



# MEDYK BIAŁOSTOCKI



MIESIĘCZNIK BIAŁOSTOCKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

[www.amb.edu.pl](http://www.amb.edu.pl)

NR 4(27)

BIAŁYSTOK KWIECIEŃ 2005 R.

ISSN 1643-3734

## Jego Magnificencja



## bez gronostajów



**Profesorowi Janowi Górskiemu**  
z okazji objęcia funkcji Rektora AMB  
składamy gratulacje

Redakcja "Medyka Białostockiego"

*wywiad z Rektorem  
na str. 5*





„W drodze do Uniwersytetu Medycznego”  
– wywiad z prof. Janem Górskim,  
rektorem AMB.



Prawo do habilitowania  
na Wydziale Farmaceutycznym  
– rozmowa z dziekanem,  
prof. Jerzym Pałką.



Ratownictwo na wstępnym biegu.



Chwila zadumy z filozofem,  
prof. Jerzym Kopanią.



Profesor Antoni Gabryelewicz  
Doktor Honoris Causa AMB.



„Człowiek – stworzenie czy twór ewolucji?” – echa  
kwietniowej konferencji, zorganizowanej przez UwB i AMB.



**w** mediach



## SPIS TREŚCI

<b>Od redaktora</b>	str. 3
Zakład Propedeutyki Stomatologii AMB	str. 4
<b>Rozmowa miesiąca</b> z prof. dr. hab. Janem Górskim	str. 5
Wydział Farmaceutyczny AMB	str. 6
Ponad ćwierć wieku „chowu”	atr. 7
Ratownictwo medyczne na wstecznym biegu	str. 7
<b>Więści z biblioteki</b>	
Baza Synergy	str. 13
<b>Psychiatryczny słownik metaforyczny</b>	
Paranoja w mediach	str. 14
<b>Temida i Eskulap</b>	
Tajemnica lekarska cz. I	str. 16
Do twarzą nam w żalobie	str. 17
<b>Patrząc z boku</b>	
Wstańcie i chodźmy	str. 18
Na ostatnie pożegnanie	str. 20
Zapiski z pustyni – epilog	str. 22
Dobra praktyka badań naukowych. Rekomendacje. Cz. III	str. 23
<b>Doktorzy Honoris Causa</b>	
Profesor Antoni Gabryelewicz	str. 25
Trudno dotrzymać mu kroku	str. 26
Przewartościowałem wiele dylematów	str. 27
Twórca polskiej pankreatologii	str. 27
Profesorowi się nie ślubuje	str. 28
Człowiek – stworzenie czy twór ewolucji?	str. 29
<b>Co nowego w naukach biomedycznych</b>	
Kobalt-60 Józefa Rotblata	str. 30
<b>Miasta naszego regionu</b>	
Błękitno-czarne Łapy	str. 31
<b>400 słów</b>	
O słuchaniu	str. 33
<b>Rośliny w Biblii</b>	
Dawid i Kasja	str. 35
<b>Wydarzenia i aktualności</b>	str. 36
<b>Młody Medyk</b>	str. 38

---

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

---

### Skład redakcji:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski  
Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz: Krzysztof Worowski  
Sekretarz redakcji: Danuta Ślósarska  
Członkowie: Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Tadeusz Laudański,  
Wiktor Łaszewicz, Andrzej Litorowicz, Jan Długosz, Ilona Lengiewicz,  
Anna Worowska, Adam Hermanowicz, Joanna Jasielczuk, Sylwia Bartuś  
Współpracownicy: Jan Pietruski, Wojciech Dębek,  
Antoni Sydor (Tarnów), Marek Kamiński (USA)  
Dział studencki: Paweł Szambora, Anna Maksymiuk, Emilia Sobolewska,  
Walenty Pankiewicz  
Skład komputerowy: Marzena Szleszyńska  
Strona internetowa: Andrzej Bortacki

### Druk: Zakład Poligraficzny ABIS

15-227 Białystok, ul. Zwierzyniecka 72, tel. 0 695 487 014

### Adres redakcji:

Biblioteka Główna Akademii Medycznej  
15-089 Białystok 8,  
ul. Kilińskiego 1,  
tel. (085) 748 54 85 (Danuta Ślósarska)  
e-mail: medyk@amb.edu.pl  
http://www.amb.edu.pl

### Adres redakcji studenckiej:

Siedziba organizacji studenckich, DS1  
ul. Akademicka 3; tel (85) 748 58 13

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



## OD REDAKTORA



Kim jest człowiek? Skąd przybył na planetę, którą nazwał Ziemia? Dokąd zmierza jako jednostka i gatunek? Kto puszcza w ruch skomplikowaną maszynę, której działanie określa się życiem? My, przyrodniczy i lekarze, dostępujemy zaszczytu przebywania blisko tajemnicy, jaką jest człowiek, jego życie i śmierć. Niektórzy z nas zachwycają się własnym rozumem i odkryciami. Rozumowi składają hołd. Inni, w miarę poznawania i głębszego wnikania w struktury i funkcje żywej komórki, są zadziwieni – bynajmniej nie własnym rozumem. Są zadziwieni cudem, jakim jest życie. Stają z nabożeństwem i szacunkiem przed każdą żywą istotą, każdym przejawem życia. Ta postawa była tak bliska zmarłemu wielkiemu rodakowi – słowiańskiemu papieżowi. Jego śmierć zbiegła się z sympozjum, jakie miało miejsce w Auli Wielkiej AMB, na którym biolodzy, filozofowie i teolodzy prowadzili rozważania na temat Człowiek – stworzenie czy twór ewolucji. Tym, którzy nie mieli okazji uczestniczyć w sympozjum, polecam zapoznanie się z niektórymi wypowiedziami wykładowców biorących w nim udział. Do osoby, nauki i śmierci Jana Pawła II nawiązuje wiele tekstów, które nasi czytelnicy znajdą w bieżącym numerze. Mnie szczególnie zaintrygował wywiad z profesorem Kopanią – bioetykiem pracującym w UwB, jednym z wykładowców na wspomnianym sympozjum. Profesor odpowiada na pytanie, które wielu z nas stawiało sobie towarzysząc, za pośrednictwem mediów, w ostatnich dniach życia i męki papieża. Pytanie o śmierć – czy powinna być cicha, przeżywana przez najbliższych i w ich gronie. Przeżywana w sposób intymny – jako akt i własność umierającego oraz jego rodziny. Czy na miejscu i w zgodzie z etyką była wrzawa, jaką w obliczu śmierci papieża wytworzyły media, relacjonując jej poszczególne etapy. Jakby to było sprawozdanie z imprezy sportowej? Z moich własnych obserwacji, doświadczeń i odczuć wynika, że przekroczyliśmy znowu pewne granice. Czy wolno je było przekroczyć?! Dane mi było towarzyszyć w ostatnich chwilach życia mojego ojca. Odprowadzałem go, w jego ostatniej drodze. Choć minęło już niemal 20 lat, pamiętam każdą chwilę. Była to dla mnie ostania lekcja, jaką mi udzielił. Nie wyobrażam sobie, aby odbywała się w świetle jupiterów i wrzawy. Choćby ta wrzawa była nie bezpośrednio w pokoju, a za murami domu, w którym umierał, czy na sąsiedniej ulicy. Innego zdania jest profesor Kopania. Argumenty, jakimi się posługuje, bronią machinę zwaną mediami, jaką wytworzył współczesny człowiek. Współczesny człowiek poszedł dalej.

Będąc w Paryżu kilka dni temu, znalazłem w „Le Figaro” informację, że w belgijskich aptekach pojawił się zestaw sprzętu i farmaceutyków do eutanazji. Notatka zaopatrzona była w stosowne zdjęcie tego „rewelacyjnego wynalazku” współczesnej cywilizacji. Wynalazku przerażającej cywilizacji śmierci, którą tak piętnował Jan Paweł II.

Nie odstępuję mnie myśl o moim przyjacielu, 82-letnim Belgu, wspaniałym człowieku, wielkim przyjacielu Polaków. Tego wysokiej klasy specjalistę profesora onkologii odwiedziłem kilka miesięcy temu. Był w szpitalu dla przewlekłe chorych w pobliżu Waterloo. Obecnie jest w domu starców w okolicach Brukseli. Synowie zlikwidowali jego mieszkanie. Jest niepotrzebny. Na pewno nie będzie mu dane udzielić ostatniej lekcji – lekcji umierania, swoim dwóm dobrze sytuowanym synom i niebyt zaradnej córce. A może dzieci skorzystają z zestawu. Jest dostępny w aptece na rogu.

# Zakład Propedeutyki Stomatologii AMB

Wbieżącym roku akademickim zaczął funkcjonować na oddziale lekarsko-dentystycznym Zakład Propedeutyki Stomatologii, kierowany przez dr hab. Annę Kierkło.

Baza dydaktyczna zakładu składa się z sali ćwiczeniowo-seminaryjnej, która mieści się na parterze Collegium Novum przy ul. Waszyngtona 15A. Została ona wyposażona w nowoczesne symulatory fantomowe niezbędne do praktycznej przedklinicznej nauki zawodu.

Dzięki temu, każdy student ma do dyspozycji specjalne stanowisko, które wiernie imituje warunki pracy z pacjentem: oba rodzaje wiertarek stomatologicznych (mikrosilnik i turbinę), strzykawkę wodno-powietrzną oraz ssak i ślinociąg. Fantom stanowi ruchome popiersie z głową, które daje się ułożyć w różnych pozycjach dostosowanych do potrzeb leczniczych. Głowa posiada lateksową maskę imitującą skórę, twarz, policzki oraz wargi. W jamie ustnej „pacjenta” znajdują się zęby o zbliżonym do naturalnych stopniu twardości. Są one mocowane za pomocą specjalnych śrubek tak, by każdy student mógł w trakcie ćwiczeń umieścić przyniesione przez siebie zęby, a po zajęciach je wyjąć. W ten sposób studenci posługują się tylko „swoim” kompletem zębów. Studenci pracują indywidualnie i samodzielnie, kształcąc swoje umiejętności manualne dzięki temu, że mają do wykonania określone normy zabiegów.

Działalność dydaktyczna zakładu obejmuje nauczanie studentów II roku oddziału lekarsko-dentystycznego w zakresie przedklinicznej stomatologii zachowawczej, endodoncji przedklinicznej, materiałoznawstwa oraz ergonomii stomatologicznej, połączonych w jeden blok przedmiotowy, a także kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów.

W ramach zajęć z przedmiotu stomatologia zachowawcza przedkliniczna studenci nabywają podstawowych umiejętności pracy z narzędziami obrotowymi, czyli różnymi rodzajami wiertel. Na zębach fantomowych uczą się zasad opracowywania ubytków próchnicowych, a następnie ich wypełniania z wykorzystaniem najnowocześniejszych metod i materiałów. Na zajęciach z endodoncji przedklinicznej studenci poznają tajniki leczenia kanałowego. Gruntowne zapoznanie się ze

specyficznym instrumentarium oraz obowiązującymi obecnie technikami pracy, poparte jest licznymi ćwiczeniami praktycznymi. Użycie specjalnych przezroczystych zębów umożliwia kontrolę skuteczności i przebiegu postępowania podczas opracowywania kanałów korzeniowych i ich wypełniania. Natomiast przedmiot ergonomii stomatologicznej pozwala wdrożyć studentów do pracy z pacjentem w pozycji leżącej oraz do pracy z asystą – „na cztery ręce”. Istotnym celem jest nauka prawidłowej pozycji ciała i wyrobienie innych pozytywnych nawyków już na początku kształcenia przyszłych lekarzy dentystów. Uświadomienie zagrożeń dla własnego zdrowia wynikających ze specyfiki tego zawodu ma dla nich duże znaczenie edukacyjne.

Sala dydaktyczna zaopatrzona jest w sprzęt audio-wizualny, który wspomaga proces nauczania. Prezentacje na ekranie poszczególnych czynności „krok po kroku” znacznie ułatwiają opanowanie praktycznej wiedzy.

Młoda, pełna zapału kadra, w osobach lek. stom. Małgorzaty Białous i Roberta Petrosjana, stara się jak najlepiej przygotować studentów II roku do zajęć klinicznych, na które uczęszczać będą przez kolejne lata.

Działalność naukowo-badawcza zakładu koncentruje się na zagadnieniach biomechaniki zęba i tkanek otaczających oraz materiałoznawstwa stomatologicznego, a także na doskonaleniu metod leczenia endodontycznego.

Na wydziałach dentystycznych zagranicznych uczelni forma zajęć symulacyjnych stanowi znaczącą część procesu nauczania. Mało jest bowiem pacjentów chętnych do leczenia przez studentów, podczas gdy ćwiczenia na fantomach dają możliwość gruntownego opanowania prawie wszystkich wymaganych umiejętności praktycznych.



Fot. dr hab. Anna Kierkło, lek. stom. Małgorzata Białous, lek. stom. Robert Petrosjan.

**Adres:** Zakład Propedeutyki Stomatologii AMB  
Białystok 15-274, ul. Waszyngtona 15 A  
e-mail: [stomprop@amb.edu.pl](mailto:stomprop@amb.edu.pl)  
tel.: 7468747

# W drodze do Uniwersytetu Medycznego

Z nowo wybranym Rektorem Akademii Medycznej  
prof. dr. hab. **Janem Górskim**, rozmawia Sylwia Bartuś.



Szanowny Panie  
Profesorze, a przede  
wszystkim Panie

Rektorze, jesteśmy pod wrażeniem  
Pana zwycięstwa, nie ze względu na  
sam wybór, ale ze względu na 100%

jednomyślność głosujących. Jak Pan czuje  
się po takim zwycięstwie?

Należy zacząć od tego, że byłem zaskoczony wynikiem wyborów do Senatu i Kolegium Elektorów. To są tajne wybory i oczywiście jest to najlepsza forma oceny. A później, po wyborach na Rektora, również tajnych, kiedy przewodniczący odczytał, że na 95 głosujących otrzymałem 95 ważnych głosów byłem naprawdę wzruszony. Myślę, że ten wynik to najlepszy wyraz akceptacji wyników mojej dotychczasowej pracy jak również sposobu działania.

**Przygotowując się do wyborów dał się Pan poznać jako prawdziwie profesjonalny kandydat. Mimo braku kontrkandydata przedstawił pan świetny program i to z prawdziwie politycznym talentem. Czy ma Pan jakieś polityczne ambicje lub doświadczenia?**

Wiadomo było, że byłem jedynym kandydatem w tych wyborach, i dlatego poprzez formę, pełną i w miarę profesjonalną prezentację zarówno wyników mijającej kadencji jak też planów na przyszłość chciałem przede wszystkim wyrazić swój szacunek do słuchaczy. Co do moich ambicji politycznych, to nie mam żadnych. Na szczęście udało mi się uniknąć przynależności do jakichkolwiek organizacji politycznych. Mogę powiedzieć, że miewam propozycje ze strony różnych partii bym kandydował do parlamentu, ale po prostu odmawiam. Nie mam zamiaru robić kariery politycznej.

**Mimo predyspozycji, doświadczenia i talentu, jakim się Pan Rektor wykazał?**

(Śmiech) To pani to powiedziała, nie ja.

**Zaczynając czwartą kadencję na stanowisku Rektora Akademii Medycznej i mając tak lojalny zespół, w jakim kierunku chce Pan poprowadzić naszą uczelnię?**

Oczywista akceptacja przez wyborców przedstawionego przeze mnie programu działania obliguje mnie do jego realizacji. Najważniejszym zadaniem jest kontynuowanie i rozwijanie inwestycji. Po drugie jeżeli ustawa o szkolnictwie wyższym wejdzie w życie, w takiej formie jak jest proponowana, to chciałbym doprowadzić, w ciągu około dwóch - trzech lat, do przekształcenia Akademii Medycznej w Uniwersytet Medyczny.

**Co to oznacza dla Akademii?**

Status Uniwersytetu Medycznego oznacza, że uczelnia spełnia określone, wysokie kryteria, a tym samym zwiększa jej prestiż. Uważam, że potencjał naukowo-dydaktyczny naszej Uczelni jest tak wysoki, że jesteśmy w stanie bez problemu przekształcić Akademię w Uniwersytet.

W zapisie ustawy uczelnia medyczna, by stać się uniwersytetem, musi mieć sześć uprawnień do nadawania stopnia doktora nauk. My mamy obecnie cztery, występujemy w jesieni o piąty, a potem za jakiś czas o szósty. Uprawnienia do nadawania doktora nauk stomatologicznych otrzymamy prawdopodobnie bez większych trudności.

A Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, który już teraz ma wszelkie formalne podstawy do wystąpienia o uprawnienia, został powołany dwa lata temu i dlatego wymagane jest żeby trochę odczekać.

**Proszę nam powiedzieć coś więcej o inwestycjach.**

To jest proszę Pani... bardzo dużo. Budujemy Klinikę Rehabilitacji, Klinikę Chirurgii Szczękowej, Szpitalny Oddział Ratunkowy, nowy hol i nowe ciągi windowe w PSK, prowadzimy kapitalny remont bloku operacyjnego w tym szpitalu, rozpoczynamy budowę Kliniki Neonatologii, Kliniki Rozrodczości, przebudowę Kliniki Ginekologii z Blokiem Operacyjnym, częściowy remont Kliniki Perinatologii. Planujemy w najbliższym czasie rozpoczęcie budowy Kliniki Hematologii z Ośrodkiem Przeszczepiania Szpiku. Budujemy Centrum Medycyny Doświadczalnej. Moim ukrytym marzeniem jest wprowadzenie tytułu inwestycyjnego na budowę gmachu dla Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia. To wręcz pałaca inwestycja. Na tym Wydziale studiuje 1400 studentów a powierzchnia Uczelni nie uległa zwiększeniu nawet o metr. Uznaliśmy jednakże, że pilniejsze są potrzeby PSK. Liczyłem też na pomoc lokalową Urzędu Marszałkowskiego oraz Urzędu Miasta. Miałem prawo oczekiwać takiej pomocy. Przecież rozbudowę i remonty Państwowego Szpitala Klinicznego prowadzimy nie dla siebie lecz dla pacjentów tego miasta i województwa. Zarówno Pan Marszałek jak też Pan Prezydent wykazywali pełne zrozumienie tej sytuacji, pomoc deklarowali, ale jak dotychczas na deklaracjach się skończyło.

**Zajmijmy się teraz Pana osobą. Jest Pan naukowcem, profesorem, szefem uczelni, szefem Zakładu Fizjologii, i oczywiście przy tym także ojcem i mężem. Jak udaje się Panu łączyć wszystkie te funkcje?**

W zasadzie to sam nie wiem. Po pierwsze lubię to co robię i zapewne trochę więcej pracuję niż średnio ludzie. Pomaga mi też trochę fakt, że blisko mieszkam. Mogę wyjść z domu na spacer i przyjść na uczelnię na dwie, trzy godziny, i wrócić do domu.

**Proszę nam zdradzić sekret czy w domu to Pan jest szefem czy żona?**

Moje dzieci są już teraz dorosłe, mam już nawet dwoje wnucząt, tak więc w domu nie ma kim rządzić. Moja córka pracuje w Klinice Kardiologii i właśnie zdała II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. A syn, który pracował na Wydziale Prawa tutejszego Uniwersytetu, po zrobieniu doktoratu przeniósł się na Uniwersytet Jagielloński.

**Jest więc jest Pan obecnie dumnym ojcem i dziadkiem. Kto więc rządzi w domu?**

Z wnuczków na ogół wszyscy są dumni. To naturalne. Co do tego rządzenia w domu, to jesteśmy z żoną oboje bardzo zajęci, bo żona jest szefem kliniki, więc jesteśmy partnerami. Umiem zmywać i pracować, nie umiem gotować (śmiech).

**Czy chciałby Pan Rektor, jako władza najwyższa Akademii Medycznej w Białymstoku, powiedzieć coś jeszcze swoim pracownikom i studentom?**

Tak. Apeluje o współpracę!

**Dziękuję serdecznie za rozmowę.**



**W**ydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej Akademii Medycznej w Białymstoku został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lipca 1977 r. Początkowo wydział prowadził jedynie kształcenie magistrów analityki medycznej. W roku 1986, po dokonaniu rozbudowy

doktorów habilitowanych posiada tytuł lub stopień w dziedzinie nauk medycznych. Złączenia ze studentami Oddziału Medycyny Laboratoryjnej prowadzi również dwóch profesorów i pięciu doktorów habilitowanych nauk farmaceutycznych. W skład wydziału wchodzi 22 jednostki organizacyjne (21 zakładów i 1 samodzielna pracownia), z

Tematyka naukowo-badawcza wydziału dotyczy szerokiego wachlarza specjalności diagnostycznych, medycznych i farmaceutycznych. W ciągu ostatnich pięciu lat na Wydziale Farmaceutycznym realizowano 13 grantów KBN, 330 prac statutowych i własnych. W tym okresie łączny dorobek naukowy obejmował 680 publikacji naukowych, z których 460 opublikowano w czasopismach rejestrowanych w bazie Medline. W Current Contents zarejestrowano 249 publikacje. Skumulowany IF tych prac wyniósł 382.73, a łączna punktacja KBN = 4048. W roku 2001 Wydziałowi Farmaceutycznemu AMB przyznano I kategorię KBN.

# W Y D Z I A Ł

# Farmaceutyczny

organizacyjnej i kadrowej wydziału, rozpoczęto kształcenie magistrów farmacji. W 2000 roku, wychodząc naprzeciw ustaleniom *Konwencji Bolońskiej*, wydział rozpoczął kształcenie na kierunku analityka medyczna w trybie 3-letnich studiów licencjackich oraz 2-letnich uzupełniających studiów magisterskich. W 2001 roku, uchwałą Senatu AMB zmieniono nazwę Oddziału Analityki Medycznej na Oddział Medycyny Laboratoryjnej, w celu właściwego rozpoznawania kierunku studiów w innych krajach (Laboratory Medicine).

W bieżącym roku mija 28 lat działalności wydziału w zakresie kształcenia magistrów analityki medycznej. Do chwili obecnej 850 absolwentów wydziału otrzymało dyplomy magistra analityki medycznej, a 549 absolwentów uzyskało dyplomy magistra farmacji.

Aktualnie, Wydział Farmaceutyczny posiada liczną kadrę nauczającą na Oddziale Medycyny Laboratoryjnej, ma dobrze rozbudowaną strukturę organizacyjną oraz obszerną bazę lokalową. Zapewnia to realizację nowoczesnego programu dydaktycznego i naukowego. Na Wydziale Farmaceutycznym zatrudnionych jest 106 nauczycieli akademickich. W pełnym wymiarze czasu pracuje 14 profesorów i 16 doktorów habilitowanych. Spośród 30 samodzielnych pracowników nauki, 11 profesorów i 8

których 17 bierze udział w nauczaniu studentów analityki medycznej.

W 2004 roku Komisja Akredytacyjna Uczelni Medycznych uznała wysoką jakość kształcenia na kierunku analityki medycznej, przyznając Wydziałowi Farmaceutycznemu świadectwo akredytacyjne na pięć lat.

W 2000 roku Wydział Farmaceutyczny AMB uzyskał uprawnienia do doktryzowania w dyscyplinie biologia medyczna. Do tej pory wszczęto 39 przewodów doktorskich, a 14 osób uzyskało stopnie doktora nauk medycznych

## A M B

Aktywność naukowa, która cechuje pracowników Wydziału Farmaceutycznego AMB znalazła swoje odzwierciedlenie w awansach pracowników wydziału. Dotychczas awanse naukowe na wydziale dotyczyły:

- 25 tytułów profesorskich (22 prof. n. med., 3 prof. n. farm.)
- 38 stopni naukowych doktora habilitowanego (27 dr hab. n. med., 11 dr hab. n. farm.)
- 91 stopni naukowych doktora (67 dr n. med., 24 dr n. farm.).

Osiągnięcia w zakresie kształcenia kadry i dokonania naukowe pracowników wydziału dotyczą również nauk farmaceutycznych, co umożliwiło wydziałowi uzyskanie w roku 2004 uprawnień do nadawania stopnia naukowego doktora nauk farmaceutycznych. Do tej pory wszczęto cztery przewody doktorskie, a jedna osoba uzyskała stopień doktora nauk farmaceutycznych.

prof. dr. hab. **Jerzy Pałka**  
Dziekan Wydziału  
Farmaceutycznego AMB.

### Dar dla Muzeum Farmacji

Podręcznik farmacji szczegółowej z 1875 roku, napisany i wydany po raz pierwszy w Rosji w języku rosyjskim (do okresu Napoleońskiego w XIX wieku wszystkie prace naukowe w Rosji pisane były po łacinie) jest w posiadaniu Muzeum Farmacji AMB. Autorem podręcznika jest wybitny rosyjski farmakolog, A. Sokołowski.

– *Będąc w Moskwie spotkałem prof. Irinę Tarejewą – urologa, córkę słynnego internisty-klinicysty akademika Jewgienija Sarajewa, który na tym podręczniku uczył się farmakologii. Widząc moją fascynację językiem medycyny, I. Tarajewa sprezentowała mi tę książkę z biblioteki swego ojca, gdyż jak powiedziała „książka trafia we właściwe ręce”. Obecnie przekazuję ją też „we właściwe miejsce” – do Muzeum Farmacji Akademii – mojej kochanej Alma Mater, której zawdzięczam to kim dziś jestem, jako naukowiec i jako człowiek – powiedział prof. Jan Zaniewski, były organizator i kierownik Studium Języków Obcych AMB, wręczając podarunek.*



# Ponad ćwierć wieku „chowu”

Rozmowa z profesorem **Jerzym Pałką**

– dziekanem Wydziału Farmaceutycznego AMB.

**Panie profesorze kierowany przez pana wydział uzyskał w bieżącym roku prawo do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna. Jak wyglądała droga do uzyskania takiego przywileju?**

Droga była wyjątkowo długa i trudna. Sam fakt, że trwała 28 lat wiele wyjaśnia. Były to lata ciężkiej pracy organizacyjnej, naukowej i dydaktycznej. Cała nasza kadra naukowa przeszła tu kolejno poprzez wszystkie szczeble kariery naukowej; od magistra do profesora. Przykładem pierwszego profesora wychowanego, od samych podstaw, na naszym wydziale jest prof. dr hab. Milena Dąbrowska. Nie mamy tu tzw. „kupowanych” profesorów. Sami wyszkoliliśmy całą obecną kadre. W zasadzie to jest taki chów wsobny (uśmiech).

Wydział Farmacji AMB powstał w 1977 na bazie wydziału lekarskiego. Początkowo mogliśmy szkolić jedynie magistrów analityki medycznej i taka sytuacja trwała przez 10 lat. W latach następnych zaczęliśmy szkolenie magistrów farmacji. Pierwszy dziekan wydziału przyjął strategię realizowaną do dzisiaj tzn. szybkie, ustawiczne i konsekwentne podnoszenie kwalifikacji. Mobilizował pracowników do doktoryzowania się w farmacji. W 2000 roku spełnialiśmy wszystkie wymogi do habilitowania w dyscyplinie biologia medyczna. Tymczasem wciąż nie mieliśmy pozwolenia nawet na nadawanie stopnia doktora w tym kierunku. Dziekan Szmitkowski wystąpił o te prawa i... otrzymaliśmy jedynie prawo do doktoryzowania. Problemy wynikały z pewnej dezinformacji w środowisku naukowym. Wieść w Polsce niosła że „prowincjonalny Białystok” chce habilitować w farmacji (pozwolenie na doktoryzowanie w farmacji mamy od 2004 roku). Była to oczywiście nieprawda. Ubiegaliśmy się o habilitowanie w dyscyplinie biologia medyczna.

**A jaką kadre musiał posiadać Wydział Farmacji, żeby uzyskać takie prawa?**

Te wymogi spełnialiśmy już jak wspomniałem w 2000 roku. Dotychczasowe awanse dotyczyły 25 tytułów profesorskich, 39

stopni doktora habilitowanego i 91 stopni doktora.

**Czy pozyskanie prawa do nadawania tytułu doktora habilitowanego ma jakieś szczególne znaczenie dla wydziału i dla uczelni.**

Jest to niezmiernie ważne. Nie sposób jest wymienić wszystkich dobrodziejstw jakie to ze sobą niesie. Przede wszystkim wydział ma teraz uprawnienia do prowadzenia studium doktoranckiego, a więc pozyskiwania pracowników naukowych. Możemy otrzymywać dodatkowo środki na działalność naukową z funduszy pozauczelnianych, a większe finanse to lepsza praca i współpraca z innymi ośrodkami.

Dla uczelni korzyści są jeszcze większe. Odzyskaliśmy prawo samostanowienia. Zgodnie z przepisami niezależność prawną każdej uczelni zapewnia tylko taka sytuacja, gdy połowa z istniejących wydziałów ma prawo do habilitacji. My, odkąd mamy w uczelni trzy wydziały nie spełnialiśmy tych wymagań. Wszelkie decyzje musieliśmy konsultować z Warszawą. Teraz rektor naszej uczelni sam może podejmować ważne dla uczelni decyzje dotyczące np. zmian regulaminowych, kadrowych itp. Nie trzeba chyba tłumaczyć jak ważne jest to, aby decyzje podejmowała osoba znająca problemy uczelni, a nie ktoś obcy.

**Jak wiele wydziałów farmacji w Polsce posiada takie prawo jak kierowany przez pana wydział?**

Spośród dziesięciu wydziałów farmacji w Polsce jesteśmy wydziałem unikatowym. Takie prawo posiadają trzy, najwyżej cztery, wydziały. Warto dodać i to z czystym sumieniem, że jesteśmy najlepszym spośród polskich wydziałów farmacji. Jako jedyni mamy nowoczesną bazę sprzętowa zlokalizowaną przy klinicznym szpitalu. Laboratoria są na miarę XXI w. Studenci szkolą się na badaniach rzeczywistych pacjentów, a nie na sucho. O takich warunkach, póki co, studenci z innych uczelni mogą tylko pomarzyć. Z tego jesteśmy dumni i tym możemy się chwalić.

**Bardzo miło jest rozmawiać z kimś, kto nie narzeka.**

**Dziękuję serdecznie i życzę dalszych sukcesów.**

Rozmawiał: **Adam Hermanowicz**

## RATOWNICTWO MEDYCZNE

### na **WSTECZNYM** biegu

*Marek Kamiński*

**W** latach 1992-1995, uczestniczyłem ze strony amerykańskiej w zainicjowanym przez Milwaukee International Health Training Center (MIHTC) przedsięwzię-

ciu pod nazwą Partnership EMS Project for Poland, mającym na celu usprawnienie niektórych aspektów polskiego ratownictwa medycznego. Tak unikalna perspektywa, umożliwiająca bezpośrednie porów-

nanie ratownictwa w USA i w Polsce uświadomiła mi swoisty paradoks polegający na tym, że w bogatej Ameryce funkcjonuje stosunkowo tani i sprawny system ratownictwa medycznego zwany tu

EMS (Emergency Medical Services), natomiast w Polsce mamy system, na który Amerykanie w żaden sposób by sobie nie mogli pozwolić. Cena polskiego systemu byłaby dla nich nie do przyjęcia w kategoriach finansowych, ale przede wszystkim w kategoriach ryzyka dla ludzkiego zdrowia i życia.

Dnia 25 lipca 2001 r. Sejm RP Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, uprawomocnił ratownicze anachronizmy i tym samym rozwiął jakąkolwiek nadzieję na postęp. Poniższa wiadomość z Gazety Wyborczej nadzieję tę poniekąd przywróciła.

*Iwona Hajnosz 24-07-2004, ostatnia aktualizacja 23-07-2004 19:08*

*Sejm zdecyduje w tym tygodniu, czy odłożyć o kolejny rok przepisy o koordynacji akcji ratowniczych. Ustawa o ratownictwie medycznym, uchwalona równo trzy lata temu, miała doprowadzić do tego, by ofiary katastrof i wypadków szybciej otrzymywały pomoc. By nie mogła się powtórzyć tragedia z Częstochowy, gdzie na zawał umarł mężczyzna, bo nie było jasne, który szpital może przyjąć go na oddział (...).*

**Każdego roku w Polsce w wypadkach komunikacyjnych ginie 4-6 tys. osób. W UE więcej osób ginie tylko na Litwie i Łotwie.**

Na szczęście po raz kolejny Sejm zdecydował odłożyć. A więc nie wszystko stracone. Stąd ten wywód.

### Nieefektywna efektywność

Jestem lekarzem od siedemnastu lat praktykującym w USA Emergency Medicine, specjalność znaną w Polsce z amerykańskiego serialu „Ostry Dyżur”. Autorzy USTAWY z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym przypisali jej przesadnie dramatyczną nazwę – medycyna ratunkowa. „Pomoc doraźna” rozumiana jako diagnoza i wynikające z niej postępowanie, moim zdaniem, lepiej oddaje istotę tej specjalizacji. Jednakże nie semantyczna przesada, lecz merytoryczny anachronizm i logiczna niespójność ustawy jest przedmiotem tych rozważań. Już pierwsze zdanie pierwszego artykułu zawiera oczywistą sprzeczność.

Art. 1.

W celu zapewnienia sprawnej i efektywnej realizacji zadania państwa, polegającego na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Przecież sam fakt podjęcia przez jakiegokolwiek państwo realizacji jakiegokolwiek zadania – za wyjątkiem ściągania podatków, ale tylko z uczciwych obywateli – wręcz z definicji wyklucza sprawność i efektywność. Dotyczy to każdego państwa bez wyjątku, z USA na czele. Osiemnaście stron zapisanego małą czcionką druku ustawy, 45 artykułów, kilkaset paragrafów i trzy, a niedługo cztery lata sejmowych wahań potwierdziło tę prawidłowość.

### Nieosiągalne standardy i osiągnięcia

Według 23 art. Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

- 4) Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: (...)
- 5) standardy medycznych procedur ratowniczych, uwzględniając aktualny stan wiedzy medycznej, obejmujący w szczególności osiągnięcia w zakresie medycyny ratunkowej na świecie, i dorobek innych państw w zakresie określenia standardów medycznych i procedur ratowniczych.

Amerykę można lubić albo nie. Można ją podziwiać albo nią pogardzać. Faktem jest, że pod względem postępu wiedzy i technologii medycznej, jak również jakości i organizacji usług, kraj ten zdecydowanie przoduje. I tak jak zacytowany powyżej art. 23 zachęca, tak art. 26 tej samej ustawy wyklucza zastosowanie *osiągnięć amerykańskiej medycyny ratunkowej i dorobku tego państwa w zakresie określenia standardów medycznych procedur ratowniczych.*

Artykuł 26 stwierdzając: *Medycznymi działaniami ratowniczymi kieruje lekarz ratunkowy zespołu ratownictwa medycznego, który przybył pierwszy na miejsce zdarzenia*, prawnie definiuje zasady polskiego ratownictwa medycznego według kryteriów z okresu kiedy to wywiad i badanie fizykalne były praktycznie jedynymi narzędziami diagnostycznymi. Podstawą terapią zaś był ów cudowny zastrzyk dawany z namaszczeniem choremu w jego domu, przy wyczekującej aprobacie pozostałych członów rodziny. Był to również czas gdy podstawowym środkiem lokomocji polskiej prowincji były furmanka i rower.

Osią tego ustawodawczego anachronizmu jest prawne usankcjonowanie lekarzy jeżdżących w karetkach do domu chorego czy na miejsce wypadku. Ustawa nakazując uwzględnienie „osiągnięć w

zakresie medycyny ratunkowej na świecie”, beztrzesko ignoruje podstawowe z tych osiągnięć, czyli oparte o technologię obiektywizowanie medycznego rozpoznania i możliwości interwencyjnego zatrzymania czy nawet odwrócenia zagrożeń zdrowotnych. Ponieważ opcje te dostępne są tylko w szpitalach, lekarz w karetce nie tylko nie pomaga, ale wręcz komplikuje przedszpitalny aspekt pomocy. Kilkudziesięcioletnie doświadczenie nie tylko potwierdziło słuszność tego podejścia, ale przede wszystkim umożliwiło zdefiniowanie zasad nowoczesnego, przyszłościowo zorientowanego systemu ratownictwa medycznego.

### Osiągnięcia

Powyższe ustawowe zalecenie nie uwzględniania aktualnego stanu wiedzy medycznej, a w szczególności osiągnięć innych państw w zakresie medycyny, stoi w jaskrawej sprzeczności z resztą ustawowych zaleceń. To tak jakbyśmy nakazali rozwój motoryzacji z uwzględnieniem światowych osiągnięć, równocześnie zastrzegając, że jedynym dopuszczalnym środkiem lokomocji jest traktor marki Ursus z jedną bądź dwoma przyczepami. Mało tego. Ustawodawcy, nie dość że uniemożliwili jakiegokolwiek postęp, to jeszcze zlekceważyli poniżej opisane osiągnięcia i standardy ratownictwa medycznego, co do zasadności których nie było wątpliwości w momencie zatwierdzania prawa. Skoro jednak Sejm nakazuje uwzględnianie światowych osiągnięć, procedur i standardów ratownictwa medycznego, nie od rzeczy będzie przypomnienie choćby tych najważniejszych.

### Osiągnięcie nr 1: Obiektywna weryfikacja subiektywnych zagrożeń

Najpoważniejszym wyzwaniem dla lekarza pomocy doraźnej jest rozpoznanie nietypowych, pozornie błahych, wczesnych objawów poważnych zdrowotnych zagrożeń. Tych ostatnich stwierdza się coraz to większy procent. Dzieje się tak nie dlatego że zmienia się przebieg i objawy groźnych chorób, ale dlatego że nowoczesna technologia diagnostyczna pozwala na coraz wcześniejszą, coraz bardziej precyzyjną interpretację nietypowych objawów. W rezultacie dowiadujemy się jak bardzo mało do tej pory wiedzieliśmy. Zwłaszcza jak bardzo zawodne bywają pierwsze wrażenia diagnostyczne, powstałe na podstawie subiektywnej interpretacji rozmowy z chorym i badania fizykalnego, czyli dwóch podstawowych metod diagnostycznych, które są



w dyspozycji lekarza przyjeżdżającego karetką do domu chorego.

Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że w odróżnieniu od lekarzy ogólnych i specjalistów, lekarze pomocy doraźnej zdecydowaną większość pacjentów widzą po raz pierwszy, zwykle w sytuacjach postrzeganych przez chorych jako zagrożenie. Ponieważ ci po raz pierwszy widziani ludzie reprezentują pełne spektrum pomiędzy hipochondrykiem pomnażającym a stoikiem minimalizującym swoje objawy, w amerykańskim ratownictwie medycznym *every perceived emergency is an emergency until proven otherwise* – osobę w poczuciu zagrożenia traktuje się jako zagrożoną do czasu obiektywnej weryfikacji tego poczucia. A to można osiągnąć tylko w warunkach oddziały pomocy doraźnej, gdzie dostępna jest technologia medyczna i specjalistyczna konsultacja. Wszelkie próby diagnozy i interwencji w terenie są dziś nie tylko bezwzględnie stratą cennego czasu, ale i potęgowaniem zagrożenia możliwością błędnego rozpoznania. Zresztą nawet prawidłowe rozpoznanie w domu chorego niewiele zmienia, bo i tak trzeba czekać na przyjazd do szpitala by tę diagnozę potwierdzić i zainterweniować z zastosowaniem koniecznej technologii i ekspertyzy.

Jednak nie tylko brak zaplecza technologicznego i terapeutycznego dramatycznie ogranicza lekarską ocenę dokonywaną w domu chorego czy na miejscu wypadku. Choroba to proces dynamiczny. Jest to swoista walka między organizmem a czynnikami patologicznymi. W większości wypadków proces ten przebiega fazowo, kiedy to raz jedna raz druga strona osiąga przewagę. Zwłaszcza w początkowym okresie organizm zwykle dosyć skutecznie broni się, maskując objawy. To, na którą fazę owego zmagania przyjeżdżający karetką lekarz trafi, ma decydujący wpływ na ocenę objawów, które to za chwilę mogą się zmienić.

W tego rodzaju przypadkach, najskuteczniejszym narzędziem diagnostycznym jest możliwość obserwacji pacjenta. Wielokrotnie okazuje się, że ból w klatce piersiowej **w pierwszej chwili** wyglądający na zawał okazuje się **potem** niestrawnością. Gorzej jest, gdy symptomy **w pierwszej chwili** wyglądające na zwykłą zgałę okazują się **potem** wczesnymi oznakami ostrego zawału. Nie zliczę sytuacji, kiedy dzięki temu „potem” udało mi się uratować czyjeś życie.

W polskim ratownictwie medycznym lekarz przyjeżdżający karetką do chorego

czy na miejsce wypadku ma tylko tę „pierwszą chwilę” na podjęcie decyzji. Owego najcenniejszego „potem” jest pozbawiony nie tylko lekarz, ale co najważniejsze chory.

### Osiągnięcie nr 2: Procedury ratownicze

W większości przypadków w czasie transportu do szpitala wystarczy podanie tlenu, zmierzenie tętna, ciśnienia krwi i przekazanie tych danych wraz z podstawowymi faktami o stanie chorego do oczekującego na ich przyjazd szpitala, który się w tym czasie odpowiednio przygotowuje.

W przypadkach krytycznych załoga karetki podejmuje działania mające na celu podtrzymanie funkcji życiowych chorego. Nowoczesna medycyna w tej właśnie dziedzinie poczyniła spektakularne postępy sprowadzając te działania do prostego schematu ABC.

### ABC

**A – airway** – drożna droga oddechowa. Za wyjątkiem zadławienia np. kawałkiem schabowego, drożna droga oddechowa to możliwość wspomagania oddychania, gdy chory sam nie daje rady. Chodzi tu o wprowadzenie plastikowej rurki do tchawicy – przewodu prowadzącego z gardła do płuc. Ze względu na pomysłowo zaprojektowany układ anatomiczny chroniący drogi oddechowe przed wpadaniem doń kawałków pokarmów i płynów, zabieg ten zwany intubacją, jeszcze do niedawna wymagał sprawności anestezjologa. Dziś może to zrobić entuzjasta po kilkugodzinnym szkoleniu, za pomocą pomysłowego i taniego wynalazku zwanego Combi Tube (dwururka) będącego na wyposażeniu każdej polskiej i amerykańskiej karetki.

**B – breathing** – oddychanie. Odbywa się to przez podłączenie „dwururki” do plastikowej gruszki i na ściskanie tejże dwoma rękami z częstotliwością około 10-16 razy na minutę. To wszystko.

**C – circulation** – krążenie. Układ krążenia to serce, naczynia krwionośne i krew. W przypadku zawału serce się nie zatrzymuje, ale jakby ogłupiałe z przerażenia kurczy się zbyt szybko by efektywnie pompować krew (trzępotanie albo migotanie komór). Stany te można często odwrócić przy pomocy szoku elektrycznego. Niegdyś wymagało to dużego doświadczenia w rozpoznaniu rytmu serca i zastosowaniu odpowiedniej dawki prądu. Dziś mamy AED czyli (Automatic External Defibrylator) Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny. Ten tani wynalazek jest tak prosty w obsłudze, że w USA rozmieszcza

się je w miejscach publicznych. W Polsce jest w każdej karetkce. Wystarczy włączyć ten bajer a on zaczyna gadać (w tym po polsku) udzielając precyzyjnych instrukcji i dając czas na ich wykonanie.

Tak jak zawał uszkadza serce, jedną z najgroźniejszych konsekwencji wypadków drogowych są uszkodzenia naczyń krwionośnych zwłaszcza wewnętrznych. Następuje krwotok, spada ciśnienie krwi, która to wycieka z przerwanej żyły czy tętnicy do jamy brzusznej czy klatki piersiowej. Jeszcze do niedawna ofiarom wypadków przetaczano w karetkach dożylnie płyny by podtrzymać ciśnienie. Dziś okazuje się, że ta pozornie logiczna interwencja ma zdecydowanie negatywny skutek na końcowy wynik, tym korzystniejszy im mniej przetoczono w drodze do szpitala płynów i im szybciej ofiara znalazła się w sali operacyjnej, gdzie chirurgicznie zatamowano krwawienie.

Jest to kolejne potwierdzenie tezy, że lekarz na miejscu wypadku nie ma nic do roboty. Tu o życiu i śmierci decyduje sprawność wydobywania ofiary z samochodowego wraku i czas dowiezienia na salę operacyjną. Jest to zadanie dla fizycznie sprawnych, specjalnie przeszkolonych ludzi o mentalności żołnierzy GROM-u, a nie panów czy pań ze słuchawkami w kieszeniach nieskazitelnie białych fartuchów. Ich zgromadzona w ciągu sześciu lat studiów i stażu wiedza jest tu bezużyteczna. Nie dość, że nie pomagają to jeszcze zajmują miejsce dodatkowemu ratownikowi.

### Standardy medyczne

Choroba wieńcowa jest zdecydowanie najpoważniejszym zagrożeniem zdrowotnym wysoko rozwiniętych społeczeństw. Dlatego też w rozważaniach tych posłużę się przykładem ostrego zawału mięśnia sercowego. Przedstawione prawidłowości dotyczą praktycznie wszystkich zagrożeń zdrowia i życia, a zwłaszcza a urazów doznanych w wypadkach drogowych.

Jeszcze nie tak dawno byliśmy wobec ostrego zawału bezradni, a jego bezpośrednie skutki można było zobaczyć wyłącznie podczas sekcji zwłok. Dziś zatkane naczynie wieńcowe ogląda się na bijącym, praktycznie wciąż jeszcze nieuszkodzonym sercu. Mało tego. Jak się ten zawał odpowiednio wcześniej zobaczy (EKG, koronografia) to zwykle w ciągu kilku następnych minut można naczynie to farmakologicznie albo najlepiej mechanicznie przetkać. Jednakże, skuteczność tej technologicznie i profesjonalnie zaawan-

sowanej interwencji zależy od czasu jaki upłynie pomiędzy zawałem a interwencją.

*Time is myocardium* (czas to mięsień sercowy). Ten nośny slogan jest hasłowym uproszczeniem zależności – „im dłuższa zwłoka tym mniej serca do uratowania”. Dlatego pierwszym i podstawowym standardem w amerykańskiej medycynie ratunkowej jest *golden hour*:

### Standard A: Golden Hour czyli zdążyć przed Panem Bogiem

Po prostu staram się zdążyć przed Panem Bogiem – powiedział w latach siedemdziesiątych o swojej pracy łódzki kardiolog dr Marek Edelman w rozmowie z Hanną Krall. Metafora ta celnie podsumowuje usiłowania by chorego, na którego przyjęcie Pan Bóg jest już właściwie gotowy przez jakiś czas na tym ziemskim padole zatrzymać. Gdy Hanna Krall przeprowadzała ten wywiad „zdążenie przed Panem Bogiem” mierzono w dniach. Dziś liczą się dosłownie minuty. Stąd pojęcie *golden hour*, czyli pierwszej godziny nazwanej tu złotą.

„Złota godzina” to czas bezpośrednio po powstaniu zagrożenia, czas w którym możliwości pomocy choremu czy ofierze wypadku są największe. Potem, wskutek postępu procesu chorobowego i wyczerpania możliwości kompensacyjnych ustroju, szanse na odwrócenie czy też zatrzymanie procesu spadają dramatycznie. Dlatego całą filozofię pomocy doraźnej sprowadzono w USA do optymalnego wykorzystania tej właśnie *golden hour*. W sytuacjach krytycznych, odpowiednie wykorzystanie tej przysłowiowej godziny pozwala zdążyć z diagnozą i interwencją, zanim Pan Bóg zatrzśnie za chorym niebiańskie wrota. W stanach mniej krytycznych, pozwala zdążyć z tą pomocą nim Pan Bóg te wrota uchyli. W pierwszym przypadku ratujemy życie, w drugim ograniczmy zakres przewlekłego kalectwa.

W związku z powyższym, każda chwila spędzona poza szpitalem potęguje zagrożenie, każda chwila w tym względzie zaoszczędzona jest zyskiem chorego. W USA standard ten realizuje się poprzez odpowiednią lokalizację szpitali i wachlarzowe rozmieszczenie wokół nich często pojedynczych karetek, obsadzanych najczęściej przez przeszkolonych ochotników.

### Standard B: Załadować i w drogę

Oszczędność czasu jest tylko jedną z dwóch podstawowych korzyści wynikających z podporządkowania amerykańskiej pomocy przedszpitalnej optymalnemu wy-

korzystaniu *golden hour*. Drugą równie istotną korzyścią jest maksymalne uproszczenie i tym samym uodpornienie systemu na Murphy's Law czyli Prawo Murphego.

*W latach czterdziestych poprzedniego stulecia, kapitan US Air Force, Frank Murphy w czasie dyskusji na temat obsługi technicznej samolotów wojskowych, wyraził opinię, że zawsze znajdzie się mechanik, który wymyśli sposób na wadliwe zamontowanie każdej części. Dało to początek tzw. Prawu Murphego wg którego „If anything can go wrong, it will” – jeśli coś może nawalić, to nawali. Szanse na wpadkę rosną w miarę skomplikowania systemu i presji pod jaką ów system pracuje.*

Wspólnym mianownikiem pomocy doraźnej i obsługi naziemnej samolotów jest działanie pod presją i to, że za błędy płaci się ludzkim zdrowiem i życiem. Skoro presji nie da się wyeliminować odpowiedzią jest maksymalne uproszczenie systemów. Dlatego naprawy samolotów pomiędzy lotami sprowadzono do wymiany całych podzespołów skonstruowanych tak, by nawet najbardziej twórczy mechanik mógł zamontować dany podzespół tylko w jeden i to prawidłowy sposób. W amerykańskiej pomocy przedszpitalnej odpowiednikiem „wymiany podzespołów” jest zasada *load and go* czyli „załadować i w drogę”. Chodzi tu o maksymalne uproszczenie pomocy przedszpitalnej, jako że właśnie w terenie szanse na pomyłkę diagnostyczną czy terapeutyczną są największe. Załoga karetki po przybyciu na miejsce zbiera podstawowe informacje. Kiedy trzeba unieruchamia kończynę albo zakłada opatrunek. Potem ładuje chorego do karetki i w drogę.

Nie ma tu żadnych dyspozytorów decydujących jaką karetkę do jakiej sytuacji wysłać. Żadnego zbierania wywiadów przez telefon. Żadnych zbędnych pytań! Chory dzwoni pod 911 prosząc o pomoc. Operator przez radio wysyła tę najbliższą, zlokalizowaną najczęściej przy remizie strażackiej, która przewozi chorego do najbliższego szpitala.

Gdy zaczynałem pracę w pomocy doraźnej, do stanów najcięższych w helikopterach latali lekarze. Dziś latają wyłącznie *paramedics* czyli zawodowi ratownicy medyczni. To pozorne obniżenie kwalifikacji załóg karetek ziemnych i powietrznych wynika dziś, ponad wszelką wątpliwość, z udokumentowanego faktu, że w warunkach polowych możliwości terapeutyczne ograniczone są do kilku bardzo podstawowych procedur ratowniczych,

wymagających intensywnego, ale bardzo wąskiego w porównaniu z lekarskim przeszkolenia.

### USTAWOWE ZACOFANIE

Przypomnę, że rozpoznanie wczesnych, nietypowych i pozornie banalnych objawów potencjalnych zagrożeń to bezwzględnie najtrudniejszy aspekt pomocy doraźnej. Ponieważ tu najczęściej dochodzi do nierzadko tragicznych pomyłek, w USA rozpoznanie przeprowadza się tylko i wyłącznie na oddziałach ratownictwa medycznego (Emergency Departments), będących przedmiotem szczególnej troski pod względem zaopatrzenia w technologię medyczną jak i fachowość personelu. Pomoc przedszpitalną sprowadzono do zasady *load and go*.

W Polsce ratownictwo podąża w dokładnie przeciwnym kierunku. Ustawa, poprzez narzucenie archaicznych wrzuciła polskiemu ratownictwu wsteczny bieg.

Obecnie, polskie zespoły ratownicze podzielone są na: reanimacyjne (czteruosobowe), medyczne (trzyosobowe) i noworodkowe (trzyosobowe). W każdym z tych zespołów jeździ lekarz. Jednakże bardzo często z telefonicznego wywiadu wynika, że pogotowie wzywane jest to sprawy ewidentnie błahej. Ponieważ przyjazdu nie można odmówić, w Białymstoku wprowadza się dwuosobowe (lekarz i kierowca) zespoły wizytowe z przedłużonym do 3 godzin czasem dojazdu do wzywającego.\* Zespoły wizytowe to kolejny anachronizm. Jeszcze jeden krok wstecz. Mając ręce związane Ustawą wybrano tu drogę mniejszego zła. Większym byłoby finansowe i operacyjne bankructwo, obecnego, regresywnie zorientowanego, ale wciąż funkcjonującego systemu.

### Wezwanie

Skoro mamy trzy, cztery albo i pięć rodzajów zespołów ktoś musi decydować jaki wysłać. Obecnie o rodzaju karetki decyduje specjalnie przeszkolony dyspozytor na podstawie zebranego przez telefon wywiadu. Za wyjątkiem sytuacji oczywistych (dziełek się nie rusza i cały jest siny) jest to w dużej mierze strzelanie w ciemno. By choć trochę to dysponowanie uwierzytelnić, specjalnie przeszkolonych dyspozytorów zastępują dziś specjalnie przeszkoleni lekarze, którzy również na podstawie wywiadu decydują o rodzaju karetki\*.

Nie wyobrażam sobie jak można taką pracę wykonywać. Podjęta – z natury rzeczy naprędce – decyzja to różnica 2-3



godzin w otrzymaniu pomocy (karetka albo dwuosobowy zespół wizytowy). Skąd bowiem wiadomo, że na przykład, ów z opisu niegroźnie wyglądający ból głowy nie jest wymagającym natychmiastowej specjalistycznej interwencji zapaleniem opon mózgowych czy podpajęczynówkowym wylewem. Jest to zatem nie tylko kolejne, zbędne kółko dodane do przestarzałej maszyny, ale przede wszystkim zwielokrotnienie prawdopodobieństwa tragicznej pomyłki. Kolejny krok do tyłu.

odmów płacenia rachunków przez prywatne ubezpieczalnie. Jest to po prostu wygodne, mimo że do szpitala trzeba dojechać. W Polsce to nawet to drugie nie jest konieczne.

Art. 25.

Minister właściwy do spraw zdrowia i właściwy wojewoda podejmują działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia od dnia 1 stycznia 2004 r. następujących parametrów czasu przybycia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego

Niezwykłość tych poczekalni polega na tym, że to nie pacjenci czekają w nich na lekarza, ale lekarze na pacjenta. Nie tylko lekarze, ale całe zespoły.

Analiza danych białostockiej WSPR wykazuje, że w samym Białymstoku lekarz pogotowia widzi dziesięciu chorych w ciągu 24 godzin, w terenie zaś od czterech do pięciu. Z tego tylko połowa to interwencje uzasadnione. Zakładając przeciętny czas oceny i interwencji lekarskiej w domu chorego na 10 minut, w ciągu 24 godzinnego dyżuru lekarz wykonuje swój zawód przez godzinę w pogotowiu terenowym, w miejskim przez dwie albo trzy. Przez pozostałe 20-23 godziny czeka albo jedzie karetką. Koszt dobowego utrzymania jednego zespołu wynosi 3000 PLN\*. Płaci za to ZUS a ZUS-owi podatnik. Za takie marnotrawstwo publicznych pieniędzy w bogatym USA polityk nie tylko przepadłby w następnych wyborach, ale mógłby wręcz trafić za kraty. W Polsce, sankcjonuje się je majestatem Sejmowej ustawy.

### Faworyzowanie zbędnego ryzyka

Skoro lekarz przyjechał na miejsce musi wykonać swoją pracę. Zbiera wywiad, bada chorego, ewentualnie robi EKG i decyduje co dalej. Jeśli zdecyduje zabrać go do szpitala cały ten wysiłek idzie na marne, bo lekarz izby przyjęć i tak musi to badanie na nowo przeprowadzić. Jeśli pozostawi chorego w domu, ryzykuje diagnostyczną pomyłkę.

Było to na weselu córki mojej koleżanki. Jeden z gości, pan około pięćdziesiątki źle się poczuł. Ból brzucha i nudności. Po jakimś czasie wezwano jednak pogotowie. Zanim karetka dojechała, gość zwymiotował, poczuł się lepiej. Lekarz pogotowia orzekł niestrawność, życzył szczęścia i zdrowia młodej parze i odjechał. Dobrze, że nie życzył zdrowia pacjentowi. Ten ignorując pogarszające się objawy uparł się by czekać do rana. Nie doczekał. Zawał dolnej ściany serca. Rodzina chciała w nekrologu napisać, że umarł z winy lekarza. Po namyśle dali spokój. I słusznie. Nie była to bowiem wina lekarza, ale systemu.

Nie wiem czy lekarz ten podejrzewał ostateczną diagnozę, czy nie. Jeśli nawet podejrzewał i zrobił EKG wcale bym się nie zdziwił gdyby test ten wyglądał normalnie. W końcu co najmniej połowa zawałów serca we wczesnych stadiach nie wykazuje typowych zmian elektrokardiograficznych. Skoro nawet normalne EKG



### Przychodnie na kółkach

Zespoły wizytowe wprowadza się jako mniejsze zło, jako reakcję na traktowanie karettek jak „przychodnię na kółkach”. Według białostockich ocen wezwania tego rodzaju stanowią 40-60 procent wyjazdów. To oczywiście nadużywanie systemu ratownictwa jest tylko pozornie skutkiem społecznej nieświadomości. W USA, jarzący się na czerwono pomiędzy dwoma krzyżami, z daleka widoczny szyld +EMERGENCY+ nie pozostawia, żadnych wątpliwości co do charakteru problemów z jakimi się tu należy zgłaszać. Mimo to, wielu traktuje nas jako otwartą 24 godziny przychodnię, gdzie nie trzeba zawczasu umawiać wizyty i gdzie, zwłaszcza po północy, zbyt długo się nie czeka. Dzieje się to mimo ciągłego uświadamiania i nierzadkich

od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego centrum powiadamiania ratunkowego:

- 1) mediana czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską,
- 2) trzeci kwarty czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w aglomeracji miejskiej i 20 minut poza aglomeracją miejską,
- 3) maksymalny czas dojazdu nie może być dłuższy niż 20 minut w aglomeracji miejskiej i 30 minut poza aglomeracją miejską.

Powyższe normy zamieniają Stacje Pogotowia Ratunkowego w jedyne w swoim rodzaju lekaarskie poczekalnie.

nic nie znaczy, pozostawiając chorego w domu, lekarz ryzykuje diagnostyczną pomyłką. Zbierając wszystkich do szpitala zanegowałby własną, ustawowo zagwarantowaną, użyteczność. I tak źle i tak niedobrze.

Jednakże, nierozpoznanie wczesnego zawału w domu chorego to tylko jedna strona, nie tyle medalu, co nekrologu. Po drugiej stronie jest zakodowanie w świadomości chorego fałszywego poczucia bezpieczeństwa („Skoro doktor powiedział, że to niegroźne..., zrobił EKG...”). Naturalną konsekwencją tego poczucia jest potencjalnie tragiczne w skutkach odwołanie powtórnego wezwania karetki w przypadku pogorszenia.

Jak wspominałem, w białostockiej WSPR nieuzasadnione wezwania ocenia się na 40-60 procent. Nie kwestionuję liczbowego aspektu tego przybliżenia. Zastrzeżenia budzi kwalifikowanie wezwań w kategoriach zasadności na podstawie nawet nie niekompletnej ale wręcz pobieżnej oceny. Nieuchronnym jest tu pytanie o procent skarg zakwalifikowanych w pierwszej chwili jako nieuzasadnione, które po jakimś czasie (albo i poniewczasie) okazały się poważnymi. Może i lepiej, że nie znamy tych danych. Wskazanie prawnie usankcjonowanych aspektów obecnego systemu ratownictwa, które to zbędne ryzyko nie tylko dopuszczają, ale je wręcz faworyzują powinno tu całkowicie wystarczyć.

### Nienormalne normy

Nowoczesna medycyna ratunkowa precyzyjnie oddziela rolę karetek i oddziałów ratunkowych, sprowadzając dojazd karetki do chorego do bardzo istotnego, ale tylko i wyłącznie wstępnego etapu pomocy przedszpitalnej. Kryterium decydującym o zdrowiu czy życiu jest nie tyle czas dojazdu karetki do chorego, ale czas dojazdu do szpitala, czyli optymalne wykorzystanie *golden hour*. Standardowi temu podporządkowano w USA nie tylko rozmieszczenie ambulansów, ale i znacznie bardziej kosztowne rozmieszczenie szpitali. Chodzi o to by szpitale, a tym samym oddziały ratownictwa zlokalizowane były tak, aby karetką, samochodem czy nawet śnieżnymi saniami potrzebujący mógł do nich możliwie najszybciej dojechać. Normy wahają się tu w zależności od stanu i gęstości zaludnienia. Dlatego też, wybrane terenowe szpitale otrzymują finansowo uprzywilejowany status „niezbędności ze względu na dostęp do podstawowej pomocy medycznej” (*critical access status*).

Ustawodawcy ustalając polskie normy ratownicze poszli dokładnie w przeciwnym kierunku. Czasu dojazdu karetki do szpitala nie tylko nie unormowano, ale w ogóle nie wzięto pod uwagę. Jediną normą sprawności pomocy przedszpitalnej jest wyznaczony w zacytowanym powyżej art. 25 czas od wezwania do przyjazdu karetki. Ustawodawcy określając tę normę z minutową precyzją, nadali przyjazdowi karetki na miejsce wezwania rangę kluczowej, niemalże ostatecznej interwencji w procesie pomocy doraźnej. Tym samym uprawomocnili ubiegłowieczny status pogotowia jako „zmechanizowanego oddziału ratunkowego”. Nikt nie pomyślał o tym, że tak ustanowione zespoły częściowo powielają zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Powielanie to można by ostatecznie wybaczyć, gdyby nie odbywało się to kosztem czasu i diagnostycznej precyzji – dwóch wiodących parametrów nowoczesnego ratownictwa.

Na tym się jednak nie kończy. Ustawowe normy dla stacjonarnych (szpitalnych) oddziałów ratownictwa medycznego, też budzą równie poważne zastrzeżenia.

Art. 35.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego zapewniają finansowanie nakładów inwestycyjnych pozwalających na utworzenie i modernizację: (...)
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych – w liczbie nie mniejszej niż jeden szpitalny oddział ratunkowy na 100-300 tys. mieszkańców, poprzez udział w finansowaniu wyposażenia w standardowe wyroby medyczne.

Powtórzmy: *w liczbie nie mniejszej niż jeden szpitalny oddział ratunkowy na 100-300 tys. mieszkańców*. Chwileczkę. Liczba nie mniejsza niż 1 na 100 oznacza.. liczbę mniejszą niż... no właśnie jeden na sto. Jeden na 200 jest dwukrotnym przekroczeniem tego limitu. Omawiana ustawa w całym majestacie sejmowej powagi jako „liczbę nie mniejszą niż” wyznacza zakres obejmujący 200 001 liczb całkowitych, z których ostatnia jest trzykrotną wielokrotnością pierwszej.

Niedorzeczność numeryczną można by łatwo skorygować. Trudniej jest skorygować określenie parametrów rozmieszczenia oddziałów ratownictwa medycznego według niewłaściwego tzn. populacyjnego klucza. No dobrze. A jak się

okazuje, że rejon szpitalnego oddziału ratunkowego w dużym mieście obejmuje 320 000 mieszkańców. Według ustawy trzeba budować nowy szpital, nowy oddział z nowym kierownikiem, administracją i personelem pomocniczym, zamiast dodać skrzydło do istniejącego, zatrudnić pod tą samą administracją dodatkowy personel medyczny.

Niestety i tu, po raz zresztą kolejny, ustawodawcy zignorowali najbardziej newralgiczny parametr nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego czyli czas pomiędzy powstaniem zagrożenia a dostarczeniem chorego czy ofiary wypadku na oddział ratunkowy. Czas ten nie jest funkcją gęstości zaludnienia, ale odległości i stanu dróg. Chodzi o to, by chorego można było w ciągu 20, góra 30 minut dowieźć do szpitala. Czy zrobi to rodzina czy miejscowi ochotnicy jest sprawą drugorzędą, jako że w obecnych warunkach jest to czas stracony na oczekiwanie na przyjazd karetki, która i tak dostarczy chorego na ten sam oddział, tyle że o pół godziny później.

### CO DALEJ ?

Zaadoptowanie doświadczeń amerykańskich w dużej mierze by te wszystkie problemy wyeliminowało. Nie dość, że nie wymagałoby to dodatkowych kosztów, ale można by jeszcze zaoszczędzić. Rachunek jest prosty. W Sokółce, na przykład, stacjonują trzy karetki: jedna R-ka i dwie wypadkowe. Przypominam, że dobowe utrzymanie każdej z tych karetek kosztuje 3000 PLN. Dobowe utrzymanie takiej samej karetki bez lekarza ale za to z załogą świetnie przeszkolonych ratowników medycznych kosztuje 1500 PLN\*. Ratownicy ci już teraz w Polsce udowadniają, że są znacznie skuteczniejsi i sprawniejsi niż załogi z lekarzem. Np. w zorganizowanym w maju ubiegłego roku przez białostocką WSPR, Podlaskim Rajdzie Ratownictwa Medycznego i Drogowego, „nielegalne” załogi złożone z samych ratowników okazały się sprawniejsze od ustawowo obsadzonych karetek.

Wróćmy do rejonu sokólskiego obecnie obsługiwanego przez trzy stacjonujące w Sokółce karetki z lekarzami. Jedną przekazujemy ochotnikom, pozostałe dwie obsadzamy ratownikami. Zaoszczędzamy w ten sposób 6000 PLN dziennie. W ciągu pierwszego roku oszczędność ta wynosi 2.2 miliona za które natychmiast zakupujemy 9 dodatkowych karetek po 220 000 PLN sztuka. Tych nowych dziewięć karetek, plus jedna używana, rozmieszcza-



my w dziesięciu terenowych remizach Ochotniczej Straży Pożarnej. Za pozostałe 220000 PLN organizujemy wstępne przeszkolenie ochotników i przeorganizowanie systemu powiadamiania. Sprawdzeni ochotnicy gotowi są na każde wezwanie. Dziś głównie do pożarów, jutro do ratowania zdrowia i życia sąsiadów. Gdy się z nimi na ten temat rozmawia, bez wahania wyrażają gotowość. Jest to dla nich naturalne dopełnienie obecnej ochotniczej misji. Po podstawowym przeszkoleniu strażacy i inni ochotnicy, podzieleni na 3-4 osobowe załogi zapewnią 24 godziną obsadę dodatkowych dziesięciu karetek.

W momencie wezwania ochotnicza załoga znajdująca większość sąsiadów z imienia i nazwiska a także wszystkie lokalne skróty, zbiera się w ciągu kilku minut i po następnych kilku minutach jest u chorego. Za kolejne 10-20 minut chory jest w – uprzedzonym przez radio – sokólskim oddziale pomocy doraźnej. Jest to czas, w którym wyjeżdżająca z Sokółki karetka z lekarzem w najlepszym razie dojeżdżałaby do chorego czy miejsca wypadku w najgorszym zwracałaby gdzieś w polu czy w lesie bo – zwłaszcza w nocy – pomylili drogi.

Dwie pozostałe stacjonujące w Sokółce karetki obsadzone przez zawodowych ratowników medycznych obsługują miasto i najbliższą okolicę a także, jak trzeba gotowi są do tzw. *intercept* czyli przechwycenia. Chodzi tu o te rzadkie sytuacje, kiedy załoga lokalnych ochotników ma do czynienia z sytuacją

wyjątkowo trudną. Jak najszybciej zabierają chorego, powiadamiają zawodowych ratowników i jazda. Następnie ochotnicy spotykają ratowników gdzieś w drodze i przekazują im chorego. Tym sposobem pacjent otrzymuje pomoc przedszpitalną na najwyższym poziomie w o połowę krótszym niż obecnie czasie.

Tylko za oszczędność pierwszego roku rejon sokólski obsługiwałoby nie trzy ale dwanaście karetek, czym by pewnie nie tylko wyrównali, ale nawet pobili światowe i europejskie normy. Za oszczędności drugiego i trzeciego roku wyposażono by sokólski oddział pomocy doraźnej w sprzęt i personel o którym dziś mogą sobie sokólszczanie tylko pomarzyć.

Kluczem tego nowego systemu są ratownicy medyczni w rolach ratowniczych i instruktorskich, w podstawowym szkoleniu ochotników. Nie ma wątpliwości, że ci ostatni z roli tej świetnie się wywiążą. Innego zdania był Sejm który ignorując ówczesne osiągnięcia w zakresie medycyny ratunkowej na świecie, i dorobek innych państw w zakresie określenia standardów medycznych i procedur ratowniczych, w artykule 43 beztroško zadysponował:

*Od dnia 1 stycznia 2004 r. nie przeprowadza się naboru do policealnych szkół dla ratowników medycznych. (Sic.)*

### Złota godzina nie złotówka

Powyższa propozycja jest oczywiście dużym, jednakże rachunkowo w gruncie rzeczy poprawnym uproszczeniem.

Chodzi tu w końcu nie o buchalteryjne szczegóły a o zasadę. Zresztą w proponowanym modelu tak utrzymanie karetek, jak i szkolenie finansowane byłoby na poziomie gminy gdzie społeczna samoorganizacja działa najsprawniej. Każdy kolejny biurokratyczny szczebel tylko i wyłącznie pomnaża marnotrawstwo i bezwład..

Ewentualne zaadoptowanie amerykańskich doświadczeń do warunków polskich to proces złożony, wieloetapowym wymagającym ustawodawczej inicjatywy, społecznego uświadomienia i obywatelskiej samorządności. Nie mam wątpliwości, że postęp medycyny prędzej czy później polskie ratownictwo na tę drogę skieruje. Jest to wyłącznie kwestia czasu. I choć czas to pieniądz, „złota godzina” to nie złotówka. Wykorzystać ją można wielokrotnie. Zmarnować – tylko raz.

**Marek Kamiński**

*Autor jest absolwentem AMB.*

*Obecnie pracuje w Emergency*

*Departament: Myrtle Werth Hospital*

*– Mayo Health System:*

*Menomonie Wisconsin, USA.*

*Adres do korespondencji:*

[mk@lomza.org](mailto:mk@lomza.org)

*\*Dane przekazane przez dr. Ryszarda Wiśniewskiego, dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, któremu autor niniejszym bardzo dziękuję.*



# Baza

# SYNERGY

Danuta Dąbrowska-Charytoniuk

Wbieżącym roku Biblioteka Główna AMB zakupiła dostęp do nowej bazy pełnotekstowej **Synergy** znanego wydawcy literatury naukowej Blackwell.

Rejestruje ona ponad dwieście dwadzieścia tytułów czasopism medycznych, ale – niestety – nie obejmuje całego zakresu medycyny.

Nawigowanie po bazie jest bardzo przejrzyste. Otwierając dział **medycyna**, możemy wybrać określoną specjalność i dotrzeć do listy oferowanych czasopism, a następnie do pełnego tekstu wybranego tytułu czasopisma.

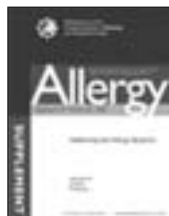
Niewątpliwą zaletą bazy jest dostępność niektórych

#### ☐ Medicine

##### ☐ Allergy and Clinical Immunology

- ☐  Allergology International
- ☐  Allergy
- ☐  American Journal of Reproductive Immunology
- ☐  APMIS
- ☐  Clinical & Experimental Allergy
- ☐  Clinical & Experimental Allergy Reviews
- ☐  Clinical and Experimental Immunology
- ☐  European Journal of Immunogenetics
- ☐  Immunological Reviews
- ☐  Immunology
- ☐  Immunology and Cell Biology
- ☐  Indoor Air
- ☐  International Journal of Immunogenetics
- ☐  Oral Microbiology and Immunology
- ☐  Parasite Immunology
- ☐  Pediatric Allergy and Immunology
- ☐  Photodermatology, Photoimmunology and Photomedicine
- ☐  Respiriology
- ☐  Scandinavian Journal of Immunology
- ☐  Tissue Antigens

tytułów czasopism (oznaczone słoneczkiem) znacznie wcześniej niż w wersji drukowanej. Spośród dwudziestu



Go to:

\*\*Sign-up for FREE email table of contents alerts\*\*

\*\*Add this journal to your favorites\*\*

You have full access rights to this content

Editorials and Review Articles are available free to all users.

OnlineEarly (Peer-reviewed full-text articles for future issues)

2005 60(1) - 60(s79)

• May 2005 (Vol. 60 Issue s79 Page 5-31) Latest Issue

• May 2005 (Vol. 60 Issue 5 Page 549-713)

• April 2005 (Vol. 60 Issue 4 Page 419-548)

• March 2005 (Vol. 60 Issue 3 Page 269-417)

• February 2005 (Vol. 60 Issue 2 Page 135-267)

• January 2005 (Vol. 60 Issue 1 Page 1-133)

2004 59(1) - 59(12)

2003 58(1) - 58(12)

2002 57(1) - 57(s75)

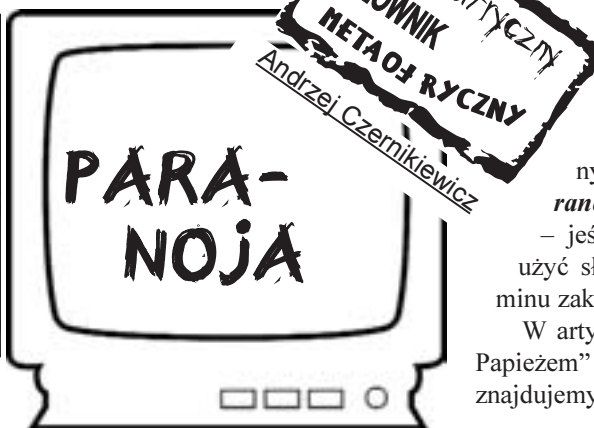
2001 56(1) - 56(12)

2000 55(1) - 55(s64)

1999 54(1) - 54(12)

W poprzednim odcinku słownika przedstawiłem kolokwialne znaczenie terminu schizofrenia, dzisiaj dalszy ciąg słów związanych z psychozami, a więc **paranoja**.

Na początek znaczenie tego terminu w słowniku współczesnych psychiatrów. **Paranoja** to rzadka psychoza urojeniowa, charakteryzująca się „spójnym wewnątrznie” systemem urojeń oznaczona w klasyfikacji WHO (ICD-10) pod numerem kodowym F.22, a w klasyfikacji APA (DSM-IV) pod numerem kodowym 297.1. W DSM-IV znajdujemy in-



formację, że podstawą rozpoznania **paranoi** są „niezwykłe” (nonbizarre) urojenia, obejmujące sytuacje możliwe w realnym życiu, takie jak: urojenia „bycia śledzonym”, „trutym”, „zakażonym”, „kochanym na odległość”, „zdradzonym”, „chorym”. Jednocześnie to samo źródło mówi, że w przebiegu paranoi rzadko występują omamy, a zachowanie poza sytuacjami związanymi z tematyką urojeń jest normalne. Zobaczmy jak rozumieją to dziennikarze, politycy, artyści, etc. w publikacjach naszego największego

dwóch tytułów z zakresu alergologii i immunologii klinicznej jedenaście tytułów znacznie wyprzedza wersję drukowaną.

Niektóre artykuły z majowego numeru *Allergy* zamieszczono w bazie już w lutym br., kolejne dołączono w marcu i kwietniu.

Podobnie w dziale gastroenterologia – reprezentowanym przez jedenaście tytułów – sześć zamieszcza wersję elektroniczną bezpośrednio po recenzji.

Bazę można przeszukiwać wg wielu kryteriów poprzez opcję wyszukiwania prostego lub zaawansowanego. Bardzo przydatne jest tzw. szybkie przeszukiwanie, gdzie z listy czasopism wybieramy tytuł i poprzez wpisanie woluminu, i stron docieramy błyskawicznie do potrzebnego artykułu.

Wszystkie możliwości bazy szczegółowo przedstawiamy na szkoleniach organizowanych przez Bibliotekę Główną. Grafiki szkoleń jest dostępny na stronie biblioteki [www.biblioteka.amb.edu.pl](http://www.biblioteka.amb.edu.pl). Ćwiczenia odbywają się w grupach sześciuosobowych.

W każdą środę w godz. 14<sup>30</sup>-15<sup>45</sup> zapraszamy na indywidualne konsultacje w zakresie elektronicznych źródeł informacji.

*Autorka pełni obowiązki dyrektora Biblioteki Głównej AMB.*

dziennika (GW) w ciągu ostatnich trzech miesięcy.

W artykule „Pocztówki z islamskiego Amsterdamu” (16/17.04.05) znajdujemy informację o dręczącej jednego z tureckich mieszkańców Amsterdamu **paranoi** „*Pan Kabaktepe ma biuro podróży. W swoim obszernym gabinecie sprawia wrażenie wyluzowanego, młodego biznesmena. Mówi czystym, ładnym językiem holenderskim. – Nasze zaplecze to wciąż brodac, religijni Turcy, ortodoksyjni, konserwatywni. Ale żyjemy w Holandii! Musimy się rozwijać, otwierać na świat, włączać w główne nurty. Dość paranoi, precz z rolą ofiary. Kobiety muszą być równe mężczyznom i Holendrzy nam tego nie ułatwią*”.

Mamy więc do czynienia ze znanym nam już znaczeniem słowa **paranoja**, takim samym jak schizofrenia – jeśli coś jest dwuznaczne, to lepiej użyć słowa paranoja, niż prostszego terminu zakłamanie.

W artykule poświęconym „Pożegnaniu z Papieżem” (pisanym w artykule z małej litery) znajdujemy próbę przypisania **paranoi** jednemu z następców Świętego Piotra i poprzedników Jana Pawła II. Autor artykułu z 11.04.05 (jest to przedruk z NYT) Thomas Cahill pisze

między innymi „*Niestety, Jan Paweł II był o wiele bliższy tradycji Piusa IX i X niż swojemu imiennikowi. Zamiast ograniczyć absurdalne stwierdzenie Soboru Watykańskiego I o nieomyślności papieża (które to oświadczenie wynikło prawie w całości z paranoi Piusa IX przekonanego, że we współczesnym świecie czyha na niego całe zło), jeszcze je promował.*”



Próbował narzucić jedność myślenia. Wzywał znanych teologów, m.in. Hansa Kunga, Edwarda Schillebeeckx i Leonarda Boffa na przesłuchania, na których jego wielki inkwizytor kardynał Joseph Ratzinger potępiał ich prace”. No cóż, można powiedzieć tylko, że dostęp do wolności słowa, to dla wielu również dostęp do głupoty.

**Paranoja** wydają się dotyczyć, zdaniem rzecznika Wisły Kraków, środowisko piłkarskie, a nawet to właśnie władzom mistrza Polski udało się zapobiec tej „paranoi” gdy czytamy (2/3.04.05) „Spór Henryka Kasperczaka z Wisłą Kraków trafi do sądu arbitrażowego FIFA. Stanie się to w najbliższych dniach, bo wczoraj upadła ostatnia możliwość rozwiązania sprawy w kraju. Pół Europy stosuje takie rozwiązania, że jeś-

**Paranoja** to rzadka psychoza urojeniowa, charakteryzująca się „spójnym wewnątrznie” systemem urojeń oznaczona w klasyfikacji WHO (ICD-10) pod numerem kodowym F.22, a w klasyfikacji APA (DSM-IV) pod numerem kodowym 297.1.

li jakimś trenerowi powinie się noga, to odsuwa się go od drużyny, ale należną gażę wypłaca, dopóki nie znajdzie on nowego pracodawcy. Przecież to byłaby **paranoja**, gdybyśmy po porażkach z Valerengą Oslo czy Dinamo Tbilisi mieli dalej pozwolić trenować zespół Henrykowi Kasperczakowi. Proszę pamiętać, że trener nie był naszym pracownikiem, tylko prowadził działalność gospodarczą. Ma firmę, która świadczy usługi trenersko-menedżerskie na rzecz pierwszej drużyny Wisły Kraków. A co do kwoty odstępnego, to w tym punkcie nie ma sporu: wypłacamy trenerowi należne z tytułu umowy wynagrodzenie. Będziemy to robić do końca czerwca 2008 roku”. Tak więc pozwolenie na treningi prowadzone przez Pana Henryka Kasperczaka to byłaby **paranoja**, ale już płacenie mu przez najbliższe 4 lata to już nie **paranoja**. Bez komentarza.

Z kolei w artykule poświęconym ściąganiu plików muzycznych przez internet (29.03.05) jeden z właścicieli firm udostępniających te pliki mówi „Inne serwisy dysponują systemem DRM, który umożliwia tylko kilkakrotne skopiowanie pliku czy wypalenie na płycie CD. – To jakaś **paranoja** i zbyt daleko idąca ochrona praw autorskich. Nie można klienta

W DSM-IV znajdujemy informację, że podstawą rozpoznania **paranoi** są „nie-dziwaczne” (non-bizarre) urojenia, obejmujące sytuacje możliwe w realnym życiu, takie jak: urojenia „bycia śledzonym”, „trutym”, „zakażonym”, „kochanym na odległość”, „zdradzonym”, „chorym”.

traktować jak potencjalnego przestępcy – tłumaczy Radek Samoszuk z Soho”. Pan Radek Samoszuk zabezpiecza się więc przed zarzutem łamania praw autorskich nazywając uczciwą procedurę **paranoją**.

Ze zbliżonym do właściwej definicji znaczeniem terminu paranoja spotykamy się w wywiadzie udzielonym przez Jerzego Szlantę (19/20.03.05) „Chodzi o stworzenie wrażeń, że ludzie dawnych służb wszystko kontrolują. Proszę zwrócić uwagę, jak powszechne jest w Polsce wyciąganie

baterii z komórek. To przejaw **paranoi**. Jesteśmy śledzeni nie dlatego, że interes państwa tego wymaga. Po prostu inne grupy polityczno-biznesowe chcą mieć wiedzę na pani temat, by w odpowiednim momencie wykorzystać ją przeciw pani”. A więc coś z normalnego życia, śledzenie i wszechobecność służb specjalnych – tak to rzeczywiście **paranoja prześladowcza**. Przy okazji, ciekawa obserwacja co do jednego z objawów **paranoi** – wyciąganie baterii z telefonów komórkowych. O tym nie pisze ani ICD 10, ani DSM-IV.

Podobne, a więc właściwe psychiatrii, rozumienie terminu paranoja znajdujemy w opracowaniu „Idea rewolucji moralnej” (18.03.05) gdy czytamy „Rewolucja proponowana dziś Polsce nie będzie punktem wyjścia do naprawy Rzeczypospolitej. Po pierwsze bowiem – opiera się na fałszywej diagnozie, z której nie mogą wynikać poprawne recepty. Po drugie – kieruje myślenie o sprawach kraju w kanał spiskowego tłumaczenia procesów społecznych, co dziś nabrało cech zaawansowanej **paranoi**”. Brawo, nauka nie idzie w las, tylko w autorów tego artykułu – spiskowa teoria dziejów, to rzeczywiście coś z **paranoi**, niestety ludzie propagujący teorie spiskowe to nie osoby psychotyczne, nie można więc ich leczyć.

Do terminu **paranoja udzielona**, a więc przekazywana innym osobom, nawiązuje tytuł z okazji walentynek (12/13.02.05) „Serdeczna **paranoja**”, ale przy taki postawieniu sprawy wszystkie zakochania są paranoiczne, co z całą pewnością nie jest prawdą.

W rozmowie z profesorem Szczylikiem (14.02.05) mówi on „Polska **paranoja**. Z jednej strony wielkie osiągnięcia, wybitni lekarze, z drugiej zrujnowana służba zdrowia”. To chyba jednak nie **paranoja** (prof. Szczylik jest wybitnym onkologiem), tylko zła organizacja/brak organizacji (niepotrzebne skreślić) polskiej służby zdrowia.

Wreszcie na koniec prawdziwa paranoja, ale jakże odległa od Polski. W artykule (15.02.05) nt. Korei Północnej (to się chyba nazywa KRLD), mamy następującą informację „To tylko detal. Ważna jest doktryna. Proklamował ją Kim numer 1. „Rewolucja – powiedział – będzie kontynuowana przez mojego syna, a potem wnuka”. Numer 2 nas uspokoił. „Uszanuję – oznajmił – wolę mojego ojca”. Numer 3 jest gotów... Może niepotrzebnie. Pierwszy Kim bił się naprawdę z japońskim okupantem. Drugi Kim ma ksywę „geniusz rewolucji”, ale nie ma poza terrorem i **paranoją** po ojcu żadnych listów uwierzytelniających. Trzy Kimy po kolei to może być o jeden numer za dużo... Co grozi dynastii Kimów? I nędzą narodu, której żadne bałwochwalstwa nie potrafią ukryć, i zaraźliwy przykład transformacji chińskiej, no i chińskie telefony komórkowe. Jest ich w Korei Północnej ok. 20 tys., mają ułatwić wymianę handlową, ale są źródłem informacji o stanie świata i obu Korei”. Tak, tu chyba rzeczywiście chodzi o F.22, lub 297.1.

Tak więc termin **paranoja**, nie robi już własnej kariery w metaforach, jak schizofrenia. Jest prezentowany coraz częściej w swoim właściwym znaczeniu, być może dlatego że gości w naszym języku dłużej niż schizofrenia, która dopiero za 6 lat skończy 100 lat. Używajmy więc terminu **paranoja**, wtedy, gdy rzeczywiście jesteśmy przekonani o urojeniowym podłożu zycznych sądów, a nie wtedy gdy się z nimi nie zgadzamy.

W kolejnym numerze – groźne słowo „**psychopata**”.

Autor jest dr. hab.

– kierownikiem Kliniki Psychiatrii AMB.



# Tajemnica lekarska

## CZ. I

*Marek Hermanowicz*



*"...cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim z życia ludzkiego ujrzał lub usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał zachowując to w tajemnicy..."*

### *Przysięga Hipokratesa*

**O**bowiązek zachowania tajemnicy przez lekarzy nakłada art. 40 ustawy o zawodzie lekarza, art. 23-29 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) oraz art. 19 ust. 1 pkt. 2 i art. 18 ust. 3 pkt. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 23 KEL tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu, uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Zatem tajemnicą lekarską będą objęte zarówno wyniki przeprowadzonych badań, jak również diagnoza postawiona na ich podstawie. Tajemnica lekarska dotyczy podjętych metod leczenia i postępów w leczeniu. Tajemnicą objęte są wiadomości niezwiązane bezpośrednio ze stanem zdrowia pacjenta, z którymi lekarz zapoznał się przy wykonywaniu zawodu. Mogą to być informacje dotyczące np. działalności pacjenta, stopnia jego inteligencji czy też stanu majątkowego. W sferze tajemnicy zawodowej lekarza mieścić się więc będą – obok informacji powierzonych przez samego pacjenta – te, które wynikają z samodzielnych ustaleń lekarza np. takie informacje, które lekarz uzyskał niezależnie od woli pacjenta (np. informacja o pacjencie uzyskana od osoby trzeciej) albo wręcz wbrew jego woli. Tajemnicą lekarską objęte są powyższe wiadomości także w razie śmierci pacjenta. Tajemnica rozciąga się również na wszelkie materiały związane z leczeniem, a więc notatki, kartoteki itp.<sup>1</sup>

Dyskrecja zawodowa nie obowiązuje w relacji lekarz-pacjent. Jedyne w wyjątkowych sytuacjach, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym do-

bro pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu wyczerpującej informacji (art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza).

W przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego, małoletniego bądź niezdolnego do zrozumienia informacji o stanie

Zgodnie z art. 23 KEL tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi.

swego zdrowia, lekarza nie obowiązuje tajemnica wobec przedstawiciela ustawowego lub, w razie jego braku, opiekuna faktycznego tego pacjenta (art. 30 i następane ustawy o zawodzie lekarza).

Wyjątki od zachowania tajemnicy lekarskiej, przewidziane w art. 40 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza, są nieliczne i należy interpretować je ściśle.<sup>2</sup>

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy w każdej chwili może zwolnić lekarza z zachowania tajemnicy zawodowej z wyłączeniem danych dotyczących osób trzecich. Zanim to jednak nastąpi lekarz jest zobowiązany powiadomić pacjenta o niekorzystnych dla niego skutkach ujawnienia tajemnicy, w przeciwnym razie naruszy tajemnicę zawodową.

Lekarz może odstąpić od zachowania w tajemnicy tego, czego dowiedział się w związku z wykonywaniem zawodu, gdy badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji (np. ZUS-u, sądu czy prokuratury); wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdro-

wia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje w zakresie ich żądania.

Również brak jest obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, jeśli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Na przykład lekarz może, a nawet powinien ujawnić fakt, że pacjent jest chory na AIDS lub jest nosicielem wirusa HIV małżonkowi lub partnerowi seksualnemu pacjenta, gdy istnieją uzasadnione powody, aby sądzić, że jego pacjent nie powstrzyma się od stosunków seksualnych. Powinien też ujawnić rodzinie chorego informację o chorobie psychicznej pacjenta niebezpiecznego dla otoczenia lub dopuszczającego się czynów nierządnych wobec dzieci. Informowanie osób trzecich jest wyjątkiem od zasady ogólnej. Niebezpieczeństwo dla innych – uzasadniające uchylenie tajemnicy lekarskiej – musi być realne, a nie tylko hipotetyczne, co powinno być poparte obiektywnymi ustaleniami medycznymi.

Tajemnica lekarska nie wiąże, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Również cel dydaktyczny i naukowy uswięca odstępnie od zachowania tajemnicy zawodowej przez lekarza, jeśli jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych lub dla celów naukowych.

Pomimo wyżej omówionych wyłączeń lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

*Autor jest aplikantem adwokackim.*

<sup>1</sup> M. Jackowski, Ochrona danych medycznych, Warszawa 2002 r., s. 188.

<sup>2</sup> M. Safian, Prawo i medycyna, Warszawa 1998 r., s. 131.



## JAN PAWEŁ II – ŚWIADEK NADZIEI

*Życie Jana Pawła II było pełne trudności: wczesna śmierć matki, okupacja hitlerowska i bolszewicka, zamach na Placu św. Piotra, zmaganie się z nacierającym złem. Nie zdołały one jednak go złamać. Siły do ich pokonywania czerpał z całkowitego oddania się Matce Bożej: „Totus tuus”. Dlatego mógł napisać: „Przekroczyć próg nadziei”.*



*Nadzieja jest kształtem wiary. A wiara zawsze wybiega w przyszłość. Uwierzyć w Boga znaczy: uznać Jego istnienie, zaufać Mu i uczynić Żeń fundament swojego życia. Papież jako człowiek wiary sam żył nadzieją i innym przekazywał jej blask. Pomagał przez to wszystkim ludziom niosącym krzyż codzienności. Uczył, iż może to być krzyż zbawienia.*

*Pan Bóg obdarzył Jana Pawła II wieloma talentami. Był poetą, aktorem, naukowcem, pisarzem. Śpiewał, uprawiał sport. Rozmawiał z ludźmi, tulił i błogosławił dzieci. Jednocześnie Bóg stwarzał mu maksymalnie*

*trudne warunki życia. Łaska harmonizowała z naturą i wydała wspaniałe owoce. Cały świat go podziwiał i opłakuje jego śmierć. On na szczęście nie umarł, lecz przeszedł do innego życia. Pozostaje z nami jako świadek nadziei.*

*Bp Edward Ozorowski*

## Do twarzy

Potwierdza prof. **Jerzy Kopania**

– filozof, kierownik Zakładu Bioetyki i Antropologii Filozoficznej Uniwersytetu w Białymstoku.

# nam

# w żałobie



**Czym jest przyzwoitość?**

Przyzwoitość?

**Tak, przyzwoitość.**

Jeżeli potrzebujemy wyjaśniać, czym jest przyzwoitość, to już jest źle. Przyzwoitość to jest coś, co każdy powinien niejako instynktownie wcielać w życie. Bez zastanowienia. Muszę przyznać, że jest to pewien aspekt moralny, który trudno zdefiniować.

**A kiedy mówimy o kimś, że jest to „przyzwoity człowiek” to co mamy na myśli?**

Przyzwoitość mierzy się stosunkiem do drugiego człowieka. Przyzwoity człowiek to taki, który w swoim zachowaniu raczej zrezygnuje z czegoś dla siebie korzystnego, niż skrzywdzi drugą osobę.

**Bo tak się zastanawiam, czy uczestniczenie w transmisji telewizyjnej przedstawiającej agonię i śmierć papieża było z naszej strony przyzwoite?**

To nie było uczestniczenie w śmierci, tylko towarzyszenie w umieraniu. I długie pożegnanie. Sytuacja była wyjątkowa. Chodziło

o osobę, która wykraczała ponad przeciętność. Dla wielu ludzi było to pożegnanie kogoś bardzo bliskiego. A przecież nie ma nic niestosownego, a nawet jest bardzo stosowne, abyśmy byli bardzo blisko osoby, która odchodzi, jeżeli łączy nas z nią szczególnie więzy, jeżeli należy do naszej rodziny. Oglądając telewizję, czytając gazety, mieliśmy okazję do przemyśleń tego, czego nauczał Jan Paweł II, jak i przemyśleń nad sobą.

**Czy podobne odczucia towarzyszyły panu podczas transmisji agonii i śmierci Amerykanki Terry Schiavo?**

Nie, bo tam chodziło o coś zupełnie innego. Do tamtego wydarzenia ustosunkowałem się – i sądzę, że wiele osób – na zasadzie oceny etycznej samego zdarzenia. Tam formalizm prawny zderzył się ze sprzeciwem moralnym wielu osób. I rzeczywiście miało to coś z niezdrowej atmosfery charakterystycznej dla obecnych, medialnych czasów.

**Jak pan myśli, czy śmierć Papieża spowodowała rzeczywiście w nas jakąś przemianę, czy była to tylko chwila smutku?** →

Ten świat, niestety, nie jest tak skonstruowany, by nagle dokonywały się trwałe pozytywne przemiany w ludziach. Można powiedzieć, że ta śmierć wyzwoliła u milionów osób pewne skrywane uczucia, uświadomiła potrzeby natury religijnej.

**Potrzeby religijne? A czy panu się nie wydaje, że w tej naszej religijności jest więcej deklaracji niż faktycznych przemyśleń.**

To prawda, że polska religijność jest w dużej mierze religijnością obrzędową, zwyczajową. Mamy z nią do czynienia wtedy, gdy do kościoła idzie się, dlatego że inni chodzą. Ale proszę zauważyć, że tym razem ludzie poszli sami. Może to świadczyć o tym, że są w nich jakieś potrzeby, które nie zawsze muszą być uświadomione. Cały problem polega na tym, że kiedy stawiamy pytanie, czy coś nam z tego zostaje, to tak naprawdę pytamy, czy poczynimy właściwą refleksję nad tym, cośmy wówczas robili odruchowo.

**Papież spełniał rolę autorytetu moralnego tak potrzebnego, gdy w świecie wartości panuje chaos. Dlaczego potrzebujemy wyznaczników?**

Każde społeczeństwo, każda grupa społeczna potrzebuje jakiegoś autorytetu. Nie jest możliwe, aby trwała i rozwijała się, jeśli nie ma pewnych wyznaczników moralnych czy choćby ideowych. Nauki papieskie były przyjmowane z pewną wstrzemięźliwością w bardzo wielu aspektach. To nie jest tak, że my nie wiemy, co jest dobre, a co jest złe. Doskonale wiemy, ale z jakich względów wolimy tego nie dostrzegać. Te złe uczynki nam coraz bardziej odpowiadają i to z czysto utylitarne powodów, bo sprawiają przyjemność, bo łatwiej się żyje. A to już wystarczy, aby zrezygnować z tego, o czym wiemy, że jest dobre, a przyjmując to, o czym wiemy, że jest złe. To jest myślenie krótkowzroczne i musi się zderzyć z twardym faktem, że kiedyś nastąpi moment przejścia, czas, kiedy człowiek zostanie tylko ze sobą, kiedy będzie musiał się sobie przyjrzeć. Jest taki wstrząsający fragment w Ewangelii, kiedy Jezus na krzyżu wnosi przejmujący okrzyk: „Boże mój, czemuś mnie opuścił?” To ma ogromną wymowę. Może w chwili śmierci człowiek staje sam przed sobą – nawet Bóg na tę jedną chwilę go opuszcza?

**Śmierć może być drogowskazem?**

Sama śmierć nie. Odejście kogoś bliskiego, jeśli jest przemyślane, może wyzwolić refleksję nad życiem, a właściwie nad jego skończonością. A to znów może być bodźcem do zmiany życia, do nadania mu innego kierunku.

Papież zdawał sobie sprawę, że nauczanie jest trudne. Jedną z przypowieści ewangelicznych mówi, że siewca siewa, a ziarno pada albo na żyzną glebę, albo na skamielinę. To, czy Papież jest świętym, okaże się nie po tym, ile będzie cudownych uzdrowień, tylko po tym, ile tej skamieniałej gleby zostanie spulchnione.

**Może teraz coś się zmieni?**

Nie sądzę, aby coś istotnego nagle się zmieniło. Nie pamiętam, który z proboszczów zapytany przez jakąś gazetę, co się skończyło wraz ze śmiercią Papieża, powiedział: „skończyło się nauczanie, zaczął się egzamin”. Aż mu zazdroszczę tej wypowiedzi. Ten trudny egzamin z etyki stoi przede wszystkim przed Kościołem.

**Przed Kościołem, a nie przed społeczeństwem?**

Społeczeństwo da sobie prędzej radę niż Kościół jako instytucja, bo Kościół jest nieprzygotowany. Proszę zauważyć, co się działo w pierwszych chwilach po śmierci Papieża, bo to było bardzo charakterystyczne. Lud Boży pozostawiony został sam sobie. To ludzie się organizowali, przy dość wstrzemięźliwym udziale kapłanów. Można było odnieść wrażenie, że byli oni wręcz zmuszani do podjęcia działań, które tak naprawdę ich przerosły. Oni nie wiedzieli, co robić. Były oczywiście piękne wyjątki. Mniejsza z tym, jakie były faktyczne powody, że prymas Glemp był w tym czasie za granicą, ale ta sytuacja nabiera symbolicznego, przerażającego symbolicznego, wymiaru. Oto umiera pierwszy w dziejach papież Polak, a prymas Polski jest gdzieś tam w Argentynie. Być może taka była wola Boża, a jeśli nic się nie dzieje bez woli Boga, to znaczy, że Bóg chciał nam coś pokazać.

**Myśli pan, że długo będzie jeszcze trwała ta podniosła atmosfera po śmierci Papieża?**

Już mija, wracamy do normalnego życia. Te same tłumy, które autentycznie przeżywały śmierć Jana Pawła II, za jakiś czas będą wiwatować na Placu św. Piotra na cześć nowego papieża. Tak się toczy świat.

**Szkoda, bo Polakom do twarzy jest w żałobie.**

To dość ironiczne stwierdzenie, ale niestety ma pani chyba rację. My jesteśmy narodem cierpiętników, takich co to niczego do końca nie doprowadzą i wszystkie szanse zaprzepaszcza. Potem pięknie rozpaczamy. Cała nasza historia to jest wielkie cierpienie, rozpamiętywanie, jak nas ktoś skrzywdził. Ale niech to się wreszcie zderzy z przesłaniem papieskim. Przecież Jan Paweł II mówił: „nie lękajcie się, miejcie odwagę”. Karol Wojtyła jako filozof w swoim głównym dziele „Osoba i czyn” pisał, że czyn jest tym, co określa człowieczeństwo, i do tej filozoficznej zasady odwoływał się w swoich encyklikach.

**Obawiam się, że u wielu tych ludzi, którzy ostatnio sprawiali miłe wrażenie odezwie się znów charakter rottweilera.**

No i, niestety, chyba znów ma pani rację. Ale czy możliwe jest zbudowanie raju na ziemi?

Rozmawiała: **Danuta Ślósarska**

Rozmowa z 13 kwietnia 2005 roku.



**WSTAŃCIE**



**i CHODŹMY**

Marek Kamiński



**G**dy to piszę świat a zwłaszcza Polska oddają hołd Janowi Pawłowi II. Gdy to Państwo będą czytać zakończy się żałoba i zacznie się normalne życie. Normalne, co wcale nie znaczy takie same jak tydzień temu.

*Łatwiej jest za Polskę umierać, niż dla Niej pracować.*

Ta pozytywistyczna dewiza, co do której trafności mam wątpliwości przypomina nam inną, dziś boleśnie aktualną i niewątpliwie prawdziwą. *Łatwo jest Ojcu Świętemu oddawać hołd i go oślakiwać, znacznie trudniej jest żyć według prawd, które głosił i którym świadczył.* Nie mówię tego z przekąsem.



Wprost przeciwnie. Dotyczy to przede wszystkim mnie. Dotyczy nas wszystkich, choć nie każdego w tym samym stopniu. Nie mam wątpliwości, że Jan Paweł II, w którego świętość nikt nie wątpi, by się za życia na tę listę także wpisał. Fakt, że co najmniej raz w tygodniu przystępował do spowiedzi, świadczy nie tyle o Nim co o nas, o tych, którzy tego nie robimy.

Też pragnę Mu złożyć hołd. Wbrew pozorom nie jest to takie proste. Chodzi bowiem o hołd spełniający bardziej Jego niż moje oczekiwania. Częstsza spowiedź by Go na pewno ucieszyła. Zwłaszcza teraz kiedy może ich posłuchać. Ale to temat na konfesjonał nie felieton. Temat na ten felieton Jan Paweł II mi osobiście podpowiedział. Już stamtąd.

Zastanawiając się nad tym co napisać, po prostu sięgnąłem po papieskie *Wstańcie i chodźmy!* i po prostu otworzyłem.

*Świeccy, realizując swoje powołanie w świecie, mogą osiągnąć świętość nie tylko przez czynne zaangażowanie na rzecz biednych i potrzebujących, ale także ożywiając społeczeństwo w duchu chrześcijańskim, przez wypełnianie swych obowiązków zawodowych i świadectwo przykładowego życia rodzinnego. (...)*

I dalej: *Czy nie taka właśnie nauka płynie z zakończenia opowieści o dobrym Samarytaninie. (por. Łk 10, 34-35)? Dokonawszy wstępnego opatrzenia ran, Samarytanin zwrócił się do właściciela gospody aby miał pieczę nad rannym. Jakby sobie poradził bez niego? W rzeczywistości to właściciel gospody, pozostając w ukryciu wykonał największą część pracy. Wszyscy mogą działać tak jak on, wykonując w duchu służby (podkreślenie M.K.) swoje zadania. Każda praca, w sposób mniej lub bardziej bezpośredni, daje okazję aby pomagać potrzebującym. Oczywiście jest tak nade wszystko w przypadku pracy lekarza, nauczyciela (...), którzy nie zamykają oczy na potrzeby innych. (...) Wierne wypełnianie własnych obowiązków zawodowych już jest realizacją miłości wobec jednostek i wobec społeczeństwa (s. 92).*

Do tej pory głównie to Samarytanin pobudzał ludzką wyobraźnię. W USA są dziesiątki, jeśli nie setki szpitali jego imienia. Był on niewątpliwie człowiekiem zamożnym i miłosiernym. Dokonał gestu, w dzisiejszych czasach porównywalnego do **anonimowego** ufundowania szpitala dla biednych. Jednakże cały ten gest poszedłby na marne, gdyby nie ci co w tym szpitalu opiekę tym najbardziej potrzebującym zapewnią. Fakt, że podobnie jak ów właściciel gospody, zostaną za tą pracę opłaceni nie umniejsza *służebnej roli ich pracy*, tak długo jak na podobieństwo samarytańskiego gestu, wykonywana jest ona bardziej w duchu służby bliźniemu niż służby sobie.

\*\*\*

W powyższym cytacie z „Wstańcie i chodźmy!” po lekarzu i nauczycielu, Papież wymienia cały szereg innych zawodów i zajęć. Fakt, że postawił lekarza na pierwszym miejscu świadczy nie tylko o doniosłości naszego powołania, ale i o tym, że Ojciec Święty miał do służby zdrowia stosunek szczególny. Jego własny i ukochany brat był lekarzem. Zmarł jako dwudziestokilkulatek bodajże na szkarlatynę, którą zaraził się od chorego. Jan Paweł II do końca miał w szufladzie biurka jego słuchawki. Te lekarskie słuchawki w papieskim biurku nabierają dziś wymiaru symbolicznego nakazu. Nakazu słuchania. Wsłuchania się w serce chorego, anatomiczne, emocjonalne i duchowe. W jego skargę, niepokój i ból. Ci z nas co przynajmniej od czasu do czasu to

czynią, wiedzą, jak to wysłuchanie bardzo pomaga. Świadomość bycia wysłuchanym przez kogoś komu powierzają swoje zdrowie, a czasem i życie nierzadko pomaga skuteczniej niż penicylina, nie mówiąc już o relanium. Świadomość wysłuchania czyjegoś bólu i próba bólowi temu zaradzenia satysfakcjonuje niewspółmiernie bardziej niż najwyższa stawka Kasy Chorych; w moim przypadku *Blue Cross & Blue Shield*.

\*\*\*

Na tym się jednak nie kończy. Zaraz po lekarzu w powyższym cytacie Jan Paweł II wymienia nauczyciela. Lekarz i nauczyciel. Te dwa zawody umieścił na dwóch pierwszych miejscach listy tych co *wiernie wypełniając własne obowiązki zawodowe realizują miłości wobec jednostek i wobec społeczeństwa*. Nakłada to na te dwa zawody odpowiedzialność szczególną, jednakże nie ostateczną. W przytoczonym przez Jana Pawła II kontekście jest jeszcze jeden zawód, którego moralne i duchowe brzemie przewyższa swym ciężarem oba z wymienionych. Jest to zawód lekarza-nauczyciela lekarzy. Na nich spoczywa odpowiedzialność nie tylko za powierzonych ich opiece chorych, ale także, choć pośrednio, za opiekę nad chorymi powierzonymi opiece ich uczniów a nawet uczniów ich uczniów. Chodzi tu jednak o nauczanie medycyny nie tyle jako nauki, ale jako *realizowania w duchu służby miłości wobec jednostek i wobec społeczeństwa*. A tego *ex cathedra* zrobić nie można. Tu trzeba świadczyć przykładem. Święty Franciszek z Asyżu, autor franciszkańskiej reguły ubóstwa i służby, wysyłając swoich braci „w teren” nakazywał: *Idźcie i nawracajcie. Dopiero wtedy, jak nie będzie innego wyjścia, użyjcie słów*.

\*\*\*

Z pośród wielu tytułów jakie przypadają Biskupowi Rzymu, Jan Paweł II najbardziej cenil *Servus servorum Dei* – Sługa sług Bożych. Rolę tę traktował od początku dosłownie. Jako pierwszy w dziejach Kościoła odmówił tradycyjnej koronacji. Jego poprzednicy mieli w tym względzie wątpliwości. Jan Paweł II miał również odwagę.

Czasami korony nie da się uniknąć. Profesorskiej, rektorskiej, dziekańskiej czy doktorskiej. Jan Paweł II i tak ją przecież otrzymał. W ostatecznym rozrachunku liczy się nie tyle posiadanie korony, ale to gdzie się nosi. Na siwizną przyprószonych skroniach, w sercu, w portfelu? Czy też w bocznej kieszeni lekarskiego fartucha, razem ze słuchawkami, bloczkiem recept i np. różańcem.

\*\*\*

Tak się założyło, że tegoroczny Wielki Post i odejście Papieża w Święto Miłosierdzia Bożego zbiega się z debatą w amerykańskim środowisku medycznym nad brakiem miłosierdzia (*compassion*) w relacji lekarz-chory. Propozycje na uzdrowienie sytuacji są tu różne. Od aplikowania testów na miłosierdzie kandydatom na studia medyczne po akademickie kursy miłosierdzia, aż do lekcji aktorskiego udawania tegoż. Obawiam się, że niewiele to pomoże. Jak by nie było, miłosierdzie to cecha ewolucyjnie wsteczna. Zaprzeczenie naturalnego doboru opartego na przeżyciu najsilniejszego kosztem słabszych. Przecież poświęcanie się silnych na rzecz przetrwania słabych to ewolucyjny regres prowadzący do degeneracji gatunku. Po prostu miłosierdzie i darwinizm nie można nauczać z tej samej katedry. A zatem, może mają rację ci co twierdzą, że miłosierdzie to dar, który każdy otrzymuje, ale tylko stosunkowo nieliczni zadają sobie

trud by go docenić, a tym bardziej okazywać.

Przyznaję, że sam miałem i wciąż mam w tym względzie bardzo duże trudności. Choć dziś zdecydowanie mniejsze niż powiedzmy dziesięć lat temu. Najbardziej pomocna była mi tu i jest Droga Krzyżowa. Ludzkie cierpienie Boga nadające boski wymiar cierpieniu każdego człowieka. Od czasu tamtej Drogi, każda ludzka udręka i ból jest w jakimś stopniu powieleniem tamtego Wielkiego Cierpienia. Każdy ma swój krzyż. Ma on różne postacie. Wielokrotnie jest to choroba:



Źródło: Internet.

fizyczny i psychiczny ból, niepokój, rozpacz, rezygnacja. Zwłaszcza w przypadkach nieuleczalnych, z jakimi wielu z nas spotyka się na co dzień. Ludzie jak On cierpiący choć nie zawsze, jak On z cierpieniem pogodzeni. Bez względu na stopień pogodzenia, od nas lekarzy i pielęgniarek zależy

dopełnienie analogii Kalwarii. Chodzi to, by każde naszej opiece powierzone cierpienie choć raz na swej drodze spotkało Weronikę i Szymona Cyrenejczyka. Pozornie nic nie znaczący gest otarcia twarzy przeszedł do historii upamiętniony wizerunkiem Tamtego Cierpienia. Nie mówiąc już o Szymonowej pomocy w dźwiganiu krzyża. Z tym, że my możemy pomóc naszym pacjentom udźwignąć krzyż bolesnej albo nieuleczalnej choroby bez brania go na własne ramiona. Ale nie tylko. Poważnie chorym miłosierdzie okazać jest stosunkowo łatwo. Gorzej z kimś, kto o czwartej nad ranem oczekuje wyleczenia z kataru, który nie daje mu spać. Fakt, że ten katar często oznacza poważniejszą niedolę, niewiele tu pomaga. Nieprzespana noc psychoanalitycznie nie inspiruje, może natomiast zainspirować ewangelicznie: „*Wszystko co czyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili (Mt 25:40)*”. Trudność polega nie na tym, żeby ten cytat znać, ale na tym, żeby sobie o nim o czwartej nad ranem przypomnieć, a zwłaszcza by według niego postąpić.

Tu Jan Paweł II jest nam szczególnie pomocny, swoim świadectwem tak czynu jak i słowa. Chociażby wtedy kiedy to w *Przekroczyć próg nadziei (s. 106)* za św. Janem od Krzyża przypomina:

*Pod wieczór będą cię sądzić z miłości.  
Amen!*

*Autor jest absolwentem AMB.  
Obecnie pracuje w Emergency Department:  
Myrtle Wert Hospital-Mayo Health System:  
Menomonie Wisconsin, USA  
Adres do korespondencji: [mk@lomza.org](mailto:mk@lomza.org)*

*Miłuj bliźniego, jak siebie samego... to nie egoizm*

*To moja odpowiedzialność*

*za siebie  
za najbliższych w rodzinie  
za współbraci  
za człowieka  
za życie*

*Miłuj inne narody jak swój naród... to nie nacjonalizm*

*To moja odpowiedzialność*

*za Ojczyznę  
za Ziemię  
za życie na niej dziś i jutro.*

**O**dar rozumu, o dar mądrości, o dar męstwa modlił się Ojciec Święty na naszej ziemi. Potem

**Na  
ostatnie**

**P O Ż E G N A N I E**

wskazywał, jak zagospodarować niedawno odzyskaną wolność. Przypominał podczas spotkania z rektorami wyższych

uczelni w kościele św. Anny o wartości posługi umysłu i powierzał nam młodzież i przyszłość. „Człowiek udoskonala się

widząc na każdym kroku jego podobiznę.

Innym razem byłam zaproszona z wykładem do Niemiec, do Halle. Zwie-



działam przed swoim wystąpieniem ogromny Instytut Genetyki Człowieka zatrudniający około 150 osób. Wśród licznej grupy rezydentów z całego świata znalazła się dziewczyna z Wenezueli, która zapytała mnie: „To pani profesor jest z kraju Jana Pawła II, naszego papieża?” To pytanie zobowiązywało. Dałam potem z siebie wszystko, aby wykład i seminarium przebiegły jak najlepiej.

Włosi przygotowali się do Jubileuszowego święta nauki bardzo starannie. Zorganizowano równocześnie 59 konferencji naukowych w czterech głównych grupach tematycznych:

Obrazy toczyły się w wielu miastach uniwersyteckich. Motto „Z Jeruzolimy do Rzymu” spinało klamrą początek i ich zakończenie kulminacyjnym spotkaniem wszystkich uczestników z Janem Pawłem II w Rzymie.

Konferencję o genomie człowieka zorganizowano w Neapolu. Przybyli tam uczeni światowej sławy między innymi: James D. Watson, A. G. Knudson, M. Ferguson-Smith, L. Cavalli Sforza, A. L. Beaudet, Lap Tse Tsuj, C. T. Caskey. Cały

relacji pomiędzy pacjentami i naukowcami, opracowującymi materiał biologiczny pacjentów. Owoce takiej współpracy już dziś budzą nadzieję na poprawę jakości życia osób ze zmianami chromosomowymi lub innymi zaburzeniami natury genetycznej oraz na poprawę jakości życia ich rodzin. Znajomość indywidualnej zmienności genomu jest kluczem w doborze leków z perspektywą ograniczenia ich skutków ubocznych – dowodził dr Rosen z Research Triangle Park ze Stanów Zjednoczonych. Prezentował wizję roli genetyka molekularnego, jako niezbędnego doradcy lekarza w podejmowaniu decyzji o doborze leków u indywidualnego pacjenta, w zależności od form polimorfizmu niektórych genów decydujących np. o występowaniu skutków ubocznych działania leku. Profesor Leppert pokazał, jak doszło do opracowania celowego leku likwidującego blokadę kanału potasowego wywołaną przez mutację genu, która doprowadziła do wystąpienia jednej z form niesyndromowej padaczki uwarunkowanej genetycznie. Jak dowodził A. Knudson, autor słynnej dwufazowej teorii powstawania nowotworów, znajomość genomu człowieka to także broń przeciwko chorobie nowotworowej, chorobie genetycznej komórki somatycznej. Profesor A. L. Beaudet z Houston przedstawił ekscytujące wyniki badań chorób genetycznych na modelach mysich („znokautowanych”). Zakończeniu konferencji towarzyszyła refleksja jak te zdobycze zostaną wykorzystane w praktyce. Czy zostanie

utrzymane i przestrzegane dalej prawo każdego człowieka do zachowania tajemnicy jego własnego zapisu genetycznego? Pytano czyją własnością są odkrycia poszczególnych genów – ludzkości czy pojedynczych firm lub samych naukowców?

Wyniki dyskusji w Neapolu zostały przedstawione już w Rzymie przez prof. Margaret Melady z Amerykańskiego Uniwersytetu w Rzymie. Mówiła między innymi:

„Najbardziej obiecujące postępy w biomedycynie dokonały się na polu poznania genomu ludzkiego, na bazie dokon-



Fot. Z odkrywcą spirali DNA, laureatem nagrody Nobla w 1963r. - prof. Jamesem Watsonem, Neapol, 2000r.

ań genetyki człowieka i genetyki klinicznej, poprzez obserwacje kliniczne i badania nieprawidłowości genetycznych u człowieka. Zadaniem przyszłości medycyny genomu jest opracowanie nowych terapii, tak aby identyfikacji ryzyka genetycznego towarzyszyła skuteczna terapia (definitive intervention).

Kluczowym zadaniem stojącym przed naukowcami jest budowanie mostów bezpośredniej współpracy pomiędzy naukowcami i pacjentami. Powinna też pomóc w powstrzymaniu ogromnego wskaźnika umieralności prenatalnej (...). Biorąc pod uwagę naszą zdolność do przemodelowania własnych cech biologicznych musimy już teraz określić zasady moralne i normy, które będą obowiązywać w naszych relacjach z naszą własną naturą. Przed nami zostało postawione ogromne, moralne wyzwanie, które musimy przyjąć wobec społecznych wyborów odnośnie klonowania, genetycznych manipulacji wobec roślin i zwierząt, nowych technik reprodukcji człowieka”.

Odpowiedzi na fundamentalne pytania natury filozoficznej o pochodzenie i losy ludzkości mogą kształtować wyniki badań naukowych. Kościół zainteresowany obroną godności każdej jednostki ludzkiej (każdej osoby) zaprasza do refleksji nad tą tematyką poprzez wydarzenia Jubileuszu Nauczycieli Akademickich.

Z naszym pobytom w Rzymie wiązała się niezapomniana wizyta w Domu Pielgrzyma polskiego na Via Cassia, gdzie gromadzone są dary, które pielgrzymi przywożą Ojcu Świętemu. Powstał tam Ośrodek Dokumentacji Pontyfikatu Jana Pawła II, swoiste muzeum także kultury polskiej. Niezwykłe są pa-



Fot. Przed wejściem do Sali Pawła VI w Rzymie z prof. Malcolmem Fergusonem-Smithem i jego żoną Marią.

świat wówczas poruszyła sprawa poznania ludzkiego genomu. Co to znaczy dla pojedynczego człowieka? To dopiero pierwszy krok – twierdził John Opitz z Salt Lake City. Kolejny, to ocena fenomenu człowieka, czyli poznania funkcji, jakie mają spełniać białka kodowane przez poszczególne geny w kierowaniu rozwojem człowieka, jego umysłu, rozwikłanie zagadki, jak działają w zdrowiu, a jak w chorobie. Obserwacje kliniczne rzadkich form odmienności podłoża genetycznego, manifestującego się zmianami fenotypu, to nadal kluczowe zadanie wymagające budowania odpowiednich

# ZAPISKI Z PUSTYNI

## – epilog

### Motto:

*„Jaki problem ludzkości niepokoi mnie najbardziej? Otóż najbardziej gnębi mnie myśl o ludziach, którzy jeszcze nie znają Chrystusa, którzy jeszcze nie odkryli wielkiej prawdy o Bożej miłości; niepokoi mnie obraz ludzkości, która coraz bardziej oddala się od Boga, która dąży do rozwoju spychając Boga na margines lub zaprzeczając Jego istnieniu. Ludzkości pozbawionej Ojca, a tym samym pozbawionej miłości, osieroconej i zdezorientowanej, zdolnej nadal zabijać ludzi, których nie uważa za braci, a przez to zmierzającej ku samozniszczeniu i zagładzie. Dlatego, moi drodzy, [...] zadane jest wam budowanie cywilizacji, pamiętajcie - cywilizacji miłości.”*

Jan Paweł II

miątki z rodzinnych zbiorów po dziadkach powstańcach, rodzinach więzionych w obozach i łagrach, stare, ręcznie pisane modlitewniki, powstańcze krzyżyki, więzienne różance, naczynia i potajemnie wykonywane zgrzebne szaty liturgiczne. Wśród cennych rękopisów znalazł się brulion wiersza Norwida „Na smętne wieści z Watykanu” przysłany przez Wiktora Gomulickiego oraz kartka brulionu „Pana Tadeusza”, która była własnością Ignacego Domeyki. Rękopis ofiarował Ojcu Świętemu chilijski uczonec i dyplomata Sergio Fernandez Larrain. Można przeczytać książeczkę opracowaną przez Krystynę Czajkowską o losach tej i innych kartek z brulionu Adama Mickiewicza. Mogliśmy też zobaczyć pamiątki ofiarowane Ojcu Świętemu w Białymstoku. Podziwialiśmy makaty, wyroby ze złota i inne preciosa. Liczne obrazy tworzyły wielką galerię na wszystkich piętrach. Mnie zainteresował jeden, niewielkich rozmiarów obraz kłęzącego Papieża przed obrazem Matki Boskiej Ostrobramskiej w Wilnie. Ojciec Święty był oddzielony od obrazu szlabanem kolejowym w białoczerwonych barwach. Został namalowany w 1984 r., czyli w 500-lecie rocznicy śmierci św. Kazimierza Królewicza – patrona Litwy. Nie pozwolono wówczas Ojcu Świętemu pojechać na uroczystości do Wilna, stąd ten przejmujący szlaban. Potem dowiedziałam się, że autorka obrazu jest białostoczanką. Krystyna była laureatką konkursu malarstwa religijnego z 1984 roku, a podarunek zawiązał Ojcu Świętemu osobiście do Rzymu Ksiądz Prymas Józef Glemp.

Wiadomość o śmierci Papieża Jana Pawła II dotarła do mnie w kościele św. Konstancji w Chicago. Przekazał ją nam proboszcz ks. Tadeusz Dzieszko. Siostry zakonne zapaliły gromnice przed podobizną Ojca Świętego, pojawiła się czarna wstęga, zabiły dzwony. Niebawem do kościoła przyszły dzieci i młodzież z pobliskiej szkoły polskiej. Tłum ludzi. Wszystkie pokolenia. Tłum moich rodaków zjednoczonych przez jednego człowieka. Ogromne poczucie przynależności do wspólnych korzeni. Dziękuję losowi za to kolejne przeżycie w niezwykłych okolicznościach.

**Alina T. Midro**

*Autorka jest prof. dr. hab. med.*

*– kierownikiem Zakładu Genetyki Klinicznej AMB.*

Właściwie to nie planowałem już napisać niczego więcej na temat swoich arabskich doświadczeń – część IV „Zapisków z pustyni” miała być ostatnią, ale Opatrzność zrzuciła inaczej.

W kolejnych artykułach pisałem o swoich wątpliwościach co do możliwości porozumienia między światami: islamem i chrześcijaństwem, światem europejskim i światem arabskim czy azjatyckim, choć może nie formułowałem ich wprost. W ostatnich godzinach i dniach zadaję jednak sobie pytanie: czy jest tak na pewno? co odmieniło moją perspektywę?

Wkrótce po śmierci Papieża otrzymałem sms z wyrazami współczucia wysłany z... Arabii Saudyjskiej, i do tego przez przyjaźnionego muzułmanina, Osmana. Następnego dnia zadzwonił do mnie Mohammed – Egipcjanin, który również pragnął przekazać mi wyrazy solidarności. Ostłupiałem!

Odejście Jana Pawła II i zdumiewająca reakcja świata na jego cierpienie i umieranie, reakcja nie tylko chrześcijan, ale także żydów i muzułmanów, to zjednoczenie się świata w modlitwie i czuwaniu było czymś niewiarygodnym, zapewne nie tylko dla mnie. I może to właśnie był największy cud związany z tym pontyfikatem. Nagle okazało się, że świat może być inny – lepszy, że pokój i porozumienie między wyznawcami innych religii, choćby tylko chwilowe, nie musi być mrzonką.

Okazało się, że umieranie i cierpienie starego człowieka może być godne, choć pozornie takie niemedialne. Cóż za kontrast z niedawną śmiercią Amerykanki Terry Schiavo, której życie usiłowano odrzec ze wszelkiej wartości! Umarła podobno nic nie czując – ale skąd możemy tego być pewni? Cóż za lekcja umierania i to w czasach, gdy

śmierć jest tematem wstydlivym, a opinia świata i media hołubią tylko młodych, pięknych, zdrowych i bogatych. Któż jeszcze w dzisiejszych czasach przygotowuje się do własnej śmierci? Ludzie umierają w szpitalach, nie w domach, nie otaczają już ich modlący się bliscy. Wokół łoża nie gromadzą się już całe rodziny. A z drugiej strony – jakaś lekcja godności i powstrzymania się od intensywnych czynności medycznych, które często przysparzają choremu jedynie niepotrzebnych cierpień, od prób ratowania cudzego życia za wszelką cenę w sytuacjach beznadziejnych (których nie należy mylić z eutanazją!). Wszak sam Papież czując, że śmierć jest blisko, nie chciał udać się do szpitala, wołał zostać w swym domu.

Dla wierzących nie było przypadkiem, że agonia Papieża rozpoczęła się w tydzień po Wielkanocy, i do tego w piątek, a jego śmierć przypadła w święto Miłosierdzia Bożego. To była jakby ostatnia wielka katecheza Ojca Świętego. Bo ludzkie cierpienie ma sens, o ile zakotwiczone jest w chrześcijańskiej nadziei. Świat jest tylko naszą doczesną drogą i dlatego „wszelkie ludzkie cierpienie, każdy ból, każda słabość kryje w sobie obietnicę wyzwolenia, obietnicę radości”, jak napisał Papież, w ślad za św. Pawłem, w swej ostatniej książce. Według Pisma Świętego człowiek jest na świecie, ale nie jest z tego świata.

**Piotr Czauderna**

*Autor jest dr. hab.*

*– kierownikiem Kliniki Chirurgii Dziecięcej AM w Gdańsku.*

*Niedawno wrócił z Arabii Saudyjskiej, gdzie pracował jako lekarz.*



# Dobra praktyka badań naukowych

## Rekomendacje

(Zespół Etyki w Nauce przy Ministrze Nauki, 25 maja 2004r.).

**część III**

### 4. Procedury

W celu egzekwowania przyjętych zasad dobrej praktyki naukowej niezbędne jest ustalenie precyzyjnych procedur określających tryb postępowania w przypadku zgłoszenia zarzutu naruszenia tych zasad, oraz określających konsekwencje wynikające z potwierdzenia tych zarzutów.

Strony które mogą występować w procedurze związanej z zarzutem nierzetelności naukowej to:

- osoby zgłaszające w dobrej wierze zarzut nierzetelności (whistleblowers);
- podejrzany, czyli osoba, której zarzut dotyczy;
- osoby współpracujące z podejrzanym;
- periodyki, w których podejrzone o nierzetelne treści artykuły zostały lub mają zostać opublikowane;
- agencje finansujące badania osób lub zespołów, którym postawiono zarzut nierzetelności;
- w szczególnych przypadkach (np. przy badaniach nad lekami) – również społeczeństwo.

Orzeczenie nierzetelności naukowej, tak jak to określa np. cytowany uprzednio dokument „Proposed Federal Policy on Research Misconduct”, wymaga, aby:

- stwierdzono istotne odstępstwo od akceptowanej w danym środowisku naukowym praktyki utrzymania integralności protokołów badań naukowych;
- nierzetelność została popełniona świadomie lub w sposób zamierzony, lub z zuchwałym lekceważeniem przyjętych zasad;
- zarzut został potwierdzony jednoznacznymi dowodami.

Dla przeprowadzenia postępowania mającego na celu rozstrzygnięcie sprawy każda jednostka naukowa powinna posiadać odpowiednią procedurę, określoną w statucie czy odpowiednich regulaminach wewnętrznych i zgodną z ogólniejszymi przepisami prawa.

Procedury postępowania w przypadku zarzutu o nierzetelność naukową zawierają następujące wspólne elementy, określone w różnym stopniu szczegółowości, zależnie od tego czy jest to dokument ogólny, czy też szczegółowy regulamin instytucji prowadzącej badania :

1. Definicja nierzetelności naukowej, uwzględniająca specyfikę badań prowadzonych w jednostce.
2. Tryb zgłaszania zarzutu o wykryciu przypadku

nierzetelności naukowej, w tym wskazanie instancji (w ramach kierownictwa instytucji naukowej), której przedstawia się zgłoszenie. W przypadku uczelni właściwą osobą jest jej rektor, a w przypadku instytutu naukowego jego dyrektor; osoby te podejmują decyzje w sprawie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, określając terminy zakończenia poszczególnych etapów procedury. Kierownictwo określa również kary i sankcje, zgodnie z właściwymi dla instytucji przepisami. Jeżeli na szczeblu kierownictwa występuje konflikt interesów, zgłoszenie powinno zostać złożone kierownikowi nadrzędnej instancji.

3. Ścisła poufność postępowania, stanowiąca niezwykle ważny warunek utrzymania najwyższych standardów procedury; ograniczenie kręgu osób poinformowanych o postępowaniu i o ich odpowiedzialności; właściwe zabezpieczenie dokumentacji.
4. Postępowanie wyjaśniające, którego celem jest stwierdzenie, czy wszczęcie śledztwa jest uzasadnione. Kierownik instytucji powołuje w tym celu osobę spośród jej kierownictwa i określa jej odpowiedzialność za zebranie wstępnych informacji i zabezpieczenie dowodów. Osoba, wobec której postawiono zarzut (oskarżona) powinna zostać bezzwłocznie powiadomiona o wszczęciu postępowania, należy jej zapewnić możliwość przedstawiania wyjaśnień i prawo do doradztwa prawnego. Nazwisko osoby stawiającej zarzut nie może zostać na tym etapie ujawnione. Postępowanie wyjaśniające powinno kończyć się poufnym raportem zawierającym ustalenia i zalecenia w sprawie dalszego postępowania. Kopię raportu otrzymuje osoba oskarżona. Gdy kierownik jednostki stwierdzi na podstawie raportu, że zarzut nierzetelności był nieuzasadniony, chociaż postawiono go w dobrej wierze, postępowanie ulega zakończeniu, z powiadomieniem stron. Osoba oskarżona powinna mieć prawo zażądania, aby podano do publicznej wiadomości, iż zarzuty wobec niej zostały oddalone. Jeżeli natomiast kierownik instytucji stwierdzi, że zarzuty nie zostały postawione w dobrej wierze, wtedy podejmuje określone działanie dyscyplinarne względem osoby zgłaszającej. Jeżeli zaś stwierdzi, że postępowanie wyjaśniające wskazuje na zasadność zarzutu, powołuje odpowiednią komisję śledczą do dalszego prowadzenia sprawy.
5. Śledztwo, które prowadzi Komisja Śledcza i którego celem jest ustalenie, czy fakt zarzucanej nie-

rzetelność miał miejsce. W skład Komisji Śledczej powinny być powołane osoby o właściwej dla sprawy wiedzy i autorytecie, w razie potrzeby spoza jednostki, w tym prawnicy. Należy zadbać, by członkami Komisji nie były osoby mające związki z oskarżonym, czy ze zgłaszającym zarzut, lub narażone na możliwy konflikt interesów. O wszczęciu śledztwa kierownik instytucji powiadamia, z zachowaniem szczególnej poufności, kierownika agencji finansującej prowadzone badania. Procedura powinna określać szczegółowo zasady prowadzenia śledztwa, które aczkolwiek nie ma charakteru prawnego, musi odpowiadać wszystkim obowiązującym zasadom, szczególnie tym które odnoszą się do praw stron. Na tym etapie procedury powinna nastąpić konfrontacja osoby oskarżonej z osobą stawiającą zarzut. Komisja powinna być zobowiązana do zakończenia swojej pracy w określonym, możliwie krótkim terminie (zwykle nie dłużej niż 120 dni). Poufny i szczegółowy raport ze śledztwa zostaje przedstawiony kierownikowi instytucji, osobie oskarżonej oraz agencji finansującej badania. W zasadzie raport może zawierać jedno z trzech orzeczeń: (1) stwierdzono oszustwo; (2) stwierdzono poważne naruszenie zasad praktyki badań naukowych, ale nie oszustwo; (3) nie stwierdzono winy.

6. Sankcje. Jeżeli Komisja Śledcza potwierdzi zarzuty, kierownik instytucji podejmuje sankcje dyscyplinarne wobec osoby, której udowodniono winę. Sankcje te lub kary winny być właściwe do skali winy i zgodne z obowiązującymi w instytucji przepisami. W szczególnie drastycznych przypadkach kierownik może skierować sprawę na drogę postępowania karnego lub cywilnego. Podobne działania podejmuje on wobec osoby zgłaszającej zarzut w przypadku stwierdzenia jej działania złośliwego i w złej wierze. Osoba, która w dobrej wierze postawiła niepotwierdzone zarzuty, powinna być chroniona. Ustalenia śledztwa są podawane przez kierownika instytucji do publicznej wiadomości, następuje to również w przypadku stwierdzenia niewinności.
7. Procedura odwoławcza, której wszczęcie powinno wiązać się z przedstawianiem nowych dowodów w sprawie. W Polsce można by np. przyjąć zasadę, że najwyższą instancją odwoławczą jest Komisja ds. Etyki w Nauce, czy inne ciało wysokiego szczebla powołane w jej miejsce. Komisja po zbadaniu odwołania podtrzymywałaby orzeczenie lub też kierowała sprawę do ponownego rozpatrzenia.

## 5. Propozycje

Wprowadzenie w Polsce zasad dobrej praktyki naukowej powinno obejmować następujące, rekomendowane etapy:

1. Ogłoszenie dokumentu wysokiego szczebla pod

nazwą np. „Wytyczne dobrej praktyki badań naukowych”, który odnosiłby się do całej społeczności naukowej, określał cele, ogólne definicje i podstawowe zasady dobrej praktyki naukowej oraz ogólny zarys procedury postępowania w przypadku naruszenia tych zasad. Dokument ten, oparty na niniejszych rekomendacjach, powinien ponadto określać konsekwencje udowodnionych we właściwy sposób naruszeń zasad w zakresie objętym działaniami państwa. Możliwe konsekwencje, to np. ograniczenie dostępu do publicznych środków, ograniczenie uprawnień do nadawania stopni i tytułów naukowych etc. Dokument powinien także określać klarowne i łatwe do zrozumienia ramy dla zasad, procedur i szczebli odpowiedzialności, które zostaną na jego podstawie wprowadzone w instytucjach naukowych w sposób właściwy dla danych dyscyplin czy kierunków badawczych i wiążący dla wszystkich osób związanych z tymi instytucjami. Stworzony w ten sposób system dobrej praktyki badań powinien stać się elementem kształcenia i przygotowywania do pracy młodych pracowników naukowych. Przed ogłoszeniem dokument ten powinien być przedmiotem szerokiej dyskusji w środowisku naukowym i odpowiednich uzgodnień. Opracowanie ostatecznej wersji takiego dokumentu powinno nastąpić w ciągu roku. Ciałem odpowiedzialnym za jego przygotowanie mógłby być powołany przez Ministra Nauki Zespół ds. Etyki w Nauce.

2. Nadanie niezbędnej dynamiki procesowi tworzenia procedur w jednostkach naukowych. Może to nastąpić np. przez postanowienie, że instytucje które w okresie np. 2 lat od chwili ogłoszenia „Wytycznych dobrej praktyki badań naukowej” nie wprowadzą u siebie rekomendacji i procedur określonych w tych wytycznych, przestaną kwalifikować się do otrzymywania grantów, a ich kategoria zostanie obniżona. Agencje przyznające fundusze na badania powinny w swoich regulaminach wyraźnie określić specyficzne dla wspieranych dyscyplin zasady dobrej praktyki badań naukowych oraz konsekwencje naruszenia tych zasad, w szczególności konsekwencje finansowe. Rygorystyczne stosowanie zasad dobrej praktyki naukowej powinno stanowić jeden z podstawowych warunków przyznawania laboratoriom różnego rodzaju akredytacji i atestów. Aby ułatwić jednostkom naukowym stworzenie właściwych procedur, należy opracować i opublikować wzorcowe dokumenty.
3. Wykonanie rekomendacji. Aby system mógł dobrze działać, niezbędne wydaje się jego ustawowe umocowanie, w tym wskazanie ogólnopolskiej instancji, której zadaniem byłoby monitorowanie praktycznej realizacji zasad dobrej praktyki naukowej w całym obszarze nauki. Instytucja monitorująca byłaby jednocześnie organem referencyjnym i odwoławczym.



**DOKTORZY**  
HONORIS CAUSA



**P**rofesor dr hab. nauk medycznych Antoni Gabryelewicz otrzymał godność doktora honoris causa Akademii Medycznej w Białymstoku w 1998 roku. Promotorem był prof. dr hab. Jan Stasiewicz.

Antoni Gabryelewicz urodził się w 1928 roku w Downarach na Białostocczyźnie. Studia medyczne ukończył w 1952 roku w Łodzi na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej. W tym też roku rozpoczął pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych w Akademii Medycznej w Białymstoku. W 1970 roku został kierownikiem Kliniki Gastroenterologii AMB, którą kierował do 1998 roku.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1961 roku, zaś habilitację w 1968 na podstawie rozprawy pt.: „Rola zaburzeń krzepnięcia i fibrynolizy w patogenezie ostrego zapalenia trzustki ze szczególnym uwzględnieniem ochronnego działania heparyny”. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał w roku 1977, a profesora zwyczajnego w 1982 roku.

Profesor jest specjalistą z zakresu chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Jest także autorem i współautorem ponad 270 prac naukowych. Był promotorem 23 doktoratów, opiekunem 9 habilitacji i kierownikiem specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych osiemnastu lekarzy.

Głównymi zainteresowaniami naukowymi profesora Antoniego Gabryelewicza były:

- patofizjologia ostrego zapalenia trzustki ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń hemostazy, roli hydrolaz lizosomalnych, znaczenia wolnych rodników;
- patofizjologia wrzodu trawiennego;
- endoskopia przewodu pokarmowego;
- farmakologia kliniczna.

Profesor A. Gabryelewicz odbył roczny staż naukowy w New York Blood Center, a także staże naukowe we Francji, Anglii, USA, Kanadzie, Belgii, Finlandii, Japonii. Do najważniejszych osiągnięć profesora A. Gabryelewicza należy zaliczyć zorganizowanie nowoczesnej Kliniki Gastroenterologii, z ukierunkowaniem jej działalności naukowej i usługowej na patofizjologię trzustki oraz na patogenezę i leczenie jej ostrego zapalenia. Dużym sukcesem osobistym profesora Gabryelewicza było zorganizowanie w Klinice Pracowni Endoskopowej, która należy do najlepiej pracujących w kraju. Profesor nawiązał owocną współpracę naukową z Instytutem Fizjologii Collegium Medicum UJ, kierowanym przez profesora Stanisława J. Konturka, a także z wieloma innymi ośrodkami w kraju i za granicą (Belgia, Czechy, Finlandia, Japonia, Kanada, USA). Wielokrotnie organizował sympozja pankreatologiczne z udziałem wielu gości zagranicznych.



**Prof. Antoni Gabryelewicz**

(ur. 1928r.)

Profesor A. Gabryelewicz należy do najbardziej znanych pankreatologów w kraju i poza jego granicami. Znane są prace wykonane pod kierunkiem Profesora dotyczące aktywności hydrolaz lizosomalnych w patogenezie ostrego zapalenia trzustki, roli wolnych rodników tlenowych i cytokin w tym zapaleniu, a także wiele innych prac między innymi z zakresu fizjologii przewodu pokarmowego, patogenezy i leczenia choroby wrzodowej.

Profesor A. Gabryelewicz jest współredaktorem podręcznika „Choroby trzustki” (PZWL, 1991), redaktorem podręcznika „Gastroenterologia w praktyce” (PZWL 2002), a także autorem rozdziałów w kilku wydaniach podręcznika „Gastroenterologia kliniczna i hepatologia” (pod redakcją S.J. Konturka, PZWL 2000).

Profesor A. Gabryelewicz przez siedem lat był dziekanem Wydziału Lekarskiego AM w Białymstoku, przez kilkanaście lat członkiem Senatu Uczelni, a przez sześć lat Prezesem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (lata 1985-1991). Profesor jest także twórcą i przewodniczącym Roboczej Grupy Trzustkowej tego Towarzystwa.

Obecnie profesor Gabryelewicz jest członkiem komitetów redakcyjnych znakomitych czasopism medycznych krajowych oraz zagranicznego pisma International Journal of Pancreatology. Jest również członkiem wielu zagranicznych towarzystw gastrologicznych (w Czechach, Niemczech, Japonii i wielu innych). Od 1997 roku jest członkiem Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów Naukowych PAN. W 1999 roku został wybrany na zastępcę Przewodniczącego Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN. Aktualnie jest Przewodniczącym Komisji Gastroenterologii i Hepatologii PAN.

Przez szereg lat z wyboru był Przewodniczącym i członkiem Zespołu Nauk Medycznych Komitetu Badań Naukowych.

Profesor A. Gabryelewicz był wielokrotnie nagradzany przez Ministra Zdrowia i Rektora AMB za działalność naukową i organizacyjną. Odznaczony jest odznaką „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, Złotą Odznaką „Zasłużony Białostocczyźnie”, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Kawalerskim Krzyżem Zasługi.

Jest doktorem honoris causa Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Profesor Antoni Gabryelewicz jest uznanym autorytetem naukowym, szanowanym, lubianym lekarzem i nauczycielem akademickim. Swoją osobowością tworzy wzór godny naśladowania.

**Wiktor Łaszewicz**

*Autor jest prof. –  
w Klinice Gastroenterologii  
i Chorób Wewnętrznych AMB.*

# Trudno dotrzymać

# M O K R K O

prof. dr hab. Jan W. Długosz  
Klinika Gastroenterologii  
i Chorób Wewnętrznych AMB



„Wszystko co ci potrzeba, możesz uzyskać  
tylko od ludzi i dzięki ludziom”

prof. Antoni Gabryelewicz

**C**o pozostaje do przekazania ode mnie, współpracownika prof. **Antoniego Gabryelewicza** przez 35 lat i podwładnego przez 27 lat, w krótkiej towarzyszącej nocy, kiedy potrzeba całego tomu?

Profesora poznałem, gdy jeszcze jako adiunkt II Kliniki Chorób Wewnętrznych AMB prowadził naszą grupę studentką na IV roku wydziału lekarskiego. Ćwiczenia były ciekawe. Jako jedni z niewielu widzieliśmy jak wygląda gastroskopia przy pomocy półsztywnego gastroskopu Schindlera.

Wtedy jeszcze nie myślałem o „mariażu” z gastroenterologią, ale chętnie zgłosiłem się na staż do nowo utworzonej Kliniki Gastroenterologii AMB, której szefem, po powrocie z USA, został młody, energiczny docent Antoni Gabryelewicz. Docent sprowadził wówczas z USA, poprzez Fundację Kościuszkowską rzecz wówczas bezcenną – fibero gastroskop firmy Olympus, który stał się fundamentem Pracowni Endoskopowej. Stała się ona przysłowiowym „oczkiem w głowie” Profesora.

Przywiózł także kilkanaście odczynników do badań nad rolą hydrolaz lizosomalnych w patogenezie ostrego zapalenia trzustki.

Jako współpracownik prof. Buluka, prof. Prokopowicza, prof. Niewiarowskiego, Profesor przywiązywał dużą wagę do podstawowych badań biochemicznych w gastro- a szczególnie pankreatologii. Dzięki temu powstawały prace publikowane w czasopiśmie o międzynarodowej renomie. Dotyczyły one najbardziej „gorących” problemów, najczęściej „Nobelitowanych”, jak rola lizosomów, cytoprotekcja prostaglandynowa, rola tlenu azotu, udział rodników tlenowych w odniesieniu do patogenyzy ostrego doświadczalnego zapalenia trzustki. Dzięki temu mieliśmy okazję prezentować doniesienia naukowe na zjazdach międzynarodowych, w których uczestniczyły największe europejskie i światowe autorytety gastroenterologiczne. Wiele z nich mogliśmy poznać osobiście, dzięki szerokim i bliskim kontaktom Profesora. Przyczyniły się one do późniejszych wyjazdów asystentów do najlepszych zagranicznych ośrodków naukowych.

Projekty naukowe, pod kierunkiem Profesora były realizowane z przysłowiową „żelazną” konsekwencją. Tym niemniej nie było tak ważnej sprawy, tak pilnego eksperymentu, którego nie należało odłożyć, jeśli zagrożony był pacjent. Ten zawsze był na pierwszym miejscu. Budziło to powszechne zaufanie do Kliniki.

Szczególne uwagi Profesor poświęcał studentom. Otrzymywali oni solidną porcję najnowszej wiedzy teoretycz-

nej na wykładach i praktycznej na ćwiczeniach. Nigdy nie brakowało chętnych absolwentów do podjęcia pracy w Klinice, inspirowanych zajęciami z gastroenterologii. Szczególnie żywe były kontakty ze studentami, gdy Profesor piastował funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego AMB. Do dziś pamiętamy spotkania asystentów Kliniki ze studentami połączone nieraz z przednią zabawą, które pozwalały na lepsze wzajemne zrozumienie wspólnych problemów.

Na szczególne podkreślenie zasługują talenty organizacyjne Profesora, dzięki którym zawsze działało się coś ważnego: Posiedzenia Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego (PTG-E), Spotkania Roboczej Grupy trzustkowej PTG-E, pamiętny 60 Zjazd PTG-E w Białymstoku w 1992 roku, obchody 25-lecia Kliniki Gastroenterologii AMB w 1995 roku, w których uczestniczyli czołowi gastroenterolodzy polscy, a także luminarze gastroenterologii europejskiej i światowej.

Liczni uczniowie Profesora osiągnęli najwyższe stopnie i tytuły naukowe, i często obejmują eksponowane stanowiska w kraju. Ci, którzy wyjechali za granicę dobrze sobie radzą w dziedzinie zawodowej i często przyjeżdżają przy ważnych okazjach, poczuwając się do nierozdzielnych związków z Kliniką.

Przy okazji 7 rocznicy uzyskania doktoratu honoris causa naszej uczelni, nie sposób pominąć roli Profesora w życiu AMB. Mieliśmy w nim niezawodnego Patrona w Komitecie Badań Naukowych i PAN, nadal mamy w Centralnej Komisji ds Tytułów i Stopni Naukowych. Zaszczyca naszą Alma Mater poprzez zdobycie uznania w innych uczelniach, w tym doktoratu honoris causa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Akademii Medycznej we Wrocławiu, a także wysokiej pozycji w międzynarodowym środowisku naukowym.

Profesor był wymagającym szefem, ale wiele wymagał i wymaga od siebie. Praca pod jego kierownictwem dawała dużo satysfakcji, gdyż przynosiła wymierne sukcesy. Przyczyniała się do tego atmosfera pracy zespołowej, obiektywna ocena osiągnięć, celowość działania. Niemalże znaczenie miało pielęgnowanie pewnych tradycji klinicznych, jak wspólne obchodzenie świąt, spotkania z udziałem całych rodzin, imprezy integrujące, towarzyszące oficjalnym okolicznościom, co sprawiało, że zespół stanowił niejako poszerzoną rodzinę. Wiele z tych tradycji przetrwało do dzisiaj.

Od 1998 roku profesor Antoni Gabryelewicz jest „w stanie spoczynku”, ale nadal uczestniczy w życiu kliniki i uczelni. Podejmuje ciągłe nowe inicjatywy wydawnicze i organizacyjne. Chętnie współpracuje nadal z młodszymi pracownikami naukowymi, o ile dotrzymują mu kroku.



prof. **Wiktor Łaszewicz**  
Klinika Gastroenterologii  
i Chorób Wewnętrznych AMB

nych w Klinice Gastroenterologii i pozostałem w tej jednostce do dziś. Zafascynowała mnie przede wszystkim dynamiczna osobowość Profesora i wprowadzana przez niego nie tylko eksperymentalna działalność naukowa, ale i nowoczesna diagnostyka gastrologiczna, endoskopia i zabiegi endoskopowe.

Wiele można mówić o działalności profesora Gabryelewicza, wiele już powiedziano – nauka, dydaktyka, aktywność organizacyjna, działalność lekarska. Ale jest też sfera działalności, którą zakwalifikować

**Prze  
war  
toś  
cio  
wa  
łem**

**wiele  
dylematów**

można do dydaktyki nietypowej. Otóż profesor Antoni Gabryelewicz potrafi dostrzegać potrzebę przemian w świecie pojęciowym młodych ludzi zajmujących się nauką. Chodzi mu nie tylko o poznanie nowoczesnego podejścia do spraw naukowych, ale i o zmianę świadomości, przemianę systemów wartości. Profesor otwierał nam, wówczas młodym „nieopierzonym” pracownikom Akademii, szeroki świat – żebyśmy jak najwięcej zobaczyli, poznali, porównali, znaleźli rzeczywiste wartości w nauce i nie tylko. Abyśmy zauważyli to, czego nie można teoretycznie wydedukować, czy oficjalnie omówić „na zebraniu”. Zapoznawaliśmy się oso-

Profesora **Antoniego Gabryelewicza** znam od lat 60-tych poprzedniego stulecia (jak ten czas leci!), od czasów studiów. Działalem w studenckim kole naukowym przy II Klinice Chorób Wewnętrznych, która przekształcała się potem w Klinikę Gastroenterologii, której kierownikiem został, wtedy jeszcze docent, Antoni Gabryelewicz. Było to wkrótce po jego powrocie ze stypendium w USA. Rozpocząłem staż podyplomowy z zakresu chorób wewnętrz-

nych w Klinice Gastroenterologii i pozostałem w tej jednostce do dziś. Zafascynowała mnie przede wszystkim dynamiczna osobowość Profesora i wprowadzana przez niego nie tylko eksperymentalna działalność naukowa, ale i nowoczesna diagnostyka gastrologiczna, endoskopia i zabiegi endoskopowe.

# TWORCA

## polskiej pankreatologii

Profesor **Antoni Gabryelewicz** jest Doctorem Honoris Causa Akademii Medycznych w Białymstoku, Wrocławiu i Łodzi. Ta liczba przyznanych godności daje wyraźnie do zrozumienia, że mamy do czynienia z człowiekiem nieprzeciętnym.

Mój pierwszy kontakt z profesorem Gabryelewiczem miał miejsce jeszcze w czasie studiów. Zostałem wówczas starostą pierwszego roku kierunku lekarskiego, a docent Gabryelewicz był wtedy dziekanem. W trakcie studiów planowałem pracę w Klinice Kardiologii lub Ortopedii, ale energia i osobowość profesora Gabryelewicza sprawiły, że zacząłem stopniowo dryfować w stronę gastroenterologii. Jako świeżo upieczony lekarz stażysta, swoje pierwsze kroki stawiałem więc w Klinice Gastroenterologii, pod czujnym i surowym okiem szefa – profesora Gabryelewicza. I pozostałem tu do dzisiaj.



prof. **Andrzej Dąbrowski**  
Kierownik Kliniki  
Gastroenterologii i Chorób  
Wewnętrznych AMB

Profesor Gabryelewicz jest bez wątpienia pionierem gastroenterologii na Podlasiu i twórcą polskiej pankreatologii. Jediną osobą, która mogłaby z nim rywalizować o palmę pierwszeństwa jest chyba tylko profesor Stanisław Konturek, z którym się przyjaźni i współpracuje od wielu lat.

Profesor Gabryelewicz zaszczepił też we mnie bakcyła pankreatologii. Prace badawcze zaczęliśmy w latach osiemdziesiątych, a w 1988 r. pojechałem z nim na mój pierwszy Europejski Klub Trzustkowy do Budapesztu. W czasie obrad, byłem pod wrażeniem faktu, że Profesora znają i serdecznie się z nim witają wszystkie światowe sławy z zakresu pankreatologii. W czasie rozmów kulturalnych, profesor Gabryelewicz nigdy nie zapomniał, aby tym sławom przedstawiać mnie, jeszcze wtedy bardzo młodego człowieka. Myślę, że takie „wprowadzanie na salony” dodawało wówczas otuchy nie tylko mnie, lecz również innym uczniom Profesora. Otwarte nastawienie do ludzi sprawiło, że dzisiaj Profesor ma niezliczone rzesze sympatyków, a wiele osób zawdzięcza mu najważniejsze etapy w swojej karierze zawodowej. Energia Profesora jest niespożyta, a jego codzienny zapał do pracy jest nadal wzorem i zachętą dla jego uczniów. Jeśli sprawdzi się zasada „Jaki mistrz, takim i uczeń się staje”, to powinniśmy być spokojni o dalsze losy naszej uczelni.



# Profesorowi się nie ślubuje

zwierzenia prof. **Antoniego Gabryelewicza**

## Dom rodzinny

Dzieciństwo bardzo mi się dłużyło. Byłem jedynakiem. Ojciec był rolnikiem. W domu nauczono mnie obowiązkowości. Nie do wyobrażenia było niewywiązanie się z powierzonego zadania. Kłamstwa, a nawet drobnego kłamstewka rodzice nie tolerowali.

## Szkoła

Po wojnie trafiłem od razu do czwartej klasy gimnazjalnej. Klasa była zróżnicowana pod względem rozpiętości wieku, a to stwarzało pewne trudności. W tym okresie nie miałem specjalnych zainteresowań. Nie byłem prymusem, ale uczyłem się dobrze. Wiedziałem, że muszę mieć dobre świadectwo, bo tylko ono stwarza mi szansę w życiu. Nie jest łatwo przebić się z Podlasia do centralnej Polski. Tak było i tak jest.

Po wynikach tegorocznych matur pani Radziwiłł powiedziała „dowiedzieliśmy się, że między szkołami jest bardzo znaczna różnica”. A cóż w tym odkrywczego?

## Medycyna

Wybór kierunku nie był przypadkiem. W klasie maturalnej z moim przyjacielem (nieżyjącym już prof. Tyłmanem) postanowiliśmy zdawać na medycynę. Zawód ten cieszył się ogromnym szacunkiem, a pozycja lekarza w tamtym okresie była bardzo znacząca. Wówczas w Białymstoku było tylko kilku lekarzy.

Początki na studiach były straszne. Pamiętam pogrom z histologii u prof. Bagińskiego. Na dwadzieścia parę osób w pierwszym podejściu oblało piętnaście. Bardzo się bałem. Jeden z moich kolegów, syn lekarza, dostał preparat do obejrzenia pod mikroskopem i stłukł go. Profesor dostał szału!

Między wykładowcami a studentami praktycznie nie było żadnych kontaktów po zajęciach. Panował ogromny dystans. Pamiętam jednak sale wykładowe na które trudno było się dostać. Na wykłady prof. Wierzychowskiego przychodziły tłumy studentów i to nie tylko medycyny. Przez pewien czas byłem pod takim urokiem tych wykładów, że nawet myślałem o endokrynologii.

## Studenci

Udało mi się nie należeć do żadnej organizacji młodzieżowej, chociaż było to dosyć trudne. ZMP skupiało specyficznych studentów, ja realizowałem się w naukowym

kole pediatricznym. Między studentami były bardzo przyjazne stosunki, nie było tej chorej konkurencji, którą mamy okazję dzisiaj obserwować. To, że kolega zdał lepiej egzamin nie było problemem. My sobie po prostu pomagaliśmy, pożyczaliśmy notatki, podręczniki. Przez kilka lat studiów mieszkalem za darmo u łodzian.

Wiele zawdzięczam Łodzi w sensie takiego ogólnego obycia. W tym mieście miałem to, czego nie było w Białymstoku: operę, filharmonię, teatry, kina.

## Doktor

Po studiach chciałem nauczyć się medycyny w praktyce. Wielu młodych lekarzy, po uzyskaniu dyplomu od razu wysyłano w teren, do małych ośrodków zdrowia, a tym samym puszczano ich na głęboką wodę. Było to bardzo nierozważne. Ja miałem szczęście podjąć pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych u doc. J. Chlebowskiego. Byłem w tej komfortowej sytuacji, że pracowałem pod okiem bardziej doświadczonych kolegów. Szybko zrobiłem specjalizację z chorób wewnętrznych. Założenie odgórne było takie, aby wykształcić jak najwięcej specjalistów, bo ich po prostu brakowało. Wtedy trudniej zdobywało się stopnie naukowe, bo nawet kierownikom klinik, zakładów na tym nie zależało. Mój szef zachęcał mnie jednak do pracy naukowej.

## Naukowiec

Nie da się lekko przeskoczyć od tytułu lekarza do statusu naukowca. Życie naukowca jest mało ciekawe, ale tylko na tym wczesnym etapie, kiedy jeszcze nie wiadomo co z nas wyrośnie. To jest czas, gdy pracuje się od rana do wieczora. Przejście tej – powiedziałabym Golgoty asystenckiej – jest bardzo trudne.

W nauce stosuje się zasadę, którą głoszone w Ameryce „Kochaj albo rzuć”. Tu nie ma też demokracji. Tam gdzie ją wprowadzono nastąpiła regresja. Jeśli nie zgadzasz się z profesorem, to go opuść. Profesorowi się nie ślubuje.

## Osiągnięcia

Z najważniejszych moich sukcesów

naukowych wymienię badanie zaburzeń krzepnięcia fibrynolizy w ostrym zapaleniu trzustki. Wyniki moich badań były cytowane w literaturze amerykańskiej. Swego czasu, w roku 1970, dzięki nawiązaniu kontaktów z Fundacją Alfreda Jurzykowskiego udało mi się uzyskać nowoczesny sprzęt endoskopowy wart wówczas 15 tys. dolarów. Pierwszy w Białymstoku wykonałem gastroskopię, stworzyłem nowoczesną klinikę. Nawiązałem współpracę naukową z ośrodkami naukowymi w Niemczech, Kanadzie, Belgii, Japonii, Finlandii. Mogę być również dumny ze swoich współpracowników. Moi uczniowie są już dzisiaj profesorami, docentami, doktorami. Wielu z nich zajmuje wysokie stanowiska w Polsce. Kilku wyjechało za granicę. A szkoda.

Na sukces każdego człowieka składa się praca i dom. Zgrzeszyłbym gdybym powiedział, że rodzina mi się nie udała. Żona jest



prof. Antoni Gabryelewicz z synem i wnukami.

lekarzem, syn również. Pracuje w PAN-ie w Zakładzie Medycyny Klinicznej i Doświadczalnej, właśnie przygotowuje się do habilitacji. Starszy wnuk studiuje na politechnice, młodszy jest w czwartej klasie szkoły podstawowej.

## Nauka

To prawda, że w polskiej medycynie nie wymyślono czegoś na miarę antybiotyku, ale powstało wiele przyczynków do odkryć. W nauce nie ma mowy o marnowaniu pieniędzy na badania, które niczemu by nie służyły. Ze wszystkiego trzeba się rozliczyć w sensie finansowym i naukowym. Mój niepokój budzi tylko problem nierzetelności naukowej. W Ameryce naukowiec, który kilkakrotnie opublikował te same wyniki poniósłby ogromne konsekwencje. W Polsce pogadają, popiszą i na tym się kończy.

Dla mnie naukowiec godny szacunku to taki, który dba o rozwój własny i współpracowników, ma konkretne wyniki i nie jest koniunkturalny w zależności od polityki.

Oprac. Danuta Ślósarska

# CZŁOWIEK

## stworzenie

### CZY twór ewolucji?

**N**a tak postawione pytanie próbowali odpowiedzieć uczestnicy konferencji naukowej, zorganizowanej w dniach 11-13 kwietnia 2005r. przez Międzywydziałową Katedrę Teologii Katolickiej UwB, Zakład Biologii Molekularnej AMB, Zakład Bioetyki i Antropologii Filozoficznej UwB.

#### Referaty wygłosili:

- prof. dr hab. Jan Kozłowski (UJ) – Czy Pan Bóg mógł stworzyć człowieka z pominięciem doboru naturalnego?
- prof.dr hab. Marek Korzeniowski (UwB) – Ewolucja natury ludzkiej.
- prof.dr hab.Jerzy Kopania (UwB) – Modele duszy a problem początku człowieka.
- ks.prof.dr hab. Józef Dołęga (UKSW) – Ewolucyjny model kreacjonizmu.
- ks.prof.dr hab. Waldemar Chrostowski (UKSW) – Biblia o początku człowieka.

Chrześcijanin staje zdumiony wobec coraz to nowych odkryć przyrodników. Pomagają one mu coraz lepiej widzieć dzieło Boga, jego obecność u początku procesu ewolucji i na wszystkich jego etapach. Wsłuchuje się jednocześnie uważnie w to, co o początku człowieka mówi filozofia. Wie on o znaczeniu myślenia metafizycznego. W ten sposób czysty rozum i wiara rzeczywiście mogą być skrzydłami, na których duch ludzki wznosi się ku kontemplacji prawdy (J.P.II).



❖ ❖ ❖  
Prof.  
**Jerzy  
Kopania**

Zakład Bioetyki i Antropologii Filozoficznej  
Uniw. w Białymstoku

„Czym jest człowiek, że o nim pamiętasz, że się nim zajmujesz?” – stawia Bogu pytanie psalmista. Przyrodzona godność człowieka, jego zdolność czynienia dobra i piękna, zdają się świadczyć, że jest człowiek tworem Boga. Ale jakże liczne są jego wady i ułomności, które zdają się świadczyć, że jest człowiek takim samym tworem przyrodniczej ewolucji, jak wszystkie istoty żywe. Może zresztą te dwa stanowiska nie wykluczają się i dadzą się uzgodnić? Stawiamy sobie takie pytania, choć przecież wiemy, że przynajmniej w naszym doczesnym życiu nie uzyskamy na nie odpowiedzi. To dlaczego je stawiamy? Otóż właśnie dlatego, że jesteśmy ludźmi.



❖ ❖ ❖  
**Bp. Edward  
Ozosowski**

Pytanie o początek człowieka dotyczy przyczyn drugorzędnych, a nie Pierwszej. Wszyscy bowiem zgadzają się na to, że jeśli coś jest, to musiało zaistnieć, a różnią się jedynie w nazwaniu owej Przyczyny sprawczej. Dla ludzi wierzących jest nią Bóg. Śledzenie przyczyn drugorzędnych w zaistnieniu i rozwoju człowieka jest ważne. Od niego zależy postrzeganie sensu życia.

W trzech głównie dziedzinach możliwa jest odpowiedź na pytanie, skąd wziął się człowiek: w naukach przyrodniczych, filozofii i teologii. Cieszą się one autonomią i są komplementarne, nie tak jednak, by cudze wyniki uważać za swoje. Możliwa jest również weryfikacja tez lub hipotez jednej nauki przez drugą.



❖ ❖ ❖  
Prof.  
**Marek  
Konarzewski,**

Instytut Biologii,  
Uniw. w Białymstoku

W poglądach na temat ewolucji cech ludzkiej umysłowości można

dopatrzyć się istnienia wyraźnego dualizmu. Część biologów, jak również znakomita większość filozofów oraz teologów postrzega człowieka jako istotę o naturze zdecydowanie odmiennej od natury innych istot żywych, w tym najbliższych biologicznych krewnych naszego gatunku. O ile wyraziście takich poglądów zwykle nie negują samego procesu ewolucji, to najczęściej wskazują na niebywałe przyspieszenie tempa rozwoju intelektualnego Homo sapiens, mające miejsce około 40 tysięcy lat temu, które ich zdaniem raz na zawsze oddzieliło człowieka od reszty świata przyrody.

Jednakże w ostatnich 30 latach najpierw wśród sporej grupy biologów, a potem również wśród psychologów zaczęły ugruntowywać się przekonania negujące wyjątkowy charakter natury ludzkiej. Ich wyraziście postrzegają ewolucję ludzkiego intelektu jako continuum, którego poszczególne aspekty dadzą się wywodzić z rudymenarnych cech posiadanych przez zwierzęta. Ich zdaniem nadrzędną motywacją ludzkich zachowań jest maksymalizacja darwinowskiego dostosowania (fitness). Pierwszą, poważną próbą takiego przewartościowania poglądów na umysłowość człowieka była socjobiologia stworzona przez badacza owadów społecznych Edwarda O. Wilsona. W książce „O naturze ludzkiej” Wilson tak oto lapidarnie streścił swoje zapatrywania: „...stwierdziłem, że prawidłowości, które jak się obecnie okazało całkiem dobrze stosują się do ogółu zwierząt, mogą być też z powodzeniem spożytkowane przez nauki społeczne”. Ze względu na swój radykalny charakter socjobiologia nie zyskała powszechnej akceptacji i była (oraz jest) krytykowana zarówno na gruncie metodologii nauk przyrodniczych, jak i filozofii. Natomiast w ostatnich kilkunastu latach coraz więcej zwolenników znajduje psychologia ewolucyjna. Jej adepti starają się wyjaśnić powstanie cech ludzkiej umysłowości za pomocą teorii i hipotez zapożyczonych z biologii ewolucyjnej i ekologii behawioralnej, takich jak dobór krewniaczy, altruizm odwzajemniony, hipoteza „dobrych genów”, zasada „Czerwonej Królowej” oraz koncepcji „samolubnego genu”. Choć z punktu widzenia metodologii nauk ścisłych program badawczy psychologii ewolucyjnej jest poprawny, to w chwili obecnej znacząca część stwierdzeń psychologów ewolucyjnych

wykracza daleko poza wciąż skąpe poparcie empiryczne. Tym nie mniej psychologia ewolucyjna na pewno stanie się ważnym głosem w dyskusji nad źródłami natury ludzkiej, który nie powinien być ignorowany zarówno przez filozofów, jak i teologów.



❖ ❖ ❖  
Prof.  
**Jan  
Kozłowski**

*Institut Nauk  
o Środowisku  
Uniw. Jagielloński*

Teoria ewolucji drogą doboru naturalnego, mimo że opublikowana półtora wieku temu, wciąż budzi ogromne emocje. Choć jest powszechnie akceptowana przez biologów, niebiolodzy bardzo często starają się ją ignorować lub ośmieszać. Najpoważniejszym źródłem tych problemów jest pozorna sprzeczność tej teorii z wiarą w stworzenie przyrody i człowieka przez

Boga. W rzeczywistości współczesna biologia wskazuje, że natura życia jest ewolucyjna. Obiekty podlegające procesowi urodzeń i śmierci, i posiadające program genetyczny pozwalający na rozwinięcie cech umożliwiających przerabianie zasobów środowiska na tkanki własne i potomstwa, muszą podlegać ewolucji, opartej na losowych mutacjach i doborze naturalnym. Dobór naturalny to nic innego jak prosty mechanizm, powodujący, że różne programy genetyczne kopiują się w różnym tempie, a więc te kopiujące się wydajniej, w sensie potocznym pozostawiające więcej potomstwa, będą liczniej reprezentowane w następnych pokoleniach. Proces ewolucji jest jednak niezdeterminowany, nie ma praw, które bezpośrednio prowadziłyby do powstania świata w obecnej jego postaci, a w szczególności do powstania człowieka. Jeśli zaakceptuje się istnienie linii demarkacyjnej, oddzielającej nauki przyrodnicze od metafizyki, w tym teologii, to sprzeczność z wiarą znika: powstanie człowieka, będące z punktu widzenia

nauk przyrodniczych przypadkowym wynikiem działania niezdeteminowanej ewolucji, może być z punktu widzenia teologa aktem stworzenia, wynikającym z faktu, że Bóg jest panem zjawisk losowych.

❖ ❖ ❖  
**Anna Brzostowska**

studentka filozofii

Jednym z największych atutów konferencji są sami prelegenci. Myślę, że obecność młodych ludzi studiujących kierunki niekoniecznie związane z tematem wykładu, powoduje często późniejsze, ciekawe dyskusje oraz bardzo cenną obiektywność w stosunku do wielu spraw. Muszę jednak przyznać, że czasem czuje się pewien dyskomfort z powodu nieznamości poruszanych zagadnień. Uważam, że konferencje tego typu powinny odbywać się zdecydowanie częściej, choćby ze względu na fakt, że są jednym z najlepszych sposobów kształtowania poglądów.



# Kobalt-60

## Józefa Rotblata

**W** roku 1896 Henri Becquerel odkrył promieniotwórczość naturalną. W czterdzieści lat później, Irena Curie wraz z mężem Fryderykiem Joliot otrzymali pierwiastki promieniotwórcze w warunkach laboratoryjnych. Okazało się, że jądra niektórych pierwiastków naświetlone cząstkami a przekształcają się w jądra innych pierwiastków, często nietrwałe, ulegające rozpadowi promieniotwórczemu. Jednym z pierwszych sztucznie otrzymanych pierwiastków promieniotwórczych był azot o liczbie masowej 13. Otrzymano go w wyniku napromieniowania boru-10 cząstkami a, których źródłem był promieniotwórczy polon. Jeszcze lepsze efekty badacze ci uzyskali zastępując cząstki a neutronami. Pomysł ten wykorzystał Enrico Fermi. Napromieniował on neutronami różne pierwiastki i otrzymał w ten sposób 47 nowych izotopów promieniotwórczych. W Polsce problemem otrzymywania sztucznych radionuklidów zajęła się Pracownia Radiologiczna im. J. Kernbauma Warszawskiego Towarzystwa Naukowego. W pracowni tej Marian Danysz i Michał Żyw otrzymali pierwszy promieniotwórczy fluor i skand.

Józef Rotblat urodził się 4 listopada 1908 roku w Warszawie. Jego ojciec zajmował się transportem papieru i nieźle mu się powodziło. Rodzinę stać było na wakacje na wsi i kucyka dla chłopca. Z wybuchem I wojny światowej idylla się skończyła. Rodzinny interes się załamał. „W piwnicy domu, w którym mieszkaliśmy, pędziliśmy samogon. On był podstawą naszego utrzymania – wspomina. – Trzeba było walczyć o przetrwanie.”

Rotblat ukończył studia na Wolnej Wszechnicy Polskiej w Warszawie w 1932 roku, uzyskując stopień magistra fizyki. W 1938

roku uzyskał doktorat z fizyki na Uniwersytecie Warszawskim. Pracę naukową rozpoczął we wspomnianej już Pracowni Radiobiologicznej Warszawskiego Towarzystwa Naukowego. Otrzymał on promieniotwórczy kobalt-60 przez napromieniowanie neutronami niklu:  $^{60}\text{Ni} + n \rightarrow ^{60}\text{Co} + p$ . Było to akurat po stwierdzeniu przez Fermiego, że „neutrony (...) nie wywołują promieniotwórczości kobaltu”. Obecnie kobalt-60 jest izotopem promieniotwórczym o rozległym zastosowaniu w medycynie i technice. W roku 1939 angielski fizyk jądrowy James Chadwick zaproponował J. Rotblatowi staż naukowy w University of Liverpool w Anglii. Zdecydował się na wyjazd m.in. ze względu na znajdujący się na wyposażeniu tej placówki cyklotron. Miał nadzieję, że po powrocie do Polski zbuduje takie urządzenie w Warszawie. Właśnie w tym czasie w fizyce jądrowej zapanowało wielkie ożywienie. Dwaj niemieccy chemicy Otto Hahn i Fritz Strassmann dokonali pierwszego rozszczepienia jądra uranu, bombardując je neutronami. W procesie rozszczepienia uwalnia się duża ilość energii i powstają neutrony, które uwalniane w odpowiedniej ilości mogą kontynuować spontaniczny proces rozszczepienia, prowadząc do reakcji łańcuchowej. Wielu fizyków w różnych krajach, wśród nich Józef Rotblat, zastanawiało się nad liczbą emitowanych neutronów, która wystarczyłaby do wywołania gwałtownej reakcji łańcuchowej.

Rotblat ożenił się z Tolą Gryn, studentką polonistyki. Do Anglii wyjechał sam, ponieważ jego stypendium nie wystarczyłoby na utrzymanie obojga. Po sześciu miesiącach uzyskał jednak



dotatkowe pieniądze i pod koniec sierpnia 1939 roku wrócił do Polski, żeby zorganizować wyjazd Toli do Liverpoolu. Wyjechał z Polski pierwszy, Tola miała wkrótce do niego dołączyć. Z powodu blokady informacyjnej wprowadzonej przez polski rząd małżonkowie nie uświadamiali sobie, jak poważna była wówczas sytuacja polityczna w Europie. Pierwszego września Niemcy wkroczyli do Polski i po kilku tygodniach konflikt zbrojny wydawał się zakończony. Rotblat starał się o wize tranzytowe w Belgii, w Danii i we Włoszech. Za każdym razem granice zamykano i Tola nie mogła wyjechać z Polski. Powróciwszy do Anglii, uznał zagrożenie ze strony faszyzmu za tak wielkie, że postanowił „odłożyć na bok moralne skrupuły dotyczące bomby jądrowej”. Z pomocą Chadwicka rozpoczął w Liverpoolu eksperymenty mające na celu ocenę możliwości konstrukcji takiej bomby. W 1941 roku brytyjscy fizycy ustalili, że teoretycznie konstrukcja bomby jądrowej jest możliwa.

Amerkańscy fizycy dokonali tymczasem wielkiego postępu w pracach nad budową reaktora jądrowego, natomiast ich badania ukierunkowane na budowę bomby utknęły w martwym punkcie. Wówczas premier Churchill i prezydent Roosevelt uzgodnili, że w USA zostanie zorganizowane wspólne „bombowe” laboratorium. W ten sposób powstał Manhattan Project w Los Alamos National Laboratory w Nowym Meksyku. W brytyjskim zespole znalazł się Józef Rotblat. Po przyjeździe do USA dowiedział się więcej o amerykańskich planach budowy bomby.

Wspomina, że pewnego wieczoru przy kolacji wojskowy dowódca Manhattan Project, generał Leslie Groves, napomknął, że „prawdziwym celem posiadania bomby atomowej jest zmiękczenie i przestraszenie Sowieców”. Po nieudanych próbach przekonania współpracowników, aby nie konstruować bomby, w 1944 Rotblat postanowił odejść z laboratorium w Los Alamos. Ze względu na ryzyko aresztowania przez służby bezpieczeństwa działające w laboratorium, Rotblat powiedział, że wraca do Europy, aby być bliżej rodziny. Jednak informacje o losie żony uzyskał dopiero po zakończeniu wojny. Jego żona zginęła. Matce, siostrze i dwóm braciom udało się przetrwać.

Rotblat powrócił do Liverpoolu na początku 1945 roku. Po zrzuconiu bomb na Hiroshimę i Nagasaki zdał sobie sprawę, że bomba atomowa „była zaledwie początkiem czegoś znacznie gorszego”. Zaczął przemierzać Anglię wzdłuż i wszerz z wykładami, w których usiłował przekonać fizyków do zaniechania badań nad bronią jądrową. Wtedy też zainteresował się medycznymi zastosowaniami fizyki jądrowej. Po paru latach przeniósł się do Saint Bartholomew's Hospital w Londynie. Badania nad możliwościami

leczenia raka za pomocą izotopów promieniotwórczych doprowadziły go do studiowania wraz z fizjologiem Patricią Lindop wpływu promieniowania jonizującego na tkanki. Jak na ironię praca ta znowu przywiodła go do skutków spowodowanych użyciem bomb atomowych. „Nawet w 1957 roku, 12 lat po zrzuconiu bomb, wielu ludzi nie wierzyło, że jedną z przyczyn raka jest promieniowanie – mówi Rotblat. – Mówiło się wtedy, że tylko białaczka jest skutkiem napromieniowania organizmu, nie wspomniano o innych rodzajach raka. Na podstawie przeprowadzonych z P. Lindop badań na myszach mogłem stwierdzić, że promieniowanie jądrowe powoduje różne rodzaje raka.”

W roku 1954 Rotblat poznał brytyjskiego filozofa Bertranda Russela, którego ogromnie niepokoiły ewentualne skutki ogarniającego planetę wyścigu zbrojeń. Russel wystąpił z inicjatywą powołania ruchu naukowców w celu przedyskutowania problemu rozbrojenia nuklearnego. W ten sposób powołano do życia organizację Pugwash. Jej dziwna nazwa pochodzi od kanadyjskiego miasta w Nowej Szkocji, gdzie odbyła się pierwsza konferencja. W sprawozdaniu z konferencji szczegółowo opisano zagrożenia związane z prowadzeniem prób jądrowych, przedstawiono propozycje zmian mających na celu kontrolę zbrojeń oraz wyłożono zasady społecznej odpowiedzialności naukowców. Głos ten dotarł do przywódców państw świata, a spotkania Pugwash kontynuowano. Został podpisany międzynarodowy układ zabraniający prób jądrowych w atmosferze (1963), układ między USA i ZSRR o zakazie antybalistycznych systemów rakietowych (1972). Rotblat organizował konferencje, spisywał historię ruchu i pracował jako sekretarz generalny przez 14 lat. W roku 1988 został wybrany przewodniczącym Pugwash i do dziś sprawuje tę godność. Niektórzy nazywają go żartobliwie „Mr. Pugwash”.

Józef Rotblat otrzymał w 1995 roku Pokojową Nagrodę Nobla za wysiłki mające na celu wyeliminowanie broni jądrowej na świecie.

Rotblat ma dużą kolekcję płyt z muzyką klasyczną. Mimo swego wieku, nadal jest energicznym człowiekiem – kontynuuje wykłady i bierze udział w konferencjach na całym świecie. Do dziś świetnie mówi po polsku i podkreśla swoje związki z Polską, akcentując, że jest Polakiem z brytyjskim paszportem (uzyskał brytyjskie obywatelstwo w 1946r.). Protestuje przeciwko przekręcaniu jego imienia z Józef na Joseph. Można go więc zaliczać do polskich noblistów.

**Izabela Dziakowska**

*Autorka jest członkiem Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Analizy Instrumentalnej AMB.*



# Błękitno □ czarne Łapy

**W** literaturze wymienia się kilka odmian szlachty polskiej, od możnych posesjonatów do drobiazgu herbowego w zaściankach, była też szlachta brukowa żyjąca w miastach, ale w naszym regionie zdarzyła się jeszcze jedna, nietypowa odmiana – szlachta kolejowa.

Czyli mieszkańcy Łap i okolic. Dlatego w tytule umieściłem dwie barwy: błękit wyróżniający kolor krwi asanów i czerń jako atrybut mundurów braci kolejarskiej.

**Na początku był Łappa**

Łukasz Lubicz-Łapiński rzetelnie przebadał początki tej rodziny i jej późniejszy

efektywny  
r o z r o s t .

Najstarszy w tym przypadku, dotychczas znany wpis archiwalny, wymienia kilku Łappów z Daniłowa, którzy stanęli przed sądem w grodzie Wiźnie w 1464 roku. Badacz o



**Adam Dobroński**

charakterystycznym podwójnym nazwisku, autor książki „Zaścianki Łapińskich w XV-XVIII w.”, nie ma wątpliwości, że i jego potomkowie wywodzili się z Mazowsza, a pieczętowali się herbem Lubicz z podkową oraz dwoma krzyżami. Podkowa przyniosła im szczęście, toteż w następnych dziesięcioleciach i wiekach powstała rozwinięta sieć zaścianków o wspólnym pierwszym członie nazwy. Były zatem Łapy: Szolańdy (te wchłonęły i Rechy), Dębowizna, Łynki (wcześniej Kosmytki), Kołpaki (dawne Wągle), Pluśniaki i Stryjce, Korczaki, Wity, Barwki (tu początki osady kolejowej), Bociany, Leśniaki i Nowosiółki, Goździki (dawniej Bursięta), Zięciuki. To jeszcze nie wszystko, bo pozostały wspomnienia również o innych jeszcze Łapach, w poszczególnych zaściankach nazwy nadawano także gruntom, a ponadto wielu mieszkańców miało swoje indywidualne określniki, często mniej lub bardziej zabawne przezwiska i przydomki rodowe (Nosal, Siwy, Kaczor, Podwieczorek, Bąk, Pleban).

Tego dokładnie nikt nie wie, ale szacuje się, że mieszka aktualnie w Polsce około 8,5 tys. Łapińskich. Ci z nich, którzy trwają w rejonie Łap, mają głównie za sąsiadów Perkowskich, Roszkowskich, Płońskich. I co jeszcze charakterystyczne, Łapińscy mieli zawsze atencję do powtarzających się imion, z Janem na czele. W okresie PRL w Zakładach Napraw Taboru Kolejowego na listach płac przy Janach Łapińskich widniały cyfry, by usprawnić wypłaty. A może był to i perfidny sposób ośmieszenia szlachetnie urodzonych. Oni też nie pozostawali dłużni. Pamiętam, jak podczas tłumnego zebrania ZSL „kolega” powitał „towarzysza” i podał jego nazwisko z końcówką „ski”. Po pewnym czasie wstał, przeprosił partyjnego gościa tłumacząc, że się zagapił, bo w Łapach jest tak przyjęte, że wszyscy są na „ski”. Prawda historyczna jest zaś taka, że owe „ski” dodały sobie również niektóre rodziny chłopskie.

#### Sensacyjne początki

W 1862 roku ukończona została budowa drogi żelaznej z Warszawy przez Białystok, Grodno i Wilno do Petersburga. Była to reprezentacyjna magistrala, wytyczona z polecenia cara i sztabowców wojskowych, ale za pieniądze pożyczone od Francji. Według jednej z opowieści kolej miała przejść przez historyczny Suraż, tamtejsi mieszkańcy bali się jednak „ognis-

tego smoka”, co to krowom mleko odbierał i przekupili inżynierów, by ci poprowadzili tory z dała od miasteczka. Tak szczęśliwy los uśmiechnął się do Łap.

Bardziej przekonująco brzmi druga opowieść. W ekipie budowniczych byli także polscy emigranci z terenów Francji, a zanosilo się na kolejne powstanie narodowe, powstawały ogniwa konspiracji, trzeba było kolportować nielegalne wydawnictwa i gromadzić broń. Według pierwotnych planów to w Białymstoku miały powstać duże zakłady naprawcze Magistrali Warszawsko-Petersburskiej. Te byłyby pod silną kontrolą carskiej żandarmerii i wojska. W tej sytuacji polscy inżynierowie (z paszportami francuskimi) doprowadzili do zmiany lokalizacji i warsztaty wyrosły na ostatniej stacji znajdującej się w granicach Królestwa Polskiego, czyli w Łapach (Uhowo było już w Cesarstwie Rosyjskim, w guberni grodzieńskiej).

Rzeczywiście, po wybuchu powstania styczniowego 1863 roku wielokrotnie dochodziło do walk o wspomnianą kolej. Zbrojni Polacy starali się zablokować na niej ruch, by władze zaborcze nie mogły dowozić posiłków z głębi Cesarstwa. Niestety, po kilku dniach Rosjanie odzyskali kontrolę nad koleją. Powstańcy jednak nie rezygnowali, ponawiali ataki na stacje, dokony-



Źródło: Internet.

wali zniszczeń torów i urządzeń kolejowych. Pod Kietlanką (między Czyżewem a Zarębami Kościelnymi) zorganizowano pierwszą na ziemiach polskich „kolejówkę”, czy atak na pociąg z wagonami pełnymi carskich żołnierzy. Pod Łapami zaś próbowano zniszczyć most z torami na Narwi. Obezwładniono wartowników pilnujących most i w nasyp, tuż przy murowanym filarze, wkopano beczułkę z prochem. Ładunek ten połączono drutem z przyrząd dem galwanicznym, który zainstalowano na

szynie. Zanosilo się na efektowny sukces, ale jeden z żołnierzy carskich uwolnił się i wskazał patrolowi kozackiemu miejsce umieszczenia „miny”.

#### Wielec w Łapach

Historię Łap można poznawać i poprzez odwoływanie się do biografii osób znanych. Słyszałem opowieści o tym, jak to przeprowadzono łódką przez Narew konspiratora Józefa Piłsudskiego. Do uwiarygodnienia tego zdarzenia służy zapis poczyniony w księdze parafii ewangelickiej Paproc Duża. Przyszły Marszałek, zawierając tam w 1899 roku swój pierwszy związek małżeński z Marią Juszkiewicz, podał, że jest kupcem z Łap. Na pewno miał tu później zagorzałych zwolenników. To w Łapach tworzyły się w listopadzie 1918 roku zaczątki wojska polskiego i stąd przyszły oddziały, które ostatecznie wyzwoliły Białystok spod okupacji niemieckiej 19 lutego 1919 roku.

Czysty przypadek sprawił, że aż w Warszawie urodził się w 1891 roku Stanisław Łapiński. Rodzice szybko powrócili w rodzinne strony, w Łapach nabyli domek, posyłał tu syna do szkoły. Stanisław dał się poznać między innymi jako krajoznawca, miłośnik historii. Dla kontynuowania nauk wyjechał w 1910 roku do Lwowa, tam znalazł się w związkach konspiracyjnych jako „Nilski”, a po wybuchu wojny światowej rozpoczął służbę w Legionach Polskich. To piękna karta, dzięki nabytemu doświadczeniu mógł Nilski-Łapiński zostać szefem sztabu obrony Lwowa w pamiętnym listopadzie 1918 roku, nawiązał wówczas kontakt z Naczelnikiem Państwa J. Piłsudskim. Lata następne zapowiadały wspaniały rozwój kariery wojskowej Stanisława i długo o tym można pisać. Tym tragiczniej brzmiał telegram, który dotarł do Łap: „Syn podpułkownik Stanisław zmarł 16.II.22 r. o godz. 8.30 na serce po płonicy gościem stawowym”. Trumna ze zwłokami kawalera Virtuti Militari spoczęła zrazu na cmentarzu w Poznaniu,

ale po zbudowaniu Cmentarza Orlą Lwowskich tam ostatecznie trafił pośmiertnie Stanisław Nilski-Łapiński.

Z osobistości wcześniej przebywających w Łapach wymienić jeszcze trzeba Bronisława Szwarcego, który stąd kierował budową odcinka linii kolejowej Warszawa-Petersburg, ale i lokalną organizacją „Czerwonych”. Aresztowany w grudniu 1862 roku został skazany na karę śmierci, zamienioną na katorgę syberyjską. Tam, daleko od Polski, był nauczycielem studenta

i też zesłańca Józefa Piłsudskiego. Znakomicie się stało, że właśnie do Łap w 1921 roku trafił Władysław Piotrowski, żołnierz, ale przede wszystkim przez długie lata fotograf, który pozostawił wspaniałe zbiory obrazujące życie w mieście i okolicy. Dodajmy, że zdjęcia te wykonywał także w czasie okupacji niemieckiej jako członek Armii Krajowej.

#### Migawki z najnowszej historii

Łapy otrzymały prawa miejskie 1 stycznia 1925 roku i wówczas też została ukończona budowa kościoła p.w. św. Piotra i Pawła. Niemal wszystko co tu się działo miało związek z koleją i warsztatami. Jeszcze w 1893 roku oddano do użytku linię kolejową z Łap przez Śniadowo do Ostrołęki, z odnogą do Łomży. Stale powiększano „Depo”, czyli warsztaty naprawy parowozów i wagonów (zmieniały się nazwy), w 1929 roku zatrudniano tu około 2 tys. osób. W okresie międzywojennym zbudowano także osiedla kolejowe w Łapach Osse i na tak zwanym Wygwizdowie. Powstawały kluby sportowe, rozpoczął pracę Dom Kultury Związku Zawodowego Kolejarzy, ożywiło się życie polityczne, ważną rolę odgrywali nauczyciele. Miasto zwiększyło liczbę mieszkańców do około 7 tysięcy. I wciąż szlakiem kolejowym do Wilna przejeżdżali wielcy tamtego świata. 31 maja 1935 roku o drugiej w nocy przejechał przez Łapy i wagonkaplica z urną z sercem Marszałka J. Piłsudskiego.

II wojna światowa to dla Łap pasmo

nieszczęść, ale i czynów chwalebnych. Już 1 września 1939 roku spadły na stację oraz zakłady kolejowe bomby z niemieckich samolotów. Na dłużej rządy przejęli Sowietci, czarnym symbolem tamtej okupacji stał się Marceli Nowotko. „Od ojca dowiedziałem się, że zwołał polskich nauczycieli i zakazał chodzić do kościoła. Dotyczyło to również dziatwy i młodzieży szkolnej. Proboszczowi ks. Henrykowi Bagińskiemu zakazał intonować pieśń „Serdeczna Matko”, gdyż melodia jest prawie identyczna jak „Boże coś Polskę”. Utrzymywał stosunki tylko z sowieckimi oficerami” (Adam Kulesza).

W środowisku kolejarskim szybko powstały zaczątki konspiracji, ta rozwinęła się zwłaszcza „za Niemca”. Prowadzono wywiad, kolportaż „bibuły”, podjęto nawet produkcję granatów, a jednocześnie trwał opór bierny, bojkot zarządzeń wroga, w warsztatach nielegalnie wyrabiano wiele przedmiotów potrzebnych w codziennosci, a niedostępnych dla Polaków. Ducha dodawały wiadomości o aktach dywersji i walce w rejonie łapskim grup partyzanckich. Akcją szczególnej odwagi było wywiezienie z zakładów roztoczarki do cylindrów parowozowej, czego dokonała grupa akowców przebranych w mundury niemieckie. Niestety, przybywało i ofiar: wywiezieni przez NKWD na Sybir, Żydzi przesiedleni przez Niemców do getta białostockiego, kierowani na przymusowe roboty do Rzeszy, wzięci w wielkiej łapance w dniu Zielonych Świąt w

1944 roku, zamęczeni, zesłani do obozów...

Łapy zostały autentycznie wyzwolone nocą z 6 na 7 sierpnia 1944 roku przez oddział 76 pułku piechoty AK, a 7 sierpnia zajęte przez Armię Radziecką.

#### Huśtawka powojenna

Każdej władzy były potrzebne sprawne linie kolejowe, tej „ludowej” też. Inwestowano więc w Zakłady Naprawcze Taboru Kolejowego i w miasto. Tak powstało gimnazjum i kilka innych instytucji, a w sierpniu 1954 roku Łapy stały się po raz pierwszy w swej historii (i jak do tej pory – ostatni) stolicą powiatu. Dziwny to był powiat, szlachecko-polsko-katolicki od wewnątrz i czerwieniejący na zewnątrz; wrócił nawet w postaci pomnikowej Marceli Nowotko. W 1969 roku zaczęto budowę łapskiej cukrowni, z którą nie jest tak wcale słodko. W 1974 roku doszła i mleczarnia, podziwialiśmy aktywność miejscowych patriotów. Ale potem częściej nadciągały chmury, w 1998 roku Łapy zostały jedynie siedzibą gminy. Nie skapitulowały jednak, trwają, dokumentują również swoją przeszłość.

Do boju panowie szlachta, życzymy samych zielonych sygnałów („droga wolna”) na szlakach XXI wieku.

*Autor jest prof. dr. hab.*

*– pracuje na Wydziale*

*Historyczno-Socjologicznym*

*Uniwersytetu w Białymstoku.*



## O słuchaniu



### Janusz Niczyporowicz

Kiedy Sokrat Janowicz, polski pisarz białoruski mieszkający w Krynkach, zawędrował do Rzymu, by w Watykanie spotkać się z papieżem Janem Pawłem II, został przepytany na okoliczność braterskiego współzycia wyznawców prawosławia i katolicyzmu. O współzyciu mógłby nieco powiedzieć, bo mieszane małżeństwa nie są niczym nadzwyczajnym, ale nie wypadało zapewne zawracać głowy Jego Świątobliwości takimi przyziemnymi problemami. Zaś o braterstwie zapewne nie śmiał, bo kto jak kto, ale papież o związkach duchowych powinien wiedzieć najwięcej.

Jak było, trzeba przepytać pisarza Sokrata Janowicza.

Jednakże faktem jest, że gdy Papież zaciękał wiony był mimo wszystko ową braterską współpracą, pisarz przypomniał sobie wizytę Dostojnej Osoby

w Białymstoku oraz przekroczenie przez Nią progu prawosławnej świątyni. Był to i znak pojednania, i znak braterstwa oraz znak wspólnoty duchowej. Jan Paweł II doskonale orientował się w problemach religijnych oraz narodowościowych regionu i wziął na siebie rolę mediatora. To zawsze jest rola ciężka i doświadczenie aktorskie z lat młodości nie przydało się. Kościół prawosławny na wschodzie jest nadal wrogo nastawiony do innowierców, oskarża Watykan o prozelityzm i odmawia współpracy. Polskie problemy są nieco innej natury, ale nie dystansowanie się pewnej części kleru od narodowo szowinistycznych hasel pojednaniu nie sprzyja.

Kiedy Papież odwiedził cerkiew w Białymstoku, wyszedł to wiatujących tłumów, nie nawoływał wprost do miłości wzajemnej. Użył przepięknej metafory mówiąc: Wy mnie kochacie, ale mnie nie słuchacie.

To zdanie przypomniało się Sokratowi Janowiczowi gdy wspominał spotkanie z papieżem.

I dzisiaj chciałoby się też zadać sobie kilka pytań. Nie o to jak długo będziemy kochać i wspominać papieża Jana Pawła II, ale co po nim zostanie. W naszych rozumach i sercach. Co z jego nauk stało się wskazówką, a co puściliśmy mimo uszu. Bo przecież nie ulega wątpliwości, że uczynił miłowy krok w zbliżeniu wielkich religii monoteistycznych, takich jak judaizm, islam czy buddyzm. Nie udało się jedynie z prawosławiem. To, że nie doszło do wizyty w Moskwie, nie świadczy o tym, że dialog nie jest możliwy. On pewnie gdzieś tam się toczy za spizowaną bramą, przez którą nie wyciekają żadne dyplomatyczne wieści.

Więc co pozostanie po pielgrzymkach papieża Polaka? Po jego homiliach i rozważaniach nad sensem istnienia i ludzkim dążeniem do uniwersalnej dobroci? To bardzo niepokojące pytanie. Więc może jednak już teraz warto przejść od szczebiotliwych deklaracji o miłości, do zadumy nad Jego spuścizną. Bo ten płomień nie powinien wygasnąć. Więc może zacznijmy Go słuchać już teraz, po Jego śmierci, skoro nie robiliśmy tego za Jego życia.

To się nazywa obiecanie poprawy.



# Anekdoty

## z życia lekarzy i studentów

### Konkurs Wydawnictwa Lekarskiego

60 LAT



*Szanowni Czytelnicy!*

**W**ydawnictwo Lekarskie PZWL obchodzi w 2005 roku 60-lecie swojego istnienia. Przez te 60 lat nasze książki towarzyszyły wielu pokoleniom młodych lekarzy, najpierw podczas studiów, a potem podczas zdobywania kolejnych

stopni naukowych i codziennej praktyki lekarskiej. Z czasem nasi pierwsi czytelnicy sami stali się autorami kolejnych podręczników służących następnym generacjom lekarzy, farmaceutów czy stomatologów. I tak historia zatacza krąg. Ale wśród tej jakże poważnej nauki i pracy zawodowej często zdarzały się także sytuacje zabawne, które z czasem zaczęły być własnym życiem, krążąc w środowisku lekarskim jako anegdoty i są teraz przekazywane kolejnym pokoleniom.

Zapraszamy Państwa do udziału w naszym konkursie „Anegdoty z życia lekarzy i studentów”. Podzielcie się z nami tymi zabawnymi historiami. Najlepsze prace opublikujemy na naszej stronie internetowej i nagrodzimy tym co mamy najlepszego – naszymi książkami.

*W imieniu Wydawnictwa Lekarskiego PZWL*

**Marek Kłębowski**

*– Dyrektor Handlu i Marketingu*

Prace o objętości do **2 stron maszynopisu** można nadsyłać do **30 września 2005 roku** pod adresem: Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o. o., 00-950 Warszawa, skr. poczt. 379 z dopiskiem na kopercie „Anegdoty z życia lekarzy i studentów” lub e-mail: [konkurs@pzwł.pl](mailto:konkurs@pzwł.pl). W przypadku przesłania maszynopisu prosimy o dołączenie również elektronicznego zapisu. Pełny regulamin konkursu dostępny jest na stronie internetowej Wydawnictwa Lekarskiego PZWL – [www.pzwł.pl](http://www.pzwł.pl). Nadesłanie prac na konkurs oznacza, że uczestnik konkursu zapoznał się z regulaminem i akceptuje jego warunki.

1. Organizatorem konkursu jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, ul. Miodowa 10, 00-251 Warszawa.
2. Temat konkursu: Anegdoty z życia lekarzy i studentów.
3. Celem konkursu jest utrwalenie najzabawniejszych wspomnień z czasów studenckich oraz praktyki lekarskiej.
4. Czas trwania konkursu: od 1 kwietnia 2005 r. do 30 września 2005 r. (decyduje data stempla pocztowego).
5. Objętość pracy: do 2 stron maszynopisu.
6. Prace należy nadsyłać pod adresem: Wydawnictwo Lekarskie PZWL Sp. z o.o., 00-950 Warszawa, skr. poczt. 379. z dopiskiem na kopercie „Konkurs anegdoty z życia lekarzy i studentów” lub e-mail: [konkurs@pzwł.pl](mailto:konkurs@pzwł.pl)
7. Prace powinny mieć postać maszynopisu wraz z załączonym elektronicznym zapisem tekstu.

8. Prace powinny być podpisane imieniem i nazwiskiem autora (ewentualnie specjalizacja i tytuł naukowy), Należy podać adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu oraz wypełnioną kartę zgłoszenia do konkursu z danymi osobowymi (karta konkursowa do pobrania na stronie [www.pzwł.pl](http://www.pzwł.pl)),
9. Nadesłanie pracy na konkurs i wypełnienie karty zgłoszenia oznacza zgodę na przetworzenie danych osobowych dla potrzeb konkursu oraz zgodę na opublikowanie imienia, nazwiska oraz miejsca zamieszkania uczestnika konkursu we wszystkich materiałach prezentujących wyniki konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, wspólnie poz. 926, z późn. zm.).
10. Maszynopis wraz z elektronicznym zapisem tekstu powinny być zabezpieczone przed uszkodzeniem podczas transportu. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenie lub zaginięcie prac nadsyłanych pocztą.
11. Maszynopis wraz z elektronicznym zapisem tekstu nie podlegają zwrotowi.
12. Spośród prac konkursowych jury wyłoni najlepsze, a ich autorzy zostaną nagrodzeni. Przewiduje się nagrodę główną – kupon o wartości 1000 zł, drugą nagrodę – kupon o wartości 700 zł, trzecią nagrodę – kupon o wartości 500 zł oraz trzy wyróżnienia po 200 zł.
13. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, jury może dokonać zmiany podziału nagród.
14. Jury konkursu składa się z pięciu osób wskazanych przez organizatora konkursu. Wyboru laureatów dokonuje jury w drodze uchwały podejmowanej zwykłą większością głosów, w obecności wszystkich członków jury.
15. Laureaci konkursu zostaną powiadomieni o przyznaniu nagrody listownie lub telefonicznie w ciągu tygodnia od rozstrzygnięcia konkursu.
16. Wyniki konkursu zostaną ogłoszone w Gazecie Lekarskiej w numerze grudniowym oraz na stronie internetowej Wydawnictwa Lekarskiego PZWL – [www.pzwł.pl](http://www.pzwł.pl) w ciągu dwóch tygodni od rozstrzygnięcia konkursu.
17. Nagrody i wyróżnienia zostaną przesłane laureatom pocztą.
18. Nadesłanie pracy na konkurs jest równoznaczne z oświadczeniem o posiadaniu praw autorskich do tej pracy i stanowi ofertę zbycia autorskich praw majątkowych w zakresie pół eksploatacji określonych w art. 50 pkt 1-4 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 80, poz. 904, z późn. zm.), w tym zwielokrotniania i rozpowszechniania w prasie, wydawnictwach i w formie książkowej oraz na wszelkich nośnikach magnetycznych, optycznych i w elektronicznych oraz udostępniania prac za pośrednictwem sieci informatycznej.
19. Z chwilą nadesłania prac na konkurs wraz z wypełnioną kartą zgłoszenia Wydawnictwo Lekarskie PZWL bezpłatnie nabywa autorskie prawa majątkowe w zakresie określonym w pkt 18.
20. Organizator przewiduje ewentualne opublikowanie najciekawszych prac w miesięczniku Gazeta Lekarska oraz na stronach internetowych Wydawnictwa Lekarskiego PZWL.
21. W konkursie nie mogą brać udziału pracownicy Gazety Lekarskiej i Wydawnictwa Lekarskiego PZWL.



Rośliny

W  
Biblii

## DAWID I KASJA

Ilona Lengiewicz

Minęło czterysta lat. Ustały właśnie plemienne, bo cały kraj połączyła fanatyczna nienawiść do Filistynów. W tych czasach żył prorok Samuel. Nie był wodzem, lecz odnowicielem i mądrym nauczycielem narodu. Dzierżył najwyższą godność kapłańską i świecki urząd sędziego. Był przeciwnikiem monarchii, ale lud domagał się władcy i Samuel z ciężkim sercem zgodził się, aby tron objął Saul – pierwszy król Izraelitów. Autokratyczne rządy Saula budziły niepokój proroka, liczył więc, że Bóg wskaże mu osobę godną tego wyniesienia.

Tymczasem w miasteczku Betlejem, na tysiąc lat przed Chrystusem, przyszedł na świat Dawid. Był siódmym z kolei synem Jessego, skromnego Judejczyka z rodziny pozbawionej wpływów. Gdy z wyroku Boga Samuel namaścił go na króla, był niedorostłym jeszcze chłopcem, zatrudnionym w gospodarstwie jako pastuszek. Spędzając długie godziny na pastwisku nauczył się gry na harfie, sam tworzył muzykę i piękne słowa do niej. Te słowa nazwano później Psalmami Dawidowymi i uznano za arcydzieło liryki religijnej.

Mimo, że nikt nie znał imienia przyszłego króla, wieść o detronizacji Saula szybko rozeszła się wśród ludu mojszeszowego. Władca, opuszczony przez kapłanów i dużą część społeczeństwa, popadł w melancholię. Za najlepsze lekarstwo na tę chorobę uważano naonczas muzykę. Ktoś, być może z nakazu Samuela, polecił Saulowi pastuszkę z Betlejem. Król przyjął Dawida życzliwie. Wkrótce pokochał go całym sercem i zmusił do zamieszkania na dworze w Gibeah. Dawid wyrósł na rudowłosego młodzieńca niezwyklej urody. Zaprzyjaźnił się z królewskim synem Jotatanem i rozkochał w sobie jego siostrę Michol.

W takich to okolicznościach rozgorzała kolejna wojna z Filistynami. Wrogie armie ustawiły się w bojowym szyku na wzgórzach Sokoh w Judei. W dolinie, która je rozdzielała, potykali się wprzód pojedynczy wojownicy. Jednakże nikt z Izraelitów nie śmiał wystąpić przeciw Goliatowi – olbrzymowi z miasta Gat. Ten, zakuty w ciężki pancerz, uzbrojony w potężny miecz i włócznię wychodził wielokrotnie na przedpole i sztychował z przeciwników. Niespodziewanie stanął przed nim Dawid, wąty i bezbronny, z procą przewieszoną przez ramię i ostrym kamieniem w dłoni. Goliat spoglądał na zbliżającego się młodzieńca niczym wilk na owieczkę. Powoli uniosł miecz, ale nie zdążył zadać ciosu; powalił go kamień wystrzelony z procy, który utknął w czole olbrzyma. Takiego Dawida uniesmiertelnił Michał Anioł; wspaniały posąg od 1504 roku zdobi Palazzo Vecchio we Florencji.



Rysunek: Jerzy Lengiewicz

Niespodziewana klęska wywołała popłoch wśród Filistynów. Izraelici wykorzystali to bez zwłoki i pokonali wroga. Dawid wyniósł z pojedynku sławę wojenną i miłość ludu. Saulowi zaś, spadły łuski z oczu i zrozumiał kogo wychował w swoim domu. Musiał jednak uszanować wolę Najwyższego, bo namaszczenie na króla uważano za święte. Dawid poślubił Michol, rozgromił ostatecznie Filistynów i zjednoczył wszystkie plemiona. Podbił Jerozolimę i uczynił ją stolicą państwa. A nowe państwo nazwał Izraelem, na cześć przydomka protoplasty narodu żydowskiego – Jakuba. Izrael to ten, który Mocołwał się z Bogiem.

Biblijny obrzęd namaszczenia świętymi olejami na króla przetrwał do dzisiaj w niezmienionej tradycji; przyszłego władcę namaszcza w Imieniu Boga najwyższy rangą kapłan monarchii. W czasach Saula i Dawida (1040-972 p.n.e.) oleje przechowywano w specjalnych naczyniach (na rysunku), a jednym z ich składników była kasja, czyli cynamonowiec wonny. W Księdze Wyjścia czytamy, jak Bóg nakazuje Mojżeszowi: „Weź pięćset cyklów mirry, połowę tego wonnego cynamonu i wonnej trzciny. I uczynisz z tego święty olej do namaszczenia”. Mirrę i wonną trzcinę przedstawimy już wkrótce, teraz kilka słów o kasji. Roślina pochodzi z Dalekiego Wschodu, skąd przywędrowała do Kanaanu i Egiptu. Jest małym drzewkiem o zimotrwałych, skórzastych liściach i czerwono-brunatnej, gładkiej korze zasobnej w olejki eteryczne, żywicę i garbniki. Korę poddaje się krótkiej fermentacji, suszy i zwija w półmetrowe laski, zwane po prostu cynamonem. Z jej odpadów, liści i młodych gałązek ekstrahuje się kasjol, którego głównym składnikiem jest aldehyd cynamonowy. Do dziś, stosuje go przemysł kosmetyczny do wyrobu perfum o słodkiej, orientalnej nucie zapachowej.

*Autorka jest dr. – adiunktem w Zakładzie Biologii Wydziału Farmaceutycznego AMB.*



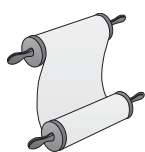
## Z Senatu

### Nadzwyczajne posiedzenie Senatu w dniu 05.04.2005r.

Uchwałą Senatu zostało przyjęte oświadczenie społeczności akademickiej naszej uczelni na okoliczność śmierci Ojca Świętego Jana Pawła II.

Senat przyjął Uchwałę w sprawie zmiany Kalendarza Wyborów na kadencję 2005-2008.

**Krystyna Dyszkiewicz**  
Kierownik Rektoratu



## Nominacje

Prezydent RP  
Aleksander Kwaśniewski  
nadał tytuł profesora **Janinie Danucie Piotrowskiej-Jastrzębskiej** i **Marii Elżbiecie Sobaniec-Lotowskiej**



**Janina Danuta Piotrowska-Jastrzębska**

jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Akademii

Medycznej w Białymstoku, który ukończyła w 1967r. W 1969r. rozpoczęła pracę na etacie asystenta w Katedrze i Klinice Chorób Dzieci Akademii Medycznej w Białymstoku. W 1972 r. uzyskała I<sup>o</sup>, a w 1976r. II<sup>o</sup> specjalizacji w zakresie pediatrii, a w 1999r. otrzymała stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.

Od października 1980r. pełniła funkcję kierownika Zakładu Propedeutyki Pediatrii AMB, a od czerwca 2004r.

jest kierownikiem Kliniki Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży AMB.

Główne kierunki działalności naukowo-klinicznej prof. dr hab. J.D. Piotrowskiej-Jastrzębskiej, to żywienie dzieci zdrowych oraz ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia dietetycznego u dzieci z przewlekłymi chorobami m.in. nadwrażliwością pokarmową, fenyloketonurią, otyłością prostą i innymi zaburzeniami, diagnostyka i terapia zaburzeń rozwoju somatycznego, psychoemocjonalnego i chorób psychosomatycznych u dzieci i młodzieży, zagadnienia współczesnej wakcynologii i immunologii klinicznej; realizacja i ocena skuteczności szczepień ochronnych u dzieci z chorobami przewlekłymi należących do grup wysokiego ryzyka.

Dorobek naukowy to 113 prac naukowo-badawczych. Jest również autorem jednej monografii nt. „Nowe kierunki w żywieniu dzieci zdrowych” (1996r.) i współautorem 2 podręczników dla studentów i lekarzy – „Higiena” (2002r.) i „Wakcynologia” (2005r.). Jest promotorem trzech ukończonych przewodów doktorskich oraz dwóch w trakcie realizacji.

Była organizatorem i kierownikiem naukowym wielu kursów i szkoleń o zasięgu regionalnym i ogólnokrajowym oraz kierownikiem specjalizacji wielu lekarzy pediatrów. W latach 1983-1999 pełniła funkcję konsultanta ds. pediatrii i medycyny szkolnej na terenie woj. suwalskiego. Przewodniczy Oddziałowi Białostockiemu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Od 1989r. jest czynnym członkiem Komisji Fizjologii i Psychologii Rozwoju Polskiej Akademii Nauk, a od 2004 Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

W kadencji 2002-2005 pełni funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego AMB.



**Maria Elżbieta Sobaniec-Lotowska**

jest absolwentką Akademii Medycznej w Białymstoku. Ukończyła dwa kierunki – Wydział Lekarski (1975r.) i Oddział Somatologii (1977 r.). W ramach Studium Doktoranckiego przy Zakładzie Anatomii Patologicznej

AMB uzyskała stopień dr. n. med. (temat rozprawy: „Badania histologiczne, histochemiczne i ultrastrukturalne komórek śródłonka tętnicy głównej szczura we wczesnym okresie miażdżycy doświadczalnej”). Stopień naukowy doktora habilitowanego uzyskała w 1998 r. na podstawie dorobku i rozprawy pt.: „Obraz morfologiczny komórek Purkinjego i naczyń włosowatych kory mózdzku szczura, ze szczególnym uwzględnieniem ich ultrastruktury, w przebiegu długotrwałego stosowania walproinianu”. W Zakładzie Anatomii Patologicznej, obecnie Zakładzie Patomorfologii Lekarskiej AMB, pracuje do chwili obecnej. Jest specjalistą II stopnia z patomorfologii. W trakcie swojej pracy odbyła liczne szkolenia w ośrodkach naukowych w kraju i za granicą (we Freiburgu). Od lat, naukowo i zawodowo, ściśle współpracuje z Kliniką Neurologii Dziecięcej AMB, z III Kliniką Chorób Dzieci AMB i z Ośrodkiem Uniwersyteckim w Erlangen – Universität Erlangen-Nürnberg; obecnie z Harvard University – Boston, USA. Jej dorobek naukowy obejmuje 250 publikacji, głównie w czasopismach anglojęzycznych, i 4 monografie. Najważniejsze nurty działalności naukowo-badawczej stanowią: patologia układu nerwowego – morfogeneza encefalopatii walproinianowej, patomorfologia wad rozwojowych ośrodkowego układu nerwowego, morfologia unerwienia przewodu pokarmowego i hepatopatologia wieku rozwojowego – morfologia wirusowych zapaleń wątroby, ultrastruktura metabolicznych i genetycznie uwarunkowanych chorób wątroby. Maria Sobaniec-Lotowska jest członkiem krajowej grupy eksperckiej ds. diagnostyki i badań naukowych schorzeń wątroby. Za osiągnięcia naukowe otrzymała liczne nagrody, w tym Nagrodę Ministra Zdrowia, Główną Nagrodę Polskiego Towarzystwa Hepatologów; wielokrotnie indywidualne i zespołowe nagrody JM Rektora AMB. Opracowała dwa Ramowe Programy Nauczania Patomorfologii dla studentów Farmacji i Patomorfologii Jamy Ustnej dla studentów Stomatologii. Jest promotorem 4 rozpraw doktorskich. Jest członkiem licznych towarzystw naukowych. Była jednym z założycieli Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Oddziału Podlaskiego. Za pracę zawodową została odznaczona Złotym Krzyżem RP. Jest zamężna i ma dwoje dzieci.





**Informujemy**

Profesor  
**Michał**  
**Myśliwiec**  
został powo-  
łany w skład  
K r a j o w e j  
Rady Transplantacyjnej na kadencję  
2005-2009



**Gratulujemy!**



**Przeczytane**

Podlaski oddział Narodowego Funduszu Zdrowia zakwestionował około 200 recept wypisanych przez lekarza z Białostockiego Centrum Onkologii. Recepty były wypisywane na drogie leki onkologiczne i realizowane tylko w dwóch aptekach, niezależnie od miejsca zamieszkania chorego. Co ciekawe – na ogół były one wykupywane w ostatnim dniu ich ważności, zaś wypisywana ilość leków była maksymalnie dozwoloną. To jednak tylko bzdurne ciekawostki wobec faktu, który wzbudził konsternację nawet najbardziej zaprawionych w bojach urzędników Funduszu. Otóż niektóre z recept realizowane były..... po śmierci pacjentów. Wiadomościami o odkryciu podzielono się z prokuratorem. Też był zdziwiony. Jak powiedziała szefowa Prokuratury Rejonowej Białystok - Północ, o efektach tego zdziwienia NFZ dowie się za około 6 tygodni.

**Lekarz zawsze może się tłumaczyć, że tak chciał pomóc pacjentom, że nie przyjmował do wiadomości ich śmierci. I pomagał, pomagał.... Aż pomógł NFZ pozbyć się kilkudziesięciu tysięcy złotych. Prokurator i sąd pomogą mu przypomnieć sobie, o co naprawdę chodzi w jego zawodzie.**



Do rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy (działającego przy Białostockiej Izbie Lekarskiej) wpłynęło w ubiegłym roku 37 skarg. Trzyście z nich dotyczyło wątpliwości związanych ze śmiercią pacjenta, 11 – powikłań po rozmaitych zabiegach

lecniczych, a 8 – nieetycznego zachowania lekarzy. Statystyka to mizerna w porównaniu z liczbą skarg, które trafiły do rzecznika w podlaskim oddziale NFZ (kilkaset) oraz do podlaskiego oddziału Stowarzyszenia Pacjentów Primum Non Nocere (sześć razy więcej). Trudno się temu dziwić zważywszy, iż z 37 spraw zgłoszonych do rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy tylko pięć trafiło do sądu lekarskiego, który tylko czterech lekarzy ukarał upomnieniem. Dodajmy, że w przeciwieństwie do sądu cywilnego w sądzie lekarskim pacjent nie ma żadnych praw: ani strony, ani świadka. Nawet jednak tak nikła liczba skarg bardzo stresuje rzecznika i sądzących. Jak twierdzi przewodniczący OIL w Białymstoku, prof. Jan Stasiewicz: „(...)śmierć kogoś bliskiego zawsze budzi emocje. Jedni twierdzą, że Bóg tak chciał, inni szukają winnego. Praca rzecznika i sądu lekarskiego jest społeczna i niewdzięczna. Mamy z tym kłopoty, bo nie każdy chce ją wykonywać.”

**Fakt. Pacjenci się wściekają, kolidy oskarżają kolegów po fachu, trzeba ich potem sądzić i – nie daj Boże - karać... Stanowczo lepsi są oczywiście ci, którzy twierdzą, że „Bóg tak chciał”. Niestety, takie idealne egzemplarze trafiają się rzadko.**



Dyrektor szpitala powiatowego w Starogardzie Gdańskim, Tadeusz Rocławski nie daruje sobie tego do końca życia. Drugiego marca pojechał na szkolenie organizowane przez urzędników Ministerstwa Zdrowia..., ale może oddajmy głos samemu zainteresowanemu: „Słuchałem, jak będzie pięknie, gdy wejdzie nowa ustawa zdrowotna. Urzędnicy roztaczali wizję, jak to komornicy nie będą wchodzić na szpitalne konta i jak łatwo się będzie dogadać z wierzycielami i wtedy właśnie komornik wtargnął do mojego szpitala”. Główna księgowa szpitala, Danuta Pobłocka dodaje: „Zanim spostrzegłam, już stali przy kasie. Nie było to przyjemne. Przeliczyliśmy pieniądze wspólnie, zaznaczyłam, że zabierają środki na zakup leków ratujących życie, ale to nie zrobiło na nich wrażenia. Kasa jest pusta”. „Oni” - to komornicy.

Dyrektor nie może się pogodzić z tym, że akurat wtedy nie było go w podległej placówce - „Nie pozwoliłbym

na egzekucję, jestem byłym żołnierzem”.

**Będzie miał nauczkę na przyszłość. Wraz z pielęgniarzem-ekskomandosem i salowym – byłym kuchnikiem wojskowym – powinien pilnować kasy, a nie jeździć na szkolenia. Powszechnie wiadomo przecież, że szkolenia są organizowane po to, żeby wywabić szkolonych w sztuce walki dyrektorów z ich szpitali. Urzędnicy robią to w porozumieniu z komornikami. Za wszystkim stoją firmy prywatne, które chcą odzyskiwać pieniądze. Pewnie po to, żeby opłacić pracowników. Spisek tak perfidny, że włosy dęba stają, oczywiście tym, którzy jeszcze je mają.**



Tej wiosny w większości uczelni w kraju kończy się trzyletnia kadencja władz. Rektorem nie można być więcej niż przez dwie kadencje, więc tam, gdzie dotychczasowy rektor porządził tylko trzy lata trwającą gorączkową kampania wyborczą. Akademia Medyczna w Białymstoku nie jest tu wyjątkiem. Dotychczasowy rektor, prof. Jan Górski oczywiście startował. Zadanie miał ułatwione o tyle, że nie miał nie tylko kontrkandydatów, ale nawet otwartych przeciwników. Były kontrkandydat prof. Górskiego (trzy lata temu wycofał swoją kandydaturę w ostatniej chwili), prof. dr hab. Jan Zwierz stwierdził, że „ta ekipa zrealizowała wszystkie moje marzenia, popieram ją i cieszę się nawet, że wtedy nie wystartowałem”.

**Było raczej nudno.**



Dziesięć łóżek, przystosowanych do dźwigania pacjentów ważących nawet 250 kg znajdzie się na wyposażeniu oddziału ratunkowego białostockiego szpitala klinicznego. Chorzy ważący ponad 150 kg będą mogli tym samym odetchnąć. W razie choroby nie będą traktowani gorzej. Inwestycja ma być sfinansowana z pieniędzy unijnych. Koszt jednego łóżka to ok. 65 tys. złotych.

**Weszliśmy do Unii, pieniądze płyną do naszego kraju szeroką rzeką, więc i na łóżka dla otyłych znalazły się fundusze. Będą jak znalazł dla rolników utuczonych na dopłatach bezpośrednich.**





# Młody Medyk



## W TYM NUMERZE CZYTAJ:

*Recepta dla przyszłych medyków* str. 39

*Obrady IFMSA-Poland* str. 41

*Rywin Gate po lekarsku* str. 42

*Przychodzi baba do lekarza* str. 43

*Niwzruszony niczym* str. 44

*Jak co roku w Korbielowie* str. 45



Stopniał już ostatni śnieg, a wszystko zaczęło się zielenić. W tym numerze Młodego Medyka możecie przeczytać o pierwszej w historii AMB symulacji sądowej organizowanej przez ELSA, IFMSA i Studenckie Koło Nauk Penalnych. Rozprawa dotyczyła spraw ściśle lekarskich, szczegóły w artykule MMS.

Na początku kwietnia odbył się Ogólnopolski Zjazd Studentów Medycyny – Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland. Założenia i omawianie szczegółów programowe znajdziecie w artykule Ani.

Godny uwagi jest również artykuł Pawła Niegierewicza, z Biura Karier AMB, dotyczący organizowanej pod koniec marca, drugiej edycji „Kariery Medyka”. Wypowiedzi uczestników szkoleń znajdziecie w tekście zatytułowanym „Recepta dla przyszłych medyków”.

Wszystkim, którym wiosna kojarzy się z depresją powodowaną zmianami aury, polecam humor o bliskich spotkaniach Lekarza z Babą, lub relację z Korbielowa.

Chciałbym również zaapelować do Was o przesyłanie anegdot związanych z życiem studenckim – niektóre z nich zapewne zostaną opublikowane, a szkoda byłoby puścić krążące wśród nas „przypowieści” w niepamięć (kubas@bialog.pl).

Właśnie wschodzi czerwony Księżyc – mam nadzieję, że to nie jest zła wróżba. Dmuchając jednak na zimne, życzę wytrwałości.

*Paweł Szanibara*

## Recepta dla przyszłych medyków



Kolejny już raz, u progu letniego semestru, nasza uczelnia była areną dużej, dwudniowej imprezy na której obecnych było około 300 studentów i wielu absolwentów AMB.

„Kariera Medyka 2005”, bo o niej mowa, była cyklem warsztatów i szkoleń prowadzonych przez profesjonalnych szkoleniowców, reprezentujących różne instytucje, nastawione w szczególności na pracę szkoleniową.

Objęcie „Kariery Medyka” honorowym patronatem przez JM. Rektora AMB prof. dr. hab. Jana Górskiego, przez Marszałka Województwa Podlaskiego Janusza Krzyżewskiego oraz przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku i Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku podniosło zdecydowanie rangę tego wydarzenia.

Główna odpowiedzialność za przebieg „Kariery Medyka” spoczywała na Akademickim Biurze Karier AMB, jednostce powołanej do życia przez władze uczelni w styczniu 2004 roku. Biuro Karier działa przy Dziale Spraw Studenckich, stąd też największą pomoc przy organizacji imprezy uzyskaliśmy od prorektora ds. studenckich, prof. dr. hab. Andrzeja Dąbrowskiego oraz od pani Bożeny Raczyło, kierownika działu. Przy organizacji „Kariery Medyka” brały udział trzy organizacje studenckie, działające na terenie naszej uczelni. Nie sposób nie docenić wkładu białostockiego oddziału PTFarm „Młoda Farmacja”, Studenckiego Towarzystwa Naukowego oraz Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland w powodzenie imprezy.

W pałacu Branickich, w holu głównym oraz przed Aulą Magna, 17 marca br. już od godziny 10.00 przy stolikach siedziały uśmiechnięte, służące informacją studentki. Miały do dyspozycji foldery oraz informatory ufundowane przez wydawnictwa: Grupa Modus i Communications Partners. Program Inauguracji był tak skonstruowany, ażeby studenci wszystkich trzech wydziałów naszej uczelni mogli z niego skorzystać. Niebagatelną rolę, umożliwiającą skorzystanie jak największej liczby studentów z imprezy, odegrały udzielone wcześniej przez JM. Rektora AMB godziny rektorskie.

Krótkie wykłady, dotyczące głównie perspektyw zawodowych dla absolwentów Akademii Medycznej wygłosili dla zebranych: prof. dr. hab. Jan Stasiewicz – przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku; dr Grzegorz Kucharewicz – przewodniczący Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, jak i mgr Małgorzata Michalewicz, wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku. Przyszli diagnosty laboratoryjni, studiujący na



naszej AMB mogli pogłębić swoją wiedzę na temat nowego systemu specjalizacji, który omówił prof. dr. hab. Maciej Szmitkowski, pełnomocnik JM. Rektora AMB ds. specjalizacji diagnostów laboratoryjnych.

Natomiast dr hab. Irina Kowalska, Uczelniany Koordynator Programu Socrates-Erasmus, przedstawiła otwierające się dla naszej akademii perspektywy odbywania części studiów za granicą w ramach ww. programu edukacyjnego.

Niewątpliwą atrakcją części oficjalnej imprezy było losowanie nagród książkowych dla uczestników. Obszerne, pięknie wydane publikacje o treści medycznej i farmaceutycznej wędrowały do wylosowanych szczęśliwców z rąk Łukasza Minarowskiego, przewodniczącego Studenckiego Towarzystwa Naukowego, studenta VI roku wydziału lekarskiego,

Drugą integralną częścią „Kariery Medyka” był panel warsztatowo-szkoleniowy, którego miejscem był Dom Studenta nr 1. Tu bardzo pomocni okazali się studenci z „Młodej Farmacji” m.in. przewodniczący białostockiego oddziału tej organizacji Dariusz Rożkiewicz. W programie warsztatów znalazły się tematy ściśle związane z branżą medyczną oraz farmaceutyczną, przedstawione przez takie firmy jak Oinpharma Sp. z o.o (Monitorowanie badań klinicznych), Active-web Medical Solution (Branża nowych tech-

EX TEMPORE ... EX TEMPORE ... EX TEMPORE



nologii ścieżką dla absolwentów medycyny), czy Resourcing (możliwości znalezienia pracy przez farmaceutów i lekarzy w Wielkiej Brytanii). Ta ostatnia instytucja reprezentowana była przez Monikę Bodereę, która była gościem z Wielkiej Brytanii.



W programie „Kariery Medyka” znalazły się też tematy interesujące dla wszystkich studentów, bez względu na kierunek studiów, m.in. nauka technik autoprezentacji, umiejętności interpersonalnych, technik zapamiętywania i szybkiego czytania. Zainteresowanie tematyką warsztatów przerosło nasze oczekiwania i niestety ze względu na ograniczoną liczbę miejsc w salach w DS. 1 oraz przez wymagania szkoleniowców nie dla wszystkich wystarczyło miejsc.

„Kariery Medyka 2005” była też dobrze rozpropagowana, posiadała własną stronę internetową [www.ekonferencje.pl/km\\_2005](http://www.ekonferencje.pl/km_2005), a plakaty z charakterystyczną białą receptą na błękitnym tle, widniejące w budynkach kampusu akademii, przyciągały uwagę. O kontakt z przedstawicielami mediów i uwiecznienie wydarzeń na zdjęciach zadbali studenci z IFMSA.

A oto jak impreza została odebrana przez jej uczestników, studentów i absolwentów białostockiej Akademii Medycznej:

**Małgorzata I.**, studentka IV roku lekarskiego:  
*Uważam, że taka impreza była bardzo potrzebna, ze względu na odbywające się podczas niej warsztaty, umożliwiające spotkanie z profesjonalistami.*

**Adam F.**, student V roku farmacji:  
*Jako student ostatniego roku studiów muszę przyznać, że dobrym pomysłem było zorganizowanie tego rodzaju cyklu warsztatów, tym bardziej że ze względu na ich różnorodną tematykę każdy mógł znaleźć najbardziej interesujący go temat. Zauważyłem, że studentów farmacji najbardziej zainteresowała prezentacja brytyjskiej firmy Resourcing.*

**Anna S.**, studentka V roku analityki medycznej:  
*Na mnie osobiście największe wrażenie zrobił temat „Mowa ciała” przedstawiony przez osobę z Wojewódzkiego Urzędu Pracy. Muszę przyznać, że wcześniej nie zwracałam uwagi na pewne tę problematykę. Bardzo ważna była też dobra*

*komunikacja pomiędzy szkoleniowcem a grupą.*

**Marta S.**, studentka V roku lekarskiego:  
*Impreza profilu „Kariery Medyka” jest dla wielu studentów źródłem niezwykle istotnych informacji. W obliczu rysujących się przed młodymi lekarzami mało optymistycznych perspektyw, cenny był dla nas wykład prof. Stasiewicza. Rozjaśnił on możliwości odbywania stażu przez absolwentów medycyny w Polsce i za granicą. Wartościowe były dla nas również szkolenia traktujące o wykorzystaniu swojego potencjału osobistego i zawodowego, czy warsztaty dotyczące umiejętności interpersonalnych poszukiwanych przez pracodawców. Dostarczyły one cennych wskazówek jak stać się bardziej konkurencyjnym na dzisiejszym rynku pracy.*

*Oczekiwaliśmy nieco więcej konkretów od reprezentantki firmy Resourcing w kwestii perspektyw rozwoju zawodowego lekarzy Wielkiej Brytanii. Mam nadzieję, że otrzymamy je podczas kolejnej „Kariery Medyka”.*

**Anna K.**, studentka V roku lekarskiego  
*Gratulacje dla organizatorów „Kariery Medyka”! Bardzo profesjonalnie przygotowana, ciekawa tematycznie impreza. Wykłady, szczególnie ten prowadzony przez prof. Stasiewicza, przybliżyły nam, studentom, możliwości rozwoju zawodowego w Polsce i za granicą. Warsztaty szkoleniowe były także świetnie zorganizowane. Szkoda, że z czwartkowych godzin rektorskich potrafiło skorzystać tak mało studentów. Frekwencja na otwarciu „Kariery Medyka” nie była aż tak duża. Dziękuję w imieniu wszystkich uczestników za pomysłowość i dobrą organizację.*



Pierwsza edycja „Kariery Medyka” która miała miejsce 25-26 marca 2004 r. przetrwała szlaki organizatorom, wykazała jakich błędów należy unikać przy organizacji takiego przedsięwzięcia, jakie rozwiązania wybierać, jak uaktywnić środowisko studenckie do udziału w podobnych imprezach.

Miejmy nadzieję, że spełnią się słowa JM. Rektora AMB, który uroczyście otwierał „Kariery Medyka 2005”, że ta impreza na trwałe wpisze się w tradycję naszej uczelni, i wiosną przyszłego roku odbędzie się jej III edycja.

**Paweł Niegierewicz**  
Biuro Karier AMB

# Obrady IFMSA-Poland



Przyszła wiosna, a wraz z nią czas na kolejne spotkanie członków IFMSA-Poland.

W czasie odbywających się co pół roku zjazdów studenci mają szansę zdobyć wiele nowych umiejętności dzięki prowadzonym warsztatom, seminariom czy spotkaniom ze znanymi przedstawicielami nauk medycznych i nie tylko. Ważną częścią tychże zjazdów są również obrady delegatów z wszystkich oddziałów, którzy podejmują decyzję dotyczące działania i funkcjonowania Stowarzyszenia. Nasze cykliczne spotkania pomagają reagować na potrzeby środowiska medycznego, ale przede wszystkim rozwijać się dzięki wymianie doświadczeń i pomysłów.

Tym razem studenci naszej Alma Mater mieli okazję gościć przyszłych lekarzy ze wszystkich polskich uczelni medycznych. W dniach 8-10 kwietnia 2005 w Białymstoku odbył się Ogólnopolski Zjazd Studentów Medycyny – Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland.

Spotkanie trwało trzy dni. Już w piątek 8 kwietnia 2005r. uczestnicy Zgromadzenia Delegatów dotarli do Białegostoku. Wieczorem odbyła się pierwsza sesja plenarna, a po niej wszyscy wzięli udział we Mszy Świętej w intencji Jana Pawła II.

Sobota i niedziela były dniami intensywnej pracy. Od rana odbywały się spotkania Programów Stałych: Standing Committee on Professional Exchange, Standing Committee on Research Exchange, Standing Committee on Medical Education, Standing Committee on Public Health, Standing Committee on Reproductive health including AIDS, Standing Committee on Refugees and Peace oraz spotkania Prezydentów, Skarbników, Sekretarzy i Komisji Rewizyjnych. O godzinie 12.30 miało miejsce oficjalne otwarcie Zgromadzenia Delegatów. Uczestników uroczystie powitał prorektor AMB prof. dr hab. Andrzej Dąbrowski. Nie zabrakło także części wykładowej. Mogliśmy zgłębić tajniki wiedzy na tematy związane nie tylko z medycyną. Wykład o nowoczesnych metodach leczenia otyłości wygłosiła dr Marzena Konopko, a o historii pałacu Branickich mówił Zenon Karczewski. Po obiedzie odbyła się kolejna sesja plenarna, a po niej wykład doktora Jacka Kudelskiego z Kliniki Urologii AMB. Następnie wszyscy udali się na kolejną sesję plenarną, którą zakończyła kolacja w klubie studenckim „CoNieCo”.

Niedziela, 10 kwietnia 2005r., minęła pod znakiem kolejnych spotkań Programów Stałych. Mamy nadzieję, że umiejętności zdobyte



## IFMSA - POLAND

podczas tego Zgromadzenia Delegatów zaowocują w przyszłości.

Bardzo dziękujemy za uświetnienie naszego Zjazdu:

- prof. dr. hab. Andrzejowi Dąbrowskiemu – prorektorowi AMB
- dr Marzenie Konopko – z Kliniki Gastroenterologii AMB
- dr. Jackowi Kudelskiemu – z Kliniki Urologii AMB
- mgr. Jackowi Sochackiemu – psychoterapeuta
- mgr Anecie Wróblewskiej – choreoterapeutce PTCh
- Zenonowi Karczewskiemu
- Zuzannie Elbertovej – prezydentowi IFMSA-Czech Republic

Dziękujemy za przybycie wszystkim Członkom IFMSA-Poland oraz Komitetowi Organizacyjnemu, szczególnie Przewodniczącej – Marcie Skrodzkiej, która w IFMSA-Poland Oddział Białystok pełni funkcję Lokalnego Koordynatora Wymiany Naukowej i Prezydentowi Oddziału Marcinowi Skrzydło, bez zaangażowania których wydarzenie to nie miaoby miejsca.

Anna Moniuszko

### SPROSTOWANIE

W lutowym numerze MM, w wywiadzie z prof. Midro, podaliśmy błędną informację. Dziewczynka, której przykład podaje rozmówczyni, nie została skierowana do Kliniki Kardiologii AMB, ale do Poradni Kardiologicznej. Kierownictwo Kliniki Kardiologii AMB, na prośbę prof. Midro, dopilnowało przeprowadzenia pełnej diagnostyki kardiologicznej, jakiej wymagała dziewczynka z zespołem Retta.

**Za błąd serdecznie przepraszamy!**

EX TEMPORE ... EX TEMPORE ... EX TEMPORE ... EX TEMPORE



## Rywin Gate po lekarsku

EX TEMPORE ... EX TEMPORE ... EX TEMPORE

Może wszystkich zaskoczy, zdziwi lub nawet zszokuje wiadomość, że 20 kwietnia 2005 r. nasi studenci byli w Sądzie. Dlaczego? Co się stało?

Tego dnia, w środę, w Sądzie Apelacyjnym w Białymstoku odbyła się „Symulacja Rozprawy Sądowej”. Całość została zorganizowana, po raz pierwszy w naszym mieście, przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa ELSA Białystok, IFMSA Oddział Białystok oraz Studenckie Koło nauk Penalnych przy Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.



### Status quo

Nareszcie mieliśmy szansę zobaczyć jak wygląda rozprawa sądowa. Tuż przed wejściem na salę rozpraw, organizatorzy rozdawali informatory, które naświetlić miały „stan faktyczny”. Krótko o tym, co się zdarzyło i dlaczego lekarz został pozwany o niedopatrzenie. Z owych informatorów dowiedzieliśmy się, jaka będzie kolejność rozprawy głównej, jaka jest rola biegłych w

postępowaniu. Otrzymaliśmy też kilka przydatnych w tej sprawie artykułów oraz słowniczek medyczny (terminów używanych w sprawie).

### Pytania nie były proste

O godzinie 12.15 zaczęło się. Zgodnie z harmonogramem najpierw wywołano sprawę oraz sprawdzono stawiennictwo osób wezwanych na rozprawę, czyli oskarżonego, świadków biegłych oraz innych osób. Następnie zarządono opuszczenie przez świadków sali obrad, po czym nastąpiło odczytanie aktu oskarżenia i jego uzasadnienie. Na tym etapie oskarżony miał prawo ustosunkować się do zarzutów, złożyć wyjaśnienia, a sąd przesłuchać oskarżonego. Po tych czynnościach, mieliśmy szansę uczestniczyć w przesłuchaniu świadków oraz przedstawieniu dowodów rzeczowych. Dodatkowe pytania oraz zeznania złożyła w tej sprawie biegła. Pytania nie były proste i nie raz wprawiły w zakłopotanie oskarżonego. Była to chyba najdłuższa i najciekawsza część całego zajęcia. Po jej zakończeniu nastąpiło zamknięcie przewodu sądowego, przemówienie stron, krótka przerwa na naradę sądu. Wyrok zapadł. Sąd podał krótkie uzasadnienie swojej decyzji.

### Uważaj na słowa

Całość trwała ponad dwie godziny, a ci, którzy skorzystali z możliwości uczestniczenia w „Symulacji Rozprawy Sądowej” nie powinni żałować.

Z przedstawionej sytuacji jasno wynika, że zeznania w Sądzie to niełatwe zadanie. Wnikliwość sędziego, prokuratorów oraz biegłych może niejednokrotnie postawić oskarżonego w sytuacji bez wyjścia. Wszyscy, bowiem dążą do uzasadnienia swoich racji. Z drugiej strony trzeba uważać na to co się mówi, bo można powiedzieć zbyt dużo. A tu rzeczywiście „wszystko, co powiemy może być użyte przeciwko nam”. Rozprawa trochę przypominała obrazek z egzaminu. Egzaminator – sędzia albo czasami kat. Co zrobić, aby się wybronić? Jest chyba tylko jedno rozwiązanie: w swoim fachu nie popełniać błędów.

Chciałam pogratulować Organizatorom, spisaliście się na medal. Jedynym słabym punktem było nagośnienie, ale to tylko kosmetyka.

Ja nie mam wątpliwości, że aby wyjść bez wyroku skazującego trzeba mieć solidne fundamenty wiedzy. Nie pozostaje nam nic innego jak ją zdobywać.

Szczególne podziękowania należą się Organizatorom oraz Dr n. med. Marii Rydzewskiej z Zakładu Medycyny Sądowej AMB za uczestniczenie w całości przedsięwzięcia i opiekę nad naszymi studentami.

Kiedy możemy liczyć na powtórzenie symulacji, bo są tacy, którzy żałują, że w tym dniu znajdowali się gdzie indziej.

MMS



# Przychodzi baba do lekarza



**Plotek o lekarzu i babie nie trzeba komentować, ani dementować. Kto w tym dziwnym układzie jest prawdziwym specjalistą od najdziwniejszych schorzeń?– oceńcie sami.**

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza, a lekarz pyta:  
– Cemu pani tak długo nie było?  
– Bo chorowałam.

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do okulisty i mówi:  
– Panie doktorze, mam słaby wzrok.  
– To proszę przeczytać te największe litery na tablicy.  
– A gdzie ta tablica?

❖ ❖ ❖  
Wjeżdża baba do gabinetu lekarskiego na rowe-  
rze, a na plecach ma karabin.  
– Co pani jest? - pyta zdziwiony lekarz.  
– Wyścig zbrojeń! - skanduje baba.

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza z dzieckiem. Lekarz  
zbadał dziecko i pyta:  
– Czy dziecko przechodziło odrę?  
– Ta gdzie, panie, my z za Buga...

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba z córką do lekarza. Córka jest  
piękna i seksowna. Lekarz od razu każe się jej  
rozebrać. Baba protestuje:  
– Ależ panie doktorze, to ja jestem chora!  
– To proszę pokazać gardło - mówi lekarz.

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza i od progu krzyczy:  
– Co pan za świństwo dał na potencję mężowi?  
– Ależ mówiłem pani, że to mocny i piorunujący  
środek.  
– Mówiłem, mówiłem! Jak my się teraz w tej  
kawiarni pokażemy?!

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza w sprawie męża.  
– Panie doktorze, ciężko z nim, jest coraz  
bardziej nerwowy. Co robić?  
– Wyjedźcie oboje - radzi lekarz.  
– A dokąd?  
– W przeciwnych kierunkach...

❖ ❖ ❖  
Przychodzi trup baby do lekarza i kładzie się na  
leżance.  
– Co się pani tu tak rozkłada! - krzyczy lekarz.  
– A co, mam gnąć w poczekalni?!

❖ ❖ ❖  
Baba po badaniu rozbiera się do rosołu i mówi:  
– Nie mam pieniędzy, więc zapłacę panu w  
naturze.  
– Dlaczego ma pani taki brudny brzuch? - dziwi  
się lekarz.  
– Nic takiego, przed godziną płaciłam za węgiel.

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza i mówi, że chce  
schudnąć.  
– Proszę codziennie biegać godzinę po parku -  
zaleca lekarz.  
– Przed śniadaniem czy po?  
– Zamiast, proszę pani, zamiast!

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza z poparzoną ręką i  
nogą.  
– Co się pani stało? - pyta lekarz.  
– Dotknęłam ręką gniazdka i mnie prąd kopnął.  
– A noga?  
– Oddałam mu.



❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do lekarza i pyta:  
– W jakich porach pan przyjmuje?  
– W sztruksach...

❖ ❖ ❖  
Przychodzi baba do okulisty:  
– Panie doktorze, z bliska źle widzę.  
– A z daleka?  
– Z Koszaliną...

❖ ❖ ❖  
Żona Masztalskiego przychodzi do lekarza po  
poradę.  
– Panie doktor, czy mom już pogodać z swoją  
cerą na te drażliwe, seksualne tematy?  
– A ile córka ma lat?  
– Piętnaście.  
– No, oczywiście - mówi lekarz - przy okazji,  
matko, możecie się wiele nauczyć!

Opracowano na podstawie - <http://www.humor.netbus.pl>

JACY JESTEŚMY ... JACY JESTEŚMY ... JACY JESTEŚMY ...



## Niewzruszony niczym

Lektury Nie - Obowiązkowe ... Lektury Nie - Obowiązkowe ...

### Umarły Mag

Składam z nici żywot szala  
Bredzę myśli, krzyczę gwarą  
Prawa życia poskładałem  
Choć nie wierzę w ich istnienie

Chaos trwa wzruszony niczym  
Brzmi w oklaskach słuchających  
Trwa nadzieja, matka głupich  
Życie mija, widz umiera

Burz łoskoty, trwaniem deszczu  
Drzew szalone bujne grzywy  
Wodospadów struga ciężka  
Nic tęsknoty mej nie głuży

Nawet szal com zrobił sobie  
Na mej szyi się zaciska  
I niczego już nie tworzę  
Beznadziejna losu pustka

Tratwa co ją zbudowałem  
Bez sternika się rozpada  
A namiętna myśl żeglugi  
Zgasła wczoraj o północy

W cztery strony obleczony  
Spadam na dno w leśne gąszcza  
I nic nigdy mnie nie wzruszy  
Pewność tego mnie pociesza

*Qba*

### Przyjaciół

Tani obiad w jadalni, na Przyjaznej zjadłem dzisiaj  
Wczoraj też tam zjadłem trwanie, bez musztardy, ale z  
pieprzem  
Dziś kotlety dają świeże, na mym pocie usmażone  
Dziś ogórki w zupie pachną, mą nadzieją przyprawione

A za oknem stoi głodny, bogacz, co nim był wczoraj  
jeszcze  
Błędym okiem patrzy na stół, a z kącika łezka cieknie  
Brzydki taki, jakiś tego, beznamienny i z amimią  
Wszedł, rozejrzył się po ludziach, spuścił głowę, nic  
nie rzeknął

Tylko cisza trwała nadal w jadalni na Przyjaznej  
Kiedy podszedł do stolika i zamówił to co zawsze...

*Qba*

### Ławka

Niby nic,  
Przyszła godzina.  
Czas na Ciebie,  
Czas tęskniony w noc burzową,  
Czas w nadziei nieskończony.



Przyszła godzina, minęła mi-  
nuta, tyknęła sekunda.  
Pojawił się na ławce Zbawca  
czekany,  
Daleki wędrowiec, wędrowiec  
placu wytrwałych.

Gdzie jego korzenie, sam nie  
wie – odcięte  
Gdzie dają gałęzie, wie może,  
a może nie wie,  
Spragniony ciepła rąk dotyku  
Czyichś.

Jego wzrok tłumiony, gardzony wszędzie.  
Tragiczny filozof żywota swojego,  
Wypełnia pustki błędzących budzików,  
W dzień, który nazywał obłudą.

Patrz!  
Widzisz?  
Jam zawieszony.  
I tylko myśl, że dotknę twych myśli,  
Trwać będzie we mnie na wieki

*Qba*



**Do redakcji**

**Drogi Medyku**

Piszę do Ciebie, ponieważ jak doszły mnie słuchy, na naszej Alma Mater szykują się duże zmiany. Doprowadzić one mają, do chyba największej, do zmiany nazwy Uczelni. Nie wiem na ile jest to prawdą, na ile spekulacją lokalnych dzienników ale chciałbym się dowiedzieć jak się sprawy mają. Czy powinniśmy się owych „przeistoczeń” obawiać? Kiedy i w jaki sposób będą wprowadzone w życie? Jakie są korzyści i wady, które się z całą sprawą wiążą?

W chwili obecnej domyślać się jedynie mogę, iż zmiany mają nas jeszcze bardziej przybliżyć do zasad panujących w Unii Europejskiej.

Proszę o więcej konkretów w tej sprawie, chciałbym bowiem wiedzieć co się wokół mnie dzieje. Tak jak i wielu studentom losy naszej Alma Mater nie są mi obojętne. Poza tym nie wiem jak mam się tłumaczyć moim koleżankom i kolegom z innych uczelni wyższych, co się szykuje.

Z góry przepraszam, jeżeli moje pytanie jest niestosowne, jest jednak powodowane ciekawością otaczającego mnie świata.

Z niecierpliwością czekam na następny numer miesięcznika, bowiem mam nadzieję, że temat ten zostanie poruszony na łamach „Medyka”.

Dziękuję i życzę owocnej pracy

*Czytelnik*

## Jak co roku w Korbielowie



W dniach od 26 stycznia do 13 lutego 2005 roku odbyły się trzy turnusy rekreacyjno-szkoleniowego obozu narciarstwa zjazdowego zorganizowanego przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM w Białymstoku. Zgodnie z uczelnianą tradycją, jak co roku w Korbielowie, studenci i pracownicy naszej Alma Mater aktywnie wypoczywali, podnosząc swoje umiejętności nar-

ciem. Obecnie używane narty carvingowe – zwężone w części środkowej – ułatwiają bowiem naukę jazdy, pozwalając na pełne przeżywanie niezwykłych wrażeń w trakcie korzystania z uroków „białego szaleństwa”.

Wśród uczestników obozu byli także prawdziwi „zawodowcy” uprawiający jazdę na krawędziach czy zjazdy techniką fun carvingu. Na szczególne pochwały trenera zasłużyli na stoku lekarze: doc. Wojciech Dębek, doc. Grażyna Jurkowska, dr Andrzej Baniukiewicz oraz dr Katarzyna Siewko. Wśród studentów dynamiczną jazdą wyróżniali się Anna Juszczyk (II rok, Wydz. Lekarski), Karolina Maciejewska (II rok, Oddz. Stomatologii) i Karol Tytman (IV rok, Wydz. Lekarski).

W trakcie krótkich odpoczynków między kolejnymi zjazdami mogliśmy ponadto podziwiać ze szczytu Pilska piękne widoki zaśnieżonych gór i lasów Beskidu Żywieckiego, które mogą śmiało konkurować z krajobrazami w renomowanych kurortach narciarskich w Alpach we Włoszech czy Austrii.



Fot. Po zjeździe ze szczytu Pilska na Kopiec  
(Fot. Adam Krętowski)

ciarskie pod fachowym okiem instruktorów narciarstwa z naszego Studium WF-u. Sprzyjały nam i pogoda, i warunki śniegowe.

W trakcie obozu wiele osób po raz pierwszy włożyło narty i stanęło na szczycie stoku, ale już po dwóch, trzech dniach wszyscy znakomicie stosowali technikę skrętów z półpługu, aby pod koniec turnusu zjeżdżać z Pilska grupowym śmi-

*Z narciarskim pozdrowieniem*

**Karol Tytman,**

*student IV roku WL*

**Jan Foroniewicz,**

*kierownik studium WF AMB*

**Adam Krętowski,**

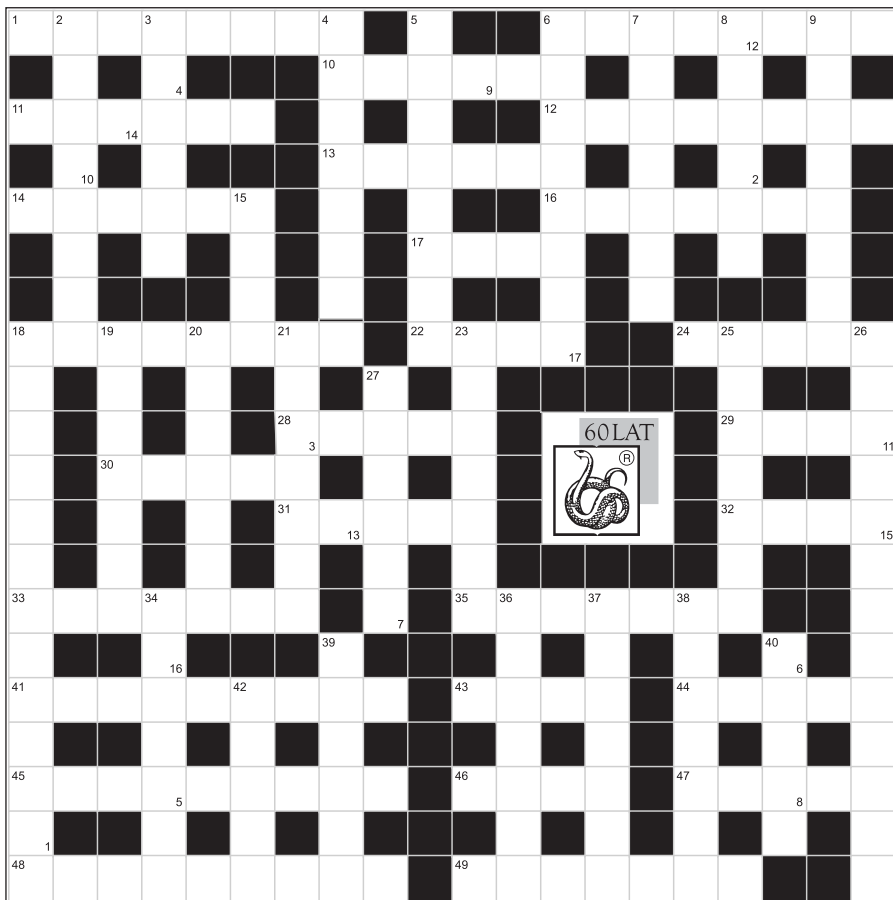
*Klinika Endokrynologii,  
Diabetologii i Chorób Wewnętrznych AMB*

EX TEMPORE ...



**CZAS RELAKSU**

z Wydawnictwem Lekarskim PZWL

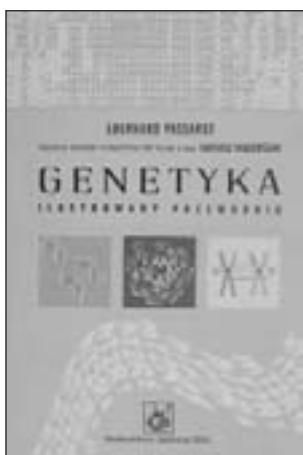


Rozwiązanie krzyżówki:



Rozwiązanie krzyżówki prosimy przesłać na adres redakcji *Medyka* do dnia 30 czerwca 2005 r. Do wygrania **NAGRODA KSIĄZKOWA.**

**Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL**



**Genetyka. Ilustrowany przewodnik**

*Eberhard Passarge*

Tłumaczenie z niemieckiego zespół pod redakcją naukową prof. dr. hab. n. med. Tadeusza Mazurczaka

Jest to atlas genetyki, w którym w zwięzły i niezwykle przystępny sposób przedstawiono zarówno reguły genetyki klasycznej, jak i najnowsze osiągnięcia naukowe z zakresu genomiki i genetyki klinicznej. Książka ukazała się w kilku językach, m.in. angielskim, francuskim, włoskim i japońskim. Tłumaczenie na język polski jest dziełem zespołu klinicystów i pracowników naukowych Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Wydanie I, 448 stron, 5 ilustracji, 194 kolorowe tablice, 4 tabele, oprawa twarda, format 165x235 mm, Cena katal. 149 zł.



**Wydawnictwo Lekarskie PZWL**

ul. Miodowa 10, 00-251 Warszawa, infolinia: 0801 142 080, www.pzwl.pl

**Poziomo :**

1. aparat do chwytania par lotnych roztworów i gazów
6. dolna część podbrzusza
10. zaburzenie mowy z powodu uszkodzenia mózgowych ośrodków mowy
11. siedlisko zwierzyny
12. nephrosis po polsku
13. tragedia Jana Maksymiliana Fredry
14. schorzenie oka wywołane podwyższeniem ciśnienia śródgałkowego
16. muza muzyki lekkiej, atrybut aulos
17. różnica między zanurzeniem dziobu i rufy statku
18. stan pozornej śmierci
22. najprostsza roślina plechowa
24. wykwit skórny
28. rozszerzenie naczyń żylnych
29. grzyb pasożytny na zdrewniałych tkankach drzew, głównie liściastych
30. dzielnica Tarnowskich Gór
31. ciekłe lotne lub niebieskie
32. skała osadowa
33. topnienie lodu
35. kwasica, nagromadzenie się w krwi i tkankach kwaśnych produktów
41. depresja moralna
43. śmierć
44. monsunowy wiatr występujący w Somalii w Afryce
45. dział medycyny
46. kryty skórą namiot Indian Ameryki Płn. z terenów prerii
47. rezerwa
48. biosynteza
49. ptak z rodziny kusaków

**Pionowo :**

2. gruszka miłosna
3. nauka o świetle
4. ryba ciepłych wód Atlantyku
5. konferencyjny kwiatek
6. olbrzymia epidemia
7. głowonóg kopalny z grupy amonitów
8. przecinka leśna
9. rząd ssaków
15. rzeka w środkowej części Włoch
18. przystosowanie do nowych warunków środowiska
19. obchodzi imieniny I.06, II..04, V.16
20. pochodna butadienu, działa narkotycznie
21. zdarcie, wyeksploatowanie, zniszczenie
23. cukier mleczny
25. otaria: ssak płetwonogi.
26. lęk przed ciasnymi pomieszczeniami
27. nasycone węglowodory alifatyczne
34. beztlenowiec
36. motyl łąkowy, bardzo rzadki w Polsce.
37. urządzenie do pomiaru natężenia przepływu cieczy
38. skrzepina
39. miasto nad Baryczą
40. zespolenie się czegoś
42. stop glinu, miedzi i manganu

## SPRAWDŹ, A PRZEKONASZ SIĘ, ŻE JESTEŚMY NAJLEPSI!

### STACJA KONTROLI POJAZDÓW

- badanie techniczne pojazdów do 3,5t
- badanie haka
- badanie pojazdów z instalacją gazową
- badanie pojazdów zarejestrowanych po raz pierwszy za granicą
- badanie pojazdów skierowanych przez organ kontroli drogowej lub po kolizji

### CZĘŚCI ZAMIENNE

- sprzedaż hurtowa
- sprzedaż detaliczna
- sprowadzanie części na zamówienie
- sprzedaż części odnowionych

### Gwarancja na naprawy i części zamienne

### Samochód zastępczy na czas naprawy

### Likwidacja szkód komunikacyjnych

### SERWIS

- naprawy gwarancyjne i pogwarancyjne
- montaż instalacji gazowych
- montaż i przeglądy klimatyzacji
- obsługa ogumienia
- bezstykowe mycie nadwozia
- Program Corporate Mobility: Kompleksowej Obsługi Firm



Godziny otwarcia: Pn.-Pt.: 6.00-22.00, Sob.: 7.00-15.00

[www.fiat.pl](http://www.fiat.pl)

**KONRYS** ul. Zwycięstwa 8F 15-703 Białystok tel. (085) 651-33-99

**SERWIS. PEWNOŚĆ GWARANTOWANA.**



#### Nowa Alfa 147

Wszystkie dane techniczne, wyposażenie, cennik i warunki sprzedaży znajdują się w cenniku i w katalogu. Wyposażenie standardowe i opcjonalne. Wyposażenie standardowe i opcjonalne. Wyposażenie standardowe i opcjonalne.

Wybierz to, tylko pojechać.

Tylko spróbuj



1.8 JTD Multijet - w 5.2 i do 5.8 t (Sperdyk) / Jedy 2.0 (Sperdyk)

**KONRYS** Białystok

ul. Zwycięstwa 8F, tel. (085) 651 63 64, fax (085) 664 74 62  
[www.konrys.com.pl](http://www.konrys.com.pl)



3 lat gwarancji\*

\* bez względu na rodzaj pojazdu i rocznik

Nowa Alfa 147





# ORBIS – pewny partner w podróży!

- |  |                                  |                        |
|--|----------------------------------|------------------------|
| ▶ <b>TURYSTYKA</b><br>ORBIS, Travel Time, Neckermann, TUI            | tel. 745 00 11                   | lub 745 00 12          |
| ▶ <b>BILETY LOTNICZE</b><br>podróże służbowe<br>podróże indywidualne | tel. 745 00 12<br>tel. 745 00 13 | 742 16 27<br>742 16 28 |
| ▶ <b>BILETY AUTOKAROWE ZAGRANICZNE</b>                               |                                  | 745 00 16              |
| ▶ <b>BILETY PROMOWE</b> (połączenia po Bałtyku i ln.)                |                                  | 742 30 47              |
| ▶ <b>BILETY KOLEJOWE KRAJOWE I ZAGRANICZNE</b><br>podróże służbowe   |                                  | 745 00 17              |
| ▶ <b>REZERWACJE HOTELOWE</b>   |                                  | 745 00 11              |
| ▶ <b>PRZEKAZY PIENIĘŻNE Z ZAGRANICY „WESTERN UNION”</b>              |                                  | 745 00 15              |

**Tel. ogólny : 745 00 00**

Orbis ( obok Ratusza), Rynek Kościuszki 13, 15- 091 Białystok  
[orbis.bialystok@pbp.com.pl](mailto:orbis.bialystok@pbp.com.pl)

**SPECJALNE RABATY DLA PRACOWNIKÓW AKADEMII MEDYCZNEJ I ICH RODZIN!!!**

**Zapraszamy**

