



MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NR 12 (122)

GRUDZIEŃ 2013

ISSN 1643-2734

**Nowy rok,
nowe wyzwania dla nauki**
s. 4-10

Milion dla najlepszych
s. 6-10

Studenci nagrodzili nauczycieli
s. 9-11

Naukowcu, zapomnij o etacie
s. 17-18

**Czy lekarz może leczyć
wbrew woli pacjenta?**
s. 24-26



WYDARZENIA GRUDNIA



Prawie milion złotych przeznaczył rektor UMB na nagrody dla najlepszych naukowców. – To świetnie wydane pieniądze – podsumował. Na zdjęciu nagrodę naukową I stopnia z rąk prof. Jacka Niklińskiego odbiera prof. Jan Górski



Ponad stu naukowców z UMB odebrało nominację naukową na wyższy stopień



Czepkowanie to symboliczna uroczystość przystąpienia do zawodu pielęgniarce i położnej



W grudniu małych pacjentów w szpitalu dziecięcym odwiedził prawdziwy Mikołaj z Laponii. W rolę jego asystentów wcielili się studenci anglojęzyczni UMB, którzy sprezentowali 5-letniemu Konradowi tablet potrzebny do rehabilitacji

- 4 Rok 2014 - nowe wyzwania dla nauki
- 6 Milion na nagrody rektora
- 9 Najlepsi wykładowcy zdaniem studentów
- 12 Vivat academia, vivat professores
- 13 60 lat szpitala wojewódzkiego w Białymstoku
- 13 Wyróżnienie dla prof. Konarzewskiego
- 14 Trzy granty badawcze z NCN
- 15 Cukrzyca? Czasem o niej zapominam
- 16 Praskie duchy w Pałacu Branickich
- 16 Jubileusz prof. Dobrońskiego
- 17 Naukowcu, zapomnij o etacie
- 19 Nowe programy dla przedsiębiorczych
- 20 Praktyki lekarskie z widokiem na Brazylię
- 22 Czy jest ktoś z Białegostoku?
- 24 Autonomia pacjenta: jak dalece lekarz powinien ją szanować?
- 27 Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym
- 29 Wspomnienie o Oldze Dąbrowskiej-Chwieroś
- 29 Wspomnienie o Adamie Dowgirdzie
- 30 Byli sobie królowie
- 31 Nie pisać głupot

Materiały do numeru przyjmujemy do dn. 10 każdego miesiąca.

Skład redakcji:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski • **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz:** Krzysztof Worowski • **Sekretarz redakcji:** Katarzyna Malinowska-Olczyk • **Redakcja:** Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Wojciech Więcko • **Współpracownicy:** Alina Midro, Jan Pietruski, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska • **Redakcja stylistyczna i korekta:** Ewa Krzemińska • **Skład komputerowy:** GALAKTUS - Agencja Marketingowa Mateusz Szukajt • **Druk:** Orthdruk Sp. z o.o. • **Projekt strony internetowej:** Monika Fiedorowicz • **Projekt okładki:** Jerzy Czykwini

Adres redakcji:

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

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

YouTube /Medyk Białostocki



/Medyk Białostocki

Czas nieubłaganie biegnie do przodu. Dopiero co byłem przyjmowany do pracy, a tu niepostrzeżenie, jak z bicza strzelił, minęło 40 lat... i to z okładem. Jedyna zaleta mojej sytuacji jest taka, że z perspektywy tych lat mogę obserwować i wyciągać stosowne wnioski.



Przeglądając bieżący numer „Medyka” zwróciłem uwagę na dwa zarejestrowane w nim fakty. Pierwszy z nich: rektor Nikliński wyasygnował sumę miliona złotych na nagrody za osiągnięcia naukowe i dydaktyczne. Listę nagrodzonych zamieszczamy na łamach bieżącego numeru. Suma całkiem spora, zasady nagradzania czytelne. Liczba zebranych punktów za publikacje decydowała o randze i wysokości nagrody. W ten sposób powstał swoisty ranking pracowników naukowo-dydaktycznych, którzy w roku 2012 wykazali się aktywnością publikacyjną. Pamiętam okoliczności, w jakich kilkanaście lat temu rektor Górski wywiesił po raz pierwszy personalną listę rankingową osiągnięć naukowych pracowników AMB. Dokonano tego nie bez oporów. W wielu przypadkach okazało się, że król jest nagi. Nie wszystkie osoby uważane wówczas za liderów znalazły się na owej liście. Szydło wyszło z worka. Okazało się, że motorami uczelni niekoniecznie byli ci, którzy wypinali piersi na ordery. Wywieszenie wspomnianych list było wtedy pewnym przełomem w skali kraju. Przełomem, który w istotny sposób pobudził działalność naukową w naszej uczelni. Drugi fakt zarejestrowany w bieżącym „Medyku”, to informacja na temat programu Unii Europejskiej dotyczącego zasad dotowania nauki. Pod tytułem Horyzont 2020 zawarte są wymogi i priorytety. Na naukę do roku 2020 UE przeznacza sumę 77 miliardów euro! Kto sięgnie po ten tort? Zainteresowanych odsyłam do wywiadu z prof. Adamem Krętowskim - prorektorem ds. nauki. Nakreślone trendy są bardzo czytelne. W ocenie projektów preferowane będą koncepcje, w których nauka będzie przekładała się bezpośrednio na praktykę. Mówi o tym także w sposób nie pozostawiający wątpliwości nowa minister nauki i szkolnictwa wyższego - pani prof. Lena Kolarska-Bobińska w wywiadzie zamieszczonym na łamach „Gazety Wyborczej”. Tworzenie wielodyscyplinarnych konsorcjów, dobieranie do nich właściwych specjalistów, translacja wyników badań do praktyki - to droga prowadząca do skonsumowania tortu. A jeszcze niedawno, jak dobrze pamiętam, współpracownik naukowca z zakładem przemysłowym, nie daj Boże prywatnym przedsiębiorcą, była czymś, co wręcz przeszkadzało w otrzymaniu dotacji na badania. No cóż, czasy się zmieniają. Pani minister zastanawia się, czy dysponentem pieniędzy na naukę nie powinien być właśnie ów przedsiębiorca - przemysłowiec, który najlepiej wie, jakich badań potrzebuje i co mu będzie najlepiej służyło. Być może to naukowiec będzie pukał do drzwi przedsiębiorcy z petycją o tzw. kasę. W tym wszystkim rodzi się wiele wątpliwości i pytań, na które praktyka da odpowiedź.

Styżewski

Rok 2014

- nowe wyzwania dla nauki

Nowy rok dla polskiej nauki będzie wielkim sprawdzianem. I nie chodzi tu o zwyczajowe życzenia.

Nowa perspektywa unijna na lata 2014-2020 wymusi na naukowcach zmianę dotychczasowego działania. - Może być ciężko - mówi wprost prof. Adam Krętowski, prorektor ds. nauki UMB.

Unia Europejska nadal na naukę i badania będzie przeznaczać ogromne kwoty pieniędzy. Ale nie każdy będzie miał okazję uszczknąć sobie z jej budżetu. Kończy się już czas robienia badań dla samych badań. Teraz Unia stawia na praktyczność. To, co się wymyśla, ma mieć przełożenie na przemysł, ma rozwijać gospodarkę. A najlepiej gdyby naukowiec pracował od razu z przedsiębiorcą. Granty dostaną tylko najlepsi. I to my musimy zabiegać o ich względy. Oni sami się do nas nie zgłaszają.



Prof. Adam Krętowski podczas spotkania z dziennikarzami

WOJCIECH WIĘCKO: Nowy rok i nowa perspektywa unijna. Dużo mówi się o zmianach, jakie zafundowała UE dla naukowców starających się o jej granty. Co się zmieni?

PROF. ADAM KRĘTOWSKI, PROREKTOR DS. NAUKI UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU: - Nowa perspektywa unijna to jest ogromne wyzwanie. Unia Europejska ogłosiła już część konkursów na projekty naukowe w ramach programu Horyzont 2020. Tam jest łącznie ponad 70 mld euro do wzięcia. Nasi politycy już mówią, że to bardzo dużo pieniędzy. Tylko że z punktu widzenia Polski i naszych naukowców, czy nawet nas z Białegostoku, to są pieniądze, o które będzie bardzo trudno aplikować. Prosty przykład: w poprzedniej perspektywie unijnej, w siódmym programie ramowym w obszarze zdrowie, Polska uzyskała ok. 23 mln euro. Zaś Unia do wydania na te badania miała ok. 7 mld euro. I żeby była jasność, realizowaliśmy te nasze projekty w tematach niszowych, albo związanych ze szkoleniami. Musimy mieć świadomość, jakie jest nasze miejsce w szeregu.

Czy zmieniają się zasady przyznawania grantów?

- Generalnie zasady się nie zmieniają. Nadal liczy się jakość projektów, w jakimś zakresie też interdyscyplinarność

i aplikacyjny charakter proponowanych badań. W niektórych konkursach ilość funduszy przewidziana jest na 2-3 projekty w skali całej Europy. Do tego dochodzi więc stale rosnąca konkurencyjność ze strony samych naukowców. Najlepsi się konsolidują, żeby składać najlepsze granty. To się też przekłada na większe pieniądze. Jeżeli na taki konkurs składanych jest 40 wniosków, to za każdym z nich stoi konsorcjum składające się z kilkunastu najlepszych europejskich jednostek naukowych. Ciężko będzie nam z nimi rywalizować.

W pojedynkę już się nic nie osiągnie?

- W pojedynkę jest bardzo trudno. Oczywiście udaje się polskiemu naukowcom dostawać do takich najlepszych konsorcjów, ale to są lata współpracy. Nie przypuszczam, że będzie tak, iż wystartujemy w konkursie i od razu dostaniemy pieniądze. To zadanie na lata. W UMB zaczęliśmy się przygotowywać do tych zmian już wcześniej. Stale poprawiamy infrastrukturę, zapraszamy do siebie najlepszych naukowców ze świata, nasi pracownicy wyjeżdżają na staże do zagranicznych ośrodków. Budujemy w ten sposób naszą siatkę kontaktów, chcemy się pokazać, dać się zauważyć. Wtedy mamy większą szansę na współpracę.

Jak duża jest teraz presja, by badania nie miały tylko wymiaru czysto naukowego, a miały charakter praktyczny, jeśli nie wręcz komercyjny?

- To też jest jeden z elementów nowego programu Horyzont 2020. Dlatego uczestnikami takich konsorcjów naukowych muszą być także małe i średnie przedsiębiorstwa. Szereg konkursów jest wręcz dedykowanych potrzebom przemysłu.

Zresztą takie podejście do tematu badań ma miejsce już w Polsce. W naszym kraju dwa największe ośrodki dzielące pieniądze na badania to Narodowe Centrum Nauki (finansuje głównie badania podstawowe - red.) i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (stawia na współpracę nauki i biznesu - red.). Największe kwoty na naukę przeznacza ta druga instytucja.

W ramach Horyzontu 2020 pierwsze konkursy zostały już ogłoszone. I jak się okazało tematyka, na którą stawia Unia, jest bardzo zbieżna z tematyką strategicznych badań na UMB. Jest to medycyna spersonalizowana, zapobieganie procesom starzenia, czy walka z chorobami cywilizacyjnymi. To dobrze, że na uczelni potrafimy wyczuwać trendy i potrzeby. To może zwiększać nasze szanse na sukces.

Kluczem do niego będzie chyba sam początek, ten przysłowiowy pierwszy grant?

- Tak. Bo jak już jest się w takiej mocnej grupie, kiedy ktoś już nas dostrzeże, nasze umiejętności czy potencjał, to jest łatwiej. Powiedzmy sobie szczerze, my w tej chwili jesteśmy postrzegani jako konkurencja do pozyskiwania funduszy EU. Oni chcą współpracować tylko z najlepszymi, więc to nie jest takie proste przekonać ich do współpracy.

Jak nasza uczelnia jest przygotowana do nowych zasad starania się o środki unijne?

- Przez ostatnie lata staraliśmy się budować podstawy pod to, co będzie od nas niedługo wymagane.

Kluczem do sukcesu jest jakość naukowa. Na naszej uczelni mamy naukowców, którzy są na poziomie europejskim i światowym. Sądzę, że oni będą mogli uczestniczyć w takich konsorcjach. Oni mają własną sieć kontaktów naukowych. Przez ostatnie lata wysyłaliśmy ich na różne wyjazdy studyjne, angażowaliśmy się we wspólne projekty. Dodatkowo w ramach funduszy KNOW staraliśmy się pobudzać lepszą współpracę pomiędzy uczelnią a najlepszymi ośrodkami naukowymi z zagranicy. Przykładem takiej współpracy może być: w sprawach chorób neurodegeneracyjnych kooperacja z prof. Piotrem Lewczukiem (Uniwersytet Erlangen, Niemcy), w przypadku chorób nowotworowych z prof. Heike Allgayer (Wydział Medyczny w Mannheim, Uniwersytet w Heidelbergu, Niemcy), czy w temacie metabolomiki z ekspertami z Hiszpanii. To są czołowi specjaliści w swoich dziedzinach w Europie. Ich jednostki otrzymują najlepsze granty. Jest więc szansa, że w nowej perspektywie unijnej, będziemy mogli wspólnie aplikować o fundusze.

Czeka nas dużo pracy, a na dodatek musimy zmienić myślenie o nauce.

- Oczywiście. Musimy mieć większą świadomość związaną z tym, jak aplikować o takie środki. Uczelnia intensywnie szkoli pracowników naukowych z tematyki komercjalizacji. Obligatoryjnie każdy naukowiec, który realizuje projekt statutowy, musi zaliczyć taki kurs. On musi mieć świa-

domość, że badania powinny mieć większy aspekt praktyczny. W zamian uczelnia chce oddać naukowcowi aż 70 proc. ewentualnego zysku, jaki powstał przy komercjalizacji jego badań. Wszystko po to, by pobudzić ludzi do działania.

Ale żeby móc w ogóle rozmawiać o pieniądzach, to musimy mieć partnerów biznesowych z branż, w których my działamy - szeroko rozumiana medycyna i farmacja. Bez nich będzie nam bardzo trudno o granty europejskie.

A jak pan patrzy na pomysły ministerstwa nauki, które chce podzielić polskie uczelnie wyższe na zawodowe i elitarne?

- Z punktu widzenia ministerstwa pomysł wydaje się rozsądny. Tu chodzi o to, żeby koncentrować fundusze i przeznaczać je dla najlepszych, bo to da najlepsze efekty.

A po której stronie znajdzie się UMB?

- Na razie udaje się nam konkurować z najlepszymi. Tylko to nie jest stan na zawsze. Musimy cały czas intensywnie pracować, żeby z tej elity nie wypaść. Jako uczelnia musimy stale pobudzać naszych naukowców do działania. Czy przez to, że będą mogli wyjeżdżać na staż do najlepszych, czy też dobrze ich wynagradzając. Ostatnio na nagrody naukowe rektor przeznaczył prawie milion złotych. Kiedyś było tak, że wszyscy dostawali nagrody w miarę po równo. Teraz każda wysoko punktowana publikacja rozliczana jest indywidualnie, więc ci naprawdę najlepsi odebrali całkiem spore kwoty. To też ma być taka „marchewka”, by być jesz-

cze lepszym. Bo miejsce uczelni jest wypadkową wszystkich takich działań i tego, że ludziom się chce ciężko pracować.

Jaki będzie 2014 r. dla uniwersytetu, dla naukowców tu pracujących?

- Trudne pytanie. Najważniejsze będzie zakończenie pierwszej części inwestycji związanej z rozbudową szpitala klinicznego. Liczymy, że w połowie roku odbędą się już przeprowadzki klinik chirurgicznych i zakładów diagnostycznych do nowych budynków. Wtedy intensywniej zacznie się remont starej części szpitala. Z jednej strony poprawią się warunki, a z drugiej będzie się ciężko pracować, bo remont będzie odbywał się w funkcjonującym normalnie szpitalu. To duże wyzwanie. Ogrom pracy czeka nas przy wprowadzeniu Zintegrowanego Systemu Zarządzania Uczelnią. Pojawią się natomiast nowe możliwości badawcze związane z powstającymi laboratoriami: Laboratorium Obrazowania Medycznego i Laboratorium Bioinformatyki i Analizy Danych. W samej sferze nauki - za którą odpowiadam - liczę także na konsolidację zespołów badawczych na poziomie Polski. Aby udało się nam stworzyć wspólne konsorcja, w których łatwiej będzie nam aplikować o fundusze europejskie. Ostatnio na spotkaniu prorektorów ds. nauki byliśmy zgodni, że powinniśmy bardziej się konsolidować, a mniej konkurować ze sobą. Tylko silni mogą liczyć na granty europejskie.

Rozmawiał Wojciech Więcko

Program Horyzont 2020

Horyzont 2020 to największy w historii UE program finansowania badań i innowacji. Na ten cel przez najbliższe siedem lat ma być wydane 80 mld euro.

- Pora zabrać się do pracy. Finansowanie w ramach programu Horyzont 2020 ma kluczowe znaczenie dla przyszłości badań i innowacji w Europie - powiedziała komisarz Máire Geoghegan-Quinn ogłaszając pierwsze zaproszenia do składania wniosków.

Na najbliższe dwa lata do zdobycia jest 15 mld euro. Wśród priorytetowych dziedzin konkursowych w roku 2014 znalazły się m.in. spersonalizowana opieka zdrowotna (budżet: 549 mln euro), mobilność dla rozwoju (budżet: 375 mln euro) i zrównoważone systemy produkcji żywności (budżet: 138 mln euro).

W naszym uniwersytecie informacji na temat programu można szukać w Dziale Nauki i Współpracy Międzynarodowej UMB (Aneta Moćkun, e-mail: aneta.mockun@umb.edu.pl, tel. (85) 748 54 89)

Milion na nagrody rektora

Nie zadrżała ręka prof. Jackowi Niklińskiemu, rektorowi naszej uczelni, kiedy podpisywał listę do wypłaty nagród dla najlepszych naukowców UMB. Wydał na ten cel 960 tys. zł.

- To świetnie zainwestowane pieniądze - powiedział później.

Nagrodzonych zostało w kilku kategoriach 210 osób. Dodatkowo 100 osób, które nie były pracownikami UMB, otrzymało honorowe dyplomy za to, że brały udział w uczelnianych przedsięwzięciach. Tak duża liczba wyróżnionych naukowców wzięła się ze zmian w regulaminie nagradzania. Zrezygnowano z dotychczasowych zespołowych nagród naukowych, na rzecz nagród tylko indywidualnych. To pomysł rektoratu ds. nauki i prof. Adama Krętowskiego.

- Główna idea była taka, by nagradzać osoby, które przysparzają punktów uczelni. Chodzi o punkty, które liczą się w parametryzacji uczelni i dzięki którym uzyskuje ona wyższą kategorię. To przekłada się na wyższe dotacje na naukę - tłumaczy prof. Anna Andrzejewska, przewodnicząca senackiej komisji ds. nagród, odznaczeń i wyróżnień.

Kluczowe były punkty za publikacje w czasopismach uznanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Komisja konkursowa kwalifikowała do nagrody tylko te prace, które zdobyły co najmniej 20 pkt. Później na podstawie ilości publikacji i zdobytych punktów, komisja wyliczała wartość nagrody. Najlepszą w tej kategorii okazała się prof. Jolanta Małyszko, która w minionym roku zdobyła 320 pkt. ministerialnych (i ponad 60 IF).

- To imponujący dorobek. Wielu pracowników na uczelni nie zdobywa tylu punktów w ciągu nawet kilku lat pracy - podkreśla prof. Andrzejewska.

Dodatkowo nagradzano także za osiągnięcia dydaktyczne oraz za całokształt działalności. Po raz pierwszy swoją nagrodę przyznali też studenci. W specjalnym głosowaniu wybrali po dwóch nauczycieli z każdego wydziału, a rektor przyznał im nagrody dydaktyczne I stopnia.

Finałem całej procedury była uroczysta gala w Auli Magna Pałacu Bra-



fot. Wojciech Wlecko

210 naukowców odebrało specjalne nagrody z rąk prof. Jacka Niklińskiego, rektora UMB

nickich (13 grudnia), podczas której symbolicznie wręczono dyplomy najlepszym. Przelewy na konta uczelnia wykonała kilka dni wcześniej. Najlepszy z wyróżnionych otrzymał w sumie 35 tys. zł.

- To są bardzo dobrze wydane pieniądze. Inwestujemy w ludzi, ich roz-

wój naukowy i naszej uczelni - powiedział „Medykowi” rektor prof. Jacek Nikliński.

Prof. Nikliński liczy, że w przyszłym roku na nagrody wyda ponad milion złotych.

kama, bdc

Lista osób nagrodzonych

NAGRODY NAUKOWE

Nagrody naukowe I stopnia

1. Prof. dr hab. Małyszko Jolanta
2. Prof. dr hab. Myśliwiec Michał
3. Prof. dr hab. Górski Jan
4. Dr n. med. Kramkowski Karol
5. Dr hab. Mikołuc Bożena
6. Dr n. med. Motkowski Radosław
7. Dr hab. Mogielnicki Andrzej
8. Prof. dr hab. Piotrowska-Jastrzębska Janina
9. Prof. dr hab. Górka Maria
10. Prof. dr hab. Wasilewska Anna
11. Prof. dr hab. Chabowski Adrian
12. Prof. dr hab. Szmitkowski Maciej
13. Dr hab. Błachnio-Zabielska Agnieszka
14. Prof. dr hab. Żendzian-Piotrowska Małgorzata
15. Prof. dr hab. Kłoczko Janusz
16. Prof. dr hab. Malinowska Barbara
17. Prof. dr hab. Małyszko Jacek
18. Dr hab. Car Halina
19. Prof. dr hab. Pawlak Dariusz
20. Prof. dr hab. Pawlak Krystyna
21. Dr n. med. Zabielski Piotr
22. Prof. dr hab. Mroczko Barbara
23. Dr n. med. Taranta-Janusz Katarzyna
24. Dr n. med. Żelazowska-Rutkowska Beata
25. Prof. dr hab. Flisiak Robert
26. Dr n. farm. Baranowska-Kuczko Marta
27. Dr n. farm. Ciborowski Michał
28. Dr n. med. Kozłowski Mirosław
29. Dr n. med. Moniuszko-Malinowska Anna
30. Prof. dr hab. Pancewicz Sławomir
31. Dr n. med. Knapp Małgorzata
32. Dr hab. Kułakowska Alina

33. Prof. dr hab. Musiał Włodzimierz
34. Lek. med. Tarasiuk Joanna
35. Prof. dr hab. Zajkowska Joanna
36. Dr hab. Dębek Wojciech
37. Dr hab. Jaroszewicz Jerzy
38. Prof. dr hab. Kaczmarek Maciej
39. Dr n. med. Wasilewska Jolanta
40. Dr n. med. Wilczyńska-Borawska Magdalena
41. Dr hab. Baranowski Marcin
42. Prof. dr hab. Chrostek Lech
43. Prof. dr hab. Krajewska-Kułał Elżbieta
44. Dr n. med. Sieśkiewicz Andrzej
45. Dr n. med. Czupryna Piotr
46. Prof. dr hab. Nikliński Jacek
47. Prof. dr hab. Pietruska Małgorzata
48. Prof. dr hab. Flisiak Iwona
49. Prof. dr hab. Kasacka Irena
50. Prof. dr hab. Kowalska Irina
51. Prof. dr hab. Krawczuk-Rybak Maryna
52. Prof. dr hab. Olszewska Ewa
53. Prof. dr hab. Rogowski Marek
54. Prof. dr hab. Strączkowski Marek
55. Dr n. med. Tycińska Agnieszka
56. Prof. dr hab. Wysocka Jolanta
57. Dr n. med. Bagińska Joanna
58. Prof. dr hab. Bossowski Artur
59. Lek. med. Kapica-Topczewska Katarzyna
60. Prof. dr hab. Krętowski Adam
61. Dr n. med. Lemancewicz Dorota
62. Dr n. med. Piszcz Jarosław
63. Prof. dr hab. Dobrzycki Sławomir
64. Prof. dr hab. Drozdowski Wiesław
65. Dr n. med. Dzienis-Koronkiewicz Ewa
66. Dr n. med. Hermanowicz Adam
67. Dr hab. Kozłowska Hanna
68. Dr n. med. Matuszczak Ewa
69. Dr hab. Nazaruk Jolanta
70. Prof. dr hab. Niemcunowicz-Janica Anna
71. Dr n. med. Oksiuta Marzanna
72. Prof. dr hab. Radziwon Piotr
73. Prof. dr hab. Tomasiak Marian

Nagrody naukowe II stopnia

1. Prof. dr hab. Kułał Wojciech
2. Dr hab. Łapiński Tadeusz
3. Prof. dr hab. Mantur Maria
4. Prof. dr hab. Skrzydlewska Elżbieta
5. Dr n. med. Adamska Agnieszka
6. Dr n. med. Będkowska Grażyna
7. Dr n. med. Grygorczuk Sambor
8. Dr hab. Knapp Paweł
9. Dr hab. Kondrusik Maciej
10. Dr n. med. Kuć Paweł
11. Dr hab. Laudański Piotr

12. Prof. dr hab. Laudański Tadeusz
13. Dr n. med. Ławicki Sławomir
14. Dr n. med. Łysoń Tomasz
15. Prof. dr hab. Ostrowska Halina
16. Mgr Prokopiuk Sławomir
17. Prof. dr hab. Szelachowska Małgorzata
18. Prof. dr hab. Szulc Agata
19. Dr n. med. Tomczyk Michał
20. Dr n. med. Waszkiewicz Napoleon
21. Prof. dr hab. Braszko Jan
22. Dr hab. Brzóska Szymon
23. Prof. dr hab. Grabowska Stanisława Zyta
24. Dr hab. Hryszko Tomasz
25. Dr hab. Łuczyński Włodzimierz
26. Prof. dr hab. Siergiejko Zenon
27. Prof. dr hab. Stasiak-Barmuta Anna
28. Dr n. med. Wielgat Przemysław
29. Dr n. med. Daniluk Jarosław
30. Prof. dr hab. Dziecioł Janusz
31. Prof. dr hab. Jabłońska Ewa
32. Prof. dr hab. Laudański Jerzy
33. Dr n. med. Lewko Jolanta
34. Dr n. med. Łukaszewicz-Zajac Marta
35. Prof. dr hab. Mariak Zenon
36. Dr n. tach. Milewski Robert
37. Prof. dr hab. Myśliwiec Janusz
38. Mgr Piotrowska Żaneta

39. Dr n. farm. Pućkowska Anna
40. Dr n. o zdr. Sarnacka Emilia
41. Mgr Teul Joanna
42. Dr n. med. Van-Damme Ostapowicz Katarzyna
43. Dr hab. Zarzycki Wiesław
44. Dr n. med. Baranowska Urszula
45. Dr n. med. Łuczaj Wojciech
46. Mgr Milewska Elżbieta
47. Prof. dr hab. Panasiuk Anatol
48. Dr hab. Roszkowska-Jakimiec Wiesława
49. Dr n. med. Sawicki Robert
50. Prof. dr hab. Sobkowicz Bożena
51. Dr n. med. Stankiewicz-Kranc Anna
52. Dr hab. Grzeszczuk Anna
53. Dr n. med. Kądziała-Olech Halina
54. Dr n. med. Knaś Małgorzata
55. Dr hab. Konstantynowicz Jerzy
56. Prof. dr hab. Ładny Jerzy Robert
57. Dr hab. Porowski Tadeusz
58. Dr hab. Szajda Sławomir Dariusz
59. Dr n. med. Tenderenda Edyta
60. Prof. dr hab. Wołczyński Sławomir
61. Dr n. med. Zalewska Anna

Nagrody naukowe III stopnia

1. Prof. dr hab. Bachórzewska-Gajewska Hanna

Co trzeba zrobić, by mieć tak doskonałe wyniki naukowe i tyle publikacji?



PROF. JOLANTA MAŁYSZKO, KIEROWNIK II KLINIKI NEFROLOGII Z ODDZIAŁEM LECZENIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO I PODODDZIAŁEM DIALIZOTERAPII (otrzymała nagrodę rektora I stopnia za największą liczbę publikacji): - Moja przygoda z pracą naukową sięga czasów I LO w Białymstoku. Potem przyszła praca w kołach naukowych w naszej Alma Mater. Dzięki możliwościom, jakie stworzyła uczelnia, wyjechałam na stypendium do Hamamatsu (Japonia), na uniwersytet, z którym nasza uczelnia prowadzi współpracę naukową. Ciężka praca zaowocowała ponad 20 publikacjami z listy filadelfijskiej, ale także pomysłem na pracę habilitacyjną. Prof. Akikazu Takada, doktor honoris causa naszej uczelni, z którym dotąd utrzymuję bliski kontakt, zawsze mi powtarzał: „jesteś pracowita, pomogę ci, ale najważniejszy jest pomysł i szybka realizacja, byś nie czytała o swoich przemyśleniach w Pubmedzie (angielskojęzyczna internetowa baza danych obejmująca artykuły z medycyny i nauk biologicznych - red.)”. W kolejnych latach dzięki pomysłom zaczerpniętym na stażach za granicą powstały następne prace, pojawiły się kolejne idee i współpraca. W ostatnich latach, dzięki możliwościom stworzonym przez uczelnię (np. wizyty studyjne czy stypendia), mogę kontynuować wcześniejszą współpracę z wiodącymi ośrodkami nefrologicznymi w Europie. Ostatnie pięć lat pracy to ponad 200 IF i ponad 3 tys. pkt. MNiSW (sumaryczny IF to prawie 420 i prawie 4,5 tys. pkt. MNiSW, ponad 2 tys. cytowań), rozdziały do prestiżowego podręcznika Oxford Textbook of Clinical Nephrology (4th Edition) i zaproszenia na wykłady (w tym jako pierwsza osoba z Polski na American Society of Nephrology).

Not. kama



fot. Wojciech Wzięcio

W uroczystość wręczenia nagród rektora to nie tylko symboliczna uroczystość, za każdym dyplomem kryje się nagroda pieniężna

- | | |
|--|---|
| 2. Dr n. med. Białuk Izabela | 38. Dr hab. Winnicka Katarzyna |
| 3. Prof. dr hab. Bielawska Anna | 39. Prof. dr hab. Winnicka Maria Małgorzata |
| 4. Prof. dr hab. Bielawski Krzysztof | 40. Mgr Wróblewska Magdalena |
| 5. Prof. dr hab. Borawska Maria | 41. Dr n. med. Zakrzaska Agnieszka |
| 6. Dr n. med. Cepowicz Dariusz | 42. Dr n. med. Zalewska Magdalena |
| 7. Prof. dr hab. Chyczewski Lech | 43. Dr n. med. Zalewski Grzegorz |
| 8. Dr n. med. Cylwik-Rokicka Dorota | 44. Dr n. med. Antonowicz Bożena |
| 9. Dr n. med. Grzęda Emilia | 45. Prof. dr hab. Bodzenta-Łukaszyk Anna |
| 10. Dr hab. Guzińska-Ustymowicz Katarzyna | 46. Prof. dr hab. Borawski Jacek |
| 11. Prof. dr hab. Hassman-Poznańska Elżbieta | 47. Dr hab. Czczuga-Semaniuk Ewa |
| 12. Prof. dr hab. Hirnle Tomasz | 48. Dr n. med. Dolińska Ewa |
| 13. Dr hab. Hołownia Adam | 49. Dr n. med. Duraj Ewa |
| 14. Prof. dr hab. Kemonia Halina | 50. Dr n. med. Dziemiańczyk-Pakieła Dorota |
| 15. Prof. dr hab. Kędra Bogusław | 51. Dr n. med. Galińska-Skok Beata |
| 16. Dr n. med. Kobus Grażyna | 52. Dr n. med. Garley Marzena |
| 17. Dr n. med. Korzeniecka-Kozerska Agata | 53. Dr hab. Głowińska-Olszewska Barbara |
| 18. Dr n. med. Kowalczyk Oksana | 54. Dr n. med. Harasiuk Dorota |
| 19. Dr n. med. Kożuch Marcin | 55. Dr hab. Jabłoński Jakub |
| 20. Dr n. med. Lemancewicz Adam | 56. Dr n. med. Janica Jacek |
| 21. Lek. med. Liwoch-Nienartowicz Nikolina | 57. Dr hab. Karna Ewa |
| 22. Mgr Łukaszuk Bartłomiej | 58. Dr hab. Kochanowicz Jan |
| 23. Prof. dr hab. Maciorkowska Elżbieta | 59. Dr n. med. Konarzewska Beata |
| 24. Dr n. farm. Markiewicz-Żukowska Renata | 60. Dr n. med. Kowalewska Jolanta |
| 25. Dr hab. Miltyk Wojciech | 61. Prof. dr hab. Łebkowska Urszula |
| 26. Dr n. farm. Naliwajko Sylwia | 62. Dr hab. Łebkowski Wojciech |
| 27. Dr n. med. Okurowska-Zawada Bożena | 63. Dr n. med. Małkowski Andrzej |
| 28. Dr n. med. Olański Witold | 64. Dr n. med. Parfieniuk-Kowerda Anna |
| 29. Prof. dr hab. Ołdak Elżbieta | 65. Dr n. med. Ratajczak-Wrona Wioletta |
| 30. Dr hab. Rożkiewicz Dorota | 66. Dr n. med. Rogowska-Szadkowska Dorota |
| 31. Dr n. med. Sacha Paweł Tomasz | 67. Dr hab. Romanowicz Lech |
| 32. Dr hab. Skotnicka Bożena | 68. Dr n. med. Rusak Tomasz |
| 33. Dr hab. Sulik Artur | 69. Dr n. med. Rydzewska-Rosołowska Alicja |
| 34. Dr hab. Tomaszuk-Kazberuk Anna | 70. Dr hab. Rzewnicki Ireneusz |
| 35. Prof. dr hab. Tryniszewska Elżbieta | 71. Dr n. med. Skurska Anna |
| 36. Dr hab. Violetta Dymicka-Piekar-ska | 72. Dr n. med. Szczepański Wojciech |
| 37. Dr n. med. Wieczorek Piotr | 73. Dr n. med. Szeremeta Michał |

74. Prof. dr hab. Tarasów Eugeniusz
75. Dr hab. Wolańska Małgorzata
76. Dr n. med. Wójtowicz Jerzy

NAGRODY DYDAKTYCZNE

Nagrody dydaktyczne I stopnia

1. Prof. dr hab. Wojtukiewicz Marek Zbigniew
2. Prof. dr hab. Pałka Jerzy
3. Dr n. o zdr. Sarnacka Emilia
4. Prof. dr hab. Mariak Zenon
5. Prof. dr hab. Rogowski Marek
6. Dr n. med. Łysoń Tomasz
7. Dr n. med. Sieśkiewicz Andrzej
8. Prof. dr hab. Chabowski Adrian*
9. Lek. stom. Zalewska Aneta*
10. Prof. dr hab. Tomasiak Marian*
11. Dr n. med. Wieczorek Piotr*
12. Dr n. med. Biszewska Jolanta*
13. Lek. med. Bauer Krzysztof*

*najlepsi wykładowcy akademicy
wybrani przez studentów

Nagrody dydaktyczne II stopnia

1. Dr n. med. Kowalewska Jolanta
2. Dr n. med. Szpakowicz Anna
3. Dr n. med. Zakrzaska Agnieszka
4. Prof. dr hab. Zajkowska Joanna Maria
5. Prof. dr hab. Wasilewska Anna
6. Prof. dr hab. Dąbrowski Andrzej
7. Prof. dr hab. Górska Maria
8. Prof. dr hab. Szlachowska Małgorzata
9. Prof. dr hab. Mroczo Barbara
10. Dr hab. Socha Katarzyna
11. Prof. dr hab. Borawska Maria
12. Dr hab. Czczuga-Semaniuk Ewa
13. Prof. dr hab. Sulkowski Stanisław
14. Prof. dr hab. Myśliwiec Janusz

Nagrody dydaktyczne III stopnia

1. Dr n. med. Snarska Katarzyna
2. Mgr Wołosik Katarzyna
3. Dr n. med. Knaś Małgorzata
4. Dr n. med. Niczyporuk Marek

NAGRODY ZA CAŁOKSZTAŁT DOROBKU:

Nagrody za całokształt dorobku I stopnia

1. Prof. dr hab. Laudański Tadeusz
2. Prof. dr hab. Stokowska Wanda
3. Prof. dr hab. Wysocka Jolanta

Nagrody za całokształt dorobku III stopnia

1. Dr n. med. Czapska Danuta

Najlepsi wykładowcy zdaniem studentów

W tym roku studenci UMB po raz pierwszy głosowali na najlepszych ich zdaniem wykładowców i nauczycieli akademickich.

Kandydaci wybrani przez studentów zostali następnie zweryfikowani przez rektora i Uczelniany Zespół ds. Zapewnienia Jakości i Doskonalenia Kształcenia (sprawdzano, czy osoby te nie mają jednocześnie ocen negatywnych w systemie ankietowym). Po pozytywnej opinii mogli już otrzymać tytuły Najlepszego Nauczyciela Akademickiego i nagrody finansowe (wszyscy otrzymali nagrody dydaktyczne I stopnia). Nagrodzonych zostało sześć osób, po dwie z każdego wydziału. Z wydziału lekarskiego laureatami zostali: prof. dr hab. Adrian Chabowski i lek. stom. Aneta Zalewska, z Wydziału Farmacji prof. Marian Tomasiak i dr Piotr Wiczorek, zaś z Wydziału Nauk o Zdrowiu dr hab. Jolanta Biszewska i lek. med. Krzysztof Bauer.

Zapytaliśmy nagrodzone osoby, czy to ważne dla nich wyróżnienie i poprosiliśmy o ich recepty na bycie dobrym wykładowcą i nauczycielem akademickim. Poprosiliśmy też, by poradzili innym, co zrobić, żeby studenci z chęcią przychodzili na wykłady czy ćwiczenia i z zainteresowaniem ich słuchali.

Prof. Adrian Chabowski,



PROREKTOR DS. STUDENCKICH, JEST RÓWNIEŻ KIEROWNIKIEM ZAKŁADU FIZJOLOGII UMB. WYKŁADA PRZEDMIOT „FIZJOLOGIA CZŁOWIEKA” NA

KIERUNKU LEKARSKIM, PIELĘGNIARSTWA, POŁOŻNICTWA I KOSMETOLOGII

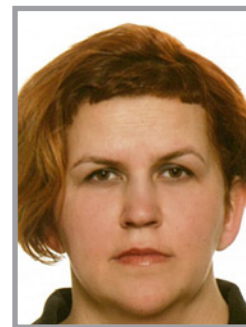
- Niewątpliwie to jedna z najważniejszych nagród i nie ukrywam, jestem bardzo mile zaskoczony... Tym bardziej że studenci mogli nominować praktycznie każdego wykładowcę z naszej uczelni, więc konkurencja była znamienita. Jeśli chodzi o receptę na bycie dobrym wykładowcą, to nie mam

- *Moje wykłady np. na wydziale lekarskim rozpoczynają się o ósmej rano i nie mam problemu z frekwencją*

takiej. Za każdym razem staram się, by wykłady prezentować w sposób możliwie najbardziej interesujący, nie gubiąc uwagi studentów, tak, by wiedza z zakresu fizjologii nie była tylko odzwierciedleniem podręcznikowym. Przy mniej licznych kierunkach, interakcja wykładowca - student jest łatwiejsza, niemniej jednak nie poddaję się nawet przy tak licznych gronie studentów, jak na kierunku lekarskim. Moje wykłady np. na wydziale lekarskim (1,5-godzinne) rozpoczynają się o ósmej rano i nie mam problemu z frekwencją. Co trzeba robić? Może, po części, trzeba być przekonującym mówcą? Może po prostu trzeba umieć ubarwić suchą teorię, połączyć elementy fizjologii z wiedzą studentów z anatomii, histologii i biochemii, tak by widzieli sens łączenia elementów wiedzy z różnych dzie-

dzin. W systemie nauczania medycyny w Kanadzie czy w Stanach Zjednoczonych jest trwałą tendencją łączenie obszarów wiedzy w tzw. przedmiotach zintegrowanych (np. neurofizjologia obejmuje nie tylko fizjologię, ale i anatomię, histologię i radiologię). I choć dość dużo studentów nie zdaje w pierwszym terminie (około 35 proc. - red), zawsze uświadamiam studentom złożoność problematyki zagadnień z fizjologii człowieka. Są więc niejako świadomi podejmowanego wyzwania egzaminacyjnego, nie ma niespodzianek, że miało być łatwo i przyjemnie. Z drugiej strony studenci mają jasno określone prawa i obowiązki oraz znają zakres materiału egzaminacyjnego.

Lek. stom. Aneta Zalewska



JEST ABSOLWENTKĄ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ODDZIAŁU STOMATOLOGII UMB (1998). W 2002 R. ROZPOCZĘŁA PRACĘ I REZYDENTURĘ W KLINICE CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ W BIAŁYMSTOKU POD KIEROWNICTWEM PROF. ZYTY GRABOWSKIEJ. SPECJALIZACJĘ UZYSKAŁA W 2010 R. OD PAŹDZIERNIKA 2011 R. PRACUJE NA ETACIE WYKŁADOWCY W ZAKŁADZIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ. PROWADZI ĆWICZENIA ZE STUDENTAMI IV I V ROKU Z ZAKRESU CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ (ODDZIAŁ STOMATOLOGII).

- Nagroda była dla mnie ogromnym

zaskoczeniem i wyróżnieniem, tym bardziej że przyznali ją sami studenci. Uważam, że nie ma recepty na bycie idealnym wykładowcą, dobry rezultat wynika z zaangażowania w pracę ze studentami. Spotykając na swojej drodze młodych, fajnych ludzi, staram się im jak najwięcej pokazać, przedstawić i wdrożyć do pracy chirurga. Stawiam na wiedzę i samodzielność w działaniu. Zawsze staram się, aby studenci aktywnie uczestniczyli w ćwiczeniach. Moim celem jest maksymalne przygotowanie ich od strony praktycznej - stomatolog ma mieć „wyrobioną rękę” i w przyszłości musi poradzić sobie w pracy zawodowej z różnymi przypadkami. Mam szczęście trafiać na studentów, którzy zawsze są zainteresowani moimi zajęciami i pracą ze mną. Myślę, że odrobina aktorstwa w nauczaniu przydaje się, ale ważniejsza jest pasja i pracowitość

Prof. Marian Tomasiak



OD 1996 ROKU KIERUJE ZAKŁADEM CHEMII FIZYCZNEJ UMB. JEST ABSOLWENTEM WYDZIAŁU BIOLOGII I NAUK O ZIEMI UNIWERSYTETU IM. M. CURIE-SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE NA KIERUNKU BIOLOGIA ZE SPECJALNOŚCIĄ Z BIOCHEMIA. NA UMB PRACUJE OD PONAD 30 LAT, OD 17 WYKŁADA CHEMIĘ FIZYCZNĄ DLA STUDENTÓW FARMACJI I ANALITYKI. NAUCZA RÓWNIEŻ BIOFIZYKI NA KOSMETOLOGII ORAZ PROWADZI WYKŁADY FAKULTYWNE NT. MECHANIZMU PRZESYŁANIA SYGNAŁU DO KOMÓREK

- Wiem, że studenci mnie lubią, bo ja trochę zakręcony jestem i pasjonat. Naszą rolą jest nauczyć młodych ludzi rozumienia świata. My dajemy im wędkę - przygotowujemy ich do życia zawodowego. Nie krzyczę na studentów. Staram się być dla nich wyrozumiały, traktuje partnersko, ale jednocześnie wymagam. W internecie studenci mają

nawet stronę na mój temat (na Facebooku jest strona „Grupa adoracji prof. Mariana Tomasiaka –red.). Z drugiej strony w ubiegłym roku ponad połowa dostała na egzaminie dwójki! Oni wiedzieli, że te dwójki im się należą. A ja im bardzo współczułem. Ale w drugim terminie egzamin wypadł wspaniale, były czwórki i piątki. Studenci wiedzą, że zawsze mogą do mnie przyjść, nie ma dystansu. Ciągłe też ich ciągnę za język, co się im najmniej podoba i co można poprawić na lepsze. Są zdziwieni, bo - jak mówią - ich nikt o nic nie pyta. Studenci szanują człowieka, który coś wie. Ja nie jestem chemikiem, na co dzień zajmuje się biochemią. Kiedy przychodzi dzień wykładu, muszę się przestawić i zacząć mówić o rzeczach trudnych w sposób zrozumiały. Po

- W ubiegłym roku ponad połowa studentów dostała na egzaminie dwójki! Oni wiedzieli, że te dwójki im się należą. A ja im bardzo współczułem.

każdym wykładzie studenci dostają ode mnie treść wykładu w formie wydrukowanej. Mam z tego same zyski, bo po pierwsze - więcej mogę im przekazać w czasie wykładu, bo nie muszę czekać aż przepiszą czy przerysują jakiś rysunek. Ponadto mogą się skupić na patrzeniu i słuchaniu, a nie na pisaniu. A na koniec potem dokładnie wiedzą, że to, co było na wykładzie, to potem będzie na egzaminie. Jest uczciwy układ, nauczysz się wykładów, to zdasz. Te wykłady co roku sprawdzam i poprawiam. Podobnie nietypowy jestem, jeśli chodzi o ćwiczenia - u mnie nie ma skryptów. Bo jak się wydrukuje skrypt, to potem przez dziesięć lat obowiązuje, bo zbyt dużo kosztuje jego drukowanie. I nic w nim nie można zmienić, robi się takie muzeum. Ja mam do każdego ćwiczenia opracowany materiał, taki skrypt w kawałkach.

W ostatnich latach wysyłam to mailem. Nie muszę czekać na modernizację skryptu, tylko te ćwiczenia ciągle modyfikuję i poprawiam, bo one nie są idealne. Minus tego jest jednak taki, że nie dostajemy nagród dydaktycznych, które się należą za przygotowanie skryptu.

Dr Piotr Wieczorek



JEST ABSOLWENTEM WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UMB (1997), MA SPECJALIZACJĘ Z MIKROBIOLOGII LEKARSKIEJ. OD 2001 ROKU PRACUJE W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ I IMMUNOLOGII INFEKCYJNEJ. PROWADZI ZAJĘCIA Z MIKROBIOLOGII NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM (FARMACJA, ANALITYKA MEDYCZNA, KOSMETOLOGIA) ORAZ WYDZIALE NAUK O ZDROWIU (DIETETYKA, ZDROWIE PUBLICZNE, PIELĘGNIARSTWO, POŁOŻNICTWO, RATOWNICTWO MEDYCZNE).

- Nagroda ta jest dla mnie bardzo ważna. Stanowi uhonorowanie mojej dotychczasowej pracy dydaktycznej. Przyznanie jej przez Kapitułę Studencką to duży zaszczyt, ale jednocześnie kolejne wyzwanie, bo poprzeczka została podniesiona wysoko. Nagrody nie traktuję jako celu samego w sobie, ani też elementu rywalizacji, nigdy taka nie była i nie będzie. Nadal będę starał się wykonywać wszystko najlepiej jak tylko jest to możliwe, ale w obecnej sytuacji będzie to dużo trudniejsze. Tej nagrody nie odbieram jednostkowo, przyjmuję ją jako wyraz uznania studentów dla wszystkich nauczycieli akademickich naszego zakładu. Nie wiem, jaka jest recepta na to, jak być dobrym nauczycielem akademickim. Myślę, że na sukces składa się wiele czynników. Dobra współpraca wielu osób, spotkanie w swojej karierze zawodowej „dobrego nauczyciela”. Jestem mimo wszystko dość młodym

nauczycielem akademickim, dla mnie od początku pracy dydaktycznej wżorem był kolega z pracowni, dr Paweł Sacha, którego studenci także bardzo wysoko oceniają. Bycie konsekwentnym w wymaganiach, często niemożliwych, ale też otwartym na potrzeby studentów. Naturalność, skromność, świadomość swoich niedoskonałości to także dobre cechy nauczyciela. Zdecydowanie nie można być aktorem, zwłaszcza na takiej uczelni, jak uczelnia medyczna. Myślę, że studenci trafnie oceniają nasze zaangażowanie, wyciągają wnioski i łatwo będą w stanie zdemaskować „aktorstwo”. Ucząc studentów przygotowujemy młodą kadrę, której praca będzie świadczona na rzecz drugiego człowieka, człowieka z jego problemami. Przede wszystkim trzeba lubić to, co się robi, a przecież pasje i pozytywne emocje są zaraźliwe.

Dr Jolanta Biszewska



NAUCZA FONIATRII ORAZ CHIRURGICZNEJ REHABILITACJI OSÓB LARYNGEKTOMOWANYCH NA KIERUNKU LOGOPEDIA Z FONOAUDIOLOGIĄ WNOZ. JEST ABSOLWENTKĄ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU (STUDIA UKOŃCZYŁA W 1999 ROKU), PRACUJE W KLINICE OTOLARYNGOLOGII W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM W BIAŁYMSTOKU ORAZ ZAKŁADZIE FONOAUDIOLOGII KLINICZNEJ I LOGOPEDII NA WYDZIALE NAUK O ZDROWIU UMB.

- Jest to dla mnie nagroda bardzo ważna! Docenienie mojej pracy przez studentów, sprawia mi ogromną satysfakcję i radość. Staram się budować wzajemny szacunek i pozytywne relacje ze studentami. Doceniam aktywność i zaangażowanie studentów, ale jednocześnie wymagam systematycznej nauki. Dbam o to, aby na moich zajęciach studenci jak najwięcej pracowali z pa-

centami, potrafili rozmawiać z chorymi i okazywać im empatię. W moim postępowaniu nie ma ani odrobiny aktorstwa. Zachowuję się naturalnie zarówno w stosunku do studentów, jak i pacjentów. Uczę foniatrii oraz chirurgicznej rehabilitacji osób laryngektomowanych i rzeczywiście są to zagadnienia bardzo mi bliskie, którymi zajmuję się również w mojej pracy w Klinice Otolaryngologii USK. Szczególnie zaangażowana jestem w onkologię laryngologiczną, uczulam więc również moich studentów na podstępny symptomatologię nowotworów głowy i szyi oraz problemy chorych, zwłaszcza z nowotworami krtani. Absolwenci logopedii z fonologia mogą zająć się m.in. rehabilitacją głosu i mowy chorych laryngektomowanych, a więc pomóc im w powrocie do społeczeństwa i minimalizacji kalectwa związanego z całkowitym usunięciem krtani.

Lek. Krzysztof Bauer



OD OŚMIU LAT PRACUJE W ZAKŁADZIE MEDYCZYNY RATUNKOWEJ I KATASTROF UMB, A TAKŻE W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM W BIAŁYMSTOKU. UCZY PIERWSZEJ POMOCY, KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY, MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH I MEDYCZYNY RATUNKOWEJ, A TAKŻE METODOLOGII NAUCZANIA PIERWSZEJ POMOCY NA KIERUNKU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO ORAZ WŚRÓD STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA, MEDYCZYNY I STOMATOLOGII. JEST ABSOLWENTEM UMB.

- Dla mnie to bardzo ważna nagroda, w zasadzie jedyna, na którą warto zasłużyć. Ten sukces w pracy inaczej nie jest wymierny, nie da się go ocenić z zewnątrz. Zresztą nie traktuję tego w kategorii osobistego sukcesu, raczej jako potwierdzenie, że zajęcia prowadzę ok. Zajęcia z ratownictwa medyczne-

go z natury rzeczy są pasjonujące, wystarczy odrobina wyobraźni studentów i prowadzącego. Moja recepta na bycie dobrym jest prosta: pracuję z dorosłymi ludźmi, którzy zazwyczaj chcą się uczyć i wielu przypadkach ćwiczymy, tj. szlifujemy umiejętności, RAZEM. To, że mam nieco więcej doświadczenia klinicznego, nie zmienia faktu, że słucham także ich spostrzeżeń. Wszystko we wspólnym celu - być lepszym lekarzem, ratownikiem etc. Prehistoryczne formy nauczania: wykładanie do słuchaczy i odpytywanie ich z przekazanej wiedzy, z oceną wpisaną do dzienniczka odeszły już do lamusa. Nie ma znaczenia, czy student ma zeszyt, zmienione buty, czy punktualnie przychodzi na zajęcia. To są oczywiście przymioty kulturalnej osoby, ale w zdobywaniu

- Dla mnie to bardzo ważna nagroda, w zasadzie jedyna, na którą warto zasłużyć

wiedzy nie mają znaczenia. Jeśli ktoś zajęcia zaczyna od sprawdzenia obecności i wstawienia skrupulatnie wszystkich spóźnień, zapomina, po co ze studentami się spotyka. Bardzo razi mnie (i mam nadzieję, że unikanie takiego zachowania mi wychodzi) budowanie relacji nauczyciel - student w schemacie piramidy, gdzie wiadomo, kto jest na górze, a kto na dole. Niestety wciąż jeszcze wielu asystentów i wykładowców właśnie w ten sposób buduje swój autorytet. Oczywiście warto jest mieć prezencję, dykcję, może nawet umiejętności aktorskie, żeby zainteresować studentów. Ja niestety tego nie mam, a już dykcja i mówienie do słuchaczy bez mikrofonu to moja pięta achillesowa. Więc chyba nie do końca o to właśnie chodzi. Wiem, że słuchający mnie studenci (ale także lekarze na kursach CMKP, które prowadzimy w zakładzie) cichną i słuchają, kiedy wiem, o czym mówię. Więc może „tu leży pies pogrzebany”?

Not. kama

Vivat academia, vivant professores

14 nowych profesorów, 15 doktorów habilitowanych i 81 doktorów – o tylu nowych specjalistów wzbogacił się Uniwersytet Medyczny w Białymstoku w 2013 r.

Pamiątkowe dyplomy nowi doktorzy habilitowani i doktorzy odebrali podczas uroczystego posiedzenia Senatu UMB (13 grudnia)

– Mam nadzieję, że te promocje przyczynią się do wzmożonej aktywności naukowej, co przełoży się na kolejne stopnie i tytuły naukowe. Będą też podstawą do dalszego rozwoju uczelni, co przyniesie każdemu z nas wiele satysfakcji – mówił podczas uroczystości prof. Jacek Nikliński, rektor UMB.

Rektor nie ukrywa, że to właśnie nowe pokolenie naukowców już niedługo będzie stanowić o sile uczelni.

Obecnie w UMB pracuje 116 profesorów oraz 100 doktorów habilitowanych.

bdc

Lista osób nominowanych

Nowi profesorowie

Prof. dr hab. Wojciech Dębek
 Prof. dr hab. Iwona Flisiak
 Prof. dr hab. Otylia Kowal-Bielecka
 Prof. dr hab. Urszula Łebkowska
 Prof. dr hab. Anna Niemcunowicz-Janica
 Prof. dr hab. Ewa Olszewska
 Prof. dr hab. Małgorzata Pietruska
 Prof. dr hab. Agata Szulc
 Prof. dr hab. Eugeniusz Tarasów
 Prof. dr hab. Małgorzata Żendzian-Piotrowska
 Prof. dr hab. Grzegorz Bazylak
 Prof. dr hab. Adam Hołownia
 Prof. dr hab. Maria Mantur
 Prof. dr hab. Sławomir Chlabcz

Osoby ze stopniem doktora habilitowanego

Dr hab. Agnieszka Błachnio-Zabielska
 Dr hab. Krzysztof Czaja
 Dr hab. Hady Razak Hady
 Dr hab. Jerzy Jaroszewicz
 Dr hab. Paweł Knapp

Dr hab. Beata Pająk
 Dr hab. Jan Pietruski
 Dr hab. Rafał Poręba
 Dr hab. Ewa Świebocka
 Dr hab. Anna Zalewska
 Dr hab. Iwona Radziejewska
 Dr hab. Ewa Karna
 Dr hab. Arkadiusz Surazyński
 Dr hab. Mariusz Koda
 Dr hab. Anna Hryniewicz

Nowi doktorzy nauk

Wydział Lekarski

Dr Edyta Diana Adamska
 Dr Krzysztof Bandzul
 Dr Marzena Anna Krajewska
 Dr Artur Błoński
 Dr Anna Bobrus-Chociej
 Dr Agata Magdalena Zielińska
 Dr Marta Bruczko
 Dr Edyta Brzezicka
 Dr Małgorzata Chilimoniuk
 Dr Monika Anna Chomczyk
 Dr Joanna Kiśluk
 Dr Adam Chwieśko
 Dr Elżbieta Grażyna Dobreńko
 Dr Monika Tobiaszewska
 Dr Magdalena Dziemidowicz
 Dr Małgorzata Jasiewicz
 Dr Bernadetta Gajo
 Dr Tomasz Jackowski
 Dr Włodzimierz Ratajewski
 Dr Anita Świętochowska
 Dr Leszek Marian Juszczak
 Dr Agnieszka Kuczyńska
 Dr Agnieszka Mikucka-Niczyporuk
 Dr Katarzyna Beata Kalejta
 Dr Justyna Kos
 Dr Agnieszka Kostur
 Dr Agnieszka Kulczyńska-Przybik
 Dr Jarosław Sokołowski
 Dr Elżbieta Kuroczycka-Saniutycz
 Dr Justyna Tomczak
 Dr Katarzyna Lekesiz
 Dr Elżbieta Mirosława Leszczyńska
 Dr Jerzy Łukaszewicz
 Dr Krzysztof Marek Matlak
 Dr Dorota Nelly Moroziewicz
 Dr Tomasz Musiuk
 Dr Iwona Pałyga
 Dr Małgorzata Piszcz
 Dr Magdalena Rogalska

Dr Tomasz Szulżyk
 Dr Mirosław Rybałtowski
 Dr Monika Sokół
 Dr Anna Sadowska
 Dr Marta Siergiejuk
 Dr Tomasz Skopiński
 Dr Kinga Sochoń
 Dr Marzena Tylicka
 Dr Marzena Wątek
 Dr Hanna Maria Zajączkiewicz

Wydział Farmaceutyczny

Dr Agnieszka Joanna Bajguz
 Dr Ewa Gruszevska
 Dr Jadwiga Jaworowska
 Dr Agnieszka Juchniewicz
 Dr Joanna Kamińska
 Dr Olga Martyna Koper
 Dr Elżbieta Kupraszewicz
 Dr Katarzyna Bielawska
 Dr hab. Anna Czajkowska-Kośnik
 Dr Robert Czarnomysy
 Dr Aleksander Kołodziejczyk
 Dr Joanna Konończuk
 Dr Monika Lepiarczyk

Wydział Nauk o Zdrowiu

Dr Alicja Moczydłowska
 Dr Marcin Kwiatkowski
 Dr Joanna Fiłon
 Dr Dorota Izabela Piechocka
 Dr Andrzej Guzowski
 Dr Tomasz Aleksander Iwański
 Dr Małgorzata Kardasz
 Dr Katarzyna Chrzanowska
 Dr Diana Sawicka
 Dr Adam Kurianiuk
 Dr Tomasz Koprowicz
 Dr Agata Gołębiwska
 Dr Anna Milewska
 Dr Jan Bajno
 Dr Agnieszka Lankau
 Dr Agata Panas
 Dr Bogusława Karczewska
 Dr Piotr Grzegorz Szczesiul
 Dr Karolina Domian
 Dr Tomasz Kociniak
 Dr Mirosława Demska
 Dr Iwona Nestorowicz
 Dr Jacek Kita
 Dr Jacek Dobryniwski
 Dr Zbigniew Gugnowski

60 lat szpitala wojewódzkiego w Białymstoku

Zacny jubileusz 60-lecia obchodził 6 grudnia Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Śniadeckiego w Białymstoku. To w nim swój początek miało wiele klinik działających w szpitalach uniwersyteckich.

S ame obchody 60-lecia miały dwa etapy. Pierwszy - to otwarcie Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego przy ul. Wołodyjowskiego (dawna dziecięca poradnia chirurgiczna). To bardzo ważna placówka medyczna w naszym mieście. Okazuje się bowiem, że w stolicy regionu brakuje miejsca dla osób przewlekle chorych. Co prawda szpitalowi przed rokiem udało się stworzyć oddział na ok. 40 łóżek, jednak to o wiele za mało. W nowym miejscu znajdą się łóżka dla 74 osób (potrzebujących jest trzy razy tyle). W większości będą to sale dwuosobowe. Jest tam też kilka pomieszczeń jedno- i trzyłóżkowych. Udało się też stworzyć cztery stanowiska dla osób wentylowanych mechanicznie.

Za remont budynku zapłacił zarząd województwa (ok. 5 mln zł), wyposażenie to dary od Stowarzyszenia „Rubież”. Dosłownie wszystko: od drobnego sprzętu, takiego jak chodziki, szafki czy pościel, po te bardzo ważne, jak specjalne łóżka i materace. Sprzęt pochodzi z Niemiec od tamtejszych organizacji charytatywnych, z którymi współpracuje „Rubież”. Są to urządzenia używane, ale w świetnym stanie.

Oficjalna część uroczystości 60-lecia odbyła się w Operze Podlaskiej.



fort. Wojciech Węgiel

Wicewojewoda Wojciech Dzieżgowski i wiceminister zdrowia Cezary Żemek przecinają symboliczną wstęgę w otwieranym zakładzie opiekuńczym

Były przemówienia i odznaczenia dla najbardziej zasłużonych, a także wspominki, jak to było z powołaniem do życia szpitala. To właśnie ze szpitala wojewódzkiego wywodzi się większość klinik funkcjonujących obecnie w obu szpitalach uniwersyteckich. Spotkanie w operze podsumowało wystąpienie dyrektor Łapińskiej, która opowiedziała o tym, co czeka szpital w najbliższym czasie. A ten w ciągu czterech najbliższych lat przejdzie całkowitą metamorfozę. Zabudowane zostanie wejście główne do szpitala. Nie będzie już wnęki, tylko kilkupiętrowa nad-

budowa. Zburzone będą budynki administracji i rotundy, a w ich miejsce powstaną zupełnie nowe obiekty. Na dachu jednego z nich powstanie łącznik dla śmigłowców.

O jubileacie - z okazji święta - warto by mówić tylko dobrze. Niemniej szpital miał ostatnio problemy, które będą rzutować na to, co się z nim stanie w kolejnych latach. Chodzi o olbrzymi dług - ok. 100 mln zł. Co prawda placówka od dwóch lat już się nie zadłuża, ale też poziom zobowiązań nie spada.

bdc

Wyróżnienie dla prof. Konarzewskiego

P rof. Marek Konarzewski, w ostatnich latach pracujący w randze ministra w Ambasadzie RP w Waszyngtonie został w grudniu doktorem honoris causa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Tytuł został przyznany profesorowi za - jak uzasadniono - „wybitne osiągnięcia w zakresie ekologii ewolucyjnej i dyplomacji naukowo-technologicznej jako nowego paradygmatu polityki międzynarodowej, gdzie istotą współpracy stają się wartości, a nie wyłącznie interesy”.

Poznańska uczelnia doceniła również jego działania na rzecz dyplomacji naukowej. Przez ostatnie cztery lata



prof. Konarzewski był radcą w randze ministra, kierownikiem Wydziału Dyplomacji Publicznej, Nauki, Edukacji i Technologii w Ambasadzie RP w Waszyngtonie. Dzięki jego zaangażowaniu

udało się w ostatnich latach utrzymać amerykańską akredytację polskich uczelni medycznych. Prof. Konarzewski wspierał również powstanie w USA stowarzyszeń absolwentów polskich uczelni, w tym przede wszystkim absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uczestniczył we wszystkich trzech zjazdach absolwentów, jakie odbyły się do tej pory: w Waszyngtonie, Chicago i ostatnim w Nowym Jorku.

Od 1985 roku związany jest z Filią Uniwersytetu Warszawskiego w Białymstoku.

pap, kama

Trzy granty badawcze z NCN

Trzy projekty badawcze naukowców UMB, warte ponad milion złotych, sfinansuje Narodowe Centrum Nauki.

Największą kwotę na badania udało się uzyskać prof. Krystynie Pawlak wraz z zespołem - 720 tys. zł. Projekt został zgłoszony w konkursie OPUS (panel NZ7, zdrowie publiczne). Jego temat: „Hamowanie aktywności hydroksylazy tryptofanu typu I - nowa koncepcja leczenia zaburzeń metabolizmu kostnego w przewlekłej niewydolności nerek”. Wśród 135 zgłoszeń oceniono go na czwartym miejscu. Badania będą realizowane w ramach współpracy trzech jednostek naszej uczelni: Zakładu Farmakoterapii Monitorowanej, Farmakodynamiki oraz Toksykologii.

Zaburzenia mineralne i kostne u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN), określane jako CKD-MBD; powodują osteoporozę, mogą prowadzić do samoistnych złamań kości, istotnie pogorszą jakości życia. Mogą też być przyczyną kalectwa. Pojawiają się one już we wczesnych etapach PChN i ulegają nasileniu wraz z progresją choroby. Dlatego tak ważne jest poszukiwanie nowych mechanizmów tego schorzenia, jak i innowacyjnych metod jego leczenia. Serotonina, która powstaje w OUN, w pośredni sposób zwiększa produkcję masy kostnej, natomiast syntetyzowana na „obwodzie” jest inhibitorem formowania kości. To fascynujące odkrycie stało się podstawą hipotezy, że blokowanie aktywności hydroksylazy tryptofanu typu I (TPH1) - enzymu odpowiedzialnego za syntezę tej aminy w przewodzie pokarmowym - spowoduje zwiększenie proliferacji osteoblastów, przyczyniając się tym samym do przyrostu masy kostnej u pacjentów z CKD-MBD. Jeśli powyższa hipoteza potwierdzi się w modelu eksperymentalnej niewydolności nerek u szczurów, inhibitory TPH1 mają szansę stać się nową grupą leków o działaniu anabolicznym i mogą być wykorzystywane w leczeniu osteoporozy w przebiegu CKD-MBD. Prezentowany projekt umożliwi znalezienie powiązania pomiędzy światem biologii molekularnej, a medycyną kliniczną. Wybór tej jednostki podyktowany został jej zna-

eniem epidemiologicznym (jeden z ważnych czynników ryzyka chorobowości pacjentów z PChN), niejasną etiopatogenezą (wieloczynnikowość) oraz problemami z doborem właściwej farmakoterapii.

Kolejny projekt zyskał laur w ramach programu PRELUDIUM. To specjalny program adresowany do osób, które rozpoczynają karierę naukową i nie posiadają stopnia naukowego doktora. Pracownikom Zakładu Farmakodynamiki udało się w tym programie uzyskać dwa granty na łączną kwotę niemal 300 tys. złotych. Niewątpliwie ogromnym sukcesem jest fakt, że projekt zatytułowany „Prozakrzepowe właściwości kwasu chinolinowego w doświadczalnej zakrzepicy tętniczej” autorstwa mgr Agnieszki Leszczyńskiej zdobył pierwsze miejsce wśród wszystkich zgłoszonych wniosków w panelu tematycznym NZ4 (biologia na poziomie tkanek, narządów, organizmów). Promotorem jest prof. Dariusz Pawlak.

Zespół od kilkunastu lat zajmuje się badaniami nad udziałem produktów degradacji kinureny w powstawaniu i rozwoju schorzeń układu krążenia. Kwas chinolinowy (QA) jest jednym z końcowych produktów przemian tryptofanu w szlaku kinureninowym. Agresywna natura tego związku skutkuje licznymi działaniami, które mogą przyczynić się do indukowania oraz progresji miażdżycy, wykazuje on działanie prozapalne, prooksydacyjne, powoduje dysfunkcję śródbłonna. Obecny projekt stanowi przykład nowoczesnego podejścia do problemu patofizjologii zmian zakrzepowo-zatorowych, udziału „nieklasycznych” czynników modulujących hemostazę - QA. Niewątpliwie, uzyskane wyniki mogą wyjaśnić, w jaki sposób jeden z najbardziej aktywnych metabolitów kinureny - QA wpływa na zjawisko powstawania i progresję zakrzepu w zaawansowanych technologicznie modelach doświadczalnych. Niewątpliwie, zaproponowane do realizacji badania mają charakter nowatorski, stwarzają bowiem szansę odkrycia nieznanych dotychczas właściwości

QA, a tym samym dają podstawy do postawienia nowych hipotez odnośnie roli QA w patofizjologii chorób układu krążenia, w tym chorób o etiologii zakrzepowo-zatorowej.

Drugim projektem, który zyskał finansowanie w programie PRELUDIUM (panelu NZ5, choroby niezakaźne ludzi i zwierząt), jest projekt zatytułowany „Podwójne oblicze erytropoetyny - poszukiwanie nowych mechanizmów jej działania w doświadczalnym modelu ludzkiego raka jelita grubego”. Jest on kontynuacją prac rozpoczętych przez dr Annę Tankiewicz-Kwedlo. Kierownikiem jest mgr Dariusz Rożkiewicz, natomiast promotorem prof. Dariusz Pawlak.

Erytropoetyna (Epo) jest lekiem uzupełniającym klasyczną chemioterapię stosowaną u chorych na nowotwory z towarzyszącą niedokrwistością. Istnieją jednak kontrowersyjne dane dotyczące jej aktywności biologicznej, szczególnie w aspekcie możliwego wpływu na komórki nowotworowe. Epo jest czynnikiem wzrostowym, zatem oprócz zamierzonych efektów ze strony układu krwiotwórczego istnieje niebezpieczeństwo, że może także promować proces nowotworowy. Poznanie złożonej natury Epo, a przede wszystkim słabo poznanego receptora β CR oraz zbadanie molekularnych zmian zachodzących w komórkach raka jelita grubego pod wpływem terapii Epo mogą przyczynić się do wyjaśnienia rozbieżności związanych z działaniem tego leku. Być może selektywne blokowanie tego receptora przyniesie w przyszłości większe korzyści związane nie tylko z samym nowotworem, ale także z zachowaniem hematopoetycznych właściwości erytropoetyny. Nie można wykluczyć, że receptor β CR stanie się punktem uchwytu nowych leków cytostatycznych. Projekt stwarza realną szansę na znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy suplementacja Epo niesie ze sobą większe korzyści, czy wręcz przeciwnie, większe zagrożenie.

Prof. Dariusz Pawlak

Cukrzyca? Czasem o niej zapominam

Mistrz olimpijski i czterokrotny mistrz świata w wioślarstwie Michał Jeliński spotkał się z dziećmi chorymi na cukrzycę, które leczą się w Klinice Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii w szpitalu dziecięcym w Białymstoku. To wyjątkowy gość, bo też jest diabetykiem.

W jego przypadku to cukrzyca typu 1. Jednak dolegliwość została oswojona na tyle, że nie przeszkodziła mu w odnośeniu największych sportowych sukcesów. Zachorował dziesięć lat temu, kiedy o medalach tylko marzył. Choć cukrzyca w pewien sposób upośledza organizm i zmniejsza wydolność, to w jego przypadku była jednym z elementów motywacyjnych podczas treningów.

- Myślę sobie, że gdyby nie to, może aż tak bardzo by mi się nie chciało. Bo ja zawsze pragnąłem pokazać, że mimo tej dolegliwości jestem lepszy od zdrowych kolegów - opowiadał dzieciom.

Zapewnia, że żyje normalnie. Czasami nawet zapomina, że ma cukrzycę. Choroba w uprawianiu sportu w niczym mu nie przeszkadza. Ważna jest jednak świadomość i samokontrola.

- Miałem szczęście trafić na dobrych lekarzy w Poznaniu, którzy nauczyli mnie, jak sobie z nią radzić, ale też jakie są przede mną zagrożenia (ryzykiem jest np. dublowanie działania insuliny podczas wzmożonego wysiłku fizycznego - red.).

Cukier mierzy 6-8 razy dziennie. Choć w dniu finału olimpijskiego - jak wspomina - już do południa mierzył go kilkanaście razy. Choć wiedział, jak tego dnia zachowuje się jego organizm. Chciał mieć też absolutną pewność, że cukier będzie na bezpiecznym poziomie. Złoto z Pekinu Michał Jeliński zdobywał jeszcze na penach. Na pompę insulinową przeszedł kilka miesięcy później. Uważa, że zrobił to trochę za późno, bo pompa jest wygodniejsza w codziennym życiu. Jednak na początku przeżył rozczarowanie. - Okazało się, że to dość głupie urządzenie. Myślałem, że wszystko zrobi za mnie, a nie robiło - żartował na spotkaniu z dziećmi.

Wśród małych pacjentów, których odwiedził mistrz, było też wielu mi-



fort. Wojciech Więcko

Mistrz olimpijski i świata Michał Jeliński opowiadał o swoich zmaganiach ze sportem i chorobą

łośników sportu. Jednemu z nich, jak opowiadał, z powodu cukrzycy, lekarz zabronił ćwiczeń.

- Zmień lekarza. Poszukaj innego specjalisty. Takiego, który się zna - bez namysłu zasugerował wioślarz.

Okazało się, że to częsty problem wśród młodych zawodników. Cukrzyca nie wyklucza z uprawiania sportu. Jeliński nie jest wyjątkiem. Jest wielu takich, którzy mimo choroby zdobyli najwyższe laury. Nawet Polski Komitet Olimpijski ma uruchomić wkrótce

program wspierający młodych sportowców z cukrzycą typu 1.

Sportowcy-diabetycy powinni, zwłaszcza na początku kariery, bardziej obserwować swój organizm. Jak zmienia się poziom cukru w zależności od rodzaju wysiłku czy jego długości. To pozwoli nabrać niezbędnego doświadczenia i - tak jak w przypadku Michała Jelińskiego - oswoić chorobę, a nawet chwilami o niej zapominać.

Wojciech Więcko

Dla „Medyka”



PROF. ARTUR BOSSOWSKI, KIEROWNIK KLINIKI PEDIATRII, ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII Z PODODDZIAŁEM KARDIOLOGII UDSK:

- Nie można skreślać osób chorych na cukrzycę. Z tym schorzeniem można całkiem normalnie żyć. Mieć rodzinę, czy prowadzić aktywne życie sportowe. Mało tego, osoby z tą dolegliwością są często bardziej zmotywowane i zdeterminowane niż zdrowe. Dla mnie, jako lekarza, wyzwaniem jest stworzenie takim pacjentom w miarę normalnych warunków do życia, czy do realizacji ich pasji. Sport pomaga insulinowrażliwości. Pomaga pokonywać chorobę w sposób naturalny.

Jednocześnie trzeba ciągle edukować ludzi, ale też niektóre gremia medyczne, że cukrzyca nie dyskwalifikuje. Warto pamiętać, że jeśli napotka się na opór jednego specjalisty, to trzeba poszukać innego. Takiego, który jest bardziej świadomy zdarzeń, które mogą nastąpić w przypadku cukrzycy. Znajdziemy ich przy dużych ośrodkach sportowych.

Zresztą tu nie chodzi tylko o diabetyków, ale w ogóle o osoby przewlekle chore. Choćby niedobory wzrostu. Świetnym przykładem, że z takim zaburzeniem można być wybitnym sportowcem jest piłkarz Lionel Messi. Dlatego tak ważna jest edukacja. Nie bójmy się pytać i szukać informacji.

Not. bdc

Praskie duchy w Pałacu Branickich

Białostocki pałac Branickich do tej pory wolny był od jawnych działań pozaziemskiej mocy. Wobec owego wakat atrakcyjną rezydencję nawiedziły duchy z czeskiej, starej Pragi.

W jeden z sobotnich grudniowych wieczorów (7 grudnia) w zażytkowych przestrzeniach Muzeum Historii Medycyny i Farmacji odbył się unikalny pokaz „Legend Starej Pragi”. Pokaz zrealizowano w ramach odbywającego się w Białymstoku Festiwalu Filmów Krótkometrażowych „Żubroffka”. Głównym organizatorem przedsięwzięcia był Białostocki Ośrodek Kultury. „Legendy starej Pragi” to niezależny projekt czeskich filmowców: Mirka Veselý (producent i operator), Ondřeja Žatečka (reżyser) i Marka Berger (główny animator), rezultat ich miłości do kina i fascynacji miejskimi baśniami i legendami. Kilka z takich zasłyszanych opowieści postanowili sfilmować - w efekcie powstał cykl ośmiu krótkich animacji, które w nietradycyjny sposób przedstawiają dawną Pragę. Wśród nich znajdziemy zarówno legendę o Hrabiance z Pałacu Czernińskiego, Niewiniątkach z cmentarza żydowskiego, Niewiniątku z Mostu Karola czy Fauście. W filmach w ciekawy sposób połączono techniki animacji klasycznej i sylwetkowej, przy wykorzystaniu realnych elementów



fot. Muzeum Historii Medycyny i Farmacji

Kino w uczelnianym muzeum? A dlaczego nie!

(fotografie, tekstury książek służące jako tło). Wiosną tego roku, jedna z animacji - „O Staromiejskim orloju” - zdobyła I nagrodę w kategorii krótki animowany film na słowackim festiwalu Tell it Quick. Wart podkreślenia jest fakt, że cały projekt został zrealizowany z własnych środków twórców oraz pieniędzy darczyńców. Pod koniec listopada odbyła się w Pradze premiera „Legend starej Pragi” na DVD, z pierwszą serią liczącą osiem odcinków. Premiera polska miała miejsce w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB. Polską wersję językową zrealizował Białostocki Ośrodek Kultury zaś nar-

ratorem animacji jest znany i ceniony aktor Białostockiego Teatru Lalek - Ryszard Doliński.

Pokaz w białostockim pałacu Branickich zgromadził liczną publiczność. Towarzyszyły mu scenografie przybliżające każdą z ośmiu przedstawionych czeskich legend z odniesieniem do białostockich historii. Najbardziej zaskakujący okazał się gabinet Golema, w którym główny bohater co pewien czas „ożywał” i łamał niewieście serca... W rolę legendarnego Golema wcielił się jeden z naszych uniwersyteckich asystentów.

Magdalena Grassmann

Jubileusz prof. Dobrońskiego

Trudno go opisać jednym słowem: człowiek orkiestra, pasjonat, dla wielu osób mistrz. Na dodatek ciepły, niezwykle przyjaźnie nastawiony do ludzi i świata. Tak o prof. Adamie Dobrońskim podczas świętowania 70-lecia jego urodzin mówili jego przyjaciele.

Uroczystość profesorowi zorganizował Uniwersytet w Białymstoku, jego macierzysta uczelnia, w której pracuje od 1972 roku. 12 grudnia na wydział historyczno-socjologiczny przybyło wielu gości. Wojewoda Ma-



kiej Żywno odznaczył prof. Dobrońskiego odznaką „Zasłużony dla kultu-

ry polskiej”. Potem o profesorze – i to w samych superlatywach - mówili jego przyjaciele.

Prof. Dobroński, choć urodził się w Ostrowii Mazowieckiej, to od ponad 40 lat mieszka w Białymstoku. I, jak podkreślano, jest już białostoczaninem z wyboru i dokonań. On to bowiem stworzył pierwszą powojenną monografię miasta. Jest autorem także wielu innych książek. Ostatnia – Miasta Województwa Podlaskiego.

km

Naukowcu, zapomnij o etacie

*Program TOP 500 to jeden z najbardziej prestiżowych projektów realizowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jego celem jest przeszkolenie w najlepszych amerykańskich uniwersytetach 500 osób z Polski, które potem będą zmieniały naszą naukę.
Z takiego stażu wrócił właśnie dr Andrzej Małkowski.*

Doktor Małkowski jest trzecią osobą z naszej uczelni, która uczestniczyła w TOP 500. Znalazł się na Uniwersytecie Berkeley (Kalifornia, USA). Razem z nim do programu zakwalifikowała się dr Anna Moniuszko-Malinowska z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji.

WOJCIECH WIĘCKO: Jaki jest Uniwersytet w Berkeley w porównaniu z naszym uniwersytetem?

ANDRZEJ MAŁKOWSKI, BIURO DS. OCHRONY WŁASNOŚCI INTELEKTUALNEJ I TRANSFERU TECHNOLOGII UMB:
- Bogatszy. I nie tylko o pieniądze tu chodzi, ale przede wszystkim o doświadczenia. Ludzie są tam też bardziej otwarci. Tam nie myśli się o nauce w sposób zamknięty. Wszędzie, gdzie się da, szuka się możliwości rozwoju. Także jeśli chodzi o sposoby finansowania swoich pomysłów na badania. Czy to granty państwowe, czy też fundowane przez różne organizacje, czy przemysł. Tam często naukowiec idzie do przedsiębiorcy, ale i sam przemysł bardzo często przychodzi do uniwersytetów. Są tam bardzo silne związki absolwentów ze swoim uniwersytetem.

Jak to?

- Kiedy absolwenci zakładają firmy, kiedy szukają partnerów, to swoje pierwsze kroki kierują w stronę swoich kolegów, profesorów czy uczelni. Wiedzą, kto ma jaki potencjał, do kogo mają się zgłosić i jak to wszystko działa.

Czyli po prostu liczą się znajomości?

- Wszyscy przecież mamy znajomych. Logiczne jest, że szukam wsparcia najpierw wśród tych, których znam i spodziewam się, że będą mogli mi pomóc. Tylko w Polsce jest to złe i nazywa się „znajomościami”, a w USA jest dobre i nazywa się „networking”. W USA starasz się rozbudować jak największą



Andrzej Małkowski (z prawej) w siedzibie firmy Autodesk, światowego lidera w produkcji oprogramowania do projektowania

sieć znajomych, żeby móc w razie potrzeby skutecznie działać. Bo to znajomy może polecić mnie lub kogoś, kto mi pomoże. Oczywiście tu też chodzi o moje dobre imię. Nie będę polecał kogoś, kogo nie jestem pewny, bo to ja biorę za niego odpowiedzialność i to jest moja reputacja. Oni bardzo mocny nacisk kładą właśnie na reputację.

Jeśli nie będę się starał choć wesprzeć mojego partnera, to on już więcej do mnie nie zadzwoni. Wcześniej czy później sam znajdzie kogoś do pomocy. Za to do mnie już później się nie odezwie, a ja stracę możliwość współpracy w przyszłości. Poza tym, ma to efekt w drugą stronę, bo ten ktoś jest mi niejako dłużny przysługę.

U nas znajomości są „be”, dlatego że to zostało dodatkowo wypaczone. Często promuje się niekompetentne osoby, bo są np. z rodziny. W USA chroni nas przed tym zjawiskiem „reputacja”. Jeżeli polecisz kiepską osobę, to się negatywnie odbije na tobie.

Kto odpowiada za komunikację z absolwentami? Uczelnia?

- W tym momencie to już jest tam element kultury. Przy uczelniach działają całe stowarzyszenia alumnów, w których takie osoby się wspierają, utrzymują

kontakty. Tam np. jest w zwyczajny dzielenie się osiągniętym sukcesem. Jeśli absolwent jakiegось uniwersytetu osiągnie sukces, zarobi naprawdę duże pieniądze, to on się nimi podzieli z uczelnią. Niejako odpłaca się za wiedzę, którą tam uzyskał. To są darowizny i czasami to naprawdę duże kwoty.

Jakie inne różnice między nami a Berkeley?

- Finansowo dużo nam do nich brakuje i chyba do ich nie doskoczymy. To się jednak bierze z innego podejścia do szkolnictwa wyższego. Kalifornia jako stan jest porównywalna pod względem wielkości i zaludnienia do Polski. I jest tam około 20 „państwowych” uniwersytetów. Nie z jednej dziedziny, ale wszystkich razem. To tak jakby w Polsce było tylko 20 państwowych uczelni wyższych. Dzięki temu dostają większe finansowanie. Te uniwersytety mają też często swoją specjalizację, coś, w czym są dobre. UC Berkeley jest dobry w finansach, chemii i fizyce, więc stawia na te dziedziny. Funkcjonują tam nauki z zakresu life-science, ale każdy w Kalifornii wie, że medycynę najlepiej studiować na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco. Poniważ oni się w tym specjalizują i są

uznawani za drugą uczelnię medyczną na świecie (wg listy szanghajskiej).

Widzisz taką możliwość współpracy w Białymstoku?

- Coś takiego, jak tam widziałem, marzy mi się od dawna. Moim zdaniem, dla nas jako regionu, drogą do sukcesu jest połączenie sił trzech największych naszych uczelni, czyli naszego Uniwersytetu, Politechniki i Uniwersytetu w Białymstoku. Po co każda z uczelni ma tworzyć spółkę celową do współpracy z biznesem? Stworzymy jedną dla trzech uczelni. Wtedy będziemy mieli wgląd we wszystkie dziedziny nauki w regionie i będzie można łatwiej łączyć ze sobą ludzi. Bo jak będzie projekt medyczno-techniczny, to może potrzebny będzie nie tylko lekarz i inżynier, a może jeszcze chemik się przyda. A projekt warto by też wesprzeć ekonomistą czy prawnikiem.

Chyba jeszcze nie dojrzelismy do takiego stadium?

- My wciąż mamy potrzebę silnej identyfikacji, co jest nasze, co jest moje. To jest nasz sukces, naszej jednostki, mój osobiście.

W USA też chwalą się, że to ich sukces.

- Tak, ale inaczej. Mój sukces nie umniejsza twojego. Oni nie boją się współpracować, szukać wsparcia, dzielić się wiedzą. Co w efekcie przekłada się na lepsze osiągnięcia naukowe i wynik finansowy.

U nas, jak to powiedział jeden z moich kolegów naukowców, uniwersytety ewaluje się za pomocą „ryżu”. Za pomocą wirtualnej waluty, którą sami sobie wymyślił. A to indeksów Hirscha, a to Impact Factor. W USA mają prostsze podejście - liczą się pieniądze. Tam przy twojej ocenie liczy się to, ile pieniędzy przyniosłeś do uczelni.

Czyli co?

- W USA jest inny system finansowania pracy naukowca. Nie ma etatów. Są granty. Masz dobry pomysł na badania, aplikujesz i jeśli dostajesz grant, masz pieniądze. Wtedy umawiasz się z uniwersytetem, że będziesz robił u nich badania. Nie jesteś przywiązany do jednej uczelni, możesz wybrać inną. Oni też nie muszą ciebie wybrać. I tworzysz wokół siebie i grantu całe zaplecze. Ty zatrudniasz techników, doktorantów,

specjalistów, itd. Jesteś panem, dopóki masz pieniądze z grantu. Kiedy twoje badania nie są dobre, to nie dostajesz grantu. Zespół się rozpada, ty zostajesz bez pieniędzy. Oczywiście można prowadzić równoległe kilka grantów, które są rozciągnięte w czasie. A cała reszta, publikacje i wszystkie współczynniki są tego pochodną. Jak masz ciekawe badania, to siłą rzeczy publikacje będą wartościowe. A więc masz szansę na kolejne granty. To się samo napędza.

Jak to nie ma etatów?

- Tam nie ma czegoś takiego, jak stały etat naukowca. Pieniądze są z grantu. Jak go masz, albo ktoś cię zatrudnia, to masz dochody. Jeśli nie, to nie. Wyjątkiem są osoby szczególnie zasłużone, z olbrzymim dorobkiem, które zatrudnia uniwersytet.

Co byś przeniósł z Berkeley teraz, na szybko? A co w perspektywie trzech, może dziesięciu lat?

- Na szybko, to najchętniej otwartość ludzi. Otwartość na współdziałanie. Odwagę w podejmowaniu nowych zadań, a nie zamykanie się na nowatorskie projekty, bo np. nigdy nie współpracowałem z przemysłem. W dłuższej perspektywie ta otwartość uruchomiłaby lawinę, nie tylko w świecie nauki, ale też biznesu i przemysłu. Bo zaczęlibyśmy ze sobą rozmawiać, byśmy się poznali. Wiedzielibyśmy, kto, co robi i w czym jest dobry. I to by się samo nakręcało.

A w perspektywie trzech lat chciałbym większej współpracy uczelni. Ale takiej prawdziwej, nie tylko w sferze podpisywania listów intencyjnych.

Czyli jakiej?

- Moim zdaniem gdzieś na kawie powinni się spotkać rektorzy naszych największych uczelni i powiedzieć sobie: odkładamy na bok nasze ambicje, bo razem możemy wygrać więcej. Teraz wchodzi program „Horyzont 2020”, to szansa na realizację wielkich projektów za unijne pieniądze. Może któraś z naszych uczelni indywidualnie coś wyszarpi. Jednak gdybyśmy występowali o te środki jako trio, nasze szanse byłyby dużo większe. Politechnika ma lepsze kontakty z przemysłem, bo ma taką specyfikę. I to już jest dobry początek. Oni mają informatykę, my mamy medycynę. Na świecie sektor it-med uważany jest za ten z największym

potencjałem. Tu będą do zarobienia największe pieniądze. Albo inny przykład. Zastosowanie nowoczesnych materiałów w medycynie. Powstaje mnóstwo rozwiązań, gdzie wiedza fizyków, chemików i inżynierów idzie w parze z medyczną. Zrobimy więc wspólną jednostkę, w której będą współpracować specjaliści z kilku naszych uczelni.

Jesteśmy aż tak zamknięci na współpracę?

- To nie są trudne rzeczy. Powinniśmy zacząć od spotykania ze sobą studentów i doktorantów. Im stworzyć możliwości. Ale też trzeba to zrobić z głową. Trzeba stworzyć im miejsca, tam gdzie oni najczęściej przebywają, np. gdzieś na terenie uczelnianych kampusów. Nie ma sensu robić tego poza tym obszarem, bo nikomu po prostu nie będzie się chciało tam pojechać.

Podobała mi się w Stanach Zjednoczonych jeszcze jedna rzecz. Oni na większość rzeczy do wykonania mają opracowane procedury. Takie listy czynności, które trzeba wykonać. My w Polsce kombinujemy, albo staramy się zrobić coś intuicyjnie. Tam jest jasno określone, że np. jeżeli chodzi o komercjalizację, to naukowiec ma pójść „tu” i „tu”. W pierwszym miejscu zrobią mu „to”, w kolejnym - „to”. Dzięki temu wszystko jest przewidywalne, nie ma strachu przed formalnościami. A w sytuacjach nietypowych Amerykanie są bardzo chętni do pomocy. W naszej uczelni też już stosujemy takie rozwiązania. Jedno z nich to wprowadzony niedawno regulamin komercjalizacyjny.

Powiedziałbym, że nawet całkiem niezły. A na dodatek szczydry dla naukowca.

- 70 proc. zysku z osiągnięcia naukowca trafi do jego kieszeni. To bardzo dużo, w Berkeley płaci się 30 proc. Zostało to celowo tak ustalone. Chcieliśmy zachęcić naukowców, bardziej ich zmotywować i zaangażować. Według moich ustaleń to też jedna z bardziej hojnych propozycji w Polsce.

- Dlatego ciągle trzeba powtarzać, że to nie jest złe. Biznes to jest zarabianie pieniędzy. Ale naukę i biznes można pogodzić.

Korzyść odniesie przedsiębiorca, który zarobi na naszych wynikach badań i podzieli się zyskiem. Wygrywają wszyscy.

Rozmawiał Wojciech Więcko

Nowe programy dla przedsiębiorczych

Narodowe Centrum Badań i Rozwoju ogłosiło dwa konkursy skierowane do naukowców zainteresowanych komercjalizacją wyników swoich badań naukowych

Pierwszy z konkursów TANGO - NCBiR uruchomiło wraz z Narodowym Centrum Nauki. Jego celem jest pomoc uczelniom we wprowadzaniu na rynek innowacyjnych produktów, technologii i usług oraz wzmacnianie współpracy naukowców z przedsiębiorcami.

Konkurs TANGO jako wspólne przedsięwzięcie NCN i NCBiR, ma stanowić łącznik pomiędzy programami finansowanymi przez NCN, a sponzorowanymi przez NCBiR. W jego ramach można starać się o finansowanie m.in.: tworzenia koncepcji wykorzystania gospodarczego uzyskanych wcześniej wyników prac badawczych, pozyskiwania partnerów zainteresowanych

ich wdrożeniem oraz zabezpieczenia praw do ochrony własności intelektualnej. Środki zostaną przeznaczone również na pokrycie kosztów analiz rynkowych, badań przemysłowych oraz prac rozwojowych.

Nabór wniosków potrwa do 17 marca 2014 r. Dofinansowaniu podlega zarówno faza koncepcyjna, której celem jest rozpoznanie potencjału aplikacyjnego wyników badań podstawowych oraz pozyskanie partnera przemysłowego do ich wdrożenia, jak i faza badawcza (B+R).

Drugim konkursem ogłoszonym przez NCBiR jest Patent Plus. Jego celem jest pomoc w ubieganiu się o międzynarodową ochronę patentową wyników badań naukowych i prac rozwojowych.

Program Patent Plus ma wesprzeć naukowców w zakresie zarządzania własnością intelektualną. Wsparcie

w programie może zostać udzielone na pokrycie kosztów m.in. analizy zasadności ekonomicznej objęcia wynalazku ochroną patentową, badanie stanu techniki w zakresie objętym treścią zgłoszenia wynalazku, przygotowanie strategii komercjalizacji wynalazku, czy zgłoszenia wynalazku w procedurze międzynarodowej EPC jak również w trybie PCT.

O dofinansowanie w ramach programu Patent Plus starać się mogą firmy, uczelnie, instytuty badawcze oraz instytuty naukowe PAN. Maksymalny czas realizacji projektu to 36 miesięcy. Nabór wniosków do III edycji potrwa od 13 stycznia do 12 lutego 2014 roku.

Wszyscy zainteresowani udziałem w programach mogą się skontaktować z Działem Nauki lub Uczelnianym Biurem Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii.

Dr Andrzej Małkowski

Gdzie jeszcze można aplikować?

Program Badań Stosowanych

Narodowe Centrum Badań i Rozwoju ogłosiło III Konkurs Programu Badań Stosowanych. Oferta skierowana jest do odmiotów podejmujących działania badawcze o charakterze aplikacyjnym, ukierunkowane na opracowanie oryginalnych innowacyjnych rozwiązań bazujących na wynikach badań naukowych. **Nabór wniosków skończy 31 stycznia 2014 r.**

Więcej informacji: Ewa Andruszkiewicz (email: ewa.andruszkiewicz@umb.edu.pl, tel. 857485411) lub Magdalena Bogdan (email: magdalena.bogdan@umb.edu.pl, tel: 854785655).

Lider

Narodowe Centrum Badań i Rozwoju ogłosiło IV edycję Programu Lider. Celem programu jest poszerzenie kompetencji młodych naukowców w samodzielnym planowaniu, zarządzaniu oraz kierowaniu własnym zespołem badawczym podczas realizacji projektów badawczych posiadających możliwość wdrożenia w gospodarce. Maksymalna wysokość dofinansowania

Projektu wynosi 1,2 miliona złotych.

Program adresowany jest do osób, które: nie ukończyły 35 lat, posiadają stopień doktora uzyskany nie wcześniej niż w 2007 r. lub ukończone studia II stopnia, są autorami publikacji w renomowanych czasopismach naukowych bądź posiadają patenty lub wdrożenia. Termin zgłoszeń do końca stycznia. Więcej informacji: Izabela Zysk (email: izabela.zysk@umb.edu.pl, tel. 857485411) lub www.ncbir.pl

Staże w Skandynawii i nie tylko

Uruchomiono nabór wniosków na realizację programu „Wizyty przygotowawcze” finansowanego z funduszy norweskich. Głównym założeniem programu jest nawiązanie współpracy z instytucjami z Norwegii, Islandii i Liechtensteinu. Celem wizyty może być poznanie systemu edukacji, wymiana doświadczeń, nawiązanie współpracy, prezentacja własnej instytucji czy też wypracowanie założeń do przyszłych projektów w celu ubiegania się o dofinansowanie z Funduszu Sty-

pendialnego i Szkoleniowego lub z innych programów np. Erasmus Plus czy Horyzont 2020.

Nabór wniosków trwa do 3 lutego. Więcej informacji można uzyskać w Dziale Integracji Systemu Zarządzania wraz z Zespołem ds. Projektów Pomocowych.

NCN rozdaje granty

Narodowe Centrum Nauki uruchomiło kilka programów, w których można się starać o finansowanie swoich badań. Termin składania wniosków: do 24 lutego.

- Symfonia 2 - na międzydziedzinowe projekty badawcze
- Etiuda 2 - na stypendia doktorskie
- Fuga 3 - na sfinansowanie staży krajowych po uzyskaniu stopnia naukowego doktora.

Szczegółowe informacje na stronie www.ncn.gov.pl. Ze strony uczelni wsparcia udziela Magdalena Bogdan (email: magdalena.bogdan@umb.edu.pl, tel: 857485655) lub Agnieszka Szczepura (email: agnieszka.szczepura@umb.edu.pl, tel: 857485489).

Opr.bdc

Praktyki lekarskie z widokiem na Brazylię

Nie tylko lekarze mają szansę na naukowe zdobywanie świata. Anna i Adrian Tokajuk wybrali Brazylię na miejsce swoich studenckich praktyk. Ona - tegoroczna absolwentka Wydziału Lekarskiego, on - student szóstego roku tegoż wydziału. Wrócili zachwyceni odległym krajem.

Wjazd odbył się w ramach programu IFMSA SCORE (Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny - red.), akceptowanego przez naszą uczelnię i umożliwiającego zaliczenie praktyk wakacyjnych za granicą. Rekrutacja do tego programu odbywa się na podstawie zdobytych punktów, które otrzymuje się za aktywne uczestnictwo w szeregach tej organizacji.

Na miesięczne praktyki wybraliśmy się z wielkim entuzjazmem. Wszak mieliśmy przebyć ponad dziesięć tysięcy kilometrów, aby dostać się do południowego kraju i zobaczyć prawdziwych Carioca i Capixaba. Rozpoczęliśmy od dawnej stolicy, bo kto nie był w Rio - nie był w Brazylii. Co nas zaskoczyło po przylocie? Wilgotne, atlantyckie powietrze, zimowa aura (25 st. C !), raptowny zmrok po godzinie 17 oraz zupełnie pusta Copacabana.

Student to też lekarz

Po kilku dniach w Rio wybraliśmy się do położonej nad oceanem Vitorii, w której odbywaliśmy praktyki na oddziałach ginekologii i chirurgii plastycznej. Szpital nie był duży, ani nowoczesnie urządzone, kolejki pacjentów wiły się po otwartych na świeżym powietrzu korytarzach-chodnikach. Za to lekarze i pielęgniarki, a także studenci oddawali się swojej pracy z wielkim poświęceniem, pozostając przy tym bardzo życzliwymi pacjentom. Takie zwyczajne, ludzkie podejście zwróciło naszą uwagę już na początku. W publicznym szpitalu uniwersyteckim leczą się ludzie, których nie stać na prywatną klinikę, wiele ich historii poznaliśmy.

Mieliśmy okazję zobaczyć schorzenia i zabiegi, których w Polsce praktycznie się nie wykonuje, jak np.

usuwanie keloidu, czy podwiązywanie jajowodów. Nasz udział nie polegał tylko na obserwacji, od razu przygarnięto nas do zespołów chirurgicznych, gdzie po krótkim instruktażu - pozwolono na samodzielne przeprowadzanie operacji pod bacznym okiem chirurga. Zaskoczenie szybko minęło, ponieważ okazało się, że każdy student, jeśli tylko chce, może aktywnie uczestniczyć w operacjach i bezpośredniej diagnostyce pacjenta.

Studiowanie w Brazylii

Trzeba nadmienić, że studiowanie medycyny wygląda w Brazylii inaczej niż w Polsce. W trakcie sześcioletniej nauki studenci przygotowują się do zawodu bardzo praktycznie. Mieliśmy okazję pracować ze studentami ostatniego - szóstego roku. W tym czasie wybierają oni sobie dziedzinę zainteresowań i przez pół roku uczęszczają tylko na ten oddział. Student rozpoczyna swój dzień ok. 7 rano, gdy wita pacjenta, którego już wcześniej badał i poznał, pomaga mu przygotować się do operacji i asystuje przy zabiegu lub po

prostu go wykonuje. Jest przydzielony do lekarza, z którym pracuje tego dnia. Warto podkreślić, że jest to relacja jeden student - jeden lekarz. Po zabiegu zajęcia się nie kończą. Student wypełnia dokumenty z lekarzem, wypisuje leki i zalecenia pooperacyjne, a także obserwuje przebieg pooperacyjny tego pacjenta. Innymi słowy, obserwuje go od początku do końca leczenia.

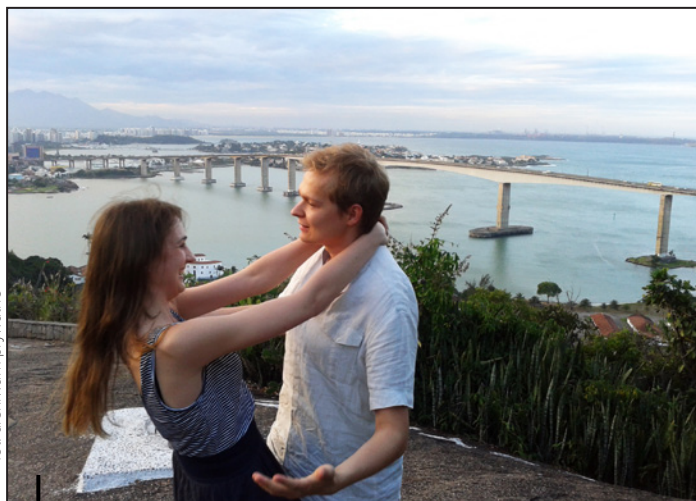
W Brazylii student przyjmuje pacjentów i wykonuje drobne zabiegi, a lekarz-nauczyciel przygląda się jego pracy, koryguje błędy, podpowiada.

Misja medyczna

Co miesiąc studenci i lekarze wyjeżdżają do innego miasta w stanie, po to, aby zbadać pacjentów w małych miejscowościach, bez realnego dostępu do specjalisty.

Wyjeżdżają zespoły dermatologiczne i chirurgiczne, aby „wylapać” nowotwory skóry. Część usunąć na miejscu (robią to głównie studenci), zaś część pacjentów skierować do szpitala.

My wybraliśmy się w jeden z weekendów do małej górskiej miejscowości



fot. archiwum prywatne

Anna i Adrian Tokajuk w Brazylii. W tle most Vitoria, drugi co do wielkości w Brazylii

Laranjeiras de Pancas, w której mieszkają Pomeranie, mniejszość z północnych Niemiec, osiedlona tam w XIX wieku. Wysokość nad poziomem morza, narażenie na promieniowanie słoneczne (są to tereny wiejskie, dominuje praca w polu) w połączeniu z jasną karnacją daje bardzo dużą liczbę zmian skórnych. Przyjazd lekarzy był ważnym wydarzeniem, długo oczekiwany, toteż ludzie ustawiali się cały dzień w kolejkach, aby zostać przyjętym. Wszystko to odbywało się w małej szkole podstawowej, w jednej z sal lekcyjnych, gdzie na prowizorycznie zaaranżowanych łózkach, z oświetleniem w postaci prostej żarówki, odbywały się różne zabiegi usuwania zmian skórnych. W Europie, czy w Polsce takie rzeczy wydają się być niemożliwe, w Brazylii to comiesięczny, standardowy wyjazd.

Nie tylko praca

A co z wolnym czasem? Otóż nie było go za dużo. Brazylijczycy starali się pokazać nam jak najwięcej swojej kultury. Tak więc *churrasco* (grillowaniu), wieczornym wyjściom, wspólnemu gotowaniu i spacerom nie było końca. Poznaliśmy nie tylko rodziny naszych gospodarzy, ale również ich znajomych. Próbowaliśmy wielu lokalnych owoców, potraw, piliśmy nasz ulubiony *caldo de cana*, czyli sok z trzciny cukrowej wyciskany na naszych oczach.

Przejeżdżanie przez plantacje kawy, bananowców, czy spacer pod wodospadem zostaną w naszej pamięci na długo.

Jaka jest Brazylia? Jednym zdaniem: pełna kontrastów, cytując naszego „Godfather”: „w Brazylii mamy wszystko”.

Skrajności są niesamowite. Ja bieżącą wodę miałem już w trzecim dniu pobytu, a od drugiego tygodnia czasem bywała nawet... ciepła.

Refleksji po powrocie było wiele. Po raz kolejny upewniliśmy się w przekonaniu, że podróże kształcą. A po lekturze „Medyka Białostockiego” warto poszukać możliwości wyjazdu. Nowością jest projekt „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku” w ramach którego można aplikować na krajową lub zagraniczną 4-tygodniową praktykę wakacyjną w wybranych ośrodkach klinicznych.



fot. archiwum prywatne

Wspólna degustacja produkowanej z trzciny cukrowej Cachaca'y



fot. archiwum prywatne

Prowizoryczna sala zabiegowa w szkolnej sali lekcyjnej. Zabieg usunięcia nowotworu skóry. Z prawej Adrian Tokajuk

Jak zorganizować wyjazd?

Rekrutację do tego programu prowadzi IFMSA. System jest prosty i przejrzysty. Choć trzeba załatwić sporo formalności, to członkowie IFMSA w wielu sprawach wręcz prowadzą za rękę kandydata do wyjazdu.

Koszty są spore i w większości leżą po stronie osoby wyjeżdżającej.

W przypadku wyjazdu do Brazylii najdroższe były bilety lotnicze. Na miejscu nocleg zapewniony był w mieszkaniach innych studentów i członków IFMSA (Anna mieszkała w apartamentowcu nad oceanem, ja - na obrzeżach favel, za to obok szpitala). Organizatorzy gwarantują też jeden posiłek dziennie.

Anna i Adrian Tokajuk

(opracował Wojciech Więcko)

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland jest organizacją zrzeszającą studentów medycyny i młodych lekarzy. Jest zrzeszeniem o celach niezarobkowych. W ramach swej działalności należy do Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny - IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations). IFMSA jest największą na świecie organizacją studencką. Poprzez 102 organizacje krajowe należą do niej studenci z 95 państw. W ramach IFMSA działa ponad 1,2 mln młodych ludzi na świecie.

Białostocki oddział IFMSA-Poland spotyka się co czwartek w sali telewizyjnej Domu Studenta nr 1 o godz. 17.30. Dodatkowe informacje można uzyskać wysyłając maila na adres: bialystok@ifmsa.pl lub stronie: www.ifmsa.pl

Czy jest ktoś z Białegostoku?

Kobiety na trawlerach nie pływały. Ale to nie znaczy, że na pokładzie nie bywały. O spotkaniach z Polkami podczas swoich rejsów w roli lekarza okrętowego pisze w kolejnym odcinku dr Jerzy Brykalski.

Kiedy wypływaliśmy w rejs, i żony, i córki pojawiały się, by pożegnać się z mężami, ojcami przed długim półrocznym okresem rozłąki. Gdy powracający z rejsu statek zawijał do portu, żony znów czekały na bliskich, rozradowane i szczęśliwe. Długo ścisnęły swoich najdroższych, gdy zeszli na ląd. Jakież to było romantyczne...

Wizyty rodaków na MT Finwal

Ale poza żonami na pokładzie naszego statku bywały też inne Polki. Bywało, że przychodziły, by spotkać się i poznać z marynarzami. Żyjąc na obczyźnie spragnione były wiedzy o kraju, czy rodzinnym mieście. Kiedyś nasz MT Finwal stał przy kei w Nowym Jorku. Do kabiny ochmistrza przysły dwie młode Polki i zapytały, czy na statku jest może ktoś z Białegostoku. Kierownik działu hotelowego odpowiedział, że owszem, jest doktor z Białegostoku. Przywitałem się z kobietami i dowiedziałem się, że w USA są od pięciu lat. Okazały się nawet przyjaciółkami mojej sympatii z czasów maturalnych, która także mieszka w USA z rodziną. Wspominaliśmy nasze miasto, opowiadałem im, co się wydarzyło od czasu ich wyjazdu, jak Białystok się zmienia. Słuchały z wielkim zaciekawieniem. Przekazały im polskie gazety i magazyny. Przy rozstaniu zaprosiły nas do siebie. Niestety do odwiedzin nie doszło, gdyż tej samej nocy wypływaliśmy w morze.

Jak żyją Polonusi

Innym razem, również w Nowym Jorku, przed naszym statkiem zatrzymało się auto. Wysiadła z niego para - jak się okazało - małżonków. Byli to młodzi Polacy, którzy prowadzili własny zakład wyrobów wędliniarskich. Weszli do ochmistrza i zaprosili dwóch oficerów do siebie, do domu. A że był to czas Świąt Bożego Narodzenia, skorzystali-



foto: S. Figlarowicz

Wyjście statku z portu i jego powrót to wielki moment oczekiwania dla bliskich marynarzy

śmy z zaproszenia. Najpierw pokazali nam swoje miejsce pracy, potem dom. Ciekawe było obserwować, jak żyją Polonusi w Ameryce. Przy pożegnaniu otrzymałem w prezencie piękną, ręcznie haftowaną poduszkę.

Pamiętam również wizytę młodej Polki z Kwidzyna, którą spotkałem w porcie Vancouver w Kanadzie. Była ona w tym mieście od trzech miesięcy na szkoleniu w fabryce papieru. Swoje doświadczenia miała potem wykorzystać w budowanym w Kwidzynie zakładzie papierniczym. Zaproszona przez kapitana statku, wypila kawę, a potem zaprosiła nas na eskapadę. Najpierw zwiedzaliśmy przepiękne miasto, potem okolice. Zapamiętałem szczególnie piękne widoki oglądane z punktu obserwacyjnego na szczycie góry - panoramę Vancouver, zatokę, a także otaczające je góry, pokryte czapami śniegu. Wycieczka trwała kilka godzin. W przerwie zatrzymaliśmy się w małej kawiarence, gdzie rozmowom o Kanadzie pachnącej żywicą nie było końca.

Innym razem z kolei będąc w Rostocku, zaprosiłem na pokład mieszkającą w tym mieście, moją rodzoną siostrę Renię. Kiedy pojawiła się na statku, została poproszona, by służyć pomocą jako tłumacz przy pracy technologów: polskie-

go i niemieckiego (oceniali jakość przedładowywanej, zmrożonej ryby). Siostra pomagała sporządzać protokół. Bardzo cieszyłem się z jej odwiedzin i z tego, że mogła nam pomóc. Wkrótce po tym, jak opuściła pokład, przeszliśmy odprawę przed wyjściem w morze. Pamiętam, że to właśnie z powodu jej wizyty, zostaliśmy poddani wyjątkowo szczegółowej kontroli niemieckich urzędników. Dodam, że oczywiście nie wykryto nic, co byłoby niezgodne z prawem.

Cały lipiec we mgle

Takich chwil, spotkań z rodakami, było jednak niewiele. Praca na trawlerach, to miesiące pływania po łowiskach. Szczególnie utkwił mi w pamięci lipiec 1975 roku - z powodu utrzymującej się przez cały miesiąc mgły. Mgła pojawiła się niespodziewanie 1 lipca. Gęsta jak mleko. Niezmiernie utrudniała nawigację. Stojąc przy burcie statku, prawie nic nie było widać, poza mgłą. Z rzadka prześwitywało niebo, kiedy mgła nieco osiadała nad oceanem, ale wtedy z kolei dokładnie zasłaniała statki. A na tym akwenie było około 200 różnych jednostek z całego świata, wszystkie blisko siebie. Każdy statek starał się znaleźć dobre miejsce do połowów.

Nawigator wpatrywał się w sondę i z obrazu na niej brał namiary na ławicę ryb. W tych trudnych warunkach meteorologicznych dwa radary pracowały non stop. W dzień i w nocy oficerowie nawigacyjni zmieniali się co chwila, gdyż mieli problemy ze wzrokiem od ciągłego wpatrywania się w ekran. A jeden błąd nawigatora, wynikający z nieuwagi czy zmęczenia mógł doprowadzić do nieszczęścia - kolizji statków. I tak się o mało włos nie stało.

Pewnego dnia, tuż po wybraniu włoka sieciowego z ryb na pokład, poszedłem wraz z oficerami na pokład trałowy. W pewnej chwili patrząc za rufę, w gęstej mgłę zauważyliśmy niewyraźny, wielki cień zbliżający się w naszą stronę. Był to statek, który przepłynął około 10 metrów od nas, w poprzek naszego kursu, ale na szczęście już za nami. Strach pomyśleć, co by się działo, gdyby doszło do uderzenia w burtę naszego statku! Potem zidentyfikowano tę jednostkę. Okazało się, że był to statek rosyjski.

Jak mogło dojść do tego, że tak blisko, tuż za nami przepłynęła inna jednostka? Dlaczego nie dostrzeżono zbliżającego się do nas statku? Dlaczego Rosjanie obrali taki kurs? Na pewno przyczyną była mgła. Ale też znużenie i zmęczenie pracą, wymagającą ciągłej zdwojonej uwagi. Długo pamiętaliśmy to zdarzenie. A nawigatorzy od tej pory byli jeszcze bardziej czujni przy obserwacji pracy radarów. 1 sierpnia mgła nagle ustąpiła, ujrzeliśmy upragnione słońce. Żegluga była w końcu bezpieczna.

Bliskie spotkanie z wielorybem

W sierpniu pływaliśmy w części zachodniej północnego Atlantyku, około 200 mil morskich od brzegów Ameryki. Przez radio zostałem wezwany do chorego będącego na innym polskim statku. Chorym był starszy mechanik, tj. główny oficer mechaników. Spuszczono szalupę, morze tego dnia było spokojne, bez fali. Jego powierzchnia wyglądała jak lustro. Popłynąłem łodzią motorową z III oficerem motorzystą i marynarzem na dziobie. Do pokonania mieliśmy około pół mili. Nagle przed dziobem naszej łodzi, w odległości około 10-11 metrów wyłoniło się coś ogromnego, czarnego. Pomyślałem:



fot. Wikipedia

Bliskie spotkanie z wielorybem może się okazać naprawdę groźne

Jakie wielkie cielsko? Był to wieloryb. Szczęście, że pojawił się z prawej strony od przodu kursu. Trochę ogarnął nas strach, bo my płynęliśmy, a wieloryb też się ruszał, prysnął też fontanną wody. Musiał nas dostrzec, bo po szybkim wynurzeniu, zanurkował, pokazał nam swoją ruchomą płetwę ogonową, jakby nią do nas machał, i czmychnął czym prędzej w otchłań. Woda w tym miejscu zawirowała i zrobiło się znów cicho. Powierzchnia morza wygładziła się i ponownie wyglądała jak lustro.

To było niecodzienne zjawisko. Udało mi się w tak bliskiej odległości zobaczyć żywego, potężnego, kilkustometrowego, ssaka. Nasza szalupa kontynuowała obrany kurs w kierunku statku, na którym był chory mechanik. Wkrótce dobiliśmy. Po trapię zwisającym przeszedłem na pokład gryfowskiego statku. Zbadałem mechanika, zaordynowałem mu leki i wróciłem na swój pokład - na MT Finwal.

Nie zawsze jest happy end

Kolejny przypadek, kiedy udzielałem pomocy innemu polskiemu marynarzowi, nie miał tak szczęśliwego finału. Byliśmy wtedy na akwenu koło portu Nowy Jork, około 30 mil od brzegu. Po zakończeniu pracy wyładunkowej, tj. po przekazaniu kartonów z rybą na łącznikowiec, zostałem poproszony na tę jednostkę, aby zbadać marynarza. Dowiedziałem się, że już od kilku dni czuje się źle. Kapitan statku powiedział mi, że za pół godziny wypływają do Europy, przez północny Atlantyk, do Niemiec, aby przekazać ładunek. Decyzja kapitana o tym, że powinie-

nem zobaczyć marynarza, była słuszną. Z wywiadu zebranego od chorego dowiedziałem się, że już od trzech dni cierpi na bóle brzucha, gorączkuje i ma wymioty. W badaniu palpacyjnym stwierdziłem niezwykłą twardość powłok brzusznych tzw. deskowatość. Chory miał ostre zapalenie otrzewnej spowodowane ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zameldowałem kapitanowi, że wymaga pilnej hospitalizacji. Wezwano natychmiast helikopter z lądu, aby szybko przetransportować chorego marynarza do szpitala i operacyjnie usunąć przyczynę dolegliwości. Amerykanie zażądali od kapitana, abym poza moją diagnozą podał cztery parametry: temperaturę ciała, ciśnienie tętnicze, tętno i częstość oddechu.

Po dwóch godzinach pojawił się helikopter. Pogoda była dobra, bezwietrzna. Śmigłowiec zniżył się na wysokość około 10 metrów nad pokładem łącznikowca, opuścił nosze na linach, po czym wciągnął je na pokład wraz z chorym. Helikopter odleciał. Dopiero po dwóch tygodniach dowiedzieliśmy się przez radio od kapitana łącznikowca, że w szpitalu w Nowym Jorku potwierdzono moją diagnozę, tj. ostre zapalenie otrzewnej z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Chory jednak nie zgodził się na operację w Ameryce. Poprosił o lot do Polski, gdzie chciał być leczony. Jego prośbę spełniono. Niestety marynarz po przylocie do kraju zmarł, gdyż z jakichś powodów operacja się opóźniła. Tak tragicznie, z winy samego marynarza, skończyła się ta historia.

Dr Jerzy Brykalski

(oprac. Katarzyna Malinowska-Olczyk)

Autonomia pacjenta: jak dalece lekarz powinien ją szanować?

Nikt obecnie raczej nie kwestionuje, że w relacjach między lekarzem a pacjentem musi obowiązywać zasada poszanowania autonomii pacjenta, czyli lekarz może wykonywać czynności medyczne tylko za zgodą pacjenta. Oczywiście dopuszcza się pewne wyjątki.

**Prof. dr hab. n. hum.
MARIA NOWACKA**

Na temat różnych aspektów autonomii pacjenta napisałam książkę „Autonomia pacjenta jako problem moralny” i odsyłam do niej tych z państwa, którzy chcieliby rozszerzyć swoją wiedzę na ten temat. Dzisiaj chcę ukazać państwu pewien bardzo szczególny rodzaj doświadczenia, jakiemu poddany może być lekarz. Chodzi o sytuacje, w których pacjent odmawia podjęcia leczenia, choć wie, że skutkiem odmowy będzie rychła śmierć. Pacjent dysponując pełną informacją o rozpoznaniu, ryzyku i możliwych do podjęcia działaniach, świadomie odmawia poddania się terapii, ponieważ w jego ocenie zgoda pozostawałaby w sprzeczności z przyjmowaną przezeń hierarchią wartości. Dla takiego pacjenta, jak dla każdego normalnie myślącego i odczuwającego człowieka, życie (w tym wypadku własne życie) jest oczywiście wartością, jednak nie jest wartością najwyższą; jeżeli któraś z wyższych wartości wchodzi w konflikt z wartością, jaką jest życie, to pacjent podejmuje decyzję, by życie poświęcić dla ratowania innej wartości. Czy lekarz ma wówczas moralne prawo (i moralną powinność) zlekceważyć autonomię pacjenta i dokonać stosownych czynności wbrew jego wyraźnej woli?

Zdrowie czy etyka?

Nie ma i zapewne być nie może jednej powszechnie akceptowanej hierarchii wartości. Istnieje natomiast powszechna zgoda co do tego, że wartości duchowe sytuują się w hierarchii ponad wartościami materialnymi. Jednak zgoda ta jest bardziej zgodą teoretyczną niż poświad-



Prof. Maria Nowacka

czaną w praktyce. W teorii wszyscy zapewne zgadzają się, że wartości witalne, takie jak zdrowie czy tężyźna fizyczna, są wartościami niższymi od wartości kulturowych czy religijnych; w praktyce jednak tylko nieliczni gotowi są poświęcić swoje życie w imię wartości wyższych. Dlatego tak duże zdziwienie może budzić sytuacja, w której człowiek chory woli umrzeć, niż poddać się działaniom, które w jego odczuciu i rozumieniu zagrażają owym wartościom wyższym. Wydaje się, że ogół takich sytuacji można podzielić na dwie grupy: pierwsza obejmuje te, w których człowiek chory odmawia poddania się czynnościom medycznym, ponieważ w ich rezultacie wprawdzie zachowa życie, ale albo jakość tego życia będzie w jego ocenie zbyt niska, albo jego trwanie - przypuszczalnie zbyt krótkie, by warto było płacić za nie cierpieniem. Druga grupa obejmuje sytuacje, w których człowiek chory sprzeciwia się określonym działaniom medycznym, ponieważ są one nie do pogodzenia z jego rozumieniem moralności lub normami religijnymi. W pierwszym wypadku pacjent wyżej niż samo życie stawia jakość życia; w drugim wypadku wyżej niż życie ocenia jakąś wartość ze sfery moralności lub religii.

Należy podkreślić, że nawet etyka tak bardzo rygorystyczna w kwestii wartości życia, jak etyka katolicka, nie formułuje bezwzględnego nakazu podtrzymywania życia. Sprzeciwiając się stanowczo wszelkim formom eutanazji, etyka katolicka dozwala zaprzestać terapii w sytuacjach, gdy wprawdzie może ona przedłużyć życie, ale jedynie na stosunkowo krótki okres i kosztem dużych cierpień. Tego rodzaju terapię określa się mianem „uporczywej terapii”, a stosowane środki jako „środki ryzykowne” czy „nadmierzalne”.

Niewątpliwie terminy „uporczywa terapia” i „środki ryzykowne” czy „nadmierzalne” są dalece nieostre. Ocena, czy dany środek jest jeszcze „zwyczajny”, czy już „nadmierzalny”, zależy od osoby oceniającej, a zatem w niektórych sytuacjach wystąpić mogą różnice zdań. Można przyjąć, że podział ten ma sens tylko z punktu widzenia lekarza - pacjent będzie oceniał nie stosowane środki, lecz poziom własnego cierpienia. Ponieważ ocena własnego cierpienia jest oceną subiektywną, a różni ludzie mają różną wytrzymałość na ból fizyczny i cierpienie psychiczne, więc może się zdarzać, że pacjent żąda przerwania działań zwiększających jego

cierpienie, lekarz zaś jest przekonany, że stosowane przezeń środki nie są jeszcze tymi „nadzwyczajnymi”. Oczywiście decyzja należy ostatecznie do pacjenta i w tym kontekście widać wyraźnie, że moralne przyzwolenie na odstawienie środków nadzwyczajnych wprowadzić może w jakiejś mierze zmniejszyć lub usunąć wątpliwości sumienia lekarza, jednak możliwości ich wystąpienia nie likwiduje całkowicie.

Rozważane rozróżnienie środków medycznych jest krytykowane za swą nieostrość, jak też przede wszystkim za to, że nie daje jakiegokolwiek wskazówki w sprawie podejmowania decyzji o leczeniu albo nieleczeniu. Niektórzy argumentują, że to rozróżnienie jest moralnie nieistotne i powinno być zastąpione koncepcją leczenia obowiązkowego i nieobowiązkowego, opartego na bilansie złych i dobrych następstw terapii. Uważam, że jest to stanowisko słuszne, jednak powinniśmy mieć na uwadze, że to rozróżnienie wprowadzone zostało głównie ze względu na konieczność podejmowania decyzji przez lekarzy w stosunku do pacjentów, którzy są niezdolni świadomie podejmować decyzje o sobie. I właśnie w tym kontekście dostrzec można pewną niepokojącą kwestię. Otóż niezależnie od wszelkich deklaracji w kwestii poszanowania godności osoby ludzkiej i przestrzegania zasady autonomii pacjenta, na plan pierwszy wybija się brutalne stwierdzenie, że nie każdego opłaca się leczyć. Nawet jeśli uznamy, że można tak rozumować w odniesieniu do pacjenta w stanie trwale wegetatywnym, to przecież pojawia się poważna wątpliwość, czy lekarz z utrwalonym nawykiem kalkulowania kosztów leczenia będzie zdolny do przyjmowania wobec każdego pacjenta takiej samej postawy empatycznej. Można się obawiać, że im silniejszy będzie ów nawyk uwzględniania kosztów, tym słabsza będzie reakcja na decyzję pacjenta rezygnującego z dalszej terapii, tzn. akceptacja tej decyzji będzie faktycznie motywowana nie ze względu na autonomię pacjenta, lecz ze względu na koszty leczenia.

Pacjent decyduje

Obawa taka pojawia się też w sytuacji, gdy pacjent odmawia poddania się dalszej terapii z przyczyn natury moralnej. W tym wypadku lekarz, którego my-

WE WRZEŚNIU 2012 R. W BIAŁYMSTOKU ŚWIADK JEHOWY ULEGŁ WYPADKOWI MOTOCYKLOWEMU. STRACIŁ DUŻO KRWI, ALE NIE ZGODZIŁ SIĘ, BY PODCZAS OPERACJI DOKONAĆ TRANSFUZJI. PODPISAŁ STOSOWNE OŚWIADCZENIE. ZMARŁ KILKA GODZIN PO WYPADKU.



ślenie zdominowane jest przez względy kalkulacji ekonomicznej, również może nie być zdolny do podjęcia z pacjentem dialogu, do empatycznego przekazania mu swego punktu widzenia tak, aby skłonić przynajmniej pacjenta do przemyślenia raz jeszcze decyzji. Niemniej jednak tutaj obawa taka jest nieporównanie mniejsza, ponieważ odmowa pacjenta motywowana względami moralnymi zazwyczaj jest stała i trwała. Jeśli argumenty moralne pacjenta różnią się od argumentacji moralnej lekarza, sama możliwość perswazji jest niewielka i lekarz musi zaakceptować decyzję pacjenta. Wątpliwości i rozterki moralne lekarza pozostają wewnątrz jego sumienia i nie mogą stać się wyznacznikiem działań medycznych sprzeciwiających się woli pacjenta.

Zwróć państwa uwagę na wymowny przykład takiej postawy moralnej pacjenta. Pewna włoska lekarka, Gianna Beretta-Molla, urodzona w 1922 roku w bardzo religijnej rodzinie, sama od dziecka była głęboko religijna. Mając 39 lat i będąc matką trojga dzieci, oczekiwała czwartego dziecka. Badania wykonane w drugim miesiącu ciąży wykazały obecność złośliwego nowotworu macicy. Chirurgiczne usunięcie samego guza byłoby nieefektywne. Pozostawało więc usunięcie całej macicy, co byłoby równoznaczne z usunięciem płodu. Gianna, jako lekarka, miała świadomość, że jej szanse na przeżycie bez dokonania zabiegu są praktycznie żadne. Jednak odmówiła. Dokonano wycięcia samego guza, ryzykując, że szwy pooperacyjne mogą zostać rozerwane w trakcie rozwoju ciąży, co stanowiłoby śmiertelne zagrożenie dla kobiety i płodu. Ostatecznie ciąża, mimo że przebiegała z dużymi komplikacjami, została donoszona: 21 kwietnia 1962 roku Gianna urodziła córeczkę. Kobieta zmarła tydzień później. Papież Jan Paweł II dokonał jej beatyfikacji w 1994 roku, a w 2004 roku ogłosił ją świętą.

Gianna Beretta-Molla podejmując

swoją decyzję, nie dokonywała żadnej kalkulacji. Była świadoma, jaką tragedią dla rodziny będzie jej śmierć, jednak jedynym wyznacznikiem jej postępowania była zasada świętości życia. Zgodnie z własną postawą uznawała, że nie ma i być nie może żadnych okoliczności usprawiedliwiających unicestwienie poczętego życia. Dlatego jej decyzji nie można interpretować jako akceptacji tezy, że życie nienarodzonego dziecka ma większą wartość niż życie matki. Z jej punktu widzenia było to spełnienie obowiązku nałożonego przez Boga, a jedyne usprawiedliwienie i zarazem pocieszenie znajdować mogła w podporządkowaniu się woli Boga.

Lekarz może uznać, że tego rodzaju postawa jest postawą nieludzką, i zapewne spora część, jeśli nie większość, ludzi skłonna jest też tak sądzić. Zresztą lekarze przekonywali Giannę, by poddała się operacji. Niemniej jednak lekarz musi zaakceptować tego rodzaju postawę pacjentki, ponieważ nie sposób znaleźć żadnych racji, które usprawiedliwiłyby przymusowe dokonanie zabiegu. Przymus tym bardziej byłby nie do przyjęcia, że (jak w przypadku wszystkich poważnych zabiegów medycznych) przeprowadzenie operacji nie dawałoby pewności, lecz jedynie szansę uratowania życia. Chcąc zmienić decyzję pacjentki, lekarz musiałby zmienić jej postawę religijną, zmodyfikować odpowiednio jej własne rozumienie i przeżywanie wiary. Można sobie wyobrazić tego rodzaju działanie w ramach bardzo osobistych kontaktów rodzinnych czy przyjacielskich, jednak lekarz jako lekarz nie jest ani upoważniony, ani kompetentny do podejmowania takich działań.

Religia a leczenie

Kierowanie się względami religijnymi nie zawsze zasadza się na ocenie danego czynu jako sprzecznego z powszechnie akceptowanymi normami moralnymi. Zdarza się, że dana religia uznaje pew-

ne działania czy zachowania nie tyle jako niemoralne, co jako bezzasadne, niewłaściwe czy nieskuteczne z tej racji, że na gruncie tej właśnie religii istnieje jedynie właściwa i skuteczna zasada postępowania. Przykładem ruchu religijnego, który w sposób skrajny i bezwyjątkowo neguje potrzebę i zasadność działań medycznych, jest wspólnota Christian Science. Skupia ona osoby głęboko przekonane, że w stanie choroby należy polegać na Bogu, a nie na lekarstwach. Obecnie wspólnota działa na całym świecie, także w Polsce, gdzie występuje pod oficjalną nazwą Stowarzyszenie Chrześcijańskiej Nauki. Jej członkowie prowadzą bardzo intensywną działalność wydawniczą, dokumentując świadectwa uzdrowień dokonanych wyłącznie dzięki modlitwie i podając kontakty z osobami, które poświęciły się całkowicie uzdrawianiu poprzez modlitwę.

Sir Richard Bayliss, angielski lekarz-endokrynolog, opisał historię Amerykanki, wyznawczyni Christian Science, poważnie chorej na nadczynność tarczycy. Choroba ta polega na nadmiernym wytwarzaniu hormonów tarczycy, co powoduje przyspieszenie wszystkich procesów metabolicznych komórek. Charakteryzuje się przede wszystkim spadkiem masy ciała, utratą łaknienia, przyspieszonym tętnem, kołataniem serca, złą tolerancją ciepła, wzmożonym napięciem nerwowym. Leczenie polega na podawaniu leków, które zmniejszają aktywność tarczycy, a w niektórych przypadkach konieczne jest chirurgiczne usunięcie części lub całości gruczołu. Kobieta miała 45 lat, a chorobę wykryto u niej dwa lata wcześniej. Ponieważ była wyznawczynią Christian Science, więc nie poddała się żadnym działaniom medycznym. Po sześciu miesiącach, gdy stan jej zdrowia stał się poważny, mąż, który do wspólnoty nie należał, zdołał ją przekonać, by udała się do lekarza. Zaczęła przyjmować stosowne leki i po trzech miesiącach nastąpiła wyraźna poprawa. Jednak pod wpływem wyrzutów sumienia odstawiła leki i postanowiła udać się do Anglii, gdzie w szpitalu Christian Science otrzymać miała opiekę właściwą dla wyznawców wspólnoty. Po trzech miesiącach jej stan znów się krytycznie pogorszył. Mąż przewiózł ją do zwyczajnego szpitala. Lekarze stwierdzili poważną niewydolność i powięk-

sznienie serca, obrzęk, puchlinę brzuszna i obustronny wysięk płucny. Lekarz prowadzący chorobę powiedział na osobności jej mężowi, że następny tydzień prawdopodobnie będzie okresem krytycznym: jeżeli przez następne kilka dni jej stan będzie się polepszał, to przy właściwym postępowaniu medycznym całkowicie odzyska zdrowie. Lekarz położył nacisk na słowo „właściwym”, dodając, że w tej sytuacji pacjentka nie może pozwolić sobie na bycie wyznawczynią Christian Science.

Lekarz w drodze do domu rozmyślał nad tym, że wiara może być przyczyną zagrożenia zdrowia osoby wierzącej. Przecież niewydolność serca z powodu nieleczzonej nadczynności tarczycy to choroba, która należy już do historii. Teraz to się już nigdy nie zdarza, chyba że z winy samego pacjenta. W nocy lekarza obudził telefon - proszono, aby natychmiast przyjechał do szpitala, gdyż stan pacjentki pogorszył się w stopniu krytycznym. Gdy przybył, kobieta właśnie zmarła. Wracając do domu, lekarz miał w głowie tylko jedną myśl - że to przecież nie powinno się zdarzyć.

Prawo do decyzji

Gdybyśmy chcieli dokonać oceny moralnej opisanego przypadku z punktu widzenia obowiązku ścisłego przestrzegania norm wyznawanej przez nas etyki, to moglibyśmy dywagować, czy pacjentka kierowała się poczuciem moralnego obowiązku uświadomionego jej przez wyznawany system religijny, czy raczej kierowała się empirycznym (w jej przeświadczeniu) ustaleniem, że w sytuacji choroby modlitwa jest środkiem jedynie skutecznym. Jeśli nawet jednak uznamy, że decyzję pacjentki interpre-

tować należy w kategoriach obowiązku, to musimy uznać, że była to powinność narzucona czy przyjęta z zewnątrz, a tym samym decyzja pacjentki nie była decyzją całkowicie autonomiczną. Oczywiście inaczej przedstawiać się będzie ocena dokonana z punktu widzenia konsekwencji przyjętej postawy - w tym wypadku ocena moralna zależeć będzie od odpowiedzi na pytanie, czy pacjentka podjęła decyzję «lepszą». Pod jakim jednak względem oceniać mamy, czy decyzja była «lepszą», czy «gorszą»? Ktoś, kto nie należy do wspólnoty Christian Science, niewątpliwie uzna, że kobieta podjęła decyzję «gorszą» ze względu na swe zdrowie i życie i z uwagi na swą rodzinę; ale ktoś, kto należy do wspólnoty, z pewnością uzna, że podjęła decyzję «lepszą» z uwagi na poddanie się woli Boga i ze względu na życie wieczne.

Wielu bioetyków, komentując opisaną historię, stanowczo stwierdza, że niezależnie od naszych ocen, a więc także wtedy, gdy uważamy, że ta kobieta powinna poddać się leczeniu, przyznać musimy, iż miała prawo postąpić tak, jak postąpiła. A miała takie prawo, ponieważ była osobą autonomiczną. Chodzi o to, że wyłącznie jednostka ma prawo dokonywać (z własnego, subiektywnego punktu widzenia) oceny moralnej przewidywanych konsekwencji planowanego czynu, a tym samym przypisywać własną wagę poszczególnym konsekwencjom swych czynów. Przy takim rozumieniu moralności jej podstawą staje się wolność jednostki, co w kontekście działań medycznych rozumiane jest jako autonomiczność jednostki.

Druka część wykładu w kolejnym wydaniu „Medyka” (śródytuły pochodzą od redakcji)



Prof. dr hab. n. hum. Maria Nowacka jest kierownikiem Katedry Bioetyki i Antropologii Filozoficznej na Uniwersytecie w Białymstoku. Zajmuje się zagadnieniami z zakresu etyki, bioetyki, etyki medycznej i zdrowia publicznego, jest specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego. Autorka szeregu artykułów naukowych z tego zakresu oraz książek: „Filozoficzne aspekty terapii transplantacyjnej”, „Etyka a transplantacje”, „Selected Bioethical Questions. The Polish Perspective”, „Autonomia pacjenta jako problem moralny”, „Filozoficzne konteksty medycyny. Ujęcie historyczne od starożytności do końca XVIII wieku”. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Bioetycznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.

Lekarze białostoccy

w okresach: międzywojennym i powojennym

Witold Stasiewicz

(1900-1975)

Urodził się 23 kwietnia 1900 roku w Lidzie (obecnie Białoruś, miejscowość przy granicy z Litwą). Jego rodzicami byli: Franciszek Stasiewicz i Stefania z domu Tumielewicz. Mieli sześćoro dzieci. Jego ojciec był rolnikiem, miał dość duże gospodarstwo. Jednak w większości były to podmokłe łąki nad rzeką Dzitwą, dopływem Niemna.

Szkołę powszechną ukończył w Lidzie, po czym w 1914 r. z bratem Bolesławem wyjechał do Jarosławia nad Wołgą. Tu w czasie rewolucji ukończył gimnazjum, zdobywając rosyjską maturę.

Do Lidy wrócił w 1918 r. Uczył się w Gimnazjum Koedukacyjnym, uzyskując polską maturę w 1920 r. Później wstąpił jako ochotnik do wojska i odbył służbę jako ułan strzelców konnych. Przeszedł szlak wojenny w wojsku polskim od Warszawy przez Pińsk, Kamieniec i Łuck.

Studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie w latach 1921-1928. Od czwartego roku studiów pracował jako młodszy asystent w Klinice Psychiatrycznej u prof. Rafała Radziwiłłowicza. U niego też przygotowywał pracę dyplomową pt. „Zabobon na Litwie”. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał w październiku 1928 r.

W lutym 1928 r. ożenił się z Marią, z domu Stankiewicz, magistrem filozofii, absolwentką USB w Wilnie. Mieli dwoje dzieci: Irenę (została profesorem historii nauki) oraz Jana (został profesorem medycyny, był szefem Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku).

W latach 1929-39 pracował na stanowisku lekarza powiatowego, najpierw w Mołodecznie, a od 1934 r. w rodzinnej Lidzie. Oprócz nadzorowania ówczesnej służby zdrowia w całym powiecie, był też lekarzem ogólnie praktykującym. Na tym stanowisku



pracował do wybuchu II wojny światowej. Okres walk spędził w Lidzie, zarówno podczas okupacji sowieckiej, jak i niemieckiej, zwyczajowo wykonując swoje obowiązki. Wielokrotnie znajdował się w sytuacjach niezwykle dramatycznych. W 1944 r. NKWD (sowiecka policja polityczna) zatrzymała go na kilka miesięcy w areszcie.

W 1945 r. został wraz z rodziną przesiedlony do Białegostoku. Szybko odnalazł tu dawnych wileńskich ko-

legów. Natychmiastowo otrzymał też propozycję pracy i mieszkanie. Początkowo pracował jako lekarz rejonowy Ubezpieczalni Społecznej; następnie był kierownikiem Przychodni Specjalistycznej przy ul. Legionowej. Dodatkowo - przez wiele lat - pracował też jako lekarz w fabryce włókienniczej.

W latach 1947-1953 był naczelnikiem Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia. Jako lekarz wojewódzki koordynował powojenną odbudowę i rozbudowę zakładów leczniczych Białegostoku i w miastach powiatowych. To on nadzorował budowę Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa i Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej. W okresie jego urzędowania powstały też plany utworzenia w mieście Akademii Medycznej. Bardzo aktywnie poparł ten projekt i wspierał w jego realizacji rektora uczelni prof. Tadeusza Kielanowskiego. Rektor później napisał o nim „Kierownik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia był kreatorem powstania Akademii Medycznej”. Niewielu już pamięta, ale pierwszy sztyl „Akademia Medyczna w Białymstoku” zawisł



foto. archiwum rodzinne

1935 r. Dr Witold Stasiewicz (4 z lewej) jako lekarz powiatowy w Lidzie, podczas wizytacji ośrodków zdrowia w powiecie



fot. archiwum rodzinne

Doc. Jan Stasiewicz odsłania tablicę ku pamięci ojca w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia. Z lewej rektor AMB prof. Andrzej Kaliciński, w środku prof. Irena Stasiewicz Jasikowa

właśnie w jednostce kierowanej przez Witolda Stasiewicza, w jednym z pokoi w siedzibie Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia przy ul. Mickiewicza.

Pomysł budowy uczelni aktywnie popierał też ówczesny minister zdrowia - i białostoczanin - dr Jerzy Sztachelski. Tak więc Akademia mogła powstać dzięki wykazaniu ogromnych potrzeb północno-wschodniej Polski, jak też zaangażowaniu białostockiego środowiska lekarskiego.

W 1953 r. zwolnił się z Wydziału Zdrowia i rozpoczął pracę w AMB. Najpierw jako adiunkt w II Klinice Chorób Wewnętrznych u prof. Jakuba Chlebowskiego. Jednocześnie - w latach 1954-1969 - pełnił funkcję zastępcy dyrektora ds. lecznictwa w Wojewódzkim Szpitalu im. J. Śniadeckiego. Temu zaś przewodził docent Adam Dowgird. W tamtym czasie to w szpitalu wojewódzkim działała większość klinik akademickich.

Okresowo był krajowym specjalistą organizacji ochrony zdrowia, pełniąc też funkcję przewodniczącego ds. organizacji terenowej służby zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Prowadził wykłady dla studentów AMB z organizacji służby zdrowia.

W 1954 r. uzyskał stopień zastępcy profesora i zorganizował Zakład Ochrony Zdrowia AMB, którego został kierownikiem. Wychował kadre specjalistów zajmujących się organizacją służby zdrowia, pełniących w latach późniejszych najwyższe funkcje organizacyjne w makroregionie północno-wschodnim.

Podczas pracy na białostockiej uczelni (1954-1966) brał udział w pracach wielu komisji. Opublikował kilkadziesiąt prac, głównie z zakresu organizacji służby zdrowia. Prowadził

*Pierwszy sztyld „Akademia Medyczna w Białymstoku”
zawisł w jednostce kierowanej przez Witolda Stasiewicza,
w jednym z pokoi w siedzibie Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia przy ul. Mickiewicza*

wykłady w Instytucie Doskonalenia Kadr Lekarskich w Warszawie. Od 1961 r. był członkiem Rady Naukowej Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie.

Zawsze odznaczał się aktywnością w działalności społecznej. W PCK był przewodniczącym zarządu wojewódzkiego i członkiem zarządu głównego. Założył Sekcję Medycyny Społecznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Białymstoku. Przewodniczył Sekcji Zdrowia Towarzystwa Naukowego Organizacji i Kierownictwa.

W środowisku lekarskim prof. Witold Stasiewicz cieszył się zaufaniem

i autorytetem. Wielokrotnie występował jako obrońca lekarzy w sprawach zawodowych. Posiadał wysokie zdolności mediacyjne w rozstrzyganiu trudnych problemów.

W 1970 r. przeszedł na emeryturę. W tym czasie dużo czytał, głównie ulubioną klasykę polską i rosyjską.

Zmarł 10 października 1975 r. Został pochowany na Cmentarzu Farnym w Białymstoku.

W uznaniu zasług w organizacji i rozwoju Akademii Medycznej w Białymstoku w roku 1990 w sali wykładowej Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia w Collegium Universum odsłonięto pamiątkową tablicę z napisem: Prof. dr Witold Stasiewicz - współorganizator Akademii Medycznej w Białymstoku, założyciel i pierwszy kierownik Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia w latach 1954-1966. Społeczności AMB. 1990 r.

Obecnie tablica znajduje się w Izbie Historycznej Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Mieczysław Sopek

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

Magdalena Szkudlarek

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



fot. archiwum rodzinne

Prof. Stasiewicz (w białym fartuchu) podpisuje indeksy po wykładzie

Wspomnienie

o Oldze Dąbrowskiej-Chwieroś (1941-2013)

Zmarła 9 sierpnia 2013 r. Była wieloletnim pracownikiem Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Urodziła się 23 maja 1941 r. we wsi Kaczały (pow. Bielsk Podlaski) w rodzinie rolniczej.

Pracę w Bibliotece Głównej UMB rozpoczęła w 1960 r. Przeszła wszystkie stanowiska pracy: od pracownika administracyjnego, przez bibliotekarza i starszego bibliotekarza, kończąc na kustosz. Przez kilka lat była kierownikiem działu czasopism.

Pracując w bibliotece zrobiła maturę, uzyskała średnie wykształcenie biblioteczne oraz zaocznie ukończyła studia prawnicze na Uniwersytecie Warszawskim (w 1972 r.). Jako kierownik działu czasopism wdrażała wiele ciekawych pomysłów (była m.in. współautorem katalogów czasopism i wydawnictw ciągłych w latach 1975-1989; w czasie kiedy nie było komputerów i baz danych, w których obecnie znajdują się informacje o wszystkich wydawnictwach, w takich katalogach sprawdzało się, gdzie dany periodyk jest dostępny). Czytelnikom służyła zawsze radą i pomocą. Była zawsze elegancka i zadbana, a równocześnie skromna i lojalna wobec pracowników.

Interesowała się muzyką poważną, często bywała na koncertach w filhar-



monii oraz odwiedzała wystawy plastyczne.

Odeszła na emeryturę w 2001 r. Jednak do biblioteki przychodziła jeszcze nieraz. Tu przecież przepracowała ponad 40 lat.

Przed śmiercią, przez wiele miesięcy, zmagala się z ciężką chorobą. Pochowana została na Cmentarzu Prawosławnym w Białymstoku.

W pamięci naszej pozostanie jako osoba niezwykle obowiązkowa, koleżeńska i życzliwa.

Krystyna Kubala



Czytelnia w której pracowała Olga Dąbrowska-Chwieroś

Wspomnienie

o Adamie Dowgirdzie

W poprzednim numerze „Medyka” wkradły się błędy we wspomnieniach o wyśmienitym chirurgu Adamie Dowgirdzie. Dlatego publikujemy prawidłowy biogram tego lekarza. Przepraszamy.

Adam Jan Dowgird urodził się 13 listopada 1913 r. w majątku Dowgirdowo, na Litwie. Był wychowankiem Gimnazjum w Poniewieżu, które ukończył w 1931 r. Następnie podjął studia na wydziale matematyczno-przyrodniczym na Uniwersytecie w Kownie, po pewnym czasie przeniósł się na wydział lekarski uzyskując w 1938 r. dyplom lekarza.

Pracę zawodową rozpoczął jako stażysta w klinikach uniwersyteckich, a od 1940 r. pracował w Wilnie między innymi w szpitalu chirurgicznym dla jeńców wojennych pod kierunkiem prof. Machejdy i w Szpitalu Czerwonego Krzyża. W roku 1944 w stopniu podporucznika wstąpił do Wojska Polskiego, obejmując stanowisko lekarza w 4 Zapasowym Pułku Piechoty. Po wojnie, odejściu z wojska, został skierowany do Hajnówki, gdzie miał odpowiadać za powstanie nowego szpitala. Był jednocześnie dyrektorem i chirurgiem wykonującym operacje. Zdobył uznanie przy operacjach klatki piersiowej. Jako pierwszy w Polsce rozpoczął operacje ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego oraz krwawiących wrzodów żołądka i dwunastnicy.

W 1953 r. został dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Pracował nieprzerwanie do 1980 r. Zmarł 27 maja 1994 r. w Białymstoku. Choć ostatnie swoje lata spędził w Białymstoku, to w Hajnówce zawsze był uznawany za „swojego doktora”. Zaś w 1996 r. nowemu szpitalowi w Hajnówce nadano jego imię. Opublikował 47 prac naukowych. Pełnił funkcje konsultanta wojewódzkiego i regionalnego chirurgii. Za swoje zasługi został odznaczony Krzyżem Walecznych, Krzyżem Kawalerskim i Komandorskim Orderem Odrodzenia Polski, tytułem Zasłużonego Lekarza.

Opr. bdc

Byli sobie królowie

Przed miesiącem napisałem o wielkich królach i tamten odcinek zakończyłem na Stefanie Batorym oraz okolicznościach jego śmierci (miał za wielu lekarzy?). Zgodnie z zapowiedzią będę kontynuował przegląd władców Rzeczypospolitej Obojga Narodów, ale już nie tak wielkich, często po prostu miernych.

Sprawowali władzę w Szwecji, a w 1587 r. Zygmunt III Waza (stoi na kolumnie przed warszawskim Zamkiem) został naszym królem. Mimo wolnej elekcji na tronie Rzeczypospolitej zasiadło kolejno jeszcze dwóch Wazów: Władysław IV (najwyżej oceniany z całej trójki) i Jan Kazimierz. Ten ostatni abdykował w 1668 r. i był to jedyny taki przypadek w dziejach Polski. A propos, zapominamy, że jedynym prezydentem RP w kraju (pomijam emigrację), który jak dotychczas ustąpił z własnej woli, był... Wojciech Jaruzelski.

Jakie to było osiemnastowiecie, kiedy Snopek zasiadał na tronie w Krakowie, a od 1609 roku rezydował w Warszawie? Snopek, bo taki był herb Wazów, co skłaniało przeciwników do czynienia złośliwych aluzji. Rzeczypospolita mogła wykazać się największym w historii obszarem, bowiem po dołączeniu m.in. Stolarszczyzny liczyła 990 tys.

czyli sporo ponad trzy razy więcej niż obecnie. Jednak w 1667 r. stracono m.in. Zadnieprze z Kijowem. Za Wazów odnoszono przeświatne sukcesy, by wskazać na Kircholm, ale nie brakowało sromotnych przegranych. Wojska polskie zajęły w 1610 r. Moskwę, nie doszło jednak do obwołania Władysława carem, do czego przyczynił się i ojciec (Zygmunt III). 4 listopada 1612 r. przepędzono Polaków z Kremla, co dało asumpt w 2004 r. do okrzyknięcia tego dnia rosyjskim Świętem Jedności.

O pladze „potopu” pamiętano przez wieki, również na Podlasiu były miasta, w którym ostało się ledwie kilka lub kilkanaście procent mieszkańców. Sprawiedliwie jednak przyznać trzeba, że uciekinierzy do Puszczy Zielonej (Zagajnicy) przyspieszyli formowanie się Kurpiów.

Wazowie zezwoli na usamodzielnienie się Brandenburgii (w przy-

szłości Prus) i wywianowali kozaków. Upowszechniły się za ich czasów konfederacje i rokosze, skomplikowały kwestie wyznaniowe, podupadła okrutnie gospodarka folwarczna. Mimo zdarzeń cudownie pozytywnych (przykładem obrona Jasnej Góry), po „potopie” i skrwawionej Ukrainie Rzeczypospolita nie odzyskała dawnej potencji i prestiżu.

Ale - tu kolejny paradoks - zyskał Białystok. Stefan Czarniecki, pogromca Szwedów, za ratowanie ojczyzny otrzymał w 1659 r. starostwo tykocińskie z dobrami białostockimi. Włości

te przekazał córce Aleksandrze, po mężu Branickiej, a ta ofiarowała je synowi Stefanowi Mikołajowi Branickiemu. Tak zaczęła się epoka dobrodziejów naszego miasta.

Wazowie się „wypalili”, nie zadowolili magnatów, skupili na sobie złość szlachty. Krzyknęto więc, że trzeba nam króla Piasta. Idea nie była taka dur-

na, wykonanie jednak fatalne, bo na tronie zasiadł w 1669 r. Michał Korybut Wiśniowiecki, znający kilka języków, rozumu znacznego, wódz jednak żaden, w dodatku z natury gnuśny. Za jego to krótkiego panowania Rzeczypospolita omal nie stała się (taka była zapowiedź pokoju w Buczaku) lenniczką Turcji. Tego było za dużo nawet warchołom szlacheckim, z lekko więc tylko skrywanym zadowoleniem przyjęto wieści, że król niespodziewanie zakończył żywot z powodu zatrucia żołądkowego. Nagła choroba wzbudziła podejrzenia o otrucie (pisał o tym imć pan Pasek), ale wydaje się, że główną przyczyną szybszego zejścia z tego świata były po prostu następstwa obżarstwa. Król Michał potrafił ponoć skosztować „od ręki” tysiąc pomarańczy („chińskich jabłek”), w dodatku nie obmytych, otrzymanych w prezencie z Gdańska. Uczni medycy wskazywali także na cukrzycę, pewnym jest, że na koniec pękł wrzód.

Następny Piast niejako „z konia” przesiadł się na tron, bo to on poprowadził wojsko przeciwko „niewiernym” i odniósł sukces pod Chociwem. Oczywiście, mowa o Janie III Sobieskim, autorze listów miłosnych do żony Marysienki, właścicielu wąsów iście staropolskich, zwycięzcy spod Wiednia. Notabene o tej wiktorii pamiętać powinni w sposób szczególnie kawosze, natomiast co niektórzy historycy mieli królowi za złe, że pociągnął w złym kierunku. My cieszymy się, że właśnie pod Wiedniem wyróżnił się wspomniany już Stefan Mikołaj Branicki, za co zyskał tytuł stolnika wielkiego koronnego i mając z tych racji dostęp do króla, mógł wreszcie wyjednać przywilej miejski dla Białegostoku.

Do Białegostoku Jan III chyba nie dotarł, ale wraz z ukochaną żoną był w Bielsku Podlaskim w Wigilię i święta Bożego Narodzenia 1692 r. Innym też miastom podlaskim i świątyniom (zakonom) sprzyjał, za co ma okazały pomnik w Płonce Kościelnej.

Jan III zmarł przytomnie w pałacu w Wilanowie, odszedł na wieki w glorii Lwa Lechistanu. Wbrew jednak mocarnemu wyglądowi król miewał liczne dolegliwości, cierpiał na kamicę nerkowo-pęcherzową i zapalenie nerek, podagrę, krwotoki z nosa, ranę w głowie, bóle rozliczne. Puchły mu nogi, na co pewnie wpływ miała i otyłość. Najwięcej mówiło się pokątnie o chorobie wstydlivej, której ponoć nabawił się od Marysienki, a ta od swego pierwszego męża, ale niewykluczone, że przywiozła ją z Francji. W Polsce chorobą tę zwano właśnie francuską (francją), we Francji - hiszpańską, w Rosji - polską, czyli zawsze ze wskaza-

niem na obcych. Czy powstały i białostocko-podlaskie odmiany tej nazwy?



Adam Cz. Dobroński



Zygmunt III Waza

Nie pisać głupot



**Doktor
ADAM HERMANOWICZ**

Okres świąteczno - noworoczny zaznaczył się naszej pamięci zbiorowej jako czas pijanych kierowców.

Rajdy zakończone efektownym wjazdem do podziemnych przejść, tragiczne wypadki z dużą liczbą zabitych, pijani kierowcy samochodów i tramwajów, ogólnie strach wyjść na ulicę. Jakkolwiek jednak by to zabrzmiało, statystycznie bezpieczeństwo na naszych drogach się poprawia. Może za wolno, może nadal zdarzają się wypadki, jakich od lat nie ma na Zachodzie, ale jednak. Coraz lepsze drogi, samochody, więcej kontroli i stosunkowo częste kampanie społeczne z użyciem spotów telewizyjnych i billboardów przynoszą efekty. Jedno, co pozostaje bez zmian, to wysyp głupich reakcji na te wypadki. Głupich, bo emocjonalnych, nic nie wnoszących i generalnie nieprzemysłanych.

To, że politycy rzucą się do licytacji, kto bardziej zaostrzy prawo, było dość oczywiste. Sami ich wybieramy, więc wiemy, na co ich stać. Nowe media sprawiają jednak, że błyskawicznie trafiają w przestrzeń publiczną również pomysły ludzi,

którzy nie muszą się podlizywać żadnym odwetu na pijanych kierowcach wyborcom. Okazuje się, że wyjątkowo płodni są na tym polu celebryci i dziennikarze. Na Twitterze zaroilo się od wpisów asów dziennikarstwa prześcigających się w pomysłach: co robić? Pijany kierowca jechał z trzeźwą pasażerką? Karać pasażerów! Wyszedł z imprezy? Karać uczestników imprezy! Samo-

Pijany kierowca jechał z trzeźwą pasażerką? Karać pasażerów! Wyszedł z imprezy? Karać uczestników imprezy! Samochód odebrać! Do kamieniołomów!

chód odebrać! Do kamieniołomów! Część wpisów wyglądała zresztą w swej bezmyślności na tak zwane „alkowpisy”, stanowiące zmorę wielu twittujących, którzy po niewczasie orientują się, że właśnie objawili całemu światu, że się koncertowo znieczulili.

Gdyby zebrać do kupy wszystkie te pomysły, wyglądałoby to mniej więcej następująco: wytacza się z imprezy pijany w sztok „on” i już ma wsiadać do samochodu, ale równie pijani uczestnicy imprezy trzymają go ze wszystkich sił, bo się boją, że sami pójną siedzieć. Jakimś cudem udaje mu się uwolnić, ale przed włożeniem kluczyków do stacyjki pijak zaczyna kalkulować: no dobrze, przed zmianą prawa bym pojechał, to tylko 15 lat więzienia. Ale teraz? Dożywocie, i jeszcze samochód skonfiskują, a on przecież ze trzy tysiące wart. Niiieeee, tym razem nie. Jeśli jednak nawet ten kalkulator nie zadziała, to przecież można mu zabrać samochód i wsadzić do końca życia do więzienia. Niech siedzi z alimenciarzami, zwolniły się przecież miejsca po pijanych rowerzystach.

Można by zadawać pytania. Jak mają sprawdzać stan trzeźwości np. taksówkarzy ich klienci? Potencjalnie przecież mogą odpowiadać karnie, bo jechali z pijanym kierowcą. Wyłapywać wszystkich uczestników imprez, czy tylko tych, którzy z pijanym siedzieli w pokoju? Konfiskować pożyżone samochody?

A może, po prostu, nie pisać głupot tylko dlatego, że wstrząsnęła mną tragedia i muszę jakoś zareagować. Do niedawna uświęconą tradycją była świeczka, ewentualnie modlitwa za ofiary. Nic by się nie stało, gdyby tak pozostało.