

**ZBADAĆ BIAŁYSTOK.  
BADANIA POPULACYJNE  
MIESZKAŃCÓW**  
s. 5-7

**KOMPUTEROWE CENTRUM UMB**

s. 2, 11

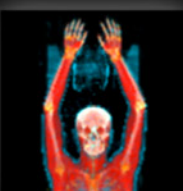
**BIZNES KUPUJE NAUKĘ**  
s. 15-16

**IN VITRO. PRAWO PO 28 LATACH**

s. 18-20

**85 LAT SZPITALA W CHOROSZCZY**

s. 32-39



# Komputerowe serce UMB



Nowy budynek Centrum Badań Innowacyjnych w pełnej okazałości



Nowoczesna aula

Nowy budynek Centrum Badań Innowacyjnych to kompaktowy obiekt o powierzchni 1,1 tys. mkw. Zlokalizowany został za Collegium Pathologicum, u skraju ulic Wojskowej i Waszyngtona. Całość kosztowała trochę ponad 11 mln zł, a większość środków pochodziła z funduszy unijnych.

Najważniejsze w nim jest to, czego nie będzie widać na co dzień – czyli zastosowane technologie teleinformatyczne. Potężne komputery oraz szybkie łącza o bardzo dużej przepustowości. Władze uczelni chciały stworzyć takie warunki do pracy, by możliwa była współpraca z najlepszymi ośrodkami naukowymi na świecie (i ich naukowcami) online.

Nadzieje związane z badaniami, które będą tam prowadzone są ogromne.

**bdc**



Serce obiektu - serwerownia (jeszcze pusta)



Jedno z pomieszczeń do pracy dla naukowców

- 4 Inauguracja tuż tuż
- 5 Badania kohortowe, czyli świetna naukowa lokata
- 8 Rekrutacja
- 8 Lepszy sprzęt, lepsza diagnoza
- 9 Wszyscy rektorzy UMB w jednej książce
- 9 W skrócie
- 10 Nasi nowi profesorowie
- 10 Sztafetą do pomocy
- 11 Centrum obliczeniowe UMB
- 12 Taki mały, taki duży może dyplom mieć
- 12 Jak wakacje to remonty
- 13 *Mea vita* – losy lekarza, powstańca, humanisty
- 14 W skrócie c.d.
- 15 Biznes kupuje naukę
- 17 Rak, rozpacz, rozmowa
- 18 Prawo o in vitro. 28 lat po fakcie
- 20 Misterium niewinnego cierpienia
- 22 Krótka historia rezonansu
- 24 Doskonalenie technik w onkologii
- 25 Sztuka tworzenia głosu
- 26 Życ pełnią życia
- 27 Jak mnie wyberzecie, będzie dobrze
- 28 Wspomnienie Prof. dr hab. Andrzej Musierowicz
- 29 Wspomnienie dr Jan Olbromski
- 30 Wyleczenie z nałogu
- 32 Trudna historia szpitala w choroszczy
- 37 W szpitalu oglądamy każdą złotówkę
- 39 Współczesny szpital w Choroszczy
- 40 Modernizacja szpitala USK

*Materiały do numeru przyjmujemy do dn. 10 każdego miesiąca.*

**Skład redakcji:**

**Redaktor naczelny:** Lech Chyczewski • **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarza:** 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 Krzezińska • **Skład komputerowy:** GALAKTUS - Agencja Marketingowa Mateusz Szukajt • **Druk:** Orthdruk Sp. z o. o. • **Projekt strony internetowej:** Monika Fiedorowicz • **Projekt okładki:** Jerzy Czykwin •

**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

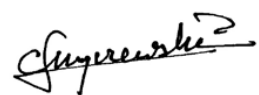
**P**odróżę kształcą. Krótki, bo zaledwie kilkunastogodzinny pobyt na uniwersytecie w Turku (Finlandia) dał mi wiele do myślenia. Ta najstarsza wyższa uczelnia w Finlandii (XVI wiek) to dobrze zorganizowany, nowoczesny, w dalszym ciągu rozbudowujący się, uniwersytet. Celem wizyty było poznanie funkcjonowania działającego tam od kilku lat biobanku. Przy okazji nasza delegacja miała okazję poznać organizację i pracę tamtejszego zakładu patomorfologii i patofizjologii. Moją uwagę zwróciły tętniące życiem laboratoria, chociaż było już późne popołudnie. A więc - praca, praca i jeszcze raz praca. No cóż, my mamy swoje przysłowie: „bez pracy nie ma kołaczy”. Gorzej nam wychodzi z wprowadzeniem tej mądrości ludowej w życie. Niestety, w niektórych naszych zakładach i laboratoriach świeci wakacyjną pustką.



Na szczęście nie wszędzie jest letni marazm i nuda. Oto oddano do użytkowania nowo wybudowany budynek Centrum Badań Innowacyjnych (róg ul. Waszyngtona i Wojskowej). To piękny, udany pod względem architektonicznym, obiekt. Łączy starą zabudowę (dawny dom pogrzebowy) z gmachem Collegium Pathologicum. Pomieści Centrum Obliczeniowe UMB, o którym piszemy w najnowszym wydaniu „Medyka”. Znalazły tam też swoje miejsce dwie supernowoczesne sale seminaryjne (po 80 osób każda), które można połączyć w jedną większą. Tuż obok wyłonił się całkiem zgrabny i estetyczny wielopiętrowy, tak bardzo potrzebny budynek parkingu. Może, przynajmniej częściowo, rozwiąże zmurę szukania wolnego miejsca dla samochodów. Parę kroków dalej, naprzeciwko parkingu, intensywne prace nad modernizacją starej części szpitala. Ponieważ okno mojego pokoju zakładowego wychodzi na gmach USK, codziennie przyglądam się, jak przed- i popołudniami, także w wolne soboty, wywożone są tony gruzu ze starego szpitala. Praca wrze od rana do późnego popołudnia, a nawet do wieczora. To wszystko dzieje się w bezpośrednim zasięgu mojego wzroku. Do tego trzeba dodać wakacyjne remonty i modernizacje akademików, dalsze prace remontowe dawnego Pałacu Branickich i wiele drobniejszych remontów, których nie sposób tu wyliczyć. W pędzie codziennych zajęć, nie wszyscy pewnie zdajemy sobie sprawę, że jesteśmy świadkami powstawania i rozbudowy nowoczesnego kampusu uniwersyteckiego. Tego nie było na taką skalę w dotychczasowej historii naszej Alma Mater.

Ale uczelnia nie tylko wzbogaca bazę lokalową. Zainteresowanych nowymi inicjatywami naukowymi odsyłam do wywiadu z prof. Karolem Kamińskim, który zamieszczamy w aktualnym numerze „Medyka”. Wywiad dotyczy badań kohortowych. Badania te będą przeprowadzone na dużej populacji (6 tys. osób) mieszkańców naszego miasta. Mają odpowiedzieć na wiele pytań dotyczących zdrowia, tendencji chorobowych, asocjacji pomiędzy różnymi czynnikami a zdrowiem i chorobą. Pomysł projektu powstał we współpracy z Uniwersytetem w Greifswaldzie (Niemcy). Wzajemne wizyty przedstawicieli obu uczelni zaowocowały podpisaniem porozumienia. No cóż, podróżę kształcą, a z dobrych przykładów należy korzystać.

Na koniec zachęcamy do nabycia czwartego, już ostatniego, tomu z serii jubileuszowego wydawnictwa poświęconego historii naszej uczelni. Tom IV pt.: „Rektorzy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 1950 - 2014” zawiera wiele ciekawych, dotychczas nieznanych faktów dotyczących urzędu rektora i osób sprawujących ten urząd. Naprawdę warto nabyć - opracowano i wydano bardzo starannie. Książkę rozprowadza Muzeum Historii Medycyny i Farmacji.



# Inauguracja tuż tuż

*Jeszcze trochę ponad miesiąc do Centralnej Inauguracji Roku Akademickiego, która odbędzie się w tym roku w Białymstoku. Jej gospodarzem będzie Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Dla uczelni to najważniejsze wydarzenie podczas świętowania jej 65 urodzin.*



9 października (piątek) do Białegostoku przyjadą najważniejsze osoby reprezentujące polską naukę, rektorzy najważniejszych uczelni wyższych w kraju, przedstawiciele korpusu dyplomatycznego oraz urzędnicy z administracji centralnej i samorządowej. Spodziewanych jest kilkuset znamienitych gości, wraz z najważniejszymi postaciami w państwie. Obecnie kończy się wysyłanie zaproszeń.

Z racji rangi uroczystości, ale też spodziewanej liczby jej uczestników, inauguracja nie odbędzie się w Pałacu Branickich – jak to zwykle bywało – a w Operze i Filharmonii Podlaskiej (przy ul. Odeskiej 1). Zwyciężyły względy logistyczne. Operowa widownia może pomieścić nawet tysiąc osób (w zależności od aranżacji przestrzeni). Scenariusz inauguracji nie jest jeszcze znany.

Dla UMB będzie to też główne wydarzenie świętowanej już od kilku miesięcy 65 rocznicy utworzenia uczelni. Pierwsze akordy tego zacnego jubileuszu wybrzmiały już w maju, kiedy na pałacowym dziedzińcu rozpoczęły się Medykalia.

Tuż przed samą inauguracją (7-10 października) rozpocznie się w Białymstoku V Zjazd Absolwentów i Przyjaciół UMB/AMB w Ameryce Północnej. Czterodniowe spotkanie alumnów po raz pierwszy odbędzie się w naszym mieście. Wszystkie wcześniejsze zjazdy odbywały się w Stanach Zjednoczonych (to właśnie podczas jednego z takich zjazdów narodził się pomysł utworzenia hymnu uczelni). Program wydarzenia jest bardzo napięty. Najpierw odbędzie się konferencja naukowa, absolwenci będą gośćmi specjalnymi podczas inauguracji roku akademickiego, będą też mieli możliwość zwiedzania nowych i starych obiektów uczelnianych, odkryją tajemnice supraskiej

ławry (w planach m.in. zwiedzanie klasztoru i cerkwi, ale też koncert dzwonów), a na specjalną wyprawę po Podlasiu zabierze uczestników zjazdu marszałek województwa podlaskiego Mieczysław Baszko. Oczywiście odbędzie się też specjalny Bal Medyka. Dla wielu uczestników zjazdu przyjazd do Białegostoku będzie podróżą sentymentalną. Wielu z nich po swoim wyjeździe do USA, do swojej Alma Mater nie miało już okazji powrócić.

W ramach obchodów 65 jubileuszu UMB odbyły się do tej pory Medykalia, Dni Otwarte UMB oraz prezentacja uczelni w ramach Dni Akademickich w Białymstoku.

**bdc**

Więcej informacji na temat V Zjazdu Absolwentów i Przyjaciół UMB/AMB w Ameryce Północnej w Białymstoku można znaleźć na specjalnej stronie internetowej: [www.umb.edu.pl/umbalumni](http://www.umb.edu.pl/umbalumni)

Głównym koordynatorem białostockiego zjazdu oraz pełnomocnikiem rektora ds. Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół UMB/AMB w Ameryce Północnej jest prof. Lech Chyczewski (tel. +48 85 748 59 45, mail: [lech.chyczewski@umb.edu.pl](mailto:lech.chyczewski@umb.edu.pl))

# Badania kohortowe, czyli świetna naukowa lokata

*UMB chce przebadać 6 tys. białostoczan, by sprawdzić stan zdrowia mieszkańców miasta. Tego typu badań populacyjnych (kohortowych) i na taką skalę, nie robił jeszcze nikt w Polsce.*

**G**reifswald - niemieckie miasto leżące ok. 60 km od Szczecina, liczące trochę ponad 50 tys. mieszkańców, swoją wielkością przypomina Ełk. Z punktu widzenia naszej uczelni, najważniejszy jest działający tam od XV wieku uniwersytet. Jeszcze kilkanaście lat temu - zwłaszcza w sferze medycznej - była to przeciętna uczelnia w prowincjonalnym miasteczku. Nikogo nie obrażając: Niemcy B. Punktem zwrotnym i przełomem - we współczesnej historii uczelni - było rozpoczęcie kilkanaście lat temu badań kohortowych i budowa biobanku tkanek. Po prawie 20 latach Uniwersytet w Greifswaldzie to światowa ekstraklasa naukowa i partner dla najważniejszych ośrodków badawczych. Ich skarbem jest właśnie olbrzymia liczba usystematyzowanych danych zebranych podczas badań populacyjnych. Drogą Greifswaldu chce właśnie podążać nasza uczelnia. Koordynatorem tych badań na uczelni został prof. Karol Kamiński.

## Rozmowa o badaniach

### WOJCIECH WIĘCKO: Badania populacyjne, kohortowe, co to?

**PROF. KAROL KAMIŃSKI, KOORDYNATOR BADAŃ:** - Badania kohortowe to inaczej badania populacyjne. Mają ocenić stan zdrowia ludności na danym obszarze. W tym celu z populacji mieszkańców Białegostoku wylosujemy próbkę, czyli kohortę, liczącą ok. 6 tysięcy dorosłych osób, reprezentatywną dla całego społeczeństwa pod względem płci i wieku.

Dzięki temu badaniu, liczymy, że uda się nam ustalić w sposób reprezentatywny np. częstość występowania chorób czy różnych stanów, albo predyspozycji mieszkańców Białegostoku do różnych chorób. Będzie to unikalne badanie w skali kraju. Wcześniej w Polsce próbowano robić podobne, np. badanie nadciśnienia. Jednak ni-



fot. Tomasz Dawidziuk

Prof. Karol Kamiński

gdy badana próbka osób nie była na tyle duża, żeby stanowić o reprezentatywności dla całego obszaru. To nie dawało potrzebnej dokładności i wiarygodności badania.

My, dzięki tej liczbie, będziemy mogli powiedzieć, co się dzieje u nas w mieście i to w miarę dokładnie. Będziemy w stanie określić np. w jakim wieku dochodzi do jakich zmian, w jakim wieku jest największe narażenia na czynniki ryzyka, itd.

Zależy nam, by była to ocena jak najbardziej wszechstronna. Będzie na pewno kilkadziesiąt różnych pomiarów i badań. Chcemy dokonać analizy pacjenta pod różnymi aspektami, nie tylko strictly medycznymi. Poczynając od aspektu społecznego czy socjalnego, psychologicznego, przez ocenę obwodów ciała, przez badania krwi, badania usg, czy na badaniach rezonansu magnetycznego całego ciała kończąc. Ostatecznie, jakie badania będą realizowane, to jest jeszcze ustalone.

### Kiedy wszystko wystartuje?

- Pierwszym krokiem będzie uruchomienie badania pilotażowego dla ok. 300 osób. Chcę, by wystartowało ono jeszcze w tym roku. Będziemy w nim testować też naszą logistykę, schemat postępowania, procedury. Sprawdzi-

my też, czy uda się nam przekonać naszych mieszkańców, czy będą chcieli poddać się kilkugodzinnym badaniom.

### Ile czasu będzie badany jeden pacjent?

- W Greifswaldzie, na którym się wzorujemy, podczas przedostatniej edycji badań, pacjent musiał poświęcić na nie około sześciu godzin. Obecnie te badania trwają 24 godziny, ponieważ naukowcy oceniają jeszcze sen pacjentów.

My liczymy, że do sześciu godzin, w dobrych warunkach, zrelaksowany pacjent jest w stanie wytrzymać. On w tym czasie musi mieć możliwość gdzieś odpocząć, coś zjeść, ma się czuć bezpiecznie i komfortowo.

### Co powstanie z tych badań? Na jakie efekty liczy uczelnia? Kto będzie z tego korzystał?

- Na to trzeba patrzeć wieloaspektowo. Lokalnie, to będzie unikalne badanie, które pozwoli określić, z jakimi problemami mamy do czynienia w Białymstoku. Powie nam to, jak np. organizować ochronę zdrowia w mieście.

Z drugiej strony, nasza uczelnia bardzo liczy na wyniki naukowe, które powiedzą, w jaki sposób pewne cechy, których my w tej chwili ze sobą nawet nie łączymy, wiążą się z występowaniem chorób, czy mogą na te choroby wpływać. Przy takiej liczebności grupy, będziemy mogli przeprowadzić badania powiązań, asocjacji, próbować łączyć poszczególne choroby z występowaniem jakichś zmian, zjawisk czy sytuacji. Mówię tu o rzeczach, które w tej chwili nam naukowcom nawet nie przychodzą do głowy, a w takim wszechstronnym badaniu będą mogły być wyłapano. Przykładowo: Greifswald wykazał, że na otyłość bardzo istotny wpływ mają polimorfizmy genów regulujące ośrodek kary i narody w ośrodkowym układzie nerwowym. Czyli to zmiany genetyczne wpływa-

jące na mózg decydują, ile jemy. Możemy walczyć z otyłością, ale to mózg jest zaprogramowany, ile mamy jeść, jak jeść i co. Gdyby nie takie badania, mało kto by wpadł na to, by porównać tak odległe od siebie rzeczy.

Liczymy, że być może uda się nam zbadać gazy oddechowe, czyli to, co wydychamy. Może tam coś uda się znaleźć, by to potem wykorzystać w normalnej diagnostyce. Wiemy, że mocno rozwija się dziedzina badająca bakterie żyjące w nas. Skład bakterii, które żyją w naszych jelitach wpływa na nasze choroby układów sercowo-naczyniowego, pokarmowego, nawet oddechowego.

**Pan to wszystko opowiada - co ja bardzo lubię - jak taki pozytywnie nakręcony naukowiec. A zwykle realia są takie, że zaraz przyjdzie kierownik i powie: „a masz pieniądze na te badania?”**

- Finanse to poważna sprawa. Na ruch mamy pieniądze, bo to badanie jest jednym z elementów puli środków przyznanych uczelni w ramach Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego do 2017 r. Po tym czasie liczymy, że będziemy starać się o różne granty naukowe, czy programy Ministerstwa Zdrowia, albo różne programy prewencyjne. W pewien sposób rozpoznanie potrzeb zdrowotnych naszego miasta jest szalenie istotne w programie zdrowia publicznego.

**Z tego też powstanie biobank?**

- Będzie częścią całego projektu, ale kompatybilną - jeżeli będziemy pobierali olbrzymie ilości materiału biologicznego, nie tylko krwi czy osocza, ale również mocz, wymazy, być może kał. To wszystko musimy biobankować. Uzyskane RNA, DNA, białko, musimy zamrozić i przechować do dalszej analizy. Biobank będzie bardzo ważny, ale będzie niezależny.

**A kończąca się budowa laboratorium biostatystycznego? Ono też będzie wykorzystywane na potrzeby badań?**

- Staramy się tak pracować na uczelni, by to wszystko się zajął. Laboratorium biostatystyczne da nam możliwość obrobienia tych olbrzymich ilości danych. Bez niego byśmy tego nie ruszyli. Zwyczajnie nie wiedzieliśmy, co zrobić z tymi danymi.



fot. Wojciech Więcko

Lipiec 2015 r. Spotkanie informacyjne na temat badań kohortowych na UMB. Występuje prof. Adam Krętowski, prorektor ds. nauki

**Rozumiem, że to będzie projekt ciągły?**

- Tak, to zadanie na lata. Zwłaszcza że co pewien czas będziemy chcieli ponownie badać tych samych pacjentów. Greifswald robi to co pięć lat, my chcemy robić częściej. Może co trzy lata, jeszcze tego nie ustaliliśmy.

**A co z tego będzie miał pacjent? Zwyczajnie, czy będzie mu się opłacało przyjść?**

- Po pierwsze będziemy bardzo ładnie prosić, po drugie podczas takich badań będzie bardzo miło i to będzie czas spędzony w sympatycznej atmosferze, z korzyścią dla nauki i Białegostoku. Liczymy też, że atrakcyjny będzie sam pakiet badań, który może będzie uwzględniał np. rezonans magnetyczny. Wszystkie badania dla pacjenta będą oczywiście za darmo.

**Rozumiem też, że jako pacjent będę przebadany na wszystko, co się da, od stóp do głowy i potem dostanę takie wyniki?**

- Tak, tylko że nie wszystkie wyniki badań będą wykonywane w standardzie lekarskim. To znaczy, że badanie będzie wykonane i będzie zapamiętany z nich obraz, czy skan, ale nie będzie diagnozy jak u lekarza. My nie powiemy na ich podstawie, że wykryliśmy np. jakąś chorobę. Bo żeby tak było, to musi być podejrzenie, żeby coś wykluczyć lub potwierdzić. Tu będzie niejako badanie dla samego badania.

Pacjent dostanie ogromną ilość wyników. Sporo wyników krwi, wyniki obrazowe, ale większość z nich nie da diagnozy stwierdzającej jakiejś

schorzenie czy je wykluczające. My nie mamy możliwości oceny klinicznego stanu zdrowia pacjenta.

**A kiedy wykryjecie coś u pacjenta? Przy tak szerokim spektrum badań to więcej niż pewne, że znajdziecie np. nowotwory.**

- W momencie, kiedy wykryjemy zmianę w organizmie badanej osoby, powiemy jej, żeby się skontaktowała z lekarzem, by dalej diagnozował tę zmianę. Trzeba jednak pamiętać, że brak takiej informacji nie oznacza, że jakiegokolwiek zmiany w organizmie nie ma. Oznacza to tylko, że w danym badaniu zmian po prostu nie znaleźliśmy.

**Na jakim etapie są obecnie przygotowania do rozpoczęcia badań kohortowych (rozmowa odbyła się w lipcu - red.)?**

- Obecnie zajmujemy się oprawą intelektualną badania i wyborem tego, co chcemy badać u pacjentów. Jesteśmy jeszcze przed rozmowami z władzami miasta, województwa, urzędem marszałkowskim, czy innymi potencjalnymi partnerami (NFZ, ZUS).

Pracujemy nad protokołem badawczym. To jest nasz punkt wyjścia. Musimy wiedzieć, co chcemy robić i jak. Bazujemy na protokołach z Niemiec i ich know-how. Oni do badania kohortowego, a w zasadzie pierwszego pilota tych badań, przygotowywali się trzy lata. My chcemy zrobić to w pół roku. To bardzo mało czasu. Podam przykład: mamy do przetłumaczenia kilka tysięcy stron różnych dokumentów i regulaminów z Niemiec. Pracuje dla nas kilkunastu

tłumaczy jednocześnie i nie wiem, czy nie będziemy potrzebować ich jeszcze więcej. A jak przetłumaczymy te dokumenty, to będziemy im chcieli nadawać własny szlif. Baza jednak będzie niemiecka. Raz, że tam się to sprawdziło, dwa - chcemy by było to kompatybilne z nimi. Dzięki temu wejdziemy niejako do ich systemu i zyskamy dostęp do ogromnej liczby danych zgromadzonych w Greifswaldzie.

### **Czy przewidywana jest budowa jakiejś nowej infrastruktury na potrzeby tych badań w naszej uczelni?**

- Na razie pilotaż odbędzie się w Centrum Badań Klinicznych, które jest w szpitalu klinicznym. W przyszłości liczymy, że uda się stworzyć Centrum Badań Populacyjnych. Jest plan takiej inwestycji przygotowany przez urząd marszałkowski. Może uda się w to włączyć władze Białegostoku?

### **Podczas naszej rozmowy kilka razy wymienione zostało miasto Greifswald. Dlaczego?**

- Tam jest uniwersytet i ośrodek naukowy, który jest dla nas wzorem. Zorganizowano tam bardzo sprawny system badań populacyjnych, który jest dla nas przykładem do naśladowania.

### **Greifswald jest chyba trochę podobny do Białegostoku. Na nas mówią Polska B, a na nich Niemcy B.**

- W pewnym sensie tak. Kiedyś widziałem mapę migracji ludności w Niemczech, na niebiesko zaznaczono tereny skąd ludzie wyjeżdżają, na czerwono gdzie przyjeżdżają. To Greifswald był bardzo niebieski.

Greifswald tworząc to badanie kilkanaście lat temu, stworzył dodatkową wartość dla uniwersytetu, zwłaszcza dla nauk medycznych. Poza tym dzięki naszym wspólnym kontaktom, mamy ich całe know-how, ich schematy badań, ich protokoły. To oznacza, że nie musimy popełniać ich błędów. Liczę, że będziemy mogli dzięki temu pracować szybciej i sprawniej.

Nadto, jeżeli uda się nam kompatybilnie do nich zaprojektować nasze badania, to będziemy mieli dostęp do dużo większej bazy osób. Automatycznie dostajemy się do bazy osób badanych w ten sam sposób w Greifswaldzie, ale też w Brazylii, gdzie właśnie



Uniwersytet w Greifswaldzie

rusza takie badanie. I to się będzie dalej rozwijać.

### **Zapytam wprost. Greifswald z prowincjonalnego uniwersytetu, m.in. dzięki tym badaniom, swojemu biobankowi, ale też nawiązywanej dzięki nim współpracy, wszedł do światowej ekstraklasy naukowej. My też tam chcemy awansować?**

- Myślę, że nie możemy mówić o dołączeniu do światowej ekstraklasy w jednym kroku, dzięki jednemu projektowi. Świat nauki nie ogląda się za siebie, tylko mocno pędzi do przodu. Greifswald swoje badania zaczynał ponad 15 lat temu i wszystko było wtedy na innym etapie. Liczę, że dzięki naszej pracy, możemy dołączyć do światowej pierwszej ligi, czyli takich graczy, którzy bez kompleksów ubiegają się o duże granty europejskie. Mam

nadzieję, że dzięki naszym badaniom, na równi będziemy rozmawiać z europejskimi czy światowymi naukowcami, współpracować z nimi, czy będziemy dla nich atrakcyjnym partnerem, mającym dostęp do dużej bazy danych swoich pacjentów.

A może być też tak, że realizacja naszych obecnych pomysłów, da nam możliwości dalszego rozwoju w przyszłości. Pójścia drogą, o której w tej chwili jeszcze nie wiemy, a która dla nas będzie szalenie ważna. Może z tego narodzi się pomysł, by zrobić np. badania prospektywne, kohortowe dla dzieci. To już teraz jest szalenie interesujące. Na świecie ten temat nie jest rozwinięty.

Rozmawiał:

**Wojciech Więcko**

## **Uniwersytet w Greifswaldzie, im. Ernsta Moritza Arndta**

*(także Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Alma Mater Gryphiswaldensis, Universitas Gryphiswaldensis lub Academia Gryphica) znajduje się w landzie Meklemburgia-Pomorze Przednie, w Niemczech.*

Został założony w 1456 r. jako drugi najstarszy uniwersytet w basenie Morza Bałtyckiego. Uczelnia należała przejściowo do Szwecji i Prus, będąc tym samym najstarszym uniwersytetem w obu krajach. Obok uniwersytetu w Rostocku jest jednym z dwóch w landzie Meklemburgia-Pomorze Przednie.

Uczelnia obecnie kształci na pięciu wydziałach: Wydział Teologiczny, Prawo i Nauki Polityczne, Medycyna, Wydział Sztuki, Matematyczno-Przyrodniczy. W Greifswaldzie studiuje 12 tys. osób, z czego około tysiąca na medycynie.

# Rekrutacja

184 punkty z matury na Wydział Lekarski, 179 punktów na Lekarsko-Dentystyczny i 156 punktów na Farmację - takie były progi przyjęć na trzy najpopularniejsze kierunki UMB na pierwszych listach rankingowych.

**T**rudno mówić o zaskoczeniu, że progi przyjęcia są bardzo wysokie. O tym, że „tylko” dobre wyniki z matury to czasami za mało, by być pewnym miejsca na najpopularniejszych kierunkach medycznych, wiadomo od lat. Wiadomo też, że chętnych, by studiować w UMB jest ogromna liczba.

Lekarzami chciało zostać ponad 3,9 tys. osób, a przygotowano 159 miejsc (24,74 osoby na jedno miejsce), lekarzem dentystą prawie 2 tys. maturzystów (28,23 osoby na miejsce) i udało się to 70 szczęśliwcom. Farmaceutą zamarzyło zostać ponad 900 osób (7,9 osoby na miejsce), przyjętych będzie 115 osób.

Sporym zainteresowaniem przyszłych studentów cieszą się też takie kierunki jak analityka medyczna, dietetyka, fizjoterapia, elektroradiologia, techniki dentystyczne, oraz położnictwo i pielęgniarstwo.

W sumie na studia pierwszego stopnia i jednolite magisterskie w trybie stacjonarnym chęć studiowania zgłosiło 9739 osób, a uczelnia przygotowała 992 miejsca.

W końcu sierpnia i na początku września będą znane listy przyjętych na studia niestacjonarne i drugiego stopnia. Tu także nie zabraknie emocji, zwłaszcza przy naborze na trzy tradycyjnie najpopularniejsze kierunki. Choć opłata za rok studiowania na nich waha się między 27 tys. zł a 34

tys. zł - to chętnych nie brakuje (na pozostałych kierunkach koszt studiów niestacjonarnych waha się między 4,5-10 tys. zł za rok nauki).

O tym, kto ostatecznie będzie albo nie, studentem pierwszego roku UMB wiadomo będzie w zasadzie dopiero pod koniec września. Ogłoszenie pierwszych list rankingowych w połowie lipca oznacza tylko tyle, że rozpoczyna się okres faktycznego wybierania szkół przez maturzystów. Ci, którzy dostali się na kilka uczelni, muszą się zdecydować i zwolnić wcześniej zajęte miejsca. Szansę ich zajęcia otrzymają osoby, które są pierwsze na liście teraz nieprzyjętych.

bdc

## Lepszy sprzęt, lepsza diagnoza

**W** ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku otrzymał 29,8 mln zł - w dwóch transzach - na zakup nowego sprzętu do Centrum Badań Innowacyjnych Plus.

Dotacje przyznał zarząd województwa. Pierwsza pula środków (28,1 mln zł) została przekazana w końcu czerwca. W połowie lipca okazało się, że w programie unijnym, z którego pochodziły, zostały wolne środki (1,7 mln zł), dlatego je także przekazano UMB.

- Potrzebujemy nowoczesnego, bardziej wydajnego sprzętu, który jest potrzebny do lepszych badań naukowych, które zaś przełożą się potem na lepszą diagnostykę pacjentów, tzw. diagnostykę spersonalizowaną - zapowiada prof. Adam Krętowski, prorektor ds. nauki.

Z najważniejszych na liście zakupów mają być urządzenia do proteomiki (badań wielkoskalowych na poziomie białka), aparatura zwiększająca przepustowość badań genetycznych oraz sprzęty do oznaczania metabolitów.



fot. Wojciech Więcko

Podpisanie umowy, od lewej: Konrad Raczkowski, kanclerz UMB i prof. Adam Krętowski, prorektor ds. nauki UMB

- To, że otrzymaliśmy te środki, to efekt naszej pracy od kilku lat i walki o to przez ten czas. To wszystko trochę wygląda jak takie wielkie puzzle. Z tych środków (RPO - red.) kupimy potrzebny sprzęt. Zakup niezbędnych odczynników sfinansujemy z grantu ze Strategmedu, szkolenia ludzi będą odbywały się w ramach środków Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego, a do tego wkrótce na uczelni uruchomimy laboratorium bioinformatyczne (inwestycja z funduszy UE - red.),

które stanie się naszym centrum analizy danych, gdzie będziemy obrabiać zebrane wyniki badań. Teraz musimy pokazać, że umiemy to wszystko wykorzystać - dodaje prorektor Krętowski.

CBI Plus ma zajmować się badaniami na temat wczesnego wykrywania i terapii cukrzycy, otyłości, zaburzeń metabolicznych, chorób neurodegeneracyjnych, przewlekłych chorób nerek i wątroby oraz chorób nowotworowych.

bdc



# Wszyscy rektorzy UMB w jednej książce

W lipcu 2015 roku ukazał się czwarty, ostatni tom jubileuszowej serii z okazji 60-lecia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku pt. „Rektorzy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 1950-2014”.

Monografia poświęcona jest historii wszystkich rektorów naszej Alma Mater.

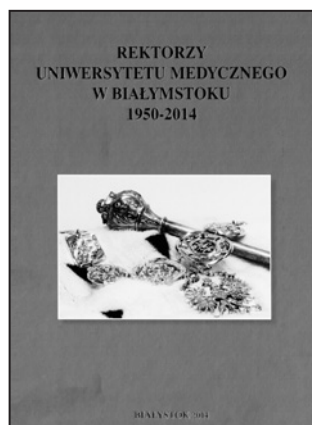
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku na przestrzeni minionych lat miał swoich 13 rektorów, którzy – działając w określonych politycznie i społecznie warunkach – dążyli do systematycznego rozwoju, przyczyniając się do jego sukcesów. Jednocześnie tworzyli solidne podstawy do indywidualnego rozwoju członków społeczności akademickiej.

Zespół redakcyjny - prof. Lech Chyczewski, dr Magdalena Grassmann, mgr Paweł Radziejewski, mgr Marta Piszczatowska - w swym opracowaniu starał się oprzeć na dokumentach zgromadzonych w uczelnianym archiwum, wiadomościach zamieszczanych w mediach oraz przekazach ustnych i pisemnych współpracowników, przyjaciół i osób bliskich z rodzinnych kręgów rektorów. W celu ożywienia opisanych postaci, na końcu każdej z biografii zamieszczone zostały wspomnienia osób będących w bezpośrednim kontakcie z opisywaną postacią.

Praca nad książką przyniosła także wiele niespodziewanych ustaleń, czy rozwiała do końca historyczne wątpliwości. Okazało się, iż portret pierwszego rektora prof. T. Kielanowskiego został wykonany w Gdańsku, po 1956 r. Profesor jest sportretowany w todze gdańskiej akademii medycznej. Autor portretu został zidentyfikowany

w 2014 r. przez M. Piszczatowską. Informacje o okolicznościach wykonania obrazu pochodzą od prof. Andrzeja Śramkiewicza (Akademia Sztuk Pięknych w Gdańsku), syna autora portretu Kazimierza Śramkiewicza (1914-1998).

Ponadto udało się ustalić, iż pierw-



sze insygnia rektorskie Akademii Medycznej w Białymstoku zostały zamówione i wykonane dopiero 9 lat po powołaniu uczelni, za czasów rektora prof. Stanisława Legeżyńskiego. W 1959 roku złożono zamówienie na wykonanie łańcucha rektorskiego. Zlecenie wystosowano do firmy Imago Artis z Krakowa, kontynuującej krakowskie tradycje złotnicze. Autorem był S. Chojnacki, zaś wykonawcami: A. Żuławski, T. Skupiński, E. Michniak, H. Szostak. Pierwsze berło rektorskie,

używane do dnia dzisiejszego, powstało w latach 60. XX wieku za kadencji rektora prof. Ludwika Komczyńskiego. Zarówno projekt jak i berło wykonał znany artysta-brązownik T. Łopieński, właściciel warszawskiej firmy brązowniczej „Bracia Łopieńscy” o długoletnich tradycjach sięgających 1862 roku. W latach 70. XX wieku, podczas kadencji rektora prof. Konstantego Wiśniewskiego zmieniono łańcuch rektorski, używany do dnia dzisiejszego. Projekt nowego łańcucha wykonał prof. J. Grygorczuk w 1976 roku. Szkic koncepcyjny zatwierdzono 27 stycznia 1976 roku. Wykonanie powierzono białostockiemu oddziałowi firmy WARMET z Warszawy. Dodatkowo na polecenie rektora prof. K. Wiśniewskiego zrobiono drugie berło rektorskie. Wykonane zostało z metalu szlachetnego według projektu socrealistycznego.

Takich odkryć i ciekawostek w monografii jest więcej. Zapraszamy do lektury.

Wydawnictwo dostępne jest w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku – cena 120 zł. Monografia dostępna jest również w wersji elektronicznej – 10 zł.

**Marta Piszczatowska,  
Magdalena Grassmann**  
Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB

## W skrócie

### Symposium nt. obrazowania molekularnego

Zakład Medycyny Nuklearnej i Laboratorium Obrazowania Molekularnego i Rozwoju Technologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w dniu 23 października 2015 organizują sym-

pozjum z okazji otwarcia białostockiego ośrodka obrazowania molekularnego. Podczas spotkania wykład pt.: „Hybrid Imaging Techniques in Nuclear Medicine” wygłosi prof. Stephan G. Nekolla z Uniwersytetu w Monachium.

Do południa spotkanie toczyć się będzie w Auli Magna Pałacu Branickich, po południu w Laboratorium Obrazowania Medycznego w Białostockim Parku Naukowo-Technologicznym.

### Papieski krzyż zasługi

Dr Tadeusz Beszta-Borowski, szef białostockiego hospicjum, został odznaczony jednym z najwyższych odznaczeń papieskich - krzyżem zasługi Pro Ecclesia et Pontifice. Wyróżniono go za działalność zawodową oraz społeczną na polu organizowania i niesienia pomocy osobom przewlekle chorym w hospicjach. Odznaczenie wręczył abp Edward Ozorowski.

bdc

# Nasi nowi profesorowie

**T**rzech naukowców UMB w ostatnim czasie awansowało na stopnie profesorskie. To prof. Robert Mróz, prof. Krzysztof Kowal oraz prof. Małgorzata Mrugacz

Zwyczajowo „Medyk” prosi zawsze nominowanych o przygotowanie krótkiej notatki na temat swojej drogi do profesury. W okresie wakacyjnym, kiedy powstawało to wydanie gazety, udało się nam skontaktować jedynie z prof. Małgorzatą Mrugacz. Liczymy, że z dwójką pozostałych wyróżnionych naukowców skontaktujemy się w najbliższym czasie.

## Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Mrugacz

Absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku. W roku 1989 podjęła pracę na stanowisku asystenta w Klinice Okulistyki Dziecięcej w Białymstoku, a od 2009 roku pracuje również na stanowisku adiunkta w Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Narządu Wzroku UMB. W 1993 roku uzyskała I stopień specjalizacji z zakresu okulistyki, a w roku 1997 specjalizację II stopnia z okulistyki. W 1999 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny na podstawie rozprawy pt. „Cytokiny w płynie podsiatkówkowym chorych z przedarciowym odwarstwieniem siatkówki”. W 2008 roku uzy-



fot. Kancelaria Prezydenta RP

Prof. Małgorzata Mrugacz i prezydent Bronisław Komorowski

skłała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych na podstawie oceny dorobku naukowego i przedstawionej rozprawy habilitacyjnej pt. „Wybrane parametry immunologiczne a zmiany w narządzie wzroku w przebiegu mukowiscydozy u dzieci i młodzieży”.

Prof. Mrugacz jest autorką lub współautorką 182 publikacji, a także 4 rozdziałów w podręcznikach. Została 13-krotnie wyróżniona za osiągnięcia naukowo-dydaktyczne nagrodami indywidualnymi i zespołowymi rektora UMB oraz otrzymała nagrodę ministra zdrowia.

Głównym kierunkiem jej badań są procesy immunologiczne w scho-

rzeniach narządu wzroku, a przede wszystkim wyjaśnienie mechanizmów patogenetycznych w zespole suchego oka. Przedmiotem zainteresowań jest również analiza genetyczna i ocena przepływu krwi w naczyniach tętniczych gałki ocznej u chorych krótkowzrocznych, **problematyka diagnostyczna i terapeutyczna jaskry u dzieci i młodzieży** oraz zastosowanie toksyny botulinowej w leczeniu choroby zezowej.

W latach 2007-2009 uczestniczyła w projekcie National Institute of Health, dotyczącym udziału czynników genetycznych w wysokiej, rodzinnej krótkowzroczności, realizowanym wspólnie z Instytutem Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu i Washington State University. W 2012 roku przebywała na stypendium naukowym w Department of Ophthalmology, Harvard Medical School.

Od roku 2004 jest członkiem Zarządu oddziału podlaskiego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i pełni w nim funkcję skarbnika. Jest recenzentem renomowanych czasopism i należy do zespołu redakcyjnego Journal of Ophthalmology and Clinical Research, Progress in Health Sciences i Universal Journal of Medical Science. Prof. Mrugacz jest członkiem polskich i zagranicznych towarzystw naukowych.

**Opr. bdc**

## Sztafeta do pomocy

**B**Było upalne słońce, ale też ulewna burza z grzmotami, czyli bardzo okazała oprawa, jak żartowali organizatorzy pierwszej białostockiej charytatywnej sztafety maratońskiej Electrum Ekiden. W sumie w niedzielę 14 czerwca wystartowało 139 sześcioposobowych drużyn.

Electrum - to sponsor tytularny zawodów. Ekiden - pochodzi z języka japońskiego (*ekiden-kyōsō*) i oznacza długodystansowy bieg sztafetowy. Ten rodzaj rywalizacji jest bardzo popularny w Europie Zachodniej, USA czy Japonii. Właśnie z tego ostatniego kraju

zaczepnięto nazwę biegu, który oznacza dawne określenie systemu transportowego i pocztowego, przebiegającego wzdłuż szlaku Tōkaidō. Powstał on w XVII wieku pomiędzy miastami Edo (obecnie Tokio) i Kioto, oddalonymi od siebie o ok. 500 km. System umożliwiał szybką komunikację m.in. dzięki wymianie koni na kolejnych stacjach (eki).

Trasa biegu liczyła 42 km 195 km i podzielono ją na 2,5-kilometrowe pętle, które wytyczono w parku Planty. Start i meta były na placu przed Teatrem Dramatycznym. Dochód z całej imprezy (ok. 40 tys. zł) zasililo konto Fundacji „Pomóż Im”, która wspiera

najmłodszych pacjentów cierpiących na choroby onkologiczne.

W biegu wystartowała spora liczba pracowników uczelni i obu szpitali klinicznych. Swoją drużynę o nazwie „Szczęki 6” wystawiła Klinika Szczekowo-Twarzowa USK. Ekipa w składzie z Dawidem Grothem (naczelnym „Młodego Medyka”) uzyskała czas 3h 56min. 15sek. Dr hab. Adam Hermanowicz - nasz felietonista - pobiegł w drużynie Fundacji „Pomóż Im” (czas 4h 18 min 55sek). Wygrała ekipa Pędziwiatrów z czasem 2h 37min. 42sek.

**bdc**

# Centrum obliczeniowe UMB

*Budynek Centrum Badań Innowacyjnych jest już faktem. W połowie sierpnia uczelnia przejęła go od firmy budowlanej i otrzymała pozwolenia na jego użytkowanie.*

To kompleks trzech połączonych ze sobą obiektów znajdujących się między ul. Wojskową, Waszyngtona i Collegium Pathologicum. Są to: nowoprojektowany budynek Centrum Badań Innowacyjnych, budynek z pomieszczeniami do pracy ekspertów (będący adaptacją istniejącego budynku) oraz budynek Laboratorium Bioinformatyki (stanowiący rozbudowę istniejącego obiektu). Całość jest spięta dodatkowym łącznikiem z Collegium Pathologicum. Autorem koncepcji architektonicznej i projektu budowlanego opracowanego w 2009 roku jest białostocki architekt Jerzy Hungerdorfer. Na podstawie tej dokumentacji projekt wykonawczy opracowała później krakowska firma F11.

- Warto zwrócić uwagę na umiejętnie wpisanie obiektu w kompleks budynków uczelni i powiązanie istniejącego budynku byłego domu pogrzebowego z nową częścią konferencyjną, co jest widoczne dość efektownie od strony ul. Wojskowej – podkreśla Jerzy Tokajuk, zastępca kanclerza uczelni.

## Budowa

Z powstaniem tego budynku władze uczelni wiążą ogromne nadzieje. Ma to być swoiste centrum obliczeniowe, w którym pracować będą specjaliści z zakresu biostatystyki. Wszystko dlatego, że współczesna medycyna generuje olbrzymie ilości danych, których obecnie nie ma gdzie (i kto) przetwarzać. Taki obiekt mają tylko najlepsze ośrodki naukowe na świecie. W kraju i tej części Europy to nowość.

Pierwsze łopaty w ziemię wbito w czerwcu 2013 r. Po roku inwestycja miała być gotowa. Tyle, że po roku zbankrutował główny wykonawca - firma Polbud. Budowa na chwilę się zatrzymała. Potrzebny był nowy przetarg na wyłonienie wykonawcy. 11 sierpnia 2015 r. uczelnia formalnie stała się użytkownikiem centrum. Budżet inwestycji opiewał na ponad 11



Fot. Wojciech Więcko

Piętrowa aula

mln zł, z którego większość to środki unijne.

Powstał kompaktowy budynek o powierzchni 1,1 tys. mkw i kubaturze 6 tys. m<sup>3</sup>. Najważniejsze w nim jest to, czego nie będzie widać na co dzień – czyli zastosowane technologie teleinformatyczne. Potężne komputery w serwerowni oraz szybkie łącza o bardzo dużej przepustowości. Władze uczelni chciały stworzyć takie warunki do pracy, by możliwa była współpraca z najlepszymi ośrodkami naukowymi na świecie (i ich naukowcami) online. By zyskać szansę na „wirtualne” zapraszanie do współpracy czy na wykłady do Białegostoku światowych gwiazd nauki. Nie ma co ukrywać, że postacie takiego formatu nie przybędą do Białegostoku z USA na dzień czy dwa. Inaczej sprawa wygląda, gdy chodzi o dwugodzinny „telewykład”, czy realizowane w podobnej technice zdalne konsultacje lub wspólne badania. W taki sposób już się pracuje na świecie.

## Piętrowa aula

Bardzo ciekawie zaaranżowano aulę wykładową, która na dwóch poziomach (!) może zmieścić 160 słuchaczy. Kiedy jest potrzeba, można rozłożyć składaną ścianę i zyskać dwie sale mieszczące po 80 osób (podobne rozwiązania stosowane są na Wydziale

Nauk o Zdrowiu). Sale mają specjalne pomieszczenia dla tłumaczy.

Prócz kilku mniejszych sal seminarijnych (konferencyjnych) do pracy naukowców przewidziano także specjalne pomieszczenia do pracy i odpoczynku dla profesorów wizytujących uczelnię. Są to segmenty przypominające pokoje hotelowe, z zapleczem sanitarnym i pełnym dostępem do sieci technologicznej budynku.

## Nadzieje

Pierwszymi użytkownikami obiektu powinni być doktoranci z interdyscyplinarnych studiów w języku angielskim. To unikatowe studia, które mają wykształcić specjalistów z zakresu innowacyjnych wielkoskalowych technik badawczych i obliczeniowych oraz ich zastosowania w genomice, proteomice, metabolomice i immunologii. Obecnie kształcą się oni – prócz Białegostoku – w ośrodkach w Belgii i Hiszpanii. Studia są finansowane z funduszy KNOW.

Obiekt ma stać się także centrum przetwarzania danych na potrzeby tworzonych właśnie na uczelni biobanków, a także opracowania danych rozpoczynających się wkrótce w Białymstoku badań populacyjnych mieszkańców miasta.

**Wojciech Więcko**

# Taki mały, taki duży może dyplom mieć

Trzecia edycja studiów dla przedszkolaka i druga uniwersytetu dla seniora już za nami. Stosowne dyplomy i pamiątkowe studenckie birety mali i duzi absolwenci odebrali w końcu czerwca.

**C**hętnych do uczestniczenia w zajęciach mamy tak dużo, że bez kłopotu moglibyśmy potroić liczbę uczestników - przyznaje zarówno dr Andrzej Guzowski (opiekun grup przedszkolnych) jak i dr Mateusz Cybulski (grupy seniorów).

Uniwersytet Zdrowego Przedszkolaka oraz Uniwersytet Zdrowego Seniora to autorskie pomysły pracowników Wydziału Nauk o Zdrowiu i realizowane głównie wydziałowymi siłami. Ich wyróżnikiem spośród wielu podobnych zajęć dla dzieci i starszych jest warsztatowy charakter zajęć. Z drugiej strony jest to też pewne ograniczenie.

- Gdyby tylko chodziło o wykłady, bez kłopotu mogłoby w nich uczestniczyć i kilkaset osób. Kiedy jednak chcemy, by każdy z naszych studentów podczas zajęć mógł sam wykonać dane zadanie, musimy mieć ograniczenia - tłumaczy dr Cybulski.



fort. Wojciech Więcko

Chętnych przedszkolaków do studiowania jest tak dużo, że organizatorzy zajęć większość z nich muszą odmówić

Dzięki pilnowanej jakości zajęć, uniwersytet seniora został przyjęty do Ogólnopolskiej Sieci Uniwersytetów Trzeciego Wieku „Aktywny Senior”, powołanej przez Fundację Humanitas w Sosnowcu, pod patronatem rzecznika praw obywatelskich.

Zarówno w przypadku małego, jak i dorosłego uniwersytetu chodzi

o promowanie aktywnej formy życia, utrwalania dobrych nawyków żywieniowych oraz tych dotyczących zachowania higieny i zdrowia.

Kolejna edycja uniwersytetów rozpocznie się jesienią, wraz z początkiem nowego roku akademickiego.

**bdc**

## Jak wakacje to remonty

**L**edwie studenci opuścili sale wykładowe, a w ich miejsce pojawili się robotnicy budowlani. Wakacje to tradycyjny okres największych remontów na uczelni

Największe remonty i modernizacje zaplanowano w akademikach. W DS. 1 robiona jest nowa elewacja budynku. Kosztować to będzie ok. 600 tys. zł, a prace powinny zakończyć się w listopadzie.

W DS.2 dokończona zostanie wymiana wind (koszt 700 tys. zł), wyremontowana zostanie klatka schodowa i zamontowany zostanie nowy system wentylacyjny zapobiegający zadymianiu klatki schodowej, przedsionków i szynów windy (koszt prawie 450 tys. zł).

Niestety na razie oddalił się w czasie pomysł modernizacji poddasza w „jedynce”. Miały tam powstać pomieszczenia na potrzeby inkubatora



fort. Wojciech Więcko

Remont elewacji w DS 1

przedsiębiorczości, których powstaniem zainteresowanymi były Akademiczkie Inkubatory Przedsiębiorczości. Partner uczelni w przedsięwzięciu na nowo przeanalizował swoje możliwości i zrezygnował z pomysłu.

Od ponad roku prace remontowe toczą się w Pałacu Branickich. Obecnie trwa odświeżenie i przebudowa korytarza parteru korpusu głównego z szatnią i łazienkami (koszt 400 tys. zł). W sumie przez ten czas udało się stworzyć Salę Senatu UMB oraz założyć długo wyczekiwaną klimatyzację na Auli Magna.

Również w Pałacu Branickich, ale poza widokiem zwiedzających, rozpoczęto drugą część remontu jednego z magazynów biblioteki uczelnianej.

- Drobniejsze prace remontowe, jak w każdym sezonie letnim, są prowadzone w wielu obiektach, np. w budynku Wydziału Nauk o Zdrowiu trwa usuwanie usterek pogwarancyjnych - podsumowuje Jerzy Tokajuk, zastępca kanclerza uczelni.

**bdc**

# Mea vita – losy lekarza, powstańca, humanisty

*Obowiązkiem każdej Alma Mater jest kultywowanie dziedzictwa akademickiego. Tworzą je przede wszystkim ludzie, wcielając w życie prawe idee mające wpływ na wizerunek danego uniwersytetu. Każdy z życiorysów może stanowić piękną kartę nie tylko historii uczelni, ale też historii nauki i dziejów Państwa Polskiego.*

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku w swej 65-letniej historii posiada wiele wybitnych osobistości. Życiorys jednej z nich mogliśmy niedawno poznać osobiście. 9 czerwca 2015 roku na Auli Magna UMB odbyło się uroczyste spotkanie z prof. Andrzejem Danyszem – dawnym kierownikiem Zakładu Farmakologii AMB.

Uroczystość rozpoczął prorektor ds. Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego prof. Zenon D. Mariak witając Honorowego Gościa oraz wszystkich zebranych – współpracowników, przyjaciół i studentów prof. A. Danysza. Najważniejszą częścią spotkania było wystąpienie Profesora. Przeniosło nas ono w czasy Jego dzieciństwa i bardzo trudnej młodości naznaczonej II wojną światową. Wojna, a zwłaszcza udział w Powstaniu Warszawskim ukształtowały Jego światopogląd i nauczyły go, że miłość do Ojczyzny kształtuje się poprzez ciężką, odpowiedzialną pracę. Profesor niczym zawodowy recytator przeplatał trudne wspomnienia biograficzne wybranymi przez siebie wierszami. Pałacową Aulę wypełniły słowa A. Słonimskiego, T. Boya-Żeleńskiego, S. Lema i R. Husarskiego. Wszyscy byliśmy pod wrażeniem olbrzymiej pasji, uroku i energii, którą roztaczał wokół siebie Profesor.

Wykład prof. A. Danysza nagrodzony został owacją zgromadzonych w Auli Wielkiej UMB gości.

Poetyckie akordy wprowadzone przez Profesora zamieniły się w muzykę, którą wykonała Oleksandra Bulyha – studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB. Zabrzmiała Franciszka Liszta, Nokturn e-moll i Preludium e-moll ukochanego przez Profesora Fryderyka Chopina oraz Primavera Ludovika Einaudi.



fol. Wojciech Więcko

Prof. Andrzej Danysz

Profesor A. Danysz został uhonorowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku. Prof. dr hab. Jan Stasiewicz i dr Krzysztof Dawidowski wręczyli Profesorowi Medal Honorowy Izby Białostockiej Gloria Artis Medi-

Wspomnieniami z czasów wspólnej pracy zawodowej z Profesorem podzielili się następnie prof. Włodzimierz Buczek oraz prof. Róża Wiśniewska.

Spotkaniu towarzyszyła wystawa prac Waleriana Bieleckiego – uczestnika Powstania Warszawskiego zorganizowana dzięki uprzejmości Muzeum Wojska w Białymstoku.

Dalsze rozmowy kontynuowano przy kawie.

Organizatorem spotkania było Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB. Idea spotkania to wspólna inicjatywa współpracowników i przyjaciół Profesora: prof. dr hab. Róży Julii Wiśniewskiej – obecnej kierownik Zakładu Farmakologii oraz prof. dr hab. Włodzimierza Buczko – emerytowanego kierownika Zakładu Farmakodynamiki UMB. Współorganizatorami byli: Polskie Towarzystwo Farmakologiczne (Oddział Białystok), Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne (Oddział Białystok), Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku oraz Muzeum Wojska w Białymstoku.

*Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB serdecznie dzięku-*

---

*O prof. Danyszu mówi się, że jest ojcem białostockiej farmakologii. On sam – żartując – przyznaje się tylko do dwóch córek*

---

cinie oraz pamiątkowy dyplom. Prof. Jan Stasiewicz podkreślił zasługi Profesora Andrzeja Danysza w reaktywaniu izb lekarskich w Polsce w 1989 roku. Jego aktywność w działalności izby warszawskiej, a przede wszystkim wielki wysiłek w walce o godność lekarzy seniorów, czego wyrazem była publikacja książkowa z przełomu wieków.

je prof. Andrzejowi Danyszowi za przyjęcie zaproszenia i podjęcie się roli głównego Bohatera spotkania. Za okazaną pomoc w organizacji wydarzenia dziękujemy: prof. dr hab. Róży Julii Wiśniewskiej, prof. dr hab. Włodzimierzowi Buczko, prof. dr hab. Janowi Stasiewiczowi, dr hab. Wojciechowi Miltykowi, dr Andrzejowi Guzowskiemu oraz mgr Markowi Gajewskiemu.

**Magdalena Grassmann,  
Marta Piszczałowska**

Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB



fot. Wojciech Włocko

Pamiątkowe zdjęcie uczestników spotkania

**PROF. ANDRZEJ DANYSZ** jest jednym z najwybitniejszych polskich farmakologów. Urodził się 22 lutego 1924 roku w Warszawie. W czasie II wojny światowej służył jako ochotnik w wojsku polskim. Podczas okupacji niemieckiej uczęszczał na tajne komplety do Gimnazjum W. Giżyckiego, uzyskując w 1942 roku świadectwo dojrzałości. W tym samym roku rozpoczął naukę w Szkole Asystentów Medycznych doc. J. Zaorskiego, w której ukończył 3 lata medycyny. Podczas okupacji Andrzej Danysz prowadził także działalność konspiracyjną, pracując w kontrwywiadzie AK. W czasie Powstania Warszawskiego brał udział w zdobywaniu Poczty Głównej, Komendy Policji, Kościoła św. Krzyża. Równocześnie pracował jako lekarz w szpitalu PCK na ul. Koszykowej.

W 1957 roku został powołany na stanowisko kierownika Zakładu Farmakologii Akademii Medycznej w Białymstoku. O tym etapie swojego życia Andrzej Danysz wspominał później: „Organizując od podstaw, jako pierwszy kierownik, Zakład Farmakologii, związałem się z nim z entuzjazmem młodego człowieka nie wyztego organizacyjnie i naukowo. Udało mi się przede wszystkim zgromadzić grupę młodych i zapałonych ludzi, którzy chcieli coś w życiu osiągnąć i uwierzyli, że ja mogę im w tym pomóc.” Prof. A. Danysz organizował Badawczy Ośrodek Radiobiologiczny w Białymstoku,

W 1969 roku na własną prośbę MZiOS powierzyło mu stanowisko kierownika Zakładu Farmakologii Instytutu Leków w Warszawie. W latach 1982-1991 był dyrektorem tegoż Insty-

tutu. W 1994 roku przeszedł na emeryturę kontynuując nadal działalność wydawniczą. Prof. A. Danysz jest autorem ponad 500 publikacji, w tym 18 podręczników.

Głównymi zagadnieniami naukowymi A. Danysza są badania dotyczące transportu leków przez błony komórkowe, poszukiwanie nowych środków chemicznej radioochrony, patofarmakologia i radiofarmakologia.

Prof. Andrzej Danysz należy do wielu towarzystw naukowych. Jest członkiem-założycielem Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego (1969-1971 – wiceprzewodniczącym, a w latach 1971-1973 – przewodniczącym zarządu głównego). W latach 1965-1970 był pierwszym przewodniczącym Białostockiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego.

Za działalność naukową i wydawniczą oraz społeczną i artystyczną prof. A. Danysz uhonorowany został licznymi nagrodami. Został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Komandorskim, Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Powstańczym i Krzyżem Armii Krajowej, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia. W 2010 roku prof. Danysz został uhonorowany tytułem i sygnetem Medicus Nobilis nadawanym za 50 lat aktywnej pracy w Polskim Towarzystwie Lekarskim oraz na rzecz poprawienia stanu zdrowia polskiego społeczeństwa. W 1989 roku Akademia Medyczna w Białymstoku nadała Mu najważniejszą godność, jaką może nadać uczelnia wyższa – tytuł doktora honoris causa.

## W skrócie c.d.

### Ulica Dowgirda w Hajnówce

Nowa ulica będzie wzdłuż hajnowskiego szpitala w stronę lasu. Krzyżuje się z ulicą, której patronuje dr Tadeusz Rakowiecki, wybitny hajnowski lekarz.

O nadanie ulicy imienia doc. Adama Dowgirda wniosowała dyrekcja szpitala. I jest to jedyny adresat, który

będzie musiał zmienić swoje pieczętki i dokumenty. W okolicy nie ma żadnych innych budynków czy obiektów.

Docent Adam Dowgird (1913-1994) to wielce zasłużony dla Hajnówki, ale też Białegostoku, lekarz, chirurg, nauczyciel i wychowawca kilku pokoleń lekarzy, a także organizator ochrony zdrowia, budowniczy szpitali (w Hajnówce i w Białymstoku), przychodni, obiektów sportowych. Dyrektor szpitala w Hajnówce (1947-53) oraz Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Zdobył uznanie przy operacjach klatki piersiowej. Jako pierwszy w Polsce rozpoczął operacje ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego oraz krwawiących wrzodów żołądka i dwunastnicy. Opublikował 47 prac naukowych. Pełnił funkcje konsultanta wojewódzkiego i regionalnego chirurga. Za swoje zasługi został odznaczony Krzyżem Walecznych, Krzyżem Kawalerskim i Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski, tytułem Zasłużonego Lekarza.

**bdc**

# Biznes kupuje naukę

*Dwa lata trwały negocjacje Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z firmą, która chciała kupić uczelniany patent. Transakcja zakończyła się sukcesem.*

O tym, jak sprzedaje się osiągnięcia naukowe, rozmawiamy z dr Andrzejem Małkowskim z Biura Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii UMB.

**Wojciech Więcko: Czym zainteresowani są przedsiębiorcy? Konkretnymi wynikami badań, czy raczej zaawansowanymi opracowaniami, z których wyłania się prawie produkt?**

**DR ANDRZEJ MAŁKOWSKI, BOWITT UMB:** - Można sprzedać zarówno jedno i drugie, o ile jest na to chętny kupiec. Z moich doświadczeń wynika, że firmy wolą jednak wyższy poziom zaawansowania pracy nad danym wynalazkiem. To, co widzę, ale też zgłaszają sami przedsiębiorcy, to fakt, że uczelnie patentują za wcześnie. Wynika to stąd, że naukowiec jest rozliczany z publikacji. Za dobry artykuł może otrzymać nawet 25 punktów, za zgłoszenie patentowe dwa. Jednak by zrobić taką publikację i nie stracić prawa do patentu, najpierw musi zadbać o wniosek patentowy. I bardzo często jest to za wcześnie. Zwłaszcza jeżeli jest to zgłoszenie krajowe. Wtedy jest tylko rok, by zdążyć zabezpieczyć je w skali międzynarodowej. I w tym okresie trzeba znaleźć kupca, by ten miał szansę na taką ochronę. Firmy jednak często proszą o dorobienie dodatkowych badań np. na zwierzętach, albo większą walidację. Mówią zwykle, pomysł fajny, ale my w to jeszcze nie wejdzimy, za mało jest jeszcze sprawdzone.

**Rozmawiam z różnymi naukowcami. Oni mówią, że coś ciekawego im wyszło podczas badań, ale na kolejne badania nad tym nie są już przewidziane fundusze, pisanie nowego wniosku badawczego i jego ocena zajmuje rok, a w międzyczasie są inne badania...**

- Tu nie ma żadnego usprawiedliwienia. Jeżeli się chce doprowadzić badania do końca, to granty na środki pisze się non stop. Nie powinno się ich pisać, bo akurat nam się obecny kończy. Jeżeli ktoś



fol. Wojciech Więcko

Dr Andrzej Małkowski

np. szuka substancji będących lekiem na jakąś chorobę, to musi zdawać sobie sprawę, że w pierwszym etapie będzie to wyselekcjonowanie związków i zrobienie badań na komórkach, a później będą badania na zwierzętach. To trzeba z góry zaplanować.

**Te braki w kompletności badań, czy to najbardziej przeszkadza przedsiębiorcom?**

- Tak. Dla firm jest to tak ważne, ponieważ minimalizuje ich ryzyko inwestycyjne. Dlatego tak często zwracają uwagę a to na brak badań na zwierzętach, albo za mało powtórzeń prób, najlepiej w certyfikowanych laboratoriach. To też dla nich ograniczenie przyszłych kosztów.

Musimy pamiętać, że na rynku jest naprawdę duża liczba różnych wyników badań do kupienia. Naprawdę ogromne ilości. Bardziej kompletnych i mniej. To przedsiębiorca jest tu decydem, to on spośród tej masy wybiera sobie te, które są według niego najbardziej kompletne. To naukowcy muszą się dopasować do wymogów rynku.

**Ile kosztuje odkrycie naukowe? Czy jeśli projekt badawczy kosztował 3 mln zł, to, co najmniej tyle musi kosztować finalny efekt prac?**

- Nie mylmy wartości projektu badawczego i wartości finalnego produktu. To dwie różne rzeczy. Kiedy sprzedajemy produkt, oceniamy jego wartość rynkową w danym momencie. Nie możemy patrzeć tylko, ile zostało włożone w badania. Musimy realnie sprawdzić, za ile można go sprzedać, jakie ten produkt ma perspektywy na rynku. Przy badaniach za 3 mln zł, może to być tysiąc złotych, o ile jest to realna wartość odkrycia.

Zawsze też można nie sprzedawać. To też jest jakieś wyjście. Tylko, co jest lepsze? Upierać się przy wartości 3 mln zł i tego nie sprzedawać, czy sprzedać choćby za ten tysiąc - o ile jest to uzasadnione - i nawiązać z firmą kontakt, stworzyć podwaliny pod dalszą współpracę. Wiele grantów badawczych jest teraz pozyskiwanych z funduszy unijnych, na które uczelnia de facto nie wyklada grosza, a pośrednio na nich zarabia. A to kupiony został np. sprzęt badawczy, a naukowiec zaliczył serię szkoleń. Więc ta sprzedaż, to dodatkowy zarobek dla uczelni.

**Łatwo się rozmawia o cenie z przedsiębiorcą? Bo sami przedsiębiorcy mówią, że to jest właśnie największy problem. Ustalenie tej ostatniej konkretnej liczby wpisanej w umowę.**

- To jest trochę jak na bazarze, trzeba się po prostu porozumieć. Uczelnię wiążą w tym względzie przepisy, bo nie ma ona dowolności w ustaleniu ceny. Musi zamówić u zewnętrznych specjalistów wyceny takich wynalazków i są one w dużym stopniu dla uczelni wiążące. Najlepiej mieć dwie-trzy takie wyceny. Jeżeli będziemy chcieli sprzedać je dużo poniżej kosztów, to możemy spodziewać się wizyty przedstawicieli policji czy prokuratury z pytaniem, a dlaczego tak tanio? Możemy negocjować, dogadywać się, ale mamy pewne ograniczenia.

**Jak sprzedawać osiągnięcia naukowe? Na sztuki, na procent, na kilogramy?**

- Na wyłączność. Nie po to firmy kupują coś, co jeszcze trzeba dopracować

i w co trzeba zainwestować, żeby była to otwarta sprzedaż. Przedsiębiorca chce mieć pewność, że kupując patent, będzie miał nowość na rynku i monopol na ten produkt. To jest innowacja. Ktoś wykląda spore kwoty na rozwój produktu, po to by na nim dobrze zarobić.

Dla uczelni to sprawia pewne problemy administracyjne, ale chodzi o regulacje obowiązujące na szczeblu krajowym. Nawet zastosowanie formuły licencji na wyłączność, traktowane jest jako sprzedaż i musimy uważać na wartość wyceny. Jeżeli przekroczy ona pewien próg, to na transakcję musi się zgodzić odpowiedni minister. W nowej ustawie o szkołach wyższych sporo rzeczy udrożniono, ale zostało jeszcze trochę barier.

Jednak największym hamulcem jest chyba podatek VAT. Projekty naukowe bardzo często są z VAT-em kwalifikowanym, czyli uczelnia dostaje środki łącznie z VAT-em (wartość brutto). Kiedy projekt kończy się patentem i jest szansa na jego sprzedanie, to pojawiają się służby podatkowe i stwierdzają, że już nie mówimy o projekcie badawczym, tylko komercyjnym. Tak więc trzeba zwrócić VAT od całego projektu wraz z odsetkami. To są ogromne pieniądze i nieuregulowana kwestia na poziomie centralnym.

### **Uczelnia jednak sprzedała patent. Jak to się udało rozliczyć?**

- Ten patent powstał nie w wyniku projektu unijnego i przed wejściem w życie tych przepisów podatkowych.

### **A w ogóle, ile na tej nauce można zarobić?**

- Stawki zaczynają się od kilkudziesięciu tysięcy, sięgają kilkuset tysięcy złotych. W przypadku UMB nie jest to jeszcze szansa na regularne zyski. Mamy jeszcze zbyt małe doświadczenia w komercjalizacji, ale ważne jest przetarcie tych wszystkich ścieżek, nawiązywanie nowych kontaktów, poznawanie się. W dłuższej perspektywie to się opłaci.

### **Ile na sprzedaży patentu zarobi sam naukowiec?**

- Na UMB uczelni 70 proc. z zysku, minus koszty uczelni. Uczelnia z definicji jest od razu właścicielem takiego odkrycia, ale ma trzy miesiące by odpowiedzieć naukowcowi, że jest zainteresowana komercjalizacją jego

osiągnięcia. Jeżeli nie jest, albo nie odpowiada w terminie, to za symboliczną kwotę odsprzedaje go twórca i ten może sam go komercjalizować.

### **Czym różni się sprzedaż patentu od licencji na niego?**

- Przy licencji to uczelnia nadal jest właścicielem patentu. Licencjobiorca uiszcza pewną opłatę za korzystanie z niego. Czasami jest to ryczałt np. roczny płacony przez określony czas, w naszym przypadku jest to procent od przychodów ze sprzedaży produktów z naszą technologią plus opłata wstępna.

---

*Osiągnięcia naukowe sprzedaje się na wyłączność. Nie po to firmy kupują coś, w co trzeba jeszcze zainwestować, żeby była to otwarta sprzedaż. Przedsiębiorca chce mieć pewność, że kupując patent, będzie miał monopol na ten produkt*

---

Ryczałt jest wygodny dla księgowych, bo z góry wszystko wiadomo i wszystko da się łatwo planować. Dla firmy jest to ryzyko, że może nie zdążyć wprowadzić produktu na rynek w tym czasie i poniesie dodatkowe koszty. W drugim przypadku łatwiej negocjuje się cenę. Uczelni wygodniej pójść na pewne ustępstwa, bo jak produkt zostanie z sukcesem wprowadzony na rynek, to potencjalne przychody mogą być naprawdę wysokie. Firmie też się opłaca, bo gdyby jednak się nie udało, to procent od zera złotych sprzedaży to zero. Obu stronom zależy, żeby się udało.

### **Licencję na co, konkretnie, udało się uczelni sprzedać?**

- To technologia dotycząca zastosowania nowego związku konserwującego zarówno w żywności, jak i w kosmetykach. Przy czym w naszym przypadku firma była zainteresowana tylko tą częścią kosmetyczną.

### **Jak długo trwały negocjacje handlowe?**

- Dwa lata.

### **Dlaczego tak długo? Biznes nie lubi tak długo czekać.**

- Wiele rzeczy się na to złożyło. Przy pierwszym podejściu firma chciała załatwić temat dosłownie w dwa tygodnie. Tu przyznam się, to my nie daliśmy rady załatwić tematu od strony administracyjnej. Nasze uczelniane biuro transferu technologii w zasadzie działa dopiero dwa lata i w tamtym momencie my się jeszcze wszystkiego nauczyliśmy. Nie udało się nam na czas porobić wycen i uzyskać potrzebnych akceptacji. Za drugim razem, kiedy od strony administracyjnej było wszystko dograne, firma poprosiła nas o wstrzymanie tematu, ponieważ w grę wchodziła możliwość zdobycia przez nią grantu unijnego na potrzebne badania. Przy trzecim podejściu, kiedy zarówno my, jak i firma, nabyliśmy stosowne doświadczenia, udało się dość szybko dopiąć transakcję.

### **Z ilu pytań od firm udaje się doprowadzić do poważnych rozmów biznesowych o sprzedaży patentu?**

- Z niewielu. A to dlatego, że większość kontaktów to my inspirujemy. Pokazujemy naszą ofertę naukową w zasadzie tam, gdzie się da, prezentujemy ją na specjalnych portalach, gdzie oferuje się naukową ofertę komercjalizacyjną, rozmawiamy na targach i konferencjach. Ostatnio nawiązaliśmy współpracę z firmą, która z jednej strony sama skupuje takie osiągnięcia, z drugiej - te, którymi nie jest zainteresowana, oferuje swoim partnerom. Ona ocenia nasze technologie, wycenia je, a my zyskujemy do tego dostęp.

Firmy rzadko pukają do nas i pytają o to, co mamy w naszym portfolio. Częściej są to pytania o usługę, o możliwość wykonania konkretnych badań, skorzystania z naszych laboratoriów, bo trzeba rozwiązać konkretny problem w procesie technologicznym. To też jest ważna sprawa. Jeżeli zrobimy dobrą usługę i na czas, jeżeli komuś pomożemy, to super. Tak też budujemy swoją markę w biznesie. Uczelnia musi się tam pokazywać, prezentować się jako wiarygodny i solidny partner.

Rozmawiał:

**Wojciech Więcko**



# Rak, rozpacz, rozmowa

*Rozpoznanie raka jajnika, podobnie jak leczenie, jest dla kobiety zdarzeniem bardzo traumatycznym. Jak reagują pacjentki, jak zmieniają się ich postawy życiowe - badała w swojej pracy doktorskiej położna Agnieszka Wojno.*

W sumie w okresie dwóch lat dr Agnieszka Wojno z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przebadła 106 pacjentek, u których zdiagnozowano i leczono raka jajnika. Najmłodsza z nich miała 28, a najstarsza 72 lata.

Analiza przeprowadzona była w momencie pierwszej hospitalizacji (okres okołoperacyjny), w trakcie chemioterapii oraz 6 miesięcy po zakończeniu leczenia. Wynikiem tego jest rozprawa doktorska pt. „Ewolucja postaw życiowych chorych w przebiegu raka jajnika”.

## Diagnoza i jej odbiór

- Moje badania wykazały, że najtrudniej diagnozę przyjmują pacjentki z niskim stopniem zaawansowania schorzenia. To te kobiety, które nie mają żadnych objawów i najczęściej z innych powodów zgłaszają się do lekarza. Mimo że ich rokowanie jest najlepsze, to one najtrudniej znoszą diagnozę. Ich psychika nie jest przygotowana na taką informację - tłumaczy dr Wojno.

Łatwiej diagnozę znoszą kobiety w zaawansowanym stadium choroby. Zgłaszając się na diagnostykę - chociaż się do tego nie przyznają - podświadomie czują, że wyniki mogą być nieprawidłowe, ponieważ często mają dokuczliwe objawy.

W kolejnym etapie leczenia - podczas chemioterapii - bez względu na stopień zaawansowania choroby stan psychiczny pacjentek jest podobny i zależy od skutków ubocznych prowadzonej terapii. Po zakończeniu leczenia stan psychiczny również zależy od ich stanu klinicznego. Jeżeli proces chorobowy nie postępuje, to kobiety i ich stan psychiczny stopniowo powracają do „normalności”, zawsze zostawiając swoje „piętno”. Jeżeli postępuje, stan psychiczny pacjentek wymaga większego wsparcia, uwagi i pomocy. Dodatkowym obciążeniem jest również fakt, że



Dr Agnieszka Wojno

rak jajnika jest nowotworem narządu rodowego, który uznawany jest za chorobę wstydliwą.

## Krzyk rozpacz

Rozpoznanie każdego nowotworu, w tym również raka jajnika, wywołuje u chorych reakcje, które stanowią próbę poradzenia sobie z tym trudnym problemem. - Może to być: szok, niedowierzanie, bunt, gniew lub depresja - tłumaczy dr Wojno. - To ważny sygnał dla nas - personelu pielęgniarskiego. Położne pracujące na oddziale z chorymi onkologicznie wiedzą, że niektóre reakcje chorej, niezrozumiałe dla otoczenia, to często krzyk rozpacz i wołanie o pomoc.

- Jeśli kobieta jest zamknięta w sobie, nie reaguje na to, co się do niej mówi, wybucha gniewem, czy jest rozszczeniowa, to często jest to właśnie taki sygnał: boję się, potrzebuję pomocy.

Dr A. Wojno badała również jakość życia pacjentek przed chorobą. Pacjentki, które wcześniej zgłosiły się do lekarza, czyli pacjentki z niskim stopniem zaawansowania raka jajnika, lepiej oceniały swoje wcześniejsze życie.

- Te kobiety, które miały poczucie dobrej jakości życia i wysokiego poziomu koherencji, nie bały się ani nie wstydziły szukać pomocy lekarskiej,

nie miały lęków, by pytać o szczegóły, łatwiej i szybciej odnajdywały drogę do lekarza - wyjaśnia.

## Grupa samopomocy

Wszystkie ankietowane pacjentki przyznały, że w czasie choroby niezwykle ważne i potrzebne były dla nich rozmowy i wsparcie najbliższych. Najczęściej zależało im na rozmowie z lekarzem prowadzącym (81,25 proc. badanych kobiet), z rodziną (67,50 proc.) oraz z psychologiem - 37,5 proc. Co ważne, wraz z przedłużającym się procesem leczenia, potrzeba wsparcia i rozmów z innymi chorymi na raka jajnika wzrastała (18,75 proc. do 85 proc.). Wynikiem tej obserwacji było powstanie grupy samopomocy, która wspiera kobiety chore na raka narządu rodowego. Dr Wojno jest współzałożycielem Stowarzyszenia „Eurydyki”, które pomaga i wspiera pacjentki, leczące się z powodu nowotworów narządu rodowego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym i w innych szpitalach. Obecnie działa w nim około 40 kobiet. Spotykają się co najmniej raz w miesiącu, a spotkania te mają różny charakter.

- Spotykamy się z dietetykiem, żeby dowiedzieć się o odpowiednim żywieniu w trakcie chemioterapii. Innym razem poszliśmy do „Kina Kobiet”, później do stowarzyszenia Klanza, gdzie panie pod kierunkiem terapeuty wykonywały ćwiczenia ruchowe. Jeździmy również na różne konferencje i współpracujemy z „Amazonkami” - wyjaśnia dr Wojno.

Dr Wojno marzy się, by w przyszłości członkinie „Eurydyki”, podobnie jak „Amazonki” mogły chodzić do innych chorych i udzielać wsparcia kobietom, które są dopiero na początku leczenia.

## Katarzyna Malinowska-Olczyk

Informacje o Stowarzyszeniu Eurydyki można znaleźć na Facebook-u

# Prawo o in vitro. 28 lat po fakcie

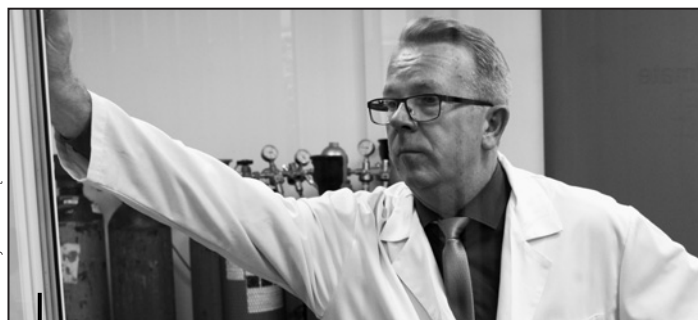
*Po prawie 28 latach od narodzin pierwszego w Polsce dziecka z in vitro nasz kraj doczekał się w końcu uregulowań prawnych dotyczących leczenia niepłodności.*

Prezydent ustawę podpisał, ale jeden z zapisów skierował do Trybunału Konstytucyjnego. Ma wątpliwości, czy zgodny z konstytucją i prawem międzynarodowym jest przepis pozwalający na pobranie komórek rozrodczych od osoby, która jest niezdolna do świadomego wyrażenia zgody. Ustawa przewiduje taką możliwość ze wskazań medycznych - np. w przypadku osób niepełnoletnich bądź ubezwłasnowolnionych.

- Chodzi tu o młodych pacjentów, którzy nieprzytomni trafią do szpitala po wypadku i trzeba będzie np. amputować jądra czy z powodu krwotoku usunąć jajniki. Są wątpliwości, kto w przypadku tych osób ma podjąć decyzję - mówi prof. Waldemar Kuczyński, ministerialny ekspert, jeden z współtwórców ustawy. - W moim odczuciu jest to przepis zgodny z prawem, który tak naprawdę jest wyrazem humanitarnego podejścia ustawodawcy do zabezpieczenia jakości życia na przyszłość. Bo tak jak ratuje się życie za wszelką cenę, tak samo powinno się dbać o jakość uratowanego życia w przyszłości.

## Osiem rozporządzeń

Ustawa o leczeniu niepłodności wejdzie w życie 1. listopada. Istniejące już kliniki in vitro będą miały rok czasu od wejścia przepisów w życie na dostosowanie się do wymagań ustawy. W tym czasie Ministerstwo Zdrowia skontroluje, czy faktycznie się dostosowały i wówczas będzie mogło wydać pozwolenie na działalność. Do 1. listopada resort zdrowia ma czas, by przygotować i opublikować rozporządzenia. W sumie ma być ich osiem. Mają zagwarantować minimalne standardy jakości i bezpieczeństwa postępowania w procedurach medycznie wspomaganą prokreację, która dotąd w Polsce w ogóle nie była regulowana. Określą więc np.: jakie



fot. Wojciech Więcko

Prof. Waldemar Kuczyński, lekarz ze szpitala USK, ministerialny ekspert, jeden z współtwórców ustawy

normy muszą spełniać pomieszczenia w klinikach, bankach komórek rozrodczych i bankach zarodków, jakie urządzenia mogą być stosowane, kto może w nich pracować, jak i kto ma tych pracowników szkolić. Uregulowany i ujednolicony zostanie także system jakości, który będzie określał np. jak znakować gamety i zarodki, by uniknąć ryzyka pomyłek czy też je zminimalizować.

Leczeniem niepłodności zajmować się będą ośrodki wspomaganą medycynie prokreacji oraz centra leczenia niepłodności. Ośrodek będzie musiał mieć własny bank gamet i zarodków lub będzie musiał mieć umowę z bankiem prowadzonym przez inny ośrodek. Centra zaś będą musiały mieć w swoich strukturach własny bank komórek i zarodków, oferować dostęp do wszystkich metod leczenia, a także prowadzić działalność dydaktyczną oraz naukową.

- Mam obawy, czy kliniki leczenia niepłodności będą się starały o status centrum - mówi prof. Kuczyński. - Centra będą miały dużo więcej obowiązków, a ustawodawca nie przewidział żadnych korzyści z tego tytułu.

## Co w ustawie?

Ustawa o leczeniu niepłodności reguluje wszystkie kwestie związane z leczeniem niepłodności. Zakazuje m.in. handlu gametami i zarodkami, tworzenia hybryd i chimer, klonowania czło-

wieka, tworzenia i wykorzystywania zarodków w celu innym niż prokreacja (a więc także eksperymentów na zarodkach). Zabrania niszczenia zarodków - ma za to grozić kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat. Nie pozwala także selekcjonować zarodków dla wyboru płci dziecka, chyba że może to wykluczyć odziedziczenie ciężkiej choroby genetycznej (co dla wielu konserwatystów zahacza już o eugenikę). Dopuszcza stosowanie in vitro tylko w celu leczeniu niepłodności - a więc nie można z niego skorzystać np. dla uniknięcia przeniesienia choroby genetycznej. In vitro dostępne będzie tylko dla małżeństw oraz par pozostających we wspólnym pożyciu po złożeniu oświadczenia woli. Nie będą mogły z niego skorzystać samotne kobiety, które do tej pory miały taką możliwość. Wolno zapłodnić tylko sześć komórek jajowych, chyba że za stworzeniem większej liczby przemawia wiek kobiety (po 35. roku życia) lub względy medyczne. Zarodki niewszczępione od razu będą mrożone. Możliwa jest adopcja zarodków, jeśli biologiczni rodzice przeznaczyci je do adopcji, a także korzystanie z gamet anonimowych dawców. Jeśli kobieta chce skorzystać z nasienia anonimowego dawcy, jej partner musi wyrazić zgodę i z góry uznać swoje ojcostwo dziecka. W przypadku adopcji zarodków klinika ma obowiązek wybrać zarodek zbliżony cechami do

## Głos z Białegostoku

cech adopcyjnych rodziców. Rodzice adopcyjni zarodka ani dziecko, które się urodzi w wyniku takiej adopcji, nie poznają biologicznych rodziców.

### Bez limitów i surogacji

Zdaniem prof. Kuczyńskiego ustawa, choć zapewnia większe bezpieczeństwo leczenia i bezpieczeństwo zarodków, narzuca kontrolę nad ośrodkami leczenia niepłodności oraz wprowadza kary za nieprzestrzeganie prawa, to kilku kwestii nadal nie rozwiązuje. Nie określa górnej granicy wieku, do którego można skorzystać z in vitro. Dla porównania we Francji czy Holandii jest to 43 rok życia, w Niemczech 40 lub 45 rok życia (w zależności, czy to leczenie państwowe czy prywatne).

- Gdyby ustawodawca uregulował tę kwestię, my jako lekarze nie mielibyśmy dylematów moralnych, czy dać komuś szansę na macierzyństwo czy nie – mówi prof. Kuczyński. – Co gorsza ustawa narzuca na nas obowiązek przechowywania zamrożonych zarodków przez 20 lat (dopiero po tym czasie mogą zostać przeznaczone do adopcji). Czyli jak kobieta zamrozi swoje zarodki w wieku 40 lat, to będzie mogła do mnie przyjść w wieku 60 lat i domagać się ich przeniesienia do macicy, a ja nie będę miał podstaw, by jej odmówić.

Druga kwestia to surogacja rodzinna.

- To może być problem dla znacznej grupy chorych: młodych kobiet z wadami rozwojowymi, tych, którym usunięto macicę np. w czasie porodu czy też pacjentek po zakończonym leczeniu onkologicznym – dodaje prof. Kuczyński. – Te kobiety, mimo że mają własne komórki rozrodcze, pozbawione zostały szans na macierzyństwo. Rozumiem intencje ustawodawcy, który chciał się zabezpieczyć przez surogacją komercyjną. Z drugiej strony można było określić zasady surogacji rodzinnej: dokładnie określić do którego stopnia pokrewieństwa można dopuścić surogację, powołać komisję, która kwalifikowałaby do takich zabiegów.

### Historia in vitro

Lekarze zajmujący się leczeniem niepłodności już wiele lat temu zwracali uwagę na brak uregulowań prawnych

ciąg dalszy na stronie 20 →

Niewiele brakowało, a obecna ustawa również utknęłaby na etapie projektu. Spotkała się ona z bardzo krytycznymi uwagami środowisk kościelnych i prawniczych. Po burzliwym głosowaniu przeszła przez Sejm, w Senacie zaś zo-

stała przegłosowana jedynie trzema głosami. Przed głosowaniem w Senacie trzech białostockich lekarzy z zespołu, który dokonał pierwszego w Polsce zapłodnienia in vitro zaapelowali do senatorów i Prezydenta RP. Oto treść ich listu:



fot. Wojciech Wętko

Od lewej: prof. Sławomir Wołczyński, prof. Marian Szamatowicz, prof. Waldemar Kuczyński - z zespołu który dokonał pierwszego udanego zabiegu in vitro w Polsce

## List otwarty

**Szanowny Panie Prezydencie;**

**Szanowny Panie Marszałku;**

**Panie i Panowie Senatorowie;**

To Wy w najbliższych dniach będziecie decydować o losie setek tysięcy Polaków borykających się z problemem niepłodności. W waszych rękach leży ich przyszłość: czy będą mogli skorzystać ze skutecznej i bezpiecznej terapii w kraju, czy po tą pomoc będą musieli wyjeżdżać za granicę.

Obecnie, jesteśmy w niechlubnej grupie czterech ostatnich krajów w Europie, w których nie ma uregulowań prawnych dotyczących in vitro. Każdego dnia ponosimy tego koszty. Teraz, mamy szansę dołączyć do cywilizowanego świata, a nawet wnieść do niego nowe wartości humanistyczne. Ustawa, nad którą będziecie głosować, po raz pierwszy w historii, wprowadza ograniczenia liczby zapładnianych komórek jajowych do niezbędnego minimum pozwalającego zachować skuteczność metody. W wyniku tych regulacji zdecydowanie zmniejszy się liczba mrożonych zarodków. To jest wyrazem szczególnej troski i szacunku dla nowopowstałego życia. Co równie ważne ten akt prawny wprowadza nadzór nad klinikami i przewiduje kary za nieprzestrzeganie przepisów. Nad tą regulacją pracowano 12 lat. Osiągnięto trudny kompromis. Wzięto pod uwagę argumenty środowiska medycznego, naukowego, ale też oczekiwania pacjentów. Uwzględniono doświadczenia, w tym także błędy popełnione w innych krajach.

Przez te 27 lat funkcjonowania polskiej medycyny rozrodu na świat mogło przyjść około 100 tys. dzieci. Teraz to wszystko może zostać zaprzepaszczone. Nasiloną kampania przeciwko wprowadzeniu ustawy w życie, wywieranie presji światopoglądowej na niezależne instytucje państwowe, wywołuje głęboki niepokój środowiska medycznego i zwykłych ludzi. W ostatnich tygodniach obserwujemy gwałtowny napływ pacjentów do klinik leczenia niepłodności. Realizatorzy rządowego programu wyczerpali już przyznane na ten rok limity. Ludzie boją się przyszłości. Chcą skorzystać z leczenia opartego o wiedzę, profesjonalizm i zdrowy rozsądek, a nie światopogląd i przekonania religijne.

Prosimy Was – w chwili, gdy ważą się losy niesłuchanie ważnej społecznie ustawy – abyście nie ulegali nieprawdziwym argumentom, że wobec metody in vitro istnieją alternatywne rozwiązania i sposoby leczenia niepłodności. To medyczna nieprawda godząca w ludzi, którzy chcą mieć dzieci. My, jako lekarze, całą swoją wiedzę i doświadczeniem możemy zagwarantować, że in vitro jest filozofią na rzecz życia.

Panie Prezydencie, Szanowni Senatorowie! Od Waszej decyzji zależy los milionów Polaków. Nie odbierajcie im szansy. Pozostawcie kwestie decyzji o podjęciu leczenia każdej bezdziejnej parze i ich sumieniu. A nam lekarzom dajcie możliwość pomagania ludziom zgodnie z naszą wiedzą medyczną i doświadczeniem. Niech te 27 lat naszej pracy nie pójdzie na marne.

Z wyrazami szacunku

**Prof. Marian Szamatowicz**  
**Prof. Sławomir Wołczyński**  
**Prof. Waldemar Kuczyński**

i nadzoru nad ośrodkami zajmującymi się leczeniem niepłodności. Już w 1995 i 1996 roku Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wydał zalecenia i zasady dobrej praktyki, które niestety z powodu braku instytucjonalnego nadzoru oraz sankcji nie miały **żadnej mocy prawnej**. W 2005 r powołany przez Ministerstwo Zdrowia zespół ekspertów w zakresie medycyny rozrodu opracował „Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych dotyczących leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego”. Niestety, rozporządzenie to nie weszło nigdy w życie. Potem były próby wprowadzenia uregulowań dotyczących leczenia niepłodności w ustawie o „pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”. Zapisy „ustawy transplantacyjnej” ograniczały się jedynie do komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok i nie uwzględniały komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części. Przez kilka lat powstawały kolejne próby nowelizowania tej ustawy poprzez wprowadzanie zapisów o komórkach rozrodczych, zarodkach itd. Niestety koncepcja ta została również zarzucona.

W 2006 roku poseł Jarosław Gowin zaczął przygotowywać dla PO pierwszy projekt ustawy bioetycznej mający uzgodnić polskie prawo z europejską konwencją bioetyczną. Okazał się jednak bardzo restrykcyjny, zbliżony do prawa włoskiego i niemieckiego. W toku prac legislacyjnych, został odrzucony. Projekt ten, podobnie jak projekty zakazujące całkowicie stosowania zawansowanych metod wspomaganego rozrodu, pokazały w całej rozciągłości problemy legislacyjne oraz próby wpływania Kościoła Katolickiego na kształt prawa.

Prace nad obecną ustawą trwały ponad dwa lata. W czerwcu tego roku Trybunał Sprawiedliwości UE orzekł, że nie przyjmując regulacji ws. in vitro, Polska naruszyła przepisy dyrektywy unijnej.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Misterium ni

*Jest takie pytanie, na które wszyscy naprawdę dobrzy ludziami*

**D**laczego świat pogrążony jest w cierpieniu, szczególnie niezawinionym cierpieniu? Dlaczego doszło do tragedii 11 września, dlaczego zdarzają się samobójcze ataki terrorystyczne, porwania czy akty znęcania się nad dziećmi, dlaczego dochodzi do przypadków kradzieży tożsamości lub masowych zwolnień z pracy? W każdym z tych przypadków winą można obarczyć innych ludzi, ale nie wyjaśnia to, dlaczego tak wielu z nas cierpi, stając się niewinnymi ofiarami ich przemocy, chciwości czy wyzysku.

Oprócz tragicznej rzeczywistości naszej powszechnej upadłości, mamy również świadomość, że znaczna część doświadczanego przez nas bólu i cierpienia najwyraźniej nie wynika z przyczyn, które byłyby bezpośrednio od nas zależne. Bardzo często i na różne sposoby znajdujemy się w sytuacjach, na które nie mamy żadnego wpływu, stajemy się ofiarami zdarzeń i okoliczności, które nas przytłaczają. Widok cierpienia towarzyszy nam bezustannie bez względu na to, czy dotyczy ono bezpośrednio nas, czy też odnosi się do tych, których kochamy, na których nam zależy. Codziennie coraz to nowych przykładów dostarczają nam środki masowej informacji: słyszymy o bezmyślnej przemocy na ulicach Los Angeles, która w ciągu niespełna dwóch tygodni odbiera życie dziesiątkom ludzi; widzimy obrazy dorosłych i ich dzieci umierających w całej Afryce z powodu strasznego problemu AIDS; całe wioski w południowej Azji ginące pod zwałami błota albo ulegające zniszczeniu przez cyklony; rodziców błakających się po spalonym mieszkaniu, oplakujących śmierć swych dzieci i próbujących przeżyć swój domowy holocaust... A to wszystko dzieje się już po 11 września.

Największą pokusą w obliczu tego cierpienia jest pytanie: Dlaczego? Dlaczego ja, czy ktoś, kogo kocham musi doświadczać tego rodzaju nieszczęść? Jakże często pojawiają się niezwłocznie

kolejne pytania: Dlaczego Bóg tak nas ukarał? Cóż uczyniliśmy, że musimy znosić taki ból?

Jeśli postrzegamy te cierpienia jako prawdziwie „niezawinione”, nawet przy najbardziej usilnych staraniach żadna odpowiedź nie okaże się w pełni zadowalająca. Posługujemy się szeregiem teologicznych objaśnień, które pojawiały się ostatnimi laty. Mówimy o wolności, którą Bóg obdarzył nas po to, abyśmy mogli kochać; wolności, której nadużyliśmy do tego stopnia, że wyobcowaliśmy się ze Źródła życia

---

*W najlepszym wypadku cierpienie poucza nas, hartuje i umacnia.*

*Może oczyścić nasze serce, pohamować nasze ambicje i spowodować, że skupimy się na „tym jednym, którego potrzeba”. Innymi razy cierpienie może nas przytłoczyć, doprowadzając na krawędź rozpacz*

---

i pogrążyliśmy zarówno siebie, jak i całe stworzenie w otchłani zła, cierpienia i śmierci. Sugerujemy też, jak wielu już to uczyniło, że Bóg gotów jest posłużyć się nawet niewinnym cierpieniem, aby pomóc nam dojrzewać duchowo; albo też w taki sposób ukazuje nam naszą zupełną bezradność, że w rozpacz zmuszeni jesteśmy oddać się całkowicie Bożemu miłosierdziu.

Każda z tych odpowiedzi jest prawdziwa. Ale gdy cierpienie, które znamy od innych, dotyka nas samych - gdy to *nasze* dziecko rodzi się z poważnymi objawami kalectwa; kiedy to *my* padamy ofiarą czyjejś nieusprawiedliwionej przemocy; lub też w przypadku, gdy to

# ewinnego cierpienia

chcielibyśmy uzyskać rozsądną i zadowalającą odpowiedź: Dlaczego tak (chodzi nam tu przeważnie o nas samych) przytrafiają się złe rzeczy?

bliska nam osoba ginie w wypadku drogowym - wówczas owe teologiczne objaśnienia okazują się niewystarczające. W obliczu naszego własnego bólu ich abstrakcyjna prawda po prostu do nas nie dociera.

Rzecz w tym, że w tym życiu nigdy nie znajdziemy rozsądnego i możliwego do przyjęcia wyjaśnienia tajemnicy niewinnego cierpienia. Tym, co czyni je tak trudnym do zniesienia i prowadzi od bólu do rozpacz i zwątpienia, jest tak naprawdę właśnie nasza niezdolność objaśnienia tego cierpienia. Cierpienie pozostaje „tajemnicą”, w pospolitym znaczeniu tego słowa, właśnie dlatego, że nie jesteśmy w stanie ostatecznie objaśnić - lub też usprawiedliwić - jego pochodzenia i znaczenia. To dlatego jest to *cierpienie*, a nie zwykły ból, rana czy smartwienie.

Jest jednak jeszcze jedna możliwość rozpatrywania tej tajemnicy cierpienia. Polega ona na pojmovaniu terminu „tajemnica” w jego bardziej podstawowym znaczeniu - jako „sakramentu”. Niewielu z nas oplakując odejście ukochanego członka rodziny, przechodząc udreńkę chemioterapii, albo zmagając się z kliniczną depresją jest w stanie docenić etymologię terminu *mysterion*. Oznacza on „sakramentalną rzeczywistość” i dlatego rzuca na problem cierpienia nowe, promienne i uzdrawiające światło.

Jesteśmy członkami Ciała Chrystusa. Właśnie to stanowi naszą najbardziej podstawową tożsamość i określa nasze najbardziej podstawowe powołanie (Rz 12; 1 Kor 12). „Gdy jeden członek cierpi” - stwierdza apostoł Paweł - „pozostałe uczestniczą w jego cierpieniu” (1 Kor 12,26). Wraz z członkami cierpi również Głowa tego Ciała. Oznacza to, że we wszystkim, czego doświadczamy, nigdy nie pozostajemy w odosobnieniu. W cierpieniu nigdy nie pozostajemy sami. Choć inni członkowie Ciała mogą nie zważać na nasze cierpienie, Chrystus podejmuje je w całości. Wiemy, że nawet pragnie



fort. Wikipedia

11 września 2011 r., Nowy York. Dlaczego świat pogrążony jest w cierpieniu, szczególnie niezawinionym?

wziąć na Siebie nasze cierpienie, połączyć je ze Swym własnym, aby przemienić je i nas samych na obraz Jego pełni i Jego niewysłowionego pokoju. To wspaniała prawda Krzyża - Chrystus dobrowolnie i z oddaniem jednoczy się z nami nie tylko po to, aby wybawić nas od grzechu i winy, ale też po to, by współuczestniczyć w naszym cierpieniu i znosić je aż do końca.

Bóg dopuszcza do naszego cierpienia, ale nigdy go nie narzuca. Ludzkie cierpienie nie jest karą za grzechy, chyba że (jak ujął to niegdyś mój były seminaryjny wykładowca) w takim stopniu, w jakim Bóg „pozwała nam wypić piwo, którego sami nawarzyliśmy”. „Kto zgrzeszył” - zapytali Jezusa uczniowie - „że [człowiek ten] narodził się ślepy?”. W odpowiedzi usłyszeli: „Ani on nie zgrzeszył ani jego rodzice, lecz, aby przez niego objawiły się dzieła Boże” (J 9,3).

W najlepszym wypadku cierpienie poucza nas, hartuje i umacnia. Może oczyścić nasze serce, pohamować nasze ambicje i spowodować, że skupimy się na „tym jednym, którego potrzeba” (cs. *jedinoje na potrebu* - przyp. tłum.). Inny mi razy cierpienie może nas przytłoczyć, doprowadzając na krawędź rozpacz. Dochodzi do tego szczególnie wtedy, gdy pozostaje ono „tajemnicą” w owym

pospolitym znaczeniu: jest wówczas druzgocące, zagmatwane, niewyjaśnione i najwyraźniej jawi się jako niesprawiedliwy ciężar udreńki, utraty i bólu.

Tym jednym, i zapewne jedynym, co przemienia takie cierpienie w prawdziwe misterium, doświadczenie prześląknięte sakramentalną łaską jest *oddanie* naszego cierpienia, jakiegokolwiek by były jego przyczyny i postacie, w dłonie Ukrzyżowanego. To ofiarowanie tego cierpienia - nawet z zaciśniętymi zębami, jeśli jest taka potrzeba - Temu, który pozostaje „w śmiertelnej udreńce aż do końca świata”. Tym prostym sakramentalnym gestem, którego dokonujemy w usilnej modlitwie (naszej własnej i tych, którzy nam towarzyszą), każdą odrobinę bólu, udreńki i rozpacz możemy przynieść Temu, który jest źródłem wszelkiego prawdziwego uzdrowienia, pokoju i radości. Właśnie to zdaje się być jedynym sposobem na to, aby - jak mówi apostoł Paweł - „chlubić się pośród udreńk” wiedząc, że to właśnie przez nie Bóg nieustannie napęlnia nasze serca Swą niewyczerpaną miłością (Rz 5,3-5).

**o. John Breck**

tłum.

**o. Włodzimierz Misijuk**

# Krótką historia rezonansu

*Duński noblista, fizyk Niels Bohr powiedział kiedyś, że ten kto rozumie fizykę kwantową raczej nic nie rozumie.*

Od tego czasu sporo się na świecie zmieniło, horyzont zrozumienia przesunął się nieco w stosunku do horyzontu zdarzeń, ale nikt jeszcze nie opracował uniwersalnej teorii, która byłaby w stanie pewne zjawiska raz na zawsze wyjaśnić. Przynajmniej dla niewielkiej, hermetycznej grupy osób, których mózgi pracują w oparciu o rachunek różniczkowy.

Tymczasem wszystkie fajne rzeczy, takie jak kwantowa teleportacja, podróże międzygwiazdne, sztuczna grawitacja, myślące komputery i broń laserowa mniejsza od rozmiarów pasażerskiego odrzutowca są poza zasięgiem. Jest jednak coś, co dobrze znamy, a co mogłoby należeć do wspomnianej grupy. Rezonans magnetyczny. Działa, pomaga i uczy. A przecież to fizyka kwantowa w czystej postaci.

## Pięciu noblistów

Zanim urządzenia do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego na stałe zagościły w zakładach radiologii musiało dojść do kilku ważnych odkryć, za które przyznano aż pięć nagród Nobla. Na początku zaobserwowano, że w polu magnetycznym o odpowiednio dużym natężeniu dochodzi do pewnych zmian w świecie cząstek elementarnych, takich jak protony. Pole narzuca bowiem pewien porządek, inny od pierwotnego. Najprościej powiedzieć, że zgodnie z zasadami termodynamiki atomy budujące jakąś strukturę, na przykład mózg człowieka, znajdują się względem siebie w pewnej równowadze. Równowagę tę nazywamy termodynamiczną, a wynika ona pokrótce z wzajemnych oddziaływań między atomami oraz między jądrem atomu i jego powłoką elektronową a także między pojedynczymi cząstkami tworzącymi jądra atomowe – protonami i neutronami. Fizyka jądrowa, nazwijmy ją klasyczną, to pierwszy stopień takiego rozumowania. Kolejne, a nie kończą się one wcale na poziomie protonów i neutronów, to już raczej fizyka



fot. Wojciech Wręćko

Ultranowoczesne urządzenie PET/MRI w Laboratorium Obrazowania Medycznego UMB

kwantowa. Ale tego nie musimy rozumieć, Niels Bohr dawno temu nas usprawiedliwił.

Każdy proton tworzący w pojedynkę jądro wodoru, a tych jest w mózgu najwięcej, posiada pewną właściwość zwaną spinem. Nieprzypadkowy jest związek z angielskim słowem *spin*, czyli „wirować”. Załóżmy w naszych rozważaniach, że proton w jądrze wodoru wiruje z pewną *niezerową* wartością pędu. I tu pierwszy ze wspomnianych Nobli. Profesorowie Felix Bloch i Edwin Purcell w 1952 roku otrzymali nagrodę za opisanie zjawiska *wzbudzenia* atomów w silnym polu magnetycznym dodatkowo traktowanym falami elektromagnetycznymi o kierunku różnym niż linie pola. Bingo. Atom sobie wiruje połówkowo, bo tak fizycy opisują spin protonu, a w polu magnetycznym i pod wpływem fali np. o częstotliwości radiowej zwalnia i obraca się w kierunku przeciwnym do pierwotnego. Kiedy fala elektromagnetyczna przestanie na niego działać, wraca do punktu wyjścia. W tym ultrakrótkim momencie, zwanym czasem relaksacji, emituje on falę, która stanowi informację o jego położeniu w przestrzeni. I to jest właśnie rezonans magnetyczny.

Jak to zwykle bywa, opisane wyżej zjawisko okazało się niewystarczające. Tkanki budujące ciało człowieka zachowują się bowiem w opisanych

warunkach bardzo różnie, stąd wyjściowo rezonans był badaniem bardzo, nazwijmy to, grubym. W latach 70. ubiegłego stulecia zauważono znaczące różnice w odczytywanych przez pierwsze urządzenia rezonansu czasach relaksacji. Wynikało to z ich zawartości w poszczególnych tkankach. Zaobserwował to Raymond Damadian, stąd duży ułkon w jego stronę.

Kolejny Nobel został przyznany w dziedzinie chemii za pokazanie, jak wykorzystać zmienność czasów relaksacji do uzyskania obrazów dwuwymiarowych. Otrzymał go Richard Ernst w 1991 r. Kluczem do prawidłowego obrazowania w dwóch wymiarach okazała się transformata Fouriera. Pozwala ona na matematyczne modelowanie uzyskanych informacji i uporządkowanie ich w zależności od zmiennych czasu, natężenia sygnału i lokalizacji jego źródła w przestrzeni. Wzór skomplikowany, zawiera rachunek różniczkowy, a jego wynikiem jest funkcja trygonometryczna zwana właśnie transformatą Fouriera. Dzięki niej otrzymano pierwsze obrazy z rezonansu magnetycznego takie jak znamy dzisiaj.

Kolejny krok podjęto całkiem niedawno, bo około roku dwutysięcznego. Dwóch profesorów, panowie Paul Lauterbur i Peter Mansfield zaproponowali wprowadzenie gradientowego pola magnetycznego o natężeniu nieco słab-

szym w stosunku do pola podstawowego, co z grubsza mówiąc pozwoliło na dokładniejszą lokalizację sygnałów w przestrzeni. Nagrody Nobla otrzymali za to w 2003 roku. Nie przyjęła się jedynie nazwa, którą zaproponował prof. Lauterbur, a która pochodziła od greckiego słowa *zeugma*, czyli połączenie. Trudno byłoby przecież powiedzieć, że wysyła się pacjenta na zeugmatografię rezonansu magnetycznego, choć nie byłoby to błędem *sensu stricte*. Przyjęły się natomiast nazwy będące skrótowcami, takie jak MRI (*magnetic resonance imaging*), NMR (*nuclear magnetic resonance*), czy po prostu RM (rezonans magnetyczny).

## Magnes, cewka i metal

Jak wynika z powyższego opisu, urządzenia do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego są niczym innym jak gigantycznymi antenami ustawionymi w polu bardzo silnego magnesu. Pacjenta umieszcza się wewnątrz cewki, której zadaniem jest z jednej strony emisja fali radiowej do wzbudzenia jąder wodoru, a z drugiej odbieranie sygnałów pochodzących z tych samych atomów w czasie ich relaksacji. Resztę robi komputer, który przelicza uzyskiwane z cewki informacje i zamienia je w obraz.

Magnes, który warunkuje prawidłową pracę urządzenia jest naprawdę silny. Jego moc określa się w teslach, słabsze są 1,5-teslowe, a te nowocześniejsze pracują w polu 3-teslowym. Można to sobie wyobrazić stosując pewne porównanie. Otóż nowoczesne magnesy neodymowe, takie jakie są na przykład w głośnikach od radia, wytwarzają pole rzędu 0,01 tesli przy powierzchni. To 300 razy mniej. Z kolei pole magnetyczne tworzone przez naszą planetę jest jakies 60 000 razy słabsze. Dodatkowo przestrzeń, na jakiej oddziałuje magnes w urządzeniu RM jest znacznie większa. Jej zasięg pokazują żółte linie wokół urządzenia, których nie powinno się przekraczać mając przy sobie metalowe przedmioty.

No właśnie. A co, jeśli ktoś ma np. protezę stawu biodrowego? Teoretycznie, protezy wykonywane z tytanu, który jest paramagnetykiem, a więc magnes nie powinien go przyciągać. Prawda jest jednak taka, że do budowy protez nie wykorzystuje się czystego ty-

tanu, który sam w sobie jest metalem twardym, ale bardzo kruchym. Słowem, nie jest odporny na naprężenia, jakie występują w czasie użytkowania protezy. Dlatego też stosuje się stopy tytanu z innymi metalami, a niektóre z nich wykazują właściwości magnetyczne. Taki stop metalu może się po pierwsze przemieścić, a po drugie rozgrzać do niebezpiecznej temperatury w czasie badania. Fale, które mają za zadanie wzbudzać atomy wodoru, doprowadzą do wzbudzenia złożonych jąder atomów metalu, czego efektem będzie wzrost temperatury. Niestety. Jeżeli ktoś posiada coś metalowego na stałe, nie powinien zbliżać się do urządzenia RM dalej niż do żółtej linii.

## Obrazowanie hybrydowe

Również dość dawno, bo w latach 50. ubiegłego stulecia trzech naukowców, David E. Kuhl, Luke Chapman i Roy Edwards wpadło na pomysł obrazowania za pomocą odczytu emisji promieniowania gamma. Jest to jeden z trzech zakresów promieniowania jądrowego, wytwarzanego przez atomy radioaktywnych substancji, takich jak na przykład 18-fluorodeoksyglukoza, w skrócie FDG. Podanie FDG we wlewie dożylnym i późniejsze obserwacje emitowanego promieniowania pozwalają wykryć w organizmie człowieka tkanki o tzw. zwiększonym wychwycie znacznika, czyli o podwyższonej aktywności metabolicznej. Kamera gamma umieszczona w urządzeniu do złudzenia przypominającym tomograf komputerowy pozwala wykrywać to promieniowanie w przestrzeni, a komputer może uzyskane tą drogą informacje zamienić w obraz. Sama technika nazywa się pozytonową tomografią emisyjną, w skrócie PET (od *positron emission tomography*). A teraz wyobraźcie sobie połączenia tej techniki z rezonansem. I to w tzw. czasie rzeczywistym, czyli „na żywo”.

Pod koniec 2014 roku zakończono instalację pierwszego w naszej okolicy urządzenia do obrazowania hybrydową techniką rezonansu magnetycznego i pozytonowej tomografii emisyjnej, w skrócie PET-MRI. Urządzenie mieści się w Laboratorium Obrazowania Molekularnego i Rozwoju Technologii UMB, będącego częścią Białostockiego Parku Naukowo-Technicznego.

Uzyskiwane techniką połączenia PET z rezonansem obrazy pozwalają wykonywać złożone badania czynnościowe tkanek organizmu w nieosiągalnym wcześniej zakresie jakości i rozdzielczości. Nie będzie błędem stwierdzenie, że dzięki temu urządzeniu widać, która część mózgu jest aktywna, kiedy człowiek czyta gazetę, pisze notatkę lub układa kostkę Rubika. Możliwości jego zastosowania ogranicza jedynie wyobraźnia badaczy.

## Co przyniesie przyszłość?

Wydawać by się mogło, że opracowanie zunifikowanej teorii pola dla kwantów i wszystkich innych fizyk razem wziętych będzie stanowiło przełom. I pewnie sporo w tym prawdy, choć nie będzie to przełom z dnia na dzień. Sporo czasu minie, zanim ludzie nauczą się korzystać z komputerów kwantowych tak jak ze zwykłych, a jeszcze więcej upłynie zanim wielkie, wymagające ściśle kontrolowanych warunków pracy urządzenia, takie jak skaner MRI, zostaną zminiaturyzowane do rozmiarów pudełka po butach. Jednak, jak pokazuje historia, żadna z tych możliwości nie wydaje się poza zasięgiem.

Tak jak w badaniach czynnościowych serca, które początkowo nie były możliwe w urządzeniach rezonansu magnetycznego, być może rozwiązaniem problemu wielkich gabarytów i głośnej pracy urządzenia stanie się pewien mały szczegół, tak jak wtedy bramkowanie EKG i skrócenie czasu wychwytu. Trwają prace nad urządzeniami RM o znacznie mniejszym natężeniu pola magnetycznego, które będą w stanie generować dobrej jakości obrazy dzięki zastosowaniu wydajniejszych układów wzbudzenia. Dotychczas udało się opracować skaner RM średnicy około metra, mieszczący się na wysięgniku pozwalającym objąć głowę człowieka. Czas pokaże, czy urządzenia działające w oparciu o fizykę kwantową będą przypominały kryształowe kule generujące przestrzenny obraz wnętrza całego ciała w ułamkach sekund. Być może z rozdzielczością sięgającą pojedynczych komórek, a może nawet atomów. Wydaje się to całkiem *niewykluczone*, aczkolwiek na obecną chwilę w zupełności wystarcza nam to, co jest.

**Tomasz Dawidziuk**

# Doskonalenie technik w onkologii

*Dr hab. Paweł Knapp, adiunkt w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej UMB został zaproszony do udziału w niezwykle ważnym szkoleniu dotyczącym technik operacyjnych w raku jajnika.*

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK:**  
Ostatnio był Pan zaproszony do Niemiec na nietypowe szkolenie. Czy mógłby Pan o nim opowiedzieć?

**DR HAB. PAWEŁ KNAPP, KONSULTANT WOJEWÓDZKI DS. GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ, ADIUNKT W KLINICE GINEKOLOGII I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ UMB:**

- Zostałem zaproszony przez Uniwersytet Humboldta - przez prof. Achima Schneidera - do prowadzenia wspólnych warsztatów, jako jeden z wykładowców, a także jako osoba szkoląca w zajęciach praktycznych z ginekologii onkologicznej. Było to szkolenie nie tylko dla młodych niemieckich lekarzy specjalizujących się w ginekologii onkologicznej (tzw. fellows) w zaawansowanych technikach operacyjnych w raku jajnika, ale także dla lekarzy de facto z całego świata. Wcześniej - zarówno rok, jak i dwa lata temu - byłem na szkoleniu w USA na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles, oraz w Memorial Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku. Po powrocie z całym zespołem Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, w której pracuję, zacząłem wprowadzać nowoczesne standardy operowania raka jajnika. W Polsce radykalne zabiegi w raku jajnika tą techniką - oprócz białostockiego ośrodka - prowadzą tylko dwa: w Krakowie i Bydgoszczy. Znacznie wcześniej, praktycznie prawie dziesięć lat temu, z dobrym skutkiem zostały wdrożone w kilku dobrych europejskich ośrodkach - także na Uniwersytecie Humbolta. To jeden z lepszych ośrodków w Niemczech specjalizujących się m.in. w ginekologii onkologicznej.

**Na czy polega wyjątkowość tych technik operacyjnych stosowanych w przypadku raka jajnika?**

- Ten bardzo radykalny zabieg operacyjny, to jednopaketowe usunięcie całej choroby z miednicy mniejszej,



fot. Archiwum Pawła Knappa

Uczestnicy kursu (od prawej): prof. Jae Yun Song - Korean University Anam Hospital, South Korea, dr hab. Paweł Knapp - Medical University of Białystok, prof. Krish Tawari - University of California, Orange, USA

a także wszystkie przerzuty nowotworowe w jamie brzusznej aż do otrzewnej przepony. To niezmiernie ważne dla kobiet, które są operowane, gdyż znacząco wydłuża przeżycie tych pacjentek. Taka operacja pozwala często praktycznie na całkowite usunięcie choroby. Jeszcze kilka lat temu mówiliśmy o tzw. frozen pelvis, czyli nieruchomej, „zamurowanej” miednicy. Nacieki nowotworowe były tak duże, że nie potrafiliśmy tego usuwać. Nowy system operacji pozaotrzewnowej kilka lat temu opracowali Amerykanie, a my tą metodą w naszej klinice operujemy od mniej więcej dwóch lat. Operacja - tzw. zmodyfikowane wytrzewienie tylne - polega na pozaotrzewnowym jednoczesnym usunięciu macicy, przydatków (chorych jajników i jajowodów) oraz fragmentu jelita grubego - esicy z następowym odtworzeniem jego ciągłości. Wspomniane odtworzenie ciągłości jelita, przy równoczesnym usunięciu tkanki nowotworowej, to niezmiernie ważny aspekt terapeutyczny, a także psychologiczny u chorej, pozwalający na uniknięcie jej „zewnętrznego okaleczenia” poprzez np. stomię jelitową. Opracowana technika operacyjna to także możliwości bardzo radykalnego usunięcia zmienionego nowotworowo

układu limfatycznego miednicy mniejszej, paraaortalnego i parakawalnego, aż do wnęki wątroby.

**I rozumiem, że tego typu operacje ćwiczyliście podczas tych warsztatów w Niemczech?**

- Tak. Dodatkowo prowadziliśmy też zajęcia z operacji górnej części przewodu pokarmowego. Zabiegi na jelitach to w naszym kraju domena chirurgów czy chirurgów onkologów. Niestety coraz częściej tego typu zabiegi operacyjne muszą być wykonywane także przez ginekologów onkologów. Takie radykalne zabiegi wykonywane są głównie w raku jajnika.

**Jak wyglądały te ćwiczenia?**

- Ćwiczenia praktyczne prowadzone były na zwłokach i obejmowały różne techniki chirurgiczne. Jamę brzuszną dzieliliśmy na kwadranty. Jedna grupa operacji dotyczyła miednicy mniejszej. Górne kwadranty jamy brzusznej dotyczyły operacji między innymi resekcji wątroby i różnorodnych technik wykonania hemikolektomii. Są to rzeczy oczywiste dla chirurga, ale już niekoniecznie proste i oczywiste dla ginekologa onkologa. Kolejna część to lewy górny kwadrant - usunięcie śledziony, całkowite usu-



nięcie sieci większej, częściowa resekcja żołądka.

### **W Polsce nie ma możliwości, by „doskonalić” technikę na zwłokach. Jak nasi lekarze uczą się operować?**

- Brak możliwości szkolenia na zwłokach to w Polsce duży problem specjalizujących się w ginekologii onkologicznej, i nie tylko, młodych lekarzy. Niestety nasze prawo nie dopuszcza tego typu procedur. Zupełnie inaczej wygląda to w Niemczech czy innych krajach Europy, gdyż prawo europejskie zezwala na tego typu doskonalenie zawodowe. W Niemczech młody chirurg zanim stanie do operacji na „żywym pacjencie”, wcześniej taką samą operację musi przećwiczyć na zwłokach. Oczywiście jest, że wcześniej przygotowuje się do tego merytorycznie. Na kursie również każdy z uczestniczących w nim lekarzy, zanim rozpoczął ćwiczenia merytoryczne, seminaRIA i zajęcia praktyczne, musiał zdać test ze znajomości anatomii miednicy mniejszej oraz jamy brzusznej.

### **Zwłoki były jakoś specjalnie przygotowane?**

- Tak, zwłoki były zakonserwowane i specjalnie przygotowane do naszego szkolenia. Były to ciała osób, które zmarły z powodu choroby nowotworowej, jak też z innych powodów, choć nie były to np. ofiary wypadków komunikacyjnych. Ciała były nieuszkodzone. Głównie były to osoby, które wcześniej, jeszcze przed śmiercią zadeklarowały, że chcą by ich ciała zostały wykorzystane do badań naukowych. Były to też osoby bezdomne, przy których nie znaleziono deklaracji tzw. odmowy, czyli zgodnie z prawem europejskim istniała domniemana zgoda na wykorzystanie ich ciała do badań. Ciała te były wykorzystywane przez nas, ginekologów onkologów, ale także przez zespoły innych specjalistów np. neurochirurgów.

### **Ile osób uczestniczyło w szkoleniu?**

- Szkolących się było 38 osób, podzielonych na kilka zespołów. Zanim jednak stanęliśmy przy stołach operacyjnych, wszyscy wzięli udział w wykładzie z etyki.

*Rozmawiała:*

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Sztuka tworzenia głosu



**W dniach 7-11 czerwca 2015 w Pradze miał miejsce Europejski Kongres Otorynolaryngologiczny - Chirurgii Głowy i Szyi pod patronatem prezydenta Republiki Czeskiej Miloša Zemana. Głównym organizatorem zjazdu był kierownik Kliniki Laryngologii w Pradze prof. Jan Betka wraz z całym zespołem.**

Podczas kongresu odbyło się ważne spotkanie adresowane zarówno do specjalistów otorynolaryngologii, jak i młodych lekarzy w trakcie odbywania specjalizacji, którego celem było zwrócenie uwagi i przekonanie do konieczności uczestniczenia i wspierania Europejskiego Egzaminu Specjalizacyjnego. Ujednolicenie zakresu wiedzy i umiejętności praktycznego myślenia w postaci pomyślnego zdania dwustopniowego egzaminu oraz uzyskania tytułu „Fellow of the European Board of ORL-HNS” jest wyzwaniem skierowanym do specjalistów otolaryngologii w krajach europejskich już od 2009 roku. Egzamin, który jest prowadzony w języku angielskim, cieszy się coraz większym zainteresowaniem, szczególnie wśród młodego pokolenia laryngologów.

Przed oficjalną ceremonią otwarcia kongresu miały miejsce krótkie półtorgodzinne kursy z możliwością obserwacji chirurgii 3-D na świeżo mrożonych ludzkich preparatach dotyczące: tyroplastyki według klasyfikacji Issihiki (prof. M. Remacle), chirurgii endoskopowej nosa i zatok (prof. P. Castelnovo) oraz otochirurgii (prof. K. Huttenbrick).

Podczas ceremonii otwarcia odtworzona została 9. Symfonia Antoniego Dworzaka „From the New World”, która wprowadziła uczestników kongresu w odkrywanie najnowszych wydarzeń i doniesień w dziedzinie laryngologii przez kolejne dni. Warto wspomnieć, że w 1969 roku Neil Armstrong również zachwycał się tą muzyką podczas misji Apollo 11 na Księżyc, na którą to misję zabrał ze sobą właśnie to nagranie. Codziennie rano i po południu odbywały się ponadprogramowe, dodatkowo płatne seminaRIA dotyczące np. otochirurgii

(prof. Portmann), chirurgii głowy i szyi (prof. Thurnher), zwężeń krtaniowo-tchawiczych (prof. Wolf). Ciekawym i owocnym spotkaniem okazały się również obrady okrągłego stołu prowadzone przez prof. W. Golusińskiego dotyczące najnowszych rozwiązań i zaleceń w leczeniu raka gardła, profesor Stefan Lang przedstawił zalety leczenia techniką robotową oraz doświadczenia Kliniki w Essen.

Wśród jednych z najciekawszych zagadnień należy wspomnieć o fonochirurgii, która urasta do sztuki tworzenia głosu. Profesor M. Remacle (jeden z europejskich pionierów chirurgii robotowej głowy i szyi) przedstawił rozwiązania dla nadchodzących problemów w nowym konsumpcyjnym pokoleniu pacjentów. Między innymi poruszono kontrowersyjny temat leczenia fonochirurgicznego u transseksualnych pacjentów. Podczas zjazdu zaprezentowany został plakat oparty o zdobyte doświadczenie pomiędzy Kliniką Chirurgii Naczyniowej a Kliniką Laryngologii UMB w zakresie chirurgicznego leczenia kłębczaków szyjnych. Poza ciekawą odsłoną naukową, konferencji towarzyszyło szereg spotkań towarzyskich np. bankiet w malowniczo położonym na rzece Wełtawie neorenesansowym Zofin Palace, a nawet wydarzenie sportowe. Wśród ponad 3 tysięcy uczestników kongresu ze 104 państw świata znalazło się 50. zapalonych biegaczy, którzy w strugach deszczu dzielnie przetrwali w biegu „Run for Health” odbywającym się na Wzgórzu Wyszehradzkim. Polskę reprezentowała tylko jedna uczestniczka, autorka tekstu.

Konferencji patronowała też żywa maskotka o wdzięcznym imieniu Zofka, rasowa dwuletnia terierka, pupilka głównego organizatora kongresu prof. Jana Betki. Kongres pozostawił po sobie wiele miłych wspomnień oraz dzięki dużemu zaangażowaniu ze strony Czech jako organizatora pozostanie wzorem dla kolejnych spotkań laryngologicznych.

**Greta Berger**

# Życ pełnią życia

*Co trzecia kobieta chora na raka piersi gotowa byłaby rozpocząć mniej obciążające leczenie, licząc się z nawrotem choroby, byleby tylko zachować swoje funkcje rozrodcze - wynika z badań. Problem w tym, że w Polsce niewiele kobiet ma taką możliwość.*

Z ostatnich badań przeprowadzonych w Anglii ponad 10 lat temu wynika, że tylko jedna trzecia młodych kobiet chorujących na raka piersi przed rozpoczęciem leczenia jest informowana o możliwości zachowania płodności. Nie ma niestety badań, które przedstawiałyby obraz sytuacji w Polsce. Problem w tym, że zachorowalność na nowotwory rośnie - w tym także wzrasta liczba osób młodych chorych przed 40 rokiem życia.

- Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w 2012 roku w Polsce na raka zachorowało 76 493 kobiet, z tego u 17 tys. kobiet stwierdzono raka piersi - mówił w Lizbonie dr Wojciech Kolawa z krakowskiego Centrum Medycznego Macierzyństwo podczas spotkania polskiej grupy ekspertów zorganizowanego przez firmę Ferring na tegorocznym kongresie Europejskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu (ESHRE). - Z tego około 5-6 proc. - czyli około 1000 kobiet - to te poniżej 39 roku życia.

Dr Kolawa nie ma wątpliwości, że również polskie kobiety, gdyby miały taką możliwość, wybrałyby mniej obciążające leczenie, nawet biorąc pod uwagę większe ryzyko nawrotu choroby. Zachowanie płodności jest bardzo ważne dla wielu młodych ludzi, którzy po zakończeniu leczenia chcą żyć pełnią życia.

Niestety leczenie onkologiczne, choć coraz bardziej skuteczne, jest też coraz bardziej agresywne i przez to powodujące bezpłodność. Kobiety leczone z powodu nowotworów mogą utracić płodność z powodu zabiegów chirurgicznych, terapii cytostatykami, radioterapii (naświetlanie szyjki, trzonu bądź jajników, bądź też ośrodkowego układu nerwowego może uszkodzić przysadkę mózgową). Szczególnie obciążająca jest chemioterapia.

- Chemioterapia szczególnie toksycznie działa na komórki ziarniste i pęcherzyki pierwotne - tłumaczy

dr Kolawa. - Chemioterapeutyki, np. cysplatylna i doxorubicyna (stosowane m.in. w raku piersi) powodują apoptozę pęcherzyków pierwotnych, uszkodzenie naczyń, a także „wypalanie” pęcherzyków pierwotnych już po kilku godzinach od podania chemii. Chemia niszczy dojrzewanie pęcherzyków pierwotnych, niektóre leki, a także radioterapia, powodują przedwczesne wygaszanie funkcji jajników. Około 60 proc. kobiet w trakcie chemii przestaje miesiączkować. Potem u części powraca. Wystąpienie krwawień miesiączkowych nie gwarantuje jednak wcale zachowania płodności. Rezerwa oocytów może być znacząco zmniejszona, nawet gdy po wcześniejszym leczeniu powraca menstruacja.

Współczesna medycyna daje jednak kobietom chorym onkologicznie kilka możliwości zachowania płodności w przyszłości. Większość polskich klinik oferuje krioprezerwację zarodków. Wszystko wygląda podobnie jak w przypadku in vitro. Po stymulacji hormonalnej pobierane są dojrzałe oocyty, które następnie są zapładniane. Zarodki później są poddawane krioprezerwacji. Cały proces wymaga jednak 2-6-tygodniowego odroczenia leczenia onkologicznego i zastosowany może być jedynie u kobiet w stałych związkach.

Krioprezerwacja dojrzałych oocytów to szansa dla młodych kobiet i dziewczyn po okresie dojrzewania płciowego. Stosowana od niedawna metoda witrifikacji zwiększa szanse komórek na przeżycie. W tym przypadku leczenie onkologiczne musi być odroczone na około 2 tygodnie.

Metodą eksperymentalną w fazie badań jest krioprezerwacja niedojrzałych oocytów. Przy tej metodzie nie jest konieczna stymulacja jajników, i nie ma potrzeby odraczania leczenia. Podobnie jest w przypadku krioprezerwacji i reimplantacji tkanki jajnikowej. Laparoskopowo bądź też drogą laparotomii pobierany jest sze-

reg biopsji bądź też cały jajnik. Po odpowiednim wypreparowaniu fragment kory jajnika zamraża się. Po uzyskaniu remisji fragmenty jajnika rozmraża się i reimplantuje do pozostałego jajnika lub do specjalnej kieszonki stworzonej z błony otrzewnowej.

- Skuteczność tej metody zależy od wielu czynników - mówi dr Kolawa. - W ośrodkach o dużym doświadczeniu aktywność tkanki jajnikowej po rozmrożeniu wynosiła nawet 89 proc., a w ośrodkach o małym doświadczeniu 30 proc. Podobnie, jeśli chodzi o ciążę - w doświadczonych jednostkach wynosiła 67 proc. a w mało doświadczonych ponad 10 razy mniej. Również bardzo duże znaczenie ma czas transportu tkanki jajnikowej (optymalny jest w ciągu jednego dnia).

Jeśli chodzi o transplantację tkanki jajnikowej - czyli wszczepienie tkanki jajnikowej - wykonano około 100 takich zabiegów w Europie. Z tego około 60 - w trzech ośrodkach: w Brukseli, Kopenhadze i Hiszpanii. Uzyskano tam w sumie 13 ciąż. Z kolei 39 transplantacji przeprowadzono w ośrodkach sieci FertiPROTECT i uzyskano tam 8 ciąż. Według innych danych na świecie żyje około 15 dzieci urodzonych dzięki zamrożeniu, rozmrożeniu i reimplantacji tkanki jajnikowej.

W Polsce kilka tygodni temu przeprowadzono pierwszą operację wszczepienia zamrożonej tkanki jajnikowej. Zabieg przeprowadzono w prywatnym szpitalu Gameta w Rzgowie. Pacjentka ma 30 lat i trzy lata temu wykryto u niej złośliwego raka szyjki macicy. Podczas operacji usunięto jej macicę z jajnikami. Po operacji przeszła radio- i chemioterapię. Po skończonym leczeniu onkologicznym lekarze postanowili wszczepić jej zamrożoną tkankę. Obecnie jest poddawana terapii hormonalnej. Jeśli będzie chciała mieć własne dziecko, będzie musiała skorzystać z surogacji.

km

# Jak mnie wybierzecie, będzie dobrze



**Doktor  
ADAM HERMANOWICZ**

Ręce do góry – kto głosował na Pana Kukiza? Śmiało, nikt nikogo nie będzie karał. No dobrze, a kto zamierza na niego głosować w najbliższych wyborach? O, proszę. Są dwa rodzyńki. Wiara umiera ostatnia.

Mam jedno pytanie: czy NAPRAWDĘ nie było widać już wcześniej, że to nie żaden zbawca polityki polskiej? Że JOW-y to jakaś piramidalna bzdura, pod którą podcina się grupa samorządowców z Dolnego Śląska, którzy już wcześniej chcieli wjechać do polityki ogólnopolskiej na plecach prezydentów miast?

Znaleźli sobie medialnego lidera i namieszali tak, że w efekcie prezydentem został nikomu jeszcze pół roku temu nieznaną Andrzej Duda. Powtórzono w skali makro doświadczenie, które białostoczanie przeżyli w roku 2006. U nas też był medialny kandydat na prezydenta miasta, rozchwytywany przez portale internetowe, zapraszany przez Piotra Najsztuba i Jacka Żakowskiego do programu Tok2Szok, była też, a jakże piosenka o nim. Program bardzo podobny: rozpędzić to towarzystwo, wszystko idzie źle, jak mnie wybierzecie, będzie dobrze. Tam jednak był jakiś załączek

programu pozytywnego, pokazania, jak delikwent tego dokona. Mówił on bowiem, że po wyborach, w których on wygra, nic już nie będzie złe, ponieważ niczego nie będzie.

Paweł Kukiz to jednak pewien regres, ponieważ jemu w ogóle nie starczało wyobraźni na to, co będzie dalej. Kiedyś w przypiływie szczerości powiedział: „nie chciałbym być prezydentem, bo ja się nie nadaję

---

*Powtórzono w skali makro doświadczenie, które białostoczanie przeżyli w roku 2006. U nas też był medialny kandydat na prezydenta miasta, rozchwytywany przez portale internetowe. Program bardzo podobny: rozpędzić to towarzystwo, wszystko idzie źle, jak mnie wybierzecie, będzie dobrze.*

---

do pełnienia takiej funkcji. Gdyby mi kazano zostać prezydentem, to pierwszą rzeczą, jaką bym zrobił, byłaby własna dymisja. Prezydent musi być rozsądny, a ja, niestety, taki nie jestem i wcale nie zamierzam takim być”. Po czym wystartował w wybo-

rach prezydenckich i dostał ponad 20 proc. głosów. Gdzie są teraz ci wszyscy, którzy wojowali za niego na portalach, zakrzykując wszystkich „onych”, „bandę czworga” itd? Nie oni są jednak ważni, bo często nie wiedzieli, co czynią. Nikt mi jednak nie wmówi, że nie znali „naszego Pawła” celebryci, którzy poprali go *in gremio*. Wszyscy w tym rozplotkowanym do granic przyzwoitości środowisku musieli wiedzieć, jak to się skończy i co nam zafunduje autor wiekopomnego dzieła „Rodzina słowem silna” (to nie sarkazm) oraz licznych piosenek mogących bez przeróbek znaleźć się w repertuarze Ich Troje (to już tak). Wiedzieli, ale popierali go, bo jest „nasz”, z nami pił herbatę, z nami śpiewał piosenki oazowe i chodził na pielgrzymki, bo takie są właśnie rozrywki muzyków rockowych i dziennikarzy. To wszystko szło w niepamięć, bo był „nasz”.

Tak było kiedyś z Lepperem, który był „nasz”, bo chodził w walonkach i chciał tamtym pokazać, tak było częściowo również z Palikotem. Śmieję się w twarz wszystkim tym, którzy za chwilę się nawrócą i zaczną walczyć o Polskę i przestrzegać przed tymi, czy tamtymi. Kiedy przyszła godzina próby, wszyscy oni pokazali, gdzie mają dobro ogółu. Głosowali na swojego chłopaka, wiedząc, że za chwilę może on pokłócić się sam ze sobą. Ale był nasz, a nasza naszość jest lepsza od waszej waszości.

# Wspomnienie

## Prof. dr hab. Andrzej Musierowicz (1929-2015)

*Urodził się 14 lipca 1929 roku we Lwowie. Ojciec Arkadiusz był profesorem Politechniki Lwowskiej, dziekanem Wydziału Rolniczo-Lasowego.*

Andrzej miał starszego brata Jerzego, w przyszłości chemika - pracownika naukowego Instytutu Chemii Przemysłowej. Matka Antonina z Czarnieckich, zajmowała się domem; później studiowała polonistykę na Uniwersytecie w Poznaniu. Rodzina mieszkała w Dublanach - siedzibie Wydziału Rolniczo-Leśnego PL. Po roku 1940 prowadzono tu tajne nauczanie. W roku 1944 prof. Arkadiusz Musierowicz, dzięki życzliwości zaprzyjaźnionego studenta ukraińskiego, przeniósł się z rodziną do Instytutu Sadownictwa i Warzywnictwa w Skierniewicach. Po wyzwoleniu objął kierownictwo Zakładu Gleboznawstwa w SGGW. Andrzej uczył się w Skierniewicach. Świadectwo dojrzałości uzyskał w 1948 roku w Liceum im. Tadeusza Reytana w Warszawie.

Studiował na wydziale lekarskim warszawskiej Akademii Medycznej. Dyplom lekarza otrzymał w 1953 roku. W czasie studiów pracował przez 4 lata jako wolontariusz w Klinice Chirurgii Dziecięcej kierowanej przez prof. dr J. Kossakowskiego. Zgodnie z nakazem pracy podjął staż w Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze w I, a następnie II Klinice Chirurgicznej jako asystent, a od 1956 roku na etacie starszego asystenta w Oddziale Urologicznym kierowanym prof. dr J. Zielińskiego. Tu uzyskał specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej w 1956 roku i specjalizację II stopnia z urologii w 1960 roku.

W Zabrzu ożenił się z Zofią Stankiewicz, lekarzem stomatologii. Tu urodziła się córka Krystyna - jest obecnie filologiem angielskim, druga córka Anna, urodzona w Warszawie, ukończyła leśnictwo, ma dwóch synów - Mateusza i Kajetana.

W 1961 roku A. Musierowicz obronił pracę doktorską pt. „Wpływ podwiązania powrózka nasiennego na wagę i morfologię jąder oraz pęcherzyków nasiennych szczura”



Prof. Andrzej Musierowicz

w Klinice Chirurgii Śląskiej Akademii Medycznej. Stopień naukowy doktora habilitowanego uzyskał w 1977 roku w CMKP w Warszawie na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt. „Doświadczalne zamknięcie przetok pęcherzowo-pochwowych przy użyciu kleju”. Rada Państwa w dniu 11 czerwca 1987 roku nadała mu tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego nauk medycznych.

Studia specjalistyczne pogłębiał w ośrodkach klinicznych w Budapeszcie, Pradze, Innsbrucku, Wiedniu i Würzburgu. Pracował w Ambulatorium Rejonowym w Zabrzu. W Warszawie w latach 1962-1973 był zastępcą ordynatora Oddziału Urologii w Wojewódzkim Szpitalu przy ul. Czerniakowskiej, a od 1962 do 1968 roku pracował w Przychodni Urologicznej Szpitala Wojewódzkiego oraz w Zespole Lekarzy Specjalistów przy ul. Brackiej. W Białymstoku w latach 1973 do 1980 był kierownikiem Wojewódzkiej Przychodni Urologicznej, a w latach 1973-1977 - ordynatorem Oddziału Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. W 1977 roku objął stanowisko kierownika Kliniki Urologicznej Akademii Medycznej. Jako jeden z pierwszych

w kraju zastosował embolizację tętnicy nerkowej w krwawieniach w guzach nowotworowych nerki. Był też jednym z pionierów zastosowania klejów tkanekowych w urologii. Wszystkie rozwiązania kliniczne poprzedzał zabiegami wykonywanymi w prosektorium lub w warunkach doświadczalnych. W roku 1980 wrócił do Warszawy i został ordynatorem Oddziału Urologii Szpitala Wolskiego im. prof. Witolda Orłowskiego - pracuje tu do 1992 r. W latach 1992 - 1999 jest ordynatorem Oddziału Urologii Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Prof. A. Musierowicz pełnił funkcje konsultanta w dziedzinie urologii w województwie białostockim (w latach 1972-1977), łomżyńskim (w latach 1978-1983) i mazowieckim (w latach 1983-1989). W latach 1989-1991 pełnił funkcję konsultanta regionalnego w dziedzinie urologii dla województw siedleckiego, radomskiego i płockiego. Od 1989 r. do 2000 r. był członkiem Krajowego Zespołu ds. Urologii.

Prof. Andrzej Musierowicz jest autorem ponad 180 prac ogłoszonych drukiem z dziedziny chirurgii i urologii.

Prof. Andrzej Musierowicz otrzymał dwukrotnie nagrodę naukową Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz wielokrotnie nagrody naukowe szpitali wojewódzkich w Białymstoku i Warszawie. Został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Złotą Syrenką, Medalem 40-lecia PRL, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Andrzej Musierowicz zmarł w Warszawie 5 lutego 2015 roku i został pochowany na Powązkach Wojskowych.

**Prof. dr hab.  
Stanisław Chodynicki,**  
*em. kierownik Kliniki Otolaryngologii UMB*

# Wspomnienie

## dr Jan Olbromski

### (5 grudnia 1928 - 4 lipca 2015)

*Dr Jan Olbromski lekarz medycyny weterynaryjnej, doktor nauk medycznych, nauczyciel akademicki, dokumentalista, bibliograf, tłumacz, poliglota, redaktor, starszy kustosz dyplomowany, dyrektor Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Białymstoku.*

Urodził się w Przemyślu 5 grudnia 1928 roku. Dwojga imion Jan Rafał, ale drugiego nie używał. Żona, doktor medycyny, Wanda z domu Buczyńska, lekarz okulista, sybiraczka. Ma córkę Anetę Hannę (ur. 1958) anglistkę oraz dwoje wnucząt: Filipa (ur. 1984) i Zuzannę (ur. 1987) - absolwentów Uniwersytetu w Toronto - Kanada.

W Przemyślu uczęszczał do szkoły podstawowej, jednak z powodu wybuchu II wojny światowej V i VI klasę ukończył na Węgrzech (Keszthely i Balatonzamárdi), dokąd trafił wraz z tysiącami uchodźców. W roku 1941 rozpoczął naukę w polskim Gimnazjum i Liceum w Balatonboglár, gdzie ukończył klasy I-III. Nauczanie przerwano i szkołę zamknięto po wkroczeniu na Węgry 19 marca 1944 r. wojsk niemieckich. Dalejszą edukację - po powrocie w roku 1945 do Polski - kontynuował w Przemyślu. Maturę zdał w 1947 r. Potem studiował na wydziale medycyny weterynaryjnej Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu. Dyplom zakończenia nauki odebrał w październiku 1952 roku.

Wśród jego nauczycieli akademickich był późniejszy jego szef - dr med. i dr med. wet. Karol Buluk, który 1 września 1952 roku objął kierownictwo Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej w organizującej się Akademii Medycznej w Białymstoku. To właśnie on zaproponował mu pracę w zakładzie od stycznia 1953 roku. Olbromski przeniósł się do Białegostoku i jednocześnie próbował dostać pozwolenie na anulowanie obowiązku nakazu pracy. Bezskutecznie. Od 1 maja 1953 do 31 października 1956 zmuszony był do pracy na stanowisku starszego lekarza weterynarii w Wojewódzkim Zarządzie Weterynarii w Białymstoku. Do zakładu patologii powrócił 1 listopada 1956 roku. Zajmował się tam m.in. biblioteką zakładową.



Dr Jan Olbromski

Równoległe z pracą w zakładzie rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim AM od III roku, po zdaniu egzaminu z anatomii prawidłowej. Dyplom ukończenia studiów otrzymał w październiku 1962 roku.

W roku 1965 rektor uczelni zaproponował mu stanowisko wicedyrektora Biblioteki Głównej AMB, a po rocznym okresie, od 1 kwietnia 1966 r. awansował go na stanowisko dyrektora. Pełniąc tę funkcję przez kilka lat, zajmował się dydaktyką, prowadząc wykłady z historii medycyny dla studentów III roku i propedeutyki nauk medycznych dla studentów I roku. Był współinicjatorem - z dr Bertą Szaykowską (poprzednią dyrektorką biblioteki) obowiązkowych zajęć dla studentów I roku AMB pt. „Wprowadzenie do bibliotekoznawstwa...”

W latach 1969 - 1971 był opiekunem i kierownikiem 20-osobowych grup studentów lat starszych będących uczestnikami wymiany ze studentami Uniwersytetu Medycznego w Szeged (Węgry). Przez trzy lata (1970-1972) był rzecznikiem prasowym uczelni.

Opracował i doprowadził do wydania drukiem w roku 1970 pierwszej „Bibliografii publikacji naukowych pracowników AMB za lata 1950 -

1966”, kontynuowanej w latach późniejszych. Był też członkiem zespołu redakcyjnego „Roczników AMB...”, biorąc udział w współredagowaniu i tłumaczeniu na język angielski tekstów, streszczeń i tytułów prac polskojęzycznych. W roku 1974, na zaproszenie Slavobaltiska Sallskapet Uniwersytetu w Lund, z inicjatywy prof. dr Falka, przebywał miesiąc w Szwecji (Lund, Uppsala, Sztokholm), gdzie zapoznał się z funkcjonowaniem ośrodków informacji naukowej, korzystających - już wówczas - z bazy komputerowej MEDLINE.

W wywiadzie dla „Gazety Białostockiej” (nr 71, 1967 r.) z dnia 24 marca mówił o trudnych początkach pracy biblioteki, kiedy druki zwarte i czasopisma liczyły ponad 5000 woluminów, a po 10 latach wzrosły do około 70 000, by w roku 1967 liczba ich sięgnęła około 100 000. W tym czasie w uczelni funkcjonowały 23 biblioteki zakładowe, których zbiory przekraczały 30 000 woluminów. Zbiory biblioteki głównej, poprzez wymianę międzybiblioteczną (140 placówek w Polsce i 351 zagranicznych), obejmującą głównie „Roczniki AM w Białymstoku”, powiększały się, by w roku 1967 osiągnąć liczbę 1082 tytułów czasopism, w tym 863 zagranicznych. Biblioteka wydawała własny biuletyn nabytków, informujący o aktualnych zbiorach wszystkie zakłady i kliniki AMB, szpitale powiatowe Białostockiej i biblioteki AM w Polsce.

W dwóch artykułach zamieszczonych w „Kontrastach” (rok 1969 i 1970) „Uczniowie Hipokratesa” i „Wiedza medyczna z pięciu kontynentów” omówił dzieje kształcenia lekarzy i nauczania medycyny oraz rolę bibliotek, w tym działalność Biblioteki AMB. Rozwój biblioteki nie byłby możliwy bez wielkiego zaangażowania jej pracowników i zrozumienia przez władze uczelni potrzeb i rangi tej usługowo-naukowej placówki, mieszczą-



fot. Archiwum Biblioteki UMB

Czytelnia studencka w Bibliotece Głównej UMB

cej się w zabytkowym (uznanym przez UNESCO) pałacu Branickich.

W trakcie swojej pracy dr Olbromski poszerzał wiedzę, uczestnicząc kilkakrotnie w Warszawie w kursach z zakresu informacji naukowej i dokumentacji. W roku 1974 zorganizował od podstaw Ośrodek Informacji i Dokumentacji Naukowej i Technicznej AMB, w skład którego weszły Pracownia Kserograficzna i Laboratorium Fotograficzne.

W roku 1966 uzyskał stopień dr n. med. na podstawie dysertacji „Trombinowa aktywacja stabilizatora włókniaka i formowanie desmofibryny”, za którą w roku 1968 otrzymał nagrodę Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej. Oprócz tej nagrody, Uchwałą Senatu AMB, za opracowanie „Bibliografii...” nagrodzono go nagrodą resortową II stopnia w roku 1970 oraz kolejną resortową w roku 1974. Do tych nagród dochodziły jubileuszowe za wieloletnią pracę i za osiągnięcia dydaktyczno-naukowe. Oprócz nagród, dr Olbromski był wielokrotnie wyróżniany odznaczeniami, m.in. w roku 1968 „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Złotym Krzyżem Zasługi (1969 r.), srebrną i złotą Odznaką „Zasłużony Białostoczyczyń” (1974 i 1978), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1976) oraz Medalem Pamiątkowym za szczególne zasługi dla uczelni (1996).

Po okresie urlopu bezpłatnego (praca w ramach kontraktu w szpitalu w Zliten, Libia) dr Olbromski powrócił do pracy w Bibliotece AMB od 1 kwietnia 1984 na stanowisku zastępcy dyrektora (1/2 etatu kustosa służby bibliotecznej) w oddziale informacji, gdzie pracował do 31 grudnia 1998 roku. Zajmował się m.in. opracowywaniem rzeczowym prac doktorskich i habilitacyjnych,

znajdujących się w zbiorach Biblioteki AMB, sporządzaniem tematycznych zestawień literatury medycznej, a od lipca 1990 r. wyszukiwaniem danych z literatury medycznej światowej i krajowej z bazy danych MEDLINE z dysków firmy Silver Platter, w czym bardzo przydatna była jego wiedza fachowa i znajomość kilku języków obcych.

W roku 1991 dr Olbromski złożył z wynikiem pomyślnym egzamin dla dyplomowanych pracowników dokumentacji naukowej przed komisją działającą przy Polskiej Akademii Nauk. Egzamin obejmował wiedzę z zakresu bibliotekoznawstwa i znajomość dwóch języków obcych. Oprócz języka angielskiego i wobec braku eksperta węgierskiego - drugim językiem był język łaciński. Fakt powyższy umożliwił mu zmianę statusu zatrudnienia i zakwalifikowanie go jako nauczyciela akademickiego oraz kustosa, a następnie - starszego kustosa dyplomowanego.

Do miłych akcentów związanych ze znajomością języków obcych można zaliczyć rolę tłumacza grupy 12 wybitnych solistów Opery i Baletu z Budapesztu (1955 - Festiwal Młodzieży w Warszawie), tłumacza ministra zdrowia i opieki społecznej dr J. Sztachelskiego w czasie wizyty oficjalnej delegacji węgierskiej z ministrem dr Zoltanem Szabó (1965), tłumacza (j. angielski) w czasie wizyty w uczelni ówczesnego sekretarza ONZ dr Kurta Waldheima (1974) oraz w czasie wielu zjazdów i konferencji naukowych organizowanych przez zakłady i kliniki AMB z udziałem uczestników z Węgier.

**Danuta  
Dąbrowska-Charytoniuk,  
bdc**

**N**a ślad rewelacyjnej metody wpadł Marek Jankowski, za co jestem mu wdzięczny. I z góry uprzedzam, że jest to sensacja z kategorii ogórkowych.

## Prolog

W roli głównych bohaterów wystąpią właściciele sklepu mięsnego ze wspomnianej ulicy. Była to zacna, bezdzietna rodzina wyznania ewangelickiego, pomna przykazań Bożych. Może jednak za bardzo w ich domu dzień podobny był do dnia, za rzadko zdarzały się im chwile beztrudnej radości. I pewnie z powodu tej „małej stabilizacji” tylko we dwoje, on zaczął pić nie przebijając w gatunkach wódeczności. Zrazu dla poprawy nastroju, potem by pozbyć się złych myśli i powracających koszmarków, na koniec ustawicznie. Kochająca żona bardzo przeżywała upadek moralny męża, z boleścią w sercu odpierała wszelkie nagabywania klientów w tym temacie, a martwiły ją i oznaki pogarszania się budżetu rodzinnego. Kiedyś więc srodze zeźlona krzyknęła ślubnemu opojowi, że jak tak dalej potrwą, to pochowa go żywcem.

Nie wiadomo, czy on usłyszał tę groźbę i ją zrozumiał. Pewne, że brak reakcji podupadłej „głowy domu” ośmielił połowicę i ta przystąpiła z determinacją do działania. Szukała rozwiązania niekonwencjonalnego, a gdy je znalazła, odbyła konsultacje z zaufanymi kumoszkami. Te, po początkowych oporach, postanowiły wesprzeć panią rzeźnikową, zestawiono wykaz niezbędnych rekwizytów. Wpadało już tylko czekać na pomyślny dla sprawy obrót ciał niebieskich i trybików ziemskich.

## Akt I

Nadszedł stosowny dzień, była to sobota. Życzliwi ludzie wnieśli w progi domu pijanego do nieprzytomności rzeźnika. Nie rugał się, nie krzyczał, za nóż nie chwycił. Wiadomym było, że przez co najmniej kilka godzin trwać będzie w letargu posapując i bredząc, oderwany kompletnie od rzeczywistości. Żona skrzyknęła zaprzysiężonych, ci stawili się w komplecie.

Dwóch młodszych sąsiadów ruszyło z wózkiem solidnej, własnej

# Wyleczenie z nałogu

*Rzecz będzie o sposobie, w jaki żona odzwyczaiła męża od chlejtwa alkoholowego. Historyjka to prawdziwa, z roku 1938. Opowiadali ją sobie mieszkańcy Białegostoku, dobrze zapamiętała owo zdarzenie mieszkanka domu przy ul. Fabrycznej. Dzięki niej można ją było odtworzyć, choć z koniecznością znacznego uzupełnienia narracji.*

produkcji do niezbyt odległego zakładu stolarsko-trumiennego. Tam nabyli za 100 złotych - tyle kosztowała przed wojną byle jaka krowina - pierwszorzędną „jesionkę”. Z solidnego drewna, z połyskiem, co to mogła wzbudzić zazdrość nawet u najzdrowszych. Klienci wyjaśnili właścicielowi firmy, że robią zakup nieco na zapas, ale wyrok już zapadł, czarna godzina dla obłożnie chorego zbliża się nieubłagalnie. Z kolei sąsiadka wyprawiła się do zaprzyjawnionego kościelnego, by uzgodnić wypożyczenie okazałych lichtarzy. Nie bardzo wiadomo, jakich użyła argumentów, ale dorożka z lichtarzami i kupionym po drodze wieńcem zajeżdżała na Fabryczną, dryndziarz przyjął zapłatę i przykładowie zdjął czapkę z głowy oddając cześć zmarłemu.

Na środku pokoju gościnnego ustawiono na taboretach trumnę, obok lichtarze ze świecami, na stole ułożono wieniec jak żywy i woniejący lasem, zasłonięto zgodnie z tradycją lustro. Chorągwi przed domem nie wystawiono, bo to byłoby zbyt cenne świętokradztwo. „Zmarłego” z pewnymi trudnościami ubrano w garnitur, założono trzewiki i „truchło” legło na twardym posłaniu. Wszystko poszło jak z płatka, kolektyw rozszedł się na antrakt do swych domów.

## Akt II. Finał

Ponownie wezwani żałobnicy stawili się przed oblicze śmiertelnie poważnej żony rzeźnika. Aktorzy usiedli z namaszczeniem na wskazane miejsca po obu stronach domowego katafalku, kobiety z jednej strony, a mężczyźni z drugiej. Wszyscy ze zbiedzonymi minami, panie w woalkach zakrywających twarze wyglądały nie tylko godnie, ale i nieco tajemniczo. Czuł się narastające napięcie. Pijany nieświadom niczego wiercił się w trumnie, próbował bezskutecznie poprawić warunki spoczywania.

Z Bogiem! Na to hasło dane przez „wdowę” zapalono świece, wieniec



ułożono przy nogach rzeźnika, ktoś dodał kwiatki zerwane z własnego ogródka. Panie zaczęły zawodzić pieśń żałobną. Aliści po kilku zwrotkach, wbrew oczekiwaniom, śpiący nie przejawiał wyraźniejszych oznak życia, wtedy jeden z żałobnych aktorów wstał i pokołysał trumnę. „Zmarły” wybudzał się wolno, posykurując, bo też wygodny nie miał żadnej. Przejrzał z trudem na zapluszczone jedno oko. Zamknął je, znów otworzył z objawami wracającej świadomości, a potem szybko łypnął i drugim okiem. Zawył chrapliwie, jako raniony zwierzę białowieszczański, rozerwał gwałtownym wyrzutem rąk różaniec, chwycił za brzegi trumny i wysypał się na dywan. Razem z nim spadł i wieniec, przechylił się niebezpiecznie lichtarz. Były denat poderwał się szybko jak na swój stan, chwiejnymi skokami pokicał ku drzwiom, ledwie w nie trafił. Na tym akcja się wypaliła, finał wypadł nadzwyczajnie.

## Epilog

Odzyskany do życia rzeźnik zniknął na amen, mijały dni, a jego ani widu, ani słuchu. Już żonkę złe myśli zaczęły nachodzić, w okno tęsknie wyglądała, a usługowych sąsiadów dopadały wyrzuty sumienia. Tym silniejsze, że wieść

o pogrzebie na niby rozeszła się po okolicy, z każdym dniem coraz barwniej opowiadana. Mówiono nawet, że w sztuce o rzeźniku wystąpił łobuziak lokalny, przebrany za kostuchę z najprawdziwszą kosą.

Wreszcie - co za radość - wrócił pan domu, do tego na własnych nogach, krokiem pewnym, choć na twarzy wielce zmizerowany i okrutnie zarośnięty. Powitanie małżonków było cikliwe, nie zabrakło łez, tym razem szczęścia!

I jak w bajce wszyscy byli od tego dnia zadowoleni z niezwyklej terapii: mąż jako bywalszy już pijanica, żona bezmiernie kochająca i trzymająca kasę interesu mięsno-wędliniarskiego, klienci, no i aktorzy z sąsiedztwa, choć przypadło im odegrać role drugoplanowe. Trumnę niedoszła wdowa sprzedała przy nadarzącej się okazji. I tylko Józefowa z sąsiedniej ulicy, co potajemkę prowadziła z gorzałą i śledzikiem na zakąskę, straciła na dochodach.

Cóż, trudno o powszechną szczęśliwość nawet w pogodnym mieście Białymstoku!



**Adam Czesław Dobroński**

# Trudna historia szpitala w Choroszczycy

*Szpital psychiatryczny w Choroszczycy świętuje 85-lecie swojego istnienia. Przed wojną był jednym z największych w Polsce. W czasie wojny okrutny los spotkał jego pacjentów - najpierw z rąk Rosjan, potem Niemców. Po wojnie jednak odrodził się, by znów stać się jednym z największych w Polsce.*

**S**Kiedy w 1918 roku Polska odzyskała niepodległość, okazało się, że dramatycznie brakuje miejsc dla pacjentów chorych psychiatrycznie. Na wschód od Wisły funkcjonowało jedynie około 250 łóżek - w Wilnie i Lwowie. W 1927 roku pułkownik dr Zygmunt Brodowicz zostaje naczelnikiem wydziału w Wojewódzkim Urzędzie w Białymstoku (kieruje tam wydziałem pracy i opieki społecznej, a następnie wydziałem zdrowia). To on zwołuje zebranie komitetu organizacyjnego osób zainteresowanych budową i uruchomieniem szpitala psychiatrycznego. Cel jest jeden: zebrać fundusze i wyszukać odpowiedni obiekt do budowy wielołożkowego szpitala, który zapewniłby opiekę pacjentom chorym psychicznie z wielu, przede wszystkim wschodnich województw. Dwa lata później dr Brodowicz zostaje prezesem Białostockiego Związku Międzykomunalnego dla Założenia i Utrzymania Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego. Związek ten zrzesza szereg ówczesnych osobistości, ale głównymi uczestnikami zostają rady powiatowe i wojewódzkie (sejmiki). Ci, którzy chcą należeć do związku, muszą wpłacić udziały pieniężne, które mają być podstawowym funduszem do budowy i uruchomienia placówki. W zamian dostają gwarancję, że w przyszłości, kiedy szpital zacznie działać, to w pierwszym rzędzie i po niższych opłatach będzie przyjmować do leczenia swoich działaczy. Po zgromadzeniu udziałów członkowskich oraz otrzymaniu jednorazowej dotacji ze Skarbu Państwa i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Związek przystępuje do zakupu terenu wraz z odpowiednimi budynkami.

## Szpital w fabryce

Są to ruiny spalonej w 1915 r. przez cofającą się armię rosyjską fabryki sukna, koców i kortów Augusta Moesa w Choroszczycy. Budynki pofabryczne stoją na 141 hektarach gruntów. Do transakcji dochodzi w końcu 1929 r. Natychmiast po kupnie związek przystępuje do prac remontowo-budowlano-adaptacyjnych. Jako że funduszy jest mało, wykorzystywane są istniejące budynki: hale fabryczne przerabiane i adaptowane na sale medyczne (do dziś szpital zachował dawną architekturę budynków i ich usytuowanie). W 1930 roku zatrudnieni zostają pierwsi lekarze - Janina i Włodzimierz Bernasiewicz, Henryk Rożkowski i Walerian Terajewicz. W tym samym roku



fot. archiwum szpitala

Dr Stanisław Deresz - pierwszy dyrektor szpitala w Choroszczycy

25 listopada otwarto pierwszą wyremontowaną i zaadaptowaną część szpitala na 400 łóżek. Placówkę nazwano „Białostocki Wojewódzki Szpital dla Psychicznicy i Nerwowo Chorych”. Przeniesiono tu podopiecznych z istniejącego od roku oddziału psychiatrycznego Szpitala Żydowskiego w Białymstoku (oddział zlikwidowano). W styczniu 1931 r. hospitalizowanych jest już 420 pacjentów.

Pierwszym dyrektorem w 1931 roku został wyłoniony w konkursie dr Stanisław Deresz (wcześniej był ordynatorem jednego z oddziałów w Drewnicy, a następnie kierował szpitalem w Tworkach). W 1932 roku związek ma poważne problemy finansowe. Brakuje pieniędzy na utrzymanie placówki. Dzieje się tak, gdyż powiaty, które





Fabryka sukna i koców K.A. Moesa na pocztówce z początku XX-wieku

zobowiązały się do opłacenia leczenia pacjentów z ich terenów, nie wywiązywały się ze swych obowiązków. Dochodziło do takich sytuacji, że odsyłano chorych z tych gmin, które zalegały notorycznie z opłatą (przez to dyrektor Deresz trafił m.in. na ławę oskarżonych, skazano go, a następnie wyrok został uchylony). Sytuację poprawiło przystąpienie z członkowskim wkładem finansowym miasta stołecznego i województwa Warszawy. Od tego momentu gros pacjentów leczonych w Choroszczy to mieszkańcy Warszawy i województwa. Co ciekawe do Choroszczy na podstawie umowy międzynarodowej przywożono także chorych psychicznie obywateli polskich mieszkających na terenie Francji.

### Opieka środowiskowa

Szpital w Choroszczy się rozrasta. W 1932 r. liczy już 480 łóżek, a rok później 800. W 1932 roku dr Deresz wprowadza, jako pierwszy w Polsce, opiekę środowiskową. Jak to wyglądało? Spokojnych pacjentów oddawano pod opiekę rodzin zamieszkałych w odległości 8-10 km od szpitala. Mieszkali poza lecznicą, ale byli w ścisłej z nią łączności, korzystali z fachowej opieki, ubioru, bielizny osobistej i pościelowej, łóżek, ustalonego sposobu leczenia, leków i urządzeń. Z tej formy opieki w 1933 r. korzystało już 250 osób, a w 1934 r. - 450. Chętnych do opieki nad takimi pacjentami nie brakowało. Każda rodzina sprawująca opiekę otrzymywała 30 zł miesięcznie, co było znaczącą sumą w budżecie. Jednak nie każdy mógł przyjąć chorego. Rodzina musiała wykazać się odpowiednim porządkiem w domu, należycie prowadzonym gospodarstwem, a także kulturą osobistą.

Przebywający w szpitalu pacjenci leczeni byli z powodu 22 różnych, podstawowych chorób, najczęściej schizofrenii, i (kolejno) niedorozwoju umysłowego, padaczki, porażenia postępującego oraz zaburzeń psychicznych po urazach, a następnie pochodzenia miażdżycowego. W zakres hospitalizacji wchodziła także terapia zajęciowa. Podopieczni, w zależności od ich stanu fizycznego, psychicznego, zawodu i wykształcenia pomagali w pracach na roli, przy ogrodnictwie, przy hodowli bydła, owiec, świń oraz uczestniczyli w warsztatach rzemieślniczych. W ramach zajęć terapeutycznych prowadzono tu różne-

## Twórca Kliniki Psychiatrii UMB

Jubileusz 85-lecia szpitala w Choroszczy, to także dobra okazja, by przypomnieć postać profesora Lucjana Korzeniowskiego. To on w 1954 roku objął i zbudował podwaliny Kliniki Psychiatrii UMB.



Prof. Lucjan Korzeniowski w karykaturze z albumu dr. Tadeusza Cieniawy

Profesor Lucjan Korzeniowski urodził się w Warszawie 30 czerwca 1897 roku. Jego ojciec był znanym chirurgiem, ordynatorem Szpitala Dzieciątka Jezus. Po ukończeniu Gimnazjum Filologicznego Ziemi Mazowieckiej - rozpoczął w 1915 roku studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, kontynuował je z dwuletnią przerwą poświęconą służbie wojskowej. W roku 1923 otrzymał dyplom doktora wszechnauk lekarskich. Habilitował się na Uniwersytecie we Wrocławiu w 1949 roku, tytuł profesora uzyskał w roku 1960.

Pracę w psychiatrii rozpoczął w 1923 roku, początkowo w Warszawskiej Klinice Psychiatrycznej.

ciąg dalszy na stronie 34 →

Po II wojnie światowej współpracował z wybitnym polskim neurochirurgiem - profesorem Jerzym Choróbskim.

Jako nauczyciel akademicki prowadził działalność dydaktyczną przez ponad 20 lat, nauczał psychiatrii na wydziale lekarskim AM w Warszawie. W 1954 roku objął kierownictwo Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku, którą zorganizował od podstaw i kierował do 1969 roku.

Profesor Lucjan Korzeniowski jest autorem pierwszego po wojnie podręcznika psychiatrii dla studentów („Compendium”), oraz obszernego studenckiego podręcznika psychiatrii („Zarys Psychiatrii”), który doczekał się trzech wydań. Z Jego inicjatywy i dzięki Jego wysiłkom wydane zostało zbiorowe dzieło: „Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii” (trzy wydania). Działalność naukowa Profesora dotyczy wszystkich podstawowych dziedzin psychiatrii. Jego dorobek obejmuje ponad 70 prac w językach polskim i francuskim, duża część to prace oryginalne. Podstawowym warsztatem naukowym Profesora była klinika, zaś najważniejszą metodą badawczą - badanie psychiatryczne i wnikliwa obserwacja. Z prac Profesora, którym przypada istotne znaczenie w rozwoju wiedzy psychiatrycznej i praktyki klinicznej (zwłaszcza diagnostyki) wymienić należy: „Zaburzenia reaktywne u psychopatów i tzw. psychozy więzienne” (1936), „Zagadnienie odrębności nozologicznej psychoz inwolucyjnych” (1964), „Sur l'autisme (1965), „Les probleme diagnostiques concernant les psychoses paranoiaques schizophre-niphormes” (1965), znakomita praca poświęcona zaburzeniom psychicznym w padaczce skroniowej, przytaczana w piśmiennictwie światowym jako pionierska i podstawowa w tym zakresie (obok prac Ponda i Slatera).

Odrębny rozdział działalności naukowej Profesora Lucjana Korzeniowskiego stanowią oceny książek. Wiele z tych recenzji - to w istocie małe rozprawy naukowe, zawierające oryginalne przemyślenia, a jednocześnie pouczające i życzliwe uwagi.

Profesor Lucjan Korzeniowski odegrał znaczącą rolę w rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce. W okresie powojennym aktywnie uczestniczył w odbudowie i tworzeniu psychiatrycznej służby zdrowia, początkowo pracował w Ministerstwie Zdrowia, gdzie pełnił funkcję naczelnika Wydziału Zdrowia Psychicznego, później przez wiele lat był specjalistą wojewódzkim w psychiatrii w województwach białostockim i olsztyńskim, gdzie odegrał wybitną rolę w szkoleniu kadr psychiatrycznych i rozwoju lecznictwa psychiatrycznego. Wyspecjalizował ponad 60 lekarzy pracujących obecnie w różnych regionach Polski. Przez 60 lat był członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

**Oprac. km**

na podstawie materiałów Izby Lekarskiej w Białymstoku



Otwarcie szpitala w 1930 r.

go rodzaju wytwórczość artystyczną - tworzenie zabawek, haftów, rzeźb, obrazów, itp. Doskonale zorganizowany był także system opieki szpitalnej. Chorzy wypisywani z placówki trafiali pod opiekę zorganizowanej przez nią Przychodni Psychiatrycznej w Białymstoku. Szpital posiadał także własne laboratorium składające się z działu anatomiczno-histologicznego, chemiczno-biologicznego i doświadczalnego. Kierownikiem całości był dr Stanisław Hryniewicz. Ponadto dysponował własną apteką, gabinetem dentystycznym z lekarzem dentystą, prosektoarium z pracownią histopatologiczną, wyodrębnionym cmentarzem, kościołem i kinem. Posiadał też własne gospodarstwo rolne (141 ha), zwane folwarkiem. Hodowano tam konie, krowy, owce, drób, ryby, a nawet pszczoły. Uprawiano zboża, ziemniaki, łąki, kopano torf. Około 15 ha zajmowały ogrody owocowo-warzywne. Do prowadzenia działalności rolniczo-hodowlanej przygotowano odpowiednie magazyny zbożowe, okopowe, lodownię, piekarnię, masarnię, itp. Działała także własna elektrownia, wodociąg i kanalizacja.

Na terenie szpitala mieściły się dwa 8-pokojowe mieszkania dla pracowników oraz dom dr Brodowicza. Personel administracyjny liczył 40 osób. 60 proc. stano-



Kuchnia w szpitalu w Choroszcz



Sala chorych w szpitalu



Pamiątkowe zdjęcie pracowników szpitala

fot. archiwum szpitala

wiły pielęgniarki. Do bezpośredniej obsługi podopiecznych (również sal) zatrudniono około 80 sanitariuszy. Do działalności rolniczo-ogrodniczo-technicznej - 34 pracowników.

W 1934 r. nad 800 chorymi w szpitalu oraz 450 pozostającymi w opiece pozazakładowej czuwało i leczyło ich (oraz administrowało) 127 osób. Łącznie z pracownikami rolniczo-ogrodniczo-technicznymi zatrudniano 161 osób.

Placówka nie tylko jednak leczyła, ale także włączała się w pomoc społeczną. W okresie zimowym wydawano 50 obiadów dziennie bezrobotnym oraz dokarmiano 70 biednych dzieci w szkole. Szpital współdziałał w prowadzeniu straży ogniowej, kasie samopomocy, „Strzelca”, PCK, itp. Kino i biblioteka były dostępne dla wszystkich mieszkańców miasta, a ponadto spora ich liczba korzystała z wytwarzanej samodzielnie energii elektrycznej. Jeden z wyremontowanych budynków szpital wyposażył i utrzymując go gospodarczo przeznaczył na jedyną w Choroszczycy szkołę powszechną (podstawową).

Tuż przed wybuchem II wojny światowej lecznica sprawowała w sumie opiekę nad 2000 pacjentów, z czego około 900 znajdowało się na miejscu, zaś około 1100 przebywało w opiece rodzinnej pozazakładowej umiejscowionej w 30 miejscowościach. W ostatnich dniach sierpnia i na początku września 1939 r. dodatkowo około 400 chorych umysłowo ze Szpitala św. Jana Bożego w Warszawie zostało przewiezionych do Choroszczycy.

## II wojna światowa

Kiedy na teren Polski wkroczyły wojska sowieckie zaczął się najtragiczniejszy okres w historii placówki. Już w grudniu 1940 r. władze radzieckie postanowiły ją zlikwidować, a chorych przewieźć do szpitali psychiatrycznych w głąb Związku Radzieckiego. W budynkach w Choroszczycy miało

zakwaterować się wojsko. W styczniu 1941 r. transportem kolejowym wywieziono pacjentów do Mińska, Smoleńska, Czerniowca, Dniepropietrowska, Winnicy, Kostromy, Kurska i Starej Wsi. Kilkudziesięciu nie nadających się do transportu umieszczono w budynku plebanii, a somatycznie chorych w części domu Brodowicza. Nakaz nie objął jedynie osób leczonych środowiskowo. Byli oni nadal leżeni w dotychczasowy sposób przez pozostały personel, zatrudniony przy osobach umieszczonych na plebanii (około 100). Taki stan rzeczy był w chwili wkroczenia na Białostoczczyznę Niemców. W dniu wybuchu działań wojennych pomiędzy Niemcami a Związkiem Radzieckim w czerwcu 1941 r. u opiekunów pozostawało 690 osób, a w szpitalu kilkadziesiąt. Kiedy Niemcy wkroczyli do Białegostoku, postanowili ostatecznie „rozwiązać” problem pozostałych pacjentów. Zapowiedzieli, że za parę dni zabiorą ich. W oznaczonym dniu zajęły wozy ciężarowe i autobusy pod eskortą wojskową i grupami wywożono ich do sąsiedniego lasu - pod Nowosiólkami. Po salwie karabinu maszynowego, do szpitala wracały puste wozy. Tych ludzi nie zabijali gestapowcy - ale żołnierze niemieccy. Następnie Niemcy wydali rozkaz, aby opiekunowie przy-

wieźli do Choroszczycy wszystkich znajdujących się w opiece pozazakładowej. Pacjentów tych również wywożono do lasu pod Nowosiólkami, gdzie ich rozstrzelowano. Niemcy rozstrzelali łącznie 464 osoby i zlikwidowali ostatecznie zarówno szpital, jak i opiekę pozazakładową. Liczbę 464 zamordowanych w masowej egzekucji, którą przeprowadzono w Nowosiólkach, należy uznać za minimalną. Jeżeli uwzględnimy liczbę 590 osób, które w dniu 22 czerwca 1941 r. przebywały w opiece pozazakładowej oraz kilkadziesiąt znajdujących się w szpitalu, to liczba 700 zamordowanych może być prawdopodobna.

Dla upamiętnienia zgładzonych, w miejscu zbrodni w Nowosiólkach, stoi pomnik. Przed szpitalem w Choroszczycy znajduje się także kamienny obelisk z napisem

---

*Szpital powstał w ruinach  
spalonej w 1915 r. przez cofającą  
się armię rosyjską fabryce sukna,  
koców i kortów Augusta Moesa  
w Choroszczycy*

---



fot. archiwum szpitala

Pamiętkowe zdjęcie pracowników szpitala

„Ofiarom faszyzmu”. Tragicznie zakończył się pierwszy i chyba najświetniejszy rozdział szpitala psychiatrycznego i jego podopiecznych. Niemcy na jego terenie urządzili obóz dla sowieckich jeńców wojennych, a także ulokowali tu rannych czerwonarmistów leżących w białostockich szpitalach. Jedni i drudzy zginęli. W okresie późniejszym przebywali tam także jeńcy włoscy.

### Po wojnie

Pozbawione okien, drzwi i dachów budynki uległy znacznej dewastacji i zniszczeniu. Zdemolowane były również wszelkie urządzenia gospodarczo-techniczne. Po wycofaniu się Niemców w 1944 r. budynki i teren szpitalny zajęły wojska sowieckie, które urządziły tu m.in. przejściowy obóz dla byłych jeńców wojsk alianckich.

Powtórzyła się sytuacja sprzed 1930 r. Podobnie jak po odzyskaniu niepodległości, na Białostocczyźnie w ogóle nie funkcjonowała opieka psychiatryczna. Ówczesne władze otworzyły 60-łóżkowy oddział psychiatryczny w budynku sąsiadującym ze Szpitalem PCK. Wiadomo było jednak, że jest to rozwiązanie doraźne. Dalsze losy szpitala związane są z osobą dr Bogdana Szymborskiego. Lekarz ten po wyzwoleniu Białostocczyzny prowadził dawny Szpital Sejmikowy w Knyszynie. W 1945 r. wyjednał u sowieckiego komendanta Choroszczy odstąpienie pawilonu nr 1, do którego odrestaurowania niezwłocznie przystąpili byli pracownicy

*Na początku II wojny światowej, kiedy na teren Polski wkroczyły wojska sowieckie zaczął się najtragiczniejszy okres w historii placówki. W budynkach w Choroszczy miało zakwaterować się wojsko*

szpitala i miejscowa ludność. W lutym 1945 r. sądzono, że placówka jest własnością Międzykomunalnego Związku. Do organizacji i doglądania robót Szymborski przyjeżdżał z Knyszyna. We wrześniu 1947 r. 220-łóżkowy pawilon był już gotowy. Przyjęto pierwszych 167 chorych przewiezionych z oddziału psychiatrycznego przy Szpitalu PCK. Przystąpiono do remontu pozostałych pawilonów opuszczonych przez Czerwoną Armię. Szpital otrzymał nazwę „Państwowy Szpital dla Nerwów i Psychicznich Chorych w Choroszczy”. Dyrektorem został dr Szymborski, do pomocy miał dwóch lekarzy. W 1950 r. liczył 756 łóżek i zatrudniał już sześciu lekarzy. W 1953 r. zmieniono w jego nazwie „Państwowy” na „Wojewódzki”.

W latach sześćdziesiątych szpital obejmował region dawnego województwa białostockiego, warszawskiego i olsztyńskiego. W 1975 r. hospitalizowano 1400 osób w tym 300 w opiece pozazakładowej. W jednym z budynków otrzymała pomieszczenie nowo powołana w 1954 r. Katedra i Klinika Psychiatryczna AMB. W 1957 r. klinika otrzymała odrębny, dwupiętrowy, 70-łóżkowy, nowy pawilon.

Obecnie placówka w Choroszczy ma prawie 1000 łóżek na 16 oddziałach. W jej ramach funkcjonuje też zakład opiekuńczo-leczniczy z rehabilitacją psychiatryczną, Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, w skład którego wchodzi m.in. poradnia zdrowia psychicznego, dzienny oddział psychiatryczny dla chorych z zaburzeniami psychicznymi, zespół leczenia środowiskowego, dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu oraz poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.

**Oprac. Katarzyna Malinowska-Olczyk**  
(na podstawie materiałów szpitala)



fot. archiwum szpitala

Szpital w Choroszczy, lata 50-te

# W szpitalu oglądamy każdą złotówkę

*Zarządzanie współczesnym szpitalem to w równym stopniu troska o dobro pacjenta, jak też o finanse samej placówki. O tym, jaki jest obecnie i jaki będzie w przyszłości szpital w Choroszczy, rozmawiamy z jego dyrektorem Tomaszem Goździkiewiczem.*

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK:** Szpital w Choroszczy świętuje 85 lat istnienia. Jest jednym z najstarszych, a także największych szpitali w Polsce. Wciąż się rozwija i rozbudowuje. Jakie ma Pan plany na przyszłość?

**MGR INŻ. TOMASZ GOŹDIKIEWICZ, DYREKTOR SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO PSYCHIATRYCZNEGO ZOZ-U CHOROSZCZY:** - Oczywiście dalej myślimy o rozszerzeniu naszych świadczeń. Patrząc na perspektywy demograficznej widzimy potrzebę rozszerzenia ich w zakresie psychogeriatry i geriatry. Myślę o stworzeniu zakładu opieki długoterminowej, czyli czegoś w rodzaju domu starości. Taka jest po prostu potrzeba. Co roku w okresie urlopowym czy na święta obserwujemy, jak rodziny „podrzucają” do szpitala starsze osoby, by móc spokojnie wyjechać na wakacje czy spędzić święta. Często u takich osób nie ma stricte medycznych wskazań do hospitalizacji, a jedynie potrzeba opieki pielęgnacyjnej. U nas byłoby takie miejsce. W przyszłości planujemy również stworzyć także pełnozakresowe centrum rehabilitacyjne. Mamy pusty obiekt, który mógłby być w tym celu wykorzystany. Wcześniej jednak musimy uporządkować sprawy oddziałów psychiatrycznych.

**Ale w ramach szpitala funkcjonuje już rehabilitacja, która zresztą - podobnie jak oddział neurologiczny - cieszy się bardzo dobrą opinią pacjentów.**

- To prawda, że jest taki oddział. Ale tam prowadzona jest jedynie rehabilitacja neurologiczna dla pacjentów z oddziału neurologicznego. I to prawda, że oba oddziały cieszą się dobrą opinią. I z tego powodu czasem dochodzi do absurdów. Bo są tacy pacjenci, że kiedy mają problemy natury neurologicznej, to się nie zgłaszają do innego szpitala, a czekają dzień czy dwa, aż nasz szpital będzie miał dyżur. I szkodzą sobie bardzo, bo



fot. Wojciech Więcko

Tomasz Goździkiewicz, dyrektor szpitala w Choroszczy

przy sprawach udarowych czas dotarcia do lekarza ma decydujące znaczenie. Jeśli chodzi o oddział udarowy, to nie zawsze było tak różowo. Bo choć personel zawsze był dobry, to na oddziale panowały fatalne warunki. Pamiętam, że kilka lat temu, jak tylko zacząłem kierować tym szpitalem, kiedyś wieczorem poszedłem na oddział neurologiczny. A tam przywitały mnie dwa ciekawskie szczury. Była tam rampa, która miała 60 stopni, i po której nie sposób było zwieźć chorego na łóżku. Ta neurologia spędzała mi sen z oczu. Na szczęście pięć lat temu wybudowana została nowa izba przyjęć z oddziałem neurologicznym i jest już zupełnie inny świat.

**Ile łóżek jest teraz w szpitalu?**

- Mamy 947 łóżek. Po przebudowie i zakończeniu wszystkich remontów będzie ich na pewno ponad 1000. A i teraz zdarzają się sytuacje, że odmawiamy przyjęć.

**Przed wojną ważną rolę odgrywała opieka środowiskowa. We wspomnieniach można wyczytać, że w najlepszych czasach nawet 700 osób objętych było opieką środowiskową, przy wsparciu szpitala. Ci najlżej chorzy nie musieli być na oddziałach zamkniętych.**

- My byśmy bardzo chętnie rozwijali opiekę środowiskową, która wyręczałaby szpital. Rodzina, sąsiedzi, znajomi czy zakłady pracy mogłyby przejąć opiekę nad tymi osobami. Lżej chorzy psychicznie mogliby zupełnie swobodnie funkcjonować w takim środowisku. Niestety my, jako społeczeństwo, osoby psychicznie chore bardzo stygmatyzujemy. I o ile niepełnosprawny na wózku nie wzbudza już litości, to chory psychicznie wciąż wzbudza obawę, strach, uchodzi za nieobliczalnego. I stąd nie ma chętnych do sprawowania takiej opieki. A nie mam wątpliwości, że pacjentów będzie przybywać. Współczesne czasy generują pacjentów psychiatrycznych. Ten pęd, ta chęć wybicia, wyróżnienia się. Młodzi ludzie sięgają po różnego rodzaju środki psychoaktywne. A na dodatek pod ręką mają internet, gdzie można znaleźć wszystko, co trzeba i czego nie trzeba. W ubiegłym roku jeden z oddziałowych na odprawie poinformował mnie, że pacjent prosi, by kupić mu pięć paczek pewnej przyprawy. Myślę sobie, po co mu ta przyprawa? Zadzwoiłem do prof. Elżbiety Skrzydlewskiej z Wydziału Farmacji UMB. Okazało się, że ta przyprawa ma ten sam składnik, co konopie indyjskie. W internecie od razu znalazłem informacje o niej.

**A ostatnio pewnie więcej jest ofiar dopalaczy?**

- Tak, ostatnio lawinowo wzrosła liczba takich pacjentów. Być może razem z prof. Elżbietą Skrzydlewską wystąpimy o grant, by badać dopalacze. Będziemy pozyskiwać te substancje i badać ich skład, by wiedzieć, jakie skutki mogą być po ich spożyciu. Liczymy, że uda się nam też nawiązać współpracę z policją. Problem w tym, że producenci dopalaczy prześcigają się w komponowaniu składników. Są takie, że po 15 minutach od spożycia, nie ma już ich

śladu w organizmie. A skutki utrzymują się znacznie dłużej.

### **Jak Pan myśli, czemu Ci młodzi ludzie sięgają po dopalacze, środki psychoaktywne?**

- Osobiście uważam, że wynika to z tzw. bezstresowego wychowania. Tacy młodzi ludzie nie mają w domu dyscypliny, w szkole przechodzą z klasy do klasy, potem jakoś przemykają przez studia. Kiedy wchodzi na rynek pracy, nie radzą sobie. I jak nie załapują się do tego wyścigu szczurów, zaczynają brać środki psychoaktywne, wpadają w depresję albo zaczynają wspierać się alkoholem. I łądzą u nas. Jakiś czas temu trafiła do nas młoda dziewczyna. Rodzice zmarli, bo podobno pierwszy raz się mocno upiła. Za chwilę mam telefon od swoich pracowników z diagnozą, że dziewczyna jest już mocno uzależniona od alkoholu i musi pić już od kilku lat. Młodzi ludzie po alkohol sięgają najczęściej właśnie z powodu niemożności spełnienia oczekiwań. Patrząc na to, pacjentów u nas nie zabraknie. Przez szpital rocznie przewija się od 8 do 10 tys. pacjentów, przy czym jedna czwarta to pacjenci mający problemy z uzależnieniem od alkoholu. I, co gorsza, piją coraz młodszy. W historii szpitala mieliśmy np. pacjenta nieco ponad 20-letniego. Pił nałogowo od 12 roku życia. I ten nałóg stał się przyczyną jego śmierci.

### **Myślę, że trudnych pacjentów jest u was wielu?**

- Jest wielu innych, mających problemy, o których mało kto wie, a trafiających do naszego szpitala w różnym stanie, nie tylko psychicznym, a nasza rola oprócz pomocy polega na zachowaniu dyskrecji, stąd też chciałbym, żeby w szpitalach psychiatrycznych zakazano używania telefonów komórkowych z dostępem do internetu, aparatem fotograficznym czy kamerą. Rozmawiam już z minister Krystyną Kozłowską, rzecznikiem praw pacjenta na ten temat. Gdybym miał za co, kupiłbym telefony z możliwością wykonywania połączeń i wysyłania smsów, ale bez możliwości filmowania innych pacjentów. Pacjent przychodziłby do szpitala, jego telefon trafiałby do depozytu, a on dostawałby taki najprostszy model do kontaktowania się z najbliższymi.

### **Jakieś jeszcze marzenia? O co poprosiłby Pan złotą rybkę, gdyby taka trafiła w Pana ręce?**

- Chciałbym mieć pieniądze na urządzenie terenu szpitala. Żeby było miejsce do spacerowania, a tam dużo kwiatów. Marzy mi się kawiarnia dla pacjentów i prowadzona przez pacjentów. Już nie mówię o tak prozaicznych rzeczach, że np. chciałbym mieć pieniądze na nową pościel. Ja np. teraz kupuję dresy z rezerw wojskowych zamiast piżam. Są tańsze i więcej wytrzymują. W przetargach decyduje cena, a nikt nie patrzy na to, że po trzech praniach piżama już nie nadaje się do nałożenia.

---

*Współczesne czasy generują pacjentów psychiatrycznych. Ten pęd, ta chęć wybicia, wyróżnienia się. Młodzi ludzie sięgają po różnego rodzaju środki psychoaktywne*

---

Bo jako szpital, choć się bilansujemy, to z bólem i jest ciężko. Trzymamy wszystko za gardło i pilnujemy każdej kartki papieru. Szukamy pieniędzy, gdzie się da. W sumie to nie chodzi o jakieś wielkie kwoty. Wystarczyłoby, żebyśmy mieli takie stawki, jak szpitale w województwie mazowieckim. W skali roku mielibyśmy o 8,5 mln zł więcej! Dałoby to nam swobodę ruchu, byłyby pieniądze na inwestycje i podwyżki. U nas ludzie zarabiają minimum.

### **A za pacjentów sądowych więcej pan dostaje?**

- Tak, i stąd rozwój psychiatrii sądowej. Dostaję więcej pieniędzy za takiego chorego. Normalny pacjent według wytycznych NFZ teoretycznie w określonym czasie powinien ozdrowieć. A jeśli jest dłużej, to dostajemy za niego znacznie mniej pieniędzy. Inaczej jest z pacjentami sądowymi. Stąd też u nas jest 300 miejsc tzw. sądowych i jesteśmy drugim co do wielkości, po Rybniku, ośrodkiem w Polsce. Mamy 10 miejsc dla sprawców przestępstw przeciw wolności seksualnej, 40 łóżek odwykowych, w tym jedyne w Polsce

10 dla kobiet, mamy także 50 łóżek zwykłych - łącznie 100 łóżek tzw. wzmocnionego nadzoru. Ci więźniowie mają u nas dobre warunki; pamiętam przypadek, jak wywożono jednego pacjenta do aresztu, to się zapierał i łapał futryn, bo nie chciał opuszczać szpitala. Choć z drugiej strony mamy do czynienia z całą - na wzór więziennej - hierarchią: są szefowie, żołnierze, podpuszczacze.

### **Ma Pan jakieś problemy z tymi pacjentami?**

- Ostatnio była dość zabawna sytuacja. Szpital jest po dużej termomodernizacji. Mamy nowe instalacje, grzejniki, węzły ciepłownicze. Żeby jednak wszystko działało musi być specjalnie uzdatniana i demineralizowana woda. I ta woda dużo kosztuje. I raptem dostajemy rachunki za ubytki wody. W jednym miesiącu ubyło 14 metrów sześciennych wody. Pierwsza myśl: pewnie gdzieś jest wyciek. Z kamerą termowizyjną szukamy nieszczelności. Ale nic nie widać. Przypadkiem ktoś sypnął, że na oddziałach sądowych chłopaki sobie wykombinowali, że woda o temperaturze 55 stopni jest idealna do robienia kawy rozpuszczalnej. Odkręcali odpowietrznik w kaloryferze, woda leciała i kawa była gotowa.

### **Pewnie o waszym szpitalu można byłoby książkę napisać z anegdotami?**

- Zgadza się. Najstarsza chyba anegdota, nie wiem, czy to prawda, dotyczy jednego z pierwszych powojennych dyrektorów Stanisława Skibskiego, który kierował szpitalem w latach 1953-1956. W pierwszych dniach dyrektorowania, bodajże w maju, wszedł na oddział, gdzie właśnie hucznie świętowano czyjeś imieniny. Zaczął przywoływać pracowników do porządku. - A ty kto jesteś, że tak się tu rządysz? - usłyszał. Mówi: jestem dyrektorem. A wszyscy w śmiech: tutaj wszyscy to dyrektorzy. I zapakowali go w kaftan i położyli na oddział. Następnego dnia panika: zaginął dyrektor. A że był on przywieziony przez UB, wszyscy byli w strachu. Dopiero pod koniec dnia odkryto, że leży na łóżku jakiś gość bez marynarki w cywilnym ubraniu...

*Rozmawiała*

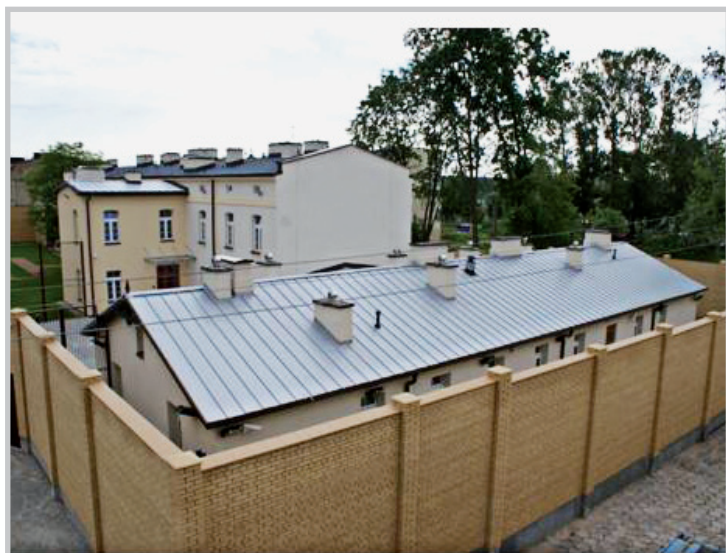
**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

CZERWIEC-WRZESIEŃ 2015

# Współczesny szpital w Choroszczy



85 lat historii to piękny jubileusz i powód do dumy dla szpitala oraz jego pracowników. Szpital w Choroszczy to teraz też wielki plac budowy. Pamiętające sto lat budynki są modernizowane i unowocześniane. Powstają nowe obiekty, które muszą spełniać wymogi współczesnej medycyny, ale też gwarantują placówce dochód. Bez zmian pozostaje jednak samo miejsce, pełne zieleni, z ciekawą historią w tle.



# Modernizacja szpitala USK



Wszyscy zachwycają się wybudowaną nową częścią szpitala klinicznego w Białymstoku. Jednak to remont i modernizacja starej części obiektu jest największym wyzwaniem. Wszystko dlatego, że szpital ani na moment nie przerywa swojej pracy.

Część klinik czasowo przeprowadza się w nowe miejsce. W tym czasie ekipy budowlane remontują dane pomieszczenia. Kiedy prace się kończą, klinika ponownie przeprowadza się, a budowlancy pracują przy kolejnych miejscach.

Ważnym elementem rozbudowy szpitala USK jest budowa parkingu wielopoziomowego. Prace przy tej inwestycji są już na ukończeniu. Docelowo zmieści się tu kilkaset aut.

