



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 04 (168)

KWIECIEŃ - MAJ 2019

UNIWERSYTET MEDYCZNY  
W BIAŁYMSTOKU  
www.umb.edu.pl



## Innowacje a medycyna

Wywiad z ministrem zdrowia s. 5-9



Czy nasze szpitale uratują  
lekarze z importu? s. 18-22



Złoty jubileusz stomatologii  
s. 25-27

Konstytucja dla UMB s. 4

Masz raka. Przestań się mazać s. 22-25

MEDYCZNY

ISSN 1643-3734



# Zjedz mnie. Międzynarodowo

**Na UMB studiują młodzi ludzie z 30 krajów!** A gdzie najlepiej się poznać? Wiadomo, że na imprezie. Można iść do klubu albo zorganizować „domówkę”. A jak wybieramy drugi wariant, to już naukowo udowodniono, że te najlepsze odbywają się w kuchni. To była idea organizacji International Cooking Day na UMB.

Największa kuchnia na naszej uczelni znajduje się na III piętrze gmachu Wydziału Nauk o Zdrowiu. Zajęcia tam mają m.in. studenci dietetyki. Kilka stanowisk kuchennych, lodówki, kuchenki gazowe. Słowem wszystko, aby zrobić świetną imprezę.

Nim zaczęto gotować, zorganizowano kulinarny quiz. Uczestników podzielono na dwie grupy: kadra (kapitan prorektor prof. Adrian Chabowski) oraz studenci. Zgadywano, z jakich części świata pochodzą dane potrawy czy ich składniki, odgadywano zapachy. Finałem była konkurencja sprawnościowa: ubijanie białek na sztywną pianę. Tu klasą dla siebie

była prodziekan prof. Bożena Dobrzycka. Finalnie nieznacznie wygrała kadra.

Druga część imprezy to było już gotowanie. Wszyscy podzielili się na kilkuosobowe zespoły. Przygotowywano dania z różnych części świata. Były m.in. placki ziemniaczane, burgery, curry, paella, czy sałatka ziemniaczana. Na wszelki wypadek, gdyby gotowanie nie wyszło, organizatorzy mieli zapas babki ziemniaczanej i zupy pho. Ostatecznie podzieliły one los przystawek przed daniami głównymi.

W UMB studiuje ok. 400 obcokrajowców. Najwięcej na anglojęzycznym kierunku lekarskim (English Division, w tym roku obchodzony jest jubileusz 15-lecia

powołania tego kierunku). W tym roku naukę rozpoczęli też studenci na międzynarodowych studiach doktorskich realizowanych w ramach prestiżowego grantu z programu Horyzont 2020. Ilościowo najczęściej osób pochodzi z krajów europejskich (Szwecja, Finlandia, Hiszpania), są też studenci z USA i Kanady, z krajów Bliskiego Wschodu, Indii, Pakistanu, a nawet Japonii. ■

**BDC**

# Od Redakcji



Marcin Tomkiel  
Redaktor naczelny  
Medyka Białostockiego

Złoty jubileusz świętuje nasza stomatologia. O jakości kształcenia świadczą czołowe lokaty absolwentów UMB zdobywane na LDEK, oraz wizja rozwoju zaprezentowana przez władze dziekańskie. Wielki szacunek kolegów z Polski potwierdza fakt, że w celebrze uczestniczyli krajowi konsultanci i nie szczędzili słów uznania. Gratuluję jubileuszu, sukcesów, a przede wszystkim

absolwentów, którzy mają w Polsce swoją markę.

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku wielkimi krokami zbliża się do osiągnięcia celu, jakim jest Ustawa 2.0., reforma modernizująca polskie szkoły wyższe. Senat UMB powołał 7-osobową radę uczelni, wygasła kadencja obecnych dziekanów, trwają końcowe konsultacje i prace nad nowym statutem. Będzie on uchwalony jeszcze w czerwcu.

Rozpoczęła się rekrutacja na UMB. Można wybierać spośród 15 kierunków. Wahającym się warto podpowiedzieć, że branża medyczna to pewny zawód. W kraju brakuje rąk do pracy w zawodach medycznych. „Puls Medycyny” opisał 10 najbardziej deficytowych specjalizacji lekarskich w polskich szpitalach. Należą do nich: pediatrię, internistę, anesteziologię i chirurgię. Według szpitali najwięcej

potrzeba pielęgniarek wszystkich specjalizacji (72 proc. szpitali chce je zatrudnić) i lekarzy (68 proc.). Natomiast NIK w swoim raporcie zwraca uwagę na problem tworzącej się luki pokoleniowej wśród personelu lekarskiego. Ponad 55 proc. lekarzy to osoby w wieku powyżej 45. roku życia. W niektórych specjalnościach jest realne zagrożenie braku ciągłości leczenia. Teoretycznie przybywa młodych lekarzy, ale wielu wyjeżdża za granicę. Jeśli szybko nic się nie zmieni to pacjentów czeka duży problem. O tym, jak to zmienić, rozmawiali w Aula Magna uczestnicy ministerialnej konferencji „Wspólnie dla zdrowia”. Minister Szumowski zaprosił przedstawicieli białego personelu do debaty na temat kondycji placówek ochrony zdrowia i wypracowania wspólnej strategii, jak efektywnie i dobrze leczyć polskich pacjentów.

Smaczny akcent na sam koniec. UMB na studium młodzieńcy ludzie z przeszło 30 krajów świata. Dlatego, by lepiej się poznać, zorganizowano warsztaty z wielokulturowości, oraz kulinarne. Imprezy okazały się świetnym pomysłem na integrację. Niech żałują ci, którzy nie skorzystali z okazji do spróbowania wietnamskiej zupy Pho, penne, curry, babki ziemniaczanej, czy miniburgerów w wersji „English Division”. Palce lizać!

Marcin Tomkiel

## Spis treści

- |       |  |       |   |
|-------|--|-------|---|
| 4     | Konstytucja dla UMB  | 16    | 8. zjazd absolwentów UMB  |
| 5     | WOJCIECH WIĘCKO<br>Innowacje a zdrowie   | 17    | Dżdżownica w aorcie,<br>czyli nowy stentgraft                                 |
| 6-7   | ROZMAWIAŁ WOJCIECH WIĘCKO<br>Pieniądze to nie wszystko                                   | 18-19 | KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK<br>Lekarz z importu                               |
| 8-9   | ROZMAWIAŁ WOJCIECH WIĘCKO<br>Agencja od nowoczesnej medycyny                             | 20-22 | Lekarz z Grodna w Białymstoku   |
| 9     | Nowe patenty w UMB.<br>Zawały i nanocząstki  | 22-24 | ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK<br>Masz raka. Proszę się nie rozczulać |
| 10    | List prorektora ds. nauki<br>prof. Marcina Moniuszki do<br>społeczności akademickiej UMB | 25-27 | DR. HAB. JOANNA BAGIŃSKA<br>Złoty jubileusz stomatologii                      |
| 10    | W skrócie na UMB   | 28-29 | DR STANISŁAW SIERKO<br>Różnica zdań   |
| 11-12 | Nowe granty  | 29-30 | ADAM CZESŁAW DOBRŃSKI<br>Привет из Москвы                                     |
| 12    | Szkoła Doktorska UMB   | 30-31 | Kwestionariusz osobowy. Marcin Tomkiel  |
| 13    | Krótko o UMB   |       |   |
| 14    | Aaa... laboratorium<br>na badania wynajmę  |       |   |
| 14    | Porozumienie z University<br>of Edinburgh  |       |   |
| 15    | Trzej nowi profesorowie  |       |   |
| 16    | EMILIA MINASZ<br>Pierwsza kara w Polsce za<br>nieprzestrzeżenie RODO                     |       |   |

### SKŁAD REDAKCJA:

Redaktor naczelny: Marcin Tomkiel  
Zastępca redaktora naczelnego: Adam Hermanowicz  
Sekretarz redakcji: Katarzyna Malinowska-Olczyk  
Redakcja: Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grossmann, Wojciech Więcko  
Współpracownicy: Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska  
Korekta: Ewa Krzemińska  
Projekt strony internetowej: Monika Fiedorowicz  
Projekt okładki: Drukarnia Biały Kruk

### ADRES REDAKCJI:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego  
15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1, tel. (85) 74854 85, email: medyk@umb.edu.pl  
www.medyk.umb.edu.pl



/ MEDYK BIAŁOSTOCKI



/ MEDYKBIAŁOSTOCKI1956



/ MEDYK BIAŁOSTOCKI

# Konstytucja dla UMB

**Nowa „Ustawa o szkolnictwie wyższym” nakłada na wszystkie uczelnie przygotowanie nowych statutów.** To najważniejszy dokument w oparciu o który funkcjonuje cały uczelniany system. Nowy statut UMB jest już przesłany do konsultacji społeczności akademickiej.

Przedstawimy najważniejsze zmiany między starym a nowym statutem. Choć ustawa pozwala na wprowadzenie naprawdę rewolucyjnych zmian, na UMB można mówić raczej o adaptacji do nowych przepisów. Zresztą rektor prof. Adam Krętowski na łamach „Medyka”, kilkakrotnie mówił, że nie będzie skłonny do drastycznych zmian i skłania się ku wariantowi, który będzie tylko spełniał nowe wymogi.

## Rada uczelni

W pierwszych założeniach ustawy o szkolnictwie wyższym miał to być organ kluczowy dla funkcjonowania uczelni. Byłaby podobnym ciałem do rad nadzorczych w firmach. Ostatecznie jej ranga została znacznie obniżona. Teraz jest to ciało opiniodawcze dla rektora lub senatu uczelni, do tego ma funkcje kontrolne uczelni. Ze szczególnych jej uprawnień warto wymienić: prawo wskazania kandydata na rektora, czy ustalenia wysokości jego pensji i dodatków.

Rada będzie się składać z siedmiu osób. Trzy osoby będą pochodzić spoza uczelni (z nich wyłoniony będzie przewodniczący rady), trzy muszą być pracownikami uczelni. Kandydatów zgłasza rektor lub senat. Siódmą osobą będzie przewodniczący samorządu studentów UMB.

## Rada naukowa

Wydaje się, że to będzie najważniejsza zmiana w dotychczasowym funkcjonowaniu uczelni, którą wszyscy odczuwamy. To zupełna nowość. Ma zajmować się prowadzeniem polityki uczelni w zakresie: działalności naukowej, ewaluacji, komercjalizacji, współpracy z przemysłem, wdrażania osiągnięć naukowych, przeprowadzenia postępowania w sprawie o nadanie stopnia doktora, stopnia doktora habilitowanego lub tytułu profesora, za wyjątkiem czynności zastrzeżonych dla senatu.

Rada będzie się składać z trzech kolegów naukowych, które odpowia-

dają poszczególnym dziedzinom naukowym występującym na uczelni. Jej przewodniczącym będzie prorektor ds. nauki. W sumie w radzie zasiadać będzie 35 osób.

Kolegia poszczególnych dziedzin mają się składać: rada kolegium nauk medycznych - do 18 osób; rada kolegium nauk farmaceutycznych - do 9 osób; rada kolegium nauk o zdrowiu - do 8 osób. Kolegia będą miały swoich dziekanów kolegiów, których powoła rektor. Tak samo jak prodziekanów (na wniosek dziekana). Pozostałych członków kolegiów powołuje senat.

W zamierzeniu rektora Krętowskiego członkami tego organu mają być naukowcy o największym dorobku.

## Wydziały

Zostają. Zmieni się sposób ich funkcjonowania, ale studenci nie powinni odczuć tych zmian. Wydziały w głównej mierze mają się zajmować już tylko dydaktyką.

Dziekanów i prodziekanów wybierze rektor. Tych drugich na wniosek dziekana. Radom wydziałów pozostają kompetencje związane z dydaktyką i jej rozwojem na wydziale.

## Rektor

Generalnie pozostają przy nim wszystkie funkcje dotyczące reprezentowania uczelni, czy bieżącego nią zarządzania. Nowe prawo daje mu jednak szereg uprawnień, które znacznie przyspieszają podejmowanie decyzji (uprawnienia te zyskuje kosztem senatu i rad wydziałów). Przykład: nie będzie już wyborów prorektorów, gdyż rektor sam ich sobie wybierze (będzie mógł też w dowolnym momencie ich odwołać). Rektor także wybierze dziekanów kolegiów naukowych i dziekanów wydziałów. Może powoływać komisje do realizacji określonych zadań, swoich pełnomocników, lub zespoły doradców.

Kadencja rektora nadal trwa 4 lata i nadal można ją pełnić tylko przed dwie kadencje.

## Wybory

Przy wyborach rektora nadal będziemy najpierw wybierać 100 elektorów. Znacząco zmienia się jednak struktura poszczególnych grup wyborczych. Głosujemy już nie w oparciu o poszczególne wydziały, a grupy zawodowe. 55 elektorów ma pochodzić z grupy osób z tytułem profesora lub profesora uczelni. 20 kolejnych elektorów - to pracownicy akademicy, ale nie profesorowie. Pięciu następnych elektorów ma być pracownikami niebędącymi nauczycielami akademickimi. Studenci będą wybierać 20 elektorów (w tym 3 spośród doktorantów).

Kandydat na rektora jest wskazywany przez radę uczelni (po zasięgnięciu opinii senatu), albo przez senat (przy czym kandydatura musi zyskać poparcie co najmniej połowy jego członków).

Nie będzie już wyborów prorektorów, dziekanów, prodziekanów i dziekanów kolegiów naukowych. Ich wszystkich wybierze rektor, czasami posiłkując się opiniami i wnioskami innych uczelnianych organów.

## Senat

Zmniejsza się jego liczebność. Obecnie jest to 36 osób. Nowy senat będzie się składał z 20 osób (łącznie z rektorem). Z wyboru będzie więc pochodzić 19 członków: 10 osób to mają być profesorowie, 4 osoby - to nauczyciele akademicy nie mający stopnia profesora, 1 osoba - z grupy pracowników niebędących nauczycielami oraz 4 przedstawiciele studentów. Wybory odbywają się w poszczególnych grupach zawodowych, a nie jak wcześniej wydziałami.

Prorektorzy, dziekani tracą przyznawane automatycznie miejsce w Senacie. Teraz uczestniczą w jego pracach tylko z głosem doradczym.

Opisane przepisy to tylko wstępna wersja proponowanych zmian w nowym statucie uczelni. ■

# Innowacje a zdrowie

O tym, że polska służba zdrowia musi się unowocześnić, wiemy wszyscy. Pytanie brzmi: w jakim kierunku ma zmierzać ta nowoczesność? Innowacje to ogromna szansa, ale też nieograniczona rzeka wydatków. Odpowiedzi na to pytanie szukano podczas VI Konferencji Ogólnopolskiej Debata „Wspólnie dla zdrowia”, która odbyła się w UMB.

„Innowacje, technologie, efektywność” - to był temat przewodni spotkania. Wydarzenie odbyło się 8 maja w Aula Magna. Gościem specjalnym był minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski.

Debata „Wspólnie dla zdrowia” to cykl sześciu spotkań, podczas których rozmawia się o tym, jak powinna wyglądać w przyszłości polska medycyna. W Białymstoku rozmawiano o innowacjach, ale wcześniej, w innych miastach, zastanawiano się nad sposobami organizacji samego systemu opieki, jego finansowaniem, zarządzaniem i odpowiedzialnością, czy też skuteczną profilaktyką zdrowotną oraz zarządzaniem kadrami. Po zakończeniu cyklu debat, powstanie z nich raport, który ma służyć do wyznaczenia kierunków rozwijania polskiej służby zdrowia w najbliższych latach.

Jak podkreślił minister Szumowski, wybór miejsca na dyskusję o innowacjach w medycynie był dla niego oczywisty. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku został przez niego określony jako jeden z liderów innowacyjnych badań naukowych, m.in. w zakresie sztucznej inteligencji czy medycyny spersonalizowanej (najnowsze trendy innowacyjnej medycyny).

- Zadam pytanie: czy technologia poprawiająca o kilka procent skuteczność danej procedury medycznej, ale kosztująca 300 proc. więcej niż ta stosowana obecnie, powinna być refundowana, czy nie? Pula pieniędzy na służbę zdrowia w każdym kraju jest ograniczona. Czasami tych środków jest więcej, czasami mniej. Ale jak je wydać? Czy wydać na innowacje, a może skupić się na profilaktyce, albo inwestycji tylko w znane terapie? Ja chcę usłyszeć odpowiedzi na te pytania ze strony społecznej, dlatego właśnie organizujemy cykl tych debat - powiedział minister Szumowski.

W przypadku innowacyjnych rozwiązań w medycynie kluczowe wydają się finanse. W zasadzie, kiedy któryś z prelegentów opowiadał coś o no-



Barokowa Aula Magna stała się miejscem dyskusji o tym jaka ma być nowoczesna medycyna. Na zdjęciu debata o biotechnologii. Jej moderatorem był prorektor ds. nauki UMB prof. Marcin Moniuszko (z lewej), fot. Zbigniew Wasilewski

waterskich rozwiązaniach, to zwykle w drugim zdaniu swojej wypowiedzi dopowiadał, że to jest dość drogie rozwiązanie. Przykład z UMB: powstające Centrum Sztucznej Inteligencji UMB może pochłonąć ok. 50 mln zł. Tej wysokości grant przyznał uczelni premier Mateusz Morawiecki.

- Musimy dwa razy się zastanowić i obejrzeć każdą złotówkę publicznych pieniędzy, zanim zainwestujemy ją w odpowiednią innowację. Powinniśmy tak przekazywać te pieniądze, żeby one naprawdę zadziałały na korzyść pacjenta - dodał minister.

Wtórował mu dr Radosław Sierpiński, p.o. prezesa powstającej właśnie Agencji Badań Medycznych: - Będziemy inwestować w takie projekty medyczne, które walczą z chorobami zabijającymi w tej chwili najwięcej Polaków. Musimy też rozwijać dziedziny chorób rzadkich, które nie są w zainteresowaniu firm farmaceutycznych, gdyż z racji małej liczby pacjentów, zwyczajnie na nich nie zarobią. Jednak z uwagi na odpowiedzialność społeczną musimy przyciągnąć do Polski także takie nowoczesne terapie.

- Jeżeli nie będziemy tych technologii tworzyć u nas, to będziemy musieli za nie zapłacić i skądś je sprowadzić - tłumaczył prorektor ds. nauki UMB prof. Marcin Moniuszko. Jego zdaniem inwestycje w krajowe badania będą

zwyczajnie tańsze, niż kupno tych technologii na świecie.

Jednym z najgorętszych obecnie tematów związanych z innowacjami w medycynie są badania UMB nad zastosowaniem w niej sztucznej inteligencji. Jak opowiadał podczas debaty prorektor prof. Marcin Moniuszko, niektórzy żartują, że przez te badania wkrótce roboty zastąpią lekarzy. - Intuicja jest bardzo ważna w pracy lekarza i jego bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Jej nie zastąpi nawet najlepsza sztuczna inteligencja. Jednak dodanie pewnych mechanizmów i narzędzi dla lekarza może bardzo usprawnić jego pracę.

W UMB trwają już bardzo zaawansowane badania nad rakiem płuca. W ich wyniku powstał bank tkanek (biobank), ale też ogromna baza danych dotycząca chorych pacjentów. Znajdują się tam dane opisujące poszczególne geny czy białka, ale też analizy związane z aktywnością fizyczną chorego, jego dietą, czy narażeniem na zanieczyszczenie środowiska. Skorelowanie tych danych ze sobą pozwoli wesprzeć proces diagnostyczny. Jak cenne są to dane, niech świadczy fakt, że największe koncerny farmaceutyczne wykładają na nie setki milionów dolarów. ■

WOJCIECH WIĘCKO

# Pieniądże to nie wszystko

Cykl debat „Wspólnie dla zdrowia” ma służyć określeniu, jaka ma być przyszłość polskiego systemu służby zdrowia. Chodzi o wyznaczenie kierunków i celów, które będą istotne za 5 czy 10 lat. **Rozmowa z ministrem zdrowia prof. Łukaszem Szumowskim**

**Dyskusja o innowacjach w medycynie i jej zorganizowanie w Białymstoku - to chyba nie przypadek?**



**Prof. Łukasz Szumowski, minister zdrowia:** - Oczywiście. UMB jest jedynym uniwersytetem medycznym w Polsce, który uzyskał grant Horyzont 2020. Dzięki niemu doktoranci z całego świata uczą się tu w Białymstoku. To pokazuje, jak dużo mają do zaoferowania nasze uniwersytety, a w szczególności UMB, który jest liderem wśród uczelni medycznych. Mamy w Polsce świetną bazę laboratoryjną, świetne warunki do prowadzenia prac badawczych, dobrą dydaktykę. To właśnie dlatego ci doktoranci z całego świata chcą się u nas szkolić. Za nimi będą przyjeżdżać tu ich mentorzy, profesorowie. Oni już teraz mówią, że mamy dostęp do laboratoriów wyposażonych na światowym poziomie, nierzadko mamy lepszy sprzęt niż na uniwersytetach zachodnich. To cieszy. Te wymiany między młodymi badaczami to jest początek współpracy międzynarodowej. Efekty przyjdą z czasem. Nauka, a szczególnie w obszarze ochrony zdrowia, to jest jedna z najlepszych form dyplomacji i zacieśniania więzów pomiędzy różnymi krajami. Robimy te badania razem, bo cel mamy wspólny. Chcemy, żeby

pacjenci mieli dostęp do najlepszych technologii.

**Czemu ma służyć ten cykl debat?**

- Debaty „Wspólnie dla zdrowia” powoli zbliżają się ku końcowi i mam nadzieję, że w czerwcu dostanę raport z tych wszystkich spotkań. Liczę na to, że otrzymam głos strony społecznej na temat służby zdrowia. Ja nie ingeruję w tematy dyskusji, czy w samą rozmowę. Chcę na podstawie tego dokumentu wypracować wizję tego, co trzeba zrobić przez najbliższe 4,8,12 lat. Jakie kierunki rozwoju wybrać, gdzie ten system poprawiać w pierwszej kolejności, gdzie można to zrobić później. Ktoś powie: przecież wszyscy wiemy, co trzeba zrobić. Trzeba przecież poprawić dostęp do świadczeń, zmniejszyć kolejki i zwiększyć ilość pieniędzy w systemie. My to już robimy. W 2024 r. mamy mieć o 60 mld zł więcej w systemie niż dziś. Pytanie jest tylko takie, jak wydać te pieniądze? Czy inwestować w innowacje, o czym dziś mówimy? Innowacje to ogromny rynek. Szacuje się, że w 2025 roku to będzie globalnie, na świecie, około 700 mld dolarów. Kolejne pytanie, czy warto inwestować w technologię, która poprawia jakość usługi, czy zabiegu o 5 proc., ale kosztuje 300 proc. więcej niż obecna. Czy powinna być ona refundowana i ewentualnie w jaki sposób? To są tematy niezwykle istotne. Pula pieniędzy w każdym kraju jest ograniczona. Czasami jest ona większa, czasami mniejsza. Jak inwestować te pieniądze? Czy skupić się na innowacjach, a może tylko robić profilaktykę i tylko finansować uznane i sprawdzone terapie?

Dlatego tak ważny jest głos strony społecznej. Musimy razem znaleźć te odpowiedzi.

**Bez innowacji medycyna chyba nie ruszy się o krok do przodu?**

- Tak. Innowacje w medycynie to postęp. Na nasze zdrowie wpływ ma więcej czynników. Choćby te należące do warunków socjoekonomicznych: mamy cały obszar wynikający ze sfery warunków życia, wysokości naszych płac, czy warunków mieszkalnych. Choćby programy 500+ czy „Czyste powietrze” przez poprawę warunków socjoekonomicznych poprawiają wyniki w długości życia. Mówi się już, że kod pocztowy jest ważniejszy niż kod genetyczny. Okazuje się, że warunki socjoekonomiczne bardziej wpływają na długość życia obywatela, niż jego predyspozycje do chorób. Dlatego musimy działać wielokierunkowo. Oczywiście innowacje są kluczowe. Ja jestem kardiologiem i wiem, jak się kiedyś leczyło zawał serca, a jak jest dziś. 20 lat temu pacjent leżał w szpitalu miesiąc, a dziś wychodzi ze szpitala po trzech dniach.

**Panie ministrze teraz jest dobry moment na podsumowanie Pana pracy. Czy można było zrobić więcej np. w kwestii mniejszych kolejek do lekarzy specjalistów?**

- To jest pytanie, na które trudno odpowiedzieć wprost, bo zawsze da się zrobić więcej. Moim zdaniem udało się zrobić sporo. W wybranych obszarach te kolejki faktycznie się zmniejszają. System ochrony zdrowia jest takim obszarem, który nie chce rewolucji. To słychać w głosach pacjentów, czy głosach organizacji

pacjentkich. Powinniśmy go poprawiać sukcesywnie, jako proces ewolucyjny. Musimy skupiać się na pewnych obszarach, doprowadzić je do akceptowalnego poziomu i wtedy przejść do kolejnych. Jednak jednym z kluczowych elementów jest ilość środków na zdrowie.

#### **A czy ostatnie podniesienie wyceny świadczeń zmieniło sytuację?**

- Na pewno zmieniło, zwłaszcza że przeznaczaliśmy 680 mln zł tylko na internę i chirurgię. Pamiętajmy jednak, że nie był to jedyny element naszych działań. Mamy już nielimitowaną tomografię i rezonanse magnetyczne. Do tego mamy zaćmę i endoprotezy bez limitów, zapłaciliśmy też za nadwykonania z zeszłego roku. Do tego mamy pilotaże, które są istotnym elementem systemu i też kosztują. Niedawno ogłosiliśmy uruchomienie trombektomii mechanicznej na cały kraj i teraz wszyscy Polacy będą mieli w swoim województwie ośrodki, w których od 1 lipca będą mogli oczekiwać mechanicznego leczenia udaru mózgu. Jak zsumujemy te wszystkie środki, to jest ok. 2 mld złotych. Dlatego ten system jest poprawiany sukcesywnie i w wybranych obszarach, bo te pieniądze też do nas wpływają sukcesywnie. Gdybyśmy je wszystkie od razu wrzucili do systemu, ot tak bez dzielenia gdzie, to ten by je wchłonął, ale pacjent nie odczułby poprawy. Myślimy już nad nowym planem finansowym NFZ. Wszak „13 emerytura” to element zmieniający plan NFZ po stronie przychodów. Myślę więc, że 1 lipca będzie jakimś kolejnym otwarciem.

Potrzebujemy nowych środków w systemie. Choćby w kontekście płac dla kadry. Trzeba sobie uświadomić, że to są zaniechania sprzed lat. Te decyzje o transferach finansowych na płace to nie jest poprawa czyjegoś komfortu teraz. To jest być albo nie być polskiego systemu ochrony zdrowia za lat 10. Gdyby nie to, że przekazaliśmy pielęgniarkom i położnym dodatkowe środki - sukcesywnie i to trwało aż cztery lata - to za 10 lat mielibyśmy bardzo poważne problemy kadrowe. Teraz, pierwszy raz od dawna, 100 proc. pielęgniarek-absolwentów ode-



**Innowacje w medycynie to nie tylko kwestie ekonomiczne. Czy warto inwestować w technologię, która poprawia jakość zabiegu o 5 proc., ale kosztuje 300 proc. więcej niż obecna?**



**Minister Szumowski: – Robimy wszystko, by poprawić jakość opieki zdrowotnej. Ale musimy się zastanowić, jak robić to jeszcze lepiej. W 2024 roku mamy mieć 60 miliardów więcej na zdrowie niż dziś. Ale jak wydać te pieniądze? Czy właśnie na innowacje?**

brało prawo do wykonywania zawodu. Jeszcze niedawno co trzecia absolwentka tych studiów w ogóle tego nie robiła i nie wchodziła do zawodu. To jest efekt kilkuletniej pracy. Nie poprawiamy od razu wszystkiego. Na uniwersytetach medycznych zwiększamy limity przyjęć na wydziałach lekarskich i lekarsko-dentystycznych po to, żebyśmy mieli więcej lekarzy. Ta ilość powolutku wzrasta. Ale to trwa. Tej zapaści w kadrach, kiedy uznano że lekarzy w Polsce jest za dużo, nie zasypimy w rok, ani cztery lata. Kształcenie to 6 lat, potem

staż i specjalizacja kolejne 6 lat. To wychodzi 13 lat. Musimy to robić, podtrzymywać ten nacisk na kadry w Polsce. Musimy to robić, żeby nie mieć problemu za czas jakiś. Jednak musimy też zdawać sobie sprawę z tego, że pewnych elementów samymi pieniędzmi nie załatwimy. Jeżeli brakuje specjalistów, czy pielęgniarek na rynku, to same pieniądze też nie załatwią tematu od razu. ■

**OPR. WOJCIECH WIĘCKO**

# Agencja od nowoczesnej medycyny

**Agencja Badań Medycznych to jednostka, która docelowo ma się zająć wsparciem dla innowacyjnych badań medycznych.** Jej powstanie to pomysł Ministerstwa Zdrowia, które nie było zadowolone z dotychczasowych modeli wsparcia badań w dziedzinie medycyny i nauk o zdrowiu.

Zgodnie z przyjętą przez Sejm ustawą Agencja Badań Medycznych będzie odpowiedzialna za tworzenie i zarządzanie programami, na których podstawie będą finansowane projekty badawcze lub rozwojowe dotyczące nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w tym projekty interdyscyplinarne. ABM ma także m.in. nadzorować i kontrolować realizację projektów badawczych lub rozwojowych, prowadzić własne badania naukowe i prace rozwojowe. Rolą ABM będzie też wspieranie przedsiębiorstw w prowadzeniu i rozwijaniu działalności innowacyjnej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Agencja będzie finansowana z budżetu państwa i z odpisu z Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowiącego 0,3 proc. jego przychodów. ABM będzie też mogła pozyskiwać środki z UE oraz międzynarodowych programów badawczych.

Organami agencji będą: prezes agencji oraz rada agencji. Każdy z organów będzie pełnił funkcje w sześcioletnich kadencjach.

**Rozmowa z p.o. prezesa Agencji Badań Medycznych drem Radosławem Sierpińskim**

**Wojciech Więcko: W jakie innowacyjne badania medyczne warto inwestować?**

**Dr Radosław Sierpiński, p.o. prezesa ABM, pełnomocnik ministra zdrowia ds. utworzenia ABM:** - Tu nie można wskazać na jakieś stałe dziedziny. Trzeba ciągle poszukiwać tych rozwiązań, ale też sposobu ich



**Dr Radosław Sierpiński, p.o. prezesa Agencji Badań Medycznych**

oceny. Na pewno trzeba to wiązać z potrzebami społecznymi, które w danej chwili nie są zapewnione. Ta odpowiedzialność społeczna jest bardzo ważna w mądrym patrzeniu na innowacje. W tej chwili wydaje się, że to są innowacyjne badania w dziedzinie onkologii i kardiologii. To są te grupy chorób, które zabijają obecnie najczęściej Polaków. Tu na pewno musimy pracować nad tym, aby pacjenci mieli dostęp do tego, co jest najlepsze na świecie. Musimy też patrzeć w stronę badań pediatrycznych, zwłaszcza na choroby hematologiczne czy choroby onkologiczne w ogóle, np. białaczki. Musimy też zwrócić uwagę na choroby rzadkie. W ich przypadku firmy farmaceutyczne niezbyt chętnie podejmują

się tworzenia nowych technologii czy nowych wskazań dla leków. Oni na to patrzą biznesowo: jest mało pacjentów, więc przedsięwzięcie nie jest dla nich rentowne. Nie zarobią na tym. Oni działają dla zysku i trzeba to rozumieć. Dlatego to my musimy podjąć tę odpowiedzialność i finansowe ryzyko. Natomiast już konkretne wskazanie, jakie badanie czy dziedziny będziemy finansować ze środków agencji, to będą decyzje ekspertów i rady agencji.

**Agencja powstała raptem nieco ponad miesiąc temu. Można już coś powiedzieć o jej planach?**

- Obecnie jesteśmy w okresie organizacji. W uzgodnieniu z Ministerstwem Finansów mamy już wynegocjowany plan finansowy. W ciągu miesiąca powołamy radę naukową agencji, która będzie bardzo silnym ciałem. Ma składać się z międzynarodowych specjalistów, tak abyśmy mieli dostęp do tych najważniejszych światowych trendów. Myślę, że po wakacjach można się spodziewać pierwszych konkursów, tak aby w tym roku rozpocząć już wspieranie innowacyjnych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia.

**Jakimi funduszami Państwo będą dysponować?**

- W tej chwili to kwota na poziomie 7,5 mln zł. To jest suma na ten rok, bo mamy lekkie opóźnienie. Jednak w negocjacjach z Ministerstwem Finansów mamy ustalone, że kiedy pojawią się konkretne konkursy i pojawią się kwoty potrzebne do



realizacji tych badań, to będziemy ponownie rozmawiać.

**Zadam pytanie postawione przez ministra Szumowskiego, bo pewnie w Pana pracy będzie ono często padać: wzrost skuteczności procedury medycznej o 5 proc. i jednoczesny wzrost kosztów tej procedury o 300 proc. Co pan zrobi?**

- To bardzo trudne pytanie, także z uwagi na etykę. Z punktu widzenia pacjentów, którzy mogą być beneficjentami tej nowej trzykrotnie droższej procedury, to sprawa życia i śmierci. My musimy na to spojrzeć na pod kątem systemowym, czyli alokacji środków publicznych. Musimy zdecydowanie przyjrzeć się temu, czy ta trzykrotna podwyżka kosztów danej terapii, jest tego warta. Czy pacjent odczuje tę poprawę. Czy warto tyle zapłacić za dany efekt. Dlatego chcemy korzystać z pracy ekspertów i mieć bardzo dobrą radę naukową, żeby takich ocen dokonywać. W polskim systemie ochrony zdrowia nie było dotąd jednostki, która mogłaby dokonywać takich ocen. Pokazywać, czy dana technologia medyczna ma faktycznie wartość dodaną. Czy my inwestując w coś naprawdę bardzo drogiego, faktycznie dostajemy coś więcej dla naszych pacjentów. Jeżeli faktycznie ten wzrost kosztów przełoży się na przedłużenie życia, czy poprawienie jego jakości w sposób namacalny - to jest to przez nas pożądane. Z drugiej strony musimy zdawać sobie z tego sprawę, że jest grupa wysokokosztowych technologii medycznych, które mimo ponoszenia ogromnych nakładów, nie przekładają się realnie ani na przedłużenie życia, ani poprawy jakości życia naszych pacjentów. ■

ROZMAWIAŁ WOJCIECH WIĘCKO

# Nowe patenty w UMB. Zawały i nanocząstki

**O dwa patenty wzbogaciła się nasza uczelnia. Jeden dotyczy diagnostyki zawałowej, drugi sposobu wytwarzania specjalnych nanocząstek. Ochrona prawna opracowań naukowych, to pierwszy krok do ich komercjalizacji.**

„Zestaw biomarkerów transkryptomicznych do zastosowania w stratyfikacji indywidualnego ryzyka rozwoju pozawałowej niewydolności serca, sposób diagnozowania ryzyka wystąpienia u pacjenta pozawałowej niewydolności serca i zastosowanie biomarkerów do diagnostyki *in vitro*” - to pełna nazwa pierwszego z odkryć. Ochroną patentową w Polsce zostało objęte w 2017 roku, a w tym roku jest już chronione patentem europejskim. Współwłaścicielami patentu są: Instytut Biochemii i Biofizyki PAN, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz UMB (ze strony naszej uczelni twórcami wynalazku są: Krzysztof Matlak i Sławomir Dobrzycki).

Wynalazek umożliwi wykorzystanie opisywanych biomarkerów w diagnostyce związanej z powstawaniem pozawałowej niewydolności serca. Ponadto wynalazek może być stosowany do przewidywania ryzyka wystąpienia niewydolności serca u pacjentów pozawałowych.

Drugi patent dotyczy „Sposobu otrzymywania multifunkcjonalnego nanosystemu z rdzeniem z materiału magnetycznego”. Wynalazek powstał

przy ścisłej współpracy naukowców z Uniwersytetu Medycznego: prof. Haliny Car, dr Katarzyny Niemirowicz-Laskowskiej, dr Rafała Krętowskiego i dr hab. Marzanny Cechowskiej-Pasko z naukowcami z Instytutu Chemii Uniwersytetu w Białymstoku - dr hab. Agnieszką Z. Wilczewską.

Multifunkcjonalne nanosystemy to struktury o wielkości nanometrowej, które posiadają cechy pozwalające np. na nakierowanie na nowotwory lub inne tkanki zmienione w wyniku toczącego się procesu patologicznego, kontrolowane dostarczenie tam środków biologicznie aktywnych, jak również na ułatwianie obrazowania *in vivo*. Opracowany przez naukowców magnetyczny nanosystem może mieć zastosowanie jako struktura bazowa w terapii celowanej bądź diagnostyce obrazowej, gdyż posiada on cząstkę naprowadzającą oraz cząsteczkę fluorochromu. ■

OPR. BDC

## Procedura zgłaszania projektów wynalazczych

Przede wszystkim – jeszcze przed przygotowaniem publikacji naukowej – warto skontaktować się z uczelnianym Biurem Transferu Technologii (tel. (85) 686 5122, mail: btt@umb.edu.pl). Staranie się o patent nie wyklucza publikacji naukowych, pod warunkiem że

wcześniej zostanie wysłane zgłoszenie patentowe.

Warto też pamiętać, że na UMB obowiązuje przepis, wedle którego wynalazca może liczyć na 70 proc. zysku w przypadku komercjalizacji jego osiągnięcia. Przy czym koszty tej transakcji pokrywa uczelnia. ■

## List prorektora ds. nauki prof. Marcina Moniuszki do społeczności akademickiej UMB

Szanowni Państwo

Czas ruszać z nowymi projektami badawczymi finansowanymi ze środków subwencji ministerialnej (dawniej zwanych projektami statutowymi).

Pomimo że nie znamy jeszcze kwoty subwencji, jaką otrzyma w roku 2019 nasz uniwersytet, nie możemy dłużej czekać, chcemy, by jak najszybciej pełną parą ruszyły nowe projekty naukowe.

Uprzejmie zapraszam do składania wniosków, na które w będziemy czekać dziale nauki (...). Co jednak bardzo ważne, już na samym wstępie chciałbym bardzo gorąco zaprosić Państwa do jednoczesnego składania pierwszych zapotrzebowań na odczynniki - już teraz, w maju, nawet przed ostatecznym złożeniem wniosku i decyzją o otrzymaniu finansowania. Dlaczego? By uniknąć nieuniknionych przestojuw związanych z procedurą zamówień publicznych i jak najwięcej środków wykorzystać jeszcze w tym roku, optymalnie w najbliższych miesiącach. Chodzi o to, by jak najwięcej badań/eksperymentów przeprowadzić bez zbędnej zwłoki tak, by efekty tej pracy mogły znaleźć swoje odbicie w publikacjach. W publikacjach, które najpóźniej ukażą



**Prof. Marcin Moniuszko,**  
prorektor ds. nauki UMB

się drukiem w roku 2020 (a wiemy, jak długo trwa proces recenzji i cykl wydawniczy). Jest to niezwykle ważne, gdyż kolejna ewaluacja uczelni będzie przykładać szczególną wagę do prac opublikowanych (a nie tylko przyjętych do druku) do roku 2020.

Staraliśmy się uprościć zasady wnioskowania. Wystarczy złożyć jeden wniosek opisujący całość zaplanowanych aktywności badawczych. Tak zwaną bazę finansowania będzie stanowiła kwota 10 000 PLN. Pro-

fesorowie i doktorzy habilitowani zatrudnieni na etatach naukowych i naukowo-dydaktycznych mogą (jeśli oczywiście chcą) otrzymać 3-krotność lub 2-krotność tej kwoty. Ale to nie koniec. Dodatkowo kwota finansowania będzie rosła w zależności o liczby prac za 30 i 25 pkt opublikowanych w latach 2017 i 2018, a także w zależności od uzyskanych grantów, patentów. To są kwoty maksymalne, ale uprzejmie proszę, by konstruować budżety swoich badań w sposób z jednej strony ambitny, z drugiej jednak - realistyczny - tak, by przyznane środki można było w całości (lub przynajmniej w zdecydowanej większości) wydać (przede wszystkim na odczynniki) jeszcze w roku 2019. Szczegóły pozostałych warunków zawarte są w załączonym regulaminie.

Dziękuję nieustannie Państwu za całą ciężką dotychczasową pracę, a także za zrozumienie, jak ważny jest to czas dla naszej uczelni, jak istotna dla przyszłej ewaluacji jest nasza obecna mobilizacja i publikowanie jak najlepszych prac. Życzę Państwu satysfakcji z jak najbardziej owocnych badań i wielu, wielu sukcesów w upowszechnianiu ich wyników. ■

## W skrócie na UMB

### Strona internetowa UMB w 8 językach

Główna strona internetowa UMB dostępna jest w ośmiu wersjach językowych: angielskiej, niemieckiej, rosyjskiej, chińskiej, szwedzkiej, fińskiej, norweskiej oraz hiszpańskiej.

Tym samym strona www naszej uczelni ma obecnie najwięcej wersji językowych spośród wszystkich uniwersytetów medycznych w Polsce. Treści w nich zamieszczone będą sukcesywnie rozbudowywane.

Rozwój uczelnianej witryny to zadanie realizowane w ramach projektu „Welcome to Medical University of Białystok. Rozwój potencjału instytucjonalnego Uniwersytetu Medycznego

w Białymstoku kluczowym etapem wdrożenia strategii umiędzynarodowienia” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego „Wiedza Edukacja Rozwój”.

### Nimfy do remontu

Dwie nimfy - Najady oraz Alegoria Zwycięstwa stojące na dachu barokowego Pałacu Branickich odrestauruje Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Uczelnia otrzymała na ten cel 80 tys. zł z kasy białostockiego magistratu. Za te pieniądze figury zostaną oczyszczone i zaimpregnowane, a także zostaną w nich uzupełnione ubytki.

Na terenie Pałacu Branickich (nie licząc ogrodów) znajduje się ponad 130 rzeźb, z czego ok. 90 proc. wpisanych jest do rejestru zabytków. Do tej pory ok. 70 proc. rzeźb poddano konserwacji, pozostałe czekają na prace renowacyjne.

W tym roku UMB, oprócz renowacji pary rzeźb, planuje też prace remontowe pałacowych attyk i gzymsów. Konserwacje mają przejść również wybrane pomieszczenia pałacu. Uczelnia planuje także prace archeologiczne na dziedzińcu głównym (georadarem). ■

**OPR. BDC**

# Nowe granty

**Opus i Preludium - to programy grantowe Narodowego Centrum Nauki, w których swoje badania będą podejmować naukowcy z UMB. W sumie zrealizują badania kosztujące ok. 6 mln zł.**

W rozstrzygniętych właśnie konkursach złożono 3826 wniosków na kwotę ponad 2,4 mld zł, z czego do finansowania eksperci zakwalifikowali 777 projektów. Z UMB zrealizowanych zostanie 6 projektów naukowych, wartych ok. 6 mln zł.

Największe projekty badawcze realizowane będą w programie OPUS: prof. Robert Bucki (1,6 mln zł), dr hab. Sambor Grygorczuk (1,5 mln zł), prof. Dariusz Pawlak (1,4 mln zł), dr hab. Marcin Baranowski (1,1 mln zł). W Preludium pokazać się mogą osoby jeszcze bez dorobku i stopni naukowych. W ramach tego programu swoje badania zrealizują Krzysztof Drygalski (student) oraz doktorantka Karolina Nowak.

**Projekt prof. Roberta Buckiego: „Niesferyczne nanocząstki zawierające cerageniny jako innowacyjne podejście w rozwoju nowych substancji przeciwdrobnoustrojowych, immunomodulujących i stymulujących regenerację tkanek”.**

Narastająca lekooporność drobnoustrojów, wynikająca z niekontrolowanego stosowania preparatów przeciwbakteryjnych, sprawiła, iż zakażenia bakteryjne i grzybicze stały się jednym z głównych zagrożeń zdrowia publicznego. Spadek skuteczności współcześnie stosowanych antybiotyków wymusza poszukiwanie skutecznych substancji o działaniu przeciwdrobnoustrojowym. Aktualnie coraz większe nadzieje wiąże się z zastosowaniem nanocząstek oraz naturalnych peptydów przeciwbakteryjnych. Dzięki badaniom możliwe będzie stworzenie nowego typu nanoantybiotyków o znacznej aktywności w stosunku do patogenów lekoopornych.

**Projekt dra hab. Sambora Grygorczuka: „Kompleksowa analiza czynników warunkujących przebieg i następstwa kliniczne kleszczowego zapalenia mózgu”.**

Kleszczowe zapalenie mózgu jest chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze Ixodes. Polska północno-wschodnia, a zwłaszcza województwo podlaskie, to tereny endemiczne kleszczowego zapalenia mózgu, na których częstość zachorowań wielokrotnie przekracza średnią dla całego kraju. Możliwości leczenia są ograniczone, nie istnieją skuteczne leki działające bezpośrednio na wirus KZM. Przebieg zakażenia jest silnie zróżnicowany - od prawdopodobnie najczęstszych infekcji bezobjawowych, poprzez chorobę o objawach grypopodobnych, aż po zagrażające życiu i stwarzające ryzyko trwałego kalectwa zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego. Przyczyny tak zróżnicowanego przebiegu choroby nie są znane. Celem planowanych

opracowanie skutecznej terapii przeciwnowotworowej stanowi poważne wyzwanie dla współczesnej onkologii. Stosowane obecnie leki cytostatyczne, wywołują liczne działania niepożądane, które ograniczają ich skuteczność terapeutyczną i dramatycznie obniżają jakość życia pacjentów. Poszukiwanie związków o alternatywnych mechanizmach działania w stosunku do znanych leków przeciwnowotworowych, jest wiodącym celem badawczym współczesnej nauki. Cały świat onkologiczny z niecierpliwością czeka na kolejne substancje, które w istotny sposób poprawią skuteczność leczenia.

**Projekt dr hab. Marcina Baranowskiego: „Czy sfingozyno-1-fosforan jest jednym z czynników odpowiedzialnych za skuteczność treningu hipoksyicznego?”**

Realizacja niniejszego projektu znacząco poszerzy wiedzę na temat mechanizmów odpowiedzialnych za korzystny wpływ różnych modeli treningu wysokościowego na wyniki w sportach wytrzymałościowych. Może się on również przyczynić do wyjaśnienia podłoża znacznych różnic międzypodmiotowych w podatności na trening wysokościowy. Uzyskane wyniki mogą mieć także implikacje kliniczne ze względu na fakt, iż sfingozyno-1-fosforan związany z HDL charakteryzuje się silnym działaniem kardioprotekcyjnym i przeciwmiażdżycowym.

**Projekt Krzysztofa Drygalskiego: „Wpływ floroglucyny na rozwój insulinoooporności w przebiegu niealkoholowej choroby tłuszczeniowej wątroby (NAFLD)”.**

Cukrzyca typu drugiego (T2DM) i niealkoholowa choroba tłuszczeniowa wątroby (NAFLD) są jednymi z najczęstszych chorób wśród społeczeństw krajów rozwiniętych. Celem tego badania jest poszukiwanie

6 mln zł

są warte granty  
NCN zdobyte  
przez naukowców  
z naszej Uczelni.

badan jest kompleksowa ocena zjawisk w przebiegu zakażenia wirusem KZM u człowieka.

**Projekt prof. Dariusza Pawlaka: „Opracowanie małowcząsteczkowej pochodnej 1,2,4-triazyny (MM-129) - ocena aktywności przeciwnowotworowej i bezpieczeństwa stosowania w doświadczalnym modelu raka jelita grubego”.**

Dynamika zachorowań na raka jelita grubego w Polsce jest wyższa niż w innych krajach Europy. Pomimo znacznego postępu, jaki nastąpił w chemioterapii w ostatnich latach,

nowych leków przeciwcukrzycowych pośród substancji pochodzenia roślinnego, należących do grupy polifenoli, mających wpływ zarówno na hamowanie insulinooporności, jak i na metabolizm lipidów oraz stłuszczenie wątroby. Realizacja tego badania daje szansę na opracowanie nowej grupy doustnych leków przeciwcukrzycowych.

**Projekt mgr Karoliny Nowak - Zbadanie estrogeno-podobnego mechanizmu działania parabonów w kontekście oceny ich wpływu na funkcje i czas życia ludzkich neutrofilów.**

Dodawanie do żywności, leków i kosmetyków konserwantów (środków o działaniu przeciwbakteryjnym i przeciwgrzybiczym) hamuje w tych wyrobach rozwój mikroorganizmów, przez co wydłuża ich czas przydatności do użycia. Jednymi z popularnie stosowanych środków konserwujących produkty higieny osobistej, leki i żywność są parabeny - chemiczne związki, które wchłaniają się do organizmu z zawierających je w swoim składzie produktów. Ostatnie lata przyniosły niepokojące dane mówiące o niekorzystnym wpływie tych środków konserwujących na zdrowie. Badanie ma na celu wyjaśnienie wątpliwości w ocenie bezpieczeństwa stosowania parabonów jako popularnego środka konserwującego żywność, leki i środki higieny osobistej. ■

**OPR. BDC**

# Szkoła Doktorska UMB

**Jej powstanie to efekt nowej ustawy o szkolnictwie wyższym. W stosunku do wcześniej obowiązujących studiów doktorskich zmian będzie sporo.**



**Spotkanie informacyjne na temat nowej szkoły doktorskiej. Zawiłości organizacyjne wyjaśnia prof. Adrian Chabowski, prorektor ds. studenckich, fot. Wojciech Więcko**

Najważniejsza informacja jest taka, że będzie jedna Szkoła Doktorska w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, w której będzie się można kształcić w trzech dziedzinach: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne oraz nauki o zdrowiu. Sama nauka jest multidyscyplinarna. Będzie trwać cztery lata i ma się zakończyć obroną rozprawy doktorskiej. Nowością jest egzamin w połowie nauki (na koniec drugiego roku). Brak jego zaliczenia skutkuje skreśleniem z listy doktorantów. W takim przypadku negatywne konsekwencje będzie też mógł ponieść promotor.

Co ważne, każdy z doktorantów otrzyma stypendium (bez składania wniosku). W okresie pierwszych dwóch lat nauki szacuje się, że będzie wynosić ono 2,1 tys. zł netto. Po pozytywnej ocenie śródkresowej - 3,2 tys. zł netto. Kwota ta będzie się zmieniać wraz ze zmianą ustalonej przez ministerstwo pensji profesorskiej. Dla pierwszego okresu studiów jest to 37 proc. pensji profesorskiej, dla drugiego okresu studiów - 57 proc.

Limity przyjęć: nauki farmaceutyczne - 7 miejsc, nauki medyczne - 30 miejsc, nauki o zdrowiu - 7 miejsc.

Rekrutacja: rejestracja elektroniczna od 10 czerwca do 21 czerwca. Samo postępowanie rekrutacyjne ma formę konkursu. Prócz standardowych dokumentów, w których wykazujemy naszą dotychczasową działalność naukową, aktywność i osiągnięcia, należy dołączyć wstępną koncepcję badań, które chcemy prowadzić w ramach doktoratu (max. 4 strony maszynopisu). Kolejnym etapem są egzaminy ustne z języka angielskiego i przedmiotu kierunkowego (oba na początku września).

Każdy etap rekrutacji oceniany jest w punktach. Kto zbierze ich najwięcej, dostanie się do Szkoły Doktorskiej (są określone minimalne progi punktów, które trzeba osiągnąć). Wyniki będą znane 13 września. Początek nauki od 1 października. ■

**BDC**

15 maja w Aula Magna odbyło się spotkanie informacyjne dotyczące Szkoły Doktorskiej UMB. Na pytania studentów odpowiadali prorektor ds. studenckich prof. Adrian Chabowski oraz prof. Barbara Mroczko, pełnomocnik rektora ds. utworzenia szkoły doktorskiej.

#### **Jak będzie wyglądać nauka w szkole doktorskiej?**

- W założeniu wiele rzeczy będzie podobnych do tego, co się dzieje podczas obecnych studiów doktorskich. W pierwszym roku będą to przedmioty interdyscyplinarne i język angielski specjalistyczny. To będzie też czas, kiedy trzeba będzie ostatecznie dopracować plan badawczy do realizacji podczas doktoratu. W drugim roku student będzie wybierał już moduły naukowe, które go interesują. W sumie zajęcia te nie powinny zająć więcej niż jeden dzień w tygodniu. 3. i 4. rok to jest czas przeznaczony na badania, ewentualne staże oraz pisanie pracy.

#### **Jak będzie wyglądała obrona doktoratu?**

- Wszystko będzie tak jak do tej pory. Będzie powołana specjalna komisja, konieczne będzie zdanie egzaminów. Nowością jest trzech recenzentów rozprawy, a nie dwóch - jak jest obecnie.

#### **Kto będzie pokrywał koszty publikacji doktorantów?**

- Planowane jest utworzenie specjalnego funduszu na ten cel. Dodatkowo doktoranci mogą się też ubiegać o środki z puli uczelnianej na badania statutowe.

#### **Czy doktorat można zrobić wcześniej niż w okresie 4 lat?**

- Tak, ale minimalny czas wynosi trzy lata. Szybsze robienie doktoratu możliwe jest tylko w wariantcie eksternistycznym (tzw. z wolnej ręki), przy czym jest to płatne rozwiązanie.

#### **Jak szczegółowy ma być wstępny plan badawczy dołączany jako załącznik przy rekrutacji?**

- Szczegółowość w ogóle nie jest wymagana. Chodzi o przedstawienie problemu naukowego, jakim chcemy się zająć, ogólnej drogi badawczej i uzasadnienie, dlaczego

akurat ona, wskazanie metodologii, umocowanie tego w dotychczasowych zainteresowaniach lub doświadczeniach, wskazanie jednostki, w której takie badania mogą być prowadzone. Maksymalnie opracowanie to powinno zająć nie więcej niż 4 strony maszynopisu.

Stworzenie szczegółowego planu badawczego to główne zadanie podczas pierwszego roku studiów. Jego realizacja będzie kluczowym elementem oceny po drugim roku.

#### **Jak wybrać promotora?**

- Uczelnia nie będzie ingerować w ten proces. Najlepiej samemu wybrać taką osobę w oparciu o swoje zainteresowania naukowe i z nią porozmawiać. Warunek jest taki, że musi to być osoba z tytułem profesora lub doktora habilitowanego. Musi też ona wyrazić na to zgodę.

#### **Co z obowiązkiem dydaktycznym doktorantów?**

- Obowiązek to 60 godzin na rok i w poprowadzeniu tych zajęć powinien pomóc promotor. Przy czym nie muszą to być zajęcia, które są realizowane tylko w zakładzie promotora. Doktorant może też prowadzić więcej zajęć niż wymagane od niego 60 godzin. Wówczas musi podpisać umowę zlecenie na to i może liczyć na wynagrodzenie.

Są też sytuacje, kiedy doktorant może być zwolniony (także częściowo) z tego obowiązku. Stanie się tak w sytuacji, kiedy jego promotor zdobędzie grant (np. Opus) i doktorant będzie w nim pracował.

#### **Jak doktorant ma finansować swoje wyjazdy zagraniczne?**

- Są trzy możliwości: może zdobyć grant zewnętrzny na ten cel, może się starać o wyjazd w ramach programu Erasmus, ewentualnie skorzystać z programów NAWA (to polska agencja wspierająca międzynarodową wymianę akademicką).

#### **Co się dzieje w sytuacji, kiedy doktorantka urodzi dziecko?**

- Następuje przedłużenie czasu nauki. Podobnie rzecz się ma w przypadku urlopu tzw. tacierzyńskiego. ■

NOT. BDC

## Krótko o UMB

### Nasz przewodniczący

Mateusz Grochowski, przewodniczący samorządu studentów UMB i student V roku „lekarckiego”, ponownie został wybrany na przewodniczącego Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego PSRP.

Komisja Wyższego Szkolnictwa Medycznego przy Parlamencie Studentów Rzeczypospolitej Polskiej jest ogólnopolskim przedstawicielstwem studentów wszystkich akademii medycznych, uniwersytetów medycznych oraz uniwersyteckich wydziałów medycznych działających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Członkowie komisji są powoływani poprzez samorządy studentów poszczególnych uczelni. Komisja reprezentuje środowisko studentów ww. uczelni wobec administracji rządowej i samorządowej oraz organizacji społecznych. Realizowane jest to zarówno poprzez opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących spraw studenckich w zakresie wyższego szkolnictwa medycznego, jak również poprzez wyrażanie opinii całego środowiska studentów uczelni medycznych.

### Letnia szkoła w Edynburgu

Pani Anna Kadłubiska z Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii UMB została laureatem stypendium Funduszu Pamięci Polskiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Edynburgu. Stypendium dotyczy udziału w Letniej Szkole Edukacji Klinicznej Uniwersytetu w Edynburgu, która odbędzie się w terminie 12-16 sierpnia 2019 r.

Fundusz Pamięci Polskiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Edynburgu wspiera prężnie działający program stypendialny, który umożliwia kandydatom kontynuację badań lub dalsze studia w Szkole Medycznej Uniwersytetu w Edynburgu i instytucjach pokrewnych, a także możliwość uczestnictwa w letnich kursach. Stypendium pokryje koszt opłat za udział w Letniej Szkole Edukacji Klinicznej oraz koszty zakwaterowania.

Pani Anna Kadłubiska pracuje w ww. klinice na etacie asystenta od listopada 2018 r. Wcześniej pracowała na etacie lekarza rezydenta w ramach specjalizacji z pediatrii. Zakres jej badań dotyczy głównie cukrzycy typu 1. ■

OPR. BDC

# Aaa.. laboratorium na badania wynajmę

**Komercjalizacja nauki to nie tylko sprzedaż osiągnięć naukowych.** To także świadczenie usług badawczych dla firm i podmiotów, które potrzebują wsparcia naukowego przy realizacji własnych projektów. Właśnie ten segment wsparcia biznesu na UMB rozwija się coraz prężniej.

- Najczęściej firmy zlecają nam zbadanie konkretnych substancji pod kątem chemicznym, biologicznym, czy też sprawdzenie, jak może reagować z kontaktem z organizmem ludzkim. Z punktu widzenia naukowego są to proste analizy, ale niezwykle ważne dla naszych biznesowych partnerów. Przeważnie są one punktem wyjścia do prac przy wdrożeniach produktów na rynek - mówi dr Andrzej Małkowski, szef Biura Transferu Technologii UMB.

Coraz częściej pojawiają się też duże zlecenia, w których UMB staje się podwykonawcą przy realizacji całych fragmentów projektów badawczych. Te zlecenia zwykle zawierają już pewne elementy badań klinicznych, czy badań na zwierzętach.

- Zachęcamy naszych naukowców, by współpracowali z przedsiębiorcami. Korzyści odniosą wszystkie strony. Firmy dostają fachowe opracowania, a naukowcy mają szansę zmierzyć się zadaniami, jakie stawia przed nimi

gospodarka. Okazuje się, że tu jest jeszcze duży lęk, iż te wymagania są ogromne. A wcale tak nie jest - dodaje dr Małkowski.

Oczywiście zlecenie takie pokrywa wszystkie koszty badań, łącznie z użyczeniem sprzętu, odczynnikami i wynagrodzeniem samego naukowca. Kwoty są różne. Od kilku tysięcy złotych przy prostych zleceniach, do kilkuset tysięcy - przy tych skomplikowanych.

W poszukiwaniach partnerów do współpracy może pomóc „Mapa Potencjału Badawczego UMB”. To projekt realizowany przez Biuro Transferu Technologii, a finansowany w ramach projektu „Inkubator Innowacyjności+”. W skrócie to specjalny portal, w którym naukowcy mogą tworzyć m.in. swoje profile badawcze. W nich mogą wykazywać swoje doświadczenie zawodowe, realizowane badania, osiągnięcia, czy to jakiego sprzętu używają. Sercem portalu jest wyszukiwarka. To ona po słowach kluczowych

jest w stanie wskazać naukowca lub laboratorium, które będzie mogło pomóc osobie szukającej wsparcia.

- Chcemy, żeby portal pełnił funkcję takiego podwójnego okna. Z jednej strony ma to być ułatwienie dla przedsiębiorców, z drugiej - dla nas samych, żebyśmy się dowiedzieli, czym zajmują się nasi koledzy, jaki sprzęt wykorzystują w pracy, w czym się specjalizują. Nie zawsze trzeba szukać partnerów do badań gdzieś daleko, warto zacząć od tego, czy ktoś nam pomoże na naszej uczelni - zachęca dr Małkowski.

Więcej informacji o współpracy nauki i biznesu, ale też o „Mapie Potencjału Badawczego UMB” można znaleźć na stronie internetowej Biura Transferu Technologii UMB ([www.umb.edu.pl/CTT](http://www.umb.edu.pl/CTT)). ■

BDC

## Porozumienie z University of Edinburgh

**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku zawarł porozumienie z jedną z najbardziej prestiżowych uczelni na świecie i czołową w Europie - The University of Edinburgh (32. miejsce na liście szanghajskiej w 2018 r.). Wywodzi się z niej aż 20 noblistów.**

Porozumienie dotyczy współpracy w obszarze wspólnych celów w zakresie nauczania, badań naukowych i usług społecznych w ramach różnych działań i projektów. W ramach umowy strony będą prowadziły wymianę informacji, doświadczeń i umiejętności, a także prowadziły działania ukierunkowane na znalezienie wspólnych rozwiązań.

Umowa została podpisana na trzy lata i będzie obowiązywała do 15 kwietnia 2022 r.

Uniwersytet Edynburski powstał w 1583 r. Obecnie w jej skład wchodzi trzy kolegia, w tym Kolegium Medycyny i Weterynarii, w ramach którego działa Edynburska Szkoła Medyczna i Królewska Szkoła Studiów Weterynaryjnych. W roku akademickim 2016/2017, na uczelni studiowało ponad 39,5 tys. studentów, z czego 6,3 tys. w obszarze nauk medycznych i weterynaryjnych. Studiuje tam osoby ze 156 krajów i stanowią 42 proc. całej społeczności akademickiej.

W latach 1941-1949 w strukturach Uniwersytetu Edynburskiego funkcjo-

nował Polski Wydział Lekarski, który kształcił lekarzy na potrzeby Polskich Sił Zbrojnych. Studia prowadzone były w języku polskim, a absolwenci uzyskiwali polskie dyplomy. Na momentu zamknięcia wydziału, 228 studentów uzyskało dyplom ukończenia uczelni, w tym 46 kobiet. 19 z nich uzyskało stopień doktora nauk medycznych.

Osoby zainteresowane współpracą z University of Edinburgh mogą się zgłosić do Działu Współpracy Międzynarodowej (prawe skrzydło Pałacu Branickich). ■

OPR. BDC

# Trzej nowi profesorowie

Kadra naukowa UMB wzbogaciła się o trzech nowych profesorów. Swoje nominacje odebrali z rąk prezydenta RP Andrzeja Dudy w końcu maja.



**Prof. dr hab. Marcin Baranowski**

W Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku pracuje obecnie blisko 120 profesorów tytularnych oraz 150 doktorów habilitowanych wśród 800 nauczycieli akademickich.

**Prof. dr hab. Marcin Baranowski** - adiunkt w Zakładzie Fizjologii, absolwent Uniwersytetu w Białymstoku, ale zawodowo związany z naszą Uczelnią od zakończenia studiów. Doktorat w 2005 r., habilitacja w 2011 r.

Zainteresowania naukowe koncentrują się na udziale sfingolipidów w patogenezie insulinooporności i chorób układu sercowo-naczyniowego, oraz roli tej grupy związków w adaptacji organizmu do wysiłku fizycznego. Jego dorobek naukowy obejmuje 62 prace oryginalne i przeglądowe oraz dwa rozdziały w monografiach o łącznej wartości współczynnika IF wynoszącej 193,872 oraz liczbie punktów MNiSW równej 1598 (indeks Hirscha 23).

**Prof. dr hab. Violetta Dymicka-Piekarska** - adiunkt w Zakładzie Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej, absolwentka Analityki Medycznej UMB z 1996 r. W 1999 r. obroniła doktorat, w 2010 r. zrobiła habili-



**Prof. dr hab. Violetta Dymicka-Piekarska**

tację. Pracę naukowo-dydaktyczną godzi z praktycznym wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego – od wielu lat jest kierownikiem Pracowni Immunoserologii USK w Zakładzie Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej.

Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół udziału płytek krwi i różnych aspektów ich aktywacji oraz stanu zapalnego w rozwoju i przebiegu różnych stanów chorobowych. Prowadzone badania wpisują się w poszukiwanie nowych, potencjalnych biomarkerów chorób cywilizacyjnych, chorób nowotworowych i niedokrwienia mięśnia sercowego.

Prof. dr hab. Violetta Dymicka-Piekarska jest autorem i współautorem 64 artykułów naukowych i 70 doniesień zjazdowych (łączny IF wynosi ponad 60; a punktacja MNiSW ponad 800, h-index 12). Jest także współautorem 3 skryptów i podręcznika dla studentów anglojęzycznych Wydziału Lekarskiego.

**Prof. dr hab. Ludmiła Marciniowicz** - prodziekan ds. jakości kształcenia WNoZ, pierwsza w polska doktor habilitowana z dziedziny nauk



**Prof. dr hab. Ludmiła Marciniowicz**

o zdrowiu; specjalistka w zakresie medycyny społecznej i organizacji ochrony zdrowia, absolwentka Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Od 2000 roku jest zatrudniona w UMB. Doktorat obroniony w 2001 r., habilitacja – 2011 r.

Jest autorką lub współautorką 200 publikacji i doniesień zjazdowych o łącznej wartości IF 44.631 i 1020 punktów MNiSW. Interesuje się metodologią badań jakościowych wykorzystując wywiady pogłębione i zogniskowane wywiady grupowe, tzw. grupy fokusowe w swoich projektach badawczych. Jej działalność naukowo-badawcza obejmuje m.in.: analizę wpływu reformy podstawowej opieki zdrowotnej na ocenę dostępności świadczeń; ocenę jakości opieki zdrowotnej z perspektywy pacjentów w różnych grupach wiekowych (osób starszych oraz hospitalizowanych dzieci i ich rodziców i/lub opiekunów); badania nad rolą umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem podczas wizyty. ■

**OPR. BDC**

# Pierwsza kara w Polsce za nieprzestrzeganie RODO

Przewinieniem, za które prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych nałożył karę niespełna milion złotych był brak realizacji obowiązku informacyjnego (art. 14 RODO). Art. 14 wprowadza obowiązek poinformowania, w przypadku pozyskiwania danych osobowych w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą.

Ukarana została spółka tworząca bazy danych przedsiębiorców w oparciu o ogólnodostępne źródła takie jak CEIG, KRS czy GUS. Podkreślić trzeba, że przetwarzanie danych dotyczyło dużej skali.

Kara może wzbudzać duże kontrowersje: po pierwsze dotyczy przetwarzania danych ogólnodostępnych w internecie. Może się wydawać, że ogólnodostępnych danych nie trzeba chronić. Nic bardziej mylnego, zgodnie z RODO, dane osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, czy dane przedstawicieli przedsiębiorców trzeba chronić, tak samo jak dane innych osób fizycznych, pomimo tego że są one dostępne w internecie. Ale to jednak są dane osobowe. Zamieszczenie danych w ogólnodostępnych źródłach służy konkretnym celom i wynika z przepisów prawa. Natomiast pozyskując dane ogólnodostępne po to, aby je wykorzystywać w innych celach, szczególnie zarobkowych, to jest już inna sprawa. I jeśli tak robimy musimy o tym poinformować osoby, których dane pozyskaliśmy.

Po drugie spółka całkowicie zlekceważyła obowiązek RODO,

bo zrealizowała wobec części osób obowiązek informacyjny - wysłała osobom, których adresy mailowe posiadała, informacje o przetwarzaniu danych osobowych oraz zamieściła treść obowiązku informacyjnego na swojej stronie internetowej. Natomiast wobec osób, których adresów mailowych nie posiadała, nie zrealizowała obowiązku informacyjnego, ze względu - jak się tłumaczyła - na duże koszty, które musiałaby ponieść wysyłając treść obowiązku pocztą tradycyjną. Powołała się przy tym na wyjątek z art. 14 ust. 5 RODO, zgodnie z którym administrator ma prawo zaniechać obowiązku informacyjnego, gdy jest to niemożliwe lub wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku.

Chrońmy więc wszystkie dane osobowe, nawet ogólnodostępne i spełniamy obowiązek informacyjny. Zasada jest prosta: pozyskujesz dane - poinformuj o tym.

Obowiązek informacyjny (art. 13 i 14 RODO) to podstawowy obowiązek wynikający z RODO. Jest bardzo ważny, bo dzięki niemu osoba wie, kto ma jej dane, w jakim celu je przetwarza

oraz jakie przysługują jej w związku z tym prawa.

Przypomnę więc, czym jest obowiązek informacyjny. Są to informacje wymienione w art. 13 i 14 RODO, które podczas pozyskiwania/otrzymywania danych osobowych należy przekazać osobom, których dane pozyskaliśmy. Informacje należy przekazać już w momencie pozyskiwania/otrzymania danych po raz pierwszy.

Art. 13 dotyczy sytuacji, w której pozyskujemy dane bezpośrednio od osoby, której dane dotyczą, natomiast art. 14 dotyczy sytuacji, w której pozyskujemy dane o osobie, której dane dotyczą, nie od niej samej tylko z innych źródeł, np. ze źródeł ogólnodostępnych lub od innych osób.

Wzory obowiązków informacyjnych zawierające wszystkie niezbędne elementy klauzul informacyjnych znajdują się na stronie internetowej inspektora danych osobowych <https://www.umb.edu.pl/iiod/dokumenty> ■

EMILIA MINASZ

## 8. zjazd absolwentów UMB

**Znany jest już ramowy plan 8. Zjazdu Absolwentów i Przyjaciół UMB w Ameryce Północnej w Bostonie. W tym roku odbędzie się bal, ale też bieg na 5 km.**

Miejsce: Boston (Massachusetts, USA). Termin: 6-8 września 2019. Główna kwatera zjazdu: hotel Le Méridien Boston Cambridge.

Jak informuje Włodzimierz Łopaczyński, prezes stowarzyszenia absolwentów, program zjazdu jest dość napięty. Wieczór 6 września (piątek)

to czas przeznaczony na rejestrację uczestników, ale przede wszystkim spotkania koleżeńskie. Za to następny dzień rozpocznie się od biegu na 5 km (dopuszczalne jest też wersja ze spacerem), tak by o godz. 9 rozpocząć już obrady zjazdowe. Wieczorem ma się odbyć Bal Lekarza. Zjazd zakończy się w niedzielę po południu.

Prócz serii wykładów (można się jeszcze zgłaszać z prezentacjami), zaplanowane zostały też różne imprezy towarzyszące zjazdowi (m.in. wycieczki po Bostonie).

Amerykańskie stowarzyszenie absolwentów UMB to unikalna organizacja jeżeli chodzi o polskie uczelnie wyższe. W USA, czy Kanadzie to bardzo popularna forma współpracy byłych już studentów ze swoją Alma Mater. Absolwenci żywo interesują się tym, co dzieje się w ich dawnej szkole wyższej, ale też chętnie biorą udział w jej rozwoju. ■

BDC



# Dżdżownica w aorcie, czyli nowy stentgraft

Po raz pierwszy w Polsce chirurdzy naczyniowi z Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantacji UMB wszczepili nowy rodzaj stentgraftu, czyli wewnątrznaczyniowej protezy.

Stentgraft to specjalna proteza przeznaczona do leczenia tętniaków aorty, czyli miejscowych poszerzeń jej ściany. Tym razem w ręce białostockich chirurgów trafił 65-letni pacjent z 4-centymetrowym tętniakiem tętnicy biodrowej wewnętrznej. To stosunkowo niewielkie naczynie i tej wielkości tętniak stanowi zagrożenie - w każdej chwili zmienione chorobowo ściany naczynia mogą pęknąć i może dojść do zagrażającego życiu krwotoku. W przypadku tego chorego w grę nie wchodziła klasyczna operacja - zmiana jest położona zbyt głęboko i nie ma tam możliwości dotarcia chirurgicznego. Do tej pory chirurdzy takie przypadki leczyli podwiązując lub wyłączając tętnicę (klejem lub specjalnymi spiralami). Jednak przy takim rozwiązaniu konsekwencją jest problem z właściwym ukrwieniem narządów w miednicy m.in. jelit oraz pojawia się problem z erekcją. I choć większość tętniaków naczyniowcy leczą wszczepiając stentgrafty - w przypadku umiejscowienia tego tętniaka nie było takiej możliwości.

- Do tej pory do dyspozycji mieliśmy dwa rodzaje stentgraftów: bardzo sztywne oraz samorozprężalne, elastyczne. Żaden z nich nie mógł być wszczepiony temu pacjentowi - tłumaczy dr hab. Jerzy Głowiński, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantacji. - Po pierwsze mają one określone wymiary. Ponadto stentgraft sztywny mógłby uszkodzić naczynie krwionośne - tętnica biodrowa jest stosunkowo mała i kręta. Z kolei elastyczny stentgraft mógłby się przemieszczać po naczyniu. To naczynie nie jest ponadto równe na całej długości: w początkowym odcinku ma 8 mm, a w końcowym 5 mm średnicy.

Teraz naczyniowcy dostali nowy rodzaj stentgraftu - VBX. Przypomina nieco „dżdżownicę”: składa się z pierścieni naprzemiennie sztywnych i elastycznych. Co jednak najważniejsze, te stalowe pierścienie



Nowy rodzaj stentgraftu przypomina nieco „dżdżownicę”: składa się z pierścieni naprzemiennie sztywnych i elastycznych, fot. Katarzyna Malinowska-Olczyk

umożliwiają zwiększenie średnicy nawet o 100 proc. (z 8 do 16 mm), są o różnej długości (najkrótszy ma 15 mm, a najdłuższy 79 mm). Ponadto rozprężają się na balonie, co pozwala na bardzo precyzyjne operowanie stentgraftem. Dodatkowo balon pokryty jest warstwą fluoropolimeru, co uniemożliwia zeslizgnięcie się zamontowanego stentgraftu. Jeszcze jedna dodatkowa zaleta - wewnętrzna powierzchnia stentgraftu ma powłokę heparynową, która zapobiega powstawaniu zakrzepów.

- To niezwykle ważne, bo w małych naczyniach krwionośnych jest problem z wykrzepianiem - dodaje dr hab. Głowiński.

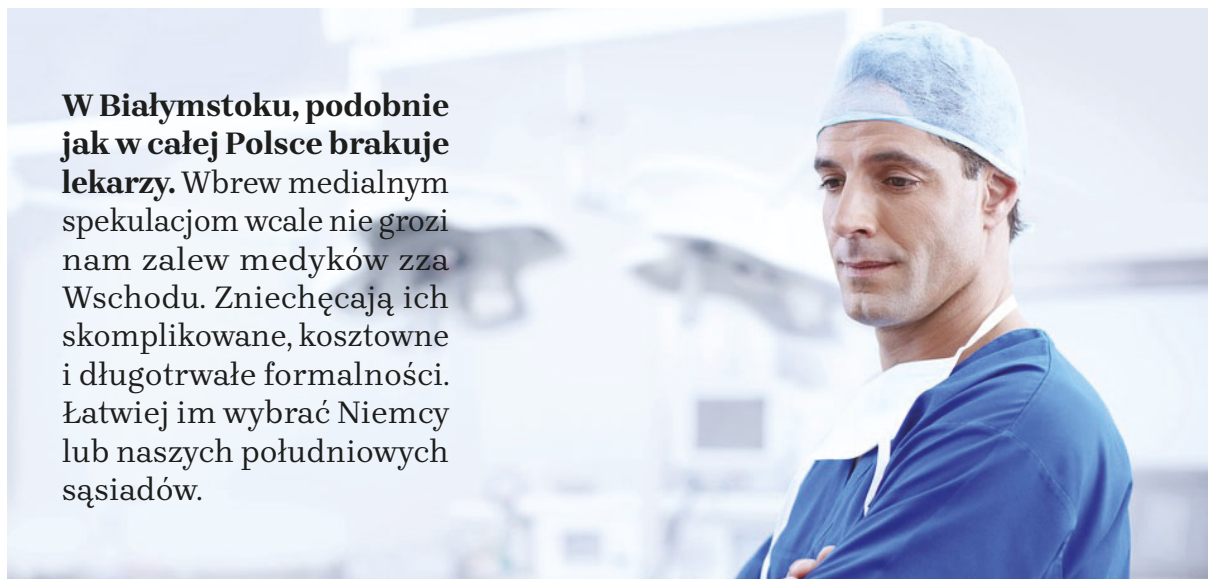
10 kwietnia chirurdzy naczyniowi wykonali pierwszą operację z wykorzystaniem nowego stentgraftu. Zakończyła się pełnym sukcesem, z zachowaniem przepływu w naczyniach. Operacja została wykonana w nowej sali hybrydowej, która kilka tygodni temu została uruchomiona na potrzeby chirurgów naczyniowych. To już druga sala hybrydowa działająca w USK (jedna jest dedykowana kardiochirurgom). Jej utworzenie kosztowało 9 mln zł (5 mln wart jest sam sprzęt).

Aorta jest głównym naczyniem krwionośnym, doprowadzającym

krw z serca do pozostałych części ciała. Sięga ona od klatki piersiowej do jamy brzusznej, gdzie rozgałęzia się na dwie tętnice biodrowe. Tętnice biodrowe doprowadzają krew do dolnych partii ciała i do nóg. Czasami, wskutek starzenia się organizmu lub innych chorób, może dojść do osłabienia ścian naczyń krwionośnych i do wybrzuszenia odcinka aorty. Zmiana ta może się z czasem powiększać i rozciągnąć jak balon - powstaje wówczas tętniak. Kiedy zmiana jest mała, wymaga jedynie obserwacji. Jeśli jednak powiększa się, konieczna jest interwencja chirurgiczna: otwarta operacja lub operacja wewnątrznaczyniowa. W pierwszym przypadku lekarze usuwają zmienione chorobowo naczynie, a w to miejsce wstawiają protezę. Operacja wymaga dłuższej rekonwalescencji pacjenta. W przypadku operacji wewnątrznaczyniowych zamiast dużego nacięcia na brzuchu, lekarze wykonują małe nacięcia w pachwinie i tak dostają się do tętnic udowych. Przez te małe nacięcia wprowadza się do tętnic stentgraft (protezę naczyniową) i umieszcza go wewnątrz aorty. Stentgraft wewnątrznaczyniowy zamyka tętniak i tworzy nową ścieżkę dla przepływu krwi. Z czasem tętniak się obkurcza. ■

# Lekarz z importu

**W Białymstoku, podobnie jak w całej Polsce brakuje lekarzy.** Wbrew medialnym spekulacjom wcale nie grozi nam zalew medyków z Wschodu. Zniechęcają ich skomplikowane, kosztowne i długotrwałe formalności. Łatwiej im wybrać Niemcy lub naszych południowych sąsiadów.



W Polsce na tysiąc mieszkańców przypada zaledwie 2,3 lekarza. Średnia dla Unii Europejskiej wynosi 3,4. W znacznie lepszej sytuacji są nasi południowi sąsiedzi: w Czechach wskaźnik ten wynosi 3,7, a na Słowacji - 3,5. Polski system ochrony zdrowia funkcjonuje właściwie dzięki pracy rezydentów i emerytów. Problem w tym, że według danych z 2017 roku odsetek lekarzy w grupie 55-64 lata wynosił 20 proc., powyżej 65 lat - 22 proc. Co nas czeka? Jak to się stało, że z kraju, który miał kiedyś za dużo lekarzy, staliśmy się państwem w tak trudnej sytuacji?

## Zapaść w kształceniu

Wpływ na to miało kilka czynników. Polska jeszcze w latach 80. kształciła liczne kadry medyczne. Mówiono nawet, mamy „nadprodukcję” lekarzy na potrzeby Układu Warszawskiego (według danych Naczelnej Izby Lekarskiej liczba lekarzy przypadających na 100 tys. mieszkańców wynosiła wtedy ponad 20!). W roku 1987 na dzienne studia medyczne przyjęto jeszcze 6310 studentów. Potem limity zaczęły gwałtownie spadać, gdyż uznano, że jest nadmiar lekarzy. Już w roku 1988 przyjęto na studia jedynie 3805, w 1991 - 2667 przyszłych lekarzy, a średnia przyjęć w latach 1994-2000 wyniosła zaledwie 2070. W latach 90. nasiliło się zjawisko zatrudniania lekarzy jako

przedstawicieli w firmach farmaceutycznych. Potem przyszedł 2004 rok. Otworzyły się granice i nasi lekarze zaczęli wyjeżdżać: głównie do Wielkiej Brytanii, Niemiec, Hiszpanii, krajów skandynawskich. Najczęściej na emigrację decydowali się anestezjolodzy, chirurdzy, patomorfologowie, ale także interniści, pediatrzy i psychiatry. Z informacji NIL wynika, że w latach 2004-2017 wyjechało z Polski ponad 10,5 tys. lekarzy, szacuje się jednak, że liczba ta może sięgać nawet 20 tysięcy.

Rząd zaczął zauważać problem dopiero jakiś czas temu. Jak się chwaliło w gazetach Ministerstwo Zdrowia w roku akademickim 2015/2016 na studia na wydziale lekarskim przyjęto 3133, w kolejnym roku akademickim 3529, w 2017/2018 - 4368, a w obecnym 4678. W rzeczywistości liczba miejsc na bezpłatnych studiach dziennych rośnie nieznacznie, a wzrost przyjęć dotyczy kierunków płatnych i anglojęzycznych. Uczelnie medyczne w ten sposób próbują ratować swoje budżety.

## Pomoc ze Wschodu?

Sytuację mogłoby poprawić ściągnięcie do Polski lekarzy ze Wschodu. W czasie protestu rezydentów (jesienią 2017 roku) rząd zapowiadał, że zmieni zapisy rozporządzenia dotyczącego nostryfikacji dyplomów

ukończenia studiów za granicą. Mówiło się, że wprowadzony zostanie system potwierdzenia kwalifikacji bez konieczności nostryfikacji dla lekarzy ze Wschodu posługujących się językiem polskim. Podobnie jest np. w Niemczech, gdzie lekarze spoza UE otrzymują ograniczone prawo wykonywania zawodu, w powiązaniu z pracą w konkretnej placówce ochrony zdrowia. W ub. roku w marcu Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z wnioskiem o zmiany w rozdziale drugim rozporządzenia z 22 grudnia 2015 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą. Póki co nie słyhać o żadnych zmianach. Zapytane przez nas Ministerstwo Zdrowia odpowiada dość lakonicznie:

- Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad zgłoszeniem przedmiotowego projektu do wykazu prac legislacyjnych - odpowiada Sylwia Wądrzyk, dyrektor Biura Komunikacji Ministerstwa Zdrowia. - Dopiero po zgłoszeniu przedmiotowego projektu do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów będzie on powszechnie dostępny.

Z kolei Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyznaje, że w życie weszła jedynie nowa ustawa regulująca niektóre sprawy związane z uznawaniem kwalifikacji zawodowych

w związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej bez zawarcia umowy (Dziennik Ustaw pod poz. 621.).

W sprawie ułatwienia nostryfikacji nie widać żadnych zmian.

## Droga przez mękę

A problem dotyczy dwóch grup lekarzy. Jedna to Polacy, którzy nie dostali się na polskie studia i wiedzę zdobywają na Ukrainie (jest to około 700 osób: we Lwowie i Tarnopolu - po 300, w Iwano Frankiwsku - 100). Chcąc pracować jako lekarze w Polsce muszą zdać egzamin nostryfikacyjny. Druga grupa - to lekarze z Ukrainy i Białorusi (w przypadku Podlasia przede wszystkim z Białorusi). Jeżeli w najbliższym czasie nie nastąpią zmiany w nostryfikacji, jedni i drudzy będą wybierać Niemcy i inne kraje Europy, gdzie znacznie łatwiej uzyskać prawo wykonywania zawodu. Jak bowiem ten proces wygląda w Polsce? W naszym kraju nie ma jednolitych, ustandaryzowanych wytycznych dotyczących nostryfikacji dyplomu medycznego. Egzamin przeprowadza osiem uniwersytetów medycznych w Polsce, w tym także UMB. I tu jest wolna amerykanka - nie ma żadnych standardów określających jak taki egzamin powinien wyglądać. Każdy uniwersytet po swojemu ustala zasady (egzamin może być pisemny lub ustny), zakres wiedzy, stawki (od 2650 do 4 tys. zł) i terminarże. Do tego wymagane jest tłumaczenie dokumentów. Jeśli wierzyć informacjom biur, które pomagają lekarskim emigrantom, całkowity koszt takiej operacji zaczyna się od 20 tys. złotych.

Uniwersytety na każdym takim egzaminie zarabiają, więc niespecjalnie zależy im na zdawalności. Na forach krążą przykłady najdziwniejszych pytań z nostryfikacji. Np. o liczbę osób palących w Polsce czy procent osób szczepionych przeciwko pneumokokom w Polsce. Po zdaniu nostryfikacji i wcześniej egzaminu ze znajomości języka polskiego, można rozpocząć staż w szpitalu. I tu pojawia się kolejny problem. Tylko ci, którzy mają kartę Polaka lub zezwolenie na pobyt stały, za obowiązkowy staż

dostają ustawowe wynagrodzenie 2369 zł brutto. To niewiele, biorąc pod uwagę, że taka osoba często jest sama, musi wynająć mieszkanie i przeżyć. W jeszcze gorszej sytuacji są osoby nie mające polskiego pochodzenia. Za staż nie dostają pieniędzy, muszą pracować w ramach wolontariatu. Po stażu taki lekarz musi zdać Lekarski Egzamin Końcowy. A to też nie jest dla nich proste.

## Inny system kształcenia

Białoruś, skąd do nas trafia największa grupa lekarzy, jako jedyny kraj w Europie nie przyjęła Bolońskiego Systemu Kształcenia. Edukacja na poziomie szkół podstawowych czy liceów wygląda zupełnie inaczej, nie ma matury. Po 11 latach nauki zdaje się egzamin, a ich wynik decyduje o tym, na jakie studia absolwent może się starać. Ten,

*W Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,3 lekarza. Średnia dla UE wynosi 3,4. Nasi południowi sąsiedzi: Czechy - 3,7, Słowacja - 3,5. Polski system ochrony zdrowia funkcjonuje właściwie dzięki pracy rezydentów i emerytów*

kto chce być lekarzem, może wybrać wydział medyczny lub pediatriczny. W czasie studiów jest też coś takiego jak subordynatura, czyli możliwość zdobycia specjalizacji już na studiach. Już w połowie studiów można wybrać interesujący kierunek i zacząć chodzić na zajęcia studenckiego koła naukowego. Na szóstym roku student odbywa miesięczne szkolenie z dziedziny, którą wybrał. Potem może, choć nie musi, odbyć jeszcze roczny staż podyplomowy z danej specjalizacji. Czyli teoretycznie kończąc studia można mieć specjalizację: z chirurgii, położnictwa i ginekologii, chorób wewnętrznych oraz pediatrii. Okulistą czy laryngologiem można zostać później, jak ma się już specjalizację z chirurgii. Tego systemu kształcenia w żaden sposób nie

da się porównać z polskim systemem edukacji. U nas specjalistą z chirurgii zostaje się po 12-13 latach edukacji (specjalizacja po studiach trwa 6 lat). Podobnie proces kształcenia wygląda na Ukrainie. Tam dodatkowo wielkim problemem jest ogromna korupcja także w kupowaniu egzaminów czy zaliczaniu studiów. Nagminnie jest ściąganie. I o ile dobrze studenci medycyny na Ukrainie opanowują wiedzę teoretyczną (czyli na pierwszych trzech latach studiów), to na bardzo niskim poziomie jest kształcenie praktyczne.

I te wszystkie przytoczone wyżej argumenty podnoszą oponentów zniesienia nostryfikacji w Polsce. Boją się, że przyjedzie do nas niewykształcona kadra.

## Słowacja kusi mieszkańcami

Obaw takich nie mają nasi południowi sąsiedzi np. Słowacja, Czechy czy Węgry, które już od jakiegoś czasu „zasysają” najlepszą kadre medyczną z Ukrainy. Państwa te stworzyły specjalne programy skierowane pod adresem ukraińskiego personelu medycznego. Starają się ich pozyskać kusząc ofertą mieszkań i pomocą socjalną. Początkujący lekarz może tam na „dzień dobry” zarobić 800 euro, a jego kolega ze stażem ponad tysiąc. A to duże pieniądze dla medyka z Ukrainy. Ponadto poszczególne placówki starają się przywiązać do siebie emigrantów, oferując pomoc finansową w procesie wyrównywania różnic zawodowych, czy w dalszym samokształceniu. Nasi południowi sąsiedzi starają się ponadto zminimalizować koszty certyfikacji ukraińskich dyplomów lekarskich. Dzięki ukraińskim lekarzom w Czechach, na Węgrzech i Słowacji udało się zabezpieczyć podstawową opiekę medyczną, także z uwzględnieniem małych miejscowości czy terenów wiejskich. A u nich sytuacja jest podobna jak w Polsce - po wejściu do Unii wielu lekarzy wyjechało. Teraz sytuacja się poprawiła, a najbardziej na tym skorzystali pacjenci. ■

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK**

# Lekarz z Grodna w Białymstoku

Przedstawiamy trzy historie lekarzy z Białorusi, którzy zdecydowali się pracować w Polsce. Chcemy pokazać ich drogę i determinację.

## Dr Aleksander Lebejko, neurochirurg, 20 lat stażu:

- W 1997 roku skończyłem studia, potem odbyłem staż i następne 20 lat przepracowałem jako neurochirurg. Jeszcze 10 lat temu nie myślałem, żeby gdziekolwiek się przeprowadzać. Dobrze mi się żyło. Zarabiałem może nieco gorzej niż w Polsce, ale warunki do pracy były zupełnie inne. W Grodnie jest duży 60-lóżkowy oddział neurochirurgiczny, robiliśmy tam ponad 1200 operacji rocznie. Byłem tam jedynym nauczycielem akademickim i pełniłem obowiązki koordynatora tego oddziału. Jednak w kolejnych latach zaczęło się zmieniać na gorsze. Wyszło nowe rozporządzenie ministra zdrowia w neuroonkologii, że my w Grodnie nie możemy operować guzów podstawy czaszki, guzów kąta mostowo-mózdzkowego itd., a wszystkie takie przypadki mają być kierowane do Mińska. Tam bowiem w Centrum Onkologii powstał oddział neuroonkologii. Nie mogliśmy też operować tętniaków mózgu, bo nie było sprzętu.

Około pięć lat temu pojawiła się myśl, że muszę coś zmienić w swoim życiu. Brałem pod uwagę różne warianty. Myślałem, czy nie jechać np. do Mińska, gdzie kiedyś robiłem specjalizację? Czy może wybrać Polskę? Jestem Polakiem, dzieci są też Polakami. I myśląc o ich przyszłości wybrałem Polskę. Wiedziałem, że tu będę się rozwijać, bo jest sprzęt, są warunki. Przez ostatnie lata byłem w ścisłym kontakcie z prof. Zenonem Mariakiem, szefem Kliniki Neurochirurgii. Ponadto duża część rodziny mieszka w Polsce. Kiedy już podjąłem decyzję, zacząłem się przygotowy-

wać do egzaminu nostryfikacyjnego. W Grodnie miałem i pracę, i pewną pozycję, więc robiłem to po cichu, tak żeby nikt nie wiedział. Każdego dnia godzinę, dwie poświęcałem na naukę. Było ciężko, bo nie tylko operowałem, ale dodatkowo pracowałem na uniwersytecie, miałem studentów. A na Białorusi nauczyciel akademicki ma do wypracowania 1000 godzin rocznie. W Polsce asystent - 240 godzin. Na pierwszy egzamin nostryfikacyjny wybrałem Katowice. To był 2014 rok.

*Mam kolegów, którzy zanim podejda do nostryfikacji, najpierw pracują tu na budowach czy w zakładach produkcyjnych, żeby odłożyć pieniądze.*

Kiedy przyjechałem na miejsce okazało się jednak, że dokumenty przetłumaczył tłumacz przysięgły języka białoruskiego, który nie był na liście Ministerstwa Sprawiedliwości. I okazało się, że nie mogę przystąpić do egzaminu. A to był ostatni rok, kiedy jeszcze obowiązywała łatwiejsza procedura nostryfikacyjna. Drugi raz do egzaminu przystąpiłem w Warszawie, zabrakło niewiele. Potem w Białymstoku - zabrakło jednego punktu. Szczęśliwa okazała się dopiero Bydgoszcz. Zdałem! Egzamin jest trudny, bo jak się skończyło studia 20 lat wcześniej, to wielu rzeczy się już nie pamięta. Na nostryfikację trzeba

patrzeć jak na cały proces przygotowania do LEK-u. Jak przygotujesz się dobrze do tego egzaminu, to później już łatwiej zdać. Egzamin z języka zdałem już wcześniej. I choć znałem język polski, w domu z babcią rozmawiałem po polsku, to było wiele terminów medycznych, których trzeba było się nauczyć. Kiedy w maju 2018 roku zdałem egzamin nostryfikacyjny, mogłem już zwolnić się z Uniwersytetu w Grodnie. Wszyscy byli zdziwieni. Tłumaczyłem, że nie mam warunków do rozwoju zawodowego, nie mam jak iść do przodu. Białystok wybrałem, bo tu jest wysoki poziom neurochirurgii, dobry sprzęt i warunki. Ponadto z Białegostoku jest blisko do domu. Żona jest docentem neurologii i pracuje nadal w Grodnie. Tam są też moje dzieci. Najstarszy syn już pracuje, młodszy ma 12 lat, a córka 4,5 roku.

W moim przypadku staż podyplomowy trwał tylko 2 miesiące i 2 tygodnie. Okazało się, że staż, jaki odbyłem na Białorusi z chorób wewnętrznych, był bardzo podobny do tego w Polsce. I ministerstwo go skróciło. Przyznam, że nie słyszałem, by ktoś miał podobnie jak ja. Teraz jestem w trakcie uznania specjalizacji. Mam już decyzję - moja specjalizacja zostanie uznana pod warunkiem, że odbędę miesięczny staż uzupełniający. Potem będę mógł samodzielnie pracować. Ja mam duże doświadczenie i wiedzę: operacji podstaw czaszki, kręgosłupa wykonałem około 4 tysiące. Mimo to, póki co samodzielnie nie mogę jeszcze w Polsce operować. To co mnie w Polsce zaskoczyło, to nie jakieś różnice w leczeniu, a raczej to, że jest problem z rehabilitacją. U nas pacjent na stacjonarną rehabilitację

trafia od razu po operacji. Dzwoni się i za dzień-dwa jest miejsce. Zdziwiłem się, że w tak nowoczesnym szpitalu nie ma takiego oddziału.

### **Oleg Karpowicz, anestezjolog, lekarz od 20 lat:**

- Zawsze chciałem być lekarzem, to szlachetny zawód. Ale to było kiedyś. Dziś wielu lekarzy, ale też osób z zawodów medycznych, wyjeżdża z Białorusi. Powody są dwa: niskie pensje i upadający prestiż zawodu. To wszystko przekłada się na coraz gorszą atmosferę w pracy.

Pensje? Jeszcze niedawno lekarz zarabiał w przeliczeniu ponad 4 tys. zł miesięcznie i to było naprawdę niezłe wynagrodzenie. Sęk w tym, że sytuacja ekonomiczna w kraju jest coraz trudniejsza. Rosną koszty życia, ceny w sklepach, a pensje nie. Obecnie, żeby zarobić trochę ponad 3 tys. zł trzeba pracować na półtora albo dwa etaty. Pielęgniarka też ma ciężko - 1,2 tys. zł i też musi przepracować ok. 250 godz. Znika prestiż zawodu, rosną wymagania. Zwłaszcza w sferze odpowiedzialności za błąd w leczeniu. Jeżeli dołożyć do tego fakt, że moja emerytura może wynosić 150 dolarów, to naprawdę nie ma nad czym się zastanawiać.

Najpopularniejsze kierunki do wyjazdu to: Rosja, Niemcy, Litwa, Polska i kraje Bliskiego Wschodu. W Rosji jest najprościej. Nie ma bariery językowej, nie jest potrzebna wiza, a formalności sprowadzają się do wizyty w miejscowej izbie lekarskiej. W zasadzie od razu można zacząć pracować.

Więcej zarabia się na Litwie. Nasz białoruski dyplom jest równoważny z dyplomem litewskim. Trzeba tylko na stażu zaliczyć różnice w programach nauczania. To zajmuje zwykle kilka miesięcy. Potem dostaje się zaświadczenie, że jesteś lekarzem ogólnym. Nie ma egzaminu nostryfikacyjnego, jest trudny egzamin językowy. Potem jest roczna specjalizacja, która kończy się egzaminem ustnym. Problem w tym, że dla obcokrajowców (bez prawa pobytu) staż specjalizacyjny jest płatny. Trzeba wyłożyć na niego po 1,2 tys. euro miesięcznie. Dla lekarza z Białorusi to abstrakcyjne kwoty.

Ja wybrałem Białystok, bo jest blisko Grodna. Język znam. Mam zna-

jomych, którzy przede mną zaczęli się starać o pracę w Polsce. Czasami tylko na granicy trzeba czekać 3-4 godziny. Dlatego na weekendy wracam do domu.

Najtrudniejszy jest egzamin nostryfikacyjny. Można go zdawać w jednej z ośmiu uczelni medycznych w kraju. Jest bardzo trudny i bardzo drogi (2,5-4 tys. zł). Ja zdawałem w Białymstoku i udało mi się dopiero w poprawce. Zdało nas wtedy ok. 10 proc. Rozwiązywałem test wielokrotnego wyboru. 150 pytań i trzy godziny czasu. Zadania są trudne i wymagana jest bardzo szczegółowa wiedza. Potem zaczyna się staż podyplomowy, taki sam jak robią polscy studenci po zakończeniu studiów. Z tym że mogę wystąpić do ministerstwa o uznanie mojego doświadczenia zawodowego i jego skrócenie. Po stażu czeka mnie egzamin LEK, egzamin językowy oraz staż specjalistyczny. Też mogę starać się o jego skrócenie. W wersji optymistycznej, kiedy wszystko się uda szybko zaliczyć, od nostryfikacji do otrzymania prawa do wykonywania zawodu lekarza specjalisty, minie nie mniej niż półtora roku. Realniej patrząc dwa lata, może trochę więcej. Nie liczę czasu potrzebnego na przygotowania do nostryfikacji (niektórzy podchodzą do egzaminu nawet 5 razy), czy zebrania oszczędności na sfinansowanie całej procedury i kosztów utrzymania w nowym miejscu. Jako stażysta zarabiam 2,3 tys. zł brutto miesięcznie. To musi wystarczyć na życie w Białymstoku, a mam też rodzinę w Grodnie. Dlatego kiedy mam wolne, wracam na Białoruś i biorę dyżury w szpitalach. Mam kolegów, którzy zanim podejść do nostryfikacji, najpierw pracują tu na budowach czy w zakładach produkcyjnych, żeby odłożyć pieniądze.

W zmianę miejsca pracy inwestuje się tak duże pieniądze i tak dużo

czasu, że to jest droga w jedną stronę. Jestem bardzo zdeterminowany, żeby móc pracować w Polsce. Dużo rozmawiałem z kolegami, którzy mają już zakończone wszystkie procedury. Też się bali. Teraz sobie jednak nie wyobrażają innego życia. Ściągnęli rodziny do siebie. Bliscy bez problemu znaleźli pracę, a dzieciaki świetnie zaaklimatyzowały się szkołach. Wielu z nich już na Białoruś więcej nie wróciła.

Na Białorusi też brakuje lekarzy. Co raz więcej absolwentów uczelni medycznych wyjeżdża od razu po „odrobieniu” studiów (po zakończeniu nauki studenci medycyny mają obowiązek odpracować studia w białoruskich placówkach medycznych po studiach; dwa lata – jeśli sami dostali się na medycynę i pięć lat – jeśli dostali tam skierowanie).

### **Dr Maksim Wieliczko, chirurg:**

- Osiem lat pracowałem jako chirurg w Mińsku. Dlaczego zdecydowałem się przenieść do Polski? Tu są lepsze warunki pracy i lepsze zarobki. To zadecydowało. Białoruś nie jest bogatym państwem i lekarze wcale nie są dobrze opłacani. Ponadto brakuje szacunku.

Najpierw nostryfikowałem dyplom w Katowicach. Zdałem za pierwszym razem. Potem niezbędnym warunkiem był egzamin z języka polskiego w Naczelnej Izbie Lekarskiej. I mając zdane te dwie rzeczy, mogłem rozpocząć staż podyplomowy. I musiałem przejść taką samą drogę jak lekarze w Polsce po ukończeniu studiów. Trzeba zdać LEK, mnie się to udało dopiero za drugim razem. Trudność z LEK i nostryfikacją jest taka, że oba egzaminy zawierają głównie ogólne pytania. Jak się kilka lat popracuje w zawodzie, np. tak jak ja w chirurgii, to te ogóln-



ne pytania ze wszystkich dziedzin medycyny się zapomina. Trzeba się tego uczyć od nowa. To ciekawe, ale czasochłonne. Od decyzji o przenosinach do otrzymania prawa wykonywania zawodu w moim przypadku minęło 2,5 roku. Na pewno było mi łatwiej, że miałem Kartę Polaka - mój dziadek był Polakiem. To też znacznie ułatwiło mi legalizację pobytu. Po odbyciu stażu złożyłem dokumenty do CMKP o uznanie specjalizacji nabytej poza UE. Po rozpatrzeniu komisja uznała, że mam odbyć 2-letni staż uzupełniający (normalnie rezydentura trwa 6 lat). Ja jednak spełniłem wszystkie kryteria. Przetłumaczyłem na polski wszystkie kursy, szkolenia, miałem specjalizację. To pomogło. Jak przyjechałem do Polski miałem jedną cienką teczkę dokumentów, teraz dokumentację przechowuję w walizce.

Nie żałuję swojej decyzji. W Polsce jest lepiej. Ściągnąłem tu już swoją rodzinę. Najstarsza córka chodzi do 3 klasy, młodsza do przedszkola. I wszyscy jesteśmy zadowoleni. Żona jest też lekarzem, laryngologiem. Teraz w każdej wolnej chwili czyta Szczeklika, bo chce nostryfikować dyplom. Jej, jako kobiecie, jest trudniej, bo ma dzieci. Dlaczego wybrałem Białystok? Jak przyjechałem na staż, a żona wtedy została w Mińsku, to wybierałem miasto żeby było najbliższej granicy, żeby można było na weekendy wracać do domu. Po pół roku zabrałem rodzinę.

Nie widzę różnicy w sposobie operowania w Polsce i na Białorusi. To dla mnie nie było problemem. Oczywiście w jednym miejscu więcej operuje się laparoskopowo, w innym stosuje się chirurgię otwartą. Ale to nie problem. Jedynym problemem na początku była bariera językowa. W moim domu nie mówiłem po polsku. Musiałem nauczyć się czytać i pisać. A egzamin z języka jest trudny. Polskiego uczyłem się sam z książek, słuchałem radia, oglądałem telewizję. Ale jeżeli człowiek czegoś bardzo chce, to pokona wszystkie trudności, by osiągnąć cel. ■

**NOT. KM, BDC**

# Masz raka. Proszę się nie rozczulać

**Małgorzata.** Mama, żona, informatyk, naukowiec i wykładowca na jednej z uczelni białostockich, chora na raka jajnika.

Moje życie przed chorobą wyglądało standardowo: praca, dom. Świat się kręcił trochę wokół dzieci, woziliśmy je z mężem na różne zajęcia. Chodziłam na zajęcia sportowe: stretching, aerobik. Prowadziłam aktywne życie: spotkania z przyjaciółmi, wyjazdy.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk:**  
**I co się stało?**

*Pamiętam, że zapytałam docenta, jak będzie wyglądać moje dalsze leczenie. I widziałam na jego twarzy, że on nie wie, co mi odpowiedzieć. Szybko coś tam zaczął mówić, ale widziałam po jego minie, że jeszcze nie wie, co będzie po operacji.*

- W pewnym momencie pojawiły się krwawienia międzymiesiączkowe. Stwierdziłam, że ponad rok nie byłam u ginekologa, więc muszę się do niego wybrać. Pani doktor zrobiła mi USG i stwierdziła, że mam torbiel na jajniku. Przypisała leki. Brałam je dwa miesiące. I kiedy po tym czasie wróciłam na kontrolę, okazało się, że torbiel się nie zmniejszyła, a wręcz urosła i ma już 8 cm średnicy. To był styczeń 2017. Moja ginekolog uznała, że trzeba tę torbiel usunąć. W tym czasie zgłosiłam się też na badania genetyczne. Pół roku wcześniej moja mama zachorowała na raka piersi

i właśnie przyjmowała chemioterapię. Do szpitala - do Kliniki Ginekologii - trafiłam 6 lutego - na usunięcie torbieli. Tego dnia wieczorem zrobiono mi jednak tomografię. I okazało się, że owszem jest torbiel, ale jest też rak i przerzut na przeponę.

**Czy wcześniej ktoś sugerował, że to może być coś złego?**

- Pamiętam, że prof. Jacek Szamatowicz i doc. Mariusz Kuźmicki coś mówili, że to trochę spora torbiel i że to może być coś niefajnego. Natomiast ja się tym w ogóle nie przejęłam. Byłam dobrej myśli, przekonana, że to zwykła torbiel. Chwilę wcześniej wróciłam z ferii zimowych z rodziną, byłam na luzie.

**Co się czuje w takiej chwili, kiedy słyszy się: ma Pani raka... Wali się cały świat?**

- Człowiek zawsze zakłada, że będzie dobrze. A tu dobrze nie było. Ta rozmowa była dla mnie szokiem. Pamiętam każdą jej minutę. Przyszedł po mnie doc. Kuźmicki, poszliśmy do gabinetu prof. Szamatowicza. Szłam w dobrym nastroju, żartowałam nawet. Usiadłam w fotelu i usłyszałam, że w tomografii wyszedł rak... Wpadłam w czarną dziurę. W jednej chwili pojawiło się mnóstwo sprzecznych uczuć. Niedowierzenie, panika, strach. Jak to? Poczułam się jak uderzona obuchem. Słuchałam, co do mnie mówili, ale myślałam tylko o jednym: jak najszybciej wrócić na swoją salę. Chciałam zostać sama z własnymi myślami i móc się rozplakać. I rzeczywiście, po powrocie do pokoju od razu zaczęłam płakać i zadzwoniłam do męża. Jego też zbiłam z nóg. Płakaliśmy już we dwoje. W pierwszym

odruchu człowiek zamiera. Potem szybko włącza się myślenie. Moja pierwsza myśl była taka: skoro ja mam nowotwór i przerzut na przeponę, to jak będzie wyglądać operacja? Przecież ginekolodzy nie mogą operować przepony. Kto będzie mi usuwać guza z jajnika, a kto przerzut z przepony? Myślałam, że pewnie będzie konsylium, że ginekolodzy będą operować razem z chirurgami. Wtedy dowiedziałam się, że do operacji stanie doc. Paweł Knapp. I on wytnie wszystko. Wiedziałam, kto to jest, bo w tym samym okresie uczył się ze mną w I LO. Ale nie wiedziałam, że się specjalizuje w raku jajnika.

### I kiedy się spotkaliście?

- Tego pierwszego trudnego dnia, kiedy dowiedziałam się, że mam raka. Doc. Knapp przyszedł do mnie na rozmowę. I on był pierwszą osobą, która naprawdę mi pomogła. Dzięki niemu potem miałam siłę stawić czoło chorobie. On pierwszy się nade mną nie rozczulał. Nie mówił, jaka to ja jestem biedna, chora. On powiedział jasno i wyraźnie, że dziś to ja mogę się mazać, ale jutro rano mam się wziąć w garść, bo on będzie mnie operował. I muszę myśleć o tym,

żeby wyzdrowieć. Czułam się trochę jak na amerykańskim filmie, nawet pomyślałam: co on mi tu gada... Ale, co ciekawe, ta rozmowa zadziałała. Wzięłam się w garść, następnego dnia już nie płakałam. Pamiętam też z tej rozmowy, że zapytałam docenta, jak będzie wyglądać moje dalsze leczenie. I widziałam na jego twarzy, że on nie wie, co mi odpowiedzieć. Szybko coś tam zaczął mówić, ale widziałam po jego minie, że jeszcze nie wie, co będzie po operacji.

### I potem była operacja...

- Trwała około 5 godzin. To jest taki fajny czas, kiedy się niczego nie czuje. Mnie po operacji interesowało właściwie tylko jedno: czy mam stomię czy nie. Na szczęście nie było... Później prawie dwa tygodnie leżałam w szpitalu, bo cały czas coś się tam działo. Spuchła mi noga, miałam słabe parametry krwi, potem płyn w płucach. To był najtrudniejszy okres pod względem psychicznym.

### A jak najbliżsi zareagowali na Pani chorobę?

- Moja mama była wtedy po operacji raka piersi, kończyła chemioterapię. I to, że ja zachorowałam, było dla niej szokiem. Pierwszy raz w życiu

musiała brać leki uspokajające, bo nie mogła sobie poradzić z tą sytuacją. Co tata czuł, trudno powiedzieć, bo był dosyć powściągliwy w wyrażaniu emocji, chociaż na pewno nie było mu łatwo. Mąż bardzo przeżywał całą sytuację. Ale był niezwykle dzielny i ten egzamin z miłości zdał na szóstkę. Dzieci nie do końca były świadome. Wiedziały, że mama jest po prostu poważnie chora i musi mieć operację. Wtedy jeszcze nie wiedziały, że mam raka. Jeśli chodzi o dzieci łatwiej było mi je przygotować na to wszystko, bo już widziały, co się działo z babcią. Widziały, że straciła włosy, ale potem, że te włosy zaczęły jej odrastać i jest w miarę ok. Dla mnie wielkim problemem było to, że w roku, kiedy zachorowałam, moja córeczka miała pierwszą komunię. Pierwsza myśl - przerażenie. Komunia jest w maju, ja będę mieć chemioterapię. Będę bez włosów, rzęs, brwi. Jak będę się czuła? Jak wróciłam do domu, to miałam bardzo trudną rozmowę z moją córką. Pytała, co ze mną będzie? Tłumaczyłam, że miałam operację, potem będę miała chemioterapię. I ona z przerażeniem zapytała: mamo, czy ty też nie będziesz miała włosów, tak samo jak babcia? Kiedy potwierdziłam, ona była przerażona: to nie jest w porządku, że ja będę miała komunię, a babcia nie będzie mieć włosów i ty też. Ja chcę do taty. Ja przestałam być dla niej czymś bezpiecznym. Powiedziałam, córeczko, kupię ładną perukę, wszystko będzie dobrze. Zresztą kupiłam jedną perukę, ale dzieciom nie pasowała. Wymieniłam na inną, i ta druga była ok. Dzieci chcą, żeby ich mamy wyglądały tak jak inne mamy, nie wyróżniały się. Kiedy już nie miałam włosów i chodziłam w peruce, to właśnie moja córka mnie pilnowała, żebym zawsze miała ją na głowie. Jak miały przyjść koleżanki, przybiegała wcześniej i sprawdzała, jak wyglądam. Bała się, że będę inna.

### I jak tę komunię Pani przeżyła?

- Przeżyłam, ale było ciężko. Zachowałam się podczas niej jak starsza pani. Gdy tylko otworzono drzwi do kaplicy, pobiegłam i zajęłam miejsce siedzące. Na stojąco bym nie dała rady. Byłam pięć dni po chemioterapii i źle się czułam.

## Turkusowe święto w USK

Uniwersytecki Szpital Kliniczny rozświetlił się 8 maja na turkusowo. Do nieba na znak solidarności poleciały turkusowe balony, a na konferencji „Rak jajnika - jak z nim żyć” spotkały się pacjentki z problemem nowotworowym. Tak w USK świętowano Światowy Dzień Świadomości Raka Jajnika.

- Kiedyś rak jajnika to była choroba śmiertelna, jeden z najgorzej rokujących nowotworów. Teraz z choroby śmiertelnej, zrobił się chorobą przewlekłą, a w 15-20 proc. wyleczalną. Jednak ciągle musimy mówić o tej chorobie, zwracać na nią uwagę - mówi dr hab. Paweł Knapp, specjalizujący się w leczeniu raka jajnika. O tym nowotworze mówi się „cichy zabójca”. A to dlatego, że rozwija się skrycie, nie dając żadnych charakterystycznych objawów.

Spotkanie zorganizowało Stowarzyszenie „Eurydyki”, które wspiera panie z chorobami onkologicznymi. Podczas konferencji odbyły się wykłady dla pacjentek, ale także indywidualne konsultacje genetyka, dietetyka oraz rehabilitanta.

To już piąta konferencja stowarzyszenia. Powstało ono pięć lat temu, by pomagać pacjentkom po operacjach nowotworów narządu rodowego - nie tylko raka jajnika. Wolontariuszki spotykają się z pacjentami leczonymi w Uniwersyteckim Centrum Onkologii, organizują spotkania ze specjalistami, ale też organizują różne imprezy towarzyskie (m.in. pikniki czy wieczorki taneczne), tak by na chwilę zapomnieć o chorobie. W Stowarzyszeniu „Eurydyki” działa obecnie około 50 pań. ■

KM

### Co było gorsze: operacja czy chemia?

- Trudny był okres po operacji. Ale chyba najtrudniejsza była pierwsza chemia, bo nie wiadomo było, czego się spodziewać. Niby słuha się innych osób, czyta, ale każdy organizm reaguje inaczej. Jest strach. Da się to przeżyć, choć nie jest lekko. Sama chemia zwala z nóg. Czwartego czy piątego dnia po chemii, po wejściu z parteru na pierwsze piętro musiałam usiąść i odpocząć. Wszystko jest mało słone, zmienia się smak. Trudno jest wytrzymać zapach potraw. Jak się w kuchni gotował rosół, to ja siedziałam w drugim końcu domu, zamknięta w sypialni, nie byłam w stanie znieść tego zapachu. Podczas chemii pojawia się też problem włosów. To dla kobiety niezwykle trudny temat. Wszyscy mówią, nie martw się, one odrosną, są fajne peruki. Ty to wszystko wiesz, ale te włosy są problemem i samo myślenie o tym jest bolesne i trudne. Po pierwszej chemii, słuchając rad innych chorych, postanowiłam włosy ściąć. Miałam takie dłuższe, ściąłam je na krótkie. Dwa tygodnie po pierwszej chemii włosy zaczęły wychodzić. Czulałam, że tak się stanie, bo bardzo zaczęła mnie boleć skóra głowy. Chciałam żeby moje dzieci uczestniczyły w całym procesie choroby, żeby nie było dla nich szokiem, że nagle jestem bez włosów. Stąd też poszliśmy wszyscy razem do łazienki i mąż przy dzieciach zgolił mi tę resztę włosów. Chodziło o to, żeby one wiedziały, że to ta sama mama. Jak je ściąłam, zapytałam dzieci jak wyglądam. A one na to, że teraz to jestem podobna do mojego brata, czyli ich wujka. Ale usłyszałam też: mammo, nie jest źle.

### Pani mama zachorowała na raka piersi. A wcześniej w rodzinie były przypadki nowotworów?

- Siostra mojej mamy miała 30 lat wcześniej nowotwór jednej piersi. Siostry mojej babci też miały nowotwory. Ale nie było dużo tych przypadków. Dopiero gdy mama zachorowała, to jakoś tak dziwnie pomyślałam i nawet powiedziałam: mammo ja też pewnie kiedyś na raka zachoruję. Ale nie sądziłam, że tak szybko. I raczej myślałam o raku piersi, a nie jajnika. Potem okazało się, że jestem obciążona genem BRCA1, ten gen ma moja mama i córka cioci.

### Czy gdyby wiedziała Pani o tym wcześniej, czy to coś by zmieniło?

- Jaka jest profilaktyka? Musiałabym usunąć piersi i jajniki. Nie wiem, co bym zrobiła, gdybym była zdrowa, nie przeszła wcześniej operacji i chemioterapii. Teraz już wiem, co to jest rak. Wiem, jak wygląda leczenie. Wiem, co to jest chemioterapia. I wiem, że nie możemy być pewni efektu. To wszystko spowodowało, że teraz profilaktycznie usunęłam jedną pierś, a za chwilę usunę drugą. To też nie była łatwa decyzja, płakałam, przeżywałam i długo się do tego przygotowywałam emocjonalnie.

### Czy Pani córka była badana?

- Jest na to za mała. Jak skończy 18 lat, będzie miała wykonane badania

*Dwa tygodnie po pierwszej chemii włosy zaczęły wychodzić. Chciałam żeby moje dzieci uczestniczyły w całym procesie choroby, żeby nie było dla nich szokiem, że nagle jestem bez włosów. Stąd też poszliśmy wszyscy razem do łazienki i mąż przy dzieciach zgolił mi tę resztę włosów..*

genetyczne. Zresztą moja córka jest bardzo bystra i ona już mnie o to pytała: mammo skoro babcia jest chora, nie ma włosów, ty jesteś chora, nie masz włosów, czy też mnie to czeka? Powiedziałam: nie wiem tego córeczko. We mnie też jest strach.

### Czy tej chorobie zawsze towarzyszy niepewność? Czy zawsze ta choroba jest z tyłu głowy?

- Staram się zadaniowo podchodzić do tej przypadłości. Muszę zrobić to i to. Nie użalam się w domu, nie mówię, że coś mnie boli. I nie myślę o chorobie non stop. Nie budzę się z myślą, co będzie dzisiaj... Gdybym tak myślała, byłoby mi bardzo ciężko. Ten strach włącza się, kiedy co trzy miesiące idę na kontrolę. Kiedy muszę zbadać marker, zrobić USG. To

jest ten jeden dzień, kiedy pojawia się niepokój.

### W pracy zawodowej zajmuje się Pani badaniem zastosowania sztucznej inteligencji w zagadnieniach medycznych, głównie w analizie przeżycia.

- Jeśli chodzi o informatykę, nigdy nie interesowały mnie np. systemy operacyjne, czy budowa komputerów. Bardziej analiza danych. Od momentu, kiedy zaczęłam pracować na uczelni jako wykładowca i naukowiec, zajmuję się analizą danych, głównie medycznych. Współpracuję z różnymi lekarzami z UMB, badam dane, które mi przedstawiają. W pracy naukowej zajmuję się analizą przeżycia. To było też niesamowite, że w pewnym momencie stałam się przypadkiem, częścią danych, które analizuję. Jeśli chodzi o analizę przeżycia, przewiduje się w niej między innymi ryzyko zgonu po operacji czy po diagnozie nowotworu. W tej chwili przygotowałam cykl prac na temat wykorzystania struktur drzewiastych, tzw. drzew przeżycia, do przewidywania czasu porażki, czyli nawrotu choroby lub zgonu między innymi osób chorych onkologicznie. Mogłabym analizować swój własny przypadek...

### Ale nie analizuje Pani chyba?

- Do tego potrzebuję całego zbioru danych. A takich danych nie mam. To są niezwykle ciekawe badania, których wynikiem są pewne reguły. Ja je opisuję jako informatyk, ale inaczej na nie patrzą lekarze. Oni są w stanie ocenić, czy to co wyszło, ma jakiś sens medyczny. Połączenie wspólnej wiedzy informatyków i lekarzy może dać rzeczywisty efekt. Medyk nie do końca zrozumie sztuczną inteligencję, a informatyk aspekty medyczne. To jest przyszłość, jest wiele fajnych rzeczy do odkrycia. Potrzebne są duże ilości danych, w odpowiedni rzetelny sposób zbieranych w szpitalach. Mając duże zbiory danych możemy stosować różne narzędzia sztucznej inteligencji: sieci neuropodobne, drzewa, złożone modele predykcyjne, itp. I na ich podstawie odkrywać, jaki jest wpływ poszczególnych czynników czy zbiorów czynników na przeżycie pacjenta. Myślę, że to jest przyszłość. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA  
MALINOWSKA-OLCZYK



# Złoty jubileusz stomatologii

W bieżącym roku mija 50 lat od kiedy na naszej uczelni kształcą się stomatolodzy. Swoje powstanie Oddział Stomatologii zawdzięcza Rektorowi AMB prof. Ludwikowi Rochowi Komczyńskiemu.



Lata 70. Siedziba Instytutu Stomatologii. Dziś to Centrum Dydaktyki Stomatologicznej

Widział on potrzebę powołania Wydziału Stomatologicznego ze względu na niedobór lekarzy dentyków na terenie województwa białostockiego (w tym okresie brakowało na naszym terenie około 200 lekarzy tej specjalności). Drugim powodem była duża liczba kandydatów, którzy nie znajdowali miejsca na Wydziale Lekarskim i mogliby zostać skierowani na studia stomatologiczne. Założenia organizacyjne były gotowe już w latach 1965-66, a rok później utworzono na Wydziale Lekarskim AMB Katedrę Stomatologii pod kierownictwem dr. hab. Bogusława Horodyskiego z Krakowskiej Akademii Medycznej.

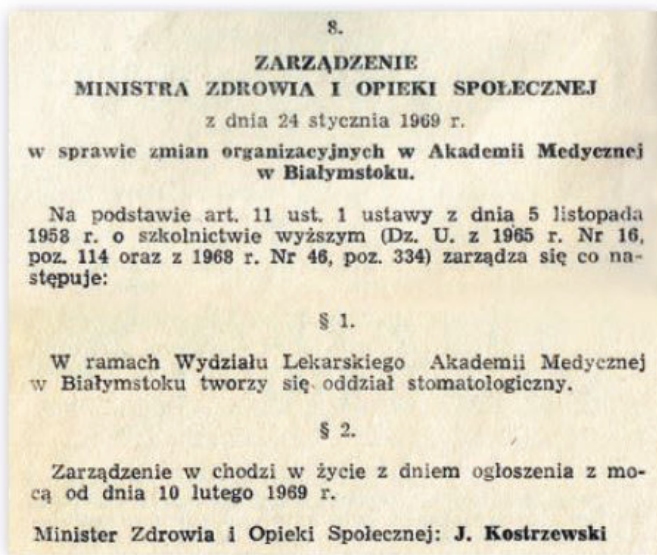
Oddział Stomatologiczny Wydziału Lekarskiego AMB został utworzony 24 stycznia 1969 roku zarządzeniem

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, które weszło w życie 10 lutego. Od semestru letniego roku akademickiego 1968/69 pierwsi studenci rozpoczęli kształcenie w Oddziale. Były to osoby, które rozpoczęły studia na kierunku lekarskim, ale już w trakcie rekrutacji zgłosiły chęć kształcenia w zawodzie lekarza dentyisty. Właściwa rekrutacja odbyła się po raz pierwszy następnym roku akademickim. Pierwsza grupa 30 absolwentów Oddziału Stomatologii opuściła mury Akademii Medycznej w Białymstoku w roku 1973. Do chwili obecnej możemy się poszczycić liczbą 3289 absolwentów.

Prof. dr hab. B. Horodyski w 1970 roku został powołany na kierownika Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego AMB na okres lat trzech. Pełniąc funkcje kierownika Oddzia-

łu prowadził prace związane z jego organizacją i rozwojem. Po śmierci profesora Bogusława Horodyskiego, we wrześniu 1971 roku na to stanowisko został powołany aż do odwołania doc. dr hab. Stanisław Przyłipiak. W 1973 roku formalnie na Uczelni utworzono stanowisko prodziekana ds. stomatologii. Funkcję prodziekana pełnili kolejno: prof. Stanisław Przyłipiak (1973-81 i 1984-90), doc. Helena Korn-Rydzewska (1981-84), prof. Wanda Stokowska (1990-96 i 2002-05), prof. Stanisława Zyta Grabowska (1996-2002) prof. Danuta Waszkiel (2005-12), dr hab. Anna Kierkło (2012-2016) i dr hab. Teresa Sierpińska (od 2016).

Krokiem milowym w rozwoju białostockiej stomatologii było powołanie 1 kwietnia 1971 roku Insty-



## Czy początek wydziału stomatologii?

**B**rak lekarzy stomatologów odczuwany jest na Białostocczyźnie od lat. W tym roku służba zdrowia województwa potrzebuje około 200 lekarzy tej specjalności.

Zaspokojenie tych potrzeb rozważane było w naszej Akademii Medycznej już od dłuższego czasu. Wraz z początkiem bieżącego roku akademickiego zadecydował o początkach kształcenia w naszej uczelni nowych specjalistów. Bo tak należałoby traktować 40-osobową grupę studentów przyjętych na studia poza 230-osobowym limitem Wydziału Lekarskiego.

O wypowiedzi na temat możliwości kształcenia w naszej Akademii Medycznej lekarzy stomatologów poprosiliśmy rektora AMB — prof. dr med. Ludwika Komczyńskiego.

— Sprzyjającą i bezpośrednio decydującą okazją dla nowej specjalności stał się w br. fakt, że 29 dziewcząt zdało egzamin wstępny ocenami dobrymi, a nie można było przyjąć ze względu na brak dodatkowych punktów. W innych uczelniach medycznych nie przyjętych kandydatów z dobrymi wynikami egzaminu wstępnego było mniej. Akademia nasza miała więc szanse na przyznanie dodatkowych miejsc. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

jest na jak najlepszej drodze. Problem był omawiany i na Komisji sejmowej i na wyjazdowym kolegium Ministerstwa Zdrowia.

Po otrzymaniu jeszcze w br. kalendarzowym ostatecznej pomyślniej decyzji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej uczelnia będzie w stanie do przyszłego roku akademickiego przygotować warunki do równoczesnego rozpoczęcia zajęć na trzech latach stomatologii. Słuchaczami I roku byłiby studenci zakwalifikowani drogą corocznej rekrutacji, II rok — stanowiłyby osoby przyjęte w ramach dodatkowych tegorocznych miejsc, a studentami III roku stomatologii mieliby możliwość zostać stypendyści funduszy Białostocczyzny lub słuchacze pochodzący z naszego województwa studujący ten kierunek na innych uczelniach kraju oraz studenci białostockiej AM, którzy chcieliby zmienić Wydział Lekarski na stomatologię.

Początkiem nowego wydziału byłaby powstała przed dwoma laty katedra stomatologii Wydziału Lekarskiego. Samodzielnych pracowników nauki na potrzeby nowej specjalności trzeba by było sprowadzić z innych ośrodków akademickich. Chętni już są, kilka osób przeniosłoby się do nas ze Śląskiej Akademii Medycznej. W odróżnieniu do Śląska Białostocczyzna kuśi profesorami, czy-

tutu Stomatologii, w skład którego wchodziły cztery jednostki naukowe: Zakład Stomatologii Zachowawczej, Klinika Chirurgii Szczękowej, Zakład Protetyki Stomatologicznej i Zakład Ortodontji. Kierownikami zostali: doc. dr hab. Bogusław Horodyski, doc. dr hab. Bronisława Ross, dr n. med. Waldemar Faliński i doc. dr hab. Stanisław Przyłipiak. Funkcję dyrektora Instytutu pełnili: prof. Bogusław Horodyski, prof. Stanisław Przyłipiak, prof. Ewa Szymaniak oraz prof. Wanda Stokowska. Instytut Stomatologii jako jednostka organizacyjna został rozwiązany w roku 2001.

Początkowo kadra dydaktyczna Oddziału Stomatologii AMB składała się z lekarzy dentystów, którzy przyjechali do Białegostoku z całej Polski. Stopniowo zasilali ją niektórzy z absolwentów kolejnych roczników Oddziału. Asystenci zajmowali się nie tylko dydaktyką i udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ale od początku intensywnie pracowali naukowo. Niestety, w 1971 roku życie i karierę prof. B. Horodyskiego przerwała jego tragiczna śmierć (zginął w wypadku samochodowym). Na jego miejsce przyjechała z Akademii Medycznej w Łodzi doc. dr hab. Ewa Szymaniak, która przez wiele lat tworzyła białostocką szkołę stomatologii. Kolejne lata przyniosły szereg prac naukowych, które owocowały uzyskiwaniem przez pracowników poszczególnych jednostek stopnia doktora nauk medycznych i doktora habilitowanego. Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku możliwość doktoryzowania w zakresie stomatologii uzyskał w roku 2006, a cztery lata

później otrzymał uprawnienia habilitacyjne. Do chwili obecnej nadano 57 stopni doktora nauk medycznych oraz 8 stopni doktora habilitowanego w dyscyplinie stomatologia. W ciągu minionych 50 lat następujące osoby otrzymały nominacje profesorskie: prof. Bogusław Horodyski (1971), prof. Ewa Szymaniak (1979), prof. Stanisław Przyłipiak (1980), prof. Wanda Stokowska (2000), prof. Stanisława Zyta Grabowska (2005), prof. Danuta Waszkiel (2009), prof. Maria Gołębiew-

*Pierwsza grupa 30 absolwentów Oddziału Stomatologii opuściła mury Akademii Medycznej w Białymstoku w roku 1973. Do chwili obecnej możemy się poszczycić liczbą 3289 absolwentów.*

ska (2009), prof. Małgorzata Pietruska (2013), prof. Anna Zalewska (2018).

Wraz z rozwojem kadry naukowej na Oddziale Stomatologii tworzone były nowe jednostki naukowe. Jako pierwsze z Zakładu Stomatologii Zachowawczej wyodrębniły się Zakład Stomatologii Dziecięcej (2001) oraz Zakłady Propedeutyki Stomatologii i Stomatologii Społecznej i Profilaktyki (2002). W 2005 roku powstały Zakłady Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej oraz Chirurgii Stomatologicznej. Jako ostatnia jed-

nostka został w 2014 roku utworzony Zakład Stomatologii Zintegrowanej, zamieniony w 2017 roku w Katedrę Stomatologii Zintegrowanej, w skład której oprócz ww. Zakładu wchodzi Samodzielna Pracownia Gerostomatologii przekształcona z Zakładu Stomatologii Społecznej i Profilaktyki.

Baza lokalowa Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego AMB była początkowo bardzo skromna. Sytuacja poprawiła się w październiku 1971 roku, kiedy Instytut otrzymał na swoją siedzibę budynek przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a z salą wykładową na 220 osób. Od 2011 roku nosi on nazwę Centrum Dydaktyki Stomatologicznej. Wraz z rozwojem Instytutu i zwiększaniem się liczby studentów, stomatologia otrzymywała kolejne pomieszczenia przy ulicach Mickiewicza 4 (sala fantomowa), Sienkiewicza 40, Rynek Kościuszki 4, M. Skłodowskiej-Curie 7. Jednakże było to stare budownictwo, które nie umożliwiało właściwej adaptacji na cele dydaktyczne i lecznicze - obecnie pomieszczenia te nie są już używane przez stomatologię. W 2000 roku Instytut wzbogacił się o pomieszczenia w Collegium Novum, do których przeniesiono Zakład Ortodontji oraz część sal klinicznych Zakładu Protetyki Stomatologicznej i Zakładu Stomatologii Zachowawczej. Obecnie mieści się tam także Zakład Stomatologii Dziecięcej oraz Specjalistyczna Lecznica Stomatologiczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Kolejne jednostki znajdowały swoją siedzibę w budynku przy ul. Waszyngtona 13 (Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia) i ul. Akademickiej 3 (Zakład Stomatologii

Spółecznej i Profilaktyki). W latach 2007 - 2011 pierwsza siedziba Instytutu Stomatologii przeszła gruntowną modernizację. W 2008 roku Klinikę Chirurgii Szczękowo-Twarzowej przeniesiono do nowego skrzydła w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym. W oddanym do użytku w 2017 roku Centrum Symulacji Medycznej znajdują się dwie nowoczesne sale fantomowe i laboratorium materiałowe Zakładu Propedeutyki Stomatologii.

Oddział Stomatologii kształci nie tylko lekarzy dentystów. W roku 2009 utworzony został kierunek techniki dentystyczne. Dzięki temu adepci obu specjalności już w trakcie studiów uczą się współpracy na linii lekarz dentysta-technik. Jednym ze sposobów są wspólne wyjazdy szkoleniowe do Włoch w ramach „Programu rozwoju kompetencji studentów kierunku Techniki Dentystyczne i kierunku Lekarsko-Dentystycznego UMB” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (POWER 2014-2020). Zakład Techniki Dentystycznych wchodzi w skład Katedry Protetyki i mieści się w Collegium Pathologicum UMB.

Białostocka stomatologia znana jest z wysokiego poziomu kształcenia studentów, czego potwierdzeniem są dobre wyniki uzyskiwane przez naszych absolwentów w Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym. Pozytywne opinie o wiedzy i umiejętnościach naszych absolwentów wyrażają ich pracodawcy oraz pacjenci. Stomatolodzy z UMB są także cenieni na forum krajowym i zagranicznym. Pracownicy naukowo-dydaktyczni Oddziału od wielu lat są we władzach Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i jego Sekcji Specjalistycznych oraz innych towarzystw naukowych, piastują stanowiska konsultantów krajowych - dr hab. Teresa Sierpińska w dziedzinie protezyki stomatologicznej i wojewódzkich – obecnie prof. dr hab. Małgorzata Pietruska, prof. Maria Gołębiewska, dr hab. Grażyna Marczuk-Kolada, dr hab. Izabela Szarmach, dr hab. Magdalena Wilczyńska-Borawska, dr n. med. Anna Wincewicz-Pietrzykowska. Profesorzy i doktorzy habilitowani są członkami redakcji krajowych i za-



Zajęcia praktyczne



Cyfrowe projektowanie koron zębowych przy użyciu programów CAD/CAM

granicznych czasopism naukowych. Wielu pracowników Oddziału zostało uhonorowanych odznaczeniami państwowymi, nagrodami Ministra Zdrowia oraz nagrodami Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W 2017 prof. Wanda Stokowska, wieloletni kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej, w uznaniu dorobku naukowo-dydaktycznego, otrzymała Honorową Nagrodę Zaufania Złoty Otis.

Białostocka stomatologia jest gotowa na wyzwania nadchodzące w kolejnym pięćdziesięcioleciu jej istnienia. Rozpoczyna ten czas sukcesem, jakim jest pozyskanie prawie 9 mln złotych z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju na projekt „Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole

stomatologicznym” (POWR.03.05.00-IP.08-00-PZ1/18). W ramach tego projektu baza dydaktyczna Oddziału zostanie wzbogacona o najnowszy sprzęt m.in. z zakresu stomatologii cyfrowej, powstanie także platforma e-learningowa umożliwiająca prowadzenie nowoczesnych form kształcenia. Zarówno nauczyciele akademicy, jak i studenci odbędą liczne szkolenia. Utworzony zostanie nowy kierunek Higiena stomatologiczna. Dzięki tym działaniom nasi absolwenci będą jeszcze lepiej przygotowani do pracy zawodowej i gotowi, by stawić czoło wyzwaniom, jakie w XXI wieku przed nimi stawia społeczeństwo. ■

**DR HAB. JOANNA BĄGIŃSKA,  
ZAKŁAD PROPEDEUTYKI**

# Różnica zdań

**Środa.** Nieoperacyjny dzień poświęcony na podsumowanie pracy w poprzednim tygodniu oraz planowaniu operacji na dwa następne dni.

Oprócz chirurgów udział w operawie biorą zaproszeni radiolodzy i patomorfolog. Dyskusja dotyczyła uzasadniania rozpoznania u chorych zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z uwzględnieniem przedoperacyjnych badań histopatologicznych. Ustalono taktykę operacyjną i wyznaczono skład zespołów operacyjnych.

Wśród chorych wymagających leczenia operacyjnego była osiemdziesięcioletnia kobieta przyjęta do szpitala z incydentami niewielkich krwawień w czasie oddawania stolca. W ciągu ostatniego półrocza miewała sporadyczne biegunki. Nie odczuwała bólu. Nie pojawiały się wzdęcia. W czasie ostatniego roku zauważyła niewielki spadek wagi ciała. Leczona z dobrymi wynikami z powodu tętniczego nadciśnienia krwi. Ogólne samopoczucie dobre.

Badaniem fizykalnym stwierdzono dobry stan ogólny z prawidłowym odżywianiem. Badaniem serca i płuc nie stwierdzono odchyień od normy. Brzuch bez zmian. Badaniem per rectum stwierdzono prawidłowy odbyt z wydolnymi zwieraczami. W odbytnicy w zasięgu palca stwierdzono guz średnicy około 4 cm z uwypuklonymi brzegami i centralnym zagłębieniem. Nie stwierdzono innych zmian patologicznych w sąsiedztwie guza. Zmianę określono jako złośliwy nowotwór odbytnicy.

Badaniem rektoskopowym potwierdzono wynik badania przez odbyt. Z guza pobrano wycinki do badania mikroskopowego. Histopatologicznie rozpoznano gruczolakoraka odbytnicy.

Uwzględniając wykonane badania EKG konsultujący kardiolog nie znalazł bezwzględnych przeciwwskazania do leczenia operacyjnego. Zalecił ścisłą kontrolę - z udziałem kardiologa - stanu chorej po zabiegu z wyrównywaniem spodziewanych zaburzeń krążeniowych.

W dyskusji nad tym przypadkiem podkreślano duże ryzyko operacji ze względu na wiek chorej i rozległość chirurgicznej ingerencji. Czynnikiem skłaniającym do podjęcia ryzyka był względnie dobry stan ogólny chorej i zaawansowanie choroby rokujące całkowite wyleczenie. Alternatywą było odstąpienie od leczenia operacyjnego. Z wahaniem przyjęto radykalne stanowisko i zaplanowano wycięcie odbytnicy wraz z odbytem. Konsekwencją rozległości zabiegu była konieczność wykonania sztucznego odbytu.

Jako wyznaczony na operatora miałem obowiązek poinformowania chorej o istocie choroby, o umiejscowieniu zmiany patologicznej, o rozległości zabiegu i konieczności wykonania sztucznego odbytu. Rozmowa nie była łatwa. Ostatecznie chora wyraziła zgodę na proponowane leczenie po rozmowie z synem, który był księdzem.

Operację zaplanowano na 2 listopada 1966 roku jako drugą w kolejności. Wszystko zostało przygotowane, włącznie z odpowiednią ilością krwi do przetoczenia w czasie zabiegu. Uśpiona chora leżąca w odpowiedniej pozycji na stole operacyjnym była „ubierana” przez zespół operacyjny w sterylne „ubranie” w postaci serwet. Nieprzykryta powierzchnia skóry limitowała miejsce i rozległość cięcia operacyjnego.

W tym momencie wszedł na salę operacyjną ordynator oddziału. Zadał pytanie:

- Co to za chora?

- Osiemdziesięcioletnia, z trzeciej sali, z rakiem odbytnicy.

- I co zamierzasz zrobić?

- Zamierzam wykonać zaplanowane wycięcie brzuszno-kroczone odbytnicy i odbytu.

- Przecież ona ma osiemdziesiąt lat.

- Tak, ale ma również raka odbytnicy możliwego do radykalnego usunięcia.

- A ile ona będzie żyć?

- Ma szansę żyć do stu lat.

- Nie fantazuj. Wykonaj tylko sztuczny odbyt.

- Panie docencie, to przecież nie ma sensu. Chora może również umrzeć po operacji wykonania sztucznego odbytu. Sztuczny odbyt nie zapobiegnie przecież krwotokowi. Wielkość i umiejscowienie zmiany nie grozi wystąpieniem niedrożności jelitowej. To po co obdarowywać ją sztucznym odbytem?

- Ja ci mówię, zrób tylko sztuczny odbyt.

- Proszę pana, czy pan mi radzi, czy każe?

- Ja ci radzę - odpowiedział po zastanowieniu.

- Dziękuję za radę, ale pozwoli pan, że z niej nie skorzystam. Pozostanę przy swojej koncepcji.

- A pies cię drapał (czy coś w tym rodzaju). Rób co chcesz.

Odebrałem to jako przyzwolenie na wykonanie zabiegu doszczętnego. Zająłem przy stole pozycję operatora i wykonałem pierwsze cięcie. Zarówno brzuszna jak i kroczone część zabiegu przebiegała sprawnie. Bardzo dbałem o to, by maksymalnie ograniczyć krwawienie. Po usunięciu odbytnicy i odbytu sztuczny odbyt został wykonany zaotrzewnowo. Nie sądzę, by określenie „zaotrzewnowo” wyjaśniało cokolwiek ludziom spoza niewielkiej grupy chirurgów. Zaznaczę tylko, że w moim przekonaniu, metoda ta ma przewagę nad standardową, powszechnie stosowaną procedurą.

Po zabiegu dyżurny chirurg, anesteziolog i konsultujący internista wyrównali pooperacyjny spadek tętniczego ciśnienia krwi. Parametry krążeniowo-oddechowe po kilku godzinach wróciły do zadowalającego, bezpiecznego poziomu.

W dniu następnym szef, w czasie przypadkowego spotkania na korytarzu, powiedział:

- No i co łamała się chora, łamała.  
- Oj, łamała się, łamała, ale się nie złamała.

Tyle było dyskusji. Nigdy potem w jakiegokolwiek formie nie rozmawialiśmy na temat tej chorej.

Po kilkunastu dniach, po niepowikłanym przebiegu pooperacyjnym, chora w dobrym stanie została wypisana do domu. Otrzymała instrukcję pielęgnacji sztucznego odbytu. Rozpoczął się okres nowej jakości życia.

W wielu przypadkach tego rodzaju stan pooperacyjny jest powodem stigmatyzacji i społecznego wykluczenia, oraz upokorzenia. W Polsce szczególnie ciężko przeżywają to osoby młode i w średnim wieku. Osobom tym potrzebna jest pomoc psychologiczna. W rzeczywistości komfort życia po takich operacjach może być satysfakcjonujący. Tego typu inwalidztwo powinno być oceniane jako niska cena za wyleczenie z choroby nowotworowej.

Ciągle dyskutowany jest problem starych chorych wymagających leczenia operacyjnego. Najmilej widzianym starym pacjentem jest człowiek obciążony tylko jedną chorobą stanowiącą jego życiowy problem. Starość jako taka, nie jest chorobą - jest stanem organizmu z oznakami fizjologicznego zużycia. Rzecz w tym, że w większości przypadków do starości „przyklejają się” choroby współistniejące stanowiące wskazania do operacji lub przeciwwskazania. Lekarz współodpowiedzialny za los pacjenta musi ocenić jego szanse i własne możliwości wynikające z wiedzy, doświadczenia, warunków zapewniających bezpieczeństwo operacyjne. Decyzje w tych przypadkach wymagają rozsądnej oceny szans. Z jednej strony kuszące możliwości wyleczenia chorego, z drugiej zagrożenie zgonem pooperacyjnym lub inwalidztwem komplikującym życie, czasami w większym stopniu niż istniejąca choroba. Dylemat wyostreza się, gdy zamiast operacji możemy zastosować alternatywne leczenie zachowawcze poprawiające dobrostan życia z chorobą lub przedłużenie życia. ■

**DR STANISŁAW SIERKO**

# Привет из МОСКВЫ

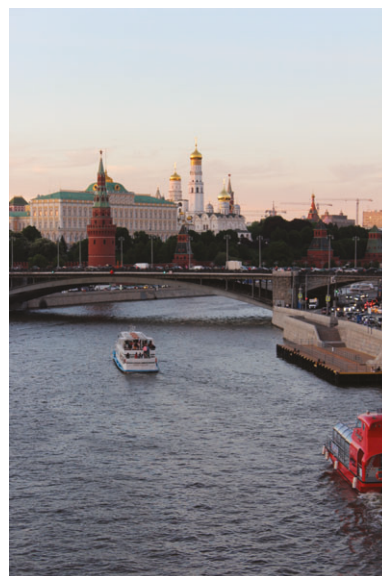
**Zachętę od pani Katarzyny\* do napisania kolejnego felietonu odebrałem w Moskwie.** W tej sytuacji temat może być tylko jeden. Temat gigantyczny, nie mam szans, by go ogarnąć, ale uszczypnąć można.

Z ósmego piętra pałacu uniwersyteckiego - jednego z tak zwanych siedmiu siostr moskiewskich (*wysotek*) Stalina - patrzę na panoramę miasta, a idąc tu napawam się zapachem bżów.

## Uniwersytet

Wczoraj było jeszcze i głośno, trwały uciechy studenckie, pomnikowy Michaił Łomonosow (uczony patron uniwersytetu) został ubrany w gustowną koszulkę. To dodam jeszcze, że uczelnia (obecny skrót MGU) powstała w 1755 roku, do pałacu wprowadziła się w 1953 roku, wciąż się rozbudowuje i wzmacnia. Oficjalnie pomieszkują przy ulicy Góry Lenina 1, ale są to już Góry Worobiowe i taką nazwę nosi sympatyczna stacja metro, z której widać rzekę Moskwę. Do nazw podchodzi się w Moskwie na ogół zdroworozsądkowo, bo na przykład Biblioteka im. Włodzimierza Lenina (sławetna *Leninka*, w której znalazłem kilka cenności podlasko-łomżyńsko-suwalskich) w 1992 roku została przemianowana na Rosyjską Bibliotekę Narodową, z zachowanym jednak przed nią pomnikiem siedzącego (wódz na ogół stał z wysuniętą do przodu ręką) Włodzimierza Iljicza i ze starą też nazwą wielkiej stacji metra.

Nową atrakcją miasta staje się park Zariadie (pisany na kilka sposobów) z atrakcyjnym układem arterii spacerowych (deptakami) wyprowadzających ku rzece, z jednej strony otoczony przez wianuszek starych cerkwi, położony tuż przy Placu Czerwonym. Tam miał stanąć także pałac stalinowski, potem zbudowano potężny hotel Rossija (spłonął), a teraz z woli moskwiczan będzie



Moskwa, fot. Adam Dobroński

promenada z mozaiką przyrodniczą (step i jaskinie lodowe), miejscami do rekreacji i uciech kulturalnych. Całość zaprojektowali Amerykanie. Piszę o tym, bom tam sobie już posiedział w upalną niedzielę. Głównie jednak z tej przyczyny, byście Państwo zechcieli uwierzyć, że Moskwa to miasto odmienione, powiększone przed kilku laty w dwójnasób (tzw. Nowa Moskwa), bardziej przymilne i europejskie w dobrym tego słowa znaczeniu. Mój rozmówca jest przekonany, że duża w tym zasługa mera Moskwy Sergiusza Sabianina.

## Moskwiczenie

Nikt ponoć nie wie, ilu ich dokładnie jest, bo mieszkańców przybywa w sposób niekontrolowany. Usłyszałem opinie: największe miasto w Europie (nie ulega wątpliwości), pełzająca aglomeracja, zasilana głównie przez przybyszów z południa (zwią ich po-

tocznie Tadżykami), którzy każdej pracy się imają. Dane statystyczne galopują, prorocy nie mają wątpliwości, że Wielka Moskwa jako pierwsza na naszym kontynencie przekroczy trudno wyobrażalny, dwudziestomilionowy stan zaludnienia. Zwińczę te dane takim oto porównaniem: w Warszawie ekscytujemy się, że przybędą nam dwie stacje metra. Tu mówi się o nowych liniach, a stacji jest już ponad dwieście, w centrum kolejne składy wagonów podjeżdżają na perony jak taryfy, bilet kosztuje około 60 groszy. W takiej sytuacji prof. Giennadij Matwiejew (przebywał niedawno w Białymstoku) mieszka niemal 40 km od Uniwersytetu i nie korzysta z samochodu.

Na czym, moim zdaniem, polega jednak największa zmiana? Przekleństwem ZSRR (lub jak kto woli ZSRS) były dogmaty i dyktaty. Każdy kto miał choć odrobinę władzy - włącznie z szatniarką, sprzedawczynią i panią na piętrze hotelowym (*koridornaja*) - był ważny, pokrzykujący i pouczający. Obecnie są to zupełnie inni ludzie i nie chodzi tylko o zmianę pokoleniową. Moskwićzanie odzyskali dobry humor, chętnie i szczerze się uśmiechają, wdają się w pogawędki, w metrze ustępują na ogół miejsca. Pani w muzeum, jak się dowiedziała, że jestem historykiem, poprosiła, bym poczekał i przyniosła gratis najnowsze wydawnictwo. A inna z pań, zaciekawiona moim *udarieniem* (akcentem), zapytała skąd przyjechałem. Odpowiedziałem i padło kolejne pytanie: A dlaczego do nas Polacy nie chcą przyjeżdżać? No, dlaczego? Prawdą jest, że przez ponad tydzień nie usłyszałem na ulicy języka polskiego. Z pewnością nie tylko dlatego, że głównie siedzę w bibliotece i archiwum.

### Łyki historii

Państwo wiecie i ja to wiem, że trudno jest walczyć ze stereotypami i trudno też wypłenić niektóre kłamstwa. Ale starać się należy, czy jak mówią Rosjanie - *striemit'sja nužno*. Z pierwszej studenckiej wycieczki do Moskwy zapamiętałem *gruzowiki* pędzące prospektami i *magazyny* (sklepy) z charakterystycznymi zapaskami, wszechobecne hasła ską-

pane w czerwieni i podobizny Łońki Breżniewa oraz długaśną kolejkę do Mauzoleum Lenina. To są opowieści z niedysiejszej epoki.

W Centralnym Muzeum Armii Rosyjskiej jest ciekawie i znawcy znajdą tu unikalne eksponaty, a wszyscy podziwiać mogą oryginalne aranżacje. Na piętrze dominuje armia, która wygrała II wojnę światową, na dole są wcześniejsze wojny. Wrzesień 1939 roku wypadł na ekspozycji blade, ale bez nadmiaru tandety propagandowej, zaś w pobliżu jest Muzeum Historii Gułagu urządzone z szacunkiem dla prawdy historycznej, zachęcające do przemyśleń. Na polskich uczelniach prawie nie prowadzi się badań nad historią Rosji i ZSRS, na Uniwersytecie im. Łomonosowa przybywa chętnych do nauki naszego języka, niedawno odbyła się konferencja o inspiracjach badawczych z udziałem historyków rosyjskich, białoruskich i trójki polskiej. Naocznie też przekonałem się, jak bogate są zasoby Państwowego Rosyjskiego Wojenno-Historycznego Archiwum, gdzie znajdują się między innymi akta do dziejów powstań listopadowego i styczniowego.

Ktoś się skrzywi i powie, że za dużo w tym felietonie radości. Jeśli, to pewnie i dlatego, że czuję się mile zaskoczony po strachliwych opowieściach o Moskwie, powtarzanych najczęściej przez tych, którzy tu byli dawno lub w ogóle jeszcze nie dotarli. ■

ADAM CZESŁAW DOBRŃSKI



\* Katarzyna Malinowska-Olczyk, sekretarz redakcji „Medyka Białostockiego”

**W** przedszkolu chciałem być...

Zawodowym żołnierzem. Bardzo imponował mi wujek, który służył w wojskach pancernych i zabrał mnie nawet na poligon. To były czasy, kiedy chłopcy chcieli być Jankiem Kossem z „Czterech pancernych”. Opowieściami o strzelaniu z czołgu zdobyłem uznanie wszystkich kolegów z podwórka. Ostatecznie mimo kategorii „A” nigdy nie byłem w wojsku. Mój rocznik jako pierwszy w odrodzonej ojczyźnie z powodu braku pieniędzy w budżecie został zwolniony z tego patriotycznego obowiązku i od razu przeniesiony do rezerwy. Z zamiłowania do armii pozostała mi pasja pisania książek o militarnych strategiach i nieznanym historycznych wydarzeniach w północno-wschodniej Polsce.

**Pierwszy plakat, jaki zawisł nad Twym łóżkiem?**

„Metallica”, a obok Zbigniew Boniek. **Bal wiedeński, w błocie na Wodostocku czy koncert Zenka Martyniuka?**

Koncert Lenego Kravitz. Nieważne gdzie. Może być sala koncertowa, ale też narwiańskie bagna.

**Mam słabość do...**

Muzyki i piękna podlaskiej przyrody. Puszcza Knyszyńska, Narwiański Park Narodowy, Suwalszczyzna to miejsca zaczarowane.

**Ulubione przekleństwo?**

Z racji blisko 20-letniej pracy w mediach i wysokiego ryzyka wpadki podczas pracy „na żywo”, prawie udało mi się wyeliminować przekleństwa. Czasami w emocjach, kiedy chcę dodatkowo wzmocnić ekspresję wypowiedzi, zdarza mi się użyć klasycznego, polskiego: o k...wa!

**Niedzielny obiad: rosół z makaronem w domu czy sushi w knajpcie?**

Nie mam dylematu. Bardzo lubię zarówno polską kuchnię, jak i sushi. Kiedyś pani w radiowym bufecie stwierdziła, że żona musi mieć ze mną dobrze, bo nigdy nie narzekam na jedzenie. Osobiście nie potrafię gotować. Wychodzą mi jedynie jajecznicą i kawalerskie kanapki (na te narzeka córka).

**Za co można mnie lubić?**

# Marcin Tomkiel

## Kwestionariusz osobowy

Rzecznik prasowy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, redaktor naczelny „Medyka Białostockiego”, wykładowca PR na studiach menedżerskich, rocznik 1974. Dziennikarz, publicysta.

Od redakcji: nasz naczelny dość zdawkowo napisał swój biogram, dlatego sami go uzupełniamy. Marcin Tomkiel przez wiele lat związany był z Polskim Radiem Białystok (był szefem redakcji „Aktualności”) i TVP3 Białystok (m.in. prezenter programu „Obiektyw”). Jest jednym z najbardziej doświadczonych konferansjerów

w regionie prowadzącym prestiżowe gale i uroczystości. „Po godzinach” miłośnik historii. Autor i współautor kilku książek - m.in. „Wojna mocarstw. Podlasie 1914-15”, „Bielsk 1915. Zapomniana Bitwa”, „Białostoczanie XX wieku”. Ostatnim jego książkowym dzieckiem jest „Zaufany sztabowiec Piłsudskiego”, historia życia Stanisława Nilskiego-Łapińskiego. To mało znana historia mieszkańca Łap, który na zlecenie marszałka Piłsudskiego realizował misje, które miały wpływ na historię Polski po I wojnie światowej. ■



Za rzetelność, dotrzymywanie słowa, dobre relacje z ludźmi, bo ja bardzo lubię ludzi!

### Ulubiony przesąd?

Nie jestem przesądny. Od 13 lat mieszkam pod 13-ką.

### Dzień zaczynam od?

Spojrzenia w okno na niebo i sosnowy las. „And I think to myself what a wonderful world”.

### Ulubiona książka/film?

„Mistrz i Małgorzata” Bułhakowa. Z filmów najbardziej cenię „Ojca chrzestnego”, „Misję” i „Gladiatora”.

### Przedmiot w szkole, z którym byłeś na bakier?

W LO będąc w klasie humanistycznej najwięcej uczyłem się z fizyki, ale po latach doceniam pasję nauczyciela, który egzaminował nas na każdej lekcji i przeprowadzał zawiome eksperymenty.

### Od lat mam ochotę na...

Lot balonem. Marzenie wciąż niespełnione. Może w tym roku na 45 urodziny?

### Ostatnią złotówkę wydam na...

Kiedyś na książki i płyty z muzyką ulubionych zespołów. Teraz - jako dyplomowany absolwent bankowości - ostatnią złotówkę albo zainwestuję, albo zaoszczędzę.

### Czego nie cierpisz ponad wszystko?

Kawy, obłudników, stereotypów i zmarnowanych talentów.

### Najciekawsza spotkana osoba?

Każdy spotkany człowiek to ogromna osobowość. Jako radiowiec zawsze lubiłem słuchać ludzkich opowieści. W swoim zawodowym życiu mogłem rozmawiać z prezydentami, premierami, znanymi aktorami, czy sportowcami. Jednak często za ich medialną maską, kryje się zupełnie inne oblicze. Mają takie same problemy jak przeciętny Kowalski, niespełnione marzenia i troski. Duże wrażenie zrobiła na mnie przed laty prof. Simona Kossak. Z pasją potrafiła opowiadać o zwierzętach. Była niesamowitym naukowcem i skromnym człowiekiem. Porzuciła Kraków na rzecz Puszczy Białowieskiej i ma nieocenione zasługi w popularyzacji ochrony przyrody.

### Jakie osiągnięcie naukowe/technologiczne robi na tobie największe wrażenie?

Z podziwem patrzę na osiągnięcia naszych naukowców z UMB i staram się przekazywać informacje o ich odkryciach światu. Myślę, że współpraca w dziedzinie medycyny, informatyki i inżynierii, umiejętność pracy w multidyscyplinarnych zespołach to przyszłość nauki.

### Jaki talent chciałbyś mieć?

Jako humanista z zazdrością patrzę na ścisłe umysły! Z przerażeniem obserwuję, w jakim tempie rozwija się informatyka i oprogramowanie.

### Najlepsza rada, jaką dostałeś?

„Wielkie umysły dyskutują o ideach, zwykłe o zdarzeniach, a ciasne o innych ludziach”...

### Wygrywam szóstkę w totka i...

Następnego dnia przychodzę jak zwykle do pracy. 80 procent wygranej inwestuję, milion przeznaczam na badania naukowe na UMB, a na urlopie wsiadam na Harleya i przemierzam Amerykę „from west, to east coast”. ■

OPR. BDC