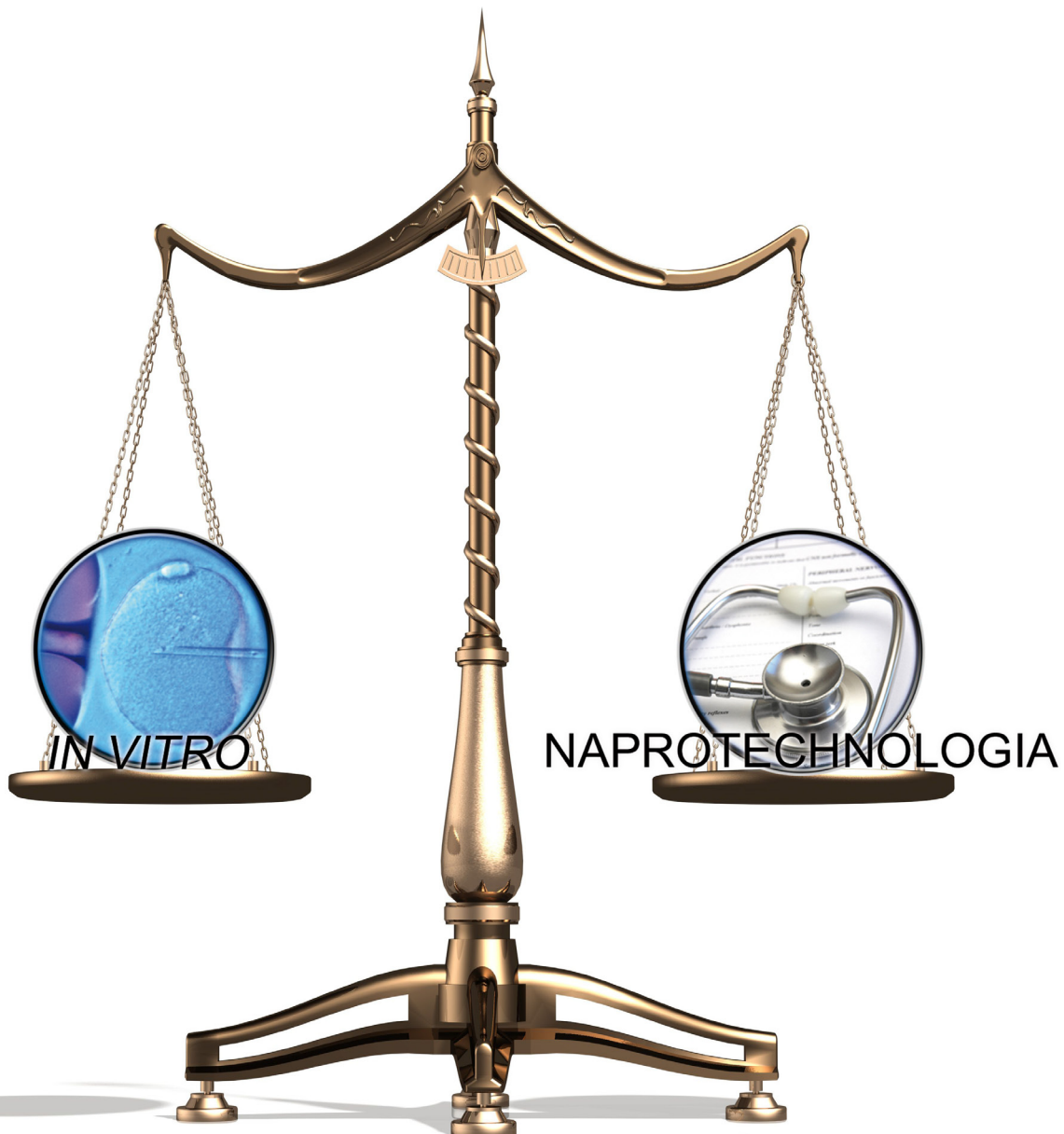


NAUKA CZY CUD?





Prof. M. Szamatowicz
o prawie do leczenia metodą *in vitro*

5

8

Procedura *in vitro* w ujęciu
filozofa prof. J. Hołównki



Pożegnanie
prof. dr. hab. Antoniego Gabryelewicza

12

16

Doktor M. Wroński
o przypadkach splamionego honoru
japońskich naukowców



Jacuś – grecki wojownik.
Zespół Wolfa-Hirschhorna omawia prof. A. Midro

18

- 4 **Nominacje i stopnie naukowe w roku 2010**
- 5 **Prawo człowieka**
- 8 **In vitro w perspektywie filozoficznej**
Część 1
- 12 **Wspomnienie**
o prof. Antonim Gabryelewiczu
- 14 **Nowe kierunki w kardiologii**
- 15 **Podlaski Hipokrates 2010**
- 16 **Wyżej wejdiesz, boleśniej spadniesz**
- 18 **Moje naukowe dzieci**
- 21 **Ostrożnie z antybiotykami**
- 22 **Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym**
- 25 **Dęby Katyńskie ku czci siedmiu lekarzy**
- 26 **Była stolica**
- 29 **W mgłę przeszłości**
- 30 **Kronika 2010**
- 32 **Wydarzenia i aktualności**
- 33 **Absolwenci UMB 2010**

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:** Beata Jarmuszewska • **Członkowie:** Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska • **Współpracownicy:** Wojciech Dębek, Jan Pietruski • **Skład komputerowy:** SMD - Studio Graficzne Jerzy Czykwin • **Druk:** Etipol Sp. z o.o. • **Projekt strony internetowej:** Monika Fiedorowicz • **Zarządzanie stroną:** medyk.umwb.edu.pl: Beata Jarmuszewska.

Adres redakcji:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego, 15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1, tel. (085) 748-54-85 (Danuta Ślósarska), e-mail: danka@umwb.edu.pl e-mail: medyk@umwb.edu.pl, http://www.umwb.edu.pl

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

„Dawno, dawno temu...” odniosłem wrażenie, że mój rozmówca myślał o czasach co najmniej średniowiecznych, o ile nie prehistorycznych „... to dopiero byli siłacze”. Rozmówca snuł swoje wywody, mówiąc nie tylko o tężyznie fizycznej, ale i o nadzwyczajnym zdrowiu, jakim wówczas cieszyli się ludzie. Apoteozę dawnych czasów przerwał skutecznie mój argument, że w owych magicznych czasach średnia ludzkiego życia wynosiła nie więcej niż dwadzieścia kilka – trzydzieści lat, a matki i noworodki umierały masowo w czasie porodu. Zanim wrócimy z tych odległych wieków do czasów nam współczesnych, zastanówmy się, co stało się w tzw. międzyczasie.



Otóż w tym międzyczasie Wielki Bóg (dla niewierzących przyroda) uchylił rąbka tajemnicy. Zdobyliśmy odrobinę wiedzy o wszechświecie, o prawach rządzących przyrodą, o fascynującym zjawisku zwanym życiem, wreszcie o mikrokosmosie, jaki stanowi każdy człowiek. Wiedza to wprawdzie powierzchowna, jednak przekuta na realia pozwoliła człowiekowi, chociaż w minimalnym stopniu, zagłębić się zarówno w przestworza kosmosu, jak również w nieograniczone sfery mikrokosmosu. Efektów tego doświadczamy na każdym kroku. Wiemy wiele o ludzkim genomie, o fizjologii i chorobach. Nauka o produkcji żywności i żywieniu człowieka, to obecnie potężne gałęzie wiedzy, które wyeliminowały, przynajmniej w naszej szerokości geograficznej, widmo głodu na tzw. przednówku. Zdobyte nauk doprowadziły do sytuacji, że rzeźki 80-latek, sprawny na ciele i umyśle, nikogo już nie dziwi. Nie wywołują kontrowersji osiągnięcia transplantologii, chociaż jeszcze niedawno przeszczep narządów budził w pewnych kręgach sprzeciw. Obecnie z ambon, przywołując imię dobrego Samarytanina, głosi się o dobroczynnych skutkach oddawania narządów zmarłych na rzecz przedłużenia życia śmiertelnie chorym. Wiedza na temat fizjologii i patologii rozrodu doprowadziła do możliwości sterowania tymi procesami. Efektem „uchylenia rąbka tajemnicy” jest rozwój tzw. wspomaganego rozrodu człowieka. W świetle rozwoju nauki i rozwoju człowieka zapłodnienie *in vitro* nie powinno więc budzić emocji. Powinno być uważane za jeszcze jeden z owoców ludzkiej myśli. Tak jak antybiotyki, zdobyte technik obrazowej diagnostyki chorób, genetyki molekularnej, wykorzystanie w medycynie lasera czy radioaktywnego promieniowania. Skąd więc tyle emocji związanych ze wspomaganym rozrodem, bardzo często niepokrytych podstawową, rzetelną wiedzą o biologii tych procesów?

Zaimponował mi kiedyś pewien katolicki ksiądz, który po wysłuchaniu referatu prof. Mariana Szamatowicza o zapłodnieniu *in vitro* skomentował problem następującymi słowami: „I o co tyle krzyku, po co ta wrzawa, przecież Pan Bóg cieszy się z każdej nowo narodzonej ludzkiej istoty”. Niech te słowa posłużą za komentarz do wywiadu udzielonego nam przez prof. Szamatowicza. Jak Państwo się zapewne domyślacie, wywiad zainspirowany jest faktem przyznania Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. Otrzymał ją niedawno Robert Geoffrey Edwards za opracowanie techniki zapłodnienia *in vitro*. Poprosiliśmy również o zabranie głosu znanego filozofa prof. Jacka Hołówkę – kierownika Zakładu Filozofii Analitycznej UW i redaktora naczelnego „Przeglądu Filozoficznego”. Publikujemy pierwszą część jego rozważań na temat zapłodnienia *in vitro* jako jednej z metod terapii medycznej.

Nasz uniwersytet znany jest, jako miejsce, w którym po raz pierwszy w Polsce, z dobrym skutkiem, dokonano, pod kierunkiem prof. Mariana Szamatowicza, zapłodnienia *in vitro*. Metodę weryfikuje życie. Mimo braku regulacji prawnych i ciągłych sporów na ten temat, metoda jest stosowana. Dzięki niej tysiące par w Polsce może cieszyć się cudem narodzin własnego dziecka.

Jarmuszewska

Nominacje i stopnie naukowe w roku 2010

WYDZIAŁ LEKARSKI

Profesorowie:

Jacek Dadan, Maria Małgorzata Winnicka, Piotr Klimiuk, Wojciech Kułak, Anna Kuryliszyn-Moskal, Zygmunt Mackevič, Elżbieta Ołdak, Ryszard Rutkowski.

Doktorzy habilitowani nauk medycznych:

Jan Kochanowicz, Piotr Myśliwiec, Karol Kamiński, Elżbieta Jarocka-Cyrta,

Kamecka-Białowarczuk, Anna Kieszkowska-Grudny, Marek Kocięcki, Zbigniew Kołodziejczyk, Jolanta Kowalewska, Danuta Kozłowska-Trusewicz, Adam Kurylonek, Joanna Łapińska, Izabela Michalczuk, Ewa Ostasiewicz-Szuba, Anna Panasiuk, Anna Parfieniuk-Kowerda, Joanna Pogorzelska, Piotr Protas, Pryczynicz Anna, Magdalena Rogalska, Anna Romanowska, Agnieszka Rybi-Szumińska, Adam Sadzyński, Beata Sawicka, Regina Sierzanowicz, Roman Skiepmo, Marcin Skrzydło, Ewa Stokowska, Urszula Sudnik, Wojciech



Nowi doktorzy habilitowani.

Tadeusz Porowski, Wojciech Naumnik, Artur Sulik, Marcin Moniuszko, Dorota Rożkiewicz, Waldemar Famulski, Andrzej Ustymowicz, Zyta Beata Wojszel, Piotr Laudański, Teresa Sierpińska.

Doktorzy nauk medycznych:

Tomasz Bielawski, Tomasz Bonda, Magdalena Dąbrowska, Jacek Drabik, Anna Głębocka, Ewa Grycz, Agnieszka Grygorczuk, Piotr Iwanowski, Małgorzata Janczyło-Jankowska, Marcin Januszkiewicz, Ewa

Szczepański, Michał Szumiński, Katarzyna Taranta-Janusz, Ewa Topczewska-Lach, Napoleon Waszkiewicz, Magdalena Wspaniała, Małgorzata Zalewska-Adamiec, Konrad Zaręba.

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

Doktorzy habilitowani nauk medycznych:

Anna Galicka, Hanna Kozłowska, Violetta Joanna Dymicka-Piekarska.



Uroczyste wręczenie dyplomów doktorów.

Doktorzy habilitowani nauk farmaceutycznych:

Katarzyna Winnicka.

Doktorzy nauk medycznych

Grażyna Ewa Będkowska, Marta Daniluk, Tomasz Domaniewski, Ewa Gacuta-Szumarska, Krzysztof Zolbach, Joanna Jakimowicz-Rudy, Marta Łukaszewicz-Zajac, Sebastian Łukasz Łupiński, Jacek Noparlić, Katarzyna Wasilewska, Katarzyna Wnorowska, Elżbieta Ilendo.

Doktorzy nauk farmaceutycznych:

Bożena Popławska, Andrzej Michał Karp, Anna Gromotowicz.

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

Doktorzy nauk medycznych:

Magdalena Grassmann, Abdul Halim Nammous, Agnieszka Dakowicz, Ilona Magdalena Rosiak, Ewa Ryszczyk, Joanna Kasperuk, Elwira Agata Jasińska, Ewa Wiśniewska, Beata Kowalewska, Krzysztof Tyburczy, Iwona Teresa Jarocka, Anna Baranowska, Magdalena Zalewska, Katarzyna Witana, Krystyna Helena Wróblewska.

Doktorzy nauk o zdrowiu:

Irena Fiedorczyk, Emilia Rozwadowska.

Z **prof. dr. hab. Marianem Szamatowiczem**,
emerytowanym kierownikiem
Kliniki Ginekologii UMB,
rozmawia Beata Jarmuszewska.

Prawo człowieka



Nawet lekarze wystąpili przeciwko lekarzom – stu naukowców zaapelowało do parlamentarzystów o ustawy zakaz stosowania metody *in vitro* jako „drastycznie niehumanitarnej”.

To jest przypadkowa zbieranina fanatyków religijnych, którzy opierając się na doktrynach, usiłują zaprzeczyć współczesnym zdobyciom medycyny. Twierdzą, że łamane są prawa człowieka. Ale przecież artykuł 16. Uniwersalnej Deklaracji Praw Człowieka mówi, że prawo do posiadania potomstwa jest podstawowym prawem człowieka. W moim przekonaniu, jeśli wprowadzi się zakaz leczenia niepłodności metodą wspomaganego rozrodu, który uniemożliwi posiadanie potomstwa, to jest dopiero łamanie praw człowieka. A ponadto lekarze, którzy krytykują leczenie metodą *in vitro*, naruszają przysięgę lekarską, która nakazuje leczyć choroby skutecznie, wykorzystując wszelkie najnowsze zdobycze medycyny.

Projekt ustawy w sprawie *in vitro* którego z posłów jest Pana zdaniem najrozsądniejszy?

Spośród tych, które wpłynęły do Sejmu, najlepszy i jednocześnie najbardziej li-

beralny jest projekt byłego ministra zdrowia Marka Balickiego, posła SLD. Jako jedyny wziął pod uwagę kobietę z jej pragnieniami. Przewiduje bowiem tworzenie wielu zarodków i zamrażanie ich, utworzenie centralnego rejestru dawców i biorców komórek rozrodczych. Według Balickiego, wszystkie pary powinny mieć prawo do leczenia metodą *in vitro* bez względu na stan cywilny. Niezbędne procedury miałyby się odbywać w licencjonowanych lecznicach. Wówczas państwo, poprzez niezbędne finansowanie, stworzyłoby odpowiednie warunki dla wszystkich, którzy cierpią na niepłodność. Wszelkie inne sprawy związane z medycyną mogłyby w końcu przebiegać na linii lekarz – pacjent. Rozumiem, że trzeba oddać Bogu, co boskie, a cesarzowi, co cesarskie, ale w kwestii wykonywania procedur medycznych Kościół i politycy nie powinni się wypowiadać.

Kościół zajął jednak stanowisko w tej sprawie.

Kościół ma prawo do głoszenia doktrynalnych poglądów i nikt nie powinien tego kwestionować. Ale nie ma żadnego prawa do tego, by za pomocą zakazów i nakazów ingerować w sposoby leczenia.

Niepotrzebnie wprowadza w błąd pacjentów, wmawiając im, że jedyną dobrą i skuteczną metodą leczenia jest naprotechnologia, opracowana w Instytucie Pawła VI w Omaha, w Stanach Zjednoczonych. Została ona uznana za słuszną jako najbardziej naturalna ze wszystkich dostępnych. Pozwala na precyzyjną obserwację organizmu kobiety w czasie jej naturalnego cyklu. Ale nikt z dostojników kościelnych nie wspomina, że naprotechnologia uwzględnia też leczenie zabiegowe – takie samo, jakie proponuje medycyna. Zmienione zostały tylko nazwy – endoskopię określa się mianem endoskopii naprotechnologicznej, a laparoskopię – laparoskopią naprotechnologiczną. Tak naprawdę naprotechnologia od metod stosowanych w standardowej medycynie rozrodu różni się jedynie tym, że wyklucza ona leczenie za pomocą technik wspomaganego rozrodu. A to oznacza, że po uzyskaniu diagnozy przyczyny niepłodności, nie daje żadnej szansy na skuteczną pomoc dla ponad 50 proc. niepłodnych par.

Dlaczego nie uznaje się akurat tych technik?

Kościół stoi na straży instrukcji w sprawie szacunku dla życia nowo poczęte-

go. Według niej, życie ludzkie powstaje ze stosunku płciowego małżonków, którzy w ten sposób stają się pomocnikami Pana Boga w kreowaniu nowego życia. Wszystko to, co wykracza poza granice aktu seksualnego, jest naganne. Tę doktrynę księża głoszą z ambony. Ona ładnie brzmi, ale nie ma zastosowania w praktyce. Bo życie ludzkie powstaje także wtedy, gdy stosunek seksualny odbywają niemałżonkowie w świetle prawa kościelnego, ludzie żyjący w konkubinacie albo – i mówię tu wyraźnie złośliwie – pijany alfons z prostytutką. Dodatkowo dziwią mnie ostre wystąpienia przeciwko sposo-

że tylko dziecko, które zostało poczęte w sposób naturalny, jest darem bożym. Ja tej filozofii nie podzielam. Moi pa-

toda była skuteczniejsza, do niedawna lekarze przynosili więcej niż jeden zarodek. Wiązało się to z występowa-

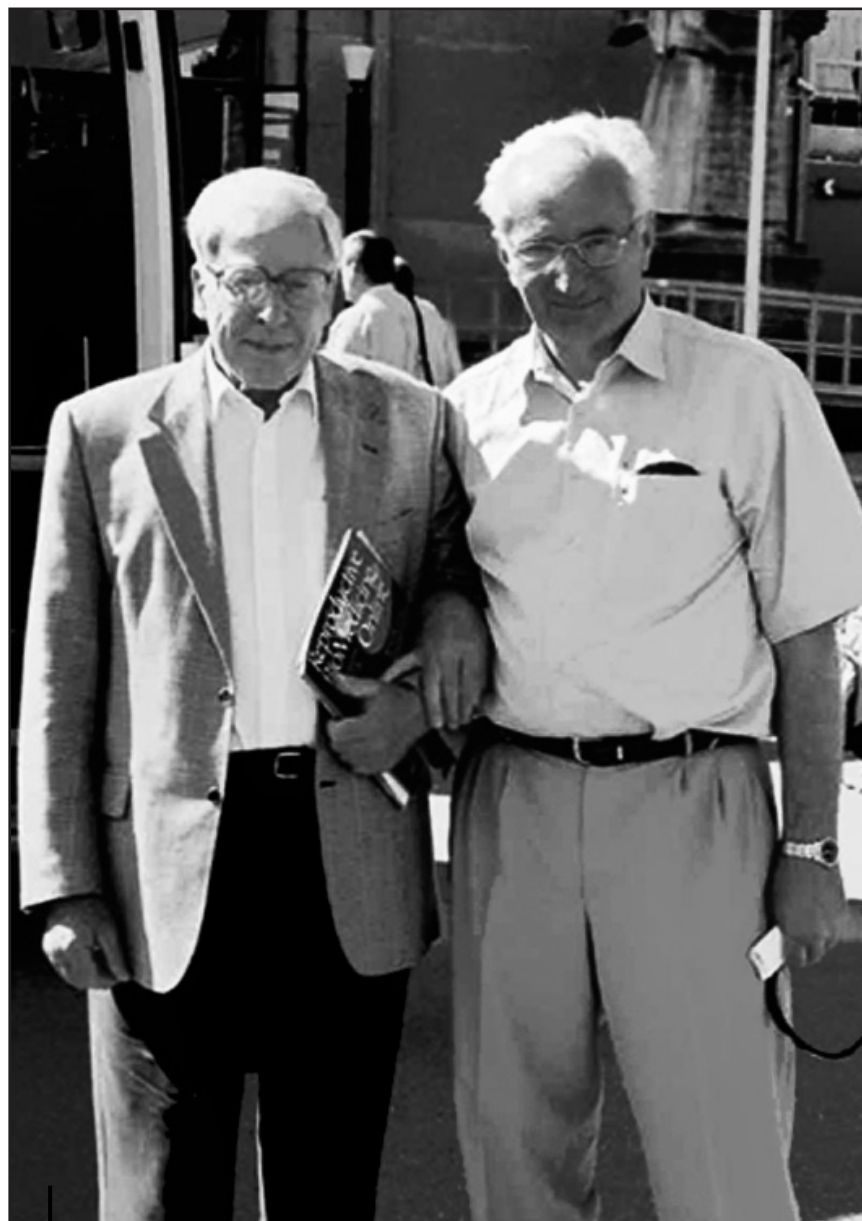
*Wśród kobiet poniżej 30 r.ż.
podczas jednego cyklu
szansę na zapłodnienie ma
15 – 20 ze 100.*

*W leczeniu metodą *in vitro*
szansa ta wzrasta o 50 proc.*

wi pobierania nasienia. Dzieje się to poprzez masturbację, a Kościół masturbację potępia i traktuje jako grzech. Tyle tylko, że masturbacja we współczesnym świecie nie jest niczym wyjątkowym. Oby wszyscy tak grzeszyli.

Księża mówią też o zabijaniu człowieka.

Zgodnie z nauką Kościoła, życie człowieka zaczyna się od kontaktu komórki jajowej z plemnikiem. Wtedy wstępuje dusza. Medycyna jednak pokazuje, że około 15 proc. ciąży stanowią tzw. puste jaja płodowe. Należy więc opróżnić z nich jamę macicy. Nie jest to bynajmniej przerywanie żywej ciąży, a jedynie usuwanie nieprawidłowego rozwoju embrionalnego. Tym rządzą się biologia i naturalna selekcja. Mniej więcej tak samo jest w *in vitro*. Zarodek obciążony defektami genetycznymi obumiera. Nie ma to nic wspólnego z zabijaniem ludzi czy z torturowaniem zarodków. Ale według Ojców Kościoła, co wolno naturze, człowiekowi już nie. Twierdzą oni,



Prof. Marian Szamatowicz i prof. Robert G. Edwards (pierwszy z lewej).

cjenci mówią: „Panie profesorze, nasze dziecko też jest darem od Boga”. I ja im wierzę.

W liście do parlamentarzystów prof. Janusz Gadzinowski, szef uniwersyteckiej kliniki w Poznaniu, wojewódzki konsultant ds. neonatologii, pisał o zagrożeniach stosowania metody *in vitro*.

Z leczeniem *in vitro* wiążą się pewne problemy występowania wad wrodzonych i defektów genetycznych. By me-

niam ciąży wielopłodowych – czyli ciąży mnogiej z ryzykiem porodu przedwczesnego. Dziś już są tendencje, żeby przynosić jeden zarodek, maksymalnie dwa, a u kobiet starszych – do 3 zarodków. Trzeba jednak podkreślić, że liczba wad pourodzeniowych jest porównywalna do tych, jakie powstają w wyniku naturalnego rozrodu. Nieco więcej jest natomiast dzieci, które rodzą się z defektami genetycznymi. Wynika to z prostej przyczyny – do leczenia metodą *in vitro* zgłaszają się

Robert Geoffrey Edwards – brytyjski biolog, fizjolog, twórca metody zapłodnienia pozaustrojowego. Wraz z Patrickiem Steptoe dokonał pierwszego zapłodnienia *in vitro*, w wyniku którego 25 lipca 1978 r. narodziło się pierwsze „dziecko z probówki” – Louise Brown. Edwards jest laureatem Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny za rok 2010.

w dużej mierze partnerzy, których gamety, czyli plemniki i jądra, już są obciążone defektami genetycznymi. Gdyby mieli narządy całkowicie wydolne, leczenie byłoby im po prostu niepotrzebne.

Sceptycy twierdzą, że metoda *in vitro* pozwala obejść przeszkodę, ale jej nie eliminuje – nie leczy bezpłodności.

Ja to określam mianem bzdurnych tez. W medycynie są trzy grupy postępowania terapeutycznego w przypadku niemożności zajścia w ciążę. Stosuje się leczenie farmakologiczne, zabiegowe do likwidowania nieprawidłowości anatomicznych jajowodów czy macicy oraz techniki wspomaganego rozrodu. W tej ostatniej grupie podstawową metodą zapłodnienia jest *in vitro*. Najlepszym przykładem na to, że jest to metoda leczenia niepłodności, jest przyznanie w ubiegłym roku Nagrody Nobla Robertowi Edwardsowi, który dokonał pierwszego w historii udanego zapłodnienia *in vitro*. Opracowana przez niego metoda lecznicza stworzyła szansę posiadania dzieci dla ponad 50 proc. par wcześniej uznanych za niepłodne. Badania wykazały, że metoda *in vitro* jest nawet skuteczniejsza niż naturalny rozród. W tym drugim podczas jednego cyklu szansę na zapłodnienie ma 15 – 20 par ze 100 i to pod warunkiem, że kobieta jest poniżej 30 roku życia. Jeżeli natomiast te 100 par poddaliśmy leczeniu – przy założeniu, że kobieta byłaby właśnie w odpowiednim wieku rozrodczym – szansa na zapłodnienie wzrosłaby do 50 proc.

W dzisiejszych czasach kobiety decydują się na ciążę w późniejszym wieku.

Kobiety najpierw kończą studia, robią kariery, zdobywają świat. Odkładają kwestię dzieci na później. W konse-

kwencji to „później” przypada zwykle już na okres przekwitania. Według standardów medycyny, czas ten zaczyna się już po 35 roku życia. Mimo że kobiety są jeszcze młode, uroczyste i pełne temperamentu, ich jajniki się starzeją i zdolności do rozrodu stopniowo się zmniejszają. Poprzez to życie w biegu wiele z nich jest także narażonych na duży stres, a to powoduje korzystanie z używek. Palenie tytoniu np. ogranicza zdolność do zachodze-

*Liczba wad
pourodzeniowych
jest porównywalna do tych,
jakie powstają w wyniku
naturalnego rozrodu*

nia w ciążę, a w leczeniu niepłodności z namiennie obniża jego skuteczność. Czasem też – zmęczone i zapracowane – nie mają ochoty ani czasu na regularne stosunki seksualne. Niestety, kobieta jest samicą, która nie demonstruje swojej rui, więc łatwo przeoczyć jej dni płodne. I tak problemy się nawarstwiają, a z czasem funkcja prokreacyjna jajników zaczyna wygasać. Dodatkowo natura też nas nie rozpieszcza. Człowiek jest gatunkiem o ograniczonej płodności, o niskim wskaźniku płodności. W komórkach jajowych i plemnikach jest około 65 – 70 proc. defektów genetycznych. W związku z tym wskaźnik implantacji, a więc zagnieżdżenia się zarodków, kształtuje się na poziomie jedynie 25 – 30 proc. I nawet jeśli dojdzie do ciąży, to około

10 – 15 proc. z nich zakończy się poronieniem. Te liczby z roku na rok są coraz bardziej zatrważające.

Coraz częściej problemy z płodnością mają mężczyźni.

Smutną prawdą jest, że w XXI wieku mężczyźni mają dużo gorsze nasienie, niż to było w czasach naszych dziadków. Pamiętam, gdy jeszcze na studiach mój profesor podawał prawidłowe wartości nasienia. Wnosiły one 60 milionów plemników na mililitr, z czego ponad 90 proc. miała pozostawać w ruchu. Gdy robiłem specjalizację drugiego stopnia, wymogi były już niższe. Dziś Światowa Organizacja Zdrowia dolną granicę normy określa na poziomie 20 milionów plemników na mililitr i powyżej 60 proc. z nich w ruchu. Mówi się, że co najmniej 10 proc. plemników powinno być prawidłowo zbudowanych morfologicznie. Liczby te drastycznie się więc obniżyły. Okazuje się, że to właśnie czynnik męski jest dominującym czynnikiem niepłodności par. Na funkcję nabłonka plemnikotwórczego u mężczyzn negatywnie wpływają różnego rodzaju ksenobiotyki, takie jak np. ropa i jej przetwory. Narażeni będą zatem pracownicy stacji benzynowych, dokerzy na tankowcach, kierowcy, rolnicy wykonujący opryski bez zabezpieczenia czy spawacze wdychający dymy spawalnicze. Równie niekorzystne działanie mają czynniki fizyczne – działanie silnych pól elektromagnetycznych, pól radiolokacyjnych, oraz mechaniczne – przegrzewanie jąder oraz wciskanie ich do kanałów pachwinowych. Niestety, w przypadku leczenia czynnika męskiego niepłodności terapie farmakologiczne albo zabiegowe nie wystarczą. Pozostaje jedynie leczenie metodą *in vitro*.

Może lepiej nie ingerować, skoro natura tak chce – może jest w tym jakiś sens? –

cytuję za ks. Arturem Filipowiczem, jezuitą i bioetykiem.

Jeśli mówimy o naturze, to możemy sięgnąć do „korzeni”. Kiedy Pan Bóg stworzył kobietę i mężczyznę na swoje podobieństwo, powiedział im: „Idźcie, rozmnażajcie się, zapelniajcie ziemię i podporządkowujcie ją sobie”. W Księdze Prawd Powtórzonych powtarzał również do Mojżesza: „Nie będzie wśród was ani wśród waszego dobytku nieplodnych”. Ale gdy się patrzy na dzieje patriarchów, problemy z rozrodem mieli np. Abraham i jego żona Sara, która urodziła syna dopiero w wieku 95 lat. Podobnie Izaak i Rebecka doczekali się późno potomstwa – Ezawa i Jakuba. Jednym i drugim pomogli wtedy aniołowie. Teraz medycyna musi spełniać rolę aniołów i – w sposób mniej doskonały – pomagać tym, którzy pragną mieć dziecko. Przecież instynkt posiadania dziecka jest najpotężniejszy w przyrodzie. Lekarze więc nie walczą z naturą, tylko dla niej.

Tę walkę o *in vitro* w Polsce niektórzy nazywają intelektualnym terrorem. Biskupi, którym się nie podoba *in vitro*, mają się zamknąć. Naukowcy też [...], bo inaczej zrobią z nich nawiedzonych, niedouczone szamanów – pisał publicysta „Rzeczpospolitej”, Marek Magierski.

Mam wrażenie – i mówiłem to wielokrotnie – że Polska ciemnogrodem stoi. Terrorem intelektualnym nie jest to, co głoszą lekarze, i ich reakcja na doktrynalną postawę Kościoła. Dla mnie zgrozą jest konieczność wysłuchiwanie tych wszystkich nedorzecznych słów krytyki na temat *in vitro*. A przecież metoda ta jest odpowiedzią na „zapotrzebowanie”, na prośbę par dotkniętych nieplodnością. I nie jest to żadne sztuczne zapłodnienie, jak wiele osób niesłusznie twierdzi. Tutaj nie rodzą się żadne golemy, żadne sztuczne dzieci. Poza momentem zapłodnienia, które w naturalnych warunkach ma miejsce w jajowodzie, a w metodzie *in vitro* dzieje się poza ustrojem, nie ma żadnych różnic. Znaleźliśmy w końcu szansę na powołanie życia ludzkiego. I należy żałować, że w tym leczeniu jest to tylko szansa, bo gwarancji na sukces nikt poza Panem Bogiem nam dać nie może. Nawet Kościół i jego słynna naprotechnologia.

In vitro w perspektywie filozoficznej

część 1

JACEK HOŁÓWKA

Procedura *in vitro* jest terapią medyczną. Jej celem jest ułatwienie zajścia w ciążę parom o niskiej płodności, które pragną mieć własne dzieci. Ten sam cel można także przedstawić w kategoriach biologicznych, jako przyspieszenie naturalnej selekcji zygot zdolnych do przetrwania. Procedura ta jest stosowana, gdy inne metody leczenia dysfunkcji prokreacyjnej okazały się nieskuteczne. Wszystkie dodatkowe rezultaty, pozytywne i negatywne, są zjawiskami ubocznymi. Przeciwnicy *in vitro* kwestionują tę procedurę w odniesieniu do opisu medycznego, twierdząc, że *IVF* nie leczy, a tylko usuwa objawy pewnej dysfunkcji. W odniesieniu do opisu biologicznego mówią, że jest to procedura nienaturalna. Zastrzeżenia te, choć głoślowe, są niestrudzenie powtarzane. Zaczniemy od drugiej sprawy.

Prawdopodobieństwo uzyskania ciąży

W odniesieniu do dowolnej dojrzałej różnopłciowej ludzkiej pary, która pragnie mieć własne dzieci, prawdopodobieństwo zajścia kobiety w ciążę zależy od wielu czynników biologicznych i środowiskowych. Niektóre pary mogą spodziewać się, że w krótkim czasie uzyskają ciążę, która pomyślnie zakończy

się porodem, inne muszą czekać na ciążę dłużej. Niektóre poddają się leczeniu na nieplodność przez wiele lat – z różnym efektem. Inne liczą na łut szczęścia i czekają, aż na pomoc medyczną jest już za późno. Gdyby medycyna i genetyka potrafiły dokładnie zbadać własności jajeczek i nasienia dowolnej z takich par, można by powiedzieć, jaką szansę ma każda z nich na uzyskanie ciąży w ciągu roku, dwóch lat, itd. Oczywiście należałoby uwzględnić liczbę kontaktów seksualnych w okresie płodności kobiety oraz oddziaływanie czynników biologicznych, emocjonalnych i społecznych. Mogłoby się wtedy okazać, że w jakimś przypadku szansa na zajście przez kobietę w ciążę, rokującą pomyślny poród, wynosi np. 1/8. Jedynym utrudnieniem dla ciąży mógłby być fakt, że tylko 12,5 procent jajeczek tej kobiety jest w stanie połączyć się z plemnikiem i stworzyć zygotę. Jak wiadomo, przy powtarzaniu zdarzeń o jednakowym prawdopodobieństwie, prawdopodobieństwa się sumują. Zatem prawdopodobieństwo uzyskania przeżywającej zygoty przez taką parę, w pierwszej próbie naturalnego zapłodnienia, wynosi 1/8. Prawdopodobieństwo zajścia w ciążę w dwóch pierwszych próbach wynosi 1/4, a w czterech pierwszych próbach wynosi 1/2, itd. Jeśli prawdopodobieństwo uzyskania ciąży zostało poprawnie oszacowane i istotnie wynosi 1/8, to pomijając niefortunne sekwencje – wyłącznie nieplodnych jajeczek – po ósmej próbie kobieta będzie w ciąży.

Bez pomocy lekarza tych osiem prób może się jednak rozciągnąć w czasie na kilka miesięcy lub lat. Z rozmaitych powodów. Na przykład takiego, że jakaś para nie dość często ma ze sobą kontakty seksualne lub kobieta traci popęd seksualny, gdy jest płodna. Bywa, że oboje, mając pewien wzgląd na uczucia drugiej strony, nie zamierzają sprowadzać relacji seksualnych wyłącznie do płodzenia, uznając takie wzajemne traktowanie się za wykalkulowane i zimne. Może się także zdarzyć, że płodne jajeczko znajdzie się na ósmej pozycji w ciągu kolejnych owulacji, a wtedy oczekiwanie na dziecko może się przedłużyć na lata lub może zakończyć się niepowodzeniem. Zwłaszcza wtedy gdy kobieta kilkakrotnie doświadczy poronienia i zaniecha dalszych prób zajścia w ciążę. Ten proces selekcji medycyna potrafi przyspieszyć, stosując *IVF*.

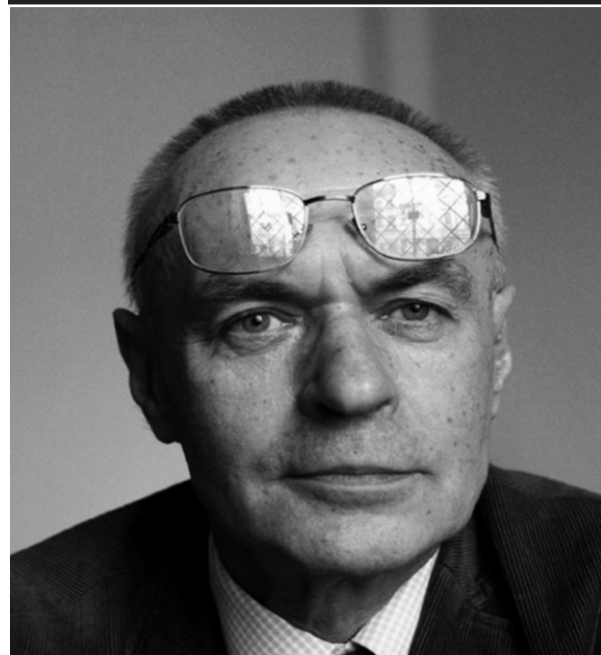
Zasadność metody *in vitro*

Zazwyczaj procedurę *in vitro* wykorzystuje się po kilku latach bezskutecznego leczenia niepłodności metodami konwencjonalnymi i gdy kobieta zbliża się do trzydziestu lat. W takim przypadku *IVF* pozwala leczącej się parze szybciej uzyskać ciążę i zmniejsza szanse poronienia. Jeśli – tak jak przyjęliśmy w wybranym przykładzie – jedynym powodem dysfunkcji prokreacyjnej jakiejś pary jest niska płodność jajeczek u pacjentki (wynosi ona 12,5 proc.), to lekarz, choć nie może posiadać tej informacji na temat pacjentki, może przez przypadek pobrać od niej osiem jajeczek. Od mężczyzny uzyska nasienie i podejmie próbę zapłodnienia wszystkich ośmiu jajeczek. Jest duża szansa, że wśród ośmiu jajeczek jest jedno, które może stworzyć przeżywającą zygotę i ta zygota, rozpoznana przez lekarza, zostanie implantowana. Stanie się zatem dokładnie to samo, co stałoby się, gdyby kobieta się nie leczyła i czekała aż zajdzie w ciążę, uzyskania której prawdopodobieństwo wynosiłoby 1/8. Lekarz jedynie przyspiesza proces selekcji, który kończy się po kilkudziesięciu godzinach. Inaczej trwałby kilka miesięcy lub lat. Siedem jajeczek, które zostałyby wydalone z organizmu kobiety, bez zagnieżdżenia się w macicy, pozostanie na szalce Petriego

jako niezdolne do dalszego podziału lub jako komórki przekształcające się w patologiczną tkankę. Te jajeczka nie będą wykorzystane, bo są niezdolne do rozwoju lub już są martwe. Zatem niezależnie od tego, czy opisana pacjentka leczy się metodą *IVF*, czy nie leczy się wcale, jej siedem jajeczek na osiem musi zginąć. Do ich eliminacji prowadzi naturalny proces selekcji, a nie interwencja lekarza. Jajeczka mają jakieś wady wrodzone, których nie potrafi usunąć ani natura, ani medycyna. Twierdzenie przeciwników *in vitro*, że w takim przypadku lekarz zabija siedmioro dzieci, jest groteskowe i niestosowne. Lekarz nikogo nie zabija, tylko pomaga przeżyć zarodkom (które w naturalnych warunkach powstałyby znacznie później), gdy szanse pomyślnego przebiegu całej ciąży zdecydowanie maleją. Procedura *IVF* jest zatem nienagannym sposobem spełnienia oczekiwań osób, które chcą żyć w pełnej rodzinie, utworzonej przez bliskie związki emocjonalne, społeczne i biologiczne.

Nawet zdecydowany obrońca ludzkiego życia w każdej formie, jakim jest James Dobson, przyznaje, że procedura *in vitro*, przebiegająca w opisany wyżej sposób, powinna być uznana za dopuszczalną. Nie można jej postawić żadnego poważnego zarzutu. Jeśli dzięki procedurze *in vitro* łatwiej przeżywają zygoty zdolne do przeżycia (nie są blokowane w kolejce do zapłodnienia przez komórki niezdolne do przeżycia), to zasadność zabiegów *IVF* nie powinna budzić wątpliwości. Zastrzeżenia może budzić jedynie sytuacja, w której lekarz wadliwie oszacował płodność jajeczek, pobrał ich zbyt wiele i wytworzył zbędne, nadliczbowe zarodki, których nikt nie chce. Mają one zdolność przeżycia, lecz nie są implantowane. Taką wersję *in vitro* Dobson odrzuca, dodatkowo wspominając, że negatywna decyzja jest łatwiejsza, gdy materiał genetyczny nie pochodzi od męża i żony:

Jestem przekonany, że najbardziej konserwatywni chrześcijanie zgodzą się, że taka praktyka jest nie do obrony z perspektywy biblijnej. Z drugiej jednak strony uważam, że IVF jest mniej problematyczne, jeśli dawcami są mąż i żona, i jeśli wszystkie zapłodnione jajeczka są umieszczone w macicy. Gdy wtedy organizm kobiety zaakceptuje jedno jajeczko lub kilka, i odrzuci pozostałe, to proces pozostaje w rękach



Jacek Hołowka

(ur. Lwów: 1943 r.) jest kierownikiem Zakładu Filozofii Analitycznej Uniwersytetu Warszawskiego i redaktorem naczelnym „Przeglądu Filozoficznego”. Poza macierzystą uczelnią powadził zajęcia z filozofii współczesnej i filozofii moralnej na Ohio State University (Bloomington, Indiana), Notre Dame University (Indiana) i Viadrina (Frankfurt/Oder). Obecnie uczy też w Wyższej Szkole Pedagogiki Resocjalizacyjnej Pedagogium w Warszawie. Publikacje książkowe: David Solter et al.: *Embryo Research in Pluralistic Europe* (Springer Verlag: 2003), *Etyka w działaniu* (Prószyński i Ska: 2001), *Wybrane problemy moralne współczesności* (WSiP: 1999), *Problemy etyczne w literaturze pięknej* (WSiP: 1994), *Relatywizm etyczny* (PWN: 1981).

Boga, i jak można sądzić, nie gwałci żadnych zasad moralnych

(Alcorn 1992: 62).



Komórka jajowa.

Pośrednio lub bezpośrednio, James Dobson, prezentujący się jako obrońca ludzkiego życia w każdej formie, przyznaje tym samym, że pełny zakaz stosowania procedury *in vitro* jest nieuzasadnionym ograniczeniem wolności dorosłych osób, działaniem przeciwko rodzinie i postulatem niemywowanym perspektywą biblijną. Do rozważenia pozostają inne wspomniane przez niego kwestie: czy para musi być mężem i żoną, jak uniknąć nadliczbowych jajeczek, czy tylko *in vitro* „wymyka się z rąk Boga”, czy też coś podobnego może nastąpić przy każdej interwencji lekarskiej. Zamknijmy zatem sprawę biologicznego celu *IVF*, który jest jasny i niepodważalny – przyspieszenie selekcji naturalnej.

W medycynie zawsze jest ryzyko

Zajmijmy się medycznym aspektem *in vitro*. Zasadnicze pytania rysują się dość jasno. Czy lekarz musi się opierać na prawdopodobieństwie i nie może ściśle określić, które jajeczko w organizmie kobiety jest zdolne stworzyć zygotę? Odpowiedź jest dość oczywista. Niestety, na razie nie może być inaczej. Embriologia nie jest w stanie rozpoznać potencjalnie płodnych jajeczek w organizmie kobiety i nie potrafi ich odróżnić od potencjalnie bezpłodnych. Być

może *in vitro* przyczyni się do przyspieszenia badań w tym zakresie. Dopóki jednak rozpoznanie zdolnych do rozwoju jajeczek jest niemożliwe, medycyna musi stosować procedurę opartą na szacowaniu prawdopodobieństwa. Czy procedurę szacowania prawdopodobieństwa uzyskania płodnego jajeczka można tak poprawić, by lekarz mógł zminimalizować liczbę zbędnych jajeczek i wiedział, kiedy ma pobrać cztery jajeczka, a kiedy osiem, itd.? To jest bardzo trudne, gdyż na przeszkodzie stoją dwa względy – stosunkowo niska płodność par poddających się leczeniu metodą *in vitro* i zmienny skład potencjalnie płodnych i niepłodnych jajeczek w pozyskiwanych próbach.

Po pierwsze, w omawianym przykładzie przyjęte zostało założenie, że jakaś para ma szansę uzyskania ciąży zakończonej porodem w wysokości 1/8. Jest to dla wielu par założenie przesadnie optymistyczne. Ich zarodki mogą mieć szansę przeżycia wynoszącą np. 1/20 lub mniej. Jeśli w takiej sytuacji lekarz pobierze tylko dwa lub trzy jajeczka od leczonej kobiety (aby

niekorzystnej kolejności występowania przeżywających i nieprzeżywających jajeczek, niekiedy będzie musiał powtórzyć zabieg kilka lub nawet kilkanaście razy. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że zabieg musi być poprzedzony stymulacją hormonalną i że kolejne zabiegi nie mogą być przeprowadzane jeden po drugim, w krótkich odstępach czasowych, to tak zaplanowane leczenie okazuje się procedurą krańcowo nieskuteczną, niezdrową i kosztowną. Nie można jednocześnie starać się przyspieszyć selekcji naturalnej i ograniczać materiału biologicznego poddanego selekcji.

Po drugie, odsetek inicjowanych ciąż do pomyślnych porodów jest dla większości par nieznaną (poza przypadkami, gdy to prawdopodobieństwo dla danej pary wydaje się bliskie zera lub jedności). Lekarz nie może zatem przyjąć, że prawdopodobieństwo uzyskania ciąży dla danej pary wynosi 1/8 i na tej podstawie uznać, że powinien pobrać osiem jajeczek. Zresztą, nawet gdyby lekarz miał taką wiedzę, to mógłby jedynie stwierdzić, że przy dopusz-



Mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej.

mieć pewność, że wszystkie będzie mógł implantować bez wywołania patologicznej ciąży mnogiej), to przy

czalnym błędzie statystycznym, w jednej próbie pobranych ośmiu jajeczek mogą być dwa płodne, a w drugiej nie

będzie ani jednego. Prawdopodobieństwo 1/8 wskazuje jedynie, że w dłuższym ciągu prób, średnio, jedno płodne jajeczko przypada na siedem niezdołnych do rozwoju. Medycyna nie jest nauką ścisłą i często musi się opierać na statystyce. Nie wolno jednak z tego powodu ograniczać stosowania procedur medycznych i, poza przypadkiem *IVF*, nikt tego nie postuluje. Każdy chirurg wie, że mimo najlepszych kompetencji i starań, nawet w najlepszym szpitalu, stosując narkozę, naraża pacjenta na możliwość niewybudzenia. Tego ryzyka nigdy nie można całkowicie wykluczyć, choć należy zrobić wszystko, i zwykle się robi, by je zminimalizować. W realnym świecie medycyna nikomu nie daje gwarancji do uzyskania pomyślnego efektu podjętych zabiegów. Godzimy się jednak, że za błąd terapeutyczny wolno uznać tylko nieostrożne postępowanie lekarza, który źle oszacował przewidywalne następstwa swego postępowania, lecz nie samą konieczność opierania się na prawdopodobieństwie. Umiemy pogodzić się z faktem, że w najlepszych szpitalach, wykonujących dziś transplantację serca, szansa niepowodzenia jest dość wysoka. Nikt jednak z tego powodu nie kwestionuje już dzisiaj dopuszczalności transplantacji, ponieważ jest jasne, że nie istnieje skuteczniejsza metoda leczenia głębokich wad serca. Podobnie jest z *in vitro* – jeśli leczenie konwencjonalne nie przynosi rezultatów, nie istnieje inna skuteczna metoda uzyskania ciąży u pary cierpiącej na niską płodność.

Spory i rozmaite racje

Problem nadliczbowych jajeczek jest zatem całkiem realny i nic nie wskazuje na to, by można go było rozwiązać przez poprawę diagnostyki lub procedury. Dopóki medycyna nie będzie w stanie kontrolować wszystkich czynników składających się na niepomyślny rezultat ingerencji medycznych, to będą one obciążone nieuniknionym ryzykiem. Spory o dopuszczalność *in vitro* muszą zatem powstawać. Ale równie jasne powinno być i to, że sam fakt podejmowania decyzji obciążonych błędem statystycznym nie wystarczy do dyskwalifikacji medycznej procedury. Na pytanie, ile minimalnie należy pobrać jajeczek, by uzyskać pomyślnie rokującą

ciążę, nie można dać ścisłej odpowiedzi. Im więcej jajeczek się pobierze, tym bardziej wzrastają szanse znalezienia co najmniej jednego dobrze rokującego jajeczka. Jednocześnie zwiększają się szanse znalezienia w próbie większej liczby dobrze rokujących jajeczek, które nie będą wykorzystane.

Podobnie jak w sporach politycznych, światopoglądowych, ekonomicznych, militarnych i psychiatrycznych,



Zapłodniona komórka jajowa.

problemy decyzyjne dotyczące bioetyki nie dadzą się oprzeć na ścisłych ustaleniach teoretycznych. Można tylko ważyć rozmaite racje głoszone przez zwolenników różnych stanowisk. Należy je analizować w oderwaniu od innych czynników, więc w efekcie trzeba zdać się na pewien rodzaj myślenia „pakietowego”. Trzeba wybrać stanowisko najbardziej przekonujące, dzięki temu, że jest poparte poważnymi i trudnymi do podważenia argumentami. Jak zwykle w sporach bioetycznych możemy wyróżnić cztery takie stanowiska, wypowiadające się nie tylko na temat *in vitro*, ale także odnoszące się do wielu innych kwestii związanych z zapobieganiem ciąży, dopuszczalnością eksperymentów na zarodkach, z aborcją i ciążą zastępczą. Oto co one głoszą:

- **Radykalny konserwatyzm:** należy całkiem zrezygnować z metody *in vitro*, co najmniej

na tak długo, dopóki problem nadliczbowych jajeczek pozostaje nierozwiązany;

- **Umiarkowany konserwatyzm:** należy liczbę pobieranych jajeczek ograniczyć do liczby minimalnie większej od liczby jajeczek planowanych do implantacji;
- **Umiarkowany liberalizm:** należy maksymalizować szanse uzyskania jednego lub dwóch przeżywających zarodków, bez względu na liczbę potrzebnych dla takiego efektu jajeczek;
- **Radykalny liberalizm:** należy się jajeczkami w ogóle nie przejmować.

Pod względem spójności wewnętrznej każde z tych stanowisk jest równie konsekwentne i przekonujące, bo proponują je osoby sprawne intelektualnie. Ta spójność skłania jednak niekiedy ich zwolenników do „suchego” deklarowania swej postawy w nadziei, że szczerść uznana zostanie za wystarczające uzasadnienie wybranego przez nich stanowiska. Oczywiście trudno się zgodzić, by taka autodefinicja wystarczyła za uzasadnienie jakiegokolwiek stanowiska. Zagadnienia dotyczące bioetyki wymagają wnikliwości, wykraczającej poza wewnętrzną spójność wybranego pakietu opinii. Konieczne jest rozważenie podstaw, na jakich zbudowana jest wybrana koncepcja, i jej zgodności z innymi, szerszymi przekonaniem. Zwolennicy czterech wymienionych stanowisk często spełniają to dodatkowe wymaganie i otwarcie wiążą swe poglądy bioetyczne z jakimiś poglądami religijnymi lub filozoficznymi. I tak:

- **Radykalny konserwatysta** – zwykle popiera swe przekonania bioetyczne poglądami katolickimi lub protestanckim fundamentalizmem,
- **Umiarkowany konserwatysta** – tradycją,
- **Umiarkowany liberał** – koncepcją uprawnień i prawem do budowania własnego oraz powszechnego szczęścia,
- **Radykalny liberał** – prawem do wolności.

Wspomnienie o prof. Antonim Gabryelewiczu

W dniu 24 września 2010 r., podczas pobytu w Hiszpanii, zmarł nagle prof. zw. dr hab. n. med. dr h.c. multi Antoni Gabryelewicz. Pozostawił żonę, syna i dwóch wnuków.

Był wybitnym uczonym, doskonałym klinicystą, a nade wszystko wspaniałym człowiekiem. Przez dziesięciolecia był dumą naszej uczelni. Miał niespożytą energię. Wydawało nam się, że bezustannie będziemy czerpali z jego siły i mądrości.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Gabryelewicz urodził się 16.07.1928 r. w Downarach na Białostocczyźnie. Dyplom lekarza otrzymał w roku 1952 na Akademii Medycznej w Łodzi. Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał na Akademii Medycznej w Białymstoku w roku 1961, zaś doktora habilitowanego w roku 1968. Tytuł profesora przyznano mu w roku 1976.

Od roku 1952 pracował na etacie klinicznym w Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Białymstoku. W roku 1970 został kierownikiem Kliniki Gastroenterologii na tejże uczelni. Zorganizował klinikę oraz zadbał o jej wyposażenie w nowoczesny sprzęt endoskopowy.

Profesor Gabryelewicz był pionierem polskiej gastroenterologii i pankreatologii. Odbył wiele kursów szkoleniowych. Przez rok przebywał na stażu naukowym w New York Blood Center, a potem wyjeżdżał często, jako *visiting professor*, do klinicznych ośrodków w Helsinkach, Kanadzie, USA, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Japonii i we

Francji. Pomimo wielkiej pasji naukowej, na pierwszym miejscu zawsze stawał chorego człowieka. Dzięki takiej postawie, zaszczepił szlachetne wzorce swoim uczniom i cieszył się wdzięcznością pacjentów.

Główne zainteresowania naukowe Profesora koncentrowały się wokół pankreatologii klinicznej i ostrego do-

świadczonego zapalenia trzustki, zaburzeń hemostazy w zapaleniu trzustki, farmakologii klinicznej i endoskopii przewodu pokarmowego. Dzięki tym badaniom, o Panu Profesorze i kierowanym przez niego ośrodku usłyszała Polska i zagranica.

Profesor Gabryelewicz był autorem bądź współautorem ponad 270



(1928 – 2010)



Warta honorowa przy trumnie prof. Antoniego Gabryelewicza.

publikacji, które ukazały się w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Należał do zespołów redakcyjnych kilku krajowych i zagranicznych czasopism naukowych, współredagował podręcznik „Choroby trzustki”, opracował kilka rozdziałów w innych podręcznikach. Był promotorem 23 rozpraw na stopień doktora nauk medycznych i opiekunem 9 habilitacji. Ośmiu jego uczniów zostało profesorami.

Profesor Antoni Gabryelewicz był członkiem kilku krajowych towarzystw naukowych. Przez wiele lat przewodniczył Komisji Gastroenterologii i Hepatologii Polskiej Akademii Nauk oraz Białostockiemu Oddziałowi Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. W latach 1985 – 1991 był Prezesem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Sprawował także funkcje członka honorowego: Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Bohemo-Słowackiego Towarzystwa Medycznego im. J. E. Purkyniego oraz członka korespon-

denta Niemieckiego Towarzystwa Gastroenterologii (German Association of Gastroenterology). Z jego inicjatywy powstała Robocza Grupa Trzustkowa Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, w której działali wybitni pankreatolodzy krajowi i zagraniczni. Nawiązał współpracę z gastroenterologami z Belgii, Finlandii, Czechosłowacji, Niemiec i Japonii.

W latach 1974 – 1981 pełnił funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego AM w Białymstoku. Przez kilka kadencji zasiadał w senacie tejże uczelni.

Przez dwie kadencje był członkiem Centralnej Komisji do Spraw Stopni i Tytułów oraz członkiem Zespołu Nauk Medycznych Komitetu Badań Naukowych. Za prace naukowe On i Jego zespół byli wielokrotnie wyróżniani nagrodami naukowymi I stopnia Ministra Zdrowia i Rektora AMB. W uznaniu zasług nasza uczelnia nadała Profesorowi tytuł doktora honoris causa. Ten honorowy tytuł przyznały

mu również inne uczelnie polskie: Akademia Medyczna we Wrocławiu oraz Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Spośród wielu odznaczeń Profesor najbardziej cenił odznakę Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia i „Medal Edukacji Narodowej”. Otrzymał również najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, nadawane za wybitne zasługi dla medycyny – medal „Gloria Medicinae”. Miał być on wręczony 5 listopada 2010 r. Niestety, na tej uroczystości Profesora już nie było.

Profesor Antoni Gabryelewicz pozostawił liczne grono uczniów, w sercach których pozostanie na zawsze. Żegnamy naszego Profesora z głębokim żalem i smutną refleksją: zakończyła się pewna epoka i bez Niego to już nie będzie ta sama uczelnia.

Andrzej Dąbrowski

Prof., kierownik Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych UMB.

Nowe kierunki w kardiologii,

czyli intensywna terapia kardiologiczna w miejsce intensywnej opieki

Z góry zastrzegam, że nie chodzi bynajmniej tylko o samą zmianę nazwy, ale o zupełnie inną jakość działania. „Intensywna terapia kardiologiczna” zamiast „intensywnej opieki” to odpowiedź na wyzwania XXI wieku. Dotychczasowe określenie „intensywna opieka” kojarzyło się przede wszystkim z opieką nad chorym i pielęgnacją pacjenta podłączonego do urządzeń monitorujących. Takie postępowanie, które w Polsce ma już 50-letnią tradycję, powoli odchodzi do przeszłości. Postęp medycyny wymusza, aby chory był cały czas intensywnie leczony i rehabilitowany, a nie tylko monitorowany. Zakłada się, że dzięki wdrożeniu „intensywnej terapii” szybko będzie można postawić właściwą diagnozę i włączyć odpowiednie, wielokierunkowe leczenie, ze stałą oceną jego wpływu na stan pacjenta. W przypadku gdy stan chorego ulegnie pogorszeniu, możliwa będzie natychmiastowa interwencja. Wymaga to nie tylko doskonale wyszkolonego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego, ale też odpowiedniej aparatury. Dlatego w ośrodku takim dostępne powinny być najnowsze technologie. Niezbędny jest sprzęt do wspomagania oddychania, pracy serca czy nerek. Konieczne jest też umożliwienie zastosowania hipotermii u nieprzytomnego chorego, np. po zatrzymaniu krążenia, aby uchronić przed uszkodzeniem mózgu.

Nowa wizja oddziałów intensywnej terapii kardiologicznej wymaga wielu zmian, między innymi systemu referencyjności. Według konsultanta krajowego, w każdym województwie wystarczą jeden lub maksymalnie dwa takie ośrodki. Problemem podstawowym są oczywiście fundusze. Ze względu na najwyższy poziom specjalistycznej opieki placówki te powinny otrzymywać wyższe finansowanie. Konieczne przy tym jest, aby finansowanie najbardziej



Sala Intensywnej Opieki Kardiologicznej Kliniki Kardiologii UMB.

kosztownych procedur odpowiadało ich rzeczywistym kosztom. Obowiązujący obecnie system NFZ tego nie zapewnia. Większość procedur, które wykonywane mają być w przyszłości na oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej, przypisana jest, zgodnie z aktualnym koszykiem świadczeń, do oddziałów *stricte* kardiologicznych czy kardiochirurgicznych. Oznacza to, że działanie placówki w nowym wymiarze nie spowoduje dodatkowego finansowania i w jeszcze większym stopniu obciążą budżet jednostki macierzystej.

Inny problem polega na tym, by lekarze pracujący w takiej placówce zyskali część umiejętności, a potem uprawnień anestezjologów. Nowoczesna kardiologia potrzebuje kardiologów biegłych w zakresie intensywnej terapii. Na przykład leczenie chorych z niewydolnością oddychową za pomocą respiratora czy krótkotrwałe znieczulenie do kardiowersji może wykonywać odpowiednio wykształcony kardiolog. Wymaga to edukacji i uregulowań prawnych.

Pierwszą tego typu placówkę w Polsce otwarto w ubiegłym roku w Instytucie Kardiologii w Aninie. A jak przedstawiają się możliwości stworzenia takiego

modelowego oddziału intensywnej terapii kardiologicznej w województwie podlaskim? Najbardziej do pełnienia nowych zadań przystosowany jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny. W Klinice Kardiologii działa Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Obecnie (po remoncie i rozbudowie w 2001 r.) dysponuje on 10 łóżkami dla chorych, a po modernizacji szpitala liczba łóżek ma zwiększyć się dwukrotnie. Placówka od 2000r. pełni rolę głównego ośrodka referencyjnego inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych dla pacjentów z Podlasia. Pracuje w trybie całodobowym, 7 dni w tygodniu, we wszystkie dni w roku.

W klinikach kardiologii i kardiologii inwazyjnej rocznie hospitalizowanych jest ok. 700 – 900 chorych z zawałem serca. Podobnie jak w innych ośrodkach w kraju, obserwujemy zmniejszenie o ok. 30 proc. liczby zawałów z uniesieniem ST i wzrost liczby przypadków bez uniesienia ST. Warto podkreślić też inne zmiany, jakie zaszły w ciągu ostatniej dekady. Systematycznie rośnie liczba pacjentów z zawałem, leczonych inwazyjnie, a jednocześnie zmienia się ich profil. Coraz częściej

do szpitala trafiają osoby w podszłym wieku, często po 80 roku życia, u których występują liczne choroby towarzyszące. U około 1/3 pacjentów współistnieje cukrzyca, a u 20 – 30 proc. mamy do czynienia z upośledzeniem funkcji nerek czy niewydolnością serca. Częściej hospitalizowani są chorzy poddani wcześniej zabiegowi angioplastyki czy chirurgicznej rewaskularyzacji.

Współczesna intensywna opieka kardiologiczna to nie tylko chorzy z zawałem serca. Intensywnego nadzoru wymagają także pacjenci z ostrą czy przewlekłą zaostrzoną niewydolnością serca, groźnymi zaburzeniami rytmu i przewodnictwa, zatorowością płucną czy zaawansowanymi wadami serca. Wyniki inwazyjnego leczenia zawału serca na Podlasiu są doskonałe i nie odbiegają od tych, które są w innych krajach europejskich. Natomiast w zakresie intensywnej terapii kardiologicznej innych schorzeń efekty terapii są gorsze. Podobnie jest w innych ośrodkach w kraju. Dlaczego tak się dzieje? Wynika to między innymi z faktu, że chorzy ci często wymagają bardzo specjalistycznego podejścia, którego nie są w stanie zapewnić im działające w obecnej formie oddziały intensywnej opieki medycznej.

Moje spostrzeżenia, jako konsultanta, w pełni potwierdzają przedstawione trendy. Procent chorych hospitalizowanych z innymi, niż ostre zespoły wieńcowe, stanami zagrażającymi życiu będzie systematycznie rósł, a postępowanie w przypadku choroby będzie bardziej agresywne. Jako kardiolog, już teraz często radzimy sobie sami, bez anestezjologów, co wymusza chroniczny brak miejsc na OIOM-ie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Także w zakresie aparatury i sprzętu dysponujemy coraz lepszymi możliwościami intensywnego leczenia. Tak więc w naszym przypadku podjęcie nowych zadań nie będzie zbyt trudne. Czas rozbudowy i modernizacji szpitala klinicznego wydaje się najlepszym momentem, aby wdrożyć nowe zasady intensywnej terapii kardiologicznej na miarę XXI wieku. Liczę, że z pomocą władz uczelni i dyrekcji szpitala szansa ta zostanie wykorzystana.

Włodzimierz J. Musiał
Prof., kierownik Kliniki Kardiologii UMB.

Podlaski Hipokrates 2010

Hipokrates mawiał, że „szlachetne cechy istnieją naprawdę u szlachetnych ludzi”. Trudno je jednak czasem docenić i za nie podziękować. Okazja ku temu nadarzyła się już 10 września 2010 roku. Firma Media Regionalne Spółka Sp. z o. o, Oddział w Białymstoku zorganizowała plebiscyt na Podlaskiego Hipokratesa 2010. W kategorii lekarzy specjalistów trzecie miejsce zdobył Paweł Świątkiewicz – ortopeda z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Wśród lekarzy rodzinnych zwyciężyła Marzena Więckowska, absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku. Najbardziej lubianą pielęgniarką/położoną zaś okazała się Marzena Awruk, która pracuje na kardiologii inwazyjnej w USK w Białymstoku. Drugie miejsce zdobyła Anna Kasperuk – pielęgniarka koordynująca Stacji Dializ w UDSK w Białymstoku.

W konkursie oceniane były: przygotowanie do zawodu kandydata, jego usposobienie i stosunek do pacjenta. Bo przecież zdrowieć to czuć się dobrze. A w obecności zwycięzców konkursu chorzy czują się najlepiej.

- *W Klinice Kardiologii Inwazyjnej wykonuje się trudne zabiegi – badania diagnostyczne tętnic wieńcowych i ich plastykę. Pacjenci, którzy do nas trafiają, są w ciężkim stanie zdrowia. Staram się im pomóc najlepiej, jak potrafię – także dobrym słowem i uśmiechem. Najważniejsze, by wyszli ze szpitala na własnych nogach. Cieszę się wtedy razem z nimi – mówi Marzena Awruk.*

Głosy można było oddawać za pomocą sms-ów i kuponów plebiscytowych drukowanych w „Gazecie Współczesnej” do 18 listopada 2010 roku. Uroczysta gala odbyła się 29 listopada 2010 roku w restauracji Zappa.

- *Akurat tego dnia Białystok był sparaliżowany przez wielkie śnieżyce. Wiele*



Codziennosc Marzeny Awruk.

osób mieszkających za miastem nie dojechało na uroczystość wręczenia nagród. Było kameralnie, ale czułam się szczęśliwa. Takie wyróżnienie ze strony pacjentów to spełnienie moich marzeń zawodowych – z sentymentem wspomina zwyciężczyni w kategorii pielęgniarka/położna.

Tytuły i statuetki Podlaskiego Hipokratesa 2010 laureaci odebrali z rąk Konrada Kruszewskiego, redaktora naczelnego „Gazety Współczesnej”. Fotorelacja z uroczystości ukazała się 1 grudnia w wydaniu papierowym „Gazety Współczesnej”. Patronat honorowy nad plebiscytem objęli: NFZ, Okręgowa Izba Lekarska i Okręgowe Izby Pielęgniarskie z Białegostoku, Suwałk i Łomży.

Beata Jarmuszewska

WYŻEJ WEJDZIESZ, BOLEŚNIEJ SPADNIESZ

MAREK WROŃSKI

Potrzeba posiadania publikacji w czasopiśmie z listy filadelfijskiej skłania naukowców czasami do niechlubnych czynów. Tym razem chciałbym przybliżyć Państwu kilka historii, których bohaterami są lekarze naukowcy z egzotycznych dla nas krajów.

Doktor Song Zhang był młodym i ambitnym specjalistą laryngologiem. Pracował w Klinice Otolaryngologii Centralnego Szpitala Związków Zawodowych Wydziału Medycznego Tongji Uniwersytetu Huazhong w Hubei, w Chinach. Jego zainteresowanie medycyną molekularną zaowocowało współpracą z szefem kliniki, prof. Wei-Jia Kongiem – poważanym naukowcem i jednocześnie wicedyrektorem szpitala. Z tej współpracy powstało co najmniej kilkanaście interesujących prac, z czego pięć opublikowano w czasopismach indeksowanych na liście filadelfijskiej. Wydawało się więc, że adiunkta Zhanga czeka dobra naukowa przyszłość. Bańka prysła, kiedy w lipcu 2010 r. znane czasopismo „Cancer Biology & Therapy” wydrukowało retrakcję artykułu z kwietnia 2008 roku pt. „Overexpression of transketolase protein TKTL1 is associated with occurrence and progression in nasopharyngeal carcinoma”. Jego autorami byli: Song Zhang, Jian Xin Yue, Ju Hong Yang, Peng Cheng



fol. S. Ciechan

Cai i Wei-Jia Kong. W treści retrakcji napisano, że po otrzymaniu informacji o możliwości popełnienia przez autorów nieuczciwości naukowej w redakcji przeprowadzono dochodzenie. Okazało się, że:

- nazwiska prof. W. J. Konga i dr. Peng Chenga Cai użyto bez ich wiedzy i zgody;
- posłużono się fałszywym adresem e-mail W. J. Konga, autora korespondenta w tej pracy, co spowodowało, że nie otrzymywał on korespondencji z redakcji.

E-maile przechwytywali dwaj pierwsi autorzy;

- podczas dochodzenia dr Song Zhang i pani Jian Xin Yue kilkakrotnie zmieniali wersję wydarzeń dotyczących kwestionowanych danych, co utrudniło redakcji ich ocenę. Jednakże gdy redaktorzy odkryli, że zdjęcie czwarte z tej pracy pochodzi z publikacji z „Cancer Letters” z 2007 r., nie było już wątpliwości, że przedstawione dane są nierzetelne.

Mając na uwadze powyższe fakty, redakcja zdecydowała się unieważnić i retraktować publikację. Dwaj pierwsi autorzy otrzymali ponadto zakaz drukowania w czasopiśmie przez pięć lat, zaś kierownictwo chińskiego szpitala podjęło dodatkowe kroki dyscyplinarne. Oczywiście największą karą było upublicznienie tej sprawy!

Ku mojemu zaskoczeniu, podczas pisania tego artykułu odkryłem, że „fałszywy” adres e-mail prof. W. J. Konga figuruje również na drugiej pracy, pochodzącej z roku 2008. Została ona wydrukowana w skandynawskim czasopiśmie „Acta Oto-Laryngologica”, a jej tytuł brzmi: „Trans-superior meatus endoscopic surgery of sphenoidal sinus and sellar area: a surgical technique for lesion of sellar area”. Pierwszym autorem tej publikacji jest mgr Jian Xin Yue, a drugim dr Song Zhang. Zagad-

kę, czy praca jest prawdziwa, postaram się wyjaśnić w ciągu kilku miesięcy, zaraz po otrzymaniu odpowiedzi od redaktora naczelnego prof. Matti Anniko z Uppsali, w Szwecji (który zajął się jej rozwikłaniem), oraz samego prof. Wei-Jia Konga. Niestety, ten ostatni na razie milczy...

Krótką radość

W marcowym numerze z 2010 r. amerykańskiego miesięcznika „Journal of Clinical Rheumatology”, wydanego w Filadelfii przez Wydawnictwo Lippincott Williams & Wilkins, ukazał się artykuł „Tai Chi improves physical function in older Chinese women with knee osteoarthritis” dr. Guo Xin Ni i jego współpracowników z Kliniki Rehabilitacji oraz Kliniki Chirurgii Ortopedycznej Uniwersytetu Medycznego Fudan w Fuzhou, w Chinach. Praca wykazywała korzystny wpływ 2000-letniej chińskiej metody ćwiczeń fizyczno-oddechowych „Tai Chi” na funkcjonowanie starszych kobiet ze zmianami zapalnymi stawów kolanowych.

Dość szeroko komentowano ją w światowej prasie codziennej, ale duma i radość autorów z publikacji była krótkotrwała. Parę tygodni później redakcja otrzymała list od dr. Chenchen Wang, docent reumatologii z Kliniki Reumatologicznej Uniwersytetu Tufts w Bostonie, światowej klasy eksperta od badań nad „Tai Chi”, w którym zarzuciła autorom przepisanie znacznych fragmentów tekstu z jej publikacji. Ponadto, dr. Chenchen Wang stwierdziła, że sposób i czasokres wykonania badań (11 miesięcy) są nieodpowiadające opisanej przez autorów metodzie i oskarżyła ich o sfabrykowanie wyników. Ponieważ powiadomiony o zarzutach pierwszy autor nie odpowiadał w korespondencji, redakcja skontaktowała się z dyrekcją szpitala, prosząc o sprawdzenie danych. Okazało się, że o badaniach dr. Guo-Xin Ni nie słyszała nawet lokalna komisja etyczna. Nikt nie widział badanych osób i dokumentów potwierdzających te badania. W październiku 2010 r. czasopismo wydrukowało obszerny list doc. C. Wang, jak również krótką notę retrakcyjną. Doktor Guo Xin Ni pracował już w nowym miejscu: w Klinice

Ortopedii i Traumatologii Uniwersytetu Medycznego w Nanfang w mieście Guangzhou. Wieść o oszustwie spowodowała zatrzymanie jego kariery.

Tylko śmierć wybacza

Historia poniższa pochodzi z Japonii, gdzie wciąż wartością jest honor. Utrata twarzy i publiczny wstyd są więc największą karą dla osób, które przestrzegają wiecznych reguł kulturowych, tzw. kodeksu samuraja, czyli *bushido*.

*Według japońskich
zwyczajów, dopuszczenie
się fałszerstwa nie tylko
plami honor sprawcy,
ale okrywa hańbą całą
rodzinę. Honorowa
śmierć winowajcy
zamyka sprawę*

Trzydziestoosmioletni dr Wataru Matsuyama był adiunktem III Kliniki Internistycznej Akademii Medycznej Uniwersytetu Kagoshima i specjalizował się w patogenezy chorób płuc. Pracował też na Oddziale Płucnym Szpitala Uniwersyteckiego. Ten zdolny lekarz od roku 1996 do października 2008 r. opublikował 67 publikacji w dobrych amerykańskich i brytyjskich czasopismach. Jego imponująca kariera naukowa zachwiała się wiosną 2006 r., kiedy po wydrukowaniu pracy „Discoidin Domain Receptor 1 Contributes to the Survival of Lung Fibroblast in Idiopathic Pulmonary Fibrosis”, jeden z uważnych czytelników zwrócił uwagę redakcji prestiżowego „American Journal of Pathology” na mało prawdopodobne wyniki.

Korespondencja z autorem nie wyjaśniła zastrzeżeń, stąd redakcja czasopisma zwróciła się do władz uczelni z prośbą o przeprowadzenie docho-

dzenia i wyjaśnienie sprawy. Powołana przez dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego dr. Hideo Takamatsu komisja stwierdziła, że kwestionowane dane są fałszywe. Doktor Matsuyama przyznał się do sfałszowania wyników pięciu z siedmiu badanych pacjentów. Sfałszowane były też wykresy. Pierwszy autor oświadczył, że współautorzy nie mieli świadomości, że praca jest oparta na nieprawdziwych danych. Publikacja została retraktowana.

Kiedy prof. Kazumasa Sugihara, dziekan Wydziału Studiów Doktoranckich, zdał sobie sprawę, że pod opieką dr. Matsuyamy pracowało kilku doktorantów, to w porozumieniu z dziekanem Wydziału Lekarskiego, prof. Hiroshi Oda, postanowił sprawdzić dalsze publikacje. Szefem zespołu dochodzeniowego został prof. Youichi Minakawa. Szybko okazało się, że do dalszych kilku artykułów dr. Matsuyamy nie ma „surowych” danych. Ponieważ fakty były niepodważalne, doktor przyznał się do kolejnych trzech sfałszowanych artykułów. Decyzją rektora, prof. Yoshida Hiroki, ustalono, że cały dotychczasowy dorobek nierzetelnego adiunkta zostanie sprawdzony i poproszono go o dane dokumentujące wyniki. Informacja została podana na radzie wydziału, a kilka dni później dr Wataru Matsuyama popełnił samobójstwo. W pożegnalnym liście całą winę wziął na siebie i przeprosił swoich współpracowników. Nie ustalono dokładnie, z jakiego powodu zdolny adiunkt zszedł na drogę fałszerstw i nierzetelności, ale osobiście sądzę, że przyczyną mogły być próżność i naciśki otoczenia na ciągłe publikowanie w coraz bardziej prestiżowych czasopismach naukowych.

Z uwagi na trudności w znalezieniu danych do 9 artykułów, publikacje te też zostały uznane za nierzetelne. W kilku przypadkach bowiem towarzyszące im rzekomo oryginalne ryciny czy zdjęcia zostały użyte już wcześniej w innych pracach. Łącznie uczelnia postanowiła unieważnić i retraktować 15 prac oryginalnych, z których w dziesięciu dr. Matsuyama był pierwszym autorem. Współautorami publikacji było kilku znanych, wybitnych japońskich profesorów oraz docentów, stąd można przypuszczać, że potrzeba zmazania winy wobec nich spowodowała samobójczą śmierć Mat-

suyamy. Według japońskich zwyczajów, dopuszczenie się fałszerstwa nie tylko plami honor sprawcy, ale okrywa hańbą całą rodzinę, wypierając ją poza dotychczasowe ramy społeczne. Honorowa śmierć winowajcy zamyka sprawę i uwalnia bliskich od pokutowania za winy krewnego.

We wrześniu 2006 r. samobójstwo popełnił dr Yasuo Kawasaki, adiunkt osakijskiego uniwersytetu. Jego szef, znany profesor biologii komórkowej, Akio Sugino, wysłał do druku w amerykańskim „Journal of Biological Chemistry” maszynopis, fałszując dane z badań swojego współpracownika. Adiunkt Kawasaki był współautorem pracy i gdy zobaczył nierzetelne dane, powiadomił dziekana. Profesor musiał artykuł wycofać. Z kolei do drugiej pracy, ale w innym składzie autorskim, prof. Sugino również wprowadził fałszywe dane, zaś maszynopis wysłał bez poinformowania współautorów. Ci przeczytali pracę po wydrukowaniu i zarzucili jej nierzetelność, informując o wszystkim władze uczelni. Powołano komisję dyscyplinarną, która potwierdziła oszustwa prof. Sugino. Presja, jakiej ze strony profesora poddawany był „donosiciel” Kawasaki, przyczyniła się do śmierci adiunkta. Doktor Yasuo Kawasaki otruł się w swoim laboratorium. W upublicznionym protokole postępowania dyscyplinarnego komisja stwierdziła, że: *Działania profesora są niewybaczalne, bo ma on być postacią modelową dla młodych badaczy. Tymczasem sam popełnił fabrykacje i fałszerstwo danych, i przez to poważnie uszkodził reputację oraz naukową przyszłość współautorów.* Profesor Akio Sugino został dyscyplinarnie zwolniony na rok przed emeryturą. Jego reputacja, jako wybitnego uczonego, runęła niczym domek z kart. Smaczkowi tej sprawie dodaje fakt, że trzy następne prace jego autorstwa też okazały się nierzetelne i oparte na częściowo sfałszowanych danych.

Morał z tych opowiadań jest taki: Nie oszukuj! Twoje wysokie stanowisko i prestiż, którym się cieszysz wśród kolegów naukowców, nie obronią cię, gdy postawione ci zarzuty zostaną upublicznione. I pamiętaj, że im wyżej wejdziesz, tym upadek będzie boleśniejszy.

Autor jest dr. n. med., Rzecznikiem Rzetelności Naukowej na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

część 1

ALINA MIDRO

Pod koniec listopada 2010 roku odbyła się obrona pracy doktorskiej Piotra Iwanowskiego pt. „Zespół Wolfa-Hirschhorna: usystematyzowana analiza fenotypu morfologicznego i klinicznego”. Była ona ukoronowaniem wielu lat pracy, działań, znacznie wykraczających poza rutynowe formy akademickiej aktywności. W poszukiwaniu dzieci z zespołem cech fenotypowych zmienionych wskutek utraty materiału genetycznego krótkiego ramienia chromosomu 4, przemierzaliśmy z Piotrem wiele kilometrów dróg w kraju i w Europie. Spotkania w domach rodzinnych tych dzieci dostarczały nam niezwykłych wzruszeń. Przeżywaaliśmy też różne przygody. Pozwolę sobie podzielić się z Państwem jedną z nich.

Podróż do Trzebiatowa

Do malowniczego Trzebiatowa w Zachodniopomorskiem pojechaliśmy, aby spotkać się z Jacusiem. Chłopiec nie mówił, rósł wolniej niż inne dzieci, a jego ruchy nie zawsze były skoordynowane. Niepokoił tym kochających go rodziców i dziadków. O problemach małego pacjenta powiadomił nas profesor Zajączek ze Szczecina. Jacuś miał już postawione rozpoznanie. Do nas należało opracowanie interesujących nas szczegółów zakresu odmienności fenotypowych.

Tato Jacusia już na nas czekał. Prowadził nas po skrzypiących drewnianych schodach do niewielkiego mieszkania na poddaszu. Mieszkanie trzebiatowskiej rodziny chroniły dwa anioły: jeden – drewniany w niebieskiej sukience, i drugi – ze skrzydłami w tiulu. Musiały dobrze strzec domu, skoro panował tam taki miły nastrój.

Moje

Jacuś, anielsko słodki, niebieskooki blondynek, zaraz po przywitaniu szybko pozwolił mi wziąć się w ramiona. Przytulił się mocno i powoli oswajaliśmy się ze sobą. Chociaż Jacuś nic nie mówił, to w jego zdziwionych oczach można było wiele odczytać. Chłopczyk co jakiś czas spoglądał raz na mamę, raz na tatę, zajętych rozmową z doktorem Piotrem. Zauważyłam, że jego ruchy, chociaż mało skoordynowane, nie były wtedy tak gwałtowne. Potrafił się skupić i oczyma wyrażać najpierw zdziwienie obecnością obcych mu osób, a potem chyba nawet aprobatę. Był tajemniczy i może jeszcze bardziej zagadkowy niż inne dzieci. Chciałam choć trochę poznać jego świat. Zdjęłam go z ramion i za rękę dałam się poprowadzić najpierw do kąjaka z zabawkami, potem do półek z książeczkami i z powrotem do okiennego parapetu koło stołu, na którym królowały anioły.

Jacuś nie akceptował pluszaków ani zielonych piłeczek do zabawy. Gdy chciałam mu pokazać którąś z maskotek, nie wykazywał nawet niewielkiego zainteresowania. Pomyślałam: „Trudno, widocznie nie chce mu się bawić, skoro dom jest pełen gości”. Malec ewidentnie chciał chodzić. Zastanawiałam się, czy potrzebuje ruchu, czy może ma w tym jakiś cel? Z wielką ochotą zaprowadził mnie do przedpokoju i sypialni rodziców. Ponieważ chodzenie po obcym mieszkaniu było dla mnie zbyt krępujące, przeniosłam małego do rodziców i próbowałam zainteresować go kolejnymi zabawkami. Niestety, Jacuś znowu zaprowadził mnie do sypialni. Tam, w papuciach, chciał wejść do łóżka. Zaintrygował mnie jego upór i fakt powracania w to samo miejsce. Nie wiedziałam, co to może znaczyć.

Tymczasem rodzice chłopca zajęci byli rozmową z moim kolegą. Opowia-

naukowe dzieci

Piotr



A jednak zaciekawienie.

dali o swoich troskach, o historii rozwoju Jacusia i etapach diagnozowania.

Dochodziło południe. Zabiły dzwony z zabytkowej wieży pobliskiego gotyckiego kościoła pod wezwaniem Macierzyństwa NMP, który pewnie pamiętał księżnę Marię Wirtemberską. Zaczęłam Jacusiowi o niej opowiadać.

- Dawno, dawno temu na wzgórzu w Trzebiatowie stał zamek. Mieszkały w nim słynne księżniczki – Zofia Dorota Augustyna, która została żoną cara Rosji, Pawła I, i księżna Maria z Czartoryskich, nazywana Marią Wirtemberską od kiedy wydano ją za mąż za księcia Wirtembergii Ludwika. Maria swe myśli i marzenia przelała na karty książki, i tak powstał w roku 1816 pierwszy romans napisany po polsku pt. „Malwina, czyli domyślność serca”.

Jacusz jednak nie wykazywał zbyt dużego zainteresowania losem księżniczek. Nie chciał słuchać mojej opowie-

ści. Trzymając mnie za rękę, poprowadził nas po raz kolejny do sypialni. Nagle do mnie dotarło, że może chce mu się po prostu spać. Moje przypuszczenia potwierdzili rodzice. I po paru minutach, po przejściu znanego mu tylko i rodzicom rytuału zasypiania, wpadł w ramiona Morfeusza. Nie mogłam się nadziwić. Przecież Jacusz chciał mi to wcześniej wytłumaczyć. Stosował różne elementy komunikacji niewerbalnej i oczekiwał pewnie domyślności mojego serca.

Grecki wojownik i krasnoludki

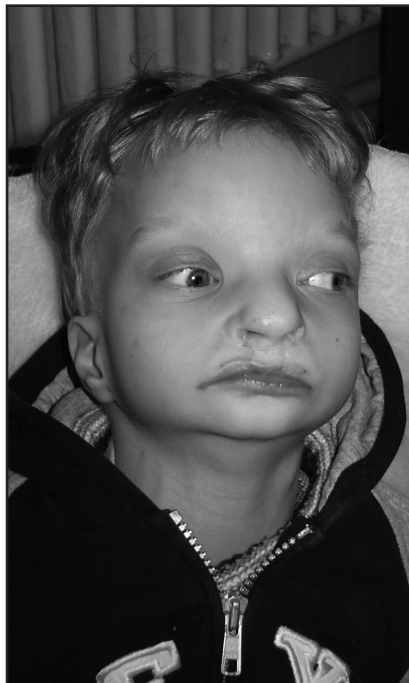
Rodzicom dziecka tłumaczyłam, że patrząc na fenotyp Jacusia: oczy rozstawione, nos z szeroką nasadą, charakterystyczny układ brwi, nadający twarzy wygląd greckiego wojownika w cha-

rakterystycznym hełmie (tak poetycko określili to niegdyś Francuzi), mogliśmy postawić rozpoznanie zespołu genetycznego. Zaburzenie ograniczało tempo wzrostu chłopca i możliwości komunikacji z otoczeniem, zwłaszcza za pomocą mowy ekspresyjnej. Taki obraz rysów, przypominający filmowego Avatara, to znak i wskazówka, aby szukać zmian na krótkim ramieniu chromosomu nr 4. Badanie pozwoliło potwierdzić rozpoznanie odmienności genetycznej, nazywanej najczęściej zespołem Wolfa i Hirschhorna, w skrócie WHS. Czasami używa się nazw „monosomia 4p” albo „delecja 4p”, przy czym „p”, to określenie krótkiego ramienia, pochodzącego od francuskiego słowa *petit*, czyli mały. Mnie się to zawsze kojarzy z herbatnikami *petit berry*.

Dociekliwi rodzice pytali, dlaczego utraty 4p nie można było zobaczyć podczas pierwszego badania chromosomów Jacusia. Dobre pytanie. W tym miejscu trzeba było zrobić krótki wykład z cytogenetyki.

- Chromosom nr 4 należy do grupy „B”, w której klasyfikowane są chromosomy o bardzo długich ramionach dolnych i niezwykle krótkich ramionach górnych. Mają one charakterystyczny układ poprzecznych prążków chromosomów, które uzyskuje się za specjalnego barwienia. W obrębie krótkiego ramienia chromosomu nr 4, czyli 4p, są geny, których utrata powoduje występowanie cech klinicznych charakterystycznych dla zespołu WHS. Zmianę tę można zobaczyć pod mikroskopem tylko wtedy, gdy utracony odcinek chromosomu jest stosunkowo duży. Wówczas widoczne jest wyraźne skrócenie ramienia chromosomu, co wskazuje, że geny w wyniku skrócenia zostały utracone. Skrócenie może być czasem zamaskowane z powodu bardziej złożonego przegrupowania chromosomowego, zwanego translokacją chromosomową. Dzieje się to wtedy,

gdy dwa odcinki z różnych par chromosomu zblizają się do siebie i dojdzie do ich wzajemnej wymiany. Pozostawiony komórcie jeden z takich chromosomów będzie miał za mało własnego materiału



genetycznego, a na dodatek doczepiony mu zostanie dodatkowy materiał chromosomu partnerskiego. Wtedy skrócenie odcinka krótkiego ramienia chromosomu 4. może być niedostrzegalne. Podobnie jak krasnoludki, chromosomy, by zamaskować swoje niedobory wzrostu, lubią nakładać wysokie czapki i wkładać butki z cholewami na obcasach. Lu-

bią też wymieniać się często odcinkami pomiędzy ramionami krótkimi chromosomów 4. i 8. Taka dodatkowa czapka z chromosomu 8. na zmniejszonej, wskutek utraty, główce chromosomu 4. nie jest tylko maskującą ozdobą. Obecność dodatkowych genów z chromosomu 8. skutkuje możliwością wystąpienia innych wad rozwojowych, nieznanych zupełnie w obrazie klinicznym WHS.

W Internecie na temat zaburzenia WHS można przeczytać różności. To bardzo deprymuje, a przecież zaburzenie może mieć różny przebieg

Wielkość utraty materiału genetycznego w regionie 4p może być bardzo różna. Zmienia się liczba i rodzaj genów, które ulegają utracie, a także regulacja ich działania. W Internecie na temat WHS można przeczytać różności. To bardzo deprymuje, a przede wszystkim wywołuje lęk przed konsekwencjami wychowywania dziecka z etykietką WHS. A przecież zaburzenie może mieć różny przebieg. Zmiany, jakie wystąpiły np. u Jacusia, rokując dobrze,

ale warto byłoby sprawdzić, jak duża jest utrata materiału genetycznego z 4p i jak dużo przybyło genów z chromosomu 8. Mam nadzieję, że uda się namówić zaprzyjaźnionych Włochów do przeprowadzenia takich badań. Zawsze należy jednak pamiętać, że o rozwoju człowieka decydują nie tylko geny, ale również środowisko. Między jednym a drugim musi istnieć dialog i porozumienie.

Kiedy kończyliśmy opowiadanie o chromosomach, na parapecie za oknem usiadł szary gołąb. Popatrzył na drewnianego anioła w niebieskiej sukience i odleciał. My także spakowaliśmy laptop, aparaty fotograficzne, wszystkie akcesoria medyczne i się pożegnaliśmy. Ponownie pokonaliśmy kręte, drewniane schody. Takie same, jakie zapamiętałam z dzieciństwa w domu mojej babci. Schodząc po nich, mówiłam zawsze taką rymowankę: „Wysłała mnie matka na górę po jabłko, a ja z góry na pazury wysypałam jabłko”. Wtedy babcia patrzyła na mnie z miłością, a ja czułam się dumna i szczęśliwa. Domyślność serca moich bliskich i domyślność serca rodziców wobec niepełnosprawnego chłopczyka, którego odwiedziłam w Trzebiatowie, pozwały doszukiwać się analogii.

Być może Jacuś nie będzie recytował wierszyków, ale z pewnością będzie zawsze czuł bliskość rodziny. Widziałam, z jaką ufnością spoglądał w oczy mamy, jak świetnie porozumiewał się z tatą.

Autorka jest prof. dr. hab., kierownikiem Zakładu Genetyki Klinicznej UMB.

Zespół Wolfa-Hirschhorna (WHS) jest rzadkim (ok. 1:50 000 urodzeń) zespołem zmian fenotypowych z charakterystycznymi cechami twarzy, wadami narządów wewnętrznych, zaburzeniami rozwojowymi i czynnościowymi oraz względnie dużą śmiertelnością, wywołanych częściową monosomią krótkiego ramienia chromosomu 4(OMIM #194190). Fenotyp morfologiczny WHS charakteryzuje się opóźnionym wzrastaniem w okresie pre- i postnatalnym, wrodzoną hipotonią średniego stopnia oraz obecnością swoistych cech, takich jak: małogłowie, wypukła gładzizna czoła, łukowaty przebieg linii brwi, szeroko rozstawione i płytko osadzone gałki oczne, szczelina tęczówki, szerokie szpary powiekowe, często skierowane skośnie w dół; wysunięta i szeroka nasada nosa, długi grzbiet nosa, krótka odległość nosowo-wargowa, hipoplazja szczęki, wąska szpara ust z wywiniętą górną i dolną częścią słuzówkową warg, czasem rozszczep wargi i/lub podniebienia, nisko osadzone uszy z hipoplastycznym płatkami oraz naczyniaki. Wadami dominującymi są zaburzenia linii środkowej ciała, zmiany układu kostnego, wady wzroku i słuchu. Poważnym problemem są zaburzenia neurologiczne w postaci hipotonii mięśniowej i nasilenia się napadów drgawkowych w okresie późniejszym. Dzieci cechuje odmienny przebieg rozwoju psychoruchowego z trudnościami nabywania umiejętności komunikacji werbalnej, niezależnie od silnej potrzeby więzi z otoczeniem i chęci nawiązywania kontaktów na drodze komunikacji niewerbalnej.

(P.S Iwanowski i A.T. Midro, *Przegląd Pediatryczny* 2002, 32 (4), 285-293).

OSTROŻNIE z antybiotykami

Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach jest obchodzony corocznie 18 listopada. Celem tej inicjatywy jest podnoszenie wiedzy na temat racjonalnego korzystania z antybiotyków oraz zwiększenie świadomości społecznej o niebezpieczeństwach związanych z nadmiernym i niewłaściwym ich stosowaniem. W działania edukacyjne, już po raz trzeci, włączyli się pracownicy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Antybiotykoterapia w dobie narastającej lekooporności” odbyła się 20 listopada 2010 r. w Hotelu Gołębiowski w Białymstoku. Jej organizatorami byli: Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Departament Spraw Społecznych Referatu Zdrowia Urzędu Miejskiego w Białymstoku.

Spotkania odbywające się w ramach *Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach* mają pewną specyfikę. W treściach merytorycznych kładzie się nacisk na nadrozpoznawalność zakażeń bakteryjnych układu oddechowego w Polsce oraz promocję zmniejszenia zażywania leków przeciwbakteryjnych. Regułą jest, że przy organizacji spotkań nie korzysta się ze wsparcia przemysłu farmaceutycznego. Jest to możliwe dzięki pomocy: Departamentu Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Białymstoku, zaangażowaniu dr. Janusza Zawistowskiego oraz prelegentów, którzy wyrazili zgodę na nieodpłatne wygłoszenie wykładów. Wykładowcami na konferencji w roku 2010 byli: prof. dr hab. Elżbieta Hassman-Poznańska, prof. dr hab. Elżbieta Ołdak, prof. dr hab. Maciej Kaczmarski, dr hab. Anna Grzeszczuk, dr hab. Krzysztof Kowal, dr n. med. Paweł Sacha oraz piszący te słowa.



Uczestnicy konferencji naukowo-szkoleniowej.

Warto przy okazji przypomnieć hasła *Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach* z lat poprzednich: „Antybiotyki – niekoniecznie, nie zawsze, nie na wszystko” oraz „Przeziębienie, grypa – zdrowiej bez antybiotyków”.

Antybiotyki to pod pewnymi względami unikalna grupa leków. Po pierwsze należą do jednej z nielicznych grup preparatów (oprócz leków przeciwbólowych i psychotropowych), o których wypisanie pacjenci proszą lekarzy. Po drugie, w przypadku stosowania antybiotyków konsekwencje w postaci rosnącej oporności bakterii na antybiotyki ponosi całe społeczeństwo (w przypadku zażywania innych leków, skutki niewłaściwego zastoso-

wania ponosi właściwie tylko ta konkretna osoba).

Interesujące są różnice kulturowe między krajami i odmienne podejście do stosowania antybiotyków. Niedawno lekarze rodzinni z Białegostoku uczestniczyli w międzynarodowym randomizowanym badaniu z podwójnie ślepą próbą, podczas którego oceniano skuteczność antybiotyków (amoksycyliny) w leczeniu ostrego kaszlu (bez objawów zapalenia płuc). Polscy pacjenci, biorący udział w badaniu, niepokoiłi się, że mogą znaleźć się w grupie otrzymującej placebo i oczekiwana poprawa nie nastąpi. Koledzy ze Szwecji i z Niemiec zgłaszali natomiast duże problemy z rekrutacją pacjentów do badania, ponie-

waż większość potencjalnych uczestników obawiała się, że może się znaleźć w grupie z amoksycyliną, a w ich krajach powszechna jest opinia, że antybiotyki na tę dolegliwość nie jest skuteczny.

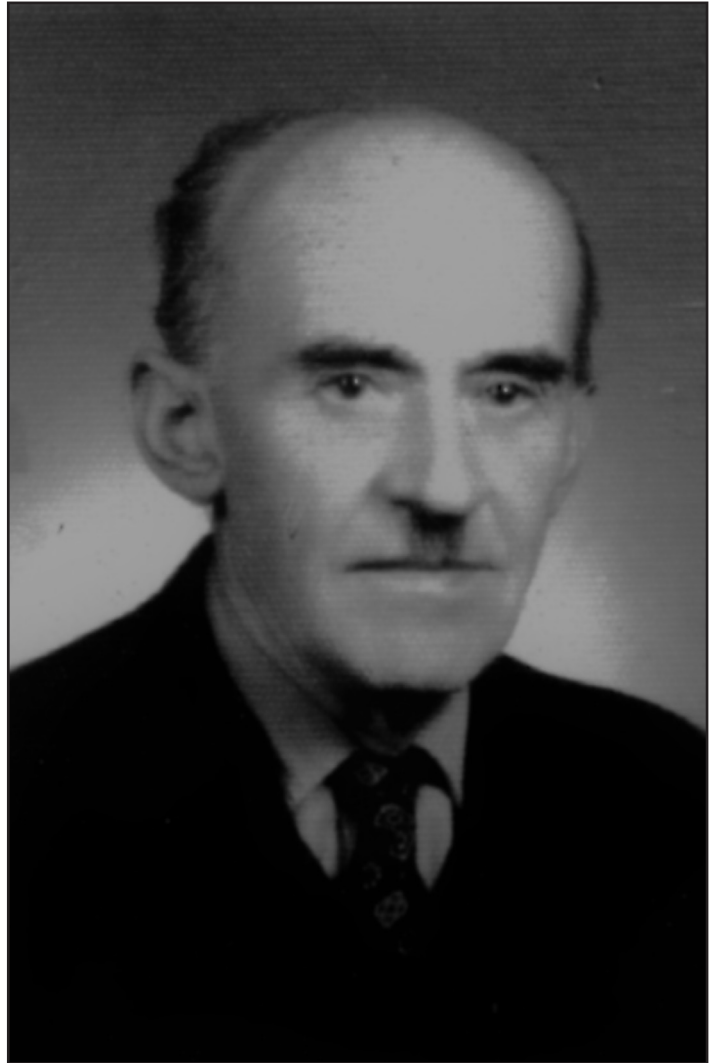
Również studiujący w Polsce młodzi ludzie z krajów skandynawskich za każdym razem wyrażają zdziwienie z powodu tak częstego w naszym kraju sięgania po antybiotyki.

*Studiujący w Polsce
młodzi ludzie
z krajów skandynawskich
wyrażają zdziwienie
z powodu tak częstego
w naszym kraju sięgania
po antybiotyki*

Pojawienie się antybiotyków i ich powszechna dostępność stanowiły przełom w walce z chorobami zakaźnymi, których przyczyną były bakterie. Choroby wcześniej nieuleczalne lub o wysokim stopniu śmiertelności, jak np. zapalenie płuc, można było odtąd skutecznie leczyć. Następnym etapem było wyprodukowanie form doustnych w postaci tabletek, zawiesin i syropów w różnych, ulepszonych smakach, ułatwiających spożycie. Względnie tanie, czasem smaczne, stały się środkiem na wszystko. Zaczęto je masowo stosować w zakażeniach dróg oddechowych, których przyczyną są wirusy. Niestety, pomimo wielkich postępów w medycynie, do dzisiaj nie wynaleziono skutecznego leku w zwalczaniu wirusowych zakażeń układu oddechowego (za wyjątkiem grypy, w przypadku której istnieje możliwość leczenia przyczynowego). Przypisywana antybiotykowi poprawa to najczęściej proces samowyleczenia, typowy dla zakażeń wirusowych. Prawda ta nie jest jednak oczywista, o czym świadczy wypowiedź jednego z pacjentów: „Zawsze brałem na gardło antybiotyk, zawsze pomagało, chcę i teraz”.

Sławomir Chlabicz

*Dr hab., Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa
Srodowiskowego UMB.*



Henryk Rożkowski

(1894 – 1974)

Urodził się 16 grudnia w Pełdymkach na Wołyniu. Był synem Władysława i Marii z Rybakiewiczów, właścicieli majątku ziemskiego.

W 1915 roku ukończył gimnazjum filologiczne w Żytomierzu i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Kijowie. W czasie studiów pracował w szpitalu jako felczer. Pod koniec 1918 r. wstąpił do formującego się w Kijowie polskiego oddziału im. płk. Łukawskiego. Oddział ten, po wkroczeniu do Kijowa wojsk Petlury, został rozwiązany. Henryk próbował przedostać się do Warszawy, aby wstąpić

do armii polskiej. Ze względu na powikłania pogrypowe dopiero w lipcu 1920 r., jako ochotnik, wstąpił do Wojska Polskiego. Został skierowany na szkolenie w kompanii sanitarnej. Po kilku miesiącach podjął pracę w Szpitalu Mokotowskim, a następnie w Szpitalu Epidemiologicznym przy ul. Czerniakowskiej. W marcu 1921 roku zdemobilizowano go. W kwietniu 1922 r. zatrudniono Rożkowskiego w Inspektoracie Sanitarnym na Powązkach.

W 1924 r. podjął przerwane na skutek wojny studia medyczne na Uniwersytecie Warszawskim. Ukończył je w czerwcu 1930 r., otrzymując dyplom

Lekarze białostoccy

w okresach: międzywojennym i powojennym

doktora wszech nauk lekarskich. Podjął pracę jako asystent w Klinice Psychiatrycznej w Warszawie. W marcu 1931 r. prof. Mazurkiewicz zaproponował mu współpracę przy organizowaniu szpitala psychiatrycznego. Urządowanie, jako wicedyrektor i ordynator, w organizowanym przez dr. Stanisława Deresza Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczu koło Białegostoku rozpoczął 1 kwietnia 1931 roku. Tworzył szpital od podstaw: brał udział w adaptacji pofabrycznych budynków, poszukiwał lekarzy, pielęgniarek i pracowników technicznych.

Wraz z zespołem pielęgniarskim jeździł do Paryża, aby przywieźć chorych rodaków do Polski. Na miejscu kontynuowano ich leczenie psychiatryczne.

Doktor Rożkowski był zaangażowany w działalność Polskiego Zrzeszenia Lekarzy Województwa Białostockiego. Organizował zebrania na terenie szpitala, wygłaszał liczne referaty, jak np.: „Najnowsze poglądy na psychozę rozszczepioną”, „Zespoły schizofreniczne w przebiegu porażenia postępującego”. Były one drukowane w „Polskiej Gazecie Lekarskiej” w 1933 r.

W Szpitalu w Choroszczu pracował do końca grudnia 1938 roku. W okresie tzw. choroszczańskim, w roku 1932, ożenił się z Janiną Gizińską. Mieli dwoje dzieci: Krzysztofa i Barbarę. W styczniu 1939 r. zamieszkał w Białymstoku i otworzył prywatną praktykę.

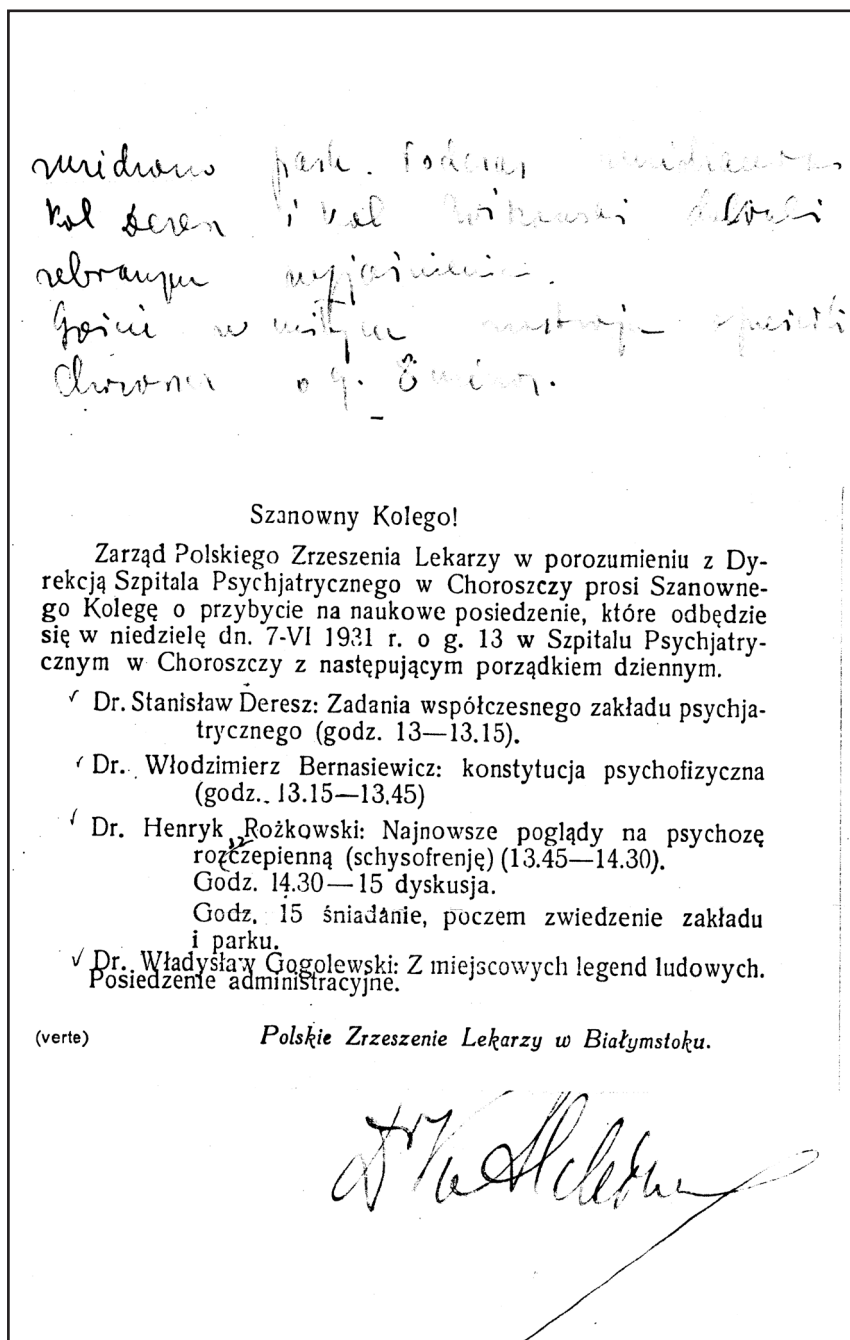
W końcu sierpnia 1939 r. został zmobilizowany do wojska jako lekarz podporucznik rezerwy i wyjechał w kierunku Warszawy. Dowodził oddziałem sanitarnym i wraz z nim w końcu września wzięto go do niemieckiej niewoli. Trafił do obozu jeńckiego w Olsztynku koło Olsztyna. Ze względu na zły stan zdrowia



Dr Henryk Rożkowski przy badaniach laboratoryjnych w Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa.

zwolniono go w drugiej połowie 1940 roku. Dotarł do Warszawy i rozpoczął pracę w Miejskiej Przychodni Pomocy Lekarskiej. W końcu grudnia 1942 r. wrócił do Białegostoku. Tu związał się z Ruchem Oporu. Zaprzysiężony przez komendanta Tajnej Organizacji Wojskowej (TOW) rotmistrza Czesława Hakego, pseudonim „Filip”, otrzymał pseudonim „Doktor” i przydział na szefa służb medyczno-sanitarnych w Komendzie Okręgu TOW. Równocześnie pracował w Miejskim Ambulatorium i Szpitalu Zakaźnym przy ul. Sosnowej nr 5, w którym pod nadzorem niemieckim pełnił obowiązki dyrektora i ordynatora. Niechęć niemieckiego lekarza do szczegółowego kontrolowania oddziałów, zwłaszcza z chorymi na tyfus plamisty, pozwoliła

dr. Rożkowskiemu na kontynuowanie współpracy z ruchem oporu. W szpitalu nie tylko leczył, ale i ukrywał członków polskiego Ruchu Oporu oraz sowieckich oddziałów partyzanckich. Udało mu się również uratować szpital przed spalaniem. Takie plany w lipcu 1944 r. mieli Niemcy na wieść o zbliżającej się ofensywie wojsk sowieckich. Po wojnie Henryk Rożkowski mianowany został Naczelnym Lekarzem i ordynatorem Oddziału Zakaźnego II Szpitala Miejskiego w Białymstoku przy ul. Sosnowej 5. Powołany został także na członka Komisji Zdrowia i Opieki Społecznej pierwszej Wojewódzkiej Rady Narodowej w Białymstoku. Prowadził ten szpital do końca 1947 roku. Zwolnił się na własną prośbę ze względu na stan zdrowia.



W latach 1948 – 1949 dojeżdżał do szpitala w Chorosczy, gdzie prowadził oddział neurologiczny. Zrezygnował z możliwości organizowania Kliniki Neurologii Akademii Medycznej w Białymstoku, mimo że propozycję

kierowania nią otrzymał od rektora, prof. T. Kielanowskiego. W końcu 1949 r. podjął się zorganizowania, nieistniejącego dotychczas na Białostocczyźnie, krwiodawstwa. Pierwszą Stacją Przetaczania i Konserwacji Krwi PCK

zorganizował w małym domu przy ul. Modlińskiej 8. Dzięki staraniom w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wsparciu i zaangażowaniu dr. med. Witolda Stasiewicza, kierownika Wydziału Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej, i Ignacego Popińskiego, prezesa Zarządu Okręgu PCK w Białymstoku, rozpoczął i ukończył w roku 1953 budowę Stacji Krwiodawstwa przy ul. M. Skłodowskiej-Curie. Będąc dyrektorem Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa, rozwinął metody i techniki przetwarzania krwi, uruchomił produkcję osocza płynnego i jego liofilizację oraz produkcję surowic testowych. W stacji krwiodawstwa rozpoczęto szkolenie lekarzy i pielęgniarek, a we wszystkich szpitalach województwa powstały punkty krwiodawstwa. Doktor Rożkowski był prekursorem krwiodawstwa honorowego. W styczniu 1962 r. przekazał kierownictwo stacji młodszemu współpracownikowi dr med. Albinie Pawłowskiej-Grabińskiej.

W ostatnich latach przed emeryturą (1968 r.) pracował w poradni neurologicznej. Był specjalistą drugiego stopnia z zakresu neurologii i krwiodawstwa oraz pierwszego stopnia z zakresu chorób wewnętrznych.

Został odznaczony, m.in.: Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem za Aktywną Pracę w PCK, Srebrną Odznaką „Zasłużony Białostocczyźnie” i za „Wzorową pracę w służbie zdrowia”.

Zmarł 9 grudnia 1974 r. Spoczywa na cmentarzu Farnym.

Dr. med. Krzysztofowi Rożkowskiemu serdecznie dziękujemy za udostępnienie materiałów o Ojcu i za zdjęcia.

Mieczysław Sopek

Dr n. med., były wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej UMB.

Magdalena Szkudlarek

Dr n. med., adiunkt Zakładu Anatomii Prawidłowej UMB.

3 czerwca 2008 r., podczas obchodów Światowego Dnia Krwiodawcy, w nowo dobudowanej sali konferencyjnej w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku, odsłonięto tablicę pamiątkową, poświęconą dr. med. Henrykowi Rożkowskiemu. Salę nazwano Jego imieniem.

DĘBY KATYŃSKIE

KU CZCI SIEDMIU LEKARZY

W dniu 20 września 2010 r. w Ośrodku Konferencyjno-Szkoleniowym OIL w Turośni Kościelnej koło Białegostoku odbyła się uroczystość poświęcenia Dębów Katyńskich. Otworzył ją Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej prof. Janusz Kłoczko, który przywitał serdecznie Jego Ekscelencję Księdza Arcybiskupa Stanisława Szymeckiego, prezesa Rodziny Katyńskiej w Białymstoku – Krystynę Zawadzką, wójta gminy Turośń Kościelna – Andrzeja Jurczaka oraz zaproszonych gości.

Ksiądz Arcybiskup stwierdził, że ta piękna uroczystość pozwoli utrwalić w pamięci zbrodnię katyńską, a rosnące dęby będą o niej świadczyć. Następnie Krystyna Zawadzka, w imieniu Rodziny Katyńskiej, podziękowała



Tablica ku czci ppłk. rez. Michała Leoszki. Fot. Maciej Ostaszewski.



Uroczystość poświęcenia Dębów Katyńskich. Fot. Maciej Ostaszewski.

władzom Okręgowej Izby Lekarskiej za przygotowanie tej uroczystości. Poinformowała, że w Białymstoku posadzono już ponad 300 takich dębów.

Piszący te słowa pokrótce przedstawił biogramy siedmiu lekarzy (bo tyle dębów posadzono), którzy pracowali w Białymstoku lub na terenie wo-

jewództwa, bądź pochodzili z naszego województwa. Są to:

1. ppor. rez. Julian Borowski-Kazimieruk
2. ppor. rez. Józef Chodorowski
3. por. rez. Tomasz Chamer
4. ppłk. rez. Edward Dobrowolski
5. ppor. rez. Stanisław Emilianowicz
6. ppłk. rez. Michał Leoszko
7. kpt. rez. Stefan Salmonowicz

Docent Jan Pietruski wspominał, że pamięta artykuły w polskojęzycznej prasie niemieckiej, w której publikowano listy zamordowanych polskich oficerów.

Na zakończenie uroczystości Ksiądz Arcybiskup razem z księdzem Mariuszem Zabłockim z miejscowej parafii poświęcili dęby z zamieszczonymi przy nich tabliczkami.

Mieczysław Sopek

Dr n. med., były wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej UMB.

Była stolica

**ADAM
CZESŁAW DOBRŃSKI**

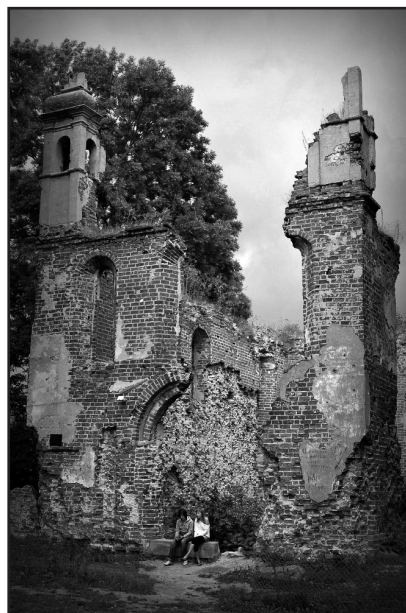
Przedrozbiorowe województwo podlaskie dzieliło się na trzy ziemie: bielską, drohiczką (drohiczynską) i mielnicką. Stolica tej pierwszej jest największym miastem południowej części obecnego województwa podlaskiego. Stolica drugiej ziemi jest siedzibą biskupa ordynariusza. A stolica trzeciej? Pięknie położona, nasączona historią, ma ledwie status siedziby władz gminnych i, na pocieszenie, jedyną czynną w Polsce odkrywczą kopalnię kredy. Pojawił się też pomysł, by okolice Mielnika nazwać Bieszczadami Podlasia.

Tereny przechodnie

Która z postaci historycznych była pierwsza w rejonie Mielnika? Gród miał z pewnością metrykę ruską, ale w początkach X wieku pojawiali się tu także wojowie króla Bolesława Chrobrego, potem kniazia kijowskiego Jarosława Mądrego, a w 1241 roku prawdopodobnie Tatarzy (Mongolowie). Dotarł do Mielnika ks. halicki Wasylko Romanowicz, na dłużej zadomowili się w połowie XIII wieku Litwini i ich uważa się za budowniczych zamku, który oblegli Krzyżacy. Wielki książę litewski Witold ufundował na dolnym zamku kościół katolicki, za to prawa miejskie nadał Mielnikowi w roku 1440 książę mazowiecki Bolesław IV. Od niego z kolei Mielnik odkupił Kazimierz Jagiellończyk. To tylko skrót najważniejszych zmian politycznych. Na przykładzie tego zakątka nadbużańskiego można powtórzyć fragmenty dziejów kilku dynastii.

Nie ulega wątpliwości, że wielkim dobrodziejem Mielnika został Aleksander Jagiellończyk, syn wspomnianego Kazimierza. Był ponoć ostatnim wielkim księciem litewskim, który

swobodnie władał językiem ojczystym (spoczął też na zawsze w katedrze wileńskiej, a nie na Wawelu). Poślubił Helenę, córkę Iwana III Srogiego, wielkiego księcia moskiewskiego. Procedury uzgadniania małżeństwa trwały długo, Iwan chciał zapewnienia, że Aleksander nie będzie zmuszał żony



*Ruiny kościoła z XV wieku.
Fot. Adam Falkowski.*

do przejścia na katolicyzm. Kronikarz odnotował, że posłowie jeżdżący do Moskwy lubowali się w krasie Heleny. Okazała się ona kochającą małżonką, lojalną wobec męża. Jednak biskupi polscy nie zgodzili się na koronację Heleny (Moskiewskiej) na Wawelu, jako że była ona wyznawczynią prawosławia. Pozostała więc wielką księżną litewską.

Unia mielnicka

Litwini ponieśli w lipcu 1500 roku klęskę w bitwie z siłami moskiewskimi nad rzeką Wiedroszą. W Koronie Pol-

skiej Jan Olbracht – brat Aleksandra – też miał kłopoty po przegranej na Bukowinie, po której pozostało powiedzenie: „Za króla Olbrachta wyginęła szlachta”. W takiej sytuacji oba państwa tym bardziej potrzebowały się nawzajem. Jan Olbracht zmarł nieoczekiwanie w czerwcu 1501 roku, podczas przygotowań do wojny z Krzyżakami. Aleksander postanowił więc ruszyć do Krakowa, by przejąć tron i zebrać wojska w celu stawienia czoła Moskwie. Droga z Wilna wiodła przez Mielnik. Dotarł tu z Bielska 18 września, mając u boku około 1,4 tys. zbrojnych. Towarzyszyło mu również trzech biskupów (kijowski, łucki i żmudzki) i wielu znakomitych panów litewskich.

Aleksander, chcąc zrealizować swe plany, zdecydował się podpisać kolejną unię polsko-litewską, która zyskała miano mielnickiej. Przewidywała ona częściowe zjednoczenie Królestwa Polskiego i Wielkiego Księstwa Litewskiego, wspólną elekcję władcy, obowiązek wzajemnego udzielania pomocy wojskowej, ujednoczenie monety. Tym samym zapowiadała zmianę unii personalnej (tylko wspólny władca) na realną (wspólne państwo). Dodatkowo Aleksander podpisał przywilej mielnicki dla możnowładztwa, z którym miał się podzielić władzą. Unia została uzgodniona, nastąpiła koronacja nowego króla, ale wkrótce, za sprawą polskich posłów szlacheckich i opozycji litewskiej, powyższe postanowienia pozostały martwą literą. Dziś sprawy unii 1501 roku pasjonują tylko co poniektórych historyków, niemniej fakt jej podpisania został utrwalony w podęcznikach. Widziałem też nazwę unii na sztandarze szkoły w Mielniku.

Ziemia mielnicka

W monografii autorstwa Doroty Michaluk znajduje się zdanie: „Nazwa Podlasie pojawiła się dopiero pod koniec XV wieku, początkowo w źró-

dłach litewskich pisanych po rusku, a następnie w polskich. Podział na ziemię drohiczką z Mielnikiem i brzeską zapoczątkowany został prawdopodobnie już w XII wieku...”.

Mielnik wybił się na stolicę odrębnej ziemi być może w 1520 roku albo nieco później. Jej granice zmieniały się, wybuchały na tym tle spory, powoływano komisje i radzono na sejmie. Ostatecznie powierzchnia ziemi mielnickiej powiększyła się ponad dwukrotnie, do 2376 km². Doszły przede wszystkim na południu dobra międzyrzeckie, odpadły natomiast siemiatyckie.

Na cyplu północnym ziemi mielnickiej znajdowały się wsie Jakubowskie i Dziadkowice, na zachodzie granica przebiegała tuż za Bacikami, i po rzece Moszczona dochodziła do Buga. Bugiem prowadziła pod Drohiczyn, by po skręceniu na południe, objąć Rusków i okolice na zachód od Łosic oraz Międzyrzecza. Ostatnią wsią ziemi mielnickiej na szlaku lubelskim były Ostrówki, ale należała do nich również enklawa z dobrami Horodyszczce i Rososz. Pasma granicy wschodniej było bardziej skomplikowane, w pewnym momencie zbliżało się do Białej Podlaskiej, by potem już niemal linią prostą dojść do rzek Bug i Nurzec.

Na ziemi mielnickiej było tylko sześć miast. Rozległe zaś królewskie (starostwa) przechodziły stopniowo w ręce możnych i ulegały rozdrobnieniu, przy czym przedstawiciele rodów litewskich zastępowali przybysze z Korony. Utrzymywało się przemieszanie narodowościowe i wyznaniowe (katolicy, prawosławni, unicy, a w miastach wyznawcy mojżeszowi).

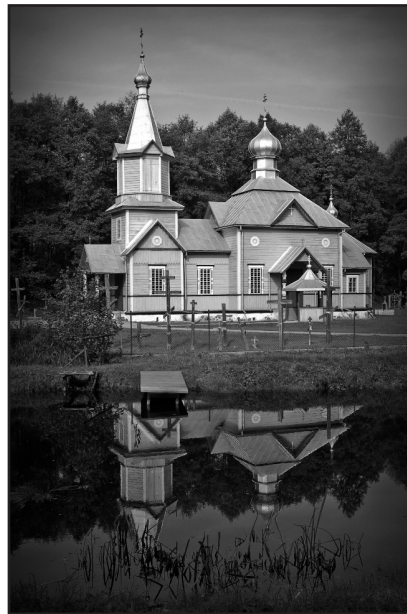
Po inkorporacji Podlasia do Korony (1569 r.), granica wschodnia ziemi mielnickiej stała się granicą państwową, ale mało znaczącą, wręcz symboliczną, bo już we wspólnej Rzeczypospolitej Obojga Narodów.

Miasto Mielnik

Aleksander Jagiellończyk okazał swą wdzięczność Mielnikowi i nadał mu 27 października 1501 roku poszerzone, magdeburskie prawo miejskie. Na koronację na króla Polski czekał w Mielniku również Zygmunt I Stary. Z tej przyczyny rozbudowano zamek,

wprawdzie drewniany, ale z murowaną wieżą. Miasto przeżywało dobre chwile, w 1580 roku stały w nim 252 domy, a liczbę mieszkańców szacowano na ponad 1,5 tysiąca. Wśród nich naliczono 62 rzemieślników. Przybywało również świątyń. Powagi i znaczenia Mielnikowi dodawał fakt istnienia mostu na rzece Bug, dwuczłonowego, z wyspą pośrodku.

Niestety, spadały na Mielnik i nieszczęścia. Pierwszym znaczącym były perypetie z mostem. Po jego zniszczeniu w roku 1554, król zezwolił na pobudowanie nowego we wsi Turna i tym samym kupcy oraz inni wędrowcy zaczęli omijać Mielnik. Zdarzały się



*Cerkiew drewniana
Matki Bożej Wszystkich
Strapionych Radości.
Fot. Adam Falkowski.*

też pożary i epidemie. W czasie „potopu” najpierw Mielnik zajęły wojska zdradzieckiego ks. Bogusława Radziwiłła, a potem miasto, zamek i kościół spalili Szwedzi do spółki z Węgrami. Liczba ludności spadła o dwie trzecie, a odbudowę utrudniała konkurencja innych miast, zwłaszcza prywatnych Siemiatycz. Bug, który dobrze służył Mielnikowi, stał się teraz przeszkodą, rzeka dziczała, dzieliła całą ziemię na dwie części. Cierpiał na tym i Niemirow, czyli dawna wieś Niwice, od 1548 roku będąca w posiadaniu rodziny Niemirow. To oni wystarali się o prawa

miejskie dla ładnie usytuowanej miejscowości.

Czartoryscy

Pozostajmy w Niemirowie, który szczęśliwie przeszedł w pierwszej połowie XVIII wieku w ręce Czartoryskich. Najpierw Michał Fryderyk Czartoryski zaczął budowę pięknego kościoła (służy on nadal niedużej parafii), którą około 1790 roku ukończyła wdowa Eleonora. Michał Fryderyk liderował stronnictwu reform, zwanym „familia”, która w 1764 roku doprowadziła do osadzenia na tronie polskim Stanisława Augusta Poniatowskiego, brata białostockiej Izabeli Branickiej. Kolejnym właścicielem Niemirowa został Adam Kazimierz Czartoryski, wszechstronnie wykształcony, ale nie za dobrze odnajdujący się w polityce. Był współzałożycielem i komendantem warszawskiego Korpusu Kadetów, który ukończył m.in. Tadeusz Kościuszko. Ciekawostką niechaj będzie fakt, że ten „niemirowski” magnat z polecenia Komisji Edukacji Narodowej ułożył pierwsze na świecie przepisy dla prywatnych pensji męskich i żeńskich. Należał także do mecenasów sceny narodowej, nie zgodził się na przystąpienie do Targowicy. Prawdę jednak mówiąc, w tym czasie główna rezydencja Adama Kazimierza Czartoryskiego i jego żony Izabeli znajdowała się w Puławach. Z tego powodu pominę dalsze wielce chwalebne dzieje księcia. Dodam tylko, że jego synem był ks. Adam Jerzy Czartoryski, pierwszy wśród Polaków w dziesięcioleciach porobiorowych. Jako kurator wileński, zasłużył się przy rozbudowie gimnazjum białostockiego, przewodniczył także rządowi powstańczemu w latach 1830 – 1831 oraz podtrzymywał sprawę polską na Wielkiej Emigracji. Niemirow natomiast, po śmierci Adama Kazimierza Czartoryskiego, dostał się młodszemu synowi ks. Konstantemu.

W zmaganiach o wolność

Pod Niemirowem zbiegły się po III rozbiorze trzy obce granice: pruska, rosyjska i austriacka. W 1807 roku Mielnik i Niemirow weszły w obręb obwodu białostockiego, który znalazł się w składzie Cesarstwa Rosyjskiego.

Zaczęła się konsekwentna rusyfikacja, likwidowanie śladów polskości. Znamiennie pod tym względem były losy wymienionej już świątyni gotyckiej, zbudowanej przed rokiem 1420 przez w. ks. Witolda i rozbudowanej w XVI wieku. Została ona zniszczona w czasie wojen szwedzkich, odbudowana w XVIII wieku (pod wezwaniem św. Trójcy), zamknięta przez władze carskie w 1866 roku, następnie zamieniona na cerkiew i spalona w 1915 roku, w czasie I wojny światowej. W okresie dwudziestolecia międzywojennego nie powiodły się zamiary rekonstrukcji obiektu, natomiast w 1940 roku Sowieci rozebrali, wykorzystywaną jako kaplicę, zakrytą. Dziś można obejrzeć ruiny, tych zresztą jest więcej we wsi gminnej Mielnik, bo miejscowość ta utraciła prawa miejskie w 1934 roku.

Omawiane tereny zapisały się również w dziejach powstania styczniowego, zwłaszcza w początkach lutego 1863 roku, kiedy powstańcy Romana Rogińskiego ciągnęli na koncentrację do Siemiatycz. Nocą 2 sierpnia 1920 roku 8. pułk piechoty, kilkakrotnie kontratakując, zdołał utrzymać pozycje obronne pod Niemirowem i pozostał na nich jeszcze kilka dni, kontrolując przeprawę przez Bug. Był to czyn niezwykły, bo oddziały polskie nie zdołały utrzymać twierdzy brzeskiej i szybko odchodziły na zachód. Na cmentarzu parafialnym 11 listopada 2010 roku odbyło się poświęcenie pomnika na kwaterze z kilkunastoma grobami bohaterów obrońców.

Wojna wróciła w rejon Mielnika we wrześniu 1939 roku. Rządy objęli Rosjanie i w 1940 roku rozpoczęli, ze względu na przebieg granicy z Niemcami, wysiedlenia. W dolinie Bugu zbudowali też liczne schrony, stanowiące jeden z odcinków tzw. Linii Mołotowa.

Trudne bytowanie

Zniszczony Mielnik budził po wyzwoleniu współczucie. Wolno wracało tu życie, w 1955 roku potwierdzono obecność tylko 833 osób. Niepokój budziła wschodnia granica z ZSRR, przeprowadzona bez pytania o zdanie mieszkańców i ich potrzeby. Dwa kilometry za pobliską osadą Koterka widać z szosy pomalowaną na niebie-



Widok na kaplicę cmentarną. Fot. Anna Zwierzyńska.

sko drewnianą cerkiew. Zbudowano ją w 1912 roku, jako filię cerkwi parafialnej św. Mikołaja w Tokarach. Przy podziale ziem pogranicznych ta duża świątynia została po stronie radzieckiej, więc trzeba było filię uczynić cerkwią parafialną. Podziały dotknęły wiele rodzin, odłączono pola od domów mieszkalnych, z czasem zaorano pasy ochronne i ustawiono wysokie siatki.

Ratunkiem dla Mielnika stały się pokłady kredy. Korzystano z nich od wieków, mieszkańcy wydobywali „biały skarb” na swych polach. Przed 1939 rokiem działo się tak zwłaszcza na „Głogach”, w zachodniej części miasta-osady, w środkowej od strony Bugu i w północno-wschodniej, gdzie kredy i glinki było najwięcej. Ładowano kopaliny ręcznie na furmanki i wożono do kaflarni w Semiatyczach i Milejczycach. W części wykorzystywano je i dla własnych potrzeb. Niekiedy woda z Bugu zalewała najniższe położone odkrytki. W 1953 roku powstały Miel-

nickie Zakłady Terenowe Przemysłu Materiałów Budowlanych, te w roku 1965 przekształcono w Mielnickie Zakłady Terenowe. Stopniowo rozwijała się infrastruktura, kreda techniczna była przerabiana również na „agrocarb” dla rolników. Nawet dziś od czasu do czasu trafiają się w złożach ciekawostki sprzed milionów lat, pozostałości po oceanie (zęby rekinów, jeżowce).

Dziś Mielnik coraz bardziej liczy na turystów, bo też jest co tu zwiedzać: wzgórze zamkowe, ruiny świątyń, czynne domy boże. Jest to raj – zwłaszcza dla wodniaków, amatorów długich spacerów, ciszy, pięknych widoków, lasów. Im dalej na wschód w kierunku Niemirowa, tym więcej smętku i zadumy nad obrotami koła historii. Ale coraz więcej nadziei, że wróci tu intensywne życie, przewyżniony zostanie tragizm „ściany wschodniej”.

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

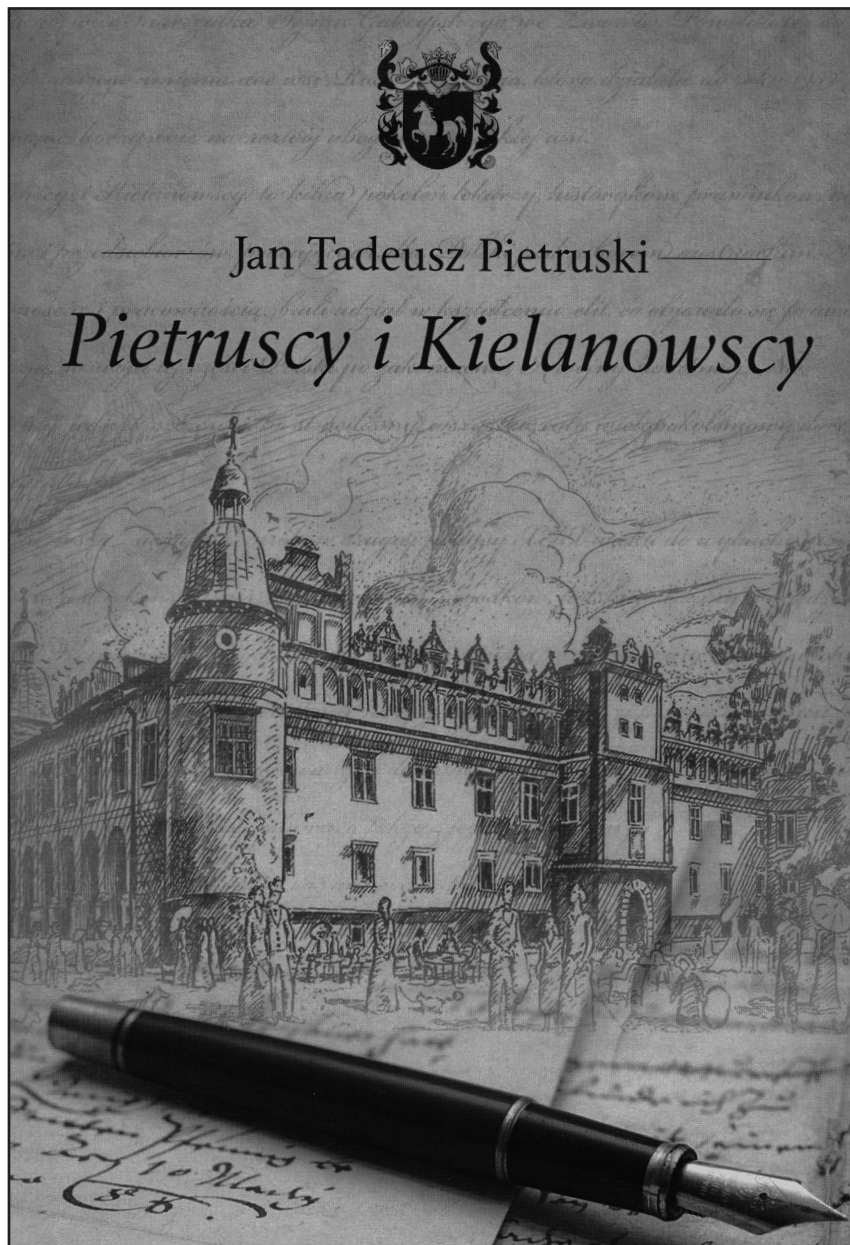
W mgle przeszłości

Nie tylko czasy moich dziadków, ale także młodość moich rodziców ginie w odległej mgle przeszłości – z żalem pisze lekarz Jan Tadeusz Pietruski. Z tego powodu, z pomocą starszego brata Mieczysława, spisał on kronikę rodzinną pt. „Pietruscy i Kielanowscy”, będącą rekonstrukcją losów jego przodków i rodziny, poczynawszy od końca XIX wieku do czasów współczesnych.

Dziadkiem autora był Bolesław Kielanowski – lekarz miejski, a dziadkiem po mieczu Oktaw Pietruski – marszałek sejmu galicyjskiego we Lwowie. To bliskie pokrewieństwo Kielanowskich i Pietruskich oraz wspólne losy wywołały chęć spisania sagi rodzinnej. Zamyśl ten nabiera cech szczególnych, gdy uświadomimy sobie, jak wielki wkład obie rodziny włożyły w rozwój Akademii Medycznej, a następnie Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Tadeusz Kielanowski był bowiem pierwszym rektorem AMB. W latach 1950 – 1955 w *spalonym, zburzonym i wyludnionym Białymstoku* – jak sam pisał – organizował uczelnię od podstaw i pozyskiwał kadrę naukowo-dydaktyczną. Jan Pietruski zaś przez wiele lat pracował w Klinice Otolaryngologii na AMB/UMB. Obecnie, mimo przejścia na emeryturę, nadal prowadzi praktykę w Lekarskiej Spółdzielni Specjalistów *Eskulap* w Białymstoku oraz jest członkiem honorowym Światowej Unii Lekarzy Pisarzy.

Postacie te reprezentują potężne rody, które kształtowały elity intelektualne Polski. Wśród nich byli wybitni lekarze, historycy, prawnicy, naukowcy i przedsiębiorcy. Ciężko pracowali na swoją pozycję, nie mieli łatwego życia. Po II wojnie światowej zostali wypędzeni ze stron ojczystych. W czasie wojny byli świadkami bombardowań:
- Widzieliśmy pożary, rannych i zabitych ludzi. I wtedy przestałem się bać burzy, która wobec bombardowań wydawała się czymś bezpiecznym – mówi autor.

Brakowało im pieniędzy, byli biedni. *Ale mieliśmy marzenia jak każde dziecko i każdy dorosły* – wspomina Pietruski. Te większe i te przyziemne, jak



choćby kupno części do roweru i wyrobu zapalniczek. I te największe – chęć zaspokojenia głodu:

- Pamiętam dzień, i nigdy go nie zapomnę, gdy ojciec w porze obiadowej oznajmił, że oprócz wodnistego rosółu, w którym był kawałek mięsa wielkości pudełka zapalek, niczego więcej nie będzie. Byliśmy stale głodni i świadomość tego była okropna.

Lepsze czasy przyszły dopiero latem 1945 roku. Były żniwa, zbior-

ry i chleb bez ograniczeń. Wraz z nimi pojawiły się nowe perspektywy. O nich właśnie, na kartach swej książki Jan Pietruski pisze najszerzej. Zdradza wiele interesujących, nierzadko intymnych szczegółów ze swojego życia. Zainteresowanych odsyłam do publikacji (J. T. Pietruski, *Pietruscy i Kielanowscy*, Białystok – Warszawa 2009).

bj.

KRONIKA 2010

Styczeń

13.01

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Jana Kochanowicza z Kliniki Neurochirurgii UMB.

16.01

- Zmarł dr hab. n. med. Zdzisław Klepacki.

18.01

- Inauguracja kursu języka angielskiego dla pracowników naukowych UMB.

19.01

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Hanny Kozłowskiej z Zakładu Fizjologii Doświadczalnej UMB.

25.01

- Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii UMB uzyskał uprawnienia do nadawania stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie stomatologii.
- Wydział Nauk o Zdrowiu UMB uzyskał uprawnienia do nadawania stopnia doktora nauk o zdrowiu.

27.01

- Przekazanie przez Prezydenta Miasta Białegostoku na użytek UMB nieruchomości zabudowanej, położonej przy ulicy Mieszka I 4B.
- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Piotra Myśliwca z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UMB.

Luty

13.02

- II Białostockie Spotkania Diabetologiczne. Organizator: prof. dr hab. Ida Kinalska.

20.02

- Konferencja Naukowa pt. „Nowoczesna Pediatria”. Organizator: prof. dr hab. n. med. Janina Piotrowska-Jastrzębska.
- Ogólnopolski Zjazd Delegatów studenckiej sekcji PTFarm. „Młoda Farmacja”.

22.02

- Zmarła prof. dr hab. n. med. Mariola Sulowska.

24.02

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Karola Kamińskiego z Kliniki Kardiologii UMB.

26.02

- Tytuł profesora otrzymali: dr hab. Jacek Dadan, dr hab. Maria Małgorzata Winnicka.
- V Białostockie Dni Chirurgiczne pt. „Skojarzone leczenie raka trzustki”. Organizator: dr hab. n. med. Bogusław Kędra.

27.02

- Inauguracja kursu: „Biostatystyka w naukach medycznych”. Kurs trwał do 20.06.2010 r.
- Konferencja naukowa pt. „Dermatologia 2010”. Organizator: prof. dr hab. n. med. Bożena Chodynicka.

Marzec

10.03

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Elżbiety Jarockiej-Cyrty z Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej UMB.

11.03

- Konferencja pt. „Rola płynu mózgowo-rdzeniowego w diagnostyce układu nerwowego”. Organizatorzy: prof. dr hab. n. med. Wiesław Drozdowski i prof. dr hab. n. med. Maciej Szmitkowski.

18.03

- Utworzenie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Zakładu Farmakologii Doświadczalnej. Obowiązki p.o. kierownika powierzono dr hab. n. med. Halinie Car.

24.03

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Tadeusza Porowskiego z Kliniki Pediatrii i Nefrologii UMB.

Kwiecień

05.04

- Zmarł prof. dr hab. n. med. Zdzisław Skrzydlewski.

13.04

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. stom. Teresy Sierpińskiej z Zakładu Protetyki Stomatologicznej UMB. Kolokwium odbyło się na Wydziale Stomatologii AMŁ.
- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Katarzyny Winnickiej z Zakładu Farmacji Stosowanej UMB. Kolokwium odbyło się na Wydziale Farmacji UMB.

14.04

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Wojciecha Naumnika z Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy UMB.

17.04

- Powołanie Podyplomowej Szkoły Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Organizator: prof. dr hab. n. med. Anna Bodzenta-Lukaszyk.

24.04

- Konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Standardy postępowania w położnictwie i ginekologii”. Organizator: prof. dr n. med. Sławomir Terlikowski.
- IX Międzynarodowe Warsztaty Kar-

diologiczne. Organizator: prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Musiał.

27.04

- Konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Podróżuj zdrowo”. Organizator: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak.

28.04

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Artura Sulika z Kliniki Obserwacyjno-Zakaźnej Dzieci UMB.

30.04

- Prof. dr hab. n. med. Jerzy Palka został powołany na członka Rady Narodowego Centrum Nauki.

Maj

09.05

- Święto studentów UMB „Pogonalia”, 2010.

10.05

- Podpisanie umowy o współpracy UMB z Wydziałem Medycznym Uniwersytetu w Heidelbergu.
- Wykład pt. „Wyższa jakość kształcenia kluczem do rozwoju UMB” wygłosił prof. Andrzej Gałeczki z Wydziału Medycznego Uniwersytetu w Michigan.

12.05

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Marcina Moniuszki z Kliniki Alergologii UMB.

15.05

- Noc Muzeów, w programie „Sekrety pałacu Branickich”, „Tajniki ludzkiego ciała”. Współorganizator: dr n. med. Magdalena Grasmann.

17-24.05

- Białostocki Festiwal Nauki i Sztuki. Organizator: UMB.

20-21.05

- V Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów Medycyny.

20-22.05

- III Białostockie Sympozjum Chirurgiczne pt. „Postępy w Chirurgii Metabolicznej”. Organizator: prof. dr hab. n. med. Jacek Dadan.

21-23.05

- Ogólnopolskie Sympozjum Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego i Żywności Dzieci. Organizator: prof. dr hab. n. med. Maciej Kaczmarski.

26.05

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Doroty Rożkiewicz z Kliniki Obserwacyjno-Zakaźnej Dzieci UMB.

27.05

- Piknik Akademicki z okazji 60-lecia UMB.

Czerwiec

09.06

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Waldemara Famulskiego z Zakładu Patomorfologii Białostockiego Ośrodka Onkologii.

17-19.06

- Konferencja naukowa pt. „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej”. Organizator: dr hab. n. med. Anna Kierklo.

22.06

- Prezentacja dorobku UMB w ramach Dni Akademickich Wyższych Uczelni, na Rynku Kościuszki w Białymstoku.

23.06

- Koncert z okazji obchodów jubileuszu 60-lecia UMB.

30.06

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Andrzeja Ustymowicza z Zakładu Radiologii UMB.

Lipiec

02-03.07

- Europejska Regionalna Konferencja pt. „Thoracic Oncology”, Wilno 2010. Współorganizator: prof. dr n. med. Jacek Nikliński.

10.07

- Powołanie na bazie UMB dwóch zakładów PAN: Zakładu Chorób Metabolicznych (kierownik: prof. dr hab. n. med. Marek Strączkowski) i Zakładu Biologii i Patologii Rozrodu Człowieka (kierownik:

prof. dr hab. n. med. Sławomir Wołczyński).

Sierpień

10.08

- Czasopismo „Advances in Medical Sciences”, którego redakcja mieści się na UMB, uzyskało indeksację na liście filadelfijskiej (JF 1.057) (Impact Factor).

Wrzesień

01.09

- Zmarł prof. dr hab. n. med. Leopold Józef Rejniak, emerytowany kierownik Zakładu Histologii i Embriologii AMB.

04.09

- Na płycie nagrobnej prof. Witolda Sławińskiego (cmentarz w Supraślu) został umieszczony krzyż żeliwny.

08.09

- Konferencja pt. „Ogród Branickich w Białymstoku – historia rewaloryzacji”. Miejsce obrad: Aula Wielka UMB.

24.09

- Zmarł prof. dr hab. n. med. Antoni Gabryelewicz, emerytowany kierownik Kliniki Gastroenterologii AMB.

30.09

- Wydziały: Lekarski, Farmaceutyczny i Nauk o Zdrowiu uzyskały I kategorię w klasyfikacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Violetty Dymickiej-Piekarskiej z Zakładu Klinicznej Diagnostyki Laboratoryjnej.

Październik

08.10

- Białostockie Spotkania z Kardiologią Inwazyjną. Organizator: dr hab. n. med. Sławomir Dobrzycki.

07.10

- Tytuł profesora otrzymali: dr hab. Piotr Klimiuk, dr hab. Wojciech Kułak, dr hab. Anna Kuryliszyn-Moskal, dr hab. Zygmunt Mackevič, dr hab. Elżbieta Ołdak, dr hab. Ryszard Rutkowski.

08.10

- Jubileusz 60-lecia uczelni. Centralna Inauguracja Roku Akademickiego Uczelni Medycznych. Nadanie prof. dr. hab. Janowi Górskiemu godności dr h.c. UMB.
- Wydanie albumu pt. „Od Akademii Medycznej do Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Historia Uczelni 2000 – 2010”.

18.10

- Pierwsza na UMB publiczna obrona pracy doktorskiej w dziedzinie nauk o zdrowiu; doktorantka – mgr Irena Fiedoruk, promotor – dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz.

Listopad**24.11**

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Piotra Laudańskiego z Kliniki Perinatologii UMB.

Grudzień**09.12**

- Kolokwium habilitacyjne dr. n. med. Anny Galickiej z Zakładu Chemii Medycznej UMB.

17.12

- Posiedzenie Senatu UMB: wręczenie dyplomów doktorów habilitowanych; promocja doktorów nauk.

20.12

- Powołanie prof. dr. hab. n. med. Jana Górskiego i prof. dr. hab. n. med. Michała Myśliwca w skład Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów na czas kadencji 2011 – 2014.

22.12

- Opłatek Akademicki pracowników UMB.

30.12

- Prof. dr. hab. Lech Chyczewski, rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, został powołany w skład Komitetu Ewaluacji Jednostek Naukowych.

Oprac. **prof. Krzysztof Worowski**

Prof. dr. hab., kronikarz UMB

Z Senatu

Na posiedzeniu w dniu 25.01.2011 r. senatorowie pozytywnie zaopiniowali wnioski o mianowanie na stanowisko profesora zwyczajnego:

- ▶ prof. dr. hab. Janinę Piotrowską-Jastrzębską w Klinice Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży,
- ▶ prof. dr. hab. Jacka Niklińskiego w Zakładzie Biologii Molekularnej,
- ▶ prof. dr. hab. Lecha Zimnocha w Zakładzie Patomorfologii Lekarskiej.

Podjęto uchwały w sprawach:

- ▶ zmiany nazwy Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej na Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej i Immunologii Infekcyjnej UMB,
- ▶ wyrażenia zgody na przekazanie „Medalu za zasługi dla Uniwersytetu Medycznego” do zbiorów Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy oraz Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB,
- ▶ zmiany Uchwały Senatu UMB nr 76/2010 w sprawie uzupełnienia składu Komisji Dyscyplinarnej ds. Studentów,
- ▶ uzupełnienia składu Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej ds. Studentów,
- ▶ uzupełnienia składu Komisji Dyscyplinarnej ds. Nauczycieli Akademickich,
- ▶ wyrażenia zgody na ustanowienie służebności przesyłu na nieruchomościach stanowiących mienie Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,
- ▶ zmian organizacyjnych związanych z obsługą szatni oraz utrzymaniem porządku w budynkach UMB.

Krystyna Dyszkiewicz

Kierownik Rektora.

Nominacje

Prezydent RP Bronisław Komorowski wręczył nominacje profesorskie doktorom habilitowanym: Tomaszowi Hirnlemu, Wojciechowi Kułakowi, Alicji Wasiluk.

**Tomasz Hirnle**

Absolwent Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu. Po uzyskaniu dyplomu w roku 1981, podjął pracę w tamtejszej Klinice Chirurgii Serca. Od 2003 roku pracuje na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku na stanowisku kierownika Kliniki Kardiologii.

Na przełomie lat 1987/1988 odbywał staż w Klinice Chirurgii Serca i Naczyń Uniwersytetu Alberta Ludwiga we Freiburgu. Tam rozpoczął samodzielne wykonywanie operacji z zakresu chirurgii wieńcowej i poznał nowatorskie metody wszczepienia tętnicy piersiowej wewnętrznej do tętnic wieńcowych. W 1989 roku, na podstawie rozprawy pt. „Zastosowanie dotętnicznej cyfrowej angiografii subtrakcyjnej w ocenie przeszczepu tętnicy piersiowej wewnętrznej”, uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Specjalizację z kardiologii uzyskał w 1990 roku.

W 1992 roku odbył miesięczny staż w Klinice Kardiologii Uniwersytetu Loyola w Chicago, a na przełomie lat 1992/1993 w Centrum Kardiologicznym w Mediolanie. Tam zapoznał się z metodąastyki, stosowaną w operacjach tętniaków lewej komory serca. W 1993 roku rozpoczął wykonywanie operacji tętniaków lewej komory. W roku 2000 roku, na podstawie pracy pt. „Porównanie wyników chirurgicznego leczenia pozawałowych tętniaków lewej komory przy zastosowaniu metody resekcji i własnej modyfikacji metody okrężnejastyki wewnątrzkomorowej”, uzyskał stopień doktora habilitowanego.

Pobyty w ośrodkach niemieckich i włoskich zaowocowały wspólnymi publikacjami naukowymi.



Wojciech Kułak

Absolwent Wydziału Lekarskiego AMB z roku 1986, obecnie kierownik Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Pediatra, specjalista II stopnia neurologii dziecięcej oraz specjalista rehabilitacji medycznej II stopnia. Główne tematy badań naukowych: elektrofizjologia, padaczka, mózgowo porażenie dziecięce, rehabilitacja medyczna.

Autor lub współautor 236 prac naukowych, 26 rozdziałów w podręcznikach i monografiach (IF – 58,899) oraz 109 doniesień zjazdowych. Promotor 3 zakończonych przewodów doktorskich.

Członek Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, sekretarz Białostockiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, człon-

nek Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji oraz Zarządu Fundacji „Nadzieja i Szansa” i Zarządu Fundacji „Pomóż im” Białostockiego Hospicjum dla Dzieci.

Recenzent prac przyjmowanych do druku w: „International Journal of Developmental Neuroscience”, „Journal of Pediatric Neurology”, „Experimental Neurology, Developmental Medicine and Child Neurology” oraz „Neurologii Dziecięcej”.

Członek Komisji Neurologii Dziecięcej Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, członek Senackiej Komisji AMB ds. Dydaktyki i Wychowania, członek Wydziałowej Komisji UMB ds. Współpracy z Zagranicą.



Alicja Wasiluk

Absolwentka Wydziału Lekarskiego AMB. Po ukończeniu studiów w roku 1985, rozpoczęła pracę w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, gdzie pracuje do chwili obecnej

na stanowisku adiunkta. W 1991 roku uzyskała I stopień specjalizacji z pediatrii, a w 1997 roku II stopień specjalizacji z neonatologii.

W 1989 roku uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych, a w 2005 roku stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny.

Główne kierunki działalności naukowej: zachowanie się składników dopełniacza C3 i C4 noworodków, populacja limfocytów i wskaźników apoptozy limfocytów T, inhibitory proteaz serynowych we krwi noworodków i ich matek, parametry morfologiczne płytek krwi, proces trombopozy, aktywacja i reaktywność płytek krwi noworodków. Za osiągnięcia naukowe i dydaktyczne otrzymała nagrody indywidualne i zespołowe oraz wyróżnienia Rektora UMB i Ministra Zdrowia.

Profesor A. Wasiluk jest promotorem 4 przewodów doktorskich, opiekunem specjalizacji z zakresu neonatologii. Wykonała kilkanaście projektów badawczych, realizowanych w ramach prac statutowych i własnych UMB. Jest również recenzentem zagranicznych czasopism medycznych oraz projektów naukowych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, przewodniczącą Oddziału Podlaskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej i członkiem Zarządu Krajowego PTMP, członkiem European Association of Perinatal Medicine, American Society of Hematology, członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci.

Absolwenci UMB 2010

Uzupełnienie wykazu absolwentów UMB z roku 2010, zamieszczonego w MB nr 12/2010

Wydział Lekarski

ODDZIAŁ NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM

Andersen Stine, Eng Øyvind Andre Solberg, Fosse Theodor Kaurin, Johansen Henriette, Kloster Pia Synnøve, Kopietz Martin, Le Katharina Nguyen Tran, Petersen Heidi, Sævareid Hege, Sahajpal Daya Shankar, Saleem Shermin, Sehota Leena Misbah, Sheikh Wadjihah Ehsan, Silde Tomy, Straume Anders Hartwig, Straume Tori Kleppstø, Styve Tina Lisa, Svendsen Svein Jarle.