



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

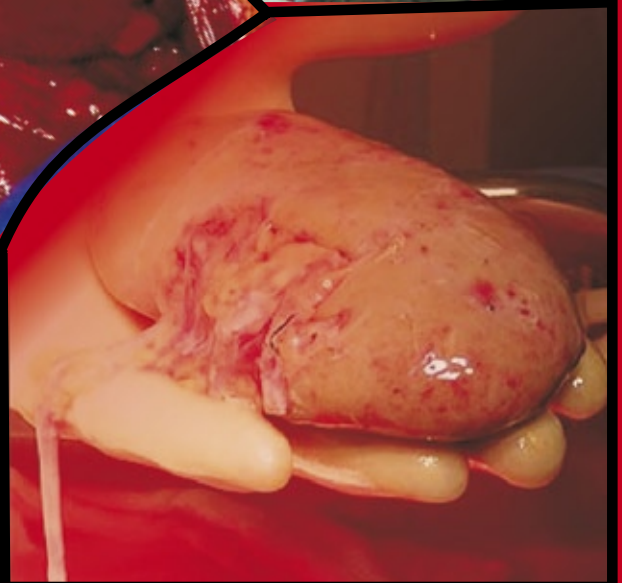
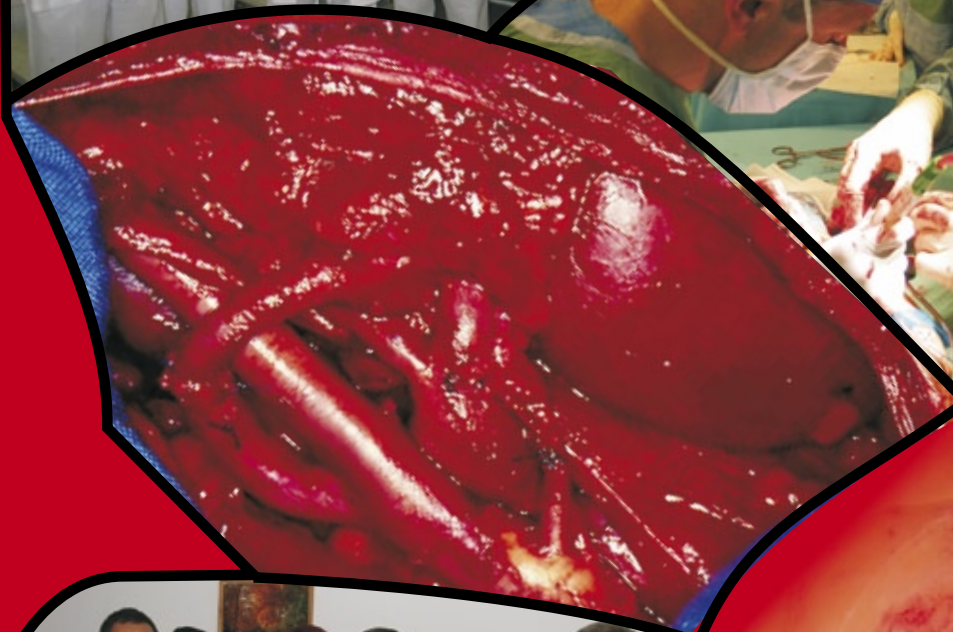
MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NR 4(75) BIAŁYSTOK KWIECIEŃ 2009 ISSN 1643-2734

**T  
R  
A  
N  
S  
P  
L  
A  
N  
T  
A  
C  
J  
A**



**Nie bójmy się**

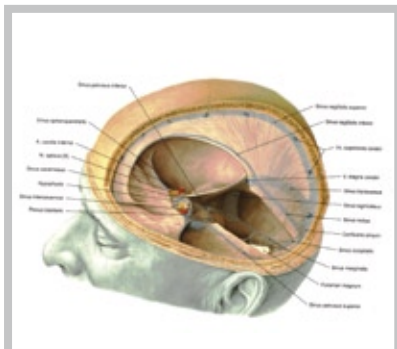


**PIEKŁA!**



„Problem transplantacji trzeba rozwiązać w środowisku medycznym”. Rozmowa z prof. **Wojciechem Rowińskim** – konsultantem krajowym ds. transplantologii

7



Gdy umiera mózg

9



Badania prenatalne – 100% opieki nad kobietą w ciąży

17



Logopedia z Fonoaudiologią – studia z przeszłością

18



Księgozbiór Branickich

25

➔ Transplantacja – metoda z wyboru	5
➔ Lekarze muszą chcieć	7
➔ Czy można żyć bez głowy?	8
➔ Ze strachu przed piekłem	9
➔ Przeszczep wątroby	12
➔ Czy warto rodzić w szpitalu uniwersyteckim?	14
➔ Nowoczesne leczenie kamicy moczowej u dzieci	15
➔ Dostępność badań prenatalnych	17
➔ Logopedia z Fonoaudiologią	18
➔ Ratownictwo Medyczne	19
➔ Zdrowie Publiczne	20
➔ Elektroradiologia	20
➔ Zygmunt Kołosowski	21
➔ Jest taka szkoła...	22
➔ Ludwik Zamenhof i wieża Babel	24
➔ Księgozbiór Izabeli i Jana Klemensa Branickich	25
➔ Polityka na bani	28
➔ Pozostał błogi spokój	29
➔ Wydarzenia i aktualności	32



Kilka dobrych lat temu padłem ofiarą upiornej intrygi. Intrygi tym bardziej bolesnej, że ukartowanej przez moich kolegów, urażonych złym dla nich rezultatem wyborów do uczelnianych władz. W wyniku tej intrygi przez dwie godziny w białostockim radiu, w porannym wydaniu wiadomości, serwowano absurdalną sensację. Oto, w naszym szpitalu klinicznym, na podstawie błędnej diagnozy histopatologicznej, usuwa się zdrowe płuca w celu handlu narządami do przeszczepów. Intryga jak intryga – przebolełem, jej autorom przebaczyłem. Życie potoczyło się dalej. Ale wiadomość poszła w świat. Na pewno nie pomogła transplantologii.

Minęło kilka lat. Z tegoż akademickiego ośrodka gruchnęła w świat makabryczna wiadomość. Zaserwował ją tym razem nasz kolega po fachu – niespełniony kardiochirurg. Powtarzana przez wszystkie media sensacja informowała o mordowaniu chorych na oddziale reanimacji, przy pomocy przedawkowania znieczulającego leku. Wypada zapytać – w jakim celu dokonywano by tych mordów? A jakże – w celu pozyskiwania narządów do przeszczepów. Wiadomość poszła w świat i długo epatowała media oraz społeczeństwo. Zahamowała na pewien czas możliwość transplantacji.

Moi wierni czytelnicy pewnie dodaliby do tej wyliczanki kilka innych opowieści. Nie można tu pominąć słynnej wypowiedzi niedawnego ministra sprawiedliwości, obecnego posła w Parlamencie Rzeczypospolitej i być może wkrótce w Parlamencie Europejskim, na temat kardiochirurga – transplantologa (po uprzednim zamknięciu go w więzieniu): „Już nikt nigdy przez tego ten pana życia pozbawiony nie będzie”. Jakże zwięzła wypowiedź. A przecież zahamowała operacje transplantacyjne w Polsce na wiele miesięcy.

Do przypomnienia powyżej przytoczonych zdarzeń nie skłoniły mnie bynajmniej osobiste urazy w stosunku do kolegów, a tym bardziej do byłego ministra sprawiedliwości. Raczej smutne refleksje profesora Wojciecha Rowińskiego – krajowego konsultanta ds. transplantologii, które znalazłem w wywiadzie zamieszczonym w bieżącym wydaniu *Medyka*, przeprowadzonym przez Danutę Ślósarską. Po smutnych wydarzeniach, które położyły się cieniem na polską transplantologię – zwłaszcza tych, jakie miały miejsce w roku 2007, profesor zlecił badania demoskopowe. Okazało się, że niemal 60% ankietowanych rodaków nie ufa lekarzom. To smutne. Dla nas, lekarzy, powinno być przerażające. W opinii profesora Rowińskiego, środowisko lekarskie po części zasłużyło sobie na ten brak zaufania.

O celowości rozwoju transplantologii w Polsce nie muszę nikogo przekonywać. Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że organizacja pozyskiwania narządów do przeszczepów w naszym kraju jest w dalszym ciągu w powijakach. A jak to wygląda w Europie?

Niemal 20 lat temu odbywałem staż w jednym z dużych ośrodków transplantologicznych, jakim jest Medizinische Hochschule Hannover. Zresztą, nie ja pierwszy. Przede mną gościli tam, między innymi, prof. Michał Myśliwiec i doc. Wojciech Dębek. W tym czasie w Hanowerze pozyskiwali transplantologiczną wiedzę także inni polscy lekarze, którzy obecnie zajmują się w kraju przeszczepami wątroby. W ośrodku tym przeszczepiano wówczas około 150 nerek rocznie. Budowano nowy pawilon z intencją zwiększenia liczby przeszczepów tego narządu do około 300 rocznie. Okazuje się, że można. Nie słyszałem także, żeby lekarz lekarza posądzal tam o morderstwo. Dziwny kraj. Dziwni ludzie.

*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 • **Redakcja stylistyczna i korekta:** Dorota Burel • **Członkowie:** Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anetta Sulewska, Anna Worowska • **Współpracownicy:** Wojciech Dębek, Jan Pietruski • **Skład komputerowy:** e-Print Michał Żeleznikowicz • **Strona internetowa:** Jan Leszczyński • **Druk:** PRO100 • **Projekt i wykonanie okładki:** Walentyn Pankiewicz

#### Adres redakcji:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego, 15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1, tel. (085) 7485485 (Danuta Ślósarska), e-mail: [danka@umwb.edu.pl](mailto:danka@umwb.edu.pl) e-mail: [medyk@umwb.edu.pl](mailto:medyk@umwb.edu.pl), <http://www.umwb.edu.pl>

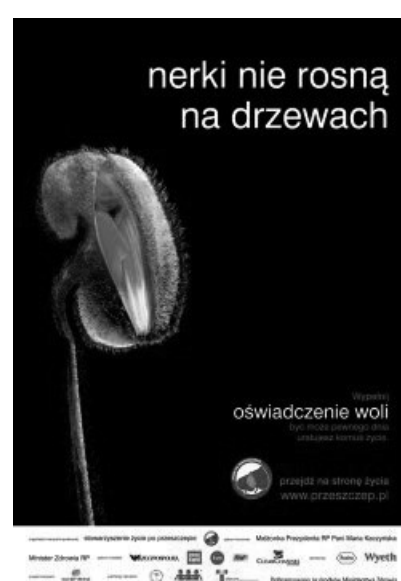
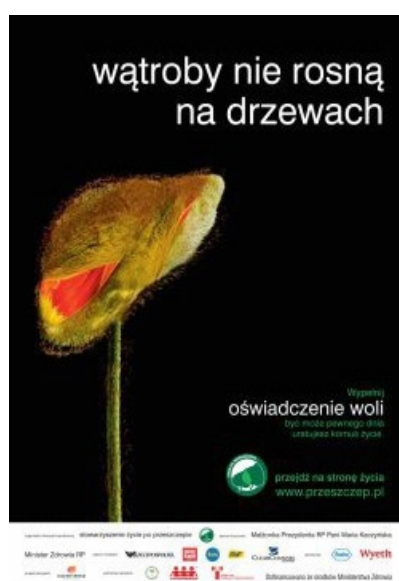
Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opracowania tekstów oraz zmiany ich tytułów.



# **25%** ankietowanych przez CBOS uważa, że transplantacja jest niezgodna z nauką Kościoła

„Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”

*Katechizm Kościoła Katolickiego*



# **60%** respondentów CBOS nie wie, jakie prawo, dotyczące pobierania narządów obowiązuje w kraju

Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celu przeszczepienia, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Sprzeciw może być wyrażony w formie:

- \* wpisu w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów,
- \* oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
- \* oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków w chwili przyjęcia do szpitala lub w czasie pobytu w szpitalu.

*Ustawa z 26 października 1995 r.*

*(Badania CBOS z 2007 r.)*



Z prof. dr. hab. **Michałem Myśliwcem**, kierownikiem Kliniki Nefrologii i Transplantologii wraz z Ośrodkiem Dializ, rozmawia Dorota Burel.

# TRANSPLANTACJA — METODA Z WYBORU

## Jaki jest obecnie stosunek społeczeństwa do przeprowadzania transplantacji?

Transplantację narządów popiera około 90% społeczeństwa, zwłaszcza ludzie bardziej uświadomieni, wykształceni, obeznani ze światem. Tylko około 4% przeciwstawia się transplantacji, a około 3% się waha.

Niepokojące jest jednak to, że ludzie będący wrogami transplantacji mogą publicznie wygłaszać swoje zdanie na ten temat. Robią to za pośrednictwem środków masowego przekazu, które manipulują odbiorcami. W ten sposób działają destrukcyjnie, gdyż odbiorcy, zamiast obrać własny punkt widzenia na tę kwestię, kierują się zasłyszonymi w mediach negatywnymi opiniami i nabierają wątpliwości odnośnie do popierania transplantacji.

Jest to niekorzystne z punktu widzenia finansowego, gdyż transplantacja nerki jest od 2 do 5 razy tańszą metodą leczenia nerkozastępczego niż dializoterapia. Nie służy to też interesom pacjenta, bo każdy rok spędzony na dializach powoduje znaczne osłabienie chorego i wystąpienie szeregu powikłań. Dializy to jest smutna konieczność. Społec-

*W projekcie ustawy transplantacyjnej dopuszcza się możliwość przeszczepienia nerki pobranej od osoby nie spokrewnionej, ale potwierdzającej silny związek emocjonalny z pacjentem*

zeństwo powinno dążyć do tego, aby pierwszą metodą z wyboru była transplantacja.

## Czy problemy związane z transplantacją dotyczą przede wszystkim zdobycia odpowiedniego dawcy?

Brak dawców jest największym hamulcem transplantacji. W krajach takich jak Hiszpania czy Austria przeszczepia się około 70 nerek na milion mieszkańców, czyli dawców jest 35. W Polsce jest tylko około 11 na milion mieszkańców.

Dla Białegostoku rok 2006 był rokiem chwały, gdyż przeprowadzono tutaj 40 transplantacji nerek. W pierwszym kwartale 2009 roku wykonano 8 przeszczepień nerek, co jest obiecującym początkiem. Wiadomo jednak, że narządy nie rosną na drzewach, dlatego należy zwiększyć liczbę dawców. Świadomość polskiego społeczeństwa na temat transplantacji jest niezła, o czym świadczą sondaże. Ich poparcie dla transplantacji nie może się jednak kończyć tylko na słownych deklaracjach. Musi się ono przekładać na oddawanie narządów oraz wyrażanie zgody na pobieranie ich od zmarłych bliskich osób.

## Kto może być dawcą nerki?

Nerki do transplantacji mogą pochodzić od osoby zmarłej, po stwierdzeniu nieodwracalnej śmierci mózgu, a także od dawców żywych, spokrewnionych genetycznie (ojciec, matka, brat, siostra) lub emocjonalnie (mąż, żona, adoptowane dzieci oraz osoby żyjące w wieloletnich związkach partnerskich). W projekcie ustawy transplantacyjnej pojawiła się również kategoria: „łączy ich stosunek bliskości”, czyli dopusz-

cd. na str. 6 ⇌

⇐ *cd. ze str. 5*

cza się możliwość przeszczepienia nerki pobranej od osoby w ogóle nie spokrewnionej, ale potwierdzającej silny związek emocjonalny z pacjentem (np. przyjaciel przyjacielowi może oddać nerkę). W takiej sytuacji wymagane jest jednak uzyskanie zgody Komisji Etyki Krajowej Rady Transplantacyjnej i zgody sądu.

—————

*Amerykański koszykarz,  
gwiazda ligi NBA  
Alonzo Mourning  
po przeszczepieniu  
nerki powrócił do gry*

—————

W USA i krajach skandynawskich prawie połowa przeszczepionych nerek pochodzi od dawców żywych, zaś w Polsce przeszczepy wykonywane od dawców żywych stanowią tylko 2%.

**Jakie są przeciwwskazania do przeprowadzenia transplantacji?**

Obecnie przeciwwskazań do transplantacji jest niewiele. Są to m.in. uogólniony nowotwór, bardzo poważna niewydolność serca, uogólniona miażdżycza oraz choroby, które uniemożliwiają jakąkolwiek współpracę z pacjentem np. alkoholizm lub choroba psychiczna. Obserwuje się na świecie tendencje, żeby kwalifikować do transplantacji nerki tzw. dawców nieoptymalnych lub suboptymalnych, czyli tych, których kiedyś nie akceptowano np. z powodu chorób serca lub chorób wątroby.

**Jak długo pacjent czeka na przeszczep?**

W Polsce około 2,5 roku. Oczywiście czas oczekiwania uległby skróceniu gdyby udało się zwiększyć liczbę dawców narządów. Wszelkie akcje społeczne, mające na celu uświadamianie społeczeństwa o potrzebie transplantacji są konieczne i powinny być prowadzone regularnie. Dzięki nim istnieje szansa, że ludzie, wiedząc o tym, jak ogromne jest zapotrzebowanie na narządy i mając świadomość tego, że mogą uratować czyjeś życie, będą wyrażać zgodę na pobranie narządów.

**Na ile poprawia się jakość życia pacjenta po przeszczepie?**

Następuje ogromna poprawa jakości życia i powrót, utraconych wskutek choroby, fizjologicznych funkcji organizmu. Wielu pacjentów po przeszczepieniu nerki znakomicie funkcjonuje w społeczeństwie i jest aktywnych zawodowo. Amerykański koszykarz, gwiazda ligi NBA Alonzo Mourning po przeszczepieniu nerki powrócił do gry. Piłkarz chorwacki Iwan Klasnić miał również transplantację nerki i później strzelił jeszcze 42 bramki w Bundeslidze. Historie tych osób są doskonałym dowodem na to, że transplantacja pomaga człowiekowi. Daje mu pewien komfort życia.

Ponadto, po przeszczepie zmniejsza się ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, które u pacjenta dializowanego jest dwudziestokrotnie większe niż w populacji ludzi niedializowanych. Po transplantacji spada ono do zaledwie pięć razy większego.

—————

*Piłkarz chorwacki  
Iwan Klasnić miał  
transplantację nerki  
i później strzelił  
jeszcze 42 bramki  
w Bundeslidze*

—————

**Po jakim czasie można stwierdzić, że przeszczep się udał?**

Pierwsze trzy miesiące są decydujące, gdyż w tym czasie mogą wystąpić najgroźniejsze powikłania, a więc odrzucenie nerki, powikłania naczyniowe czy powikłania infekcyjne, głównie ze strony układu moczowego. Jeżeli po trzech miesiącach nerka działa dobrze to znaczy, że nie ma powodów do niepokoju. Oczywiście, tak jak i w przypadku ludzi zdrowych, z biegiem lat zmniejsza się wydolność tej nerki, ale następuje to powoli.

Po co więc zabierać narządy do nieba, skoro mogą one zostać przeszczepione i dalej żyć w ciele innego człowieka?



*Prof. dr hab.  
Wojciech Rowiński,  
Konsultant krajowy  
ds. transplantologii*

**Wzrosła wreszcie liczba przeszczepów?**

Po wydarzeniach i nieodpowiedzialnych artykułach prasowych w roku 2007 wciąż nie jest dobrze. W roku 2008 było tylko o 20 proc. przeszczepów więcej niż w roku poprzednim. Tegoroczne statystyki ze stycznia i lutego pokazują, że i w tym roku liczba pobrań będzie mała. Ponadto zauważyliśmy duże rozbieżności w liczbie dokonywanych pobrań w poszczególnych województwach. Województwo zachodnio – pomorskie jest liderem, jeśli chodzi o liczbę pobrań narządów od osób zmarłych, natomiast już w małopolskim liczba ta jest mniejsza o 30 proc. W waszym województwie natomiast jest tylko 9 pobrań na milion, a powinno być przynajmniej 40.

**Z czego wynikają tak duże rozbieżności?**

Rozwiązanie problemu transplantacji wymaga współpracy różnych środowisk: medycznego, politycznego i religijnego. W tej kwestii tak samo ważny jest głos biskupa, jak i wiejskiego proboszcza. W szpitalu powinien być obecny człowiek, który wie, kiedy umiera pacjent, który wie w jaki sposób rozpoznaje się zgon mózgu, który wie od kogo można pobrać narządy, a kto się do tego nie nadaje. Ale najpierw trzeba namówić dyrektorów placówek, aby powołali takich koordynatorów, a potem naciskać, by wysłali

# Lekarze muszą chcieć

te osoby na szkolenia. W tym roku uruchomiliśmy kolejny, trzymiesięczny kurs koordynatorów ds. transplantacji. Z Białegostoku zgłosiły się tylko dwie osoby.

## Dlaczego jesteśmy nieprzychylni transplantacjom?

To nieprawda. Badania pokazują, że ponad 80 proc. społeczeństwa akceptuje przeszczepy.

## Od deklaracji do czynów wiedzie długa droga.

Reakcje i decyzje ludzi w sytuacjach stresowych bywają różne. Trudno przewidzieć o czym sami będziemy myśleli, gdy stracimy kogoś bliskiego. Problem transplantacji trzeba rozwiązać w samym środowisku medycznym. To lekarze muszą przede wszystkim jej chcieć. Na razie szukają argumentów na „nie”.

Dużą przeszkodą jest też brak zaufania do środowiska lekarskiego.

Po wydarzeniach 2007 roku i artykułach w *Gazecie Polskiej* zleciłem badania demoskopowe i okazało się, że 29 proc. społeczeństwa nie ufa lekarzom w ogóle, a u 30 proc. wydarzenia te nasiliły brak zaufania. Ogółem więc 600 osób na 1000 ankietowanych nie ufa środowisku lekarskiemu.

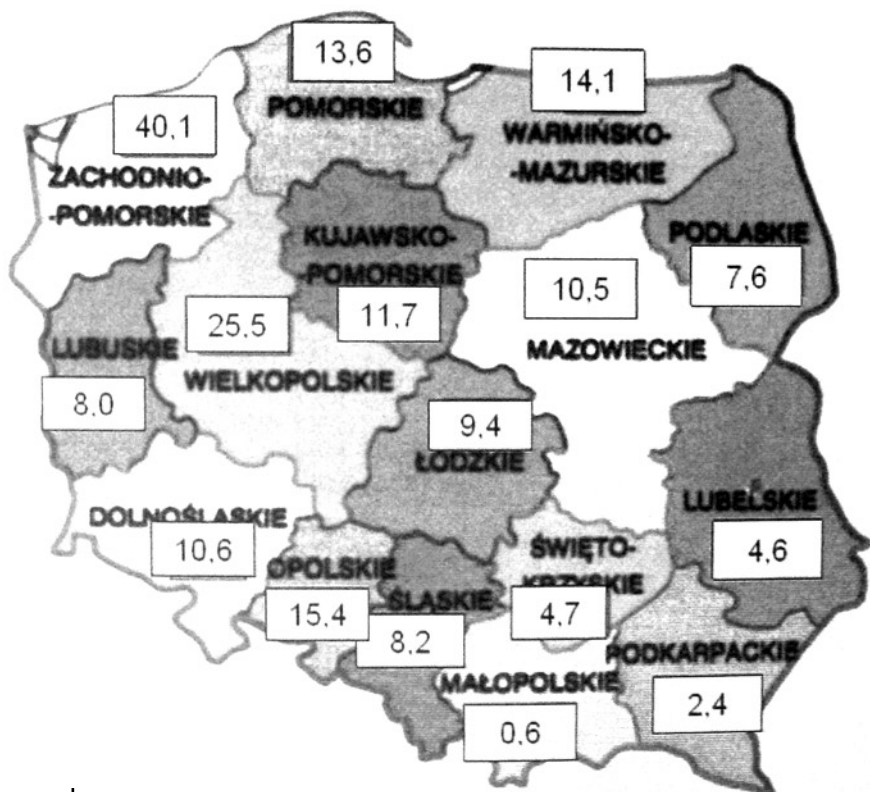
## To przerażające.

Tak, a jeśli teraz pani wyłączy dyktafon, to powiem, że środowisko częściowo zasłużyło sobie na tę opinię.

## To nie wyłączę.

No, przecież są lekarze, którzy biorą pieniądze od pacjentów i co, może mamy to ukrywać?

Rozm. Danuta Ślósarska



Liczba pobrań narządów od osób zmarłych w 2009 r. (średnio 11,2).

• Według polskiego prawa każda osoba zmarła może być potencjalnym dawcą tkanek i narządów do przeszczepienia, jeżeli za życia nie zgłosiła sprzeciwu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów. (informacje na [www.poltransplant.org.pl](http://www.poltransplant.org.pl))

• **O Swojej decyzji poinformuj bliskich**

• **Dołącz oświadczenie do dokumentów**

## OŚWIADCZENIE WOLI

W nadziei ratowania Życia innych

**wyrażam zgodę**

**na pobranie po śmierci  
moich tkanek i narządów do  
przeszczepienia.**

Nazwisko .....

Imię .....

Pesel .....

Adres .....

Data .....

Podpis .....



## Czy można żyć bez głowy?



**W** tradycyjnej ocenie, obowiązującej przez wieki, śmierć człowieka była zjawiskiem zachodzącym szybko – w momencie ustania oddechu i/lub krążenia. Literackie przedstawienie śmierci: „wydał z siebie ostatnie tchnienie i serce bić przestało” zawiera w sobie dwa podstawowe elementy obrazujące śmierć tj. zatrzymanie krążenia oraz bezdech. Dawniej zmarłemu przystawiano do ust piórko lub lusterko i obserwowano czy piórko się rusza lub, czy na lusterku pojawia się para wodna. Brak akcji serca stwierdzano, gdy nie można było wyczuć tętna na tętnicach lub gdy nie słychać było tonów serca przy osłuchiwaniu z użyciem stetoskopu. Rozwój technik medycznych dał możliwość wykazania zatrzymania akcji serca w oparciu o zapis EKG (linia izoelektryczna).

Obecnie wiemy, że zatrzymanie krążenia i oddechu nie są oznakami śmierci człowieka. W wielu przypadkach tzw. „śmierci klinicznej” mechaniczne czynności resuscytacyjne (oddech zastępczy, prowadzony za pomocą respiratora lub worka Ambu oraz masaż zewnętrzny serca), jak też resuscytacja farmakologiczna, prowadzą do powrotu wydolności krążeniowej i oddechowej, a w efekcie do uratowania życia.

Zgodnie z aktualnie obowiązującą definicją, za kryterium śmierci człowieka przyjmuje się śmierć mózgu. Jednocześnie staje się jasnym i jednoznacznym, że śmierć jest procesem rozłożonym w czasie.

Przyczyny śmierci mogą być różne. Może to być śmierć fizjologiczna w następstwie starości (aktualnie rozpoznawana sporadycznie), śmierć w przebiegu zmian chorobowych, jak też śmierć gwałtowna z powodu rozmaitych urazów.

Do śmierci mózgu, a tym samym do śmierci osobniczej, może dochodzić w następstwie pierwotnych uszkodzeń mózgu, jak i uszkodzeń o charakterze wtórnym. Wśród przyczyn pierwotnych do najczęstszych należą: samistne krwawienia wewnątrzczaszkowe (w przebiegu pęknięcia tętniaka tętnicy wewnątrzczaszkowej, pęknięcia malformacji naczyniowej mózgu lub w przebiegu nadciśnienia) oraz urazy czaszkowo-mózgowe. Do przyczyn wtórnego uszkodzenia mózgu zaliczymy głównie uszkodzenia niedokrwienne w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia oraz w przebiegu rozmaitych typów zatruc.

Uszkodzenie mózgu, prowadzące do jego śmierci – czy to pierwotne w postaci udaru krwotocznego, czy też wtórne w efekcie nagłego zatrzymania

krążenia ze skutecznymi krążeniowo czynnościami resuscytacyjnymi – nie musi oznaczać biologicznej śmierci całego organizmu.

Z sytuacjami takimi spotykają się najczęściej neurologi, neurochirurdzy oraz specjaliści intensywnej terapii.

Śmierć mózgu jest stanem, który należy zdiagnozować. W celu potwierdzenia, że doszło do śmierci mózgu należy jednoznacznie ustalić przyczynę (etiologię) uszkodzenia mózgu, wykluczyć potencjalnie odwracalne przyczyny uszkodzenia mózgu, jak też w dwóch seriach testów klinicznych wykazać brak istnienia 6 odruchów pniowych oraz wykazania trwałego bezdechu.

W ocenie klinicznej na pierwszy plan wysuwa się brak reakcji pacjenta na bodźce zewnętrzne, czyli arefleksja oceniana na 3p. w Skali Śpiączki Glasgow (Glasgow Coma Scale), brak reakcji źrenic na światło, brak spontanicznego oddechu oraz często niewydolność krążenia i moczówka prosta.

Przy występowaniu powyższych objawów przez okres dłuższy niż 6 lub 12 godzin (odpowiednio dla pierwotnego i wtórnego uszkodzenia mózgu) lekarz leczący ma prawo wysunąć podejrzenie śmierci mózgu. Celem potwierdzenia powyższego stanu należy dwukrotnie przeprowadzić testy kliniczne, potwierdzające rozpoznanie śmierci mózgu, a w przypadkach niejednoznacznych należy przeprowadzić dodatkowe badania instrumentalne np. angiografię mózgową, w celu wykazania braku przepływu krwi w tętnicach wewnątrzczaszkowych. Wszystkie przeprowadzone badania muszą być dołączone do dokumentacji medycznej.

Proces diagnozowania i stwierdzenia śmierci mózgu jest zamykany przez trzyosobową komisję (specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, neurolog lub neurochirurg oraz specjalista dowolnej specjalności). Komisja dokonuje analizy przypadku oraz analizy dokumentacji medycznej, w tym prób klinicznych i ewentualnych badań instrumentalnych. W przypadku poprawnego wykazania, że wystąpiły wszystkie wymagane objawy, komisja stwierdza śmierć mózgu. Od tego momentu mamy do czynienia z osobą zmarłą i w związku z tym ustaje obowiązek prowadzenia terapii.

**Wojciech J. Łebkowski**  
Dr hab., Klinika Neurochirurgii UMB.





*Rozmowa z dr. hab. Wojciechem Łebkowskim,  
neurochirurgiem i członkiem komisji  
ds. stwierdzania śmierci mózgowej Uniwersyteckiego  
Szpitala Klinicznego w Białymstoku.*

## Ze strachu przed piekłem

**Co pan myśli o kampaniach społecznych na rzecz transplantacji?**

Na pewno jest ich za mało. Jeżeli ja ich nie dostrzegam, to na pewno nie zauważają ich inni, równie zapracowani ludzie. Te kampanie skierowane są tak trochę w kosmos. Nie wiadomo kto ma być ich odbiorcą. O przeszczepach należy rozmawiać z młodymi ludźmi, bo to oni są potencjalnymi dawcami i to oni powinni mieć przy sobie oświadczenie woli.

**Badania opinii społecznej podają, że większość Polaków popiera transplantacje.**

Tak, ale do momentu, gdy ich to nie dotyczy. Mieliśmy przypadek osoby ze śmiercią mózgową, u której w rodzinie była osoba po przeszczepie nerki. Jednak gdy poinformowaliśmy rodzinę o możliwości pobrania narządowego, usłyszeliśmy: „Mowy nie ma”.

**Jak pan myśli, dlaczego?**

Taka reakcja wynika z nieświadomości, egoizmu albo ze specyficznego pojmowania wiary. Prawda jest taka, że nasze społeczeństwo często nie zna stanowiska Kościoła w sprawie transplantacji narządów, ale tak na wszelki wypadek

*Na przeszczepach zależy  
tym, którzy to robią  
i tym, którzy czekają  
na nowy narząd*

nie zgadza się na oddanie narządów zmarłego, bo boi się piekła.

**W katolickiej Hiszpanii nie boją się piekła? Tam jest przecież największa liczba przeszczepów.**

Hiszpania ma lepiej dopracowane procedury. W Polsce prawo też jest po naszej stronie i zgodnie z ustawą można dokonać pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia. Problem w tym, że u nas oprócz prawa obowiązują też obyczaje. Ze względów czysto ludzkich staramy się je respektować. Pytamy o pozwolenie rodziny, aby później nie tracić czasu na procesy sądowe.

**To po co nam prawo, które jest sprzeczne z tradycją?**

Ponieważ inaczej nic byśmy nie zrobili.

**W Finlandii, Danii, Wielkiej Brytanii i w Niemczech prawo jest bardziej restrykcyjne. Jeżeli zmarły za życia nie wyraził żadnego stanowiska w tej sprawie, to konieczna jest zgoda rodziny. I tam problemów nie ma.**

To jest zupełnie inny świat.

**To może kampanie należy skierować do lekarzy?**

Na przeszczepach zależy tym, którzy to robią i tym, którzy czekają na nowy narząd. Uświadamianie należy prowadzić na wszystkich szczeblach, ale szczególny nacisk należy położyć na edukację studentów medycyny, bo to od nich zależy przyszłość transplantacji.

**A jeżeli zwiększy się liczba dawców, to kto będzie robić przeszczepy? Domyślam się, że liczba transplantologów w naszym kraju nie jest oszałamiająca.**

W Polsce je około 400 transplantologów i chirurgów transplantacyjnych. Ośrodków też nie jest dużo, ale gdyby

*cd. na str. 10 ⇔*

⇐ *cd. ze str. 9*

powołano jeszcze dwa albo trzy, które zajęłyby się przeszczepami płuc, serca, to nie byłoby tak źle. Były próby powołania ośrodka transplantacji serca w Białymstoku, ale się nie udało.

### **Dlaczego?**

Potraktowano ten pomysł jako próbę zabrania komuś pieniędzy. Jeden przeszczep to 200 tys. złotych. Gdyby u nas przeczepiano serca, to pieniądze z ministerstwa zdrowia nie trafiałyby gdzie indziej.

### **Zramienia szpitala rozmawia pan z rodzinami potencjalnych dawców, co jest najtrudniejsze w tych rozmowach?**

Trudno to wyjaśnić w kilku zdaniach. Pacjenci, którzy są potencjalnymi dawcami, to przeważnie osoby młode, które jeszcze dzień wcześniej były zdrowe. Z powodu krwotoku śród-mózgowego doszło u nich do śmierci mózgu. Rodzina, która przychodzi dowiedzieć się o stan swego bliskiego, domyśla się, że stało się coś niedobrego, ale wierzy, że wszystko będzie dobrze. Na dodatek widzi, że ich bliski oddycha, a jego serce pracuje.

*W Polsce osobę  
zmarłą traktuje się  
z ogromnym szacunkiem,  
a wszelkie procedury  
są zgodne z prawem*

### **Czyli żyje?**

Nie żyje. Pacjent jest ciepły, różowy, oddycha, ale nie żyje. Prawda, że kompletna sprzeczność? W tym momencie do nikogo z bliskich nie dociera, że za pacjenta oddycha maszyna. Rodzina nie przyjmuje do wiadomości śmierci tej osoby, nie trafia do niej informacja, że będzie ściągana specjalna komisja, która potwierdzi diagnozę.

### **I co wtedy?**

Trzeba odczekać. To zupełnie naturalne, że próbujemy odrzucić złe informacje. To tak jakby do pani zadzwonił ktoś bliski i powiedział: „Słuchaj,



dziadek nie żyje”. Najprawdopodobniej odpowiedziałaby pani: „Co ty mówisz? To niemożliwe”.

### **W tym trudnym momencie proponuje pan rodzinie oddanie narządów zmarłego do przeszczepu?**

Nie proponuję, tylko informuję o takiej możliwości. Pytam, jakie było stanowisko zmarłego. Odpowiadam na pytania rodziny, wyjaśniam. Mówię prawdę o stanie chorego i o możliwości uratowania komuś życia.

### **Jakie są kontrargumenty?**

Czasami słyszę: „Nie”, bez podawania przyczyny, innym razem: „Tyle się za życia namordował, nie będziemy go męczyli po śmierci”.

### **Nie trafiają argumenty, że przynajmniej można uratować kilka innych osób?**

To nie są argumenty. Słowa: „Co mi tu pan opowiada, co mnie to obchodzi jak mi brat umarł?” nie należą do rzadkości. Czasami nic nie pomaga, a czasami trzeba poczekać. Warto po jakimś czasie jeszcze raz wrócić do rozmowy i wyjaśnić bliskim, że pacjent nie żyje i trzeba by cudu Łazarza, żeby to odwrócić. Lekarze cudów nie czynią.

### **Poczęstowano pana wyzwiskami?**

Wielokrotnie.

### **Jakimi?**

Hiena, sęp, morderca, padlinożerca... Nie biorę tego do siebie. Śmierć bliskiej osoby to tragedia i ogromne emocje.

### **Ludzie się boją. Czytają prasę, oglądają telewizję i widzą, co się dzieje na świecie.**

To, co się dzieje na Filipinach, w Chinach czy w Tajlandii nie dotyczy nas. W Polsce osobę zmarłą traktuje się z ogromnym szacunkiem, a wszelkie procedury są zgodne z prawem. Próby straszenia, rozdmuchiwania sztucznych afer się nie powiodły.

### **Kto zajmuje się rodziną, która zdecydowała się oddać narządy bliskiej zmarłej osoby do przeszczepu?**

Myszę, że... nikt. Rzeczywiście należałoby ten problem rozwiązać.

### **Kontakt rodziny dawcy z biorcą też jest zabroniony?**

Bywały na świecie przypadki, że rodziny dawców domagały się wdzięczności albo doszukiwały się u biorcy cech wspólnych ze zmarłym dawcą i zaczynały ingerować w jego życie. Aby do takich sytuacji nie dopuszczać, w Polsce udziela się jedynie bardzo ogólnych informacji. Musimy pamiętać, że wolność jednego człowieka kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność drugiego.

Rozm. **Danuta Ślósarska**



Prof. dr hab.  
**Romuald Bohatyrewicz**,  
kierownik Kliniki Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii Pomorskiej  
Akademii Medycznej w Szczecinie.

### **Trudno uwierzyć, że bliski nam człowiek, któremu jeszcze bije serce nie żyje.**

W świetle aktualnej wiedzy, człowiek umiera wtedy, gdy następuje śmierć mózgu. Kiedyś, gdy nie było jeszcze respiratorów, człowiek przestawał oddychać i pięć minut później następowało zatrzymanie krążenia z powodu niedotlenienia mózgu. Niezależnie od tego czy najpierw umierał mózg, czy przestawało bić serce, czas między jednym zdarzeniem a drugim był bardzo krótki i tych dwóch sekwencji się nie rozdzielało.

Dzisiaj, mimo że mózg już nie pracuje, jesteśmy w stanie przez kilka, kilkanaście godzin, a nawet tygodni zapewnić wentylację organizmu ze zmarłym mózgiem.

### **A skąd wiadomo, że nastąpiła śmierć mózgu?**

Komisja składająca się z trzech niezależnych lekarzy musi stwierdzić brak jakichkolwiek odruchów klinicznych oraz przeprowadzić szereg testów. Jest specjalna instrukcja, w której opisane są szczegółowo wszystkie kryteria. Jeśli istnieją jakiegokolwiek wątpliwości to dalej leczy się pacjenta, tylko że takie leczenie – to taka trochę profanacja ciała zmarłego.

### **Co utrudnia decyzję o zaprzestaniu leczenia?**

Przegrana w walce ze śmiercią. Śmierć pacjenta jest zawsze porażką zespołu, który leczył chorego. W takiej sytuacji trudno podjąć decyzję o zaprzestaniu terapii.

Rozm. **Danuta Ślósarska**



**Dr Anna Jakubowska-Winecka**,  
psycholog kliniczny w Centrum  
Zdrowia Dziecka w Warszawie.

### **Przekazanie rodzinie wiadomości o śmierci kogoś bliskiego przez lekarza jest trudne i to jest zrozumiałe, ale dlaczego tak trudno uświadomić rodzinie, że ich zmarły bliski może podarować życie kilku ludziom?**

Dla lekarza, którego powinnością jest ratowanie życia, śmierć pacjenta jest zawsze porażką i wyzwała szereg wątpliwości. Często rodzi się poczucie braku kompetencji zawodowych i poczucie winy. Ogromnym wyzwaniem dla niego jest już samo przekazanie informacji o śmierci pacjenta, którego jeszcze przed chwilą się ratowało. Po komunikacie: „Przykro mi, pacjent zmarł. Proszę jutro odebrać dokumenty”, lekarz powraca do swoich obowiązków. Na tym jego rola się kończy.

Gdy znajdzie się w tej drugiej sytuacji, musi rozmowę kontynuować, aby dowiedzieć się, jakie zmarły miał nastawienie do transplantacji. Ta sytuacja wymaga od lekarza konfrontacji z uczuciami rodziny zmarłego, odpowiadania na zarzuty, wyjaśniania szeregu wątpliwości.

### **Jak należy rozmawiać z rodziną?**

Generalną zasadą jest prowadzenie dialogu, czyli wyjaśnienie problemu i oczekiwanie na informacje zwrotne. Na wszystkie pytania trzeba odpowiadać jasno i rzeczowo. Należy unikać języka medycznego i naukowego. Trzeba komunikować się językiem potocznym. Dobrze jest posługiwać się obrazem, przywoływać porównania, no i przede wszystkim wykazywać empatię.

### **Czy taką rozmowę musi prowadzić lekarz?**

Mam długoletnie doświadczenie w pracy z pacjentami i wiem, że najlepiej jest, gdy tę rozmowę poprowadzi osoba, która leczyła zmarłego pacjenta, bo tylko ona jest w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania. Psycholog może ewentualnie podpowiedzieć lekarzowi w jaki sposób rozmawiać z daną rodziną. Może pełnić rolę wspierającą także dla tej drugiej strony.

Rozm. **Danuta Ślósarska**



# Przeszczep wątroby

**W**ątroba jest narządem spełniającym wiele ważnych funkcji. Ze względu na złożoność czynnościową, narząd ten nie może być zastąpiony aparaturą. Przejściowo można zastosować dializę albuminową (typu Mars, Prometheus), uzyskując częściowe usunięcie toksycznych czynników z organizmu. Zabiegi te są wykonywane w ostrej niewydolności wątroby do czasu przygotowania pacjenta do wszczepienia nowego narządu.

Niewydolność wątroby może wystąpić w następstwie ostrego uszkodzenia lub marskości tego narządu. Ostre uszkodzenie wątroby rozwija się najczęściej w wyniku zatrucia lekami, toksynami, pestycydami, grzybami lub rzadziej w infekcji wirusowej (HBV, CMV). W Polsce do marskości wątroby najczęściej prowadzi nadmierne spożywanie alkoholu. Innymi czynnikami prowadzącymi do marskości są: przewlekłe zakażenia HBV, HCV, choroby autoimmunologiczne (pierwotna marskość żółciowa wątroby, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, pierwotne sklerotyzujące zapalenie dróg żółciowych), choroby metaboliczne (choroba Wilsona, hemochromatoza), atrezje dróg żółciowych u dzieci.

Przeszczep wątroby został przeprowadzony po raz pierwszy w roku 1963 w USA. Siedem lat później został zaakceptowany już jako zabieg leczniczy. W Polsce pierwszy przeszczep, niestety nieskuteczny, przeprowadził w roku 1987 w Szczecinie prof. S. Zieliński.

Pierwsze udane przeszczepy wykonano w 1990 roku u dziecka i w 1994 roku u dorosłego. Przeprowadzane są rutynowo w dwóch ośrodkach warszawskich: w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej USK nr 1 przy ul. Banacha 1a oraz w Klinice Transplantologii Szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Lindleya. Pojedyncze przeszczepy przeprowadzane są w Klinikach Chirurgii w Szczecinie i we Wrocławiu.

## Skuteczność przeszczepu

Przeszczep wątroby jest zabiegiem skomplikowanym, wymagającym wysokich kwalifikacji chirurgów oraz anesteziologów. Czas zabiegu wynosi od 8 do 12 godzin. Operują dwa zespoły chirurgów. Krytycznym momentem zabiegu jest okres anhepatalny (bez wątroby).

### *W Polsce do marskości wątroby najczęściej prowadzi nadmierne spożywanie alkoholu*

Skuteczność przeszczepu wątroby jest większa u chorych kwalifikowanych planowo do zabiegu oraz pozostających w fazie B niewydolności wątroby wg klasyfikacji Childa-Pugha. Największą śmiertelność notuje się w grupie chorych operowanych w ostrej niewydolności wielonarządowej (np. po zatruciach), u których nie przeprowadzono pełnej procedury kwalifikacyjnej.

W Polsce istnieją trzy procedury kwalifikacji do zabiegu: pilna, przyspieszona (u chorych z nagłą dekompenzacją wątroby) oraz efektywna (planowana).

Pierwszy przeszczep wątroby z marskością u pacjentki, która była leczona w Klinice Obserwacyjno-Zakaźnej, miał miejsce w roku 1994 i został przeprowadzony w Wiedniu.

Rutynowe kwalifikacje do przeszczepów wątroby rozpoczęto w roku 2001. U pierwszej pacjentki z pierwotną marskością wątroby, przeszczepu dokonał 31 grudnia 2001 roku zespół chirurgów Szpitala Dzieciątka Jezus. Następne lata przyniosły kolejne przeszczepy, które były skuteczne u wszystkich naszych pacjentów. W roku 2002 przeszczepy wątroby miały dwie osoby, w 2003 – 2, w 2004 – 10, w 2005 – 3, w 2006 – 4, w 2007 – 3, w 2008 – 2 i w roku 2009 – 1 osoba.

U dwóch osób dokonano powtórnej transplantacji wątroby z powodu nawrotu choroby autoimmunologicznej (po 1,5 roku od pierwszego przeszczepu wątroby) oraz ropni wątroby (po 2,5 roku). Wśród 28 przeszczepionych pacjentów było 16 mężczyzn, średni wiek przeszczepionych – 41 lat (20 – 63 lata). Wszystkie osoby miały przeszczep z powodu marskości wątroby. Wśród przyczyn marskości wątroby najczęstsze były: alkohol (9 osób), zakażenie HBV (4 osoby), HCV (7 osób), choroba Wilsona (3 osoby) oraz pojedyncze przypadki zespołu Dubina – Johnsona, zespołu Caroliego, białowicy wielojamowej.

Również skuteczny przeszczep wątroby został przeprowadzony u 63-letniego pacjenta z rakiem pierwotnym wątroby. Dwóch pacjentów z przeszczepioną wątrobą zmarło z powodu nadużywania alkoholu (po 3 latach od zabiegu) oraz z nieustalonej przyczyny (po 2 latach).

## Powikłania

Średni czas oczekiwania na przeszczep wśród osób kwalifikowanych w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii wynosi ok. 6 miesięcy (1 – 18 miesięcy). Wśród zakwalifikowanych do przeszczepu, 7 osób zmarło nie doczekawszy zabiegu. Wśród przyczyn śmierci było nasilenie niewydolności wątroby przy braku narządu do przeszczepu. U trzech osób zgon nastąpił z powodu powrotu do nałogu alkoholowego. Duże problemy występują u chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby. Wymagają one kontynuacji leczenia przeciwwirusowego po przeszczepie. Z powodu immunosupresji leczenie to jest mniej skuteczne. U chorych z powodu zakażenia HBV, po latach leczenia przeciwwirusowego występują mutacje wirusów, zmniejszające skuteczność leczenia.

Obecnie, do przeszczepu wątroby kwalifikowanych jest kilkunastu pacjentów Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii w Białymstoku. Bezwzględny przeciwwskazaniem

do przeszczepu jest czynna choroba alkoholowa. U chorych z marskością poalkoholową rozpoczyna się kwalifikacja po okresie od 6 do 12 miesięcy abstynencji i udokumentowanym leczeniu odwykowym. U kilku pacjentów zakwalifikowanych do przeszczepu, odstąpiono od dalszej kwalifikacji z powodu powrotu do nałogu.

Pacjenci po przeszczepie pozostają pod stałą kontrolą Poradni Transplantacyjnej w Warszawie. Tam uzyskują leki immunosupresyjne, wykonywane są okresowo, celem oceny odrzutu narządu, biopsje wątroby. W przypadku wystąpienia pogorszenia stanu zdrowia, pacjenci po przeszczepie lub wymagający terapii przeciwwirusowej są leczeni nadal w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii.

W przeciwieństwie do innych narządów, przeszczep wątroby wymaga jedynie zgodności w zakresie grup głównych ABO. Wykazano, że im większa jest różnorodność w zakresie antygenów zgodności tkankowej między dawcą a biorcą, tym mniejsze prawdopodobieństwo nawrotu choroby autoimmunologicznej w przeszczepionym narządzie.

W Polsce w ciągu roku dokonywanych jest około 200 przeszczepów wątroby. Osobom dorosłym narządy są pobierane od zmarłych, sporadyczne są przeszczepy od osób żyjących.

Często spotykamy się z sytuacją, gdy pacjenci trafiają do Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii w skrajnej niewydolności i nie jest możliwa ich kwalifikacja do zabiegu, z powodu braku możliwości przeprowadzenia wszystkich procedur kwalifikacyjnych. Zwykle okres pełnej kwalifikacji do przeszczepu wątroby trwa do 4 miesięcy i wiąże się ze szczegółowymi badaniami pacjenta (biopsja wątroby, koronarografia, badania wirusologiczne, immunologiczne, onkologiczne, etc.).

Przeszczep wątroby stwarza szansę przedłużenia życia pacjentów z niewydolnością wątroby. Odpowiednio wcześniej zdiagnozowana choroba wątroby i przeprowadzona kwalifikacja w ośrodku specjalistycznym umożliwia skuteczny przeszczep.

#### **Anatol Panasiuk**

*Prof. dr hab. med., Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii UMB.*

#### **Robert Flisiak**

*Prof. dr hab. med., kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UMB.*



—  
*Bezwzględny  
przeciwwskazaniem  
do przeszczepu  
jest czynna choroba  
alkoholowa*  
—

# Czy warto rodzić w szpitalu uniwersyteckim?

Elementem oceny jakości świadczonych usług zdrowotnych jest zadowolenie pacjentów. Pacjent przebywający w szpitalu, pomimo choroby, jest baczny obserwatorem otaczającego go świata. Jego opinia ma jednak charakter subiektywny i cechuje ją duży ładunek emocji. Pracownicy ochrony zdrowia, oceniając jakość opieki zdrowotnej, kierują się zupełnie odmiennymi kryteriami niż pacjent. Zwracają uwagę przede wszystkim na rzetelność realizacji procedur i zgodność ich wykonania z przyjętymi standardami postępowania.

Poziom satysfakcji pacjenta z usługi medycznej kształtowany jest przez tak różne czynniki, że, nawet przy należytej staranności realizowanych świadczeń medycznych, niespełnienie oczekiwań czy zlekceważenie, niekiedy bardzo specyficznych potrzeb pacjentów, może skutkować utratą dobrego wizerunku ośrodka medycznego.

Badanie poziomu satysfakcji pacjenta z usługi medycznej jest istotnym narzędziem oceny jakości pracy personelu medycznego. Podstawowym celem takich badań jest zdobycie informacji na temat oczekiwań pacjentów, dotyczących jakości pracy zespołu medycznego. Wyniki takich badań mogą służyć podniesieniu poziomu świadczenia usług przez personel medyczny, jak również mogą stanowić cenne źródło informacji dla osób zarządzających placówką.

Aby ocenić poziom satysfakcji pacjentów z usług medycznych, oferowanych przez Klinikę Perinatologii i Położnictwa UMB, opracowano kwestionariusz, składający się z dwóch części: pierwsza dotyczyła przyjęcia pacjentki do szpitala, druga – pobytu na oddziałach szpitalnych. Kwestionariusze były anonimowe. Pacjentki dokonywały oceny w dniu wypisu z kliniki.

Badania przeprowadzono na grupie 101 pacjentek hospitalizowanych



*92,50% pacjentek polecibyby klinikę rodzinie lub znajomym*

w klinice od 30.03 do 10.04.2009 r. Otrzymano 80 wypełnionych ankiet, które poddano analizie.

Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła oceny Izby Przyjęć, czyli miejsca, w którym pacjentka po raz pierwszy kontaktuje się z personelem szpitala. Z ankiet wynika, że czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala na Izbie Przyjęć w 77,50% wyniósł poniżej godziny. Stopień zainteresowania lekarzy pacjentką został przez 86,25% ankietowanych kobiet oceniony jako „bardzo dobry” i „dobry”, a stopień zainteresowania przez położne w 82,50% opinii jako „bardzo dobry” i „dobry”. Życzliwość i uprzejmość personelu medycznego Izby Przyjęć 70% ankietowanych oceniła „bardzo dobrze” i „dobrze”. Ocena organizacji przyjęcia na oddział została oceniona pozytywnie. Aż 87,50% ankietowanych zaznaczyło odpowiedzi: „bardzo dobrze” i „dobrze”.

Respondentki wysoko oceniły opiekę lekarską i opiekę położnych na oddziale Patologii Ciąży – odpowiednio 87,72% „bardzo dobrze”

i 94,73% „dobrze”, na Sali Porodowej – 91,67% i 87,50%, na oddziałach: Połogu – 85,42% i 89,58% i Noworodkowym – 70,84%, zarówno dla lekarzy jak i położnych. Równie dobre wyniki uzyskano w przypadku oceny uprzejmości, zainteresowania pacjentkami lekarzy i położnych oddziałów oraz tzw. dostępności do personelu medycznego. Ankietowane pozytywnie oceniły całokształt pobytu na oddziałach: Patologii Ciąży – 84,21%, Sali Porodowej – 72,91%, Połogu – 68,75% oraz Noworodkowym – 58,33%. Na pytanie: *Czy pacjentki hospitalizowane polecilyby klinikę rodzinie lub znajomym?* uzyskano 92,50% odpowiedzi „tak”.

Analiza uzyskanych wyników dostarczyła informacji o jakości pracy personelu medycznego oraz wskazała te obszary działania, które w naszej klinice wymagają poprawy.

Dr n. med. **Jerzy Przepieć**  
**Magdalena Czekień**

Prof. **Tadeusz Laudański**

*Klinika Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia UMB.*



# Nowoczesne leczenie kamicy moczowej u dzieci

**W**ziernikowe badanie moczowodu wykonał po raz pierwszy H. H. Young w 1912 r., wprowadzając cystoskop do poszerzonego moczowodu, u pacjenta z zastawką cewki tylnej. Po skonstruowaniu w latach sześćdziesiątych XX w. układu soczewek poprawiających jakość obrazu endoskopowego, ureterorenoscopia (URS) stała się metodą stosowaną coraz szerzej.

Rozwój zabiegów endourologicznych na moczowodzie i nerce u dzieci możliwy jest zaledwie od kilkunastu lat, tzn. od momentu wprowadzenia do użytku odpowiednio zminiaturyzowanych instrumentów. Główne wskazania do URS stanowią: kamica moczowa, moczowodowa przeszkoda w odpływie moczu, krwinkomocz, obecność ciała obcego w moczowodzie. Podstawową przeszkodą w rozwoju endourologii dziecięcej w Polsce jest niedobór odpowiedniego wyposażenia. Wykonanie ureterorenoskopii u małego dziecka jest obecnie możliwe zaledwie w paru ośrodkach chirurgii i urologii dziecięcej w kraju.

Obserwowany od lat, systematyczny wzrost częstości występowania kamicy moczowej u dzieci powoduje, że sprzęt do wewnątrzustrojowej i przezskórnej litotrypsji będzie coraz częściej potrzebny.

Przed paroma tygodniami Klinika Chirurgii Dziecięcej UMB otrzymała póższywne ureterorenoskopy oraz urządzenia do kruszenia i usuwania złogów, znajdujących się w moczowodzie lub nerce. Otrzymany przez naszą klinikę zestaw umożliwia nowoczesne, skuteczne leczenie znacznej części przypadków kamicy moczowej u dzieci – zarówno metodą przezskórną, jak i endoskopową. Złogi mogą być

kruszone przy użyciu litotryptora ultradźwiękowego lub pneumatycznego. Pozostałe przypadki kamicy nerkowej wymagają litotrypsji zewnątrzustrojowej (ESWL), którą, jak dotąd, białostocka medycyna nie dysponuje.

## *Ureterorenoskopy oraz urządzenia do kruszenia i usuwania złogów umożliwiają skuteczne leczenie znacznej części przypadków kamicy moczowej u dzieci*

Otrzymane instrumenty ograniczą do minimum konieczność operowania kamicy moczowej u dzieci. Urządzenia o wartości około 36 tys. euro są darem fundacji amerykańskiej Children's Heartline, skupiającej Amerykanów polskiego pochodzenia.

Pierwsze kontakty UMB z naszymi amerykańskimi przyjaciółmi umożliwił

przed parunastu laty dr Jacek Nikliński. Children's Heartline już kilkakrotnie pomagała pacjentom leczonym chirurgicznie w UDSK, przekazując w darze naszej klinice m.in. dermatom do leczenia oparzonych dzieci przeszczepami skóry, aparaturę do badań wideourodynamicznych, będącą obecnie podstawowym narzędziem diagnostyki dysfunkcji pęcherza moczowego oraz niezwykle użyteczny aparat do elektrokoagulacji typu Ligasure, pozwalający nie tylko znacznie skrócić czas operacji, ale także zmniejszyć zużycie drogich szwów chirurgicznych. Materialna wartość darów Children's Heartline dla UDSK przekracza 200 tys. USD. Odzyskanego zdrowia, radości, nadziei i perspektyw życiowych nie da się wycenić w żadnej walucie.

Darczyńcom fundacji, Zarządowi oraz Prezydentowi Children's Heartline, Ronaldowi Syslo, bardzo serdecznie dziękujemy za wielkie serce, wyobraźnię i zaufanie okazane po raz kolejny dzieciom Podlasia i pracownikom Kliniki Chirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

**Wojciech Dębek**

*Dr hab., kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej UMB.*



*Montaż urządzeń do litotrypsji wewnątrzustrojowej i przezskórnej na bloku operacyjnym UDSK.*

# Dostępność badań

**D**iaagnostyka prenatalna to najczęściej wykluczenie choroby i potwierdzenie, że dziecko jest zdrowe. To działanie uspakajające kobietę, zapewniające jej psychiczny komfort w czasie ciąży. W niewielkim odsetku jednak, badania prenatalne wychwytyją nieprawidłowości rozwojowe i wady płodu w populacji zdrowych kobiet, w potencjalnie prawidłowo przebiegającej ciąży. Współczesna medycyna traktuje płód jako małego pacjenta, u którego można wykryć chorobę i próbować ją leczyć bezpośrednio po porodzie bądź jeszcze w łonie matki. Właściwa i wczesna diagnoza, jeszcze w okresie płodowym, ma ogromne znaczenie dla dalszego postępowania leczniczego i dla losów ciąży.

## Projekt norweski

W roku 2007 Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku rozpoczęła realizację projektu „Poprawa dostępności badań prenatalnych w województwie podlaskim”, dofinansowanego w kwocie 555 297 euro, stanowiących 85% wartości projektu z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Pozostałe 15% zagwarantował budżet państwa.

Możliwość uzyskania dotacji w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego była unikalną szansą dofinansowania nie tylko działań inwestycyjnych, ale również działań tzw. miękkich. W naszym przypadku były to szkolenia organizowane w ramach projektu dla lekarzy naszego regionu, jak również badania wykonywane w ramach skryningu prenatalnego, z którego skorzystały pacjentki. Projekt objęli patronatem Marszałek Województwa Podlaskiego i Prezydent Miasta Białegostoku.

W 2005 roku, gdy powstał projekt, nie istniał jeszcze w Polsce program

badania prenatalnych (funkcjonuje on od 2007 roku). Oprócz poprawy dostępności, celem pomysłodawców była także zmiana postrzegania profilaktycznych badań prenatalnych i ich traktowanie jako badań *pronatalnych* – poprawiających standardy opieki nad kobietą w ciąży oraz pozwalających na zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki nowo narodzonemu dziecku.

## Informacja i szkolenie

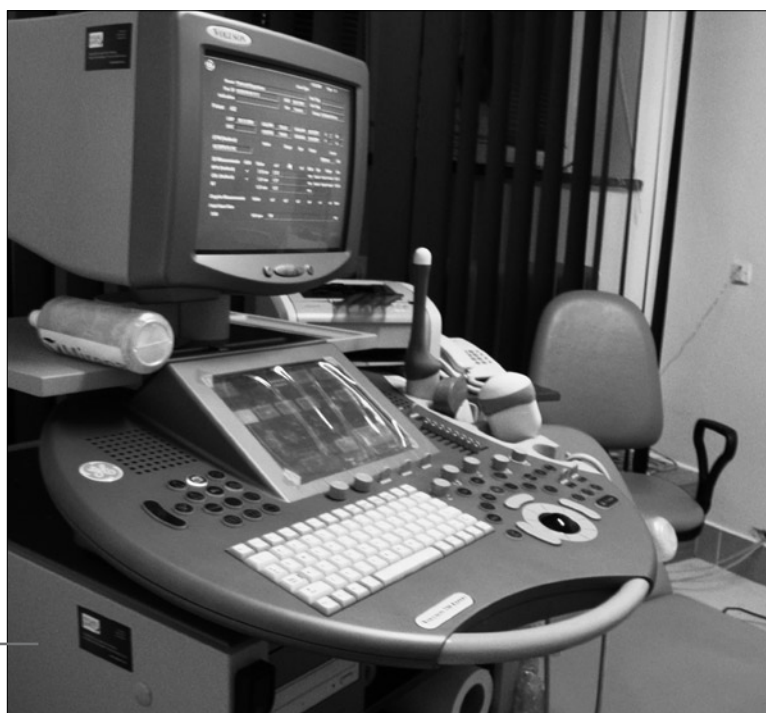
Pierwszym elementem programu było dotarcie do zainteresowanych osób z informacją o możliwości wykonania badania. Przyjęte kierunki obejmowały drogę pośrednią do pacjentki, wyjaśniając poprzez przekaz pisemny (ulotki, plakaty, artykuły w gazetach, informacje medialne) czym jest diagnostyka prenatalna, komu i czemu służy oraz kiedy i gdzie można ją wykonać.

Drugim etapem było dotarcie do lekarzy położników-ginekologów, bezpośrednio opiekujących się ciężarnymi kobietami. Służyły temu liczne spotkania i szkolenia. Możliwość wykonania diagnostyki ultrasonograficznej, testów biochemicznych, badania

kariotypu płodu znacząco poszerzyły również zakres możliwości diagnostycznych położnikom z terenu województwa podlaskiego, zwiększając jakość opieki antenatalnej i komfort oraz bezpieczeństwo samego lekarza.

## Badania przesiewowe

W przypadku przesiewowej diagnostyki prenatalnej, pierwszoplanowym testem diagnostycznym jest badanie ultrasonograficzne, stanowiące podstawę nieinwazyjnej diagnostyki wad płodu, uwarunkowanych genetycznie w pierwszym trymestrze ciąży. Badanie to może być poszerzone o testy biochemiczne – test PAPP-A, obejmujący ocenę osocznego białka A, związanego z ciążą oraz wolnej podjednostki beta, gonadotropiny kosmówkowej. Wybór badań, na podstawie których obliczane jest ryzyko (prawdopodobieństwo) urodzenia dziecka z wadą uwarunkowaną genetycznie, stanowi o czułości i swoistości testu, a więc o jego wartości diagnostycznej. Należy pamiętać, że nieinwazyjna diagnostyka prenatalna pierwszego trymestru jest równocześnie badaniem ograniczają-



*Aparat do badania ultrasonograficznego.*

# prenatalnych

cym liczbę badań inwazyjnych. One z kolei, poza obciążeniem finansowym, wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powikłań medycznych, obciążeniem psychicznym i emocjonalnym pacjentki i rodziny.

Podstawą testu diagnostycznego pierwszego trymestru było badanie ultrasonograficzne płodu, przeprowadzane według kryteriów Fundacji Medycyny Płodowej (FMF – Fetal Medicine Foundation) pomiędzy 11., a nie ukończonym 14. tygodniem ciąży.

Zakres badania obejmował m.in. ocenę żywotności płodu, w przypadku ciąży wielopłodowej jej kosmówkowości, ocenę parametrów morfologicznych i morfometrycznych w odniesieniu do danego tygodnia ciąży oraz pomiar przezierności karku (NT – Nuchal Translucency).

Składową częścią testu była diagnostyka biochemiczna, polegająca na oznaczeniu w surowicy krwi matki swoistego dla ciąży białka A – PAPP-A oraz wolnej podjednostki  $\beta$ -HCG. Pozwalało to na badanie łączne (combined test), zwiększające czułość testu, skierowanego wobec najczęstszych aberracji liczby chromosomów (aneuploidii). Stężenia określanych parametrów biochemicznych, po przeliczeniu na MOM-y – wielokrotność wartości środkowej (mediany) dla danej populacji, analizowane były łącznie z parametrami ultrasonograficznymi w odniesieniu do danych uzyskanych od pacjentki, a wpływających na statystyczną kalkulację ryzyka tj.: wiek, masa ciała, palenie tytoniu, ciąża uzyskana w wyniku programu zapłodnienia pozaustrojowego, choroby przewlekłe i metaboliczne (np. cukrzyca), aktualnie przyjmowane leki.

Kluczowym elementem programu diagnostyki prenatalnej była ocena ka-

riotypu płodu na podstawie komórek pobranych na drodze amniopunkcji genetycznej. Wskazaniem do diagnostyki inwazyjnej było najczęściej uzyskanie wysokiego ryzyka aberracji chromosomowych w teście przesiewowym, rzadziej – izolowane ryzyko, wynikające z samego wieku pacjentki.

Elementem wspomagającym diagnostykę nieinwazyjną było badanie ultrasonograficzne, wykonywane około 20. tygodnia ciąży. Miało ono na celu ocenę rozwoju ciąży, morfologię i morfometrię płodu. Jego efektem powinno być najczęściej uspokojenie pacjentki odnośnie do prawidłowego przebiegu ciąży, w sytuacji, gdy z różnych powodów nie zdecydowała się na wykonanie diagnostyki inwazyjnej. W tym badaniu poszukiwane są tzw. „małe” i „duże” nieprawidłowości, stanowiące czynnik ryzyka wystąpienia aneuploidii u płodu lub izolowane nieprawidłowości rozwojowe, których wczesna diagnoza pozwalała na wcześniejszą interwencję medyczną.

Ilość poszczególnych badań, wykonanych w poszczególnych miesiącach realizacji programu, przedstawia poniższa tabela.

Wyniki pokazują, że zwiększone ryzyko aneuploidii wystąpiło w ok. 5% przypadków, a ze względu na ryzyko wynikające z wieku pacjentek – odsetek amniopunkcji genetycznych z badaniem kariotypu wyniósł ok. 8%. W całej zbadanej populacji odsetek nieprawidłowości genetycznych nie przekraczał 1%.

## Zrozumieć problem

Za największy sukces programu można więc uznać zadowolenie pacjentek po uzyskaniu prawidłowego wyniku i spokój w oczekiwaniu na moment



Diagnostyka biochemiczna.

narodzin dziecka. Z drugiej strony, niewielki odsetkowo problem wad rozwojowych uwarunkowanych genetycznie stanowił gigantyczne obciążenie emocjonalne dla przyszłych rodziców. Należy mieć nadzieję, że sukces prowadzonego programu diagnostyki prenatalnej zaowocuje w przyszłości zrozumieniem problemu i chęcią korzystania kobiet w ciąży z możliwości diagnostycznych. Powinien również podnieść standardy opieki prenatalnej, kształtując pozytywne postawy wśród lekarzy położników i w całym systemie opieki zdrowotnej.

Rzetelne i sensowne wykonanie zapisu ustawy obowiązującej w naszym kraju oraz zaleceń WHO i Komisji Europejskiej, dotyczące diagnostyki prenatalnej, wymaga powołania regionalnego centrum badań prenatalnych, w którym można byłoby uzyskać informacje i poradę z zakresu diagnostyki prenatalnej i poradnictwa genetycznego oraz wykonać niezbędne badania diagnostyczne. Diagnostyka prenatalna dotyka wielu aspektów prawnych

cd. na str. 18 ⇨

	ilość w miesiącu												razem		
	I 2008	II 2008	III 2008	IV 2008	V 2008	VI 2008	VII 2008	VIII 2008	IX 2008	X 2008	XI 2008	XII 2008		I 2009	II 2009
Badanie USG	62	67	72	83	76	95	85	83	117	144	97	120	164	139	1 404
Oznaczenie PAPP-A	53	56	79	93	92	96	106	107	135	157	105	136	209	194	1 618
Oznaczenie free $\beta$ -HCG	53	56	79	93	92	96	106	107	135	157	105	136	209	194	1 618
Amniopunkcja genetyczna	10	11	9	10	2	7	8	4	11	7	4	3	13	6	105
Badanie cytogenetyczne	10	11	9	10	2	7	8	4	11	7	4	3	13	6	105



↳ *cd. ze str. 17*

i etycznych, dlatego wymagania co do jakości jej funkcjonowania są szczególnie ważne.

Badania prenatalne wykonywane są w interesie dziecka i jego rodziców. Badania inwazyjne i ostateczna weryfikacja rozpoznania genetycznego powinny być przeprowadzane tylko w jednym ośrodku regionalnym. Zapewni to właściwą kontrolę ilości i jakości wykonywanych badań. Centrum powinno szkolić lekarzy w zakresie prowadzenia poradnictwa oraz wykonywania badań przesiewowych w ciąży. Bardzo ważnym zadaniem jest przedstawianie raportów o sytuacji diagnostyki prenatalnej w regionie oraz prowadzenie rejestru stwierdzanych nieprawidłowości płodu. Centrum powinno ściśle współpracować z Ogólnopolskim Rejestrem Wad u Dzieci. Takie zorganizowanie diagnostyki prenatalnej pozwalałoby na jej skuteczne prowadzenie oraz dostarczało informacji epidemiologicznych o sytuacji w regionie.

Otrzymany w 2006 roku grant norweski zapewnił możliwość zakupu sprzętu do przeprowadzania badań, wyszkolenie personelu i lekarzy pracujących w regionie, tak aby można było prowadzić badania przesiewowe i inwazyjne oraz rozszerzyć możliwości diagnostyczne. W realizację projektu byli zaangażowani dr Tomasz Zbroch, dr Monika Zbucka, dr Ryszard Leśniewicz, dr Katarzyna Jarząbek, mgr T. Bielawski.

W diagnostykę prenatalną warto inwestować, bo warto inwestować w bezpieczne i spokojne macierzyństwo oraz zdrowie dzieci. Projekt norweski umożliwił rozpoczęcie prowadzenia badań prenatalnych na poziomie zalecanym w wielu krajach. Teraz potrzebne są działania administracyjne, które stworzą podstawy do stałego funkcjonowania programu badań prenatalnych w województwie podlaskim.

**Sławomir Wołczyński**

*Prof. dr hab., kierownik Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej UMB.*



Spotkanie, 3 kwietnia 2009 r.

## Logopedia z Fonoaudiologią

Logopedia z Fonoaudiologią to kierunek unikatowy, którego program nauczania jest zgodny z najwyższymi standardami kształcenia, wymaganymi przez Radę Główną Szkolnictwa Wyższego. Jego uruchomienie wymagało zgody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Spotkanie z licealistami rozpoczęła wykład promujący kierunek, wygłoszony przez dr hab. med. Bożenę E. Kosztyłę-Hojnę. Zaciekawienie młodzieży wzbudziła interdyscyplinarność kierunku, skupiającego wiedzę z zakresu nauk medycznych, do których należy zaliczyć: foniatrię, audiologię i psychiatrię, jak również wiedzę z zakresu językoznawstwa czy pedagogiki.

Przyszłych studentów szczególnie zainteresowały szerokie perspektywy zatrudnienia absolwentów w placówkach służby zdrowia w lecznictwie otwartym (poradnie logopedyczne, foniatryczne, audiologiczne, otolaryngologiczne), w placówkach kulturalno-oświatowych (rozgłośnie radiowe i telewizyjne, muzea, teatry, przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja), w domach pomocy społecznej, w pracowniach fonoskopii.

Absolwent kierunku będzie bowiem posiadać nie tylko kwalifikacje logopedy, czyli „nauczyciela mowy”, ale również diagnostyka – fonoaudiologa, obiektywnie określającego jakość głosu, mowy i słuchu. Będzie w stanie monitorować efekty leczenia

foniatry czy audiologa oraz wyniki prowadzonej przez siebie rehabilitacji logopedycznej lub stosowanych zabiegów fizykoterapeutycznych.

Mgr Joanna Kasperuk, specjalista neuro- i surdologopeda, specjalista z zakresu higieny i emisji głosu, przedstawiła metody rehabilitacji logopedycznej u chorych z implantem ślimakowym. Klinika Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku należy bowiem do nielicznych ośrodków w Polsce, w których głuchotę i głęboki niedosłuch leczy się z wykorzystaniem implantów ślimakowych (CI). Zebranych zachwyciły prezentowane wyniki szybkiej i znacznej poprawy słuchu u chorych, u których zastosowano system implantu.

Zainteresowani mogli dokonać samodzielnej oceny narządu głosu metodą laryngoskopii pośredniej z wykorzystaniem fantomów. Duże zainteresowanie wzbudziło badanie otoskopowe narządu słuchu, pozwalające na ocenę stanu przewodu słuchowego i błony bębenkowej. Można było również dokonać obiektywnej, akustycznej oceny własnego głosu, z wykorzystaniem oprogramowania IRIS Medom Software. Dużo emocji wyzwały ćwiczenia i łamiętki logopedyczne, określające poziom dykcji.

**Bożena E. Kosztyła-Hojna**

*Dr hab. med., Klinika Otolaryngologii UMB.*

#### Perspektywy zatrudnienia absolwentów:

- ▶ poradnie logopedyczne, foniatryczne, audiologiczne, otolaryngologiczne;
- ▶ rozgłośnie radiowe i telewizyjne, muzea, teatry, przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja;
- ▶ domy pomocy społecznej, pracownie fonoskopii.

# Ratownictwo Medyczne

**D**zień ten okazał się wyjątkowo udany dla organizatorów akcji promującej kierunek – Ratownictwo Medyczne. Licealiści przybyli tłumnie i z zainteresowaniem wysłuchali informacji o zawodzie ratownika medycznego.

Wykład dr med. Marzeny Wojewódzkiej-Żeleznikowicz miał uświadomić uczestnikom spotkania jak istotne znaczenie dla życia i zdrowia poszkodowanych ma wczesne, jeszcze zanim przybędzie ambulans, podjęcie działań ratunkowych.

Licealistów zachęcono do udziału w quizie, dotyczącym zasad udzielania pierwszej pomocy. Osoby, które udzieliły największej liczby poprawnych odpowiedzi, jako upominek, otrzymały kieszonkowe maseczki do prowadzenia wentylacji.

Największe zainteresowanie wzbudziły stanowiska z fantomami, obsłu-

giwane przez studentów ratownictwa medycznego. Przyszli studenci mogli dowiedzieć się więcej na temat udzielania pierwszej pomocy, zadawać pytania dotyczące resuscytacji, a także samodzielnie przeprowadzić symulowaną akcję resuscytacyjną. Pytania najczęściej dotyczyły najnowszych wytycznych resuscytacji dzieci, a także aspektów prawnych prowadzonych działań ratowniczych.

Organizatorów zaskoczyła duża wiedza młodych ludzi na temat zasad udzielania pierwszej pomocy. Jest to dowód na to, że wszelkie akcje społeczne, mające na celu nauczanie postępowania w stanach zagrożenia życia, mają głęboki sens i powinny być prowadzone regularnie, po to byśmy czuli się bezpiecznie wśród ludzi.

**Marzena Wojewódzka-  
Żeleznikowicz**

*Dr n. med., Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMB.*



*Pierwsza pomoc. Spotkanie z uczniami szkół średnich, 13.03.2009 r.*





Promocja kierunku. Spotkanie z uczniami szkół średnich, 27.03.2009 r.

## Zdrowie Publiczne

**L**icealiści, zainteresowani studium w dziedzinie zdrowia publicznego, już w piątek, w godz. 9.00 – 14.00, w Aula Magna pałacu Branickich, będą mogli dowiedzieć się więcej o planowanym kierunku. Te studia pozwolą poznać problematykę edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, epidemiologii, nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, czy też socjologii i psychologii. Z taką wiedzą można znaleźć pracę nie tylko w zakładach opieki zdrowotnej, ale także w instytucjach rządowych czy samorządowych. – taką informację można było przeczytać w „Kurierze Porannym” w przeddzień spotkania.

Przybyłych na spotkanie maturzystów i studentów powitała dziekan prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kuła i kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego, dr hab. Andrzej Szpak. Pełen program, przygotowany przez studentów II roku studiów magisterskich uzupełniających kierunku Zdrowie Publiczne, składał się z trzech sesji.

Prezentacje multimedialne dotyczyły idei studiów, działalności Koła

Naukowego Studentów Zdrowia Publicznego, perspektyw zatrudnienia absolwentów kierunku oraz obejmowały prezentację programów zdrowotnych.

Na sesji plakatowej zaprezentowano sylwetkę absolwenta kierunku Zdrowie Publiczne oraz przedstawiono program nauczania ze szczególnym uwzględnieniem interdyscyplinarności tej dziedziny nauk medycznych.

Ostatnia sesja, aktywizująca młodzież, urozmaicona została wspólnym rozwiązywaniem krzyżówki. Osoby udzielające prawidłowych odpowiedzi nagrodzono gadżetami UMB.

Wszyscy goście otrzymali foldery Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB oraz drobne upominki: długopisy, smycze, notesy, kalendarzyki.

Materiał ze spotkania, zrealizowany przez TV Białystok, wyemitowany został w głównym wydaniu „Obiektywu”. Dostępny jest na stronie <http://www6.tvp.pl/4468,20090327894847.strona>.

**Marzena Pawińska,  
Magdalena Zalewska**

Koordynatorki imprezy, Zakład Zdrowia Publicznego UMB.

## Elektrora

**S**potkanie uczniów białostockich liceów ogólnokształcących z kadrami naukowymi i studentami kierunku Elektroradiologia rozpoczął wykład docent dr hab. Urszuli Łebkowskiej, kierownika Zakładu Radiologii UMB. Jego tematem były nowoczesne kierunki obrazowania.

Młodszym kolegom wyświetlono film pokazujący przebieg ćwiczeń, zrealizowany przez studentów II roku – Piotra Kułaka i Dorotę Iwanicką. Potem zaproszono uczniów do stanowisk, prezentujących poszczególne pracownie: Radiologii Klasycznej, Badań Naczyniowych, Elektrokardiologii, Elektroradiologii. W tej ostatniej pracowni studenci II roku – Piotr Szymańczyk, Łukasz Narożnik i Dariusz Wierciszewski dzięki pomocy konsultantki, lek. med. Marty Trypuć, wykonywali ochotnikom elektrokardiogram. W Pracowni Ultrasonografii, pod nadzorem dr Olgi Sobotko-Waszczeniuk, wybrani studenci poddali się badaniu ultrasonograficznemu narządów jamy brzusznej.

Wśród licznych pokazów multimedialnych można było zapoznać się z prezentacjami plakatowymi o tematyce: EEG, EEM, EKG, DSA, TC, MNR.



Spotkanie w Aula Magna, 20.03.2009 r.



## diologia

## Praca dla absolwentów kierunku Elektroradiologia:

- ▶ szpitale;
- ▶ zakłady i pracownie radio-terapii, medycyny nuklearnej, elektrofizjologii lub audiologii;
- ▶ inspekcje ochrony radiologicznej;
- ▶ pracownie EKG, EEG, EMG, fizjologii klinicznej, informatyki medycznej;
- ▶ świadczenie usług doradczych w zakresie technik diagnostyki obrazowej i radioterapii;
- ▶ praca w sektorze marketingu sprzętu medycznego.

Na zakończenie spotkania Bartłomiej Gebert wcielił się w przewodnika i oprowadził uczestników po pałacu Branickich.

Lek. **Marta Trypuć**,  
Dr **Olga Sobotko-Waszczeniuk**  
*Zakład Radiologii UMB.*



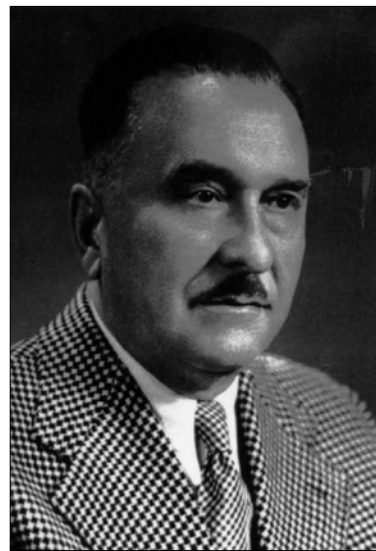
# ZYGMUNT KOŁOSOWSKI

Zygmunt Kołosowski urodził się 8 września 1901 roku w Postawach, w województwie wileńskim. Szkołę średnią ukończył w roku 1919 w Żytomierzu, w dawnym województwie wołyńskim. Następnie zamieszkał w Nowych Święcianach koło Wilna.

Brał udział w wojnie polsko-rosyjskiej 1920 roku. W roku 1926 uzyskał dyplom doktora nauk medycznych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego. Przez kilka miesięcy pracował w szpitalu w Krzywiczach w powiecie wileńskim. Od roku 1926 pełnił funkcję dyrektora Szpitala Powiatowego w Brasławiu, mieście położonym nad jeziorem Dryświaty. W roku 1937 powrócił do Wilna. Pracował na stanowisku kierownika Działu Lecznictwa DOKP w Wilnie.

W roku 1943 został aresztowany i osadzony w obozie jenieckim w Prowenizkach koło Kowna.

W roku 1945 dr Zygmunt Kołosowski przybył wraz z rodziną do Bielska Podlaskiego, skąd przeniósł się do Brańska, gdzie objął kierownictwo Szpitala Miejskiego. W roku 1950 powołany został

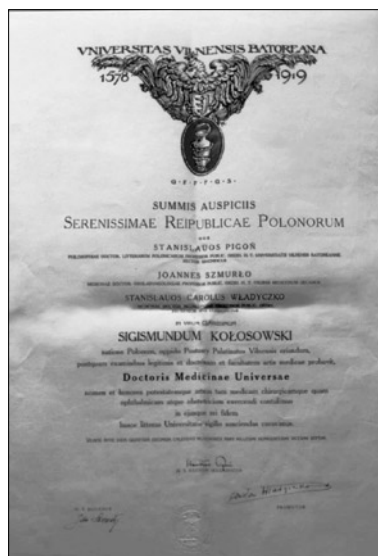


(1901 – 1963)

do pełnienia funkcji dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Białymstoku, mieszczącego się przy ulicy Sosnowej 5/7. Od roku 1955 prowadził w nim ćwiczenia z chorób zakaźnych dla studentów wydziału lekarskiego. W roku 1959 na bazie tego szpitala powołano Klinikę Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej. Na przełomie lat 50. i 60. dr Z. Kołosowski podjął starania o budowę nowego szpitala zakaźnego, usytuowanego poza centrum miasta, w dzielnicy Dojlidy.

Doktor Zygmunt Kołosowski jest autorem kilku publikacji z zakresu chorób zakaźnych i medycyny społecznej, zamieszczonych w czasopismach naukowych. Brał czynny udział w pracach białostockiego oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, na posiedzeniach którego wygłaszał szereg referatów naukowych. Muzyka i literatura były mu bliskie i dawały odpoczynek po pracy.

Zmarł 12 maja 1963 roku w Białymstoku. Spoczął na cmentarzu farnym.



**Krzysztof Worowski**  
*Prof. dr hab. n. med., kronikarz UMB.*

21

# Jest taka szkoła...

**S**zkoła specjalna dla dzieci z orzeczeniami o niepełnosprawności intelektualnej od stopnia lekkiego po głęboki istnieje już 58 lat. Kształcenie odbywa się na poziomie szkoły podstawowej i gimnazjum. Zajęcia prowadzone są w systemie klasowym oraz indywidualnie. Liczba uczniów w klasie zależy od stopnia niepełnosprawności dziecka. Większość zajęć, szczególnie terapeutycznych, odbywa się w kilkusobowych grupach, w oparciu o programy dostosowane do możliwości i potrzeb każdego dziecka.

## Pomoc specjalistów

Zespoły terapeutyczne, w skład których wchodzi specjalistów różnych dziedzin (m.in. logopeda, psycholog, pedagog, terapeuta SI, specjalista metody Tomatisa), opracowują indywidualne programy pracy i na bieżąco konsultują je z rodzicami. Dzieci, u których stwierdzono zaburzenia rozwojowe, objęte są specjalistycznymi zajęciami, w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to wielospecjalistyczne, kompleksowe i intensywne działania, mające na celu pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka. Zajęcia prowadzone są przez zespół specjalistów: oligofrenopedagoga, surdopedagoga, psychologa, logopedę, terapeutę integracji sensorycznej i innych. Zadaniem zespołu jest ustalenie kierunku wsparcia rodziny dziecka, opracowanie indywidualnego programu terapii, analizowanie skuteczności udzielanej pomocy, ocenianie postępów dziecka.

## Pobudzenie mózgu

Istotną rolę we wczesnym wspomaganie odgrywa terapia metodą integracji sensorycznej. Jej celem jest dostarczenie kontrolowanej ilości bodźców sensorycznych, w szczególności przedsiorkowych, proprioceptywnych



Zajęcia plastyczne. Zespół Szkół Nr 11 w Białymstoku.

i dotykowych w taki sposób, że dziecko spontanicznie formułuje reakcje adaptacyjne, poprawiające integrację tych bodźców.

Podczas terapii stosowane są ćwiczenia stymulujące mózg, poprawiające organizację ośrodkowego układu nerwowego, wpływające na zmianę zachowania w sferze motorycznej i emocjonalnej, poprawiające funkcje językowe i poznawcze. Dziecko pod okiem terapeuty uczy się w efektywny sposób automatycznie przetwarzać i wykorzystywać skomplikowane informacje sensoryczne. Terapia SI jest skierowana głównie do dzieci doświadczających trudności, takich jak: opóźniony lub wolniejszy rozwój fizyczny, zaburzenia mowy, nadrucholiwość, trudności w koncentracji. Prowadzenie tych zajęć możliwe jest w oparciu o specjalistyczny sprzęt, którym szkoła dysponuje.

## Stymulowanie słuchu

Inną metodą pracy z dzieckiem jest metoda Tomatisa. Słyszenie i słuchanie ma bezpośredni wpływ na głos i wymowę. Modyfikując proces słu-

chania, można wpływać na jakość głosu i wymowy, a także na zasób przyswajanych informacji. Zaburzenia słuchania wywołują daleko idące konsekwencje: dziecko odbiera świat zewnętrzny w sposób zniekształcony, brakuje mu koncentracji, wytrzymałości, przesadnie reaguje na niektóre dźwięki, przeinacza słowa podobne. Występuje również brak koordynacji ruchów, nieczytelne pismo, niepokój, co wiąże się z zaburzeniami funkcji ucha wewnętrznego.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości konieczne jest rozpoczęcie stymulacji audio-, psycholingwistycznej poprzez zastosowanie tzw. „ucha elektronicznego”. Urządzenie to pozwala na stymulowanie percepcji dźwiękami o określonym paśmie częstotliwości, podawanymi w odpowiednich sekwencjach, a także regulowanie balansu natężenia dźwięku do ucha prawego i lewego. Ponadto modyfikowana jest transmisja dźwięków, przekazywanych drogą powietrzną i kostną. Terapia Tomatisa powinna być łączona z terapią logopedyczną, pedagogiczną i psychologiczną.



## Terapia pedagogiczna

Ważnym elementem są zajęcia, odbywające się w ramach terapii pedagogicznej. Terapia obejmuje zaburzenia rozwoju ruchowego (niezręczność manualna, zaburzenia lateralizacji), zaburzenia funkcji poznawczych (percepcji ruchowej, wzrokowej, mowy i myślenia), zaburzenia rozwoju emocjonalno-uczuciowego (dzieci zahamowane), zaburzenia dynamiki procesów nerwowych (dzieci nadpobudliwe psychoruchowo i o obniżonej pobudliwości). Stosowane metody terapeutyczne to: metoda Bon Deport (Metoda Dobrego Startu), metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne, metoda kinetyki edukacyjnej P. Dennisona, program psychomotoryczny N. C. Kepharta, program koordynacji wzrokowo-ruchowej M. Frostig, ćwiczenia relaksacyjne w wersji A. Polender, muzyka elementarna C. Orffa, stymulacja polisensoryczna przez żywność i pory roku, metoda przesypania materiałów sypkich.

Tymi metodami pracuje się z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym. Prowadząc terapię pedagogiczną, dąży się do tego, aby za pomocą środków pedagogicznych oddziaływać na przyczyny i trudności dzieci w uczeniu się. To swoista interwencja wychowawcza, zmierzająca do spowodowania określonych, pozytywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalno-motywacyjnej. To sposób na przekazanie wiedzy i wykształcenie umiejętności dziecka, a także korygowanie i kompensowanie zaburzeń psychoruchowego rozwoju dziecka.

Szkoła dysponuje pracownią terapii pedagogicznej i salą terapeutyczną do stymulacji polisensorycznej. Pra-

cując z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie, zdarza się doświadczać ich zachowań agresywnych lub autoagresywnych. W każdym takim przypadku zadajemy sobie pytania: co jest przyczyną takich zachowań, co spowodowało, że dziecko zachowuje się w taki, a nie inny sposób. Bywa, że zachowania interpretowane przez otoczenie jako agresywne nie mają charakteru intencjonalnego, lecz wynikają z chęci zwrócenia na siebie uwagi i uzyskania akceptacji grupy. Mogą też być jedynym, dostępnym dla dziecka sposobem porozumiewania się ze światem.

## Gwarancja bezpieczeństwa

Osobom głębiej i głęboko upośledzonym, w trakcie pobytu w szkole, staramy się zapewnić gwarancję „przewidywalności zdarzeń”. Jest to podstawą zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa. Nauczyciele, pedagodzy, terapeuci, opiekunowie tworzą takie warunki, aby gwarantować stałość przedmiotów, np.: poprzez ograniczenie przechodzenia z pomieszczenia do pomieszczenia, utrzymanie stałości środowiska emocjonalnego oraz zapewnienie możliwości podejmowania aktywności własnej dzieci. Aby wyeliminować zachowania niepożądane szkoła uczy zachowań pożądaných, poprzez naśladownictwo i modelowanie w ramach zajęć psychoedukacyjnych i socjoterapeutycznych.

## Wychowanie fizyczne

Poprzez właściwie opracowany program wychowania fizycznego, uczniowie mają zapewnione osiąganie sprawności ruchowej. Mogą zdobywać konkretne umiejętności, np. pływania, gry w piłkę. Uczestniczą w zajęciach aerobiku, gimnastyki sportowej, judo, tenisa sto-

łowego, tenisa ziemnego. Biorą udział w turniejach piłki nożnej, mityngach gimnastycznych, zawodach w tenisie stołowym, w zawodach judo na szczeblu regionalnym, wojewódzkim, ogólnopolskim, a także uczestniczą w Światowych Igrzyskach Olimpiad Specjalnych i odnoszą sukcesy. Zajęcia sportowe uczą odwagi, budują wiarę w swoje możliwości, pozwalają przeżywać radość z sukcesów, uczą szlachetnej rywalizacji, nawiązywania przyjaźni.

## Zajęcia taneczne

Od ośmiu lat istnieje w szkole zespół taneczny „Gama”. Skupia obecnie jedenaście par. Zajęcia taneczne, obok walorów rekreacyjnych, stanowią doskonałą formę terapii. Uczniowie mogą m.in. usprawniać swoją psychomotorykę, korygować nieprawidłowe postawy ciała, obniżać napięcie psychofizyczne i emocjonalne, sublimować agresję, ćwiczyć autoorientację i orientację w przestrzeni, rozwijać twórczą ekspresję.

Dzięki występom teatralnym uczniowie mają możliwość aktywności, dostosowanej do ich możliwości percepcyjnych. Tworzona jest szansa porozumienia z dzieckiem na dostępnym dla niego kanale komunikacji. Poprzez taką aktywność mogą uczyć się określonych zachowań, przełamywać stany bierności, apatii, lęków i budować akceptację siebie, innych, otwierać się na grupę, otoczenie. Mają okazję wyrywać się z izolacji społecznej.

## Inicjatywy społeczne

Szkoła prowadzi na szeroką skalę akcję informacyjną, dotyczącą życia i funkcjonowania osób niepełnosprawnych intelektualnie. Dzięki współpracy z Zakładem Pielęgniarstwa Ogólnego i Kliniką Rehabilitacji Dziecięcej UMB zorganizowała w ubiegłym roku konferencję naukową – szkoleniową pt. „O godność osób niepełnosprawnych”. Prelegentami byli wykładowcy białostockich uczelni wyższych, przedstawiciele naukowego środowiska lekarskiego oraz przedstawiciele stowarzyszeń.

**Ewa Rosińska**  
Dyrektor Zespołu Szkół nr 11.



Na zajęciach sportowych.



ANDRZEJ WINCEWICZ

## Ludwik Zamenhof i wieża Babel

Kandydat na dobrego lekarza powinien być pilnym uczniem, który szuka wiedzy w książkach i obserwuje świat. Skarbnicą wiedzy o początkach wszystkiego jest *Biblia*. Czytał ją Ludwik Eleazar (Łazarz) Zamenhof, rodowity białostoczanin, urodzony w 1859 roku, doktor medycyny, twórca sztucznego języka esperanto. Konfrontował jej treść z obrazami rzeczywistości, w której przyszło mu żyć i dostrzegł pewne analogie. Jego szczególną uwagę zwróciła historia wieży Babel.

Do czasu przeprowadzki do Warszawy, kilkuletni Ludwik Zamenhof nie miał okazji oglądać wyższych budowli od wieży białostockiego ratusza, nie bywał też w większych miastach niż Białystok. A ten w latach sześćdziesiątych XIX wieku wyrastał na ważny ośrodek przemysłu włókienniczego i handlu. Ludwik zauważył jednak, że gwar z którym stykał się na białostockim rynku był podobny do tego, jaki towarzyszył ludziom budującym biblijną wieżę Babel.

Spółeczność zamieszkująca dolinę Szinar lub Szinear – geografowie i historycy uważają, że najprawdopodobniej była to Babilonia – postanowiła wybudować wieżę, która sięgałaby nieba. Ludziom, w których naturę wpisane jest pragnienie przekraczania tego, co nieprzekraczalne, sięgania po to, co niedozwolone, przyszło na myśl, że gdyby Bóg pozwolił wybudować im tak wysoką wieżę, mogliby go pokonać i zawładnąć niebem. Dzięki jego przychylności ludzie doszli do niesłychanego powodzenia w swoim przedsięwzięciu. Wieża rozrosła się do tak olbrzymich rozmiarów, że wejście na sam szczyt, dokąd prowadziły dwa rzędy schodów: jeden na wschodzie, a drugi na zachodzie, zabierało rok. Bóg zstąpił na ziemię, by ocenić jak ludzie sobie radzą. Przejrzał ich serca i przekonał się, że naród postępuje niegodziwie, a ludzie są tak zaślepieni, że nie powstrzymaliby się przed niczym. Za karę pomieszał im języki i podzielił ich na różne narody, aby uniemożliwić komunikację i ograniczyć niszczycielską siłę jedności.



Ludwik Zamenhof z żoną Klarą.

Pomieszanie języków uniemożliwiło budowę wieży Babel (hebr. bālal – pomieszanie, zamęt). Różnojęzyczny tłum nie potrafił się porozumieć, dlatego ludzie zaczęli sięgać po broń i mordować. Ci, którzy przeżyli rozproszyli się po świecie.

Mając dziesięć lat, Ludwik Zamenhof napisał dramat pt. „Wieża Babel, czyli tragedia białostocka w pięciu aktach”. Zilustrował go scenami z życia Białegostoku z drugiej połowy XIX wieku. Opisał w nim zjawisko, które z pewną regularnością powtarza się w historii cywilizacji ludzkiej. Określić je można jako fatum wieży Babel. Zdaniem Zamenhofa główną przyczyną nieporozumień i sporów między ludźmi była bariera językowa. Uznał, że jeden wspólny język może rozwiązać ten problem i dać nadzieję na pokój, dlatego rozpoczął tworzenie nowego języka, który nazwał esperanto tzn. mający nadzieję. Mimo że język esperanto i ruch społeczny pod tą samą nazwą nie zapobiegły rozlewowi krwi podczas konfliktów zbrojnych XX wieku, to jednak podjęto próbę mówienia wspólnym językiem.

Celem Ludwika Zamenhofa było wyrobienie w ludziach poczucia równości społecznej, tolerancji i szacunku dla drugiego człowieka. Został okulistą, starając się wyleczyć, zarówno wadę wzroku jak też oczy duszy, zatrutej



Dom L. Zamenhofa w Białymstoku przy ul. Zielnej 6, obecnie ulica Zamenhofa.

przez zazdrość silniejszym i pogardę dla słabszych.

W końcowym okresie swojego życia Ludwik Zamenhof cierpiał z powodu zawansowanej niewydolności krążenia, która ograniczała jego aktywność. Jego syn, Adam, by ulżyć w cierpieniu schorowanemu ojcu, zwykł grywać na wiolonczeli. Ten zaś coraz rzadziej akompaniował mu na pianinie. Wyczerpany chorobą Ludwik Zamenhof zmarł 4 kwietnia 1917 roku w Warszawie przy ulicy Królewskiej. W położonym nieopodal Ogródzie Saskim pojawiały się pierwsze oznaki wiosny – kwitły forsycje, gęsto obsypując swoje gałązki żółtymi drobnymi kwiatkami. Trwała I wojna światowa.

W czasie II wojny światowej Adam zginął. Był wybitnym polskim okulistą, autorytetem w dziedzinie chirurgii oka, ordynatorem oddziału oftalmologicznego oraz dyrektorem szpitala na Czystem w Warszawie. Dostał strzał w tył głowy w 1940 roku. W czasie Holocaustu zginęły również dwie córki Ludwika: Lidia, znakomita lingwistka i Zofia Zamenhof, lekarz pediatra. Były mieszkankami warszawskiego getta.

O jednej z nich wspomina Joanna Iwaszkiewicz w książce pt. *Wtedy kwitły forsycje – pamięci ofiar Holocaustu*: „(...) chłopiec pokazywał coś chudym palcem. Coś co było tam, w ogródku. W czasie poprzednich, ciepłych dni zaczęły rozwijać się forsycje. (...) Proszę przynieś mi małą gałązkę ale dużo kwiatków. (...) między chleb włożył tą gałązkę, żeby nie zwiędła. To dla Tate jak będzie umierał zobaczy złote słoneczka.”

*Autor jest dr. n. med., stypendystą Fundacji na rzecz Nauki Polskiej.*



## Księgozbiór Izabeli i Jana Klemensa Branickich

**K**sięgozbiory są znakiem rozwoju życia kulturalnego i intelektualnego. Znajdujemy je tam, gdzie się to życie rozwija.

Białystok swój rozwój zawdzięcza polskiemu magnatowi koronnemu Janowi Klemensowi Branickiemu (1689 – 1771). Był on znanym mecenasem nauki i sztuki oraz posiadaczem znacznego księgozbioru. Dużą troską o książki i bibliotekę wykazywała również wdowa po hetmanie, Izabela z Poniatowskich Branicka.

W 1748 roku J. K. Branicki ożenił się z 18-letnią Izabelą Poniatowską, córką Konstancji z domu Czartoryska i Stanisława Poniatowskiego. Izabela była siostrą późniejszego króla Polski – Stanisława Augusta. „(...) Wniosła pół miliona posagu i wyższą kulturę Czartoryskich” – napisał Władysław Konopczyński.

Izabela zainicjowała w życiu pałacowym w Białymstoku nowe obyczaje. Bywali u niej literaci, poeci, ludzie nauki i sztuki. Sama też dobrze posługiwała się językiem francuskim

i łaciną, interesowała się literaturą, muzyką, teatrem. O jej pasjach świadczy dobór książek, znajdujących się w „Spisie katalogowym” i w „Inwentarzu dóbr wszystkich Jana Klemensa Branickiego”, sporządzonym po jego śmierci w 1771 roku.

### Gromadzenie księgozbioru

Z zachowanej korespondencji można wywnioskować w jaki sposób Branicy gromadzili i uzupełniali księgozbiór. Wpływy pochodziły głównie z zakupu. Książki sprowadzano z kraju i z zagranicy. Najczęstsze kontakty właściciele biblioteki utrzymywali z Paryżem. Tam też była zamawiana „Wielka Encyklopedia Francuska”. Książki kupowano również w Warszawie, przy okazji różnych transakcji handlowych. Nowości wydawnicze zamawiano u księgarzy i drukarzy.

Według „Spisu katalogowego”, sporządzonego w latach 1794 – 1808,

*cd. na str. 26 ⇨*



*Książki z Biblioteki Branickich. Własność: Biblioteka Archidiecezjalnego Wyższego Seminarium Duchownego w Białymstoku. Fot. A. Piechorowski.*



← cd. ze str. 25

księgozbiór liczył 1745 tomów. Znajdował się w oddzielnym pomieszczeniu, a opiekę nad nim pełnił bibliotekarz, który był jednocześnie osobistym sekretarzem Jana Klemensa Branickiego.

Izabela Branicka po śmierci męża zajęła się kompletowaniem i konserwacją księgozbioru. Sprowadzała brakujące tomy dzieł, ściągając od dłużników wypożyczone książki, kupowała podręczniki szkolne i czasopisma. Broniła księgozbioru przed nieuczciwymi „przyjaciółmi”, którzy po śmierci hetmana próbowali przywłaszczyć jego książki.

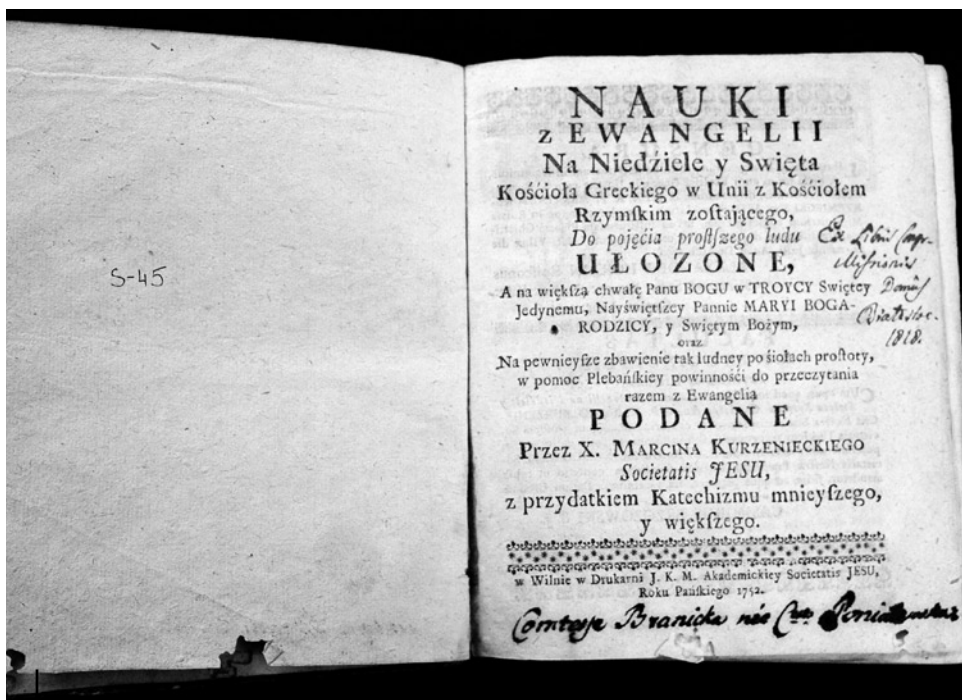
## Literatura polska i francuska

Bibliotekę Branickich tworzyły głównie dzieła humanistyczne. Przeważała literatura piękna: listy, pamiętniki, kazania, eseje, rozprawy, opisy podróży po krajach zamorskich, sztuki teatralne, opery, operetki, wodewile itp. Znaczna część księgozbioru to utwory pisarzy starożytnych, w tłumaczeniu na polski i francuski: Wergiliusza, Sokratesa, Horacego, Tacyta, Owidiusza, Homera oraz dzieła pisarzy francuskich. Można tu było znaleźć twórców „literatury salonowej”: Jeana de la Bruyère’a, Blaise’a Pascala, markizy de Sévigné. W oryginale albo w tłumaczeniu polskim można było przeczytać Voltaire’a, Jeana Baptiste’a Racine’a czy Jeana François Marmontela.

Przedstawicielami polskiego piśmiennictwa w księgozbiórce Branickich byli pisarze: Piotr i Jan Kochanowscy, Tomasz Kajetan Węgierski, J. Świdorski, Julian Ursyn Niemcewicz, Ignacy Krasicki, J. Kossakowski. W „Katalogu” nie wymieniono poetki, przyjaciółki Branickich – Elżbiety Drużbackiej, która przeciw im i ich rezydencji poświęciła wiele utworów.

Obszerny dział w bibliotece Branickich stanowiły utwory teatralne: J. B. Racine’a, wspomnianego wyżej Voltaire’a, Moliere’a i Pierre’a Corneille’a, komedie Arystofanesa w języku francuskim. Były tu nawet dzieła Jana Nepomucena Potockiego „Recueil des Parades” i Jeana- Pierre’a Floriana „Théâtre italien”.

Dzieła operowe reprezentowali Le Sage i Pierre de Beaumarchais. W spisie



Fot. A. Piechowski.

książek figurują między innymi: „We-sele Figara” i „Cyrulik sewilski”.

Teatr w XVIII w. był jedną z ulubionych form rozrywki salonowych bywalców. Był także trybuną dla szermierzy postępu. Branicy, podobnie jak inni magnaci, mieli własny teatr, w którym wystawiane były sztuki i grane opery autorów włoskich, francuskich, a w latach późniejszych również i polskich.

Ulubioną formą literatury elity salonów były listy. W bibliotece Branickich było ich około 30 tomów. W listach opisywano wrażenia z odbytych podróży, poruszano sprawy polityczne, gospodarcze i społeczne. Wspólne czytanie listów dostarczało okazji do dowcipnych uwag i dyskusji na tematy natury osobistej.

W bibliotece nie zabrakło również pamiętników, zbiorów maksym, opowiadań, bajek, poezji itd. Utwory te często „rodziły się” podczas spotkań towarzyskich. Określano je mianem „literatury salonowej”. W bibliotece Branickich reprezentują ją: François de la Rochefoucauld, Michel de Montaigne, Jean Baptiste Rousseau, Jean de la Fontaine.

W księgozbiórce Branickich obok utworów Georges’a Leclerca de Buffona, opisujących przyrodę, są także dzieła naukowe Bernarda le Boviera de Fontenelle’a, jak np. „Rozmowy o wielości światów”.

## Dział naukowy i społeczny

Istotne miejsce zajmują także dzieła filozoficzne, eseje, myśli i rozprawy takich filozofów, jak: Charles Louis Montesquieu, Voltaire, Denis Diderot, Jean Jacques Rousseau. Występowały również dzieła autorów angielskich: Francisa Bacona, Johna Locke’a, Davida Hume’a i niemieckich: Immanuela Kanta, a wszystkie w tłumaczeniu francuskim. Którzy z filozofów cieszyli się większą poczytnością, trudno ocenić. Z pewnością czytano rozprawy Jeana Jacques’a Rousseau o zachowaniu i o społeczeństwie. Książki na temat wychowania młodzieży interesowały Izabelę Branicką i jej współpracowników, którzy wychowywali młodzież szlachecką, przebywającą w pałacu białostockim. Książki o tematyce politycznej, gospodarczej i społecznej interesowały na pewno Branickiego i jego sekretarzy.

Biblioteka Branickich była bogata w słowniki i encyklopedie. Wśród 35 tomów woluminów były: „Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné...” Diderota, pozycje autorstwa Babiera, Pierre’a Bayle’a.

Dział polityki i literatury publicystycznej wzbogacały dzieła Stanisława Konarskiego (był częstym gościem w Białymstoku), Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Andrzeja Zamoyskiego oraz Anny Jabłonow-



skiej np. „Ustawy powszechne dla dóbr moich rządów”.

Dzieła z historii Polski, jak np. „Historia narodu polskiego” Adama Naruszewicza, występowały w bibliotece obok 15 tomów dzieł Cyserona, „Pamiętników” Sulli, „Historii” Herodota, „Żywotów sławnych mężów” Plutarcha.

## Kazania i modlitewniki

W bibliotece Branickich wiele miejsca zajmuje literatura religijna, a przede wszystkim kilkanaście zbiorów kazań okolicznościowych. Najcenniejsze to „Kazania” Piotra Skargi, kazania księdza Piotrowskiego i kazania Michała Karpowicza – z okazji świąt, pogrzebów, imienin itp. Wśród autorów kazań francuskich wymienia się między innymi J. B. Bossueta, C. Crebillona.

W spisie figurują bogato oprawione modlitewniki, książki do nabożeństwa, „Pismo Święte”, „Stary i Nowy Testament” w języku polskim i francuskim, kilka pozycji o życiu Pana Jezusa oraz hymny na cześć Chrystusa. Biblioteka posiadała „Zbiór nauki chrześcijańskiej” i „Powinności chrześcijańskie” S. Piramowicza, „Psałterz Dawidów” Jana Kochanowskiego, utwory Mikołaja Reja i Franciszka Karpińskiego. Odnotowano w księgozbiornie „Rozmowy filozoficzne o nieśmiertelności duszy ludzkiej” i „Rozmowy filozoficzne o uszczęśliwieniu człowieka w życiu” księdza pijara R. Wiśniewskiego.

J. K. Branicki zgromadził książki z zakresu architektury, sztuki, malarstwa i rzeźby. Były więc tu dzieła

takich autorów, jak: Jacques François Blondel, Vignola, Rugieri, Johann Michael Fischer, Decker. Książki dotyczyły budowy pałaców, malowania sal, budowy domów, kościołów i innych obiektów.

Izabela Branicka gromadziła książki z zakresu gospodarstwa. Wymienić można: „Porządek robót miesięcznych ogrodnika” Anny Jabłonowskiej, „Dykcjonarz roślinny...” i „O roślinach potrzebnych, pożytecznych, wygodnych...” ks. Jana Krzysztofa Kluka, „Kazania i mowy o rolnikach i rolnictwie” ks. W. Kalińskiego.

## Biblioteczka medyczna

Książki o tematyce medycznej zajmowały, niestety, niewielką część. Sądząc po tytułach, stanowiły podręczną biblioteczkę. Były wśród nich: „Sztuka utrzymania zdrowia i onej historia, albo zebranie wszystkiego tego, co lekarze i filozofowie dawni i terazniejsi przepisali do utrzymania zdrowia...” J. Mackenziego, „Opis chorób prędkiego ratunku potrzebujących” F. Curtisa, „Wiadomości o skutkach mocy zbóż wszelkich, jarzyn i ziół” P. J. Biretowskiego, „Nauka położnictwa przez pytania i odpowiedzi” Augiera Du Fot An Amable’a, „Książka o sztuce bawienia, czyli odbierania dzieci” J. Steidela i „Nauczanie przez jakie sposoby nagle zginione i za umarłe poczytane osoby ratować”.

Biblioteka Branickich, jak i inne biblioteki magnatów XVIII w., była własnością prywatną. Służyła przede wszystkim właścicielowi i jego rodzinie. Z biblioteki korzystali również przy-

jaciele i znajomi właściciele, magnaci, okoliczna szlachta, duchowni oraz mieszkańcy pałacu. Korzystali także guwernerzy i guwernantki, jak też i ich wychowankowie, gdyż w pałacu mieściła się szkoła paziów i szkoła dla panien z rodzin szlacheckich.

Oczywiście, w tamtych czasach nie było tak wielu chętnych do czytania. Moda na ludzi światłych, uczonych nastąpiła znacznie później. Biblioteka Branickich, zwłaszcza w drugiej połowie XVIII w., miała najbogatszy w tym regionie księgozbiór. Jej istnienie inspirowało szlachtę do zakładania bibliotek w swoich domach. Posiadanie księgozbiorów niewątpliwie nobilitowało. Tak więc biblioteka wywierała istotny wpływ na rozwój oświaty i życia kulturalnego mieszkańców Białostoczczyzny, a przede wszystkim Białegostoku. Krąg środowiska czytelniczego systematycznie się poszerzał.

Księgozbiór Branickich nie dochował się do dzisiejszych czasów. Zachowała się wiadomość o wypożyczeniu przez proboszcza parafii białostockiej 172 tomów książek w języku polskim.

Książki te Izabela Branicka przed 1808 rokiem ofiarowała testamentem probostwu na własność. Mogły one stanowić księgozbiór na użytek parafian. Część książek rozproszono po kraju i zagranicą. Wiadomo, że ponad tysiąc tomów trafiło do Biblioteki Wileńskiej Synodu Ewangelicko-Reformowanego. Pewna ilość książek trafiła prawdopodobnie w posiadanie króla pruskiego Fryderyka Wilhelma III, któremu spadkobiercy sprzedali majątek z pałacem. Pewna ilość książek (około 30) znajduje się w Bibliotece Archidiecezjalnego Wyższego Seminarium Duchownego w Białymstoku. Są one podpisane atramentem: „Comtesse Branicka née comtesse Poniatowska”.

Obecnie, w dawnym pałacu Branickich mieści się Biblioteka Uniwersytetu Medycznego. I tak, jak za czasów Branickich, służy ona „mieszkańcom” pałacu i białostockiego grodu.

**Mieczysław Sopek**

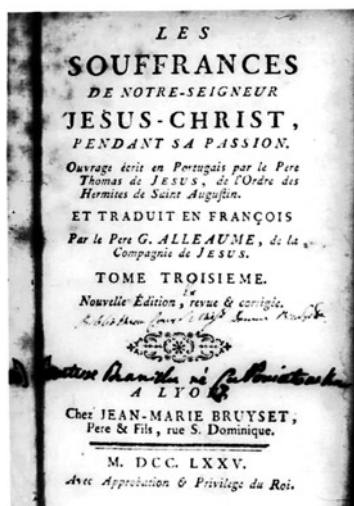
*Dr n. med., były wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej UMB.*

**Maria Krajewska**

*były wieloletni pracownik Biblioteki UMB, autorka pracy magisterskiej o bibliotece Branickich.*



Fot. A. Piechorowski.



# Polityka na bani

**N**ie od dziś wiadomo, że Polakom niezwykle trudno jest dogodzić. Znajduje to potwierdzenie zarówno w drobnych sprawach życia codziennego, jak i w kwestiach natury zasadniczej. W pierwszej kadencji prezydenckiej mieliśmy bowiem Prezydenta – zadeklarowanego abstynenta. To było wielce podejrzane i w narodzie naszym niezbyt mile widziane. Bo w zasadzie każdy dorosły Polak wie, że jak ktoś w towarzystwie nie pije to pewnie kapuś, albo i co gorszego. Tego Prezydenta pożegnaliśmy więc przed upływem kadencji i bez większego żalu.

Po nim nastąpił Prezydent wywodzący się prosto z ludu, lejący „zdrowie wasze w gardła nasze” i ogólnie mocno rozrywkowy, którego jednakowoż nawet Cenckiewicz z Zyzakiem nie posądzało o kłopoty z piciem. Tych problemów bowiem nigdy nie miał. Naród po czasie uznał, że i ten jego przedstawiciel odstaje od zdrowej tkanki społeczeństwa na tyle, że go na drugą kadencję nie wybrał. Spory w tym udział miała gwiazda innego polityka, która podówczas rozblęsnęła i przez dwie następne kadencje miłośniczy nam świeciła. Polityk ów imię odziedziczył po wielkim wodzu macedońskim, który również wielce był popularny, a za kołnierz nie wylewał.

Ulubieniec Polaków był, z grubsza rzecz biorąc, taki jakim oni sami chcieliby się widzieć – ani za bardzo nadęty, ani przesadnie uczciwy, za to swój chłop i wstydu (z niewielkimi wyjątkami) nie przynosi. Ot, taki idealny zięć, szwagier albo sąsiad. A że jak się u nas szwagier z sąsiadem spotkają, to potem i przez trzy dni ich znaleźć nie można, to i Prezydent od czasu do czasu się zapominał. A to się do bagażnika limuzyny ładował, a to trzeba go było w Charkowie trzymać w pionie,



**ADAM HERMANOWICZ**

bo poczuwał nieodpartą chęć przejścia w poziom...

Ale ogólnie, naród wyrozumiały wspomina te ekscesy z łezką w oku, po nim bowiem nastąpiła era wartości, majestatu i poczucia – zwłaszcza własnej – godności. Ta zaś, mimo że jeszcze trwa, zaczyna nam wszystkim powoli bokiem wychodzić.

I ciekawa rzecz – wydawałoby się, że po przygodach swego poprzednika, Prezydent co jak co, ale „nie pójdzie tą drogą”. Wszyscy chcieliby bardzo w to wierzyć. Tylko, że co i rusz sam zainteresowany rozwiewa nadzieje. Sposób mówienia Pierwszego Obywatela (nawet na tle jego brata – bliźniaka) stanowczo odbiega od wzorców, które starają się wpoić studentom szkół teatralnych ich wykładowcy. Jeśli bowiem ktoś mówi „podał mi się Boruc bardzo”, a wychodzi z tego „Barubar”, to coś tu jest nie tak. Stąd chyba wzięły się uporczywie kolportowane przez tzw. warszawkę plotki, które upublicznił i rozpowszechnił poseł Janusz Palikot, który na sprzedaży alkoholu zjadł zęby i temat zna od podszewki. Rozległy się wtedy głosy świętego oburzenia, że jak to, że to już przesada, że to godzi w polską rację stanu itd.

No tak – godzi, ale już „badania historyczne” nad nieślubnym dzieckiem Wałęsy i jego, rzekomo, agenturalną przeszłością nie godzą. Bo to są badania „historyczne”, których wolność jest wartością nadrzędną. Ale badanie zdrowia miłośniczy nam panującego Prezydenta? Toż to Sodoma i Gomora, zdziczenie obyczajów i ogólnie koniec świata. Nic tylko czekać, aż nadejdzie V RP i oczyści atmosferę.

Towarzystwo zadowolone z tego, że zakrzyczyło Palikota zajęło się innymi problemami, ale wywołany przez niego temat nie zniknął jak za wszystkim esperalu. Raportu o stanie zdrowia Prezydenta nie ma (choć miał być już od dawna) i nikt się o niego nie dopytuje. Przewodniczący klubu parlamentarnego partii rządzącej mówi, że Prezydent dzwonił ze szczytu NATO na bani. Cisza. Znany i ceniony komentator „Polityki” pisze, że Pan Prezydent, kiedy krzyczał na Monikę Olejnik, po wywiadzie jakiego jej udzielił, znów był niedysponowany – również brak odzewu. Sylwester Latkowski mówi wszem i wobec w programie telewizyjnym, że Prezydent, który „nie nazywa się Aleksander Kwaśniewski” dopijał w trakcie balu dziennikarkom wino z kieliszków i ogólnie marnie wyglądał, i że czołowe publicystki w tym kraju mogą to potwierdzić. I nic. Zupełnie nic. Trzeba przeczekać.

W naszym kraju bowiem, kiedy poseł pyta publicznie o rzeczy istotne – jest błaznem. Ten, kto pod budką z piwem wypytuje anonimowe źródła o nieślubne dziecko sprzed trzydziestu lat – jest historykiem. I wszyscy się dziwimy, dlaczego nasz przedstawiciel nie zostaje wybrany na sekretarza generalnego NATO.

No właśnie, ciekawe dlaczego?

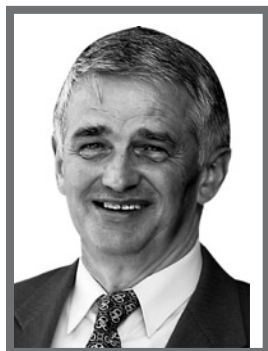
# Pozostał błogi spokój

**T**o jeszcze jedno było miasto, niegdyś pozostające w bliskich układach z Grodnem, mające znakomitych mecenasów. Niestety, po rozbiorach Rzeczypospolitej Obojga Narodów działo się tu gorzej i gorzej. Dzisiaj nadzieją gminnej wsi pozostają turyści, bo rzeczywiście można w rejonie Sidry wspaniale odpocząć. Ale trzeba i dostrzec pozostałe tam ślady historii. Zapraszam zatem do Sidry nad rzeką tego samego imienia.

## Trochę bajania

Z powodu braku solidnych badań powracają legendy i opowieści utrwalane przez wieki. Założycielem zamku obronnego na wzgórzu otoczonym mokradłami i bagnistą rzeką miał być, rzekomo, wódz plemienny – Sidor. Umieszcza się w tej okolicy również Jadźwingów, Prusów, Litwinów, a alternatywna propozycja wytłumaczenia nazwy Sidra odwołuje się do słownictwa bałtyjskiego i występowania żwiru (grubego piasku).

Wśród pierwszych, historycznych już założycieli wymieniano błędnie Radziwiłłów i Gasztołdów. Wojewoda nowogródzki, Stanisław Gasztołd, miał tu nawet wybudować w 1535



**ADAM CZESŁAW DOBROŃSKI**

roku drewniany kościół. To wszystko pożywka dla gawędziarzy, przewodników turystycznych i miejscowych patriotów.

Prawdą jest natomiast, że wszystkie wczesnośredniowieczne próby osadnictwa nad rzeką Sidrą zostały zniszczone i do XV wieku było to królestwo dzikich zwierząt. Po podziale prapuszczu tereny te zaliczano do Puszczy Grodzieńskiej, następnie Nowodworskiej (Zasidrzańskiej). Dopiero w pierwszych latach XVI wieku z łaski króla Zygmunta I Starego i jego żony Bony zagostili tu Wołłowiczowie.

## Ostafi Wołłowicz

Przed 1524 rokiem koniuszy trocki – Iwan i klucznik grodzieński – Łukasz, dwaj bracia Wołłowicze, podjęli dzieło sprowadzenia osadników nad rzekę Sidrę. Rozmachu tej akcji dodał Ostafi (Eustachy), współtwórca reformy gospodarczej, zwanej włóczęną (od włók), od 1561 roku marszałek nadworny. On to w 1556 roku został podkanclerzem litewskim i otrzymał od króla Zygmunta Augusta przywilej miejski dla Sidry z prawem odbywania targów.

Sidra uzyskała prostokątny rynek, wkrótce stanął w jego centrum zbór kalwiński z plebanią, szkołą i szpitalikiem (przytułkiem). Większość ludności nadal zajmowała się rolnictwem, przybywało jednak z wolna kupców i rzemieślników. Miasto miało szansę rozwoju jako główny ośrodek dóbr magnata, który sięgnął po godności kasztelana wileńskiego i kanclerza litewskiego. Tym samym awansował on do elity panów litewskich. Niestety, w 1587 roku zmarł w drodze do Krakowa, gdzie miał wziąć udział w koronacji kolejnego władcy – Zygmunta III Wazy. W spisany tuż przed śmiercią testament, Ostafi kazał się pochować w świątyni sidrzańskiej, w sklepie (piwnicy) murowanym, skromnie („bez wsiakoho kosztu”).

Założyciel miasta nie miał męskiego dziedzica, który mógłby pomnażać dobra i gromadzić zaszczyty. Córka Regina zmarła szybko, a w 1630 roku kolejną właścicielką, Helena Wołłowiczówna, zawarła związek małżeński z Krzysztofem Potockim i tak Sidra zyskała nowych, możnych właścicieli.

## Zamek

Dwór obronny – zamek Wołłowiczów górował nad miastem. Z badań prowadzonych w latach siedemdziesiątych XX wieku przez pracowników Politechniki

cd. na str. 30 ⇔



Stacja kolejowa w Sidrze.  
Źródło: Internet.



← *cd. ze str. 29*

Warszawskiej wynika, że był to obiekt „o wydłużonym prostokącie, o proporcjach zbliżonych do dwóch kwadratów, do których od zachodu przylegał wieloboczny wykusz, a od północy kilkunastokondygnacyjna, również wieloboczna wieża”. Budowę wzniesiono z drewna i cegły, ale nie zachowały się opisy jej wyglądu i inwentarze. Do fundamentów wieży użyto dużych kamieni polnych, w jej piwnicach mógł być skarbiec, na poszczególnych kondygnacjach umieszczono strzelnice. Udało się podczas prac poszukiwawczych natrafić na resztki kafli piecowych z herbem właścicieli. Marian Wysocki nie miał wątpliwości, że ta rezydencja obronna, usytuowana na wzgórzu, widoczna była z daleka, przyciągała wzrok podróżnych.

Dwór przebudowywano wielokrotnie. W czasie „potopu” szwedzkiego spalono go. Potoccy częściowo odrestaurowali rezydencję, nadając jej status pałacu z ogrodem, który schodził ku nizinnym łąkom. Niestety, następne dziesięciolecia i wieki nie poskąpiły okazji do kolejnych zniszczeń, a w czasach zaborów okazałe jeszcze ruiny traktowano jako zasób cegieł.

Wyróżnikiem Sidry była również wspomniana świątynia kalwińska. O wojnach zaś przypomina napis na kamieniu w Bierwisze, należącej do dóbr Wołłowiczów: „Moskal Litwę splądrował naruszywszy mir wieczny”.

## Zło doby rozbiorowej

Do 1795 roku Sidra należała do powiatu grodzieńskiego i województwa trockiego. Za czasów pruskich (do lata 1807 roku) znalazła się w powiecie dąbrowskim i już w departamencie białostockim. Miała wówczas niewiele więcej niż pół tysiąca mieszkańców: 24 rzemieślników, w tym łaźniarza oraz dwóch balwierzy, fryzjerów i zarazem pseudolekarzy. Do zboru ewangelickiego i kościoła katolickiego dodano w tym czasie również bożnicę mojżeszową.

Zadłużeni Potoccy musieli wystawić dobra sidrzańskie na licytację i w 1804 roku nabył je Rajmund Rembieliński. To także wielka postać w dziejach Polski, budowniczy Łodzi fabrycznej w latach dwudziestych XIX stulecia. W Sidrze Rajmund Rembieliński radził jednak sobie gorzej,



Ruiny młyna wodnego z 1890 r. Źródło: Internet.

musiał odstąpić część ziem, w tym folwark Mścichy.

W 1807 roku cały obwód białostocki znalazł się nie w Księstwie Warszawskim, lecz w Cesarstwie Rosyjskim. Po wojnie 1831 roku władze carskie podjęły próbę skonfiskowania włości sidrzańskich, ale właściciel wybronił się z zarzutu wspierania polskiego „miateża” (buntu). Zachowały się i raporty policyjne o ucieczkach chłopów w 1831 roku, na przykład sześcioro z folwarku i wsi Siderka, wsi Synkowce, majątku Potrzebowski. Wojsko otrzymało wówczas rozkaz, by oczyścić lasy z „bradziag”.

Niedawno znalazłem w archiwum grodzieńskim informację, że Eugeniusz Rembieliński, syn Rajmunda, otrzymał w 1843 roku zgodę władz carskich na uruchomienie w Makowianach fabryki araku. Zakład miał być zbudowany na wzór zagraniczny i produkować trunki ze zbóż, z kartofli, z syropu krochmalnego.

## Powstańcy

Osobą znaną stał się Erazm Kleczkowski. Mieszkał on we dworze Mikielewsczyzna koło Siderki. Kiedy po powstaniu listopadowym na polskie Kresy dotarli emisariusze Wielkiej Emigracji, Kleczkowski udzielił im wsparcia. Za ten patriotyczny czyn zapłacił zsyłką. Z Syberii wrócił po osiemnastu latach wraz z córką Zofią, urodzoną na zesłaniu. Niestety, szczęśliwy powrót nie stał się udziałem jego żony i starszej córki.

Po wybuchu powstania styczniowego 1863 roku starszy już wiekiem i schorowany E. Kleczkowski nie poszedł walczyć, zrobili to natomiast inni członkowie jego rodziny. Otton Baehr z dworu w Makowianach, wzorem teścia, spędził sześć lat na Syberii. Nie załamał się i po powrocie został znanym działaczem ziemianin w guberni grodzieńskiej, objął prezesurę Towarzystwa Rolniczego.

Mimo konfiskat majątków i kryzysów ekonomicznych, polskie ziemiaństwo w grodzieńskim podtrzymywało tradycje narodowe, a wraz z upływem czasu podejmowało i działania konspiracyjne. Na cmentarzu w Sidrze są dwa nagrobki: kamienny E. Kleczkowskiego i żeliwny O. Baehra. Jest tu i mogiła żołnierzy polskich z 1920 roku, kiedy rozpoczęła się bitwa niemieńska.

Warto dodać, że Mikielewsczyzną przejął po I wojnie światowej inż. Wacław Wańkiewicz, stryj Melchiora Wańkowicza.

## Sidra międzywojenna

Ten okres zbadał mgr Bogdan Wojtulewicz. Sidra nie odzyskała praw miejskich, mimo że od końca XIX wieku miała stację kolejową na linii z Grodna przez Augustów i Suwałki do miasta Orany (Varena), zbudowaną z myślą o dużych garnizonach.

W 1934 roku Sidra liczyła zaledwie tysiąc mieszkańców, w tym ponad 370 Żydów. Obie społeczności żyły dość zgodnie. Za sprawą, głównie, wyznawców mojżeszowych istniało

kilka drobnych zakładów i kilkanaście warsztatów rzemieślniczych. O stan zdrowotny dbał Stefan Sosnowski, aptekarz i fclczcr w jednej osobie. Życie płynęło leniwym nurtem. Emocje wywołała komasacja, zgodnie narzekano na wysokie podatki, a od czasu do czasu i na wybryki pogody.

Walkę o rząd dusz prowadzili proboszczowie, mający do dyspozycji liczne Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży, z którym konkurował Związek Strzelecki. Wielkim wydarzeniem stało się oddanie w 1933 roku pierwszej części nowego budynku szkolnego, ukończonego tuż przed wybuchem.

Mieczysław Orłowicz w przewodniku po województwie białostockim określił Sidrę słowami: „na pół miasto, na pół wieś”. Wyróżnił kościół: „w stylu przejściowym doby Stanisława Augusta”, zbudowany za sprawą Szczuków i Potockich. Zachwycił się jednak przede wszystkim okolicznymi wioskami, tonącymi w zieleni, z pięknymi drzewami i ogrodami kwiatowymi. „Szczyty chat zwrócone bokiem do ulicy, podobnie jak we wsiach kurpiowskich, zdobią śparogi z głowami koni, kogutów itp.”.

## Ze wspomnień profesora

W 1924 roku w kościele parafialnym w Sidrze został ochrzczony Franciszek Dominik Ryszka, po matce był z rodu Wańkowiczów. Wychowywał

się w pobliskim dworze Kniaziówka, zniszczonym w czerwcu 1941 roku. Pradziadkiem przyszłego profesora był malarz – Walenty Wańkowicz, ojcem – Józef Ryszka, oficer z Legionów, senator i poseł. Autor „Pamiętnika inteligenta” z pobliskich dworów wyróżnił Wielką Bobrę nad Biebrzą, własność Tomaszewskich. Wspomniat także drobną szlachtę, lud, Żydów. Obok właścicieli polskiej narodowości mieszkali Rosjanie i nawet Niemcy.

„W nieco dalszym sąsiedztwie mieścił się majątek Pawłowicze, którego właścicielem był lekarz Bohołowityn. Ludzie ze wsi mówili o nim „bolszewik”. Nie bardzo wiadomo dlaczego, być może ze względu na trzeszczący motocykl, którym poruszał się doktor, strasząc konie. Doktora Bohołowityna pamiętam tylko z wizyt lekarskich. Stosunków towarzyskich z nim nie utrzymywano, jako że jego tytuł własności wiązał się z rugami popowstaniowymi”.

Sidrę prof. F. Ryszka określił jako miasteczko bardzo zmienione po II wojnie światowej, bo „nie ma Josiela o Bobci ani nikogo z ich współwyznawców zamordowanych już w 1941 roku.”. Pozostały natomiast krajobrazy, groby, kresowa gościnność.

## Dzieje najnowsze

Działania wojenne 1939 roku ominęły Sidrę. Niemcy weszli tu tylko na kilka

dni, ustępując miejsca Armii Czerwonej. Aresztowania przez NKWD rozpoczęły się w grudniu tego roku, potem nastąpiły wywózki. „Za drugiego Niemca” rozbudowano placówkę AK, której przewodniczył Wacław Hrynkiwicz „Łomski”. Osoby z konspiracji, tuż po przejściu frontu w 1944 roku, objęły najważniejsze stanowiska w administracji i milicji. Stopniowo jednak i w Sidrze władzę przejęli działacze oraz funkcjonariusze, określający się mianem „ludowi”. Przeprowadzono parcelację majątku Sidra, część ziemi przydzielając nowo powstałej szkole rolniczej.

Granica państwowa sprawiła, że zanikły kontakty z Grodnem, komunikacja zaś z Białymstokiem była bardzo utrudniona. Cały ten obszar stał się peryferiami województwa i na nie wiele zdało się powołanie powiatu w Dąbrowie.

Czy Sidra stanie się ponownie miastem? Czy rzeczywiście napłyną tu licznie turyści ze zjednoczonej Europy? Na razie, trzeba aby przynajmniej mieszkańcy z innych części naszego województwa docenili tę krainę z tradycjami i mikroklimatem. Można to zrobić również, wybierając się do sanktuarium w Rózanymstoku.

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



Zalew w Sidrze. Źródło: Internet.



## Z Senatu

*Nadzwyczajne posiedzenie Senatu  
15.04.2009 r.*

Senatorowie podjęli uchwały w sprawach:

- ▶ przystąpienia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku do projektu inwestycyjnego w ramach działania I.3 „Wspieranie innowacji” (I.3 PO RPW);
- ▶ powołania członka Komisji ds. Stanowisk Profesora Zwyczajnego do oceny kandydata na stanowisko profesora zwyczajnego w Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych UMB.

*Posiedzenie Senatu 30.04.2009 r.*

Senatorowie podjęli uchwały w sprawach:

- ▶ zmiany do regulaminu studiów stacjonarnych i niestacjonarnych oraz regulaminu studiów doktoranckich;
- ▶ ustalenia harmonogramu postępowania rekrutacyjnego oraz odpłatności za I rok studiów niestacjonarnych w roku akademickim 2009/2010;
- ▶ zatwierdzenia limitów przyjęć na studia stacjonarne i niestacjonarne na kierunku Kosmetologia na rok akademicki 2009/2010;
- ▶ zatwierdzenia limitów przyjęć na studia doktoranckie w roku akademickim 2009/2010;
- ▶ zatwierdzenia regulaminów Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej oraz Wydziałowych Komisji Rekrutacyjnych;
- ▶ zmiany Uchwały nr 50/06 z dnia 26.10.2006 r. w sprawie rocznego wymiaru zajęć dydaktycznych;
- ▶ zatwierdzenia Aneksu nr 2 do umowy użytkowania z dnia 31 stycznia 2002 r. zawartej pomiędzy Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku a Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalem Klinicznym;
- ▶ uzupełnienia stanowiska Senatu z dnia 01.02.2006 r. w sprawie dodatkowego zatrudnienia nauczycieli akademickich.

Wyrażono zgodę na:

- ▶ ponowne wszczęcie procedury, dotyczącej zbycia zabudowanej

nieruchomości „Ośrodka Rekreacyjno-Szkoleniowego” Uniwersytetu Medycznego, położonej we wsi Sokółka;

- ▶ zniesienie Zakładu Patofizjologii Cięży;
- ▶ zmianę nazwy Zakładu Pielęgniarstwa Anestezjologicznego na Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- ▶ utworzenie Działu Integracji Systemu Zarządzania wraz z Zespołem ds. Projektów Pomocowych;
- ▶ przekształcenie Działu Technicznego w Dział Konserwacji i Eksploatacji oraz Dział Inwestycji oraz zniesienie samodzielnego stanowiska specjalisty ds. zadań inwestycyjnych i programów unijných;
- ▶ uruchomienie na Wydziale Nauk o Zdrowiu studiów II stopnia na kierunku Elektroradiologia;
- ▶ uruchomienie na Wydziale Nauk o Zdrowiu kształcenia na studiach II stopnia na kierunku Fizjoterapia;

Senatorowie wysłuchali informacji o dotychczasowych działaniach w zakresie promocji uczelni.

**Krystyna Dyszkiewicz**  
*Kierownik Rektoratu.*

## Informujemy

Istnieje możliwość odbycia studiów doktoranckich na **Hamamatsu University School of Medicine w Japonii**, partnerskiej uczelni Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Uniwersytet w Hamamatsu ma do zaoferowania **8 miejsc** na studiach doktoranckich, rozpoczynających się w październiku 2009 r.

Oferta dotyczy następujących dziedzin medycyny:

- ▶ Advanced Photomedicine
- ▶ Integrated Functional Medicine
- ▶ Frontier Medicine
- ▶ Infectious Disease Control
- ▶ Preventive Medicine

Termin składania dokumentów na Uniwersytecie w Hamamatsu mija w dniu 8 czerwca 2009 o godz. 17.00.

Szczegółowe informacje na temat studiów doktoranckich w Japonii

w „Application Guide”, który dostępny jest w Dziale Nauki i Współpracy Międzynarodowej UMB, ul. Kielińskiego 1, 15-089 Białystok, tel. 085 748 5412, fax. 085 748 5490, e-mail: [dzialnau@umwb.edu.pl](mailto:dzialnau@umwb.edu.pl)

\*\*\*

Propozycje uchwały Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dot. zaleceń w sprawie dorobku naukowego, uprawniającego do wszczęcia i przeprowadzenia postępowania o nadanie stopni naukowych oraz stanowiska adiunkta i profesora zwyczajnego (zmiany dotyczące postępowania wszczętych po **1.10.2009 r.**):

### Stopień doktora

Przy otwarciu przewodu doktorskiego – współautorstwo 1 lub 2 prac oryginalnych lub przeglądowych w czasopiśmie recenzowanych o łącznej punktacji nie mniejszej niż 8 pkt wg MNiSW.

Doktorant powinien przedstawić Dziekanowi, w terminie nie późniejszym niż przed zatwierdzeniem stopnia przez Radę Wydziału, opublikowaną lub przyjętą do druku pracę oryginalną, będącą wynikiem pracy doktorskiej w czasopiśmie o punktacji MNiSW nie mniejszej niż 4 pkt (doktorant jako pierwszy autor). W uzasadnionych sytuacjach (np. gdy praca doktorska stanowi część badań, których wyniki będą opublikowane w późniejszym terminie) doktorant może przedstawić pracę przeglądową dotyczącą tematyki pracy doktorskiej.

### Stanowisko adiunkta

Posiadany stopień doktora. Wartość dorobku naukowego wg punktacji MNiSW powyżej 50 oraz wartość współczynnika IF powyżej 2,5.

W przypadku specjalności klinicznych i diagnostycznych posiadanie specjalizacji z danej dziedziny (równorzędnej ze specjalizacją II stopnia).

### Stopień doktora habilitowanego

Wartość dorobku naukowego powyżej 200 pkt wg punktacji MNiSW oraz wartość współczynnika IF powyżej 10, w tym połowa punkta-



cji MNiSW i IF jako pierwszy lub drugi autor.

Opublikowanie przynajmniej 25 prac oryginalnych w czasopiśmie recenzowanych, w tym przynajmniej 15 jako pierwszy lub drugi autor.

### Tytuł profesora

Wartość dorobku naukowego uzyskanego od habilitacji powyżej 200 pkt wg punktacji MNiSzW oraz wartość współczynnika IF uzyskanego od habilitacji powyżej 10.

Opublikowanie po habilitacji przynajmniej 25 publikacji w czasopiśmie recenzowanych, w tym przynajmniej 15 jako pierwszy/drugi lub ostatni (kierownik zespołu) autor.

Promotorstwo minimum 2 zakończonych przewodów doktorskich lub promotorstwo minimum 1 zakończonego przewodu doktorskiego przy wartości dorobku naukowego, uzyskanego po habilitacji wg punktacji MNiSW powyżej 300 oraz wartości współczynnika IF uzyskanego po habilitacji powyżej 30.

Uzyskanie tytułu profesora uprawnia do ubiegania się o **stanowisko profesora nadzwyczajnego**.

### Stanowisko profesora zwyczajnego

Wartość dorobku naukowego uzyskanego od otrzymania tytułu profesora powyżej 200 pkt wg punktacji MNiSW oraz wartość współczynnika IF od otrzymania tytułu profesora powyżej 10.

Opublikowanie przynajmniej 25 publikacji w czasopiśmie recenzowanych po otrzymaniu tytułu profesora.

Promotorstwo minimum 4 zakończonych przewodów doktorskich lub opieka naukowa nad zakończonym przewodem habilitacyjnym.

**Czasopisma recenzowane** – w przypadku **suplementów czasopism** należy uzyskać potwierdzenie, iż praca była recenzowana przez niezależnych recenzentów lub znajduje się w bazie MEDLINE.

# K O N F E R E N C J A

Honorowy Patronat  
Ewa Kopacz – Minister Zdrowia

## Opieka geriatryczna nad ludźmi starszymi w Polsce

29 maja 2009 r., godz. 11.00, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Aula Magna, pałac Branickich, ul. Kilińskiego 1 w Białymstoku.

**Organizatorzy:** Klinika Geriatrii UMB i Oddział Geriatrii ZOZ MSWiA w Białymstoku; Ministerstwo Zdrowia – Departament Zdrowia Publicznego.

- 11.00 – 11.30 *Otwarcie konferencji – prof. dr hab. Zenon Mariak, prorektor ds. klinicznych UMB oraz Marek Chojnowski, dyrektor Szpitala MSWiA w Białymstoku*
- 11.30 – 11.45 *Geriatryczna i pacjent geriatryczny – problemy zapewnienia opieki w perspektywie starzenia się polskiej populacji – prof. dr hab. Barbara Bień.*
- 11.45 – 12.00 *Stan geriatryczny i edukacji geriatrycznej w Polsce na tle Europy – możliwe kierunki zmian – prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, przewodnicząca Kolegium Lekarzy Geriatrów.*
- 12.00 – 12.15 *Standard Oceny Geriatrycznej jako instrument podejścia geriatrycznego w opiece krótkoterminowej i długoterminowej – zakres kompetencji i różnice w finansowaniu – dr n. med. Jarosław Derejczyk, konsultant wojewódzki ds. geriatry w woj. śląskim*
- 12.15 – 12.30 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udziale świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatrycznej gwarancją jakości usług geriatrycznych – mgr Monika Przygucka, Departament Zdrowia Publicznego MZ*
- 12.30 – 13.00 • *Dyskusja: Moderator prof. dr hab. Piotr Błądowski, prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.*  
• *Odczytanie rezolucji przyjętej na konferencji pt. „Rozwój geriatrycznej opieki w Polsce: Dlaczego? Jaki? Kiedy?”, zorganizowanej przez Zespół ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia, 23 kwietnia 2008 r.*  
• *Dyskusja nad tezami w celu nadania faktycznego priorytetu geriatrycznej.*
- 13.00 *Wystąpienie Ewy Kopacz – Minister Zdrowia Rządu RP oraz zaproszonych gości.*
- 13.30 *Zamknięcie konferencji.*

