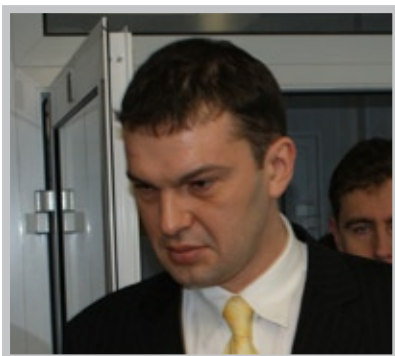


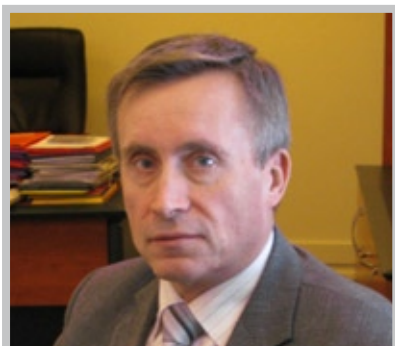


„Mamy fachowców i sprzęt”
- Klinika Rehabilitacji USK



W medycynie oprócz finansów liczy się dobro pacjenta – tak przynajmniej zapewnia Jakub Szulc, wiceminister zdrowia

5



Rozwiązania logiczne nie są znów tak oczywiste – mówi dr Bogusław Poniąkowski, dyrektor USK

7



Nobliści z ziemi polskiej

21



Zamiast praktyki – teoria, czyli do czego doprowadzi redukcja ćwiczeń?

11



Morderczy dymek

12

2

| | |
|---------------------------------------|----|
| ➔ Medycyna = ekonomia | 5 |
| ➔ Zdrowy rozsądek | 7 |
| ➔ Rehabilitacja dla każdego | 9 |
| ➔ Oszczędzanie na ćwiczeniach | 11 |
| ➔ Nagroda za habilitację | 12 |
| ➔ Mamy nowego kanclerza | 13 |
| ➔ Refleksje o starzeniu się człowieka | 14 |
| ➔ Kameralnie o psychiatrii | 15 |
| ➔ Problemy stare – rozwiązania nowe | 16 |
| ➔ Figle chromosomów | 18 |
| ➔ Nobliści rodem z ziemi polskiej | 21 |
| ➔ Morderczy dymek | 23 |
| ➔ Zygmunt Kosztyła | 25 |
| ➔ Ojciec Muzeum Wojska | 26 |
| ➔ Za pomyślność i zdrowie | 27 |
| ➔ Na końcu świata | 28 |
| ➔ Miasto na dalekim uboczu | 30 |
| ➔ Wydarzenia i aktualności | 33 |

Materiały do numeru przyjmujemy do dn. 10 każdego miesiąca.

Skład redakcji:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski ● **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz:** Krzysztof Worowski ● **Sekretarz redakcji:** Danuta Ślósarska ● **Redakcja stylistyczna i korekta:** Dorota Burel ● **Członkowie:** Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anetta Sulewska, Anna Worowska ● **Współpracownicy:** Wojciech Dębek, Jan Pietruski ● **Skład komputerowy:** e-Print Michał Żeleznikowicz ● **Strona internetowa:** Jan Leszczyński ● **Druk:** PRO100 ● **Projekt i wykonanie okładki:** Walentyn Pankiewicz

Adres redakcji:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego, 15-089 Białystok 8, ul. Kilińskiego 1, tel. (085) 7485485 (Danuta Ślósarska), e-mail: danka@umwb.edu.pl
e-mail: medyk@amb.umwb.pl, <http://www.umwb.edu.pl>

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opracowania tekstów oraz zmiany ich tytułów.



Z wywiadu z wiceministrem zdrowia Jakubem Szulcem, który *Czytelnicy Medyka* znajdą w bieżącym numerze, wynika, że władze polityczne i administracyjne kraju mają zdecydowaną wolę postawić służbę zdrowia na nogi. Mam tu na myśli funkcjonowanie jej w oparciu o zasady szeroko pojętej ekonomii. Od kilku lat nasz Uniwersytecki Szpital Kliniczny z ekonomią nieźle sobie radzi. Dyrektor Poniatowski (jego wypowiedź zamieszczamy na łamach naszego pisma), odebrał niedawno kolejne wyróżnienie. Tym razem jest to *Gazeta Biznesu* – przyznana za dobry wynik ekonomiczny, jaki uzyskał szpital w ubiegłym roku. Fakty te, łącznie z perspektywą restrukturyzacji i rozbudowy szpitala, bardzo cieszą.

Zastanawiam się, czy wprowadzenie zasad ekonomicznych jest jedynym panaceum na uzdrowienie polskiej służby zdrowia? Obawiam się, że nie.

Spróbujmy odpowiedzieć na dość fundamentalne pytania: czy w zetknięciu z naszym szpitalem pacjent ma poczucie bezpieczeństwa i spełnienia oczekiwań? Czy jego godność nie została narażona na szwank?

A oto dwa wydarzenia, które miały miejsce w naszym szpitalu. W jednym z nich uczestniczyłem, a o drugim dowiedziałem się z wiarygodnych ust.

Otóż, swego czasu asystowałem kuzynce w procedurze przyjmowania do szpitala. Na umówiony dzień (zaplanowany zabieg operacyjny) chora stawiała się na zatłoczonej izbie przyjęć (SOR), ze skierowaniem w rękę, o godzinie 8.30. Naiwny – stanąłem grzecznie wraz z kuzynką w kolejce do rejestracyjnego okienka. Pani rejestratorka, nie bacząc na kolejkę, przez długi czas odbywała – zapewne interesującą – telefoniczną rozmowę na tematy rodzinno-domowe. Wreszcie, po odstaniu swojego, kuzynka – osoba cierpiąca, na dodatek delikatna z natury – przedłożyła skierowanie. Na dzień dobry rejestratorka zakwestionowała możliwość przyjęcia chorej (klinika nie miała ostrego dyżuru). Po moich długich wyjaśnieniach, łącznie z telefonem do kierownika kliniki, rejestratorka, z wyraźną niechęcią, wydała komendę – czekać! Wszystko byłoby do zaakceptowania, nawet omińnięcie słowa „proszę” przed słowem „czekać”, gdyby nie niechęć, wręcz nienawiść, płynąca zza rejestracyjnego okienka. Dopiero po dwóch godzinach oczekiwań i po mojej interwencji u dyrektora ds. lecznictwa, przyjmowanie mojej kuzynki do szpitala nabrało tempa. No cóż, nie trafiliśmy na dobry humor rejestratorki.

Kilka dni temu w Klinice Położnictwa USK rodziła żona znaczącej w naszym regionie osoby. Nie szukała nigdzie protekcji. Chciała przeżyć poród jak zwykła pacjentka. Bez hałasu i zbędnych ceregieli. Na sali porodowej znalazła wspaniałą opiekę. Położne wykazały maksymalny profesjonalizm, wielką wyrozumiałość i kulturę w obejściu. Pobyt na położu – przeżyła. Obcesowe zachowanie personelu, szorstki sposób traktowania obolałych pacjentek, brak wyrozumiałości, traktowanie podopiecznych jak zło konieczne były gehenną.

Oba przypadki ilustrują, jak niewiele trzeba, żeby zepsuć smak beczki miodu. Wystarczy kropla dziegciu. Zarówno w jednym, jak i drugim z opisanych przypadków wśród szpitalnego personelu znalazły się osoby, które nie powinny nigdy tam pracować. Do tego zawodu powinno się dobierać ludzi o określonych predyspozycjach. Ludzi komunikatywnych, odpowiedzialnych, wrażliwych na ludzkie cierpienie, wyrozumiałych, identyfikujących się z instytucją, w której pracują. Uśmiech i zwykła ludzka życzliwość to też lekarstwo.

Może, przy doborze personelu na określonych stanowiskach pracowniczych, warto skorzystać z porady doświadczonego psychologa?

[Podpis]

POŁOŻNICTWO

Spotkania z Wydziałem Nauk o Zdrowiu UMB



20 lutego w Aula Magna pałacu Branickich odbyła się prezentacja kierunku – położnictwo. Pracownicy Zakładu Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego przedstawili zgromadzonym główne kierunki rozwoju tej najstarszej dziedziny medycyny. Zaprezentowano możliwości zdobycia zawodu oraz zatrudnienia.

Studentki opowiadały maturzystom o przedmiotach zawodowych, prezentowały fantomy do ćwiczeń. Największe emocje budził fantom,

symulujący zmiany ciężaru ciała kobiety w ciąży oraz fantom donoszonego noworodka, na którym uczono prawidłowego trzymania i noszenia dziecka. Na innym fantomie prezentowano technikę badania piersi i informowano na jakie objawy należy zwrócić szczególną uwagę.

Podczas spotkania mówiono o roli współczesnej położnej, możliwościach kontynuowania nauki na studiach drugiego stopnia, formach doskonalenia zawodowego i warunkach zdobycia specjalizacji. Uświadomiono

maturzystom, że, już po ukończeniu studiów pierwszego stopnia, położna ma możliwość podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. Swoje osiągnięcia zaprezentowali też studenci z koła naukowego, działającego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego.

Bożena Kulesza-Brończyk

Dr n. med. Zakład Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego UMB.

Fot. **Anna Sienkiewicz.**





Z Jakubem Szulcem, wiceministrem
zdrowia – ekonomistą z wykształcenia
– rozmawia Adam Hermanowicz.

Medycyna = ekonomia

Prezydent zawetował trzy z sześciu ustaw zdrowotnych. Sejm podtrzymał prezydenckie weto, a Platforma nawet specjalnie nie zabiegała o koalicję z SLD, aby to weto odrzucić. Oznacza to, że żadna z ustaw nie wejdzie w życie. Czy Platforma Obywatelska będzie szukać teraz rozwiązań pozaustawowych, jak na przykład komercjalizacja szpitali, czy „plan B” zakłada coś innego?

Plan „B” zakłada pomoc w przekształcaniu się szpitali, czyli restrukturyzację zadłużenia zarówno w części zobowiązań publicznych, jak i cywilno-prawnych. W związku z wetem prezydenta tracimy dwa istotne walory, które funkcjonowałyby w przypadku ustawy.

Pierwszy, dotyczący obligatoryjności przekształcania się szpitali, który był największym zarzutem stawianym przez SLD i spowodował brak porozumienia w tej sprawie. Drugi, mówiący o tym, że w przypadku przekształceń szpitali, spółka, która powstawałaby w wyniku przekształcania SP ZOZ-u, byłaby tzw. generalnym sukcesorem, czyli wchodziłaby we wszystkie prawa i obowiązki likwidowanego SP ZOZ-u. Struktura zatrudnienia, umowy o pracę, kontrakt z NFZ byłyby w dalszym ciągu ważne, ale spółka przejmowałaby niespłaconą część zadłużenia. W tej chwili, kiedy dokonujemy przekształcenia, jednostka samorządu terytorialnego przejmuje wszystkie zobowiązania SP ZOZ-u. Niektórych samorządów nie będzie po prostu na to stać.

Mamy już ok. 10% szpitali, które zostały przekształcone w spółki kapitałowe i szpitale te osiągają dużo lepszy wynik finansowy niż analogiczne SP ZOZ

To, co proponuje PIS, to jakby przesiąść się z ruchu prawostronnego na lewostronny, ale samochody ciężarowe wciąż pozostawić przy ruchu prawostronnym. Nie chcemy konserwować starego systemu, tylko stworzyć nowy, doskonalszy. Należy zmierzać w kierunku racjonalizacji całego systemu. Tu dobrym przykładem jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, na przykładzie którego widać, jak z pewnej zapaści, i to dość głębokiej, można w stosunkowo krótkim czasie wyjść, kierując się prostym rachunkiem ekonomicznym.

Prezydent w uzasadnieniu weta powiedział, że spełnia swoje obietnice wyborcze i nie dopuści do prywatyzacji szpitali. Czy z punktu widzenia ekonomisty, prywatyzacja szpitali jest rzeczywiście groźna i odbija się niekorzystnie na pacjentach?

Zasadniczy kłopot polega na tym, że debata, dotycząca reform ochrony zdrowia, została politycznie ustawiona wokół dylematu: komercjalizacja – prywatyzacja, tak czy nie? Natomiast mamy już ok. 10 procent szpitali działających w Polsce, które zostały przekształcone w spółki kapitałowe i szpitale te osiągają dużo lepszy wynik finansowy niż analogiczne SP ZOZ. Jeśli chodzi o strukturę własnościową, to tam się tak naprawdę niewiele zmieniło. W większości dalej właścicielem jest samorząd terytorialny. Przechodzenie SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe trwa od 2000 roku, w kilkunastu przypadkach kapitał prywatny został wpuszczony na zasadzie udziałowca mniejszościowego, a tylko w dwóch albo w trzech przypadkach w skali kraju kapitał prywatny jest udziałowcem większościowym. Zgodnie z ustawą, samorząd terytorialny ma obowiązek zabezpieczenia ochrony zdrowia na podległym terenie i to jest wystarczający bezpiecznik. Tak więc o prywatyzacji, jaką straszyl nas Prezydent, nie ma mowy. Dla udziałowca prywatnego przejęcie szpitala z dużą częścią niedofinansowanych oddziałów jest nieopłacalne. Dużo korzystniejsze jest, i to właśnie się dzieje, otwieranie prywatnych klinik, które się skupiają tylko na tych procedurach, które są wysoko płatne.

cd. na str. 6 ⇨

↳ *cd. ze str. 5*

Mamy dwa rodzaje przychodni i szpitali – prywatne i te tzw. „państwowe”. W jednych i drugich za leczenie pacjenta płaci NFZ. Prywatne pobierają dodatkowe opłaty mniejsze lub większe i sobie radzą, te „państwowe” otrzymują pieniądze jedynie z NFZ gdzie wycena procedur jest zbyt niska, więc się zadłużają. Jest im obojętne czy pożyczą więcej, czy mniej, bo i tak nie upadną. Czy koalicja PO-PSL ponownie zamierza oddłużyć szpitale, jak to miało miejsce w poprzednich latach?

Samorządy dopiero niedawno zdały sobie sprawę jak dużym problemem jest zadłużanie szpitali. Stało się to wtedy, kiedy Trybunał Konstytucyjny umożliwił zajęcia komornicze majątku szpitala. Okazało się, że może zabraknąć na działalność bieżącą, a wierzyciele mogą wejść na rachunek i odzyskać swoje. Wcześniej takiego problemu nie było. Patrząc wstecz na oddłużenie szpitali, kiedy na przełomie 1998/1999 roku spłacono 11mld długów SP ZOZ-ów, widzimy że ta pomoc się nie sprawdziła i oddłużenie, w takiej formie jakiej było, nie ma sensu. My chcemy wesprzeć tych, którzy dążą do przekształceń. Zmiana formy organizacji prawnej skutkuje tym, że trzeba po prostu realnie patrzeć na finanse szpitala.

Ochrona zdrowia to zbyt poważny problem społeczny, aby pozwolić sobie na wolnoamerykankę

Tak naprawdę, większość istniejącego zadłużenia w lecznictwie zamkniętym generuje niewielka liczba jednostek. Obecnie ok. 50 procent jednostek nie ma zadłużenia, 30 procent jest nieznacznie zadłużonych, a pozostała część ma długi kilkakrotnie przekraczające wartość przychodów

*Wizyta w Zakładzie Klinicznej Biologii Molekularnej.
Od lewej: prof. dr hab. Lech Chychezewski i Jakub Szulc – wiceminister zdrowia.*

pochodzących z NFZ. Samorządy wreszcie dostrzegły, że zadłużenie szpitali jest także ich problemem.

W przypadku dobrze zarządzanych szpitali, będziemy poprzez różne programy stwarzali możliwości poprawy warunków infrastrukturalnych. W kolejnym etapie, aby sprostać wymogom unijnym, będzie realizowany program wsparcia inwestycyjnego dla szpitali.

Czy 2,7 mld zł proponowane przez rząd wystarczą, żeby zlikwidować problemy w służbie zdrowia?

Tak jak powiedziałem, nie rozwiążemy wszystkich problemów. Ta kwota ma ułatwić przekształcenie SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe, bo pozwoli to zrestrukturyzować dużą część ich zadłużenia. Nie jest to jednak lekarstwo na wszystkie bolączki. Mamy wiele do zrobienia u podstaw, jak chociażby: ustalenie koszyka, taryfikatora świadczeń medycznych, demonopolizację NFZ i wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych. Są to wyzwania, które trzeba podjąć.

Jest pan ekonomistą, czy według pana rynek medyczny jest już tzw. wolnym rynkiem?

Nie jest wolnym rynkiem i prawdopodobnie nigdy wolnym rynkiem

Samorząd terytorialny ma obowiązek zabezpieczenia ochrony zdrowia. Tak więc o prywatyzacji, jaką straszyl nas Prezydent, nie ma mowy

nie będzie. Ochrona zdrowia to zbyt poważny problem społeczny, aby pozwolić sobie na wolnoamerykankę. W medycynie mamy do czynienia z nieograniczonym popytem, który musi być sterowany. Bardzo łatwo można wygenerować dodatkowy popyt, bazując choćby na niewiedzy pacjentów. Poza tym mamy ograniczone środki, żeby ten popyt zaspokoić. Trzeba więc umiejętnie zarządzać podażą usług medycznych. To z czym obecnie mamy do czynienia w medycynie jest bardzo bliskie ekonomii, ale w medycynie oprócz finansów i matematyki liczy się dobro pacjenta. ■



*Rozmowa z dr. Bogusławem Poniatowskim,
dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego w Białymstoku.*



Zdrowy rozsądek

Specyfika szpitala klinicznego sprawia, że tak naprawdę to nie wiadomo kto ma więcej do powiedzenia: rektor czy dyrektor?

W myśl prawa, szpital kliniczny jest jednostką samodzielną, która obok działalności diagnostyczno-leczniczej prowadzi działalność naukowo-dydaktyczną. W rejestrze sądowym widnieje zapis, że odpowiedzialnym za funkcjonowanie placówki jest dyrektor szpitala. Rektor, jako przedstawiciel organu założycielskiego, sprawuje nad szpitalem rolę kontrolną.

To teoria, a jak jest w praktyce?

Rozmawiamy i wspólnie z rektorem ustalamy strategię, a następnie konsekwentnie ją realizujemy. Wychodzę z założenia, że nikt nie ma patentu na mądrość, dlatego tak ważna jest współpraca.

I nie ma takich sytuacji, w których rektor każe panu kogoś zatrudnić?

Odkąd jestem dyrektorem taka sytuacja się nie zdarzyła. Jeżeli chodzi o stanowiska kierownicze, to obowiązują jasne procedury konkursowe i nie ma mowy o jakis nieporozumieniach. Wynik komisji konkursowej decyduje o tym, kto obejmie daną funkcję.

Łatwo się zarządza pracownikami, którzy częściowo są zatrudnieni w uczelni a częściowo w szpitalu?

Dualizm zatrudnienia nie jest – moim zdaniem – rozsądnym rozwiązaniem, ale na razie tak jest i jest to zgodne z obowiązującym prawem.

A nie jest czasami tak, że pracownikom naukowym, zatrudnionym w szpitalu, wydaje się, że ich niezależność naukowa zapewnia im całkowitą nienaruszalność?

Trudność czasami polega na tym, że nie każdy wie, co do niego należy i gdzie jest jego miejsce. To jest tak, jak z demokracją i anarchią – tu też różnica nie dla wszystkich jest uchwytana. Uczelnia zatrudnia nauczycieli akademickich w zakładach teoretycznych, gdzie ich rola sprowadza się do pracy naukowo-badawczej i dydaktycznej oraz w klinikach, gdzie siłą rzeczy obowiązki są inne. Pracownik uczelni, zatrudniony w klinice, swoją działalność naukową realizuje w powiązaniu ze świadczeniem usług medycznych, a nie w bibliotece i czytelni.

Rozumiem, że ma pan możliwość zwolnienia np. kierownika kliniki, ordynatora, jeśli niewłaściwie wykonują obowiązki w placówce, którą pan zarządza?

Tak, prawo pracy obowiązuje wszystkich pracowników w takim samym zakresie.

Zdarzyło się to już kiedyś?

Taka sytuacja nie miała miejsca, bo dysponuję kadrami, której w Polsce mogą mi tylko pozazdrościć.

I nie czerwieni się pan, gdy w mediach pojawia się kolejna sprawa, która stawia szpital w najgorszym świetle?

Szpital to kompleks, w którym pracuje ponad 1800 ludzi. W tej grupie

zawodowej, jak w każdej innej, są tacy, którzy wykonują swoje obowiązki zgodnie z etyką i tacy, którzy postępują inaczej. Media nie zauważają tego, co pozytywne, bo to nie jest nośne. A przecież u nas dzieje się też wiele dobrego, prowadzimy działalność diagnostyczno-leczniczą na wysokim poziomie, od kilku lat nie mamy długu.

Pamiętam nawet uzasadnienie do otrzymanego przez pana wyróżnienia. Brzmiało mniej więcej tak: zobligował kierowników do odpowiedzialności za kliniki. Ta argumentacja rozłożyła mnie na łopatki. Przecież to logiczne, że kierownik całościowo odpowiada za jednostkę, którą kieruje.

To o czym pani mówi, to był ranking menedżerów roku, organizowany przez *Gazetę Prawną*. Znalazłem się tam w pierwszej dziesiątce. Udział brało 760 jednostek. Okazuje się, że czasami logiczne rozwiązanie jest najtrudniejsze do wprowadzenia, ale to nie był jedyny element, który brano pod uwagę. W rankingu badano rentowność, przychody. Gdy zacząłem kierować tym szpitalem wynosiły one ok. 80 milionów, dziś są rzędu 150.

Z kontraktu na ten rok jest pan zadowolony?

Jeszcze nie wiem czy jestem zadowolony, ale gdyby nie był korzystny, to bym go nie podpisał. O tym, czy dobrze na nim wyjdziemy przekonamy się po pierwszym kwartale. W zeszłym roku wydawało się nam, że mamy niezły

cd. na str. 8 ⇔

⇐ *cd. ze str. 7*

kontrakt, a pierwsze miesiące wykazały nam 5 milionów deficytu.

A które procedury są niedoszacowane?

Trudno powiedzieć, bo mieliśmy do realizacji ponad milion punktów. Niektóre rozwiązania są nie do przyjęcia z punktu widzenia logiki. Jeśli pacjent jest przyjęty na oddział diagnostyczny niezabiegowy i jest rozpoznane, że wymaga błyskawicznej interwencji chirurgicznej, to fundusz pyta czy ma zapłacić temu, który diagnozował, czy temu, który operował? Wybieramy procedurę, za którą dostaniemy więcej pieniędzy. Pracują dwie jednostki, ale NFZ płaci tylko jednej. Jeśli tego samego pacjenta po zdiagnozowaniu przenieśliśmy przez ulicę do szpitala wojewódzkiego i tam by go zoperowali, to fundusz zapłaciłby i jednym, i drugim.

I w ten sposób jedne kliniki przynoszą zyski, a inne straty?

Bardzo dobre wyniki osiągają: kardiologia inwazyjna, neurochirurgia i okulistyka.

Małe możliwości, mimo ciężkiej pracy, mają: intensywne terapie, blok operacyjny, zakłady diagnostyczne, radiologia, bo najczęściej wykonują zadania na rzecz innych. Są i takie jednostki, którym nawet nie udaje się zbilansować.

W szpitalach klinicznych leczy się najtrudniejsze przypadki, czy w związku z tym nie powinny być one traktowane przez fundusz na nieco innych zasadach?

Tak powinno być, bo pewne usługi mogą być wykonane tylko tam, gdzie jest odpowiedni sprzęt i zespół odpowiednio przygotowanych ludzi. Ale i tak jest już lepiej niż było. W zeszłym roku, ceny punktów za te same procedury były różne w regionach. Średnia cena punktu na Mazowszu była o 2 zł wyższa niż na Podlasiu. Tłumaczono nam, że to wynika z uwarunkowań historycznych.

A to ciekawe...?

Ktoś kiedyś przyznał taką, a nie inną cenę za dany punkt i to jest właśnie uwarunkowanie historyczne. Argumentowano także, że na Mazowszu życie jest droższe. Nikomu nie przyszło do głowy, że na sprzęt, materiały, leki obowiązuje cennik firmowy, a nie regionalny. Aspiryna i antybiotyki kosztują wszędzie tyle samo. Przez ten czas straciliśmy bardzo dużo pieniędzy.

I z powodu marnych zarobków doświadczeni lekarze uciekają do innych szpitali w województwie?

W szpitalu uniwersyteckim nie płaci się źle. Nasza stawka za godziny dyżuru jest jedną z najwyższych w Polsce, ale lekarze twierdzą, że u nas trzeba pracować.

Jak to? Nie można pospać na dyżurze?

U nas jest to niemożliwe. Szpital dyżuruje całą dobę. Zarobki pracowników wynikają z dochodów, uzyskanych w ich jednostkach.

Czy w takiej sytuacji nie jest rozrzutnością utrzymywanie w szpitalach klinicznych dwóch laboratoriów?

Z punktu widzenia ekonomii połączenie laboratoriów, pralni, sterylizatorni i w pewnym sensie apteki byłoby rozwiązaniem logicznym, ale nie wszystkie rozwiązania logiczne, jak pani wcześniej zauważyła, są tak oczywiste.

Kiedy przyszedłem tu 4 lata temu, szpital dziecięcy był w dobrej kondycji finansowej i trudno się dziwić, że nie zamierzał wspomagać i rozwiązywać problemów szpitala dla dorosłych, który miał 46 milionów długu.

Pamiętam, poprzedni dyrektor nawet z tego powodu awansował.

Nie, poprzedni dyrektor zrezygnował z kierowania szpitalem.

Obecnie jest dyrektorem Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Białymstoku.

Trudno powiedzieć czy to awans. Ja przyszedłem do szpitala z urzędu wojewódzkiego, gdzie byłem dyrektorem generalnym i nie uważam, żeby to była degradacja.

Wróćmy do pytania. Sytuacja dwóch szpitali jest stabilna, co stoi na przeszkodzie, aby połączyć te jednostki, które mogą wykonywać usługi dla dwóch szpitali? Chore ambicje?

Wcześniej był opór, dotyczący tego kto kogo ma finansować. Dziś, gdy szpitale nie mają długu, może trzeba rozważyć ten problem. Tam, gdzie mamy do czynienia z ekonomią warto kierować się zdrowym rozsądkiem. W końcu jeden szylid i jeden organizator.

Zewsząd straszą nas kryzysem, pan z obiecanych z funduszu centralnego 36 milionów otrzymał na ten rok o sześć mniej.

Remont i modernizacja szpitala są prowadzone przez uczelnię. Rektor powołał specjalną komórkę, która odpowiada za realizację inwestycji. W tym roku prace ograniczają się do projektów i koncepcji, tak więc pieniędzy wystarczy.

Kryzys może nas dopaść jedynie wtedy, gdy fundusz w połowie roku zmieni zasady kontraktowania usług, tak jak to miało miejsce w ubiegłym roku. Zapewniam jednak, że sposobem na oszczędność nie będzie redukcja etatów. Zawsze z żalem żegnamy się z tymi, którzy od nas odchodzą.

Czasem pewnie z ulgą.

Tych przypadków jest znacznie mniej.

Jak długo czeka się w kolejce na przyjęcie do kliniki?

Kolejki są różne. To zależy od płatnika i możliwości personelu. Najdłuższe czeka się na ortopedii.

W jaki sposób można ominąć kolejkę?

Nie można.

A jeśli pacjent skorzysta prywatnie z usług lekarza zatrudnionego w klinice, to też nie może?

Może kiedyś tak było, teraz jest to niemożliwe.

Proszę nie żartować.

Zakładam, że wszystko odbywa się zgodnie z procedurami. Jeśli ktoś jest na liście pod numerem 1500, a stan jego zdrowia w trakcie oczekiwania na operację się pogorszył, to oczywiście przeskakuje w kolejce, ale to nie ma nic wspólnego z tym, że w gabinecie prywatnym zapłaci lekarzowi 70 czy 100 złotych. Przesunięcie kogoś w kolejce to jest cała procedura, musi być uzasadnienie, bo inaczej NFZ nie zapłaci.

Panie dyrektorze, a jak pan myśli, jak pacjenci postrzegają szpital, którym pan kieruje?

Co roku robimy analizę satysfakcji pacjenta i wiemy, że mamy jeszcze dużo do zrobienia.

Nasz szpital przyjmuje miesięcznie 6500 ludzi, czyli tyłu, ilu szpital powiatowy rocznie.

Jeśli na lotnisku Okęcie wylądują trzy Boeingi, to podróżni czekają na bagaż kilka godzin. Nie ma innej możliwości, skoro lotnisko jest przygotowane na odprawę tylko jednego samolotu. Podobnie jest w szpitalu. Jeśli pacjent na oddziale SOR będzie czekał kilka godzin i zostanie umieszczony w klinice, to w ogólnym rozrachunku będzie zadowolony. Inny, który zostanie przyjęty natychmiast, a potem odesłany do domu, będzie nam złorzeczył. Czasami łyżeczka dziegiu zepsuje smak beczki miodu.

Rozmawiała: Danuta Ślósarska

Uroczyste otwarcie Kliniki Rehabilitacji w Białymstoku. Przemawia dr hab. Anna Kuryliszyn-Moskal. Z tyłu stoją: Krzysztof Putra – poseł RP, Jakub Szulc – wiceminister zdrowia i ksiądz bp prof. dr hab. Edward Ozorowski, metropolita Białegostoku.



Rozmowa z dr hab. med. Anną Kuryliszyn-Moskal, kierownikiem Kliniki Rehabilitacji UMB.

Rehabilitacja dla każdego

Czym różni się rehabilitacja w państwa klinice od rehabilitacji w poradni?

Prowadzimy leczenie na oddziale dziennym i w związku z tym mamy możliwość codziennej obserwacji chorego i jego reakcji na zabiegi, czego nie robi się w poradniach.

Wspólnie z lekarzami, magistrami fizykoterapii, technikami ustalamy cały program terapeutyczny pacjenta, adekwatny do jego stanu zdrowia.

Pod naszą opieką pacjent przebywa minimum 5 godzin dziennie i ma minimum 5 zabiegów, po których może zregenerować siły np. na sali wypoczynkowej. Po południu opuszcza klinikę i następnego dnia, o ile nie ma przeciwwskazań, wraca do nas by kontynuować terapię. Leczenie na oddziale dziennym trwa minimum 3 tygodnie, ale może zostać przedłużone, jeśli uznamy, że efekty terapii nie są zadowalające i należy ją kontynuować.

Pacjentów z jakimi schorzeniami rehabilitujemy?

Prowadzimy wczesną rehabilitację przyłożkową pacjentów m.in.

z chorobami neurologicznymi (choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, po udarach mózgu, w przebiegu zespołów bólowych kręgosłupa), reumatologicznymi (reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zeszywnia-

Warunkiem przyjęcia na oddział dzienny jest skierowanie od lekarza specjalisty

jące zapalenie stawów kręgosłupa), po zabiegach neurochirurgicznych, ortopedycznych, chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej i klatki piersiowej oraz w zakresie chirurgii naczyniowej.

Co należy zrobić, aby zostać przyjętym do kliniki?

Warunkiem przyjęcia na oddział dzienny jest skierowanie z oddziału szpitalnego lub poradni: neurologicz-

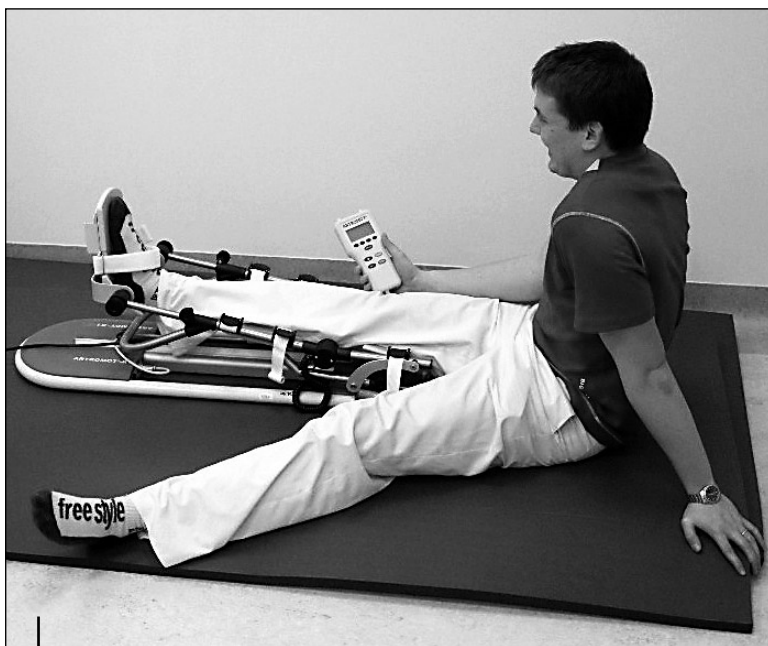
nej, neurochirurgicznej, ortopedycznej, reumatologicznej. Skierowania takiego nie może wydawać poradnia lekarza rodzinnego. Pacjent musi zgłosić się po nie do lekarza specjalisty. Jeżeli chory jest osobą pracującą to na czas pobytu w klinice otrzymuje zwolnienie lekarskie.

Dla pacjentów, którzy nie mogą korzystać z bezpłatnej rehabilitacji świadczymy usługi prywatne. Mamy bardzo korzystny cennik. Wchodzimy na rynek i zależy nam na tym, by przeprowadzane zabiegi nie były drogie i elitarne, lecz dostępne dla wszystkich chorych. Nasza oferta usług cieszy się zainteresowaniem pacjentów. Obecnie na oddział dzienny mamy już kolejki na maj. Nie mamy zaś kolejek na zabiegi wykonywane odpłatnie.

Jakie formy terapii klinika oferuje?

Mamy wiele form terapii. Zaczynamy od diagnostyki funkcjonalnej, która polega na badaniach antropometrycznych, ocenie wydolności

cd. na str. 10 ⇨



Szyna do biernej mobilizacji stawu kolanowego.

⇐ *cd. ze str. 9*

fizycznej, aktywności poszczególnych grup mięśniowych, propriocepcji, równowagi oraz koordynacji ruchowej, ocenie i analizie chodu pacjenta.

Zgodnie z wynikami badań diagnostycznych planujemy kinezyterapię. W programach fizjoterapeutycznych wykorzystujemy najnowocześniejsze metody m. in.: metody terapii manualnej (Cyriaxa, Mulligana), metody opracowania tkanek miękkich i powięzi, neuromobilizacji oraz metodę PNF, kinesiologii taping, Mc Kenzie, Therapy Master.

Te działania kinezyterapeutyczne wspomaga fizykoterapia, w ramach której mamy: termoterapię (ciepłolecznictwo, krioterapia), światłolecznictwo, elektroterapię, magnetoterapię, sonoterapię (ultradźwięki), laseroterapię i hydroterapię, która, w przeciwieństwie do wszystkich pozostałych już dostępnych, będzie u nas dostępna za około miesiąc. Oferujemy również masaże lecznicze: mechaniczny, klasyczny, punktowy, drenaż limfatyczny.

Dysponujecie odpowiednim sprzętem?

Terapia, dostosowana do indywidualnych potrzeb chorego, prowadzona jest za pomocą wysokiej klasy

sprzętu, pozwalającego na obiektywizację uzyskanych efektów zgodnie ze światowymi wymogami i procedurami. Dysponujemy m.in. laserami, parapodium statycznie – dynamicznym, które wykorzystuje metodę biologicznego sprzężenia zwrotnego, umożliwiającą pacjentowi samoobserwację reakcji funkcji organizmu podczas ćwiczeń oraz urządzeniami do ćwiczeń propriocepcji kończyn dolnych i obręczy biodrowej w ramach systemu Prokin. Udostępniamy bieżnie, cykloergometry. W planach mamy wstawienie komory hiperba-

Prowadzimy wczesną rehabilitację pacjentów z chorobami neurologicznymi, reumatologicznymi, po zabiegach chirurgicznych

rycznej, która daje ogromny zakres możliwości leczenia m.in. zaburzeń mikrokrążenia, takich jak np. stopa cukrzycowa i terapii wszelkich zakażeń bakteriami beztlenowymi.

Nie bez powodu w mediach mówi się, że jest to jedna z najnowocześniejszych klinik w Polsce.

Uczestniczyłam w licznych szkoleniach i spotkaniach, miałam możliwość obserwacji klinik w wielu miastach m.in. w Poznaniu, Warszawie, Lublinie. Przyznaję, że poziom naszej kliniki jest bardzo wysoki, odbiegający od innych uniwersyteckich ośrodków, zaś porównywalny z prywatnymi ośrodkami terapii np. w Solcu-Zdroju. Z tą jednak różnicą, że w nich pacjent płaci za wszystkie usługi, a w naszej klinice ma możliwość rehabilitacji w ramach NFZ.

Rozmawiała: **Dorota Burel**



UGUL – Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego.

Oszczędzanie na ćwiczeniach

Liberalna ekonomia w państwie o ustroju kapitalistycznym preferuje samoregulację działalności podmiotów gospodarczych na zasadach konkurencji, a interwencję państwa ogranicza do minimum. Nie we wszystkich dziedzinach życia przynosi to dobre efekty. W szkolnictwie publicznym nie zawsze można działać zgodnie z regułami ekonomii. Wyższe uczelnie medyczne nie są wyjątkiem, chociaż ich sytuacja jest wyjątkowa.

Nie ulega wątpliwości, że studenci kierunków medycznych muszą mieć kontakt z pacjentami. Tymczasem wszyscy wiemy, z jakimi problemami finansowymi borykają się szpitale w Polsce, w tym szpitale uniwersyteckie.

Jak w tej nowej sytuacji odnajdują się wyższe uczelnie medyczne? Mnie oczywiście interesuje głównie nasz Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, który, tak jak inne uczelnie, szuka oszczędności.

Jedną z dróg podreperowania finansów są cięcia nakładów na nauki podstawowe. Aby zrównoważyć budżet, władze zmniejszają wydatki na zakłady naukowe, które – z pozoru – przekazują studentom wiedzę najmniej potrzebną lekarzom. W ramach oszczędności ćwiczenia zastępuje się wykładami. Jedna godzina wykładów w zamian za kilka godzin ćwiczeniowych. Jeszcze wcześniej zwiększono liczebność studenckich grup ćwiczeniowych, a minimum rozliczeniowe to obecnie 17 studentów w grupie. Tym samym jest mniej grup do rozliczenia pensum dydaktycznego asystentów.

Redukcja zajęć ćwiczeniowych, przeprowadzona w tak dużym zakresie, odbija się na wynikach dydaktyki. Zapomniano w tej reformie nauczania o prawidłowych proporcjach w planowanych zajęciach dydaktycznych.

Studenci uczą się na pamięć wiadomości o nowoczesnych metodach badań pacjenta, nie posiadając wiedzy z zakresu nauk podstawowych. Tak przyswojony materiał szybko się zapomina. Twierdzą, że w ten sposób podcięto korzenie wiedzy zawodowej przyszłych medyków.

Tematyka nauczania w Zakładzie Histologii i Embriologii obejmuje: histologię, cytologię, cytofizjologię i embriologię człowieka. W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, niektórzy uczeni twierdzili, że właściwie prawie wszystko odkryto i przebadano w zakresie histologii. Jakże bardzo się pomylili! W tej chwili, histologia jest nauką wybitnie interdyscyplinarną. Jeżeli badamy geny, to badamy je przecież w komórkach. W różnicujących się komórkach określone geny ulegają odpowiedniej ekspresji. Hybrydocytochemicznie, w poszczególnych komórkach, wykrywamy mRNA powstający na genach, które uległy ekspresji. Możemy nawet zmierzyć intensywność jego wytwarzania i w ten sposób ocenić, w jakim zakresie dane komórki są zaangażowane w wytwarzanie ściśle określonej substancji.



BOGUSŁAW SAWICKI

Immunohistochemicznie i immunocytochemicznie (w tym także i na poziomie mikroskopu elektronowego) wykrywamy z wielką dokładnością poszczególne polipeptydy, białka i inne wielkocząsteczkowe substancje, specyficzne dla ściśle określonych typów komórkowych. Są to różnego typu cząsteczki sygnałowe; w tym wiele nowo odkrytych hormonów typu klasycznego, jak również różne cytokiny, eikozanoidy czy też innego typu tzw.

cd. na str. 12 ⇔



Dużo nas. Grupa ćwiczeniowa.

↔ *cd. ze str. 11*

hormony tkankowe. W analogiczny sposób wykrywamy też, specyficzne dla danych komórek, białka integralne w błonach komórkowych (białka receptorowe, kanałowe, adhezyjne itp.) – również wykrywamy je w błonach organelli komórkowych, proteasomach i cytoplazmie. Powyższe metody badań przyniosły szczególnie wiele nowych danych, odnoszących się do układu immunologicznego – jego struktury i funkcji. Umożliwiły odkrycie wielu nowych typów i podtypów komórkowych, a także ich szczegółowej lokalizacji, funkcji, wzajemnych oddziaływań regulacyjnych, rozwoju z komórek prekursorowych czy mechanizmów, wywołujących ich fizjologiczną apoptozę lub innych, zabezpieczających np. przed nowotworową transformacją.

Każdy student w naszym zakładzie ma zajęcia indywidualne przy mikroskopie. Przy tak dużych grupach i niewielu godzinach ćwiczeń, asystenci nie są w stanie wytłumaczyć procesów cytochemicznych. Nie są w stanie zweryfikować wiedzy studentów.

W efekcie takiego kształcenia, absolwenci naszej uczelni nie będą mogli zrozumieć i prawidłowo przyswoić kolejnych stopni wiedzy, potrzebnych by stać się dobrymi lekarzami.

Autor jest prof. dr hab., kierownikiem Zakładu Histologii i Embriologii UMB.

Nagroda za habilitację

Rozmowa z dr. hab. Adrianem Chabowskim z Zakładu Fizjologii UMB.

Niedawno odebrałeś nagrodę Prezesa Rady Ministrów za rozprawę habilitacyjną. To wielkie osiągnięcie naukowe. Czego dotyczyły twoje badania?

Przede wszystkim muszę zaznaczyć, że do lat 90. ubiegłego wieku w nauce istniał dogmat, zakładający jedynie dyfuzję bierną długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LCFA) w poprzek błony komórkowej, zgodnie z gradientem stężeń. Na początku obecnego stulecia wykazano jednak istnienie białkowych transporterów, które uczestniczą we wspomaganym transporcie wspomnianych LCFA do wnętrza komórki. Moja rozprawa habilitacyjna dotyczyła właśnie transporterów i ich udziału w przenoszeniu LCFA do wnętrza komórek.

Rozumiem, że zainteresowało cię to, co nowe i niezbadane. Chciałbym wiedzieć, co wynika z tego odkrycia?

Zawsze to, co nieznanne jest najbardziej fascynujące. Przede wszystkim fakt istnienia transporterów białkowych otwiera przed nami nowe możliwości zarówno diagnostycz-

ne, jak i terapeutyczne. Wykazano, że u pacjentów z otyłością, a także cukrzycą typu I i II, rośnie zawartość wspomnianych przeze mnie transporterów oraz zdolność transportu LCFA do wnętrza komórki przy ich współudziale. Skutkiem tego jest akumulacja lipidów we wnętrzu komórek, co prowadzi do lipotoksyczności. Na tej podstawie możemy próbować stwierdzić np. predyspozycję pacjentów do otyłości czy cukrzycy, bądź stopień nasilenia tych jednostek chorobowych. Poza tym, z terapeutycznego punktu widzenia, istnieje teoretyczna możliwość blokowania tych transporterów. Skutkiem takiej blokady będzie zahamowanie akumulacji lipidów we wnętrzu komórek, która to z kolei jest podłożem rozwoju insulinooporności tkanek obwodowych.

Twoja rozprawa habilitacyjna jest jedyną wyróżnioną w naszym regionie. Czy masz jakies przypuszczenia jak do tego doszło?

Prawdopodobnie, głównym powodem złożenia przez dziekana wniosku o tę nagrodę był wysoki współczynnik IF (około 24) opublikowanych wyników wspomnianych badań, choć sądzę, że niemniej istotnym był fakt, że znaczna większość badań została przeprowadzona w Zakładzie Fizjologii na naszej uczelni.

Jak oceniasz samą ceremonię wręczenia nagród?

Muszę przyznać, że panowała bardzo uroczysta atmosfera, ale najważniejsze jest to, że miałem możliwość bezpośredniej rozmowy z premierem Donaldem Tuskiem, jak i z minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – prof. Barbarą Kudrycką. Ponadto uważam, że była to świetna okazja do promowania naszej uczelni w środowisku naukowym.

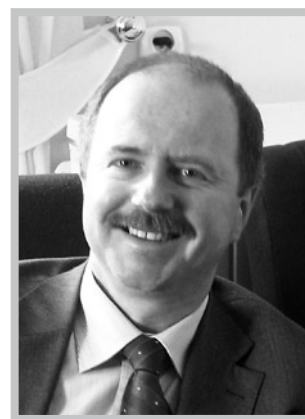
Rozmawiał: Walentyn Pankiewicz

Kolega z Zakładu Fizjologii UMB.



Dr hab. Adrian Chabowski odbiera dyplom z rąk premiera Donalda Tuska.

Mamy nowego kanclerza



KONRAD RACZKOWSKI

O siem lat pracy naukowo dydaktycznej w Instytucie Matematyki, 10 lat w bankowości, z tego 7 w Raiffeisen Bank, 4,5 roku pracy w zarządzie spółki Pronar – takie doświadczenie zawodowe ma Konrad Raczkowski – absolwent matematyki Filii Uniwersytetu Warszawskiego w Białymstoku, a od 5 stycznia 2009 kanclerz naszej uczelni.

W curriculum vitae nowego szefa administracji można wyczytać, że przez wiele lat współpracował z firmami konsultingowymi w przygotowaniu analiz finansowych, prywatyzacyjnych, restrukturyzacyjnych, że ma uprawnienia głównego księ-

gowego, członka rad nadzorczych spółek skarbu państwa, kursy z zakresu finansów i analizy finansowej, ukończony kurs doradców inwestycyjnych w zakresie publicznego obrotu papierami wartościowymi.

Od 1999 roku prowadzi zajęcia na kursach, organizowanych przez Stowarzyszenie Księgowych Oddział Okręgowy w Białymstoku, a od 2005 roku uczy statystyki i matematyki w Wyższej Szkole Ekonomicznej w naszym mieście.

O nowych obowiązkach mówi jeszcze niewiele. Na razie jest, jak twierdzi, na etapie rozpoznania. Zapewnia, że uczy się szybko i nie boi się nowych wyzwań.

– *Najważniejsza jest poprawa komunikacji między poszczególnymi jednostkami. Właściwy przepływ informacji to podstawa dobrego zarządzania* – twierdzi Konrad Raczkowski.

I chyba zna się na kierowaniu przedsiębiorstwem, bo na pytanie w jakich godzinach pracuje, odpowiada krótko:

– *Od 7.30 do 15.30, tak jak wszyscy i na razie nie ma powodu, aby było inaczej.*

Po takich słowach trudno kanclerza nie popubić.

Danuta Ślósarska



rys. Kazimierz Falkowski

Refleksje o starzeniu się człowieka

Z okazji obchodów pięciolecia Kliniki i Oddziału Geriatrii oraz trzydziściopięciolecia gerontologii na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, 14.02.2009 roku odbyła się jubileuszowa konferencja, poświęcona procesom starzenia się człowieka i schorzeniom wieku podeszłego.

Wykład wprowadzający pt. „Geriatria wczoraj, dziś i jutro” wygłosiła prof. dr hab. Barbara Bień – kierownik Kliniki Geriatrii UMB. Po niej głos zabrali prof. dr hab. Wojciech Pędich – honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego – z wykładem pt. „Gerontologia krytyczna – refleksje nad zmiennością wiedzy i postaw” oraz prof. dr hab. Tomasz Grodzicki – konsultant krajowy do spraw geriatrii – który omówił „Blaski i cienie terapii nadciśnienia u osób bardzo starych”.

Pacjenci zmagający się ze schorzeniami wieku podeszłego coraz częściej szukają pomocy w szpitalach, konsultują się z lekarzami i liczą na fachową opiekę w ośrodkach gerontologicznych. Jednym z najstarszych takich ośrodków jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. W 1974 roku na Wydziale Lekarskim utworzono Zakład Gerontologii, którym przez pierwsze 22 lata kierował prof. dr hab. Wojciech Pędich.

Gerontologia funkcjonowała jako zakład teoretyczny. Jej bazę kliniczną stanowił I Oddział Chorób Wewnętrznych ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniadeckiego, ordynowany również przez profesora Pędicha, a następnie przez prof. Marię Górską. Początkowo jednostka pozostawała w strukturze Instytutu Medycyny Społecznej, kierowanego przez prof. dr hab. Tadeusza Januszko. Po kilku latach aktywności naukowo-dydaktycznej ewoluowała w Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej, którego baza kliniczna

w latach 2000 – 2003, dzięki prof. dr hab. Włodzimierzowi Musiałowi, została przeniesiona do kierowanej przez niego Kliniki Kardiologii PSK-a.

Od 1998 roku kierownikiem Zakładu Gerontologii Klinicznej i Społecznej jest prof. dr hab. Barbara Bień.

Ewolucja gerontologii w geriatrię nastąpiła w 2004 roku wraz z powołaniem Oddziału Geriatrii Szpitala MSWiA w Białymstoku, stanowiącego bazę Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego. Od czasu powołania tej jednostki do dzisiaj, na 18 łóżkach hospitalizowano około 2,5 tysiąca osób o średniej wieku około 80 lat. Oprócz opieki nad pacjentami w wieku starszymi Klinika Geriatrii,

będąca jednostką organizacyjną Wydziału Nauk o Zdrowiu, kształci obecnie 450 studentów na ośmiu kierunkach tego Wydziału i 150 studentów na kierunku lekarskim Wydziału Lekarskiego, realizując blisko 2300 godzin dydaktycznych.

Około 650 publikacji, 36 magistrów pielęgniarstwa, 12 doktorów nauk medycznych, dwie habilitacje i dwa tytuły profesorskie oraz rozwinięcie szerokiej współpracy międzynarodowej i krajowej dzięki realizacji projektów unijnych i grantów MNiSzW – świadczą o rozwoju białostockiej gerontologii i geriatrii.

Barbara Bień

Prof. dr. hab., kierownik Kliniki Geriatrii UMB.



Uczestnicy konferencji. Od lewej: prof. dr hab. Piotr Błędowski – prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, dr n. med. Katarzyna Broczek – członek Zespołu Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, dr n. med. Janina Kokoszka-Paszkot – członek Zespołu Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, prof. Barbara Bień – kierownik Kliniki Geriatrii UMB; przewodnicząca Zespołu Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, prof. dr hab. Wojciech Pędich – honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska – członek Zespołu Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, prof. dr hab. Tomasz Grodzicki – konsultant krajowy ds. geriatrii.



*Pomysłodawca warsztatów
i pierwszy przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
– prof. Andrzej Czernikiewicz.*



*Aktualna przewodnicząca
Komitetu Organizacyjnego
– dr hab. Agata Szulc.*

Kameralnie o psychiatrii

VII Podlaskie Warsztaty Psychiatryczne, 22 – 24.01.2009 r. Białowieża

Niedawno odbyła się kolejna edycja Podlaskich Warsztatów Psychiatrycznych, organizowanych przez Klinikę Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku we współpracy z Podlaskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Było to już siódme wydanie konferencji.

Zaczynaliśmy w roku 2003, pod kierownictwem pomysłodawcy warsztatów – prof. Andrzeja Czernikiewicza. Przybyło wówczas 150 uczestników, w tym roku było ich już około 350. Chętnych było o wiele więcej, ale niestety warunki lokalowe w Białowieży nie pozwalają na sprawne zorganizowanie większej konferencji. Z drugiej strony, uczestnicy z całej Polski podkreślają niezwykły urok Białowieży, jako miejsca magii i mocy, i protestują przeciw jakiegokolwiek zmianie lokalizacji.

Ideą tych kameralnych warsztatów jest bezpośredni kontakt uczestników z ekspertami w różnych dziedzinach psychiatrii. W tym roku odwiedzili nas prof. Berna Ulug z Ankary i prof. Miro Jakovljevič z Zagrzebia. Przez dwa dni, uczestnicy mieli okazję porozmawiać na interesujące tematy, nawiązać znajomości.

Program naukowy konferencji w ciągu tych kilku lat ulegał stopniowej ewolucji.

Na początku dominowała tematyka schizofrenii – szczególnie jej pierwszego epizodu. Jak wiadomo, rozpoznanie i postępowanie w pierwszym epizodzie choroby często determinuje

dalszy przebieg procesu schizofrenicznego, a nierzadko całego życia pacjenta. Do dziś spieramy się na temat interwencji w stanach prepsychotycznych – takich, z których rozwinię się psychoza, ale w danej chwili bardzo trudno to przewidzieć. Ten spór jest od kilku lat tematem debaty pod kierownictwem prof. Andrzeja Czernikiewicza, z udziałem m.in. dr. Tomasza Szafrąńskiego z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i dr hab. Agaty Szulc z tutejszej kliniki.

Wyniki badań na temat zmian morfologicznych i neurochemicznych w mózgu w schizofrenii prezentowały wielokrotnie dr Beata Galińska i dr hab. Agata Szulc. Na temat schizofrenii wypowiadali się też najwybitniejsi krajowi eksperci: prof. Janusz Rybakowski, prof. Andrzej Rajewski, prof. Joanna Hauser (Poznań), prof. Alina Borkowska (Bydgoszcz), prof. Jerzy Samochowiec (Szczecin), prof. Jolanta Rabe-Jabłońska (Łódź) oraz profesorowie Marek Jarema i Andrzej Wciórka oraz dr hab. Bartosz Łoza (Warszawa).

W ostatnich latach warsztaty nieco zmieniają swój profil. Coraz częściej mówimy o psychoterapii, bo takie jest zapotrzebowanie uczestników. Mieliśmy zajęcia z ekspertami w tej dziedzinie, w tym terapii rodzinnej, m.in. z prof. Bogdanem de Barbaro z Krakowa, prof. Ireną Namysłowską z Warszawy, dr Marią Rostworowski z Krakowa, mgr. Jackiem Sochackim z Białegostoku. O depresji mówili: dr hab. To-

masz Sobów z Łodzi, dr hab. Łukasz Święcicki z Warszawy, prof. Jerzy Landowski z Gdańska, dr hab. Jan Jaracz z Poznania, prof. Leszek Bidzan z Gdańska.

Na ostatnich warsztatach dużym zainteresowaniem cieszyły się wykłady i warsztaty z seksuologii. Jest to dziedzina, która coraz bardziej zajmuje psychiatrów i psychoterapeutów, ponieważ pacjenci coraz śmiej poszukują pomocy „w tych” sprawach. Dlatego mieliśmy szczęście wysłuchać wykładu prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza i wziąć udział w warsztatach, prowadzonych przez dr. Michała Lwa-Starowicza i dr. Sławomira Jakimę.

W trakcie warsztatów omawiamy też związki sztuki z psychiatrią. Malarstwo, literatura, film – to dziedziny, które odzwierciedlają różne zaburzenia psychiczne, pokazują chorobę, psychopatologię, pomagają wiele zrozumieć zarówno profesjonalistom, jak i laikom. Tematy te pozwalają oderwać się nieco od „receptorów i szlaków neurotransmisji”.

Na kolejnych spotkaniach planujemy skupić się na problematyce choroby afektywnej dwubiegunowej – zaburzeniu, które staje się centrum zainteresowania współczesnej światowej psychiatrii.

Podlaskie Warsztaty Psychiatryczne zmieniają się i dojrzewają wraz z polską psychiatrią.

Agata Szulc

Dr hab., kierownik Kliniki Psychiatrii UMB.

15

Problemy stare – rozwiązania nowe

W dniach 16 – 18 stycznia 2009 roku w Białowieży odbyła się VI Ogólnopolska Konferencja „Zaburzenia seksualne – postępy w leczeniu”, połączona z XI Polsko-Białoruskim Sympozjum Urologów. Organizatorem spotkania był, jak co roku, zespół Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, pod kierownictwem prof. dr hab. Barbary Darewicz.

W spotkaniu wzięło udział 283 uczestników, przedstawiono 28 prac, poświęconych tematyce urologii i seksuologii oraz 3 prezentacje video zabiegów operacyjnych.

Zaczęli urolodzy

Część naukowa spotkania dotyczyła zagadnień z zakresu diagnostyki i leczenia raka stercza, łagodnego rozrostu stercza, pęcherza nadreaktywnego oraz wad układu moczowego. Profesor Marek Sosnowski, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, omówił najnowsze wytyczne leczenia hormonalnego raka stercza. Według standardów Europejskiego i Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego wskazaniami do hormonoterapii są: przerzutowy, nawrotowy, (wznowa: biochemiczna, miejscowa, systemowa) progresywny, miejscowo-zaawansowany, androgenowrażliwy rak gruczołu krokowego. Estrogeny są jedną z opcji postępowania tylko według wytycznych Towarzystwa Europejskiego.

Doc. Yushko, reprezentant Białoruskiego Państwowego Uniwersytetu Medycznego w Mińsku, zaprezentował autorski program rehabilitacji i leczenia

dzieci z pierwotnym obstrukcyjnym moczowodem olbrzymim. Przebadano grupę 231 dzieci w wieku 9 lat. Wskazaniem do leczenia chirurgicznego są: postępujące poszerzenie UKM, pogorszenie funkcji nerki (nerek) oraz nawracające infekcje dróg moczowych. Najczęściej wykonywanym zabiegiem była resekcja zwężenia i przeszczepienie moczowodu. Rzadziej wykonywano: nefroureterektomię, endoskopowe nacięcie lub wycięcie ureterocele, plastikę połączenia miedniczkiowo-moczowodowego z przeszczepieniem moczowodu w drugim etapie.

Wśród operowanych dzieci dobre wyniki leczenia odnotowano u 162 (86,1%), zadowolające – u 21 (11,2%), niezadowolające – u 5 (2,7%).

Skończyli seksuolodzy

Tematyka pierwszej sesji, poświęconej zaburzeniom seksualnym i postępowaniu w leczeniu, dotyczyła zaburzeń erekcji, dewiacjom seksualnym oraz aktywności seksualnej osób żyjących z HIV/AIDS.

Prof. Izdebski poruszył problem pacjentów zakażonych HIV. Większa część chorych deklaruje niemożność osiągnięcia zadowolenia w życiu seksualnym oraz problem z nawiązaniem trwałych relacji partnerskich, co wynika z przymusu zabezpieczania się, efektów ubocznych przyjmowania leków, objawów choroby oraz braku akceptacji ich schorzenia przez społeczeństwo. Problemem jest także utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej pacjentów zakażonych. Okazuje się, że rozmowy o seksualności z osobami żyjącymi z HIV pozwalają zmniejszyć negatywne skutki psychologiczne zakażenia, poprawiają jakość życia, wpływają na bardziej świadome podejmowanie decyzji, dotyczących seksu i prokreacji, a także przyczyniają się do zmniejszenia liczby nowych zakażeń.

Prof. Boroń-Kaczmarek omówiła medyczne aspekty zakażenia HIV/AIDS. Na świecie żyje ok. 40 mln zakażonych wirusem HIV, co roku wykrywanych jest 5 mln nowych zakażeń, a odsetek zakażonych kobiet sięga 50 procent. Główną drogą zakażenia



Prezentacja prof. M. Sosnowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

są kontakty heteroseksualne i ryzykowne zachowania seksualne. Wzrasta procent zakażeń wykrywalnych u ludzi młodych, w przedziale wiekowym 15 – 39 lat. W Polsce terapią antyretrowirusową objętych jest ok. 3000 chorych. Postępem w zakresie diagnostyki zakażenia HIV jest oznaczenie białka rdzeniowego HIV p24, co przyspiesza możliwość rozpoznania (skraca dotychczasowe okno serologiczne) do 2 tygodni od zakażenia. Nie jest to jednak jeszcze metoda stosowana standardowo.

W tej sesji mówiono również o seksualności ludzi w wieku średnim oraz o związkach nieskonsumowanych. Zgodnie z definicją, podaną przez dr Jakimę, *matrimonium non consumatum* określamy niemożność odbycia stosunku płciowego dopochwowego od samego początku związku, mimo podejmowanych prób ze strony jednego lub obojga partnerów. Dziewictwo nie jest warunkiem koniecznym, partnerzy mogli być wcześniej w innych związkach z udanym pożyciem. Do najczęstszych przyczyn ze strony partnera należą: zaburzenia erekcji oraz wytrysk przedwczesny, jak również hypolibidemia, awersja seksualna, tendencje homoseksualne, wady organiczne członka, znaczna otyłość lub zaburzenia psychiczne. U partnerek najczęstszym podłożem są: pochwica, dyspareunia, zaburzenia lękowe i zaburzenia osobowości, lęk przed ciążą i macierzyństwem, rygorystyczne wychowanie, hypolibidemia, awersja seksualna, wady rozwojowe narządów płciowych, zaburzenia psychiczne oraz schorzenia organiczne. Skutkami związku nieskonsumowanego mogą być: być rozpad małżeństwa, bezdzietność, związek „niemy” i zaburzenia depresyjne.

Przedstawiono analizę przebiegu i skuteczności leczenia 60 par, które zgłosiły się po pomoc, motywowane chęcią posiadania potomstwa lub uważające swój związek za „nienaturalny”. Leczenie, wynikające z przyczyny zaburzeń, polegało na: psychoterapii (terapia par, treningi behawioralne, psychoterapia indywidualna), treningu „fotelowym”, farmakoterapii – botulina, środkach rozkurczowych, hipnozie. Skuteczność leczenia sięgała 98 procent. Gorsze rokowanie i dłuższy czas leczenia związany jest z: zaburzeniami osobowości jednego lub obojga partnerów, dysfunkcją seksualną partnera

(głównie brak wytrysku) oraz lękiem przed ciążą (pomimo deklaracji posiadania dziecka).

Okazuje się, że im „śmielsze” formy seksu stosowane podczas terapii, tym szybciej następowała poprawa.

Druga sesja konferencji poświęcona była zaburzeniom hormonalnym i związanym z nimi schorzeniom i dysfunkcjom seksualnym. Dr Szymon Bakalczuk omówił zagadnienie obniżenia poziomu testosteronu u starzejących się mężczyzn. Poziom tego hormonu obniża się z wiekiem, po 40. r.ż. ok. 1 – 2

w terapii relacji partnerskich w związku, w którym przyczyną ich zaburzeń jest upośledzenie funkcji wzwodu partnera. Dla 66 procent mężczyzn po 40. roku życia seks jest ważnym elementem, determinującym jakość, a 90 procent uważa udany związek za kluczowy czynnik szczęśliwego życia.

Stwierdzono zmniejszoną reaktywność, popęd seksualny i poczucie satysfakcji kobiet, będących partnerkami mężczyzn z zaburzeniami erekcji. Skala zaburzeń korelowała ze stopniem ciężkości zaburzeń erekcji, ocenianym



Sobotnie obrady: prof. Barbara Darewicz, prof. Marek Sosnowski, prof. Zbigniew Lew-Starowicz.

procent rocznie. Obniżenie poziomu testosteronu poniżej 8 nmol/L (230 ng/dL) oraz manifestacja kliniczna w postaci: upośledzenia funkcji seksualnych i zmniejszenia libido, obniżenia nastroju, atrofii mięśni, zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej, jest wskazaniem do włączenia suplementacji. Przeciwwskazaniami do zastosowania leczenia hormonalnego są: potwierdzony lub podejrzewany rak gruczołu krokowego lub piersi, istotna policytomia, nie leczony zespół bezdechów nocnych oraz ciężkie choroby serca.

Włączenie suplementacji powoduje: spadek tłuszczu trzewnego, wyszczuplenie sylwetki, wtórny wzrost siły mięśniowej, poprawę funkcji seksualnych oraz istniejących zaburzeń metabolicznych i sercowo-naczyniowych.

Prof. Zbigniew Lew-Starowicz podzielił się swoimi doświadczeniami

przez mężczyzn. Wykazano, (z użyciem Female Sexual Function Index Score), że skuteczna terapia partnera (protezy członka, doustne leczenie inhibitorami fosfodiesterazy typu 5) mają korzystny wpływ na odczuwany poziom podniecenia seksualnego, stopień lubrykacji, orgazm oraz satysfakcję u badanych kobiet. Satysfakcja ze współżycia jest wyższa, kiedy partner leczony był sildenafilem, w porównaniu z grupą, w której podano placebo. U 69 procent partnerek, na skutek poprawy zdrowia seksualnego partnera, nastąpiła poprawa samopoczucia, samooceny oraz zainteresowania życiem seksualnym.

Ostatnią sesję poprowadzili prof. Kazimierz Krajka oraz prof. Waldemar Różański. Tematyka obejmowała najnowsze doniesienia, dotyczące

ALINA TERESA MIDRO

Figle

Szklą mikroskopu pozwalają zaglądać do komórki, zdradzając jej tajemnice. Struktury komórki zawierają informację o naszym wyglądzie, kierunku rozwoju, czasem o chorobach. Genetyk, oglądając chromosomy, może przewidzieć predyspozycje genetyczne i zagrożenia zaburzeniami rozwojowymi naszych dzieci bądź wnuków. Do takich zagrożeń należą translokacje chromosomowe, powstające w wyniku wymiany segmentów chromosomowych pomiędzy chromosomami niehomologicznymi, czyli należącymi do różnych par.

Jak opowiedzieć, prostym językiem, o skomplikowanych procesach cytogenetycznych rodzicom, którym urodziło się dziecko z nie zrównoważonym kariotypem, albo rodzicom, którzy są bezdzietni wskutek nawracających poronień samoistnych?

Ja opowiadam o chromosomach w następujący sposób. (Ryc. 1).

Jak rozbrykane konie

Chromosomy to mieszkanie genów zbudowanych z DNA. Dzięki przechodzeniu chromosomów do komórek potomnych geny przemieszczają się razem z nimi. Geny budują całą przyszłość organizmu, jego narządów, tkanek, a także przyszłość kolejnych pokoleń człowieka. W każdej komórce są zazwyczaj dwadzieścia trzy pary chromosomów. Podglądać można je pod mikroskopem świetlnym, nawet nieelektronowym, w czasie gdy pozbawione są swej zasadniczej aktywności, gdy sami zmusimy je do leniuchowania. Jak to zrobić?

Są jak twory przypominające rozbaczki z tzw. centromerem w środku, łączącym ramiona górne i dolne chromosomów. Centromer to miejsce do którego przyczepiają się nici białkowe, kiedy chromosomy wybierają się w podróż na biegun komórki. Każda para zmierza do bieguna, położonego na przeciwległym końcu komórki. Pary żegnają się ze sobą na zawsze. Czasem to pożegnanie bywa trudne. Takie ma-



Posiedzenie Sekcji Medycyny Seksualnej i Andrologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego, od lewej: prof. Kazimierz Krajka, prof. Marek Sosnowski, lek. Marta Skrodzka.

⇐ *cd. ze str. 17*

chirurgicznego leczenia dysfunkcji seksualnych. Prof. dr hab. Barbara Darewicz omówiła kontrowersję, dotyczące chirurgicznego podwiązania nasieniowodów /wazektomia/, jako rodzaju antykoncepcji męskiej. Wykonywanie tego zabiegu w Polsce jest zabronione i podlega ściganiu na mocy artykułu 156 kodeksu karnego, a mimo to, jak donoszą portale internetowe, jest wykonywany w gabinetach prywatnych. Około 6 procent mężczyzn poddanych wazektomii chce odwrócić efekt zabiegu, przywrócić drożność nasieniowodów. Najczęstszym powodem decyzji jest chęć posiadania potomstwa w nowym związku partnerskim.

Prof. B. Darewicz przedstawiła osiągnięcia Kliniki Urologii w Białymstoku w mikrochirurgicznych operacjach rekonstrukcyjnych przywracania drożności nasieniowodów /wazowazostomii/, omawiając poszczególne etapy zabiegu, posiłkując się nagraniem video.

Prof. Kazimierz Krajka zaprezentował w technice multimedialnej własne operacje sigmoideo-wagino-plastyki, jako element konwersji chirurgicznej u transseksualistów typu mężczyzna/kobieta.

Druga prezentacja dotyczyła chirurgicznej korekty kształtu prącia, patologii, polegającej na nadmiernym

przygięciu prącia w czasie wzwodu w kierunku powłok brzucha, uniemożliwiającym jego odgięcie i penetrację pochwy. Z powodu braku adekwatnego określenia tej patologii, prof. Krajka zaproponował terminologię „ostrowzwodu”, tłumacząc zagadkowy temat swojej prezentacji.

Po zakończeniu obrad odbyło się zebranie Sekcji Medycyny Seksualnej i Andrologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Podczas spotkania prof. Krajka przedstawił sprawozdanie z działalności sekcji od stycznia 2005 do czerwca 2008.

W trakcie posiedzenia wybrano nowe władze sekcji. W drodze głosowania wyłoniono zarząd oraz komisję rewizyjną w następującym składzie: przewodnicząca sekcji – prof. Barbara Darewicz, wiceprzewodniczący – prof. Kazimierz Krajka, członkowie – prof. Dudkiewicz, dr Kudelski, dr Wolski, dr Gałek, komisja rewizyjna: dr Malczyk, dr Burzański, dr Kardasz.

Podczas wieczoru zorganizowano kwestę na działalność Fundacji Pomocy Urologom im. Wojciecha Husiatyńskiego, wspierającą finansowo rodziny przedwcześnie i nagle zmarłych urologów.

Autorzy: lek. Marta Skrodzka, prof. Barbara Darewicz, dr Jacek Kudelski

chromosomów

luchy, jakim jest para numer 21, potrafią zrobić figla i pomiędzy nogami dłuższych chromosomów przemknąć razem do tego samego bieguna. Takie figle mają poważne konsekwencje. Powodują: bałagan informacyjny, który rodzi się z połączenia z inną komórką, niejednokrotnie śmierć albo niepełną pracę mózgu człowieka.

Komórka podtruta kolchicyną, truczną wytwarzaną z ziemowita – pięknego, fioletowego kwiatu jesieni – szybko traci pętle wrzecionka kariokinetycznego. Wówczas chromosomy, jak rozbrykane konie, pozbawione lejc i wyzwolone z uprzęży, rozbiegają się swobodnie po okolicy. Piją chciwie, podstępnie podany im, hipotoniczny roztwór 0,4% KCL i pęcznią z zadowolenia po dodatkowym wypiciu „kilku głębszych” metanolu. Nawet nie wiedzą, że komórka jest w szoku i nie wyjdzie już z tego obronną ręką. Oswobodzone chromosomy będą się teraz „wylegiwać” i leczyć kaca po tych „kilku głębszych”. Nie szkodzi im metanol, zwłaszcza ten z dodatkiem kwasu octowego, najlepiej lodowatego. „Zaprawione” chromosomy są piękne, leżakują sobie, przyjmując najróżniejsze pozy – głową w dół, nogami w poprzek albo odwrotnie. Te, które mają czułki

– satelity na głowie, czyli chromosomy akrocentryczne, lubią tworzyć grupki asocjacyjne i gwarzyć o przeszłości jąderkowych zmagani, podczas istnienia jeszcze pełnej komórki, gdy w interfacie tworzyły jąderko komórkowe. Chromosomy możemy podkolorować, najlepiej na fioletowo lub różnymi odcieniami granatu. Dopiero wtedy lubią się fotografować. Potem ostrożnie niemy taką fotografię i ustawiamy chromosomy parami, jak żołnierzy w szeregu – na baczność! Kompania A, drużyna B, aż do G. Głowa w górę, plecy wyprostowane, kolana zwarte. Chciałoby się wydać komendę: „Równaj w lewo! Naprzód marsz!”.

Pani Trypsyna

Jeśli chcesz, możemy je dziś sfotografować aparatem cyfrowym i już nożyczki nie będą potrzebne. Komputer sam ustawi nasze zuchy w szeregu i dopiero wtedy okaże się, kto się zgubił, a kto zabłądził nie do swojej komórki. Komputer ma jednak swoje wymagania. Woli, abyśmy je pomalowali we wzorki, w charakterystyczne poprzeczne paski, by mógł odróżnić każdą parę. Zazwyczaj jego praca jest kontrolowana przez doświadczonego cytogenetyka. Wtedy, przed barwie-

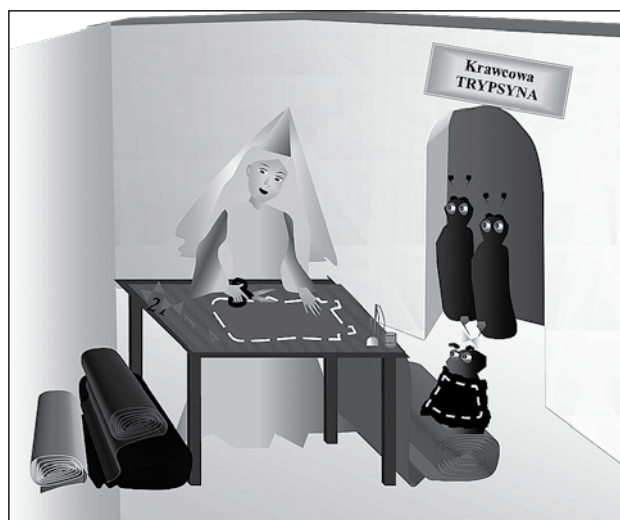
niem, musimy dodatkowo zaproponować chromosomom saunę. Wiem, że one to lubią i pocą się z rozkoszą. Ich kostiumy są szyte na miarę. Każdemu chromosomowi w indywidualnie dobranych wzorach. Największym powodzeniem cieszy się pani Trypsyna. Najlepsza z niej krawcowa. Możesz u niej wybrać pożądane wzornictwo. To ona szykuje odpowiednie stroje. Te bogate, w poprzeczne paski typu GTG lub RBG, a te skromniejsze typu CBG, ograniczone tylko do wyciemnienia okolic szyi chromosomowej, czyli centromerów albo okolic brzuszka, widoczne w formie przewężeń wtórnych. (Ryc. 2).

Wyniosły pan Budr i nie mniej zarozumiały pan Metatreksat przyjmują zamówienia, każdy oddzielnie, w swoich gabinetach. Lubią projektować ubiory klasy hrabiowskiej, z metką hr. RBG. Dobrze to dla długonogich chromosomów, choć te nie zawsze są zadowolone. Długie nogi, w długich sukniach czy frakach, nieustannie się plączą i wtedy doprawdy trudno jest utrzymać równowagę i odnaleźć swoją partnerkę. Wystrojone i odświeżone jak na sylwestrowy bal, mogą dopiero

cd. na str. 20 ⇔



Ryc.1

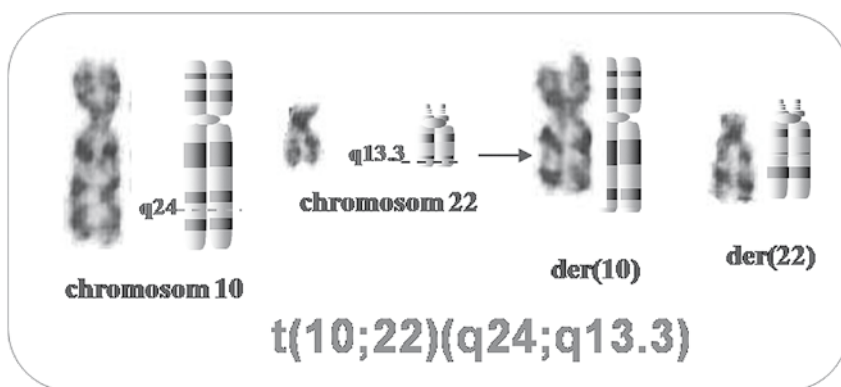


Ryc.2

pójść do programu komputera. Tak jak w tańcu, odnajdą swoich partnerów, mają tak dobrane stroje, aby każda para miała ten sam kostium, taki sam wzór na długich i krótkich ramionach, takie same poprzeczne paski. Można dodać, że to moda wzięta prosto z Paryża, tam bowiem, na konferencji w 1970 roku, po raz pierwszy opracowano nazewnictwo prążków chromosomowych. Obowiązuje ono do dziś. Magiczne 46 – to liczba chromosomów, potem przecinek, a następnie informacja czy są dwa XX, czy XY, (czyli czy to chłopiec, czy dziewczynka). Najczęstsze rozpoznanie cytogenetyczne to 46, XX lub 46, XY. Nazewnictwo cytogenetyczne jest swoistym językiem, zrozumiałym dla wszystkich cytogenetyków na świecie. Ostatnia wersja poprawek do międzynarodowej nomenklatury cytogenetycznej pochodzi z roku 2005, ale już trzeba opracować nowe poprawki wraz z wprowadzanymi nowymi technologiami.

Po uściskach – rozstania

Zastanawiające jest, dlaczego ten sam odcinek chromatyny, czyli chromosom, zawsze przyjmuje ten sam kształt. Oglądając spakowaną chromatynę w stadium metafazy cyklu podziału mitotycznego komórki w warunkach prawidłowych, zawsze widzimy taki sam obraz: 23 pary chromosomów homologicznych. Inaczej jest w przypadku chromosomów zmienionych strukturalnie, jak na przykład we wspomnianej wcześniej translokacji chromosomowej. Chromosomy, po wymianie segmentów w wyniku translokacji, różnią się między sobą kształtem, wielkością, położeniem centromeru i wzorem poręcznych prążków. Jeden jest za mały, drugi o tyle samo za duży (Ryc. 3) – o taki sam odcinek czy segment. Partnerskie chromosomy mają potem kłopoty w mejozie podczas koniugacji, czyli tworzenia się ściśle połączonych par. Zamiast bivalentu do przeprowadzenia rekombinacji, chromosomy zaangażowane w translokacji – utworzą kwadriwalent. Jest on złożony nie z dwóch, jak zwykle przy rekombinacji chromosomów partnerskich, ale aż z czterech koniugujących chromosomów. Po uściskach, czyli wymianie swych odcinków pomiędzy ramionami kwadriwalentu, znowu nadejdzie czas szczególnych rozstań, jakie mają miejsce także w okresie podziału



Ryc. 3. Schemat zrównoważonej translokacji chromosomowej wzajemnej $t(10;22)(q24;q13.3)$.

mejotycznego. Chromosomy muszą się rozdzielić, by przejść do komórki potomnej. Powstaje dylemat: w jakim towarzystwie, kto, z kim i jak?

Różne aranżacje

W konsekwencji, odbywa się to za pomocą różnych scenariuszy: w sposób symetryczny (po dwa chromosomy), asymetryczny (grupami po trzy albo cztery chromosomy) lub też pojedynczo. Jeśli parami, to po sąsiedzku, czyli w sposób przyległy albo też naprzemiennie. Gamety, po rozdziale naprzemiennym chromosomów z kwadriwalentu, zachowują zrównoważoną formę materiału genetycznego. Rozdziały chromosomów sąsiedzkie (przyległe) prowadzą zaś do niezrównoważenia materiału genetycznego, a w konsekwencji, po zapłodnieniu, do wad rozwojowych i ograniczonej przeżywalności embrionów, płodów czy noworodków.

U nosicieli translokacji chromosomowych zrównoważonych produkowane są gamety o różnej zawartości materiału genetycznego i to jest główny powód różnorodności zaburzeń u późniejszego potomstwa tej samej rodziny.

Dlatego też, w rodzinach z translokacjami chromosomowymi nierządkiem obserwujemy zwiększoną częstość poronień samoistnych i wad rozwojowych u potomstwa. Efekt kliniczny niezrównoważenia kariotypu wyznaczony jest przez rodzaj genów, pozostających w nadmiarze i/lub w niedoborze. Zmienia się on od translokacji do translokacji chromosomowej. Nakładają się na to jeszcze inne uwarunkowania, takie jak: rodzaj genów położonych w punktach złamania, zaburzenia ich ekspresji wskutek zmiany położenia wobec własnych czynników regulacyjnych i powstawania nowych właściwości wskutek fuzji molekularnych z innymi odcinkami DNA.

Okazuje się, że naprawcze mechanizmy, istniejące na poziomie zygoty, również mogą prowadzić do patologii, wynikającej z jednorodzicielskiej disomii genów, podlegających piętnowaniu, czyli imprintingowi. Konsekwencją mechanizmów naprawczych niezrównoważenia mogą być zaburzenia, wynikające z tworzenia pary alleli jednorodzicielskich genów, czyli takich, o których wiemy, że ich efekt działania przekłada się na to po kim odziedziczyliśmy dany gen: czy po mamie, czy po tacie. Ale to już inna historia.

Boimy się błędów w samej informacji genetycznej, które, przez mechanizmy jej powielania, rozprzestrzeniają się w organizmie, a potem mogą przechodzić do kolejnych pokoleń, tworząc patologie poprzez odpowiednie układy powiązań.

Nie mniej ważnym jest problem dostępności do informacji genetycznej, zawartej w łańcuchu DNA. Istotny jest jej odczyt, który jest regulowany między innymi stopniem upakowania szpilek w strukturze, jaką razem tworzą białko i DNA, czyli elementy, które decydują o budowie chromatyny. Z tego względu, nieco inaczej spoglądamy dzisiaj na chromosomy i badamy efekty ich rearanżacji na organizm i rozwój człowieka. Niezależnie od tego, zmierzamy się z problemami konkretnych osób i podejmujemy próbę wytułumaczenia im, w prosty sposób, zawilosci genetyki. Dzięki temu mogą one podejmować decyzje, dotyczące przyszłości ich rodzin, dotkniętych zaburzeniami podłoża genetycznego.

Autorka jest prof., kierownikiem Zakładu Genetyki UMB.

Ryciny wykonała: dr Anna Jelska doktorantka z Zakładu Genetyki Klinicznej UMB

Nobliści rodem z ziemi polskiej

Nobliści w dziedzinie fizyki

Maria Skłodowska-Curie – ur. 7 listopada 1867 roku w Warszawie, zm. 4 lipca 1934 roku w Sancellemoz we Francji. Wybitny fizyk, chemik. Współtwórczyni nauki o promieniotwórczości i chemii jądrowej. Jako pierwsza kobieta, w 1906 roku została profesorem paryskiej Sorbony, a w 1922 roku członkiem Paryskiej Akademii Nauk. W 1903 roku z P. Curie i H. A. Becquerelem otrzymała Nagrodę Nobla za badania nad zjawiskami promieniotwórczości. Jest jedyną wśród kobiet dwukrotną noblistką. Była inicjatorką budowy Instytutu Radowego w Warszawie. Jej imię nosi, utworzony w 1945 roku, Uniwersytet w Lublinie.

Albert Abracham Michelson – ur. 19 grudnia 1852 roku w Strzelnie na Kujawach, zm. 9 maja 1931 roku w Stanach Zjednoczonych. Profesor fizyki na Uniwersytecie w Cleveland i w Chicago. Konstruktor przyrządów optycznych – interferometrów. Wykazał brak wpływu ruchu źródła światła na prędkość światła, co stanowi jedną z podstaw doświadczalnych szczególnej teorii względności. W 1907 roku otrzymał Nagrodę Nobla. W rodzinnym mieście, Strzelnie, w siedzibie biblioteki miejskiej, odsłonięto w 1963 roku tablicę, upamiętniającą sławnego noblistę.



Otto Stern – ur. 17 lutego 1888 roku w Żorach na Górnym Śląsku, zm. 17 sierpnia 1969 roku w Berkeley w USA. Był profesorem fizyki Uniwersytetu

w Hamburgu (Niemcy) i Carnegie Institute of Technology w Pittsburgu (USA). W 1943 roku laureat Nagrody Nobla za „wkład w rozwój metod badań nad promieniowaniem molekularnym oraz za odkrycie momentu magnetycznego protonu”.

Isidor Isaac Rabi – ur. 29 lipca 1898 roku w Rymanowie, zm. 11 stycznia 1988 roku w Nowym Jorku. Profesor fizyki Columbia University w Nowym Jorku, gdzie zajmował się fizyką jądrową, mechaniką kwantową i magnetyzmem. W 1944 roku otrzymał Nagrodę Nobla za metodę rezonansową ustalenia magnetycznych właściwości jąder atomowych. Potwierdził, że wchodzące w skład jąder atomowych protony wytwarzają, przez swój ruch wirowy, słabe pole magnetyczne.

Max Born – ur. 11 grudnia 1882 roku we Wrocławiu, zm. 5 stycznia 1970 roku w Getyndze. Profesor fizyki Uniwersytetu w Berlinie, Getyndze i Edynburgu. Był jednym z twórców mechaniki kwantowej i statystycznej interpretacji funkcji falowej. Max Born z W. Bothe otrzymał Nagrodę Nobla w 1954 roku. Dom rodzinny Bornów zachował się do dziś przy pl. Wolności 4 we Wrocławiu. Widnieje na nim pamiątkowa tablica. Instytut Fizyki Teoretycznej we Wrocławiu rok rocznie organizuje sympozjum naukowe Maxa Borna.

Maria Goeppert-Mayer – ur. 28 czerwca 1906 roku w Katowicach, zm. 20 lutego 1972 roku w San Diego w USA. Pracowała nad modelem powłokowej budowy jąder. Za to odkrycie (z H. J. D. Jensenem i E. P. Wignerem) otrzymała Nagrodę Nobla w 1963 roku.

Klaus von Klitzing – ur. 28 czerwca 1943 roku w Środzie Wielkopolskiej. Jest dyrektorem Instytutu Maxa Plancka w Stuttgarcie. Zajmuje się badaniami nad półprzewodnikami, właściwościami

gazu elektronowego w temperaturach bliskich zera bezwzględnego i w bardzo silnych polach magnetycznych. Nagrodę Nobla otrzymał w 1985 roku za odkrycie ułamkowego zjawiska Halla. Uczestniczył w Zjeździe Fizyków Polskich w Warszawie i we Wrocławiu.

W 2003 roku jego nazwiskiem nazwano asteroidę, krążącą między Jowiszem a Marsem.

Georges Charpak – ur. 1 sierpnia 1924 roku w Dąbrowicy, w woj. polskim. Profesor fizyki w Wyższej Szkole Fizyki i Chemii w Paryżu. Jego prace dotyczą detekcji promieniowania jądrowego i zastosowania cząstek elementarnych w biologii i medycynie. Nagrodę Nobla otrzymał w 1992 roku za „odkrycia i opracowania w dziedzinie detekcji promieniowania, w szczególności skonstruowanie wielodrutowej komory proporcjonalnej”.

Nobliści w dziedzinie chemii



Maria Skłodowska-Curie – W 1911 roku otrzymała Nagrodę Nobla za odkrycie pierwiastków promieniotwórczych – polonu i radu. Polon swą nazwę otrzymał na cześć ojczyzny M. Skłodowskiej-Curie.

Fritz Haber – ur. 9 grudnia 1868 roku we Wrocławiu, zm. 29 stycznia 1934 roku w Bazylei w Szwajcarii. Profesor w Wyższej Szkole Technicznej w Karlsruhe i w Instytucie Chemii Fi-

⇐ *cd. ze str. 21*

zycznej im. Cesarza Wilhelma w Berlinie. Zajmował się badaniami w zakresie elektrochemii i katalizy. Nagrodę Nobla otrzymał w 1918 roku za opracowanie syntezy amoniaku. W 1994 roku nazwisko Fritza Habera umieszczono na tablicy gmachu głównego Uniwersytetu Wrocławskiego. Popiersie noblisty wykuto w marmurze i umieszczono w 2002 roku w galerii „Wielcy Wrocławianie” we wrocławskim ratuszu.

Walther Hermann Nernst – ur. 25 czerwca 1864 roku w Wąbrzeźnie koło Torunia, zm. 18 listopada 1941 roku w Niwicy (woj. lubuskie). Profesor chemii i fizyki w Berlinie. Pracował nad syntezą gazów bojowych, za co był prześladowany. Odkrył jedno ze zjawisk termomagnetycznych (zjawisko Nernsta-Ettingshausena), sformułował III zasadę termodynamiki (zasada Nernsta). Nagrodę Nobla otrzymał w 1920 roku. W Wąbrzeźnie znajduje się tablica pamiątkowa, poświęcona nobliście.

Friedrich Bergius – ur. 11 października 1884 roku w Złotnikach na przedmieściach Wrocławia, zm. w Buenos Aires 30 marca 1949 roku. Profesor Uniwersytetu w Hanowerze, Essen i Heidelbergu. Opracował metodę otrzymywania benzyny syntetycznej, polegającą na katalitycznym uwodornieniu węgla.

Nagrodę Nobla otrzymał z C. Boschem w 1931 roku.

Kurt Alder – ur. 10 lipca 1902 roku w Chorzowie, zm. w Kolonii 20 czerwca 1958 roku. Górny Śląsk zawsze nazywał swoją „małą ojczyzną”. Profesor chemii Uniwersytetu w Kolonii. W 1950 roku z O.P. Dielsem otrzymał Nagrodę Nobla „za odkrycie i rozwój syntezy dienowej”.

Jego imię nosi jeden z kraterów na Księżycu oraz ulica w Kolonii.

Roald Hoffmann – ur. 18 lipca 1937 roku w Złoczowie (woj. lwowskie). Mieszka w USA. W 1991 roku otrzymał Nagrodę Nobla za teorię tłumaczącą przebieg reakcji chemicznych. Roald Hoffmann jest również poetą, popularyzatorem chemii, autorem i prezydentem dwóch amerykańskich programów telewizyjnych „Świat chemii” oraz „Świat molekularny”.

Nobliści w dziedzinie medycyny lub fizjologii

Emil Adolf von Behring – ur. 15 marca 1854 roku w Ławicach koło Iławy na Mazurach, zm. w Marburgu w Niemczech 31 marca 1917 roku. Bakteriolog, profesor Uniwersytetu w Halle i Instytutu Terapii Doświadczalnej w Marburgu. W 1890 roku wynalazł surowicę przeciw śmiertelnym chorobom – tężcowi i dyfterytowi. Razem z S. Kitasato otrzymał w 1901 roku Nagrodę Nobla za „prace w dziedzinie terapii za pomocą serum, przez co otworzył nową drogę w naukach medycznych i w ten sposób włożył w ręce lekarza zwycięską broń w walce przeciwko chorobie i śmierci”. Ku jego czci władze powiatu iławskiego ogłosiły rok 2004 „Powiatowym Behringowskim Rokiem Higieny i Zdrowia”. Jego imię nosi Centralne Laboratorium Szpitala Powiatowego w Iławie. Również w Olsztynku, w 100. rocznicę przyznania Nobla, jedną z ulic nazwano jego imieniem.

Paweł Ehrlich – ur. 14 marca 1854 roku w Strzelinie koło Wrocławia, zm. 20 sierpnia 1915 roku w Bad Homburg w Niemczech. Lekarz, bakteriolog, chemik. Pracował w Instytucie Chorób Zakaźnych w Berlinie i w Doświadczalnym Instytucie Terapii we Frankfurcie nad Menem. Pionier współczesnej chemioterapii. Odkrywcą, z S. Hatą, pierwszego skutecznego leku przeciw kile – salwarsanu tzw. „zbawczego awsensu”, zwanego też preparatem 606. Nagrodę Nobla otrzymał w 1908 roku z J. I. Miecznikowem. Podobizna Ehrlicha widniała na dwustumarkowym banknocie.

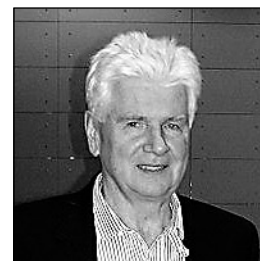
Gerhard Domagk – ur. 30 października 1895 roku w Łagowie, zm. 23 kwietnia 1964 roku w Burgberg k. Königsfeld w Schwarzwaldzie (Niemcy). Patolog i mikrobiolog, profesor Uniwersytetu w Münster. Odkrył przeciwbakteryjne działanie sulfonamidów. Nagrodę Nobla otrzymał w 1939 roku za odkrycie antybakteryjnego działania prontosilu. Rozgłos przyniosło Domagkowi wyleczenie syna prezydenta Roosevelta, który cierpiał na zapalenie węzłów chłonnych szyi.

Tadeusz Reichstein – ur. 20 lipca 1897 roku we Włocławku, zm. 1 sierpnia 1996

roku w Szwajcarii. Biochemik, profesor Uniwersytetu w Bazylei. Dokonał syntezy kwasu askorbinowego (wit. C). Wyzolował hormony steroidowe z kory nadnerczy (kortyzon i aldosteron) oraz ustalił ich strukturę. Nagrodę Nobla otrzymał z E. Kendalllem i P. Henchem w 1950 roku.

Konrad Emil Bloch – ur. w Nysie 21 stycznia 1912r., zm. 15 października 2000 roku w Burlington w USA. Profesor biochemii Uniwersytetu w Chicago i w amerykańskim Cambridge. Prowadził badania zarazków gruźlicy i były to pierwsze poszukiwania biochemiczne. Nagrodę Nobla, z T. Lynenem, otrzymał w 1964 roku za badania nad syntezą cholesterolu i przemianami kwasów tłuszczowych w organizmach żywych.

Andrzej Wiktor Schally – ur. 30 listopada 1926 roku w Wilnie, mieszka w USA. Biochemik, profesor i kierownik laboratorium peptydów w Szpitalu Weteranów w Nowym Orleanie. Nagrodę Nobla, z R. Guilleminem i R. Yalowem, otrzymał w 1977 roku za badania nad strukturą, syntezą i działaniem hormonów peptydowych podwzgórza.



Günter Blobel – ur. 21 maja 1936 roku w Niegosławicach (woj. lubuskie). Profesor biochemii na Uniwersytecie w Nowym Jorku. Ustalił, że określone sekwencje aminokwasów są sygnałem, kierującym białka do określonych struktur komórki – „hipoteza sygnałowa Blobela”.

Za to odkrycie otrzymał w 1999 roku Nagrodę Nobla.

Źródła:

- Brock W. H., *Historia chemii*, 1999.
- Schott H., *Kronika medycyny*, 1994.
- Wróblewski A. K., *Historia fizyki*, 2007.
- Pillich M., Pillich P., *Nobliści znad Wisły, Odry i Niemna*, 2005.

Opracowała: **Karolina Kondrat**
Studentka V roku Zdrowia Publicznego UMB.

Morderczy dymek

Przemysł tytoniowy

W przemyśle tytoniowym obowiązuje podział na tytonie papierosowe, tytonie cygarowe, tytonie ciężkie (tytoń fajkowy, tabaka, tytoń do żucia itp.).

Każde z nich, bez wyjątku, stwarzają zagrożenie dla homeostazy ludzkiego organizmu. Zarówno palenie, żucie, wążanie, czy też zażywanie pod jakąkolwiek inną postacią, ma zgubny wpływ na zdrowie człowieka.

Ponieważ w naszym kraju najpopularniejsze są papierosy, to na nich skupmy swoją uwagę.

Skład chemiczny

Dym papierosowy zawiera ponad 4800 związków chemicznych, z których 69 ma właściwości rakotwórcze. Jeden papieros zawiera prawie 1mg nikotyny – silnie trującego alkaloidu, który niezależnie od sposobu zażycia, przenikając przez błonę śluzową jamy ustnej i górnych dróg oddechowych, przedostaje się do krwi.

Nikotyna wchłaniana jest nawet przez nieuszkodzoną skórę. Wśród związków zaliczanych do rakotwórczych, do najważniejszych zalicza się węglowodory aromatyczne i nitrozaminy. Związki te powstają w wyniku niecałkowitego spalania tytoniu. Około

60% dymu tytoniowego to składniki fazy gazowej – azot, tlen, tlenek węgla, dwutlenek węgla, argon, metan, wodór (w 98,9%). Pozostałe 1,1% to: formaldehyd, acetylaldehyd, metanol, aceton, siarkowodór, akroleina, amoniak i dwutlenek azotu oraz silnie trujący cyjanowodór.

Choroby

Do chorób tytoniozależnych należą: choroby układu krążenia, układu oddechowego i nowotwory złośliwe. Wśród nich najgroźniejsze są: rak płuca, rak krtani, przewlekła obturacyjna choroba płuc i przewlekłe zapalenie oskrzeli. Palacze częściej też zapadają na rozedmę płuc. W grupie chorób układu sercowo-naczyniowego znajdują się takie choroby jak: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zawał czy udar mózgu.

Palenie tytoniu powoduje też zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic – chorobę Bürgera, a także zmiany miażdżycowe. Ponadto nikotyna zwiększa wydzielanie soku żołądkowego, co prowadzi do choroby wrzodowej. U zaawansowanych palaczy dochodzi do osłabienia sprawności seksualnej, jak również zakłócenia procesu spermatogenezy, co może prowadzić do niepłodności. Palenie osłabia pamięć

Tytoń (*Nicotiana L.*) – rodzaj roślin zielnych lub krzewów z rodziny psiankowatych (*Solanaceae*), obejmujący około 100 gatunków. Wszystkie uprawiane na skalę przemysłową tytoń należą do dwóch gatunków: *Nicotiana tabacum L.* i *Nicotiana Rustica*.

Tytoń szlachetny (*Nicotiana tabacum L.*) – roślina o szerokich, zaostzonych, pachnących liściach. Kwiaty ma różowe, czerwone, rzadziej białe lub żółte. Kwitnie od czerwca do września. Nasiona drobne, owalne. Dorasta do 3 metrów. Łodyga wydziela lepłą substancję i pokryta jest włoskami. Tytoń ma silnie rozwinięty system korzeniowy, rozrastający się na boki. *Nicotiana tabacum* prawdopodobnie pochodzi z Ameryki Południowej i powstała w wyniku krzyżówki *Nicotiana glauca* i *Nicotiana tomentosiformis* lub *Nicotiana tomentosa*. Jest rośliną uprawną, nie występuje w dzikich warunkach.

Machorka (*Nicotiana Rustica*) ma duże liście o jajowatym kształcie, bladeżółte kwiaty w kształcie trąbki. Jej nasiona są drobne, zachowują zdolność kiełkowania nawet do kilku lat. Łodyga tej rośliny jest gruba i omszona, a system korzeniowy niewielki. Osiąga 0,5 – 1,0 m wysokości. Jest rośliną jednoroczną. W stanie naturalnym występuje w Meksyku, Ameryce Płd. i południowej części USA. Hodowana w odpowiednich warunkach może zawierać dziesięciokrotnie więcej nikotyny niż tytoń szlachetny.

i możliwości koncentracji. Co więcej, u nałogowych palaczy wcześniej widoczne są oznaki starzenia.

Palenie lub przebywanie wśród palących, u kobiet w ciąży może powodować poronienia, urodzenia martwe czy też zespoły nagłej śmierci niemowlęcia. Zwiększa się ryzyko komplikacji w czasie ciąży i wad rozwojowych. Dzieci palących matek to często „wcześnieiki” z niską masą urodzeniową.

Palenie bierne

Dym tytoniowy szkodzi nie tylko aktywnym palaczom. Jego wpływowi



Tytoniowe pole.

cd. na str. 24 ⇨



Suszenie tytoniu.

⇐ *cd. ze str. 23*

podlegają też tzw. bierni palacze, którzy narażeni są na mieszaninę, składającą się w 85% z bocznego i w 15% z głównego strumienia dymu. Bierny palacz wdycha dym zarówno ten z głównego strumienia – wydychany przez palacza, jak i pochodzący ze strumienia bocznego.

Dym, unoszący się z końca papierosa, a nieprzechodzący przez palacza, zawiera do 4 razy więcej szkodliwych substancji, niż dym wydychany przez niego.

W strefie ognia papierosowego następuje termiczny rozkład – piroliza wielu związków toksycznych. Palenie bierne (z jęz. ang. „Environment Tobacco Smoke” – w skrócie ETS) ma duży udział w patogenezie chorób odytoniowych.

ETS jest najczęstszym źródłem niesprzyjających zdrowiu substancji w środowisku domowym. Chroniczne, bierne narażenie na dym tytoniowy jest równoznaczne z wypaleniem jednego papierosa dziennie. Osoby narażone na ETS mają o 20 – 30% zwiększone ryzyko raka płuca i o 25% choroby niedokrwiennej serca. Ryzyko wystąpienia przedwczesnego zgonu jest o 15% zwiększone, w stosunku do osób, przebywających w środowisku wolnym od dymu.

Czym skorupka nasiąknię

Zagrożenie zdrowia związane z nikotynizmem koreluje z wiekiem rozpoczęcia palenia. Ośmiu z dziesięciu nałogowych palaczy zaczęło palić przed ukończeniem 18. roku życia. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się m.in. we wpływach środowiskowych, modzie, łatwości dostępu do wyrobów tytoniowych, względnie niskich cenach czy też opacznie rozumianej wolności.

Prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia przez dziecko jest dwukrotnie większe, gdy jego rodzice są palaczami. Według światowych statystyk, przed 15. rokiem życia palenie rozpoczyna aż 45% 15-latków na Ukrainie, w Szwecji 37% dziewczynki i 11% chłopców. Do palenia przyznaje się ponad 30% 15-latków z Estonii, Bułgarii, Niemiec, ze Słowacji oraz z Grenlandii. W Polsce, chłopcy w wieku 7 – 8 lat mają już pierwsze próby palenia za sobą, dziewczęta sięgają po papierosy mając 12 – 13 lat, a w wieku 16 lat – pali 32% z nich.

Skutki ekonomiczne

Pandemia chorób tytoniozależnych ma również skutki ekonomiczne. Przykładowo, w roku 1999 w USA koszty, związane z sposób pośredni

i bezpośredni z chorobami odytoniowymi, wyniosły 157 miliardów dolarów, z czego 10 miliardów powiązane było z paleniem biernym. Dużo wyższy jest koszt zatrudnienia nałogowych palaczy, w porównaniu do osób niepalących. Wiąże się to m.in. z takimi czynnikami jak: zwiększona liczba dni niezdolności do pracy (około 30% w stosunku do osób niepalących), większe koszty ubezpieczenia, zmniejszona wydajność pracowników.

I tak dla porównania, w roku 2001 w USA, z powodu choroby, niepalący nigdy Amerykanie opuścili miejsce pracy na średnio 3,86 dni. Absencja byłych palaczy to 4,56 dni. Osoby palące przebywały na zwolnieniu 6,16 dni.

Trudno nie wspomnieć o jeszcze jednej, istotnej konsekwencji palenia – o pożarach. Około 10% wszystkich śmiertelnych ofiar ognia to osoby palące, które doprowadziły do tragedii tłącym się papierosem.

Tytoniowa pandemia

Chiny, Indie, Brazylia i Stany Zjednoczone Ameryki to główni producenci tytoniu na świecie. Zdolność wytwórcza Chin wynosi prawie 2300 tys. ton rocznie. Jest to bezsprzeczny lider w tej dziedzinie. Nawet Indie (595 tys. ton), Brazylia (521 tys. ton) i USA (408 tys. ton) razem wzięte nie są w stanie choćby zbliżyć się do tego wyniku.

Na świecie produkuje się 5,5 trylionów papierosów rocznie. W Polsce około 81 500 mln sztuk. Ponad 50% wyprodukowanych papierosów pochodzi z Chin, USA, Rosji i Japonii.

Na ziemi żyje około 1,1 – 1,2 miliarda ludzi uzależnionych od nikotyny, co oznacza, że problem ten dotyczy niemal 1/3 ludzkiej populacji. Osiemdziesiąt procent z nich to mieszkańcy Chin. Pięć milionów osób rocznie traci życie w następstwie szkodliwego działania tytoniu, a prognozy na przyszłość są jeszcze bardziej niepokojące. Zakłada się, że przy obecnej tendencji, w roku 2020 wskutek chorób odytoniowych umrze około 10 milionów ludzi.

Zygmunt Kosztyła

Chociaż w krajach rozwiniętych (jak chociażby USA) obserwowane jest systematyczne zmniejszanie się liczby osób palących, to w państwach rozwijających się tendencja ta jest odwrotna. Jak donoszą dane WHO, od 20 lat w większości państw Europy Północnej, Południowej i Zachodniej zmniejszył się odsetek osób aktywnie palących. Trend ten głównie dotyczy mężczyzn. W państwach takich jak Słowacja czy Federacja Rosyjska przybiera palaczy.

W Polsce pali coraz mniej osób i obecnie dotyczy to 37% mężczyzn i 23% kobiet.

Co do narażenia na ETS, przyjmuję się, że w krajach Unii Europejskiej aż 7,5 miliona niepalących osób jest narażonych na szkodliwe działanie dymu tytoniowego. W naszym kraju 80% ogółu stanowią tzw. palacze bierni. Na świecie, przeszło połowa dzieci żyje w środowisku narażenia na dym tytoniowy. W Polsce, odsetek ten szacuje się na około 70%. Dzieci z Estonii, Rumunii, Węgier, Macedonii, Chorwacji i Albanii są w gorszej sytuacji. Ekspozycja na ETS dotyczy 80% z nich. Według badań, przeprowadzonych w roku 2002, które swoim zasięgiem objęły 25 krajów Unii Europejskiej, na choroby tytoniozależne zmarło prawie 80 tys. osób niepalących. W Polsce – 8720 ludzi.

Walka z nikotynizmem

Proponuje się różne metody zwalczania palenia: zakaz reklam, nadruki informujące o szkodliwości palenia na opakowaniach lub też zakaz palenia w miejscach publicznych. Jednak najskuteczniejszą metodą wydaje się edukowanie ludzi, którego celem ma być wykształcenie w społeczeństwie negatywnej postawy wobec palenia i wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie.

Może, kupując kolejną paczkę papierosów, warto choć przez chwilę zastanowić się nad tym czy nie wpuszczamy do naszych domów powolnego, acz konsekwentnego w swych działaniach mordercę, przed którym nie zdołają nas ochronić choćby najlepsze zamki w drzwiach, a jedynie nasz zdrowy rozsądek.

Jan Gacko

Student V roku Zdrowia Publicznego
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zygmunt Kosztyła urodził się 26 lipca 1929 roku na Kujawach. Jego drogę życia wyznaczyła pamięć wojny, potrzeba obrony ojczyzny, zamiłowanie do historii ojczystej.

W maju 1951 roku ukończył Szkołę Oficerską Piechoty we Wrocławiu, a w sierpniu 1954 roku Szkołę Piechoty w Rembertowie. Zajmował wiele stanowisk dowódczych, był wykładowcą historii wojskowości. W roku 1955 podjął pracę w Studium Wojskowym Akademii Medycznej w Białymstoku. W pamięci studentów pozostał jako znakomity wykładowca, nauczyciel-przyjaciel, autor informatorów i przewodników historycznych szlakami Chwały Oręża Polskiego oraz organizator wycieczek historycznych po Białostocczyźnie i Kresach Wschodnich.

Zainteresowania historyczne Z. Kosztyły dotyczyły dziejów powstań narodowych i bitew stoczonych na ziemi białostockiej. Jest on autorem monografii: *Wrzesień 1939 na Białostocczyźnie*, *Samodzielna Grupa Operacyjna „Narew”*, *Oddział Wydzielony Wojska Polskiego Majora „Hubala”*; autorem rozdziałów w monografii *Obok Orła znak Pogoni*.

W jego dorobku znajdują się publikacje, poświęcone historii służby zdrowia na Białostocczyźnie: *Początki szpitalnictwa w Białymstoku*, Roczn. AMB, 1959, s. 443 – 449; *Udział lekarzy w Powstaniu Styczniowym na Białostocczyźnie*, Roczn. AMB, 1962, s. 231 – 253; jest też współautorem rozdziałów: *Wojskowa Służba zdrowia we wrześniu 1939 roku na Białostocczyźnie*, s. 5 – 18 i *Służba sanitarna polskiego ruchu oporu w regionie białostockim* s. 51 – 57, zamieszczonych w monografii *Służba Zdrowia Białostocczyzny w II wojnie światowej*, 1985 oraz współautorem publikacji z zakresu organizacji wojskowej służby zdrowia, zamieszczonych w czasopiśmie *Lekarz Wojskowy*: „Zabezpieczenie medyczne oddziałów WP w walce o Berlin w roku 1945”, 1968, nr 2, s. 114 – 147; „Zabezpieczenie medyczne 1 Armii Wojska Polskiego w walkach o przełamanie Wału Pomorskiego”, 1968, nr 9, s. 800 – 806, „Zabezpieczenie medyczne walk 1 Armii Wojska Polskiego pod Dębem

i Puławami”, 1968, nr 9, s. 810 – 814; „Zabezpieczenie medyczne walk o Kołobrzeg w czasie II wojny światowej”, 1971, s. 483 – 488.

Dzięki staraniom Zygmunta Kosztyły w roku 1968 powstało Muzeum Wojska w Białymstoku. W roku 2008 obchodziło ono 40. rocznicę działalności.

Krzysztof Worowski

Prof. dr hab., kronikarz uczelni.



Płk dr n. hist. Zygmunt Kosztyła
(1929 – 1987).



*Rozmowa z Bożeną Kosztyłą-Hojną,
córką płk. dr. n. hist. Zygmunta Kosztyły,
wieloletniego pracownika Studium Wojskowego
Akademii Medycznej w Białymstoku.*

Ojciec Muzeum Wojska

Jaki wkład miał pani ojciec w rozwój Muzeum Wojska?

Historia zawsze była pasją taty. Jego dążeniem – stworzenie w Białymstoku muzeum wojska, na wzór Muzeum Wojska Polskiego w Warszawie. Dzięki jego poświęceniu i konsekwencji udało się to osiągnąć. Początkowo mieściło się ono w wynajmowanych pomieszczeniach, między innymi w Domu Koniuszego, gdzie ojciec gromadził eksponaty. Po kilku latach starań uzyskał budynek przy ul. Kilińskiego, w którym muzeum mieści się do dziś.

W celu pozyskania eksponatów podróżował po całej Polsce. Miał szerokie kontakty wśród kolekcjonerów. Uwielbiał malarstwo Kossaków i kupował ich dzieła od prywatnych kolekcjonerów, najczęściej w Krakowie. Gromadził też białą broń. Dzięki jego usilnym staraniom udało się uzyskać niemiecką maszynę szyfrującą Enigmę.

Ze względu na trudną sytuację finansową w kraju, tata na własną rękę podjął trud zdobywania środków na potrzeby tworzenia muzeum. Odwiedzał różne instytucje i sygnalizował potrzebę wsparcia jego działalności.

Był twórcą i pierwszym dyrektorem Muzeum Wojska. Miał w planach jego rozbudowę. Moja starsza siostra – Irena Kosztyła – kontynuuje działalność taty. Pracuje w Muzeum

*Dzięki jego staraniom
udało się uzyskać
niemiecką maszynę
szyfrującą Enigmę*

Wojska i zgodnie ze swoim wykształceniem prowadzi lekcje historii dla dzieci i młodzieży.

W Tykocinie, który ojciec lubił odwiedzać ze względu na historyczny klimat tego miejsca, zamierzał odbudować zamek i stworzyć w nim Dom Pracy Twórczej. Miał wielkie plany, niestety, zbyt szybka śmierć nie pozwoliła na ich realizację.

Jak zrodziło się zainteresowanie pani ojca historią?

Gdy był słuchaczem Wyższej Szkoły Oficerskiej we Wrocławiu, zaczął żywo interesować się historią wojskowości. Profesorowie Uniwersytetu Warszawskiego – Stanisław Herbst i Henryk Samsonowicz – mieli istotny wpływ na rozbudzenie zamiłowań taty do historii. Profesor H. Samsonowicz był zarazem promotorem jego pracy doktorskiej.

Zainteresowania ojca dotyczyły II wojny światowej, a zwłaszcza działań wojennych na Podlasiu. Szczególnym punktem zamiłowań była obrona odcinka Wizna. Wysoko cenił postawę kapitana Władysława Raginisa, naszego bohatera regionalnego. W swoich



*Płk dr n. hist. Zygmunt Kosztyła
w Muzeum Wojska.*

książkach starał się uwiecznić jego postać, powstał też obelisk.

Materiały do monografii zdobywał przez bezpośrednie kontakty z uczestnikami walk. Był perfekcjonistą, dlatego rzetelnie analizował wszystkie wydarzenia historyczne i jeśli jakaś informacja wzbudzała jego wątpliwości, to wyruszał po raz kolejny w teren i dopytywał ludzi. Konsekwentnie dążył do tego, by książki, których był autorem, odzwierciedlały minioną, wojenną rzeczywistość.

Organizował również, w stworzonym przez siebie skansenie partyzanckim w okolicy Czarnej Białostockiej, piękne imprezy plenerowe typu „Światło i dźwięk”. Uczestniczyli w nich żołnierze przebrani w stroje partyzanckie.

Był też konsultantem naukowym z zakresu historii w serialu „Odejścia i powroty”. Z wystawą „Wojsko polskie w sztuce ludowej” gościł dwukrotnie w Sztokholmie i w Niemczech. Nawet wtedy gdy z powodu postępującej choroby źle się czuł, nadal był czynny zawodowo i zorganizował ostatnią swego autorstwa wystawę pt. „Wojsko polskie w miniaturze”.

Pracował też na naszej uczelni.

Był wykładowcą w Studium Wojskowym Akademii Medycznej. Do dziś profesorowie i lekarze, którzy go znali, wypowiadają się o nim z sympatią i szacunkiem. Wspominają go jako człowieka życzliwego, sprawiedliwego, energicznego i bardzo lubianego przez studentów. Tata kochał młodzię i wspierał inicjatywy młodych ludzi. Często uczestniczył w zlotach harcerskich, ogniskach, spotkaniach plenerowych, w czasie których snuł opowieści historyczne. Umiał bajecznie opowiadać, pobudzając wyobraźnię słuchaczy.

Z dużym sentymentem wspominał profesora Witolda Sławińskiego, który był pierwszym kierownikiem Zakładu Biologii Akademii Medycznej i bliskim przyjacielem taty. Często razem wybierali się na długie wycieczki w okolice Supraśla. Tata był wykonawcą testamentu prof. Sławińskiego.

Rozmawiała: **Dorota Burel**

Bożena Koszyła-Hojna jest dr. hab. n. med.
Pracuje w Klinice Otolaryngologii Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku.



*Absolwenci pierwszego rocznika AMB
w towarzystwie prof. Jacka Niklińskiego – rektora UMB
i prof. Jana Stasiewicza – prezesa OIL w Białymstoku.*

Za pomyślność!

Klub Lekarza w OIL w Białymstoku to miejsce spotkań nie tylko aktualnie pracujących lekarzy, lecz również i emerytów, którzy w zacisznym, pełnym ciepła i rodzinnej atmosfery pomieszczeniu miło spędzają czas.

W tym roku 31 stycznia, jak zawsze w karnawale, spotkaliśmy się, aby wspólnie świętować ostatki. Były pączki, kawa i wino. Nasze spotkanie zaszczylicili swoją obecnością: rektor UMB – prof. Jacek Nikliński oraz prezes OIL – prof. Jan Stasiewicz.

Magnificencja Rektor przywitał się z nami serdecznie i powiedział:

– *Pierwsi absolwenci wspólnie z pierwszym rektorem AMB, prof. Tadeuszem Kielanowskim, tworzyli historię uczelni. Pamiętają o tym władze Uniwersytetu Medycznego i zapraszają na wszystkie uroczystości, związane z uczelnią. Ja będę również uczestniczył w Waszych spotkaniach z przyjemnością.*

Dziękujemy i serdecznie zapraszamy!

Wiele ciepłych słów usłyszeliśmy również od prof. Jana Stasiewicza, który życzył nam wielu lat wspólnych spotkań w klubie. Rozmowom, śmiechom i żartom nie było końca. Byliśmy szczęśliwi, że jesteśmy razem, że przyjaźń, która nas związała na pierwszym roku studiów – trwa.

To spotkanie miało dla nas szczególne znaczenie. Przypomniało nam młode lata i czas, gdy w karnawale w roku 1951, a więc już 58 lat temu, jako studenci pierwszego roku, piliśmy lampkę wina „za pomyślność” z naszym rektorem – ojcem, prof. Tadeuszem Kielanowskim.

Nie pozostaje nam nic innego, jak tylko wznieść toast – ad multos annos!

Teresa Kurowska

*Dr n. med. pierwsza, absolwentka
Wydziału Lekarskiego AMB.*

Na końcu świata



Dwór w Tołoczkach Wielkich. Fot. M. Grassmann.

MAGDALENA GRASSMANN

Wśród sokólskich wzgórz, strojnych o tej porze roku w śniegowe nakrycia, rozsiane są liczne siedziby dworskie w: Łosośnej, Pisarzowcach, Usnarzu, Miszkiennikach, Tołoczkach Wielkich i Małych. Niestety, po wielu z nich zostały tylko resztki murów, pojedyncze drzewa, część walczy z nieubłagany czasem. Niektóre, wskutek licznych przeróbek, dokonanych w formie architektonicznej, straciły dawny blask i w niczym nie przypominają tradycyjnych siedzib szlacheckich.

Ukryte wśród wzgórz

Tołoczki leżą tuż przy granicy z obecną Białorusią, przy dawnym gościńcu, łączącym Kuźnicę z Odelskiem. Dziś to spokojny, cichy zakątek, do którego zimą trudno dojechać. Dawniej leżał w samym centrum Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Tętnił życiem, mienił się wielością kultur i tradycji. Nazwa majątku – Tołoczki pocho-

dzi od nazwiska rodziny Tołoczków. Majątek należał do nich od początku XVI wieku. Wskutek jego rozdrobnienia, do 1775 roku wyodrębniły się trzy włości, wszystkie noszące nazwę Tołoczki. Jedną z nich należała do sędziego ziemi grodzieńskiej – Olizarowicza, drugą do Micutów, a trzecią – do Tołoczków.

Tołoczki Wielkie

Siedziba dworska, zwana dziś Tołoczkami Wielkimi, ulokowana została na wzgórzu, otoczonym z dwóch stron strumieniem Przerwa. Całość założenia zaprojektowano zgodnie z barokową zasadą. Głównym elementem kompozycji był drewniany dwór, przed którym umieszczono ozdobny taras ogrodowy, sadzawka, aleje lipowe. Na początku XIX wieku, jako właściciel wymieniany był Marcin von Nowinsky. W kolejnych latach majątek trafił do rodziny Gąsowskich. Ci z kolei nadali dawnej,

barokowej kompozycji bardziej krajobrazowy charakter. Został wzniesiony nowy dwór z reprezentacyjnym podjazdem. Wybudowano stajnię, wozownię, nowe oficyny. W połowie XIX wieku ówczesna właścicielka Tołoczek i Andrzejewa – Eleonora Gąsowska – podzieliła majątek między jedenastu członków swojej rodziny. Po spłaceniu pozostałych spadkobierców, zarządzali nim dwaj synowie: Wiktor i Wojciech.

Nowa siedziba

Na początku XX wieku właścicielką dworu została wnuczka Wojciecha Gąsowskiego – Maria Franciszka Denk wraz z mężem Erichem. W 1930 roku rozebrano stary, drewniany dwór. Na jego miejscu wzniesiono – do dziś zachowany – murowany. Nowy dwór Denkowie wyposażyli nowoczesnie. Nie stanowił on jednak centrum życia towarzyskiego. Jedynie z sąsiadem z pobliskich Tołoczek Małych – Byczkowskim – Erich uprawiał się



*Aleja prowadząca do dworu
w Tołoczkach Małych. Fot. M. Grassmann.*



Dwór w Tołoczkach Małych. Fot. M. Grassmann.

na wspólne polowania. Przed wybuchem II wojny światowej Denk został aresztowany. Oskarżano go o szpiegostwo na rzecz II Rzeszy. Maria wraz z dziećmi opuściła Tołoczki na zawsze. Gdy Erich wyszedł z aresztu, osiedlili się w majątku pod Warszawą.

Przebudowa

W czasie II wojny światowej Tołoczki Wielkie uległy znacznej dewastacji. W 1945 roku ziemię rozparcelowano i sprzedano okolicznym rolnikom. We dworze ulokowano szkołę podstawową, w ogrodzie powstały dwa gospodarstwa chłopskie, zaś w miejscu dawnych budynków – Agronomówka. Szkoła zajmowała dwór do początku lat siedemdziesiątych XX wieku. Do niedawna stał on pusty, w bardzo złym stanie technicznym, z licznymi śladami podpaień. Obecnie znajduje się w prywatnych rękach. Nowy właściciel wprowadza gruntowne zmiany w wyglądzie dawnej siedziby Gąsowskich i Denków. Z dawnego ogrodu dwor-

skiego zachował się nieliczny drzewostan, fragmenty alejek i sadzawka.

Tołoczki Małe

Niedaleko majątku Tołoczki Wielkie, tuż przy drodze z Klimówki, leżą Tołoczki Małe. Prowadzi do nich piękna aleja lipowa. Siedziba dworska od XVI wieku do 1880 roku była w rękach rodu Tołoczków. W 1876 roku wybudowano, zachowany do dziś, drewniany dwór z gankiem. Po Tołoczkach właścicielem majątku był Michaił Koźmin. Mieszkał on jednak w Grodnie, zaś dworem zarządzał Iwan Kunda. Prawdopodobnie, w tym okresie drewniany dwór gościł Elizę Orzeszkową. Na początku XX wieku w Tołoczkach pojawił się Jan Byczkowski, początkowo jako administrator, później stał się ich właścicielem. Okres II wojny światowej, podobnie jak w innych majątkach, spowodował olbrzymie zniszczenia. Po wojnie, okrojone Tołoczki Małe otrzymała rodzina Borysów. Drewn-

niany, dziewiętnastowieczny dwór nadal istnieje. Jednak nie dane jest nam dziś ujrzeć jego piękną architekturę. Miejsce dawnego ganku zajęła rozległa weranda, ściany pokryto szalówką. Po licznych dobudówkach przypomina raczej wiejską, bezstylową chatę, w której bardzo trudno doszukać się cech dawnego dworu. Najbliższe otoczenie dworu zajęły budynki gospodarcze. Jedyne aleja lipowa świadczy o bytności w tym miejscu siedziby szlacheckiej.

Zwiedzając okolicę, warto zajrzeć do pobliskiej Klimówki. W kościele z 1922 roku, o bardzo ciekawej formie architektonicznej, zachował się cudowny obraz Matki Boskiej Śnieżnej, z XVII wieku. Dalej, warto podążać szlakiem tatarskich wsi, uchwycić ostatnie chwile sokólskich wiatraków, zobaczyć „kamienne baby” w Knyżewiczach. Przy odrobinie szczęścia można trafić na przebywające w tych okolicach stado żubrów.

*Autorka jest historykiem.
Pracuje w Bibliotece Głównej UMB.*

Miasto na dalekim

Tak bywa, że złośliwy los blokuje kariery miejscowości. Mogą o tym decydować wojny, kataklizmy, szczególne zdarzenia. Mogą i układy geopolityczne, niechciane granice. Jedną z ofiar niefortunnych układów i zajęć stały się Krynki, wysunięte ku „ścianie wschodniej”.

O nich chcę opowiedzieć, spoglądając na butelkę mojej ulubionej wody mineralnej.

Unia w Krynkach

Przekonująco brzmią domniemania, że początki Krynkom dał dwór książęcy, zbudowany przed 1429 rokiem nad rzeką Krynką w Puszczy Grodzieńskiej. Tędy bowiem biegł ważny szlak z Grodna przez Odelsk do Bielska Podlaskiego, a stąd dalej ku centrum ziem polskich lub do Brześcia (Litewskiego) nad Bugiem.

Sam Jan Długosz – praojciec historyków (ojcem był Joachim Lelewel) – opisał spotkanie Władysława Jagiełły z wielkim księciem litewskim, Zygmuntem Kiejstutowiczem. Odbyło się ono właśnie w Krynkach, w Roku Pańskim 1434.

Król używał wcześniej przez dni kilka „zabaw myśliwskich”, książę wielki Zygmunt ściągnął ze sobą wszystkich prałatów, książąt i panów, by przywitać Jagiełłę „z największą czcią i pokorą, jako swego dobroczyńcę i pana”. Musiało być wówczas w Krynkach rojno i dostojnie.

Zygmunt złożył Władysławowi „rozliczne dary w złocie, srebrze, szatach kosztownych i koniach”, rozdał upominki również rycerzom. Z kolei król potwierdził pozycję wielkiego księcia litewskiego, jego rozkazów mieli słuchać poddani. Uznaje się ten akt za odnowienie i zacieśnienie unii Wielkiego Księstwa Litewskiego z Koroną Polską.

Szkoda, że dzieci muszą wiedzieć o uniach w Krewie i Horodle, a nie mówi im się – przynajmniej tym, mieszkającym w woj. podlaskim – o ustaleniach w Krynkach.



Krynki. Fot. Anna Worowska.

Miasto

W 1509 roku z woli Zygmunta I Staroego osada przy dworze Krynki otrzymała prawa miejskie i herb, a w 1522 roku Jerzy Radziwiłł zdecydował o powstaniu tu i parafii. Dobrodziejką (z twardą ręką) Krynek i całej Puszczy Grodzieńskiej stała się królowa Bona, żona wspomnianego Zygmunta I i matka Zygmunta II Augusta. Ona to usilnie kolonizowała omawiane tereny, co kontynuował syn. Ten ostatni już Jagiellon na tronie polskim, w roku 1569 wzmocnił prawa miejskie Krynek, dodał przywilejów, w tym i drugi targ.

Miasto kwitło, było nawiedzane licznie przez kupców i rzemieślników, miało stary i nowy rynek oraz przedmieścia: Porzeczce, Wielki Ostrów, Mały Ostrów, Pierożki, Ozierany, Humniszcze – Łapocze. Mieszkańcy przedmieść zajmowali się niemal wyłącznie rolnictwem, ale posiadali pełne prawa miejskie.

Wątpliwości może budzić herb. Cecylia Bach-Szczawińska potwierdziła w swym opracowaniu, że cen-

tralne w nim miejsce zajmuje lew, jako symbol męstwa i waleczności. Ten z herbu Krynek stoi na dwóch tylnych łapach, jakby szykował się do walki lub chciał odstraszyć wrogów. Nie można go mylić z mitologicznym gryfem ze skrzydłami.

Zachwycający rynek

Żadne inne miasto w Polsce nie ma takiego rynku. W początkach XVI wieku otrzymał on kształt prostokątny, na środku stanął ratusz, obok budynek wagi (przypomina się niedawny spór o taki sam obiekt w Białymstoku) i postrzygalska sukna. Niestety, w wyniku wojen – od „potopu” szwedzkiego poczynając, i pożaru w 1775 roku – miasto uległo zniszczeniu. Jego odnowienie wiąże się z planami podskarbiego litewskiego, Antoniego Tyzenhauza i osobą włoskiego architekta, Józefa de Sacca.

W nowej wersji rynek w Krynkach otrzymał kształt sześcioboczny. Promieniście odchodziło z niego aż 12 ulic, przy których ulokowano ważne obiekty. Tam też budowano

uboczu



**ADAM CZESŁAW
DOBROŃSKI**

domy mieszkalne, w tym dla pogorzalców z 1775 roku. W pobliżu były jeszcze dwa place z Wielką Synagogą i z cerkwią. Przed 1939 rokiem na środku rynku stała hala targowa, obecnie rosną tam drzewa i krzewy, co wydaje się być rozwiązaniem tymczasowym.

Reformy Tyzenhauza nie zostały dokończone. Wkrótce przestała istnieć także Rzeczypospolita Obojga Narodów i dla Krynek nadeszły ciężkie lata. Miasto do rozbiorów nie należało do województwa podlaskiego, pozostawało w powiecie grodzieńskim, w województwie trockim. Po 1795 roku Krynki znalazły się w Rosji, po 1807 roku nie przeszły do obwodu białostockiego. Szybko starano się w nich zatrzeć wszystko co przypominało Polskę.

Dwór i majątek, z woli carycy Katarzyny II, przejął carski senator, ale w 1834 roku odkupił go Jan de Virion i ta rodzina przetrwała na włościach do 1939 roku. Krynki straciły prawa miejskie, zyskały natomiast charakter osady przemysłowej, najpierw z fabrykami włókienniczymi, potem z zakładami garbarskimi.

Niezrealizowany kościół

Antoni Jabłoński odnalazł w Litewskim Państwowym Archiwum Historycznym w Wilnie plany neogotyckiej świątyni katolickiej z 1900 roku, która miała być zrealizowana w Krynkach. Plan sporządził architekt Tadeusz Markiewicz, a projektowany obiekt można zaliczyć do tzw. wielkich katedr wiejskich.

Patrząc na rysunki, widać podobieństwa nawet do czerwonej fary (obecnie katedry) białostockiej. Kosztorys opiewał aż na 37 tys. rubli, a sprawa była pilna, bo drewniany kościółek groził zawaleniem. Podanie o realizację projektu ksiądz proboszcz przesłał do diecezjalnego Konsystorza Wileńskiego, a ten zwrócił się do gubernatora grodzieńskiego.

Gubernator z kolei wystąpił o opinie do naczelnika policji i kurii prawosławnej. Od pierwszego otrzymał potwierdzenie zasadności budowy, jednak naczelnik zauważył, że projektowana świątynia jest o jedną trzecią za duża, a kosztować będzie ponad 50 tys. rubli. „Znacznie bardziej nieprzychylną opinię wystawił grodzieński

biskup prawosławny”. W tej sytuacji Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stosownej zgody nie wydało.

W 1903 roku wysłano z Krynek kolejną prośbę, ale władze rosyjskie nie raczyły w ogóle na nią odpowiedzieć. Sytuacja zmieniła się dopiero po ukazie tolerancyjnym w 1905 roku. Nowy projekt przygotował architekt Stefan Szyller. W końcu 1906 roku nadeszła długo oczekiwana zgoda na wzniesienie skromniejszej, nadal neogotyckiej, świątyni pw. św. Anny.

Z placu budowy

Z innego już źródła („Milczący świadkowie historii Krynek. Przewodnik po zabytkach”) dowiedzieć się można o ciekawych okolicznościach budowy kościoła.

Cały koszt oszacowano na około 31 tys. rubli, a parafianie zdołali zebrać jedynie 1065 rubli. Za to nie brakowało entuzjazmu i woli pracy. Zbudowano więc w Szaciłach cegielnię i w niej wyprodukowano 170 tys. cegieł. Jeśli tylko pogoda sprzyjała do robót, stawiali się wyznaczeni mieszkańcy, wykopano doły pod fundamenty, zwożono kamienie, transportowano cegły. Najtrudniej było przy wznoszeniu wież, bo materiały trzeba było dostarczać po podestach w kształcie spirali.

cd. na str. 32 ⇨

Krynki. Widok z lotu ptaka. Zdjęcie ze zbiorów Urzędu Miejskiego w Krynkach.



← *cd. ze str. 31*

Przy skromnych środkach finansowych, budowa zakończyła się jesienią 1912 roku.

30 listopada administrator diecezji wileńskiej ks. Kazimierz Michalkiewicz uroczystie poświęcił świątynię. Potem wybuchła wojna i dopiero w 1920 roku stanął ołtarz główny, a trzy lata później pojawiły się ołtarze boczne. Roboty wykończeniowe przeciągnęły się do 1928 roku, kiedy to arcybiskup Romuald Jałbrzykowski dokonał konsekracji. Od uzyskania zgody minęło 20 lat. A obok neogotyckiego kościoła stoi i dziś, starsza o 30 lat, neobarokowa dzwonnica.

Trzeba przypomnieć, że już w 1505 roku ufundowano w Krynkach pierwszą cerkiew, która służyła z cudownej ikony Matki Bożej. Potem i tu prym wiodli grekokatolicy. Cerkiew spłonęła w 1804 roku, nową, drewnianą wybudowano w latach 20. XIX wieku. W 1864 roku, już po klęsce powstania, zapadła decyzja o zniesieniu świątyni murowanej, która nadal służy wiernym.

Pozostały w Krynkach i wyjątkowo cenne pamiątki po społeczności żydowskiej: cmentarze (Beth Ha Korwet, dwa inne) oraz świątynie (fundamenty po Wielkiej Synagodze „Beth Ha Kneseth”, bożnica chasydzka, Synagoga Kaukaska).

Republika

W 1896 roku zaczęli się organizować w Krynkach garbarze, którzy rok później świętowali rocznicę zgładzenia cara Aleksandra II. Powzięto wówczas decyzje o strajku, który trwał 5 tygodni i zakończył się zwycięstwem robotników. Sukces zachęcił do dalszej walki, w podmiejskim lesie zebrało się około 300 proletariuszy, chrześcijanie przysięgli na krzyż, a Żydzi na tefilin (filakterię), że będą walczyć nieustępliwie i solidarnie. Przewodził chyba Ferdynand Zaleski, rzeźbiarz i złotnik z wykształcenia, który osiedlił się tymczasowo w Krynkach. Tym razem władze zastosowały ostre represje, sprowadzono rotę (kompanię) piechoty. Strajk wygasł po 80 dniach!

30 stycznia 1905 roku przez Krynki przeszedł pochód, szacowany na 1,5 – 2 tys. osób. Przecięto



Krynki. Fot. Anna Worowska.

druły telegraficzne, strzelano w powietrze, co wystarczyło, by policja i urzędnicy uciekli z miasteczka. Łupem manifestantów padły wszystkie instytucje, nawet mieszkania prywatne przedstawicieli władz i lokal gminy żydowskiej. Ze wsi przybywali chłopci, władza znalazła się w rękach zbuntowanego ludu. Z Grodna skierowano do Krynek aż trzy rotę kompanii, a akcją pacyfikacyjną kierował osobiście gubernator.

O „republice krynkowskiej” było głośno w całym Cesarstwie Rosyjskim, także w Białymstoku. Przetrwiała dwa, trzy dni, a 150 czerwonych bojowników zapełniło cele w więzieniu grodzieńskim.

Krynki przed I wojną liczyły około 10 tysięcy mieszkańców, z wyraźną przewagą ludności żydowskiej. Obliczano, że w miasteczku i okolicy mieszka około 3 tysiące robotników, głównie zatrudnionych w prymitywnych zakładach garbarskich.

Meldunki z bitwy

W rejonie Krynek, przed bitwą niemieńską, koncentrowały się oddziały polskie, dlatego ta nazwa miejscowości często występuje w materiałach sztabowych z 1920 roku. Dowództwo 2. Armii poinformowało 31 sierpnia, że 1. eskadra wywiadowcza z Białegostoku obserwuje między innymi

rejon Grodno – Krynki. Do tego dodano uwagę: „Ponownie przypomina się wszystkim oddziałom rozkaz wykładania znaków rozpoznawczych i ułatwiania lotnikom orientacji poprzez powiewanie czapkami, chustkami, itd.”.

Krynki 3 września były wolne od wojsk nieprzyjacielskich, ale już dnia następnego stwierdzono w miasteczku okopany pułk artylerii Armii Czerwonej. Do natarcia na wroga szykowała się polska 1. Dywizja Litewsko-Białoruska. Dopiero 10 września dowództwo 2. Armii potwierdziło, że „Krynki obsadza szwadron kawalerii własnej”. Była to jazda wspomnianej Dywizji Litewsko-Białoruskiej, która wysuwała patrole do Łapicz. Nadal w okolicy aktywne były i siły bolszewickie, te przejściowo nawet 11 września zajęły Krynki, ale szybko i pozytywnie zareagował 3. pułk strzelców konnych i to wolne znów miasteczko obsadził polski baon piechoty.

Zauważono, że znajdujące się w pobliżu „oddziały nieprzyjacielskie biją się niechętnie, pędzone w bój przez KM (karabiny maszynowe) i komunistów”. Potwierdziły to następne dni, kiedy do akcji weszła grupa gen. Edwarda Rydza-Śmigłego i polska ofensywa nabrała rozmachu, zakończyła się efektownymi sukcesami.

Dwudziestolecie międzywojenne

Krynki pozostały w powiecie grodzieńskim, ale w województwie białostockim, mając zwłaszcza liczne powiązania z Sokółką. W 1919 roku odzyskały prawa miejskie. Regres przemysłu sprawił, że ubyło mieszkańców (do 6 tys. w końcu II RP), dwie trzecie spośród nich deklaroowało narodowość żydowską, zaś chrześcijanie dzielili się na dwie równe społeczności (po 17%): katolików (głównie Polaków) i prawosławnych (głównie Białorusinów).

Autor przewodnika z 1936 roku polecał do wyboru dwa hoteliki (Terkiela i Morchelewicza), cukiernię Turskiego na placu Jagiellońskim, targi w czwartki, a jarmarki raz w miesiącu.

Krynki z przedmieściami miały powierzchnię większą od Grodna, bo aż 22,1 km². Przewyższały również pozostałe miasta z tego powiatu (Druskienniki, Indora, Skidel), pod względem liczby budynków mieszkalnych (832 w 1931 r.).

Ciekawostką pozostawał fakt istnienia przystanku kolejowego Krynki na linii Białystok – Wołkowysk, ale odległego od miasta o 18 według jednego pomiaru, a według innego aż o 21 kilometrów. „Miasteczko nie posiada z nim żadnej komunikacji prócz piaszczystych, nieraz trudnych do znalezienia w terenie dróg polnych”.

Toast

Krynki uległy po raz kolejny rozległym zniszczeniom wojennym, a Niemcy doprowadzili do zagłady większość mieszkańców. Co gorsze, w pobliżu przebiegła granica, blokująca dostęp do Grodna. Krynki przeszły w stan zapomnienia, jeśli nie liczyć afer, w tym związanej z próbą sprzedaży macew cementarnych.

Obecnie można powiedzieć, że najgorsze minęło. Gości zaprasza Sokrat Janowicz, pojawiły się i inne ciekawe inicjatywy samorządowe.

Wypijmy więc „Krynką” toast za bardziej szczęśliwe obroty koła fortunny, dla miasta z bojowym lwem w herbie.

Autor jest prof. dr. hab. – pracuje na Wydziale Historyczno-Socjologicznym Uniwersytetu w Białymstoku.

Z Senatu

Posiedzenie 21.01.2009 r.

Senatorowie podjęli uchwały w sprawach:

- ▶ powołania Komisji Dyscyplinarnej ds. Studentów, Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej ds. Studentów, Komisji Dyscyplinarnej ds. Doktorantów, Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej ds. Doktorantów,
- ▶ powołania Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej oraz zatwierdzenia składów Wydziałowych Komisji Rekrutacyjnych,
- ▶ zatwierdzenia kalendarza wyborów uzupełniających do Senatu i Rady Wydziału Lekarskiego,
- ▶ powołania Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Narządu Wzroku na Wydziale Nauk o Zdrowiu,
- ▶ zmian w Statucie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego.

Wyrażono zgodę na:

- ▶ korektę planu rzeczowo-finansowego na rok 2008,
- ▶ przeznaczenie w roku akademickim 2008/2009 dodatkowych środków pozabudżetowych, uzyskanych z opłat od cudzoziemców, na zwiększenie wynagrodzeń za nauczanie w języku angielskim,
- ▶ przeznaczenie w roku kalendarzowym 2009 dodatkowych środków pozabudżetowych, uzyskanych z opłat uczestników Studium Kształcenia Podyplomowego na Wydziale Farmaceutycznym oraz dodatkowych środków pozabudżetowych na szkolenie specjalizacyjne diagnostów laboratoryjnych

Ponadto Senatorowie pozytywnie zaopiniowali wniosek o zatrudnienie mgr. Konrada Raczkowskiego na stanowisko kanclerza Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Krystyna Dyszkiewicz
Kierownik Rektoratu

Informacje

Sekcja ds. Zamówień Publicznych będzie prowadziła w kwietniu br. postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu komputerowego i projektorów multimedialnych. Z uwagi na okres trwania procedury przetargowej dostawa sprzętu nastąpi w połowie czerwca br. Jednostki organizacyjne, które posiadają środki finansowe i są zainteresowane zakupem ww. sprzętu powinny złożyć (wraz z potwierdzeniem finansowania!) do Działu Informatyki i Teletransmisji wnioski o zakup sprzętu komputerowego lub projektorów multimedialnych – w terminie do 31 marca 2009 roku.

Szczegółowych informacji udzielają:

- ▶ w zakresie merytorycznym: Jan Leszczyński, kierownik Działu Informatyki i Teletransmisji – nr wew. 5546,
- ▶ w zakresie formalno-prawnym: mgr Jacek Domalewski, kierownik Sekcji ds. Zamówień Publicznych – nr wew. 5626.

Jednocześnie informuję, że wnioski złożone po wyżej określonym terminie, zostaną zrealizowane w następnym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, które zostanie rozpoczęte w lipcu br. (orientacyjny termin dostawy – koniec września br.).

mgr Konrad Raczkowski
Kanclerz UMB

*Biblioteka Główna
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*



W ramach cyklu

„Poniedziałkowe spotkania

w Bibliotece”

zapraszamy na wykład

prof. dr hab. Włodzimierza Buczko

„Co z tym postem?”

w dniu 23.03.2009, godz. 17:00

oraz na degustację win sponsorowaną

przez sklep Alkohole Świata

*Pałac Bramickich
ul. J. Kilińskiego 1
Białystok*