



MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 05 (152)

LIPIEC - WRZESIEŃ 2017



Stawiamy UMB na nowe tory

wywiad z JM Rektorem UMB prof. Adamem Krętowskim s. 4-7

**Szpital dla robotów, czyli Centrum Symulacji
Medycznej już działa s. 8-9**

**Studia lekarskie nadal 6-letnie
wywiad z prof. Iriną Kowalską s. 17-18**



Władze UMB 2016-2020

Rektor prof. dr hab. Adam Krętowski



Prorektor ds. studenckich
prof. dr hab. Adrian Chabowski



Prorektor ds. klinicznych
i kształcenia podyplomowego
prof. dr hab. Janusz Bogdan Dzięcioł



Prorektor ds. nauki
prof. dr hab. Marcin Moniuszko



Dziekan Wydziału Lekarskiego
z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem
Nauczania w Języku Angielskim
prof. dr hab. Irina Kowalska



Dziekan Wydziału Farmaceutycznego
z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej
dr hab. Wojciech Milytk



Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
prof. dr hab. Sławomir Jerzy Terlikowski

Od Redaktora



Marcin Tomkiel
Redaktor naczelny
Medyka Białostockiego

Dokąd zmierzamy? To najczęściej zadawane pytanie na polskich uczelniach wyższych. Wicepremier Jarosław Gowin ujawnił plan swojej flagowej reformy. Pomysł dotyczący zmodernizowania polskich uniwersytetów wywołuje gorące dyskusje. Jedno jest pewne: czekają nas zmiany. Jak się w nich odnajdziemy? Czy UMB ma odpowiedni potencjał? Wreszcie, czy jesteśmy w stanie podjąć nowe wyzwania?

Odpowiedzi na te zagadnienia znajdują się w wywiadzie udzielonym redakcji „Medyka Białostockiego” przez J.M. Rektora UMB, prof. A. Krętowskiego. Rozmowa ta, to z jednej strony bilans pierwszego roku urzędowania, z drugiej wizja dalszego rozwoju. Warto przeczytać.

U progu nowego roku akademickiego zyskaliśmy powody, by mieć dobry humor. Wszystko za sprawą bardzo dobrej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej, która wysoko oceniła jakość kształcenia i zaangażowanie kadry na kierunku lekarsko-dentystycznym. Potwierdza to też wynik ostatniego LDEK-u. Jesteśmy najlepsi w Polsce.

Studenci rozpoczęli już zajęcia w nowym Centrum Symulacji Medycznych. Jak wygląda najnowocześniejszy w kraju tego typu obiekt? Wystarczy przeczytać relację w „Medyku Białostockim”, a potem koniecznie zobaczyć go osobiście.

Nauka, biznes i współpraca - to najczęstszy związek wyrazowy wymieniany w kontekście uczynienia nauki praktyczną. Od naukowców wymagać się będzie już nie tylko samych publikacji, ale właśnie umiejętności współdziałania z przedsiębiorcami. Nasza uczelnia uruchamia specjalny portal temu właśnie dedykowany. Ma tam być zaprezentowany cały potencjał naukowo-badawczy UMB, który ma współdziałać z biznesem. Jak trudno to się robi, niech świadczy felieton dra hab. Andrzeja Mogielnickiego, który aż za oceanem szukał wsparcia dla swojego odkrycia. Dodatkowo w „Medyku” sami chcemy sprawdzić, jak to jest z przedsiębiorczością wśród naszych absolwentów. Odwiedzimy ich firmy i zapytamy: czy łatwiej pracować w szpitalu na etacie, czy postawić na własną działalność gospodarczą.

Nowy rok akademicki to też nowy rekord. Po raz pierwszy w historii uczelni liczba studentów i doktorantów osiągnie 5 tysięcy. Nic, tylko się cieszyć, ale też zakasać rękawy. Przed nami naprawdę ogromne wyzwania.

Marcin Tomkiel

Spis treści

- | | |
|---|--|
| <p>4-7 WOJCIECH WIĘCKO I KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Stawiamy UMB na nowe tory</p> <p>8-9 WOJCIECH WIĘCKO
Szpital dla robotów</p> <p>10 Najlepsi na LDEK-u</p> <p>11 Ministerstwo Nauki dołoży do projektu IMPRESS</p> <p>11 UMB będzie współpracować z IPN</p> <p>12 Pielęgniarka lepsza niż dr Google</p> <p>13 Jak żyć z rakiem?</p> <p>14 Kongres trochę medyczny</p> <p>14 Dyskusja o przyszłości uniwersytetów lokalnych</p> <p>15 Były naczelny „Medyka” został rektorem</p> <p>15 Krótko z UMB</p> <p>16 Aula Magna znowu piękna</p> <p>17-18 KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Studia lekarskie nadal 6-letnie</p> <p>19 MICHAŁ PAWŁOWSKI
Od CAD/CAM po coaching: studencie szkol się</p> <p>20 WOJCIECH WIĘCKO
Nasze uczelniane „Advances” punktuje</p> <p>21-22 Granty na UMB</p> <p>23 Biznes w UMB</p> | <p>25-26 DR HAB. ANDRZEJ MOGIELNICKI
Jak to się robi za oceanem</p> <p>26-27 WOJCIECH WIĘCKO
Praktyczna lekcja przedsiębiorczości</p> <p>28 STANISŁAW SIERKO
My, rezydenci</p> <p>29-30 JAN PIETRUSKI
Nasze późne lata</p> <p>31-33 PROF. DR JAN GÓRSKI
Polska Akademia Umiejętności</p> <p>34-36 KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Ciesz się wolnością</p> <p>37-38 ADAM CZESŁAW DOBROŃSKI
Wakacje z kleszczami</p> <p>38 Zmarł prof. Bazyli Czczuga</p> <p>38 Pożegnanie dra Wojciecha Zalewskiego</p> |
|---|--|
-
- SKŁAD REDAKCJI:**
Redaktor naczelny: Marcin Tomkiel
Zastępca redaktora naczelnego: Adam Hermanowicz
Sekretarz redakcji: Katarzyna Malinowska-Olczyk
Redakcja: Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Wojciech Więcko;
współpracownicy: Alina Midro, Jan Pietruski, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska
Korekta: Ewa Krzemińska **Skład i druk:** AlterStudio
Projekt strony internetowej: Monika Fiedorowicz **Projekt okładki:** AlterStudio
- ADRES REDAKCJI:**
Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego
 15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1, tel. (85) 748 54 85, email: medyk@umb.edu.pl
 www.medyk.umb.edu.pl



/ MEDYK BIAŁOSTOCKI



/ MEDYK BIAŁOSTOCKI

Stawiamy UMB na nowe tory

Wielkie reformy związane z funkcjonowaniem uczelni wyższych i szpitali klinicznych oraz człowiek, który ma za sobą pierwszy rok jako rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Rozmawiamy z prof. Adamem Krętowskim.



PROF. ADAM KRĘTOWSKI, REKTOR UMB: - Dobrym mottem do tej rozmowy będą słowa z zaproszeń na inaugurację w naszej uczelni „per aspera ad astra” (przez trudy do gwiazd - z łac.). Na razie jesteśmy w pierwszej części tej sentencji - „przez trudy”.

Wojciech Więcko, Katarzyna Malinowska-Olczyk: - Kiedy rozmawialiśmy tuż po tym, jak zgłosił Pan swoją kandydaturę na rektora (luty 2016 r.), już wtedy mówił Pan, że to będzie bardzo trudna kadencja. Jak Pan ocenia ten miniony rok?

- Rektor zawsze miał i ma dużo obowiązków, a także problemów. A jeżeli chodzi o ich obecną skalę, zarówno tych dotyczących uczelni, jak i tego, co się dzieje wokół niej, czyli naszych szpitali klinicznych, to osoby, które są od lat w zespole współpracującym z rektorami mówią, że tak trudnych czasów od dawna nie było. W niezwykle krótkim czasie spłotło się bardzo dużo różnych wyzwań.

To zacznijmy od uczelni...

- Przede wszystkim pojawił się nowy algorytm jej finansowania i już obowiązuje. Ponadto niebawem całkowicie zmieni się ustawa o szkol-

To moja najprzyjemniejsza część dnia, kiedy rano pracuję jako lekarz. Ja zawsze marzyłem, by być lekarzem. Rektorem się bywa, a zawód lekarza wykonuje się całe życie

nictwie wyższym (tzw. ustawa 2.0), która absolutnie zreformuje filozofię funkcjonowania uczelni w kraju. Do tego rośnie presja związana z pozyskiwaniem grantów i współpracy z przedsiębiorcami. W naszym przy-

padku zwłaszcza ta ostatnia sprawa to bardzo trudny temat. W regionie, gdzie niejako naturalnie powinniśmy szukać partnerów, nie mamy wielu przedsiębiorców zainteresowanych inwestowaniem w badania medyczne. Nie mówię już o możliwościach i skali ich zaangażowania. To nas ogranicza także w kwestii funduszy unijnych, które otrzymujemy pod warunkiem, że taką współpracę uda się nam nawiązać. Jednak małymi krokami to się zmienia. Lada moment podpiszemy umowę z dużą firmą z Białegostoku.

Czasy dla naukowców mocno się zmieniają. Wymaga się od nich coraz więcej. Same publikacje to już za mało. Wydaje się, że tak jak niepełna dziesięć lat temu stworzył Pan system motywacyjny do lepszego publikowania, tak teraz musi Pan znowu ustawiać wszystko na nowym torze, który prowadzi w kierunku wdrożeń naukowych.

- Publikacje nadal są ważne.

W ostatnich latach poprawialiśmy nasze współczynniki, ale inne uczelnie również mocno się zaktywizowały. Zobaczymy niedługo, jak to będzie wyglądać, czy nie zostaliśmy prześcignięci. W tej kwestii też ma się dużo zmienić. Punktacja publikacji w najlepszych czasopismach ma zostać podniesiona do 100 pkt. Będą się więc liczyć głównie bardzo dobre publikacje i one będą robiły znaczącą różnicę w ocenie. My już od kilku lat próbowaliśmy iść w kierunku jakości publikacji. Od pewnego czasu projekty statutowe trzeba było rozliczać publikacjami za 9 punktów, można też było rozliczać 3 projekty jedną publikacją za 30 pkt, przy aplikowaniu o nagrody rektora trzeba mieć publikacje za 20 punktów. Wydaje się, że w sytuacji dzisiejszej konkurencji to jest ciągle zbyt mało. Np. Uniwersytet Medyczny w Łodzi wprowadził zasadę, że każdy naukowiec w zależności od posiadanego stopnia, co roku musi mieć publikacje o określonym IF. Konkurencja nam rośnie.

Inne uczelnie zastosowały jeszcze bardziej drastyczne metody. Zwolniono część kadry, tak by współczynnik publikacji na jednego pracownika był wyższy. Bardzo jasno postawiono sprawę: osoby, które nie są odpowiednio produktywne, przechodzą na etaty dydaktyczne lub odchodzą z uczelni.

To pokazuje, jak trudne są czasy przed nami. Nasi naukowcy już teraz ciężko pracują. Mają obowiązki dydaktyczne, opiekę nad pacjentami i muszą znaleźć czas na badania naukowe. Trudno będzie ich jeszcze bardziej zmobilizować, ale nie ma wyjścia. Uruchomiliśmy uczelniany program „Grant Plus”. To pomysł prorektora Marcina Moniuszki wsparty przez prorektora Adriana Chabowskiego. Tym, którzy zdobędą wartościowe granty, uczelnia będzie finansowo się odwdzięczać. Jeśli ustawa 2.0 wejdzie w życie w tej formie, w której jest planowana, to będziemy musieli stanąć w wyścigu z innymi. To, czy zostaniemy uczelnią badawczą czy zawodową, to będzie nasze być albo nie być. Łatwo spaść do trzeciej ligi, awansować jest dużo trudniej.

W projekcie tej ustawy dużo miejsca poświęca się ocenie uczelni.

- W przypadku naszej uczelni, która jest relatywnie mała, niebezpieczeństwem jest ewaluacja w obrębie dyscyplin. W przypadku podziału na medycynę kliniczną i niekliniczną, oznaczać to może, że cała uczelnia będzie miała tylko jedną dyscyplinę, maksymalnie dwie. Nowa ustawa nie uwzględnia roli wydziałów, ich kompetencje przejmuje senat uczelni i rektor. Oczywiście możemy sobie wydziały zostawić. Jednak, jeśli ocena naszej aktywności naukowej będzie przebiegać tylko w oparciu o dyscypliny, to według klasyfikacji OECD nasz wydział farmaceutyczny będzie w dyscyplinie medycyny nieklinicznej, czyli dorobek naukowy będzie oceniany razem z naukowcami z wydziału lekarskiego i nauk o zdrowiu.

W przypadku naszej uczelni niebezpieczeństwem jest ewaluacja w obrębie dyscyplin. Przy podziale na medycynę kliniczną i niekliniczną, oznaczać to może, że cała uczelnia będzie miała tylko jedną dyscyplinę, maksymalnie dwie

UMB odnajdzie się w tej ustawie?

- Kiedy uczestniczyłem w spotkaniach dotyczących tej ustawy, to każdy z uczestników dyskusji miał w zasadzie inne zdanie na jej temat. Nawet wicepremier Jarosław Gowin, jej inicjator, miał na przykład na początku pomysł, aby znieść habilitację. Środowisko akademickie przekonało go jednak, że warto ją zostawić. I została. Powstał jednak wariant, że karierę naukową można będzie też rozwijać tylko z doktoratem. Finansowanie uczelni - będzie jeden strumień pieniędzy. To my sami zdecydujemy, czy bardziej przeznaczymy je na dydaktykę, czy może na badania naukowe. Czasami mam wrażenie, że obecna forma tej ustawy, choć nie zadawała do końca nikogo, to jest to pewien kompromis, na który jednak wszyscy są skłonni przystać.

A jak to wygląda z Pana perspektywy?

- Na pewno to większa odpowiedzialność władz. Jeżeli będą tylko dwie dyscypliny w naszej ewaluacji, to rozbija nam to system wydziałowy uczelni. Pojawia się też problem, jak znaleźć granicę, gdzie jest to praca kliniczna, a gdzie nie? Jeżeli mocno skupimy się np. na medycynie klinicznej i tam zawalczymy o ocenę A, a w nieklinicznej odpuścimy i będzie B, to wówczas tracimy możliwość nadawania habilitacji i doktoratów. To wszystko jeszcze przez rok będzie uszczegółowiane. W tej chwili nie umiem odpowiedzieć jednoznacznie, co to dla nas oznacza.

Jednak niezależnie od tego, jaką ta ustawa przyjmie formę, to sama dyskusja o szkolnictwie wyższym w ostatnim czasie to było coś fantastycznego. Naprawdę wreszcie zaczęto poważnie rozmawiać o przyszłości polskiej nauki, zaczęto głośno mówić o problemach. M.in. wicepremier Gowin przyznał, że bez zwiększenia nakładów na szkolnictwo wyższe, to całe te zmiany w systemie nie przyniosą spodziewanych efektów. Na razie wygląda to jak przesuwanie kołdry. W nowym algorytmie finansowania Uniwersytet Jagielloński dostał 35 mln zł więcej, Uniwersytet Warszawski - 25 mln zł więcej, a nasza Politechnika 5 mln zł mniej. Wstępnie można odczuć, że system sprzyja dużym uczelniom.

Jaka jest nasza przyszłość jako uczelni?

- My wybraliśmy trudniejszą drogę. Nie zwalnialiśmy ludzi, żeby doraźnie poprawić sobie wskaźniki. Postawiliśmy z jednej strony na większą motywację do pracy, z drugiej strony inwestowaliśmy w ludzi wysyłając ich na staże, szkolenia, inwestując w infrastrukturę. To nie przyniesie wyniku natychmiast. Jednak w dłuższej perspektywie tak. Dlatego teraz musimy się wszyscy bardziej dyscyplinować i szukać możliwości lepszych publikacji, też aktywniej pozyskiwać granty. To jest właśnie sens tej sentencji: przez trudy do gwiazd.

Zapytam wprost, czy rozważa Pan możliwość zwolnień, aby poprawić współczynniki związane z oceną uczelni?

- Możecie to nazywać naiwnością, ale jestem przekonany, że jeżeli będziemy ciężko pracowali, nie będziemy kombinowali, to osiągniemy sukces. Dotychczas nie szliśmy drogą innych. Nie produkowaliśmy papierowych wdrożeń, nie robiliśmy nic na krótko, by poprawić statystyki. W dłuższej perspektywie nasza metoda wydaje się być lepsza. Myślmy o tym, jak UMB będzie funkcjonować za dziesięć lat, a nie tylko w najbliższym semestrze. Dlatego inwestujemy w młodych ludzi i wierzę, że to przyniesie oczekiwane efekty.

A z czego po pierwszym roku rektorowania jest Pan zadowolony?

- Wyszło nam sporo dobrych rzeczy. W obszarze kształcenia sukcesem są wyniki Lekarskiego Egzaminu Końcowego. W dwóch ostatnich edycjach byliśmy najlepsi w Polsce. W najnowszej sesji egzaminu końcowego dla lekarzy stomatologów też jesteśmy najlepsi. Na szczycie tej tabeli utrzymujemy się już kilka lat. To się samo nie zrobiło, za tym stoją nauczyciele akademicy, ale też władze dziekańskie i prorektor ds. studenckich.

Od strony infrastruktury też mamy się czym pochwalić. Lada moment zakończymy modernizację szpitala klinicznego. Mamy już działające supernowoczesne Centrum Symulacji Medycznych. Jego budowa i wyposażenie przebiegły ekspresowo.

W sferze naukowej (choć mówię, że idą ciężkie czasy i trzeba znaleźć dodatkową motywację do ciężkiej pracy) też są sukcesy. To przede wszystkim pozyskanie prestiżowego grantu z programu Horyzont 2020 na realizację międzynarodowych studiów doktoranckich, to stopniowy wzrost liczby pozyskiwanych grantów, to także wciąż wysoka cytowalność naszych publikacji rejestrowana w międzynarodowych bazach, jak Scopus czy Web of Science.

Udało się nam też zdobyć ponad 130 mln zł w ramach kontraktu terytorialnego na rozbudowę naszej infrastruktury. Tylko że to będą trudne pieniądze do wydania. Możemy je bowiem uruchomić wyłącznie we współpracy z przedsiębiorcami. A to, jak wspomniałem wcześniej, nie jest proste. Mieliśmy już wstępne umowy, ale procedury trwały tak długo, że wiele z nich trzeba na nowo negocjować. Biznes lubi działać szybko.

W szpitalach klinicznych też duże zmiany. Weszła w życie ustawa o sieci szpitali.

- To też poważny temat. Wszystko rozbija się jak zawsze o pieniądze. Do tej pory było tak, że szpital jakoś się tam bilansował. Nie



ukrywajmy, to odbywało się kosztem pracowników. Oni zarabiali za mało i to na każdym szczeblu. W 2015 r. było minus 15 mln zł na papierze. W 2016 ta dziura zapowiadała się jeszcze większa. Powodem są nadwykonania, które NFZ opłaca na poziomie 30-40 procent w zależności od danego roku.

Jak to możliwe, że szpital powiatowy jest w stanie podkupić w zasadzie każdego specjalistę ze szpitala klinicznego? Przecież to nieliczne.

- Mówiłem o tym już wielokrotnie. Większość tzw. „kosztochłonnych” pacjentów na leczenie trafia do szpitali klinicznych. Mówi się, że jakiś szpital w powiecie ma np. super ortopedię. Tylko to polega na tym, że tam trafiają pacjenci z najlepiej wycenionymi procedurami, a trudne i tzw. nierentowne przypadki trafiają do szpitala klinicznego. Trudne nie zawsze w sensie medycznym, ale kosztowne w leczeniu. Drugi problem to SOR-y. Na SOR w szpitalu klinicznym na każdym dyżurze zgłasza się kilkuset pacjentów. Oni najpierw powinni trafić do szpitali z poziomu pierwszego lub drugiego, a nie od razu do tego najbardziej specjalistycznego. Tym samym brak jest miejsc pozwalających na przyjęcie pacjentów „specjalistycznych”, którzy powinni do nas trafiać. Dochodzimy więc do najważniejszego, skoro nie było dotychczas właściwego systemu referencyjności jednostek szpitalnych, to płatnik powinien za tych wszystkich pacjentów nam zapłacić. A my, co roku mamy 30-40 mln zł nadwykonań i jeżeli z tego dostajemy tylko 30-40 procent, to koszty terapii pozostałych 60-70 procent pogarszają wynik finansowy szpitala.

W sieci szpitali nie ma już czegoś takiego, jak nadwykonania.

- Dlatego uważam, że budżet szpitala powinien wynosić nie tak jak teraz 350 mln zł, ale ok. 400 mln zł. Ta różnica uwzględniałaby te wszystkie nadwykonania, które pojawiają się od lat. Niestety w nowym systemie finansowane będzie tylko do 110 proc. ustalonej liczby pacjentów, po przekroczeniu której finansowanie będzie spadać. Znowu pewnie pojawi się problem rosnących kosztów. Znowu to może się

odbić na wynagrodzeniach pracowników. Tylko że za chwilę w szpitalu może zabraknąć pielęgniarek, lekarzy czy innych specjalistów.

Trzeba to powiedzieć, że przy tak małych środkach finansowych, mamy naprawdę dobre wyniki, czy to w nauce, czy w lecznictwie. Nauczyciele akademicy w szpitalach do tej pory zatrudniani byli często na 1/10-1/5 etatu, chociaż zadań mieli na cały dzień. Ostatnio senat przegłosował uchwałę, zobowiązującą nauczycieli akademickich klinicystów do zatrudnienia w szpitalu na minimum pół etatu. W szpitalu dziecięcym już to wprowadzono, w USK trwają jeszcze obliczenia. Uważam, że dalej już nie można wyzyskiwać ludzi. Nasi lekarze odchodzą do jednostek powiatowych lub prywatnych, wyjeżdżają za grani-

Do tej pory było tak, że szpital jakoś się tam bilansował. Nie ukrywajmy, to odbywało się kosztem pracowników. Oni zarabiali za mało i to na każdym szczeblu

ce, bo tu mają ciężką i odpowiedzialną pracę, za którą nie otrzymują właściwego wynagrodzenia. Niestety błędem było nadmierne ograniczanie przez lata przyjęć na studia medyczne. Aktualnie zaczyna pojawiać się luka pokoleniowa i to jest bardzo niebezpieczne. Może trzeba będzie ratować się lekarzami ze Wschodu? W szpitalach zaczyna się tworzyć rynek pracownika. Podam przykład anestezjologów. W kraju jest ich tak mało, że są w stanie wynegocjować każdą pensję, przecież bez nich każdy szpital można zamknąć, bo nie odbędzie się żadna operacja.

Niedawno objął Pan funkcję szefa Kliniki Endokrynologii, zastępując odchodzącą na emeryturę prof. Marię Górską.

- To moja najprzyjemniejsza część dnia, kiedy rano pracuję jako lekarz. Ja zawsze marzyłem, by być lekarzem. Rektorem się bywa, a zawód lekarza

wykonuje się całe życie. Moja praca na uczelni potoczyła się tak, że w pewnym momencie trzeba było wziąć odpowiedzialność za jej funkcjonowanie. Wcześniej, jako prorektor ds. nauki, musiałem być bardziej dyspozycyjny, teraz jako rektor mogę więcej zadań delegować. Jedna osoba tego nie pociągnie, a pracy jest naprawdę ogrom. Ja o godz. 15.30 nie zamykam biura, komórki też nie wyłączam.

Ma Pan jeszcze czas pomyśleć o nowych inwestycjach, czy nowych przestrzeniach naukowych, które warto odkryć?

- Na to przeznaczone są fundusze z tzw. kontaktu terytorialnego. To w sumie 130 mln zł. Myślimy o stworzeniu komercyjnego laboratorium genomowego, o Centrum Badań Prewencyjnych, w którym prof. Karol Kamiński z zespołem mógłby na wysokim poziomie robić badanie Białystok Plus. W planach jest Centrum Medycyny Regeneracyjnej. Zdobyliśmy w tym temacie dwa granty z NCBiR, ale potrzebujemy lepszej infrastruktury. Przy ul. Mickiewicza chcemy stworzyć laboratorium nutraceutyczne w zakresie badań nad żywnością. To chcemy zrobić we współpracy z przedsiębiorcami. Chcemy rozwijać Laboratorium Obrazowania Molekularnego i stworzyć tam ośrodek, który będzie produkował radioznaczniki. Pomysłów mamy dużo. Szukamy funduszy, by dokończyć inwestycje w naszych szpitalach. Chcemy w USK stworzyć nowoczesną psychiatrię opartą o opiekę dzienną, myślimy o infrastrukturze dla geriatry. Na razie jesteśmy na etapie negocjacji w różnych urzędach. Za pół roku pewnie zamkniemy modernizację w USK, musimy zintensyfikować też prace na Dojlidach. Musimy nadal inwestować w ludzi, w ich rozwój. Zależy mi także na przyciąganiu do nas młodych, zdolnych z potencjałem: najlepszych maturzystów, najzdolniejszych kandydatów na studia doktoranckie. To oni będą stanowić o naszej przyszłości. ■

ROZMAWIALI WOJCIECH WIĘCKO I KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK



Szpital dla robotów

W ekspresowym tempie powstało Centrum Symulacji Medycznych UMB.

Od tego roku akademickiego studenci będą mogli szkolić się i doskonalić swoje umiejętności na fantomach i różnego rodzaju symulatorach pacjentów.

Budynek stanął w pobliżu gmachu Wydziału Nauk o Zdrowiu i szpitali klinicznych (okolice ulic Szpitalnej i Żelaznej). To piętrowy obiekt o ciemnografitowej elewacji. Od momentu wbicia pierwszego szpadła w ziemię (lipiec 2016) do zakończenia prac przez budowlanców minął rok. Kolejne trzy miesiące to wyposażanie placówki.

- Tę inwestycję udało się nam naprawdę bardzo szybko zrealizować. Nie tylko jeśli chodzi o budowę, ale przede wszystkim o rozstrzygnięte przetargi na sprzęt do symulacji i szkolenia pracowników - cieszy się prof. Adrian Chabowski, prorektor ds. studenckich, ale też główny koordynator całego przedsięwzięcia.

Robot z dziurą w zębie

Sam budynek to koszt ok. 8 mln zł. Początkowo uczelnia płaciła za wszystko sama. Z czasem inwestycję mocno wsparło Ministerstwo Zdrowia i dołożyło ponad 7 mln zł. Wyposażenie w sprzęt, ale też szkolenia ludzi do jego obsługi, to kolejne ponad 21 mln zł (cała kwota to fundusze unijne z projektu: „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem

Centrum Symulacji Medycznej” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego „Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 3.1 Kompetencje w szkolnictwie wyższym, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych”).

*Prof. Adrian Chabowski,
prorektor ds. klinicznych:*

*- To nawet nie jest krok ku
lepszemu dydaktyce, ale jej
jakościowy skok.*

*My przecież wcześniej nie
mieliśmy choćby namiastki
podobnego obiektu, a teraz
wskakujemy od razu na
najwyższy poziom*

- To nawet nie jest krok ku lepszemu dydaktyce, ale jej jakościowy skok. My przecież wcześniej nie mieliśmy choćby namiastki podobnego obiektu, a teraz wskakujemy od razu na najwyższy poziom - dodaje prorektor Chabowski.

Centrum to 1,1 tys. mkw. powierzchni. W środku największe wrażenie robi przeszklona klatka schodowa. Pomyślano o studentach, dla których stworzono kilka stref, by mieli gdzie odpocząć. W części dydaktycznej (jest też część administracyjna) jest kilkanaście różnych pomieszczeń (w których znajdują się sale symulacyjne urządzone na wzór tych szpitalnych). Wyposażone są w bardzo nowoczesny sprzęt medyczny (spokojnie można go używać w normalnej pracy) oraz różnego rodzaju fantomy i symulatory pacjentów. Są sale imitujące m. in. blok operacyjny, SOR, salę porodową, ale też pracownie stomatologiczne (dwie). Łada moment pojawi się w budynku prawdziwa karetka, a przed nią - wrak samochodu, aby można było ćwiczyć akcje ratunkowe (będzie nawet generator dymu). Stworzono też pracownie, które przypominają gabinety zabiegowe. Jest szpitalna winda, by ćwiczyć transport pacjenta. Większość sal wyposażona jest w pomieszczenia dla prowadzących, które są oddzielone od reszty lustrami weneckimi. Do tego wszędzie będą zamontowane kamery, by później można było analizować każdy ruch studenta.

Najbardziej efektywne są fantomy pacjentów. W różnych rozmiarach i wagach: od niemowlaka po dorosłego. W pełni skomputeryzowane i sterowalne, mogą mieć gorączkę, drgawki, wydawać różne dźwięki, a nawet płuć. Gdy podamy im leki, zareagują na nie tak jak ludzie. Sensory sprawdzają, czy podana jest właściwa substancja, właściwa dawka i ilość. Studenci stomatologii zyskali całe unity dentystyczne, przy których zamontowane są „głowy pacjentów” z... dziurawymi zębami.

- Bardzo zależało nam na maksymalnym odwzorowaniu fizjologii pacjenta, nakładamy na to patofizjologię i różnego rodzaju scenariusze kliniczne. To wszystko pozwoli studentowi przećwiczyć wiele różnych sytuacji w bezpiecznych warunkach - tłumaczy dr Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz, która odpowiada za funkcjonowanie centrum.

Dr Wojewódzka jest specjalistą z zakresu medycyny ratunkowej. Jak sama mówi, w szpitalnym SOR, kiedy trafia tam pacjent w ciężkim stanie, student, choć ma zajęcia, musi się odsunąć na bok. Nie może wtedy ćwiczyć masażu serca czy innej procedury. W centrum symulacyjnym będzie mógł reanimować fantoma do skutku, realizując przy tym różne scenariusze. Dzięki temu będzie wiedział, jak się zachować w prawdziwej szpitalnej klinice.

Serce symulacji

Choć te wszystkie sprzęty i symulatory są bardzo efektywne, to kluczowa



Pracownia stomatologiczna

w centrum będzie kadra szkoleniowa. To ona będzie obsługiwała te urządzenia, programowała je i tworzyła scenariusze przypadków.

- Szkolenia ludzi rozpoczęliśmy praktycznie równocześnie z budową obiektu i potrważają one jeszcze jakiś czas. A to dlatego, że musimy przeszkolić naprawdę wiele osób - dodaje prorektor Chabowski.

Szansę na pracę w centrum symulacji znajdują też... aktorzy. Wszystko dlatego, że studenci mają też uczyć się, jak rozmawiać z pacjentami lub ich rodzinami. I tu powstał mały problem. Nasza uczelnia chciała uruchomić model krakowski, korzystając specjalnych agencji castingowych, które mają bogate bazy aktorskie i gwarantują dobranie odpowiednich osób. Tyle że w Krakowie jest kilka teatrów, dziesiątki różnych grup teatralnych, do tego spore grono producentów te-

lewizyjnych i filmowych. A w Białymstoku pod tym względem rynek aktorski jest bardzo ubogi. Jedna z wersji zakłada, że odpłatnie aktorami będą mogli zostać np. rezydenci albo pracownicy UMB.

Pracuj w grupie

W centrum symulacji szkolić się będą studenci z wydziału lekarskiego, stomatologii, pielęgniarstwa, położnictwa i ratownictwa medycznego. Ta różnorodność pozwoli też ćwiczyć pracę w grupie.

- Wbrew pozorom to wcale nie jest łatwa sztuka, bo nie każdy potrafi współpracować. Praca w zespole jest o wiele wydajniejsza i skuteczniejsza, jeżeli nie dubluje się procedur medycznych, a każdy wykonuje swoje zadania - dodaje dr Wojewódzka.

Choć całe centrum okiem studentów może wyglądać jak wielki plac zabaw z robotami, to jeden jego fragment na pewno im się nie spodoba. Na I piętrze zlokalizowane są pomieszczenia do egzaminów OSCE (sprawdzian z umiejętności klinicznych). To kilka pokoiów połączonych jednym korytarzem. Egzamin polega na tym, że w każdym z gabinetów (stacji) wykonuje się inne zadanie. Wszystko robi się na czas i pod okiem kamery. Część egzaminacyjna została tak zaprojektowana, że nie ma szans, by osoba kończąca egzamin powiedziała kolegom, co na nim było (wszyscy wykonują te same zadania). ■

WOJCIECH WIĘCKO



Gmach Centrum Symulacji Medycznych, fot. Wojciech Więcko

Najlepsi na LDEK-u

Absolwenci kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku okazali się najlepsi w Polsce na Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym (LDEK, edycja jesienna).

To kluczowy dla całych studiów test. Jego zaliczenie uprawnia do wykonywania zawodu lekarza stomatologa. Zaś wyniki tego egzaminu określają poziom nauczania na poszczególnych uczelniach. Wszystko dlatego, iż rozwiązywany test jest wszędzie taki sam. Wrażenia studentów po samym egzaminie potwierdziły wyniki – test był bardzo trudny.

Nasi absolwenci zdobyli średnio 138,13 punktów (na 197 możliwych). Najlepszy z nich zdobył 161 pkt. Na drugim miejscu uplasowali się absolwenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (średnia punktów 135,05), a na trzecim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (średnia punktów 134,04). Także w grupie lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia w ostatnich dwóch latach najlepiej wypadli nasi absolwenci.

Warto tylko przypomnieć, że nasza stomatologia już od kilku dobrych lat

zawsze melduje się na podium LDEK.

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku to najwyższej notowana w rankingach uczelnia wyższa w regionie. Ponad 800 nauczycieli akademickich na 14 kierunkach kształci blisko 5000 studentów - w tym ponad 300 w języku an-

gielskim. UMB jako jeden z nielicznych w kraju może pochwalić się prestiżowym statusem Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego (KNOW). ■

BDC

uczelnia	minimum	maksimum	średnia	sd	zdawało	zdało	nie zdało	zgłoszonych
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	103	161	138,13	13,57	54	53	1	54
Warszawski Uniwersytet Medyczny	84	166	135,05	17,35	56	53	3	56
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	85	165	134,04	15,80	98	90	8	98
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	85	164	133,30	14,68	84	81	3	84
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	98	166	131,04	14,94	52	47	5	52
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	93	168	130,86	15,49	80	71	9	80
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	90	163	130,72	17,34	65	54	11	65
Gdański Uniwersytet Medyczny	101	155	130,34	12,47	56	52	4	56
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	96	155	127,16	14,54	58	51	7	58
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	80	171	123,45	19,83	56	41	15	56
Uczelnie zagraniczne	64	134	96,10	18,55	39	7	32	39
absolwenci studiów w języku angielskim	45	125	93,35	17,22	26	4	22	26
RAZEM	45	171	128,31	19,29	724	604	120	724

PKA oceniła stomatologię. Jest dobrze

Do uczelni trafił już raport z oceny, jaką Polska Komisja Akredytacyjna przeprowadziła na kierunku lekarsko-dentystycznym. To właśnie PKA stwierdza (bądź nie), czy dany kierunek studiów może być realizowany.

Wizytacja komisji miała miejsce w maju. Wtedy jej członkowie spędzili na UMB dwa dni, które poświęcili na spotkania z władzami uczelni i wydziału lekarskiego, kadrą naukową, pracownikami administracyjnymi, hospitując jednostki i zajęcia, ale przede wszystkim sprawdzając dokumenty. Ocena tej wizyty jest bardzo szczegółowa. Na osiem kryteriów, które były oceniane na UMB otrzymaliśmy dwie oceny wyróżniające oraz sześć ocen „uczelnia w pełni spełnia kryteria”. Oceny wyróżniające otrzymaliśmy za: „kadrę prowadzącą proces kształ-

cenia” a także „opiekę nad studentami oraz wsparcie w procesie uczenia się i osiągnięcia efektów kształcenia”.

Polska Komisja Akredytacyjna sprawdza jakość kształcenia na kierunkach, poziomach i profilach studiów wyższych (ocena programowa), a także - w ramach oceny instytucjonalnej - działalność podstawowych jednostek organizacyjnych uczelni wyższych oraz jakość kształcenia na studiach doktoranckich. Skala ocen: negatywna, częściowa, zadowolająca, w pełni, wyróżniająca. Oceny takie na poszczególnych kierunkach studiów mają miejsce co sześć lat.

UMB czeka jeszcze na uchwałę PKA, która potwierdzi oficjalnie przyznanie akredytacji na prowadzenie kierunku na kolejne lata. ■

BDC

Prof. Szmitkowski konsultantem krajowym

Profesor Maciej Szmitkowski został ponownie konsultantem krajowym w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Na to stanowisko powołał go minister zdrowia.

Konsultantów minister wybiera spośród wybitnych specjalistów. Do ich zadań należy m.in. inicjowanie krajowych badań epidemiologicznych oraz ocena metody i wyników tych badań, prognozowanie potrzeb zdrowotnych w swojej dziedzinie, opiniowanie wniosków o skierowanie pacjenta do leczenia poza granicami kraju czy opiniowanie przy zadaniach realizowanych przez centra egzaminacyjne dla medyków.

Prof. Szmitkowski jest kierownikiem Zakładu Diagnostyki Biochemicznej UMB. To absolwent naszej uczelni, z nią związał się zawodowo. ■

BDC

Ministerstwo Nauki dołoży do projektu ImPRESS

Minister nauki i szkolnictwa wyższego przyznał Uniwersytetowi Medycznemu w Białymstoku 7,5 mln zł na uruchomienie unikalnych studiów doktoranckich z zakresu biomedycyny i biostatystyki w języku angielskim.

Projekt nazywa się „International Interdisciplinary PhD studies in Biomedical Research and Biostatistics. Supporting the career and training in omic-based research and biostatistics by inter-national and - sectoral mobility” (ImPRESS). (Międzynarodowe, interdyscyplinarne studia doktoranckie w zakresie biologii, statystyki medycznej i bioinformatyki. Szkolenia w zakresie badań opartych na technologiach wielkoskalowych i biostatystyce oraz wsparcie kariery młodych naukowców poprzez mobilność międzynarodową i międzysektorową).

Grant ten wart 1,6 mln euro jest laureatem programu Komisji Europejskiej Horyzont 2020 (konkurs COFUND w ramach „Działań Marii Skłodowskiej-Curie”).

Celem projektu jest utworzenie interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich w zakresie biologii medycznej oraz biostatystyki dla młodych naukowców zajmujących się badaniami w zakresie chorób cywilizacyjnych oraz badaniami nad metodami z zakresu biostatystyki i bioinformatyki, koniecznymi dla opracowania i interpretacji danych uzyskanych w projektach badawczych. W ramach projektu przewidziana jest rekrutacja 15 doktorantów z całego świata na 4-letnie studia doktoranckie. Doktoranci tworzonych studiów będą prowadzili in-

dywidualne projekty badawcze oparte o poszukiwanie nowych markerów wczesnego wykrywania, zapobiegania oraz biomarkerów skutecznej indywidualizowanej terapii chorób cywilizacyjnych w oparciu o innowacyjne



7,5 mln zł

tyle Ministerstwo Nauki przyznało UMB na uruchomienie unikalnych studiów doktoranckich z zakresu biomedycyny i biostatystyki w języku angielskim

technologie wielkoskalowe oraz najnowocześniejsze metody obrazowania medycznego (PET/MR). Badania będą prowadzone w takich specjalnościach klinicznych jak: onkologia, choroby metaboliczne, w tym cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby neurodegeneracyjne, immunologia. Opiekunami doktorantów będą wybitni naukowcy z Europy. Absolwenci studiów doktoranckich otrzymają stopień doktora nauk medycznych lub biologii medycznej bądź doktora nauk farmaceutycznych.

We współczesnej medycynie możliwe jest zebranie wielu danych o pacjencie, jednakże niezwykle istotna, wręcz kluczowa, jest umiejętność opracowania uzyskanych informacji (przy użyciu technik na dużą skalę) i wyciągnięcie wniosków. Rynek pracy cierpi jednak na brak takich specjalistów.

Od 2014 r. w ramach programu Horyzont 2020 dofinansowanie z Komisji Europejskiej na realizację projektów COFUND otrzymały tylko trzy polskie jednostki: Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, Instytut Chemii Fizycznej PAN i NCN. W 2016 r. do laureatów konkursu dołączył Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (1,6 mln euro). ■

OPR. BDC

UMB będzie współpracować z IPN

Instytut Pamięci Narodowej podpisał umowę o współpracy (4.10) z konsorcjum sześciu polskich uczelni medycznych „w zakresie prowadzenia badań identyfikacyjnych ofiar zbrodni przeciwko narodowi polskiemu”.

Konsorcjum GRID, tj. Konsorcjum naukowo-badawcze - Grupa ds. Identyfikacji (na podstawie) DNA, tworzy

sześć polskich uczelni medycznych: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu - Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich

w Wrocławiu. W przypadku UMB w pracach zespołu badawczego brać będą udział m.in. prof. Anna Niemcunowicz-Janica, kierownik Zakładu Medycyny Sądowej UMB oraz prof. Witold Pepiński, genetyk z UMB. ■

BDC, IPN

Pielęgniarka lepsza niż dr Google

Klinika Hematologii z Pododdziałem Chorób Naczyń Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku otrzymała 12 września certyfikat programu „W trosce o pacjenta”.

To wyróżnienie to sygnał dla chorych na przewlekłą białaczkę szpikową, że w tym ośrodku mogą liczyć na kompleksową pomoc i wsparcie.

Zanim Klinika Hematologii otrzymała certyfikat, musiała rozpocząć specjalny program edukacyjny. Od 2014 roku dwie pielęgniarki z tej kliniki uczestniczyły w cyklicznych spotkaniach edukacyjnych, podczas których pogłębiały wiedzę na temat przewlekłej białaczki szpikowej (PBSz) oraz zasad postępowania w przypadku tej choroby. Następnie wiedzą i doświadczeniem dzieliły się z pacjentami podczas indywidualnych i grupowych spotkań. Uczyły ich oraz rodziny, jak żyć z tym rodzajem nowotworu, informowały o terapii, ale też o tym, jak ważne jest regularne przyjmowanie leków oraz wizyty u lekarza.

Przewlekła białaczka szpikowa to nowotwór krwi. Przez lata była uznawana za śmiertelną. W ostatnich latach, kiedy pojawiła się nowa grupa leków, stała się chorobą przewlekłą. Pacjent bowiem, który przyjmuje właściwe leki, dba o zdrowie, regularnie zgłasza się do szpitala czy poradni na badanie krwi i szpiku, jest w stanie normalnie żyć, aktywnie uczestniczyć w życiu zawodowym czy społecznym.

- Ten certyfikat to uznanie naszej pracy i profesjonalnej opieki nad pacjentami z przewlekłą białaczką szpikową - mówi dr hab. Jarosław Piszcz, zastępca kierownika Kliniki Hematologii w USK. - Ten dokument to także potwierdzenie pewnej drogi, którą jako klinika przeszliśmy. Nasze pielęgniarki mają za sobą odpowiednie szkolenie, a swoją wiedzą codziennie dzielą się z pacjentami. Dlaczego to takie ważne? Chory często ma ograniczony kontakt z personelem medycznym. Podczas wizyty lekarskiej nie zawsze uda się mu wyjaśnić wszystkie wątpliwości. Zresztą często te pytania, które go nurtują, nie pojawiają się w czasie wizyty, ale przychodzą do



Dr hab. Joanna Góra-Tybor wręcza certyfikat dr hab. Jarosławowi Piszczowi oraz pielęgniarce Annie Sulima-Dolina z Kliniki Hematologii, fot. Wojciech Więcko

głowy w domu, przed snem czy rano po obudzeniu. Nasi podopieczni mają podane numery telefonu do pielęgniarki, mogą w każdym momencie dzwonić i pytać o wszystko. Poradzić się, czy trzeba zgłosić się do lekarza, czy też spać spokojnie. Dzięki temu nie czują się w tej chorobie osamotnieni.

Pacjenci przyznają, że często wiadomość o nowotworze jest dla nich dramatem i wyrokiem. Czują się pogubieni. I wtedy mogą zadzwonić do kompetentnej pielęgniarki.

- Najczęściej pytają o dietę, o różnego rodzaju używki, o suplementy diety, czy mogą przyjmować - mówi Anna Sulima-Dolina, pielęgniarka z Kliniki Hematologii, opiekująca się pacjentami z przewlekłą białaczką szpikową. - Pytają o to, o co zapomnieli zapytać w gabinecie. Często pełnimy też rolę przekątnika pomiędzy medykiem a chorym. Pracuję w klinice, więc każdego dnia mogę porozmawiać z lekarzem, skonsultować problem i szybko przekazać informację osobie cierpiącej na białaczkę. Raz w roku organizujemy też spotkanie grupowe. Przy herbatce nasi pacjenci i ich rodziny mogą pomówić o swoim przypadku, wymienić się doświadczeniami. Uczestniczymy też w warsztatach psychologicznych po to, by potrafić rozmawiać zarówno z pacjentami jak i ich rodzinami, umieć doradzić i wesprzeć. Zawsze mówię

moim podopiecznym, że bywają gorsze schorzenia, nieuleczalne. A w przewlekłej białaczce szpikowej są leki, trwają też ciągle prace nad nowymi preparatami. Mówię im, że przy prawidłowym postępowaniu, z tą chorobą można normalnie żyć. Daję im nadzieję.

Białostocka klinika jest 15. w kraju wyróżnioną certyfikatem. O taki dokument stara się kolejnych siedem.

- Ten program bardzo ułatwia życie pacjentom z PBSz - mówi dr hab. Joanna Góra-Tybor, kierownik kliniki chorób układu krwiotwórczego Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, sekretarz Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, która również ma nadzór nad programem.

- Pacjenci z nowotworem wiedzą, że zawsze mają na kogo liczyć. Nie mam wątpliwości, że taka wyedukowana pielęgniarka jest lepsza niż „dr Google”. I bardziej kompetentna.

Certyfikat przyznawany jest przez radę specjalistów złożoną z przedstawicieli środowiska lekarskiego, pielęgniarskiego i pacjentów.

Przewlekła białaczka szpikowa stanowi 25 proc. wszystkich białaczek u dorosłych. Średni wiek pacjentów to 45-55 lat, częściej chorują mężczyźni niż kobiety. ■

Jak żyć z rakiem?

Choć występują dwa razy częściej niż np. rak szyjki macicy, są często lekceważone zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy. Nowotwory głowy i szyi, choć na świecie uleczalne, w Polsce często są wyrokiem śmierci, gdyż pacjenci za późno otrzymują leczenie.

1 przez **3**

Jeżeli masz **JEDEN** z poniższych objawów przez **TRZY** tygodnie...

Hasło „jeden przez trzy”, stworzone przez wiodących europejskich ekspertów z dziedziny nowotworów głowy i szyi, oznacza, iż lekarze rodzinni i stomatolodzy powinni kierować swoich pacjentów do laryngologa lub chirurga szczękowego, jeżeli stwierdzą u nich jeden z poniższych objawów utrzymujący się przez trzy tygodnie.

Pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej	Ból gardła	Przewlekła chrypka
Ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem	Guz na szyi	Jednostronna niedrożność nosa oraz/lub wyciek z nosa

TYDZIEŃ 1 **TYDZIEŃ 2** **TYDZIEŃ 3**

ZGŁOŚ SIĘ DO LEKARZA

Wczesne skierowanie i diagnoza ocalą Ci życie. Nie czekaj.

Postrzeganie tej choroby ma zmienić organizowany już po raz piąty Europejski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi (koniec września). Tegoroczna akcja odbyła się pod hasłem „Wspieramy jakość życia chorych po leczeniu nowotworów głowy i szyi”.

- Chcemy, bowiem zwrócić uwagę nie tylko na samą chorobę, jej przyczyny czy objawy – mówi dr hab. Ewa Sierko z Białostockiego Centrum Onkologii. – Ale również o to, by walczyć o jak najlepszą jakość życia chorych, tych których udaje się uratować. Nowotwory głowy i szyi są bardzo okaleczające dla pacjentów. Często zmienia się wygląd chorych, mają oni także problemy z jedzeniem, pić czy mówieniem. Mają bolesne blizny.

By mogli wrócić do normalnego funkcjonowania potrzebują zarówno rehabilitacji, ale też i pomocy psychologa. I chcemy na to zwrócić uwagę.

Rocznie na Podlasiu ten rodzaj nowotworów stwierdza się u około 350-400 osób (u ponad połowy choroby jest rozpoznawana w zaawansowanym stadium). Do tej pory przyjmowano, że głównym czynnikiem ryzyka jest palenie papierosów, picie alkoholu, nie dbanie o higienę jamy ustnej. Teraz coraz głośniejsze mówi się o wirusie HPV.

- Raka jamy ustnej czy gardła coraz częściej obserwujemy u pacjentów tzw. młodych dorosłych – mówi dr Dorota Dziemiańczyk-Pakieła z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu Medycznego

w Białymstoku. – Są to osoby, które mają poniżej 40 lat, nie palą papierosów i nie nadużywają alkoholu. Nie noszą też protez, które by uciskały czy ocierały śluzówkę jamy ustnej. W ich przypadku „winnym” jest wirus HPV, który coraz częściej odpowiada za ten typ nowotworów. I tu apel do lekarzy rodzinnych czy stomatologów, by nie lekceważyli objawów także u pacjentów pozornie spoza grup ryzyka.

A jakie objawy mogą być niepokojące?

Bóle języka, gardła, owrzodzenia w jamie ustnej, utrzymująca się chrypka, trudności w połykaniu, guzki w szyi itd. ■

KM

Kongres trochę medyczny

Wschodni Kongres Gospodarczy w Białymstoku to spotkanie osób ze świata nauki, biznesu, polityki, ale też samorządu. To wydarzenie zawsze w swoim programie ma wątki dotyczące nowoczesnej medycyny.

Tegoroczna edycja kongresu (27-28 września) była już z czwartą z kolei. Tematem przewodnim wszystkich dyskusji był „Pomysł na Wschód”, czyli próba znalezienia wspólnej strategii, by bardziej niż obecnie zaktywizować Polskę Wschodnią. Rozwój medycyny, sektora usług rehabilitacyjnych i geriatrycznych, nowoczesne badania medyczne i farmaceutyczne - o nich od dawna się mówi, że mogą być inteligentną specjalizacją Podlasia.

Podczas tegorocznego spotkania poruszono dwa tematy: „Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce” oraz „Inwestycje w infrastrukturę i naukę w ochronie zdrowia”. Oba bardzo na czasie. Pierwszy w głównej mierze dotyczył tego, jak tzw. ustawa

o sieci szpitali wpłynie na cały system ochrony zdrowia w Polsce. Drugi panel to była próba poszukiwania odpowiedzi na pytania dotyczące kierunków inwestycyjnych w branży medycznej, ale też sposobów angażowania w nie kapitału prywatnego. Całość w kłamrę spajała nowa ustawa o szkolnictwie wyższym, tzw. ustawa 2.0.

W pierwszym przypadku dyskutowano na kilka dni przed wprowadzeniem reformy, wciąż było dużo znaków zapytania. W zasadzie wszystkie wątpliwości rozbiły się o wysokość ryczałtów. Przypomnijmy: w tzw. sieci szpitale już nie kontraktują usług, a przez cztery lata mają wypłacany ryczałt na usługi od NFZ, nie będzie już płatnych nadwykonań.

- Z natury jestem optymistą i tak też patrzę na tę reformę. Co nie znaczy, że nie mam związanych z nią różnych wątpliwości - podsumowywał prof. Janusz Dzieciół, prorektor ds. klinicznych UMB.

Prorektor ds. nauki prof. Marcin Moniuszko uczestniczył w dyskusji dotyczącej innowacji oraz świata nauki i biznesu. Jego zdaniem, obecny system finansowania nauki stymuluje, a niekiedy wręcz faworyzuje projekty będące efektem współpracy świata nauki i biznesu. Jest to dla wielu naukowców nowa sytuacja, ale podjęcie tego wyzwania przez akademików może przynieść realne korzyści społeczne i gospodarcze. ■

BDC

Dyskusja o przyszłości uniwersytetów lokalnych

„Miejsce i rola uniwersytetu w XXI wieku. Nauka - kultura - wymiar lokalny” - to temat dyskusji, która odbyła się na Uniwersytecie w Białymstoku.

Czy można sobie wyobrazić taki region, jak Podlaskie, bez wyższych uczelni? Jaką rolę ogrywają uniwersytety dziś, a jakie będzie ich zadanie w przyszłości? Co może zmienić się w szkolnictwie wyższym i nauce po zapowiadanej reformie?

- Uniwersytety nie funkcjonują same dla siebie, ale mają do spełnienia bardzo ważne funkcje społeczne. Dlatego stawiane pytanie nie powinno brzmieć czy uniwersytety są potrzebne, ale jakie one powinny być - mówił prof. Marcin Moniuszko, prorektor ds. nauki UMB, który był jednym z panelistów podczas debaty.

Jak dodał, uczelnie wyższe powinny nie tylko dostarczać wykształconych kadr, ale też inspirować swoje otoczenie, wyznaczać kierunki działania w przyszłości, rozwiązywać problemy wspólnie z instytucjami działającymi w ich pobliżu.



Prorektor Marcin Moniuszko (z mikrofonem) podczas debaty na UWB, fot. Wojciech Więcko

Część z głosów w dyskusji dotyczyła problemu wyjazdu młodych osób z Białegostoku na studia do innych ośrodków naukowych. Zdaniem wojewody podlaskiego Bohdana Paszkowskiego może to być zwyczajnie efekt tego, że daliśmy sobie wmówić że „u nas jest gorzej, tam dalej lepiej”. To zaś, jego zdaniem, jest rezultatem niedostatecznej promocji naszych uczelni.

- Ludzie zawsze wyjeżdżali. Czynników tego szukałbym gdzie indziej. Dla

przykładu rynek pracy w Warszawie jest pewnie ze cztery razy lepiej rozwinięty niż w naszym mieście. Młodzi widzą, jakie tam mogą mieć perspektywy - ripostował dr hab. Robert Ciborowski, rektor UWB.

Konferencja kończyła obchody jubileuszu 20-lecia Uniwersytetu w Białymstoku. ■

BDC

Były naczelny „Medyka” został rektorem

Jeszcze do niedawna naczelny „Medyka Białostockiego”, a od 1 września JM Rektor Wyższej Szkoły Medycznej prof. Lech Chyczewski.

Prof. Lech Chyczewski jest patomorfologiem i wieloletnim pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. 1 września odebrał akt nominacji na rektora Wyższej Szkoły Medycznej oraz insygnia władzy rektorskiej.

- Nie mam wątpliwości, że przyjęcie prof. Chyczewskiego do tej uczelni wniesie wiele dobrego – powiedział Mikołaj Tomulewicz, założyciel uczelni.

W Wyższej Szkole Medycznej studiuje obecnie ponad 700 osób, w tegorocznym naborze zgłosiło się ponad 300 chętnych do zgłębiania wiedzy na pięciu kierunkach.

- Ta uczelnia w sposób całościowy przygotowuje do zawodu, znaczący nacisk kładąc na wiedzę praktyczną – mówił nowy rektor prof. Chyczewski. – Jednak to, co mnie zachęciło i zmotywowało do objęcia tej funkcji, to również ciekawe badania naukowe prowadzone tutaj, zdobywane



Prof. Lech Chyczewski odbiera indygnia rektorskie od założyciela WSMed Mikołaja Tomulewicza

patenty czy prace komercjalizacyjne. Prof. Lech Chyczewski ma 72 lata, urodził się i wychował na Mazowszu, a do Białegostoku trafił na studia w Akademii Medycznej w Białymstoku. Od ukończenia uczelni w 1970 pracuje w Zakładzie Patomorfologii Lekarskiej, gdzie przeszedł wszystkie szczeble kariery akademickiej. Jest

autorem i współautorem ponad 600 prac naukowych. W pracy naukowej zajmował się problematyką biologii raka płuca. Przez ostatnie 15 lat pełnił funkcję rzecznika prasowego UMB, a także był redaktorem naczelnym miesięcznika „Medyk Białostocki”. ■

BDC

Krótko z UMB

Greckie szkolenie

Trzej greccy lekarze na początku października szkolili się w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. To kardiologowie inwazyjni z Salonik i Aten, którzy w Białymstoku uczyli się, jak stosować metodę aterektomii rotacyjnej w praktyce (metoda udrażniania tętnic). Białostocka Klinika Kardiologii Inwazyjnej jest jedynym certyfikowanym ośrodkiem w kraju, posiadającym uprawnienia do prowadzenia takich szkoleń. W sumie przeszkoliła już 200 kardiologów interwencyjnych z całej Europy.

Na czym polega aterektomia rotacyjna? Kardiolog wprowadza do na-

czynia wiertło pokryte mikrokryształkami diamentu, które wiruje z prędkością 130 do 200 tysięcy obrotów na minutę. Wiertło przewierca zwapniałe odcinki naczyń rozdrabniając blaszkę miażdżycową. Kiedy zwężenie jest już usunięte, a tętnica poszerzona, możliwa jest wówczas angioplastyka z wykorzystaniem stentu. Rotablacja to metoda polecana pacjentom, których naczynia wieńcowe są zwapniałe.

Lekarka i cudne obrazy

Katarzyna Krauze-Romejko absolwentka UMB i lekarz rodzinny zdobyła najwięcej głosów w konkursie online podczas prestiżowego 43.

Biennale Malarstwa „Bielska Jesień” 2017. Serca oglądających zdobyła baśniowymi pejzażami i surrealistycznymi wizjami miast.

„Bielska Jesień” to jeden z najważniejszych w Polsce konkursów malarstwa współczesnego, organizowany przez Galerię Bielską BWA. W konkursie odbywającym się co dwa lata mogą uczestniczyć zarówno absolwenci wyższych szkół artystycznych, jak i osoby bez takiego wykształcenia. Na tegoroczną, 43. edycję „Bielskiej Jesieni” napłynęło blisko 3 tys. prac od 700 artystów z całej Polski. ■

BDC

Aula Magna znowu piękna



Komisja uczelniana ocenia wykonane prace konserwatorskie w Auli Magna



Każdy centymetr kwadratowy Auli Magna został oczyszczony i zakonserwowany



Ekipa remontowa pracowała przez pół roku



Kaplica Pałacowa w pełnej krasie

Zakończył się remont Auli Magna i pałacowej kaplicy w Pałacu Branickich. Po pół roku prac wszystko błyszczy i pachnie nowym. Choć nie były to gruntowne prace remontowe, to efekt jest niesamowity.

Przede wszystkim wszystko odświeżono i oczyszczono. Zakonserwowano malowidła, zmieniono grzejniki, wyremontowano parkiety. Uzupelniono brakujące elementy dekoracyjne. W pałacowej kaplicy - zgodnie z najnowszymi trendami - lepiej wyeksponowano zabytkowe elementy.

Całość prac pochłonęła ok. 700 tys. zł. Był to element realizacji projektu „Spacer w przeszłość - konserwacja i rewitalizacja dziedzictwa kulturowego Pałacu Branickich w Białymstoku” - remont Aula Magna i Kaplicy Pałacu Branickich.

Dalej trwają prace konserwatorskie w piwnicach pałacowych. Zakończenie projektu zaplanowano na sierpień 2018 roku. Od września przyszłego roku zwiedzający będą mieli możliwość udania się na wirtualny „Spacer w przeszłość” pokazujący nie tylko historię pałacu, ale też Białegostoku.

BDC



Najnowsze trendy w pracach konserwatorskich sugerują, by pokazywać w którym miejscu mamy część zabytkową, a w którym jest ona tylko odbudowana



Studia lekarskie nadal 6-letnie

Rozprawiamy się z mitem, że w nowym systemie nauczania studia lekarskie trwają tylko pięć lat. Tak nie jest. Co nie oznacza, że program jest taki sam.

KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Wiele osób jest przekonanych, że teraz studia na wydziale lekarskim są pięcioletnie i obecnie edukację kończą jednocześnie dwa roczniki. Czy tak jest?

PROF. IRINA KOWALSKA, dziekan wydziału lekarskiego UMB: - Nie. Tak nie jest. Całe to zamieszanie wynika z kilku rzeczy. W 2011 roku zniesiono staż podyplomowy. Te zmiany jednak nigdy do końca nie weszły w życie (pierwszy rocznik bez stażu miał kończyć studia w 2018 roku), bo w 2016 roku staż podyplomowy przywrócono. Jednocześnie jednak utrzymano nowy standard kształcenia na kierunku lekarskim. Tak więc studia medyczne na Wydziale Lekarskim trwały i nadal trwają sześć lat. Zmiany dotyczą jedynie programu nauczania. Nowe standardy weszły w życie wraz z rocznikiem, który zaczynał studia w roku akademickim 2012/2013; teraz rocznik ten rozpoczyna VI rok studiów. A właśnie największa różnica dotyczy tego VI roku.

Jakie to zmiany?

- Według nowych standardów na ostatnim roku przewidziane jest tzw. praktyczne nauczanie kliniczne, zakończone głównymi egzaminami dyplomowymi. Cały VI rok poświęcony jest na doskonalenie umiejętności praktycznych studentów w szpitalach, ostatnio dopuszczono też kształcenie w centrach symulacji medycznej. Z drugiej strony dotąd również na VI roku odbywały się zajęcia praktyczne. To prawda, ale nieco inaczej one wyglądały i na ostatnim roku odbywały się według innego programu. Aktualnie układ zajęć na roku VI jest nieco inny. Są tam np. choroby wewnętrzne, a do tej pory przedmiot ten kończył się już na V roku egzaminem. Na ostatnim roku jest też chirurgia, położnic-



Dziekan prof. Irina Kowalska wręcza dyplomy lekarskie słynnym już w całym kraju trojczkom braciom Rosa: Stanisławowi, Krzysztofowi i Janowi (2016 r.), fot. Wojciech Więcko

two i ginekologia, medycyna rodzinna, psychiatria, medycyna ratunkowa, pediatria i tzw. przedmiot do wyboru. To nowość. Na ten przedmiot student ma przeznaczone sześć tygodni zajęć. W nowym standardzie kształcenia na kierunku lekarskim mamy podzielone przedmioty na grupy: nauki morfologiczne, naukowe podstawy medycyny, nauki przedkliniczne, nauki behawioralne i społeczne z elementami profesjonalizmu, prawne i organizacyjne aspekty medycyny, kliniczne nauki niezabiegowe i kliniczne nauki zabiegowe. Ten przedmiot do wyboru powinien się mieścić w tych dwóch ostatnich grupach. Ponadto, co ważne, na VI roku nie ma już wykładów. W naszym programie dodaliśmy wykłady z medycyny ratunkowej, bo to jedyny przedmiot, który w nowym standardzie kształcenia na kierunku lekarskim jest wyłącznie na VI roku.

Jak od strony praktycznej będą wyglądać te zajęcia?

- Pierwszą część dnia, do południa, studenci będą spędzać w klinikach szpitalnych zgodnie z harmonogramem zajęć. Będą one prowadzone

w 6-osobowych grupach. Początkowo planowaliśmy, że będą to grupy 2-3-osobowe. Niestety, sytuacja finansowa uczelni na to nie pozwala, zresztą podobnie jest w wielu innych uczelniach w Polsce. Drugą część zajęć studenci będą odbywać w większych grupach. Wprowadziliśmy nowy rodzaj nauczania „Praktyczne rozwiązywanie problemów klinicznych”. Polega ono na tym, że lekarz prowadzący ćwiczenia, będzie omawiał dane zagadnienie w oparciu o przypadki kliniczne, a na koniec studenci wspólnie z asystentem będą rozwiązywali zadania związane z tą kwestią. Z założenia mają to być zajęcia interaktywne. Jeśli zaś chodzi o przedmiot do wyboru, to student przez 6 tygodni będzie przebywał w wybranej przez siebie klinice związanej z realizacją przedmiotu z grupy nauk klinicznych zabiegowych bądź niezabiegowych. Tam będzie spędzał sześć godzin zajęć praktycznych, podobnie jak lekarz stażysta. Będzie uczestniczył w prowadzeniu chorego.

Widzę tu jednak kolejny problem. Już teraz pacjenci skarżą się, że

przez sale chorych przewijają się codziennie tłumy studentów. A teraz, oprócz młodszych roczników, dodatkowo będą dwie grupy: stażystów i studentów VI roku, a jedni i drudzy będą robić podobne rzeczy.

- To prawda i na pewno będzie to jakaś trudność. Liczymy jednak, że szybko uruchomione zostanie Centrum Symulacji Medycznej. Mam nadzieję, że przynajmniej część nauczania można będzie tam prowadzić. Może nie tyle dotyczyć to będzie VI roku, ale młodsze roczniki na pewno z takich zajęć skorzystają i odciążą kliniki. Ponadto trzeba też pamiętać, że inne uprawnienia mają studenci VI roku, a inne stażyści. Ci ostatni zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, która obowiązuje od stycznia 2017 roku, mają przyznane pełne prawo wykonywania zawodu na okres i w celu odbycia stażu. To oznacza, że mogą wystawiać recepty, zwolnienia, etc. Student VI roku takich uprawnień nie ma, ciągle uczy się praktycznych aspektów wykonywania zawodu. Myślę, że te 6 tygodni spędzonych w klinice wybranej przez studenta pozwoli przysłym lekarzom łatwiej podjąć decyzję odnośnie wyboru specjalizacji.

Czy te zmiany w programie studiów są wprowadzane jednocześnie w całej Polsce? I czy było trudno to zrobić?

- Tak, ten nowy program nauczania wszedł w życie we wszystkich uczelniach w roku akademickim 2012/2013. Przez ostatnie pięć lat symultanicznie wygaszaliśmy stary program (ostatni rocznik kończy właśnie studia - red.) i wprowadzaliśmy nowy. To nie były łatwe lata. Dodatkowo prowadzona była rozbudowa i remont Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. W wielu zakładach czy jednostkach klinicznych nakładały się zajęcia. Zdarzyło się, że np. nauczanie z przedmiotów podstawowych według starego trybu kształcenia odbywało się na II roku, a wedle nowego standardu na I roku. Czyli w jednym roku akademickim do jednego zakładu naraz trafiały dwa roczniki. Pod względem organizacyjnym nie było to łatwe. Chcę jednak wszystkim serdecznie podziękować: zarówno naszej

kadrze akademickiej, jak i studentom. Jedni i drudzy rozumieli tę sytuację, sprostali temu, za co jestem im bardzo wdzięczna.

Czy pojawiły się też jakieś nowe przedmioty?

- Nowością jest np. profesjonalizm w medycynie. Ten przedmiot przygotowuje do wykonywania zawodu nie tylko od strony praktycznej, ale też szeroko pojętej strony psychologicznej i etycznej. Zaczyna się na II roku i trwa przez kilka lat. W trakcie zajęć poruszane są tematy komunikacji z pacjentem, z jego rodziną, ale również z drugim lekarzem, czy też zasad

*Prof. Irina Kowalska,
działek Wydziału
Lekarskiego UMB:*

- Według nowych standardów na ostatnim roku przewidziane jest tzw. praktyczne nauczanie kliniczne. Cały VI rok poświęcony jest na doskonalenie umiejętności praktycznych studentów w szpitalach

prowadzenia badań. Wydaje mi się, że to ciekawe i bardzo potrzebne. Zresztą dostaję sygnały od studentów, że są one przez nich wysoko oceniane. Poznają tam ciekawe umiejętności, które są nieodzowne w zawodzie lekarza. Dodatkowo, jako jedyni w Polsce, wprowadziliśmy nauczanie z medycyny regeneracyjnej, które cieszą się bardzo dobrą opinią i dużym zainteresowaniem studentów.

Czy można już wyciągnąć wniośki, że nowy program będzie lepiej przygotowywać studentów do zawodu od strony praktycznej?

- Program na kierunkach „starym” i „nowym” jest bardzo podobny, zmieniony jest układ zajęć. Nieco mniej jest kształcenia na naukach podstawowych. Ponadto nauki kliniczne zaczynają się wcześniej, na niższych latach studiów i wydaje się, że więcej czasu

poświęcone jest na nabywanie umiejętności klinicznych. Zresztą o to prosili sami studenci, którzy chcieli mieć jak najwięcej zajęć w obecności pacjenta. I jak wspomniałam, na VI roku są nieco inne przedmioty. Teraz wszystkie tzw. duże przedmioty: internia, pediatria, ginekologia i położnictwo, chirurgia, psychiatria, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna i egzaminy z tych przedmiotów są na VI roku. W założeniu te zmiany mają przygotowywać naszych studentów bezpośrednio do lekarskiego egzaminu końcowego, który jest po VI roku.

Czy teraz będzie łatwiej zdać LEK?

- Mam nadzieję, że tak. Choć i tak w ostatnich latach nasi absolwenci doskonale wypadali na LEK-u, zajmując czołowe miejsca w Polsce.

Wiem, że nasi studenci gremialnie jeżdżą na specjalne kursy w Warszawie i Gdańsku przygotowujące do tego egzaminu. Może dzięki temu osiągają tak dobre wyniki?

- Ale również w Białymstoku organizujemy takie kursy! Pierwszy odbył się w ubiegłym roku. Był krótki, bo dwudniowy, ale bardzo intensywny. Przygotowując ten kurs, uwzględniliśmy sugestie studentów, uwagi, co jest im potrzebne. Uczestniczyło w nim prawie 160 osób, czyli praktycznie cały rocznik. Kurs był bezpłatny. Po zajęciach studenci wypełnili ankiety i ocenili go bardzo wysoko. W tym roku również takie szkolenie się odbyło. My zdajemy sobie sprawę, jak ważny jest wynik LEK-u - otwiera drzwi do wymarzonej specjalizacji. Dlatego chcieliśmy tak ten program studiów zmodernizować i unowocześnić, by przygotowywał do wykonywania zawodu i pozwalał naszym absolwentom osiągać jak najlepsze wyniki na egzaminie. Nam również, jako uczelni, bardzo zależy, by nasi studenci byli najlepsi na LEK-u. Dla wydziału jest to również ważne w celach promocyjnych, bo potem przyciąga kolejne roczniki najlepszych maturzystów z całej Polski, a także na studia English Division. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Od CAD/CAM po coaching: studencie szkol się

W roku akademickim 2017/18 studenci UMB będą mieli okazję wzięcia udziału w wielu ciekawych inicjatywach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Projekty o których mowa, rozpoczęły się w zeszłych latach, a uczestnicy dotychczasowych edycji nie tylko nabyli nowe kompetencje i kwalifikacje, ale odwiedzili również renomowane zagraniczne ośrodki naukowe.

Studenci Wydziału Lekarskiego UMB będą mogli podnieść swoje kompetencje w dwóch głównych dziedzinach: opiece geriatrycznej i protetyce. Projekt „Rozwój kompetencji studentów UMB niezbędnych do pracy w ramach zespołu terapeutycznego z pacjentem geriatrycznym” skierowany jest do studentów UMB Wydziałów Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu i umożliwi im udział w warsztatach oraz zadaniach praktycznych prowadzonych w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Dodatkowo bardzo atrakcyjną propozycją będą dwie wizyty studyjne, w tym wizyta na renomowanym norweskim Uniwersytecie w Bergen.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pracodawców, projekt „Program rozwoju kompetencji studentów kierunku techniki dentystyczne i kierunku lekarsko-dentystycznego UMB” oferuje studentom przede wszystkim możliwość nabycia kompetencji informatycznych w zakresie technik protetycznych CAD-CAM. Podobnie jak w przypadku studentów zainteresowanych podniesieniem kompetencji z zakresu geriatry, studenci zainteresowani protetyką również będą mieli okazję odbycia zagranicznej wizyty studyjnej oraz warsztatów CAD-CAM we Włoszech.

Istotną rolę w realizacji powyższych inicjatyw będzie odgrywało działające na UMB Akademickie Biuro Karier, zapewniając każdemu uczestnikowi

indywidualne spotkanie z doradcą zawodowym na rozpoczęciu i zakończeniu uczestnictwa w projekcie. Aktywność biura nie ograniczy się jednak do uczestników wspomnianych wyżej projektów. Poprzez udział w projekcie „Rozwój i poszerzenie oferty Akademickiego Biura Karier działającego na UMB”, studenci ostatnich lat wszystkich kierunków będą mieli unikalną możliwość uzyskania profesjonalnych porad z zakresu doradztwa zawodowego, jak również udziału w warsztatach, zajęciach coachingowych oraz aktywności typu job shadowing pod opieką mentora.

Najnowszym projektem, który jest obecnie na etapie podpisywania umowy o dofinansowanie, jest „Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego UMB”. Pierwsza jego edycja zaplanowana jest na wakacje roku akademickiego 2017/2018. Dzięki projektowi, studenci V roku kierunku lekarskiego będą mogli odbyć miesięczne staże krajowe i zagraniczne.

Jednym z najważniejszych projektów ostatnich lat w skali uczelni jest „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej”. W roku 2016-17 ze środków własnych uczelni została sfinansowana budowa budynku przy ul. Szpitalnej, w którym obecnie znajduje się Centrum Symulacji Medycznej

(CSM) - pierwszy tego typu ośrodek w regionie i jeden z nielicznych w kraju. Dzięki dofinansowaniu z UE w ramach projektu od czerwca 2016 roku prowadzone są szkolenia nauczycieli akademickich w polskich i zagranicznych ośrodkach. Obecnie, również ze środków unijnych, centrum jest trwale wyposażane, dzięki czemu powstają nowoczesne sale dydaktyczne symulujące środowisko rzeczywistych pomieszczeń szpitalnych.

Rok akademicki 2017/18 będzie charakteryzował się wyjątkowo atrakcyjną ofertą dla studentów w zakresie inicjatyw współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Warto zatem zainteresować się możliwościami, jakie w tym zakresie oferuje UMB i skorzystać z okazji do nabycia nowych kompetencji, zdobycia doświadczenia, poszerzenia horyzontów i zwiększenia swoich szans na rynku pracy.

Liczba miejsc we wspomnianych projektach jest ograniczona, a zasady rekrutacji oraz ich szczegółowe opisy dostępne są na stronach internetowych: <http://umb.edu.pl/geriatria>, <http://umb.edu.pl/techniki-protetyczne>, <http://umb.edu.pl/abk> i <http://umb.edu.pl/csm> lub w Dziale Projektów Pomocowych UMB. ■

**MICHAŁ PAWŁOWSKI
ANNA PIŁASZEWICZ**



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nasze uczelniane „Advances” punktuje

1,364 – to najnowszy współczynnik Impact Factor (IF) czasopisma naukowego UMB *Advances in Medical Sciences*. **To jedyne naukowe pismo w naszym regionie notowane na prestiżowej liście filadelfijskiej.**

„Advances in Medical Sciences” powstało w 1955 roku i pierwotnie nosiło tytuł „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” (*Annales Academiae Medicae Bialostocensis*). Publikowane są w nim artykuły dotyczące najnowszych osiągnięć z dziedziny nauk medycznych i pokrewnych. Pismo wydawane jest w Białymstoku, ale publikują w nim naukowcy z całego świata.

Współczynnik oddziaływania, czyli IF czasopisma naukowego określa jego prestiż. Ocena ta wydawana jest corocznie i w skrócie odnosi się do jakości i cytowalności zamieszczanych tam artykułów. Im IF jest wyższy, tym większy jest prestiż. *Advances* notuje ciągły wzrost od 2012 roku. Po raz pierwszy IF naszemu czasopismu przyznano mu w 2009 roku.

- W świecie nauki pozycję i prestiż wydawnictwa naukowego buduje się bardzo powoli, jest to wynikiem zaangażowania i ciężkiej pracy całego zespołu. A nam udaje się rok do roku być co raz wyżej ocenianym. To bardzo cieszy – mówi redaktor naczelny „Advances” prof. Jacek Nikliński.

Prof. Nikliński redaktorem naczelnym - wtedy jeszcze „Roczników AMB” - został w 2002 r. Dwa lata wcześniej pismo wypadło z listy Medline, czyli największej na świecie bazy danych czasopiśmiennictwa dotyczącego nauk



biomedycznych prowadzonej przez U.S. National Library of Medicine (USA). W efekcie w redakcji doszło do wielu zmian. W 2006 roku „Roczniki” przekształciły się w „Advances in Medical Sciences”. W 2009 r. po raz pierwszy pismo znalazło się na liście filadelfijskiej. W 2014 r. - trafiło pod skrzydła Elsevier, czyli jednego z najbardziej prestiżowych wydawnictw medycznych na świecie. W efekcie znajduje się w globalnych bazach wydawniczych tego potentata, do których dostęp ma 11 mln odbiorców (ci zaś pobierają z jego bazy ćwierć miliarda artykułów rocznie).

- To wszystko przekłada się na jeszcze większą liczbę przysyłanych do nas artykułów. Pomimo że są one co-

raz lepsze, oznacza to dla nas konieczność jeszcze bardziej wnikliwej ich selekcji – dodaje prof. Nikliński.

Z czasopismem współpracuje w ramach wolontariatu 4,2 tys. (!) recenzentów. To właśnie oni stoją za wyszukiwaniem tych najlepszych treści i pilnują poziomu pisma. W 2016 r. przysłano do redakcji prawie 550 artykułów naukowych. 90 proc. z nich trzeba było odrzucić. Rocznie na łamach „Advances in Medical Sciences” mieści się tylko ok. 60 tekstów.

- Otrzymujemy prace naukowe praktycznie z całego świata. Równie dużo pochodzi z polskich ośrodków naukowych. Jedynym kryterium ich kwalifikacji do druku jest nowatorski charakter i jakość naukowa – dodaje prof. Nikliński.

Redakcyjne plany na przyszłość są bardzo konkretne: jeszcze większe umiędzynarodowienie pisma i coraz wyższy Impact Factor. Redakcja chce szeroko otworzyć się na naukowy rynek azjatycki i tam pozyskiwać wartościowe publikacje. A to dlatego, że szereg tamtejszych ośrodków naukowych prezentuje niesamowicie wysokie poziomy naukowy i niejednokrotnie są one liderami światowymi w określonych dziedzinach naukowych. ■

WOJCIECH WIĘCKO

Skład redakcji „Advances in Medical Sciences”

Editor-in-Chief: Jacek Nikliński, Medical University of Białystok, Poland. **Deputy Editor:** Jan Długosz, Medical University of Białystok, Poland. **Managing Editor:** Urszula Polakowska-Mierzejewska, Medical University of Białystok, Poland. **Editors:** Łukasz Minarowski, Medical University of Białystok, Poland. Angelika Charkiewicz, Medical University of Białystok, Poland. Wioletta Omeljaniuk, Medical University of Białystok, Poland. **Administrative:** Małgorzata Laudańska, Medical University of

Białystok, Poland. **Section Editors:** Jarosław Krejza - Diagnostic Imaging, University of Maryland Medical Center, USA. Piotr Laudański - Gynecology and Obstetrics, Medical University of Białystok, Poland. Marcin Moniuszko - Immunology and Regenerative Medicine, Medical University of Białystok, Poland. Jolanta Małyszko - Internal Medicine, Medical University of Białystok, Poland. Lothar Pilz - Biostatistics, University of Heidelberg, Mannheim Faculty, Germany. Jerry D. Glickson - Molecular

Imaging, University of Pennsylvania, USA. Barbara Mroczo - Neurosciences, Medical University of Białystok, Poland. Elżbieta Skrzydlewska - Pharmaceutical Sciences, Medical University of Białystok, Poland. Lech Chyczewski - Pathological Sciences, Medical University of Białystok, Poland. **International Editors:** Richard McCallum - Co-Editor for USA, Texas Technical University, Health Sciences Center, USA. Jean Morisset - Co-Editor for Canada, Université de Sherbrooke, Canada.

Granty na UMB

Wakacje wakacjami, a naukowcy nie mają (aż tyle) wolnego. Wielu z nich powalczyło skutecznie o granty na swoje badania.

Miniatura w Muzeum UMB

Dr Magdalena Grassmann z Samodzielnej Pracowni Historii Medycyny i Farmacji UMB zdobyła grant na badania w ramach projektu Narodowego Centrum Nauki **MINIATURA 1**.

Dr Grassmann uzyskała finansowanie w kwocie 15,6 tys. zł na przeprowadzenie badań pt. „Polskie dziedzictwo medyczne w Chicago. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość”.

Projekt zakłada przeprowadzenie gruntownej kwerendy naukowej po zbiorach zgromadzonych głównie w Muzeum Polskim Ameryki w Chicago. Wstępny rekonesans potwierdził ogromny zasób materiałów źródłowych znajdujących się w teże placówce. W zbiorach muzealnego archiwum i biblioteki są zespoły akt ukazujących formowanie się na gruncie amerykańskim polskiego dziedzictwa medycznego, jak np. akta Polskiego Białego Krzyża, Związku Lekarzy Polskich, Polskiego Obywatelskiego Zjednoczenia Pomocy Wojennej Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, Stowarzyszenia Lekarzy i Dentystów Polskich w Ameryce oraz innych organizacji i osób prywatnych działających na rzecz organizowania pomocy lekarskiej i kultuwujących polską myśl medyczną. Będzie to pierwsza naukowa analiza dziedzictwa polskiej nauki medycznej na gruncie amerykańskim.

Dr n. med. Magdalena Grassmann jest historykiem medycyny. Kieruje Samodzielną Pracownią i Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB. Pełni funkcję pełnomocnika rektora ds. historycznych i muzealnych. Jest jedną z inicjatorek powołania Stowarzyszenia Muzeów Uczelnianych w Polsce, członkinią Światowej Rady Muzeów ICOM.



Dr Magdalena Grassmann otrzymała grant na zbadanie polskiego dziedzictwa medycznego w Chicago

Etiuda na stypendia doktorskie

Mgr Tomasz Kamiński z Wydziału Farmaceutycznego zdobył grant w ramach konkursu ETIUDA Narodowego Centrum Nauki na stypendia doktorskie. Dofinansowanie badań na temat „Siarczany indoksyłu a układ hemostazy w przewlekłej chorobie nerek” wyniesie ponad 115 tys. złotych. Projekt badawczy oceniono na drugim miejscu.

Mgr Kamiński skończył studia w 2013 roku na kierunku farmacja na Wydziale Farmaceutycznym UMB. Został doktorantem na interdyscyplinarnych Środowiskowych Studiach Doktoranckich w ramach KNOW. Od 2011 roku jest związany z Zakładem Farmakodynamiki. Kształcił się pod opieką prof. Dariusza Pawlaka i jego zespołu.

Obecnie naukowcy zajmują się oceną wpływu toksyny mocznicowej - siarczany indoksyłu - będącej metabolitem tryptofanu na układ krążenia, ze szczególnym naciskiem na układ hemostazy. Problemem jest blisko 20-krotnie wyższa śmiertelność pacjentów cierpiących na przewlekłą chorobę nerek z powodu zabu-

rzeń natury zakrzepowo-zatorowej w porównaniu do ogółu społeczeństwa. W ramach zrealizowanych dotychczas badań mgr Kamiński wraz z zespołem prof. Pawlaka wykazał szereg właściwości siarczany indoksyłu pozwalających wyodrębnić ten związek jako jedno z „brakujących ogniw” łączących przewlekłą chorobę nerek z zaburzeniami kardiologicznymi.

Kolejnym etapem badań będzie opanowanie zaawansowanych metod wizualizacji przyżyciowej, które w przyszłości umożliwią wykazanie molekularnych podstaw wpływu siarczany indoksyłu na wszystkie elementy odpowiedzialne za utrzymanie hemostazy. Dzięki stypendium możliwe będzie odbycie półrocznego stażu naukowego w jednej z czołowych jednostek naukowych zajmujących się obrazowaniem przyżyciowym w czasie rzeczywistym (real-time intravital) - Vascular Medicine Institute Pittsburgh (PA, USA).

Miniatura w chorobie nerek

Dr Tomasz Domaniewski z Zakładu Farmakoterapii Monitorowanej Wydziału Farmaceutycznego UMB

zdobył grant naukowy w ramach projektu MINIATURA wart 47 tys. zł.

Wniosek pod tytułem „Poszukiwanie genetycznych czynników zaangażowanych w proces lipodystrofii towarzyszącej przewlekłej chorobie nerek” zajął szóste miejsce na liście rankingowej konkursu.

Cel badań wpisuje się w tematykę naukowo-badawczą zespołu, do którego należy dr Domaniewski, kierowanego przez prof. dr hab. Krystynę Pawlak, tj. badania nad zaburzeniami metabolicznymi towarzyszącymi przewlekłej chorobie nerek (PCHN). Nieliczne doniesienia ostatnich lat sugerują, że PCHN może powodować stan „nabytej lipodystrofii” prowadzącej do utraty białej tkanki tłuszczowej oraz do licznych powikłań metabolicznych głównie w obrębie gospodarki lipidowej i węglowodanowej stanowiących elementy zespołu metabolicznego występującego również w przebiegu przewlekłej choroby nerek. Zaplanowany schemat badań stanowi kompleksowe i innowacyjne podejście do poszukiwania czynników wyżej opisanych zaburzeń. Mechanizmy regulujące różnicowanie komórek tłuszczowych budzą duże zainteresowanie również ze względu na potencjalne możliwości wykorzystania w metodach leczenia otyłości i prewencji chorób będących jej następstwem.

Kolejne Miniatury

Dr Krzysztof Fiedoruk z Zakładu Mikrobiologii Wydziału Lekarskiego UMB, dr Tomasz Misztal z Zakładu Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB oraz dr Sławomir Prokopiuk z Zakładu Farmakologii Doświadczalnej Wydziału Nauk o Zdrowiu otrzymali finansowanie swoich badań w ramach projektu Narodowego Centrum Nauki MINIATURA 1.

- **Dr Krzysztof Fiedoruk zdobył grant na badania wstępne pod tytułem „Rola białek rybosomalnych w termoadaptacji bakterii *Bacillus cereus sensu lato*”.** Uzyskał finansowanie w maksymalnej kwocie 50 tys. zł. Celem projektu jest weryfikacja hipotezy o związku między zmiana-

mi zachodzącymi w białkach rybosomalnych a adaptacją Gram-dodatnich laseczek *Bacillus cereus sensu lato* (zwanych też grupą *B. cereus*) do wzrostu w różnych zakresach temperatur. Temperatura jest jednym z kluczowych czynników kształtujących ewolucję mikroorganizmów i decydującym o ich podziale na organizmy termofilne, mezofilne oraz psychrofilne. Jest to szczególnie dobrze widoczne na przykładzie bakterii z grupy *B. cereus*, obejmującej gatunki o różnych wymaganiach temperatury skupiające się w obrębie tzw. termotypów. Stąd też znajdziemy tutaj zarówno laseczki termofilne/termotolerancyjne, takie jak będące przyczyną zatruc pokarmowych *B. cytotoxicus* i emetyczne szczepy *B. cereus*, laseczki mezofilne - wysoce chorobotwórcza dla ludzi i zwierząt laseczka wąglika (*B. anthracis*) oraz „owadobójcza” laseczka turyngska (*B. thuringiensis*), jak również psychrofilne gatunki *B. weihenstephanensis* i *B. mycoides*.

- **Dr n. med. Sławomir Prokopiuk otrzymał 49,9 tys. zł na badania pilotażowe nad rolą tempa metabolizmu podstawowego (BMR) w indukcji i progresji zmian w insulinooporności i cukrzycy typu 2.** Jednym z najistotniejszych problemów zdrowotnych ludzkości ostatniego stulecia jest otyłość i bezpośrednio związana z nią cukrzyca. Upośledzona wrażliwość na insulinę tkanek obwodowych odpowiedzialnych za gromadzenie i metabolizowanie glukozy, prowadzi do pojawienia się hiperglikemii, a w późniejszym etapie do rozwoju insulinooporności, cukrzycy typu 2 oraz powikłań naczyniowo-neurologicznych. Ostatnie badania wskazują, że za rozwój powyższych schorzeń mogą odpowiadać zmiany w profilu metabolicznym wywołane niewłaściwą dietą. Dlatego też założeniem badawczym planowanego projektu jest ocena roli tempa metabolizmu podstawowego (BMR) w indukcji i progresji zmian w insulinooporności i cukrzycy typu 2.

- **Dr Tomasz Misztal otrzymał 50 tys. zł na badania nad kandydatami do nowej klasy leków przeciw-płytkowych.** Zakrzepy i zatory są

najczęstszą bezpośrednią przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Stosowane obecnie leki przeciw-płytkowe i przeciwzakrzepowe mają jednak ograniczoną skuteczność, szczególnie w sytuacjach, gdy powstawanie zakrzepu jest inicjowane przez oderwanie blaszki miażdżycowej lub w wypadku uszkodzenia naczyń np. przez stent. W związku z powyższym istnieje nagła potrzeba poszukiwania nowych leków przeciwzakrzepowych opartych na nowym mechanizmie działania. Potencjalnym nowym punktem działania leków przeciw-płytkowych mogą być niedawno odkryte w płytkach krwi akwaporyny (AQP).

Konkurs NCN MINIATURA przeznaczony jest na pojedyncze działania naukowe, z którego naukowcy ze stopniem doktora mogą finansować m.in. wyjazdy na kwerendy, wyjazdy badawcze czy konferencje. Listy rankingowe będą regularnie uzupełniane do końca 2017 r. W pierwszym naborze sfinansowanych zostało osiem projektów, w kwotach od 6 tys. zł do 49 tys. zł.

Grant na raka jelita grubego

Dr Justyna Hermanowicz z Zakładu Farmakodynamiki Wydziału Farmaceutycznego UMB zdobyła grant na badania wstępne pod tytułem „Modulacja aktywności kinazy tyrozynowej Brutona oraz jednoczesna aktywacja receptorów erytropoetynowych Epo-R i Bc-R jako nowa propozycja chemioterapeutyczna wobec komórek raka jelita grubego.” Uzyskała finansowanie w kwocie 49,5 tys. zł Projekt stanowi kontynuację prowadzonych w Zakładzie Farmakodynamiki badań związanych z udziałem kinazy tyrozynowej Brutona w procesie rozwoju i progresji chorób rozrostowych. Rak jelita grubego stanowi istotny problem zarówno w aspekcie medycznym, jak też społecznym. Stosowana obecnie terapia często jest zdecydowanie niezadawalająca, oprócz ograniczonej skuteczności, obciążona jest licznymi działaniami niepożądanymi. ■

OPR. BDC

Biznes w UMB

Powstaje nowy uczelniany portal internetowy, który będzie się zajmował tylko i wyłącznie komercyjną stroną nauki.

- Chcemy się lepiej pokazać przedsiębiorcom. Zainteresować ich tym, w jakich obszarach możemy wspólnie odnosić sukcesy - zdradza dr Andrzej Małkowski z Biura Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii UMB.

Potrzebę stworzenia portalu wymusiło życie. W zeszłym roku prorektor ds. nauki prof. Marcin Moniuszko podczas jednego z zagranicznych spotkań prezentował ofertę naukową uczelni. Przedstawił najnowsze osiągnięcia badawcze ludzi, którzy tu pracują, ale też sprzęt, jakim dysponują. A że uczelnia w ostatnim czasie zakupiła z dotacji unijnych naprawdę światowej klasy urządzenia, to ich posiadanie odbierane jest w środowisku naukowym bardzo pozytywnie. Jeden z uczestników spotkania jeszcze podczas wystąpienia prorektora sprawdził stronę internetową naszej uczelni (www.umb.edu.pl) i zapytał, dlaczego nie może tam znaleźć tych informacji.

- Co prawda są one na uczelnianej stronie internetowej, ale nie wyeksponowane jako te najważniejsze. Bierze się to stąd, że uczelniana witryna skierowana jest głównie do studentów, maturzystów oraz osób zajmujących się dydaktyką, a nie do odbiorców poszukujących partnerów do swoich przedsięwzięć. To głównie dlatego jest potrzeba stworzenia odrębnego portalu - tłumaczy dr Andrzej Małkowski z uczelnianego Biura Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii.

Decyzje podjęto szybko. Środki na stworzenie portalu znalazły się w projekcie „Inkubator Innowacyjności +” współfinansowanym przez MNiSW ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój.

Technicznie prace nad witryną zajęły kilka miesięcy. We wrześniu był już gotowy mechanizm funkcjonowania samego portalu i rozpoczęło się wypełnianie go treścią. To ona jest najważniejsza.

Prócz prezentacji poszczególnych jednostek badawczych, ofert realizacji konkretnych badań, czy usług eksperckich, będą też bazy ze sprzętem, a także danymi poszczególnych naukowców i kontaktami do nich. Jako że tych danych będzie naprawdę dużo, toteż najważniejsze w całym portalu wydają się wyszukiwarki.

- Można znaleźć kontakt do naszego naukowca nawet nie znając jego nazwiska, a jedynie wpisując nazwę dziedziny naukowej. Oczywiście po nazwisku też znajdziemy. Jeżeli będziemy chcieli wykorzystać konkretne urządzenie badawcze w naszej pracy, to wystarczy wpisać jego nazwę do wyszukiwarki i w jednej chwili będziemy wiedzieli, gdzie ono się znajduje, wraz z kontaktem do tej jednostki i listą pracujących tam specjalistów. Przy okazji będzie też można zobaczyć, jakie inne sprzęty ma dana jednostka. Przecież nasz przyszły partner może będzie szukał też informacji na temat innych swoich badań - opowiada dalej dr Małkowski.

Portal będzie dwujęzyczny, po polsku i po angielsku.

Jak dodaje dr Małkowski naturalnymi partnerami do współpracy dla UMB są firmy i instytucje działające w sektorze zdrowia, farmacji czy przemysłu spożywczego. Jednak nie tylko: - Nie zamykamy się wyłącznie na firmy ze sfery szeroko rozumianego tematu zdrowia. Możemy

współpracować ze wszystkimi. Np. firmy budowlane czasami muszą sprawdzać, jak ich produkty oddziałują na zwierzęta czy ludzi, a my takie badania możemy zrobić.

Nie ma też obostrzeń dotyczących samej formy współpracy. Uczelnia chce realizować wspólnie z partnerami z przemysłu całe projekty, ale też może dla nich wykonać pojedyncze badania, analizy, czy ekspertyzy.

Jedną z możliwych opcji współpracy może być też pomoc w przygotowywaniu wniosków i dokumentacji na potrzeby ubiegania się o granty.

- Taka możliwość w świadczeniu usług narodziła się przypadkowo. Współpracując z dotychczasowymi naszymi partnerami, często im podpowiadaliśmy, jak mają przygotować dokumenty konkursowe, na co bardziej zwracać uwagę. Jako uczelnia mamy ogromne doświadczenia w ubieganiu się o różne granty. Nasze rady okazywały się pomocne, aż wreszcie zaczęły padać pytania wprost o pomoc w przygotowaniu takich wniosków - dodaje dr Małkowski.

Portal ma też pełnić funkcję promocyjną. Ma być narzędziem dla naukowców uczestniczących w konferencjach naukowych w kraju i na świecie, którzy są często pytani o możliwość współpracy i potrzebują czegoś, co potwierdzi potencjał naukowy UMB.

Więcej o tej inicjatywie i jej znaczeniu nie tylko dla przedsiębiorców, ale przede wszystkim pracowników Uczelni w kolejnym wydaniu Medyka w rozmowie z prorektorem Marcinem Moniuszko. ■

BDC

Ośrodki badawcze UMB zainteresowane współpracą z przedsiębiorcami



Centrum Medycyny Doświadczalnej - jedyny w Polsce akademicki ośrodek z certyfikatem Good Laboratory Practice (GLP). Dokument ten ma światową rangę i przyznaje się go tym laboratoriom, które gwarantują najwyższą jakość, ale też niepodważalność badań. Ich wyniki uznawane są praktycznie na całym świecie, także w USA. W CMD można prowadzić badania przyszłych leków, sprawdzać ich właściwości fizykochemiczne, toksyczne i farmakokinetyczne.



Centrum Badań Klinicznych - ośrodek naukowy zlokalizowany w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, w którym poszukiwane są innowacyjne metody diagnostyki i leczenia różnych schorzeń (np. badania dotyczące chorób cywilizacyjnych). Laboratorium posiada bardzo specjalistyczny sprzęt pozwalający sprawdzać, jak dane produkty czy zjawiska oddziałują na organizm człowieka. Z usług CBK korzystają piłkarze Jagiellonii Białostok.



Laboratorium Obrazowania Molekularnego - to ośrodek wyposażony w najlepszy w kraju skaner PET/MRI, który stosuje się przy wczesnej diagnostyce np. nowotworowej.



Centrum Bioinformatyki i Analizy Danych - komputerowe i obliczeniowe serce Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Doskonałe wsparcie dla podmiotów zainteresowanych wykonaniem analiz wielkoskalowych czy zaawansowanych obliczeń statystycznych.



Euroregionalne Centrum Farmacji - całe spektrum najnowocześniejszych laboratoriów chemicznych, biologicznych i farmaceutycznych wraz z ekspertami gotowymi do pracy.

Jak to się robi za oceanem

W czerwcu pojechałem na targi biotechnologiczne BIO International Convention do San Diego w USA. To jedno z najważniejszych globalnie wydarzeń dla firm, świata nauki i osób z branży farmaceutycznej - pisze dr hab. Andrzej Mogielnicki.

Nie pisałbym o wyjeździe do San Diego, gdybym nie uważał, że było to całkowicie nowe doświadczenie z pogranicza nauki i biznesu. W moim przypadku był to też powrót do słonecznej Kalifornii. Dwa lata temu spędziłem tam dziewięć tygodni na Uniwersytecie Stanford oraz w firmach zlokalizowanych w Dolinie Krzemowej w ramach stażu TOP 500.

Klimat dla biznesu

Dlaczego trzeba było jechać aż do Kalifornii? Ponieważ tu mają swoje przedstawicielstwa wszystkie największe firmy farmaceutyczne. Tu też działają świetne uczelnie wyższe, wokół których funkcjonuje całe morze różnorodnych start-upów, nie mówiąc już o potężnych firmach z innych gałęzi przemysłu. Tylko co to znaczy, że jest ich dużo? W konferencji BIO wzięło udział 3,5 tys. różnych przedsiębiorstw biotechnologiczno-farmaceutyczno-medycznych, funduszy inwestycyjnych oraz organizacji publicznych.

W trakcie jednego ze spotkań zapytałem przedstawiciela władz San Francisco, jak to się dzieje, że udało się im zgromadzić tyle różnych podmiotów? Odpowiedział znaną skądinąd sekwencją „taki mamy klimat”. I nie chodzi tu o warunki do życia, tylko o klimat sprzyjający postępowi technologicznemu czy rozwojowi uczelni wyższych, uwzględniając w tym ich absolwentów nastawionych na współpracę z biznesem. Pociągające dla nas jest to, że według niego kluczem jest nie infrastruktura, a ludzie. To kapitał ludzki stanowi ten magnes dla firm poszukujących swojej szansy na rozwój.

Tak więc to z powodu koncentracji *big pharma*, czyli szeroko pojętego dużego przemysłu farmaceutycznego, na miejsce targów organizatorzy wybrali Kalifornię (w tekście będą używane angielskie zwroty, ponieważ w rozmowach biznesowych, także w Polsce, przyjęły się już na stałe, a w języku

polskim brakuje ich odpowiedników). To tu najwięksi gracze na rynku szukają dobrych okazji i są w stanie kupić zarówno sam pomysł, kandydatów na lek lub cały start-up *biotech-pharma* z zespołem naukowców i dobrodziejstwem inwentarza.

Myśl jak przedsiębiorca

W moim przekonaniu udział w targach może stanowić dogodną, a może i jedyną, okazję do spotkania z decyzyjnym pracownikiem firmy z kapitałem do zainwestowania lub zakupu technologii. 95 proc. transakcji zapoczątkowywanych jest w właśnie w czasie tego typu targów. Szczególnie dotyczy to dużych firm farmaceutycznych, które w pozostałej części roku nawet nie planują pozyskiwania nowych kandydatów na lek.

Nie będę oryginalny: kluczowy jest sam pomysł na rozwiązanie technologiczne, które zaspokaja *unmet need*, czyli niezaspokojoną potrzebę. Równie ważna jest skala problemu, jaki może zaspokoić. To znaczy, czy to rozwiązanie ma duży potencjał rynkowy. Ideał to na przykład nowy kandydat na skuteczny lek w chorobie Alzheimera.

Od strony naukowej istotna jest powtarzalność wyników, najlepiej potwierdzona w innym laboratorium oraz poziom rozwoju technologii. Jeżeli posiadasz jedynie wyniki *in vitro* wskazujące na skuteczne działanie danej substancji, np. na hodowlach komórkowych, to jest jeszcze za wcześnie. Natomiast jeżeli udało ci się potwierdzić skuteczność i wstępnie bezpieczeństwo na zwierzętach laboratoryjnych (tego typu badania można wykonać w Centrum Medycyny Doświadczalnej UMB) to sygnał, że możesz szukać inwestora. Niestety, ale na zainteresowanie *big pharma* można liczyć jedynie wtedy, gdy ma się kandydata na lek *first in class*, substancję o unikalnym mechanizmie działania,

tw. przełomową innowacją. A i to najlepiej, gdyby miał on już ukończoną fazę badań na zdrowych ochotnikach, czy nawet na małej grupie pacjentów.

Ważne jest też odpowiednie przygotowanie do targów. Potrzeba na to kilka miesięcy. Konieczne będzie opracowanie dobrej prezentacji, odpowiadającej oczekiwaniom inwestorów. System automatycznego umawiania na 30-minutowe spotkania 1 vs. 1, tzw. *one-on-one partnering* pozwala na bezpośredni kontakt i wysyłanie zaproszeń do potencjalnie zainteresowanych firm. Odpowiedzi przychodzą w ciągu kilku tygodni. To, czy umówisz się na spotkanie, zależy też od odpowiedniego wypełnienia profilu firmy (uczelni), delegata i *asset*, czyli kandydata na lek. Problemem czasowym może okazać się chociażby przejrzanie kilku tysięcy profili firm w celu wysłania im zaproszeń. To zajęło mi - z pomocą mojego współpracownika Bartłomieja Kałaski - około tygodnia. Na pewno jest to najważniejszy element *BIO Convention* i bez dostępu do tego systemu nie ma sensu udział w targach. Świadczy o tym też liczba 41 tys. odbytych spotkań partneringowych.

Pieniądże są ważne

Udział w takich targach to drogie przedsięwzięcie. Mimo zniżek dla akademickich naukowców opłata za udział i dostęp do systemu to koszt około 2,5 tys. dolarów. W moim przypadku koszty te pokryłem z grantu TANGO 2 (NCBiR), przeznaczonego do takich celów.

Co do samych spotkań przytoczę mój błąd, który może być dobrą wskazówką dla innych naukowców, czego nie mówić. Na pytanie, ile chcę za wynalazek, odpowiedziałem, że cena jest do negocjacji, bo pieniądze nie były głównym motorem napędzającym nas do pracy. Być może częściowo przez język angielski inwestor zrozumiał to jednoznacznie

i wypalił: „Come on you can not say that! In California everyone wants millions of dollars!”

Poza chorobami neurodegeneracyjnymi dużą uwagę na targach cieszyła się jak zwykle tematyka leków przeciwnowotworowych, rozwiązania informatyczne wspierające terapię, czy też leki stosowane w chorobach sierocych, czyli tzw. *orphan medicines*, których atutem jest ułatwiona rejestracja.

Pokaż się w minutę

W wolnych od spotkań chwilach do dyspozycji mieliśmy ponad 145 sesji edukacyjnych, takich jak interesujące *success stories*, czaty z ważnymi pracownikami *big pharma*, typowe areny, gdzie przed panelem inwestorów prezentowały się start-upy *biotech/pharma* czy warsztaty przygotowania dobrych *elevator pitch*, czyli takich minutowych prezentacji przed inwestorem. Szczególnie interesujące dla naukowca szukającego nowych kierunków badawczych mogły być prezentacje dużych firm farmaceutycznych. Merck, Bristol-Myers Squibb, Boehringer Ingelheim czy Pfizer przedstawiły obszary zainteresowania na najbliższe lata, ale poznaliśmy także dziedziny i grupy leków, w które nie będą inwestować. Zwiedziliśmy stoiska około 1800 wystawców. Niesamowite wrażenie robiły złożone z licznych wystaw chińskie, koreańskie czy hinduskie „małe miasteczka”. Oferowały wysoko rozwinięte technologicznie usługi pozwalające na zlecenie wszystkiego: począwszy od syntezy do rejestracji leku.

Podsumowując, uważam, że na targi biotechnologiczne BIO warto wybrać się w jasno sprecyzowanym celu i z głęboką wiarą, że twój pomysł ma szansę na sukces. Proponuję prosty test: jeżeli nazbierane na lokacie oszczędności życia, łącznie z tymi odłożonym na emeryturę, zdecydowałbyś zainwestować w swój pomysł - jesteś gotowy. ■

DR HAB. ANDRZEJ MOGIELNICKI



Praktyczna lekcja przedsiębiorczości

Mogli zarabiać 1214 zł na rękę na etacie w szpitalu, pracować po 300 godzin w miesiącu jeżdżąc w karetkach, lub wybrać niepewność i prowadzić własną firmę.



Grzegorz Łopieński i Adam Jakubowski na swoim, czyli w Instytucie Terapii Witaminowej fot. Wojciech Więcko

Kilka lat temu Białostocka Fundacja Kształcenia Kadr (pod kierunkiem prof. Bogusława Pławgo, UwB) sprawdziła pięć podlaskich uczelni pod kątem postaw przedsiębiorczych. Ankiety wykazały, że medycy, inaczej niż inżynierowie czy ekonomiści, przestrzegają ten temat. Jeden z respondentów stwierdził, że transfer wiedzy nie dotyczy uczelni medycznej, ponieważ najważniejszym jej zadaniem jest kształcenie studentów w zakresie medycyny czy farmacji. Zaś zdobycie wiedzy z zakresu transferu wiedzy z uczelni do biznesu, czy zdobycie patentów, nie sprawi, że będzie się lepszym lekarzem. Ktoś inny dodał wręcz, że wiedza zdobyta na studiach medycznych służy przede wszystkim leczeniu ludzi, a nie czerpaniu zysków materialnych. Zaś zawód lekarza koncentruje się na realizacji pewnej misji.

Dlatego w „Medyku Białostockim” będziemy praktycznie sprawdzać czy nauki medyczne mogą iść w parze z przedsiębiorczością? Czy można na tym zarobić, ale też czy wypada zarabiać? Potrzebne jest nam to do znalezienia odpowiedzi na zasadnicze pytanie: dlaczego tak trudno naukowcom współpracuje się z biznesem? Tyle się przecież o tym mówi, o komercjaliza-

cji wiedzy i współpracy nauki z biznesem, a efekty są takie sobie.

Prościej niż się myśli

Adam Jakubowski i Grzegorz Łopieński to koledzy ze studiów I stopnia „Ratownictwo Medyczne” na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB. Razem robili magisterium ze „Zdrowia Publicznego” (WNoZ). Teraz rozpoczęli studia doktoranckie. Obecnie obaj są na etatach w pogotowiu ratunkowym. Wcześniej pracowali w szpitalnych SOR-ach, albo na umowach śmieciowych w pogotowiu. Od kilku miesięcy wspólnie prowadzą też własną firmę: Instytut Terapii Witaminowej. W głównej mierze zajmują się wspieraniem regeneracji organizmu poprzez właściwą suplementację witamin i minerałów. Do tego oferują typowe usługi pielęgniarские (z dojazdem) oraz tzw. pogotowie kacowe. Jak sami mówią, „przenieśli wycinek oddziału zabiegowego z pracy na swoją powierzchnię”.

Odwiedziliśmy ich właśnie dlatego, że są na początku swojej biznesowej drogi.

- Samo założenie firmy to prosta sprawa. Pracując wcześniej w pogotowiu musieliśmy prowadzić działal-

ność gospodarczą, bo rozliczaliśmy się wystawiając fakturę na koniec miesiąca. Mieliśmy już swoją księgową, wiedzieliśmy też, o co chodzi z podatkami i ZUS-em. Osobiście sprawdziliśmy, że wbrew temu, co się mówi, w urzędach pracują mili ludzie i można bez strachu tam iść. Sporo rzeczy da się też załatwić przez internet - tłumaczy Adam Jakubowski.

- Oczywiście, były obawy, czy nam się uda w sensie biznesowym. Czy się utrzymamy, czy zarobimy, itp. Tylko że obaj wierzymy, że jak się wkłada serce w swoją pracę, to musi się udać - dodaje Grzegorz Łopieński.

Pretekst

- W szpitalu zarabiałem 1214 zł na rękę. Kiedy ratownicy zaczęli się upominać o szacunek, mocno zaangażowałem się w te protesty. Wtedy ludzie ze szpitala powiedzieli mi, żebym się tak nie wychylał, bo mogą mi nie przedłużyć umowy o pracę. To coś jeszcze gorszego mogło mi się stać, jak praca za tę pensję? - retorycznie pyta Adam Jakubowski.

- Praca ratownika to najczęściej wyrabianie godzin. Chcąc normalnie zarabiać, trzeba przepracować ich nawet 300 w miesiącu. Dyżury 36-godzinne to standard, ekstremalnie trwają po 60. Żyjesz wtedy byle jak. Przebierasz się w samochodzie, jesz byle co, myjesz się, jak masz okazję - dopowiada kolega.

- Chcieliśmy nawet wyjechać do Anglii. Byliśmy już po wstępnych rozmowach z naszym pracodawcą. Ostatecznie zostaliśmy i założyliśmy firmę. Wyjechała nasza koleżanka. Zarabia teraz w przeliczeniu ok. 15 tys. zł miesięcznie - mówi Adam.

Pomysł

Powstanie instytutu to była odpowiedź na trwającą modę na zdrowy tryb życia. Coraz więcej osób ćwiczy na siłowniach, aktywnie spędza czas (biega, jeździ na rowerze, pływa, itp.), stosuje różne diety. Wszystko to potrzebuje odpowiedniej suplementacji, by utrzymać organizm w odpowiedniej kondycji.

- Zdrowie jest dobrym produktem, czy też usługą. My akurat skupiliśmy się na tym, jak je wesprzeć. Takie firmy

jak nasza, w USA czy Wielkiej Brytanii to powszechność. W Polsce to jeszcze nowość - mówią przedsiębiorcy.

Realia pokazały jednak, że równie często, jak sportowcy, z usług firmy chcą korzystać osoby po różnych chorobach, by wzmocnić swoje organizmy.

- To było dla nas trochę zaskoczenie - dodaje Grzegorz. - Z drugiej strony w polskim systemie zdrowia najważniejsze jest leczenie choroby, a nie zapobieganie jej.

Jest też duża część klientów, która chce korzystać z ich usług w swoich domach. Wygoda to jedno, ale dyskrecja - drugie.

Jak mówią, stale monitorują zmiany w przepisach: - Kiedy studiowaliśmy takiego punktu nie mogłoby otworzyć ratownik, ale niedawno prawo się zmieniło i możemy działać.

Pytam wprost: - Czy wypada wam zarabiać na takich usługach?

Adam Jakubowski: - Jeżeli idziemy do lekarza do publicznej placówki, to nie znaczy, że za to nie płacimy. Płacimy w podatkach. Zarabia na tym taka jednostka, zarabia lekarz.

Grzegorz Łopieński: - My używamy produktów powszechnie dostępnych dla szpitali, czy przychodni. One nie są konieczne w leczeniu chorób, choć dzięki nim szybciej stanęlibyśmy na nogi. To takie coś ekstra. To można by stosować nawet w przychodniach rodzinnych. Tylko publiczny płatnik nie chce tego refundować.

Nie zawsze jest różowo

W pierwszych dniach działalności instytutu odwiedziły ich tłumy ludzi. W większości znajomi. Potem pojawiły się dni, że nie przychodził nikt.

- Zaczęliśmy aktywnie działać w internecie, ruszyła poczta pantoflowa. Taka reklama nie generuje nam kosztów, a daje dobre efekty - tłumaczy Adam.

Zgodnie przyznają, że od strony merytorycznej nie mają kłopotów w firmie. Procentuje doświadczenie zdobyte w szpitalu i pogotowiu. Współpracują z lekarzami, którzy konsultują ich pacjentów. Bariera jest brak wiedzy z zakresu przedsiębiorczości, finansów, analizy wydatków.

- Wszystkiego tego uczymy się teraz w firmie, na przyspieszonym kursie na żywo. Na studiach nie dostaje się tej

wiedzy. Są jakieś zajęcia z marketingu, ale kompletnie nie przystają do wymogów rzeczywistości - dodaje Adam.

Klient czy pacjent?

- Pacjent - mówi Adam Jakubowski.

Wspólnie z kolegą przyznaje, że „na swoim” pracuje się trochę inaczej niż szpitalu czy pogotowiu. Jest mniej pacjentów, ci umawiani są na poszczególne godziny, nie ma stanów zagrożenia życia. Jest spokojniej. Dodatkowo wiele z osób odwiedzających instytut jest doskonale zorientowanych w tym, czego oczekują, a jak czegoś nie wiedzą, to odważnie pytają.

- Jak telefon dzwoni po godz. 22, zawsze odbieram. Wizyta domowa poza Białymstokiem przed godz. 8? To nie problem. Swoimi usługami uzupełniamy luki w systemie powszechnym, który nie jest w stanie działać tak sprawnie - mówi Grzegorz.

W pierwszym miesiącu instytut zarobił na koszty. Prowadzenie firmy godzą z pracą w pogotowiu. Na razie pracują sami. Chcą się rozwijać. Myślą o wprowadzeniu nowych usług opartych o powracającą do łask medycynę tradycyjną. Mają w planach badania naukowe, bo zauważają braki w naukowych opracowaniach odnośnie suplementacji. Prosty przykład: medialna akcja „pij mleko”, aby dostarczać organizmowi wapń. Tylko że w diecie przeciętnego człowieka tego wapnia jest już wystarczająca ilość. Za to 80. procentom społeczeństwa brakuje witaminy D3 i potrzeby jej uzupełnienia nikt nie nagłaśnia. Zaczynają też używać pojęć „franczyza”, „standardy jakości”, „w przyszłości”. ■

WOJCIECH WIĘCKO

Rada od przedsiębiorców:

- Nie bój się. Weź odpowiedzialność za swój los. Pieniądz nie jest barierą w założeniu własnego biznesu. Za wynajęty lokal płaci się dopiero po miesiącu, tak więc masz czas na to zarobić. Popętniaj błędy, nie bój się tego, ale wyciągaj z nich wnioski. Doświadczenie pozwoli ci być lepszym.

My, rezydenci

W czasie wakacji, częściej niż zwykle, dochodziło do urazów spowodowanych przez maszyny i narzędzia rolnicze, pogryzień przez psy, zranień w czasie ryzykownych zabaw. Przypadki takie były „chlebem powszednim” na oddziale chirurgii dziecięcej.

Był piękny, słoneczny dzień lipcowy 1959 roku. Czas żniw i dojrzewania wiśni. W czasie pełnienia przeze mnie ostrego dyżuru, przywieziono do szpitala 9-letniego chłopca z raną w nadbrzuszu. Okazało się, że dziecko w czasie zrywania wiśni spadło z drzewa i nadziało się na sztachetę.

Przed operacją, bez uspienia dziecka, nie miałem możliwości postawienia dokładnego rozpoznania. Lokalizacja rany wskazywała na prawdopodobieństwo zranienia żołądka i wątroby. Operacja była nieunikniona. Niewiadomą była jej rozległość.

Po przygotowaniu chorego i zarterwowaniu krwi do ewentualnego przetoczenia, przystąpiono do zabiegu. W znieczuleniu ogólnym przystąpiłem do operacji. Program minimum przewidywał oczyszczenie i szybkie zszycie rany. Dokładne zbadanie rany ostudziło mój optymizm. Okazało się, że przebicie przedniej ściany jamy brzusznej, to nie jedyny problem. W czasie kontroli narządów jamy otrzewnej stwierdzono rozerwanie przepony z otwarciem worka osierdziowego. Nie wykryto innych uszkodzeń. Wzrokowo nie stwierdzono żadnych zmian urazowych serca. Manualnie nie wykryto dodatkowego uszkodzenia worka osierdziowego z penetracją do jamy opłucnej. Z konieczności procedura zszycia rany w nadbrzuszu musiała być rozszerzona o zszycie urazowego otworu w przeponie, co było jednoczesnym zamknięciem worka osierdziowego. Zabieg nie należał do łatwych ze względu na głębokie umiejscowienie pola operacyjnego.

Po dokładnej chirurgicznej rekonstrukcji chory szybko wracał do zdrowia. Po dwóch tygodniach w dobrym stanie został wypisany do domu.

Biorąc pod uwagę skąpą objętość tekstu poświęconego na opis przypadku powinienem uzasadnić, że był wart tego pisarskiego wysiłku. Zaczynamy

od początku, czyli od wypadku. Chłopiec zrywał wiśnie bez zgody właściciela. Podobno sąsiad to zauważył i postanowił schwytać złodzieja. Chłopiec się przestraszył i w pośpiechu schodząc z drzewa, spadł i nadziało się na płot. Hipoteza pierwsza: gdyby nie reakcja sąsiada, chłopiec po zjedzeniu wiśni, sam zszedłby na ziemię. Pewnie nic by się nie stało. Hipoteza druga: chłopiec niezauważony przez nikogo spadł z drzewa doznając takiego samego urazu. Możliwe, że na tym płocie dokonałby swojego żywota.

Drugim szczęściem w nieszczęściu był rodzaj uszkodzenia. Otwarta rana brzucha z przebicciem przepony i worka osierdziowego musiała przez pewien czas zmieścić kawał drewna. Serce w swojej naturalnej siedzibie w worku osierdziowym musiało tolerować niechcianego intruza – sztachetę, nie doznając zauważalnych obrażeń. Sztacheta nie zdemolowała narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej. Rodzaj uszkodzenia ciała zależał od kilku czynników. Pierwszym podstawowym powodem wypadku była urzeczywistniona chęć zjedzenia wiśni, łącząca się z koniecznością wejścia na drzewo. Uściślając należy zaznaczyć, że decydujące było miejsce na odpowiedniej wysokości znajdujące się nad płotem. W czasie upadku z drzewa pozycja ciała determinowała lokalizację i kierunek rany. Gdyby malec spadł na pośladek, zrozumiałe, że uszkodzenie miałoby inny charakter. Ciężki dorosły człowiek doznałby większych uszkodzeń zagrażających życiu lub wręcz powodujących śmierć. Charakter uszkodzenia zależał od rodzaju narzędzia w postaci zaostrej sztachety. Narzędzie to zadziało tak jak średniowieczna kopia.

Nie bez znaczenia była szybka pomoc lekarska. W dniu wykonania opisanej operacji mój podyplomowy okres „terminowania” w zasadzie wynosił 1 rok i 9 miesięcy. Byłem młokosem.

Niedopowiedzenie dotyczące kwalifikacji polega na nieuwzględnieniu mojej dwuletniej przeddyplomowej pracy w oddziale chirurgii na etacie sanitariusza z obowiązkami młodszego asystenta. To w ciągu dwóch lat w stopniu zadowalającym opanowałem technikę operacyjną i po dyplomie, przechodząc na dwuletni okres pracy w oddziale chirurgii dziecięcej, miałem już spore doświadczenie.

Wreszcie czuję się zobowiązany do rozwiązania zagadki tytułu. „Rezydent”. O co tu chodzi? Otóż opisany wypadek wydarzył się w czasie, kiedy moja żona i ja mieszkaliśmy w oddziale chirurgii dziecięcej. Byliśmy rezydentami tego oddziału. W 1958 roku, jako bezdomni, otrzymaliśmy zgodę na czasowe zamieszkanie w przydzielonej nam dyżurce lekarskiej z dostępem do wspólnej łazienki. Z jednej strony personel tracił jedno pomieszczenie, a z drugiej zyskiwał praktycznie stale dostępnych dwóch pracowników uzupełniających obsadę dyżurów. Po pewnym czasie często zastępowałem dyżurnego lekarza, który z różnych powodów musiał wyjść poza teren szpitala. Nie było narzekań na wytworzoną sytuację. My „rezydenci” mieliśmy kąpiel dla siebie, a koledzy pracujący w oddziale zawsze mogli liczyć na pomoc. Prośbę o zastępstwo zawsze traktowałem priorytetowo, chociaż z czasem zorientowałem się, że powody korzystania z niej były dalekie od losowych.

W oddziale chirurgii dziecięcej mieszkaliśmy przez 1,5 roku. Potem otrzymaliśmy upragnione mieszkanie spółdzielcze. Przestaliśmy być „rezydentami”. ■

STANISŁAW SIERKO



Nasze późne lata

Dziś nazywani rozmaicie - trzecim wiekiem, seniorami, rzadziej starymi, chociaż tak mało dżentelmeńskie słowo czasem się komuś wymysknie. Wiek wiąże się jednoznacznie z datą w dowodzie osobistym, ale również z numerem PESEL, gdzie dumnie widnieje na pierwszym miejscu data urodzin.

Od ponad dziesięciu lat mamy granice otwarte i trwałe, co przed kilku laty zatwierdził zmarły niedawno kanclerz Helmut Kohl. Po kilkudziesięciu latach zamkniętych granic (czego nie mogli zrozumieć moi belgijscy koledzy, z którymi pracowałem kilka lat) świat stał się dla nas otwarty. Wyjeżdżamy, gdzie chcemy i kiedy mamy ochotę. Nasze granice masowo przekraczają też młodzi Polacy w poszukiwaniu pracy i lepszych zarobków.

Pisząc o wyjeżdżających mam też na myśli grupę naszych młodych lekarzy. To ludzie zdolni, pracowici z urodzenia, albo też instynktownie, w miarę rozwoju świadomości, przyjmujący domowy *modus vivendi*, wzorowany na pracowitych rodzicach, dziadkach lub środowisku, w którym dorastają. Model wychowania bezcenny, który moja matka nazywała „uniwersytetem domowym”, którego nikt i nic nie zastąpi. W ten sposób kraj nasz się bogacił, ale złowieszcze wojny dorobek ten niszczyły. My, starsi, pamiętamy to bardzo dobrze. I jesteśmy pełni trudnego do opisanie szczęścia widząc, jak nasze dzieci i wnuki odbudowują kraj, który zmienia się z dnia na dzień na krewniaka zachodniej Europy. Szkoła dla młodych jest dla nich priorytetem, uczą się pilnie i pochłaniają wiedzę. Kończą ją *cum laude*, aby stanąć jak najszybciej w studenckich szeregach, z myślą o przyszłości po otrzymaniu dyplomu. A jeśli byli w szkole, gdzie uczono podstaw filozofii, widzą swoją przyszłość optymistycznie.

Ale wróćmy do młodego pokolenia lekarskiego, wieku pierwszej dorosłości, które z dyplomem w kieszeni zarabia poniżej średniej krajowej, bez perspektyw na wyższe dochody. Mając znajomych za granicą, którzy

piszą lub opowiadają o zarobkach lekarzy kilkakrotnie wyższych niż w kraju, marzą o jak najszybszym wyjeździe za granicę, do wymarzonego eldorado, kontynuując intensywną naukę w kraju.

Należę już do tej części społeczeństwa, które z bliska i z potrzeby, chciałoby widzieć w kraju wysoki poziom nauczania, które odczuwa jego braki skutkujące w naszym zawodzie umiejętnościami dalekimi od wprowadzania w życie obowiązkowej maksymy naszego zawodu: *Salus aegroti suprema lex*. A chciałoby się widzieć i korzystać w tych późnych latach życia z wysokiego poziomu lecznictwa, łatwości dostępu do lekarzy i leków, słowem żyć wygodnie, zdrowo, wypoczywać po latach ciężkiej pracy, a w razie choroby mieć możliwość i pewność godnego leczenia. Obserwując dzień po dniu codzienność bliskich, widzimy jak na dłoni, że jest inaczej. Znacznie gorzej niż się spodziewamy.

Każdy człowiek chce żyć, odsuwając w dal to, co nas wszystkich nieuchronnie czeka. Ale nie ma to być walka o przetrwanie resztkami sił, ale marzenie o zasłużonym wypoczynku. Młodzi lekarze zdają sobie sprawę, że są kraje, gdzie jest podobnie lub go-

rzej, ale też wiedzą, że w wielu krajach przejście na emeryturę zapewnia dostatecznie życie, należyta opieką lekarską w razie potrzeby i możliwości wypoczynku, jak dalekie podróże, odwiedzanie dzieci mieszkających na drugim końcu świata, wzajemnej radości z takich spotkań itd., na które w czasie aktywności zawodowej po prostu nie było czasu.

Gorzej z dolegliwościami, które są spowodowane najrozmaitszymi chorobami starszego wieku. Dopiero od niedawna, skutkiem wydłużania życia i zwiększenia się liczby osób starszych, zauważa się konieczność ich leczenia, hospitalizacji oraz wprowadzania nowych form opieki, choćby całodniowej. Powstają oddziały i specjalizacje geriatryczne, domy, w których za jakąś część emerytury otrzymuje się wszystko to, czego starszy człowiek potrzebuje, w tym także, co nie jest bez znaczenia, obecności drugiej osoby, nie tylko jako opiekuna, ale do codziennych rozmów poprawiających nastrój czy samopoczucie. Jest to czynnik niesłychanie ważny właśnie dla zachowania równowagi psychicznej. Dziś jest to kropla w morzu potrzeb, choć dobre i to; każdy początek zawsze jest trudny.

Niestety nikłe są widoki szybkiej poprawy finansowej, jak również perspektywy specjalnych domów dla starszych i samotnych, którzy za część swojej emerytury mieliby namiastkę domu rodzinnego. Ludzie, którzy powinni o tym decydować i urządzać takie miejsca, są młodzi i kwestie te są dla nich zwyczajnie niezrozumiałe. Jak to powinno wyglądać, widziałem w USA, gdzie za część emerytury dostaje się w wieczyste użytkowanie komfortowy apartament, poznaje rówieśników, korzysta z wyjść do restauracji, a nawet kina.

Dopiero od niedawna, skutkiem wydłużania życia i zwiększenia się liczby osób starszych, zauważa się konieczność ich leczenia, hospitalizacji oraz wprowadzania nowych form opieki, choćby całodniowej

Młodzi lekarze po studiach, także ci, którzy mają na co dzień do czynienia z ludźmi starszymi, nie rozumieją problemów starzejącego się organizmu, który funkcjonuje inaczej niż młody. Tego podczas studiów się nie uczy. A powinno być odwrotnie, bo każdy z nas nieodwołalnie, wręcz organicznie stanie się w pewnym wieku innym człowiekiem. Tego się nie uczy, tymczasem taka wiedza powinna być nieodłącznym elementem studiów wyższych. Wszak pacjenci to nie tylko ludzie młodzi. W codziennej praktyce lekarz powinien pamiętać, że chory może źle słyszeć, nie rozumieć pytania, a na zadane odpowiadać nie na temat, bo pytania nie rozumiał. Może też źle widzieć. Czy na studiach nasi studenci otrzymują taką wiedzę?

Gdy pacjent nie zna (co jest naturalne) fachowych lekarskich słów i określić, należy pytanie uprościć. Tej wiedzy medycy, a przede wszystkim geriatrzy, nie mogą pominąć. Trzeba pozwolić się badanemu „wygadać”, by opowiedział spokojnie własnymi słowami, co mu dolega, od kiedy, jakie brał leki, czy przepisane - zażywał i w jaki sposób. Przecież mogło się zdarzyć, że tabletki schował, a innym razem po prostu o nich zapomniał.

Objawów nadchodzącej starości na ogół przez długi czas nie widać, a otoczenie nie zawraca sobie głowy zmianami, jakie zachodzą. Zaś osoby starsze same się z tym nie obnoszą tak długo, jak to możliwe. Często przez lata młodości nie miały potrzeby kontaktu z lekarzami i są po prostu nieśmiałe. Musimy naszym zachowaniem pacjenta ośmielać. Gorzej jest z dolegliwościami, które są skutkiem najrozmaitszych przypadłości wieku starszego, że wymienię tylko pogarszające się słuch i pamięć (zapominanie nazwisk i imion, nazw leków przepisanych przez lekarza, wyglądu twarzy), a także słabszy wzrok. To są te wszystkie negatywne cechy, których długo nie widać z zewnątrz, a z których zdajemy sobie sprawę i codziennie w pełnej świadomości dostrzegamy, że coś szwankuje; na przykład - ku własnemu zdziwieniu - zapominamy numeru telefonu do dzieci mieszkających

gdzieś daleko za granicą, z którymi telefoniczny kontakt był dotąd jedyną możliwością łączności z bliskimi.

Z dziećmi mieszkającymi w tym samym mieście wcale nie jest lepiej. Posłużę się tu cytatem z niedawno wydanej książki znanego polskiego satyryka, który w krótkich dialogach z dziećmi trafia w sedno, czyli w nasz byt codzienny: „(...) wybrałem się w odwiedziny do córki z prośbą o pomoc, bo z emerytury i w niedołęstwie trudno mi żyć. Córka odpowiedziała: Tato chętnie bym ci pomogła, ale w kwietniu rodzę i muszę uzbierać na wózek dla dziecka. Zrozumiałem, i zwróciłem się do najstarszego syna.

*Młodzi lekarze
po studiach, także ci,
którzy mają na co dzień
do czynienia z ludźmi
starszymi, nie rozumieją
problemów starzejącego się
organizmu, który
funkcjonuje inaczej
niż młody*

(...) A ja, tato, jestem bezrobotny, usłyszałem w odpowiedzi, i nie pytając o nic więcej, powiedziałem jedynie: z twoim wykształceniem po historii i politologii? Niestety, tato, uważam, że Powstanie Warszawskie było niepotrzebnym zrywem, a to, co się stało pod Smoleńskiem uważam za niepotrzebną katastrofę. Zapukałam do młodszego. Tato, jak mam ci pomóc, gdy w teatrze zarabiam 1300 zł miesięcznie? Zatelefonowałam z nadzieją do najmłodszego. Nie mogę tato, bo kończę studia i nie mam czasu. A co będzie, jak je skończysz? Jeżeli dołożysz mi do skutera, to będę rozwoził pizzę. I tak dalej, kółko się zamknęło”.

Wracając do sedna, do środowiska ludzi starszych, samotnych, żyjących na granicy utrzymania z głodowej emerytury. Emerytury zmuszającej do oszczędzania na zakupie nie tylko żywności, ale i najpotrzebniejszych do życia rzeczy czy produktów, oraz leków utrzymujących w jako takim sta-

nie zdrowie. Leki dla seniorów, te bezpłatne, są w większości lekami bez podstawowego działania leczniczego, zleconymi przez lekarza rodzinnego. Pomijając już fakt, że aby się do niego dostać trzeba odstać swoje w kolejce do rejestracji, to jeszcze w gabinecie czeka nas powierzchowna anamneza, diagnoza nie zawsze postawiona po dokładnym zbadaniu i ustaleniu właściwego rozpoznania, a potem zlecenie leków, także tych bezpłatnych, o wątpliwej wartości terapeutycznej.

Zaś najpotrzebniejsze leki, które stosujemy od dawna, są nadal pełnopłatne, a więc zwykłe drogie. Najlepiej to widać w aptece, czego nieraz byłem świadkiem, kiedy pacjent opuszczał aptekę z receptą w ręce, stwierdzając: to dla mnie za drogie.

Zakładając, że ci chorzy przed okienkiem aptecznym żyją z emerytury, na którą z nadzieją na spokojną starość sami pracowali przez kilkadziesiąt lat, gdy znaczną część zarobków potracano im na leczenie i na spokojną starość, to teraz muszą się czuć zawiedzeni i niejednokrotnie wpadają w depresję. Bo przecież emerytura to nie tylko leczenie, to koszty mieszkania i stałych miesięcznych świadczeń. W tej sytuacji o opiece osoby starszej, jako niezbędnej pomocy w życiu, nie ma już co marzyć.

Przez kilkanaście lat od wejścia Polski do UE w 2004 roku, nasz wkład z PKB na leczenie wynosił 3 proc. Równocześnie pozostałe, dawne kraje UE, otrzymywały na leczenie z budżetu do 6 i więcej procent PKB - w tych krajach znacznie wyższego niż u nas. Przez minione lata udział PKB z naszych przecież pieniędzy się nie zmienił. Żyliśmy i wciąż żyjemy w Unii - szczególnie my starsi - z nadzieją na podwyższenie wydatków na leczenie. Nowy minister zdrowia wyraźnie chłodzi nasze nadzieje. ■

JAN PIETRUSKI



Polska Akademia Umiejętności

Zapewne niemal wszyscy nasi Czytelnicy wiedzą niemało o Polskiej Akademii Nauk (w skrócie PAN). Natomiast liczba osób, które są zaznajomione z działalnością Polskiej Akademii Umiejętności (w skrócie PAU) zdaje się być znacznie mniejsza. A jest to bardzo szacowna instytucja, która funkcjonuje od roku 1872, czyli już 145 lat, a jej zasług dla rozwoju nauki w Polsce nie można przecenić.

Celem tego artykułu jest przybliżenie Czytelnikom „Medyka” wiedzy o PAU.

Historia PAU

Upadek powstania styczniowego spowodował zaostrzenie antypolskiej polityki w zaborze rosyjskim, zaś zjednoczenie Niemiec w zaborze pruskim. Natomiast w zaborze austriackim doszło do pewnego poluzowania rygorów. Pozwoliło to na rozpoczęcie zabiegów na dworze cesarskim zmierzających do przekształcenia działającego od 1815 roku Towarzystwa Naukowego Krakowskiego w Akademię Umiejętności. Starania te zostały uwieńczone sukcesem wyrażającym się zatwierdzeniem przez cesarza Franciszka Józefa, 16 lutego 1872 roku, statutu akademii. Akademia stała się korporacją uczonych. Cesarz wyasygnował też na początkową działalność kwotę 20 tys. oraz powołał młodszego brata, arcyksięcia Karola Ludwika na protektora akademii. Dodać tu należy, że w sprawę powołania akademii zaangażowali się tak wpływowi na dworze cesarskim ludzie jak Jerzy Lubomirski i Alfred Potocki (minister a następnie premier Austrii).

Pierwszym prezesem akademii został prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego Józef Majer. Funkcję tę piastował w latach 1872-1890. Wspomnieć tu należy, że prof. Majer był lekarzem, znanym uczonym, fizjologiem. Doprowadził do rozdzielenia na Uniwersytecie Jagiellońskim nauczania anatomii od nauczania fizjologii i jako pierwszy prowadził wykłady z fizjo-



Siedziba PAU w Krakowie, ul. Sławkowska 17
fot. Archiwum autora

Zapewne niemal wszyscy niemało wiedzą o Polskiej Akademii Nauk (w skrócie PAN). Natomiast liczba osób, które są zaznajomione z działalnością Polskiej Akademii Umiejętności (PAU) zdaje się być znacznie mniejsza

logii. W roku założenia uruchomiono trzy wydziały: filologiczny (I), historyczno-filozoficzny (II) i matematycz-

no-przyrodniczy (III). PAU nie ograniczało członkostwa jedynie do Galicji, lecz przyjmowało członków z innych zaborów. Od początku uważano, że jest to instytucja ogólnokrajowa. Akademia rozwinęła szeroką działalność wspomagającą naukę oraz działalność państwa sprawiły, że dominowały nauki humanistyczne.

Nie sposób szczegółowo omawiać tej działalności. Niewątpliwie za najważniejsze dzieło uważa się „Bibliografię Polską” zapoczątkowaną przez Karola Estreichera. Podjęto prace nad dziełem zatytułowanym Encyklopedia Polska - dzieło nieukończone z powodu wojen światowych. Organizowano konferencje



**Prof. Józef Majer, lekarz, pierwszy prezes Akademii Umiejętności (1872-1890, z lewej).
Prof. dr hab. Andrzej Białas, fizyk, obecny prezes PAU (od roku 2000, z prawej)**



naukowe. Rozwinięto szeroką działalność wydawniczą. Prowadzono bibliotekę i dwa muzea (archeologiczne i przyrodnicze). Wspierano finansowo działalność wielu twórców. Przejęto opiekę nad Biblioteką Polską w Paryżu. Stworzono zaczątki stacji naukowej w Rzymie. Tak zakrojona działalność wymagała znacznych nakładów finansowych. Dotacja rządowa (z Wiednia), dotacja Sejmu Galicyjskiego we Lwowie oraz skromna dotacja miasta Krakowa nie zaspokajały potrzeb. Jest rzeczą niezmiernie interesującą, że dość szybko zaczęły napływać darowizny od osób prywatnych. I to nie tylko z Galicji, lecz również z innych zaborów. Były to zarówno darowizny pieniężne (często ogromne, np. fundacji Bolesława Maleszewskiego z Petersburga - dwa miliony koron, Wiktora Osławskiego - 1,6 miliona koron i Erazma Jerzmanowskiego 1,2 miliona koron), jak też nieruchomości (np. zakłady zdrojowe w Szczawnicy podarowane przez Józefa Szalaya). Darowizny świadczyły o wielkim zaufaniu darczyńców do akademii.

Po odzyskaniu niepodległości, nastąpiła zmiana nazwy „Akademia Umiejętności w Krakowie” na „Polska Akademia Umiejętności”. Statut PAU zatwierdził naczelnik państwa Józef Piłsudski 22 listopada 1919. Ciekawe, że mając tyle spraw o zna-

czeniu „być albo nie być” dla ojczyzny, Marszałek znalazł czas i „głowę” na zainteresowanie się Akademią. Na pierwsze publiczne posiedzenie PAU skierował też adres, w którym czytamy m.in. „...Akademia Umiejętności stając się obecnie najwyższą instytucją naukową dla całej Polski,

*PAU jest współwłaścicielem
i zarządcą biblioteki
naukowej PAU i PAN
w Krakowie. Biblioteka liczy
około 718 500 vol.
PAU jest współwłaścicielem
Biblioteki Polskiej w Paryżu.
Jest też właścicielem tzw.
Fototeki Lanckorońskich,
ta liczy obecnie ponad
40 000 oryginalnych
odbitek pozytywowych*

ma do spełnienia wielkie zadanie...”. Niestety I wojna światowa i zapaść finansowa po odzyskaniu niepodległości doprowadziły finanse akademii do ruiny. Jej właściwe funkcjonowanie uratowali darczyńcy. Ogromny dar w postaci 10 tysięcy hektarów gruntów ornych i lasów

przekazał mieszkający w Żywcu arcyksiążę Karol Stefan Habsburg w roku 1924. Paweł Tyszkowski przekazał w testamencie niemal 7 tysięcy hektarów gruntów. PAU otrzymywała także szereg innych, często bardzo znacznych darów od wielu osób, co zapewniło podstawy materialne jej funkcjonowania po odzyskaniu niepodległości.

Międzywojenny entuzjazm nie ominął PAU. Z rozmachem kontynuowano badania historyczne, etnograficzne, językowe, filozoficzne, działania wydawnicze i inne. Publikowano także prace z dziedziny chemii, fizyki i matematyki. Opublikowano takie podręczniki, jak np. „Anatomia Człowieka” pod redakcją Adama Bochenka (nie-dawni studenci medycyny zapewne wspominają to dzieło) i szereg innych podręczników medycznych używanych przez lata. W roku 1930 powołano Wydział Lekarski (IV).

We wczesnych latach po drugiej wojnie światowej, nowe władze polityczne pozbawiły PAU majątku, zbiorów i dotacji, co doprowadziło do nieformalnego zawieszenia działalności tej instytucji. Jej majątek przejęła nowo utworzona Polska Akademia Nauk. Pozostaje zagadką, dlaczego PAU nie została rozwiązana. Ten stan zawieszenia pozwalał żyjącym członkom PAU i popierającym osobom na ponawianie prób reaktywacji działania PAU w roku 1957 oraz 1981. Starania te zakończyły się wszakże niepowodzeniem. PAU reaktywowano dopiero w roku 1989 w wyniku decyzji politycznych podjętych przez Okrągły Stół. 27 lutego 1990 prezydent Wojciech Jaruzelski zatwierdził nowy zarząd Polskiej Akademii Umiejętności, a więc rozpoczęła się legalna działalność tej instytucji.

PAU obecnie

Uruchomienie działalności PAU było zadaniem niezwykle trudnym. Akademia nie posiadała bowiem żadnego majątku. Zaledwie jego niewielką część udało się z biegiem czasu odzyskać. Finansowanie działalności statutowej PAU przejął Komitet Badań Naukowych a następnie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Wsparcia dla PAU udziela też Fundacja Lanckorońskich oraz Fundacja z Brzezia Lanckorońskich. PAU uzyskuje też granty na realizację różnych zadań. Interesujące, że wielu ludzi w III Rzeczpospolitej dorobiło się majątków. Nie przekładało się to wszakże na darowizny dla PAU (ani też, o ile mi wiadomo, również dla PAN). W roku 1991 Wydział Matematyczno-Przyrodniczy podzielono na Wydział Matematyczno-Fizyczno-Chemiczny (III) i Wydział Przyrodniczy (IV). Wydział Lekarski stał się Wydziałem V. W roku 1997 utworzono Wydział Twórczości Artystycznej (VI). W ramach wydziałów działają komisje.

Zgodnie ze statutem, członkowie PAU dzielą się na członków czynnych, korespondentów, zagranicznych oraz honorowych. Liczba członków wydziałów I - V nie może przekraczać 27 członków czynnych, 34 członków korespondentów (z możliwością zwiększenia o 2) oraz 41 członków zagranicznych. Liczba członków wydziału VI nie może przekraczać 40 członków czynnych i 40 członków zagranicznych. Wydział ten nie ma członków korespondentów. Ustalono bardzo wysoką poprzeczkę odnośnie ważności wyboru na członka PAU. Kandydat musi uzyskać przynajmniej $\frac{3}{4}$ głosów oddanych przez minimum połowę należących do wydziału członków krajowych. Według stanu z 10 czerwca 2016 liczba członków PAU wynosi: czynni - 148, korespondenci - 158, zagraniczni - 186. Obecnie nie ma członków honorowych. Wspomnieć tu należy, że trzech profesorów z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zostało uhonorowanych godnością członka PAU, a mianowicie prof. Jan Górski jest członkiem czynnym, zaś prof. prof. Włodzimierz Buczek oraz Michał Myśliwiec są członkami korespondentami.

PAU pozostała nadal korporacją uczonych. Nie posiada własnych instytutów naukowych prowadzi jednakże bardzo szeroką i zróżnicowaną działalność. PAU współpracuje z wieloma analogicznymi instytucjami naukowymi w świecie. Wspiera



**Inauguracyjne posiedzenie Akademii Umiejętności (7.05.1873).
Akwarela Juliusza Kossaka**



Fragment Majej Auli w budynku PAU

badania naukowe i prowadzi badania własne. Organizuje kilkadziesiąt konferencji, seminariów i spotkań naukowych rocznie. Tematyka tych spotkań jest bardzo zróżnicowana. Na szczególne podkreślenie zasługuje organizacja Kongresów Polskich Towarzystw Naukowych w Świecie. Odbywają się one co trzy lata, a w październiku bieżącego roku odbędzie się już piąty Kongres.

PAU jest współwłaścicielem i zarządcą biblioteki naukowej PAU i PAN w Krakowie. Biblioteka liczy około 718 500 vol. i jedn. inw., w tej liczbie blisko 168 500 vol. i jedn. inw. zbiorów specjalnych. Składa się nań, m.in.:

17 045 starych druków, ponad 14 815 rękopisów oraz ponad 99 000 grafik, rysunków i ekslibrisów. PAU współdziała z Archiwum Nauki PAN i PAU w Krakowie. Zespół archiwum liczy 1433 m.b. PAU jest współwłaścicielem Biblioteki Polskiej w Paryżu. Jest też właścicielem tzw. Fototeki Lanckorońskich. Fototeka liczy obecnie ponad 40 000 oryginalnych odbitek pozytywowych. Podarował ją w roku 1929 Karol hrabia Lanckoroński. PAU współdziała z Instytutem Historii PAN w zakresie opracowywania i publikacji Polskiego Słownika Biograficznego. PAU przydziela humanistom na badania zagraniczne stypendia Fundacji Lanckorońskich i Fundacji z Brzezia Lanckorońskich. Przyznaje pięć nagród naukowych oraz jedno wyróżnienie z powierzonych funduszy. Laureatem jednej z nagród (im. Tadeusza Browicza) był prof. Michał Myśliwiec z zespołem z naszej Uczelni.

Bardzo prężnie działa Wydawnictwo PAU. Wydaje szereg czasopism naukowych i książek oraz internetowy tygodnik o nazwie „PAUza Akademicka”.

PROF. DR JAN GÓRSKI

Autor dziękuje p. Lucynie Nowak, kierownikowi Działu Wydawnictw PAU za dostarczenie zdjęć.

Bibliografia:

- Piotr Hübner: „Od Towarzystwa Naukowego Krakowskiego do Polskiej Akademii Umiejętności”. PAU, Kraków 2002
- Stanisław Grodziski: „Polska Akademia Umiejętności 1872-1952-2002”. PAU, 2005
- Julian Dybiec: „Polska Akademia Umiejętności 1872-1952. Secesja”, Kraków 1992
- Strona Internetowa PAU - <http://pau.krakow.pl>

Cieszę się wolnością

Prof. Maria Górską przez ostatnie 14 lat kierowała Kliniką Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Od lipca jest na emeryturze



Prof. Maria Górską, fot. Wojciech Więcko

Prof. Górską była konsultantem wojewódzkim w dziedzinie diabetologii, autorem wielu prac naukowych, promotorem doktoratów i habilitacji. Prawie całe życie związana była z naszą uczelnią. Przejście na emeryturę, to dobry moment by spojrzeć wstecz i podsumować swoją karierę.

Katarzyna Malinowska-Olczyk: Od trzech miesięcy jest Pani na emeryturze. Jak się Pani żyje bez pracy?

PROF. MARIA GÓRSKA: - Każdego dnia cieszę się wolnością, cieszę się tym, że nic nie muszę. Nie mam żadnych obowiązków i mogę wstawać, o której chcę. Zawsze miałam problem z rannym wstawaniem. Codziennie walczyłam z budzikiem i z samą sobą. A teraz już nie muszę. Mogę wstać, o której chcę, wypić kawę i mam czas, by pozachwycać się światem, jego pięknem. Pomału jednak zauważam, że bardzo mi się ten wolny czas „rozłazi między palcami”. Myślę, że będę musiała jakoś lepiej się zorganizować, bo wciąż mam wiele planów.

W czasie wakacji widziałam Panią jadącą na rowerze. Mąż był daleko w tyle. Lubi Pani aktywnie spędzać czas?

- Lubię i sądziłam, że na emeryturze będę miała więcej aktywności: będę chodziła na basen, dużo będę jeździć na rowerze, bo bardzo to lubię. Ale pogoda tego lata była taka, że rowerem jeździłam, ale już w jeziorze popływać mi się nie udało. Dzięki tej pogodzie mogłam za to oddać się swojej innej pasji - czytaniu. Mogłam czytać, tak jak lubię - bez przerwy. Nie lubię, gdy muszę przerywać, kiedy fabuła mnie już wciągnęła.

A plany na przyszłość? Może marzy Pani o jakichś dalekich podróżach?

- Zwykle dobrze planowałam wakacje. Wynikało to z tego, że kiedy miałam mało czasu, musiałam wszystko szczegółowo zaplanować. Teraz to wygląda inaczej, mam wolnego czasu do woli. I bardzo bym chciała jeszcze kilka miejsc odwiedzić, tych

nowych i tych, w których już byłam: Chorwację, Włochy, Rzym, Hiszpanię, Portugalię. Ciągnie mnie na południe i na pewno, jeżeli wyjazd, to właśnie w tym kierunku.

A wracając do początków. Czy zawsze wiedziała Pani, że będzie lekarzem?

- Nie. Zamierzałam studiować chemię. W szkole średniej łatwo przychodziła mi nauka przedmiotów ścisłych: matematyki, fizyki czy chemii. Zresztą na maturze zdawałam fizykę. I dopiero w klasie maturalnej pod wpływem jakiegoś impulsu zdecydowałam się zdawać na medycynę.

Czy pochodzi Pani z Białegostoku?

- Nie. Urodziłam się w Paczkowie, potem mieszkałam w Opolu i w Sołkowie Podlaskim. Mój tata pracował tam w cukrowni. W tamtych latach (prof. Górską rozpoczęła studia w 1964 roku - red.) zaczynała się budowa cukrowni w Łapach i mój tata dostał tam propozycję pracy. Stąd też i w moich planach pojawił się Biały-

stok - jako miejsce studiów. Ostatecznie jednak tata do Łap nie trafił i rodzice przenieśli się do Kętrzyna.

Czy na studiach medycyna okazała się właściwym wyborem, nie żałowała Pani swojej decyzji?

- Medycyna to był właściwy wybór. Uważam, że na medycynie powinno dominować ścisłe myślenie. W moim przypadku znajomość fizyki i chemii ułatwiała studiowanie, łatwiej pewne rzeczy pojmowałam. Mam rodzaj pamięci pozwalający zapamiętywać fakty i szybko je kojarzyć. Jednak nie zapamiętuję cyfr i z tego powodu miałam problemy np. z farmakologią, bo nie mogłam zapamiętać dawek leków. Ale jak już doszło do przedmiotów klinicznych to bardzo przydała mi się umiejętność łączenia faktów, szukania logicznych związków i zależności.

A skąd zainteresowanie endokrynologią?

- Już od trzeciego roku studiów należałam do koła naukowego przy Klinice Chorób Wewnętrznych. Wtedy były dwie kliniki internistyczne, do których trafiały wszystkie przypadki. Nieco później zaczęły się podziały na specjalistyczne kliniki, powstała m.in. Klinika Alergologii, której kierownictwo objęła prof. Sabina Chyrek-Borowska. Do tej kliniki właśnie zostałam przydzielona. Dzięki przynależności do koła miałam kontakt z kliniką, mogłam tam bez ograniczeń bywać. Pracował tam dr. Ryszard Grabowski, który pięknie umiał pokazywać, jak się bada pacjentów, jak się zbiera wywiad, uczył nas wielu szczegółów z diagnostyki. I to nas przyciągało do koła naukowego. Po studiach zaczęłam dwuletni staż kierunkowy. Przeszłam przez wszystkie kliniki, z których najmniej przyjemnie wspominam pediatrię.

Dlaczego?

- Chore dziecko zupełnie mnie psychicznie rozkładało. Podczas stażu miałam taki moment zawahania, czy nie wybrać ginekologii i położnictwa. Bardzo mi się tam podobało. Wróciłam jednak do interny. Zresztą ten staż u mnie trwał ponad dwa lata, bo w międzyczasie urodziłam swoje pierwsze dziecko.

To rozumiem, że w międzyczasie pojawił się mąż?

- Mąż pojawił się już na pierwszym roku studiów. On kończył, ja zaczynałam studia. Poznaliśmy się, kiedy przyjechałam na egzaminy wstępne. Był przewodniczącym rady mieszkańców w akademiku. Jak się wprowadzałam, to z ramienia rady mieszkańców otaczał mnie opieką. Myślałam, że to taka normalna opieka nad pierwszorocznikiem. Potem się dowiedziałam, że to nie był standard (*śmiech*). Ślub wzięliśmy, kiedy byłam na stażu.

A po stażu?

- Pojawił się etat w klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych u prof. Beaty Bogdanikowej. Zaczęłam tam pracę od nauki w laboratorium. Pani Profesor wysyłała wszystkich swoich nowych pracowników do laboratorium, żeby opanowali techniki laboratoryjne. Jak dostawaliśmy zadanie naukowe, to każdy musiał samodzielnie przeprowadzić swoje badania. Takie

Zawsze miałam problem z rannym wstawaniem. Codziennie walczyłam z budzikiem i z samą sobą. A teraz już nie muszę

były zasady. Potem zostałam w części ogólnej kliniki, nie w tej reumatologicznej. To był taki worek, gdzie wrzucano wszystkie schorzenia internistyczne. Były już wtedy, co prawda, kliniki kardiologii, gastrologii, alergologii czy hematologii. Ale schorzenia diabetologiczne czy endokrynologiczne były leczone w różnych miejscach, także właśnie w tej części internistycznej kliniki reumatologii. Ta dziedzina - endokrynologia - wydała mi się niezmiernie ciekawa. Klinika miała własną bibliotekę, w której książki i czasopisma wypożyczała przeziła Pani Elżbieta. Stały tam tomy interny: Orłowskiego, Szczeklika, był spory wybór czasopism. I właśnie dzięki tej bibliotece sama rozpoznałam po raz pierwszy zespół Klinefeltera. Coś

mi w pacjencie nie pasowało, więc zaczęłam szukać w tych książkach i znalazłam opis podobnego przypadku. Pobiegłam do prof. Aleksandra Krawczuka, który był endokrynologiem, choć zajmował się endokrynologią ginekologiczną. Był bardzo otwarty, bezpośredni. Byłam przecież wtedy młodą asystentką, przyszedłam do Profesora, a on rozmawiał ze mną, wyjaśnił, potwierdził moje przypuszczenia i rozpoznanie.

Miała Pani okazję pracować i spotykać osoby, które zapisały się w historii naszej uczelni...

To prawda, miałam szczęście do ludzi. Moim mistrzem była dr Zofia Pietruska. To z nią najwięcej pracowałam, to ona nauczyła mnie diagnostyki. Oczywiście dużo dała mi praca z prof. Bogdanikową, ona nauczyła nas spokoju i dystansu w pracy, cierpliwości, dociekliwości. Nigdy nie narzucała niczego swoim pracownikom, dawała sygnał, ciekawą odblask. Mieliśmy tam olbrzymią samodzielność. Pracowałam też z dr Rudym, z niezującym Stasiem Hryszko i naszym doctorem honoris causa Jurkiem Sarosiekiem. Była to bardzo fajna współpraca. Rywalizowali ze sobą, by prowadzić jak najwięcej pacjentów. Było zupełnie inaczej niż teraz, kiedy na pytanie, kto weźmie nowego pacjenta, wszyscy spuszczają głowy...

A kiedy powstała klinika endokrynologii?

- Kiedy z Białegostoku odeszła prof. Bogdanikowa, jej klinikę podzielono. Z jednej połówki powstała Klinika Reumatologii, z drugiej Endokrynologii i Diabetologii. Kierownictwo tej drugiej objęła prof. Ida Kinalska. Ja szczęśliwie zostałam również przydzielona do tej kliniki. Spełniło się moje marzenie: mogłam zacząć się szerzej zgłębiać endokrynologię. Prof. Kinalska ze swoją charyzmą i temperamentem wszystko wspaniale rozkręciła. Jednak obie musiałyśmy się uczyć nowej specjalności. W Białymstoku nikt takiej specjalizacji nie miał, myśmy robiły ją w Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. To się łączyło z wyjazdami, kursami i był z tym problem. Nie było dużo ludzi do pracy i Pani Profesor nie była



Czerwiec 2017 r., Podlaskie Dni Endokrynologiczno-Diabetologiczne, ostatnia (na razie) konferencja naukowa zorganizowana przez prof. Górską, fot. Wojciech Więcko

chętna, by mnie delegować do innych ośrodków. A na dodatek miałam w domu małe dzieci, więc o delegację z domu też nie było łatwo. W związku z tym, przez trzy lata jeździłam na miesięczne szkolenia do Warszawy do prof. Stefana Zgliczyńskiego, po czym zdałam egzamin specjalizacyjny z endokrynologii.

Jak się stało, że trafiła Pani do szpitala wojewódzkiego?

- W międzyczasie zrobiłam habilitację. Byłam już samodzielnym pracownikiem i chciałam spróbować swoich sił. Dyrektor szpitala wojewódzkiego zaproponował mi kierownictwo oddziału o profilu endokrynologiczno-diabetologicznym, po odchodzącym na emeryturę prof. Wojciechu Pędichu. Oddział był dobry i znany. I skusiłam się. Trafiłam tam na wspianały zespół. To było bardzo fajne osiem lat pracy. Tam poznałam dr Jolę Fiedorowicz i dr Wandę Kołtąją - znakomite lekarki, od których bardzo dużo się nauczyłam. Później okazało się, że prof. Ida Kinalska odchodzi na emeryturę. Pojawiła się szansa powrotu. W szpitalu wojewódzkim brakowało mi pracy naukowej i dydaktyki. Choć w tym czasie byłam też zatrudniona w Zakładzie Gerontologii u prof. Barbary Bień. Niewiele brakowało, a być może zrobiłbym kolejną specjalizację z geriatrici. Jednak endokrynologia zawsze była na pierwszym miejscu. Miałam jednak dużo obaw, czy sobie poradzę. Prof. Ida Kinalska była osobą niezwykle energiczną, dominującą. Miałam też tremę, jak zostaną przyjęta w swojej macierzystej klinice przez

kolegów, z których prawie wszyscy byli samodzielnymi pracownikami.

No właśnie, pani prof. Kinalska zostawiła wyjątkową klinikę, w której natężenie profesorów na metr kwadratowy było największe w całej uczelni...

Nie planowałam studiować medycyny, zamierzałam studiować chemię.

W szkole średniej łatwo przychodziła mi nauka przedmiotów ścisłych: matematyki, fizyki czy chemii.

Zresztą na maturze zdawałam fizykę

- To prawda. Ale to był wspianały zespół. To był taki rozpędzony pociąg. Moim głównym zadaniem było tylko tego wszystkiego nie zepsuć.

Na pewno wracała Pani z jakimiś planami i założeniami. Czy wszystkie udało się zrealizować?

- Jedną z takich rzeczy był gabinet leczenia stopy cukrzycowej, który udało się otworzyć pod koniec mojej pracy. Nawiasem mówiąc, taka poradnia o mało co nie powstała, kiedy pracowałam w szpitalu wojewódzkim. Jednak, kiedy odeszłam, pomysł ostatecznie upadł. A problem stopy cukrzycowej, choć doty-

czy dużej grupy chorych, był do tej pory marginalizowany. Teraz jest miejsce, gdzie tacy pacjenci otoczeni zostali kompleksową i fachową opieką. W czasie kiedy kierowałam kliniką rozpoczęliśmy również leczenie raka tarczycy we współpracy z Zakładem Medycyny Nuklearnej.

A czy czegoś nie udało się zrobić i coś zostało dla Pani następcy?

- Bardzo wielu rzeczy nie udało się zrobić. Planowałam np. utworzyć poradnię pompową i rozbudować poradnię diabetologiczną. W leczeniu cukrzyki nastąpił olbrzymi postęp. Powstają nowe grupy leków, nowe, doskonalsze preparaty insuliny, nowe systemy jej podawania i monitorowania glikemii. Wiąże się to z koniecznością intensywnego szkolenia chorych, szczególnie tych z cukrzycą typu 1. Potrzebna byłaby oddzielna placówka właśnie dla takich chorych. Cukrzyca typu 1 dotyka ludzi młodych, którzy chcą aktywnie żyć, chcą uprawiać sporty. To się da wszystko połączyć, ale wymaga to wspólnego z pacjentem rozpracowania tematu, rozmowy dłuższej niż standardowa wizyta. Liczę, że mój następcą to rozkręci, bo wiem, że też mu to leży na sercu. Bardzo dużym problemem jest też rozpoznawanie i leczenia neuropatii cukrzycowej. Tym też trzeba będzie się zająć.

Oddała Pani kierownictwo kliniki w dobre ręce (owym kierownikiem został prof. Adam Krętowski - red.)?

- Absolutnie. Będzie się rozwijała i to bardzo pręźnie. Mój następcą jest człowiekiem, który ma wizję i umie tę wizję realizować. Jesteśmy w stałym kontakcie. A zresztą od października wracam jeszcze do kliniki, by trochę pomóc kolegom. Podjęłam się prowadzenia wykładów dla studentów dietetyki. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Wakacje z kleszczami

Wakacje za nami, pora na porządkowanie napstrykanych zdjęć, nowych durnostojek, które ustawiliśmy na półkach regałów, sprawdzenie konta w banku lub zawartości skarpetki.

Wypada też pochwalić się przed znajomymi dalekimi podróżami, zaliczonymi cudownościami, fantastycznymi przygodami. Niech zzielenieją z zazdrości, albo czym prędzej wymyślą swoją wakacyjną bajkę.

Nawrócona grzesznica

W kraju efektownie przebiegła kolejna runda dekomunizacji. Co za sukces! I tylko wieczni malkontenci uknuli wredne hasło: więcej dekomunizacji, mniej demokracji. Że to bzdura totalna (mam na myśli owe hasło) świadczy przykład zmiany ulicy 22 lipca. Tak się w pewnej miejscowości (nazwy nie wymienię, bo po co robić im reklamę) nazywała jedna z ulic do czasu dekomunizacji, tak się nazywa i obecnie, ale radni postanowili co następuje: poprzednio była to nazwa na cześć narodzenia (raczej poronienia) w Polsce ustroju demokracji ludowej wraz z manifestem PKWN, a obecnie jest to już pokłon złożony św. Marii Magdalenie, której wspomnienie przypada właśnie tego dnia. Zmiana zatem bezbolesna, bezkosztowna. I co za piękna intencja - pochwała nawróconej grzesznicy (wedle katolików), uczennicy Jezusa po wypędzeniu z niej siedmiu złych duchów (wedle prawosławnych), patronki między innymi uczniów i studentów, co godzi się w tą pora przypomnieć.

Nie będę łąał, najmocniejszym moim wakacyjnym przeżyciem był pobyt w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, ul. Żurawia 14. Z rozpędu, a może i by się pochwalić niezłą jeszcze pamięcią, chciałem dopisać, że imienia Kazimierza Dłuskiego. Sprawdziłem jednak na wydanej mi karcie informacyjnej, imienia nie ma. Pozostało ono przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, też przy ul. Żurawiej

14. Skomplikowana to materia, na wszelki wypadek sięgnąłem po *Polski Słownik Biograficzny*, ukazujący się od 1935 roku. Kim był Kazimierz Dłuski i czy jego także ogarnęła cicha dekomunizacja?

PAN zestawiła wykaz 122 miast zagrożonych zapadnięciem społeczno-gospodarczą. Pozycje wicelidera zajmuje Hajnówka, w pierwszej setce są jeszcze: Zambrów, Augustów, Łomża, Grajewo, Bielsk Podlaski. A teraz jeszcze i te cholerne kleszcze. Jak to możliwe?

Piękna biografia

Kazimierz Dłuski urodził się w 1855 r. na Podolu, matka była korespondentką Rządu Narodowego w czasie powstania styczniowego. Syn z powodów patriotycznych (zakładał tajne kółka) został wydalony kolejno z gimnazjów w: Niemirowie, Petersburgu i Kijowie, a maturę uzyskał w Kamieńcu Podolskim. Studiował w Odessie i Warszawie, gdzie „...należał do pierwszego szeregu pionierów ruchu socjalistycznego w Polsce”. Uchodząc przed groźbą aresztowania wyjechał do Genewy, potem do Paryża, gdzie podjął studia lekarskie. Zrazu mocno zbliżył się do marksistów, odbił jednak od nich ku socjalistom. W mieszkaniu Dłuskich w Paryżu (żona Bronisława ze Skłodowskich) przebywali:

I. Paderewski, H. Sienkiewicz, R. Dmowski, Władysław Mickiewicz i inni wielcy Polacy.

W 1898 r. K. Dłuski osiadł w Zakopanem, przystąpił - mając gorące wsparcie maestro Paderewskiego - do budowy wzorowego sanatorium dla chorych na gruźlicę. Dokończyć dzieła pomogła szwagierka Maria Skłodowska-Curie, która na ten cel przeznaczyła część kwoty z nagrody Nobla. W Zakopanem Dłuski spotykał się też z socjalistą Józefem Piłsudskim. W czasie wojny bardzo zaangażował się we wspieranie Legionów Polskich, werbował ochotników, za darmo leczył legunów i jeszcze dawał im na drogę po parę koron. Piłsudski uczynił Dłuskiego w 1919 r. delegatem Polski na konferencję pokojową w Paryżu. Chciał go też mianować ambasadorem w Holandii, ale pan Kazimierz wolał powrócić do kraju, pracował jako lekarz i naukowiec. Był wielkim społecznikiem, prezesem Związku Strzeleckiego. Zmarł w 1930 roku, został pochowany z honorami w Zakopanem na starym cmentarzu (na Pęksowym Brzyzku).

Jako komentarz dodam do tej informacji cytat z artykułu J. Piłsudskiego „Jak stałem się socjalistą” (1903 r.). „Otwarcie wyznaję, że była to moda, bo inaczej trudno mi nazwać ówczesną epidemię socjalizmu, która ogarnęła umysły młodzieży rewolucyjnie czy tylko opozycyjnie usposobionej. Ogarnęła zaś do tego stopnia, że nikt z inteligentniejszych i energiczniejszych moich kolegów nie uniknął w swym rozwoju przejścia przez etap socjalistyczny. Jedni zostali już socjalistami, drudzy przeszli do innych obozów, trzeci wreszcie wyrzekli się wszelkich aspiracji społecznych,

lecz każdy z nich przez czas dłuższy lub krótszy był socjalistą". Jaka epidemia ogarnia dzisiejsze pokolenie młodych?

Ach te kleszcze

Dopadły i mnie chyba podczas przemierzania ścieżki dydaktycznej w lesie koło Przewięzi. Rumienia nie było, ale lekarz rodzinny zalecił zrobienie testu, ten wykazał... starą boreliozę. I tak wyłądowną w Klinice Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji, na oddziale u prof. Sławomira Pancewicza. Szczerze wyznaję, że miałem się tam całkiem nieźle wśród innych pokąsanych, a Profesor okazał się i wielkim miłośnikiem historii. Nasłuchałem się opowieści leśników, grzybiarzy, przypadkowych ofiar odrażających pajęczaków. Są one kosmopolityczne (!), w Polsce reprezentowane przez 19 gatunków, zarówno miękkich (bez pancerza), jak i twardych. Największą groźbę budzą w naszym województwie, stały się więc aktualnie jednym z wiodących tematów rozmów. Jak tylko powiem komu o swej wakacyjnej przygodzie, to słyszę w odpowiedzi: witaj w rodzinie nosicieli boreliozy.

Obejrzałem niedawno mapę gmin, w których odsetek mieszkańców w wieku ponad 65 lat przekroczył 20 proc., głównie jest to nasza „ściana wschodnia” Nadbuże. Polska Akademia Nauk zestawiła wykaz 122 miast zagrożonych zapaścią społeczno-gospodarczą. Pozytcje wicelidera zajmuje na niej Hajnówka, w pierwszej setce mieszczą się jeszcze: Zambrów, Augustów, Łomża, Grajewo, Bielsk Podlaski. A teraz jeszcze i te cholerne kleszcze. Jak to możliwe? Przecież jesteśmy tacy mili, gościnni, pracowici, pobożni, patriotyczni...? ■

ADAM CZESŁAW DOBRŃSKI



Zmarł prof. Bazyle Czczuga



Urodził się 30 października 1930 r. w miejscowości Plutycze (okolicie Bielska Podlaskiego). Studiował biologię na uniwersytecie w Mińsku.

Na naszej uczelni od 1956 r. (Katedra Biologii), choć jeszcze w 1951 r. jako referent Kuratorium Okręgu Białostockiego uczestniczył w uroczystym przekazaniu AMB auli kolumnowej. Później wspominał, że nie przypuszczał, iż będzie mu dane wyklądać w tej sali. Studenci wspominają go jako wymagającego, ale sprawiedli-

wego, obdarzonego ogromną wiedzą i przepełnionego pasją do poznawania tajemnic biologii wykładowcy.

Zajmował się ekologią wodnych organizmów roślinnych i zwierzęcych. Wielki pasjonat przyrody. To dzięki pracom w jego katedrze udało się odnaleźć złoża borowinowe nieopodal Michałowa, czy Supraśla.

Został pochowany na Cmentarzu Miejskim w Białymstoku. ■

OPR. BDC

Pożegnanie dra Wojciecha Zalewskiego



9 września 2017 w wypadku zginął dr n. med. Wojciech Zalewski, znakomity ortopeda i traumatolog dziecięcy, a także wielki społecznik i miłośnik motocykli.

Dr Zalewski miał ledwie 51 lat. Pracował w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, którym zbierał wyśmienite oceny przede wszystkim od swoich pacjen-

tów. Jego pasją były motocykle. Należał do Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders”, aktywnie uczestniczył w akcjach charytatywnych (m.in. MotoSerce).

Został pochowany na cmentarzu parafii pw. Wniebowstąpienia Pańskiego w Karakulach. ■

BDC

Najważniejsze obiekty UMB



Pałac Branckich, a po jego lewej stronie Collegium Primum i Universum oraz Euroregionalne Centrum Farmacji



Collegium Universum



Euroregionalne Centrum Farmacji

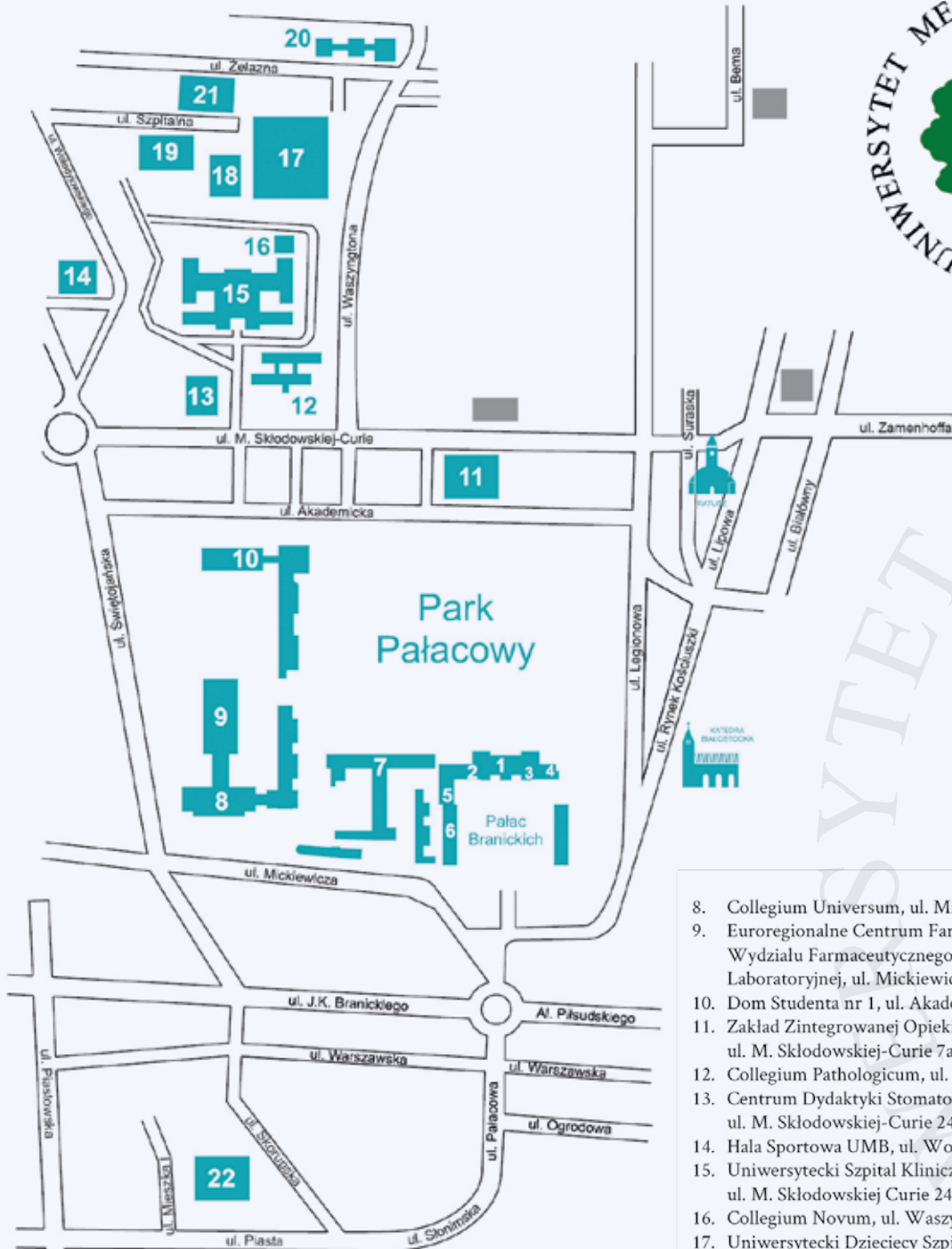


Wydział Nauk o Zdrowiu



Centrum Symulacji Medycznych

Mapa kampusu UMB



1. Aula Magna, ul. Jana Kilińskiego 1
2. Biblioteka Główna, ul. Jana Kilińskiego 1
3. Dziekanat Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, ul. Jana Kilińskiego 1
4. Dział Spraw Studenckich, ul. Jana Kilińskiego 1
5. Sala Kolumnowa, ul. Jana Kilińskiego 1, lewe skrzydło Pałacu
6. Biuro Promocji i Rekrutacji, ul. Jana Kilińskiego 1, lewe skrzydło Pałacu
7. Collegium Primum, ul. Mickiewicza 2a

8. Collegium Universum, ul. Mickiewicza 2c
9. Euroregionalne Centrum Farmacji, Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, ul. Mickiewicza 2d
10. Dom Studenta nr 1, ul. Akademicka 3
11. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a
12. Collegium Pathologicum, ul. Waszyngtona 13
13. Centrum Dydaktyki Stomatologicznej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
14. Hala Sportowa UMB, ul. Wołodyjowskiego 1
15. Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
16. Collegium Novum, ul. Waszyngtona 15
17. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny, ul. Waszyngtona 17
18. Centrum Medycyny Doświadczalnej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
19. Centrum Dydaktyczno-Naukowe Wydziału Nauk o Zdrowiu, Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu, ul. Szpitalna 37
20. Dom Studenta nr 2, ul. Waszyngtona 23a
21. Centrum Symulacji Medycznych
22. Zakład Dietetyki i Żywności Klinicznej, ul. Mieszka I 4b