przez cały okres pracy zawodowej utrzymuje żywe kontakty ze Studium Wychowania Fizycznego naszej Uczelni. Stosownie do wieku uprawiam sport, gimnastykę, jogę, pływanie. Jeżdżę na nartach, przeważnie w Dolomitach, ciesząc się wspaniałymi widokami gór – w tym sezonie jadę do Livigno. Córka Magdalena ukończyła Wydział Sztuk Pięknych UMK w Toruniu i jest konserwatorem zabytków. Podzielam jej zainteresowania literaturą, sztuką i muzyką.

Dziękując za rozmowę, raz jeszcze gratuluję tytułu profesorskiego, który niewątpliwie stanowi wyraz uznania dla Pani znaczących dokonań na polu nauki.



Medyczny Dzień Nauki w AMG

podczas VI Bałtyckiego Festiwalu Nauki

W dniach 29 maja – 1 czerwca 2008 roku po raz szósty odbędzie się Bałtycki Festiwal Nauki (BFN). W tym roku uległa zmianie koncepcja uczestnictwa Akademii Medycznej w Gdańsku w tym wydarzeniu. Rektor AMG prof. Roman Kaliszan powołał nowego lokalnego koordynatora reprezentującego naszą Uczelnię w zespole organizującym VI BFN, którego w pracach będzie wspierał Zespół Promocji i Informacji AMG.

W tym roku planujemy zorganizować po raz pierwszy Medyczny Dzień Nauki, który ma na celu przybliżenie świata nauk medycznych szerokiemu gronu zainteresowanych osób, a także zaakcentowanie naukowej działalności AMG – jako istotnego elementu szkoły wyższej na poziomie uniwersyteckim.

W ramach Medycznego Dnia Nauki odbędą się wykłady dotyczące ciekawych i aktualnych zagadnień medycznych oraz uruchomione zostaną stanowiska prezentujące badania naukowe prowadzone na wszystkich wydziałach, oddziałach i kierunkach AMG.

Medyczny Dzień Nauki odbędzie się 30 maja 2008 roku (piątek) w Collegium Biomedicum, w godz. od 9.00 do 14.00. Stoiska rozmieszczone będą w holu CBM, a prelekcje prowadzone – w salach wykładowych.

Wykłady i prezentacje na stoiskach adresowane będą zarówno do młodzieży ze szkół podstawowych, gimnazjów i liceów, jak i do osób w średnim wieku i starszych (np. słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku). Z uwagi na potencjalnego odbiorcę bez przygotowania naukowego zależy nam na pokazaniu osiągnięć naukowych AMG od strony popularnonaukowej.

Koncepcja ta znalazła już częściową akceptację w środowisku AMG, a dotychczas zgłoszona tematyka wykładów i stoisk pozwalają oczekiwać atrakcyjności Medycznego Dnia Nauki. Nadal jednak bardzo serdecznie zapraszam wszystkie jednostki do udziału w tym przedsięwzięciu. Ostateczny termin zgłoszenia to dzień 4.02.2008 r.

Uważam, że wydarzenie to będzie doskonałą okazją do pokazania osiągnięć naukowych i ich promocji w lokalnym środowisku i że spotka się ze zrozumieniem i zainteresowaniem społeczności akademickiej.

Dr hab. Ewa Bryl
lokalny koordynator VI BFN

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Oddział Regionalny w Gdańsku oraz firma Global Pharmacia

zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 6 lutego o godz. 12.00 do Hotelu Kuracyjnego, Gdynia-Orłowo, al. Zwycięstwa 255. W programie:

1. Zaburzenia pod postacią somatyczną i zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) u dzieci i młodzieży – dr A. Olszewska
2. Działanie cerebrolizyny na procesy neurodegeneracyjne mózgu ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń u dzieci – K. Newbery, firma Global Pharmacia

Europejski sukces Studenckiego Koła Ultrasonografii

European Students Conference (ESC) została zainicjowana w 1989 roku przy klinice Charite w Berlinie – przez studentów dla studentów. W 2007 roku spotkanie ESC odbyło się już po raz 18. Do Berlina przybyło ponad 600 studentów medycyny i młodych lekarzy z całej Europy. W ciągu 4 dni – od 8 do 11 października zaprezentowano niemalże 450 prac. Wśród nich znalazły się także dwie prace przygotowane przez studentów Akademii Medycznej w Gdańsku, reprezentujących Studenckie Koło Ultrasonograficzne przy Klinice Chorób Nerek i Nadciśnienia Tętniczego Dzieci i Młodzieży. Nad ich powstaniem czuwał opiekun Koła – dr n. med. Wojciech Kosiak.

Pierwsza z nich oparta była na ciekawej obserwacji podobieństwa obrazu ultrasonograficznego tarczycy u dzieci z otyłością do zmian stwierdzanych w młodzieńczej postaci choroby Hashimoto. Czy w każdym przypadku stwierdzenia zmian w obrazie usg tarczycy u dziecka z otyłością należy prowadzić dalszą diagnostykę w kierunku choroby Hashimoto? Czy poszerzona cieśń u otyłego dziecka jest już powodem do niepokoju? Zagadnienia te wyjaśniała Anna Bernad w pracy „Ultrasound image of thyroid gland in obese children – is there similarity with Hashimoto’s thyroiditis?”, prezentowanej w sesji radiologicznej.

Natomiast w sesji pediatrycznej Mateusz Kosiak poruszył problem zatorowości płucnej u dzieci. Zwracając uwagę na brak algorytmów diagnostyczno-terapeutycznych umożliwiając-

ych lekarzowi właściwe postępowanie z pacjentem pediatrycznym, u którego podejrzewa się zatorowość płucną, przedstawił możliwości wykorzystania badania ultrasonograficznego klatki piersiowej we wstępnej diagnostyce zatorowości płucnej w tej grupie pacjentów. Przypadki przedstawione w pracy „Bed-side chest ultrasound examination in diagnosis of pediatric pulmonary thromboembolism” miały przekonać, że takie postępowanie może być skuteczne.

Zarówno dobór tematów, jak i profesjonalna ich prezentacja zostały zauważone przez lekarzy zasiadających w komisjach i docenione: obie prace uhonorowano pierwszym miejscem – każdą w swojej sesji.

Mamy nadzieję, że powodzenie odniesione na tej największej europejskiej konferencji studenckich kół naukowych będzie motywacją do dalszych prac, które przyniosą kolejne sukcesy.

Studenckie Koło Ultrasonograficzne przy Klinice Chorób Nerek i Nadciśnienia Tętniczego Dzieci i Młodzieży AMG

Międzynarodowy Kongres Ginekologów Onkologów (ESGO)

W dniach 28.10–1.11.2007 r. w Berlinie odbył się 15 Kongres Europejskiego Stowarzyszenia Ginekologów Onkologów. Kongresy ESGO to najważniejsze i zwykle najliczniejsze spotkania naukowe ginekologów-onkologów. W 15. Kongresie uczestniczyło 2020 ginekologów z całej Europy. Polska grupa tym razem była wyjątkowo liczna, gdyż przyjechało aż 110 ginekologów. Klinikę Ginekologii Onkologicznej AMG reprezentowało 17 asystentów – stanowiliśmy największą grupę z ośrodków naukowych z Polski. Obrady odbywały się w pięciu salach w luksusowym Hotelu InternContinental. W czasie Kongresu wygłoszono 174 referaty, wśród zaproszonych wykładowców byli reprezentanci wiodących ośrodków onkologicznych z Ameryki Południowej, Australii, Meksyku i Europy. Komitet naukowy Kongresu przyjął 21 prac pochodzących z Kliniki Ginekologii Onkologicznej AMG. Jest to bez wątpienia nasz duży naukowy sukces, zważywszy, że z innych ośrodków polskich zaakceptowano tylko pojedyncze prace.

Duże wrażenie na nas zrobiły pokazy operacji onkologicznych wykonane przez tzw. roboty. „Robot surgery” to nowy sposób leczenia operacyjnego – bezkrwawy, bezpieczny, dzięki któremu chorzy opuszczają szpital na drugi, trzeci dzień. Mankamentem tego leczenia operacyjnego jest cena robota, która wynosi milion sześćset tysięcy Euro. W małej Holandii takich urządzeń jest 8, a Czesi posiadają sześć robotów. Smutne jest, że nasza polska medycyna zawsze jest w ogonie Europy.

Dla uczestników Kongresu na zawsze w pamięci pozostanie Gala Dinner, który odbył się w Axel Springer Passage – Ullstein Halle, gdzie główną atrakcją wieczoru był występ zespołu nadsładowującego grupę ABBA.

Prof. Janusz Emerich

Towarzystwa

Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział w Gdańsku

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się w dniu 1 lutego o godz. 11.00 w sali konferencyjnej A (III piętro) Centrum Handlowego Manhattan, Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Grunwaldzka 82. W programie:

1. *Hormonalna regulacja czynności gonad* – dr n. med. M. Nowacka
2. *Rola przeciwciał anti-CCP w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów* – dr n. med. M. Nowacka, dyrektor ds. naukowych Abbott Laboratories Poland
3. Prezentacja oferty hematologicznej firmy Abbott – mgr P. Pakiel

Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi Oddział Gdański oraz firma Actavis Polska Sp. z o.o.

zapraszają na zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się w dniu 2 lutego o godz. 10.00 w sali wykładowej im. prof. L. Rydygiera. Zebranie będzie poświęcone chorobie refluksowej – jej rozpoznaniu, leczeniu, a przede wszystkim obrazowi klinicznemu w otolaryngologii.

Konkurs na finansowanie projektów badawczych rozstrzygnięty

XXXIV konkurs na finansowanie projektów badawczych (własnych, habilitacyjnych, promotorskich) finansowanych przez MNiSW rozstrzygnięty.

Porównując konkursy z lat ubiegłych pod kątem liczby przyznanych projektów badawczych (własnych, habilitacyjnych, promotorskich), wynik 18. projektów rekomendowanych do finansowania w tegorocznym konkursie jest najlepszy w historii Uczelni.

Więcej informacji można uzyskać na stronie Ośrodka Przetwarzania Informacji www.osf.opi.org.pl/app/. Poniżej wnioski rekomendowane do finansowania:

1. Tytuł: Detekcja i ilościowe oznaczanie wybranych patogenów zagrażających zdrowiu człowieka w kleszczach *Ixodes ricinus* (*Acari, Ixodidae*) przy zastosowaniu PCR i Real-Time PCR
Kierownik: dr Joanna B. Stańczak
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: biologia medyczna
2. Tytuł: Ocena wpływu czynników środowiskowych na bioakumulację wybranych pierwiastków u przedstawicieli zoobentosu (*Saduria entomon*, *Crangon crangon*)
Kierownik: prof. dr hab. Piotr M. Szefer
Typ projektu: promotorski
Dyscyplina naukowa: kształtowanie i ochrona środowiska przyrodniczego
3. Tytuł: Synteza oraz badania aktywności przeciwnowotworowej nowych pochodnych chalkonu
Kierownik: dr Marek Konieczny
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: nauki farmaceutyczne
4. Tytuł: Optymalizacja rozdzieleń chromatograficznych w toksykoproteomicie z wykorzystaniem ilościowych zależności struktura-retencja (QSRR)
Kierownik: prof. dr hab. Roman Kaliszan
Typ projektu: promotorski
Dyscyplina naukowa: nauki farmaceutyczne
5. Tytuł: Badanie profili metabolicznych nukleozydów i modyfikowanych nukleozydów w moczu osób zdrowych i chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego jako narzędzie prognostyczno-diagnostyczne w metabolomice
Kierownik: dr hab. Michał J. Markuszewski
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: nauki farmaceutyczne
6. Tytuł: Jak stopień rozwoju mózgowia wpływa na plastyczność układu kontrolującego odpowiedź na stres? Badania behawioralne oraz porównawcze oposa (*Monodephis domestica*) i szczura
Kierownik: dr Ilona Klejbor
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: biologia organizmów
7. Tytuł: Immunomodulacyjne właściwości nowych analogów muramylodipeptydu (MDP) z tuftsyną
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Myśliwski

Typ projektu: promotorski

Dyscyplina naukowa: biologia medyczna

8. Tytuł: Kliniczne znaczenie ekspresji antygenu CD 154 i receptora CXCR6 na limfocytach T w popłuczynach oskrzelowo-pęcherzykowych i krwi obwodowej u chorych na sarkoidozę
Kierownik: prof. dr hab. Jan M. Słomiński
Typ projektu: promotorski
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne niezabiegowe
9. Tytuł: Kliniczne znaczenie polimorfizmu genów ACE, AGT, STAT6, IL2,4,10,13,FCεRI,TAP i mutacji genu C-KIT w alergii na jad owadów błonkoskrzydłych
Kierownik: dr Marek B. Niedoszytko
Typ projektu: habilitacyjny
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne niezabiegowe
10. Tytuł: Rola rekombinowanej ludzkiej erytropoetyny w aktywacji limfocytów T CD4⁺ pacjentów przewlekłe hemodializowanych
Kierownik: dr hab. Maria A. Dębska-Ślizień
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne niezabiegowe
11. Tytuł: Rokownicze znaczenie profilu ekspresji wybranych genów w niezaawansowanym, niedrobnokomórkowym raku płuca
Kierownik: prof. dr hab. Jacek Jassem
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne niezabiegowe
12. Tytuł: Opracowanie i wdrożenie intuicyjnego, przestrzennego interfejsu akustycznego wspomagającego nawigację chirurgiczną (*Intuicoustic*)
Kierownik: dr Piotr A. Zieliński
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne zabiegowe
13. Tytuł: INFLACOR – ocena przydatności wybranych wariantów genetycznych, laboratoryjnych markerów reakcji zapalnej i stanu klinicznego do prognozowania powikłań pooperacyjnych u chorych poddawanych operacjom kardiochirurgicznym w krążeniu pozaustrojowym – poszukiwanie najbardziej efektywnego klinicznie i ekonomicznie algorytmu diagnostycznego
Kierownik: dr hab. Romuald Lango
Typ projektu: własny
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne zabiegowe
14. Tytuł: Systemowa odpowiedź immunologiczna pacjentów po termoablacji raka jasnokomórkowego nerki
Kierownik: prof. dr hab. Kazimierz Krajka
Typ projektu: promotorski
Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne zabiegowe
15. Tytuł: Wpływ znieczulenia zewnątrzoponowego na szczelność bariery jelitowej u chorych poddawanych zabiegom operacyjnym z zaciśnięciem tętnicy głównej w odcinku brzuszny

NA WYDZIALE LEKARSKIM

NOWI DOKTORZY HABILITOWANI

1. dr n. med. Elżbieta ADAMKIEWICZ-DROŻYŃSKA – adiunkt, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii AMG, praca pt. „Ocena znaczenia wybranych wskaźników proliferacji i angiogenezy w guzach z grupy nerwiaka zarodkowego współczulnego dla prognozowania klinicznego”, uchwała Rady Wydziału Lekarskiego z dnia 17 stycznia 2008 roku w sprawie nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – pediatria.

NOWI DOKTORZY

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej otrzymali:

1. mgr Elżbieta CIPORA – wykładowca, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Sanoku, praca pt. „Epidemiologiczna analiza przyczyn hospitalizacji pacjentów w Oddziale Chirurgii w Sanoku oraz rodzaje potrzeb zdrowotnych populacji powiatu”, promotor – prof. dr hab. Irena Dorota Karwat, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 stycznia 2008 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej,
2. mgr Katarzyna Aleksandra LISOWSKA – słuchacz Studiów Doktoranckich, Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych AMG, praca pt. „Wpływ leczenia rekombinowaną ludzką erytropoetyną (rhEPO) na dynamikę aktywacji i proliferacji limfocytów TCD4+ u chorych hemodializowanych i przewidzianych do przeszczepu nerki”, promotor – dr

Kierownik: dr Radosław Owczuk

Typ projektu: własny

Dyscyplina naukowa: nauki kliniczne zabiegowe

16. Tytuł: Ocena występowania reakcji krzyżowych u osób uczulonych na lateks, u których wystąpiła uogólniona reakcja anafilaktyczna

Kierownik: dr Marta J. Chęćmińska

Typ projektu: habilitacyjny

Dyscyplina naukowa: zdrowie publiczne i kultura fizyczna

17. Tytuł: Mechanizmy molekularne związane z ekspresją rozpuszczalnej (sTNF) i błonowej (tmTNF) formy TNF α a rozwój retinopatii w cukrzycy typu 1. Opracowanie modelu modulacji aktywności TNF α w celu zastosowania w profilaktyce i terapii retinopatii cukrzycowej u dzieci

Kierownik: prof. dr hab. Jolanta Myśliwska

Typ projektu: własny

Dyscyplina naukowa: medycyna wieku rozwojowego

18. Tytuł: Ocena przydatności obrazowania dyfuzyjnego (DWI, *diffusion-weighted imaging*) MR w diagnostyce przetrwalej lub nawrotowej choroby nowotworowej u chorych z rozpoznaniem i leczonym rakiem

Kierownik: dr Agnieszka A. Bianek-Bodzak

Typ projektu: własny

Dyscyplina naukowa: medycyna wieku rozwojowego



hab. Alicja Dębska-Ślizień, prof. nzw. AMG, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 stycznia 2008 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej,

3. mgr Sławomir ŚWIRYDOWICZ – asystent, Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki AMG, praca pt. „Oddziaływanie antracyklin z błonami komórkowymi i syntetycznymi dwuwarstwami lipidowymi”, promotor – prof. dr hab. Michał Woźniak, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 stycznia 2008 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny otrzymali:

1. lek. Maciej STUKAN – słuchacz Studiów Doktoranckich, Katedra i Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej AMG, praca pt. „Ocena czynników prognostycznych w raku jajnika na podstawie przebiegu operacji pierwotnej, leczenia chemicznego jak też operacji cytoredukcyjnych”, promotor – prof. dr hab. Janusz Emerich, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 stycznia 2008 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. lek. Rajmund Stanisław WILCZEK – Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Gdańsk, praca pt. „Ocena korzyści hemodynamicznych oraz przydatności elektrod o biernej fiksacji w stałej stymulacji drogi odpływu i wierzchołka prawej komory serca u chorych z zaburzeniami przewodzenia przedsionkowo-komorowego i bodźcotwórczości”, promotor – prof. dr hab. Grażyna Świątecka, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 stycznia 2008 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
3. lek. Magdalena WUJTEWICZ – asystent, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii AMG, praca pt. „Ocena wpływu premedykacji na wybrane parametry odpowiedzi układu autonomicznego podczas indukcji znieczulenia ogólnego”, promotor – dr hab. Janina Suchorzewska, prof. nzw. AMG, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 17 stycznia 2008 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.



Dzienne Studia Doktoranckie

Akademia Medyczna w Gdańsku ogłasza konkurs na 8 miejsc stypendialnych na Dziennych Studiach Doktoranckich na Wydziale Farmaceutycznym.

Studia doktoranckie trwają 4 lata (8 semestrów) i prowadzone są jako studia dzienne. Termin składania wniosków o przyjęcie na studia upływa z dniem 15 kwietnia 2008 r.

Szczegółowe zasady uczestnictwa, regulamin i program znajdują się do wglądu w biurze Dziennych Studiów Doktoranckich AMG, Gdańsk, ul. J. Tuwima 15, pokój 313 (III piętro), telefon 349-12-08 oraz na stronie internetowej: www.amg.gda.pl

Prof. Janusz Limon

kierownik

Dziennych Studiów Doktoranckich

O Doktorze Stanisławie Berezie wspomnień kilka zaledwie...

W dniu 2 listopada 2007 roku zmarł Doktor Stanisław Bereza, długoletni asystent Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersowej AM w Gdańsku.

Doktora Berezę poznałem dokładnie 15 lat temu, 2 listopada 1992 roku, w dniu rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego. Już od drugiego dnia pobytu szczerze zachęcał mnie do podjęcia pracy w Klinice Torakochirurgii. Kto pamięta tamte czasy, wie, że w Klinice panowała wówczas specyficzna atmosfera. Ale o Doktorze Berezie mówiono zawsze ciepło i serdecznie. Żył i pracował tak charakterystycznie, że każdemu zapadał w pamięć. Mimo że nie ma Go dzisiaj tutaj, w Klinice nie czujemy pustki. Jest wśród nas, ponieważ pamiętamy! Pamiętamy Jego słowa, cytaty z literatury, fraszki Sztaudyngera recytowane w całości, rozbawiające nas komentarze dotyczące codziennej pracy w Klinice. Pamiętamy Jego ruchy i gesty, wspólne obchody lekarskie, pracę przy chorych podczas zabiegów diagnostycznych i operacyjnych. Pamiętamy pozakliniczne spotkania w gronie pracowników Kliniki, podczas których Doktor był niekwestionowaną duszą towarzystwa. Pamiętam, jak wiele razy siedzieliśmy razem w Klinice i Stanisław opowiadał mi o sobie, swojej drodze zawodowej, dziejach klinik chirurgicznych naszej Akademii. Ze wzruszeniem wspominam opowieści o Jego matce. A teraz spoczywa tuż obok swojej kochanej Matki!

Dr Bereza, bez wątpienia, zawodowo był spełniony. Kochał zawód lekarza, szanował miejsce pracy i ludzi z nim pracujących. W każdym z nas widział coś pozytywnego, w swoim sercu nikogo nie przekreślał. Rozumiał, że człowiek to nie tylko chodzące dobro i doskonałość, człowiek to także skłonność do błędów i różnego rodzaju słabostek. Ale On to szanował, bo sam był zwykłym Człowiekiem. Nigdy długo nie pamiętał naszych „przewinień”.

Miał dar nauczania medycyny. Na szczęście dla wszystkich, dar ten oparty był na solidnej wiedzy i niezwyklej łatwości jej przekazywania. Dogmatycznie nie nauczał, dążył konsekwentnie do logicznego wyjaśnienia tematu.

Najbardziej lubił być na sali operacyjnej, przy zabiegach. Chyba nawet wiem, co dawało mu większą satysfakcję: samodzielne operowanie czy asystowanie nam. Potrafił stworzyć taką atmosferę, że przy Jego asyście wszyscy czuli się pewni i spełnieni. Nie zabierał narzędzi operacyjnych, nie narzucał koncepcji zabiegu, forsonnie nie zmieniał naszej taktyki operacyjnej. Ograniczał się do czujnego nadzorowania przebiegu operacji, lekko ją modyfikując w miarę potrzeb. Robił to w taki sposób, że mieliśmy wrażenie pełnej samodzielności i możliwości zachowania indywidualności. To wielka sztuka. Trudno sobie wyobrazić cholerycz-

nego Doktora Berezę i tę anielską cierpliwość w takich sytuacjach. Ale tak było!

W Klinice wszystkie obowiązki wykonywał bardzo sumiennie. Zawsze skrupulatnie przygotowywał się do pełnienia dyżuru. Sprawdzał, czy są gotowe zestawy do ratujących życie zabiegów tracheotomii, drenażu jamy opłucnej czy bronchoskopii klasycznej. I powtarzał te czynności na każdym dyżurze. Na zadane przez siebie pytanie, nigdy nie zgadzał się na odpowiedź wymijającą. Skutecznie, czasami do granic naszej cierpliwości, drażył temat. Dzięki takiej praktyce wiele problemów zostało wyjaśnionych, wiele ujrzałyśmy w innym świetle. Korzyści były wspólne, dla chorych największe. Sam natomiast, jeżeli czegoś nie akceptował, to tego nie robił. Ale nie było to uparte, ostateczne NIE. Był otwarty na argumenty, na nowe widzenie spraw. Po przemyśleniu, oddawał rację w dyskusji lub częściej, po prostu wdrażał nowe zasady w życie.

Niezapomniane zostaną Jego rozmowy z chorymi i ich rodzinami. Udzielał informacji tak szczegółowo, jakby wszyscy ukończyli medycynę i znali się doskonale na torakochirurgii. Pamiętam nieruchomą twarz młodej kobiety, która przez około 15 minut słuchała, jak Doktor z pasją i dumą opowiadał o ponad 7-godzinnej, udanej operacji jej 34-letniego męża, o wszystkich możliwych wariantach anatomicznych, trudnościach operacyjnych i następstwach zabiegu. Oczywiście używał takich słów, jak olbrzymi guz, nowotwór, a także nazw anatomicznych. Nagle „cierpliwa” słuchaczka zadała tylko jedno pytanie: „Panie doktorze, czy to był złośliwy rak?” Doktor spojrzał szybko i odrzekł: „Nie, to była łagodna torbiel”. Na twarzy kobiety pojawiła się ulga. Tyle tylko chciała usłyszeć. Poza chirurgami nikt nie jest w stanie zrozumieć potrzeby podzielenia się przeżyciami po operacji.

Kochał młodzież studencką i zajęcia z nimi. Z pewnością było to wynikiem 15-letniego okresu pracy na stanowisku asystenta w Zakładzie Anatomii Prawidłowej, na początku Jego drogi zawodowej. Do dzisiaj jest tam żywą legendą.

Podczas ćwiczeń ze studentami VI roku ulubionym pytaniem Doktora było polecenie przedstawienia drogi nerwowej odpowiadającej za objaw Hornera, towarzyszący guzowi szczytu płuca. Trzeba było widzieć zdziwienie na twarzach studentów. Co odważniejsi zauważali, że anatomia była na I roku. Wtedy Dr Bereza mówił, że dlatego właśnie pyta, bo już była. Z torakochirurgii nie będzie pytał, bo dopiero spróbuje ich nauczyć.



Na zdjęciu: dr Stanisław Bereza drugi od prawej

O paleniu tytoniu... i nie tylko

Po zburzeniu baraku sąsiadującego z budynkiem Rektoratu AMG, mieszczący się w baraku Klub Seniora AMG otrzymał nowe lokum w odremontowanym pawilonie nr IV.

Nowe pomieszczenie Klubu jest lepsze, estetyczniejsze, zdecydowanie sympatyczniej się w nim przebywa... i chwala wszystkim, którzy się do tego przyczynili.

Aliści, do pawilonu nr IV, po kapitalnym remoncie, wchodzi się przez drzwi, na których wyraźne piętro odcisnęło wieloletnie oddziaływanie warunków atmosferycznych, drzwi są wyblakłe, obszarpane.

O ile znam się na remontach i renowacji drewnianych drzwi, to bez specjalnego trudu mogę stwierdzić, iż puszka jakiegś bejcy i lakieru (koszt ok. 30 zł) oraz praca zatrudnionego w AMG stolarza, pozwoliłyby przywrócić tym drzwiom przyzwoity wygląd.

Można się zastanawiać, dlaczego nie zrobiono tego w trakcie remontu kapitalnego..., ha, gdyby wszystko było odnowione, to mogłoby się wydawać, że to Irlandia albo jakaś Holandia, a tak, pozostawione niedoróbki, odrobina dziadostwa, utwierdza w przekonaniu, że jesteśmy u siebie, w Polsce i od razu czujemy się swojsko.

Gdy wszakże przejdziemy przez owe drzwi, do wnętrza pawilonu, znajdziemy się w holu o ceglanej posadzce, a ustawiony ciemny stół i takież krzesła tworzą miłe wnętrze; wydawałoby się, że przy odrobinie starań pracowników z licznych działów AMG zlokalizowanych w pawilonie, o dalszą estetyzację tego pomieszczenia, mogłaby powstać całkiem przyjemna poczekalnia dla osób przychodzących czy to do Klubu Seniora, czy dla interesantów tych działów AMG, które się w tym budynku mieszczą.

Niestety, tak nie jest, bo oto na środku stołu „rozwiemożnia się” popielniczka (ostatnimi czasy nawet dwie) tak pełna niedopałków papierosowych, że wypadają na stół, obok ciemnych mebli pojawiła się jasna skrzynia (czyżby potrzeba było więcej miejsc siedzących dla palaczy?) Atmosfera w tym holu jest pełna dymu tytoniowego i to o takim stężeniu, że gdyby na tym stole lub skrzyni, na parę godzin pozostawić klatkę z białymi myszkami, te, jako zwierzęta szczególnie wrażliwe na stężenie dymu tytoniowego – padłyby trupem.

Kończyło się na tym, że sam udzielał odpowiedzi, z nieukrywającą radością na twarzy.

Postugiwał się wieloma powiedzonkami, zarówno własnego autorstwa, jak też zaczerpniętymi z literatury. Zawsze wplatał je w naszą codzienną pracę. Łapiemy się na tym, że czasami cytujemy Go automatycznie.

Mimo że był już od kilku lat na emeryturze, parę razy w tygodniu odwiedzał nas w Klinice. Pomagał nam w pracy, jednocześnie wspominał, w niezwykle barwny sposób, wiele zdarzeń, które miały miejsce nie tylko w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej.

Dzisiaj Doktora Berezy nie ma wśród nas. Ale żył tak wyraziście, że wrył się głęboko w naszą pamięć.

Pamiętamy dzisiaj. Zapamiętamy na zawsze!

Cześć Twojej Pamięci, Kochany Stasiu!

Dr Dariusz Tomaszewski

Seniorom i innym osobom niepalącym a wchodzącym do tego holu być może natychmiastowe zejście z tego świata nie grozi, ale podrażnienie spojówek i błony śluzowej układu oddechowego – mają zagwarantowane, o skutkach odległych tych inhalacji nie mówiąc.

W czasie, gdy wiele państw europejskich, z uwagi na udo wodnioną naukowo szkodliwość działania dymu tytoniowego, wprowadza w miejscach publicznych zakaz palenia tytoniu, jestem głęboko przeświadczona, że nie można tolerować również toksycznej atmosfery, jaka panuje w pawilonie nr IV, zwłaszcza, że jest to część Akademii Medycznej, która to instytucja powinna spełniać wiodącą rolę w promowaniu zachowań prozdrowotnych.

Wydawało mi się również, że naturalnego sojusznika w przecistawianiu się temu zanieczyszczaniu rodzimej atmosfery znajdę w Dziale BHP, sąsiadującym z opisywanym holem.

Odwiedziłam panią Kierownik tego działu, przedstawiłam się i po wytuszczeniu sprawy poprosiłam o pomoc; w odpowiedzi na to, o zgrozo, napotkałam na zdecydowany opór i usłyszałam, jakie to ustawy gwarantują palaczom wolność w uprawianiu tego nałogu; np. jeśli się zakazuje palenia w jakimś pomieszczeniu, należy stworzyć lokal zastępczy do swobodnego palenia tytoniu (nie bacząc na szkodliwość dla niepalących) i zezwolenie na 5 minut przerwy, po każdej przepracowanej godzinie.

Na nic nie zdało się przytaczanie przeze mnie przykładów, że np. w budynkach Collegium Biomedicum, Biblioteki Głównej AMG czy Stomatologii obowiązuje zakaz palenia tytoniu i co za tym idzie, zarówno pracownicy, jak i studenci, jeśli chcą palić papierosy, muszą to robić na zewnątrz budynku.

Widząc, jakie wsparcie w kierownictwie BHP mają palacze pracujący w pawilonie nr IV, poprosiłam, aby możliwe było chociaż wywieszenie jakiegoś emblematu informującego o zakazie palenia tytoniu w tymże holu; wówczas usłyszałam, że p. Kierownik nie robi tego, gdyż nie chce być posądzona o mobbing... Obrazowo ilustrując mój stan ducha i umysłu po usłyszeniu czegoś takiego, mogę jedynie napisać: „rączki opadły mi wzdłuż nówek”.

Nawet Mroźek nie wymyśliłby niczego równie surrealistycznie zaskakującego, bo od kiedy to i przez kogo, przeciwdziałanie w szkodeniu innym może być traktowane jako mobbing?

Rozumując w ten sposób, wszyscy, którzy w AMG, w związku z wykonywanymi czynnościami muszą zakładać rękawiczki, okulary ochronne i inne osłony mogliby się czuć ofiarami mobbingu.

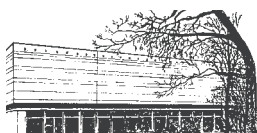
Przytaczanie takich obaw, iż wywieszenie emblematu o zakazie palenia może być potraktowane jako mobbing oznacza z jednej strony, że w budynku tym palacze terroryzują otoczenie, z drugiej strony, w czasie, kiedy to wiele państw europejskich, jak już wspomniałam, stara się dbać o zdrowie niepalących, w czasie, kiedy to w naszym mieście nawet urzędnicy magistratu mając świadomość szkodliwości wdychania dymu tytoniowego, wprowadzili zakaz palenia papierosów na przystankach komunikacji miejskiej (czyli wykazują świadomość prozdrowotną), a kierownik BHP tego nie posiada – rodzi się zasadne pytanie, co robi w Akademii Medycznej osoba kierująca tym działem, która nie pojmuje, co w tym względzie oznacza bezpieczeństwo i higiena pracy, osoba, która wręcz nie chce promować postaw prozdrowotnych.

A podobno AMG prowadzi akcję profilaktyczną pt. „Zdrowie dla Pomorzan” – jeśli tak, to czemuż ta akcja nie obejmuje pawilonu nr IV AMG?

A może ten pawilon nie należy do Pomorza?

Prof. dr hab. med. Krystyna Kozłowska

Biblioteka Główna
AMG informuje



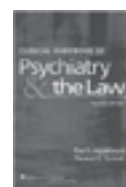
Rosną elektroniczne zasoby Biblioteki

Od 1 stycznia 2008 roku użytkownicy Biblioteki mogą korzystać z poszerzonej o 7 kolejnych tytułów oferty e-książek dostępnych w kolekcji Books@Ovid na nowej platformie OvidSP. Są to:

1. Atlas of mammography. 3 ed.
2. Atlas of vascular anatomy: an angiographic approach. 2 ed.
3. Clinical anesthesia. 5 ed.
4. Clinical handbook of psychiatry and the law. 4 ed.
5. Evidence-based endocrinology. 2 ed.
6. Fundamentals of diagnostic radiology. 3 ed.
7. Grabb and Smith's plastic surgery. 6 ed.

Zachęcamy do korzystania z e-książek, dostępnych z komputerów sieci uczelnianej, ale też – dzięki usłudze proxy – z innych stanowisk, w tym z komputerów domowych. Przypominamy również, że od października ubiegłego roku studenci, począwszy od III roku studiów, mają możliwość uzyskania dostępu do zasobów cyfrowych Biblioteki poprzez serwer proxy. Obecnie taki autoryzowany dostęp posiada 136 studentów AMG.

Nową pozycją w naszych e-zasobach są również archiwa czasopism wydawnictwa Lippincott, Williams & Wilkins w wersji



online, zawarte w kolekcji LWW Journal Legacy Archive. Kolekcję tę stanowi 225 tytułów czasopism z zakresu medycyny, pielęgniarstwa oraz opieki zdrowotnej. Obejmuje ona zasoby tych czasopism od pierwszego zeszytu aż po rok 1999. W przypadku 43 tytułów, dzięki udziałowi naszej Uczelni w konsorcjum LWW, użytkownicy mają dostęp do pełnych zasobów, tj. do bieżących numerów włącznie.

Kolekcja czasopism archiwalnych LWW jest również, tak jak i e-książki Books@Ovid, udostępniana na nowej platformie OvidSP. Z wykazem tytułów zapoznać się można poprzez listę AtoZ ze strony www Biblioteki Główniej (<http://biblioteka.amg.gda.pl>) w zakładce Indeks, gdzie przy linku LWW Journal Legacy Archive należy wybrać opcję Wyświetl tytuły.

Zapraszamy do korzystania z zasobów elektronicznych oferowanych przez Bibliotekę oraz przekazywania swoich opinii mgr Mirosławie Modrzwskiej, tel. (0 58) 349-10-46, e-mail: biblaby@amg.gda.pl

Mgr inż. Anna Grygorowicz

Informacja o akcji „Zdrowe Prawo”

Akcja „Zdrowe Prawo” jest przedsięwzięciem podjętym przez Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego z siedzibą w Krakowie (PTPM). Celem akcji – w świetle aktu ją inaugurującego – jest stworzenie zbioru powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących ochrony zdrowia, które dziś są niespójne, irracjonalne, archaiczne czy wręcz szkodliwe dla użytkowników systemu ochrony zdrowia w Polsce (vide → www.ptpm.pl). Tak zebrany materiał ma zostać poddany przez władze Towarzystwa stosownemu opracowaniu, a następnie przedłożony organom państwa odpowiedzialnym za politykę zdrowotną kraju.

Zakład Prawa Medycznego AMG został zaproszony do udziału w tym, jakże użytecznym, przedsięwzięciu poprzez przedstawienie własnych propozycji. Sugerowanie władzy publicznej zmian odnośnie szeroko rozumianego prawa medycznego wydaje się działaniem jak najbardziej pożądanym i ważnym dla całego środowiska medycznego.

W związku z dość powszechną krytyką różnych konstrukcji prawnych wyrażaną przez jego przedstawicieli podczas konferencji, zjazdów czy warsztatów, zwracam się do wszystkich Czytelników „Gazety AMG” z prośbą o podjęcie tej inicjatywy i zgłaszanie własnych propozycji w ramach akcji „Zdrowe Prawo” w terminie do dnia 25 lutego br. pod adresem poczty elektronicznej: lubomira@amg.gda.pl. Zapewniam, że propozycje

te zostaną przeanalizowane, opracowane i przesłane do Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego w Krakowie. Być może, przyczynią się do korekty istniejącego porządku prawnego, być może, będą stanowić załączek pożądanym zmian reformatorkich.

Takie oczekiwania wobec projektu zainaugurowanego przez PTPM są jak najbardziej uzasadnione, gdyż nie brakuje zarzutów wobec polskiego prawodawcy, często naruszającego zasady przyzwoitej legislacji. Nieprzemyślana ustawa z dn. 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. nr 123, poz. 8497), niespójna, godząca w powyższe zasady ustawa z dn. 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007, nr 14, poz. 89 ze zm.), w tym rodzące różne i to zdecydowanie odmienne interpretacje przepisy dot. czasu pracy lekarzy, czy wreszcie kontrowersyjne w swych postanowieniach, zwłaszcza w odniesieniu do kierunku pielęgniarstwa, rozporządzenie ministra edukacji i szkolnictwa wyższego z dn. 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. nr 164, poz. 1166), to tylko niektóre przykłady wadliwego prawodawstwa. Myślę, że warto i trzeba pochylić się nad tematem zaproponowanym przez PTPM i zabrać głos w tak ważnej dyskusji.

Będę zobowiązana za wszelkie sugestie i opinie z Państwa strony.

dr Lubomira Wengler
p.o. kierownika Zakładu Prawa Medycznego AMG

Pamięci Magister Bożeny Zaorskiej

Mgr Bożena Zaorska urodziła się 30 sierpnia 1927 r. w Częstochowie. Ojciec Stanisław Zaorski był inżynierem, matka Henryka z d. Wąsowska nie pracowała zawodowo. W 1929 r. rodzina osiedliła się w Gdyni. W 1939 r. Jej ojciec, jako rezerwista, został powołany do wojska, zginął w Katyniu. Z matką i młodszą siostrą okres okupacji przetrwały w Warszawie, gdzie kontynuowała naukę, równocześnie pracując w szwalni. Z uwagi na zły stan zdrowia w czerwcu 1944 r. wysłano ją do rodziny w Zakopanem. Dzięki temu uniknęła tragicznego losu matki i młodszej siostry, które po powstaniu warszawskim zostały wywiezione do Ravensbrück, skąd powróciła tylko siostra, matka zmarła w marcu 1945 r. podczas ewakuacji obozu. Rodziny matki i ojca udzieliły dziewczynkom pomocy i umożliwiły im dalszą naukę. W 1947 roku zdała maturę w Gimnazjum i Liceum im. M. Konopnickiej w Radomiu, jesienią tego roku rozpoczęła studia na Wydziale Prawa UMK w Toruniu. Od tego też momentu zaczęła sama zarabiać na swoje utrzymanie, głównie udzielając korepetycji, ale też pracując, np. przy remanentach w sklepach. W sierpniu 1949 r. dostała stałą pracę w Bibliotece Uniwersyteckiej. W 1951 r. otrzymała dyplom magistra prawa, a w 1952 r. – dyplom ukończenia studiów bibliotekoznawczych na Wydziale Humanistycznym UMK. W tym samym roku odbyła praktykę międzybiblioteczną I stopnia w Bibliotece Jagiellońskiej. W 1953 r. powróciła do Gdyni, gdzie przez kilka miesięcy pracowała w Miejskiej Bibliotece Publicznej. Od 1 marca 1954 r. do 31 grudnia 1967 r. była zatrudniona w Bibliotece Głównej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Sopocie. Jeszcze w roku 1954 odbyła praktykę II stopnia w Bibliotece Jagiellońskiej, po której uzyskała uprawnienia bibliotekarza dyplomowanego (nauczyciela akademickiego). Jako asystent biblioteczny została kierownikiem Oddziału Udostępniania Zbiorów.

W 1962 r. otrzymała etat adiunkta bibliotecznego. W dniu 1.01.1968 r. podjęła pracę w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Gdańsku jako kierownik Oddziału Opracowania Rzeczowego i Informacji Naukowej, zajmując od października 1968 r. stanowisko kustosa dyplomowanego, a od 1973 r. – starszego kustosa dyplomowanego. Była członkiem NSZZ Solidarność, zwłaszcza aktywnie działała w okresie stanu wojennego i podziemnej Solidarności. W dniu 30 września 1992 roku przeszła na emeryturę.

Wymienione powyżej daty nie wyznaczają jedynie chronologii zdarzeń i faktów, mówią też wiele o Osobie. Tragiczne losy rodzinne, młodość pełna niedostatku, wyrzeczeń, troski o młodszą siostrę, ale i ambicji, i determinacji w zdobywaniu wiedzy oraz najwyższych stopni w hierarchii zawodowej to czyniki, które ukształtowały osobowość Bożeny Zaorskiej.

Szlify zawodu bibliotekarza zdobywała w renomowanych bibliotekach uniwersyteckich, kierowanych przez znakomitych dyrektorów. Zasób wiadomości, ogromne umiejętności fachowe i organizacyjne tam zdobyte przenosiła do swoich kolejnych miejsc pracy i zaszczepiała w młodym pokoleniu bibliotekarzy, których przez lata przygotowywała do zawodu.

Mgr Bożena Zaorska była wzorem pracownika i bibliotekarza – sumienna, solidna, obowiązkowa, systematyczna i dokładna, wymagająca przede wszystkim od siebie, ale też od innych. Z pozoru surowa potrafiła okazywać wiele ciepła, troski i nieść pomoc licznym potrzebującym – w różnych sytuacjach życiowych. Jako kierownik studenckich praktyk wakacyjnych i organizator praktyk międzybibliecznych wykształciła rzeszę bibliotekarzy. Dydaktykę uprawiała od lat 50. W Wyższej Szkole Ekonomicznej prowadziła przysposobienie biblioteczne dla studentów I roku w formie wykładów i ćwiczeń, a magistrantów szkoliła z zakresu bibliografii i informacji naukowej. W Bibliotece AMG realizowała przez wiele lat przysposobienie biblioteczne dla licznych grup studentów medycyny – z programem wykładów i praktycznych ćwiczeń.

Jednak niewątpliwie dziełem Jej życia, trwałym i wielce znaczącym jest katalog przedmiotowy zbiorów Biblioteki Głównej AMG, który służy naszym czytelnikom do tej pory, służy wszystkim, którzy poszukują literatury na kreślony temat z lat ubiegłych. Katalog został w 1995 r. zamknięty i zastąpiony przez system komputerowy, który nie wymaga już niezliczonych kartek katalogowych ani starannego pisma, o które Pani Bożena tak bardzo dbała.



We wdzięcznej pamięci zapisała się też jako znakomity organizator niezwykle trudnego przedsięwzięcia, jakim było przeniesienie księgozbioru. Kiedy podejmowała pracę w AMG, nowy budynek Biblioteki był na ukończeniu. Jej autorstwa był plan przeprowadzenia zbiorów, scalenia poszczególnych ciągów sygnatur książek i czasopism oraz ustawienia w nowych magazynach, z zostawianiem zapasu miejsca na 25 lat. Ustawione zgodnie z Jej planem zbiory stoją do dziś, po niewielkich zmianach, w miejscach wyznaczonych. A przenoszono 200 000 tomów, ta liczba najlepiej ilustruje ogrom pracy, ale i trafność precyzyjnych wyliczeń.

Pani Bożena przeprowadzki księgozbiorów organizowała dwukrotnie – pierwszy raz w 1967 r. przygotowała plan ustawienia i scalenia rozproszonych zbiorów w Bibliotece Wyższej Szkoły Ekonomicznej. Wówczas do nowego gmachu przenoszono około 90 000 tomów książek i czasopism.

Mgr Bożena Zaorska, bibliotekarz o najwyższych kwalifikacjach, pełną zaangażowania pracę nauczyciela akademickiego łączyła z działalnością biblioteczną. Jej wkład w rozwój Biblioteki AMG trudno przecenić.

Chociaż była Osobą niezwykle skromną, wzbudzała szacunek i respekt, liczono się z Jej zdaniem i wypowiedzianymi opiniami, niewątpliwie była indywidualnością i autorytetem. Wszyscy, którzy mieli szczęście z Nią pracować, zapamiętają cudowne powiedzonka, którymi się posługiwała, herbatę w kolorze smoty, którą wypijała w dużych ilościach i punktualność, z jaką każdego dnia o godzinie 8.10 schodziła do holu katalogowego, aby włączać kartki przed przyjściem czytelników.

Zapamiętamy Panią Bożenę jako Człowieka niezwykle mądrego, wiernego zasadom i prawemu, od którego wiele się nauczyliśmy i zaznaliśmy wiele dobra.

Mgr Bożena Zaorska zmarła 20 grudnia 2007 r., została pochowana na Gdynskim Cmentarzu Komunalnym w Pierwoszynie.

Józefa de Laval

Oferta kształcenia podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego AMG na rok 2008

Szkolenia ciągłe

Od stycznia 2008 r. rozpoczyna się ostatni, piąty rok pierwszego okresu rozliczeniowego w obowiązkowym szkoleniu podyplomowym – ciągłym farmaceutów. Warto przy tej okazji sprawdzić, ile punktów z wymaganych minimum 100 jest na koncie i czy co najmniej 50, to punkty uzyskane podczas kursów organizowanych przez Wydział Farmaceutyczny i kończących się zaliczeniem testowym.

Na rok 2008 Ośrodek Szkolenia Podyplomowego (OSzP) Wydziału Farmaceutycznego AMG proponuje 21 kursów. W porównaniu do poprzednich lat więcej jest nowych szkoleń organizowanych przez katedry z farmacji. Zgodnie z Państwa życzeniem przedstawiamy szerszą ofertę kursów 2-dniowych, na których jednorazowo można uzyskać kilkanaście punktów. Powtórzyliśmy część kursów, np. oznaczonych w tabeli symbolem AN czy WN organizowanych przez katedry kliniczne AMG, które miały dużą frekwencję. Ponadto poszerzyły swoją ofertę o nowe szkolenia Katedry Bromatologii, Toksykologii i Mikrobiologii. Są też szkolenia o zupełnie nowej tematyce, jak np. „Elementy psychologii klinicznej w opiece farmaceutycznej” (symbol kursu EF), „Postępy w zakresie leczenia niektórych chorób cywilizacyjnych” (ChC) czy „Techniki informatyczne w praktyce farmaceutycznej” (TI).

Nadal bardzo interesujące i przydatne dla farmaceuty, oparte na najnowszej wiedzy z technologii postaci leku kursy (SZ, TD, JK, PT, i ND) proponuje Katedra Farmacji Stosowanej. Naprawdę trudno zrozumieć, dlaczego w 2007 r. było nimi niewielkie zainteresowanie.

W kursach składających się z części wykładowej, jak i ćwiczeniowej może uczestniczyć ściśle określona liczba osób. Natomiast na kursy wykładowe możemy przyjąć nawet około 200 uczestników.

Zapisy na kursy są przyjmowane od 15 stycznia 2008 r. w sekretariacie OSzP.

W załączonej tabeli przedstawiono zestawienie wszystkich kursów w kolejności dat ich organizowania wraz z odpowiednią ilością punktów edukacyjnych.

Szkolenia specjalizacyjne

Przypominam, że zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dn. 15.05.2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów (Dz.U. nr 101) dwa razy do roku, tj. do 1 czerwca i do 15 grudnia przyjmowane są zapisy na szkolenia specjalizacyjne.

Wydział Farmaceutyczny AMG posiada akredytację na 4 specjalności:

- farmację apteczną,
- farmację szpitalną,
- analitykę farmaceutyczną,
- farmację przemysłową.

Wydział Farmaceutyczny AMG od 2007 r., jako jedyny w kraju, posiada akredytację Ministerstwa Zdrowia na prowadzenie specjalizacji w zakresie specjalności – farmacja przemysłowa.

Celem specjalizacji w farmacji przemysłowej jest zapoznanie z postępowaniem w naukach farmaceutycznych, poszerzenie wiedzy w zakresie tematów istotnych dla produkcji leku, poznanie aktualnych przepisów związanych z produkcją leków, dopuszcze-

niem do obrotu oraz ich przechowywaniem, a także wszechstronne specjalistyczne przygotowanie do pracy na kluczowych stanowiskach w przemyśle farmaceutycznym (kierownika produkcji, kierownika kontroli jakości, szefa zapewnienia jakości, osoby wykwalifikowanej lub na stanowisku osoby wykwalifikowanej odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej).

Ponadto chętnych do realizowania specjalizacji z analityki farmaceutycznej prosimy o składanie w OSzP dokumentacji. Dopiero wtedy zostanie podjęta decyzja o sposobie jej realizacji. Trudno mówić o losie tej specjalności, skoro zainteresowani tylko deklarują chęć uczestnictwa, a nie dopełniają procedur rejestracyjnych!

Więcej szczegółowych informacji o szkoleniu podyplomowym ciągłym i specjalizacyjnym znajdziecie Państwo na stronie internetowej OSzP Wydziału Farmaceutycznego AMG, www.amg.gda.pl (kolejność przejść na stronie: Struktura Uczelni, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Ośrodek Szkolenia Podyplomowego) oraz pod numerem telefonu sekretariatu OSzP: (058) 349 32 05 od poniedziałku do piątku w godz. 8.15 – 14.30

Ponadto informacje nt. programu szkolenia można znaleźć na stronie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (www.cmkp.edu.pl).

Studia podyplomowe Farmacja przemysłowa

Od nowego roku akademickiego Wydział Farmaceutyczny AMG wraz z Ośrodkiem Informacji Naukowej „OINPHARMA” w Warszawie rozpoczął kształcenie drugiego rocznika na nie-stacjonarnych studiach podyplomowych Farmacja przemysłowa. Uczestniczy w nich 28 magistrów i doktorów różnych specjalności, zatrudnionych w przemyśle farmaceutycznym. W ciągu trzech semestrów prowadzonych jako studia podyplomowe odbywa się 350 godz. zajęć dydaktycznych.

Dobiega końca kształcenie pierwszego rocznika 2006–2008, wnioski płynące z realizacji programu są bardzo pozytywne. Studia w opinii absolwentów, jak i ich pracodawców oceniono jako szkolenie na wysokim poziomie, podnoszącym kwalifikacje zawodowe i rozszerzające wiedzę o jakości i bezpieczeństwie leku.

W uroczystej immatrykulacji kolejnego rocznika 2007–2009 w dniu 26 października 2007 r. na Wydziale Farmaceutycznym wzięli udział: rektor AMG prof. Roman Kaliszan, prof. Zbigniew Nowicki, prorektor ds. klinicznych, prof. Jan Marek Słomiński, prorektor ds. dydaktyki, prof. Marek Wesółowski, dziekan Wydziału Farmaceutycznego oraz liczne grono pracowników i studentów Wydziału.

Obecnie trwają prace nad organizacją naboru na lata 2008–2010. Więcej informacji o studiach podyplomowych Farmacja przemysłowa oraz specjalizacji z farmacji przemysłowej znajduje się na stronie www.farmacjaprzemyslowa.amg.gda.pl

Nowością jest też prowadzenie przez OSzP naboru na zawodowe studia podyplomowe Analityka medyczna. Niezbędne informacje o tych studiach znajdują się na stronie internetowej AMG.

Dr hab. Wiesław Sawicki
kierownik Ośrodka Szkolenia Podyplomowego
prodziekan Wydziału Farmaceutycznego AMG

Kursy organizowane przez Ośrodek Szkolenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego AMG w ramach kształcenia ciągłego farmaceutów w 2008 roku

Lp.	Nazwa kursu	Symbol kursu	Terminy	Liczba punktów edukacyjnych
1.	Terapia żywieniowa nadwagi i otyłości (Katedra i Zakład Bromatologii)	NO	8 marzec	6
2.	Rola farmaceuty w leczeniu uzależnień od nikotyny i alkoholu etylowego (Katedra i Zakład Toksykologii)	NA	5 kwiecień	6
3.	Leczenie stanów zapalnych skóry – farmakologia kliniczna i receptura apteczna (Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej)	SZ	11–12 kwiecień	12
4.	Postępy w farmakoterapii wybranych chorób układu pokarmowego (Katedra Biofarmacji i Farmakodynamiki)	UP	26 kwiecień	6
5.	Aktualne możliwości terapii niektórych chorób układu nerwowego (Katedra i Klinika Neurologii Dorosłych)	AN	10 maj	7
6.	Podstawy farmakokinetyki i farmakodynamiki klinicznej (Katedra Biofarmacji i Farmakodynamiki)	PFF	17 maj	6
7.	Nowoczesne postacie leku oraz testy diagnostyczne w aptece (Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej)	TD	30–31 maj	11
8.	Postępy w zakresie leczenia niektórych chorób cywilizacyjnych (Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej)	ChC	7 czerwiec	6
9.	Zastosowania biotechnologii w naukach farmaceutycznych (Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej)	BF	13–14 czerwiec	10
10.	Antybiotykoterapia i chemioterapia chorób infekcyjnych (Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej)	AC	19–20 wrzesień	9
11.	Biofarmacja – wpływ właściwości substancji leczniczej, postaci farmaceutycznej i drogi podania na wchłanianie oraz czas działania leku (Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej, Katedra Biofarmacji i Farmakodynamiki)	BSL	26–27 wrzesień	11
12.	Elementy psychologii klinicznej w opiece farmaceutycznej (Zakład Psychologii Klinicznej)	EF	4 październik	6
13.	Terapia żywieniowa – nutraceutyki i inne suplementy diety (Katedra i Zakład Bromatologii)	TŻ	10–11 październik	12
14.	Jakość leku warunkiem bezpiecznej kuracji (Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej)	JK	17–18 październik	12
15.	Interakcje leków z żywnością i alkoholem (Katedra i Zakład Bromatologii, Katedra i Zakład Toksykologii)	ŻA	24–25 październik	12
16.	Postępy w technologii tabletek i peletek (Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej)	PT	8 listopad	8
17.	Postępy w zakresie leku roślinnego (Katedra i Zakład Farmakognozji)	LR	14–15 listopad	10
18.	Współczesne problemy farmakoterapii chorób nowotworowych (Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii)	WN	22 listopad	5
19.	Narkotyki i problemy narkomanii w Polsce (Katedra i Zakład Toksykologii)	NP	29 listopad	6
20.	Nowoczesne doustne postacie leku o opóźnionym i przedłużonym uwalnianiu substancji leczniczej (Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej)	ND	5–6 grudzień	11
21.	Techniki informatyczne w praktyce farmaceutycznej (Pracownia Biostatystyki Katedry i Zakładu Chemii Analitycznej)	TI	10 grudzień	10

Kadry AMG

Tytuł profesora otrzymali

dr hab. Jarosław Krejza
dr hab. Elżbieta Pomarnacka-Jankowska, prof. nzw.
dr hab. Zbigniew Zdrojewski, prof. nzw.

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego przeszli

dr hab. Eugeniusz Jadczyk
dr hab. Mirosława Krauze-Baranowska

Stopień doktora habilitowanego otrzymała

dr hab. Krystyna Serkies

Na stanowisko adiunkta przeszli

dr med. Jerzy Bellwon
dr med. Krzysztof Chlebus
dr hab. Barbara Kamińska
dr med. Marcin Markuszewski
dr med. Piotr Mielcarek
dr med. Katarzyna Sznurkowska
dr n. med. Tomasz Śledziński
dr med. Monika Soroczyńska-Cybuła
dr med. Joanna Wdowczyk-Szulc
dr n. chem. Marek Wiergowski

Powierzono funkcje kierownicze

- od dnia 1.12.2007 r. powierzono funkcję p.o. kierownika Zakładu Ortodoncji dr n. med. Annie Wojtaszek-Stomińskiej
- od dnia 1.12.2007 r. powierzono funkcję p.o. zastępcy kierownika Studium Wychowania Fizycznego i Sportu mgr. Igorowi Stankiewiczowi

Pracę w Uczelni zakończyli

dr med. Wanda Bako
Krystyna Białobrzycka
dr farm. Małgorzata Bodnar
Anna Budzyńska
mgr Wanda Chadrian
Barbara Dominikowska
prof. dr hab. Henryk Foks
dr med. Anna Horabik
dr med. Halina Kamińska
Zofia Kamińska
lek. stom. Halina Kempa
dr farm. Krzysztof Kobylczyk
dr med. Alicja Kostulak
lek. Kinga Kozicka-Kąkol
mgr farm. Aneta Korczowska
prof. dr hab. Maria Korzon
Helena London
dr hab. Andrzej Lubiński
Lucyna Łastowska
Irena Mężykowska
dr med. Marta Michowska
dr farm. Barbara Milczarska
prof. dr hab. Andrzej Myśliwski
mgr inż. Marzena Paniewska
lek. Wojciech Piaskowski
dr n. med. Anna Rosnowska-Mazurkiewicz

dr hab. Jadwiga Sadlak-Nowicka, prof. nzw.

dr med. Magdalena Sidorowicz
mgr Aleksander Stankiewicz
mgr Magdalena Stepnowska
Donata Stojek
dr med. Marianna Taraszewska-Czar-nowska
prof. dr hab. Halina Tejchman
dr farm. Krystyna Wisterowicz
dr hab. Józef Zienkiewicz, prof. nzw.

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą

20 lat

mgr Jolanta Bieniek
Maria Rogozińska

25 lat

inż. Aleksandra Dąbrowska
dr med. Marek Królak
dr med. Elżbieta Orłowska-Kunikowska
dr med. Piotr Pankiewicz

30 lat

dr farm. Barbara Damasiewicz
dr hab. Mikołaj Majkowiec
Maria Mokrzycka

35 lat

dr n. przyr. Danuta Luszawska-Pędziki-wicz
Elżbieta Mackiewicz
Witold Parwicz

45 lat

dr hab. Jolanta Kubasik

Kadry ACK

Jubileusz długoletniej pracy w ACK obchodzą

20 lat

Sylwia Konwent
Ewa Strzyżewska
Grażyna Wyrzykowska

25 lat

Halina Ćwikałowska
Marta Gębska
prof. Andrzej Hellmann
lek. Marek Labon
lek. Wiesław Puchalski
Anna Szeipuk
Anna Wołowczyk
Anna Wuraki-Mikuś

30 lat

Anna Biro
Krystyna Boratyńska
Mirosław Madej
Barbara Rutkowska
Janina Sadowska
Maria Siennicka

35 lat

Edmunda Smorągiewicz
mgr farm. Anna Wichrowska-Kaliszan

Jan Kochanowski

Na zdrowie

Ślachetne zdrowie,
Nikt się nie dowie,
Jako smakujesz,
Aż się zepsujesz.
Tam człowiek prawie
Widzi na jawie
I sam to powie,
Że nic nad zdrowie
Ani lepszego,
Ani droższego;
Bo dobre mienie,
Perły, kamienie,
Także wiek młody
I dar urody,
Mieśca wysokie,
Władze szerokie
Dobre są, ale –
Gdy zdrowie w cale.
Gdzie nie masz siły,
I świat niemiły.
Klinocie drogi,
Mój dom ubogi
Oddany tobie
Ulubuj sobie!



Alina Boguszewicz



Opłatek Seniorów AMG

w Klubie Seniora

Uroczystość odbyła się 5 stycznia 2008 r., jak zawsze dotąd, w stołówce studenckiej. Frekwencja pod każdym względem dopisała. Seniorzy zajęli prawie wszystkie miejsca. Zaszczycili nas władze Uczelni w osobie Pana Rektora prof. Romana Kaliszana, prorektorzy oraz wielu czynnych i emerytowanych profesorów. Nasz nieoceniony ks. dr Piotr Krakowiak nie odmówił nam zaproszenia i od razu sprawił, że atmosfera spotkania była radosna i przyjacielska. Nie zabrakło kolęd, śpiewów i jego apelu o pomoc dla gdańskiego hospicjum. Przemówienie Pana Rektora było bardzo ciekawe i ciepłe. Dziękował emerytom z Klubu Seniora za zasługi dla naszej *Alma Mater* w czasie ich długoletniej i owocnej pracy. Przewodniczący Klubu Seniora, prof. Tadeusz Badzio zdał krótkie sprawozdanie z działalności klubu, który mimo wszystkich trudności i problemów, może pochwalić się swoimi osiągnięciami. A nad wszystkim czuwała nasza nieoceniona pani Stasia Kaźmierczak. Część artystyczna była bardzo udana. Artyści z Wybrzeża ofiarowali nam piękne doznania, wykonując kolędy i fragmenty z oper i operetek. Pani Barbara Sutt jako konferansjerka doskonale się sprawdziła. Jeśli były jakieś niedociągnięcia, to proszę nam wybaczyć. Najważniejsza była wspaniała atmosfera tego spotkania.

□



w Kole Emerytów i Rencistów NSZZ „Solidarność”

W dniu 16 stycznia 2008 r. odbyło się spotkanie opłatkowe Koła Emerytów i Rencistów NSZZ „Solidarność” przy Klubie Seniora AMG, w którym udział wzięł rektor prof. Roman Kaliszan.

□





Mikołajki 2007

Szpital nigdy nie sprawia radosnego wrażenia. Szczególnie oddziały dziecięce. Choćby nie wiem, ile motylków i misiów zdobiło ściany, ile radosnych słoneczek mrugało do nas z sufitu, zawsze gdzieś w dziecku czai się smutek. Szóstego grudnia nadchodzi jednak odsiecz!

Zgodnie z tradycją rozpoczęliśmy w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika. Wspomagani przez prof. Czesława Stobę odwiedziliśmy kolejno wszystkie oddziały dziecięce. Na każdym z nich czekały na nas dzieciaki, które



zmagają się z różnymi chorobami. Wszystkie, niezależnie czy małeńkie, czy już prawie dorosłe, zamierały na chwilę, widząc białą brodę i czerwone wdżianko dziwnego staruszka. Gdy w jego rękach pojawiały się prezenty na buziach występował uśmiech.

Prezenty pojawiały się błyskawicznie i to w wielkich ilościach. Dzięki sponsorom były one tak ciężkie, że co młodszemu dzieciom musieli pomagać rodzice. Nic dziwnego, maskotki, klocki lego, długopisy, kredki i mnóstwo słodczy to spore wyzwanie fizyczne.

Po dwóch godzinach pobytu w Szpitalu Wojewódzkim i uszczęśliwieniu ponad stu małych pacjentów cała drużyna wyruszyła do Pomorskiego Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy.

Tutaj wydawało się, że atmosfera jest jeszcze smutniejsza. Dzieci ze względu na rodzaj i specyfikę chorób nie mogą swobodnie przemieszczać się między salami. Czasami nawet Mikołaj nie mógł do nich wejść! Musiał wówczas zatrzymać się w progu i machając składać świąteczne życzenia. Ale nawet te proste gesty (i torba pełna prezentów) sprawiały, że uśmiech wykwił jakby znikąd.

Marcin Gregorowicz
Klub Leo Gdańsk Artus

P.S. Wór Świętego Mikołaja został bogato napełniony dzięki hojności sponsorów – firm: Dr Oetker i Bałtyk oraz Klubu Lions Gdańsk Neptun.

Podziękowanie za wsparcie Św. Mikołaja



W imieniu pacjentów oraz personelu Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej AMG pragnę bardzo serdecznie podziękować studentom IV roku Wydziału Lekarskiego za wsparcie, jakiego udzielili Św. Mikołajowi. W dniu 6 grudnia 2007 r. licznie stawili się w jego orszaku, sprawiając tym wielką radość wszystkim przebywającym w Klinice dzieciom. Z zaangażowanie i trud włożony przez studentów w powyższe przedsięwzięcie był ogromny i traktować go należy jako szczerzy dar serca. Postawa godna uznania.

Studenci, którzy zorganizowali spotkanie to: Halina Danielewicz, Aleksandra Głogowska, Agata Grzesiak, Michał Kacykowski, Leszek Kuik, Barbara Loose, Magda Mierza, Agnieszka Niedbalska, Paulina Pomowska, Jan Pyrzowski, Paweł Pytel, Arkadiusz Ropiak, Lucyna Wróbel.

Dr n. med. Katarzyna Plata-Nazar