



Niepodważalne Centrum Medycyny Doświadczalnej
str. 10-11

GLP



Trudne rozmowy z chorym
str. 5-9

Nasz człowiek na Top 500
str. 13

Miasto oskarżone. Jedwabne
str. 28-30

MINISTER ZDROWIA w UMB



Minister Bartosz Arłukowicz (z lewej) wizytuje Szpitalny Oddział Ratunkowy w szpitalu klinicznym. Obok dyrektor szpitala Bogusław Poniatowski



*- Ta inwestycja jest imponująca
- tak o nowej części szpitala mówi minister*



*Wystąpienie podczas konferencji
nt. Centrum Urazów Wielonarządowych*



Centra Urazów Wielonarządowych mają spowodować gwałtownie zmniejszenie śmiertelności uczestników wypadków drogowych. W kraju jest 14 takich placówek, na Podlasiu jedno - w szpitalu klinicznym

- 4 Minister zdrowia w UMB
- 5 Pacjent to nie tylko ciało
- 6 Niemówienie jest nieludzkie
- 7 Boimy się emocji
- 8 Informacja to też lek
- 10 Niepodważalne Centrum Medycyny Doświadczalnej
- 12 E-rejestracja w szpitalu dziecięcym
- 12 Białostockie in vitro dla Częstochowy
- 13 Nasz człowiek na TOP 500 Innovators
- 14 Szansa na staż naukowy w Ekwadorze
- 15 Asystent Roku - Krzysztof Bauer
- 16 Centrum Badań Innowacyjnych z nominacją
- 16 Nagroda dla prof. Adama Czesława Dobrońskiego
- 17 Śrubokręt w mózgu
- 18 Pytajmy o patenty
- 18 Nowi konsultanci wojewódzcy z UMB
- 19 Dwa granty dla UMB
- 19 Jak mądrze i zdrowo się starzeć
- 20 Nowy (prawie) doktor w Medyku
- 20 W razie potrzeby zbić szybko
- 20 Wydrukuj sobie by-passy
- 22 Medycyna i fortepian
- 24 Od kołtuna do raka
- 25 Tam, gdzie umarli uczą żywych
- 26 Nieznana historia z ul. Kilińskiego 15
- 27 Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym
- 28 Miasto oskarżone
- 31 No, ale skoro są to profesorowie...

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:** Tomasz Dawidziuk •

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

Choć jestem lekarzem patomorfologiem i teoretycznie nie mam bezpośredniego kontaktu z pacjentem i jego rodziną, to sytuacje zawodowe, wcale nie tak rzadko, przynoszą okazje do takich spotkań. Moim głównym obiektem badań diagnostycznych są nowotwory. Praktyka pokazuje, że chorzy, rodziny i osoby bezpośrednio zainteresowane przychodzą, bądź kontaktują się ze mną telefonicznie w sprawie owych, najczęściej bardzo poważnych, rozpoznań. Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy dotyczą one pracowników służby zdrowia, którzy, doskonale zorientowani, wiedzą pod jakim adresem uzyskać bezpośrednie informacje. Ta codzienna praktyka nauczyła mnie, co to jest empatia. Zdobyłem, i w dalszym ciągu zdobywam wiedzę, jak – w możliwie najmniej traumatyczny sposób – podać informację o rozpoznaniu choroby najczęściej kalibru.



To był początek mojej zawodowej kariery. W trakcie spożycia domowego obiadu, odebrałem telefon od kolegi lekarza z pytaniem o diagnozę histopatologiczną węzła chłonного pobranego od jego młodej żony. Niestety, diagnoza była wysoce niepomysłna. To była ziarnica złośliwa, o czym zakomunikowałem mu obojętnym tonem, przezuwając ostatni kęs pokarmu. Zanim zorientowałem się, że moje zachowanie jest nietaktowne, wręcz niewybaczalne, w słuchawce usłyszałem, przerywany szlochem, wyrzut „I ty to tak obojętnie mówisz? Tak jak by nic się nie stało? Czy nie zdajesz sobie sprawy, co to dla mnie znaczy!”

Ta krótkie doświadczenie przeżyłem jako bardzo wstydlive, wręcz dla mnie bolesne. Wykazałem totalny brak empatii, wczucia się w sytuację człowieka doświadczanego przez los. Człowieka powalonego niespodziewaną informacją o ciężkiej, i jak się później okazało, śmiertelnej chorobie ukochanej osoby. Być może stąd się bierze moja szczególna wrażliwość na prawidłowe relacje chory – rodzina – lekarz. Dodatkowo, będąc nie raz sam pacjentem, bądź też pomagając swoim bliskim i przyjaciółom, których dotknęła choroba, mam swoje własne obserwacje dotyczące nieodosobnionych przypadków braku profesjonalizmu i empatii w relacjach lekarza z chorym i członkami jego rodziny.

Stąd też redakcja *Medyka* postanowiła podjąć temat, w moim odczuciu niezwyklej wagi. Chodzi o prawidłowe i profesjonalne kontakty między lekarzem i człowiekiem ciężko chorym. W bieżącym numerze *Czytelnicy* znajdą relacje i opinie dotyczące tych zagadnień.

Z satysfakcją dowiedziałem się dzisiaj, że prof. Irina Kowalska – dziekan Wydziału Lekarskiego, wprowadza od przyszłego roku przedmiot pod nazwą „Profesjonalizm w medycynie”. Cieszę się, że władze naszej uczelni zauważyły problem i zrobiły tym samym pierwszy krok w celu poprawienia sytuacji, która, jak się wydaje, jest ogólną bolączką leśnictwa w skali kraju. Przejrzałem sylabus owego przedmiotu. Znalazłem tam wiele elementów dotyczących wyczulenia przyszłego medyka na zachowania cechujące się empatią. Nauka ex cathedra jest ważna. Nie należy jednak zapominać o edukacyjnym znaczeniu relacji mistrz-uczeń. Wszak nic tak nie uczy, jak dawanie własnego przykładu.

Chyczewski

Minister zdrowia w UMB

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz był gościem specjalnym konferencji podsumowującej utworzenie Centrum Urazów Wielonarządowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Konieczność stworzenia centrum wynika ze stale rosnącej liczby wypadków drogowych, a także wysokiej śmiertelności uczestników takich zdarzeń (2-3 razy większa niż w innych krajach europejskich). Ministerialne założenia przewidywały, by jedno centrum przypadało na minimum 2 mln osób. Jednak dla Podlasia zrobiono wyjątek (województwo zamieszkuje 1,2 mln osób) i taką jednostkę stworzono w USK. W całym kraju jest ich w sumie 14.

- Centrum opiera się o sprawnie funkcjonujący Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz zespół specjalistów zwany „trauma teamem” - mówi prof. Jan Skowroński, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii USK. - Kierownikiem tego zespołu jest wyznaczony doświadczony specjalista chirurgii ogólnej. Po otrzymaniu sygnału o transporcie pacjenta z urazem wielonarządowym zespół „trauma teamu” czeka w gotowości na poszkodowanego, by wykonać mu adekwatną do potrzeb diagnostykę i leczenie.

Stworzenie centrum w USK kosztowało 11,2 mln zł. Wartość dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wyniosła 9,5 mln zł, zaś z budżetu państwa 1,6 mln zł. Za te pieniądze został zakupiony sprzęt do tych oddziałów, na które najczęściej trafiają pacjenci z urazami wielonarządowymi.

Minister Arłukowicz przy okazji konferencji, odwiedził SOR w szpitalu klinicznym, a także sprawdził postęp prac na budowie nowej części szpitala.

bdc

Rozmowa z ministrem zdrowia Bartoszem Arłukowiczem

WOJCIECH WIĘCKO: Szpitale kliniczne finansowane są jak każdy inny szpital w tym kraju. Czy jest szansa, że to się zmieni?

BARTOSZ ARŁUKOWICZ, MINISTER ZDROWIA: - Szpitale kliniczne odgrywają szczególną rolę w całym systemie szpitalnictwa, dlatego że pełnią funkcje dydaktyczne. Oprócz tego, że leczymy tam pacjentów na najwyższym poziomie, to uczymy w nich studentów,



for. Tomasz Dawidziuk

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz

specjalizują się w nich lekarze. Ich rola jest odmienna niż pozostałych szpitali. Dlatego będziemy proponowali ustawę, która będzie te szpitale traktowała w systemie w sposób trochę inny niż pozostałe. Zwłaszcza w wymiarze dydaktycznym. Chodzi nam o to, aby utrzymać dobrze funkcjonującą bazę dydaktyczną. Problem dydaktyki odgrywa ogromną rolę. Są specjalizacje, m.in. pediatria, w której brakuje specjalistów. My musimy stworzyć warunki, żeby było gdzie uczyć się takich specjalizacji, ale też systemy zachęty, żeby młodzi lekarze chcieli szkolić się w brakujących specjalizacjach.

A jakie są Pana wrażenia po wizycie na budowie szpitala?

- Inwestycja jest imponująca. W całej debacie publicznej o systemie ochrony zdrowia, tak bardzo emocjonalnej, takie miejsca jak to, pokazują, że nowoczesność naprawdę wkracza do polskiej medycyny. Ta inwestycja rozwiąże bardzo wiele problemów szpitala klinicznego. Sposób jej prowadzenia, tempo budowy, muszą budzić szacunek. Mam nadzieję, że jak wkrótce zostanie zakończona, to pacjenci będą mieli absolutnie nowoczesny szpital, nowoczesne sale operacyjne i zabiegowe. Warto było zainwestować tutaj te środki.

Podczas konferencji powiedział Pan (cytuje): „wszyscy ci ludzie, którzy zawodzą w systemie, ci ludzie, którzy przyczynili się w ostatnich tygodniach do błędów, zostaną w ramach naszej kontroli precyzyjnie wskazani i poniosą konsekwencje”. Czy Pan miał

na myśli ostatnią sytuację ze Skierniewic [lekarz nocnej pomocy odmówił przyjazdu do dziecka z wysoką gorączką, a dyspozytor pogotowia nie od razu wysłał karetkę, w efekcie dziecko zmarło - red.], czy także tę białostocką, dotyczącą śmierci 13-miesięcznego Bolka?

- Miałem na myśli wszystkie te historie, o których było głośno w ostatnim czasie. Sytuacja z Białegostoku została już skontrolowana przez NFZ i są znane wyniki. Dodatkowo jeszcze inne instytucje także badają tę sprawę [prokuratura - red.]. Ja bardziej odnosiłem się do sytuacji z ostatnich dni, dotyczącej nocnej pomocy lekarskiej i tragicznej sytuacji, z którą mieliśmy do czynienia w Skierniewicach. Wiemy na pewno, że system sprawowania opieki nocnej tam szwankował i konsekwencje już zostały wyciągnięte.

Bo tu nie chodzi o to, żeby takie sprawy załatwiać tylko lokalnie. W najbliższym czasie przedstawię propozycje zmian w funkcjonowaniu nocnej pomocy lekarskiej i podstawowej opieki zdrowotnej. Będzie w nich położony większy nacisk na dostęp do pediatrii i możliwość konsultacji z pediatrą. Myślę, że to zwiększy poczucie odpowiedzialności w opiece nad pacjentem. Zmiany będą szły w tym kierunku, żeby droga pacjenta była jak najprostsza i jak najbardziej czytelna. Ważny będzie też system kontroli, aby ci, co zawierają kontrakty z NFZ, precyzyjnie je realizowali.

Rozmawiał:

Wojciech Więcko

Pacjent to nie tylko ciało

Władze Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku chcą by od nowego roku akademickiego wprowadzić nowy przedmiot łączący bioetykę z empatią. Na zajęciach przyszli lekarze będą się uczyć, jak rozmawiać z pacjentami i jak przekazywać im trudne informacje.

Plany wprowadzenia nowego przedmiotu na uczelni były już od dawna. Teraz przyspieszyły po wydarzeniach, jakie miały miejsce w grudniu 2012 roku w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Wtedy, dopiero za trzecim razem, po kłótni z rodzicami, lekarze zgodzili się przyjąć do szpitala 13-miesięcznego chłopca. Okazało się, że był chory na białaczkę. Zmarł kilkanaście dni później.

Lekarze nie umieją, boją się i nie rozmawiają z pacjentami. A jeżeli rozmawiają, to informacje przekazują bardzo naukowym językiem

sować projekt edukacyjny skierowany do studentów uniwersytetów medycznych. Z kolei w tym roku na Uniwersytecie Śląskim ruszył trzyletni projekt „Komunikacja w ochronie zdrowia. Relacje lekarza z pacjentem i uwarunkowania”. Naukowcy z UŚ będą odwiedzać Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Katowicach, rozdáwać ankiety wśród lekarzy i pacjentów i obserwować, jak przebiegają rozmowy lekarzy z pacjentami np. podczas wizyt przy łóżku pacjenta w szpitalu i spotkań z pacjentem w przychodni przyszpitalnej. Będą również uczestniczyć w odprawach lekarzy, a także przysłuchiwać się, jak komunikują się między sobą. Celem tych obserwacji będzie m.in. zbadanie sposobu komunikowania się pomiędzy lekarzem a pacjentem. Z badań ma powstać publikacja.

Ks. Jan Kaczkowski, dyrektor hospicjum w Pucku, a jednocześnie organizator wakacyjnych Aeropagów Etycznych nie ma wątpliwości, że takie zajęcia są potrzebne (są to spotkania organizowane dla stu-

dentów medycyny i składają się z dwóch części: wykładów prowadzonych przez lekarzy, etyków, psychologów oraz ćwiczeń ze specjalistami w zakresie komunikacji oraz warsztatów z aktorami, którzy wcielają się w role chorych lub ich rodzin - red.).

- Takich zajęć brakuje - mówi ks. Jan. - Lekarze nie umieją, boją się i nie rozmawiają z pacjentami. A jeżeli już nawet rozmawiają, to informacje przekazują bardzo medycznym, naukowym językiem. Pacjent i tak jest zestresowany, a dostaje zupełnie niezrozumiałą informację. Ja od lat prowadzę hospicjum w Pucku, skończyłem studia dyplomowe z bioetyki, i można powiedzieć, że jestem „otrząskany” z tym słownictwem. Ale ostatnio sam zachorowałem i teraz widzę na własnym przykładzie, jak się rozmawia z chorymi. Nie tylko młodzi lekarze nie umieją rozmawiać, ale starzy np. onkolodzy potrafią być w takich rozmowach okrutni.

Katarzyna Malinowska-Olczyk

- Chcemy na tych zajęciach uczyć, jak przekazywać niepomysłne informacje. Jak rozmawiać z agresywnym pacjentem. Takiej wiedzy studenci nie mają i boją się takich rozmów - mówi prof. Lech Chyczewski, rzecznik UMB.

Jak się okazuje, zajęcia z komunikacji, w mniejszym lub większym wymiarze godzin są już na innych uczelniach. Od czterech lat na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w ramach przedmiotu Dziecięca Medycyna Paliatywna podczas zajęć warsztatowych studenci wcielają się w rolę lekarza, który musi rozmawiać z pacjentem albo jego rodziną. Podobnie zajęcia wyglądają na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

W ubiegłym roku miała też miejsce ogólnopolska Kampania Fundacji Hospicyjnej „Zdrowa rozmowa pomaga leczyć. Mów. Słuchaj. Zaufaj”. W ramach tej kampanii Fundacja Hospicyjna chce sfinansować

DR KRZYSZTOF FURMAN, absolwent UMB, mieszkający i pracujący jako lekarz w Australii:

- W Australii panuje przekonanie, że medycyny, tej praktycznej, każdy lekarz zdąży się nauczyć na stażu pod opieką mentora, a najważniejszy jest kontakt z pacjentem. Najtrudniejszy jest egzamin ustny, składający się z sytuacyjnych przypadków. Sprawdza się podczas niego, czy lekarz umie porozumieć się z pacjentem i potrafi wszystko mu wytłumaczyć, a nie czy np. zna dawki leków. To było dla mnie novum, bo tego w Polsce nie byłem uczony. Pacjentowi w Polsce nie mówiło się dużo, a jak się już tłumaczyło to zawiłym medycznym językiem. Na egzaminie w Australii trzeba było wyjaśnić choremu, którego grał aktor, co się z nim dzieje, co będzie dalej, jakie są rokowania. Pacjent musi mieć poczucie, że lekarz się nim dobrze zajął. Musiałem też poinformować „na niby” pacjenta, że ma raka. Oceniany był sposób, w jaki to zrobiłem. Nie mogłem wprost powiedzieć: wyniki są złe, ma pan raka. Trzeba było zapytać: czy ktoś jest może z panem? Czy może zadzwonimy po kogoś z rodziny? Jak aktor zaczął płakać, to trzeba było mu podać chusteczki, i pozwolić się wypłakać, a nie próbować w tym momencie rozmawiać. Można zaproponować: może jutro się spotkamy, powiem panu więcej. Za niewłaściwe zachowanie można oblać egzamin. To było najtrudniejsze. Studenci z Australii można powiedzieć „wysysają” tę wiedzę podczas studiów i wiedzą, jak się w takich sytuacjach zachować.

Niemówienie jest nieludzkie

Lekarz ma leczyć, a jak nie może przywrócić zdrowia, to odsyła do psychologa. A to nie jest tak.

Pacjent to nie tylko ciało, ma także duszę, psychikę, emocje – mówi dr Dariusz Kuć,

lekarz z białostockiego hospicjum dla dzieci

KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Pracujesz w hospicjum dla dzieci. Spotykasz z rodzicami dzieci, które - zanim trafią do Was - są diagnozowane i leczone w wielu innych placówkach. Jak rodzice oceniają swoje kontakty z lekarzami?

DR DARIUSZ KUĆ, lekarz rodzinny, od 2009 roku lekarz w Białostockim Hospicjum dla Dzieci, wcześniej był dziennikarzem w Radiu Białystok: - Bardzo często muszę przekazywać tę najgorszą diagnozę: dziecko nie wyzdrowieje, a wręcz przeciwnie - umrze. Rodzice są często w szoku, bo wcześniej docierały do nich zazwyczaj szczątkowe informacje, czasem prawdziwe, czasem nie. Niejednokrotnie lekarze, nawet jeśli wiedzą, że dziecko nie przeżyje, rodzicom tego nie mówią. Niedawno trafiło do nas trzymiesięczne niemowlę z mnogimi wadami. Rodzice wozili je przez trzy miesiące do różnych lekarzy i szpitali i nikt im nie powiedział, że nie miało szans na przeżycie. Ja im to powiedziałem. Przyjęliśmy je pod opiekę hospicjum. Dziecko zmarło tydzień później. Rodzice byli rozżaleni. Pytali: po co myśmy jeździli, ciągalі nasze dziecko. Gdybyśmy wiedzieli, jaka jest prawda, to byśmy przez trzy miesiące siedzieli z nim, przytulali je i cieszyli się tym, że jest. To niemówienie jest nieludzkie, nietyczne i nieprofesjonalne. Ktoś, kto nie umie, czy nie chce rozmawiać, nie może siebie nazwać dobrym lekarzem.

Dlaczego tak się dzieje?

- Lekarze nie potrafią przekazywać niepomysłnych informacji, boją się tego, a czasem po prostu nie chcą rozmawiać. Wolą „prześlizgnąć” się przez trudny temat, albo w ogóle go odrzucić. Dlaczego tak się dzieje? Bo nikt ich tego nie nauczył. Często w ogóle nie umieją naturalnie, szczerze rozmawiać. Pamiętajmy, że nie wszyscy ludzie mieli wspaniałych rodziców, dziadków czy nauczycieli, którzy by z nimi szczerze rozmawiali. I nauczyli rozmowy na zwykłe tematy. Nie mówiąc już o tych trudnych.

Po drugie lekarz jest tak kształcony, że ma walczyć z chorobą i ze śmiercią. A jeżeli choroba jest śmiertelna? Albo nie da się już przywrócić zdrowia? Czy to oznacza, że lekarz poniósł porażkę? Czy to oznacza, że nie ma już nic do zrobienia? Nie. Tylko trzeba przestawić się na inne myślenie: teraz nie walczę z chorobą i śmiercią, moje



Dr Dariusz Kuć

zadanie jest zupełnie inne. Nadal widzę tego pacjenta, on dalej potrzebuje mojej pomocy. Choć nie zwalczę choroby, nie pokonam śmierci, to wciąż mogę mu pomóc.

Czy młodzi lekarze umieją rozmawiać z chorymi?

- Ani studenci, ani lekarze nie są przygotowani do prowadzenia trudnych rozmów z pacjentami. Doświadczeni lekarze tego nie umieją, a więc młodzi nie mają od kogo się uczyć. Na studiach mają zajęcia z psychologii, bioetyki, czy prawa medycznego. Ale z tych zajęć pozostaje im w głowie to, że najważniejsze jest dbanie o porządek w papierach. Jak będzie porządek, to prokurator nie będzie mógł się przyczepić. I tyle. Nikt nie uczy komunikacji na linii pacjent - lekarz. I dlatego medycy unikają takich rozmów, boją się reakcji chorego.

A czy Ty do takich trudnych rozmów jakoś się przygotowujesz?

- Tak. To wymaga trochę wysiłku. Bo po pierwsze trzeba znaleźć intymne miejsce do rozmowy. To nie może być korytarz, czy sala chorych, na której leżą inni pacjenci. Jeżeli mam przekazać rodzicom dziecka niepomysłną informację, to muszę rozmawiać z obojgiem. Na taką rozmowę potrzeba godziny, czasem dwóch. Bo przecież nie mogę im tak po prostu oznajmić: państwa dziecko umrze, odwrócić się na pięcie i odejść. Nie mogę ich zostawić z ich emocjami, rozpaczą i mnóstwem pytań. Nie mogę powiedzieć: dla waszego dziecka nie ma już nadziei, ale może chcecie państwo porozmawiać z psychologiem?

Wielu lekarzy uważa, że taka rozmowa nie należy do ich obowiązków. Bo ich rolą jest zbadać, dać receptę, zrobić operację, czyli wykonać czynności medyczne. A rozmowa w ich rozumowaniu nie jest czynnością medyczną. Lekarz ma leczyć, a jak nie może przywrócić zdrowia, to odsyła do psychologa. A to nie jest tak. Pacjent to nie tylko ciało, ma także duszę, psychikę, emocje.

Jak mają wyglądać takie zajęcia?

- Powinny w sposób praktyczny, czyli prosty i skuteczny, nauczyć studentów rozmawiać z pacjentami. Tu wykłady czy pogadanki nie sprawdzą się. Muszą być warsztaty, ćwiczenia. Słuszne byłoby, żeby studenci bywali w hospicjum dla dorosłych, dzieci, mieli kontakt z rodzinami czy rodzicami chorych dzieci. Na pewno trzeba mieć predyspozycje do prowadzenia trudnych rozmów. Nie każdy student będzie onkologiem i będzie pracować w hospicjum. Nie każdy młody lekarz będzie miał do przekazywania aż tak smutne wieści. Pamiętajmy, że dla jednego nie do zaakceptowania jest choroba nowotworowa, a dla innego tragedią będzie bielactwo, którego też nie da się wyleczyć. Są jednak pewne schematy, które można wyćwiczyć i które pomogą w dialogu z pacjentem.

Jakie to schematy?

- Pamiętaj, że jak idziesz na trudną rozmowę musisz się skupić i zapomnieć o swoich problemach. Wycisz lub wyłącz telefon komórkowy i o to samo poproś swoje rozmówcę. Pamiętaj, że do rozmowy musisz znaleźć stosowne, intymne miejsce. Musisz usiąść w odpowiedniej odległości, nie za blisko i nie za daleko. Nie uciekaj wzrokiem. Miej ze sobą chusteczki. To niby proste sprawy, ale się tego nie uczy. Ja sporo do wiedziałem się pracując w radiu. Często kroć siedziałem z mikrofonem, czekając, aż człowiek się otworzy i zacznie mówić. Radio nauczyło mnie słuchania drugiej osoby.

Ale to chyba nie jest tak, że lekarze nie rozmawiają, bo boją reakcji i emocji pacjenta?

- Dokładnie tak jest. Lekarze boją się przekazywać niepomysłne wiadomości, bo obawiają się reakcji drugiego człowieka. Może zacznie płakać albo histeryzować,

Boimy się emocji

Studenci podczas zajęć na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym uczą się rozmawiać na trudne tematy odgrywając różne scenki. Raz wcielają się w rolę lekarza, innym razem w chorego pacjenta.

albo wpadnie w szal? Boją się, czy będą umieli odpowiednio zareagować. Boją się samych siebie. Bo co ja zrobię, jak znacznie krzyknąć i grozić, że popełni samobójstwo? Jestem jednak przekonany, że pewne schematy w zachowaniu człowieka w sytuacjach stresowych można przyswoić. Pewne reakcje - przewidzieć. Empatia to współodczuwanie. Jeżeli człowiek posiada zdolność empatii, to stara się jakby wejść w tę drugą osobę, w jej emocje, jej sytuację życiową. Pomyśleć: a co ja bym zrobił na jej miejscu? Tego można się nauczyć, ale to wymaga praktycznych ćwiczeń.

Czy lekarz powinien mówić prawdę?

- Pacjentów nie wolno oszukiwać. Trzeba mówić prawdę, ale na tyle, na ile pacjent jest gotów ją przyjąć. Każdą informację, nawet tę najgorszą, przekazać można na różne sposoby. Nie mówić: zostało panu siedem dni, proszę się do tego przygotować. Niedobre jest też dawanie złudnej nadziei. Kiedy pacjent umiera, nie będzie właściwe stwierdzenie: wszystko będzie dobrze, czy odwracanie uwagi: niech pan tak nawet nie mówi, nie myśli o tych sprawach. Pamiętam swojego kolegę, który mnie zapytał: czy ja umrę? Odpowiedziałem: tak umrzesz. - Kiedy? - Nie wiem, kiedy. Może za tydzień, może za miesiąc. - Myślisz, że to może być w ciągu tygodnia? - Tak też może być.

Obok siedział dorosły syn. I ten syn miał do mnie żal, dlaczego mówię jego ojcu takie rzeczy. Mówię, bo przecież mnie o to pyta. A skoro pyta, to znaczy, że chce wiedzieć. A ja go znam. I wiem, że chciał to wiedzieć. Na to syn oburzony, że ojciec i tak myśli o zbyt poważnych sprawach. A o czym ma myśleć człowiek, któremu zostało kilka dni życia? O tym, czy kupić nowy telewizor? Nie, w takim momencie myśli się o poważnych sprawach.

Jakie rozmowy w Twojej pracy są najtrudniejsze?

- Te o zaprzestaniu uporczywej terapii. Widzę, że leczenie przedłuża życie, ale za cenę ogromnego cierpienia. I to są najgorsze rozmowy. Razem z rodzicami musimy podjąć decyzję o odstąpieniu od terapii, licząc się jednocześnie z tym, że dziecko może w każdej chwili umrzeć. Rodzice muszą współdecydować o pewnych rzeczach, muszą podejmować decyzje za swoje dzieci. Jest to dla nich niezwykle trudne. Ja również po takich rozmowach jestem psychicznie wyczerpany.

Rozmawiała:

Katarzyna Malinowska-Olczyk

KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Czy na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym prowadzicie zajęcia z komunikacji pacjent - lekarz?

Dr n. med. JUSTYNA JANISZEWSKA, Zakład Medycyny Paliatywnej GUM: - Tak, takie zajęcia odbywają się m.in. w ramach przedmiotu „medycyna paliatywna”. Obejmuje on 30 godzin zajęć, z których zagadnieniom związanym z komunikacją poświęconych jest pięć godzin ćwiczeń i dwie godziny seminarium.

Jak wyglądają takie zajęcia?

- Odgrywamy scenki, dzieląc się rolami. W czasie zajęć omawiamy różne przypadki. Mówię o zasadach przekazywania informacji, o relacjach, jakie powinny istnieć na płaszczyźnie lekarz - pacjent. Chcemy uświadomić przyszłym lekarzom, że choruje nie tylko ciało, ale cały człowiek. Muszą o tym pamiętać. A także o tym, że wraz z ciężką chorobą często pojawia się depresja, lęk. Każdy człowiek inaczej reaguje na chorobę i różnie próbuje sobie radzić z własnymi emocjami. Skupiamy się na pacjencie w zaawansowanym stadium choroby i omawiamy sytuacje, kiedy rokowania są niepomyślne. Przygotowujemy także do rozmowy z rodzinami.

Co sprawia młodym ludziom największy problem?

- Myślę, że mają problem z własnymi emocjami, ale też emocjami pacjenta, z tym, w jaki sposób zareaguje on na informacje o nieuleczalnej chorobie. Widać to wyraźnie w czasie odgrywanych przez nas scenek. Studenci często próbują wycofać się z przekazywania tych niepomyślnych informacji. Jest w nich lęk, niepokój przed tym, jak zachowa się pacjent, i jak sobie potem poradzić z jego emocjami. Wydaje się, że ważnym powodem niechęci do przekazywania złych informacji, jest również zakorzeniony pogląd, że współczesna medycyna zawsze „znajdzie jakieś wyjście”. Dlatego tak często słyszymy w rozmowach lekarzy z pacjentami słowa: „będzie lepiej”, „zobaczymy”, „proszę się trzymać”, „proszę walczyć”. W sytuacji okresu terminalnego

choroby, innymi słowy okresu umierania, takie nieprawdziwe sformułowania mogą nasilać lęk i powodować utratę zaufania do lekarza. Na zajęciach z przedmiotu „medycyna paliatywna” staramy się oswoić pojęcie umierania, które nie powinno być przedłużane poprzez prowadzenie daremnych terapii i nauczyć akceptowania śmierci jako nieuchronnej, która nie powinna być przyspieszana działaniami eutanazyjnymi. Staramy się nauczyć przyszłych lekarzy, że koniec możliwości aktywnego leczenia choroby i przedłużenia życia, nie jest końcem możliwości współczesnej medycyny. Że u kresu życia, chorzy potrzebują naszej obecności, właściwego porozumiewania się, zwalczania objawów nie tylko fizycznych.

Czy na koniec studenci muszą zdawać egzamin, czy w jakiś sposób jest oceniana ich wiedza na temat komunikacji?

- Studenci w ramach przedmiotu „medycyna paliatywna” muszą zdać test oceniający poziom zdobytej przez nich wiedzy. Test zaliczeniowy zawiera również pytania dotyczące komunikacji. Tego, jak lekarz powinien się zachować w określonej sytuacji, jak powinien przekazywać informacje, jakie mechanizmy obronne przyjmuje pacjent.

Kto prowadzi zajęcia z medycyny paliatywnej?

- Jestem psychologiem. Zajęcia prowadzą też lekarze, a dwie godziny zajęć odbywają się z prawnikiem. Mówi on m.in. o przekazywaniu informacji w aspekcie prawnym, o prawach i obowiązkach lekarza oraz odpowiedzialności prawnej.

Jak studenci oceniają zajęcia? Czy dostajecie jakąś informację zwrotną?

- Zdaniem studentów, takie zajęcia są im bardzo potrzebne i przydają się w późniejszej pracy. Otrzymujemy informacje, że jest ich zbyt mało.

Rozmawiała:

Katarzyna Malinowska-Olczyk

Informacja to też lek

Na nowotwór nie cierpi tylko pojedyncza osoba. Choroba dotyczy całego jej otoczenia, a w szczególności rodziny i najbliższych. To oni obok medycyny, stanowią główne źródło wsparcia, informacji i nadziei.

Diagnosowanie i leczenie chorób onkologicznych to żmudny proces, wymagający wiedzy i kompetencji lekarzy oraz nowoczesnej technologii. Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie badań etnograficznych w środowisku białostockich i warszawskich pacjentów onkologicznych, mogę stwierdzić, że najważniejsza - z perspektywy chorego - jest precyzyjna informacja, przekazana mu w przystępny sposób. Pomimo że wiadomość o diagnozie jest szokiem, z czasem osoby doświadczające chorobą onkologiczną godzą się ze swoim stanem. Moje doświadczenie badawcze pokazuje, że w procesie osvajania choroby kluczową rolę odgrywa właśnie informacja, a w zasadzie pakiet informacji od lekarzy. Dzięki temu chorzy nie tylko dowiadują się o tym, że jest jeszcze dla nich szansa, ale także poznają ścieżki, które do tej szansy prowadzą. Precyzyjna informacja bardzo ważna jest także dla rodziny chorego.

Stygmata

Doświadczenie choroby onkologicznej wprowadza także do świata chorych zmiany związane z ich statusem społecznym. Pacjenci bywają stygmatyzowani ze względu na swój wygląd. Niektórym moim rozmówcom udało się przezwyciężyć ciężar „spojrzenia” otoczenia dzięki rozmowom z lekarzami. Pani Maria (cierpiała na raka piersi) wspominała, że dzięki rozmowie ze swoją ginekolog, przekonała się, że piętnujące spojrzenie innych i rozpuszczane przez nich plotki, nic nie znaczą.

- A niech się gapią! A cholera z tymi ludźmi! - stwierdziła.

Podobne refleksje ma pani Krystyna, która przeprowadziła się z niewielkiego miasteczka na północy Podlasia do Białegostoku: - Tam wszystko było widziane, że się źle czuję, że byłam w aptece, że byłam u lekarza. A to pewnie już niedługo...

Dostęp do lepiej zorganizowanej służby zdrowia pozwolił pani Krystynie pokonać nie tylko chorobę, ale uświadomił jej, że w zmaganiach z rakiem nie była osamotniona.

W szpitalu spotkała życzliwych pacjentów oraz lekarzy, którzy przekonali ją, że choroba onkologiczna to nie powód do wstydu, ani oznaka słabości.

Zmiany

Doświadczenie choroby nowotworowej odciska także swoje piętno na sytuacji zawodowej pacjentów. Wielu z nich musiało na czas leczenia porzucić pracę, czasem na stałe. Zmiany te nie przychodziły łatwo. Nawet po diagnozie starali się wykonywać pewne zajęcia, w większości nie związane z zarabianiem. Taka aktywność, połączona z redefinicją kategorii pracy, która nie musiała przynosić zysków - była wartością samą w sobie. Bardzo pozytywnie wpływała na samopoczucie i samoocenę rozmówców.

Pani Zofia: - Żeby ja siedziała w domu, nie miała działki i nic nie robiła, tylko gazetkę „Przyjaciółkę” czytała, to ja by taka nie była. A jednak ja pracuję i mam siłę jeszcze i to mnie trzyma, to mnie trzyma jeszcze. Powietrze świeże i panie, w ruchu!

Zmianie ulegają także nawyki żywieniowe, zwyczaje i przyzwyczajenia, a także relacje z ciałem. Te ostatnie, pod wpływem traumatycznych doświadczeń związanych z ciężką terapią, ulegały niekiedy daleko posuniętej dekompozycji, a następnie rekonstrukcji. Chorzy po chemioterapii czy operacji musieli uczyć się świata na nowo. Byli jak małe dzieci, które ponownie poznawały swój organizm, jego możliwości, ale przede wszystkim ograniczenia. Sytuacja chorych onkologicznie przypomina zatem rozciągnięty w czasie obrzęd przejścia, inicjację, w czasie której ludzie poddawani są ciężkim próbom i doświadczeniom. Ci, którzy znaleźli oparcie w lekarzach i przekazywanych przez nich informacjach, drogę tę przechodzili łatwiej. Bez odpowiedniej wiedzy i wsparcia, wędrówka pacjentów przez kolejne etapy choroby bywała niezwykle trudna. Pacjenci, bez poczucia wsparcia ze strony medyków, czuli się zagubieni i nie potrafili znaleźć celu, do którego mogliby dążyć.

Paraliż

Pan Karol, mężczyzna do niedawna zdrowy, o postawnej budowie, od wielu lat ciężko pracujący fizycznie. Lekarze rozpoznali u niego raka nerki. Mimo to nie trafił do szpitala onkologicznego - jego terapia odbywała się na „zwykłym” oddziale urologicznym. Leczenie było radykalne i polegało na usunięciu chorego organu. Lekarze nie dali mu wielkiego wyboru metody leczenia: - To była krótka rozmowa. Przed samą operacją lekarz dał mi dosłownie dziesięć minut na szybkie zastanowienie się: tniemy, nie tniemy. Bardzo krótko. Dziesięć minut na zastanowienie, jak nie, to spotkamy się za pół roku, tyle że może nie będzie już, co ratować - opowiada mężczyzna.

Rozmówca przyznał, że gdyby wiedział, że medycy usuną mu całą nerkę, wówczas zrezygnowałby z zabiegu. Lekarze nie przedstawili mu innych koncepcji terapii. Usłyszał od nich jedynie, że na jego raka nie ma skutecznej chemioterapii. Życie pana Karola po operacji nie ułożyło się tak, jak oczekiwał. Stracił poczucie pewności i bezpieczeństwa. Nie miał siły na pracę.

- Nie mogę pracować ciężko i to mi przeszkadza. Nie wiadomo, co będzie dalej. Czy ja nie będę miał wypadku? Moja grupa krwi jest taka, że ciężko ją dobrać, bo jest minusowa. Bardziej obawiam się o swoje zdrowie. Człowiek myśli teraz o tej nerce, żeby sobie krzywdy nie zrobić. Nie funkcjonuję tak, jak funkcjonowałem kiedyś - opowiada pan Karol.

O operacji mówi głosem pełnym żalu. Przed zabiegiem i tuż po nim, nie otrzymał pomocy psychologicznej. Nikt z lekarzy nie wytłumaczył mu, na czym polega jego choroba, jak z nią żyć i jak należy postępować. Uważa też, że zbyt wcześnie został wypisany ze szpitala. Nie przeszedł żadnej rehabilitacji.

Pan Karol nie umie powiedzieć, jak na wiadomość o chorobie zareagowali jego bliscy. Po chwili milczenia, do rozmowy włącza się jego partnerka. Kobieta opowiada, że wiadomość o chorobie jej partnera była

dla niej szokiem. Po diagnozie pojawiło się mnóstwo pytań, z których najważniejsze to: skąd to się wzięło oraz dlaczego on?

- Człowiek niedoświadczony, nie wie, co to jest ten rak. Tym bardziej że to na nerce - tłumaczy.

Ponieważ nikt w szpitalu nie udzielił im informacji, kobieta postanowiła sama zdobyć wiedzę na temat choroby i rozpoczęła chaotyczne przeszukiwanie internetu:

- Uważam, że lekarz powinien i z chorym, i z rodziną przeprowadzić rozmowę. Wytłumaczyć im, na czym ta choroba polega, co to jest ten stopień „G”, G-1, G-2. My nic nie wiedzieliśmy, tylko tyle, co z internetu. A tam jeden pisze to, drugi już co innego. To trzeba było wypośredkować - relacjonuje.

W tej historii kluczowa jest zatem wartościowa informacja medyczna, a w zasadzie jej brak. Po wyłączeniu dyktafonu, usłyszałem od rozmówcy opowieść pełną żalu, strachu i niepewności. Mężczyzna ten nigdy nie odwiedził onkologa! Nie wiedział także, że do onkologa mógł udać się w każdej chwili i to bez skierowania. Pan Karol oczekiwał, że lekarze wyposażą go w szczegółową wiedzę i zaproponują mu dalsze rozwiązania terapeutyczne, dzięki którym jego życie, zniszczone przez chorobę, będzie mogło wrócić do normy. Tymczasem okazało się, że na skutek leczenia, rozmówca nie mógł pracować. Nie dostawał także żadnych świadczeń socjalnych oraz nie wiedział, w jaki sposób może o takie świadczenia wystąpić.

Brak informacji paraliżował jego działania oraz nie pozwalał mu przezwyciężyć chaotycznych procesów, które zdominowały jego życie. Jego bierność i pasywność podkreśliła także partnerka.

Zimny profesjonalizm

Niektórzy etnografowie sugerują, że przyczyn braku właściwej informacji doszukiwać się należy w kulturowych regułach tabu, które ograniczają swobodną wymianę myśli pomiędzy chorymi a lekarzami. W myśl tej koncepcji, pomiędzy stronami miałyby istnieć przestrzeń niedomówień, uników i przemilczeń, która powstaje jako rezultat ogromnego, negatywnego ładunku emocjonalnego i symbolicznego, związanego z nowotworami. W tradycji ludowej charakterystyczne jest unikanie nazywania określonych chorób - o raku mówi się na przykład „ten, który chodzi do tyłu”. Bezpośredniość w przypadku

ciężkich schorzeń nie jest wskazana, gdyż jest formą kuszenia losu i przywoływania „złego”.

Jednak zebrane wywiady nie potwierdzają tej tezy. Rozmówcy przedstawiali lekarzy jako niewykłaných w emocjonalne relacje profesjonalistów, stojących z boku, którzy potrafili przedstawić prawdę o diagnozie bez zbędnych eufemizmów, w bardzo bezpośredni sposób.

- Poszłam na odczytanie wyników. Pan doktor otworzył moją dokumentację i tak mi powiedział, pamiętam to jak dziś: „rak”. Tak mi powiedział - wspomina pani Alicja.

Co ciekawe, dość często sami chorzy traktowali pracę lekarzy w mechaniczny, a przez to bardzo profesjonalny i pozbawiony emocji sposób. Na przykład pani Cecylia opowiadała o lekarzach zupełnie tak, jakby byli oni mechanikami albo operatorami maszyn. Jej wyobrażenia o zawodzie medyka koncentrowały się na przekonaniu, że lekarze, uzbrojeni w odpowiednią wiedzę i technologię, potrafili regulować działanie ciał pacjentów, zupełnie podobnie jak mechanik dokręcający śrubki w maszynie.

Profesjonalna znieczulica

Rozmówcy dostrzegali także ewolucję postaw lekarzy na przestrzeni lat. Problem ten doskonale obrazuje wywiad z panią Zofią. Akcja jej opowieści zaczęła się w latach osiemdziesiątych, a w więc w czasie, w którym polska służba zdrowia, w tym onkologia, znajdowały się na innym poziomie niż dzisiaj. Dostęp do nowoczesnych terapii oraz technologii był ograniczony. Pani Zofia wspominała także, że mało kto wówczas myślał o ogólnym dobru pacjenta, w taki sposób, jak myśli się obecnie.

Lekarze koncentrowali się jedynie na wykonaniu określonych czynności, bez głębszej refleksji na temat ich potencjalnych konsekwencji i wpływu na życie swoich podopiecznych. Co ważne, sytuacja ta nie wynikała z ogólnej złośliwości lekarzy - była, zdaniem rozmówczyni, wynikiem panującego stylu myślenia i działania ówczesnej biomedycyny.

Choć zmienne w czasie i zależne od kontekstu społecznego oraz historycznego, niewykłanie medyków i stronięcie od emocjonalnych kontaktów postrzegano także jako „profesjonalną znieczulicę” Należy jednak zauważyć, że taka postawa - także w świadomości chorych - nie do końca była klasyfikowana jako zjawisko jednoznacznie negatywne. Rozmówcy zauważali, że mogła to być szczególnego rodzaju strategia radzenia sobie lekarzy ze stresem i napięciem związanym z wykonywaną pracą. Znieczulica to także forma zarządzania emocjami w świecie, w którym odgrywają one ogromną rolę. W sytuacji stresującej dla obydwu stron - lekarzy, obcujących z ogromną ilością chorych, oczekujących ratunku, wsparcia i nadziei, oraz pacjentów, doświadczających skrajnie negatywnych emocji związanych z chorobą, sprawna wymiana informacji jest wyjątkowo trudna. Ponadto, rozbudowany system administracyjny i defragmentacja medycyny skutkująją rozmyciem istoty problemu chorych. Problem ten zauważali moi rozmówcy - kontakty z wieloma lekarzami postrzegali oni jako czynnik dezorganizujący leczenie i wprowadzający do planu terapii zbędne zamieszanie.

Hubert Wierciński

doktorant na Wydziale Historycznym
Uniwersytetu Warszawskiego, Instytut Etnologii
i Antropologii Kulturowej

Komentarz



Nasuwa się więc pytanie - czy można w jakiś sposób temu zaradzić? Wprowadzenie lekcji empatii do programu studiów medycznych jest krokiem w dobrą stronę. Jednak czy można nauczyć kogoś empatii? Czy przedmiot ten nie zostanie odebrany przez studentów jako niepotrzebny i zajmujący im czas? Moim zdaniem lekarze powinni w bardziej świadomy sposób spojrzeć na swój zawód, na jego społeczny odbiór. Powinni lepiej zrozumieć, jak bardzo ich wiedza jest społecznie i kulturowo ceniona, jak bardzo ludziom chorym potrzebna, i jak wiele, dzięki niej, pacjenci mogą zdziałać. Zatem, wiedza lekarzy to nie tylko profesjonalna informacja naukowa, to także balsam na rany, środek do walki z cierpieniem, lękiem i niepewnością osób zmagających się z różnymi chorobami.

Hubert Wierciński

Niepodważalne Centrum Medycyny Doświadczalnej

Cztery lata przygotowań i sukces. Centrum Medycyny Doświadczalnej naszego Uniwersytetu otrzymało prestiżowy certyfikat niepodważalności badań „Good Laboratory Practice” (GLP).

Centrum powstało w 2006 r., kiedy rektorem Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku był prof. Jan Górski. Jednak kluczowe dla tego uczelnianego laboratorium wydarzenia nastąpiły nieco później. Gdy zapadła decyzja o staraniu się o GLP, wtedy prorektor ds. naukowych uczelni, a dziś rektor, prof. Jacek Nikliński wraz ze współpracownikami rozpoczęli przygotowania do akredytacji.

Polegały one na szeregu konsultacji i wyjazdów studyjnych do posiadających GLP laboratoriów na świecie. W rezultacie na potrzeby centrum adaptowano rozwiązania, które sprawdzą się we Włoszech i Hiszpanii. W efekcie centrum przeszło gruntowną modernizację.

Bezpieczeństwo

Centrum to budynek o powierzchni 1,5 tys. mkw. W zasadzie ogólnodostępna jest tylko jego niewielka część administracyjna. Do pozostałych stref dostać się mogą tylko uprawnione osoby. Poszczególne części obiektu (strefy: eksperymentalna, hodowlana i gospodarcza) oddzielone są od siebie specjalnymi śluzami.

O obowiązkującym tu surowym reżimie niech świadczy fakt, że nawet szef centrum i jednocześnie rektor uczelni prof. Jacek Nikliński nie ma prawa wejść do wszystkich pomieszczeń. Albo by dostać się do strefy hodowlanej, pracujące tu panie, nie mogą mieć makijażu, a przed samym wejściem muszą wziąć prysznic i przebrać się w sterylne odzież. Dodatkowo w niektórych pomieszczeniach celowo utrzymuje się nadciśnienie, tak by powietrze z innych części budynku z nim się nie mieszało.

Sercem budynku jest jednak system wentylacji i klimatyzacji z zestawami specjalnych filtrów. W pomieszczeniach utrzymywana jest stała temperatura (22 st. C) i wilgotność (55 proc.), a powietrze wymieniane jest 15 razy na godzinę! Do tego jest stały monitoring tych parametrów. Wystarczy ich niewielkie wahnięcia, aby na nogi postawić załogę. Większość urządzeń jest zdublowanych; gdyby któreś się popsuło, komputer sam włączy zamiennik.

Stwierdzenie, że nawet „mysz się tu nie prześlizgnie” jest jak najbardziej na



for. Wojciech Węcko

Zwierzęta hodowane w Centrum mają indywidualnie klimatyzowane klatki

miejsu. W laboratorium, oprócz wykonywania badań, hoduje się też zwierzęta laboratoryjne. Właśnie myszy i szczury. W sumie jest ich tu - w zależności od okresu w roku - od kilku do kilkunastu tysięcy sztuk. Centrum słynie z tej hodowli w całej Polsce. Swoje zwierzęta dostarcza do prawie 50 ośrodków badawczych w kraju. A wiele z nich woli poczekać w kolejce w Białymstoku, niż kupić je gdzie indziej.

Zwierzęta

W centrum bada się, jak substancje chemiczne, które w przyszłości mogą być lekami, oddziałują na zwierzęta. Bada się ich właściwości fizykochemiczne, toksyczne i farmakokinetyczne. Jest to niezbędny etap eksperymentu, aby móc później testować daną substancję na ludziach.

I choć kwestia wykorzystania zwierząt do badań budzi kontrowersje, to - jak mówi Agnieszka Popielska z CMD - uzyskanie zgody na eksperyment na nich, jest nawet bardziej skomplikowane niż w przypadku eksperymentu na człowieku. Laboratorium w każdej chwili może być poddane kontroli komisji bioetycznej czy weterynaryjnej. Oprócz tego stale musi składać raporty ze swojej pracy.

- One tutaj nie cierpią, naprawdę - przekonuje Agnieszka Popielska. - Jeżeli nie będziemy wykonywać takich eksperymentów na myszach czy szczurach, to trzeba by je robić na ludziach.

Obecnie w laboratorium prowadzone są badania dla projektów onkologicznych i cukrzycowych. Nie testuje się tu kosmetyków na zwierzętach.

Obsługa stara się zapewnić myszom i szczurom najlepsze, jakie się da, warunki.

- Chodzi o to, żeby się nie stresowały - mówi prof. Nikliński. - One mają indywidualnie klimatyzowane klatki. Sprowadzamy im z zagranicy specjalnie atestowane zabawki, tak samo jak karmę i wyściółkę. Po prostu żaden dostawca z kraju nie jest w stanie spełnić naszych wymagań.

Od środka

- Strefa eksperymentalna to dziewięć pomieszczeń, w tym sala zabiegowa oraz pokój chłodnia. Ta sekcja wyposażona jest w specjalistyczny sprzęt umożliwiający badania w zakresie morfologii i biochemii, hodowli komórkowej, histopatologii, biologii molekularnej.

- Sale operacyjne w centrum są dwie. Obie wyposażone w systemy do anestezji zwierząt oraz system do rekonwalescencji zwierząt po zabiegach.

- Strefa hodowlana to dziesięć pomieszczeń po ok. 20 mkw. każde i dwa magazyny na sterylne sprzęt. Zwierzęta trzymane są w klimatyzowanych klatkach, które stoją na specjalnych regałach.

- Kwarantanna: w centrum nie hoduje się wszystkich typów zwierząt potrzebnych do badań. Dlatego czasami sprowadza się je z zewnątrz. Aby mieć pewność, że jest

z nimi wszystko w porządku, przez jakiś czas muszą one być poddane procedurze kwarantanny. Ta strefa budynku składa się z trzech pomieszczeń i ma swoje oddzielne wejście z zewnątrz.

- Część gospodarcza (tzw. brudna): choć jest niedoceniana, to jest jedną z ważniejszych. Oddzielona od reszty obiektu specjalnymi służbami, ma osobne wejście z zewnątrz. Nawet pracownicy noszą stroje innego koloru niż w reszcie centrum. Tu dba się o czystość klatek dla zwierząt czy sprzętu. Najpierw wszystko jest gruntownie myte w przelotowych automatycznych myjniach, potem poddawane sterylizacji. To jedyne miejsce w Białymstoku i jedno z niewielu w kraju, w którym można wysterylizować laptop albo komórkę.

GLP

Tłumacząc na język polski nazwa oznacza „Dobra Praktyka Laboratoryjna”. Zabiegi o uzyskanie GLP zajęły cztery lata. Dwa ostatnie to liczne kontrole komisji akredytacyjnej działającej przy Ministerstwie Zdrowia oraz liczne konsultacje z pracownikami Biura ds. Substancji Chemicznych. Kolejne kontrole to też kwestia czasu, bo akredytacja nie jest przyznawana dożywotnio.

GLP to ogromne wymagania. Świetny sprzęt, wykształceni naukowcy i wymagające procedury. Tu nie można mówić o przypadku, czy realizacji własnych pomysłów w trakcie badań. Każda czynność jest opisana i to do tego stopnia, że jasno jest wskazane np., którą ręką bierzemy próbkę.

- Monitorujemy każdy element eksperymentów i funkcjonowania centrum, dzięki czemu jesteśmy w stanie odtworzyć każde wykonane tu badanie - tłumaczy prof. Nikliński.

- To może wydaje się trudne, ale jak się pracuje ciągle w takim standardzie, to wykonuje się te wszystkie czynności automatycznie - opowiada Agnieszka Popielska.

Co w zamian za ten reżim? Najwyższy poziom wiarygodności otrzymywanych wyników i ich uznawanie na całym świecie. Teraz nie ma znaczenia, czy firma robi badania w certyfikowanym laboratorium w USA, czy w Białymstoku. Oba wyniki będą jednakowo ważne.

Rektor Nikliński liczy, że certyfikat GLP spowoduje, iż kolejka chętnych do wykonania badań w centrum jeszcze się wydłuży.

Wojciech Więcko



fort. Wojciech Więcko

Konferencja prasowa po uzyskaniu certyfikatu GLP. Z prawej prof. Jacek Nikliński, z lewej Agnieszka Popielska z Centrum Medycyny Doświadczalnej



fort. Wojciech Więcko

Sala operacyjna



fort. Wojciech Więcko

Eksperymenty na zwierzętach są obowiązkowe przy testowaniu przyszłych leków

E-rejestracja w szpitalu dziecięcym

Białostocki szpital dziecięcy czeka wkrótce technologiczny skok. Za prawie 3 mln zł placówka zmieni swoje systemy informatyczne, na czym najbardziej skorzystają pacjenci.

Jest styczeń 2015 roku. Chcę zapisać dziecko na ćwiczenia rehabilitacyjne. Wchodzę na stronę internetową szpitala, loguję się do systemu. Wpisuję nazwisko i PESEL. Otwiera się kalendarz przyjęć w poradni rehabilitacyjnej. Wybieram lekarza. Sprawdzam, kiedy ma wolne terminy, i w jakich godzinach przyjmuje. Sam wybieram datę i godzinę. Potwierdzam wybór. Właśnie zarejestrowałem się do poradni. Zajął mi to dwie minuty. Bez wizyty w szpitalu i odstania „swego” w kolejce.

Niemożliwe?

- W chwili obecnej nie wiadomo, jaki będzie sposób autoryzacji użytkownika, bo system informatyczny jeszcze nie istnieje. Za to pewne jest, że e-rejestracja będzie jedną z funkcjonalności tego programu - mówi Michał Dojlido, kierownik sekcji ds. informatyki szpitala.

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku zgłosił swój projekt informatyczny w konkursie unijnym na e-usługi. I wygrał. Komisja oceniająca przyznała mu 100 punktów, na 100 możliwych do zdobycia. Górny limit wydatków konceptu nie mógł przekroczyć 3 mln zł (projekt szpitala to 2,99 mln zł), za to UE pokryje 85 proc. tej kwoty.

- Dzięki temu programowi będziemy pracowali jeszcze sprawniej. Uda się odciążyć personel szpitala od papierkowych spraw, dużo zyskają też pacjenci - mówi dyrektor szpitala Jerzy Pomaski.

Szpitalna reforma zakłada rozbudowę sieci i komputeryzację szpitalnej poradni (sam szpital jest już skomputeryzowany). Powstanie nowa strona internetowa placówki. Zaś sam nowy system będzie składał się z kilku modułów. Dla pacjentów najważniejsza będzie e-rejestracja, czyli zdalna możliwość zapisania się na wizytę do lekarza w poradni (w szpitalu mają też stanać specjalne kioski internetowe, z których będą mogły korzystać osoby odwiedzające placówkę). Ten moduł może być wyposażony jeszcze w funkcje „przypomnienia”, by np. dzień przed wizytą program automatycznie wysłał smsa albo maila z informacją o wizycie.

- Pacjenci często zapominają o umówionych wizytach, dlatego będziemy chcieli im o tym przypomnieć - dodaje Michał Dojlido.

Innym modułem ma być e-samokontrola, czyli poradnik dla pacjentów, którzy poszukują wiarygodnych informacji na temat różnych zachorowań.

Ciekawym rozwiązaniem mógłby być e-wywiad, który może przypominać trochę zdalną odprawę na lotnisku. Ale do rzeczy. Zgłaszając się do szpitala, trzeba najpierw wypełnić kilka dokumentów, w których opisujemy dotychczas przebyte choroby, albo czy na coś jesteśmy uczuleni. To jest standardowa procedura, która zajmuje sporo czasu. Niedługo taką ankietę będzie można wypełnić w domu, a w szpitalu będziemy się tylko leczyć.

Powstanie też specjalny moduł „telemedycyny” dla lekarzy, aby mogli zdalnie konsultować się z kolegami z całego świata. Jednak zamiast wysyłać za pośrednictwem sieci gigabajty danych, wybrany konsultant będzie logował się ze swojego komputera do szpitalnego serwera i w taki sposób będzie mógł poznać całość niezbędnych informacji.

Oddzielną zakładkę w systemie będą mieli też kontrahenci współpracujący ze szpitalem, tak by do minimum ograniczyć niezbędne formalności kontrolne czy rozliczeniowe.

Cała inwestycja ma być zrealizowana do końca przyszłego roku.

Wojciech Więcko

Białostockie in vitro dla Częstochowy

Specjaliści z kliniki rozrodczości szpitala klinicznego w Białymstoku znaleźli się w gronie ekspertów, którzy wezmą udział w programie leczenia niepłodności metodą in vitro w Częstochowie.

Radni z Jasnej Góry jako pierwsi w Polsce zdecydowali w październiku

2012 roku, aby to samorząd wsparł finansowo pary starające się o potomstwo metodą in vitro. Na ten cel przeznaczyli 150 tys. zł. Para może liczyć na jednocześnie wsparcie w wysokości 3 tys. zł.

Warto przypomnieć, że białostoccy radni nie zgodzili się na realizację podobnego jak w Częstochowie programu.

Wniosek o zarezerwowanie na ten cel 300 tys. zł w budżecie miasta złożył Sojusz Lewicy Demokratycznej. Oprócz zarzutów ideologicznych co do samej metody, padały też argumenty, że wkrótce ma być uruchomiony podobny ogólnopolski program.

bdc

Nasz człowiek na TOP 500 Innovators

Anna Daszuta-Zalewska z Biura ds. Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii UMB, oraz jednocześnie dziennikarka „Medyka”, dostała się na prestiżowy staż w ramach programu TOP 500 Innovators.

Program TOP 500 powstał w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jego główne założenie to wysłanie - w kilku edycjach - 500 najzdolniejszych naukowców i menedżerów z kraju do najlepszych na świecie ośrodków badawczych i naukowych. Tam mają poznawać, jak we współczesnym świecie radzi sobie nowoczesna nauka i przede wszystkim - jak na siebie zarabia. A zarabia bardzo dobrze.

Prof. Piotr Moncarz z Uniwersytetu Stanforda (USA) o programie TOP 500 dla Wyborcza.biz:

- Niesamowita sprawa. Dostałem grupę indywidualistów z Polski. Prymusów. A wiadomo, kim jest polski prymus: ma go podziwiać reszta świata. Na Stanfordzie w ciągu dziewięciu tygodni z indywidualistów robimy zgrany zespół. Wracają odmienieni. Po to, by odmienili Polskę. W sumie ma ich być 500. Jeśli uda im się utrzymać razem, będą jak klin. A klin to najprostsze i najskuteczniejsze narzędzie, jakie kiedykolwiek wymyślono. Taki 500-osobowy klin, złożony z osób rozrzuconych po całej Polsce, jest w stanie ją zmienić. A jest co zmieniać. To problemy systemowe, z którymi jednostka nie ma szans.

Do tej pory odbyły się cztery edycje programu TOP 500. Pierwsze trzy swoją bazę miały na Uniwersytecie Stanforda, ostatnia - w Uniwersytecie Kalifornijskim, w Berkeley (oba USA). W drugiej edycji programu uczestniczył jedyny do tej pory pracownik Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku - dr hab. Karol Kamiński, prodziekan wydziału lekarskiego.

- Najbardziej zdziwiłem się ilością pieniędzy pozyskiwaną przez uczelnie z wdrożeń - dzielił się swoimi wrażeniami na łamach październikowego „Medyka” Karol Kamiński. - Zaskoczyły mnie też sumy pozyskiwane z pozwów patentowych. Uczelnie pa-

tentują i jeśli jakaś firma wykorzysta nieprawnie ten patent, czy zastrzeżoną technologię, wówczas może pozwać ją do sądu i wywalczyć pieniądze. I w ten sposób Uniwersytet w San Francisco pozyskał kilkaset milionów dolarów. Innym źródłem są pieniądze z samych patentów, np. Uniwersytet w Stanfordzie ze sprzedaży akcji firmy Google (kluczowym patentem był algorytm wyszukiwania, został on odkryty w trakcie pracy doktorskiej), uzyskał około 450 mln dolarów.



Jak dodaje Kamiński, ze swojego stażu wrócił z „infekcją choroby kalifornijskiej”. To określenie pochodzi od samych uczestników TOP 500 i oznacza diametralną zmianę w sposobie podejścia do nauki i sposobów jej praktycznego wykorzystania w gospodarce.

- Ja się nie boję tej choroby, bo już dawno zostałam nią zainfekowana. Tematyką komercjalizacji nauki pasjonuję się od dawna. Przeczytałam sporo na ten temat, teraz liczę na to, że będę mogła praktycznie poznać, jak osiąga się sukcesy w komercjalizacji. Mam więc nadzieję, że choroba się pogłębi - śmieje się Anna Daszuta-Zalewska.

Podczas dwumiesięcznego stażu jego uczestnicy odwiedzają nie tylko jednostki naukowe, ale też największe światowe firmy czy organizacje. W po-

przednich edycjach zajęcia odbywały się m.in. w Google' u i w NASA, były spotkania z czołowymi amerykańskimi biznesmenami, m.in. szefem Dropboxa, czy byłym wiceprezesem Facebooka. Do tego sporo wizyt studyjnych w firmach działających w „Dolinie Krzemowej”.

- Właśnie na to liczę najbardziej. Chcę się spotkać z najlepszymi praktykami. Osobami, które zajmują się komercjalizacją, które za sobą mają już niejedno wdrożenie. Poza tym takie spotkania to też możliwość nawiązania wartościowych kontaktów, a to w tej branży chyba jest najważniejsze - dodaje Anna Daszuta-Zalewska.

Karol Kamiński polecał na swój staż z puli naukowców, Anna Daszuta-Zalewska wybiera się tam z grona menedżerów innowacji. W przyszłości takie osoby mają być pośrednikami łączącymi świat nauki i gospodarki. A to dlatego, że wielu naukowców nie interesuje perspektywa zostania przedsiębiorcą, a biznesmenom trudno jest bezpośrednio docierać do naukowców. Dlatego są potrzebne takie osoby, jak menedżerowie innowacji, brokerzy technologii, które z jednej strony będą wynajdywały wartościowe odkrycia ze świata nauki, z drugiej będą je potrafiły zaoferować gospodarce. Zarabiać mają na tym wszyscy - naukowcy, ośrodki naukowe i przedsiębiorcy.

W kraju takich specjalistów jest niewiele. Pracują głównie w spółkach komercjalizacyjnych ulokowanych wózków największych polskich ośrodków naukowych (większość w zachodniej i południowej części Polski). Jako że Podlasie to „komercjalizacyjna pustynia”, a zarobić na tym można dużo, to te firmy starają się ulokować swoje przedstawicielstwa u nas. Dla gospodarki Podlasia to zagrożenie w postaci utraty sporej części zysków.

Wojciech Więcko

Szansa na staż naukowy w Ekwadorze

Rząd Ekwadoru poszukuje pięciu tysięcy naukowców z całego świata, którzy zechcą w tym kraju przeprowadzić swoje badania naukowe - to najważniejsze założenie programu „Prometeo”, o którym opowiedział w Białymstoku ambasador Ekwadoru Fabian Valdivieso.

Ambasador został zaproszony na spotkanie Kolegium Środowiskowego Rektorów Uczelni Wyższych w Białymstoku. Gospodarzem spotkania był prof. Jacek Nikliński, rektor UMB i jednocześnie przewodniczący Kolegium.

Jak powiedział podczas swojej prezentacji ambasador Valdivieso, Ekwador jest w trakcie realizacji poważnej reformy szkolnictwa wyższego. Spośród kilku jej etapów jest też taki, który zakłada zaproszenie do Ameryki Południowej grupy zagranicznych naukowców. Ci, realizując w tym kraju swoje projekty badawcze, pośrednio mają rozwijać potencjał naukowy kraju i podnieść poziom nauczania.

- Rząd chce, by Ekwador do 2020 roku ewoluował w kierunku kraju, którego społeczeństwo będzie oparte na wiedzy. Aby osiągnąć ten cel, niezbędny jest rozwój technologii - mówił do zebranych ambasador Fabian Valdivieso.

Eksport Ekwadoru to głównie sprzedaż produktów pierwotnych, import - to przeważnie drogie technologie. Dlatego tak bardzo władzom tego kraju zależy na odwróceniu tej tendencji.

Chętnym do odbycia stażu stawia się w zasadzie jeden wymóg: zaproponowane badania muszą przekładać się na wzrost potencjału technologicznego kraju. Jednak, co ważne, to nie muszą być stricte projekty techniczne. Mogą być także dotyczące biologii (ambasador podkreślał w tym względzie potencjał wysp Galapagos), czy zasobów naturalnych Ekwadoru, albo zupełnie innych dziedzin. Taki koncept można zgłosić samemu, można też zgłosić się, by uczestniczyć w projekcie zaproponowanym przez kogoś innego (informacje w ambasadzie Ekwadoru w Warszawie).

Z innych wymogów: kandydat musi mieć co najmniej tytuł doktora i udokumentowany dorobek naukowy. Jed-



for Wojciech Więcko

Ambasador Ekwadoru w Polsce Fabian Valdivieso zapraszał w Białymstoku naukowców do odwiedzenia Ekwadoru

nak w szczególnych przypadkach, jeżeli przedstawiony pomysł będzie ciekawy, to nie będzie to wymóg obligatoryjny. Badania powinny się odbyć w okresie 4-12 miesięcy (ale to też nie jest ścisły

przez pół roku mieszkanie na miejscu, a także ubezpieczenie, i pokryje do ustalonych progów koszty działalności naukowej na miejscu (sprzęt i odczynniki badawcze są zapewnione).

Rekrutacja do projektu składa się z trzech etapów: * zgłoszenie (za pośrednictwem ambasady w Warszawie); * weryfikacja aplikacji i jednocześnie poszukiwanie instytucji w Ekwadorze zainteresowanej proponowanymi badaniami; * techniczne ustalenia co do szczegółów wyjazdu i sam wyjazd (na miejscu badacz otrzyma wsparcie asystenta, który pomoże w załatwieniu spraw organizacyjnych i wesprze na początku w pokonywaniu barier aklimatyzacyjnych).

Program „Prometeo” ma trwać do 2015 r. Skorzystało z niego już ok. 250 naukowców (najwięcej z USA i Holandii).

W ramach innego programu naukowego rząd Ekwadoru zamierza wysyłać do krajów europejskich swoich studentów. W latach 80. w Polsce studiowało ok. 200 Ekwadorczyków, obecnie jest ich mniej niż 20.

5000

tytu naukowców chce sprowadzić do kraju rząd Ekwadoru

wymóg). Kandydat musi posługiwać się za to językiem hiszpańskim albo angielskim.

- Jesteśmy otwarci na naukowców z całego świata - zapewnia ambasador.

W zamian rząd Ekwadoru gwarantuje pensję na poziomie 4-6 tys. dolarów, opłaci bilety lotnicze w dwie strony,

Asystent Roku - Krzysztof Bauer

Krzysztof Bauer (Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof) głosami studentów został wybrany na Asystenta Roku na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB.

To pierwsza tego typu uroczystość na tym wydziale. Głosowanie odbyło się za pośrednictwem wydziałowego profilu na Facebooku. Spośród kilkunastu nominowanych asystentów najlepszy okazał się lek. med. Krzysztof Bauer, który na co dzień uczy studentów zagadnień związanych z medycyną ratunkową. Zebrał prawie 25 proc. wszystkich głosów. Kiedy odbierał statuetkę i pamiątkowy dyplom, grupa studentów urządziła mu owację na stojąco.

- Nie przekupiłem nikogo - zażartował na początku rozmowy z „Medykiem” laureat.

Dla Krzysztofa Bauera, to kolejne wyróżnienie w ostatnim czasie. W połowie zeszłego roku był opiekunem studenckiej grupy ratowników medycznych, która zdobyła Mistrzostwo Polski Uczelni Medycznych.

Konkurs na Asystenta Roku to pomysł władz wydziału na zdopingowanie nauczycieli akademickich do lepszej pracy, ale też na zaangażowanie samych studentów.

- Na naszym wydziale kształcimy profesjonalistów medycznych, którzy potem stają bezpośrednio do pracy zawodowej. Bez żadnych specjalizacji i staży. Jak my ich wykształcimy, tacy oni będą w swoim życiu zawodowym. Dlatego tak dużo dobrych rzeczy mogą im przekazać asystenci. Toteż im większym zaufaniem się cieszą wśród studentów, tym więcej mogą im przekazać - przekonuje prodziekan prof. Elżbieta Krajewska-Kułak.

bdc

Rozmowa z laureatem konkursu „Asystent roku”

TOMASZ DAWIDZIUK: Jaką zna Pan metodę na bycie najlepszym nauczycielem?

KRZYSZTOF BAUER: - Myślę, że najważniejsza jest współpraca. Nie jestem ani wybitnie łagodnym, ani wybitnie mądrym asystentem. Nie jestem też typem nauczyciela, który traktuje swoich studentów surowo, a w ostatniej chwili zalicza przedmiot. Nazwałbym siebie po prostu asystentem współpracującym ze studentami. Nawet nie nauczającym. Moim zadaniem jest przygotowanie profesjonalistów, ludzi, którzy po skończeniu studiów otrzymają



foto: Tomasz Dawidziuk

Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak i Krzysztof Bauer

tytuł zawodowy i będą gotowi do podejmowania wyzwań związanych z pracą. To sprawia największą satysfakcję.

Czy na pewno nie widzi Pan w sobie niczego, co mogłoby zostać uznane za wyjątkowe?

- Trudno mi powiedzieć. Sądzę jednak, że najlepiej byłoby przypomnieć sobie czasy studenckie i zwrócić uwagę na wszystko to, czego mnie osobiście brakowało. Albo, z drugiej strony, co wydawało się przesadzone. Pamiętam sytuacje, w których asystent koniecznie starał się pokazać, że jest krok przed studentami i posiada większą wiedzę. W ten sposób udawał, że student tak naprawdę niewiele umie. Tworzył się dystans. Nie twierdząc, że sam minimalizuję go poza, nazwijmy ją, bezpieczną granicę, bo wówczas zajęcia niewiele by wniosły. Staram się go po prostu nie wyolbrzymiać, nie stawiać siebie na piedestale. I nie lubię stawiać ocen.

Przecież bez ocen nie da się zaliczyć przedmiotu.

- Nie lubię, nie znaczy, że nie oceniam, bo jest to mój obowiązek. Każdy asystent musi oceniać postępy studentów i temu właśnie ma służyć skala ocen. W trakcie studiów hamowało mnie ustawienie w relacji asystent - przepaść - odpytywana grupa studentów, którzy siedzieli jak na szpilkach. Drażniło mnie, kiedy asystenci wymagali, nie dając nic od siebie. W czasie zajęć na ratownictwie podoba mi się obustronna nauka. Studenci przychodzą na zajęcia po to, żeby się uczyć, ja uczę się od nich. Ocena również jest obustronna. Studenci

dostają oceny do indeksu, asystent jest oceniany za pomocą ankiet.

Albo zostaje laureatem konkursu.

- To miłe wyróżnienie, choć ja po prostu robię swoje i traktuję studentów tak, jak sam chciałbym być traktowany.

I przy okazji nie daje Pan sobie wejść na głowę.

- Staram się nawiązywać współpracę ze studentami, a nie tylko wytykać braki w przygotowaniu do kolejnych zajęć. Proszę nie zrozumieć mnie źle, ale brakowało mi tego i nadal brakuje. Z pewnością obie strony czują się lepiej, kiedy każdy zna swoją rolę, jednak nie tworzy się między nimi nadmierny, wręcz sztuczny dystans. Wspólnie opracowujemy zagadnienia i czerpiemy z tego korzyści. W przeciwieństwie do modelu, gdzie mistrz dyktuje, a uczeń notuje. Wolę, kiedy ten sam mistrz i uczeń wspólnie zasiadają do zagadnienia. I tak staram się prowadzić zajęcia.

Mówi Pan o urozmaiconych zajęciach. Czy to zawsze przychodzi z łatwością?

- Zmęczenie i znużenie to codzienność. Pracuję na SOR-ze, gdzie dyżuruję, mam duże grupy studentów, muszę zajmować się pacjentami. Czasem naprawdę ciężko jest poprowadzić interesujące zajęcia. Staram się, żeby w miarę możliwości trzymać poziom, ale trudno mi powiedzieć, czy zawsze wychodzi świetnie, czy też zdarzają się mniej ciekawe zajęcia.

Rozmawiał Tomasz Dawidziuk

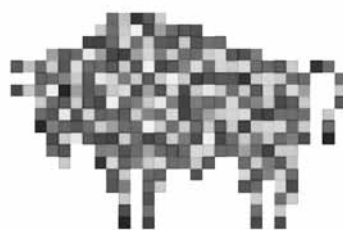
Centrum Badań Innowacyjnych z nominacją

Centrum Badań Innowacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zostało nominowane do Podlaskiej Marki Roku 2012.

Nagroda została ustanowiona przez marszałka województwa podlaskiego i promuje to wszystko, co w regionie najlepsze. Zwycięzca staje się niejako wizytówką województwa podlaskiego. To już dziewiąta edycja konkursu.

Centrum Badań Innowacyjnych to jedna z pereł Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W połowie zeszłego roku - jako jeden z sześciu ośrodków naukowych w kraju - otrzymało tytuł Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego (KNOW). Tytułem tym wyróżnia się tylko takie jednostki, które wyznaczają standardy w rozwoju polskiej nauki. Centrum zajmuje się badaniami nad chorobami cywilizacyjnymi. KNOW, prócz wielkiego prestiżu, ma całkiem realną postać - to 50 mln zł do wydania na cele naukowe.

Zasady konkursu Podlaska Marka przewidują, że nominowanych wskazuje specjalna kapituła ekspertów, która



Podlaska Marka
Roku 2012

składa się z dotychczasowych laureatów, specjalistów z różnych dziedzin gospodarki oraz osób zaufania publicznego. Kapituła już się zebrała i spośród 67 zgłoszeń wybrała 21, które zyskały status

nominowanego do Podlaskiej Marki. W końcu marca kapituła zbierze się raz jeszcze i ostatecznie wyłoni pięciu laureatów konkursu. Swojego laureata wskażą też mieszkańcy regionu, którzy mogą głosować za pośrednictwem internetu (pod koniec marca Centrum Badań Innowacyjnych było na 3 miejscu w głosowaniu internetowym mieszkańców).

Zwycięzcy konkursu, prócz zaszczytów i statuetek, dostaną także nagrody w wysokości 15 tys. zł.

Finałowa gala - podczas której laureatom wręczone zostaną nagrody - odbędzie się 25 kwietnia w nowym gmachu Opery i Filharmonii Podlaskiej. Uroczystość zyska szczególny wymiar, ponieważ będzie jednym z elementów obchodów 500-lecia województwa.

bdc

Nagroda dla prof. Adama Czesława Dobrońskiego

Prof. Adamowi Czesławowi Dobrońskiemu z Uniwersytetu w Białymstoku, znanemu Czytelnikom „Medyka” z cyklu „Miasta naszego regionu”, przyznano nagrodę prezydenta Białegostoku w kategorii ochrony dziedzictwa. Jest to wyraz uznania dla profesora za przybliżanie i popularyzowanie miasta i ludzi z nim związanych.

Profesor Dobroński od prawie 40 lat zajmuje się historią Białegostoku i regionu. Jest autorem licznych publikacji naukowych, redaktorem historycznych rubryk prasowych w „Kurierze Porannym”

i „Medyku Białostockim”, współautorem i redaktorem książek „Białystok lata 20., lata 30.”, „Białostoczanie lat 20., lat 30.”, „Białostoccy Żydzi”, „Białystok na starych pocztówkach”, „Historia Województwa Podlaskiego”, „Historia Białegostoku”, „Białystok. Historia miasta”.

Przywrócił miastu postać Prezydenta Ryszarda Kaczorowskiego (w książkach „Ostatni Prezydent II RP” i „Ryszard Kaczorowski. Dziewięć wieczorów z Prezydentem”). Dzięki jego staraniom w Bibliotece Uniwersyteckiej stworzono nową ekspozycję: Gabinet Prezydenta Ryszarda Kaczorowskiego.

W pozostałych kategoriach nagrody prezydenta przyznano: Monice Szewczyk, Teatrowi Malabar Hotel, Stowarzyszeniu „Fabryka Bestsellerów”. Uroczyste wręczenie nagród planowane jest na 23 czerwca.

Przypomnijmy, że jesienią 2012 r. - podczas inauguracji nowego roku akademickiego - rektor UMB prof. Jacek Nikliński uhonorował specjalnym wyróżnieniem prof. Dobrońskiego za wieloletnie działania na rzecz promocji uczelni oraz wspieranie rozwoju wydawnictwa „Medyk Białostocki”.

bdc

Śrubokręt w mózgu

Na początku marca niemal wszystkie gazety, telewizje i agencje informacyjne na świecie mówiły o tym, co wydarzyło się w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym. Neurochirurdzy wyciągnęli wbity w mózg na 5 centymetrów śrubokręt i uratowali życie 25-letniego mężczyzny.

Do wypadku doszło 5 marca w okolicy Łap. Młody, 25-letni mężczyzna majsterkował przy samochodzie. Co się dokładnie wydarzyło, nie pamięta. Prawdopodobnie poślizgnął się i upadł. Kiedy się ocknął, poczuł, że boli go ręka. Po chwili zauważył też, że coś mu zwisa nad okiem. Podszedł do samochodu i dopiero w lusterku zobaczył, że w głowę ma wbity śrubokręt. Krzyżak. Usiadł, zapalił papierosa, by uspokoić nerwy, a potem dopiero poszedł do sąsiada prosić o pomoc. Młody człowiek najpierw trafił do szpitala w Łapach, a stamtąd karetką został przewieziony do Kliniki Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Już w drodze pracownicy pogotowia zawiadomili lekarzy z USK z jakim „przypadkiem” jadą, by ci mieli czas na przygotowanie się do operacji. Z SOR-u pacjent od razu trafił na stół operacyjny. Zabieg trwał ponad trzy godziny, na szczęście lekarzom udało się usunąć śrubokręt.

- To był trudny przypadek. Najpierw trzeba było usunąć śrubokręt, a następnie zatamować wypływ płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi – relacjonował przebieg operacji dr Piotr Szydlik, neurochirurg z USK. - Śrubokręt tkwił w płacie czołowym, w sumie na głębokości około pięciu centymetrów. Zabieg był wykonany z tzw. dojścia małoinwazyjnego. Pacjent po zabiegu czuje się bardzo dobrze, wymaga tylko dalszego leczenia antybiotykowego.

Mężczyzna może mówić o ogromnym szczęściu, ponieważ w zasadzie nic mu się nie stało i rokowania na przyszłość też są dobre. Choć podczas wypadku został uszkodzony mózg, na szczęście nie w neuronalnym miejscu. Jak dodaje dr Jan Kochanowicz z Kliniki Neurochirurgii USK, płat czołowy mózgu, gdzie doszło do wbicia ostrza śrubokrętu, jest „niemy” klinicznie.

- Oczywiście została uszkodzona część mózgu, czy też zatoka czołowa,

ale ten fragment mózgu nie odpowiada za jakieś funkcje ruchowe czy za wzrok. Od oka było bardzo blisko, około centymetra – tłumaczy dr Kochanowicz.

Dzięki lekarzom z USK, pacjent po kilku dniach wyszedł ze szpitala tylko z niewielką blizną na czole. Śrubokręt został mu zwrócony.

Jak przyznają lekarze z Kliniki Neurochirurgii, co jakiś czas trafiają do nich pacjenci z ciałami „obcymi” w mózgu. W połowie lutego do białostockich neurochirurgów zgłosił się mieszkaniec Śląska, u którego podejrzewano guza mózgu. Polecono mu białostocki ośrodek, który jako jeden z niewielu w Polsce wykonuje małoinwazyjne, endoskopowe operacje mózgu. Podczas takiej właśnie operacji okazało się, że to nie guz, tylko otorbiona, drewniana drzazga. Lekarze usunęli ją i pacjent zupełnie zdrowy został wypisany do domu.



Sukces neurochirurgów z białostockiego szpitala klinicznego opisał ponad 200 mediów z całego świata

Przez kilka lat do kliniki neurochirurgii systematycznie trafiał więzień, który nie chcąc siedzieć za kratami, wbijał sobie gwóźdź w czoło – dokładnie pomiędzy dwie półkule mózgowe. Zaliczył kilka wizyt w szpitalu i kilka udanych operacji wyjmowania kolejnego wbitego gwoźdźca. Jednak za którymś razem, choć lekarze wyjęli gwóźdź, to pacjent zmarł z powodu zakażenia rany, którego nie dało się opanować. Z kolei osiem lat temu do Kliniki Otolaryngologii USK zgłosił się pacjent, skarżący się na ból żuchwy. Po prześwietlaniu okazało się, że mężczyzna w poprzek głowy ma wbity nóż, któremu ułamała się rękojeść. Pacjent przyznał lekarzom, że jakiś czas temu ten nóż mu zaginął (kiedy doszło do wypadku, mężczyzna był pijany, dlatego nie zorientował się, co się stało). Lekarze wyciągnęli nóż i to uratowało mu życie.

km, bdc

Sprawa dla „Medyka”: medyk@umb.edu.pl

Pytajmy o patenty

Jeden dzień w historii ludzkości to nic. Jeden dzień w życiu człowieka to mgnienie. Ale dla ochrony naszych praw własności intelektualnej to właśnie ten jeden dzień ma niejednokrotnie decydujące znaczenie.

Na przełomie lutego i marca tego roku, podczas posiedzeń rad wydziałów, odbyły się spotkania konsultacyjne dotyczące rozpoczęcia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku prac nad regulaminem w sprawie zarządzania prawami własności intelektualnej i komercjalizacji wyników badań naukowych. Okazało się, że głód wiedzy w tym zakresie jest duży i niezaspokojony. Zarówno w trakcie, jak i po spotkaniach, otrzymaliśmy sporo pytań. Na najczęściej zadawane postanowiliśmy odpowiedzieć na łamach „Medyka”.

Dziś zgłoszenie, jutro publikacja

Udało mi się wykryć nowy sposób identyfikacji jednego z markerów nowotworowych. Tańszy i prostszy od znanych dotychczas. Wiem, że jako autor tego rozwiązania, mogę je opatentować. Ale jako człowiek nauki – chciałbym się moim odkryciem podzielić ze światem. Czy mogę opublikować wyniki swoich badań, a jednocześnie opatentować rozwiązanie?

Patentować i publikować rozwiązanie można bez przeszkód niemalże jednocześnie. Ważne jest, aby zachować właściwą kolejność działań. Dziś rejestracja zgłoszenia patentowego w Urzędzie Patentowym, a jutro wysyłka artykułu do wydawnictwa.

Nawet więcej, już następnego dnia po zarejestrowaniu zgłoszenia patentowego w Urzędzie Patentowym, artykuł może się ukazać w czasopiśmie, internecie, a poster prezentujący moje odkrycie - na konferencji naukowej.

Nie może być odwrotnie. Jeżeli dziś opublikuję moje odkrycie – czyli powszechnie rozwiązanie – a jutro dokonam zgłoszenia patentowego, z całą pewnością nie otrzymam patentu. Ten jeden dzień może pozbawić ochrony mojego wynalazku. Tym samym uniemożliwi mi uzyskanie potencjalnych przychodów ze sprzedaży praw do wynalazku. Niechronionego, nawet przełomowego rozwiązania nikt nie kupi. Po co płacić za coś, co można mieć za darmo.

Eksperyment z patentem w tle

Mam pomysł na badanie naukowe. Aby przeprowadzić eksperyment potrzebuję zestawu odczynników, służących do wykrywania dziedzicznej predyspozycji do rozwoju nowotworu, który jest opatentowany w Polsce. Chciałabym też prowadzić moje badanie w oparciu o opatentowaną metodę wykrywania dziedzicznej predyspozycji do zachorowania na nowotwór. Czy w ogóle mogę skorzystać z tej metody i zestawu odczynników? Jeżeli tak, to w jaki sposób?

Niektórzy wynalazcy patentują tylko po to, aby uniemożliwić innym korzystanie ze swojego wynalazku. Zablokować działania konkurencyjne, uniemożliwić rozwój danej technologii. Takie sytuacje się zdarzają i nie są rzadkością.

Załóżmy, że w tym przypadku nie mamy do czynienia z tzw. trolej patentowym, a właściciel praw do patentu chce się nimi podzielić. Najczęściej stosowaną formą udostępniania innym zainteresowanym opatentowanego rozwiązania jest licencjonowanie. Jeżeli właściciel praw do patentu udzieli nam licencji upoważniającej do wykonywania tych testów genetycznych na terytorium Polski, wówczas będziemy mogli skorzystać z tej metody na warunkach określonych w umowie licencyjnej.

Szanowni Państwo, wszelkie pytania dotyczące ochrony patentowej, komercjalizacji wiedzy są mile widziane. Zapraszam do Biura Ochrony Praw Własności Intelektualnej i Transferu Technologii (<http://www.umb.edu.pl/bowitt>). Na Państwa pytania postaramy się odpowiedzieć bezpośrednio albo za pośrednictwem „Medyka”.

Anna Daszuta-Zalewska,

Specjalista Biura Ochrony Praw Własności Intelektualnej i Transferu Technologii UMB

Nowi konsultanci wojewódzcy z UMB

Wojewoda podlaski Maciej Żywno powołał na stanowiska konsultantów wojewódzkich dwóch pracowników Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W dziedzinie dermatologii i wenerologii została nim dr hab. Iwona Flisiak, kierownik Kliniki Dermatologii i Wenerologii

UMB. W dziedzinie medycyny ratunkowej - dr n. med. Marzena Wojewódzka-Żeleźniakowicz, adiunkt w Zakładzie Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMB. Warto dodać, że krajowym konsultantem w tej dziedzinie jest prof. Robert Ładny, szef tego zakładu.

Konsultanta - na pięcioletnią kadencję - powołuje wojewoda w porozumieniu z ministrem zdrowia. Kandydat musi

posiadać tytuł specjalisty w danej dziedzinie. Konsultanci wojewódzcy mają bardzo szeroki zakres uprawnień i zadań, m.in. wykonują opinie i kontrole dla organów administracji rządowej, nadzorują szkolenia, informują stosowne urzędy o dostrzeżonych nieprawidłowościach.

bdc

Dwa granty dla UMB

Narodowe Centrum Nauki sfinansuje dwa programy badawcze, które przygotowali pracownicy naukowci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wartość obu przekracza 700 tys. zł.

NCN jest agencją działającą przy Ministerstwie Szkolnictwa Wyższego, która wspiera działalność naukową w zakresie badań podstawowych, czyli prac eksperymentalnych lub teoretycznych podejmowanych przede wszystkim w celu zdobycia nowej wiedzy o podstawach zjawisk. Centrum finansuje takie badania, wspiera naukowców stypendiami, ale też skrupulatnie ich rozlicza. Dodatkowo w sposób szczególny promuje młodych naukowców, rozpoczynających swoje kariery. Dla nich ma zarezerwowane 20 proc. swojego budżetu.

Nasi naukowcy od NCN otrzymali w sumie ok. 720 tys. zł. Pierwsze badania – pionierskie w Polsce – będzie realizować dr Joanna Pancewicz-Wojtkiewicz z Zakładu Histologii i Embriologii.

Ich temat to „Ligandy Notch i ich rola u pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NSCLC). Wyniki tych badań być może pomogą w przyszłości w diagnostyce chorych na raka płuc. Jak wynika z innych eksperymentów przeprowadzonych wcześniej, w komórkach raka może dochodzić do zwiększonej aktywności Ligandów Notch.

Drugi program badawczy zrealizuje dr Marcin Baranowski z Zakładu Fizjologii. Tytuł projektu „Czy sfingozyno-1-fosforan jest mediatorem kardioprotekcyjnego i przeciwmiażdżycowego wpływu wysiłku fizycznego?”

- Korzystny wpływ regularnej aktywności fizycznej na ryzyko rozwoju chorób układu krążenia jest powszechnie znany, jednak mechanizmy leżące u podłoża tej zależności pozostają niejasne – tłumaczy dr Baranowski.

Sfingozyno-1-fosforan jest (S1P) liposfingolipidem o silnym działaniu kardioprotekcyjnym i przeciwmiażdżycowym naturalnie występującym w osoczu i krwinkach człowieka. Co ciekawe większa jego część znajdującego się w osoczu transportowana jest przez lipoproteiny o wysokiej gęstości, których ilość rośnie w odpowiedzi na regularnie wykonywany wysiłek fizyczny. Pozwala to przypuszczać, że S1P może być nowym mediatorem kardioprotekcyjnego i przeciwmiażdżycowego wpływu aktywności fizycznej. Celem projektu jest określenie czy i w jaki sposób wysiłek fizyczny wpływa na metabolizm S1P we krwi człowieka ze szczególnym uwzględnieniem roli mięśni szkieletowych.

Naukowcy mają dwa lata na zrealizowanie swoich badań.

bdc

Jak mądrze i zdrowo się starzeć

Czy można opóźnić starość? Jak starzeć się szczęśliwie? Jakie korzyści płyną z aktywności wolontariackiej?

A może warto wybrać się na koncert?

Próbę odpowiedzi na te pytania podjęli realizatorzy projektu „Jak mądrze i zdrowo się starzeć oraz aktywnie uczestniczyć w kulturze”. Zaczęli organizować sesje adresowane głównie do społeczności w wieku powyżej 60 lat, podczas których seniorzy mają okazję spotkać się z lekarzami, wolontariuszami oraz wysłuchać koncertu muzycznego.

Projekt rozpoczął się w listopadzie zeszłego roku i potrwa do końca czerwca. Warto podkreślić, że realizatorzy chcą dotrzeć zwłaszcza do tych miejscowości, gdzie mieszkańcy mają znacznie mniejsze możliwości dostępu do atrakcyjnych przedsięwzięć prozdrowotnych czy wydarzeń kulturalnych. Dotychczas gościli m.in. w Michałowie, Łapach, Knyszynie, Jałowie, Suwałkach czy Mońkach.

Każde takie spotkanie składa się z trzech części: spotkań z lekarzem, wolontariuszem oraz koncertu. Lekarze zapoznają słuchaczy z nowoczesną wiedzą nt. zagrożeń zdrowotnych wieku starszego

(osteoporoza, niesprawność ruchowa, otępienie, depresja) i ze sposobami ich zapobiegania (zdrowa dieta, ruch, aktywność społeczna, świadomość zdrowotna). Za część medyczno-oświatową odpowiadają specjaliści z wieloletnim doświadczeniem (**dr hab. Zyta Beata Wojszel**, **dr Jolanta Wilmańska** oraz **dr hab. Jerzy Konstantynowicz**). Szczególną wartością jest dla uczestników możliwość konsultacji w kwestii trybu życia, podzielenia się własnymi spostrzeżeniami, zadawania konkretnych pytań.

Interesujące są także spotkania z wolontariuszami, członkami Stowarzyszenia Społeczno-Kulturalnego TAK. Osoby te nieodpłatnie i dobrowolnie oferują swoją pomoc innym, dzielą się swoimi przeżyciami oraz doświadczeniami. Podkreślają, że wolontariat dostarcza dużo satysfakcji, poczucia użyteczności i czynienia dobra.

Największym zainteresowaniem podczas sesji cieszy się zazwyczaj część artystyczna. Organizatorzy proponują

różne tematy przewodnie koncertów. W pierwszej edycji programu królowała „Kantata o kawie” Jana Sebastiana Bacha - partie solowe wykonywali: **Małgorzata Trojanowska** - sopran, **Przemysław Kummer** - bas, **Paweł Pecuszok** - tenor oraz **Tomasz Trojanowski** - fortepian. Podczas spotkania w Suwałkach kilkaset osób zgromadziła na widowni opera komiczna „La serva padrona” Giovanniego Battisty Pergolesiego (w wykonaniu orkiestry i solistów Zespołu Muzyki Dawnej *Diletto* pod dyrekcją **Anny Moniuszko**). W planach są jeszcze m.in. najpiękniejsze arie operowe i operetkowe, romanse rosyjskie i dumki ukraińskie, czy pieśni kompozytorów polskich.

Uczestnictwo w sesjach jest całkowicie nieodpłatne. Realizatorzy projektu zamierzają odwiedzić jeszcze około 20 miejscowości w naszym regionie.

**Jerzy Konstantynowicz,
Paweł Pecuszok**

Nowy (prawie) doktor w Medyku

Andrzej Guzowski, asystent w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej i jednocześnie dziennikarz „Medyka”, obronił w końcu marca swoją rozprawę doktorską. Temat: „Funkcjonowanie rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie”. Promotor - prof. Elżbieta Krajewska-Kułak.

Tym samym redakcja składa się z: dwóch profesorów, dwóch doktorów, jednego prawie doktora (po obronie, ale pozostały jeszcze formalności), dwóch doktorantów, magistra i inżyniera.

fot. Wojciech Więcko



Andrzej Guzowski

bdc

W razie potrzeby zbić szybko

Ministerstwo nauki zachęca świat nauki, by starał się zarabiać na swoich osiągnięciach. Tymczasem bez zbędnego rozgłosu całkiem niezłe w świecie biznesu radzi sobie Fundacja Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Dwie apteki i zakład diagnostyczny - to firmy, które założyła Fundacja Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W sumie pracuje w nich kilkadziesiąt osób. Przedsiębiorstwa, prócz komercyjnej działalności, są też bazą naukową dla UMB albo miejscem praktyk dla studentów. Fundacja powstała w 1996 r. Mniej czeka na datki od sponsorów (choć te są mile widziane), raczej sama bierze się do zarabiania pieniędzy. Perełką jest unikalny w skali kraju Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej. Nie dość, że przelewa co roku nawet pół miliona złotych na konto uczelni (za dzierżawy sprzętu i pomieszczeń), to jest jeszcze miejscem innowacyjnych działań w sferze naukowej i zapleczem dydaktycznym (szczególnie cenne są archiwa tkankowe).

Fundacja w skali roku zarabia ok. 200 tys. zł. Wszystkie te pieniądze trafiają do uczelni.

- Wydajemy je na różne inwestycje edukacyjne i dydaktyczne, które dotyczą UMB - tłumaczy prezes fundacji prof. Sławomir Wołczyński, na co dzień jeden z najlepszych w Europie ekspertów z dziedziny rozrodczości.

Czasami są to remonty i doposażenie sal wykładowych, innym razem zakup fantomów do ćwiczeń dla studentów, albo kompletnego wyposażenia dla sal komputerowych w akademiku, czy sal ćwiczeniowych w konkretnych zakładach uczelni. Kluczem w wyborze sposobu ulokowania środków jest przede wszystkim to, komu i przez jaki czas ma służyć inwestycja. Małe szanse na wsparcie ma pojedynczy naukowiec, który poprosi o zakup sprzętu do badań.

- Czasami brakuje na coś pieniędzy, albo w ogóle nie da się ich zdobyć, a pewne prace trzeba wykonać. A fundacja może szybko wesprzeć inwestycję do 100 tys. zł. To trochę tak, jak z tym przyciskiem „w razie potrzeby zbij szybko” - tłumaczy profesor.

Już niedługo fundacja będzie chciała założyć kolejną firmę, a także uruchomi kursy dla maturzystów z chemii i biologii.

Swiat wydaje się podążać w nieco innym kierunku, niż jeszcze kilka dekad temu zakładali fanataści. Nie ma Orwellowskiego Wielkiego Brata, choć niektórzy mogliby na ten temat dyskutować. Ominęły nas też dotychczas dwie odyseje kosmiczne, które przepowiadał Arthur C. Clarke. Największy postęp dokonuje się najbliższej konsumentów, którym z jednej strony podsuwa się coraz to nowsze wynalazki mające ułatwiać swobodny dostęp do informacji, a z drugiej pozostawia możliwość ingerowania w ich strukturę. Przyszłość jest jeszcze bardziej świetlana, niż się wydawało. Należy do produktów typu open-source, które będzie można samemu wyprodukować.

Zróbmy sobie drukarkę 3D

Replikator, powielacz, czy najzwyczajniej drukarka trójwymiarowa to z założenia bardzo proste urządzenie. Posiada dyszę, która układa odpowiedniej wielkości cząstki termoplastycznego materiału w obszarze roboczym, ograniczonym przez prowadnice i urządzenia sterujące. Polimerowe tworzywo w postaci filamentu (wygląda jak gruba żyłka), który pod wpływem wysokiej temperatury zmienia swoje właściwości w taki sposób, aby możliwe stało się nałożenie kolejnej warstwy. Dzięki temu, warstwa po warstwie, powstaje trójwymiarowy obiekt. Dokładnie taki, jaki użytkownik zaprojektował w pamięci komputera, posługując się podstawowym oprogramowaniem CAD.

Po co to komu? Z założenia sama drukarka ma usprawnić funkcjonowanie gospodarstwa domowego w najprostszym i najtańszym możliwym sposób. Jeżeli powstana, powiedzmy, odkurzacze, których części producent udostępni pod postacią komputerowych modeli trójwymiarowych w internecie, nie ma obaw o kosztowną naprawę w razie awarii. Odkurzacze to tylko przykład. Sama drukarka może zostać naprawiona przy pomocy wyprodukowanych przez siebie części, ich schematy są zapisane w pamięci każdego urządzenia.

Ograniczenia wynikają z zastosowania sterowanej komputerem dyszy, która nie jest w stanie przyjąć innego materiału, niż tworzywo sztuczne. Są jednak plotki, że w niedługim czasie stanie się możliwe obrabianie metali przy użyciu takiej drukarki, dzięki czemu każdy będzie mógł zreplikować zarówno ruchome części

bdc

Wydrukuj sobie by-passy

A gdyby zamiast pobierać kawałek żyły od zmarłego do przeszczepu, samemu ją zrobić? Ot tak wydrukować. Tylko, że zamiast tuszu do kartridża wlać komórki macierzyste.

urządzenia, jak również stelaż, na którym pracują. Wyzwaniem okaże się dopiero wyprodukowanie elementów elektroniki sterującej. Z jednej strony nie jest to wcale łatwe, z drugiej wymaga od użytkownika sporo specjalistycznej wiedzy.

Teoria w praktyce

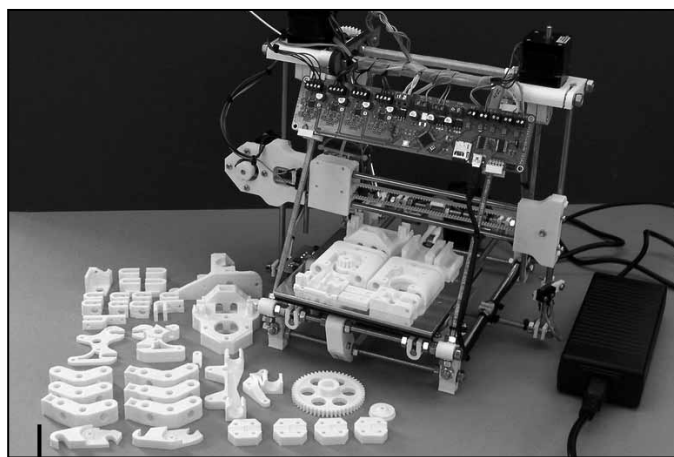
Drukarka 3D miała być po pierwsze tania, zarówno w zakupie, jak i w późniejszej eksploatacji. Z pewnością znajdują się osoby, które stwierdzą, że ceny w przedziale 8 - 25 tys. PLN nie są wysokie, jednak dla przeciętnego użytkownika stanowią zaporę nie do przejścia. A przecież takiemu właśnie użytkownikowi mają te urządzenia służyć, przynajmniej przy powyższych założeniach.

Sama drukarka ma otwarte źródło, można dowolnie powielać jej części, a nawet zbudować siostrzane urządzenia. Materiał roboczy nie jest drogi, koszt uzupełnienia zasobnika dyszy drukującej wynosi mniej więcej tyle samo, co zakup tonera do monochromatycznej drukarki laserowej średniej klasy. Jeżeli dysza zaczyna się poddawać, powiadomi nas o tym komunikat na ekranie komputera, abyśmy zdążyli wyprodukować nową i przełożyć części elektroniczne ze starej. Wszystko pięknie.

Pierwszą, i jak na razie jedyną, przeszkodą okazała się cena, nazwijmy to, oryginału. Tutaj wizje fantastów się jak najbardziej sprawdziły, bowiem produkcję rewolucyjnych ideowo urządzeń przejęły wielkie korporacje, które sprzedają swoje produkty na całym świecie za pośrednictwem sklepów wysyłkowych oraz portali aukcyjnych.

Kupię części do człowieka

Zanim cała fajność drukarki 3D trafi pod strzechy statystycznych Kowalskich, z pewnością na jej bazie wyrosnie kilka sporych firm, związanych z przemysłem medycznym. Niedawno okazało się, że przy wykorzystaniu zdobytych raczkujących co prawda medycyny regeneracyjnej, można zastąpić zawartość magazynka drukarki żywymi komórkami.



Już niedługo przy pomocy podobnych drukarek 3D być może będziemy w stanie tworzyć elementy potrzebne do przeszczepów

Specjalnie dla tych, którym zjeżyły się włosy na karku dodam, że już się tak robi. W bliżej nieokreślony sposób, wykorzystując komórki macierzyste nieujawnionego pochodzenia hoduje się budulec naczyń krwionośnych. Następnie, zawiesina komórek w substancji przypominającej klej ładowana jest do zasobnika dyszy drukarki 3D. Ta z kolei, przez następnych kilkanaście minut, układa je warstwa po warstwie, aż powstanie fragment naczynia. Komórki zostają kilka dni w cieplarni, aby umożliwić powstanie między nimi naturalnych połączeń. Następnie schładza się całość do temperatury około 20 stopni Celsjusza, przy której zmieniają się właściwości termoplastycznej substancji nośnikowej. Model powstaje przy około 37 stopniach, przy czym owo lepsze zachowuje się jak galaretka. Poniżej tej temperatury żel topnieje i wypływa na zewnątrz, pozostawiając gotowy produkt, jakim w tym wypadku jest fragment żywej tkanki.

By-passy mamy gotowe. Nie trzeba będzie (za jakiś czas) pobierać kawałka żyły odpiszczelowej od tego samego pacjenta, czy nawet ze zwłok. Zniknie także problem odrzucenia przeszczepu, bo przecież można wyprodukować części zamiennie z komórek tego samego osobnika. Jak się okazało, człowiek to też urządzenie z otwartym źródłem, a lekarze od początku próbują to źródło ustalić. Mimo wszystko, mówienie o produkowaniu kompletnych

narządów za najbliższych pięć lat lepiej wcisnąć między bajki, choć brzmi bardzo pięknie. Amerykańscy naukowcy (a któż by inny) nie powiedzieli mediom, czy uzyskane w opisany wyżej sposób naczynia posiadają fizjologiczne właściwości, mają śródbłonek, mięśniówkę i przydanek, oraz nie powodują masywnego wykrzepiania. Jak dotąd eksperyment się udał.

Homo sapiens v2.0

Całkiem niedawno, bo w czasach młodości naszych rodziców, napisanie podobnego artykułu zajęłoby od tygodnia do kilku miesięcy. Mam na myśli rzetelną pracę, a nie udawanie, że ma się co innego do roboty. Tyle realnie trwałoby zgromadzenie materiałów źródłowych, konsultowanie ich z ekspertami i sprawdzanie rzetelności źródeł. Dziś zajmuje to kilka godzin.

Wcale niegłupi był ten, co powiedział, że wiedza to władza. A jeśli całą dostępną wiedzę ma się w kieszeni i wystarczy przesunąć kilka razy palcem po kolorowym ekraniku, żeby zyskać do niej dostęp, świat zaczyna nabierać barw. To jest właśnie przyszłość. Ale nie przyszłość robotów, kosmitów, myślących komputerów, czy oceanów kolorowej plazmy. Przyszłość należy do człowieka, który eksperymentuje w ramach kolektywnej świadomości internetu.

Tomasz Dawidziuk

Medycyna i fortepian

Najpiękniejsze lata życia spędził w Białymstoku. Tu studiował i pracował, a także śpiewał w chórze Akademii Medycznej. Tu rodziły się jego dzieci. I choć dr Antoni Sydor wyjechał 32 lata temu do Tarnowa, nie zapomina o swojej Alma Mater.

Zycie związało go z Białymstokiem, można rzec, przypadkiem. Rodzice dr Antoniego Sydora pochodzili z Sokala i ze Lwowa. Jednak jeszcze przed zakończeniem wojny przyjechali do Przeworska. I tam w 1945 roku urodził się pan Antoni. W Przeworsku skończył szkoły. Na miejsce studiowania wybrał Białystok. Tu mieszkał z rodziną jego wuj (Józef Senetelski, wieloletni dyrektor III LO).

Wizyta u I sekretarza

Studia na Akademii Medycznej, choć przypadły na trudne komunistyczne czasy były - jak twierdzi - najlepszym okresem jego życia. Dr Sydor pamięta wydarzenia marcowe, czystki na uczelniach. Mało brakowało, a on również „wyleciałby” ze studiów. Wszystko z powodu chóru, do którego zapisał się w 1964 roku (wówczas chór wznowił swoją działalność).

- Śpiewaliśmy utwory religijne i tzw. muzykę dawną - opowiada. - I z tego powodu, to nasze śpiewanie było źle widziane przez władze. W pewnym momencie zapadła decyzja o usunięciu naszego dyrygenta pana Józefa Sieberta, jednocześnie organisty w kościele Św. Wojciecha. Byłem wówczas prezesem chóru. Z koleżanką chórzystką, która była córką jednego z sekretarzy partii, poszedłem do I sekretarza wojewódzkiego z prośbą o interwencję. Okazało się, że moja wizyta sprawiła, że o mały włos, nie wyleciałem ze studiów. Gdyby nie to, że dobrze sobie radziłem, pewnie by mnie usunięto z uczelni. Rektor Ludwik Komczyński wezwał mnie do siebie i zapytał, co ja najlepszego robię. Czy ty wiesz, na jakiej ziemi żyjesz? - zapytał. Powiedziałem: na polskiej ziemi. On na to: głupiś ty. Pomimo że w chórze AMB byłem 17 lat, do wyjazdu w 1981 roku nie dane mi już było zaśpiewać w którymkolwiek z białostockich kościołów. A tam jest przecież także najlepsza akustyka. Takie to były czasy!



foto. archiwum rodzinne

Muzyka - to wielka pasja Antoniego Sydora

Notatki na fortepianie

By utrzymać się na studiach dr Sydor musiał pracować. Ojciec, jedyny żywiciel rodziny, z pensji urzędnika (był kierownikiem wydziału rolnictwa w Powiatowej Radzie Narodowej) niewiele mógł mu pomóc. I tu przydała się umiejętność gry na fortepianie (w Przeworsku ukończył 7-letnią szkołę muzyczną, a potem przez kolejne trzy lata pobierał prywatne lekcje u absolwentki konserwatorium lwowskiego). Wieczorami przygrywał w kabarecie „Kontrasty”, który działał w klubie „ConieCo”. Grał na kursach tańca. W soboty i niedziele - w zespołach studenckich, m.in. jazzowym zespole Ambia, a także akompaniował na słynnych wówczas wieczorach: „U Henryczka”, które raz na miesiąc odbywały się w klubie „ConieCo”.

- Później zaproponowano mi pracę na pół etatu w Ognisku Baletowym przy ul. Kilińskiego - wspomina. - Muszę powiedzieć, że ciekawie wyglądała moja studencka nauka. Miałem kolegę Jacka Gąsiora, który regularnie chodził i bardzo dokładnie notował na wykładach. On mi dawał swoje notatki, ja je kładłem na pulpit fortepianu czy pianina i grając uczyłem się medycyny. Nawet mi to nieźle szło. Jedynie egzaminu z medycyny sądowej u pani prof. Marii Byrdy nie zdałem w pierwszym terminie, pozostałe przedmioty zaliczałem z dobrym wynikiem i za pierwszym podejściem.

Początkowo mieszkał w akademiku, potem na stacji przy ul. Białej. Pokój wynajmował razem z pochodzącym z Płocka Lechem Chyczewskim, obecnie profesorem UMB. Pamięta, że zaprzyjaźnili się ze starszą panią, która im ten pokój wynajmowała:

- To była wyjątkowa osoba. Po jakimś czasie zaproponowała nam, byśmy mówili do niej Babciu. Była dla nas jak matka, opiekowała się, podkarmiła, pomagała, jak mogła.

Pierwsze mieszkanie

Na studiach poznał też - pochodzącą z Ostrowi Mazowieckiej - swoją żonę Urszulę (również studiowała na Akademii Medycznej, ale dwa lata niżej, a potem zarówno w Białymstoku, jak i Tarnowie, pracowała jako laryngolog). Po uzyskaniu dyplomu lekarza rektor Komczyński zaproponował mu staż, a potem studium doktoranckie w Zakładzie Patomorfologii. Promotorem doktoratu z onkologii doświadczalnej był prof. Henryk Nowak, ówczesny kierownik zakładu. Dr Sydor prowadził też zajęcia z histopatologii i wykonywał sekcje zwłok.

Już jako pracownik zakładu dostał swoje pierwsze mieszkanie przy ul. Mieszka I. Cały czas działał też w chórze: był korepetytorem chóru, prowadził zajęcia.

W 1974 roku z Zakładu Patomorfologii przeniósł się do Kliniki Kardiologii.

U prof. Andrzeja Kalicińskiego nauczył się medycyny klinicznej, podejścia do pacjenta.

- Pomimo starań nie mogłem się tam jednak w pełni rozwijać naukowo - uważa.

Do Tarnowa na ordynatora

To było m.in. powodem, że zdecydował się z całą rodziną wyjechać z Białegostoku. Na decyzję, oprócz braku perspektywy na dalszy rozwój naukowy, wpływ miała także sytuacja rodzinna.

- Przeniosłem się ze względu na starszych już wiekiem rodziców, którymi chciałem się opiekować - mówi dr Sydor. - Ponadto mój najmłodszy brat miał chorobę Downa i wymagał opieki, nadzoru i wsparcia. Także ze strony lekarskiej. A Przeworsk jest położony ponad 400 km od Białegostoku.

W 1981 roku wygrał konkurs na ordynatora oddziału chorób wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Tarnowie. Miał za zadanie zorganizować dializoterapię. I zrobił to. Najpierw stworzył ośrodek dializ w starym, potem nowym szpitalu (ośrodki te na dziewięć i 13 stanowisk dalej funkcjonują). Już pracując w Tarnowie zrobił specjalizację z nefrologii.

- Gdy wyjeżdżałem na studia ojciec powiedział: żyj tak, abyś pozostawił po sobie trwałe ślad. To się spełniło właśnie w Tarnowie - wspomina.

Nadal jest ordynatorem (35-lóżkowego oddziału i 13-stanowiskowego ośrodka dializ) w Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Łukasza w Tarnowie. Pełni tę funkcję nieprzerwanie od 32 lat (wygrywał wszystkie konkursy, które odbywały się co sześć lat). Przez te lata wykształcił wielu specjalistów z chorób wewnętrznych, opublikował ponad 40 prac naukowych. W 1986 roku był na półrocznym stypendium w Klinice Nefrologii Uniwersytetu w Lund w Szwecji, a cztery lata później na trzymiesięcznym szkoleniu z zakresu nefrologii i ultrasonografii w Iowa Methodist Medical Center w Des Moines w USA. Od ponad 20 lat jest też prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Tarnowie, które zrzesza ponad 1000 członków. Był założycielem i przez kilkanaście lat prezesem Fundacji Szpitali Tarnowskich, która zajmowała się gromadzeniem środków na zakup nowoczesnej aparatury. Działał w izbie lekarskiej. Organizował Krajowe Kongresy Ekologiczne EKO-MED w Tarnowie. Od kilkunastu lat prowadzi wykłady z patologii na wydziałach pielęgniarstwa i fizjo-

terapii w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie. Przez prawie 30 lat był też lekarzem biskupów tarnowskich.

Nadal, jak przyznaje, drugą jego największą pasją po medycynie jest muzy-

ka. Wybrał tę ostatnią. Studiował tam fortepian, kompozycję oraz dyrygenturę. Następnie rozpoczął studia w najbardziej elitarnej i prestiżowej The Juilliard School of Music w Nowym Jorku (co roku



Spacer z żoną po próbie chóru

ka. Każdego dnia stara się znaleźć choć chwilę, by pograć na pianinie. Zdarza się mu też występować na scenie. Rok temu zagrał na Koncercie Galowym Lekarzy w Teatrze Muzycznym Roma w Warszawie. Z kolei w grudniu w tarnowskim teatrze grał m.in. mazurki Chopina podczas trzech koncertów charytatywnych, z których dochód został przeznaczony na budowę miejscowego hospicjum. Był pomysłodawcą i współorganizatorem tych koncertów, w których wykonawcami byli lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci z tarnowskich placówek służby zdrowia.

Za swoją działalność lekarską dr Sydor został wyróżniony medalem Gloria Medicinae (jest on co roku przyznawany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie dziesięciu lekarzom w Polsce). I to odznaczenie dr Sydor ceni sobie najbardziej. Podkreśla jednak, że choć cieszy się ze swojej pracy, to z tego, co udało mu się w Tarnowie, najważniejsza jest rodzina: żona (która była dla niego zawsze wielkim wsparciem) i trójka dzieci. Równie ważne jest kontynuowanie polskich tradycji i wiara, bez której trudno by mu było znaleźć sens życia.

Dzieci poza domem

Cała trójka mieszka poza Tarnowem. Najstarszy syn Paweł jest kompozytorem. Na studia muzyczne dostał się aż do trzech uczelni: Akademii Muzycznej w Krakowie oraz dwóch uczelni w Stanach Zjednoczonych: Drake University w stanie Iowa oraz Oberlin Conservatory of Music w stanie

o jedno miejsce ubiega się tam ok. 160-180 kandydatów z całego świata). Uczył się w klasie kompozycji Johna Corigliano (wybitny amerykański kompozytor, w Polsce bardziej znany z muzyki do filmu „Purpurowe skrzypce”). W Stanach ożenił się z rodowitą Amerykanką. Po dziesięciu latach pobytu w USA wrócił do Polski. Mieszka, pracuje i komponuje (ostatnio np. muzykę do filmu „Popiełuszko”) w Julianowie pod Warszawą. Żona jest dyrektorem polskiego oddziału międzynarodowej korporacji. Mają trzy córki. Najstarsza Maria również studiuje już na Akademii Muzycznej.

Młodszy syn Wojciech jest lekarzem, absolwentem Akademii Medycznej w Krakowie. Po studiach rozpoczął pracę u prof. Andrzeja Szczeklika i do dziś pracuje w Klinice Alergii i Immunologii Collegium Medicum UJ. Jest doktorem medycyny i specjalistą alergologii i immunologii. Ma czworo dzieci (trzy córki i syna).

Najmłodsza córka pana Antoniego Joanna jest aktorką, absolwentką PWST w Krakowie (grała m.in. w serialu „M jak miłość” rolę Teresy, dziewczyny Pawła Zduńskiego). Teraz w Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie studiuje architekturę wnętrz. Mieszka w Warszawie. Ma dwóch synów.

- Już nie mogę się doczekać, kiedy mój dom zapełni się w święta dziećmi i wnuczkami - mówił podczas naszej rozmowy przed świętami.

Katarzyna Malinowska-Olczyk

Od kołtuna do raka

Temat kołtuna obejmuje co najmniej kilkadziesiąt chorób i dolegliwości, a powiązania między nimi słusznie uznano przed laty za istny węzeł gordyjski. Fascynujące, że na Podlasiu - jak dowodzą badania wśród szeptuch - przetrwał on do dziś w postaci kompleksu przekonań, jakim jest syndrom nerw-kołtun.

W tym artykule zajmę się jedynie *kołtunem*. W medycynie opatrzone go nawet łacińską nazwą *Plica polonica*. Natomiast w ramach etnologii opisano go jako kompleks *gościec-kołtun*.

Kołtun na terenach całej Europy występował dość powszechnie przez długie epoki, ale w XIX w. był już coraz rzadszy. Na Zachodzie odchodził w niepamięć znacznie szybciej. Ostatni spór uczonych dotyczył jego ostatecznego zaniku. Pod koniec tamtego stulecia jedni z ulgą stwierdzali, że na naszych terenach niemal przeszedł już do historii. Inni donosili, że na Podlasiu wciąż jest powszechny. Władysław Kopaliński zanotował, iż „w pewnych odległych zakątkach kraju” *kołtun* przetrwał do początków XX w. Etnografowie wciąż jeszcze natykali się na niego w połowie ubiegłego wieku. W 2012 r., pół godziny jazdy samochodem od Białegostoku, miałam szczęście oglądać na głowie dwa najprawdziwsze kołtuny z włosów.

Szeptuchy za najistotniejsze objawy tej choroby ludowej uważają paraliże, guzy i bóle o zmiennym umiejscowieniu. Bóle dotyczą szczególnie głowy, kości i brzucha. Natomiast charakterystyczne zbijanie się włosów na głowie współcześnie obserwuje się rzadko. Co ciekawe, dawniej też nie było ono nieodłącznym symptomem przebytej choroby. Za inne typowe objawy uznawano wtedy miejscowe obrzęki, różnego rodzaju rany i zmiany skórne, szczególnie gdy pojawiały się w nich robaki i włosy.

Współczesny syndrom *nerw-kołtun* ma zdaniem szeptuch dwojaką etiologię. Przede wszystkim może być efektem stresu, a także swoistym powikłaniem *przestrachu*. Ten z kolei jest skutkiem silnych przeżyć. Już ponad sto lat temu na wschodzie Polski przyczynę *kołtuna* opisywano podobnie, a było nią jakiegokolwiek silne wstrząśnienie. Nim się pozna istotę mechanizmu chorobotwórczego, można być zaskoczonym, odkrywając

zestaw czynników wywołujących owo wstrząśnienie. Zaliczano do nich działanie kogoś lub czegoś, a w tym ujrzenie drażniącego koloru, poczucie odoru, spożycie lub wypicie jakiegoś paskudztwa i tym podobne wzdrygające drobnostki.

Drugi rodzaj etiologii wciąż nawiązuje dziś do przeziębienia i *wiatru*, o którym opowiadałam w zeszłym miesiącu. Od wieków zwracano uwagę na to, że chory noszący kołtun powinien unikać zimna, a także wilgoci i wody. Jego dolegliwości nasilały się przed i podczas deszczu, a nieokrywanie głowy przy wychodzeniu na zewnątrz mogło doprowadzić wprost do tragedii. Przecież wiatr wiązano też z siłami zła. Za główne przyczyny *choroby kołtunowej* uważano właśnie działalność diabła, czary wiedźmy, klątwy, a nawet różne pozornie błahe, nie intencjonalne zdarzenia kojarzone z zaświatami. Obecnie te magiczne wątki raczej już wygasają.

Jaki mechanizm wiąże tu przyczyny i objawy? Wiele wyjaśniają dawne opisy. Szeroka gama wspomnianych czynników chorobotwórczych doskwiera nie tyle organizmowi chorego, co pewnemu stworzeniu w jego wnętrzu. Chodzi o żyjątko naturalnie bytujące w ciele każdego człowieka. Przymilnie nazywano je niegdyś *gościem* lub *goścem*. Do pewnego stopnia *gościec* był synonimem choroby w ogóle albo też określeniem grupy nieco zawężonej do dziesiątek chorób reumatycznych. Dziś stał się potocznym określeniem kojarzonym głównie z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Będąc w stanie równowagi to nasze wewnętrzne żyjątko nie czyni gospodarzowi żadnej szkody, jest neutralne. Niestety jest też bardzo delikatne, wrażliwe i łatwo je „wzburzyć”, „zruszyć”, czy też „ruszyć”. Zależnie od indywidualnych preferencji wielu rzeczy może „nie lubić”. Wówczas przekształca się z neutralnego w bardzo szkodliwe. Spłoszone zaczyna „chodzić po ciele” w poszukiwaniu drogi ucieczki. To dlatego w różnych częściach

ciała pojawiają się podobne dolegliwości. Na nieszczęście chorego, raz pobudzone do aktywności żyjątko staje się jeszcze bardziej drażliwe. Obchodzenie się z nim wymaga wówczas ogromnej delikatności, a w żadnym wypadku pośpiechu. Trzeba wtedy bardzo ostrożnie dobierać czas, miejsce, ilość oraz rodzaj stosowanych środków i metod. Niewłaściwe postępowanie oznacza dalsze podrażnianie i jeszcze szybsze dojrzewanie. Najważniejsze, by nie dopuścić do ostatecznego dojrzania tego stworzenia w ciele chorego, bo gospodarzowi grozi to śmiercią.

Okazuje się, że tym, czego współczesne żyjątko wybitnie nie lubi, są różnego rodzaju interwencje, takie jak zastrzyki, biopsje i operacje. To powoduje, że pacjenci rozpoznając w swoich dolegliwościach oznakę uaktywnienia się ich wewnętrznego żyjątko, wspomnianych zabiegów będą się obawiali w sposób szczególny. Pośpiech wskazany w stanach nagłych lub groźących rozwojem nowotworu nie będzie dla nich argumentem - przeciwnie, może zwiększać ich lęk.

Z tej perspektywy kołtun na głowie wydaje się być błogosławieństwem dla chorego. Zbijający się samoistnie lub zakładany celowo pozwala wewnętrznemu stworzeniu powoli wydostawać się na zewnątrz. Tym samym przynosi ulgę, a w odpowiednim momencie usunięty, kładzie kres cierpieniom pacjenta.

Dziś względy estetyczne i higieniczne zniechęcają jednak mieszkańców Podlasia do noszenia kołtunów. Pewne zakazy i nakazy odwołujące się do natury *gościca* praktykuje się nadal, choć nie zawsze świadomie, a część przekonań zanika. Tymczasem szeptuchy podkreślają, że osób cierpiących na *nerw-kołtun* przybywa. Już w tym momencie stanowią najliczniejszą grupę wśród ich pacjentów.

Małgorzata Anna Charyton

mgr etnologii, doktorantka
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

Zapraszamy do dyskusji: chary@amu.edu.pl

Tam, gdzie umarli uczą żywych

400 lat temu po raz pierwszy w Polsce wykonano publicznie sekcję zwłok. Odbyło się to w Gdańsku. Dlatego tu, po latach, odbyła się konferencja naukowa dotycząca tego zagadnienia.

Poznanie ludzkiego ciała poprzez wykonywanie sekcji zwłok do celów naukowych ma długą historię. Jednak początki badań sekcyjnych były dość trudne z uwagi na aspekt wierzeń religijnych.

Zarówno społeczeństwa wyznające religie politeistyczne, jak też mono-teistyczne, obawiały się „rozdzielania ciała od duszy”. W starożytności przez długie stulecia obowiązywał zakaz przeprowadzania sekcji zwłok ludzkich, dopuszczano jedynie ich oględziny. Sekcjonowano zaś zwierzęta, których wewnętrzną budowę - per analogiam - przypisywano człowiekowi. Spowodowało to szereg błędów w opisywaniu anatomii człowieka przez ówczesnych badaczy, takich jak choćby legendarny Galen. Odstępstwem w tych czasach było centrum naukowe starożytnego świata w Aleksandrii. W IV-III wieku p.n.e. w aleksandryjskim Muzejonie sekcje zwłok ludzkich do celów naukowych prowadzili m.in. Erasistratos oraz Herofilos. Do pełnego zniesienia zakazu sekcjonowania należało jednak poczekać aż do czasów renesansu. W epoce zachwytu nad ciałem ludzkim, rozpoczęto jego gruntowne studia. Zachwycające do dziś arcydzieła sztuki renesansowej autorstwa Leonarda da Vinci są wynikiem szczegółowego poznania ciała człowieka podczas sekcji. O szczególnym podejściu do anatomii w tym czasie świadczy też słynny atlas twórcy nowożytnej anatomii - Andresa Vesaliusa pt. „De humani corporis fabrica”, czy powstające w Europie teatry anatomiczne.

Polskie tradycje wykonywania publicznych sekcji zwłok ludzkich sięgają XVII wieku. Przyjmuje się, że pierwszą tego typu sekcję przeprowadzono 27 lutego 1613 roku w Gdańsku.



Konferencja naukowa w Gdańsku w 400-lecie pierwszej publicznej sekcji zwłok w Polsce

W związku z przypadającym jubileuszem, dokładnie 27 lutego 2013 roku, odbyła się w Gdańsku konferencja naukowa pt. „Joachim Oelhaf i jego następcy. W 400-lecie pierwszej publicznej sekcji zwłok w Polsce”. Organizatorami były jednostki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (Katedra Anatomii, Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych oraz Muzeum), a także Muzeum Narodowe w Gdańsku. Miejscem konferencji był gmach obecnego Muzeum Narodowego, w którym od XVI wieku mieściło się Gdańskie Gimnazjum Akademickie. Wykłady z medycyny prowadził w nim w latach 1607-1630 Joachim Oelhaf, wybitny anatom gdań-



ski, wykształcony w zagranicznych ośrodkach w Montpellier i Wittenberdze. To właśnie on, 27 lutego 1613 roku w jednej z sal gimnazjum przeprowadził pierwszą publiczną sekcję zwłok nie tylko w Polsce, ale także w tej części Europy. Celem Oelhafa było naukowe zbadanie ciała dziecka z zespołem wad mnogich. Dziecko pochodziło z ciąży mnogiej (na rysunku obok). Jak pisał Oelhaf wszystko zaczęło się we wsi Pruszcz (dziś Pruszcz Gdański) tuż po godzinie 6 rano, kiedy Anna Krop, żona szewca, powiła dwie dziewczynki i foetus monstrosus. To właśnie jego ciało zostało poddane sekcji. Płęć dziecka była trudna do identyfikacji z uwagi na brak wykształ-

cd. na str. 26 →

cd. ze str. 25 →

conych narządów płciowych. Oelhaf dokładnie opisał prawidłowe i wadliwe narządy dziecka. Wykazał m.in. duże wodogłowie, rozszczepienia wargi, serce w worku przepuklinowym. Protokół sekcyny Oelhafa ma charakter czysto medyczny, bez odwołań metafizycznych. Świadczy to niewątpliwie o bardzo profesjonalnym, naukowym podejściu do medycyny. Joachim Oelhaf przyczynił się do rozwoju zarówno nowoczesnej anatomii prawidłowej, jak i anatomii patologicznej.

Podczas konferencji można było poznać historię nie tylko „głównego bohatera” jubileuszu, ale także jego następców, m.in. Johanna Kulmusa, który w 1724 roku wykonał publiczną sekcję bliźniąt zrosniętych. Muzealne sale obrad sprzyjały rozważaniom o przedstawianiu sekcji zwłok i demonstracji ciała w sztuce europejskiej. Atmosferę podnosiła obecność jednego z najcenniejszych dzieł malarskich w Polsce - tryptyku „Sąd Ostateczny” Hansa Memlinga, który pozostaje w zbiorach Muzeum Narodowego w Gdańsku. Sesję zakończyły rozważania na temat anatomii z przełomu XX i XXI wieku. Podstawą była kontrowersyjna działalność dwóch anatomów: prof. Rudolfa Spannera i Gunthera von Hagensa. Podczas kierowania Instytutem Anatomii w Gdańsku w okresie II wojny światowej, prof. Spanner przewodził procederowi produkcji mydła do celów użytkowych ze szczątków ludzkich. W XXI wieku, tym razem bez wojennego fatum, Gunther von Hagens zainicjował cykl wystaw anatomicznych pod nazwą Body Worlds. W przestrzeniach publicznych wystawiane są poddane plastynacji (metoda preparowania opracowana przez Hagensa) zwłoki ludzi i zwierząt.

Jak daleko można posunąć się w wykorzystywaniu zwłok ludzkich do celów poznawczych, czy użytkowych? Czyż w XXI wieku nie mamy do czynienia z przejawami przekroczenia pewnej granicy? Myślę, że dobrym podsumowaniem będą słowa dr hab. Adama Szaraszewskiego (kierownika Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych GUMed), wypowiedziane podczas konferencji: - Aby przywołana dziś przeszłość stała się inspiracją do tworzenia przyszłości lepszej i mądrzejszej.

Magdalena Grassmann



for. Wojciech Więcko

Kiedyś była tu znana księgarnia, obecnie otworzył się tu hotel

Nieznana historia z ul. Kilińskiego 15

W historii księgarstwa białostockiego odnotowany jest bardzo ważny akcent wileński. Przy obecnej ulicy Kilińskiego 15, działa niegdyś znana w całej Polsce księgarnia Józefa Zawadzkiego.

W Wilnie Zawadzki księgarnię i drukarnię założył w 1805 roku. Mieściła się ona przy ul. Zamkowej 8, pełniąc funkcję klubu dyskusyjnego literatów i inteligencji wileńskiej. Dzięki pomocy finansowej ks. Czartoryskiego, Zawadzki wyposażył swoje zakłady w najnowocześniejsze w tamtym czasie maszyny drukarskie i zatrudnił najlepszych specjalistów. W ten sposób stał się w krótkim czasie jednym z najważniejszych drukarzy i wydawców w Wilnie.

Zawadzki był autorem organizacji księgarstwa polskiego i bibliografii naukowej. Dzięki jego staraniom wydrukowane zostały m.in. dzieła Tadeusza Czackiego, Jana i Jędrzeja Śniadeckich, Samuela Lindego, Joachima Lelewela, 1-2 tomy poezji Adama Mickiewicza, a także kalendarze, nuty i czasopisma m.in. „Dziennik Wileński”. W późniejszym czasie wydane zostały „Historia literatury polskiej” Feliksa Bentkowskiego i „Słownik łacińsko-polski” Floriana Bobrowskiego. W sumie jego wydawnictwo wydało ok. 400 tytułów.

Po śmierci Zawadzkiego w 1838 r. księgarnia była prowadzona przez jego synów i wnuków pod niezmienną nazwą „J. Zawadzki”. Funkcjonowała

w Wilnie do 1939 r. Po jej zamknięciu, ostatniego właściciela wywieziono na Syberię, gdzie zmarł.

W roku 1945, spadkobiercy próbowali kontynuować działalność księgarską w Białymstoku, pod starym szyldem „J. Zawadzki”. Miasto było wtedy bardzo zniszczone i wyludnione. Księgarze zajęli budynek przy obecnej ul. Kilińskiego 15 (teraz obiekt został gruntownie zmodernizowany i mieści się tam nowo otworzony hotel). Władzy ludowej nie bardzo podobała się ta działalność i w efekcie różnych szykan, właściciele musieli zamknąć swój interes w 1950 r.

Zdaniem historyków - wydawnictwo Józefa Zawadzkiego było drugą najważniejszą taką instytucją w tamtym czasie w kraju zaraz po Ossolińskich.

**Anna Worowska,
Wojciech Więcko**

Źródła:

Związek Księgarzy Polskich: spis Księgarni oraz Wypożyczalni Książek. Warszawa, 1948, s. 6.

Lechowski A.: Białystok. Przewodnik Historyczny, ul. Kilińskiego, wyd. Kurier Poranny, 2006, s. 46.

Węglińska K.: Kresowym szlakiem, K i W, Warszawa, 2010, s. 340-342.

Lekarze białostoccy

w okresach: międzywojennym i powojennym

Antoni Tołłoczko

(1908-1975)

Urodził się 20 grudnia 1908 roku we wsi Zapole, w gminie Żydomla, w powiecie grodzieńskim. Jego rodzicami byli: ojciec Stefan - rolnik i matka Kamila z Radziewanowskich.

Gimnazjum ukończył w Grodnie w 1931 r. Studiował medycynę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batoiego w Wilnie w latach 1931-1936. Będąc studentem pracował (w latach 1934-1936) jako asystent w Zakładzie Chemii Fizjologicznej u prof. Sieńkowskiego. Ożenił się z Heleną Stella z Poczipków. Mieli dwoje dzieci: Zbigniewa i Barbarę.

Od września 1937 r. do sierpnia 1938 r. odbywał służbę wojskową. Po jej ukończeniu został zastępcą, a następnie kierownikiem Akademickiego



Po przyjeździe w styczniu 1945 r. do Białegostoku, pracował jako chirurg w I Szpitalu Miejskim przy ul. Warszawskiej 5 (dawny szpital żydowski) i jednocześnie kierownik Miejskiego Wydziału Zdrowia. W związku z tym na jego barkach spoczywało wiele zadań i obowiązków.

Warunki pracy ówczesnych placówek służby zdrowia były niezmiernie ciężkie. Szpitale mieściły się w starych i dotkniętych mocno działaniami wojennymi budynkach. Wyposażenie i zaopatrzenie nie zaspokajały minimalnych potrzeb. Należało zająć się poprawą wyposażenia i zaopatrzenia szpitali, zwiększaniem kadry i usprawnianiu pracy.

Antoni Tołłoczko zorganizował i był dyrektorem Szpitala Chirurgicznego Akademii Medycznej. Tworzył również Wojewódzki Szpital Przeciwgruźliczy w Białymstoku oraz oddział skórno-weneryczny przy ul. Krakowskiej. Po stworzeniu w Białymstoku Akademii Medycznej, objął tam stanowisko adiunkta w Klinice Chirurgicznej. W grudniu 1951 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych w Akademii Medycznej w Gdańsku, pisząc pracę: „Niedobór i wyrównanie białek w ostrych niedrożnościach”.

Zdolności i doświadczenie w organizacji wielu przedsięwzięć Tołłoczki

chętnie wykorzystywały władze białostockiej uczelni. To właśnie jemu powierzono w 1960 r. nadzór nad budową i organizacją Państwowego Szpitala Klinicznego. Pomimo tak rozległych obowiązków zarówno organizacyjnych, administracyjnych i dydaktycznych, wkrótce uzyskał tytuł doktora habilitowanego. Później powierzono mu stanowisko kierownika I Kliniki Chirurgii. W okresie ledwie czterech lat, pięciu jego asystentów uzyskało specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia z chirurgii. Kiedy Tołłoczko kierował kliniką, powstało w niej około 60 prac naukowych.

Antoni Tołłoczko był pierwszym dyrektorem Państwowego Szpitala Klinicznego i funkcję swoją pełnił do 1970 r. Następnie - aż do momentu śmierci - kierował Kliniką Chirurgiczną.

Równocześnie z pracą zawodową, intensywnie rozwijał swoją działalność społeczną. Był organizatorem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Białymstoku.

Za swoją pracę zawodową i społeczną był wielokrotnie wyróżniany i nagradzany wysokimi odznaczeniami państwowymi, m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Zasłużony Nauczyciel Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia. Jego zasługi dla rozwoju białostockiej służby zdrowia są wyjątkowe i niezaprzeczalne.

Zmarł po ciężkiej chorobie 25 lipca 1975 r. Pochowany został na cmentarzu farnym.

Mieczysław Sopek

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

Magdalena Szkudlarek

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



Antoni Tołłoczko (z prawej) i Marian Furman, kwiecień 1975 r.

Ośrodka Zdrowia. Wchodził też w skład Komisji Opieki Zdrowotnej USB. Pracował również jako asystent w Klinice Chirurgicznej USB.

W czasie okupacji niemieckiej pracował na Oddziale Chirurgicznym Szpitala św. Jakuba, zdobywając specjalizację z chirurgii ogólnej.

Miasto oskarżone

Pora zaprezentować miasto, które zostało postawione pod prężeniem opinii publicznej i to niemal całego świata. Stało się tak po wydaniu przez Jana Tomasza Grossa książki „Sąsiedzi: Historia zagłady żydowskiego miasteczka” (polska edycja, Sejny, 2000). Jedwabne.

Rok później w Jedwabnem na miejscu zbrodni odsłonięto pomnik, a prezydent Aleksander Kwaśniewski przeprosił w imieniu narodu polskiego naród żydowski. W wyniku zebrania dodatkowych materiałów i przeprowadzonego śledztwa zweryfikowano część ustaleń J. Grossa, dodano ważne fakty poprzedzające wydarzenia z 10 lipca 1941 r. Emocje opadły, ale nadal nie wszyscy pogodzili się z ustaleniami historyków i prokuratorów.

Kłopoty z lokacją

Obecność osady z XII w. potwierdza cmentarzysko odkopane w końcu XIX stulecia. Badacze dotarli do dokumentów z początków XV w., w których pojawiła się nazwa Jedwabne Siedlisko (siedliska). Był to teren dogodny, bo leżący przy szlaku Wizna - Kubra, w pobliżu źródeł rzeczki (strugi) Wiźnica. Pierwsze próby osadzenia wsi w latach 20. XV stulecia nie wypadły pomyślnie i cel ten osiągnął dopiero Jan Bylica, herbu Trzywdar, przybysz z ziemi zakroczymskiej, późniejszy podsędek i sędzia wiski. On także ufundował kościół drewniany pw. Nawiedzenia Najświętszej Marii Panny, świętego Jakuba i Wszystkich Świętych (wzmianka z 1448 r.; parafia w 1466 r.). Wieś zmieniła właścicieli, w 1736 r. przejął ją stolnik łomżyński Antoni Rostkowski, herbu Dąbrowa. On wyjednał od króla Augusta III prawo miejskie magdeburskie, sygnowane 17 lipca 1736 r. Doprowadził również do wybudowania w latach 1737-1738 nowego kościoła drewnianego, konsekrowanego w 1743 r. Miasteczko chętnie przyjmowało wyznawców mojżeszowych,



**ADAM
CZESŁAW DOBROŃSKI**

którzy zdobyli przewagę liczebną wśród mieszkańców i w 1770 r. wzniesli synagogę. Trzeba przyznać, że był to jednak mierny rozwój, skoro w 1777 r. naliczono w Jedwabnem tylko 51 domów i 306 osób. Wpływ na taki stan miała silna konkurencja innych miast i miasteczek na pograniczu ziemi wiskiej i łomżyńskiej.

Badacze dotarli do dokumentów z początków XV w., w których pojawiła się nazwa Jedwabne Siedlisk. Był to teren dogodny, bo leżący przy szlaku Wizna - Kubra

Za panowania króla Stanisława Augusta Poniatowskiego rozpoczęto wprowadzenie w Rzeczypospolitej Obojga Narodów dzieła reform, ale szlachta Mazowska Północno-Wschodniego nie wykazała nadmiernego entuzjazmu do wprowadzania śmielszych zmian.

Na szczęście dla Jedwabnego miasteczko przeszło na własność osoby znakomitszej od poprzednich włodarzy, i mającej szersze kontakty. Był to Stanisław RembIELIŃSKI herbu Lubicz, sekretarz gabinetowy króla, chorąży i poseł ziemi wiskiej. Ponoć nabył dobra jedwabieńskie za nagrodę otrzymaną do „króla Stasia”, wynoszącą 20 tys. złotych. On to zaspokoił żądania wierzycieli i postawił niewielki dwór. Być może już wówczas uruchomiono w Jedwabnem własnymi siłami prymitywne warsztaty tkackie.

Rajmund RembIELIŃSKI i jego najbliżsi

Po śmierci Stanisława w maju 1784 r. właścicielem dóbr został jego syn Rajmund, jednak zarządzała Jedwabnem wdowa Marcjanna z Łączyńskich oraz jej drugi mąż Marcin Ledóchowski, starosta bronowski. Rajmund RembIELIŃSKI w 1790 r. ukończył z wynikiem celującym Korpus Kadetów i od tej pory mógł częściej bywać w rodzinnym dworze. W czasie powstania kościuszkowskiego dołączył do pospolitego ruszenia ziemi wiskiej, wyróżnił się w potyczce pod Obiedzinem. W dworze jedwabieńskim panował kult tradycji i staropolskie obyczaje. W takiej atmosferze wychowywali się dwaj bracia rodzeni Rajmunda: Andrzej i Wiktor oraz siostra Ewa, a także dwaj przyrodni bracia: Jan i Józef. Różne były koleje ich życia. Wiktor przesował trybunałowi łomżyńskiemu i augustowskiemu, ożenił się wybornie, bo z Izabelą hr. Ledóchowską i był właścicielem łomżyńskiego RembIELINA. W Królestwie Polskim został posłem i senatorem, a w 1831 r. ministrem Rządu Narodowego (powstańczego). Andrzej, radca departamentu łomżyńskiego, osiadł w Sieburczynie koło Wizny, uchodził za skąpca i oryginała, nad stan małżeński przedłożył miłość do ogrodów, róż i drzew owocowych. Ewa mogła czuć się



Pomnik pomordowanych żydów

usatysfakcjonowana jako żona Stanisława Skarżyńskiego, syna ostatniego podkomorzego łomżyńskiego. O braciach przyrodnych wiemy mniej, nie zrobili oni karier łomżyńskich, ale dobrze służyli ojczyźnie, skoro Józef był kapitanem w wojskach Księstwa Warszawskiego, a Jan zakończył życie w Paryżu (Wielka Emigracja).

Niespodziewanie w 1831 r. co najmniej 13 wytwórców sukna przeniosło się z Łomży do Jedwabnego. Jednak obopólna radość nie trwała długo, w 1836 r. sukiennicy opuścili miasteczko

Pogawędźmy jeszcze o ożenkach samego Rajmunda RembIELIŃSKIEGO. W 1797 r. związał się on węzłem małżeńskim z Agnieszką Opacką, córką hrabiego, gen. Chryzantego, kawalera Orła Białego i Orderu św. Stanisława. Był to gospodarz zaiste wzorowy, posiadał dobra Mężenin (przy szosie białostockiej) i Krośniewice (pow. kutnowski), nawet własną flotę do sprawiania zboża. Agnieszkę Zygmunt Gloger opisał jako wcielenie wszelkich cnót: niepospolite wykształcenie, postawa obywatelska, zalety towarzyskie, podróżowała kilkakrotnie po Włoszech, przyjaciółka zwierząt, „miłość do rzeczy krajowych wlewała”, w 1831 r. dwór mężeński zamieniła na szpital dla żołnierzy polskich. Niestety Rajmund i Agnieszka RembIELIŃSCY mieli tylko jedną córkę, która zmarła wcześniej.

Po upływie lat pani Agnieszka „nie czując się szczęśliwą, bezdzietna, wzięła z nim rozwód, lecz mocą ugody rozwodowej zapisała RembIELIŃSKIEMU około tysiąca włók ziemi” (Z. Gloger). Rajmund w 1819 r. zawarł więc powtórny związek małżeński, tym razem z Antonią Weltz i doczekał się dwóch synów Aleksandra i Eugeniusza. Ten drugi odziedziczył Jedwabne i jeszcze od Agnieszki primo voto RembIELIŃSKA, a secundo voto Bechonowa (rozwiódła się powtórnie po 5 latach) otrzymał Mężenin. Niestety, syn nie dorównał umiejętnościami ojcu, stracił majątki kładąc nad gospodarkę podróże zagraniczne.

Jedwabne przemysłowe

Po utworzeniu w 1807 r. Księstwa Warszawskiego Rajmund RembIELIŃSKI rozpoczął karierę urzędniczą, współorganizował departament łomżyński, a następnie objął stanowisko prefekta

departamentu płockiego. Dlatego płockiego, bo nie mógł sprawować urzędów w Łomżyńskim, gdzie posiadał dobra ziemskie. Po 1815 r., już w Królestwie Polskim, był posłem i marszałkiem Sejmu, przesował Komisji Województwa Mazowieckiego i został uznany za „ojca” fabrycznej Łodzi. To chyba największa kariera XIX-wieczna obywatela z naszego regionu. Właściciel Jedwabnego pełniąc tak zaszczytne funkcje nie miał jednak czasu, by zajmując się swoim miasteczkiem. Miało się więc ono mizernie, liczyło w 1822 r. 617 mieszkańców.

Niespodziewanie w 1831 r. co najmniej 13 wytwórców sukna przeniosło się z Łomży do Jedwabnego, a Rajmund RembIELIŃSKI uzyskał zgodę władz na ich przyjęcie. Jednak obopólna radość nie trwała długo, w 1836 r. sukiennicy (sami ewangelicy, przybysze z ziem niemieckich) opuścili miasteczko. Rajmund zdążył rozbudować dwór, przeziębził się



Kościół św. Jakuba

niestety w drodze i po trzech tygodniach zmarł 12 lutego 1841 r. Został pochowany w Jedwabnem, jego grób nie zachował się

neobarokowy, świetność odzyskała również zabytkowa synagoga. W 1931 r. spis wykazał 2,2 tys. mieszkańców, w tym 860

by po rozpoczęciu wojny z ZSRR inspirować na zajmowanych ziemiach pogromy żydowskie w wykonaniu ludności miejscowej. „Antysemickie uprzedzenia, nazistowska zachęta, oskarżenia o kolaborację, chęć zemsty i grabieży spłoty się w zbrodniczy węzeł” (J. J. Milewski). Bez okupacji sowieckiej i niemieckiej nie doszłoby z pewnością w Jedwabnem, i innych jeszcze miejscach na pograniczu mazowiecko-podlaskim, do zbrodni, choć relacje polsko-żydowskie popsuły się przed wybuchem wojny. Według mnie jedną z najważniejszych przyczyn tragedii była nieobecność wywiezionej lub zmuszonej do przesiedlenia się inteligencji, miejscowych autorytetów. Wojna psuła obyczaje, wywoływała reakcje wręcz nieludzkie. Te i inne kwestie trzeba jeszcze badać, by nie tylko ustalić prawdę o zbrodni jedwabieńskiej, ale uczyć się zapobiegać jakimkolwiek wynaturzeniom popełnianych przez „sąsiadów”.

Według aktualnego stanu wiedzy, 10 lipca 1941 r. w Jedwabnem około 40 mieszkańców miasteczka i chłopów z pobliskich wiosek zamordowało, za przyzwoleniem i cichym wsparciem okupantów niemieckich, co najmniej 340 Żydów. Większość ofiar spalono w stodole.

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



for. Wikipedia

XIX-wieczna synagoga w Jedwabnem. Już nie istnieje

do naszych czasów. W Jedwabnem znów pojawiły się warsztaty. W 1851 r. było ich 17 z 36 sukiennikami i miasteczko to pod względem wartości produkcji zajmowało 11 miejsce w Królestwie Polskim. Po powstaniu styczniowym władze carskie odebrały Jedwabnem prawa miejskie, ale osada rozwijała się. Przed wojną mieszkało w niej około 4 tys. osób (aż 94 proc. Żydów?), pracowały m.in. fabryczki rękawiczek i lamp. Katastrofalnie zniszcze-

wyznania mojżeszowego, którzy emigrowali częściej niż katolicy. Oprócz rękawic produkowano kapelusze słomkowe.

Katakлизmy

Biedy w Jedwabnem lat międzywojennych nie brakowało, ta sprzyjała wyostrzeniu się postaw mieszkańców. Wśród ludności żydowskiej aktywni byli nosiciele ideologii lewicowych, a wśród katolików rząd dusz zachowali narodowcy w wydaniu prowincjonalnym. We wrześniu 1939 r. przez Jedwabne przejechały kolumny niemieckie podążające na Wiznę, zaś po kilkunastu dniach nadciągnęły oddziały Armii Czerwonej i rozpoczął się terror w wykonaniu NKWD, m.in. w lipcu 1940 r. aresztowano ks. Ryszarda Szumowskiego. Największym echem w terenie odbiła się likwidacja oddziału partyzanckiego kwaterującego w uroczysku Kobile. Ostatnim aktem „czerwonego” bezprawia stała się deportacja czerwcową 1941 r. Do domów, także rodzin ofiar z Kobielnego, przychodzili funkcjonariusze sowieccy w towarzystwie miejscowych milicjantów żydowskich; ci drudzy budzili szczególną nienawiść, jako niedawni jeszcze „sąsiedzi”. Sytuacja stawała się zapalna i wtedy powrócili okupanci niemieccy.

Dzisiaj wiemy, że 29 czerwca 1941 r. Reinhard Heydrich wydał dyrektywę,

29 czerwca 1941 r. Reinhard Heydrich wydał dyrektywę, by po rozpoczęciu wojny z ZSRR inspirować na zajmowanych ziemiach pogromy żydowskie w wykonaniu ludności miejscowej

nia zabudowy (72 proc.!) spowodowały walki toczony w 1915 r., spłonął wówczas i kościół.

W II Rzeczypospolitej osada zdołała się odbudować i w 1927 r. odzyskała prawa miejskie. W latach 1926-1935 wzniesiono w Jedwabnem okazały kościół



for. Fczarnowski/Wikipedia

Obelisk, na którym po polsku i w idysz wyryto co się stało w Jedwabnem

No, ale skoro są to profesorowie...



**Doktor
ADAM HERMANOWICZ**

Ciekawe czasy nastały wraz z ofensywą profesorów w życiu publicznym w naszym kraju.

Do niedawna jeszcze, skryci za swymi katedrami, zajęci kilkoma etatami i uprzykrzaniem życia studentom świecili wszystkim „niefachowcom” niczym latarnia, która, choć może w danym momencie zbędna, daje stałą pewność oparcia na trwałym gruncie. W tym wypadku - na gruncie nauki, metodologii prac naukowych, hipotez, dowodów, tez, sporów akademickich i wszystkiego tego, w czym wykuwała się nasza wiedza o współczesnym świecie. Nawet jeśli pojawiał się na horyzoncie ktoś, kto próbował wyrzucić na naszych oczach porządek poukładanego przez naukę świata (np. pewien kandydat na prezydenta, który twierdził, że bajka o szewczyku Dratewce jest dowodem na to, że ludzie żyli w czasach dinozaurów), zawsze nawet najbardziej wątpiące umysły (ten smok to faktycznie trochę do dinozaura podobny...) mogły liczyć na ostoję w postaci jednolitego frontu świata akademickiego.

Zdarzały się i tam czarne owce, spory, czasem małe wojenki. Ale do niedawna stałą wartością pozostawała wiara w to, że spierając się o interpretację faktów stoimy na gruncie nauki, tj. na gruncie hipotez, które można naukowo zweryfikować, albo fałsyfikować. Rzeczy udowodnionych nie podważamy inaczej, niż metodami naukowymi, a skoro w ten sposób nie potrafimy, to uznajemy, że coś zostało udowodnione. Na naszych oczach poukładany od dawna w ten sposób świat nauki polskiej odchodzi jednak bezpowrotnie.

Zaczęło się od zgubnego na dłuższą perspektywę przyjęcia zasady, że tylko dwie prawdy skonfrontowane ze sobą dają nam prawdę obiektywną. Jedna strona nie miała argumentów naukowych, historycznych (Bogiem a prawdą często żadnych), ale bardzo chciała być równorzędnym uczestnikiem wymyślonego przez siebie sporu. Na jej głośny krzyk o dyskryminacji w życiu publicznym pożyteczni idioci z głównych mediów, motywowani dodatkowo oglądalnością

już się przyzwyczaili do dzielenia prawdy na waszą i naszą, że nie zauważyli, że to wyłącznie typowo polski, świeży wynalazek. A poza tym, siła argumentu „drugiej strony”, uwolniona z naukowego gorsetu mierzona jest jedynie poparciem wyborców. „Drugą stroną” w filmie miała więc być jedynie wersja oficjalna znanego zespołu parlamentarnego, bo przecież nie wersja „trzeciej strony”, która twierdzi (tak, tak, to całkiem silny w prawicowej blogosferze nurt), że katastrofy nie było, samolot bezpiecznie wylądował, a pasażerowie żyją w łagrach na Syberii. Że o czwartej stronie, która twierdzi, że lotu wcale nie było, nie wspomnę.

Profesorowie ostatnio coraz bardziej ochoczo zaczęli przyłączać się do gry i wypowiadać na tematy, o których niejednokrotnie zielonego pojęcia nie mają, podpierając się tytułami naukowymi uzyskanymi z innych dziedzin.

Każdy będzie miał swoją wersję, każda jest przecież tak samo dobra. Wspomniani na wstępie profesorowie ostatnio coraz bardziej ochoczo zaczęli przyłączać się do gry i wypowiadać na tematy, o których niejednokrotnie zielonego pojęcia nie mają, podpierając się jednocześnie tytułami naukowymi uzyskanymi z zupełnie innych dziedzin. Zdumiona publiczność dowiadywała się od profesorów prawa prawd objawionych o biologii, profesorów socjologii o fizyce itd. No, ale skoro mówią to profesorowie... Doszedł do tego fenomen naukowców polskiego pochodzenia zza oceanu, którzy wrzucają coś do komputera i wychodzi im jak byk, że np. katastrofy nie było. Jak ich prokuratura próbuje przesłuchać, żeby się dowiedzieć, co tak naprawdę wrzucili do tego „bardzo drogiego” programu komputerowego, to biorą nogi za pas i nawet przez internet nie ujawnią danych wyjściowych, żeby ktoś przypadkiem nie mógł tego sprawdzić. No, ale skoro są to profesorowie...

i klikalnością kontrowersyjnych dyskutantów, zaczęli zapraszać do studia osoby, które jeszcze do niedawna byłyby wstydliwie chowane przed publicznością. Na zasadzie: ten twierdzi, że Ziemia kręci się wokół Słońca, ten, że Słońce wokół Ziemi, a jak ich posadzimy obok siebie, to publiczność wyrobi sobie opinię. Nikt z geniuszy dziennikarstwa polskiego nie przewidział, że skołowana opinia publiczna uzna, że prawda pewnie leży pośrodku i Ziemia stoi w miejscu. Redaktorzy niepokorni płakali np., że film National Geographic o katastrofie smoleńskiej nie dopuścił do głosu „drugiej strony”. Tak

Nic dziwnego, że skołowana tym wszystkim młodzież akademicka zaczyna przebierać się za goryle i przerywa wykłady przyśpiewkami na kibolską nutę. Przykład idzie z góry.