



MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 03 (150)

KWIECIEŃ 2017



40 lat Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej s. 2,24-31

WYDARZENIE MIESIACA

Order Orła Białego dla Doctora Honoris Causa UMB s. 4

ROZMOWA MIESIĄCA

**"Gigant" będzie najlepszy w Polsce
- rozmowa z nowym dyrektorem szpitala USK s. 5-8**

ISSN 1643-3734



Prof. dr hab. Władysław Gałasiński

Pierwszy dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Prof. Gałasiński związany był z Akademią Medyczną w Białymstoku przez ponad 50 lat, przechodząc wszystkie szczeble kariery naukowej od asystenta do profesora zwyczajnego. W tym czasie pełnił ważne funkcje w Uczelni: dziekana Wydziału Farmaceutycznego, prodziekana Wydziału Lekarskiego, dyrektora Instytutu Chemii, członka wielu komisji senackich, kierownika Zakładu Chemii.

Ogromny dorobek naukowy Profesora dotyczący biochemii kwasów nukleinowych, stanowi obecnie klasykę wiedzy w tym zakresie. Wykształcił zespół ludzi zdolnych do samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Wielu z nich osiągnęło sukces naukowy poza granicami Polski dając dobre świadectwo naszej uczelni.

Urodził się 27 czerwca 1922 r. w rodzinie kolejarza, w miejscowości Siennica Giza w województwie białostockim. W okresie niemieckiej okupacji w lutym 1942 r. wstąpił do Związku Walki Zbrojnej przekształconego później w Armię Krajową. Aresztowany w styczniu 1943 r. był więziony w Białymstoku, a następnie w Obozie Koncentracyjnym na Majdanku w Lublinie.

Studia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w 1953 r. Pierwszą pracę podjął w Zakładzie Chemii Fizjologicznej AMB na stanowisku asystenta. Od 1959 r. przedmiotem jego zainteresowania naukowego była biochemia kwasów nukleinowych i w tym zakresie odbył kilkumiesięczny staż naukowy pod kierownictwem prof. dr

Kazimierza Zakrzewskiego w Zakładzie Biochemii Instytutu Hematologii w Warszawie. W latach 1963/1964 r. odbył staż naukowy w Instytucie Badań Jądrowych „Boris Kidrič” w Vinča k. Belgradu, gdzie pracował nad metabolizmem kwasów nukleinowych i adaptacją enzymatyczną. W latach 1967/1968 pracował w Zakładzie Biochemii Uniwersytetu w Pittsburgu nad mechanizmem biosyntezy białka.

Prof. Gałasiński jest również zasłużony dla zawodowego środowiska farmaceutycznego Białegostoku. W roku 1955 zorganizował i kierował przez lata Rejonowym Laboratorium Kontrolnym Analizy Leków mieszczącym się w Białostockim Zarządzie Aptek oraz był współorganizatorem Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (PTFarm) w Białymstoku. Za całokształt działalności zawodowej otrzymał godność Honorowego Prezesa Oddziału PTFarm w Białymstoku i najwyższe odznaczenie PTFarm - medal im. Ignacego Łukasiewicza.

Prof. Gałasiński za swoją działalność naukową został uhonorowany tytułem Doctora Honoris Causa AMB. Za działalność społeczną oraz żołnierską został uhonorowany licznymi odznaczeniami państwowymi i regionalnymi, w tym: Krzyżem Kawalerskim Polonia Restituta, Medalem Edukacji Narodowej, Krzyżem Armii Krajowej, Krzyżem Partyzanckim, Krzyżem Powstania Warszawskiego, Krzyżem Oświęcimskim, wpisem do Honorowej Księgi Zasłużonych Białostoczczyźnie i innymi.

Prof. Gałasiński był jednym z najwybitniejszych polskich biochemików farmaceutów, organizatorem i pierwszym dziekanem Wydziału Farmaceutycznego AMB, człowiekiem o nieskazitelnym postawie moralnej i etycznej stanowiącej wzór nauczyciela akademickiego. Odszedł od nas 17 lutego 2012 roku.

PROF. JERZY PAŁKA



Dziekan Gałasiński wręcza indeks Andrzejowi Maszorkowi, który osiągnął najlepszy wynik na egzaminach wstępnych

Spis treści

- 2 | PROF. JERZY PAŁKA
Prof. dr hab. Władysław Gałasiński
- 4 | **Order Orła Białego dla Doctora Honoris Causa UMB**
- 5-8 | WOJCIECH WIĘCKO
Marek Karp dyrektorem szpitala klinicznego
- 8 | DR ANDRZEJ GUZOWSKI
Bawmy się, uczmy się
- 9 | **Dr Niemirowicz wyróżniona na Przystanku**
- 10 | **NAWA przyjęta**
- 10 | **Przychodnia rodzinna w szpitalu dziecięcym**
- 11 | **Naj, naj, naj... na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB**
- 11 | **Uchodźca na WNoZ**
- 12-13 | DR HAB. PIOTR WIECZOREK
Szanuj antybiotyki i myj ręce
- 14 | **Wschód - Zachód o chorobach serca**
- 15-16 | ANTONI SYDOR
Moje chóralne wspomnienia
- 17-20 | PAWEŁ RADZIEJEWSKI
Historia z innego świata. Sprawa „Trójkąta Bermudzkiego” w AMB
- 20-21 | DR STANISŁAW SIERKO
Kalectwo żółciowe
- 22 | ADAM HERMANOWICZ
A znanie Białystok?
- 23 | ADAM CZESŁAW DOBROŃSKI
Z sympatii dla gołębi
- 24-25 | PROF. JERZY PAŁKA
Wydział Farmaceutyczny wczoraj i dziś
- 25-28 | PROF. DR HAB. N. MED. MACIEJ SZMITKOWSKI
40 lat Analityki Medycznej UMB
- 29-30 | DR HAB. WOJCIECH MILTYK
Misja: rozwój Wydziału Farmaceutycznego
- 31 | PROF. ELŻBIETA SKRZYDLEWSKA
Era kosmetologii

SKŁAD REDAKCJI:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski
Zastępca redaktora naczelnego: Adam Hermanowicz
Sekretarz redakcji: Katarzyna Malinowska-Olczyk
Redakcja: Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Wojciech Więcko;
współpracownicy: Alina Midro, Jan Pietruski, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska
Korekta: Ewa Krzemińska **Skład i druk:** AlterStudio
Projekt strony internetowej: Monika Fiedorowicz **Projekt okładki:** AlterStudio

ADRES REDAKCJI:

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

Od Redaktora



Ostatnio znalazłem się w towarzystwie kolegów dyskutujących na temat komercjalizacji badań naukowych. Dyskusja dotyczyła nowych farmaceutyków. Padło stwierdzenie, iż światowy przemysł farmaceutyczny dotyczy tak ważnej dziedziny życia ludzkiego i dysponuje tak wielkimi materialnymi środkami, iż tak naprawdę w sposób niewidoczny rządzi światem. Mimo niewątpliwej przesady, kryje się w tym stwierdzeniu także dużo prawdy. Wspomniana dyskusja wywołała także pewne refleksje związane z powstaniem przed czterdziestu laty na naszej uczelni wydziału farmacji. Zanim doszło do kreacji tego drugiego na uczelni wydziału musiało minąć 27 lat (nasza uczelnia powstała w 1950 roku). Do tej pory AMB była jednowydziałowa i kształciła jedynie lekarzy. Wraz z powstaniem Wydziału Farmacji, nie od razu kształcono na nim farmaceutów. Można powiedzieć, że powołano farmację bez farmacji. Jeden z profesorów naszej uczelni, oczywiście z Wydziału Lekarskiego, nie bez pewnej złośliwości mawiał, że nasz Wydział Farmacji to jak icterus sine ictero (żółtaczką bez żółtaczki). Dopiero 10 lat później zdecydowano się na uruchomienie kierunku farmacji aptecznej. W pierwszym okresie w pionierski sposób uruchomiono zupełnie nowy, nieistniejący dotychczas kierunek studiów medycznych, jakim była analityka medyczna. Niewątpliwe zasługi w powołaniu tego kierunku, opracowaniu programów nauczania, dobór odpowiedniej kadry należy przypisać prof. Janowi Prokopowiczowi. Uczelnia, za te dokonania, obdarzyła Go zaszytym tytułem doktora h.c. O Jego roli w uruchomieniu nowego kierunku można przeczytać w monografii wydanej 10 lat temu, zatytułowanej „XXX lat Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Akademii Medycznej w Białymstoku 1977 - 2007” (Białystok 2007). Z uwagi na skąpe ramy tego felietonu, wymieniłem jedynie nazwisko Profesora Prokopowicza. Nie mogę jednak nie wymienić nazwiska ówczesnego rektora - prof. Konstantego Wiśniewskiego. Bez Jego siły przebicia, pozycji, jaką wówczas zajmował, prawdopodobnie trudno by było kreować Wydział Farmacji bez farmacji aptecznej. A oponentów i hamulcowych w Polsce nie brakowało, o czym w bieżącym numerze pisze prof. Maciej Szmitkowski. Rozmawiając kilka dni temu o historii naszej farmacji z byłym dziekanem wydziału prof. Jerzym Pałką i z dr hab. Wojciechem Miltkiem - obecnie piastującym ten urząd, zgodnie doszliśmy do wniosku, że kreacja nowego wydziału, to długi, rozciągnięty w czasie proces. W naszym przypadku końcowym akcentem tego procesu było powstanie trzeciego kierunku studiów, jakim jest kosmetologia. To wisienka na torcie, a może nawet cały tort. Matką tego kierunku jest prof. Elżbieta Skrzydlewska, której wspomnienia znajdują Czytelnicy w bieżącym „Medyku”.

Obecnie Wydział Farmacji dorobił się nie tylko kategorii A+, ale także nowego, przepięknie zlokalizowanego, wspaniałego gmachu, gdzie znalazły pomieszczenia władze wydziałowe i kilka znaczących zakładów naukowych. Byłem świadkiem niewyobrażalnych wprost wysiłków rektora Jana Górskiego, rektora Jacka Niklińskiego i, przede wszystkim, wspaniałego tandemu: prof. Elżbiety Skrzydlewskiej z prof. Jerzym Pałką, którzy rozpoczęli i doprowadzili do szczęśliwego finału budowę tego gmachu noszącego dumną nazwę „Euroregionalne Centrum Farmacji”.

Obecnie jesteśmy trzywydziałowym Uniwersytetem Medycznym. Ale powstanie trzeciego - Wydziału Nauk o Zdrowiu, to odrębna historia, na następny jubileusz, dla następnego redaktora „Medyka”.

Order Orła Białego dla Doctora Honoris Causa UMB

Nestor krajowej onkologii, twórca polskiej szkoły biologii nowotworów, a także powstaniec warszawski, społecznik, nauczyciel i Doctor Honoris Causa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (2000 r.) - **prof. Mieczysław Chorąży odebrał z rąk prezydenta Andrzeja Dudy Order Orła Białego.**



Prof. Mieczysław Chorąży odbiera Order Orła Białego od prezydenta RP Andrzeja Dudy, fot. Krzysztof Sitkowski/KPRP

To najwyższe i najstarsze odznaczenie w Polsce. Nadawane jest za znamenite zasługi dla pożytku Rzeczypospolitej Polskiej. Nie dzieli się na klasy. Odznaczenie noszone jest na błękitnej wstędze przewieszanej przez lewe ramię do prawego boku.

Prof. Chorąży został wyróżniony za zasługi dla rozwoju polskiej medycyny oraz osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej.

Profesor jest lekarzem onkologiem, który specjalizuje się w biologii molekularnej nowotworów. Przez ponad pół wieku był pracownikiem naukowym Centrum Onkologii w Gliwicach, jest też aktywnym członkiem wielu gremiów naukowych oraz Polskiego Komitetu ds. UNESCO

Do najważniejszych osiągnięć naukowych prof. Chorążego i jego zespołu należy zbadanie niektórych elementów regulujących funkcje genów komórek eukariotycznych oraz aktywności transkrypcyjnej wątroby szczura, wykrycie dotąd nieznanych

dziedzicznych mechanizmów powodujących zachorowania na nowotwory, zwłaszcza raka płuc, oraz odkrycie funkcjonowania mechanizmów DNA w komórkach zwierzęcych.

Profesor był jednym z pionierów badań nad mutagenezą środowiskową oraz epidemiologią molekularną - do dziś pozostaje autorytetem w tym zakresie. Wniósł znaczący wkład w badania nad uszkodzeniami DNA i chromosomów u mieszkańców skupisk przemysłowych i komunalnych na Śląsku.

Profesor w sierpniu tego roku skończy 92 lata. Urodził się 31 sierpnia 1925 r. w Janówce, koło Białej Podlaskiej. Podczas II wojny światowej działał w konspiracji jako żołnierz Armii Krajowej, wtedy też ukończył Szkołę Podchorążych. Uczestniczył w powstaniu warszawskim, w czasie działań wojennych był dwukrotnie ranny, a następnie został internowany do Niemiec jako jeńiec wojenny. Po powrocie do kraju w 1945 r. podjął studia

na Akademii Medycznej w Warszawie. Krótce pracował w stolicy, po czym skierowany został do Zakładu Biologii Nowotworów w Państwowym Instytucie Przeciwrakowym w Gliwicach - rozpoczął działalność pod kierunkiem profesora Kazimierza Duxa i w 1958 r. obronił doktorat z nauk medycznych. Jako stypendysta Fundacji Rockefellera w latach 1959-1963 odbywał staże w Stanach Zjednoczonych.

Jest laureatem wielu nagród i odznaczeń. Otrzymał tytuł doktora honoris causa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Śląskiej Akademii Medycznej. Za działalność w czasie wojny odznaczony Krzyżem Walecznych, Krzyżem Armii Krajowej i Warszawskim Krzyżem Powstańcym. ■

OPR. BDC

NA PODSTAWIE MATERIAŁÓW
Z BIBLIOTEKI ŚLĄSKIEJ

Marek Karp dyrektorem szpitala klinicznego

Marek Karp wygrał konkurs na stanowisko dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Podpisał 6-letni kontrakt na szefowanie placówce i wzięt na siebie zadanie stworzenia najlepszego szpitala w Polsce.

W szpitalu pracuje od 2002 roku. Jest absolwentem Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. W 2001 roku ukończył w Wyższej Szkole Zarządzania i Finansów w Białymstoku studia podyplomowe w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych „Zarządzanie w ochronie zdrowia”. Ma również dyplom studiów podyplomowych Szkoły Głównej Handlowej.

Pracował w Urzędzie Wojewódzkim w Łomży (przeszedł wszystkie szczeble zawodowe: od referenta po starszego inspektora wydziału finansowego), był głównym księgowym w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży, a potem w Podlaskiej Regionalnej Kasie Chorych najpierw dyrektorem departamentu kontroli, a następnie dyrektorem departamentu finansowego. W latach 2000 - 2001 był dyrektorem w departamencie zdrowia i opieki społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego. Przez kolejne dwa lata odpowiadał za gospodarkę finansową w Podlaskiej Regionalnej Kasie Chorych jako członek zarządu - zastępca dyrektora ds. finansowo-administracyjnych. W 2002 roku rozpoczęła pracę w USK w Białymstoku.

Wojciech Więcko: Zastanawiam się, czy powinienem składać gratulacje. Funkcja, którą Pan objął, jest bardzo niewdzięczna, o sukcesy trudno, a problemy pewnie w szpitalu czwórkami chodzą. Ogromne wyzwanie.

MAREK KARP, DYREKTOR UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W BIAŁYMSTOKU: - Proszę mi raczej kibicować. Jeżeli byśmy mieli podchodzić do tego w kategorii sukcesu, to trzeba by go rozłożyć na pewną grupę osób zaangażowanych w pracę



Marek Karp

szpitala, z rektorem UMB na czele. Mój udział w konkursie na to stanowisko był pewnym wyzwaniem. Trzeba było się do tego przygotować, opracować koncepcję funkcjonowania szpitala, ale też umieć to przekazać podczas rozmowy z komisją konkursową. Przecież to była chwila. Myślę też sobie, że komisja prócz moich planów dla szpitala, oceniła też moje 15 lat pracy w tym miejscu.

Rektor prof. Adam Krętowski wprost powiedział, czego wymaga od Pana: pacjenci mają być bardzo dobrze leczeni, pracownicy szpitala zadowoleni z pracy, czyli w domyśle mają być podwyżki pensji, a szpital ma się bilansować. To taka układanka prawie niemożliwa do spełnienia.

- Dlatego to takie duże wyzwanie.

Tylko czy to nie jest misja stracona?

- Czy ja na takiego wyglądam? Z perspektywy 15 lat mojej pracy w szpitalu, podejmowanych przeze mnie decyzji... Czy coś wskazuje, że jestem niespełna rozumem?

Nie.

- Mam wiedzę i znam szpital z każdej strony. Znam jego słabe strony, ale też mocne. Przystąpiłem do konkursu, w którym kandydatów na to stanowisko było więcej niż jeden. Oceniam więc, że to, co wymyśliłem dla szpitala - z mojego punktu widzenia - jest realne. To nie jest szaleństwo.

Wszystko w porządku, o ile zaczynamy z poziomu zero. A szpital jest zadłużony, mówimy o kilkunastu milionach złotych poniżej tego zera.

- Startuję z trudnej pozycji finansowej. W pewnym momencie w szpitalu przeoczono moment, kiedy krzywa sukcesu zaczęła opadać. Nie podjęto w porę działań, by ten trend odwrócić. To nie znaczy, że teraz nie ma czasu, by w sposób racjonalny wyprowadzić ten szpital na prostą. Sytuacja finansowa jest trudniejsza niż kilka lat wcześniej, ale nie ma rzeczy niemożliwych. To moje motto. Wiem, jak to zrobić.

Tyle że to Pan był dyrektorem ekonomicznym szpitala, kiedy ten zaczął wpadać w kłopoty finansowe. I teraz Pan mówi, wiem jak to zmienić? To co Pan robił wcześniej?

- Ja o tym informowałem swoich



zwierzchników w 2015 r. Mówiłem o trendach i zjawiskach, które zauważam w finansach szpitala. Co pół roku pisałem raport z tego, co się dzieje. Informowałem w nim, że jest źle, że idziemy pod wodę. Proponowałem pewne rozwiązania, by tego uniknąć. Wtedy też na prośbę rektora przygotowałem program restrukturyzacyjny szpitala. Z perspektywy czasu wiemy już, że sytuacja finansowa szpitala tylko za rok 2015 była drastycznie inna niż w pozostałych latach. To było minus 15 milionów. W latach poprzednich wynik był dodatni. Jednak już wtedy pokazywałem, że tendencje są niekorzystne dla nas. Trudno mi się teraz bronić przed zarzutem, że będąc dyrektorem ds. finansowych przegapiłem ten moment. Ja go nie przegapiłem.

Co Pan zaproponował dla lepszego funkcjonowania szpitala, skoro komisja jednogłośnie wybrała Pana?

- Roboczo nazywam to strategią zrównoważonego rozwoju. Twierdzę, że szpital już wykorzystał swoją szansę na rozwój infrastruktury. Jesteśmy w zaawansowanym etapie modernizacji szpitala i jest on bardzo dobrze wyposażony. Teraz czas zadbać o ludzi. Chcę postawić na ich rozwój i chcę odzyskać renomę tego miejsca. W ostatnim czasie USK z różnych przyczyn stracił zbyt wielu specjalistów. Chcę odwrócić ten trend. Wiele wskazuje na to, że będzie to o tyle łatwiej zrobić, że powstaje ustawa o sieci szpitali. Dzięki niej nakłady finansowe na szpitale - takie jak nasz - mają być scentralizowane i być może dzięki temu uda się dużo zmienić.

Tak bardzo wierzy Pan w ustawę o sieci szpitali?

- Tu wiara nie ma nic do rzeczy. To kwestia parametrów, które wynikają z tej ustawy. Mam tylko pewną niejasność, która dotyczy oceny szpi-

Od 1 stycznia 2018 roku lekarz specjalista będzie zarabiał nie mniej niż 4,1 tys. zł wynagrodzenia zasadniczego

tala wynikającej z jego aktywności. O tym mówią na razie tylko politycy. Zakładam, że chodzi tu o sprawozdawczość rozliczeniową, która będzie szła równoległe do procesu budżetowania. Jednak dopóki nie będzie w sposób klarowny określone, jak słowa te przekładają się na pieniądze, to nie będę mógł powiedzieć, czy wierzę czy nie.

Z punktu widzenia szpitala klinicznego jestem zadowolony z tego, co ta ustawa wnosi. Ona wreszcie porządkuje taką kwestię, jak hierarchia i miejsce świadczenia usług. Wcześniej mówiło się, że różna wycena świadczeń w różnych miejscach jest niekonstytucyjna. A teraz stwierdza się wprost: udzielanie świadczeń w pewnych miejscach jest o wiele lepsze jakościowo niż w innym miejscu. Dlatego świadczenie w szpitalu klinicznym wyceniane są o 20 proc. dro-

żej. Kwalifikuje się nas do najwyższego poziomu, dostrzega się wreszcie ważną rolę szpitali klinicznych. Tu nie tylko jest najlepszy sprzęt i specjaliści, ale też uczy się następców. Nie możemy bazować tylko na tym, że lekarz specjalista, świetny zabiegowiec, będzie swój potencjał wypalał w szpitalu powiatowym, a w szpitalu klinicznym tylko dyżurował. Musi być odwrotnie. Najlepsi pracują w szpitalu klinicznym, bo tu, prócz leczenia pacjentów, szkolą innych lekarzy.

To z czego Pan zapłaci temu lekarzowi?

- Szpital musi być na to stać. To inwestowanie w człowieka. Jeżeli zadbam o to, że uznany na rynku specjalista będzie pracował u mnie, to oznacza, że nie będzie pracował gdzie indziej. Wobec tego pacjent przyjdzie do mnie i świadczenie zostanie zrealizowane w moim szpitalu. Zwiększy się mój potencjał, a osłabi konkurenta. To mechanizm biznesowy. Muszę mieć pieniądze na to, by zainwestować w ludzi. Od razu zaznaczę, że nie będę za wszelką cenę ściągał wszystkich ludzi. Jest jakaś granica. Nie będę zatrudniał każdego, który jest na rynku, tylko najlepszego. Chcę mieć kilka przewodnich nazwisk, które będą decydowały o tym, że jesteśmy najlepsi. Potem będziemy zastanawiać się nad ekspansją w inne obszary medyczne.

Z tego wynika, że rozważa Pan wprowadzenie zakazu konkurencji dla swoich specjalistów, skoro chce Pan być w pewnych kwestiach unikalny na rynku?

- Teraz nie czas na to, by taki zakaz wprowadzać. Co mam powiedzieć lekarzowi, który u mnie zarabia 2,4 tys. zł? Że nie może dorabiać? Wtedy on, ale też inni, momentalnie odejdą ze szpitala. Muszę stworzyć taki system, żeby lekarz zastanowił się, czy opłaca się mu odchodzić ze szpitala. To oznacza, że na starcie muszę mieć ofertę jego pensji porównywalną do tej rynkowej. Z czasem muszę mieć lepszą. Dopiero kiedy to osiągnę, mogę się zastanawiać nad wprowadzeniem zakazu konkurencji. To nie są puste słowa. Są już podjęte decyzje, że od 1 stycznia 2018 roku lekarz specjalista będzie zarabiał nie mniej niż 4,1 tys.

zł wynagrodzenia zasadniczego. Aby pokazać, że to nie tylko obietnice, od 1 lipca będzie podwyżka w wysokości 50 proc. różnicy pomiędzy aktualnym wynagrodzeniem, a tym docelowym. Podwyżka pensji to jeden z elementów zahamowania zjawiska odpływu specjalistów. Do tego chcę dołączyć system motywacyjny, żeby ci, którzy odeszli ze szpitala, wrócili.

A co w sytuacji kierowników klinik szpitalnych, którzy są właścicielami prywatnych klinik o takim samym profilu? Oni de facto są konkurencją dla szpitala. Są przecież takie kliniki, które niegdyś działały świetnie, a potem pogorszyły się im wyniki, właśnie z powodu tego konfliktu interesów.

- To takie szpitalne mity. Sprawdziłem je, bo to był mój obowiązek i nic się nie potwierdziło. Z drugiej strony, jeżeli ktoś realizuje cele postawione przed nim w szpitalu, a dodatkowo w swoim prywatnym czasie angażuje się w jakieś przedsięwzięcia, to mnie to nie powinno interesować.

Rozmawiamy o lekarzach i ich pensjach, a inne grupy zawodowe w szpitalu?

- W swojej strategii rozwoju szpitala zaproponowałem dwa rozwiązania. Po pierwsze, chcę stworzyć siatkę wzajemnych relacji wynagrodzeń pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi. Będzie jasno określone, ile pensji bazowej ma zarabiać np. pielęgniarka z danym stopniem specjalizacji i danym stażem, ile laborant, a ile

Chcę, by szpital świadczył nowe usługi medyczne. Widzę duży potencjał w stworzeniu w szpitalu tzw. przychodni rodzinnej (POZ). To szansa na dodatkowe środki, bo to dobrze finansowane usługi, ale też szansa na odciążenie naszego SOR-u

pracownik administracji. Każdy ma wiedzieć, w jakim miejscu szpitalnego systemu finansowego się znajduje. Po drugie, proponuję też sposób dojścia na osi czasu do tych regulacji finansowych [podwyżek - red.]. Zaproponowałem organizacjom związkowym, żeby pomogły mi określić, które grupy pracownicze będą tym regulacjom poddawane jako pierwsze. Szpitala na razie nie stać, by zrobić to równocześnie dla wszystkich grup zawodowych. Współpraca ze związkami jest bardzo ważna, ponieważ zależy mi na tym, by nie torpedowano planów restrukturyzacji szpitala. Zdaję sobie sprawę z tego, że teraz niektóre grupy zawodowe mają ciężko. Chcę jednak, by te osoby wiedziały, że są w kon-

kretnym miejscu oczekiwania i nie długo będzie ich czas.

Pielęgniarki będą pierwsze?

- Nie. Choć to największa i szczególnie zaangażowana grupa zawodowa, jaka jest w szpitalu, to w tej hierarchii nie jest posadowiona na początku. Wynika to z tego, że przez najbliższe dwa lata wzrost ich wynagrodzeń jest finansowany z innego źródła. Mówi się na to pieniądze „ministerialne”, ale to środki pochodzące z NFZ i wyłączone z kontraktu na inną działalność. A skoro ten program trwa, to nie przewiduję na razie wobec pielęgniarek dodatkowych regulacji. Planuję jednak te dodatki, które teraz otrzymują, włączyć do wynagrodzenia zasadniczego; w efekcie czego wzrosną inne zmienne, które spowodują automatyczny wzrost pensji. Równoległe także funkcjonować będzie motywacyjny system premiowy. Zdaję sobie sprawę, że łatwo nie będzie wdrożyć te rozwiązania.

Przewiduje Pan zmiany w strukturze klinik szpitalnych, ich funkcjonowaniu?

- Tak. Chcę, by szpital świadczył nowe usługi medyczne. Widzę duży potencjał w stworzeniu w szpitalu tzw. przychodni rodzinnej (POZ). To szansa na dodatkowe środki, bo to dobrze finansowane usługi, ale też szansa na odciążenie naszego SOR-u. Dzięki temu pacjent zyskuje doskonałą pomoc medyczną w systemie ambulatoryjnym, a szpital zyskuje finansowo i organizacyjnie. »

Krótko o szpitalu

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku to jeden z największych szpitali klinicznych w Polsce. Wykonuje się tu szeroki wachlarz unikatowych procedur w ramach kontraktu z podlaskim oddziałem NFZ oraz umowy z Ministerstwem Zdrowia. Są tu hospitalizowane przypadki z medycznego punktu widzenia najtrudniejsze, wymagające wysokospecjalistycznej wiedzy i znakomitego sprzętu.

Szpital zlokalizowany jest w dwóch miejscach: przy ul. Skłodowskiej jest

26 klinik z 836 łózkami, gdzie rocznie leczonych jest ponad 36 tys. pacjentów. Funkcjonuje tu także 30 poradni specjalistycznych. Rocznie jest tam udzielanych około 150 tys. porad; przy ul. Żurawiej znajduje się pięć klinik i cztery oddziały z 320 łózkami, działa tam też 20 poradni.

W szpitalu zatrudnionych jest w sumie ponad 2,5 tys. pracowników. Spośród 760 pracujących w szpitalu lekarzy, 60 ma tytuł profesora, 32 doktora habilitowanego, kilkuset

tytuł doktora nauk medycznych. Pacjentami opiekuje się 900 pielęgniarek i prawie 150 położnych.

W 2008 roku rozpoczęła się przebudowa i modernizacja szpitala finansowana z budżetu państwa. Obecnie większość prac jest na ukończeniu. Przewidywany koszt inwestycji to 509 mln zł. Po rozbudowie szpital przy ul. Skłodowskiej będzie miał 56 tys. metrów kw. powierzchni (obecnie ma ok. 25 tys. metrów kw. ■

Planuje Pan uruchomienie tzw. nocnej i świątecznej pomocy?

- Z regulacji prawnych dotyczących szpitali wynika, że każdy z nich będzie musiał to zorganizować. Na razie nie ma szczegółowych zasad finansowania tego typu usługi, ale to ma być obowiązkowe. Tylko organizacja POZ jest dobrowolna. Niemniej jestem już na to gotowy. W bloku „M” dotychczasowa przychodnia rodzinna dostała już wypowiedzenie umowy najmu pomieszczeń. Tam zorganizuję swój POZ. Mam specjalistów, mam możliwość świadczenia usług ambulatoryjnych na najwyższym poziomie, mam wreszcie pacjentów, którzy są przyzwyczajeni, że tam taka przychodnia funkcjonuje. Zakładam więc, że nadal będą zainteresowani, by tu szukać pomocy. Dokładając do tego całe otoczenie szpitala, z jego poradniami specjalistycznymi i świetną załogą, jestem w stanie kompleksowo zaopatrzyć każdego pacjenta. Udzielić mu każdego rodzaju świadczenia medycznego. Nawet nie ukrywam, że chcę jeszcze bardziej niż dotychczas wykorzystać dominującą pozycję szpitala na rynku usług medycznych.

Jakieś inne zmiany?

- Jesteśmy w trakcie organizacji i tworzenia nowej kliniki, która przejmie przypadki internistyczne od innych klinik specjalistycznych. Mamy pewien problem z napływem pacjentów z tzw. dyżurów. Oni muszą być przyjęci do szpitala. Trafiają do klinik specjalistycznych, blokując w nich miejsca dla pacjentów planowych. W efekcie kliniki nie mogą wypełniać swojego kontraktu z NFZ. Dlatego chcemy stworzyć klinikę internistyczną, która przejmie tych pacjentów i przez to udrożnią się kliniki specjalistyczne.

Tylko ten szpital ma opinię „giganta”, to właśnie dlatego pacjenci go wybierają. Czy to nie kwestia czasu, że nawet nowa klinika się zatka?

- Pewnie może się tak stać, ale jeżeli już teraz nie stworzymy mechanizmów usprawniających naszą pracę, to stracimy naszą rangę. Przecież chcę, by to nadal był „gigant”. ■

ROZMAWIAŁ WOJCIECH WIĘCKO

Bawmy się, uczmy się



Akademia Młodego Naukowca - tu wszystkie zajęcia to praktyczne warsztaty

Jeśli nauka to tylko przez zabawę - tak właśnie 70. naszych najmłodszych studentów poznaje, czym jest nauka.

Zajęcia na najmłodszym naszym uniwersytecie trwają już od marca i właściwie jesteśmy na półmetku realizacji projektu, który jest współfinansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach projektu Akademia Młodego Naukowca.

Dzieci bawiąc się poznają, czym jest medycyna, jak działa ludzki organizm, jakie mechanizmy sprawiają, że rodzi się nowe życie czy też, co należy zrobić, kiedy chcemy udzielić pierwszej pomocy, a także, co należy jeść, aby być zdrowym.

Asystenci prowadzący zajęcia przyznają, że praca z siedmiolatkami jest o wiele trudniejsza - trzeba cały czas dbać o to, aby ich uwaga była skupiona na zajęciach, a także znaleźć odpowiedni język, aby dotrzeć z nowymi informacjami do najmłodszych.

Spotkania są prowadzone w tych samych salach seminaryjnych i na tym samym sprzęcie, którego do zajęć używają też i pozostali studenci. Ćwiczenia natomiast są o połowę krótsze niż normalnie i odbywają się w czterech grupach po około 20 osób każda.

Spotkania są podzielone na 13 modułów: począwszy od historii medycyny poprzez pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne,

logopedię z fonoaudiologią, zdrowie publiczne, dietetykę. Dwa spotkania są spotkaniami laboratoryjnymi, gdzie najmłodszy zapoznają się z tym, czym jest chemia, ostatni moduł to wolontariat. Moduł ten jest o tyle ważny, że ma za zadanie pokazać najmłodszym, jak można w praktyce wykorzystać i przekazać wiedzę czy umiejętności, które się posiada. Dzięki realizacji projektu Akademia Młodego Naukowca, w ramach którego jest prowadzony projekt Uniwersytet Młodego Odkrywcy, finansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, najmłodszy zapoznają się z kierunkami, jakie są na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB. Projekt będzie trwał do końca czerwca; wtedy też nastąpi uroczyste rozdanie dyplomów absolwenta Akademii Młodego Naukowca. ■

DR ANDRZEJ GUZOWSKI



**UNIWERSYTET
MŁODEGO ODKRYWCY**



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Dr Niemirowicz wyróżniona na Przystanku

„Przystanek Młodzi” to konkurs białostockiej redakcji „Gazety Wyborczej”.

W ten sposób wybierani są młodzi i zdolni mieszkańcy miasta, którzy swoją pracą, pasją lub zainteresowaniami realnie wpływają na rozwój Białegostoku i okolic. Wyróżnienie w tym konkursie zdobyła dr Katarzyna Niemirowicz.

W zasadzie ograniczenie jest tylko jedno - taka osoba musi mieć poniżej 35 lat. Zgłoszenie może przesłać każdy. Nie ma żadnego formularza. Wystarczy opisać, dlaczego dany kandydat jest wyjątkowy. I już. Potem ze zgłoszeń kapituła wybiera dziesięć osób, spośród których wyłaniana jest trójka głównych laureatów. Nagrodą dla tej trójki jest promocja ich działań na citylightach (tablice reklamowe) stojących w Białymstoku. Pozostała siódemka otrzymuje „Świadectwa otwartego umysłu” potwierdzające ich wyjątkowość.

Finał imprezy odbył się w końcu kwietnia w białostockim Hacklagu, miejscu, w którym na co dzień pracują kreatywne osoby. W imieniu redakcji nagrody wręczała Katarzyna Owczarek-Pukaczewska, wydawca regionalny „Gazety”, wspierał ją wiceprezydent Białegostoku Rafał Rudnicki.

Wyróżnienie w konkursie zdobyła dr Katarzyna Niemirowicz (adiunkt w Samodzielnej Pracowni Techniki Mikrobiologicznych i Nanobiomedycznych UMB). Przyznano jej „świadczenie” za to, „że wytrwale skupiła się na drobnostkach, dzięki czemu jest szansa, by pomóc chorym na całym świecie. Za pracę nad zastosowaniem nanocząstek”. Dzięki nim można np. w idealny sposób podać lek choremu. Nanocząstki - miliardowa część metra - dzięki swym rozmiarom mogą bez przeszkód przenikać przez bariery biologiczne organizmu człowieka. W efekcie, jeśli w takiej nanocząstce zmieścimy substancję aktywną leku, to możemy dostarczyć ją w konkretne miejsce organizmu - do ogniska choroby, kontrolować samo uwalnianie leku, ograniczyć ilość przyjmowanych dawek oraz



**Dr Katarzyna Niemirowicz odbiera wyróżnienie w konkursie Gazety Wyborczej
fot. Wojciech Więcko**

działań niepożądanych. To szalenie ważna informacja dla osób przewlekle chorych czy cierpiących na nowotwory. W ten sposób można znacznie poprawić ich bezpieczeństwo, komfort funkcjonowania i efektywność leczenia. Wszystko dlatego, że stosowanie leków z jednej strony wspiera organizm w walce z głównym schorzeniem, z drugiej wywołuje negatywne skutki w innych obszarach organizmu. Nanocząstki można też zaprząć do pracy przy sztucznej ślinie. Dzięki niej można pomóc pacjentom cierpiącym na suchość jamy ustnej w odpowiednim jej nawilżeniu oraz ograniczeniu zmian chorobowych: w tym także formowaniu płytki nazębnej, rozwoju próchnicy oraz chorób dziąseł.

- To wielkie wyróżnienie dla mnie, a to dlatego, że to nie był konkurs naukowy. To oznacza, że komuś zależało, by zrozumieć sens mojej pracy - komentowała na gorąco dr Niemirowicz.

Jak dodała, warto stawiać na młodych naukowców. - Nie warto ich ograniczać, trzeba im pozwolić podejmować ryzyko, nawet kosztem tego,

że coś się nie uda. To też jest wiedza i nauka - dodała.

Zwycięzcami „Przystanku” zostali: Joanna Kozłowska (twórczyni Podlaskiego Śniadania Mistrzów, blogerka kulinarna), Magdalena Toczydłowska-Talarczyk (graficzka, jej prace stały się materiałami promocyjnymi Białegostoku) i Adam Zdanowicz (twórca niezwykłych rowerów Mad Bicycles).

Osoby wyróżnione to: Justyna Kłodko-Bietkał i Izabela Liżewska z Galerii „Arsenał”, Wojciech Nowicki - brązowy medalista z igrzysk olimpijskich w Rio de Janeiro w rzucie młotem i jego trenerka Malwina Wojtulewicz-Sobierajska; Marek Antoniuk - twórca innowacyjnej platformy Rift Cat; Paulina Moś, Helena Radzikowska, Paweł Rutkowski i Mateusz Trzmiel, czyli Teatr Papahema; Anna Łuszyńska, koordynatorka festiwalu „Inny Wymiar” i „Dni Sztuki Współczesnej” z Białostockiego Ośrodka Kultury; rapper Michał Cira Ciruk. ■

BDC

NAWA przyjęta

Ułatwienie najzdolniejszym naukowcom powrotu do kraju, ściąganie obcokrajowców w mury polskich uczelni i promocja polskiej nauki za granicą - to podstawowe zadania Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej (NAWA). Projekt ustawy powołującej do życia nową instytucję został przyjęty na posiedzeniu Rady Ministrów. Agencja rozpocznie działalność 1 października 2017 roku.

Głównym celem projektu jest zwiększenie umiędzynarodowienia rodzimego szkolnictwa wyższego. O konieczności powołania instytucji dedykowanej wymianie międzynarodowej środowisko naukowe mówiło od dawna. W poprzednim roku akademickim wśród studentów uczących się w Polsce jedynie 4 proc. pochodziło z zagranicy. Dla porównania w krajach OECD - takich osób było dwa razy więcej.

Podobnie rzecz się ma z cytawalnością polskich badaczy w prestiżowych zagranicznych czasopismach naukowych czy z umiędzynarodowieniem kadry naukowo-badawczej. Obecnie obcokrajowcy stanowią niecałe 2,5 proc. pracowników polskich uczelni, a ponad połowa z nich pochodzi z państw sąsiednich: Ukrainy, Słowacji, Białorusi czy Rosji.

Podstawowym zadaniem NAWA będzie odwrócenie niekorzystnych tendencji poprzez stymulację procesu umiędzynarodowienia polskiego szkolnictwa wyższego.

Do głównych zadań NAWA należą:

- stworzenie systemu programów mobilnościowych dla studentów, doktorantów, pracowników naukowych i nauczycieli akademickich, które dotyczyć będą zarówno przyjazdów do Polski, jak i wyjazdów za granicę;
- prowadzenie programów wspierających powroty do kraju polskich naukowców;
- stworzenie mechanizmu finansowania (jak choćby stypendia, finansowanie lub dofinansowanie kształcenia lub utrzymania);
- uruchomienie projektów wspierających uczelnie w podnoszeniu jakości oferty edukacyjnej;

- prowadzenie szeroko pojętych działań informacyjno-promocyjnych dotyczących polskiego systemu szkolnictwa wyższego;
- propagowanie znajomości języka polskiego za granicą.

NAWA wzorowana jest na instytucjach, które od dawna i z sukcesami funkcjonują w Europie. Przykłady niemieckiego DAAD, holenderskiego Nuffic czy Campus France pokazują, że tworzenie programów mobilnościowych jest konieczne do skutecznej walki o najlepszych studentów i naukowców. ■

OPR. BDC

MINISTERSTWO NAUKI
I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

Przychodnia rodzinna w szpitalu dziecięcym

Od 1 czerwca rozpoczyna pracę Poradnia Medycyny Rodzinnej w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Zgłosić się tam może każdy, zarówno dorosły, jak i dziecko.

Utworzenie przychodni rodzinnej (POZ) to pomysł dyrektora szpitala prof. Anny Wasilewskiej. Z jednej strony ma ona odciążać pracę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (przychodzi tu wielu pacjentów z błahymi sprawami), z drugiej strony ma realnie wpłynąć na finanse placówki. A to dlatego, że usługi POZ są dość dobrze wyceniane przez NFZ.

- Poradnia swoją pracę rozpoczyna 1 czerwca, ale zapisać się do niej można już teraz. Wystarczy złożyć stosowną deklarację. Dostępna jest ona w szpitalu lub można ją pobrać ze strony internetowej szpitala - tłumaczy Eliza Bilewicz, rzecznik Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego.

Zapisać się do przychodni można w dowolnym momencie. Procedura jest bezpłatna.

Niewątpliwym argumentem przemawiającym za skorzystaniem z usług przychodni jest fakt, że placówka w razie konieczności będzie mogła

korzystać z całego zaplecza szpitalnego, także z usług lekarzy specjalistów.

Drugim z pomysłów na rozwinięcie usług medycznych świadczonych przez szpital jest uruchomienie „nocnej i świątecznej pomocy medycznej”. Prawdopodobnie mogłaby ona powstać jesienią. Ta usługa również bazowałaby na specjalistach pracujących w szpitalu. Dodatkową zaletą tego rozwiązania byłoby również odciążenie pracy SOR. ■

BDC

Naj, naj, naj... na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB

Rozstrzygnięto już 5 edycję konkursu na Najlepszego Asystenta WNoZ (zdaniem studentów) i Najsympatyczniejszego Studenta (zdaniem kadry akademickiej)

Najlepszym asystentem została dr Katarzyna Snarska (Zakład Medycyny Klinicznej UMB), na kolejnych miejscach uplasowali się panowie - mgr Paweł Konarzewski (Klinika Rehabilitacji UMB) oraz dr Grzegorz Bejda (Studium Filozofii i Psychologii Człowieka UMB).

- Nie kupuję głosów studentów piątkami, tylko staram się prowadzić z nimi zajęcia w taki sposób, aby ich zaciekawić. Tłumaczę im, by wczuli się w rolę pacjenta, by sami doświadczali, jakiej pomocy będzie się od nich wymagało - opowiada laureatka konkursu dr Katarzyna Snarska.

Jak dodaje, czasami zajęcia są niezwykle poważne z racji opracowywanych tematów, a innym razem jest dużo śmiechu i zabawy.

- Nauki medyczne są bardzo trudne z racji konieczności opanowania dużej ilości wiedzy teoretycznej. Jestem zdania, że te informacje najlepiej sobie przyswoić poprzez omawianie jak największej liczby przykładów z prak-



1 miejsce w kategorii „asystent” najlepsza okazała się dr Katarzyna Snarska. Nagrodę wręcza prorektor Marcin Moniuszko, Fot. Wojciech Więcko

tyki, czy też wykonując praktyczne czynności - dodaje dr Snarska.

Wśród studentów nie miała sobie równych Angelika Brzósko (Pielęgniarstwo, III rok I stopień), kolejne miejsca należały do - Amandy Augustynik (Fizjoterapia, I rok II stopień) oraz Magdaleny Selewońko (Pielęgniarstwo, III rok I stopień).

W obu przypadkach głosowanie odbywa się za pośrednictwem internetu, z tym że wszystkie głosy są

weryfikowane przez organizatorów konkursu.

Warto przypomnieć, że to właśnie ten konkurs stał się przyczynkiem do wyborów najlepszych wykładowców UMB według studentów. Ogólnouczelniany konkurs odbywa się pod patronatem rektora uczelni, a nagroda ma prestiż nagrody dydaktycznej rektora oraz stosowny wymiar finansowy. ■

BDC

Uchodźca na WNoZ

Symboliczną kamizelkę uchodźcy zaadoptowali w połowie kwietnia pracownicy i studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu. W ten sposób chcą się przyłączyć do dyskusji na temat przyjmowania obcokrajowców w Europie. Chcą też poruszyć temat pacjentów z innych kultur, którzy w naszych szpitalach traktowani są właśnie jak uchodźcy

Akcja „Zaadoptuj kamizelkę” ma wymiar ogólnopolski. W Białymstoku koordynuje ją grupa osób działająca w ramach „Normalnego Białegostoku”.

W akcji chodzi o to by kamizelki ratunkowe, w których uchodźcy przedstawiali się do Europy, umieszczać w miejscach publicznych. Tak by zmusić osobę idącą obok niej do refleksji. W Białymstoku można było „zaada-



Kamizelka została postawiona w holu głównym WNoZ. Czasami jest też zabierana na zajęcia lub konferencje naukowe, Fot. Wojciech Więcko

ptować” dziesięć kamizelek. Chętnych było tylko trzech.

Jak tłumaczy prodziekan Elżbieta Krajewska-Kułak dzięki tej akcji studenci mają się uczyć empatii.

- Uchodźca to nie tylko człowiek uciekający przed wojną ze swojego kraju, ale to też może być pacjent,

który z racji swojej choroby może być odtrącony przez swoje środowisko, czy osoba spoza naszego kręgu kulturowego, której my nie chcemy zaakceptować - tłumaczy prof. Krajewska-Kułak. ■

BDC

Szanuj antybiotyki i myj ręce

Mikrobiolodzy biją na alarm: nadchodzi era postantybiotykowa. Pojawia się coraz więcej superopornych bakterii. Ostatnio tzw. New Delhi. Nawet łagodne zakażenia będą prowadzić do śmierci. Jedyny ratunek to zmiana naszego podejścia do stosowania antybiotyków.

W ostatnich miesiącach w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym pojawił się problem z oporną na antybiotyki bakterią *Klebsiella pneumoniae* wytwarzającą karbapenemazę typu New Delhi z grupy metalo- β -laktamaz. Od listopada do stycznia odnotowywano miesięcznie poniżej 20 przypadków pacjentów ze stwierdzoną obecnością pałeczek *Klebsiella pneumoniae*. Wyjątkowy okazał się luty - wówczas były to aż 32 przypadki. W marcu i kwietniu na szczęście udało się tę tendencję wyhamowywać. Niestety prognozy na przyszłość nie są optymistyczne. Bakterii opornych na antybiotyki będzie przybywać. Jedyny ratunek - zmiana naszego podejścia do stosowania antybiotyków.

Jak udało się powstrzymać wzrost zakażeń bakterią *Klebsiella pneumoniae* New Delhi?



Dr hab. Piotr Wieczorek, członek Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych: - Pierwsi pacjenci z lekooporną pałeczką *Klebsiella pneumoniae* typu New Delhi pojawili się w szpitalu już ponad rok temu. Wtedy od razu wprowadzone zostały rekomendowane zasady ograniczania rozprzestrzeniania się drobnoustrojów wieloopornych, zwracano uwagę na kluczowe procedury wewnątrzszpitalne, przeprowadzono pierwsze szkolenia dla personelu. Wszyscy pacjenci przyjmowani do szpitala z tzw. grup ryzyka (m.in.

osoby, które były hospitalizowane za granicą, w szpitalach woj. mazowieckiego czy podlaskiego, podopieczni ośrodków opieki długoterminowej oraz ci, którzy w ciągu ostatniego półroczu byli kilkakrotnie leczeni antybiotykami) byli poddawani badaniom przesiewowym. Ci chorzy, u których stwierdzono obecność bakterii, musieli być izolowani. I początkowo udawało się nam zahamować rozprzestrzenianie tej bakterii. Niestety

„Spryt” bakterii polega na tym, że dysponują one sposobami, dzięki którym wymieniają się genami oporności.

na przełomie roku nastąpił wzrost zachorowań w całej Polsce i problem nasilił się też w USK. Wtedy uszczelnione zostały wszystkie procedury. Bardziej rygorystycznie zaczęto podchodzić do badań przesiewowych. W szpitalu pojawiły się dodatkowe pojemniki z płynami dezynfekcyjnymi. Zorganizowana została także akcja edukacyjna dla pacjentów i odwiedzających - pojawiły się plakaty i ulotki, informujące o bakterii i zasadach postępowania.

Dlaczego bakteria jest tak niebezpieczna?

- Pałeczki *Klebsiella pneumoniae* typu New Delhi, to bakterie jelitowe, które bytują w przewodzie pokarmowym. Wyjątkowość tej bakterii wynika przede wszystkim z oporności na antybiotyki. Dysponuje ona mechanizmem, który rozkłada karbapenemy, do niedawna traktowane jako leki „ostatniej szansy”, i jednocześnie jest

oporna na większość antybiotyków z innych grup. Zatem bardzo trudno jest leczyć wywołane przez nią zakażenia. Jest ona wydalana wraz z kałem zarówno osoby chorej, jak i zdrowego nosiciela (czyli takiego, u którego nie ma objawów zakażenia). Do jej nabywania może dochodzić przede wszystkim drogą kontaktową, czyli przez „brudne ręce”, czy np. przez zaniedbania higieniczne. I choć nie stanowi zagrożenia dla osoby zdrowej, może być groźna dla osób w podeszłym wieku, przewlekle chorych, z obniżoną odpornością, poddawanych chemioterapii czy po zabiegach operacyjnych - czyli dla wielu pacjentów, którzy trafiają do szpitala. Bakterie te stają się niebezpieczne wtedy, kiedy przedostają się do krwi, dróg moczowych czy dróg oddechowych, np. w związku ze stosowaniem inwazyjnych procedur, cewników naczyniowych, moczowych lub respiratora, a także zabiegu chirurgicznego. Wówczas może wywołać zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego czy zakażenie ran, a w szczególnie groźnych przypadkach może prowadzić do śmierci.

Jak nie zarazić się?

- Żeby ustrzec się zakażenia wywołanego czy to przez *Klebsiella pneumoniae*, czy przez wiele innych bakterii - podstawą musi być higiena rąk, bo większość zakażeń przenosi się drogą kontaktową. Pracownicy szpitali powinni nawet kilkadziesiąt razy dziennie dokonać procedury higieny rąk, przede wszystkim dezynfekcji. Jest to prosty, niedrogi i skuteczny sposób zapobiegania zakażeniom. Pracowników medycznych obowiązuje także zasada „nic poniżej łokcia”, czyli fartuchy z krótkimi rękawami, brak ozdób i biżuterii na rękach. Należy pamiętać także o innych procedurach szpitalnych.

Panie docencie, wracając do bakterii lekoopornych. Ciągłe słyszymy

o coraz to nowych. A to gronkowiec, a to klebsiella. Z czego to wynika?

- Gdy w 1945 Alexander Fleming odbierał nagrodę Nobla za wynalezienie penicyliny, już wtedy znano zjawisko oporności i ostrzegano, że jeżeli będziemy niewłaściwie przyjmowali antybiotyki doprowadzimy do tego, że bakterie staną się odporne na leczenie. W połowie lat 50. już ponad połowa gronkowców złocistych była oporna na ten antybiotyk. Metycylina, wprowadzona kilka lat później, już po dwóch latach doczekała się pierwszego szczepu opornego. Kolejna i jakże ważna grupa antybiotyków - to karbapenemy, które pojawiły się w latach 80. Przez krótki czas działały na wszystkie bakterie. Ale już kilka lat później pojawiły się karbapenemazy - enzymy rozkładające te antybiotyki. Antybiotykooporność wymyka się spod kontroli. Tempo powstawania i rozpowszechniania się bakterii opornych jest zdecydowanie wyższe niż tempo wprowadzania na rynek nowych leków.

Czy to wynika z tego, że bakterie są „sprytne”, czy my używamy za dużo antybiotyków?

- I jedno i drugie. „Spryt” bakterii polega na tym, że dysponują one sposobami, dzięki którym wymieniają się genami oporności. Posiadają dodatkowy materiał genetyczny - plazmidy, które mogą sobie przekazywać, nie tylko pomiędzy szczepami w obrębie gatunku, ale nawet międzygatunkowo, w procesie nazywanym koniugacją. Ponadto wykorzystują inne struktury genetyczne, które wręcz gromadzą geny oporności na różne grupy antybiotyków np. kasety genetyczne, integrony. Dlaczego problem oporności narasta? Nadmierne stosowanie antybiotyków stymuluje powyższe procesy. Odpowiedzialne są przede wszystkim takie czynniki, jak nadużywanie antybiotyków przez społeczeństwo, wykorzystywanie ich w hodowli zwierząt czy drobiu, produkcji rolnej. Istnieją już bakterie niewrażliwe na niemal wszystkie antybiotyki, są to tzw. „superbakterie”. Takie określenie nie wydaje się być przesadzone w przypadku wieloopornej

Klebsiella pneumoniae wytwarzającej karbapenemazę typu NDM.

Jak wygląda przyjmowanie antybiotyków w Polsce? Czy nie za dużo ich stosujemy?

- Według badań w Polsce aż 70 proc. pacjentów z zakażeniem górnych dróg oddechowych dostaje od lekarza, głównie ambulatoryjnie, antybiotyki. Tymczasem jedynie u 15 proc. są ku temu wskazania. W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z etiologią wirusową zakażenia - np. grypą czy zapaleniem oskrzeli. Lekarze zalecają, że np. u dzieci do 3. roku życia praktycznie nie rozwija się angina paciorkowcowa, a prawie nigdy nie ma jej u ludzi po 45. roku życia. W przypadku prostych interwencji



Plakat przypominający o zachowaniu podstawowych zasad higieny

chirurgicznych antybiotyki także są zbyt często podawane, często też leczono są kolonizacje. Pacjenci też nie są bez winy. Często sami dopominają się antybiotyków, przerywają zalecaną kurację, robią to w niewłaściwych odstępach czasowych. I sumarycznie mamy tego efekty. W Unii Europejskiej, jeśli chodzi o oporność na antybiotyki, zazwyczaj znajdujemy się gdzieś pośrodku skali - daleko nam do krajów w najgorszej sytuacji, jaka jest w południowej Europie, czyli w Grecji czy Włoszech, ale jeszcze większy dystans dzieli nas od najlepszych w walce z opornością bakterii, czyli w północnej Europie.

Mieszkałam przez jakiś czas w Norwegii. Moje dziecko było chore, przez 5 dni miało 40 stopni gorączki, ale nie dostało antybiotyku. Dwa razy miało robione badanie krwi, badanie moczu i test paskowy na obecność paciorkowca w gardle. A w Polsce kiedyś lekarz wypisał antybiotyk dziecku, nie zlecając żadnych badań, a potem okazało się, że miało tzw. bostonkę, czyli chorobę wirusową.

- To prawda, najlepiej antybiotykooporność kontrolują w Skandynawii i Holandii. I tam nie ma takiego problemu. Z badań, które przeprowadzono, odsetek MRSA, czyli gronkowca złocistego opornego na metycylinę, w Hongkongu wynosi aż 80 proc., w Japonii - 74 proc., w Singapurze 63 proc., a w Skandynawii i Holandii poniżej 1 procenta! Jakim cudem? Tam już wiele lat temu zrozumiano problem i wprowadzono narodową strategię. Dobrze zorganizowane są systemy nadzoru sanitarnego nad placówkami zdrowotnymi. W Skandynawii polityka lekowa - szczególnie antybiotykowa - jest bardzo rygorystyczna. Leczenie antybiotykami jest prowadzone tylko z wyraźnych wskazań.

Idealny system?

- Oczywiście idealnie byłoby, żeby każda antybiotykoterapia wsparta była wcześniejszym badaniem mikrobiologicznym. Bo jest to badanie, które pozwala zweryfikować, czy jest to zakażenie bakteryjne czy wirusowe, na które antybiotyk nie pomoże. Umożliwia zastosowanie tzw. terapii celowanej, ukierunkowanej na wyizolowane od pacjenta bakterie, z możliwością doboru najlepszego z aktywnych antybiotyków. Potrzebna jest też wnikliwa obserwacja pacjenta. Antybiotyki wynaleziono niecałe sto lat temu, a obecnie kończą się nam możliwości. Już trzy lata temu Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, że wiek XXI może stać się erą postantybiotykową. Nawet łagodne zakażenia będą prowadzić do śmierci. Jedyny ratunek to racjonalne i ze wskazań stosowanie antybiotyków. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Wschód- Zachód o chorobach serca

To już tradycja. Po raz 16 w Białymstoku spotkali się specjaliści zajmujący się leczeniem serca i lekarze rodzinni. Z Podlasia, ale też zza wschodniej granicy: Białorusi, Litwy i Ukrainy. Okazją były XVI Międzynarodowe Warsztaty Kardiologiczne Wschód-Zachód.



Prof. Marcin Moniuszko podziękował prof. Włodzimierzowi Musiałowi za wieloletnią organizację warsztatów kardiologicznych i kreowanie wizerunku podlaskiej kardiologii

Organizatorem tych spotkań od 20 lat jest jeden człowiek – prof. Włodzimierz Musiał, kierownik Kliniki Kardiologii UMB. Warsztaty kardiologiczne odbyły się po raz pierwszy w 1997 r. jako konferencja krajowa. Po 4 latach zostały przekształcone w spotkania międzynarodowe Wschód-Zachód. Warsztaty stały się w regionie tradycją, imprezą znaną i uznaną, największą tego typu. Adresowane są przede wszystkim do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale uczestniczą w nich także interniści, kardiolodzy, kardiolodzy inwazyjni i kardiochirurdzy. W tym roku uczestniczyło w nich 180 osób, w tym połowa to lekarze ze Wschodu – Białorusi, Ukrainy i Litwy. Tegorocz-

ne spotkanie było jednak wyjątkowe i symboliczne – ostatnie organizowane pod kierownictwem prof. Musiała, który przechodzi na emeryturę. I po raz pierwszy odbyło się w budynku Collegium Pathologicum.

Tematy wykładów były za to jak zawsze poświęcone praktycznym stronom opieki nad chorym kardiologicznym. Dyskutowano na temat zasad postępowania z pacjentami z niedokrwinną chorobą serca po rewaskularyzacji, opieką nad pacjentem z wszczepionym urządzeniem elektrycznym serca czy pacjentem z opornym nadciśnieniem tętniczym.

KM

*Ach! Muzyka to чудо, cieszy, poi, wzruszy.
Nie da nas owoładnąć nudą, ona rajem duszy.
To uczucia maluje, to w nas zapał budzi.
Ona uszlachetnia ludzi, z nią rozkoszy czas!*

Wychowałem się w rodzinie, w której śpiew i muzyka stanowiły istotny element codziennego życia. Od 1. roku życia uczyłem się gry na fortepianie, kiedy więc przyjechałem na studia medyczne do Białegostoku, szukałem również możliwości realizacji moich muzycznych zainteresowań. Znalazłem je początkowo w klubie „CoNieCo”, gdzie grałem w zespole muzycznym, a następnie w 1964 roku w reaktywującym się chórze studenckim.

Moje pierwsze spotkanie z chórem miało miejsce w Auli Pałacu Branickich - siedzibie władz Białostockiej Akademii Medycznej, gdzie dla chórzystów zorganizowano kurs tańca. Kurs prowadził pan Małyшко, najlepszy wówczas w Białymstoku nauczyciel tańca towarzyskiego. Ja zostałem jego akompaniatorem. Już na pierwszej lekcji tańca rzuciła mi się w oczy pewna piękna chórzystka ze wspaniałym warkoczem. Pragnąc poznać ją bliżej, postanowiłem zapisać się do chóru. Urszula, bo tak miała na imię, została po kilku latach romantycznej i burzliwej znajomości, moją żoną. Byliśmy pierwszym „chóralnym” małżeństwem. W Białymstoku urodziła się trójka naszych dzieci. Z chórem związany byłem przez cały okres mojego pobytu i pracy w uczelni. tj. do roku 1981, kiedy to wraz z rodziną przenieśliśmy się do Tarnowa.

W ciągu tych pięknych lat przeżyłem wiele niezapomnianych zdarzeń związanych z chórem. Przytoczę kilka z nich, albowiem wielu chórzystów, szczególnie ostatnich pokoleń, nie ma pełnego obrazu tamtej rzeczywistości.

W latach 1964 - 1965 chór nasz skorzystał z propozycji Komisji Artystycznej ds. Chórów Studenckich przy Zrzeszeniu Studentów Polskich, która wszystkim chórom studenckim w Polsce zaproponowała repertuar polskiej muzyki dawnej, a więc de facto muzyki kościelnej. W owych czasach była to niezwykła propozycja, trudna do zaakceptowania przez ówczesnie rządzącą partię komunistyczną. Studen-

Moje chóralne wspomnienia

ci mieli być wychowywani w duchu socjalistycznym, laickim. Po otrzymaniu nut z Warszawy zaczęliśmy próby, ucząc się przepięknych pieśni, m.in. psalmów Mikołaja Gomółki do słów Jana Kochanowskiego, utworów Wacława z Szamotuł, Mikołaja z Krakowa, G. Gorczyckiego oraz utworów anonimowych twórców. Wobec preferowanej wówczas muzyki realizmu socjalistycznego, muzyka renesansu wprowadzała nas w inny, a zarazem bliski nam świat duchowych i artystycznych przeżyć, który zachwycał i równocześnie mobilizował do pełnego zaangażowania wykonawczego. Zaśpiewaliśmy po raz pierwszy „Gaude Mater Polonia” z zakończeniem „Amen”, co wywołało dyskusje i kontrowersje w środowisku. Śpiewaliśmy „Czatyrdah”, jeden z „Sonetów Krymskich” A. Mickiewicza z muzyką S. Moniuszki, gdzie słowo „Bóg”, które pojawia się w tekście było bardzo źle odbierane przez ówczesne władze. Wiele zarzutów było także związanych ze słowami „Alleluja”, „Bogurodzica”. Najwięcej problemów dotyczyło utworów „O bone Jesu” Palestriny i „Ave verum” Mozarta. Nie od razu mogliśmy je wykonywać publicznie. Dyrygentem chóru był Józef Siebert, organista z kościoła św. Wojciecha, a następnie św. Rocha w Białymstoku, człowiek niezwykle, pełen entuzjazmu i artystycznej pasji, która udzielała się wszystkim chórzystom.

W 1967 roku zakwalifikowaliśmy się do udziału w Ogólnopolskim Konkursie Chórów Studenckich „Polska Muzyka Dawna” w Szczecinie. Zdobyliśmy III miejsce, co było pierwszym ogólnopolskim sukcesem zespołu. Ci, którzy wtedy śpiewali w pięknym Zamku Książąt Pomorskich w Szczecinie doskonale pamiętają radość i smak tego osiągnięcia. Wróciliśmy uskrzydleni i pełni dalszych planów na przyszłość. Niestety, już w następnym 1968 roku, z powodów politycznych, Józef Siebert, nasz wspierający dyrygent, został zwolniony. Żegnaliśmy Go w czasie pamiętnej, ostatniej próby chóru. W trakcie wykonywania przepięknej i najbardziej przez nas



Uczelniany chór w latach 60.-tych, fot. archiwum autora

lubianej „Kołysanki” Maklakiewicza, po słowach „za cóż to taka zapłata” - ścisnęły się gardła, łzy napłynęły do oczu i ta pieśń nie została dokończona. Mieliśmy świadomość końca i utraty czegoś bardzo nam drogiego i wspólnego, utraty młodzieńczego zapału, entuzjazmu i zjednoczenia wokół piękna muzyki, którą wykonywaliśmy. Muzyki, która dawała nam poczucie wolności i narodowej tożsamości. Właśnie z tego powodu „Kołysanka” stała się legendą, pieśnią wyjątkową, hymnem chóralnym śpiewanym przez wszystkie pokolenia chórzystów podczas koncertów jubileuszowych.

Jednym z utworów współczesnych, który przygotowaliśmy była „Pieśń o żołnierzach z Westerplatte”. Wspierały, niezwykle ekspresyjny utwór: Muzykę do wiersza K.I. Gałczyńskiego napisał Tadeusz Tylewski. Tekst zaczynał się od słów: „Kiedy się wypełniły dni i przyszło zginąć latem, prosto do nieba czwórkami szli żołnierze z Westerplatte...”. Decyzję o możliwości śpiewania tego utworu miał podjąć cenzor z komitetu wojewódzkiego partii, który przyszedł na naszą próbę. Zapoznał się dokładnie z repertuarem i zwrócił się do mnie (byłem wówczas prezesem chóru) i do dyrygenta z uwagą: „Czy nie moglibyście zmienić fragmentu tekstu *prosto do nieba* (zawsze zwracali się per „wy”) Odpowiedziałem, że „może to zrobić tylko

autor tekstu”. A on na to: „to porozmawiajcie z autorem, niech to zmieni”. „Gałczyński zmarł w 1953 roku - odparłem - a więc jest to niemożliwe, my nie możemy wprowadzić żadnych zmian, możemy jedynie wycofać ten utwór z naszego repertuaru”. Po dłuższej dyskusji wyraził, aczkolwiek niechętnie, zgodę.

Cenzurą przygotowywanych przez chór utworów zajmowali się polityczni opiekunowie z ramienia uczelni. Czynili to taktownie. Wyjeżdżali również z chórem za granicę nadzorując ideologiczną poprawność chórzystów oraz czuwali, aby nikt, nie daj Boże, nie próbował wybrać „wolności”, zostając za granicą. Podczas wyjazdu do Cork w Irlandii w maju 1973 roku, gdzie uczestniczyliśmy w międzynarodowym festiwalu chórów, byliśmy goszczeni przez mieszkańców tego pięknego miasta. Nasz polityczny opiekun z ramienia uczelni, który deklarował się jako ateista, mieszkał z jednym z chórzystów u gościnnej i bardzo religijnej Irlandki. Przed zbliżającym się piątkiem zapytała ona, czy zachowują post w piątek. Opiekun, zresztą porządny człowiek, odpowiedział podobnie jak naszych chórzysta, że oczywiście tak. W ostatnim dniu, przy pożegnaniu owa Irlandka ze łzami w oczach podarowała mu świecę, którą przywiozła z pielgrzymki do Lourdes. Już w Białymstoku ów opie-

kun zaprosił zarząd chóru do swojego mieszkania i z dumą pokazał nam tę świecę, która stała na honorowym miejscu w pokoju gościnnym. Podczas pobytu w Irlandii śpiewaliśmy również w kościele katolickim pw. Św. Patryka. Ksiądz, który głosił kazanie, mówił m.in. o silnych więzach przyjaźni, które łączyły nasze narody, szczególnie w czasach II wojny światowej. O naszym pobycie w Irlandii, wspólnie z Leszkiem Chyczewskim napisaliśmy artykuł „Rozśpiewani medycy”, który ukazał się w ogólnopolskim miesięczniku poświęconym chórom.

W wyjeździe tym uczestniczyła również moja żona, która śpiewała w sopranach. Była w dość zaawansowanej, drugiej ciąży. Po kilku latach Pawełek, pierworodny, żalił się, że Wojtuś latał samolotem a on nie. Wojtuś, również z żalem, odpowiadał wtedy: i co z tego, że latałem, kiedy i tak nic nie widziałem, bo byłem... u mamy w brzuszku.

Niezapomniane były również wrześniowe obozy chóru, kiedy ćwiczyliśmy nowy repertuar. Jednym z pierwszych był obóz w Rajgrodzie nad Jeziorem Rajgrodzkim. Obóz jak zwykle trwał 10 dni. Była piękna, słoneczna pogoda. W wolnych chwilach odpoczywaliśmy, pływaliśmy na żaglówkach, kajakach i rowerach wodnych. Zbieraliśmy także grzyby w otaczających to miejsce pięknych lasach. Na zakończenie obozu, w jadalni położonej tuż nad brzegiem jeziora odbył się uroczysty bal. Wszyscy przyszli odświętnie ubrani, wielu chórzystów w garniturach, a panie nawet w szpilkach! W trakcie zabawy ok. północy nagle usłyszeliśmy wołanie. Ktoś na środku jeziora wzywał pomocy - na przemian głos kobiecy i męski. Była dość ciemna noc, pomimo że niebo roiło się od gwiazd. Natychmiast kilku mężczyzn wypłynęło kajakami na

jezioro. W niedługim czasie ratownicy przypłynęli wraz z dwójką naszych chórzystów. Jasio i Marysia wypłynęli łódką na nocną eskapadę na jezioro - ona w eleganckiej, czarnej sukni i czarnych szpilkach, on - w czarnym garniturze i w krawacie. Po wyjściu na brzeg zmoknięci i zziębnięci przywitani zostali donośnymi okrzykami radości. Na szczęście wszystko skończyło się szczęśliwie. Nawet bez kataru...

Zimą 1981 roku, a więc w okresie „Solidarności”, ok. 30 chórzystów uczestniczyło we mszy w kościele św. Antoniego w Sokółce. Msza była poświęcona „Solidarności rodzin”. Wyjazd oraz występ chóru zorganizowaliśmy wspólnie z ks. prof. Witoldem Pietkunem, którego poznałem wcześniej i nawiązałem dość ścisły kontakt. Ks. prof. Pietkun był postacią niezwykle, charyzmatyczną. W swoim bardzo bogatym życiu był m. in. profesorem Wyższego Seminarium Duchownego w Białymstoku i duszpasterzem akademickim. Głosił porywające, patriotyczne kazania, za które był kilkakrotnie skazywany i więziony przez władze komunistyczne. Kiedy powstała „Solidarność”, ks. Pietkun stał się wielkim orędownikiem sprawy „Solidarności”. W latach 1980-81 był pierwszym kapłanem Białostockiej „Solidarności”. Podczas mszy św. w Sokółce wygłosił kazanie, w którym mówił o znaczeniu solidarności i ekumenizmu we wspólnocie rodzin różnych religii, żyjących obok siebie. Po mszy saniami pojechaliśmy do pobliskiej wsi Lipiny, gdzie powstawał nowy kościół, położony w przepięknych lasach Puszczy Knyszyńskiej. Tu również ks. prof. Pietkun odprawił nabożeństwo a chór odśpiewał kilka pieśni. W ten sposób nasz zespół wsparł również ideę „Solidarności”.

Po powrocie do Białegostoku za-

prosiłem koleżanki i kolegów z chóru do naszego mieszkania w bloku. Tak uzgodniłem z moją żoną Urszulą, która przygotowała kolację. Było to wyjątkowe, niepowtarzalne spotkanie przyjaciół. Do późnej nocy wyśpiewaliśmy niemal cały chór alny, i nie tylko, repertuar - wiele utworów z akompaniamentem pianina. Uczestniczyły w tym również nasze dzieci: 10-letni Pawełek, 8-letni Wojtuś i 6-letnia Asia. Mając na uwadze naszych sąsiadów, następnego dnia (a był to poniedziałek) poszedłem ich przeproszać za zakłócenie nocnego spokoju. Tymczasem sąsiadka z góry (mieszkaliśmy na parterze) powiedziała: „jeszcze nigdy nikt tak pięknie nie śpiewał, dziękujemy państwu”.

Podzieliłem się kilkoma zaledwie wspomnieniami. Powroty do przeszłości poprzez rozmowy, oglądanie albumów ze zdjęciami, pozwalają odtworzyć minione chwile, które przeżyliśmy. One składają się na naszą historię, w tym również historię naszego uczelnianego chóru, w którym każdy zostawił większą lub mniejszą, ale jakże piękną i wartościową część swojego życia. Ta wspólna przygoda z chórem podczas studiów medycznych rozwijała w nas, przyszłych lekarzach, takie cechy jak obowiązkowość, odpowiedzialność, wrażliwość i umiejętność współpracy. Jestem przekonany, że dzięki temu staliśmy się lepszymi. Te cechy z pewnością pomagają nam w codziennej pracy z chorymi.

Dr Władysław Biegański - wybitny lekarz, naukowiec, filozof i etyk, którego 100 rocznicę śmierci w tym roku obchodzimy, w swojej książeczce „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” napisał: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”. ■

ANTONI SYDOR

Jubileusz Chóru UMB

W czerwcu Chór Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku chce obchodzić swoje 65 urodziny. Dlatego rozpoczęły się poszukiwania dawnych członków naszego uczelnianego zespołu.

- Zarząd Chóru Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku ma zaszczyt

zaprosić wszystkich jego byłych i obecnych członków na uroczyste obchody jubileuszu 65-lecia działalności artystycznej zespołu, które odbędą się w dniach 9-10 czerwca 2017r. w Białymstoku - poinformował w mailu redakcję „Medyka” Adam Bolesław Gryko, zastępca prezesa chóru.

Szczegółowe informacje dotyczące jubileuszu i samego chóru można znaleźć na stronie internetowej zespołu: chor.umb.edu.pl



Historia z innego świata. Sprawa „Trójkąta Bermudzkiego” w AMB

Część druga

Z dniem jutrzejszym jest Pan odwołany ze swojego stanowiska, a echo tego skandalu odbije się negatywnie na wizerunku uczelni w całym kraju - tak zareagował w stosunku do prorektora ds. nauki Akademii Medycznej w Białymstoku Edwarda Bańkowskiego organizator wyprawy w rejon „trójkąta bermudzkiego” na wieść o przerwaniu „eksperymentu badawczego” w AMB.

Na początku marca 1983 roku, pan Bogdan zgłosił się do kierownictwa Klubu ZSP „Herkulesy” AMB z propozycją zorganizowania w klubie studenckim cyklu imprez poświęconych wyjaśnieniom tajemnic Trójkąta Bermudzkiego. W tych spotkaniach mieli wziąć udział organizatorzy polskiej wyprawy w ten rejon, naukowcy prowadzący badania w tej dziedzinie oraz przedstawiciele nauk paramedycznych. Sprawa wyglądała interesująco, tym bardziej iż w przeszłości na terenie klubu organizowane były spotkania poświęcone parapsychologii i niekonwencjonalnym metodom leczenia. Zagadnienia cieszyły się wtedy dużym zainteresowaniem studentów, więc i teraz nie było powodów rezygnować z tego przedsięwzięcia, zwłaszcza że legitymizował go pracownik AMB. W natłoku tych rozmów umknęły słowa: eksperyment, terapia. Imprezę zaplanowano w dniach 29-30 marca 1983 roku. Pan Bogdan zaznaczył kierownictwu klubu, że sam zadba o odpowiednią reklamę imprezy. W ostatniej chwili, w popołudniowy dzień poprzedzający event, odwiedził prasę lokalną z informacją o organizowanym wydarzeniu.

Eksperyment

29 marca 1983 r., wtorek. Wieści szybko się rozchodzą. Od godzin porannych przed budynkiem Collegium Universum AMB, gdzie mieści się Klub „Herkulesy”, zaczęli gromadzić się pierwsi uczestnicy „eksperymentu”.

Godz. 11.30. Organizatorzy przybywają na miejsce. W tym miejscu



Oficjalne pieczęcie wyprawy w rejon trójkąta bermudzkiego, fot. archiwum autora

puśćmy wodze fantazji. Sięgnijmy do wyższych pokładów naszej świadomości. Przed nami sala klubu mieniąca się morskim kolorem, wypełniona szumem oceanu i oni, niestrudzeni odkrywcy morskich tajemnic. Chcą przejść do historii. Każdy z przybyłych, potencjalnych rekrutów próbuje swoich możliwości. Intrygujące pytania mieszają się z fantastycznymi odpowiedziami. Tu wszystko jest możliwe oprócz „trafienia w totalotkę”. Ekspersi wyprawy mają dylemat, kogo wpisać, a kogo skreślić z wykazu.

Przejdźmy jednak do rzeczywistości. Wśród ludzi zgromadzonych

przed klubem nikt nie myśli o wyprawie, lecz o swoim zdrowiu. Wszyscy zainteresowani eksperymentem zapisują się na listę z imienia i nazwiska, z adresem, datą urodzenia oraz rodzajem schorzenia. Dla potwierdzenia autentyczności badania każdy otrzymuje kartę perforowaną wraz z pieczętkami ekspedycji badawczej. Następnie z tą kartą rekruci kierowani są do bioenergoterapeuty. A tam: „Ręce idą w ruch - mrowienie pod palcami - diagnoza - dawka energii życiowej - zalecenia/porady”. Następny z kolejki! Z każdym badanym pacjentem można było odnieść wrażenie, że mamy bardziej do czynienia z seansem znachorskim niż z rekrutacją na tajemniczą wyprawę.

Przed wejściem na „terapię” pobierany był ekwiwalent pieniężny. Oprócz zastrzeżeń studentów ochraniających i obserwujących imprezę nikt nie kwestionował zasadności opłat za przeprowadzany eksperyment. Autorytet zakładu naukowego AMB, który reprezentował pan Bogdan, oraz wyjaśnienia organizatorów imprezy o dofinansowaniu wyprawy z tych oto wpłat, pozwalał kontynuować ten epokowy eksperyment. Pan Bogdan w „zakresie czynności” miał za zadanie obserwowanie reakcji pacjentów i wytypowanie „właściwych osób” do projektu badawczego. Praca wprawdzie ciężka, ale perspektywy obiecujące i w dodatku przyda się do doktoratu - pomyślał. Problemem pozostawał tylko ten ekwiwalent pieniężny. Po pewnym czasie doszedł do wniosku, że przecież ten *eksperyment*

jest wypróbowaną metodą leczenia, za które inne instytucje pobierają legalnie opłaty od 1 do 2 tys. zł, dlatego kwotę 430 zł (...) należy uznać za symboliczną - argumentował.

Godz.17.00. Czas przerwać eksperyment. Po takim dniu pracy bioterapeuci czują się kompletnie wypłuci z energii. Fachowej pomocy udzielili 250 osobom. Teraz czas naładować akumulatory. Jutro też jest dzień a chętnych, jak widać, nie brakuje.

W tym samym dniu rektor AMB Jerzy Łebkowski, otwierając codzienną prasę, czytał ze zdziwieniem o odbywającym się na uczelni eksperymencie. Notatka w gazecie wprawdzie skromna, ale wymowna. Czytamy w niej m.in.: *Jak nas poinformował członek Komitetu Organizacyjne-*

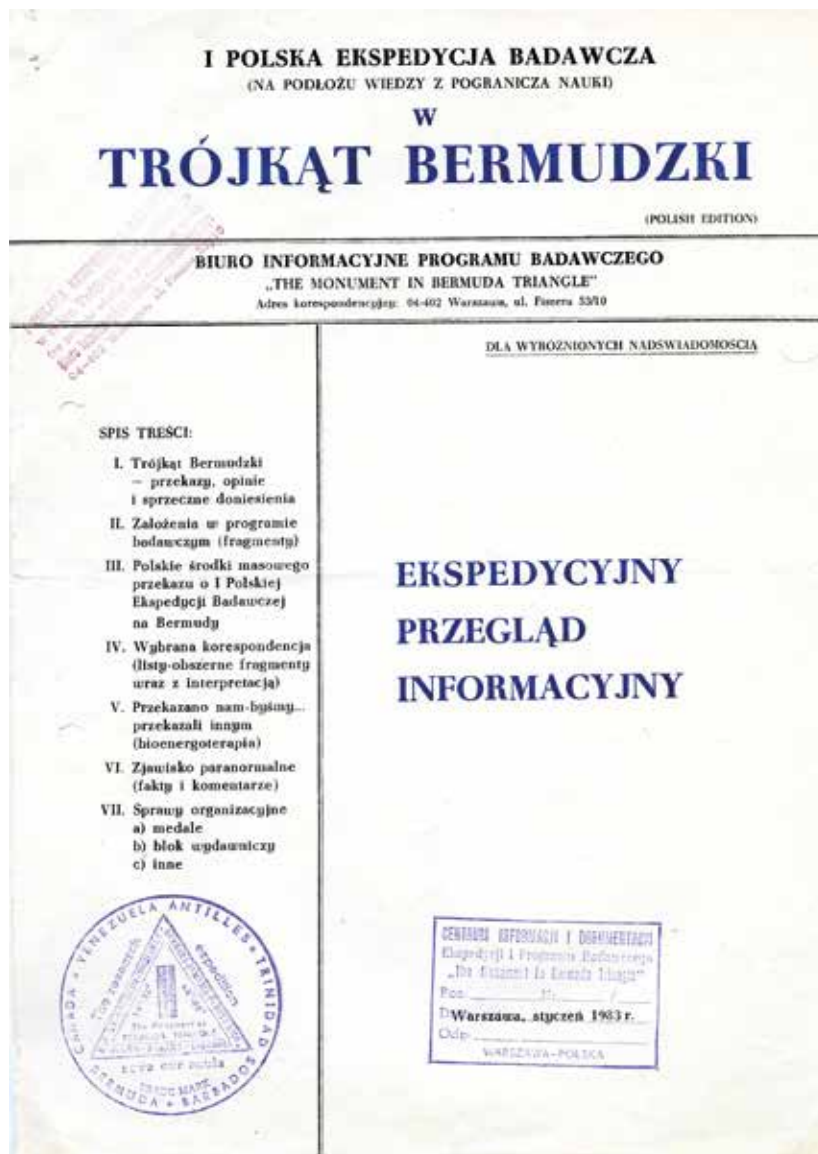
go I Polskiej Ekspedycji Badawczej w rejon Trójkąta Bermudzkiego - (pan Bogdan - przyp. P.R.) z Instytutu Medycyny Społecznej białostockiej AM, we wtorek i środę, 29 i 30 marca w godz. 11.30 -17 w studenckim klubie „Herkulesy” AM przy ulicy Mickiewicza 2 przeprowadzony zostanie eksperyment bioenergoterapeutyczny. W celu poddania się odpowiednim zabiegom przy użyciu bioprądów, będą mogli zgłosić się ludzie z różnego rodzaju dolegliwościami. Zabiegi przeprowadzać będą bioterapeuci z Krakowa i Szczecina. Tego było za wiele. Następnego dnia rektor wysłała z misją prorektora E. Bańkowskiego celem zaprzestania kontynuacji tego eksperymentu.

30 marca 1983 r., środa. Po przybyciu na miejsce prorektor widzi

zgrupowany kilkusetosobowy tłum przed budynkiem i w holu Collegium Universum AMB. Spostrzega osoby stare, ułomne, matki z dziećmi na rękach itp. Wobec stanowczej odmowy kontynuacji imprezy szef ekspedycji badawczej pan Andrzej grozi władzom uczelni wywołaniem skandalu na skalę kraju, w czym - przekonuje - dopomóc mają mu media. Następnie oświadcza, że ta decyzja spowoduje natychmiastowe zdymisjonowanie prorektora. Na wieść o przerwaniu imprezy prorektor staje w obliczu nieustających ataków słownych i werbalnych ze strony uczestników imprezy. Sytuacja staje się dramatyczna. Pomoc nadchodzi ze strony lek. Krzysztofa Sobolewskiego i studentów klubu „Herkulesy”. Prorektor opuszcza budynek pod eskortą studentów. Wobec zamknięcia imprezy, cały tłum przenosi się do siedziby PAX przy ulicy Elektrycznej celem kontynuacji „eksperymentu”, a studenci AMB próbują doprowadzić do porządku klub studencki i jego otoczenie. Dochód organizatorów z imprezy zamyka się w kwocie 150 000 zł.

W tym czasie sprawa eksperymentu nabrała kosmicznego przyspieszenia. Jeszcze tego samego dnia rektor celem wyjaśnienia sprawy organizuje w rektoracie ad hoc posiedzenie władz uczelni z udziałem przedstawiciela KW Milicji Obywatelskiej. Po przesłuchaniu osób mających wpływ na organizację całego zamieszania „badawczego” w AMB, władze uczelni stwierdziły, że nie kwestionują zasadności prowadzenia badań paramedycznych, jednak z całą stanowczością sprzeciwiają się pobieraniu za to ekwiwalentu pieniężnego. Podkreśliły, że nie mogą autoryzować imprezy, o której nic nie wiedziały. Takiej treści wyjaśnienie zostało przesłane za pośrednictwem lokalnej gazety do agencji PAP. Odpowiedź prasy była natychmiastowa z wyjaśnieniem, że dziennik został wprowadzony w błąd przez organizatora, co do zasady i formy imprezy.

Wróćmy do autora całego zamieszania i jego spojrzenia na ten eksperyment. Tym bardziej że pan Bogdan przedstawił formułę spotkań jako ca-

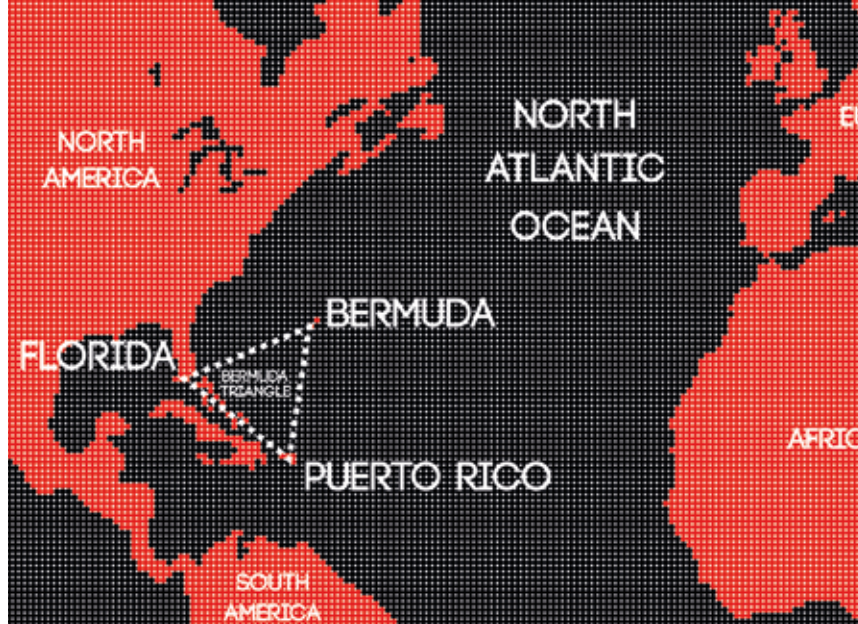


Okładka biuletynu informacyjnego wyprawy

sting na wyłonienie spośród uczestniczących w imprezie osób *obdarzonych nadświadomością najlepszych, którzy wejdą w skład ewentualnej wyprawy w rejon Trójkąta Bermudzkiego*. Białystok miał być pierwszym miastem w kraju, gdzie planowano podjąć się takiego eksperymentu. „Klub Herkulesy”, jak twierdził, *wychodząc z tego typu działalności do szerokich mas społeczeństwa, zyskać może jedynie społeczne uznanie*. Z katalogu swoich argumentów odnośnie celowości przeprowadzenia tego typu eksperymentu - jak również dowodził - było podparcie się wskazaniem KC PZPR z jej „Programem edukacji morskiej społeczeństwa” przyjętej na X Plenum Partii. On wychodził tym założeniom naprzeciw. Jednak i ten „koronny argument” nie przekonał komisji, która zobowiązała dyrektora instytutu do rozwiązania z panem Bogdanem umowy o pracę. Jednak sprawa całego przedsięwzięcia była na tyle interesująca, że rektor polecił urzędnikom rektoratu założyć odrębne akta dla tej sprawy o „kryptonimie” *Sprawa Trójkąta Bermudzkiego*. Pracownicy rektoratu na bieżąco śledzili informacje telewizyjne i prasowe dotyczące wyprawy w rejon Trójkąta Bermudzkiego. Sporządzano z nich notatki. Jednak z upływem czasu w mediach o sprawach ekspedycji mówiono coraz mniej. Władze uczelni stwierdziły, że „temat się wyczerpał”, zamknęły sprawę i złożyły akta do archiwum uczelni.

Epilog

Organizatorzy wyprawy nie podawali się. Próbowali zorganizować podobną imprezę w Rembertowie. Fiasko. Co robić? Pomysły ewoluują zarówno w podejściu do rekrutów, jak i do badań. Z wyprawy „wypadają” telepaci, jasnowidze na rzecz „wahadlarzy”, pomimo że - jak twierdził szef wyprawy - *wahadłko inaczej zachowuje się na lądzie, inaczej na wodzie*. Co było optymistyczne w tym względzie - jedna osoba z kręgu zainteresowań wyłoniła się z Białegostoku. Panowie podwyższają poprzeczkę i do składu dokooptowują prof. J. Mazurczaka z jego planem budowy w re-



jonie Warszawy wielkiego zbiornika wodnego, którego powierzchnia dna odwzorowywałaby powierzchnię dna „akwenu bermudzkiego”. To musiało robić wrażenie. Obecną wirtualną bazę w Meksyku organizatorzy zaplanowali przenieść na Florydę.

Przyparty do muru przez dziennikarzy pan Andrzej „wypalił”, że wszystko zbada się w Polsce, a sprawdzi się za granicą. On sam - jak dodał - najlepiej czuje się nad Bałtykiem. Cierpliwość mediów w tym względzie się wyczerpała. W doniesieniach medialnych zaczęto skupiać się na samych organizatorach, a nie na wyprawie. Publikatory zaczęły weryfikować informacje podawane przez organizatorów wyprawy i przyznały, że przeszło 70 dziennikarzy uległo fascynacji „trójkątem”. Zastanawiano się, jak można było uzyskać zgodę na prowadzenie biura prywatnego w stanie wojennym. Stawiano zarzuty nielegalnego leczenia metodami bioenergoterapeutycznymi, brak pokrycia finansowego w deklarowanym przez kraje Ameryki Łacińskiej wsparciu tej wyprawy. Redaktorzy zaapelowali do społeczeństwa o nie nadsyłanie pieniędzy na rzecz ekspedycji badawczej. Padały pytania o aktualne badania lekarskie, niektórzy redaktorzy sugerowali pomoc psychiatrów. Ripostą organizatorów ekspedycji miał być proces wytoczony mediom. Prasa skomentowała to artykułem: *Proces o 5 mln. Tajemnica diabelskiego trójkąta pryśnie na sali sądowej? W ostatecznym rozrachunku do procesu nie doszło*. Inicjatorów

wyprawy prawdopodobnie przeraziły koszty sądowe procesu.

Rzutem na taśmę pan Andrzej wystąpił z wnioskiem o wybudowanie w Warszawie na 55 ha ziemi, galerii kultury latynoamerykańskiej. W zamysle organizatora miał być to gest życzliwości dla Meksyku, który po części mógłby sponsorować wyprawę. Interes życia - ale to jeszcze nie lata 90. w Polsce. Dostaje odmowę. Inicjatorzy wyprawy idą w odmęty nauki. Za sprawą „trójkąta” przyciągają ich inne tajemnice i epokowe odkrycia, jak chociażby pewna osoba, która dokonała odkrycia nowych pierwiastków i udowodniła, że życie wzięło się z radu. Oni musieli to zbadać.

Czas nieubłagalnie uciekał aż w końcu zamknęło się „okno badawcze” organizatorów *I Polskiej Ekspedycji Badawczej w Trójkąt Bermudzki*.

W następnych latach nie natrafiłem na doniesienia prasowe świadczące o tym, by ekspedycja doszła do skutku. „Trójkąt”, jaki był tak i jest, dalej fascynuje i straszy. Po upływie dwóch lat od „historycznego eksperymentu” w Białymstoku, natrafiłem na informację o panu Andrzeju. Na ślad naprowadził mnie dziennikarz regionalnego „Kuriera Podlaskiego”. Był on naocznym świadkiem przeprowadzanych przez niego zabiegów bioenergoterapeutycznych. Podczas wizytacji Białostoczczyzny, pan Andrzej skorzystał z zaproszenia gospodarzy domu z Juchnowca Dolnego, którzy sami doświadczyli jego dobroczynnych skutków wyleczeń z długotrwałej choroby reumatycznej. Udostępnili »

swój dom panu Andrzejowi na poradnię bioenergoterapeutyczną, aby również ich znajomi, krewni i sąsiedzi mogli się poddać leczeniu metodami niekonwencjonalnymi. Jednego dnia, jak pisał dziennikarz, bioenergoterapeuta z Warszawy przyjął ok. 60 osób, z których każda - w wyniku kilkuminutowego, indywidualnego seansu - odczuwała następnie wyraźną poprawę zdrowia lub przynajmniej [nie zawsze można stwierdzić natychmiastowe oddziaływanie biopola (!)] wyraźną poprawę samopoczucia.

Można stwierdzić, że podczas przygotowywania przez pana Andrzeja ekspedycji bohater artykułu odkrył w sobie niezmiernie pokłady energii leczniczej.

Kończąc temat - jednak na coś Trójkąt Bermudzki się przydał. ■

PAWEŁ RADZIEJEWSKI

KIERUJĄCY ARCHIWUM UMB

Artykuł oparłem na:

Aktach zatytułowanych „Sprawa Trójkąta Bermudzkiego” z 1983 r., Archiwum UMB, sygn. 244/2a,

oraz artykułach prasowych:

E. Świdarska „Odyseja 1983, czyli nawiedzeni prekognicji”, „Kobieta i Życie” nr 8 z 23.02.1983 r.

E. Świdarska „Odyseja 1983”, a więc fordem po kraju, „Kobieta i Życie” nr 18 z 4.05.1983 r.

J. Tartak „Zwariowane lotnisko”, „Krajobrazy” nr 20 z 15.05.1983 r.

J. Tartak „Trójkąt to podstawa prostokąta”, „Krajobrazy” nr 33 z 14.08.1983 r.

Artykuł jest częścią zagadnienia związanego z przygotowywaną przez autora pracą doktorską dotyczącą współczesnych postaw wobec przesądów i zabobonów.

Kalectwo żółciowe

Do najtrudniejszych problemów w chirurgii dróg żółciowych należą zabiegi naprawcze po śródoperacyjnych uszkodzeniach zewnątrzwątrobowych przewodów.



Natychmiastowe zauważanie popełnionego błędu, z doraźną jego naprawą, daje największą szansę na odtworzenie drożności przewodu żółciowego i zapewnienie swobodnego odpływu żółci z wątroby do przewodu pokarmowego.

Często uszkodzenie zostaje przeoczone, a o jego rozpoznaniu decyduje wystąpienie żółtaczki zaporowej w okresie pooperacyjnym. Odwleczony w czasie, konieczny zabieg naprawczy bywa utrudniony z powodu współistniejącego stanu zapalnego i tworzenia się okolicznych zrostów i blizn. Te zmiany zacierają granice struktur anatomicznych, zwiększając niebezpieczeństwo uszkodzenia w czasie zabiegu naprawczego sąsiadujących z przewodem żółciowym: tętnicy wątrobowej i żyły wrotnej. Zwykle udaje się odnaleźć powyżej przeszkody drożny główny przewód żółciowy i zespolić go z dwunastnicą lub wydzieloną pętlą jelita czczego.

O ile żółtaczka wymusza możliwie wczesną operację naprawczą, to następne powikłanie, w postaci wytworzenia się przetoki żółciowej, zwykle opóźnia interwencję, bo żółtaczka ustępuje lub znacznie zmniejsza się, bo stan pacjenta ulega poprawie, można więc poczekać. Odkładanie w czasie koniecznego zabiegu powoduje narastanie i utrwalanie się niekorzystnych zmian w obrębie przyszłego pola operacyjnego. Często kolejne zabiegi na-

prawcze kończą się niepowodzeniem.

Zdarza się, że zewnątrzwątrobowy główny przewód żółciowy po kilku nieudanych interwencjach jest całkowicie zniszczony i jakiegokolwiek zespolenie z nim jelita jest niemożliwe. W takich warunkach jedyną szansę wyleczenia stanowi zabieg polegający na zespoleniu wewnątrzwątrobowego przewodu żółciowego z jelitem. Najkorzystniejsze jest wtedy zespolenie z jelitem lewego przewodu wątrobowego po wycięciu lewego płata wątroby. Zabieg ten opisany w 1948 roku znany jest pod nazwą operacji Longmire - Stanforda.

W sytuacji uniemożliwiającej wykonanie zespolenia zapewniającego odpływ żółci do przewodu pokarmowego, wskazany jest drenaż zewnętrzny powodujący ustąpienie żółtaczki i poprawiający czynność wątroby. Takie postępowanie nie zapewnia odpływu żółci do przewodu pokarmowego, zatem chorego czeka zabieg radykalny. Odwleczenie terminu radykalnego zabiegu uzasadnione bywa koniecznością poprawy ogólnego stanu pacjenta oraz zmniejszeniem odczynu zapalnego w miejscu przewidzianego pola operacyjnego.

Przykładem trudności w leczeniu „kalectwa żółciowego” jest historia 61-letniego nauczyciela rencisty.

A wszystko rozpoczęło się w 1970 roku od przedziurawienia wrzodu żołądka. To powikłanie choroby wrzo-

dowej wymagało doraźnego leczenia operacyjnego. Wykonano zeszyte przedziurawienia. Był to najprostsz y zabieg zapobiegający wyciekowi treści żółdkowej do wolnej jamy otrzewnowej.

Początkowy okres pooperacyjny przebiegał pomyślnie. Jednak po 2 tygodniach pojawiły się objawy sugerujące obecność ropnia podwątrobowego. Po wykonaniu badań potwierdzających rozpoznanie i kilkudniowej obserwacji zdecydowano się na ponowny zabieg operacyjny. Po otwarciu jamy brzusznej, oprócz ropnia podwątrobowego, stwierdzono odczyn zapalny, zrosty i ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego. Po opróżnieniu ropnia, wykonano wycięcie zmienionego pęcherzyka żółciowego i drenaż okolicy podwątrobowej.

W pierwszych dniach po zabiegu wystąpiła stopniowo narastająca żółtaczk a, a w kilka dni później pojawiła się przetoka żółciowa. Powikłanie to nieskutecznie leczono przez 8 miesięcy.

Ze względu na brak poprawy, chorego skierowano do naszego szpitala. W szpitalu po wykonaniu niezbędnych badań zaproponowano leczenie operacyjne. Zaplanowano zespolenie przewodu żółciowego z jelitem zapewniające ustąpienie żółtaczki i zlikwidowanie przetoki. Wcześniej wykonane rentgenowskie badania dróg żółciowych (cholangiografia) wykazywały albo całkowitą niedrożność zewnętrznego przewodu żółciowego, albo śladową drogę przepływu żółci do dwunastnicy. W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono zbliźnowacenie i zrosty w okolicy wnęki wątroby z odczynem zapalnym. Zmiany te uniemożliwiły wykonanie połączenia dróg żółciowych z przewodem pokarmowym. Ograniczono się do założenia grubego drenu Kehra (w kształcie litery T) jednym ramieniem do przewodu wątrobowego, a drugim do przewodu żółciowego wspólnego, po jego forsowanym rozszerzeniu. Liczono, że ta procedura po dłuższym czasie (6-12 miesięcy) pozwoli na odtworzenie drogi odpływu żółci do dwunastnicy lub przynajmniej stworzy korzystniejsze warunki do wykonania zabiegu odtwórczego w przyszłości.

Po niepowikłanym zabiegu operacyjnym chory z założonym drenem Kehra został wypisany do domu.

Trzy miesiące później, wbrew zaleceniom, został usunięty dren Kehra, a wobec niegojącej się przetoki zastąpiono go zwykłym cewnikiem założonym do okolicy wnęki wątroby. W ciągu roku okresowo usuwano cewnik i zakładano go ponownie po uaktywnieniu się przetoki. Po koniec roku po ostatniej operacji nie udało się założyć cewnika do przewodu żółciowego, wprowadzono go tylko do okolicy podwątrobowej umożliwiając kontrolowany odpływ żółci na zewnątrz.

W kwietniu 1973 roku, po 3 latach od pierwszej operacji, chory został ponownie przyjęty do naszego oddziału chirurgii. W czasie hospitalizacji wykonane badania wykazały stopień nasilenia żółtaczki i uszkodzenia wątroby, oraz utrzymujący się wzrost liczby leukocytów we krwi. Dwukrotnie nie powiodła się próba radiologicznego badania dróg żółciowych. Podany środek cieniujący gromadził się w okolicy podwątrobowej, ale nie wypełniał dróg żółciowych. Nie uzyskaliśmy przed zabiegiem rzeczywistego obrazu przewodów żółciowych. Dokładną ocenę sytuacji umożliwił dopiero zabieg operacyjny. W założeniu operacja miała zapewnić swobodny odpływ żółci z wątroby do przewodu pokarmowego. Zwykle udawało się odszukać przewód żółciowy w okolicy wnęki wątroby i połączyć go z wydzieloną pętlą jelita cienkiego.

Chory zaakceptował ponowny zabieg operacyjny, a ja zostałem „uhonorowany” przez szefa rolę operatora, która w trakcie zabiegu okazała się być rolą trudną.

Po otwarciu jamy brzusznej, zapewniającym dobry dostęp do pola operacyjnego, okazało się, że okolica podwątrobowa to zrosty, blizny i zmiany zapalne uniemożliwiające identyfikację struktur wnęki wątroby i więzadła wątrobowo-dwunastniczego, którego ważnymi anatomicznymi elementami są: główny przewód żółciowy, żyła wrotna, tętnica wątrobow a i nerwy wegetatywne. Nie powiodła się próba wykonania cholangiografii przez wstrzyknięcie środka cieniującego do przewodu żółciowego od strony

wnęki wątroby. Po każdorazowym nakłuciu w strzykawce zamiast żółci pojawiała się krew. Sukces osiągnięto wkłuwając się do przewodu żółciowego przez miąższ wątroby. Okazało się, że wewnątrzwątrobowe przewody stanowią prawidłowo ukształtowany system, a niedrożność dotyczy przewodu wątrobowego wspólnego na poziomie wnęki wątroby. Nie stwierdzono wycieku środka cieniującego poza wątrobę. Mimo powtarzających się epizodów żółtaczki mechanicznej, wewnątrzwątrobowe przewody żółciowe nie uległy poszerzeniu.

Zastane warunki wykluczyły możliwość bezpiecznego dotarcia do przewodu żółciowego nad przeszkodą. Zapadła decyzja wycięcia lewego płata wątroby, wypreparowania przewodu żółciowego i zespolenia go z wydzieloną pętlą jelita cienkiego. Trudność realizacji przyjętego planu polegała na konieczności opanowania obfitego krwawienia z miąższu wątroby i wypreparowania dostatecznie długiego kikuta przewodu żółciowego pozwalającego na wykonanie połączenia z jelitem. Po opanowaniu krwawienia wykonano zespolenie przewodowo-jelitowe. Przywrócono odpływ żółci do przewodu pokarmowego. W czasie operacji przetoczono choremu 2,8 litra krwi.

W okresie pooperacyjnym przez miesiąc utrzymywała się przetoka ze skąpym wypływem żółci. Jednocześnie ustępowała żółtaczk a, poprawiała się czynność wątroby, stolce odzyskały naturalną barwę. Po miesiącu przetoka żółciowa uległa samoistnemu wygojeniu. Po dwumiesięcznej hospitalizacji pacjent w dobrym stanie został wypisany do domu.

Historia tego chorego świadczy o tym, jak nieprzewidywalne mogą być ludzkie losy. Jak trudno bez ryzyka osiągnąć sukces. Jak trudno ocenić szansę powodzenia decydując się na rzadko wykonywany, trudny zabieg. Zabieg ten wykonywałem po raz pierwszy w życiu. Do 1974 roku nie znalazłem w polskim piśmiennictwie opisu przypadku operowanego sposobem Longmire - Stanford. ■

DR STANISŁAW SIERKO

A znacie Białystok?

Jako wychowanek peerelowskiej szkoły podstawowej raczyłem być opowieścią o legendarnych początkach naszego miasta, które powstało rzekomo w XIV wieku, gdy wielki książę litewski Giedymin polował w okolicznej puszczy.

Książę odpoczywał nad bezimennym strumieniem, czystym i wartkim - w przeciwieństwie do innych rzeczek w tej części lasu. Miał wtedy Giedymin powiedzieć: „Czysty, biały stok. Można by nad nim zbudować dwór myśliwski albo i wieś założyć”. Przyjmowałem tę opowieść nader sceptycznie, bo już wtedy zastanawiał mnie, czemu akurat w tym momencie, prawdopodobnie zresztą jedynym w swoim życiu, Giedymin zapragnął przemówić po polsku. Ale była to jedyna opowieść o początkach mojego miasta, którą przekazała mi szkoła.

Nie miałem pojęcia o „Białymstoku żydowskim” (tak, tak, wiem – tych Żydów to wcale nie było tak dużo, w każdym razie są spory i nie można tak mówić), nic nie wiedziałem o Niemcach w Białymstoku, a o Rosjanach tyle, że muszę się uczyć ich języka i zostawili u nas swój czołg na cokole. O tym, że blok, w którym mieszkałem, moja szkoła i wszystkie podwórka, które wtedy stanowiły cały mój świat, były położone na terenie białostockiego getta, dowiedziałem się bardzo późno i bynajmniej nie od nauczycieli. Tym bardziej oczywiście nie uczono nas o historii poszczególnych miejsc, czy budynków.

W dorosłość wchodziłem ze świadomością, że Białystok to miejsce, w którym się fajnie mieszka, ale o którym wiem kompromitująco mało. Z czasem pojawiła się naturalna potrzeba dowiedzenia się czegoś więcej, poznania historii miejsc, które znam od zawsze. Problem polega na tym, że do niedawna brak było na rynku wydawniczym pozycji, które opisywałyby historię miasta w sposób przyjazny czytelnikowi. Jeśli nawet pojawiały się takie książki, to raczej jako pokłosie przeprowadzonych

prac naukowo-badawczych, co na ogół wiązało się ze specyficzną stylistyką, ogólnie rzecz ujmując, daleką od przystępności. Czekamy dopiero na kogoś, kto spopularyzowałby Białystok, umieszczając tu akcję jakiejś poczytnej powieści, jak to zrobił np. Marek Krajewski, opisując śledztwa

Branickich”, która niebawem ukaże się nakładem wydawnictwa Frontier. Jest to w praktyce album ze zdjęciami dokumentującymi historię siedziby naszej uczelni, opowiadający o losach pałacu od momentu jego powstania aż do chwili obecnej. A były to losy ciekawe i warte poznania. Od siedziby magnackiej i serca prywatnego miasta hetmana Branickiego, przez Instytut Dobrze Urodzonych Panien, szpital polowy, siedzibę Tymczasowego Komitetu Rewolucyjnego Polski, aż po Akademię i Uniwersytet Medyczny. Co z dawnego pałacu zostało po dziś dzień? Kto tu bywał? Co wydarzyło się w tych murach? Komu zawdzięczamy odbudowę pałacu i jego obecny wygląd? Odpowiedź na te i inne pytania znajdziecie Państwo w książce, do której przeczytania serdecznie zachęcam. ■

ADAM HERMANOWICZ



Nie miałem pojęcia o „Białymstoku żydowskim”, nic nie wiedziałem o Niemcach w Białymstoku, a o Rosjanach tyle, że muszę się uczyć ich języka i zostawili u nas swój czołg na cokole. O tym, że blok, w którym mieszkałem, moja szkoła i wszystkie podwórka, które wtedy stanowiły cały mój świat, były położone na terenie białostockiego getta, dowiedziałem się bardzo późno

Eberharda Mocka. Daleko mi do Krajewskiego, więc o powieści chwilowo mowy nie ma, ale co mogę zrobić, to robię.

Popelniałem ostatnio jako współautor książkę pt. „Był sobie pałac. Opowieść o ruinie i odbudowie Pałacu

Z sympatii dla gołębi

Po powrocie ze szpitala zastałem parkę lokatorów z gatunku oswojonych. Gołębicą zniosła dwa jajeczka i z pomocą swego partnera je wysiadywała. Wybrali miejsce na moim balkonie, pewnie się spieszyli, bo nie nanosili patyków i trawy, a ulokowali się w dużym wazonie wypełnionym ziemią i upstrzonym petami pozostawionymi przez przygodnych palaczy.

Prawdę mówiąc za gołębiami nie przepadałem, ale sam obolały nie śmiałem przysporzyć biedy gościom skrzydlatym. Przecież to istoty swoje, rodzime, w wyglądzie miłe, z bogatymi odniesieniami do historii, literatury, tradycji. Że bywają dokuczliwe! Panie, panowie więcej pogody ducha! Pamiętam, przed laty szliśmy warszawskim Nowym Światem z Johnem, profesorem z USA, rodem z dawnej Galicji. Nadleciał gołąb i kupknął na ramię Polonusa. Nim zdążyłem przekazać wyrazy ubolewania, Jasio z uśmiechem szerokim jak cała Ameryka Północna spuentował ten przypadek: Dobrze, że wielbłądy nie latają.

Kilka tyków historii

Kiedy ludzie udomowili gołębie? Przed trzema tysiącami lat? Ponoć Egipcjanie jako pierwsi wykorzystali je do przenoszenia wiadomości, ale jeszcze w okresie I wojny światowej w każdej większej twierdzy (w Osowcu także) były stacje gołębi. A pamiętacie Państwo piękną opowieść starotestamentową o potopie? To gołąb wypuszczony z arki przyniósł Noemu zieloną gałązkę świadczącą, że wody już opadły. A Maryja i Józef złożyli gołębia jako ofiarę w Jerozolimie, bo nie stać ich było na przyprowadzenie baranka. Gołębie na dobre zadomowiły się w chrześcijaństwie jako ptaki niewinne, wierne, cierpliwe, łagodne (nie mają ostrych pazurów i mocnych dziobów), towarzyszące świętym, kojarzone z duszą, budzące radość, promujące pokój. Gołębicą trafiła i na ołtarze, jako symbol Ducha Świętego.

Sympatię wzbudził biały gołąb wypuszczony z okna Pałacu Apostolskiego przez Ojca Świętego Jana Pawła II, który zawrócił do wnętrza komnat. Wzrusza historia uzdrowienia w maju 1990 roku chłopca meksykańskiego. Nieuleczalnie chory Heron przybył na

powitanie Papieża Polaka z gołębiem w ręku. Ścisnął go kurczowo, Jan Paweł II dostrzegł to, uniósł dwukrotnie rękę do góry. Chłopiec zrozumiał dany mu znak, puścił gołębia, z nim uleciała cudownie i choroba. Zdarzyło się jednak i tak, że gołębie wypuszczone w obecności Papieża Franciszka zostały zaatakowane przez kruki i mewy. Udało im się ująć cała za cenę części straconych piór, co odczytano jako element walki dobra ze złem. Nawet w Watykanie.

Majowe skojarzenia

Z czym kojarzy się maj? Z pochodami 1 Maja i gołąbkami pokoju (także na koszulkach kolarzy)? Z Najświętszą Panną Marią (jest na Jasnej Górze fontanna z dziewczynką karmiącą gołębie) i uchwaleniem Konstytucji 3 Maja (utarał się zwyczaj wypuszczania tego dnia gołębi pocztowych)? Z defiladami w rocznicę zakończenia II wojny światowej (dużo łuf i jeszcze więcej gołębi)? Tak można przeglądać dzień po dniu, dostrzegać w tle gołębie. Ale właśnie zakwitły kasztany, w parkach spacerują pary zakochanych, przybywa autorów wierszy o miłości. Przecież boginie miłości Afrodytę i Wenus Grecy i Rzymianie przedstawiali pod postacią białej gołębic. Inni wielbili te ptaki i jako symbol płodności, inni jeszcze – nie tylko barbarzyńscy – zjadali je ze smakiem.

Obserwując gołąbki na balkonie wracam pamięcią do dawno minionych pięknych lat. Para białych gołębi patrzących sobie w oczęta, dotyczących się dziubkami, pomrukujących namiętnie pozostała – dowodem ptaki wypuszczane przez nowożeńców – zapowiedzią lat szczęśliwych, niewygasającej miłości i wierności. A jak gołąbki dokarmione, to można było dodać jeszcze i nadzieję na dostatek życiowy.

Gołębie i jastrzębie

O gołębiach można napisać cały tom, tych uwiecznionych w poezji (przykładem mickiewiczowski „Pan Tadeusz”) i malarstwie (rysunki P. Picasso), opisanych przez ornitologów i kulturoznawców, utrwalonych w przysłowia i porzekadłach. Zbierających okruchy na poczekalniach PKP, świecących na niebie (konstelacja Columba), wszechobecnych na naszych osiedlach, wybitych przez Amerykanów (wędrawne) i polnych, o garłaczach, pawikach i wielu innych z kręgów arystokracji hodowlanej. O ich zaletach, przywarach, ale również zagrożeniach, które mogą powodować.

Nie sposób pominąć i gołębi w polityce. To niestety, gatunek może nie tyle wymierający, co przetrzebiony, coraz bardziej anonimowy, niszowy. Za to doskonale mają się jastrzębie, zwłaszcza z formującej się podgrupy celebrytów. Nie ma dnia, by któryś z nich – z rządu, sejmu, kręgów partyjnych – nie zadziwił nas swym tupetem lub wręcz bezczelnością, jazgotem, prostackimi manierami. A jednak mają się oni całkiem dobrze, okupują pierwsze strony gazet, nie wychodzą z okienek telewizyjnych. Tymczasem gołębie pokoju przepadły na fali dekomunizacji, gołębie miłości są słuchane od wielkiego święta, gołębie wierności zagubiły się w tłumie relatywistów, osobników dostosowujących się do każdej sytuacji i każdego prezesa.

Dla poprawienia przynajmniej nieco tych fatalnych proporcji dokarmiam (oczywiście pszenicą) moje balkonowe gołąbki i zobowiązuję się do posprzątania po nich. A felieton ten poświęcam prof. Lechowi Chyczewskiemu, który odszedł właśnie z funkcji redaktora naczelnego „Medyka Białostockiego”. To on mnie przygarnął, dodawał sił, ratował w potrzebie. Spokój i radość. ■

ADAM CZESŁAW DOBRŃSKI

Wydział Farmaceutyczny wcz

W roku 1975, w 25 rocznicę powstania Akademii Medycznej w Białymstoku, profesor Konstanty Wiśniewski, ówczesny rektor, rozpoczął starania o utworzenie kierunku analityka medyczna na Wydziale Farmaceutycznym.



Budynek Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, fot. Wojciech Więcko

Mocą zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1 lipca 1977 roku, w Akademii Medycznej w Białymstoku utworzono Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej. Pierwszym dziekanem wydziału został prof. Władysław Gałasiński. Jesienią 1977 roku wydział rozpoczął kształcenie na kierunku analityka medyczna. Kadre nauczającą stanowiło 38 nauczycieli akademickich. Obrona pierwszej pracy magisterskiej na Oddziale Analityki Medycznej odbyła się 7 czerwca 1982 roku. Był to pierwszy dyplom magistra analityki medycznej w historii wszystkich istniejących wówczas oddziałów analityki medycznej w Polsce.

W roku 1986 rozpoczął działalność kierunek farmacja. Założycielami i organizatorami tego kierunku byli pierwszy jego dziekan, prof. Ryszard Fabiszewski wraz z ówczesnym prodziekanem, prof. Maciejem Szmیتowskim.

Kadra nauczająca została podwojona. Powołano wiele nowych jednostek. W roku 1999 wydział poszerzył bazę dydaktyczno-diagnostyczną o nowe pomieszczenia, usytuowane w budynku diagnostyczno-laboratoryjnym (Collegium Novum). W roku 2001, uchwałą Senatu AM w Białymstoku, zmieniono nazwę Oddziału Analityki Medycznej na Oddział Medycyny Laboratoryjnej w celu właściwego rozpoznawania tego kierunku w innych krajach.

W 2005 roku utworzono studia doktoranckie na Wydziale Farmaceutycznym, Studium Podyplomowe ds. kształcenia farmaceutów i Studium Podyplomowe ds. kształcenia diagnostów laboratoryjnych. W roku 2002 utworzono aptekę akademicką, a w roku 2005 drugą specjalistyczną aptekę akademicką. W roku akademickim 2005/2006 wydział uzyskał akredytację Państwowej Komisji Akredytacyjnej dla obydwu kierun-

ków nauczania na okres 5 lat, a rok wcześniej podobną akredytację Komisji Akredytacyjnej Akademickich Uczelni Medycznych. W roku akademickim 2006/2007 wydział pozyskał środki unijne z programu Interreg III na utworzenie laboratorium analiz farmaceutycznych w ramach programu współpracy przygranicznej polsko-litewskiej.

Plan strategicznego rozwoju Wydziału Farmaceutycznego w zakresie tworzenia warunków infrastrukturalnych do prowadzenia działalności naukowej i edukacyjnej na najwyższym poziomie referencyjnym (oraz w warunkach odpowiadających naturalnemu środowisku przyszłej pracy farmaceuty) został urzeczywistniony zrealizowaniem w 2010 roku projektu pt.: „Utworzenie bazy dydaktyczno-naukowej dla potrzeb Euroregionalnego Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku” ze środków Unii Europejskiej

40 lat Analityki Medycznej UMB



W połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku prof. zw. dr hab. Konstanty Wiśniewski rozważał konieczność powołania drugiego wydziału na dotychczas jednowydziałowej akademii białostockiej.



Collegium Universum - pierwsza siedziba Wydziału Farmaceutycznego
fot. Archiwum UMB

w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Wybudowano nowoczesny gmach Euroregionalnego Centrum Farmacji (ECF) z laboratoriami o profilu chemiczno-farmaceutycznym wyposażonymi w najnowocześniejszą aparaturę naukową (np. LCMS, ICP, GCMS, mikroskopia konfokalna, narzędzia informatyczne), dostępną również dla studentów. Pozwoliło to dostosować zarówno programy nauczania, jak i działalność naukową, do współczesnych wymagań technologicznych. W celu kształcenia praktycznego studentów utworzono aptekę szkoleniową, spełniającą wymagania prawa farmaceutycznego. Na bazie naukowo-dydaktycznej ECF prowadzone są studia doktoranckie, specjalizacyjne kształcenie podyplomowe, organizowane są staże, kursy i szkolenia o zasięgu krajowym i międzynarodowym. ■

PROF. JERZY PAŁKA



Wspomina PROF. DR HAB. N. MED. MACIEJ SZMITKOWSKI

Było to dalekowzroczone planowanie mające zapewnić Uczelni dalszy intensywny rozwój. Zdając sobie sprawę z dużych trudności i przeciwności w powołaniu Wydziału Farmaceutycznego, J.M. Rektor prof. Konstanty Wiśniewski biorąc pod uwagę bardzo dobry potencjał Akademii w zakresie nauk biologiczno-chemicznych dostrzegł możliwość stworzenia całkowicie nowego kierunku studiów, który dostał roboczą na-

zwę Analityki Medycznej. Rozmowy z Ministerstwem Zdrowia napotykały jednak na trudności i ministerstwo zaproponowało inne rozwiązanie. Wynikało ono z faktu, iż aktualnie na wydziałach farmaceutycznych istniała specjalność nazwana Analityką Klinikzną, którą przyszli magistrowie farmacji mogli wybierać na ostatnich latach studiów. Powołano do tego celu specjalne Zakłady Analityki Klinikznej, które nauczają studentów zagadnień wymaganych w laboratoriach diagnostycznych. W wyniku dalszych rozmów w ministerstwie, doszło do kompromisowego rozwiązania polegającego na przekształceniu specjalności Analityka Klinikzna na wydziałach farmaceutycznych w oddziały Analityki Medycznej mające kształcić na pięcioletnich studiach magisterskich zakończonych uzyskaniem stopnia magistra analityki medycznej. Akademia Medyczna w Białymstoku

mogła więc utworzyć Wydział Farmaceutyczny, ale tylko z Oddziałem Analityki Medycznej. Przed podjęciem decyzji o takim rozwiązaniu, ministerstwo konsultowało nowy pomysł. Brałem osobiście udział w takich konsultacjach na posiedzeniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Prezesem Towarzystwa był w tym czasie prof. dr hab. Stefan Angielski z Akademii Medycznej w Gdańsku, który przewodniczył posiedzeniu. Członkowie Zarządu świadomi faktu niezwykle ważkiej decyzji dotyczącej przyszłości laboratoriów diagnostycznych w Polsce rozważali wszystkie możliwe rozwiązania. Wiadomo było, iż w Republice Federalnej Niemiec diagnostyką laboratoryjną kierują lekarze. We Francji farmaceuci. Polska zamierzała więc stworzyć coś zupełnie nowego. Ostatecznie podjęli decyzję o niezgłaszaniu sprzeciwu co do powołania proponowanego kierunku studiów. W tym wstępnym okresie w białostockiej Uczelni trwało intensywne pisanie programów nauczania dla nowego kierunku studiów. Kierował tym doc. dr hab. Jan Prokopowicz i miałem też okazję brać w tym udział.

Początek

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej został w Akademii Medycznej w Białymstoku powołany Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 1 lipca 1977 r. Równocześnie z Akademią w Białymstoku takie oddziały i kierunki studiów powołano na wydziałach farmaceutycznych w Łodzi i Krakowie. Przed nowym rokiem akademickim władze Uczelni podejmują decyzję co do obsady stanowiska dziekana. W Uczelni pracuje tylko trzech farmaceutów. J.M. Rektor Konstanty Wiśniewski decyduje się powierzyć tę funkcję doc. dr hab. Władysławowi Gałasińskiemu. Funkcję prodziekana obejmuje doc. dr hab. Leokadia Jaroszewicz. Dziekan Gałasiński rozpoczyna organizację wydziału. Powstaje pierwsza Rada Wydziału Farmaceutycznego o składzie Władysław Gałasiński, Ryszard Farbiszewski, Leokadia Jaroszewicz, Jan Prokopowicz, Andrzej Różański, Wiktor

Rzeczycki, Maciej Szmitkowski, Emanuel Trembacowski, Krzysztof Worowski. W 1977 roku ministerstwo powołuje także Komisję Programową dla Analityki Medycznej, która na bieżąco opracowuje i modyfikuje programy nauczania.

Po dwóch latach funkcjonowania oddziałów analityki medycznej, Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej w Poznaniu organizuje konferencję, której tematem i celem jest likwidacja tych oddziałów i powrót do kształcenia magistrów farmacji ze specjalnością analityki klinicznej. Konferencja jest zorganizowana

*Wydział Farmaceutyczny
z Oddziałem
Analityki Medycznej
został w Akademii
Medycznej w Białymstoku
powołany
Rozporządzeniem
Ministra Zdrowia
i Opieki Społecznej
w dniu 1 lipca 1977 r.
Równocześnie
z Akademią w Białymstoku
takie oddziały
i kierunki studiów
powołano na wydziałach
farmaceutycznych
w Łodzi i Krakowie*

z inicjatywy prof. dr hab. Wincentego Kwapiszewskiego, a motywacją takich działań jest przekonanie, że tytuł magistra farmacji daje większe możliwości pracy absolwentom, bo zarówno w laboratorium jak i w aptece. Biorę udział w tej konferencji jako wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Z ramienia towarzystwa jest jeszcze prof. Jan Prokopowicz, a nasz wydział reprezentuje dziekan - doc.

Władysław Gałasiński. Staczymy batalię o utrzymanie kierunku analityki medycznej tłumacząc, że współczesna diagnostyka laboratoryjna jest tak obszerną dziedziną wiedzy, iż wymaga specjalistów, których kształcenie musi trwać co najmniej 5 lat, a nie na ostatnich latach studiów farmaceutycznych. Do wygrania sprawy przyczyniają się jednak głównie sami studenci analityki medycznej, którzy chcą dalej studiować ten kierunek i nie zgadzają się na powrót do studiów farmaceutycznych. Wyjeżdżamy jako zwycięzcy, ale nie jest to koniec walki o ten kierunek studiów, a walka o zawód diagnosty laboratoryjnego i rolę analityka medycznego w tym zawodzie trwa do dzisiaj.

W 1983 roku dziekanem wydziału zostaje doc. dr hab. Ryszard Farbiszewski. Ja zostaję prodziekanem. Wkraczamy do dziekanatu. Jest to jeden pokój w którym urzędują: dziekan, prodziekan i pracownik dziekanatu. Pracownik dziekanatu podlega kierownikowi dziekanatu Wydziału Lekarskiego. Druki i dokumenty (indeksy, dyplomy) wydaje nam dziekanat lekarski. Nasz dziekanat jest we wnęce dolnej kondygnacji pałacu i brak jest nawet widocznego szyldu dziekanatu. Jesteśmy jednocześnie członkami rady Wydziału Lekarskiego z prawem do głosowania, ale o tym później. Podejmujemy walkę o usamodzielnienie się. Doprowadzamy do wyprowadzenia radcy prawnego z małego pomieszczenia za ścianą dziekanatu. Żeby przebić ścianę potrzebujemy zgody konserwatora zabytków. Udaje się i dziekan otrzymuje maleńki gabinet, który będzie służył długie lata, ale bardzo ważne jest, iż ma on drzwi na główny korytarz i możemy zasygnalizować istnienie wydziału tabliczką „Dziekan Wydziału Farmaceutycznego”. Następnym przejawem trudności był fakt, że prodziekan ds. socjalnych na Wydziale Lekarskim przyznaje pomoc socjalną naszym studentom. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności ja jestem odpowiedzialny za redakcję Statutu Uczelni. Przekonuję rektora i dyrektora administracyjnego, że jako uczelnia dwu-wydziałowa powinniśmy mieć dział studencki podległy prorektorowi.



Pierwsi absolwenci kierunku Analityka Medyczna, fot. Archiwum UMB

rowi do spraw studenckich. Przedstawiam taki schemat organizacyjny Uczelni 18 marca 1985 roku. Uzyskuję akceptację i dział powstaje, a prorektor do spraw studenckich zaczyna urzędować na dolnej kondygnacji pałacu w pobliżu obu dziekanatów. Jego dział przejmuje wszystkie sprawy studenckie także socjalne. Jesteśmy więc całkowicie wolni od nadzoru ze strony dziekanatu Wydziału Lekarskiego. Jesteśmy w pełni samodzielni. Muszę jednak jeszcze wrócić do naszego udziału w posiedzeniach Rady Wydziału Lekarskiego. Wszystko było dobrze do czasu, kiedy jedna z habilitacji została odrzucona przez tę radę. Habilitant zakwestionował głosowanie, mówiąc, że brały w nim udział osoby nieuprawnione, czyli członkowie Rady Wydziału Farmaceutycznego. Protest został uznany. Nowe głosowanie zatwierdziło habilitację, bo pewnie niektórzy członkowie Rady Wydziału Lekarskiego zmienili zdanie, ale od tej pory byliśmy gośćmi zapraszonymi na posiedzenia tej rady. I to był ostatni akcent naszej odrębności.

Niezależność

Nadal jednak istnieje problem niezależności naszego nowego kierunku studiów. Okazuje się, że nasi magiŝtrowie analityki robiący specjalizację z diagnostyki laboratoryjnej jeżdżą na kursy specjalizacyjne do Studium Farmaceutycznego w Bydgoszczy. Jako wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnosty-

ki Laboratoryjnej wysyłam w marcu 1987 roku pismo do prof. Marii Kobuszskiej-Faryna, dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, protestując przeciwko takiej sytuacji i wyjaśniając, że analityka medyczna i diagnostyka laboratoryjne to dziedziny medycyny, a nie farmacji. Kursy zostają przeniesione do Studium Nauk Podstawowych CMKP w Warszawie.

W 1987r. powołano na naszym wydziale kierunek farmacja apteczna. Koncepcja podjęcia tego kierunku studiów wyszła ode mnie. To ja przekonałem rektora Łebkowskiego, że mając oficjalnie Wydział Farmaceutyczny możemy rozpocząć kształcenie magistrów farmacji. Przebrnęliśmy wszystkie trudności i w 1987 roku studia ruszyły. Następných dziesięć lat to rozwijanie i umacnianie tego kierunku.

W 1996r. wraz z profesorem Ryszardem Farbiszewskim wracamy znowu do dziekanatu. On jako dziekan, a ja znowu jako prodziekan. Pracujemy razem do 1998 r., w którym profesor Farbiszewski odchodzi na emeryturę, a ja zostaję dziekanem. Na prodziekana proponuję docenta Jerzego Pałkę i pracujemy tak razem 4 lata. W tym okresie najbardziej palącym problemem wydziału jest brak uprawnień do nadawania stopnia doktora. Nie mamy szans na uzyskanie tych uprawnień w dziedzinie nauk farmaceutycznych ale wpadam na pomysł wystąpienia o uprawnie-

nia w dziedzinie nauk medycznych, ale w dyscyplinie biologii medycznej dla naszych absolwentów magistrów analityki medycznej. Mamy w tej dziedzinie dużo lepszą sytuację kadrową. Przecież analityka jest starsza od farmacji o dziesięć lat. Wystąpienie wydziału farmaceutycznego o takie uprawnienia budzi oczywiście opór innych wydziałów farmaceutycznych i ich przedstawicieli w Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej. Bierzymy listę członków CKK i staramy się dotrzeć do wszystkich z naszą prośbą. Pomaga nam bardzo nasz ówczesny rektor prof. Zbigniew Puchalski. W 2000 roku wielki sukces. Otrzymujemy uprawnienia do nadawania stopnia doktora nauk medycznych w zakresie dyscypliny biologia medyczna. Następne uprawnienia dla naszych absolwentów analityki w 2005 roku uzyskuje mój następca, dziekan prof. Jerzy Pałka. Jest to uprawnienie do habilitacji, oczywiście także z nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna.

W tym samym okresie dzieją się istotne rzeczy w polskim kształceniu uniwersyteckim. Polska podpisuje Deklarację Bolońską, która zmienia system studiów na dwustopniowy, a więc licencjat i studia magisterskie. W 2000 roku jako pierwsi rozpoczynamy kształcenie licencjatów utrzymując jednocześnie na wszelki wypadek studia magisterskie. I bardzo dobrze, bo po kilku latach wydziały farmaceutyczne decydują się na likwidację studiów licencjackich motywując to faktem, iż w nowoczesnym medycznym laboratorium diagnostycznym potrzebni będą tylko pracownicy o wysokich kwalifikacjach. Jednak utworzenie studiów licencjackich przyniosło dwie poważne korzyści wydziałowi. Pierwsza to zlikwidowanie w tym czasie policealnego studium techników analityki medycznej. Druga to utrzymanie posiadanego limitu przyjęć na licencjat i dodanie go do limitu przyjęć na studia magisterskie.

W tym samym czasie podejmuję bardzo istotne dla naszych studentów i absolwentów analityki działania zmierzające do zmiany nazwy tego kierunku studiów na medycynę laboratoryjną. Analityka medyczna



Rok 1979: sportowy trójmecz pomiędzy studentami medycyny, stomatologii i analityki

jest to bowiem dziwna i niezrozumiała nazwa, bo oznacza analizowanie medycyny. Jednocześnie tłumaczenie w języku angielskim na „Medical Analytics” jest niezrozumiałe. W celu uzyskania naukowego wyjaśnienia sensu tej nazwy zgodnego z zasadami językoznawstwa, jako dziekan wysłałam zapytanie do znanego autorytetu w dziedzinie językoznawstwa - profesora Miodka. Nigdy nie otrzymuję odpowiedzi. Po latach, gdy profesor miał wykład inauguracyjny w naszej Uczelni, pytam go o tę sprawę. Mówi, że nigdy nie otrzymał takiego zapytania. W 2000 roku zmieniono nazwę Oddziału Analityki Medycznej na Oddział Medycyny Laboratoryjnej. Toczę też boje na spotkaniach dziekanów wydziałów farmaceutycznych. Nie wyrażają zgody i prywatnie uzyskuję wyjaśnienie, iż nazwie medycyna laboratoryjna jest bliżej do wydziałów lekarskich niż do farmaceutycznych i może to grozić ucieczką tego kierunku studiów na wydziały lekarskie. Przyszłość potwierdziła moje racje, bo wreszcie w ustawie „Prawo o szkolnictwie wyższym” w 2015 roku uzyskaliśmy dzięki wielkim staraniom pani prof. Mileny Dąbrowskiej i pani prezes Elżbiety Puacz zapis pozwalający na zmianę obecnego kierunku studiów na zrozumiałą na cały świat medycy-

nę laboratoryjną i po koniecznych jeszcze zmianach w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej uzyskamy prawo do nadawania absolwentom tytułu magistra medycyny laboratoryjnej. Wspomniany powyżej zapis w Ustawie to także olbrzymi sukces pani Profesor Dąbrowskiej i pani prezes Puacz w uzyskaniu standardów nauczania dla analityki medycznej. Posiadanie standardów dotyczy tylko kilku kierunków studiów w Europie i Polsce, i tak jak w przypadku lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów, pielęgniarek i położnych jest gwarantem utrzymania wysokiej jakości kształcenia na jednolitych studiach magisterskich. Studiach, które dają prawo do wykonywania zawodu zaliczanego do zawodów zaufania publicznego.

Przełom

Moje wspomnienia z minionych 40 lat kształcenia studentów analityki medycznej/medycyny laboratoryjnej to ciągła walka o pozycję tego zawodu i naszych absolwentów. Wielkim przełomem było powołanie w 2001 r. Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Powstała organizacja, która pozwoliła im się zrzeszyć i walczyć o swoje prawa zawodowe. Organizacja dzięki której uzyskaliśmy kilka istotnych uregulowań prawnych potwier-

dzonych rozporządzeniami ministra zdrowia. Niestety jej istota została wypaczona późniejszymi zapisami pozwalającymi biologom, chemikom i biotechnologom na uzyskiwanie tytułu diagnosty laboratoryjnego po skończeniu zaocznych studiów podyplomowych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Jest to poważny cios utrudniający naszym absolwentom podejmowanie pracy w medycznych laboratoriach diagnostycznych z powodu konkurencji absolwentów uczelni niemedycznych. Nasz wydział nigdy nie podjął kształcenia podyplomowego biologów, chemików i biotechnologów, ponieważ nie chcieliśmy działać przeciwko naszym absolwentom. Jako konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej wraz z prezesem krajowej izby diagnostów laboratoryjnych panią dr Elżbietą Puacz toczyliśmy i toczymy walkę o to, aby diagnostą laboratoryjnym mógł być tylko absolwent analityki medycznej/medycyny laboratoryjnej. Bo laboratorium to przecież element szpitala, to element medyczny ściśle związany z organizmem szpitalnym wieloma więzami organizacyjnymi, a nawet kontaktami osobistymi. W tych laboratoriach powinno odbywać się kształcenie specjalistów i powinna mieć miejsce dobra praktyka laboratoryjna, a pracować powinni w nich absolwenci studiów medycznych czyli obecnej analityki i przyszłej medycyny laboratoryjnej. Nasz świetnie medycznie wykształcony absolwent powinien w przyszłości znaleźć też swoje miejsce obok lekarza w procesie wspólnego diagnozowania chorób. Powinien znaleźć swoje miejsce na oddziale szpitalnym, tak jak farmaceuta kliniczny decydujący o dawce leku w szpitalach w rozwiniętych krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Coraz większa liczba wysoce specjalistycznych i kosztownych badań laboratoryjnych będzie wymagała wspólnych z lekarzem decyzji diagnostycznych i interpretacyjnych. ■

**PROF. DR HAB. N. MED.
MACIEJ SZMITKOWSKI**

Misja: rozwój Wydziału Farmaceutycznego

Pracownicy Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w ciągu 40 lat zyskali ugruntowaną pozycję w polskiej nauce.

Obecnie na wydziale pracuje ponad 120 nauczycieli akademickich w tym 20 profesorów i 30 doktorów habilitowanych. W skład wydziału wchodzi 29 jednostek organizacyjnych: 24 zakłady i 5 samodzielnych pracowni.

Do obecnej chwili dyplomy Wydziału Farmaceutycznego uzyskało 1532 absolwentów kierunku farmacja, 1609 absolwentów kierunku analityka medyczna i 386 absolwentów kierunku kosmetologia. W roku akademickim 2016/2017 na Wydziale Farmaceutycznym studiuje 1244 osób.

Działalność naukowa jest obok dydaktyki najważniejszym przejawem aktywności pracowników wydziału. Aktualnie wydział posiada najwyższą kategorię A+ oraz status Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego. W dziedzinie badań naukowych współpracuje z licznymi zagranicznymi ośrodkami naukowymi i uniwersyteckimi. Szczególnie ścisłe więzy łączą uczelnię z uniwersytetami w Bonn, Monachium, Heidelbergu, we Frankfurcie nad Menem, Maastricht, Oxfordzie, Paryżu, Hamamatsu, a także Narodowym Instytutem Raka w USA. Wieloletnią tradycję ma współpraca naukowa i zawodowa z instytutami medycznymi w Grodnie, Mińsku, Kownie, Lwowie i Wilnie.

W 2017 roku przyjęto misję Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, której głównym założeniem jest stałe podnoszenie poziomu wiedzy, umiejętności i kompetencji w obszarze nauk medycznych, nauk o zdrowiu i nauk o kulturze fizycznej w dziedzinach: nauk farmaceutycznych i nauk medycznych dyscyplinie biologia medyczna. Odbywa się to poprzez prowadzenie działalności dydaktycznej i naukowej, a w szczególności:

- kształcenie studentów oraz doktorantów zgodnie z Krajowymi Ramami



Profesorowie Anna i Krzysztof Bielawscy (Wydział Farmaceutyczny) odbierają wyróżnienie Podlaskiej Marki Roku za odkrycie związków mogących być lekiem na nowotwory, fot. wrotapodlasia.pl

Kwalifikacji i zdefiniowanymi efektami kształcenia dla kierunków: analityka medyczna, farmacja i kosmetologia,

- wyposażenie absolwentów w kompetencje zawodowe, zgodne z oczekiwaniami rynku pracy,

- prowadzenie działalności kosmetycznej, specjalistycznej działalności diagnostyczno-leczniczej oraz uczestniczenie w sprawowaniu opieki zdrowotnej,

- prowadzenie studiów podyplomowych, kursów i szkoleń w celu kształcenia nowych umiejętności niezbędnych na rynku pracy w systemie uczenia się przez całe życie,

- kształcenie podyplomowe wysoko wykwalifikowanych kadr opieki zdrowotnej,

- wprowadzenie i utrzymanie europejskich standardów, w zakresie działalności dydaktycznej, naukowej i opieki zdrowotnej,

- współudział w praktycznym wykorzystaniu osiągnięć nauki oraz szerzenie oświaty prozdrowotnej w społeczeństwie poprzez współpracę z organizacjami naukowymi i gospodarczymi, przemysłem, organami samorządowymi, stowarzyszeniami kulturalnymi i społecznymi.

Wypełnianie społecznej misji wydziału obejmuje zarówno kształcenie przeddyplomowe kadr medycznych, tj. farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych i kosmetologów oraz wysokospecjalistyczne kształcenie podyplomowe realizowane w trybie kształcenia specjalizacyjnego jak i ustawicznego. Dzięki posiadaniu uprawnień do nadawania stopni naukowych doktora i doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych oraz doktora habilitowanego nauk medycznych, wydział wspomaga rozwój kadry akademickiej poprzez nadawanie stopni naukowych oraz wnioskowanie o nadanie tytułu naukowego.

Wydział uczestniczy w życiu regionu i kraju poprzez szerzenie oświaty prozdrowotnej i proekologicznej oraz propagowanie wiedzy medycznej, farmaceutycznej, kosmetycznej a także rozwijanie potrzeby samokształcenia w społeczeństwie. Ponadto wydział bierze udział w realizacji programów badawczych, współpracuje z organizacjami naukowymi i gospodarczymi, organami samorządowymi, towarzystwami naukowymi, społecznymi i kulturalnymi. W dziedzinie badań naukowych

i klinicznych współpracuje z krajowymi i zagranicznymi ośrodkami naukowymi.

Strategia rozwoju wydziału opiera się o następujące zasoby:

- wysoko wykwalifikowaną, otwartą na nowe wyzwania kadrę akademicką. Wielu nauczycieli posiada doświadczenie badawcze zdobyte między innymi w zagranicznych jednostkach naukowych. Bogate doświadczenie naukowe przekłada się na wysoką jakość kształcenia. Pracownicy prowadzą działalność naukową i dydaktyczną w zrównoważonych proporcjach,
- nowoczesną bazę lokalową, wykorzystywaną do prowadzenia badań naukowych oraz dydaktyki,
- ultranowoczesne zaplecze sprzętowe,
- doświadczoną kadrę administracyjną wydziału i Uczelni.

Główne kierunki rozwoju wydziału to:

- Doskonalenie jakości kształcenia oparte na obiektywnych: zewnętrznych i wewnętrznych danych systemowych.
- Umiejdzynarodowienie procesu edukacji i działalności naukowej. Potencjalizacja rozwoju naukowego.
- Up Praktycznienie/komercjalizacja badań naukowych.
- Realizacja potrzeb społecznych w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego.

W zakresie działalności dydaktycznej: *doskonalenie jakości kształcenia*

- optymalizacja funkcjonowania systemu zapewnienia i doskonalenia jakości kształcenia, w tym porządkowanie procedur organizacji kształcenia oraz pozyskiwania informacji zwrotnych (m.in. z procesu ankietyzacji),
- kontynuacja współpracy z interesariuszami zewnętrznymi (w tym samorządem aptekarskim, izbą diagnostów laboratoryjnych oraz otoczeniem biznesu i nauki) w tym organizacjami studenckimi w celu szybkiego reagowania na problemy dotyczące jakości kształcenia,
- dalszy rozwój jednostek kierunku kosmetologia poprzez zwiększanie liczby wysoko wykwalifikowanej kadry zawodowej do działań dydaktyczno-naukowych oraz rozbudowa bazy aparaturowej,
- utworzenie kolejnej apteki uniwersyteckiej na potrzeby kształcenia zawo-

dowego studentów kierunku farmacja,

- rozwój kształcenia z zakresu opieki farmaceutycznej oraz kształcenia interdyscyplinarnego na kierunku farmacja,
- działania w kierunku możliwości kształcenia w zakresie farmacji klinicznej,

- uzyskanie akredytacji na kształcenie specjalizacyjne diagnostów laboratoryjnych.

W zakresie: *umiejdzynarodowienia procesu dydaktycznego i działalności naukowej*

- rozpoczęcie kształcenia studentów na kierunku farmacja w języku angielskim,
- rozwijanie i formalizowanie współpracy dydaktycznej na arenie międzynarodowej,
- intensyfikacja krajowych i międzynarodowych wymian studenckich w ramach staży oraz programu ERASMUS,
- podjęcie działań promocyjnych dotyczących oferty studiów w językach polskim i angielskim prowadzonych na wydziale,
- utworzenie międzynarodowych studiów doktoranckich w języku angielskim.

W zakresie: *potencjalizacja rozwoju naukowego*

- podnoszenie jakości prowadzonych badań poprzez ich dostosowanie (planowanie, realizację i analizę wyników) zarówno do najnowszych standardów jak i wytycznych międzynarodowych,
- rozwijanie i formalizowanie naukowej współpracy krajowej i międzynarodowej z liczącymi się ośrodkami naukowymi,
- zwiększenie interdyscyplinarności prac badawczo-rozwojowych poprzez stymulowanie do tworzenia międzyjednostkowych i międzywydziałowych zespołów naukowych,
- wypracowanie skutecznych metod współpracy naukowej między jednostkami wydziału w celu zwiększenia efektywności potencjału grantowego i publikacyjnego,
- zwiększenie aktywności pracowników wydziału w ubieganiu się o granty zewnętrzne i inne formy uzyskania finansowania badań naukowych.

Główne kierunki rozwoju naukowego wydziału obejmować będą badania w zakresie:

- otrzymywania i syntezy nowych

leków przeciwnowotworowych oraz farmakoterapii nowotworów,

- projektowania nowoczesnych postaci leku,
- jakości i bezpieczeństwa żywności,
- badań nad lekiem roślinnym,
- farmakoterapii układu krążenia,
- skutecznej diagnostyki oraz identyfikacji markerów prognostycznych,
- poszukiwania biomarkerów chorób cywilizacyjnych,
- poszukiwania skutecznej farmakoterapii schorzeń skóry.

W zakresie: *upraktycznienie/komercjalizacja badań naukowych*

- upowszechnianie wiedzy o konieczności upraktycznienia i komercjalizacji wyników badań naukowych oraz możliwościach patentowania wyników badań,
- zwiększenie pozyskiwania funduszy pozastatutowych na badania naukowe, komercjalizacja badań, rozwój współpracy B+R z przedsiębiorstwami /firmami prywatnymi,
- wypracowanie modelu współpracy z władzami uczelni i innych wydziałów w celu uzyskania maksymalnej skuteczności podejmowanych działań.

W zakresie: *realizacja potrzeb społecznych w kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego*

- współpraca i uczestniczenie w rozwoju systemu służby zdrowia w regionie,
- uczestniczenie w promocji zachowań prozdrowotnych i proekologicznych wśród mieszkańców regionu,
- szeroka promocja wydziału poprzez organizowanie imprez otwartych (Dzień Akademicki, Noc Muzeów, Festiwal Nauki i Sztuki, Targi Edukacyjne, inne formy promocji),
- wspieranie różnorodnej działalności popularyzatorskiej ze szczególnym udziałem organizacji studenckich oraz studenckich kół naukowych, współpraca ze szkołami średnimi w pozyskiwaniu kandydatów na studia, w tym wśród najlepszych maturzystów,
- prowadzenie warsztatów tematycznych i kół zainteresowań, kontynuacja działalności Młodzieżowego Uniwersytetu Przyrodniczego.

DR HAB. WOJCIECH MILTYK

DZIEKAN WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
Z ODDZIAŁEM MEDYCYNY LABORATORYJNEJ

Era kosmetologii

Jedną z cech charakterystycznych XXI wieku jest wzrastający poziom wiedzy i świadomości społeczeństwa w obszarze zdrowego trybu życia. Pojawia się też większa potrzeba akceptacji społecznej, związana w dużym stopniu z atrakcyjnym wyglądem, w tym eliminowaniem/tuszowaniem niedoskonałości skóry oraz objawów związanych z procesem starzenia.

Odpowiedzią na to jest dynamiczny rozwój nowego obszaru wiedzy, jakim jest kosmetologia. Współczesna kosmetologia jest obszerną, interdyscyplinarną dziedziną łączącą elementy farmacji, chemii i medycyny, ale posiadającą także własne elementy. Działa ona w oparciu o rozwój trzech ww. dziedzin podstawowych, mając na celu wytworzenie i zastosowanie w praktyce preparatów kosmetycznych służących zwiększaniu atrakcyjności fizycznej ciała ludzkiego. Jednocześnie przyczynia się do formowania wysoko wykwalifikowanej kadry specjalistycznej, która potrafi wykorzystywać narzędzia kosmetyczne podnoszące jakość usług adresowanych do społeczeństwa.

Współczesny kosmetolog to nie tylko twórca pięknego wyglądu człowieka, ale również przedstawiciel zawodów medycznych/paramedycznych, świadomy możliwości i ograniczeń, jakie niesie rozwój wiedzy o ludzkim organizmie (w tym skórze). Zna także mechanizmy metaboliczne nieustannie zachodzące w organizmie oraz sposoby ich modyfikacji.

W odpowiedzi na potrzeby społeczne, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB wystąpił o utworzenie studiów I stopnia na kierunku kosmetologia. Uchwałą Senatu nr 16/08 z dn. 27.03.2008 r. został utworzony na Wydziale Farmaceutycznym z OML kierunek kosmetologia. Latem 2009 roku rozpoczął się pierwszy nabór kandydatów na studia I stopnia. W celu sprostania wymaganiom dydaktycznym związanym z przygotowaniem do wykonywania zawodu, władze uczelni przydzieliły pomieszczenia dla nowych jednostek wydziału (dom studenta nr 1) oraz sfinansowały ich remont i zakup



Studentki kosmetologii UMB

wyposażenia. W celu realizacji programu kształcenia utworzono dwie specjalistyczne jednostki na Wydziale Farmaceutycznym - Samodzielną Pracownię Kosmetologii oraz Samodzielną Pracownię Medycyny Estetycznej. Pracownie rozpoczęły realizację zajęć teoretycznych i praktycznych przygotowujących studentów kierunku kosmetologia do pracy w zawodzie. Ponieważ z roku na rok wzrastało zainteresowanie nowo otwartym kierunkiem, uchwałą Senatu nr 51/2011 z dnia 13.06.2011 r. pozwoliła na uruchomienie na Wydziale Farmaceutycznym studiów II stopnia na kierunku kosmetologia. Studium magisterskim został przypisany poziom ogólnoakademicki, aby dać przyszłym absolwentom szerokie możliwości dalszego rozwoju. Trzeba przyznać, że studenci i absolwenci kierunku kosmetologia potrafili odnaleźć się w obecnej rzeczywistości. Utworzyli organizację studencką nazwaną „Innowacyjny Kosmetolog”, w ramach działalności której rozwijają swoje pasje, mówiąc o sobie „Łączymy naukę ze sztuką, wydobywając piękno nie tylko za pomocą pędzli i kolorowych kosmetyków, ale także dzięki zdo-

bywanej wiedzy z zakresu nauk medycznych i farmaceutycznych”. O tym, że z myślą o swojej przyszłości wykorzystują nie tylko umiejętności zawodowe, ale i wiedzę, świadczy fakt, iż obecnie pięć absolwentek kierunku kosmetologia realizuje swoje zainteresowania na studiach doktoranckich na wydziale.

„Piękne i mądre” - mówi o nich otoczenie. Możemy również dodać - myśląc perspektywicznie, bo mają świadomość, że XXI wiek to era piękna nie tylko zewnętrznego, ale i wewnętrznego, w tym także tego metabolicznego - o którym często nie pamiętamy.

Miejmy nadzieję, że nasze absolwentki będą należały do czołówki światowej nauki szukającej remedium m.in. na proces starzenia, a przynajmniej na minimalizację jego skutków. Świadczył o tym sukces, który odniósł I International Congress of Cosmetology zorganizowany w 2015 roku przez grupę zaangażowanych pracowników i studentów Wydziału Farmaceutycznego. Oby tak dalej młody kierunk!

PROF. ELŻBIETA SKRZYDLEWSKA

PRODZIEKAN DS. NAUKI WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO