



MEDYK BIAŁOSTOCKI



MIESIĘCZNIK BIAŁOSTOCKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

www.amb.edu.pl

NR 2(37)

BIAŁYSTOK LUTY 2006 R.

ISSN 1643-3734



**Tegoroczní laureaci nagród
Fundacji na rzecz Nauki Polskiej**

W numerze:



*Naszej redakcyjnej koleżance
Joannie i Jej mężowi Mamiłowi
życzymy dużo miłości.*



**Euroregionalny Medyczny Ośrodek
ds. Badań i Edukacji
ma dwa lata**



**Koniec ery
wielkich gwiazd,
przepowiada
doc. B. Kędra**



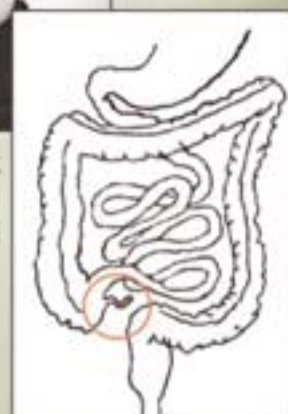
**Dziekanat „Pod Aniołami”,
rozmowa z prof. E. Krajewską-Kulak**



**Legalizacja eutanazji,
czyli kryzys medycyny
– artykuł
prof. S. Pużyńskiego**



**Wyrostek
Andy'ego
Warhola**



**Niepiśmienna
Żydówka
z Izraela**



SPIS TREŚCI

Od redaktora	str. 3
Polsko-niemiecka Nagroda Naukowa COPERNICUS	str. 4
Rozmowa miesiąca	
Koniec ery wielkich gwiazd	str. 5
Dwa lata Euroregionalnego Medycznego Ośrodka ds. Badań i Edukacji	str. 7
Nowe ultranowoczesne laboratorium	str. 8
Dziekana „Pod aniołami“?	str. 9
Legalizacja eutanazji i jej rezultaty	str. 10
Temida i Eskulap	
Lekarz pod wpływem alkoholu	str. 14
Korespondencja z Bethesda	
Samodyscyplina	str. 15
Z historii nauk farmaceutycznych	
OB – Odczyn Biernackiego	str. 16
Wspomnienia i refleksje	
Prof. Józef Marian Zalewski	str. 17
Zjazdy, sympozja, konferencje	
I Podlaskie Dni Chirurgiczne	str. 18
Nefrokardiologia	str. 19
Translokacje chromosomowe w praktyce klinicznej	str. 20
Dlaczego świat stracił Andy'ego Warhola	str. 22
Nie było żartów	str. 24
Donosiciele	str. 25
Poetka dworów	str. 26
Niepiśmienna Żydówka z Izraela	str. 26
Wędrowki po kresach	
Festiwalowe szaleństwo	str. 28
Miasta naszego regionu	
Z woli Szczuków	str. 29
Pigulka filozoficzna	
Oszukać naturę	str. 32
Rośliny w Biblii	
Zuzanna i Terebint	str. 33
Sekrety dziupli	
Sprzymierzeńcy człowieka	str. 34
Lektury czytane po północy	
Autostopem do miejsc zapomnianych	str. 35
Wydarzenia i aktualności	str. 35
Młody Medyk	str. 37

Materiały do numeru przyjmujemy do dn. 10 każdego miesiąca.

Skład redakcji:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski
 Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz: Krzysztof Worowski
 Sekretarz redakcji: Danuta Ślósarska
 Członkowie: Alina Midro, Wiktor Łaszewicz, Ilona Lengiewicz, Anna Worowska, Adam Hermanowicz, Joanna Jasielczuk, Wojciech Sobaniec
 Współpracownicy: Jan Pietruski, Wojciech Dębek, Beata Kaftańska, Marek Kamiński (USA)
 Dział studencki: Paweł Szambora i Maria Stepaniuk oraz Anna Maksymiuk, Emilia Sobolewska, Walentyn Pankiewicz
 Skład komputerowy: Marzena Szleszyńska
 Strona internetowa: Andrzej Bortacki

Druk: Zakład Poligraficzny ABIS

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

Adres redakcji:

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

Adres redakcji studenckiej:

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

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



OD REDAKTORA



Radio przed chwilą podało, że zmarł Stanisław Lem (dzisiaj, kiedy zasiadam do pisania tego felietonu jest 27 marca). Twórczości Lema nie znam. Mam dystans do gatunku *science fiction*. Nie do pokonania. Literatura faktu – tak, *science fiction* – nie. Nie mogłem się nigdy przełamać. Traktowałem tę swoją niechęć po trosze jak kalcetwo i powód do wstydu. Mam nadzieję, że wielki pisarz, który odbywa swą ostatnią podróż kosmiczną, wybaczy tę moją awersję. Za to Lem jako filozof zawsze mnie fascynował. Pisarz dużo czytał, miał ogromne zbiory biblioteczne. Do końca interesowały go najnowsze zdobycze nauki. Swą wiedzę, tak jak każdy filozof, sprowadzał do wspólnych mianowników. Patrzył na jej zdobycze. Śledził, aby przetworzyć w największe uogólnienia. Moja znajomość pisarza sprowadzała się do jego „podglądania” poprzez wywiady, których od czasu do czasu udzielał. Wywiady z nim śledziłem z największym zainteresowaniem. Pisarz nigdy nie opowiadał o swoich wymyślonych futurystycznych kosmicznych podróżach. Ten lekarz humanista, obdarzony wielkim dystansem i autoironią w stosunku do własnej osoby, w swych wywiadach zawsze mówił o człowieku. Bardzo często o przyszłości rodzaju homo sapiens. Niepokoił się. Niepokoila go brutalność człowieka. Wręcz przestrzegał przed bezmyślnym ignorowaniem praw przyrody, dewastowaniem środowiska, rabunkową gospodarką, brakiem szacunku dla życia. Przerazał go konflikt człowieka z przyrodą. Może dlatego wolał przenosić życie, fabułę i akcję swych powieści w kosmos? Lem uważany jest za wielkiego wizjonera. Swoje teorie rzucał tak sobie, od niechcenia (to jego słowa). Sam był zadziwiony, że nieprzemysłane, sprawdzały się w życiu. Tym bardziej zastanawiający jest jego niepokój o przyszłość rodzaju ludzkiego. W jednym z wywiadów status człowieka na ziemi porównał do sytuacji człowieka, który rzuca się z pięćdziesiątego piętra w dół. Gdy znajduje się na poziomie trzydziestego ktoś wychyla się z okna z pytaniem o samopoczucie. Uzyskuje zapewnienie, że jest świetnie.

Podobne obawy wyraża na łamach obecnego numeru *Medyka* zaprzyjaźniony z nami filozof – profesor Jerzy Kopania. W swoim drugim już felietonie z cyklu *Filozofia w pigułce* pisze o relacjach człowiek – przyroda. Jak długo przyroda pozostanie obojętna na próby jej oszukiwania? Jak długo wytrzyma nasza ewidentną ingerencję, wydzieranie tajemnic, obchodzenie i ignorowanie jej praw? Przecież biologia, medycyna i nauki jej pokrewne coraz śmielej wkraczają w obszary, które do niedawna były pokryte tajemnicą, wręcz traktowane jako tabu. Bardzo często zdobywanie tych tajemnic przypomina brutalne włamywanie się do sejfu. Bez poszanowania zasad istoty życia. Z odarciem z tego, co nadaje życiu smak, piękno i sens.

Jak długo?... Tak zwane cywilizacje zachodnie doszły do jakże „logicznych” rozwiązań! Ba, nawet pozornie humanitarnych! Przepraszam za to porównanie – niemalże tak humanitarnych, jak ubój zwierząt w rzeźni przy pomocy nowoczesnych technik i narzędzi. Myślę tu o eutanazji. To „osiągnięcie” medycyny coraz częściej stosowane jest w takich krajach jak Holandia, czy Belgia. Profesor Stanisław Puzyński, którego artykuł na temat eutanazji zamieszczamy w bieżącym numerze *Medyka*, twierdzi, że oficjalne dane dotyczące praktykowania procedury uśmiercania schorowanych i cierpiących ludzi, to wierzchołek góry lodowej. Profesor w sposób niezwykle rzeczowy obnaża ohydę tego proceduru. Panie profesorze, nasza uczelnia jest dumna. Dumna nie tylko z tego, że jest pan jednym z najbardziej wybitnych jej wychowanków, że przez wiele lat kierował pan w stolicy najważniejszym instytutem zajmującym się zdrowiem psychicznym człowieka, że nadal kieruje pan tak ważną kliniką, bo zajmującą się chorobami psychicznymi. Dumna jest, że wychowała lekarza, który tak głęboko rozumie swą powinność.



Fundacja na rzecz
Nauki Polskiej

Deutsche
Forschungsgemeinschaft

DFG

Komunikat prasowy
10.03.2006.

Polsko-niemiecka Nagroda Naukowa COPERNICUS przyznana po raz pierwszy

*Pierwszymi laureatami
Nagrody Naukowej
COPERNICUS
zostali:*

prof. Barbara Malinowska
z Wydziału Farmaceutycznego
Akademii Medycznej w Białymstoku
i

prof. Eberhard Schlicker
z Wydziału Farmakologii i Toksykologii
Uniwersytetu w Bonn

Prof. Malinowska i Prof. Schlicker są specjalistami w dziedzinie farmakologii i fizjologii. W centrum ich zainteresowań naukowych znajdują się receptory kanabinoidowe i ich działanie. Celem badań prowadzonych wspólnie przez laureatów jest molekularno-biologiczna i farmakologiczna charakterystyka receptorów kanabinoidowych, w szczególności neurochemicznych i molekularnych podstaw oddziaływania kanabinoidów na mózg. Badania te mają duże znaczenie dla wyjaśnienia zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego.

Profesor

Barbara Malinowska

jest absolwentką biologii Uniwersytetu Warszawskiego. W 1988 obroniła doktorat na Akademii Medycznej w Białymstoku. Jako stypendystka Fundacji von Humboldta (w latach 1991-1992) pracowała na Uniwersytecie w Bonn, gdzie rozpoczęła współpracę z Prof. Eberhardem Schlickerem. Od 1998 roku kieruje Zakładem Fizjologii Doświadczalnej Akademii Medycznej w Białymstoku. Prof. Malinowska jest laureatką indywidualnej nagrody Wydziału Nauk Medycznych PAN (1999). Dwukrotnie otrzymała także indywidualną nagrodę Ministra Zdrowia (w 1992 i 1993 roku). Jej rozprawa habilitacyjna została wysoko oceniona przez Polskie Towarzystwo Farmakologiczne, które w 1995 roku przyznało jej nagrodę za najlepszą habilitację w dziedzinie farmakologii.



cd. str. 6 →

Nagroda COPERNICUS jest wspólnym przedsięwzięciem Fundacji na rzecz Nauki Polskiej (FNP) i Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). W 2006 roku obie organizacje po raz pierwszy przyznały nagrodę dwóm wybitnym, współpracującym ze sobą naukowcom – polskiemu i niemieckiemu.

Wysokość nagrody wynosi **50 000 euro**, którymi po równo podzielą się zwycięzcy konkursu. Laureat z Polski otrzyma 25 000 euro będzie mógł przeznaczyć w części na kontynuację polsko-niemieckiej współpracy naukowej, w szczególności na wspieranie młodych naukowców (15 000 euro), zaś pozostałe 10 000 euro stanowiąc będzie imienną nagrodę dla laureata.

Konkurs o nagrodę COPERNICUS odbywa się co dwa lata. Nagroda może być przyznana uczonym reprezentującym dowolną dziedzinę nauki, którzy posiadają co najmniej stopień naukowy doktora, nie ukończyli 65 lat, pracują w polskiej bądź niemieckiej instytucji naukowej i którzy w chwili przyznawania nagrody zaangażowani są w polsko-niemiecki projekt naukowy. Kandydaci do nagrody, oprócz osiągnięć naukowych, muszą wykazać się aktywnością w promowaniu udziału młodych naukowców we współpracy polsko-niemieckiej. Kandydatów do nagrody mogą zgłaszać przedstawiciele polskiej i niemieckiej społeczności naukowej.

Do tegorocznej, pierwszej edycji nagrody COPERNICUS zgłoszonych zostało 50 wniosków. Rozpatrzeniem wszystkich kandydatur zajęło się Jury Nagrody powołane w tym celu przez FNP i DFG na trzyletnią kadencję. W skład Jury weszło 6 uczonych z Niemiec i z Polski.

Wręczenie nagrody COPERNICUS odbędzie się 2 maja br. w Max Liebermann Haus w Berlinie.



Koniec ery wielkich gwiazd

Z dr. hab. **Bogusławem Kędrą**,
kierownikiem II Kliniki Chirurgii i Gastroenterologii AMB,
rozmawia Beata Kaftańska.

Pamięta pan swoje pierwsze spotkanie z Białymstokiem?

Przyjechałem tu po raz pierwszy wiosną, chyba na początku czerwca. Ujrzałem dużo zieleni, poczułem rześkie powietrze, spacerowałem się w parku Branickich po alei Zakochanych. To wszystko zro-



biło na mnie wrażenie takiej świeżości i inności tego miasta. Do tego doszli jeszcze otwarci ludzie, uśmiechnięci, życzliwi. Do dziś jestem zaskoczony tym, że obce dzieci kłaniają się mi na klatce. W dużych miastach z tym pani się nie spotka, szybciej można usłyszeć przykre słowo.

Decyzja o pozostawieniu Krakowa przyszła łatwo?

Oczywiście, że decyzja nie była łatwa. Dużo myślałem, dużo główkowałem na ten temat. W tej decyzji wsparła mnie żona, która stwierdziła: „A właściwie dlaczego nie mielibyśmy spróbować?” Ona, tak jak ja, jest niespokojnym duchem.

Lubi wyzwania?

Oboje nie lubimy nudy. Dzieci mamy dorosłe – zostały w Krakowie, a my wraz z żoną przeżywamy drugą młodość. Sytuacja jest trochę nietypowa, bo to zwykle dzieci opuszczają dom. W naszym przypadku to my wymknęliśmy się z domu. Zadziałaliśmy trochę w amerykańskim stylu. Tam gdzie lepsza, ciekawsza praca, większe perspektywy – tam nasz dom.

Na AMB są lepsze perspektywy niż w Collegium Medicum w Krakowie?

Na to pytanie nie mam jednoznacznej odpowiedzi. Zarówno Kraków jak i Białystok mają swoje niepowtarzalne uroki. I w tych kategoriach ocena dwóch uczelni jest trudna. Na pewno AMB przez swoją młodość w porównaniu do UJ jest bardziej świeża i otwarta. Mniej skostniała. Wiele klinik czy zakładów AMB jest na wiele wyższym poziomie niż w Krakowie. To nie mury, ale ludzie decydują o jakości. A ja po prostu dojrzałem do pewnych decyzji życiowych. Oczywiście mogłem w Krakowie, w glorii UJ i tradycji, żyć spokojnie i robić zawodowo właściwie to samo co tutaj. Byłem otoczony rzeszą kolegów, docentów, profesorów, opieką szefa, przyjaciół. Miałem tzw. parasol ochronny i co by się nie stało, zawsze odpowiedzialność można było rozłożyć na wiele osób. To było bardzo wygodne, ale do czasu... Przyszedł moment, że w macierzystej klinice osiągnęliśmy pewien poziom rozwoju i nastąpiła stagnacja. Zaczęła wkradać się nuda, a ona powoduje, że człowiek staje się malkontentem. Nic już go nie zaskoczy, nic nie pobudza, nic ciekawego nie wymyśli, bo to wszystko jest w zasadzie dostępne, zorganizowane, utrwalone. I w pewnym momencie człowiek dochodzi do wniosku, że jego możliwości są niewykorzystane. A ja jestem jeszcze młodym człowiekiem, dynamicznym, niepokojnym, więc ta nuda i brak nowych kierunków działania zaczęła mnie coraz bardziej męczyć.

dym człowiekiem, dynamicznym, niepokojnym, więc ta nuda i brak nowych kierunków działania zaczęła mnie coraz bardziej męczyć.

Propozycja z Białegostoku przyszła zatem w samą porę.

Osobiście wierzę w determinizm. Ta propozycja była czymś ożywiającym. Zaproponowano mi przystąpienie do konkursu, mówiło się o tym, że rektorzy białostockiej uczelni chcą dodać chirurgii białostockiej świeżej krwi. Odczytałem to jako duże wyzwanie. Postanowiłem spróbować i sprawdzić swoje możliwości. Było to wbrew sugestii mojego mistrza i nauczyciela. Ale zadziałały tu również i osobiste, ambicjonalne pobudki i takie zwykłe ludzkie marzenia. Pomyślałem o stworzeniu nowoczesnego ośrodka naukowo-dydaktycznego chirurgii gastroenterologicznej, który będzie liczył się w Polsce, a w którym praca i realizacja celów będzie odbywać się w rodzinnej atmosferze. Moim marzeniem – myślę, że całkiem realnym – jest stworzyć jedną z najlepszych klinik w Polsce. Chciałbym aby była taka jak w Krakowie, a może i lepsza.

Plan bardzo ambitny.

Na pewno tak. Do jego realizacji potrzeba dużo pracy i wielkiego zaangażowania całego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Na szczęście trafiłem na bardzo dobry zespół asystentów: młodych, pracowitych i dynamicznych. Nie da się stworzyć dobrej kliniki w pojedynkę. Skończyła się era wielkich gwiazd. Chirurgia zawsze była grą zespołową, a zespół II Kliniki jest dobrze skonsolidowany i – co mogę powiedzieć to z dużą satysfakcją – sam eliminuje ze swoich szeregów odstających członków.

Wyznaczyłem, w sposób jasny i klarowny, kierunki działania, stworzyłem perspektywy rozwoju dla każdego pracownika. W klinice obowiązuje zasada: „Jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”. To sprawia, że cały zespół gra na jedną bramkę.

Ostatnio przy organizacji Pierwszych Podlaskich Dni Chirurgicznych naraził się pan kolegom po fachu.

Wielu się narażam, bo jestem osobą prostolinijną, o wyrazistej, ale mocnej osobowości. Nie lubię politykować, ani prowadzić zakulisowych rozgrywek. Lubię jasne i przejrzyste sytuacje. Nie toleruję kłamstwa i obłudy. Zdaję sobie sprawę, że nie wszyscy muszą mnie lubić i przyjacielsko poklepywać po ramieniu. Osobiście hołduję starej zasadzie – Boże chroń mnie od przyjaciół, bo z wrogami dam sobie radę sam.

Przyszedłem do Białegostoku pełen dobrych intencji. Uważam, że jestem otwarty na wszystkie logiczne i racjonalnie uzasadnione rozwiązania, które ułatwiają czy poprawiają funkcjonowanie kliniki. Wielu ludzi to docenia, niestety jest też grupa, której to nie w smak. Ci ludzie czują zagrożenie, bo zaburzyłem ich plany, obnażyłem pewne słabości. W moim odczuciu o wartości chirurga świadczy jego praca, stosunek do chorych oraz do kolegów. Nie ten jest do- →

brym chirurgiem kto mówi i pisze o chirurgii, o swoich osiągnięciach, tylko ten, kto stoi od rana do wieczora przy stole operacyjnym i uczy młodych ludzi, kształci swoich asystentów. W chirurgii nic nie da się ukryć. Prędzej czy później każde, nawet najmniejsze oszustwo, wychodzi na jaw. Moim oponentom, szczególnie tym urażonym, proponuję zadać jedno pytanie. Czy wyrażą świadomą zgodę, aby byli operowani przez swoich uczniów, gdy zajdzie taka potrzeba? To będzie najlepsza miara ich wielkości.

Zarzucono panu, że pańskie wypowiedzi nie wpływają korzystnie na konsolidację środowiska chirurgicznego w regionie.

Oczywiście, że moja ocena chirurgii w naszym województwie jest krytyczna. Ale krytyczna ocena dotyczy pewnych archaicznych już rozwiązań oraz decydentów, którzy mieli dostęp do nowoczesnej chirurgii i tego nie wykorzystali. W mojej rozmowie z red. S. Barskim nie ma ani jednego słowa obrażania jakiegokolwiek chirurga z Białegostoku czy Podlasia, chociaż powody by się znalazły. Stare przysłowie mówi uderz w stół, a nożyce same się odezwią i to może tłumaczyć, dlatego niektórzy chirurdzy czują się urażeni i podnoszą larum.

W zeszłym roku zorganizowano w Białymstoku Ogólnopolski Zjazd Chirurgów, którego organizatorem był Profesor, którego znam od dwudziestu lat. Mimo naszych szczerych deklaracji pomocy w organizacji zjazdu, nikt nas nie chciał. Usłyszałem nawet takie słowa: „Kędra niech sobie robi zjazd w Krakowie”. Zostaliśmy całkowicie, podobnie jak władze uczelni, pominięci. Po prostu mieliśmy się nie mieszać. Bardzo boleśnie odczuli to moi asystenci, bo przecież większość z nich jest związana z tym środowiskiem od dziesięciu, a nawet od trzydziestu lat. Odebrali to jako wielkie upokorzenie, zwłaszcza ci, którzy zostali wykreśleni ze składu Komitetu Organizacyjnego. Po raz kolejny chciano nam pokazać, że II

Klinika Chirurgii niewiele znaczy w środowisku chirurgicznym Podlasia. My jednak nie czujemy urazy i na nasze I PDCH zaprosiliśmy kolegów z I Kliniki Chirurgii jako VIP-ów do aktywnego udziału w obradach. Niestety, nikt z zespołu się nie pojawił ani nawet nie poinformował, że rezygnuje z uczestnictwa. Natomiast swoje credo koledzy wyjawili na łamach lokalnej prasy, pouczając mnie przy okazji o dobrych obyczajach. Ale pozostawiam to bez komentarza. Uważam, że urażone ambicje niczemu dobremu nie służą. Dlatego już dziś zapraszamy na II Podlaskie Dni Chirurgiczne, które odbędą się w 2007 roku i będą poświęcone nowotworom jelita grubego i odbytnicy. Takie spotkania to znakomite miejsce do prezentacji własnych osiągnięć.

Długo pan tu wytrzyma?

Osobiście jestem odporny na tego typu działania. Te różnego rodzaju sytuacje, stymulacje prasowe, jeszcze bardziej mnie podkręcają, dają mi jeszcze więcej napędu do twórczego działania.

Nie jest to metoda na pozbycie się Kędry?

Zdecydowanie nie. Jestem w swoim działaniu konsekwentny i uparty, lubię wyzwania, ciężką pracę, a tego konkurencja zwykle nie wytrzyma. Jako szef kliniki, w stosunku do uczelni i szpitala klinicznego, wywiązuję się z tego co deklarowałem po objęciu kierownictwa kliniki. Niestety, nie zawsze uzyskuję pomoc taką, jaka była obiecana. Jako rekompensatę traktuję to, że dostałem do współpracy świetny zespół.

Przypominam, że do Białegostoku nie przyjechałem za karę, tylko z wyboru i dlatego zostanę tu tak długo jak będę uważał za stosowne. Do Krakowa wrócę na emeryturę i zapewniam, że, będąc emerytem, na pewno nie będę walczył, aby za wszelką cenę grać pierwsze skrzypce w środowisku chirurgicznym. To pozostawię swoim uczniom i asystentom. ■



→ cd. ze str. 4. **Polsko-niemiecka Nagroda Naukowa COPERNICUS**

Profesor

Eberhard Schlicker



studiował medycynę na uniwersytetach we Fryburgu i Heidelbergu. Po skończeniu studiów związał się z uniwersytetami w Heidelbergu i Essen (doktoryzował się w Heidelbergu w 1979 roku), by następnie w 1986 roku przenieść się do Bonn, gdzie w 1987 uzyskał habilitację. Od 1992 roku jest profesorem w Instytucie Farmakologii Uniwersytetu w Bonn. Uzyskiwał liczne granty przyznane przez

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), a także prestiżowy grant Herbert Reeck Foundation. Jest laureatem *Rottendorf Prize*, nagrody przyznawanej przez niemiecką Fundację Rottenforda (1993).

Współpraca laureatów rozpoczęła się w 1991 roku, podczas stażu podoktorskiego, jaki odbywała prof. Malinowska (jako stypendystka Fundacji von Humboldta) na

Uniwersytecie w Bonn. We współpracy obojga uczonych w miarę upływu czasu angażowało się coraz więcej młodych badaczy, zarówno polskich, jak i niemieckich (w sumie kilkunastu). Laureaci są autorami ponad 30 wspólnych publikacji w czołowych czasopismach fachowych.

JURY NAGRODY COPERNICUS

- **Prof. Włodzimierz Borodziej**,
Uniwersytet Warszawski, historyk i germanista;
- **Prof. Andrzej Członkowski**,
Akademia Medyczna w Warszawie, farmakolog kliniczny;
- **Prof. Fritz Haake**,
Uniwersytet w Essen, fizyk
(specjalność: fizyka kwantowa i optyka kwantowa);
- **Prof. Klaus Hahlbrock**,
em. prof. Uniwersytetu we Fryburgu, biolog
(specjalność: biochemia i biologia molekularna);
- **Prof. Karol Izydor Wysokiński**,
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, fizyk teoretyk
- **Prof. Klaus Zimmer**,
dyrektor Niemieckiego Instytutu Historycznego
w Warszawie i profesor politologii na Uniwersytecie
Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, historyk i politolog. ■

Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej przyznała Polskie Honorowe Stypendium Naukowe im. Aleksandra von Humboldta prof. dr. med. dr. h.c. mult. **Manfredowi Göthertowi** – dyrektorowi Instytutu Farmakologii i Toksykologii Uniwersytetu w Bonn. Stypendium zabezpiecza finansowo sześciomiesięczny pobyt naukowy Profesora w Zakładzie Fizjologii Doświadczalnej AMB w okresie od 2006 do 2008 roku. W tym roku prof. M. Göthert planuje spędzić w Białymstoku październik.



Polskie Honorowe Stypendium im. Aleksandra von Humboldta,

przyznawane wybitnym uczonym niemieckim przez Fundację na Rzecz Nauki Polskiej, jest programem stypendialnym o szczególnym znaczeniu. Stypendium to stanowi odpowiednik Humboldt-Forschungspreise, prestiżowego wyróżnienia dla uczonych zagranicznych, znanej niemieckiej Fundacji Aleksandra von Humboldta (*Alexander von Humboldt Stiftung*). Jego celem jest uhonorowanie osiągnięć naukowych laureatów oraz stymulowanie długookresowej współpracy pomiędzy polskimi i niemieckimi badaczami.

Przyznawanie stypendium odbywa się na podstawie porozumienia z 1995 r. pomiędzy FNP a Fundacją Humboldta. Dzięki tej umowie Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej dołączyła do podobnych organizacji z 19 krajów, które mają z Fundacją Humboldta analogiczne partnerskie porozumienia o przyznawaniu tych wyróżnień najwybitniejszym uczonym. Zaproszenie umożliwia laureatom realizację projektów badawczych zgodnie z ich własnym wyborem we współpracy z kolegami z kraju goszczącego.

Nazwa stypendium poprzez imię patrona nawiązuje do najlepszej tradycji współpracy naukowców polskich i niemieckich. Aleksander von Humboldt (1769-1859), niemiecki przyrodnik, podróżnik i geograf, współpracował z wieloma Polakami, był honorowym członkiem Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Warszawie i pierwszym propagatorem poezji Adama Mickiewicza w Niemczech.

Dwa lata Euroregionalnego Medycznego Ośrodka ds. Badań i Edukacji

Euroregionalny Medyczny Ośrodek ds. Badań i Edukacji został założony w listopadzie 2003 roku na bazie Akademii Medycznej w Białymstoku. W uroczystości otwarcia Ośrodka udział wzięli Włodzimierz Cimoszewicz, były Minister Spraw Zagranicznych RP oraz przedstawiciele władz uczelni medycznych z Grodna i Wilna. Obecni byli także przedstawiciele korpusu dyplomatycznego, władze regionu, wybitni reprezentanci świata nauki.

Ośrodek jest międzyuczelnianą jednostką utworzoną w wyniku porozumienia Akademii Medycznej w Białymstoku, Uniwersytetu Medycznego w Grodnie, Wydziału Medycznego Uniwersytetu w Wilnie. Partnerem tego przedsięwzięcia jest Marszałek Województwa Podlaskiego. Ośrodek został objęty honorowym patronatem przez Michała Kleibera, ówczesnego Ministra Nauki, Przewodniczącego KBN.

Celem powołania Ośrodka była realizacja podstawowych zadań Związku Transgranicznego Euroregionu Niemen, czyli tworzenie warunków do ożywienia współpracy, wymiana doświadczeń naukowych i edukacyjnych pomiędzy partnerami Euroregionu Niemen.

Euroregionalny Medyczny Ośrodek ds. Badań i Edukacji pełni rolę koordynatora i jest centrum informacji w zakresie nauk medycznych. Stwarza płaszczyznę do kształcenia i szkoleń lekarzy oraz studentów w partnerskich uczelniach medycznych Euroregionu Niemen, m. in. poprzez organizację konferencji i seminariów oraz wymianę i staże młodych naukowców.

Jednym z zasadniczych celów Ośrodka jest koordynacja działań na rzecz tworzenia wspólnych programów i projektów badawczych, poszukiwanie funduszy na ich realizację ze źródeł krajowych i europejskich oraz aktywne uczestnictwo w rozwoju edukacji zdrowotnej społeczeństwa i promocji ochrony zdrowia.

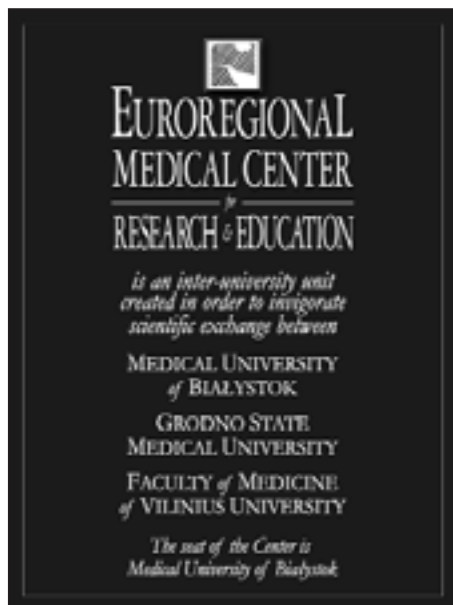
W czasie dwóch lat działalności Euroregionalny Medyczny Ośrodek ds. Badań i Edukacji zorganizował sześć międzynarodowych konferencji i warsztatów medycznych:

- Euroregional Conference on „*Advances in Oncology*”, Białystok, listopad 2003
- Euroregional Conference on „*Transplantology, Oncology and Medical Sciences*”, Białystok, grudzień 2003
- Euroregional Medical Meeting and 2nd Białystok – Essen Summer University on „*Current Achievements and New Research Trends in Medical Sciences*”, Białystok, czerwiec 2004
- Euroregional Workshop on Cardiology „*Standards and New Trends in the Treatment of the Acute Coronary Syndromes*”, Białystok, listopad 2004
- Euroregional Conference on *Building Information Society in the Healthcare in Euroregion Nemen*, Białystok, luty 2005
- Euroregional Workshop on „*Thoracic Oncology*”, Wilno, wrzesień 2005



Ponadto, w ramach Euroregionalnego Ośrodka, w klinikach i zakładach Akademii Medycznej w Białymstoku odbyły się cztery staże naukowe. Udział w nich wzięli młodzi lekarze z Uniwersytetu Medycznego w Wilnie oraz z Uniwersytetu Medycznego w Mińsku.

W organizowanych przez Ośrodek konferencjach i warsztatach wzięło udział ponad 800 uczestników z ośrodków europejskich takich jak: Niemcy, Litwa, Holandia, Białoruś, Szwecja, Belgia, Czechy, Włochy, Francja, Ukraina, Łotwa, Estonia oraz Polska.



Euroregionalny Medyczny Ośrodek ds. Badań i Edukacji otrzymywał dotacje w ramach wygranych projektów z następujących organizacji:

- Unia Europejska – Program Phare
- Ministerstwo Zdrowia RP
- Fundacja Polsko-Niemiecka
- Fundacja Alfreda Kruppa
- Dotacje z firm przemysłowych

W ramach działalności Ośrodka zostały opublikowane trzy monografie:

1. **Educational Book** on „*Current Achievements and New Research Trends in Medical Sciences*”
2. **Consensus Report** on „*Standards and New Trends in the Treatment of the Acute Coronary Syndromes*”
3. **Consensus Report** on „*Building Information Society in the Healthcare in Euroregion Nemen*” jako supplement do *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*

W przygotowaniu do druku jest monografia pt.

CLINICAL RECOMENDATIONS FOR DIAGNOSIS, TREATMENT AND FOLLOW-UP OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER, SMALL-CELL LUNG CANCER AND MALIGNANT PLEURAL MESOTHELIOMA – Consensus Report from Euroregional Workshop on Thoracic Oncology, Vilnius, September 9-10, 2005

Prof. dr hab. **Jacek Nikliński**
Prorektor ds. Nauki

NOWE ULTARNOWOCZESNE LABORATORIUM

Zakład Chemii i Analizy Leków w strukturze Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Białymstoku przygotował projekt budowy ultranowoczesnego laboratorium analiz farmaceutycznych. Z powodu niewystarczających środków własnych wyposażenie laboratorium planuje się dofinansować ze środków pomocowych UE.

Aktualnie złożone zostały dokumenty o dofinansowanie inwestycji w ramach programu INTERREG III A. Planowany termin uruchomienia laboratorium to koniec 2006 roku.

Laboratorium będzie nastawione na dokonywanie:

- oceny jakościowo-ilościowej leków i preparatów leczniczych, istniejących na rynku farmaceutycznym oraz pojawiających się nielegalnie w wyniku niekontrolowanej wymiany przygranicznej
- ocenę jakościowo-ilościową substancji toksycznych w preparatach leczniczych, żywności oraz w materiale biologicznym.

Laboratorium daje możliwości kontroli leków i preparatów pochodzących z wymiany przygranicznej oraz ocenę jakościowo-ilościową substancji toksycznych w preparatach leczniczych, żywności oraz w materiale biologicznym. Konsekwencją dla społeczeństwa będzie bezpieczeństwo, zapewnione dzięki diagnostyce leków i preparatów leczniczych. Będzie też możliwość analiz tych substancji w materiale biologicznym w celu ustalenia przyczyn zatruc czy określenia stopnia zagrożenia zdrowia.

Z laboratorium będą mogły korzystać zarówno jednostki medyczne z regionu Podlasia, jak też: służby graniczne, Straż Pożarna, Policja, Prokuratura oraz służby medyczne obszarów przygranicznych LITWY.

Istnienie ultranowoczesnej jednostki badawczo-diagnostycznej zwiększy nasze możliwości dydaktyczne i naukowe, pozwoli rozwinąć międzynarodową współpracę w zakresie wysoko zaawansowanych technologii. Mogłoby także pomóc w eliminacji patologii społecznych, które dotyczą obszary słabiej rozwinięte gospodarczo.

Wydział Farmaceutyczny jest jedyną w regionie jednostką zdolną do stworzenia takiego laboratorium. Skupia wybitnych specjalistów z chemii i farmacji, posiada ogromny potencjał naukowy oraz prowadzi rozwiniętą współpracę międzynarodową zarówno z bezpośrednimi sąsiadami Polski, jak i krajami Europy Zachodniej.

Prof. dr hab. **Jerzy Pałka**
Zakład Chemii i Analizy Leków
Akademia Medyczna w Białymstoku

Dziekanat „Pod aniołami”?

Wywiad z prof. **Elżbietą Krajewską-Kulak**,
dziekanem Wydziału Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego AMB.

Słyszałam, że ma pani dużą kolekcję aniołów?

Mąż twierdzi, że nasz dom jest już cały zaaniolony (śmiech). Anioły to jedna z moich pasji. Może to zabrzmiało zabawnie, ale ja wierzę, że one są i że każdy ma swojego anioła. Od lat zbieram figurki, rzeźby, książki... po prostu wszystko co dotyczy aniołów. Jest tego już bardzo dużo. Ostatnio podczas konferencji, na której poruszaliśmy temat śmierci, jedna z uczestniczek wręczyła mi wielkie serce z aniołem. Nagle poczułam ogromną chęć podarowania tego prezentu kobiecie, której osiem miesięcy temu zmarła córka. Czułam, że muszę to zrobić. Gdy dawałam jej to serce, ona wręczyła mi aniołka, który należał do jej dziecka. Od tej pory noszę go w torbie. Próbowałam zostawić go w domu, ale jakoś nie mogłam. Stawiałam go na różne półki, przekładałam z jednej na drugą, ale cały czas coś mi nie pasowało. W końcu zrozumiałam, że on musi być po prostu zawsze blisko mnie.

Studenci zaś stwierdzili, że to pani musi być blisko nich, jako ten ich Anioł Stróż.

Bardzo się cieszę, że studenci obdarzyli mnie zaufaniem. Zawsze starałam i staram się pomagać w rozwiązywaniu ich problemów.

Jaka była przyczyna zmiany obsady na stanowisku dziekana Wydziału Pielęgniarstwa?

Trudno na to jednoznacznie odpowiedzieć. Jest to nowy wydział, mamy ogromną ilość studentów, nowych kierunków, specjalizacji i w związku z tym praca na tym wydziale jest bardzo trudna. W pewnym momencie zaczęły narastać nieporozumienia. Studenci czuli się niedoinformowani. Taka sytuacja wymagała zmian i nowych decyzji rektora.

Problemy wydziału są pani bardzo bliskie.

Dawno temu, gdy nie dostałam się na

Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Białymstoku musiałam jakoś swoim życiem pokierować. W moim rodzinnym mieście, w Ełku, była tylko jedna szkoła pomaturalna, która mi odpowiadała – studium medyczne. Chociaż bardzo mi się w tej szkole podobało, to mimo to po pierwszym roku nauki, na kierunku pielęgniar-



skim, chciałam przerwać naukę i ponownie zdawać na medycynę. Wówczas moja wychowawczyni poradziła mi abym najpierw zrobiła dyplom, a dopiero później spróbowała swoich sił na studiach. Powiedziała, że rok w życiu człowieka to bardzo niewiele. Ten rozsądny głos mojej nauczycielki zaważył. Ponieważ w tamtych czasach szkoły medyczne mogły dwoje najlepszych słuchaczy skierować na studia medyczne: na wydział lekarski i wydział pielęgniarstwa, skorzystałam z tego przywileju. Szkołę ukończyłam z najwyższą średnią ocen i spełniło się moje marzenie. Dzięki pielęgniarstwu zostałam lekarzem.

Ale sentyment do zawodu pielęgniarki pani pozostał?

Jeżeli ktoś kiedykolwiek otarł się o zawód pielęgniarki, zawsze będzie darzył go ogromnym sentymentem,

nawet jeśli jego losy potoczą się inaczej. Nawet, pracując, jako lekarz czułam się silnie zespolona ze środowiskiem pielęgniarstwa. Do tej pory mam zresztą prawo wykonywania tego zawodu. Dzięki pielęgniarstwu zostałam lekarzem, napisałam habilitację, zostałam dziekanem. Teraz spłacam dług.

Każda nowa miotła wymiata po swoim. Od czego pani zacznie?

Nie chcę być traktowana jak miotła, chociaż przyjęło się uważać, że miotła to taki nasz kobiecy atrybut (śmiech), któremu towarzyszy robienie porządków. Zamierzam wraz ze współpracującymi ze mną dziekanami umocnić pozycję wydziału, a to wymaga czasu, odpowiednich kontaktów, pozyskania kadry. Udało nam się już nawiązać kontakty z pielęgniarkami z Wydziału Zdrowia i Nauk Społecznych Uniwersytetu w Kingston, przygotowujemy dokumenty o współpracy z pielęgniarkami z Uniwersytetu Medycznego w Czechach. Zapowiedziały też u nas swoją wizytę położne z Belgii. Robimy wszystko, aby studenci naszego wydziału nie czuli się gorsi od innych. **W tym roku wydział ukończyło 400 osób. Czy ilość studentów przekłada się na jakość kształcenia?**

Nasi studenci nie powinni czuć się niedouczeni. Mamy bardzo dobrą kadrę na pielęgniarstwie i położnictwie. Profesor Szpak dba o to, aby na kierunku zdrowie publiczne wykładały osoby, które pokończyły renomowane uczelnie. Ta kadra, która wykłada jest dobrze przygotowana. Do współpracy zapraszamy też wykładowców z innych uczelni. Dodatkowymi etatami wspiera nas także rektor. Obecnie naszym poważnym problemem jest fizjoterapia. Będziemy robić wszystko, aby studenci po licencjacie mogli kontynuować studia magisterskie. Na razie takie możliwości ma tylko jedna uczelnia w Polsce. Minimum kadrowe na fizjoterapii jest bardzo wysokie, przewiduje ośmiu samodzielnych pracowników naukowych, w tym pięciu z drugim stopniem specjalizacji. Takich ludzi w naszym kraju można policzyć na palcach jednej ręki. Jako ekspert Komisji Akredytacyjnej przy MEN i członek Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego wiem, że te kryteria często ulegają zmianie, i na to liczymy.



Czy absolwenci dietetyki, fizjoterapii, zdrowia publicznego itd. mają u nas jakieś zawodowe szanse?

Kiedys zadzwoniła do mnie dziennikarka z naszej lokalnej prasy i z oburzeniem stwierdziła, że kształcimy kadre na potrzeby zagranicy. I częściowo jest to prawda. Jednak trzeba pamiętać, że dorosły człowiek sam podejmuje decyzje o tym, co i gdzie chce robić. Na to nie ma wpływu ani rektor, ani dziekan, ani wykładowca. Wielu młodych ludzi wyjeżdża w poszukiwaniu swojej drogi, ale wielu też wraca, bo nie udało im się spełnić marzeń. **Amerykanie twierdzą, że przyjmą 300 tysięcy pielęgniarek, u nas pielęgniarki zwalniają.**

W świecie jest ogromne zapotrzebowanie na pielęgniarki, ale i u nas sytuacja już powoli się zmienia. Do tej pory wszelkie niedobory finansowe w szpitalach załatwiano osobami, które nie potrafiły się bronić. Potem wynikały z tego paradoksy. Nie we wszystkim da się zastąpić człowieka, bo nawet jeśli komputer wyliczy odpowiednią dawkę leku, to ktoś musi ją podać. Ktoś też musi z chorym porozmawiać, czy chociażby potrzymać za rękę. Zawsze powtarzam, że ten zawód istniał od zawsze i tak już pozostanie. Dla absolwentów kierunków medycznych pojawiają się nowe możliwości. Położne zakładają szkoły rodzenia, pielęgniarki zatrudniane są w gabinetach prywatnych, na kontraktach, fizjoterapeuci zakładają swoje gabinety, powstają hospicja, domy spokojnej starości.

Kilka miesięcy temu katowickie pielęgniarki zabawiając się noworodkami rzuciły ponury cień na swój zawód. Jak pani to odebrała?

W każdym zawodzie zdarzają się osoby nieodpowiedzialne. Nie twierdzę, że te pielęgniarki są z gruntu złe, ale to co zrobiły nie mieści się w moich normach. O tym zdarzeniu rozmawialiśmy z naszymi studentami. Omawiamy z nimi różne przypadki i różne zachowania. Kiedys doc. Bakunowicz, pierwsza dyrektorka, pierwszej szkoły medycznej w Białymstoku, powiedziała, że tym czego najbardziej potrzebuje pacjent jest serce i w takim duchu kształcimy naszych studentów. Pragniemy, aby dla naszych absolwentów każdy pacjent – i ten pachnący i ten zaniebdany – był tak samo ważny.

Rozmawiała: Danuta Ślósarska

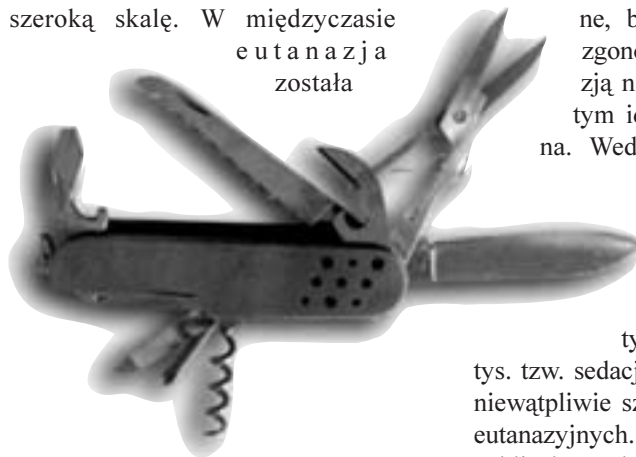


Stanisław Puzyński

Legalizacja

Od początku lat osiemdziesiątych, po okresie milczenia (lata powojenne), sprawa eutanazji powraca systematycznie w środkach masowego przekazu, jak też w czasopismach specjalistycznych. Początkowo pojawiała się jako problem teoretyczny, a w ostatnich latach – praktyczny, bowiem w niektórych krajach eutanazja jest realizowana w majestacie prawa.

Kiedy przed kilku laty publikowałem pierwszą swoją pracę na temat eutanazji i psychiatrii, uśmiercanie ludzi określane też eufemistycznymi nazwami: „eutanazja czynna”, „eutanazja bierna”, „eutanazja w asyście (przy udziale) lekarza”, „dobra śmierć” było nielegalne. W niektórych krajach (Holandia, Belgia) jednak tolerowane i stosowane na szeroką skalę. W międzyczasie e u t a n a z j a została



prawnie usankcjonowana w Holandii i Belgii, stała się więc legalna. Określono formalny tryb postępowania. W niektórych krajach są podejmowane działania zmierzające do legalizacji eutanazji, trwa publiczna dyskusja na ten temat. W innych, chociaż brak jest regulacji prawnych, eutanazja jest stosowana na szeroką skalę. Jak podały mass media w 2003r. w Wielkiej Brytanii uśmiercono w ten sposób 15 tysięcy osób.

Eutanazja jest również przedmiotem zainteresowania różnych gremiów Unii Europejskiej. Nie podjęto jednak żadnych konkretnych działań w tej sprawie.

Oficjalnym motywem legalizacji eutanazji są przesłanki humanitarne, dążenie do zapewnienia jednostce prawa decydowania o swoim losie, a więc o swym życiu lub śmierci. Dotyczy to zwłaszcza osób dotkniętych ciężką, nieuleczalną i dolegliwą, zwłaszcza związaną z bólem, chorobą.

Legalizacja eutanazji miała zapobiec nadużyciom w tym zakresie i zmniejszyć rozmiary problemu. Jak pokazują doświadczenia holenderskie stało się odwrotnie. Prawne zalegalizowanie eutanazji otworzyło szeroko wrota do jej powszechnego stosowania. Depenalizacja tej szczególnej formy zabijania spowodowała, że cały proces wymknął się spod kontroli. Według szacunkowych danych (John Willke) – obecnie w Holandii jeden na pięć zgonów (ok. 20%), wiąże się ze stosowaniem jednej z procedur eutanazyjnych. Jeszcze wyższe wskaźniki przytacza Henk Jochemsen [2003], który zwraca uwagę, że są to dane orientacyjne i zaniżone, bowiem pokazana część zgonów związanych z eutanazją nie jest zgłaszana i co za tym idzie nie jest rejestrowana. Według szacunkowych danych, które ujawnił P.

Admiraal [Rzeczpospolita, 22.03.2004 r.] w Holandii wykonuje się rocznie ok. 4,5 tysiąca eutanazji oraz 15 tys. tzw. sedacji terminalnych, które są niewątpliwie szczególną formą działań eutanazyjnych. W odniesieniu do znacznej liczby osób eutanazja jest stosowana bez ich zgody, często na życzenie rodziny lub opiekunów. Coraz częściej zdarza się, że chorzy obawiają się pobytu w szpitalu, nie mają bowiem gwarancji, że nie zostaną tam uśmierceni. Sytuacja staje się więc dramatyczna. Jesteśmy świadkami uśmiercania chorych z przesłanek „humanitarnych”, w „imię ich dobra”, „zgodnie z prawem do autonomii człowieka”.

Dr Pieter Admiraal, nazywany „ojcem” holenderskiej eutanazji, który wykonał osobiście około 100 eutanazji, zapytany czy kiedykolwiek coś zachwiało jego przekonanie co do słuszności →

eutanazji i jej rezultaty

decyzji o odbieraniu życia pacjentom [por. Rzeczpospolita, 22 marca 2004 r.] stwierdza: „Czy miałem wątpliwości? Czy odczuwałem żal po tym co zrobiłem? Ależ tak! Czasami zespół i ja byliśmy bardzo przygnębieni po eutanazji, ale nie dlatego że podjęliśmy złą decyzję lecz z powodu długiego wahania...”.

W ŚWIETLE PRAWA POLSKIEGO

Nie posiadamy żadnych wiarygodnych danych na temat stosowania zabiegów eutanazyjnych w Polsce. Świadome i celowe (zamierzone) pozbawianie życia jest w świetle polskiego prawa zabójstwem, niezależnie od motywów, którymi kieruje się osoba powodująca zgon. Jest wysoce prawdopodobne, że w niektórych sytuacjach klinicznych, zwłaszcza w odniesieniu do osób nieuleczalnie chorych, cierpiących, niektóre działania mogą spełniać kryteria eutanazji, chociaż nie są tak nazywane. Ze względów zrozumiałych jest to problem tabu, niechętnie publicznie omawiany.

Dysponujemy natomiast danymi na temat poglądów i postaw polskiego społeczeństwa wobec problemu eutanazji. Wyniki badań prowadzonych w okresie minionych kilkunastu lat wskazują, że są to postawy coraz bardziej permissywne. Eutanazję popiera 37-50% respondentów. Prof. Łuczak podaje, że w przypadku legalizacji eutanazji w Polsce – co dziesiąty lekarz deklaruje, że byłby gotów w niej uczestniczyć.

Problem eutanazji zyskuje coraz większe zainteresowanie środków masowego przekazu w Polsce. W ostatnich kilku miesiącach ukazało się szereg artykułów, których autorzy w sposób pogłębiony analizują ten dramatyczny problem. Konkluzje większości tych opracowań są krytyczne w sprawie celowości legalizacji eutanazji w naszym kraju.

Udział psychiatrów w procesie uśmiercania osób chorych lub społecznie nieużytecznych, nazywany enigmatycznie „eutanazją” ma swoją dramatyczną historię. Ku przestrodze – warto przypomnieć, że wśród ponad 300 tysięcy osób niepełnosprawnych zamordowanych w latach 1939-1945 w Trzeciej Rzeszy znalazło się około 180 tysięcy

chorych psychicznie (w tym dzieci upośledzone umysłowo), których zabito w ramach akcji T4.

Pseudonaukowe przesłanki dla zbrodniczej eksterminacji osób chorych psychicznie (motywy eugeniczne, niska jakość życia) dostarczyli związani z nazistami psychiatrzy, niektórzy z tytułem profesora. Byli to m.in. Carl Schneider, kierownik Kliniki Psychiatrycznej w Heidelbergu, Ernst Rüdin



Fot. Jacek Malczewski „Śmierć”.

(psychiatra i genetyk), Karl Brandt, a również De Crins, Henze, Nitsche. W organizowaniu akcji T4 niechlubnie zapisał się dr Yalentin Faltihanser. W selekcji chorych psychicznie do zrealizowania „dobrej śmierci” uczestniczyli również psychiatrzy. Niektórzy z nich byli dyrektorami i ordynatorami szpitali psychiatrycznych. Obszerną dokumentację tych zagadnień opracował dr Zdzisław Jaroszewski, do której odsyłam zainteresowanych.

W 1999 r. z okazji XI Światowego Kongresu Psychiatryków w Hamburgu zorganizowano wystawę dokumentującą zbrodnie popełnione na osobach chorych psychicznie w III Rzeszy. Katalog tej wystawy „In Memoriam” jest wstrząsającym dokumentem, z którym powinni zapoznać się wszyscy, którzy zapomnieli o wydarzeniach z przeszłości i znowu proponują włączenie psy-

chiatrów w proces zabijania, chociaż z nieco innych przyczyn niż przed 65 laty.

KRYTERIA HOLENDERSKIE

W PRAWIE HOLENDERSKIM OBECNOŚĆ ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH NIE POZBAWIA PRAWA DO KORZYSTANIA Z „PRZYWILEJU EUTANAZJI”.

Kryteria holenderskie, które powinna spełniać osoba domagająca się zakończenia jej życia w asyście lekarza, dotyczy chorych somatycznie, mogą jednak znaleźć zastosowanie w odniesieniu do zdrowych fizycznie osób z przewlekłą depresją, u których uporczywe życzenie śmierci, trudne do zniesienia cierpienia oraz brak określonej perspektywy udzielenia efektywnej pomocy nie należy do cech osobliwie rzadkich.

W 1994 r. Sąd Najwyższy w Holandii w związku z rozpatrywaną sprawą psychiatry Boudewijn Chabota, który uczestniczył w samobójstwie 50-letniej pacjentki (depresja związana z utratą dwóch synów) stanął na stanowisku, że w wyjątkowych sytuacjach nie tylko nieuleczalna choroba somatyczna, ale również trudne do zniesienia cierpienia psychiczne mogą uprawniać lekarza do udziału w samobójstwie pacjenta, przy czym raczej ciężkość cierpienia niż ich przyczyny mogą uzasadniać taką decyzję. Sąd Najwyższy realizację takiej możliwości obwarował następującymi warunkami [za Groenewoud i wsp.]:

- chory powinien mieć zapewnioną maksymalną pomoc w dążeniu do ulgi w jego cierpieniu,
- w przypadku odmowy przez pacjenta skorzystania z alternatywnych form pomocy – nie należy umożliwić mu samobójstwa w asyście lekarza,
- w decyzji powinni uczestniczyć eksperci, którzy osobiście zbadali pacjenta.

Przedstawiona w skrócie opinia Sądu Najwyższego, zgodna ze stanowiskiem Holenderskiego Królewskiego Stowarzyszenia Lekarzy, które wyrażało pogląd, że obecność objawów psychopatologicznych automatycznie nie pozbawia osoby chorej prawa do skorzystania z „dobrodziejstwa” samobójstwa przy udziale lekarza – stało się swoistą legalizacją takiego „samobójstwa” w odniesieniu do części osób chorych psychicznie, w szczególności chorych z depresją. Stanowisko takie podziela większość ankietowanych psychia- →

trów holenderskich. Spośród 552 respondentów – 64% sądzi, że osoby chore psychicznie w szczególnych sytuacjach, mają prawo do samobójstwa w asyście lekarza. Trzydzieści pięć procent ankietowanych (205 psychiatrów) uczestniczyło we wstępnej procedurze kwalifikacyjnej i w odniesieniu do 12 chorych wyraziło zgodę na ten rodzaj samobójstwa. Na szczególną uwagę zasługuje opinia większości respondentów, że to lekarz pierwszego kontaktu powinien ocenić stan kliniczny pacjenta i rozstrzygnąć o ewentualnej potrzebie specjalistycznej (psychiatrycznej) oceny jego stanu psychicznego.

Również przeprowadzone przed kilku laty badania ankietowe wśród 321 psychiatrów w stanie Oregon (USA) wskazują na dużą ich permissywność w odniesieniu do samobójstwa w asyście lekarza. Mianowicie 68% respondentów sądzi, że jest ono dopuszczalne i opowiada się za legalizacją takiego postępowania, m.in. za udostępnianiem w szczególnych sytuacjach nieuleczalnie chorym leków umożliwiającym odebranie sobie życia. Autorzy badań (Ganzini i wsp.) są zaskoczeni tymi rezultatami, które wskazują na rażącą rozbieżność pomiędzy opiniami swoich kolegów i stanem współczesnej wiedzy o przyczynach i uwarunkowaniach samobójstw oraz o szczególnej roli depresji w tym dramatycznym zjawisku.

ZABURZENIA DEPRESYJNE

Zniechęcenie do życia i pragnienie śmierci jest wspólną cechą stanów depresyjnych. U licznych chorych przybiera konkretne formy w postaci ujawnianych zamiarów samobójstwa, które część realizuje. Przyczyną zgonu 15-20% osób z zaburzeniami afektywnymi jest samobójstwo.

Zaburzenia depresyjne występują często w populacji chorych somatycznie. W niektórych schorzeniach ich rozpowszechnienie sięga 50%, w chorobach nieuleczalnych zaś jest jeszcze większe, przy czym obecność depresji

wydatnie pogarsza rokowanie. Coraz więcej danych wskazuje, że pragnienie śmierci i myśli o samobójstwie u ciężko chorych, zwłaszcza dotkniętych nieuleczalną chorobą idą w parze z obecnością depresji o nasileniu klinicznym. W świetle badań Browna i współautorów wśród 44 nieuleczalnie chorych, w stanie terminalnym – 34 nie ujawniało myśli o samobójstwie ani też pragnienia skrócenia ich życia, pozostałych 10 wyrażało takie pragnienie. U wszystkich chorych stwierdzono stan depresyjny o nasileniu klinicznym. Autorzy zwracają uwagę na ścisłą zależność pomiędzy myślami o samobójstwie i depresją. Żadna spośród osób, u których nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych nie przejawiała oczekiwań skrócenia ich

rym depresyjnym przyczynia się do redukcji wskaźnika samobójstw w populacji ogólnej.

Ocena natury zaburzeń nastroju i myślenia w stanach terminalnych, w szczególności udzielenie odpowiedzi na pytanie czy występujące u chorego obniżenie nastroju, zniechęcenie do życia lub pragnienie śmierci są adekwatną reakcją na nieuleczalną chorobę będącą źródłem cierpienia (a więc mieszczą się w ramach tzw. normy), czy też należy je zakwalifikować do chorobowych zaburzeń nastroju typu depresyjnego bywa bardzo trudne, często niewykonalne. Z punktu widzenia klinicznego sprawa jest drugorzędna – w jednym i drugim przypadku choremu należy udzielić pomocy.



Współczesna psychiatria dysponuje pokazną liczbą leków przeciwdepresyjnych, które umożliwiają efektywną pomoc terapeutyczną chorym z depresją. Nowe leki, coraz szerzej dostępne, zapewniają większy komfort leczenia (mała liczba powikłań i objawów ubocznych) i mogą być stosowane u tych chorych z depresją i schorzeniami somatycznymi, u których klasyczne leki przeciwdepresyjne są przeciwwskazane. Szereg przesłanek wskazuje, że lata najbliższe przyniosą dalszy postęp w

życia ani myśli samobójczych. Również chorzy w hospicjach ujawniają tendencje samobójcze. U blisko 59% stwierdzono depresję o nasileniu klinicznym, u chorych bez takich tendencji jedynie u 7,7%.

Depresja jako pełny zespół choroby lub jako cecha występuje u większości osób, które odbierają sobie życie (w świetle niektórych badań dotyczy to 90% dokonanych samobójstw). Dysponujemy coraz liczniejszymi przesłankami, które wskazują, że wczesne rozpoznawanie i poprawne leczenie depresji oraz zapobieganie nawrotom choroby może przyczynić się do wydatnego zmniejszenia ryzyka samobójstwa wśród osób dotkniętych zaburzeniami afektywnymi. Są też liczne dane, które dowodzą, że skuteczna pomoc terapeutyczna cho-

farmakologicznym leczeniu depresji. Należy podkreślić, że u znacznego odsetka chorych z depresją nie można ograniczać się do farmakoterapii. U części niezbędna jest pomoc psychoterapeutyczna, która wydatnie wspomaga efekty działania leków przeciwdepresyjnych. Część chorych wymaga również pomocy środowiskowej.

Dużym problemem klinicznym i społecznym są długotrwałe, uporczywe zaburzenia depresyjne, w których leczenie standardowe jest nieskuteczne lub mało efektywne. Chorzy z depresją przewlekłą, zwykle o umiarkowanym nasileniu, jednak często ze zniechęceniem do życia i myślami samobójczymi, stanowią 15-25% populacji osób z zaburzeniami afektywnymi. Są to często osoby w wieku podeszłym. Wbrew rozpowszechn

nionym opiniom (również wśród psychiatrów) o nieuleczalności takich stanów – u części chorych następuje poprawa stanu zdrowia (niekiedy pełna remisja) w wyniku oddziaływań terapeutycznych, poprawy warunków społecznych, u części zaś poprawa lub remisja jest spontaniczna (nawet po kilku latach utrzymywania się depresji).

W wielu krajach (m.in. w Polsce) obecność bezpośredniego zagrożenia życia związana z chorobą psychiczną uzasadnia leczenie bez zgody pacjenta (art. 23 p. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), w przypadku depresji – wskazaniem do takiego postępowania są zagrażające życiu tendencje samobójcze. Przy takiej regulacji prawnej żądanie pozbawienia życia wyrażone przez chorego z depresją (prośba o tzw. samobójstwo w asyście lekarza) uznać należy za nieważne. Również z punktu widzenia klinicznego rozważania nad ważnością takiego żądania (świadoma zgoda) prowadzą donikąd.

Analiza współczesnego stanu wiedzy o przyczynach i rozpowszechnieniu zaburzeń depresyjnych oraz okoliczności towarzyszące podejmowaniu decyzji o tzw. samobójstwie w asyście lekarza uprawniają do następujących wniosków:

- Decyzje osób domagających się pomocy lekarza w pozbawieniu ich życia często wynikają ze szczególnego ich stanu emocjonalnego, który u licznych jest stanem spełniającym kryteria diagnostyczne depresji lub trudnym do różnicowania z depresją.
- Ocena czy oczekiwanie na pomoc lekarza w samobójstwie lub żądanie tej pomocy jest w pełni świadome i „racjonalne”, czy też przejawem zaburzenia depresyjnego jest często trudna lub wręcz niemożliwa.
- Zniechęcenie do życia i pragnienie śmierci nie jest cechą trwałą i u wielu osób przemija.
- W odniesieniu do licznych zaburzeń psychicznych, w tym depresji, pojęcie „nieuleczalności” nie ma zastosowania.
- Przy kwalifikowaniu chorych do omawianej w tym opracowaniu szczególnej formy eutanazji, jaką jest „samobójstwo w asyście lekarza” nawet przy przestrzeganiu „ściślych kryteriów” – istotne znaczenie przypada czynnikom subiektywnym, w szczególności poglądom uczestników konsyliów na temat eutanazji oraz jej dopuszczalności.

KOMPETENCJE PSYCHIATRÓW

W dyskusjach nad miejscem psychiatrii i rolą lekarzy psychiatrów w sprawie legalizacji „samobójstwa w asyście lekarza” nie może być pominięty problem ich kompetencji, a ściślej ich wiedzy i doświadczenia w udzielaniu pomocy osobom nieuleczalnie chorym. Poza nielicznymi wyjątkami (psychiatrzy działający w hospicjach, stali konsultanci oddziałów onkologicznych), nader rzadko stykają się oni z nieuleczalnie chorymi, z osobami w stanach terminalnych. Kompetencje większości są ograniczone, ekspertyzy w sprawie życzeń nieuleczalnie chorych często odzwierciedlają poglądy ekspertów, nie zaś faktyczny stan kliniczny pacjentów. W odniesieniu do niektórych uczestników dramatycznego procesu uśmiercania „zgodnie z prawem” należy brać pod uwagę szczególny rodzaj „infekcji psychicznej” w postaci opisywanego przez suicydologów zjawiska przejmowania przez udzielających pomocy osobom zagrożonym samobójstwem ich „suicydalnego obrazu myślenia o rzeczywistości”, w którym dominuje pesymizm i poczucie beznadziejności.

KRYZYS MEDYCyny

LEGALIZACJA EUTANAZJI PRZEJAWEM KRYZYSU WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny

Lektura coraz obszerniejszego piśmiennictwa i wypowiedzi prasowych dotyczących eutanazji i tzw. samobójstwa w asyście lekarza skłania do smutnej refleksji, mianowicie większość zabierających głos w tej dramatycznej sprawie przedstawia swoje poglądy i argumenty natury filozoficznej, etycznej, prawnej. Do wyjątków należą publikacje, w których podejmowany jest problem pomocy nieuleczalnie chorym w końcowej fazie ich życia. Jeszcze mniejsza jest liczba badań dotyczących leczenia zaburzeń depresyjnych u nieuleczalnie chorych. Sądzę, że eutanazja, której szczególną formą jest tzw. samobójstwo w asyście (ściślej – przy udziale) lekarza jest przejawem kryzysu współczesnej medycyny i polityki spo-



łecznej w rozwiniętych krajach świata. Podsumowując:

- Kryzys medycyny wynika z bezradności w udzielaniu pomocy ludziom, którzy dzięki postępom wiedzy medycznej żyją dłużej niż dawniej. Wdrażaniu nowych, efektywnych metod terapii nie towarzyszy adekwatny rozwój medycyny paliatywnej, systemu pomocy chorym w stanach terminalnych.
- Wzrastające koszty świadczeń zdrowotnych ograniczają możliwość szerokiego ich udostępniania potrzebującym, dotyczy to zwłaszcza drogich metod terapii, które są dostępne wybranym grupom ludności z wyraźną dyskryminacją osób w wieku podeszłym oraz chorych nieuleczalnie.
- Eutanazja jest przejawem kryzysu rodziny, dla której opieka nad nieuleczalnie lub przewlekle chorym ojcem lub matką, współmałżonkiem lub dzieckiem jest „nadmiernym obciążeniem” psychicznym lub materialnym.

Dopuszczalność eutanazji, w tym „samobójstwa w asyście lekarza” narusza podstawowe standardy postępowania lekarskiego: zasadę ochrony życia, zasadę zaufania w relacji pacjent – lekarz, zaciera granicę pomiędzy leczeniem i zabijaniem. Sądzę, że lekarz, zwłaszcza psychiatra, ma prawo i obowiązek odmowy udziału w jakimkolwiek etapie działań zmierzających do uśmiercania chorych.

(Autor jest prof. – kierownikiem II Kliniki Psychiatrii w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie).



Marek Hermanowicz

Lekarz pod wpływem alkoholu

Jeden z młodych adeptów sztuki Hipokratesa zapytał mnie coż winien czynić lekarz znajdujący się pod wpływem alkoholu (oczywiście po pracy) w sytuacji, kiedy konieczne jest udzielenie pomocy medycznej np. ofierze wypadku i nie można liczyć na szybką interwencję pogotowia ratunkowego.

Niniejsze rozważania należy rozpocząć od wskazania treści art. 162 KK, określającego przestępstwo nieudzielenia pomocy.

Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.

Paragraf 2 tego przepisu łagodzi rygorizm poprzez stwierdzenie, że:

(...) nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej.

Odpowiedzialność lekarza w przypadku udzielenia pomocy lub jej braku, będzie zależała od wielu czynników charakteryzujących konkretną sytuację.

Jeśli odurzenie alkoholowe lekarza wskazuje tak wysoki stopień intensywności, że nie może ocenić sytuacji i pokierować swoim postępowaniem, to wówczas, zgodnie z art. 31 § 1 KK, nie popełnia on przestępstwa z art. 162 KK (nieudzielenie pomocy) odstępując od udzielenia pomocy medycznej.

Z powodu swojej niepoczytalności, lekarz nie poniesie również odpowiedzialności za ewentualne negatywne następstwa udzielenia pomocy, jeśli jej udzielenia się podjął.

Mamy tu do czynienia z tzw. niezawinionym wprowadzeniem się w stan odurzenia. Lekarz w czasie, w którym wprawił się w stan odurzenia był po pracy i nie przewidywał możliwości podjęcia zachowania wymagającego daleko idącej trzeźwości umysłu. Wyłączył u siebie poczytalność w okresie, w którym nie wykonywał lub nie miał wykonywać czynności leczniczych związanych z jego zawodem (*Kodeks karny część ogólna – Komentarz pod red. G. Rejman, Warszawa 1999 r., s. 832*).

Ustalenie niepoczytalności w czasie czynu jest dokonywane w oparciu o opinię biegłych psychiatrów. Stopień upojenia alkoholowego oraz jego wpływ na osobę bada się i ocenia dla każdego przypadku z osobna, uwzględniając jego specyfikę.

Nadto niepoczytalność ustala się w ścisłym nawiązaniu do konkretnego czynu. Może być tak, że w tym samym czasie sprawca zachowa poczytalność w relacji do jednego czynu, będzie zaś jej pozbawiony w stosunku do innego (*Kodeks karny. Komentarz pod red. O. Górnik, Warszawa 2006 r., s. 100*).

W sytuacji, kiedy poczytalność lekarza jest ograniczona w nieznacznym stopniu (z powodu spożycia niewielkiej ilości alkoholu) i nie podejmie on próby udzielenia pomocy, może wówczas narazić się na zarzut popełnienia przestępstwa nieudzielenia pomocy (np. brak próby reanimacji) z art. 162 KK. Samo wezwanie pomocy będzie równoznaczne z jej nieudzieleniem. Pamiętajmy, że przede wszystkim art. 162 KK zabrania bierności, wymaga podjęcia starań, ale nie nakłada obowiązku rzeczywistego uratowania życia czy zdrowia.

Oczywiście prawo wymaga od medyka, jako od profesjonalisty w dziedzinie leczenia, znacznie większego zaangażowania w ratowanie życia niż od laika, natomiast

zakres koniecznej pomocy wyznacza konkretna sytuacja, np. stan lekarza, nie pozwala na przeprowadzenie bardziej złożonej czynności medycznej wymagającej precyzji, bo trzęsą mu się ręce.

Uważam, że lekarz, nie będąc w danej chwili predysponowany do dokonania bardziej skomplikowanego zabiegu, może od niego odstąpić, starając się w inny sposób pomóc ofierze. Moim zdaniem lekarz nie jest zobowiązany do podjęcia skomplikowanych zabiegów medycznych, ze względu na niemożność prawidłowego ich wykonania w takim stanie i okolicznościach. *Imposibulum nulla obligatio* – niemożliwość nie rodzi żadnych powinności, nawet takich, których wymaga prawo karne.

Wydaje się, że w przedstawianej sytuacji mógłby mieć zastosowanie § 2 art. 162 KK, który mówi:

nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu.

Lekarz, ze względu na swój stan, zabiegu takiego dokonać nie jest w mocy.

Nawet, jeśli sąd nie podzieliłby prezentowanych stanowisk, lekarz, decydując się na nieudzielenie pomocy mógłby w sprzyjających okolicznościach liczyć na odstąpienie od wymierzenia kary (art. 59 KK) lub zastosowanie warunkowego umorzenia postępowania karnego (66 § 1 KK).

W razie gdyby pomoc udzielona pod wpływem alkoholu okazała się błędna, odpowiedzialność lekarza za negatywny skutek udzielonej pomocy, w postaci uszczerbku na zdrowiu, może zostać wyłączona na podstawie kontraktu stanu wyższej konieczności – art. 26 § 1 KK. Zgodnie z tym przepisem:

nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimkolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego.

I tak, jeśli pijany lekarz reanimując ofiarę wypadku łamie jej żebra, obojczyk i przebija płuco to nie popełnia przestępstwa, bowiem poświęca on bezpieczeństwo i zdrowie człowieka celem ratowania mu życia.

Lekarz sam powinien ocenić czy jego stan pozwala mu na przedsięwzięcie określonych czynności, i czy zaniechanie ich podjęcia w konkretnych okolicznościach nie spowoduje albo nie zwiększy zagrożenia dla życia lub zdrowia. Lekarzowi nie wolno zapomnieć, że jego podstawowym obowiązkiem jest nieść pomoc i ulgę w cierpieniu, nie bacząc przy tym na konsekwencje, które mogą go dotknąć.

(Autor jest aplikantem adwokackim).

Korespondencja z Bethesdy

Samodyscyplina

„W życiu najlepiej, kiedy jest nam dobrze i źle. Kiedy jest nam tylko dobrze – to niedobrze”.

Ks. J. Twardowski

Tym razem kilka słów o codziennej pracy. Codzienność w tak dużym ośrodku naukowym jakim jest *National Institutes of Health* jest bardzo wymagająca. Chociaż pracę rozpoczynamy i kończymy wedle własnego uznania, to jednak zakres prac do wykonania w danym dniu narzuca rygor. Każdy przecież ma pewien zakres eksperymentów do wykonania, pewien etap wyników do osiągnięcia, temat badawczy do zrealizowania. Najczęściej jest tak, że jeśli tylko jest to możliwe, każdy stara się rozpocząć poszczególne etapy badań jak najwcześniej, aby w następnym dniu zrobić kolejny krok.

Ja mój dzień pracy rozpoczynam najczęściej około dziewiątej rano. Przyjęte jest, że każdy z pracowników na początku dnia spotyka się z kierownikiem zespołu. Moje rozmowy z szefową dotyczą tego co zrobiłam dnia poprzedniego i jaki mam plan na dzisiaj. Spotkania te są bardzo krótkie. Co pewien czas rozmawiamy dłużej, gdyż po uzyskaniu pewnej ilości wyników badań omawia się je z szefem, analizuje, ustala się kolejny kierunek i zakres prac eksperymentalnych.

Po dokładnym teoretycznym omówieniu problemu badawczego prowadzone są dalsze prace w laboratorium. To co mnie zdumiewa, to panująca tu wielka cisza. Słychać tylko szum wirówek, stukanie „timera” odmierzającego czas, dźwięk mieszadełek... Oczywiście co jakiś czas osoby pracujące w zakresie tego samego tematu badawczego zatrzymują się przy sobie, dyskutują, ale po chwili wracają do swoich stanowisk. Bywają dni, kiedy długie godziny pracy spędza się w prawie całkowitym odizolowaniu od świata. Bardzo lubię to skupienie laboratoryjne. Często jest tak, że zanim się spostrzegę jest już późny wieczór i czas wracać do domu.

W ciągu dnia jest czas na lunch. Wychodzimy często do kafeterii, przejść się albo posiedzieć na ławeczce przed laboratorium, szczególnie w takie dni, gdy pogoda jest piękna.

W NIH-u tydzień pracy nie kończy się w piątek. W większości pracownicy przychodzą do laboratorium także w weekendy. W soboty pracuje się krócej. Często jeśli tego wymaga plan eksperymentu trzeba przyjść również w niedzielę.

Kiedy zatem odpoczywam i czy jest czas na „happy hour” całego zespołu? O tym w następnej korespondencji.

Elzbieta Tryniszewska
*National Institutes of Health,
National Cancer Institute
Bethesda, USA*



Edmund Biernacki

OB

Odczyn Biernackiego

We krwi pobranej do antykoagulantu (niekrzepnącej) erytrocyty i inne komórki opadają na dno naczynia. Jest to w głównej mierze spowodowane różnicami w gęstości poszczególnych składowych krwi. Erytrocyty mają gęstość – 1,095 kg/l, leukocyty – 1,060 kg/l, krwinki płytkowe – 1,050 kg/l, osocze – 1,027 kg/l, a krew pełna 1,058 kg/l. Dlatego najszybciej opadają erytrocyty, wolniej leukocyty, a najwolniej krwinki płytkowe. Zwiększenie stężenia globulin i fibrynogenu powoduje przyspieszenie opadania krwinek, natomiast zwiększenie stężenia albumin zwalnia szybkość opadania. Po raz pierwszy zjawisko opadania krwinek zaobserwował i opisał w 1894 roku Edmund Faustyn Biernacki.

Edmund Biernacki urodził się 19 grudnia 1866 roku w Opocznie. Do gimnazjum uczęszczał w Kielcach i Lublinie. Medycynę studiował w Warszawie. Już w czasie studiów prowadził prace eksperymentalne. W 1889 roku otrzymał dyplom lekarza. Wiedzę medyczną pogłębiał za granicą w Heidelbergu u Erba i Kuhnego oraz w Paryżu u Chorcota i Hayema. Po powrocie do Warszawy objął stanowisko ordynatora kliniki diagnostycznej. W 1897 roku został ordynatorem Szpitala Wolskiego. Kilka lat później wyjechał do Lwowa, gdzie nostryfikował dyplom lekarza, uzyskał habilitację (1902) i otrzymał tytuł profesora (1908).

Edward Biernacki zmarł nagle we Lwowie 29 grudnia 1911r. Spoczął na miejscowym cmentarzu.

Praca Biernackiego nad sedymentacją krwi pt. „Badania nad stanem chemicznym krwi w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych”, ogłoszona w roku 1894 w Gazecie Lekarskiej opisuje, jak autor posługując się sedymentacją do oddzielania krwinek od osocza w innych celach, zauważył pewnego dnia, że sama sedymentacja różni się u poszczególnych osób. Bardziej szczegółowe wyniki swoich badań i odpowiednie wnioski opisuje dopiero w 1897 roku w publikacji pt. „Samoistna sedymentacja krwi...”. W 1917 roku podobne wyniki otrzymali niezależnie od siebie Ludwik Hirsfeld i Robin Fahraeus.

Uchwałą Zjazdu Internistów Polskich w Wilnie w 1923 roku zjawisko opadania krwinek czerwonych postanowiono nazwać objawem Biernackiego (OB).

Uchwałą Zjazdu Internistów Polskich w Wilnie w 1923 roku zjawisko opadania krwinek czerwonych postanowiono nazwać objawem Biernackiego (OB).

W publikacjach zagranicznych spotykamy się ze skrótem ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) równoznacznym z OB. Dla możliwości porównywania wyników Międzynarodowy Komitet Standaryzacji w Hematologii (ICSH) wprowadził warunki określające to badanie. Głównym z nich jest przestrzeganie temperatury mieszczącej się w zakresie 18 – 24°C.

Szybkość badania wyraża się w arbitralnych jednostkach oznaczających drogę w mm, jaką erytrocyty przebyły w ciągu 1 godziny (mm/h).

Prawidłowa wartość OB mężczyzn wynosi do 8 mm, kobiet do 12 mm, noworodków do 2 mm, natomiast niemowląt do 6 miesiąca życia od 12 do 17 mm.

Przyspieszone OB towarzyszy ciężkiej niedokrwistości, procesom zapalnym, martwicy tkanek, zakażeniom, urazom, złamaniom kości, stanom pooperacyjnym, hiper-gammaglobulinemii, hipercholesterolemii. OB jest także przyspieszone w gruźlicy, chorobie reumatycznej, zawale mięśnia sercowego, kolagenozach, zespole nerczycowym, kile, wstrząsie, ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych, nowotworach złośliwych, chorobach wątroby, nadczynności i niedoczynności tarczycy, zatruciu łożem i arsenem, szpiczaku mnogim, makroglobulinemii, zespole pokomisuromijnym, po podaniu niektórych leków (morfina, dekstran, metyldopa, kuprenil, witamina A).

OB jest zwolnione w nadkrwistościach samoistnych i wtórnych, krioglobulinemii, przewlekłej niewydolności krążenia, niektórych stanach alergicznych, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej.

Przyspieszone OB jest zawsze symptomem choroby (z wyjątkiem ciąży), a prawidłowe jej nie wyklucza. Odnosi się to m.in. do czerwienicy, niewydolności krążenia, niedokrwistości z niedoboru żelaza. Jest to badanie niespecyficzne, lecz bardzo czułe, umożliwiające różnicowanie chorób organicznych od czynnościowych. Żadna choroba nie może być uznana za czynnościową, jeżeli OB jest przyspieszone (należy rozważyć wówczas wszystkie możliwe przyczyny nieprawidłowego OB). Badanie OB stanowi również czułą próbę śledzenia przebiegu choroby.

Iłona Dzwilewska

(Autorka jest członkiem Studenckiego Koła Naukowego, przy Zakładzie Analizy Instrumentalnej AMB).



Prof.
Józef
Marian
Zalewski
(1926-2000)



Prof. Józef Marian Zalewski

O bciążeni pracą i problemami codziennego życia rzadko wracamy myślami do minionych czasów. Sylwetki ludzi wtedy spotkanych, przykrywa już dziś lekka mgiełka zapomnienia.

Niedługo minie sześć lat od śmierci profesora Józefa Zalewskiego. Mój pierwszy kontakt z nim miał miejsce w czasie ćwiczeń z chirurgii, które odbywałem na V roku w klinice, kierowanej przez profesora Tadeusza Jankowskiego. Profesora Zalewskiego zapamiętałem jako głośno mówiącego mężczyznę. Wciąż widzę go przebiegającego korytarzem, w białej czapeczce zsuniętej na tył głowy. Dochośny głos i energiczne ruchy Profesora tworzyły wokół niego atmosferę surowości. Nie ulega wątpliwości, że Profesor był nauczycielem wymagającym, ale i sprawiedliwym.

W następnych latach, kiedy byłem już lekarzem, miałem z Profesorem częste kontakty zawodowe, ale też i prywatne. Poznałem wtedy jego rodzinę, poglądy na życie i zamiłowania. Wiem, że interesował się historią Polski i II wojny światowej. Lubił Tatry i górską turystykę, ale taką zwykłą przyjemność sprawiał mu uprawianie działki.

Józef Marian Zalewski urodził się 14 marca 1926 roku we wsi Sulimy w powiecie kolneńskim. Szkołę powszechną ukończył w 1939 roku, a maturę uzyskał w 1947 roku, po skończeniu Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego w Grajewie. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplom lekarza uzyskał w 1952 roku. Następnie podjął pracę w I Katedrze i Klinice Chirurgii AM w Białymstoku, kierowanej przez prof. Feliksa Oleńskiego. Kiedy w 1954 roku powstała II Klinika Chirurgiczna, kierowana przez prof. Tadeusza Jankowskiego został w niej asystentem. W tej klinice przeszedł wszystkie stopnie kariery zawodowej i naukowej. Pierwszy stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej uzyskał w 1955 roku, a drugi w 1959. Rozwijając swoje umiejętności zawodowe i naukowe odbył kilka staży zagranicznych w ośrodkach naukowych Wielkiej Brytanii, Szwecji i Danii.

Stopień doktora medycyny otrzymał w 1961 roku na podstawie rozprawy pt. „Leczenie ropniaków opłucnej w świetle badań czynnościowych narządu oddechowego”. Natomiast tytuł doktora habilitowanego uzyskał w 1967

roku na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt. „Dotętnicza chemioterapia nieoperacyjnych raków płuc, pęcherza moczowego i wątroby z jednoczasowym stosowaniem z dala kierowanych zacisków naczyniowych”. Głównymi zainteresowaniami Profesora były diagnostyka i chirurgiczne leczenie, przede wszystkim, chorób płuc i opłucnej, żołądka i dwunastnicy, wątroby i dróg żółciowych oraz trzustki. Dzięki niemu dziś klinika posiada duże doświadczenie w leczeniu martwiczego zapalenia i ropni trzustki metodą „otwartego brzucha”. Efektem tych zainteresowań było ogłoszenie 157 publikacji, których był autorem lub współautorem.

Po śmierci profesora Tadeusza Jankowskiego w 1968 roku doc. Zalewski został kierownikiem II Kliniki Chirurgii Ogólnej. Kiedy w 1970 roku powołany został Instytut Chirurgii zaproponowano mu w nim stanowisko dyrektora. Funkcję tę pełnił do chwili rozwiązania Instytutu w 1981 roku. Do momentu przejścia na emeryturę kierował tą samą kliniką, która w tym czasie przyjęła nazwę Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej. W 1977 roku otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1987 profesora zwyczajnego.

Był promotorem 10 prac doktorskich i opiekunem 2 przewodów habilitacyjnych.

Profesor przyjmował także pacjentów w poradniach. W latach 1952-1957 pracował w Poradni Chirurgicznej i Urologicznej, a od 1958 do 2000 roku w Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej.

Natomiast w latach 1968-1974 był konsultantem wojewódzkim do spraw chirurgii ogólnej w województwie białostockim, a w latach 1975-1982 konsultantem regionalnym w czterech województwach: białostockim, łomżyńskim, suwalskim i olsztyńskim. Dzielił się swoją wiedzą i ogromnym doświadczeniem ze wszystkimi, którzy potrzebowali pomocy. Czasami pod maską rubasznosci skrywał oblicze człowieka bardzo wrażliwego na ludzką niedolę i cierpienie. Uwidaczniało się to w jego pracy lekarskiej i poza nią.

W latach 1976-1992 Profesor był członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich, a w latach 1984-1992 członkiem Kolegium Redakcyjnego Polskiego Przeglądu Chirurgicznego. Był członkiem szeregu Towarzystw Naukowych, między innymi: Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, Polskiego Towarzystwa Żywności i Dojelitowego oraz International Society of Surgery.

Wyrazem uznania za całokształt jego pracy jako nauczyciela akademickiego i chirurga oraz budzącą szacunek postawę ogólnoludzką było odznaczenie Profesora Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, odznakami: Zasłużony Lekarz i Zasłużony Nauczyciel.

Profesor zmarł 27 marca 2000 roku.

Żegnałem Profesora z ogromnym smutkiem jako były student, kolega i kierownik Kliniki, którą On wcześniej kierował.

Zdzisław Piotrowski

(Autor jest prof. dr. hab. – emerytowanym kierownikiem II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej AMB).



Podlaskie Dni Chirurgiczne



W malowniczej scenerii Białowieży, od 10 do 12 lutego bieżącego roku, odbywały się I Podlaskie Dni Chirurgiczne, zorganizowane przez II Klinikę Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej AMB.



Konferencja pod patronatem JM. Rektora AMB prof. dr. hab. med. Jana Górskiego oraz Marszałka Województwa Janusza Krzyżewskiego była poświęcona interdyscyplinarne- mu leczeniu ostrego zapalenia trzustki. Obrady toczyły się w nowoczesnej sali konferencyjnej Białowieskiego Parku Narodowego. W Konferencji wzięło udział prawie 200 lekarzy różnych specjalności. Wśród nich było 20 wybitnych ekspertów z takich ośrodków akademickich jak: Warszawa, Lublin, Kraków, Katowice oraz Wrocław. Dominowali oczywiście chirurdzy, ale dużą grupę stanowili gastrologzy, anestezjolodzy oraz radiolodzy. W codziennej praktyce lekarskiej ci specjaliści tworzą interdyscyplinarne zespoły lecznicze. Ze względu na nowatorską formułę organizacyjną sympozjum, zamieniającą klasyczne sesje referatowe na system moderowanych debat tematycznych, przebieg spotkania był bardzo burzliwy, ale i pozbawiony nudy. Swoje doświadczenia, doniesienia kazuistyczne czy niepowodzenia w lecze-

niu prezentowali nie tylko eksperci, ale również uczestnicy obecni na sali obrad. Debaty były bogato ilustrowane prezentacjami multimedialnymi przedoperacyjnych badań obrazowych, zestawionych z obrazami oraz filmami śródoperacyjnymi oraz filmami z wykonywanych procedur.

Z perspektywy można ocenić, że były to rzeczywiście Pierwsze Dni Chirurgiczne nie tylko na Podlasiu, ale również i w Polsce.

Organizatorom dopisała pogoda, dzięki której kulig po puszczy, z pochodniami, zakończony ogniskiem przy pełni księżyca, wywarł niezapomniane wrażenia na uczestnikach spoza Podlasia. Jedynym niedostatkim sympozjum był brak utytułowanych chirurgów z Białegostoku, którzy pomimo zaproszenia nie zaprezentowali swoich doświadczeń na forum sympozjum. Żałujemy i już dzisiaj zapraszamy wszystkich zainteresowanych na II Podlaskie Dni Chirurgiczne. Tematem wiodącym w następnym roku będzie rak jelita grubego.

Bogusław Kędra

*(Autor jest dr. hab. – kierownikiem
II Kliniki Chirurgii Ogólnej
i Gastroenterologicznej AMB).*



V Międzynarodowe Warsztaty Kardiologiczne „Wschód-Zachód”

odbędą się

8 kwietnia 2006 (sobota), godz. 9.00
Opera i Filharmonia Podlaska,
Białystok, ul. Podleśna 2

w programie między innymi:

- **Wykład inauguracyjny**
„Kardiologia XXI wieku
– stan obecny i perspektywy”
– prof. G. Opolski (Warszawa)
- **Sesja I**
„Wysiłek a serce”
– prof. J. Górski (Białystok),
prof. R. Piotrowicz (Warszawa)
- **Sesja II**
„Nowości w leczeniu nadciśnienia tętniczego”
– prof. W. Januszewicz,
dr J. Prejbisz (Warszawa)
- **Sesja III**
„Blaski i cienie intensywnego leczenia
przeciwpyłtkowego i przeciwkrzepliwego”
– prof. G. Opolski,
doc K. Filipiak (Warszawa),
prof. A. Dąbrowski,
prof. J. Kłoczko, (Białystok)
- **Sesja IV**
„Pytania do specjalisty”
prowadząca doc. B. Sobkowicz (Białystok)

uczestnicy – adiunkci Kliniki Kardiologii,
Zakładu Kardiologii Inwazyjnej,
Kliniki Endokrynologii i Diabetologii
oraz Nefrologii.

Organizatorzy

Klinika Kardiologii AMB,
Stowarzyszenie Przyjaciół Serca

ul. M.C. Skłodowskiej 24A
15-276 Białystok
tel/fax (085) 7468656 / 7468604
e-mail: musialwj@poczta.onet.pl

Uczestnicy Warsztatów otrzymają
punkty edukacyjne PTK i TIP.

Prof. W. J. Musiał
Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego

Nefro- kardiologia

Drugie sympozjum szkoleniowo-naukowe „Nefrokardiologia” zbiegło się z 25-leciem Kliniki Nefrologii i Transplantologii AMB. Odbywało się od 10 do 12 grudnia 2005 roku w Białowieży. Patronat honorowy objął JM. Rektor AMB prof. dr hab. Jan Górski.



W sympozjum uczestniczyło prawie 250 osób, w tym 42 profesorów i docentów, głównie nefrologów i kardiologów. Wśród nich byli obecni konsultanci krajowi ds. nefrologii (prof. B Rutkowski) i ds. kardiologii (prof. G. Opolski), a także prezes Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (prof. A. Januszewicz). Wygłoszono 22 wykłady w których omówiono problemy diagnostyki i leczenia choroby wieńcowej, zaburzeń rytmu serca i zastoinowej niewydolności serca w przewlekłej niewydolności nerek. Omówiono postępy w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Jednym z wykładowców był prof. F. Kokot, doktor honoris causa naszej Almae Matris. Warto podkreślić, że przyjazna atmosfera sprzyjała szerokiej swobodnej dyskusji, często nawet ostrej. Chcemy by takie polemiki były ważnym elementem i siłą organizowanych przez nas corocznych konferencji, dotyczących problemów kardiologicznych w nefrologii.

Prof. W. J. Musiał

Translokacje chromosomowe

II Ogólnopolska Konferencja

Translokacje chromosomowe są stosunkowo częstymi przegrupowaniami materiału genetycznego i choć znane od wielu lat, nadal kryją wiele tajemnic.

Ponieważ tytuł wydaje się być dla laików bardzo specjalistyczny więc parę słów wyjaśnienia.

Łańcuchy DNA – nośniki informacji genetycznej są nawinięte na dyski białkowe, jak nici na szpulach. Ta struktura nazywa się chromatyną. W tym czasie, w którym DNA jest dostępny maszynierii odczytującej kod genetyczny chromatyna jest rozluźniona, natomiast, gdy dany gen nie musi przekazywać swej informacji chromatyna się zacieśnia i DNA nie jest dostępny do odczytu. Ochrona dostępności do odczytu DNA jest szczególnie zaznaczona podczas cyklu komórkowego. Zaabsorbowanie tym zadaniem narzuca blokowanie innych. Wtedy chromatyna jest najbardziej skondensowana. Przyjmuje ona kształt chromosomu, wygodnej paczki do przesyłania ważnych wiadomości, kształt obłej kielbaski zawieszanej na nitce czy raczej robaczka na wędce. Takich paczek jest zawsze 23 pary. Każda zawiera zawsze

w tym samym miejscu centromer – swoistą zawieszkę, od której odchodzi nitka wrzecionka kariokinetycznego wraz z adresem, wskazaniem kierunku przesuwu przesyłki. Zastanawiające jest, dlaczego ten sam odcinek chromatyny zawsze przyjmuje ten sam kształt. Oglądając spakowaną chromatynę w stadium metafazy cyklu komórkowego w warunkach prawidłowych zawsze widzimy taki sam obraz: 23 pary chromosomów homologicznych. Aby im się lepiej przyrzyć zatrzymujemy taśmę, kiedy wszystkie chromosomy znajdują się w płaszczyźnie równikowej. Zatrzymujemy je, kiedy są tuż przed podróżą w

kierunku przeciwnych biegunów. Wprowadzając kolchicynę do hodowli komórkowej przecinamy nitki wrzecionka. Ruch zostaje wstrzymany. Paczki skondensowanej chromatyny – chromosomy możemy poddać działaniu trypsyny, później zabarwić odczynnikami Giemzy i oglądać pod mikroskopem chromosomy wyprężone w poprzeczne paski, ustawiając je według obowiązujących norm, a następnie określać kariotyp. Chromosomy po wymianie segmentów w wyniku translokacji różnią się wielkością, położeniem centromeru i wzorem porzecznych prążków. Jeden jest za



Fot. Prof. Vaidutis Kučinskas z Wilna z prof. Aliną T. Midro.

mały, drugi o tyle samo za duży. Partnerskie chromosomy mają potem kłopoty w mejozie, kiedy trzeba tworzyć biwalent do przeprowadzenia rekombinacji. Zamiast biwalentu powstaje kwadriwalent z czterech koniugujących chromosomów. Kiedy się rozdzielają, by przejść do komórki potomnej powstaje dylemat, kto z kim i jak? W konsekwencji odbywa się to za pomocą różnych scenariuszy. Gamety po rozdzieleniu naprzemiennym chromosomów z kwadriwalentu zachowują zrównoważoną formę materiału genetycznego. Rozdzielone chromosomy sąsiadki (przyległe) prowadzą zaś do niezrównoważenia ge-

netycznego a w konsekwencji po zapłodnieniu do wad rozwojowych i ograniczonej przeżywalności embriionów, płodów czy noworodków z niezrównoważoną translokacją chromosomową. W rodzinach z translokacjami chromosomowymi dlatego nierzadko obserwujemy zwiększoną częstość poronień samoistnych i wad rozwojowych u potomstwa. Efekt kliniczny niezrównoważenia kariotypu wyznaczony przez rodzaj genów pozostających w nadmiarze lub w niedoborze zmienia się od translokacji do translokacji chromosomowej. Nakładają się na to jeszcze inne uwarunkowania jak rodzaj genów położonych w punktach załamania, zaburzenia ich ekspresji wskutek zmiany położenia wobec własnych czynników regulacyjnych i powstawania nowych właściwości wskutek fuzji molekularnych z innymi odcinkami DNA. Konsekwencją mechanizmów naprawczych niezrównoważenia może być zaburzenie wynikające z tworzenia disomii jednorodzielskiej genów podlegających piętnowaniu, czyli takich o których wiemy, że ich efekt zależy od tego po kim odziedziczyliśmy dany gen; po mamie czy po tacie? Oglądając chromosomy zaglądamy do struktur zawierających instrukcje o naszym wyglądzie, kierunku rozwoju, czasami o chorobach. W niektórych chromosomach można dojrzeć zagrożenie dla naszych dzieci bądź wnuków. Translokacje chromosomowe powstające w wyniku wymiany segmentów chromosomowych pomiędzy chromosomami niehomologicznymi mogą właśnie powodować takiego typu zagrożenia.

Chociaż diagnostyka translokacji chromosomowych była możliwa od lat 70-tych ubiegłego wieku, to dzisiaj do ich identyfikacji używa się już szereg nowych technik biologii molekularnej, co umożliwia poznanie zaburzenia na poziomie ekspresji genów i ich regulacji. W rutynowej diagnostyce cytogenetycznej nadal obowiązuje tzw. złoty standard diagnostyczny wykorzystujący wzór poprzecz- ➔

w praktyce klinicznej w Białymstoku

nych prążków do identyfikacji poszczególnych chromosomów, a w stanach patologicznych do wykrywania ich rearanżacji. Określa się wielkość przegrupowania i jego zawartość poprzez precyzyjną identyfikację położenia punktów złamania. Znanych jest około 400 schorzeń z patologią chromosomów, które można zidentyfikować za pomocą technik klasycznych. Ich lista stale się wydłuża wraz z rozwojem cytogenetyki molekularnej z zastosowaniem np. technik fluorescencji *in situ* czy mikromacierzy do hybrydyzacji genomowej CGH (CGH – *ang.* Comparative Genomic Hybridization). Zarówno diagnostyka kliniczna licznych zespołów, choć rzadko powtarzających się w różnych rodzi-

nach, jak i ich weryfikacja na poziomie chromosomowym może stanowić wielkie wyzwanie. Z tego względu każda demonstracja nowych przypadków jest zdobywaniem nowego doświadczenia klinicznego a zarazem dalszego poznawania naszego genomu.

Jakie trudności diagnostyczne można napotkać opowiadały prof. Ewa Bocian z Instytutu Matki i Dziecka z Warszawy i jej asystentka Beata Nowakowska. Dowiedzieliśmy się o zawiłościach metodycznych metody porównawczej hybrydyzacji genomowej, którą Profesor poznała podczas niedawnego pobytu w Houston. Profesor Olga Haus z Wrocławia przedstawiła nam badania na 3000 pacjentów z hematologią wyszukując powtarzalne aberracje nabyte, związane z procesem nowotworowym, a jej asystentka dr Magda Pasińska z Bydgoszczy omówiła liczne rodziny z unikatowymi aberracjami chromosomowymi, które prowadzą do poronień samoistnych. Profesor Maciej Kurpisz z Poznania powtarzając nam raport, który wcześniej demonstrował w Lon-

dynie zaskoczył nas wiadomością o ogromnej liczbie dzieci z niską masą ciała, urodzonych w wyniku zastosowania metod zapłodnienia pozaustrojowego. Doktor Ewa Wiland z Poznania przedstawiła bardzo ciekawe



Fot. Prof. Alina Midro i prof. Janusz Kłoczko.

wyniki badania chromosomów plemnikowych u mężczyzn z ograniczoną płodnością. Podane przez nią hasło „kto się zajmuje translokacjami musi często rozmawiać z pacjentami” nawiązywało do wyzwań poradnictwa genetycznego tej grupy pacjentów. W pracy poradni genetycznej ważne jest nie tylko rozpoznanie kliniczne zmiany genetycznej i jego weryfikacja na poziomie chromosomów czy genomu, ale także określenie prawdopodobieństwa wystąpienia różnych patologii u kolejnego potomstwa. Służy temu analiza rodowodowa, a jej prawidłowe opracowanie wymaga dokładności w zbieraniu danych empirycznych. Każda translokacja zazwyczaj jest unikatowa pod względem rodzaju zaangażowanego chromosomu i położenia punktu złamania, wyznaczającego wielkość przegrupowanych segmentów. Jedynie przez dobrą współpracę wieloosrodkową na poziomie kraju i Europy można pokonać problem niskiej powtarzalności poszczególnych zmian genetycznych.

Bardzo miło było gościć pana

profesora Vaidutisa Kucinskasa z Wilna, dyrektora Human Genetic Center Vilnius University z Litwy, z którym już od 10 lat opracowujemy rodzinne translokacje chromosomowe. Podobnie przed dwoma laty gościliśmy prof.

Gesę Schwanitz rozporządzając owocną współpracę z Instytutem Genetyki Człowieka Uniwersytetu w Bonn (Institute of Human Genetics, University of Bonn). Po dwóch latach tej współpracy mogliśmy teraz zreferować wyniki największej na świecie kolekcji rodowodów jednorodnej grupy translokacji Robertsonowskich t(13;14) i przedstawić wyniki, które niebawem będą przedmiotem też pracy doktor- skiej naszej studentki Studium Doktoranckiego mgr

Anny Jelskiej. Nie sposób omówić pełnej tematyki konferencji i referatów kolegów z Łodzi, Szczecina czy Katowic. Ważne jest to, że można było się spotkać, wymienić doświadczenia kliniczne i cytogenetyczne, nawiązać nowe przyjaźnie, utrwalić stare i podziwiać wspólnie naszą niezwykłą urody nadbiebrzańską przyrodę. Sympatycznie było posiedzieć przy ognisku, posmakować specjałów kuchni staropolskiej gospodarzy w Chojnowie. To przechodzi już do tradycji tych naszych spotkań.

Przed konferencją zorganizowaliśmy dwudniowy kurs dla lekarzy specjalizujących się w genetyce klinicznej: **Cytogenetyka w praktyce klinicznej**. Byłam dumna, kiedy czytałam wspaniałe podziękowania i entuzjastyczne ciepłe słowa o naszym kursie. Mój zespół współpracowników wywiązał się z tego zadania na piątkę z plusem. Już mamy kolejne zgłoszenia i zapotrzebowanie na kolejne szkolenia.

Alina T. Midro

(Autorka jest prof. – kierownikiem Zakładu Genetyki AMB).

Dlaczego świat stracił Andy'ego Warhola

czyli rzecz o... zapaleniu wyrostka robaczkowego



Fot. Andy Warhol.

Andy Warhol, amerykański malarz słowackiego pochodzenia, wybitny przedstawiciel popartu, zmarł 22 lutego 1987 roku w jednej z nowojorskich klinik chirurgicznych, w wieku zaledwie 59 lat. Zmarł przedwcześnie i, co śmiało można powiedzieć, niepotrzebnie. Świat pozbawiony został nieprzeciętnie utalentowanego artysty, no a sam Warhol – potencjalnie wielu jeszcze lat twórczego życia. Przyczyną jego śmierci nie był zawał serca ani zaważona choroba nowotworowa,

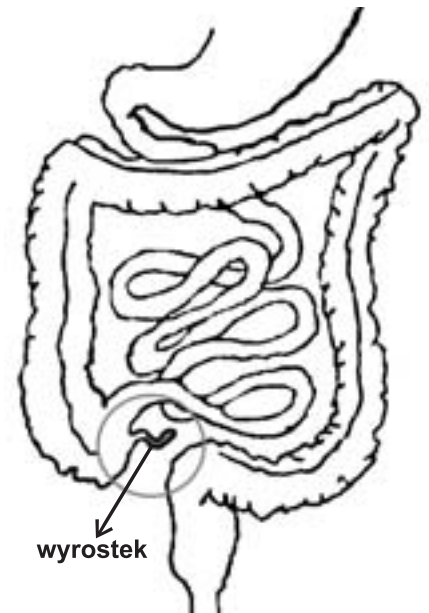
ani żadna inna z tych chorób, przed którymi medycyna od lat rozkłada ręce. Tą przyczyną było zapalenie wyrostka robaczkowego – przypadłość dotycząca małego narządu, nazywanego pieszczotliwie „resztkowym”, spotykanego, oprócz człowieka i małp, tylko u nielicznych pozostałych gatunków.

ROZPOZNANIE NIBY PROSTE

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego to dla chirurgów „chleb powszedni”. W sprzyjających warunkach wycięcie wyrostka może zająć nie więcej niż kilkanaście minut, dlatego sam zabieg często uważa się za „prosty i przyjemny”. Traktuje się go często jako dobrą okazję do szkolenia młodych adeptów sztuki chirurgicznej. Przegląd piśmiennictwa fachowego z ostatnich lat, zwłaszcza zagranicznego, czyni rysę na tym idealnym obrazie. Okazuje się, że ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest jedną z nielicznych lub wręcz jedyną chorobą, w przypadku której lekarze od wielu lat niezmiennie, zadowalają się błędem w rozpoznaniu rzędu od 10 do 40%. Odsetek ten dotyczy rozpoznań zapalenia wyrostka u pacjentów, u których rzeczywista przyczyna dolegliwości jest inna. Błędne rozpoznania powodują niepotrzebne wycięcia wyrostków niezmiennych patologicznie, albo odkrycie innej, często w ogóle niewymagającej zabiegu operacyjnego choroby. Tymczasem sama operacja stanowi ryzyko dla pacjenta. Wiąże się z możliwością powikłań wczesnych (najczęstszym jest zakażenie rany) i późnych (zrosty powstałe jako skutek każdej manipulacji w jamie brzusznej mogą prowadzić do niedrożności przewodu pokarmowego, a u kobiet ponadto do mechanicznej niepłodności).

Nie tylko rozpoznanie na wyrost, ale także nierozpoznanie zapalenia tam gdzie ono faktycznie jest, łączyć się może z poważnymi następstwami. Zapalenie wyrostka ewoluuje, aż wreszcie zmieniony zgorzelinowo, ulega on perforacji, która albo prowadzi do zapalenia otrzewnej, albo do powstania ropnia. Czasami częściową winę za stratę czasu ponosi pacjent. Według niektórych źródeł, mogło to mieć miejsce również w przypadku Andy'ego Warhola, który po nieudanym zamachu na jego życie w 1968 r. (dokonanym przez Valerie Solanis,

jego była pracownicę) i długiej hospitalizacji nienawidził szpitali. Jest więc prawdopodobne, że zwlekał z szukaniem tam pomocy. Takie opóźnienie, czego przykłady nietrudno znaleźć nawet w doświadczonych klinikach chirurgicznych, może mieć dramatyczne następstwa. Rozlane zapalenie otrzewnej jest śmiertelnym zagrożeniem nawet dla młodego, nieobciążonego innymi chorobami organizmu.



Fot. Wyrostek robaczkowy.

CZASAMI JEST ZA PÓŹNO

U dzieci do 5 r.ż. zapalenie wyrostka występuje najrzadziej. Jako że za przyczynę zapalenia uważa się zamknięcie światła wyrostka (przez obrzęk tkanki chłonnej, kamień kałowy czy np. częste u dzieci – owsiki), fakt, że jest ono szerokie w tym właśnie wieku, ma odpowiadać za zmniejszoną częstość zapaleń. Niemniej jednak, u małych pacjentów brak jest w pełni wykształconego jednego z mechanizmów obronnych spotykanych u dorosłych. Mowa tu o tzw. sieci większej, strukturze anatomicznej obecnej w jamie brzusznej, którą obrazowo porównać można do dużej chusty. Ma ona zdolność otaczania ogniska zapalnego (np. wyrostka, przedziurawionego wrzodu żołądka) i w ten sposób hamuje rozprzestrzenianie się zakażenia. Stąd jej przydomek – „strażnik jamy brzusznej”. U dzieci mechanizm ten nie działa jeszcze w pełni, a więc w razie perforacji wyrostka szybciej dochodzi do rozlanego zapalenia otrzewnej.

Wraz z wiekiem w organizmie →

człowieka postępuje zanik wielu narządów. Zjawisko to nie omija również wyrostka robaczkowego. To, że u osób starszych jest w jego ścianie znacznie mniej tkanki chłonnej sprawia, że zapalenie wyrostka nie jest częstą przypadłością. Z drugiej jednak strony – gdy już się zdarzy – cieniutka ściana narządu łatwo ulega przedziurawieniu. W przypadku ponad 20% osób po 70 r.ż. z przedziurawionym wyrostkiem i zapaleniem otrzewnej dochodzi do zgonu.

W najgorszej sytuacji jest trzecia grupa chorych – kobiety w ciąży. Wyrostek schowany głęboko w jamie brzusznej, przesunięty przez powiększoną macicę, daje o sobie znać późno. Rozpulchnienie tkanek zaś powoduje, że zapalenie ma piorunujący przebieg. Fizjologicznie wysoka u ciężarnych leukocytoza bynajmniej nie ułatwia lekarzowi rozpoznania, a śmiertelność w takich sytuacjach wynosi 30-70% ! Fakty te sprawiają, że na świecie poszukuje się intensywnie metod poprawiających skuteczność diagnostyczną.

ULUBIONY TEMAT... PIENIĄDZE

Zwróćmy także uwagę na jeden z ulubionych tematów A. Warhola, będący przedmiotem kilkudziesięciu jego prac, czyli... pieniądze. Jeśli rocznie wycina się w Polsce 20 tys. wyrostków, to, zakładając że 10-40% operacji jest niepotrzebnych, oznacza to 2-8 tys. zbędnych zabiegów. Narodowy Fundusz Zdrowia, wyceniający taką operację na 165 punktów, zapłaci za każdą ok. 1815 zł. Pomijając wszelkie koszty dodatkowe – wynikłe z powikłań, leczenia przeciwbólowego, nie wspominając również o kosztach absencji w pracy. Z drugiej strony, kosztowne jest także zbyt późne rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka – w przypadkach powikłanych zapaleniem otrzewnej – 450 punktów (ok. 4950 zł).

KONKLUZJA

Wiele klasycznych, cytowanych wciąż w podręcznikach chirurgii, metod rozpoznawania zapalenia wyrostka nie przystaje już do obecnych czasów. Poziom leukocytów może nie przekraczać normy aż u 80% chorych z zapaleniem prostym (a.simplex), a co gorsza – nawet u 27% chorych z zapaleniem zgorzelinowym (związanym z największym ryzykiem perforacji).

Punkt McBurneya i jego okolicą w promieniu 5 cm okazuje się odpowiadać położeniu wyrostka tak naprawdę zaledwie u 35% pacjentów. W pozostałych przypadkach jego podstawa rzutuje się znacznie poniżej i przyśrodkowo od tego punktu.

Nie wiemy, czy znana większości studentom medycyny pentalogia Murphy'ego (obydwaj lekarze – Murphy i McBurney – to pionierzy chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego), czyli kolejno pojawiające się po sobie: ból w śródrzuciu, nudności, wymioty, miejscowa bolesność uciskowa, gorączka, leukocytoza, w klasycznym składzie i kolejności wystąpiła u cierpiącego twórcy „puszek z zupą Campbell'a”. Pozostaje ona wciąż prawdziwa co do samych objawów, ale rzadko obserwowana jest właśnie taka sekwencja ich pojawiania się. Nierzadko również zwyczajnie trudno jest ją potwierdzić w wywiadzie z chorym.



Przeгляд piśmiennictwa uświadamia, że wypróbowano już chyba niemalże każdą metodę zarówno badań biochemicznych jak i obrazowych, szukając prostego, łatwego do zastosowania złotego środka. Efektem tych poszukiwań jest konkluzja, że jednego dobrego rozwiązania nie ma. Najlepsza, obok krytycznej oceny klinicznej, jest łączna analiza CRP i leukocytozy.

Warhol nie doczekał czasów, w

których w jego nowej ojczyźnie – USA – na szeroką skalę stosuje się tomografię komputerową w diagnostyce zapalenia wyrostka. Koszt jednej doby hospitalizacji jest tam, inaczej niż w Polsce, zbliżony lub wyższy niż koszt tego badania. Prosty rachunek mówi, że w razie wątpliwości jest to rozwiązanie tańsze niż zatrzymywanie pacjenta w szpitalu w celu obserwacji. Takie zastosowanie TK ma jednak również wielu przeciwników. Dawka promieniowania rzędu 100 mSv, jaką otrzymuje chory w czasie badania jamy brzusznej, 100x przewyższa dawkę otrzymywaną w czasie zdjęcia RTG klatki piersiowej. To istotna wada. Zwłaszcza, że pacjentami, u których wątpliwości diagnostycznych jest najwięcej, są kobiety w wieku rozrodczym. Mnogość „przyczyn ginekologicznych” imitujących objawami OZWR leży u podstaw częstych pomyłek. Torbiel jajnika jest główną przyczyną fałszywie dodatnich rozpoznań u kobiet (u mężczyzn – zapalenie węzłów chłonnych krezki).

W wielu ośrodkach od lat stosuje się skalę diagnostyczne, w których każdemu objawowi przypisuje się określoną „wartość punktową”. Końcowy wynik mówi, jakie jest rzeczywiste prawdopodobieństwo obecności zapalenia wyrostka u danego chorego. Najbardziej znaną jest tzw. skala Alvarado. Okazuje się, że wartość tego rodzaju narzędzia polega również na tym, że lekarze bardziej skrupulatnie zbierają informacje od chorego. Wśród nich istotne okazują się być, niedoceniane przez lata, dane o długości trwania bólu przed zgłoszeniem do szpitala i obecności zjawiska jego przemieszczania się ze śródrzucia do prawego dołu biodrowego, charakterystycznego dla OZWR.

Poszukiwania nie ustają i miejmy nadzieję, że dostrzeżony na świecie problem doczeka się wreszcie satysfakcjonującego rozwiązania, a o zgonach wskutek powikłań zapalenia tego małego, resztkowego narządu czy niepotrzebnych, narażających zdrowie pacjentów i budżet państwa zabiegach, słyszeć będziemy rzadziej.

Niech wreszcie z niepotrzebnej śmierci wielkiego artysty choć taki będzie pożytek, że uświadomi nam ona rangę zagrożenia.

Maciej Białas

(Lekarz stażysta z Łodzi).

Nie było żartów

*Runą i spłoną w łunach pożarów
Krzyże kościołów, krzyże ofiarne.
I bezpowrotnie zginie na szlaku
Orzeł piastowski, godło Polaków
Na ziemskim globie flagi czerwone
Będą na wichrach grały jak dzwony.
Armia Czerwona i wódz jej Stalin
Odwiecznych wrogów na nim obali.*

*Runą i spłoną w łunach pożarów
Na ziemskim globie flagi czerwone.
Krzyże kościołów, krzyże ofiarne
Będą na wichrach grały jak dzwony.
I bezpowrotnie zginie na szlaku
Armia Czerwona i wódz jej Stalin.
Orzeł piastowski, godło Polaków
Odwiecznych wrogów na nim obali.*

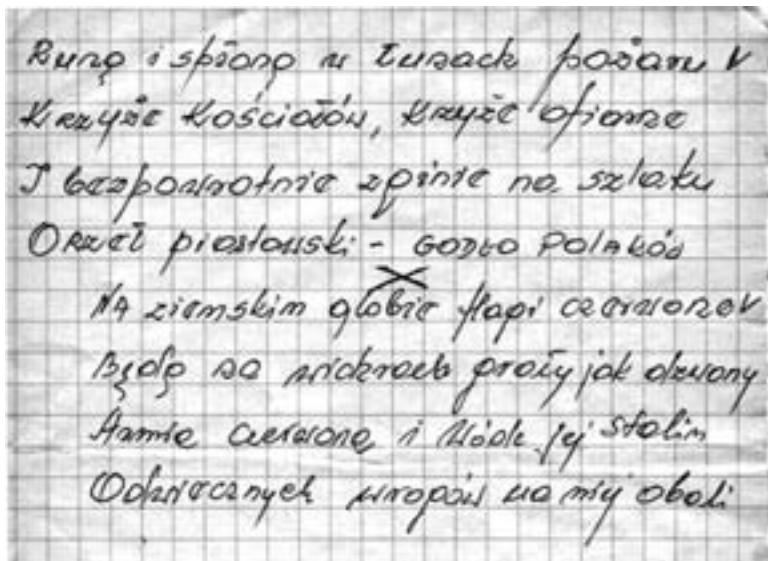
– Aresztowali mnie osiemnastego lipca. Na miesiąc przed moim ślubem. Pamiętam jak dziś, choć minęło już z górą pięćdziesiąt lat. Kiedy otworzyłam drzwi, bo pukanie było głośnie i gwałtowne, na schodach stał mężczyzna w średnim wieku, ubrany po cywilnemu. „Milicja. Pójdiesz z nami, poetko”. Kilka następnych minut nie pamiętam, bo ze strachu zupełnie mnie zamroczyło.

Tak swoją opowieść rozpoczyna pani Teodora z Suwałk. Kobieta już ponad 70-letnia, widać – schorowana, ale pogodna, miła, spokojna. Trudno uwierzyć, że ma za sobą ubeckie przesłuchania, potem wielomiesięczne więzienie w koszmarnych warunkach.

Pani Teodora w roku 1950 miała 23 lata. Właśnie przeprowadziła się z Olecka do Suwałk i dostała dobrą pracę jako księgowa w pewnym biurze. Mieszkała sama, w wynajętej kawalerce. Jej dorosłe życie dopiero się zaczynało, czuła się naprawdę szczęśliwa. Wkrótce miał się odbyć jej ślub z człowiekiem, którego nie dość, że kochała pierwszą wielką miłością, to był on też ojcem jej niedawno poczętego dziecka. Była w trzecim miesiącu ciąży. Nic nie zapowiadało dramatu, który miał się rozegrać pewnego wieczoru i na zawsze odmienić jej życie.

– Narzeczony przyniósł kiedyś ze sobą pamiątnik jednej z koleżanek, w którym były wpisy wszystkich przyjaciół i znajo-

mych ze szkolnej ławy. I w tym pamiętniku był wiersz. Czytany zwyczajnie, wers po wersie brzmiał bardzo „socjalistycznie”, jak hymn pochwalny na Armię Czerwoną i Stalina. Ale czytany szyfrem – zupełnie zmieniał swoje znaczenie. Trzeba go tylko przeczytać łącząc pierwszą linijkę z piątą, następnie drugą z szó-



stą, trzecią z siódmą i czwartą z ósmą. Ten wiersz bardzo mnie rozbawił, więc go przepisałam i następnego dnia przeczytałam wszystkim w biurze. Znalam tych ludzi. To byli moi przyjaciele. Skąd miałam wiedzieć, że kolega z biurka obok jest! tajnym agentem? Śmiał się razem. Żartował. A potem poprosił, żebym mu dała rękopis...

Minęło kilkanaście dni. Aż pewnego razu...

– To był ciepły, letni, późny wieczór. Wróciłam ze spaceru z narzeczonym. Wykąpałam się, nakręciłam włosy na papiloty,

bo jutro do pracy... I nagle usłyszałam gwałtowne stukanie do drzwi. „Milicja. Otwierać!”. Byłam zdziwiona, ale pomyślałam, że pomyłka. Otworzyłam. „Milicja? A po co?”. „To się dowiecie, poetko. Ze mną!”.

Można sobie wyobrazić, jak młoda, przerażona kobieta szybko przebiera się ze szlafroka w pierwszą z brzegu sukienkę, dopina spiesznie guziki, jak drżącymi ze zdenerwowania palcami wyszarpuje z włosów papiloty. A wszystko pod czujnym okiem milczącego groźnie milicjanta. A potem jak na uginających się nogach idzie na posterunek, który dotąd widywała tylko z daleka i nigdy nie przyszło jej do głowy, że kiedyś wejdzie tam jako największa ze zbrodniarek. Pani Teodora, o czym jeszcze nie wiedziała, była wrogiem narodu, wrogiem sojuszu z przyjacielskim Związkiem Radzieckim. Była elementem antyspołecznym, a więc niezaskługującym na względy.

– Posadzili mnie na krzesło. Stało na środku dużego pokoju, prawie pustego. W rogu stało biurko. Leżał na nim rząd długich, cienkich linijek... Przyszło ich siedmiu. Jeden z nich kopnął w nóżkę krzesła, na którym siedziałam tak mocno, że aż głowa mi podskoczyła: „No i co, poetko? Płyniecie pod prąd? To prąd cię odrzuci”. I znów kopnął w krzesło. Czułam, jak wszystko mi sprzed oczu odpywa. Ale znalazłam siły, żeby wyszeptać: „jestem w ciąży. W trzecim miesiącu”. Miałam nadzieję, że przynajmniej nie będą bić. Bo słyszałam, że na UB biją okrutnie. A mnie było szkoda dziecka.

Przesłuchanie trwało całą noc. Ciężarna, młoda kobieta spędziła na krześle blisko osiem godzin. Bez picia, bez wychodzenia do łazienki. Ale rzeczywiście – żaden z milicjantów nie ośmielił się jej uderzyć. Ludzki odruch?

– To było pierwsze z nocnych przesłuchań. Czy pani uwierzy, że oni robili tak ze mną jeszcze przez trzy tygodnie?! – pyta pani Teodora. Dzień w dzień, noc w noc. A ja się przyznałam jeszcze tej pierwszej nocy! Przyznałam się, że to ja go przepisałam. Ale oni chcieli więcej. Próbo- ➔

wali ze mnie wydobyć, skąd mam ten wiersz. Jednak ja nie zdradziłam narzeczonego. Jego na pewno by zathukli. I co by to dało? To zaczęli ze mną inaczej: „A Do reżimu ubowskiego, taki wiersz znasz? Wyklejałaś nim ślupy”. Nie. Nie znam. „A Jeszcze Polska nie zginęła? Znasz? Przynaj się, bo to ci nic nie da. I tak będziesz siedzieć”. Pytali mnie o to samo całymi godzinami dzień po dniu, noc po nocy. Tylko że ich było wielu i zmieniali się. A ja byłam jedna. I już ledwie żywa z wyczerpania.

Między przesłuchaniami pani Teodora trafiała do piwnicy. Nie było tam podłogi, ale twarda, syпка ziemia, kamienne ściany i prycza do spania. Ale bez słomy, poduszki, koca czy siennika. Tylko deska. Do jedzenia dostawała wodę z gotowanymi burakami i wodnistą kawę. Konewki nigdy nie były nawet płukane. Wszystko więc czuć było okropnie i ledwie dawało się przełknąć. Wymioty i mdłości stały się codziennością. Brak ubikacji też dawał się we znaki, zwłaszcza że w takich warunkach ciężarna kobieta czuła się bardzo źle. I z każdym dniem było coraz gorzej.

Pewnie to zdecydowało, że w końcu milicjanci dali jej spokój i przewieźli do więzienia.

– *Trudno w to uwierzyć, ale cieszyłam się, że wiozą mnie do więzienia. Tam przynajmniej jedzenie było prosto z kotła, więc nie cuchnęło zgnilizną. I tak sobie myślałam, że pewnie dostanę coś do spania. I w końcu nie będę słyszeć tych krzyków i jęków ludzi, których przesłuchiwali co noc za ścianą...*

W więzieniu pani Teodora została osądzona. Był listopad. Przyjechał na tę okazję wojewódzki sąd wyjazdowy. W więzieniu usłyszała wyrok: „Za wrogą postawę wobec sojuszniczego państwa i rozprowadzanie antystalinowskiej propagandy Teodora S. skazana zostaje na 3 lata więzienia”. Cięża miała siedem miesięcy.

Pani Teodora wiele ma do opowiedzenia o więziennym życiu. Dla dziewczyny z tak zwanego dobrego, bogatego domu, wykształconej, na poziomie, widok więziennej celi był szokiem. Jeszcze większym – ludzie, którzy do niego trafiali. Nie było bowiem segregacji: tu „polityczny”, a tu morderca.

– Wszyscy siedzieliśmy razem. Taka demokracja – ironizuje pani Teodora. – W więzieniu przeżyłam strasznie upokarzające chwile. Posadzono mnie z kilkuset osobową rodziną AK-owców. A ubikacja była jedna, niczym nie osłonięta. Oni rodzina. Ostatecznie mogli w swojej obec-

ności potrzeby fizjologiczne załatwiać. A ja? W dodatku w ciąży. Tego wstydu nie da się wprost opisać!

W więzieniu rozegrał się drugi akt dramatu. Pani Teodora urodziła siedmioletnie dziecko. Było martwe w jej łonie już od kilku dni. Rodziła w strasznych bólach, nie było współczucia. Nikt nie trzymał jej za rękę, nie czekał na korytarzu. Z wyjątkiem milicjanta czujnie pilnującego, by rodzica kobieta nie próbowała ucieczki.

Narzeczony długo nie mógł jej odwiedzać, choć robił wszystko, by pomóc. Rodzice przeciwnie – wcale się do niej nie przyznawali. Bali się, że aresztują resztę rodziny. Z ojcem i matką spotkała się więc dopiero po wyjściu z więzienia, po ogłoszonej amnestii.

Po straconej ciąży pani Teodora zapadła na płuca. Była bliska śmierci. Wtedy jej narzeczonemu udało się wystarać o półroczną przerwę w odbywaniu kary. Wreszcie wróciła do swego łóżka, w kochające ramiona, do własnej, czystej łazienki i pożywnego jedzenia. W końcu mógł się odbyć tak długo odwołany ślub.

Czas na wolności minął szybko. Trzeba było znów z ciężkim sercem stanąć przed bramą więzienia. Tym trudniejsze to były chwile, że znów pani Teodora była w ciąży. Tym razem jednak ciężę, choć z trudem, ale udało się uratować. Szczęśliwie w tej samej celi siedziała inna „polityczna” więźniarka, zawodowa akuszerka. Kiedy zaczęły się przedwczesne bóle – uratowała dziecko. W takich warunkach przyszła na świat starsza córka pani Teodory. Zaraz potem ogłoszono amnestię. Z trzech zasądzonych lat pani Teodora spędziła w więzieniu blisko dwa.

Na tym nie kończy się jej historia. Można by długo opowiadać o tym, jak trudno było znaleźć pracę kobiecie z piętnem „wroga narodu”, „jednostki antyspołecznej”, jak odwracali się od niej najbliżsi, jak wytykano ją na ulicy palcami, a w towarzystwie cichły rozmowy. Jak przyspieszało jej serce na każde pukanie do drzwi...

Ale nie o to chodzi. Chodzi o to, by wiedzieć, do czego zdolny jest człowiek. Do jakiej podłości i jakiej siły, do jakiej nienawiści i jakiej miłości. I że nigdy nie wiadomo, co człowiek wybierze. Obyśmy nigdy nie byli poddani takiej próbie. Trzeba jednak pamiętać, że w XX wieku „zło zostało spuszczone z łańcucha” i co raz się zdarzyło, może zdarzyć się ponownie.

Agnieszka Kamińska

(Autorka jest dziennikarką w Polskim Radio Białystok).

Donosiciele

W czasach stalinowskich dzielnie sprawowała się Komisja Dyscyplinarna ds. Młodzieży Akademii Medycznej w Białymstoku. Już dwudniowa nieobecność studenta na wykładach była dostatecznym powodem postawienia go przed jej marsowe oblicze. Niezwykłą skutecznością okazała się ta sama komisja w sprawie tzw. „Związku Młodych Kozaków”. Związek ten założyli koledzy z jednego akademickiego pokoju, a jego celem było wspólne spędzanie wolnego czasu, tudzież dyskusje głównie na tematy erotyczne oraz pisanie erotycznych wierszy. Ich oskarżycielka KM stwierdziła przed komisją, że rozmowy kolegów jakkolwiek mogły nie nosić cech przestępstwa, miały jednak charakter konspiracyjny. Czterech studentów relegowano z uczelni, dwóm udzielono surowej nagany. Niemniej skutecznie komisja rozprawiła się z ideologicznymi wywrotowcami w 1953 r. 14 kwietnia tego roku postawiono zarzuty dziewięciu studentom m.in. Józefowi K i Gali P i Bogdanowi K, którym zarzucano: uleganie wpływom środowisk wrogich Polsce Ludowej, słuchanie polskojęzycznego radia amerykańskiego, przekazywanie innym uzyskanych wiadomości oraz ironiczny stosunek do ZMP, a także krytykę Państwowych Gospodarstw Rolnych. Świadkowie oskarżycieli: studentka M.S., student J.W. i A.R. potwierdzili zarzuty. Wyrokiem komisji dwóm oskarżonym udzielono nagany, jednego zawieszono w prawach studenta, resztę skreślono z uczelnianej listy. Szczęściem i uporem jednego z bezpowrotnie skazanych, który przez znajomych uzyskał dostęp do KC PZPR i sprawę rozsądnie wyłożył któremuś z partyjnych bonzów wyrok uczelnianej komisji cofnięto przywracając wszystkim utracone prawa studenckie. Ale nie zawsze podobne sprawy kończyły się happy-endem. Wielu relegowanych studentów nie powróciło już na uczelnię. Proszę Państwa, kryje się za tym wielki osobisty dramat. Ich dramat. W co nie należy wątpić.

(Zapis audycji „Kartki z kalendarza”, emitowanej w TV3 Białystok, drukujemy dzięki uprzejmości i za zgodą autora Dariusza Szady-Borzyszkowskiego).

Elżbieta Drużbacka, z domu Kowalska, poetka epoki saskiej. Jedne źródła podają, że pochodziła z Wielkopolski, drugie – z Pomorza, a jeszcze inne, że z Rusi Czerwonej. Wyszła za mąż, za Kazimierz Drużbackiego, skarbnika miasta Żydaczów nad rzeką Stryjem i ziemi żydaczewskiej. Zamieszkała w posiadłości męża, w Rzemieniu nad rzeką Wisłoką. Z tego związku urodziła się córka Marianna, której prawnikiem był Aleksander Fredro. W młodości przebywała i tworzyła na dworach wielkich rodów – Sieniawskich, Czartoryskich, Sanguszków, Lubomirskich i Branickich.

Poetka dworów

Za czasów Jana Klemensa Branickiego i Izabeli Branickiej, w gronie białostockich pałacowych ludzi pióra, takich jak: Ignacy Krasicki, Franciszek Karpiński, Julian Ursyn Niemcewicz, znalazła się także Elżbieta Drużbacka. Drużbacka przebywała także w rezydencjach Branickich w Choroszczu i w Mościskach. Pisała wiersze na okoliczność imienin i urodzin hetmańskiej pary oraz utwory przedstawiające obrazki z życia dworskiego i życia magnaterii. Pobyt w Białymstoku upamiętniła poematem *Raj białostocki każdemu otwarty w zupełnej szczęśliwości, w doskonałej rozkoszy wszystkich kontentujący, przez Adama stracony, przez Jana przywrócony*.

*Kto mówi, że raj zabroniony oku
Ludzkemu, że tam trafić ścieżka kręta?
Ja mówię, że go znajdziesz w Białymstoku,
Gdzie ani miecza, ani nawet pręta
Nikt na karanie ciebie nie podniesie,
Choć po fruktowym bujać będziesz lesie [...]
Adam się jeszcze nie rozgościł w raj,
Już ci świat bunty na niego wywiera,
Że on, zaguba jest ludzi rodzaju [...]
Jan w swoim rajku lat dziesiątki liczy,
Dotąd żadnego nie zgubił człowieka,
Winem, nie śmiercią zdrowia wszystkim życzy [...]
Adam zaledwie dał nazwiska zwierzu,
Już nie ma władzy dzikość ołaskawić [...]*



Fot. Elżbieta Drużbacka (1695-1765).

*Raj białostocki obszerny dziedziniec
Na ubłaskanie dziczyny założył,
Gdyby z kłem ostrym zjawił się odyniec,
Toby zapomniał, że się bardzo srożył [...]
Adam rzek, stawów, jezior nie zarybił,
Bo mu przestępstwo pożytku zabrania,
Przez co wolnego połowu uchybił [...]
Raj Janów ryby stawowe i rzeczne
Rozpuścił, że się tyraństwa nie boją:
Plochości zbyły, nad naturę grzeczne,
Te szybko suną, inne w miejscu stoją [...]
Zestawiona ze starotestamentową Ewą
Izabela Branicka to
Pani bez winy nie zdradzi małżonka,
Stąd w rajskim Stoku łowić się jej godzi,
Bez grzechu z jabłkiem urywa korzonka.
Karp w czystej wodzie skoro panią zoczył,
Z kanału na łód pod jej nogi skoczył.*

W twórczości Elżbiety Drużbackiej znaczące miejsce znajdują wiersze: *Opisanie życia św. Dawida, Fabuła o książęciu Adolfie, Historia księżny Elefantyny Eufraty, Historia Ortobana, Opisanie czterech części roku, Skargi kilku dam we wspólnej kompanii będących, dla jakich racji z mężami swoimi żyć nie chcą, Pochwała lasów*. Nacechowane są one prostotą i szczerością, przepojone są pierwiastkiem religijno-moralistycznym.

Po śmierci męża, w roku 1755, Elżbieta Drużbacka wycofała się z życia publicznego, osiadła w klasztorze Bernardynek w Tarnowie, gdzie zmarła 14 marca 1765 roku. Grób jej nie zachował się do naszych czasów.

Upamiętnienie nazwiska Elżbiety Drużbackiej stanowi uliczka jej imienia na Starym Żoliborzu w Warszawie, wspomnienie jej nazwiska w wierszu K. I. Gałczyńskiego *Ballada o samotnej pompie* i wydawane od czasu do czasu tomiki jej wierszy.

Anna Worowska

Niepiśmienna Żydówka z Izraela

Światowy Dzień Chorego 11 lutego – święto Matki Boskiej z Lourdes, łączy się w naszym regionie w przedziwny sposób z kultem ostrobramskiego obrazu Matki Miłosierdzia, który jest domniemanym portretem śmiertelnie chorej królowej Barbary.

Geneza powstania obrazu

Z powstaniem obrazu łączy się przepiękna legenda. Wizerunek Bogurodzicy bez dzieciątka miał być portretem bezdzietnej królowej Barbary Radziwiłłówny. Takie wyobrażenie Maryi mógł zasugerować sam Zygmunt August, który otaczał jedyną kobietę, którą kiedykolwiek kochał, prawdziwym kultem. Obraz mógł zostać stworzony również wskutek podszeptów katolickiego otoczenia króla. Przedstawienie jego przedwcześnie zmarłej ukochanej jako Maryi, mogło być zabiegiem psychologicznym, mającym na celu rozpalenie u króla pobożności Maryjnej i w konsekwencji zdystansowanie się do nurtów reformacyjnych. Tolerancyjny i otwarty monarcha, skłaniał się



Fot. Zygmunt i umierająca Barbara z kopii obrazu Józefa Simmlera.

bowiem w kierunku protestantyzmu. Do protestantyzmu Zygmunt August zbliżył się jeszcze bardziej, gdy papież nie zgodził się na unieważnienie jego małżeństwa z habsburżanką.

Podanie głosi, że Barbara gorą →

co chciała dać ukochanemu upragnionego następcę tronu. Zdesperowana kobieta przyjmowała środki przeciw bezpłodności, które doprowadziły do ciężkiego zakażenia lub nawet podziały kancerogennie i wywołały nowotwór dróg rodnych. Śmierć królowej nastąpiła 8 V 1551r. Miała zaledwie 31 lat. Zrozpaczony Zygmunt piechotą podążał za marami w kondukcje żałobnym z Krakowa do Wilna. Ich związek określano jako „potężne wzajemnie uczucie wspaniałej miłośnicy i urodziwego, pełnego prawdziwej kultury, rycerskości i temperamentu kochanka”.

Dziwnym zbiegiem okoliczności obraz Maryi Ostrobramskiej, który według podania jest podobizną Barbary, znajduje się w pałacowym parku AMB.

Charakterystyka malowidła i kaplicy

Obraz przedstawia Maryję bez dziecka i stąd analogia do bezdzietnej Barbary. Jej uwieńczoną papieskimi, złotymi koronami głowę otacza aureola z dwunastu gwiazd, a ręce krzyżują się na piersiach. Oryginał namalowano temperą w I połowie XVII wieku na dębowych deskach, na podstawie wcześniejszego miedziorytu z XVI wieku. Część badaczy dopatruje się wzorca obrazu ostrobramskiego w dziele flamandzkiego malarza, Martina de Vosa. Wykluczono hipotezy na temat wschodniej proveniencji malowidła. Coraz rzadziej też podnosi się kwestię o rzekomym podobieństwie Matki Boskiej Ostrobramskiej do Barbary Radziwiłłówny. W każdej jednak legendzie tkwi ziarenko prawdy. Obraz wystawiony jest na piętrze południowo-wschodniej baszty bramnej zwanej bramą Miednicką, inaczej Krewską z przełomu XV i XVI w. Później zaczęto zwać ją Ostrą Bramą – Ausros Vartai od określenia ulicy – Ostrego Końca. Bramę zdobią wyobrażenia dwóch gryfów, które dzierżą herb Wielkiego Księstwa Litewskiego – Pogoń. Tradycja utrzymuje, że głowa Hermesa tuż pod gzymsem jest wyobrażeniem Zygmunta Augusta. Na suficie kaplicy znajdują się stiukowa Gwiazda Betlejemska, Arka Noego i Arka Przymierza. Ołtarz, który wspierają cztery korynckie kolumny, dźwiga figury św. Joachima i św. Anny – rodziców Marii. Wewnątrz pośród około 7 tysięcy srebrnych darów wotywnych, jest również to od mar-

szalka Piłsudskiego: „Dziękuję Ci Matko za Wilno”. W powszechnych odczuciach Ostra Brama stała się przytulnym miejscem, w którym zawsze można się schować pod matczyne skrzydła zgodnie z słowami widniejącymi nad kaplicznym, wielkim oknem: *Mater Misericordiae sub Tuum Praesidium configimus* – Matko Miłosierdzia, pod twoją obronę uciekamy się.

Kult obrazu

Kult wizerunku Matki Boskiej wiązał się z ochroną miasta przed najeźdźcami, na co też wskazywała lokalizacja sanktuarium w linii umocnień obronnych. Znaczenia obrazu nadał, opisany w XI księdze *Pana Tadeusza*, wątek z oblężenia Wilna w okre-



Fot. Matka Boska z Ostrej Bramy i z parku Branickich AMB.

się insurekcji kościuszkowskiej (1794 r). W 1795 roku Rosjanie zburzyli obwarowania miasta z wyjątkiem Ostrej Bramy. Kult obrazu osiągnął apogeum pod rozbiarami.

Do Matki Boskiej „Ty, co w Ostrej świecisz Bramie” zwracał się również Adam Mickiewicz we wstępie do epepej narodowej „Pan Tadeusz”. Dla niego, który spędził studia we Wilnie, była ona prawdziwym światłem. Uosabiała światło nauki zgodnie z ostrobramską, srebrną inskrypcją z litanii loretańskiej, w której tytułowano ją stolicą mądrości. Była również źródłem nadziei na odrodzoną ojczyznę w lodowato zimne, listopadowe i styczniowe noce powstańcze i gdy Polska zmagiała się z represjami caratu. Żarliwa religijność Maryjna znalazła swój wyraz nie tylko w literaturze, ale również w muzyce. Z subtelności oddania i atmosfery pietyzmu jakim darzyli Wilnianie wizerunek ostrobramski, zrodziły się „Li-

tanie Ostrobramskie” Stanisława Moniuszki (nr 1 i nr 2; 1843 i 1849 na głosy solowe orkiestrę lub fortepian). W 1993 roku papież Jan Paweł II podarował złotą różę Matce Bożej podczas pobytu w Ostrej Bramie. Natomiast w 1980 roku napisał encyklikę „Dives in Misericordia” przedstawiając NMP jako Matkę Miłosierdzia. Po latach, w związku z zamachem na jego życie 13 maja 1981 r., wspominał „Kiedy mogłem kontemplować oblicze Matki Bożej w sanktuarium w Ostrej Bramie w Wilnie, skierowałem do Niej słowa (...): „Panno Święta, co Jasnej bronisz Częstochowy i w Ostrej świecisz Bramie! (...) Jak mnie (...) do zdrowia powróciłaś cudem!”. Powiedzialem to na koniec modlitwy róż-

zańcowej odmówionej w sanktuarium ostrobramskim. I głos mi się załamał...” (13 maja 1994 r.).

Refleksja

Ileokroć Wilnianie idą do Ostrej Bramy wiedzą, że ich Matka będzie znowu wyglądać ze swojego obrazu i ogromnego przeszklonego okna. Każdego dnia przechyla na bok głowę, którą z trudem wynurza ze swojej ciężkiej, ukwieconej różami, goź-

dzikami i tulipanami sukni ulanej ze srebra. I słucha jak ludzie otwierają przed nią swoje serca. Dziwny to widok niepiśmiennej Żydówki ze starożytnego Izraela. Włożono na jej skronie złote korony królowej Polski i Niebios oraz przydano jej srebrny księżyc. Gdzież jest troska ubogiej Miriam i trud matki która rodziła w bydłczej stajni? Czy srebro skryło jej spracowane ręce, które wspomagały męża – stolarza, w codziennym znoju? Choć ledwie widzimy je na obrazie, to wyraźniej spostrzegamy je u staruszek, które konsekwentnie wspinają się na kłęczkach po schodach do kaplicy. Nigdy jej nie widziałem, ale tak myślę, że za ziemskiego żywota była właśnie podobna do takich spracowanych kobiet. Stąd tak licznie przychodzą do Niej mając pewność, że je zrozumie.

Andrzej Wincewicz

(Autor jest doktorantem w Zakładzie Patomorfologii Lekarskiej AMB).



Festiwalowe szaleństwo

Festiwale to dziś lekarstwo na biedę i niezadowolenie społeczne. Rozprzestrzeniają się niezależnie od klimatu i polityki. Nie wiadomo skąd ich organizatorzy czerpią fundusze? Nikt nie zliczy okazji, świąt i powodów do organizacji tych imprez. Dla decydentów w wielu krajach dobra jest każda okazja, aby się pokazać.

Rok 2004 na Ukrainie ogłoszono Rokiem Kultury Polskiej. Obchodzony był uroczysto i bogato. Miejscem festiwalu był Kijów, miasto, które przez ostatnie lata zmieniło się nie do poznania. Obecnie stanowi już centrum Europy i konkuruje z Paryżem pod względem bogactwa, wystroju, zamożnego wyglądu mieszkańców. Samochody jeżdzące po Chreszczatku mogą wprowadzić w kompleks naszych polityków i biznesmenów, których auta nie umywają się do tych, które widać na ulicach Kijowa.

Największym i godnym podziwu festiwalem, jaki miałem okazję oglądać było Narodowe Święto Sztuki, zorganizowane w starej dzielnicy Kijowa, w tzw. „Andrejewskim Suście”. Uczestniczyli w nim artyści i twórcy z całej Ukrainy. Ich dzieła można było podziwiać albo kupować.

Festiwale są organizowane także z wielu innych powodów. Dziewiątego maja Ukraina obchodzi tzw. „Dzień Pobedy”. Nie wszyscy jednak rozumieją, kto kogo „pobiedził”? Rzeczywistość jest smutna. W centrum Kijowa obok widocznego bogactwa widać biedę. Na ulicach można spotkać wielu zebranych ludzi. Na ukraińskich wsiach pola leżą odłogiem, a ludzie żyją w nędzy. Pracy dla ludności wiejskiej nie ma. Ten, który nie pracował w komunizmie nie ma prawa nawet do kawałka ziemi.

Święto pobedy obchodzone jest również oficjalnie przez władze. Komunistyczne pomniki zbudowane w większych wsiach uwidaczniają i dokumentują nazwiska żołnierzy, którzy zginęli w ostatniej wojnie światowej. W tych dniach pomniki obsypane są

gęsto kwiatami. Polak-turysta może jednak odczytać napisy. Widnieją tam prawie same polskie nazwiska. Czego to dowodzi? Oto w tych miejscowościach, w których dokonano poboru przymusowego mieszkali prawie sami Polacy. Wystarczy zwiedzić Jampol, Klembówkę, Łuczyniec Podolski. Tam napotykamy nazwiska: Brzozowski, Borowski, Winnicki, Gładkiewicz, Galicki, Graczkowski, Goldner, Zarzycki, Zakowski, Ziernicki, Krasucki, Krzyżanowski, Łastowski, Lubiniecki, Malczyński, Wionczewski i inne.

Siedemnastego maja w Koziatyniu miało miejsce największe święto kultu-



Fot. Dzwon przechowywany w Muzeum Krajoznawczym w Chersoniu.

ry polskiej. Oto ksiądz proboszcz Moszkowicz, świetny organizator, dokonał cudu w tym powiatowym mieście. Jak co roku zresztą! Ksiądz przy pomocy miejscowych władz oraz sponsorów zorganizował obchody tego święta. Imprezę rozpoczęło nabożeństwo, które odprawiono w nowym kościele. Zbudowano go na miejscu starego, zburzonego przez bolszewików. W nabożeństwie uczestniczyli m.in.: Ksiądz Biskup Leon Dubrawski z Diecezji Kamieniecko-Podolskiej, Przewodniczący Miejscowej Rady Narodowej, Konsul Generalny R.P. w Kijowie, Sylwester Szostak. Imprezie to-

warzyszyli orkiestra symfoniczna i zespół artystyczny z Lublina. Największą atrakcją imprezy były występy i pokazy motocyklistów jadących szlakiem katyńskim.

Szesnastego maja w dniu Międzynarodowego Święta Muzeów ciekawe obchody zorganizowało Krajoznawcze Muzeum w Winnicy. Na posesji Muzeum przy ulicy Sobornej pod hasłem „Polacy na Podolu – historia i współczesność” urządzona została wystawa miejscowych artystów. Pokazywano zbiory polskich książek, fotografie, pamiątki. W tym dniu Muzeum udostępniło swoje zbiory do swobodnego oglądania. W ogólnym klimacie imprezy ten dzień polski był wyraźnie zaakcentowany.

Im bardziej na Wschód i Południe, odnajdujemy coraz większe skupiska Polaków, o których mało wiemy. Na Południu w rejonie Odessy, Chersonia oraz na Krymie mieszkają bardzo liczne grupy Polaków, których można podzielić na trzy grupy.

Pierwsza z nich to mieszkańcy jeszcze od siedemnastego, a może i szesnastego wieku mieszkający w dawnych włościach Potockich, Ścioborów i innych magnatów. Druga grupa, to potomkowie zesłańców od czasów powstań: kościuszkowskiego, listopadowego i styczniowego. Jest jeszcze jedna grupa Polaków, tych zesłanych na Krym w 1947 roku. Wtedy Moskwa oczyszczała nasze ziemie z rdzennej ludności zgodnie z daleko-siężnym planem rusyfikacji tych ziem. Na Sybirze już miejsca nie było, rozstrzeliwać już też nie wypadało, bo przecież w okresie powojennym kwitła przyjaźń w Europie. Po uzgodnieniu z aliantami, naszą ludność – oficjalnie – przesiedlano na „Ziemie Odzyskane”, drugą część naszej ludności – już po cichu, bez rozgłosu, bezprawnie – przesiedlono na Krym w obce kulturowo środowisko w celu łatwiejszego wynarodowienia. A tymczasem tu właśnie w rejonach miast powiatowych i takich jak: Kałanczak, Nowa Majaczka Kakowka, Nowa Kijewka Przeobrażeńska, Czeplin – wywiezione zostały grupy ludności z Wołynia, Powiśla a nawet Wileńszczyzny i samego Wilna. Wyjątkowe jest to, że tu właśnie na terenach dalekich od naszej cywilizacji został zachowany język, tradycja i pamięć historyczna. W Nowej Kijewce koło Kałanczaka →

mieszkają: Orzechowscy, Lewiccy, Dąbrowscy, Nehrebecy, Izdebscy, Karnowiccy, Kraszewscy, Modrzejewscy, Izewscy, Zarzeczcy, Dubikowscy, Czernińscy, Boroźniccy, Borosławscy, Stankiewicz, Samoźłowicze, Statkiewicz. W miejscowości Preobrażeńska-Czeplin mieszkają: Świergoccy, Krajewscy, Mostkowscy, Bajdakowscy, Kondracy, Jankowscy, Dylewiczowie, Bajdacy, są to rodziny spokrewnione z rodziną Prezesa „Stowarzyszenia Polaków Chersonia” pana Wsiwołoda – Bolesława Dziewszulskiego.

Inny festiwal planowany jest w Chersoniu na okazję naszego Święta Niepodległości. Prezes Dziewszulski ma zamiar tak zorganizować to święto, aby miało ono prawdziwie patriotyczny charakter. W tym celu przygotowuje materiały historyczne o obchodach 11 listopada w II Rzeczpospolitej.



Fot. Pamiątkowa tablica Najświętszego Serca Jezusa w Chersoniu.

W 1999 r. dla uczczenia pamięci zamordowanego tu w Chersoniu Generała Mariusza Zaruskiego – pamiętająca o nim i tradycyjnie myśląca społeczność, dla upamiętnienia tej postaci ufundowała dwa wielkie dary: pamiątkową płytę dla miejscowego kościoła oraz dzwon z ornamentem harcerskim, który czasowo przechowywany jest w miejscowym Muzeum Krajoznawczym w Chersoniu

Dzięki uprzejmości dyrektorki tego Muzeum autor miał możliwość zobaczyć i osobiście sfotografować ten dzwon. Jeden z pracowników tego Muzeum W.N. Asłamow, napisał monografię o Generale Zaruskim pt. „Dopóki dzwoni Dzwon”. Praca zawiera całą genealogię Generała, jego życie i ostatnie chwile w więzieniu w Chersoniu. Pracę tę przekazałem do Muzeum Wojska w Białymstoku.. Mam nadzieję, że po przetłumaczeniu będzie mogła ukazać się w biuletynie Muzeum. A w Chersoniu śpiewają:

Morze, Czarne Morze
Tyś Kaźmierza Dolny Port
Strzec Cię będziem w sercu wicznie
Boś dla Polski wieczny Fort!

Z najbogatszych Krain Świata
Tyś najlepsza spośród nich
Aż trzy morza kiedyś miałaś...
S.P. Korybut

Tak więc widzimy, że Polska jak długa i szeroka urządza festiwale dla zachowania naszej tradycji narodowej. Taka była i została nasza szlachta.

Wacław Bodnar

(Autor jest lekarzem, obecnie na emeryturze).



Adam Dobroński

Z woli Szczuków

To miasto budziło zachwyt jednych, a współczucie innych. Miało tak wiele zalet: korzystne położenie, możnego fundatora, wspaniałą zabudowę, słynne szkoły, dobre warunki do rozwoju handlu i rzemiosła, a jednak nie mogło wybić się na autentyczną wielkość. Najpierw samo przywiodło do upadku wcześniej powstałe grody, a później musiało uznać wyższość Grajewa i tak już pozostało.

ANTONI SZCZUKA

To wielki pan, jedna z bardziej znanych postaci historycznych związanych z ziemiami obecnego woj. podlaskiego. Wedle informacji znajdującej się na tabliczce przybitej do trumny, urodził się on w 1654 roku, badacze jednak skłaniają się do przesunięcia tej daty o dwa lata. Ród Szczuków herbu Grabie usadowił się w XV wieku w ziemi wiskiej, ale Antoni urodził się na Litwie i pierwsze nauki zdobywał w Wilnie, następnie kształcił się w Krakowie i Warszawie, opanował języki niemiecki i francuski, prawo, sztukę krasomówczą. O dalszej jego karierze zdecydował pobyt na dworze króla Jana III Sobieskiego. Szybko zdobył zaufanie monarchy, posłował, zyskał bogate starostwa. Jego umiejętności docenili także August II Sas i Stanisław Leszczyński. Ten pierwszy powierzył Szczuce misję dyplomatyczną do cara Rosji i wyniósł go do godności podkanclerzego litewskiego. W 1709 →

roku Antoni walczył pod Połtawą, próbował godzić zwaśnione strony, mógł oczekiwać kolejnych zaszczytów. Niestety, w tym właśnie roku zmarł.

„Szczuka, doradca i przyjaciel królów, wysoko postawiony urzędnik państwowy, był także autorem programu reform...” (Irena Grochowska). W traktacie „Zaćmienie Polski” wystąpił przeciwko magnatom, przeciwstawiając im średnią szlachtę. Postulował też zwiększenie liczebności wojska, ograniczenie władzy hetmańskiej, naprawę skarbu państwa i systemu oświaty. Proponował nawet „bezpłatne dostarczanie prasy masom szlacheckim w celach edukacyjnych”. Ciekawy to pomysł, ale z rządu utopijnych.

MIASTO PRYWATNE

Na ziemiach trzymanyh przez Szczuków powstały zrazu wsie Szczuki-Falisławy (obecnie Barany, dzielnica Szczuczyna) i Szczuki Marciny (Skaje). Przez dziesięciolecia ród powiększał swe dobra dzięki korzystnym ożenkom i zakupom. Tak powstały kolejne wsie: Szczuki Piotrowe-Pawelki, Jambrzyki, Bęckowo, może i Pełczyn. Przedsięwzięciem najbardziej jednak udanym okazał się zakup przez Antoniego Szczukę wsi Szczuczyno lub Szczuki-Litwa. To ciekawy przypadek obudzenia się w „emigrancie” zainteresowania ziemiami przodków i oby takie powroty zdarzały się nam częściej również współcześnie.

Nowy właściciel w 1689 roku przystąpił do budowy siedziby rodowej i mając wpływy na dworze królewskim 9 listopada 1692 roku uzyskał dla Szczuczyna prawa miejskie oraz herb ze złocistą ośmioramienną gwiazdą w białym polu. W dalszych przedsięwzięciach przydało się bardzo wiano żony Konstancji Marii z Potockich. Szybko postępowała zabudowa, głównie pałacu i zespołu kościelno-klasztornego z przeznaczeniem dla pijarów.

Niestety, wkrótce i ziemie polskie ogarnęła wojna północna, mieszkańcom Szczuczyna i okolic dali się we znaki Szwedzi, Moskale, Sasi, a i rodzimi pułkownicy dokonywali gwałtów oraz rekwizycji. Wojsko przywlokło zarazę, mieszczanie kryli się w lasach i wśród bagien, których w okolicy nie brakowało. Antoni Szczuka próbował przeciwstawiać się tym nieszczęściom, do obrony przed obcymi żołnierzami wystawił nawet chłopów ze swych dóbr. A plany miał nadal śmiałe, wykupił część Osowca, by utworzyć jeszcze jedno miasto. W dobrach szczuczynskich lokował dochody uzyskane z innych majątków i źródeł, w tym ze spławu do Gdańska. W momencie śmierci w 1709 roku tylko w ziemi wiskiej miał w posiadaniu jedno miasto, 14 wsi, pola po 6 wsiach i 9 części wsi.

Skoro o wojnach mowa, to z woli Henryka Sienkiewicza w pobliżu Szczuczyna, w drodze do Częstochowy, bał Kmicic, bohater „Potopu”.

GNIAZDO UCZONOŚCI

W 1696 roku Antoni Szczuka sprowadził do Szczuczyna pijarów w celu stworzenia tu centrum edukacyjnego i to nie tylko dla okolicznej młodzieży męskiej, bo także dla chętnych z pogranicza pruskiego. Zakonnicy spisali się znakomicie, zorganizowali kolegium, które uznać można za niepełną szkołę wyższą. W okresie Komisji Edukacji Narodowej kolegium zostało zreformowane i zyskiwało dobre opinie wizytatorów, a nauki pobierało w nim aż około 300 uczniów. Te tradycje kontynuowano do 1836 roku, czyli do przeniesienia ówczesnej szkoły wydziałowej do Suwałk. Mniej udany okazał się natomiast zamiar urządzenia w Szczuczynie przez siostry miłosierdzia



Fot. Popijarski zespół klasztorny z przełomu XVII i XVIII wieku.

szkoły dla dziewcząt pochodzenia szlacheckiego i mieszczańskiego.

O prestiżu miasta decydują w poważnym stopniu kariery osób w nim urodzonych lub czynnych zawodowo. Ze Szczuczynem związał się Jakub Waga, urodzony w niedalekim Grabowie, podobnie jak jego brat Antoni. Wagowie patronują obecnie Łomżyńskiemu Towarzystwu Naukowemu, Jakub ma pomnik w tym mieście, a do historii wszedł przede wszystkim jako autor „Flory Polskiej”; Antoni był znakomitym zoologiem. Ten pierwszy nie tylko kształcił się w kolegium szczuczynskim, ale na krótko zasilił i jego kadrę. Warto też przypomnieć, że syn Jakuba – Władysław zabłysnął jako poeta, mówiono o nim jako o następcy Juliusza Słowackiego. Z Włoch przyjechał do Krakowa, by wziąć udział w powstaniu styczniowym, potem aresztowany nabawił się gruźlicy i zmarł w Pizzie. A kolegium szczuczynskie ma wpisane w swój biogram także Jakub Tadeusz Falkowski, założyciel Instytutu Głuchoniemych w Warszawie przy placu Trzech Krzyży (jest tam jego popiersie), członek Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.



SENTYMENTALNY ZAPIS

Uczeń Bohdan Winiarski, przyszły profesor prawa i prezes Trybunału Haskiego, spędził w Szczuczynie aż sześć wakacji. Miasto końca XIX wieku wywarło na nim bardzo korzystne wrażenie. Zapamiętał je jako nadspodziewanie schludne, z dużym czworobocznym rynkiem. Na środku rynku widniała kępa drzew, wokół stało kilka piętrowych kamienic, a resztę zabudowy wypełniały domki parterowe, w większej części drewniane. Uliczki były czyste, proste i krzywe. Przez centrum przebiegał Trakt Kowieński, z niego okazałe prezentowały się zabudowania kościelne i klasztorne zajmowane przez szpital, a wcześniej i przez wspomniane szkoły pijarskie. Przetrwały inne jeszcze gmachy zabytkowe, między innymi dom Szczuków, zbór ewangelicki, poczta, „gubernia” (zarząd dóbr), a Rosjanie dostawili baraki koszarowe dla pułku kozaków. O rzece Wissie powtarzano, że jest „w ryby połowna i w raki, utrzymuje młyn, folusz, olejnię, tartaki”. Była też wspaniałym miejsce do kąpieli, zaś zabawy w chowanego, podchody i wojny najlepiej się udawały w pobliżu rzędów stodół przy starej szosie wąsoskiej.

O licznych Żydach szczuczyńskich B. Winiarski napisał z godnością działacza Narodowej Demokracji, że po prostu byli, trzymali w swych rękach handel. Chłopiec nawet polubił mace, ale miał i mniej przyjemne przeżycia, łącznie z „potężną frycówką” (biciem) za zrywanie wiśni z drzewa dzierzawionego przez wyznawcę mojżeszowego. Znacznie mniej znaczyli w mieście Rosjanie, choć oni obsadzali najważniejsze stanowiska urzędowe. Zaś miejscowych Polaków autor tomu „Nad Pissą, Wissą i Narwią” określił jako „ludzi miłych, kulturalnych, czasami wykształconych, a zawsze tak prawych, jak prostym i czystym było ich życie”. Czy nie był w tej mierze zbyt łaskawy?

WEGETACJA

Zbudowana w 1873 roku kolej z Ukrainy przez Brześć nad Bugiem, Bielsk Podlaski i Starosielce do Ełku spowodowała bardzo szybki wzrost Grajewa, ostatniej większej miejscowości w zaborze rosyjskim na szlakach ku Prusom Wschodnim. Efekt był taki, że od 1915 roku pozostał powiat szczuczyński, jego stolicą stało się jednak Grajewo. Taki stan utrzymywał się przez cały okres II Rzeczypospolitej, aż do 1948 roku. Miasto nad Wissą liczyło przed II wojną światową około 6 tys. mieszkańców, w większości Żydów. Jedyną większą inwestycją była szkoła zbudowana w 1934 roku. Na pocieszenie pozostała uwaga popełniona przez dr. Mieczysława Orłowicza, że było to miasteczko zabudowane ładniej niż inne tej wielkości w okolicy. Targi odbywały się tu w piątki, a jarmarki we wtorki. Handlowano również towarami z przemytu, bo to zajęcie ratowało byt wielu miejscowych gospodarstw. Kiepsko miało się natomiast rolnictwo, jako że okoliczne gleby klasyfikowano jako ubogie, piaszczyste i do tego pełne kamieni narzutowych. W klasztorze mieścił się urząd parafialny i zakład ubogich, a wiatr zwałił hełm z jednej z wież. Przy szosie do Grajewa widoczne jeszcze były wały po zamku Szczuków.

Trzeba było mieć wówczas sporo wiedzy i nieco fantazji, by docenić minioną wielkość tej zaniedbanej miejsciny.

OBRAZKI WOJENNE

Jerzy Wiśniewski znalazł się w Szczuczynie w połowie listopada 1944 roku. Ciągnęło historyka do dawności, więc w towarzystwie proboszcza i zakrytiana zwiedził podziemia kościoła. W jednym z pomieszczeń leżały zwłoki zakonników. „Pochowani byli bardzo skromnie. Każdy zakonnik leżał w habicie mając pod głową tylko cegłę, względnie kamień”. W drugiej sali na wzniesieniu stała trumna ze zwłokami założyciela miasta podskarbiego Antoniego Szczuki. „Pochowany był w kontuszu przepasanym pasem słuckim. Pas był mocny, jedynie kontusz już się rozsypał a od butów podeszwy podstawały. Szkielet cały dobrze się zachował. Widać bardzo drobnej był budowy ten magnat”. Obok leżeli dworzanie, jeden z nich odznaczał się mocarną budową i dobrze zachowanymi zębami. „Po prawej stronie stała trumienka ze zwłokami młodej kobiety pochowanej w ślubnym stroju. Była córką ziemianina z okolicznych wsi, która zmarła w czasie uczyty weselnej...”. Spoczywał tam snem wiecznym i żołnierz napoleoński.

12 stycznia 1945 roku, po południu, niespodziewanie nadleciały nad Szczuczyn samoloty radzieckie i zrzuciły bomby. Ludzie stali w kolejkach, załatwiali sprawy w miasteczku, ofiar więc było bardzo dużo. „W kostnicy przy szpitalu leżały trupy bez głów i rąk, nóg, same kadłuby lub poszarpane cielska. Ludzie przychodzili i wybierali krewnych i znajomych. Trupy były zwiezione z całego miasta. Były też takie, których nikt nie poszukiwał”. Szczuczyn został wyzwolony 23 stycznia, ale wcale nie znaczyło to, że nastał spokój. Silne tu były struktury konspiracji niepodległościowej.

ZAGUBIONA PERŁA

Aż dziwne, że tak mało reklamuje się Szczuczyn jako atrakcję turystyczną. Wielce oryginalny jest sam układ miasta. W zamyśle Francuza nazwiskiem de Flenierce, nadwornego architekta Szczuki, miasto miało otrzymać zamknięcie w postaci pięciobocznych ziemnych obwarowań. Walory obronne podnosiła Wissa z rozlewiskami, a zaplanowano także zamek. Kolejny znany architekt – Józef Piola nieco zmodyfikował te zamiary, bardziej wyeksponował kościół. Miasto zyskało prostokątny rynek, dwa place targowe, regularną siatkę ulic. Obok zamku powstał i park pałacowy, ale tych cennieści już nie ma.

Co pozostało? Bardzo dużo, bo zespół pijarski z lat 1697-1711 (klasztor, barokowy kościół p.w. Imienia Marii ze wspomnianymi kryptami, kolegium – szpital), rynek z kamieniczkami, dom Szczuków (tu Muzeum Pożarnictwa), zespół pocztowy, cmentarz ze starymi nagrobkami (było 6 cmentarzy!). Można tu podumać nad karuzelą historii, pospacerować. A jak komu mało tego, to może pojechać do Szczuczyna na Białorusi, który też ma ciekawą historię i sporo osobliwości.

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



Jerzy Kopania

Oszukać naturę

Najstarsze tragedie greckie są dziełem Ajschylosa. Niestety nie wszystkie się zachowały. Najstarsza z nich to tragedia *Blagalnice* – jedyna ocalała część trylogii. Jest w tym utworze wielka i wspaniała scena chóru głoszącego hymn ku czci Zeusa, głównego boga w panteonie greckim. Sławiony jest Zeus jako ten, który całym wszechświatem rządzi, nad wszystkim opatrnościową władzę sprawuje i także człowieka ma w swej opiece. Kiedy Grek mówił o jakimś bogu, w istocie mówił o jakimś aspekcie przyrody – greckie bóstwa uosabiały różne siły i moce natury, które ówczesny człowiek potrafił wyróżnić i wyrazić w pojęciach. Ajschylos wielbiąc Zeusa, sławi potęgę przyrody, od której człowiek tak bardzo i w tak wielu dziedzinach jest zależny, bez której żyć nie może, sam bowiem jest jej częścią. Człowiek ubóstwiał przyrodę, odkąd tylko zaczął być świadomy samego siebie i świata, w którym żyje.

Inną, późniejszą tragedią Ajschylosa jest *Prometeusz w okowach* – również tylko jedna ocalała część pierwotnej trylogii. I w tej tragedii pojawia się Zeus, tym razem jednak w zupełnie innej roli przedstawiony: jako okrutny tyran gnębiący rodzaj ludzki. To Prometeusz oszukał Zeusa, wykradł mu ogień, zaniósł go ludziom, których nauczył też wszelkich umiejętności, aby nie byli bezradni wobec

potęgi nieprzyjaznego im boga.

Dziwnym może wydać się to, że Ajschylos zarazem wielbi wszechmoc Zeusa i jako tyrań wrogiemu ludziom go przedstawia. Czyżby jakaś sprzeczność się tu wkradła? Można oczywiście tak sądzić, lepiej jednak założyć, że sprzeczność jest tylko pozorna i głęboki sens da się odczytać pod tym pozorem ukryty. Ta rzekoma niekonsekwencja Ajschylosa wyraża w istocie intuicję, która w tamtych czasach jeszcze nie mogła znaleźć właściwego sobie środka wyrazu. My jednak możemy i powinniśmy uświadomić ją sobie. A zresztą dobrze wiemy o niej, choć wolimy nie myśleć, bo tak jest nam wygodniej. Odsuwamy od siebie świadomość, żeśmy nieuczciwi wobec natury.

Przecież człowiek od wieków wielbił moc przyrody, a jednocześnie oszukiwał ją; my zaś im bardziej świadomi jesteśmy jej potęgi, tym bardziej ją wykorzystujemy, nadto na skalę dla tamtych ludzi niewyobrażalną. Oszukujemy przyrodę, skłaniając ją do wykonywania tyłu działań, których ona sama z siebie nie mogłaby czynić celowo. Zmuszamy ją, aby nam służyła, i przekształcamy ją tak, jak nam jest to użyteczne. Właściwie już niczego nie pożytkujemy w takiej postaci, w jakiej występuje to w naturze. Nie da się zjeść jabłka rosnącego dziko – gębę nam wykrzywi. Jabłka, które spożywamy, są rezultatem długiego procesu oszukiwania jabłonki, aby obcą gałązkę uznała za swoją. Kiedy przeszczepiamy choremu człowiekowi organ pobrany od drugiego człowieka, oszukujemy organizm biorcy, aby nie mógł rozpoznać obcej tkanki. A przecież jeszcze wszystko przed nami: nie jesteśmy zdolni wyobrazić sobie, jak daleko zaprowadzą nas postępy nauk biomedycznych, na co pozwolą nam dokonania inżynierii genetycznej. Być może bliski jest czas, w którym ujmemy w swoje ręce ewolucję własnego gatunku. Kiedyś zjedliśmy w ogrodzie rajskim jabłko poznania i odtąd stale jesteśmy głodni wiedzy.

A przecież tak naprawdę to dobrze wiemy, intuicyjnie odczuwamy, że nie da się w nieskończoność oszukiwać natury. Ona kiedyś okaże nam swoją moc – i wtedy będzie już za późno. Ale nie możemy wskazać momentu, od którego powinniśmy się zatrzymać; a gdyby nawet było to możliwe, to nie byłibyśmy zdolni stanąć w miejscu. Może więc sama natura nas do tego zmusi?

(Autor jest prof. filozofii, kierownikiem Zakładu Bioetyki i Antropologii Filozoficznej Uniwersytetu w Białymstoku).



Rośliny w Biblii



Ilona Lengiewicz

Podczas babilońskiej niewoli Daniel był nie tylko mądrym nauczycielem narodu, ale i sprawiedliwym sędzią. Odwoływano się do jego autorytetu w kwestiach wiary i w zwykłych ludzkich wątpliwościach. Biblia barwnie opisuje jedną z takich spraw: przypadek Zuzanny.

Zuzanna była żoną krezusa o imieniu Joachim. Słynęła z niespotykanej urody, wierności i oddania mężowi. Ponieważ oba przymioty wydawały się zawistnikom nie do pogodzenia, była pod ciągłą obserwacją sąsiadów. Pewnego upalnego wieczoru zażywała kąpieli w ogrodowej sadzawce. Zza żywopłotu podglądała ją dwóch lubieżnych starców. Ośmieleni bezbronnością niewiasty złożyli jej nieprzystojną propozycję. Gdy dała im srogą odprawę, a ze wstydu nie powiedziała nic mężowi, oskarżyli ją o cudzołóstwo z wędrownym handlarzem wonnościami. Sprawa nabrała rozgłosu, a zrozpaczony Joachim udał się po ratunek do Daniela.

Można by uśmiechnąć się w tym miejscu, gdyby nie fakt, że cudzołóstwo (kobiet) uważano naówczas za zbrodnię i karano śmiercią przez ukamienowanie. Joachim bronił więc i czci żony i jej życia. Prorok zażądał wstrzymania egzekucji i wzięcia oskarżycieli na oddzielne przesłuchania. Zeznania okazały się zupełnie sprzeczne: staruszkowie mylili porę „zbrodni”, inaczej opisywali jej przebieg i wygląd domnianego kochanka. Za koronny dowód krzywo-przysięstwa uznano jednak sprzeczny opis miejsca akcji: jeden twierdził, że ów grzeszny akt odbył się pod dębem, drugi, że pod terebintem. Ludzie żyli wtenczas tak blisko natury, że pomylenie gatunków drzew było niepodobne! I tak oto botanika ocaliła cnotli- ➔

wą Zuzannę, a karę ponieśli oszczercy.

W Muzeum Wiedeńskim podziwiać można szkice i obraz Tintoretta „Zuzanna i starcy”; zauważymy na nich kilka pikantnych szczegółów, bo biblijny temat usprawiedliwiał erotyczne fantazje wielkiego malarza.

Nie znany nam terebint, czyli pistacja terpentynowa (*Pistacia palestina*) rośnie w całym basenie Morza Śródziemnego i na półpustyniach zachodniej Azji. Bibliści twierdzą, że terebintowy gaj Mamre koło Hebronu był miejscem słynnej ofiary Abrahama. Takie właśnie gaje sprzyjały modlitwom i pochówkom szczególnie szanowanych zmarłych.

Terebint wyróżnia się charakterystyczną sylwetką odwróconej piramidy; w słoneczne, upalne dni daje dużo głębokiego cienia, a nocą jest idealnym schronieniem kochanków. Skórzaste ciemnozielone liście terebintu najpiękniej wyglądają jesienią, bo ich barwa zmienia się stopniowo od bladego różu do intensywnej purpury, a blaszki liściowe zwijają się na kształt wzniesionych strąków. Z

nacięć pni otrzymuje się doskonałą terpentynę – przejrzystą, pistacjowego koloru, o żywicznym, przyjemnym aromacie. Ten produkt, zwany terpentyną cypryjską ma udział w kompozycji niektórych perfum o chyprowej nucie zapachowej.

tyczną żywicę tzw. mastyks używany do werniksowania obrazów. Mastyks był również składnikiem naturalnych amalgameatów do plombowania zębów. Taki amalgameat, oprócz pistacjowej żywicy zawierał alun i został po raz pierwszy użyty w Persji w IX wieku n.e. To trafny wybór, bo mastyks jest nie tylko wyjątkowo elastyczną substancją, ale i silnym środkiem bakteriobójczym. Zapomniano

o nim, aby tysiąc lat później podjąć próby powrotu do takich naturalnych wypełnień. Być może, dlatego że niektóre dzisiaj stosowane amalgameaty zawierają tor.

Tor, jak wiemy, jest pierwiastkiem promieniotwórczym o półokresie rozpadu – $1,41 \times 10^{10}$ lat! Ma to i swoje dobre strony, bo po upływie wielu

milionów lat, przyszli mieszkańcy Ziemi, będą mogli określać wiek naszych doczesnych szczątków po radioaktywnych zębach.

Ilona Lengiewicz

(Autorka jest dr. – adiunktem w Zakładzie Biologii

Wydziału Farmaceutycznego AMB).

Zuzanna i Terebint

Rodzaj Pistacja obejmuje dziewięć gatunków drzew i krzewów klimatu subtropikalnego. Najbardziej znana jest pistacja właściwa dostarczająca jadalnych, smacznych nasion zwanych „orzeskami pistacjowymi”. Pistacja kleista zaś, wydziela aroma-



Rysunek: Jerzy Lengiewicz



Dariusz Lebensztejn

Sprzymierzeńcy człowieka

Jednymi z najmniejszych ptaków zamieszkujących dziuple w polskich lasach są muchołówki. W Polsce występują cztery gatunki muchołówek: muchołówka szara, żałobna, białoszyja i mała.

Jednymi z najmniejszych ptaków zamieszkujących dziuple w polskich lasach są muchołówki. W Polsce występują cztery gatunki muchołówek: muchołówka szara, żałobna, białoszyja i mała.

Ta ostatnia muchołówka, jak wynika również z nazwy gatunkowej, jest najmniejsza, gdyż waży tylko około 10 gramów. Posiada jednak kilka unikalnych cech niespotykanych u innych muchołówek. Jedną z nich jest występowanie zjawiska określanego terminem „opóźnione dojrzewanie upierzenia”. Polega ono na tym, że ubarwienie młodych, jednorocznych samców jest identyczne jak samic tj. upierzenie jest brązowo-szare. Natomiast u starszych samców zauważalny jest wyraźny dymorfizm płciowy – ich podgardle i pierś zdobi pomarańczowo-czerwona plamka. Inną ciekawą cechą ubarwienia muchołówki małej są widoczne duże białe plamy na ogonie tego ptaka. Pojawiają się one podczas rozkładania piór ogona i są reakcją ptaka na niebezpieczeństwo. Widok białych plam ma za zadanie odstraszać potencjalnego wroga tego filigranowego ptaka. Jednak najciekawszym elementem biologii muchołówki małej jest kierunek migracji zimowej. Jest jednym z dwóch gatunków ptaków europejskich (drugi gatunek to dziwonia – ptak zamieszkujący zarośla nadwodne), który wędruje na zimowiska zlokalizowane na wschodzie: w Indiach i Pakistanie.

Muchołówka mała jest nielicznym ptakiem gniazdującym w Polsce. Najczęściej można ją spotkać w Puszczy Białowieskiej i Augustowskiej w drzewostanach liściastych: brzoźowych, grądowych i osikowych.

Stosunkowo rzadkim ptakiem jest też muchołówka białoszyja, liczniej występująca tylko w Puszczy Białowieskiej, Niepołomnickiej i lasach nadodrzańskich. Pozostałe dwa gatunki muchołówek: żałobna i szara

Muchołówki są sprzymierzeńcami człowieka w zwalczaniu szkodliwych insektów. Ustalono, że para muchołówek karmi swoje pisklęta 300 do 500 razy dziennie, a więc liczba „upolowanych” przez nie owadów jest naprawdę imponująca.



licznie zamieszkują lasy w całej Polsce, a nawet gniazdują w obrębie zabudowy miejskiej i wiejskiej.

Wszystkie muchołówki są ptakami owadożernymi. Przylatują na tereny lęgowe w Polsce pod koniec kwietnia i na początku maja, kiedy mogą już upolować dostateczną ilość owadów. Muchołówka poluje na owady w charakterystyczny sposób: czatuje w punkcie obserwacyjnym, którym może być sucha gałąź, wierzchołek krzewu, drut telefoniczny itp., a gdy wypatrzy potencjalną zdobycz chwytą ją w locie a następnie wraca na uprzednio zajmowane stanowisko.

Muchołówki są sprzymierzeńca-

mi człowieka w zwalczaniu szkodliwych insektów. Ustalono, że para muchołówek karmi swoje pisklęta 300 do 500 razy dziennie, a więc liczba „upolowanych” przez nie owadów jest naprawdę imponująca. Muchołówki oprócz dziupli zamieszkują również chętnie skrzynki lęgowe; warto więc zastanowić się nad umieszczeniem takiej budki w swoim ogrodzie, co przyczyni się do zwiększenia populacji tych ptaków a jednocześnie pozwoli zmniejszyć liczbę szkodliwych owadów.

(Autor jest dr. hab. – adiunktem w III Klinice Chorób Dzieci AMB).



Autostopem do miejsc zapomnianych

Kilka późnych wieczorów i wczesne godziny nocne poświęciłem lekturze książki Andrzeja Stasiuka „Jadąc do Babadag” (Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2004 r.). To ubiegłoroczna laureatka nagrody Nike. Kolejna książka prozaika i eseisty, o znacznym już dorobku, którego twórczość cieszy się uznaniem krytyków i czytelników. „Jadąc do Babadag” to próba opisu podróży do krajów południowo-wschodniej Europy.

Zwiedzając obce kraje staramy się zwykle dotknąć tego co inne i fascynujące, zwiedzamy pałace i zamki, podziwiamy kościoły, przyswajamy wiedzę muzeów, zachwycamy się malowniczością i niezwykłością pejzaży.

Andrzeja Stasiuka nie interesują modne kurorty, duże miasta i opisane w każdym przewodniku zabytki. Wybiera on tylko boczne drogi i nieznanne cele. Wędruje przez wschodnie i południowe regiony Słowacji, przez Węgry, wioski Ukrainy i Mołdawii, Naddniestrza, Rumunii, aż po Słowenię i Albanie. Obserwuje mieszkańców, ich kulturę, obyczajowość, stosunek do obcych. Są to ludzie biedni i prości, niekiedy bez szans na wyjście z izolacji. Ważnym tematem są zwierzęta towarzyszące ludziom, a właściwie dzielące ich los oraz przyroda, której ci ludzie jeszcze nie zdążyli przekształcić i nie zeszpecili nowoczesnością. Stasiuk jadąc zdezelowanym samochodem omija autostrady i drogi szybkiego ruchu, nie nocuje w renomowanych hotelach i nie stołuje się w wykwintnych restauracjach ani McDonaldach. Podróżuje też niemożliwie zatłoczonymi autobusami, wędruje pieszo i autostopem, licząc na pomoc ludzi, których języka na ogół nie zna.

Z podróży po tej biedniejszej części Europy Stasiuk przywozi pamiątki: monety, hotelowe rachunki i mandaty, zdjęcia. Tworzy swoje prywatne muzeum, aby mieć co wspominać, teraz i później na starość.

Fascynują go Cyganie nie posiadający państwa, ale zachowujący swoją odrębność, trwający wbrew opinii historiografów i polityków. Stasiukowi nie daje spokoju zdjęcie z 1921 r. przedstawiające niewidomego skrzypka cygańskiego prowadzonego przez syna – kilkunastoletniego chłopca. Rozbudza jego wyobraźnię i zmusza do powrotu do Abony na Węgrzech i szukania śladów tamtych lat.



Trudno zaliczyć tę książkę do jakiegoś jednego gatunku, najbliższa jest chyba reportarzewi. Jest pisana pięknym językiem, jest w niej dużo ciepłego poczucia humoru, niekiedy dosadnych słów, ale przede wszystkim są refleksje nad życiem, czasem, historią i przemijaniem.

Kiedy po lekturze odkładałem na półkę „Jadąc do Babadag” – pomyślałem, że teraz, w czasach globalizacji i jednoczącej się Europy, trudno jest napisać coś lepszego o podróży do miejsc zapomnianych, do krajów zastygłych w przeszłości, od dziesiątków lat uważanych za zapóźnione, prymitywne i zacofane – do ich historii i do świadomości ludzi kraje te zamieszkujących.

Lech Zimnoch

(Autor jest prof. – kierownikiem Zakładu Patomorfologii Lekarskiej AMB).



Informacje

Dr
Krystyna Pawlak

z Kliniki Nefrologii
i Transplantologii
z Ośrodkiem Dializ

oraz

dr hab.
Dariusz Pawlak

z Zakładu Farmakodynamiki

zostali wyróżnieni za cykl prac dotyczących udziału stresu oksydacyjnego w rozwoju zmian miażdżycowych u pacjentów leczonych hemodializami. **Uroczystość wręczenia nagród naukowych Wydziału Medycznego Polskiej Akademii Nauk** odbyła się 6 grudnia 2005 roku w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie.



Przeczytane

Polskie pielęgniarki, które ukończyły liceum lub studia licencjackie nie będą mogły być zatrudniane w Unii Europejskiej na stanowiskach pielęgniarek, a jedynie asystentek. Podziękowania za taki stan rzeczy powinny kierować do autorów unijnej dyrektywy, już zresztą oprostowanej przez nasz rząd. Protestują też same pielęgniarki, nie bez racji dowodząc, że pielęgniarka legitymująca się licencjatem spełnia wszystkie wymogi określone dość przecież rygorystycznymi przepisami unijnymi. Skutkiem takich regulacji →

mogą być utrudnienia przy zdobywaniu przez nasze pielęgniarki pracy w krajach UE.

Dodajmy, że od 1 maja 2004 r. do pracy krajach Unii wyjechało już ponad 160 pielęgniarek z białostockiej izby.

Widocznie komuś te wyjazdy przeszkadzały. Swoją drogą jak tak dalej pójdzie, to lekarz będzie musiał się zwracać do pielęgniarki per „pani doktor”, co byłoby może zabawne, gdyby nie bijący w oczy idiotyzm całej sytuacji.



Są tacy ludzie, którzy przez całe swoje życie nie wysuwają nosa poza rodzinną miejscowość. Są i tacy, którzy często podróżują, zaspokajając ciekawość świata i ludzi. Są też tacy, którzy podróżują, chociaż akurat nie ciekawi ich nic specjalnego. Ot, po prostu dlatego, że kilka szpitali w województwie nie może się dogadać w sprawie ich hospitalizacji.

Tak właśnie było w przypadku Kazimierza N. z Goniądza, który krążył przez trzy dni pomiędzy szpitalami w Grajewie, Łomży i Białymstoku. Pokonał w tym czasie 400 kilometrów (oczywiście w karetce), zaś powodem całej eskapady były kamienie żółciowe oraz rozrusznik serca, który zepsuł się akurat w momencie, w którym podjęto decyzję o operacji. Choć akurat wiadomość o awarii rozrusznika okazała się wcale nie taka pewna, skoro inaczej całą sytuację ocenili lekarze ze szpitala w Grajewie, a inaczej lekarz ze szpitala MSWiA w Białymstoku. Jak ocenili sytuację lekarze ze Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku trudno powiedzieć, choć z kronikarskiego obowiązku warto wspomnieć, iż pacjent trafił w tzw. międzyczasie również tam.

Nie ma większego sensu opowiadanie poszczególnych etapów tej podróży, jednak jej podsumowanie robi wrażenie: 75-letni człowiek przez trzy dni krążył w erce pomiędzy trzema miastami, przejechał ponad 400 kilometrów, i co chyba najważniejsze – nadal żyje.

A mieszkańcy mijanych przez karetkę miejscowości cmokali z aprobatą widząc, że nasza służba zdrowia ma się coraz lepiej, skoro karetki tak często przejeżdżają nawet przez najbardziej zdawałoby się zapadłe wioski.



Nie jest tajemnicą, iż zdarzają się wypadki, gdy w białostockich szpitalach brakuje krwi do zabiegów. Zresztą nie tylko w białostockich, bo bynajmniej nie stanowią one jakiegoś wyjątku w skali kraju. Po likwidacji centrów krwiodawstwa, szpitale krew muszą zamawiać zbiorczo lub nawet indywidualnie do każdego zabiegu. Sęk w tym, że zamówionej krwi szpitale nie mogą zwrócić. Taki system. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa musi bowiem czuwać nad jakością tego bezcennego leku, a po wydaniu go nie ma już takiej możliwości. W efekcie więc możliwa jest – przynajmniej teoretycznie – taka sytuacja, w której zamówiona krew z różnych powodów niewykorzystana trafia do zlewu. Na temat konkretnych wypadków w

innym tonie wypowiadają się proszący o anonimowość lekarze pracujący na blokach operacyjnych, w innym zaś dyrektorzy szpitali. Ci pierwsi nieoficjalnie przyznają, że przypadki wylewania niepotrzebnej krwi mają miejsce, ci drudzy zaś zarzekają się, że to niemożliwe.

System jest na tyle dziurawy, że wiara w to, że nie marnuje się ani kropelka krwi należy już jedynie do urzędowych prerogatyw dyrektorów szpitali. Nikt inny nie musi w to wierzyć, więc tego nie robi.

I tak krew z poświęceniem przez kogoś oddana jest następnie wylewana. Marne są szanse, że braki w jej zapasach wypełni krew, która zalewa wszystkich czytających o tym procederze.



Jako że w Polsce ustawa o ratownictwie medycznym staje w centrum zainteresowania mediów i rządzących tylko przy okazji wielkich tragedii, odnotowaliśmy ostatnio gwałtowne ruchy legislacyjne, które ponoć tym razem już na pewno doprowadzą do jej uchwalenia. Pożyjemy, zobaczymy?

Jednak na razie z braku materiału nie możemy jeszcze oceniać przyjętej przez miłościwie nam panujący Sejm ustawy, dlatego warto pochylić się nad projektem. Tutaj zaś mamy kilka pomysłów, które niekoniecznie podobają się fachowcom, na co dzień zajmującym się ratownictwem. Wśród nich największe kontrowersje budzi pomysł kierowania do wypadku zespołów ratowniczych, w których nie będzie... lekarzy. Ich miejsce mają zająć wyszkoleni ratownicy medyczni, którzy po przybyciu na miejsce ocenią, jakiej specjalności lekarza trzeba wezwać. Lista lekarzy gotowych do przyjęcia wezwania ma być stworzona i co miesiąc aktualizowana przez pracowników wojewody.

Co najciekawsze, twórcy ustawy milcząco zakładają, że lekarze ci będą gotowi do fachowej interwencji non stop, nie przebywając jednocześnie na dyżurze.

Może to problem wydumany – ale można się chyba zastanowić, co będzie, gdy lekarz zostanie wezwany np. podczas świętowania chrzcin? Oczywiście wiadomo, że przypadków lekarzy, którzy po pracy urczą się gramem alkoholu będzie niewiele (bo jak wiadomo jest to środowisko raczej abstynenckie), ale co zrobić z tymi, którzy akurat będą przebywali np. w kinie doprawdy nie wiadomo, a przecież kinomanów mamy wśród lekarzy bardzo wielu. No cóż, niektórzy z nich będą musieli polubić jeszcze horrory.

SPROSTOWANIE

W nr.1(36) *Medyka Białostockiego* w tekście „*Badacz mózgu – prof. Maksymilian Rose*” na str. 18 w zdaniu „Zadaniem, którym najwięcej się szczylił i które najwięcej pochłaniało mu czasu i myśli było opracowanie cytoarchitektoniki mózgu Marszałka Józefa Piłsudskiego (Cunge1928)” wkraśl się błąd rzeczowy. Winno być (Cunge1938).

Za błąd przepraszają autorzy: **M. Sopek i M. Szkudlarek.**





Młody Medyk



W TYM NUMERZE CZYTAJ:

Zbliża się staż podyplomowy
⇒ str. 39

Dzień z życia zadymionego
⇒ str. 42

Było be, będzie cacu
Pytanie do...

⇒ str. 38

Zaburzenia odżywiania
⇒ str. 40

Uklęci strzałą Amora
⇒ str. 44

Nie ma chyba osoby, która nie narzekałaby na tegoroczną zimą. Zaszronione okna samochodów, zamrażnięte drzwi autobusów, totalna porażka komunikacji miejskiej i drogowców, zeszlone spojówki przechodniów... A pomyśleć, że kiedyś zimy były o wiele bardziej mroźne.

W tym numerze *Młodego Medyka* kolejne pytanie zadane przez naszą redakcję. Tym razem na celowniku pojawiła się Dyrektorka Biblioteki Głównej. Kontrowersje wokół prześlicznej biblioteki znajdziecie w dziale – „Pytanie do...”.

Tym, którzy w tym roku rozpoczynają staż podyplomowy serdecznie polecam skrót najważniejszych informacji dotyczących aspektów formalno-prawnych i ekonomicznych przyszłej pracy – „Repetytorium stażowe”.

Ponieważ w dzisiejszych czasach coraz modniejsze stają się deklaracje: „Ja walentynek nie obchodzę”, nasza redakcja przekornie podpytała niektórych naukowców, jak to bywa z tą miłością? I co się okazało? Profesor Skowroński i prof. Bodzenta-Lukaszuk są skorzy do gwałtownych uczuć. Ba... nawet można oczarować ich od razu. Przy doc. Szamatowiczu trzeba trochę popracować, ale jak już się rozkręci... Docent Kędra gotów jest nawet do miłości platońskiej... Więcej czytajcie w dziale „On Air”.

Mimo że tłusty czwartek już za nami i większość z nas nie miała dylematu „zjeść, czy nie zjeść pączka”, pamiętajmy o tych, którym jedzenie nie kojarzy się z przyjemnością. Jeżeli, kogoś z Was bezpośrednio dotyczy ten problem lub jesteście zainteresowani zaburzeniami odżywiania – serdecznie namawiam do przeczytania artykułu Ani Kamockiej – „Jeść czy nie jeść”.

Nadszedł czas na tzw. ostatki. Choć akademiki nawet w czasie postu będą dudniły od muzyki i nikt nie zrezygnuje z organizowania imprez posypując swoją głowę popiołem, wszystkim oddającym się uciezce tanecznej redakcja *Młodego Medyka* życzy niezapomnianej zabawy.

Patrycja Szamborska



Pytanie do...

Dyrektor Biblioteki

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

Irytuje nas pogłębiający się z roku na rok brak książek! W wypożyczalni dostępne są jedynie pojedyncze egzemplarze. W trakcie wypożyczeń przed biblioteką tworzą się gigantyczne kolejki. Tworzą się również listy. Desperaci koczują od świtu, aby dostać lepszą, nowszą pozycję. Jest to konieczne, bowiem w trakcie egzaminów zarzuca się nam, że nacztyliśmy się książek sprzed trzydziestu lat i powtarzamy te same nieaktualne informacje. Problem dotyczy wszystkich żaków i wszystkich kierunków.

W czytelni sytuacja nie wygląda lepiej. Książka jest jedna albo nie ma jej wcale...?

Liczby pokazują, że po 2002 roku liczba kupowanych podręczników nie wygląda optymistycznie.

I tak:

w roku 2001	zostało zakupionych 1889 podręczników na sumę 80816,28
w roku 2002	- 1739 vol. na sumę 83312,35
w roku 2003	- 515 vol. na sumę 17925,55
w roku 2004	- 897 vol. na sumę 38407,85
w roku 2005	- 1057 vol. na sumę 46701,83

Konia z rzędem temu, kto zrozumie dlaczego tak się dzieje? Pragnę zwrócić uwagę, że na naszej uczelni tworzone są nowe kierunki, przybywa studentów, kształceni są studenci anglojęzyczni. Biblioteka oprócz tego, że powinna być ładna, powinna być również dobrze zaopatrzona w książki. Obecna sytuacja nie przynosi nam chluby, a przede wszystkim jest coraz większym utrapieniem dla studentów.

Pojawiające się na stronie Biblioteki nowe bazy danych są na pewno ogromną pomocą dla pracowników naukowych, studentom jednak na etapie studiów potrzebne są podręczniki. Od czegoś przecież trzeba zacząć?

Dlaczego pomimo większej liczby studentów i powstających nowych kierunków dokonuje się tak mizernych zakupów książek? Dlaczego na Radzie Bibliotecznej wystąpiła Pani z propozycją przekazania wszystkich zaoszczędzonych w roku 2004 pieniędzy na magazynowanie zwarte? Czy piękne magazyny są ważniejsze od podstawowych potrzeb studentów? Z czego pochodzą zaoszczędzone fundusze?

Student (Imię i nazwisko znane redakcji)

Odpowiada

Danuta

Dąbrowska-Charytoniuk

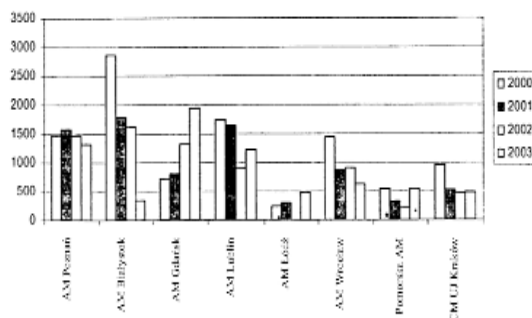
p.o. Dyrektor Biblioteki Głównej AMB

Jednym z zadań biblioteki akademickiej jest gromadzenie i wypożyczanie podręczników. Nie ma w tym nic dziwnego, że każdy student chciałby, aby biblioteka zabezpieczyła mu komplet podręczników. Niestety żadna biblioteka nie jest w stanie zrealizować takich oczekiwań.

Poniżej przedstawiam wykres ilustrujący wpływ podręczników w poszczególnych bibliotekach akademii medycznych w latach 2000-2003 oraz tabelę z liczbą studentów i wskaźnikiem zakupu na studenta.

Wykres pokazuje, że w latach 2000-2002 zakupiliśmy rekordową liczbę podręczników w porównaniu z innymi akademiami medycznymi.

Roczne wpływy podręczników i skryptów w bibliotekach uczelni medycznych w latach 2000-2003



Źródło: Anna Grygorowicz, Małgorzata Gorczewska, Kamila Mamorska, Gromadzenie zbiorów w polskich bibliotekach medycznych w latach 2000-2003 - Analiza wyników ankiety. W: XXIII Konferencja Problematyka Bibliotek Medycznych s. 17

Od 2003 roku nabywamy znacznie mniej egzemplarzy jednego tytułu. Najczęściej od dziesięciu do dwudziestu pięciu, rzadko czterdzieści, sporadycznie pięćdziesiąt.

Przed 2003 rokiem do zbiorów włączano po sto, a nawet dwieście czterdzieści książek tego samego tytułu. Było to bardzo kosztowne i nieracjonalne. Często po dwóch-trzech latach ukazywało się nowe zmienione wydanie, wówczas kupowano tylko kilka książek.

W efekcie aktualne wydanie było dostępne w kilku, czasem kilkunastu woluminach, zaś dwieście tomów zalegało na półkach, a studenci na kilka dni przed terminem wypożyczeń tworzyli listy kolejkowe, aby dostać te najnowsze egzemplarze.

Zmieniony we wrześniu 2003 r. regulamin wypożyczeń zwiększył obieg podręczników. Notujemy stały wzrost wypożyczeń przez studentów. 2003 r. – 24 421, 2004 r. – 34 620, 2005 r. – 38 098.

Aby uchronić się przed nietrafionymi zakupami zwróciłam się do wykładowców z prośbą o wskazanie obowiązujących podręczników oraz literatury zalecaniej. Na podstawie otrzymanych wykazów literatury dokupimy brakujące pozycje.

Biblioteka AM	Podręczniki	Liczba studentów	Średnio na 1 studenta w l. 2000-2003	Średnio na 1 studenta w roku
Białystok	6500	3700	1,76	0,44
Poznań	6100	6800	0,90	0,23
Lublin	5500	5000	1,1	0,28
Gdańsk	4700	5000	0,94	0,24
Wrocław	3900	5000	0,78	0,20
Kraków	2500	8000	0,31	0,08
Szczecin	1500	2420	0,62	0,16
Łódź	1000	6000	0,16	0,04

Repetytorium stażowe



Od roku pracuję nad projektem modernizacji czytelnicy studenckiej. W nowej czytelnicy liczba książek wzrosła ponad dwukrotnie. Aktualnie, ze względu na brak miejsca, do czytelnicy włączamy zwykle po dwa egzemplarze tego samego tytułu.

Jak zaoszczędziłam środki na system zwarłego magazynowania

- od 2003 r. książki kupujemy z rabatem do 30%
- do zbiorów archiwalnych zaprzestano kupowania literatury popularnonaukowej, poradników dla pacjentów oraz literatury pięknej. Kupujemy wyłącznie książki naukowe zgodnie z potrzebami kadry naukowej i studentów;
- zaprzestano wysyłania nieodpłatnie kopii artykułów w ramach wypożyczeń międzybibliotecznych (oszczędność ok. 10 tys. zł rocznie);
- główne źródła oszczędności wiążą się z przystąpieniem biblioteki do konsorcjów udostępniających bazy danych oraz włączeniem się do projektu elektronicznego przesyłania kopii dokumentów – doc@med. Zaprenumerowanie przez bibliotekę wszystkich tytułów czasopism, z których korzystają nasi naukowcy w bazach, kosztowałoby Bibliotekę ponad 800 tys. zł rocznie.



O korzyściach ze zwarłego magazynowania

Zainstalowanie systemu zwarłego magazynowania zwiększy o blisko 50% pojemność magazynu. Ponadto umożliwi uruchomienie komputerowej rezerwacji podręczników przez studentów. Informatycznie do wdrożenia tej usługi jesteśmy gotowi od kilku lat, jednak ze względu na przeładowanie magazynu nie można jej uruchomić. Zdalna rezerwacja książek rozwiąże również problem kolejek i koczowania od świtu przed wypożyczalnią. Podręczniki będzie można zamówić przez Internet z dowolnego komputera.

Komentarz Było be, będzie cacy!

Najważniejsze informacje, dotyczące odbywania stażu podyplomowego przez lekarza.

Czas trwania stażu

Staż podyplomowy trwa 13 miesięcy. Zasady odbywania stażu podyplomowego normuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa. (Dz. U. Nr 57, poz. 553)

Staż rozpoczyna się każdego roku 1 października albo 1 marca. Często jednak już przed tym terminem odbywają się w szpitalach szkolenia, np. z BHP. Szkolenia te są obowiązkowe i musi wziąć w nich udział każdy lekarz stażysta. Warto więc wcześniej w szpitalu w którym będziemy odbywać staż podyplomowy zasięgnąć informacji odnośnie terminu szkolenia.

Gdzie odbyć staż?

Miejsca stażowe przydziela Okręgowa Izba Lekarska odpowiednia do miejsca odbywania stażu. Na decyzję OIL, zgodną lub nie z naszymi preferencjami ma wpływ średnia ocen z całego okresu studiów (potwierdzona przez dziekanat!) oraz ewentualne opinie jakie mogą wystawić stażystom opiekunowie kół naukowych, kierownicy oddziałów lub klinik, w których udzielali się będąc studentami. Opinie należy złożyć w OIL wraz z dokumentami, składanymi przy ubieganiu się o staż podyplomowy.

Co i kiedy w Okręgowej Izbie Lekarskiej?

Na staż zapisujemy się w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej (OIL). Należy przygotować następujące dokumenty:

1. Wniosek o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza/ lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do rejestru okręgowej izby lekarskiej – **wydawany przez OIT (tzw. wniosek W1)**
2. Odpis dyplomu ukończenia uczelni.
3. Zaświadczenie z uczelni o średniej ze studiów.
4. Kserokopia dokumentu tożsamości (2 pierwsze strony dowodu osobistego).
5. Dowód zmiany nazwiska (o ile jest konieczny).
6. Potwierdzenie stałego zameldowania na terenie województwa
7. Kserokopia decyzji o nadaniu NIP.
8. Zaświadczenie o stanie zdrowia.

O terminie składania powyższych dokumentów dowiedzieć się więcej można na stronach Okręgowych Izb Lekarskich.

Umowa o pracę i wynagrodzenie

Lekarz stażysta zatrudniany jest na podstawie umowy o pracę na czas określony. Otrzymuje on zasadnicze wynagrodzenie miesięczne przez cały okres odbywania stażu w wysokości 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia poprzedzającego rok, w którym lekarz

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



rozpoczyna staż. W roku akademickim 2005/2006 było to, **1.403 zł. brutto, 968 zł netto**. Od pensji odprowadzamy jako stażyści 10 zł miesięcznie na izby lekarskie.

Lekarz stażysta zobowiązany jest do odbycia miesięcznie sześciu dyżurów. W ustawie nie ma nic o ich długości, ale możemy przyjąć, że chodzi o dyżury 16 godzinne. Dyżury odbywane są w aktualnym miejscu stażu (oddziale, klinice, pogotowiu ratunkowym, itp.). Za dyżury stawka wynosi 50% stawki godzinowej. (Godzinową stawkę zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego stażysty ustala się zgodnie z zasadami ustalonymi w art. 32j ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408, z późn. zm.). Kwoty płacone przez szpitale mogą się nieznacznie różnić.

Praca

Zakres zdobywanych umiejętności reguluje „ramowy program stażu podyplomowego” stanowiący załącznik do rozporządzenia ministra. Na staż podyplomowy składają się staże cząstkowe (m.in. z chorób wewnętrznych i krwiolecznictwa, chirurgii ogólnej, intensywnej terapii) i obowiązkowe szkolenia (m.in. z orzecznictwa lekarskiego, bioetyki, prawa medycznego i problematyki HIV/AIDS).

Opiekę nad stażystą sprawuje koordynator szkolenia stażysty. Każdy lekarz stażysta rozpoczynając staż podyplomowy otrzymuje tzw. Kartę Stażu Podyplomowego. Jest w niej miejsce na potwierdzenie zaliczenia każdego ze staży cząstkowych. Staż cząstkowy zalicza kierownik oddziału bądź kliniki wpisując zaliczenie we właściwe miejsce Karty Stażu Podyplomowego.

Co po stażu?

Zaliczenie stażu potwierdza właściwa Okręgowa Rada Lekarska i dokonuje odpowiedniego wpisu do wniosku lekarza o przyznanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu.

Staż podyplomowy kończy się Lekarskim Egzaminem Państwowym. Egzamin odbywa się jednocześnie w całym kraju w miejscach ustalonych przez dyrektora CEM w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Dla stażu rozpoczętego 1 października dzień egzaminu przypada na 15 listopada, zaś dla stażu, który zaczął się 1 marca roku poprzedniego egzamin będzie 15 kwietnia

Przydatne portale internetowe:

www.mz.gov.pl – strona Ministerstwa Zdrowia – można na niej znaleźć rozporządzenie ministra dotyczące stażu podyplomowego
www.nil.org.pl – strona Naczelnej Izby Lekarskiej gdzie można znaleźć info o Okręgowej Izbie Lekarskiej, której podlegamy.
www.mlodylekarz.pl – najczęściej zadawane pytania dotyczące stażu, LEP i specjalizacji
www.cem.edu.pl

Jeść...

„**P**rofilaktyka Zaburzeń Odżywiania Wśród Młodzieży” – to tematyka II Ogólnopolskich Warsztatów Szkoleniowych, które odbyły się w grudniu, ubiegłego roku, w Warszawie. Organizacją zajęły się Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland oraz Podlaskie Stowarzyszenie Pomocy Psychologicznej, Psychoprofilaktyki i Psychoedukacji.

Jako Koordynator Ogólnopolskiego Projektu „Zaburzenia Odżywiania”, miałam przyjemność poprowadzić te warsztaty wraz z mgr Anetą Wróblewską – członkiem Polskiego Towarzystwa Choreoterapii, pracownicą NZOZ Ośrodka Psychoterapii Medycznej.

Kompendium zaburzeń odżywiania

ANOREKSJA

- spadek masy ciała o co najmniej 15% wagi oczekiwanej dla wieku i wzrostu
- lęk przed utyciem mimo znacznej niedowagi
- zaburzona interpretacja kształtu i ciężaru własnego ciała
- nieobecność co najmniej 3 cykli menstruacyjnych
- rozwój choroby – gł. 13-15 r.ż.

BULIMIA

- nawracające epizody objadania się o charakterystycznym przebiegu, występujące co najmniej 2 razy w tygodniu przez 3 miesiące
- zachowania mające na celu zapobieganie wzrostowi masy ciała podczas napadów objadania (prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, głodzenie się, intensywne ćwiczenia fizyczne)
- nadmierny wpływ kształtów i ciężaru ciała na samoocenę
- możliwe zaburzenia cyklu miesięcznego
- rozwój choroby – gł. 17-21 r.ż.

KOMPULSYWNE OBJADANIE SIĘ

- powtarzające się napady niekontrolowanego objadania
- nie stosowanie destruktywnych metod obniżania wagi
- nadwaga i zmniejszenie aktywności fizycznej
- unikanie jedzenia w towarzystwie
- niska samoocena

czy nie jeść ???



Problem anoreksji, bulimii czy kompulsywnego objadania się jest często u nas lekceważony. W krajach gdzie zauważono już problem mówi się, że zjawisko to przyjmuje rozmiary epidemii. Spora część naszego społeczeństwa nie zauważa niebezpieczeństwa, a tymczasem już jeden procent polskich nastolatków choruje na anoreksję, a około osiem procent na bulimię.

Pełną parą

Pomysł projektu zrodził się dwa lata temu, kiedy nawiązaliśmy kontakt z Ośrodkiem Psychoterapii Medycznej w Białymstoku. Funkcję opiekuna merytorycznego objął Jacek Sochacki – psycholog kliniczny i psychoterapeuta. To głównie dzięki niemu i jego pracownikom projekt ruszył od razu pełną parą. W marcu i kwietniu 2004r. zorganizowaliśmy w Ośrodku warsztaty dotyczące problematyki zaburzeń odży-

cie zajęć staramy się uświadomić nastolatkom, grupie najbardziej podatnej na zaburzenia odżywiania, co – poza trywialnymi sensacjami z okładek kolorowych czasopism – kryje się pod takimi hasłami jak: anoreksja, bulimia czy kompulsywne objadanie się. Podkreślamy konsekwencje nieracjonalnych zachowań w dążeniu do utrzymania idealnej sylwetki, walczymy z mitami i przesadami, dostarczamy adresy punktów pomocy.

Zaangażowanie

W międzyczasie inne oddziały IFMSA-Poland rozpoczęły przygotowania do realizacji projektu w swoich miastach. Projekt rozwinął się na skalę ogólnopolską. W trakcie Zjazdu Delegatów w Białymstoku, 8-10 IV 2005r., udało nam się zorganizować I Ogólnopolskie Warsztaty Szkoleniowe „Profilaktyka Zaburzeń Odżywiania Wśród Młodzieży”. Poprowa-



Fot. I Ogólnopolskie Warsztaty „Profilaktyka Zaburzeń Odżywiania Wśród Młodzieży“.

wiania oraz warsztaty przygotowujące do prowadzenia zajęć psychoprofilaktycznych w szkołach średnich – peer education. Zainteresowanie było ogromne.

Skąd tak duże zaangażowanie studentów AMB? Po pierwsze – w szpitalach stykamy się z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania, więc jako przyszli lekarze potrzebujemy więcej informacji dotyczących tych chorób. Rozumiejąc mechanizmy rozwoju choroby, schematy myślenia i zachowania pacjentek będzie nam łatwiej w przyszłości rozpoznawać chorobę. Po drugie – statystyki dowodzą, że studentki medycyny stanowią grupę wysokiego ryzyka wystąpienia tych schorzeń.

Nieracjonalne zachowania

W listopadzie 2004r. rozpoczęliśmy realizację projektu w szkołach średnich. To dzięki ogromnemu zaangażowaniu moich „współedukatorek” – Marty Skrodzkiej, Elizy Augustyniak oraz Karoliny Kossakowskiej – udało nam się dokonać rzeczy na pozór niemożliwych. W ciągu tylko jednego roku szkolnego w naszych zajęciach psychoprofilaktyki zaburzeń odżywiania uczestniczyło ponad 1600 uczniów z czterech liceów Białegostoku: III, XI, II oraz VII. W trak-

dził je psychoterapeuta Jacek Sochacki oraz mgr Aneta Wróblewska, a uczestniczyli w nich studenci reprezentujący praktycznie wszystkie uczelnie medyczne Polski. Na efekty nie trzeba było długo czekać – liczba zapaleńców do prowadzenia naszego projektu w innych miastach Polski rośnie. Zorganizowaliśmy więc drugie już warsztaty, tym razem w Warszawie. Spotkali się tam studenci AM Białystok, AM Lublin, UM Łódź, PAM Szczecin, AM Warszawa i AM Wrocław.

Projekt nie mógłby zaistnieć gdybym nie spotkała na swojej drodze tylu ludzi wrażliwych na potrzeby drugiego człowieka, aktywnych, niezawodnych, zawsze pomocnych. Takich osób było bardzo wiele i za to wszystko bardzo im dziękuję.

Alteri vivas oportet, si vis tibi vivere – ciesz się, że tak wielu ludzi właśnie tak żyje.

Anna Kamocka



Więcej informacji
o projekcie:
www.ifmsa.amb.edu.pl

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



Haust powietrza i haust dymu

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

Dzień z życia niepalącego

Poniedziałek

7:20

Jak co rano spieszę się do mojej ukochanej Alma Mater by podjąć trud nauki. Przed wejściem do PSK-a czeka już na mnie tłum **nikotynomaniaków**. Szary dym zasłania mi oczy. Starając się nie oddychać, próbuję zlokalizować drzwi. Uff... udało się. Nabieram haust powietrza!

7:40

Czekam przed szatnią na resztę grupy. Staram się nie zbłądzić w okolice sklepiku, bo niestety od rana czuć tam papierosy. Nieprzyjemna woń dociera wszędzie. Może lepiej oddalić się już w kierunku klinik?

7:45

Wchodząc po schodach robię co mogę by zmniejszyć do minimum częstość oddechów na minutę. Ciemniej mi przed oczami, ale gdybym oddychał częściej gryzący dym niechybnie podrażniłby moje alergiczne drogi oddechowe. Skutek byłby gorszy. Na każdym półpiętrze porzucane są niedopałki. Marzę by znaleźć się już przed kliniką.

7:55

Nie mam szczęścia. Ktoś przed chwilą palił na korytarzu. Wszędzie smrodliwie i popielatoszaro. Odczuwam mdłości. Otwieram na oścież okno i mimo siarczystego mrozu wystawiam głowę na zewnątrz. Lepiej się już przeziębicie!

8:00

Bogu dzięki! Zaczynam ćwiczenia...

9:30

Mamy 15 minut na kawę i drugie śniadanie. Zbiegamy klatką schodową do sklepiku. Staramy się to zrobić jak najszybciej, żeby nie przesiąknąć smrodem do szpiku kości. Byłbym liderem wyścigu, ale sprawę utrudnia „zasłona dymna”.

9:35

Kupiłem sobie kawę i kanapkę, ale nie dam rady jej zjeść w miejscu na to przeznaczonym. Fetor papierosów dochodzi z obu klatek schodowych i skupia się w okolicach sklepiku. Idę jeść koło szatni.

9:40

Fetor chyba wpadł na ten sam pomysł. Może lepiej zejść w drodze do



kliniki, ale jak pomyślę co się dzieje na schodach? Odechciewa mi się jeść, wyrzucam pół kanapki do kosza!

9:41

Postanowiłem pójść do ogólnej toalety i odrzuciło mnie już od progu. W sedesie pływają niedopałki. Powoli dostaję migreny od tych smrodów.

12:00

Koniec ćwiczeń na dziś. Idziemy na wykłady.

12:30

Pod budynkiem Anatomii Patologicznej kłębią się tłumy „zadymiarzy”. Znow z trudem, prawie po omacku lokalizuję drzwi.

12:40

Próbuję wejść do męskiej toalety. Niestety znow mam pecha. Część nałogowców, chyba zmarzlaków, postanowiła, że mimo mrozu nie zrezygnuje z dymka. Zaczynam się dusić.

13:00

Na wykładzie pokazują nam zmiany w płucach spowodowane dymem papierosowym. Mówią o innych nieprzyjemnych skutkach palenia. Próbuję zgadnąć ile papierosów „wypaliłem”, w taki sposób jak dziś, od początku studiów? Zaczynam zastanawiać się nad tym, dlaczego mój organizm, od zawsze nienawidzący dymu i tego charakterystycznego smrodu, musi odpowiadać za to co robią inni? Dlaczego nie można kogoś zabić nożem, pistoletem czy innym narzędziem, a można powolutku i bez konsekwencji uśmiercać innych papierosem?!!

16:00

Wracam do domu i od razu ściągam z siebie śmierdzące petami ciuchy. Wyrzucam je do pralki. Jutro czeka mnie kolejna przeprawa.



I JAK TU PRZEKOWAĆ PACJENTA, ŻE PALENIEM SZKODZI ZDROWIU?...

Crop

Farmakoedukacja po bałkańsku



Serbia. Jeszcze do niedawna to słowo oznaczało dla nas jedynie odległy kraj bałkański na południu Europy u zbiegu dwóch rzek: Dunaju i Sawy, powstały z rozpadu byłej Jugosławii. Teraz, po miesięcznym pobycie w tym kraju, to samo słowo przywołuje w nas wiele miłych wspomnień i kojarzy się z urzekającymi miejscami, otwartymi ludźmi i romantycznymi zachodami słońca nad brzegiem Ada Ciganlija, czy w ruinach Kalemegdan. A wszystko to za sprawą studenckiego programu wymian międzynarodowych, organizowanego przez IPSF (International Pharmaceutical Students' Federation), a koordynowanego na AMB przez Młodą Farmację. Dzięki niemu od 1 do 31.08.2005 roku odbywaliśmy w stolicy Serbii – Belgradzie praktykę farmaceutyczną.



Fot. W laboratorium nowych form farmaceutycznych Centrum Technologii Farmaceutycznej Galeniki.

Czołgi i bomby?

Na wieść o naszym wyjeździe do Serbii często byliśmy pytani, dlaczego akurat tam zdecydowaliśmy się jechać, czy nie boimy się czołgów, bomb? Wielu osobom ten kraj kojarzy się z wojną i wielką tragedią. Możemy wszystkich uspokoić – czołgi owszem były, ale jedynie w muzeum. Współczesny Belgrad to nowoczesne i bezpieczne miasto, z całą pewnością warto zobaczyć. O wyborze tego kraju zdecydowały: ciekawy program wymiany i zachęcające relacje osób, które odbywały tam praktykę w ubiegłych latach.

Biednie nie było

Z Polski pojechaliśmy tam we trójkę: Ewelina Wołczyńska z AM w Warszawie oraz Beata Karpiuk i Darek Rożkiewicz z AM w Białym-

stoku. Już na dworcu w Belgradzie zostaliśmy bardzo ciepło przyjęci i otoczeni opieką przez członków NAPSer (National Association of Pharmacy Students-Serbia & Montenegro). W trójkę zamieszkaliśmy w prywatnym mieszkaniu jednego z nich. Mieliśmy do dyspozycji komfortowe i dobrze wyposażone dwupokojowe mieszkanie z salonem, kuchnią, łazienką i kotem właścicieli. Kot był najczęstszym gościem w naszym mieszkaniu.

Kawusia, maszyny i papierzyska

Przez pięć dni w tygodniu odbywaliśmy praktykę: dwoje z nas w fabryce farmaceutycznej „Galenika” a jedna osoba w aptece.

Praktyka w „Galenice” to była super przygoda. Tak najkrócej można by było podsumować nasze spotkanie z tą firmą. Każdego dnia

uczestniczyliśmy w pracach nowych departamentów, poznawaliśmy całą ścieżkę jaką przechodzi lek, począwszy od momentu jego projektu w komputerze aż do wprowadzenia do obrotu. Typowy początek naszego dnia, to przepisowe kawkowanie. Gdy już uporał się z tym zadaniem, cała nasza międzynarodowa ekipa (serbsko-polsko-fińska) w ogólnym śmiechu i radości udawała się do laboratorium. Tam w pracowni nowych form leku – produkowaliśmy mikropoletki, granulowaliśmy, powlekaliśmy tabletki po to, by na koniec je badać w laboratorium analitycznym, używając najnowszych technologii i procedur. Podczas kolejnych spotkań w fabryce, zastanawialiśmy się jak przenieść produkcję naszych tabletek ze skali laboratoryjnej do półprzemysłowej i przemysłowej. Poznawaliśmy różne maszyny, szlaki technologiczne. Innego dnia z kolei przyglądaliśmy się pracy działu stabilności (gdzie w wielkich komorach, w określonych warunkach środowiskowych, jest sprawdzana trwałość leków) i pracy działu badań przedklinicznych, mieszczącego się przy miejskim szpitalu. Na koniec w dziale zapewnienia i kontroli jakości sprawdzaliśmy, czy wszystkie procedury zostały zachowane i z tymi wszystkimi wynikami udaliśmy się do departamentu rejestracji. Tam zapoznawaliśmy się z różnymi formularzami, druczkami, dokumentami, ustawami – słowem masą dokumentów. Na szczęście nie trwało to zbyt długo i już następnego dnia pokazano nam dział grafiki

ŻYCIE Z PIEPRZEM... ŻYCIE Z PIEPRZEM... ŻYCIE Z PIEPRZEM...



komputerowej, gdzie właśnie opracowywano szatę graficzną opakowania nowego leku. Potem jeszcze był dział promocji i marketingu, gdzie uczestniczyliśmy w spotkaniu z przedstawicielami medycznymi.

A tymczasem w aptece...

Praktyka w aptece polegała natomiast przede wszystkim na sporządzaniu leków recepturowych np. maści, roztworów, proszków. Poza tym pracownicy apteki starali się przekazać nam jak najwięcej informacji o funkcjonowaniu aptek w Serbii, co pozwoliło na wzbogacenie wiedzy o wiadomości z zakresu prawodawstwa farmaceutycznego, rejestracji leków, przechowywania, wydawania produktów leczniczych, prowadzenia rejestru. W aptece była bardzo sympatyczna atmosfera, wszyscy byli bardzo pomocni i życzliwi, dzięki czemu praktyka tam przebiegała bezstresowo, a jednocześnie bardzo ciekawie.

Serbskie rytmy

W wolnym czasie zwiedzaliśmy. Belgrad, to piękne miasto z wieloma zabytkami, obfitujące w muzea, galerie, teatry. Byliśmy pod wrażeniem ruin zamku Kalamegdan, z których rozciągał się przepiękny widok na panoramę całego miasta. Z uwagi na fakt, że dominującą tam religią jest prawosławie, w Serbii jest wiele cerkwi i monasterów. Byliśmy w kilku, między innymi w trzeciej co do wielkości na świecie prawosławnej świątyni Św. Sawy. W upalne dni jeździliśmy na plażę, a wieczorami wraz z innymi studentami odbywającymi w Serbii praktykę farmaceutyczną (m.in. z Finlandii, Hiszpanii, Portugalii i Rumunii) oraz członkami NAPSer spędzaliśmy czas w przytulnych kafejkach i dyskotekach, gdzie bawiliśmy się w rytmach serbskiej muzyki! Jedną z atrakcji był także BeerFest i open-air techno party Heinekena, na które przybyło kilka tysięcy osób. Wyżywienie musieliśmy zorganizować we własnym zakresie, ale z racji tego, że ceny produktów spożywczych były niemal identyczne jak w Polsce, nie stanowiło to problemu.

Z sentymentem i uśmiechem wspominamy nasz pobyt w Serbii. Wróciliśmy do Polski pełni nowych wrażeń, bogatsi w ciekawe doświadczenia i nowe znajomości. Na pewno nigdy nie zapomnimy spędzonego tam czasu i wszystkim, którzy rozważają możliwość skorzystania z programu SEP polecamy wyjazd do Serbii.

**Beata Karpiuk
Darek Rożkiewicz**

Aktualne informacje dotyczące możliwości wyjazdu studentów Farmacji aptecznej AMB (nie tylko do Serbii) uzyskasz pisząc na adres: mfarma@amb.edu.pl.

Czy wierzysz



Prof.
Jan Skowroński
– *Klinika
Ortopedii
i Traumatologii.*

Prof.
J. Skowroński:
Jeżeli ufać ostatnim odkryciom neurochemii, to wierzę.

M. M.: A przeżył pan taką miłość?

Prof. J. Skowroński:

Czy przeżyłem? Pewnie tak... w zamierzczłej przeszłości.

M. M.: Czy taka miłość dodaje skrzydeł w pracy naukowej?

Prof. J. Skowroński:

Praca naukowa nie idzie w parze zazwyczaj z tą super młodością, ale sądzę, że dobrze ulokowane uczucie uskrzydla.

M. M.: Pana uskrzydliło?

Prof. J. Skowroński:

Można powiedzieć, że w okresie studenckim mnie czasami miłość uskrzydlała.



Doc.
Jacek Szamatowicz –
Klinika Ginekologii.

Nie wierzę w miłość od pierwszego spojrzenia. To może być tylko zafascynowanie. Ja w każdym bądź razie nigdy takiej miłości

nie przeżyłem. Owszem zdarzało mi się zauroczenie. Coś tam zaiskrzyło między mną a dziewczyną, ale to nie była miłość. Ja mam taką przypadłość, że wolno się rozkręcam, ale jak już się rozpędzę... to trudno mnie zatrzymać.

Zauroczenia tak naprawdę przeszkadzają w pracy naukowej. Potwornie rozpraszają. Kiedy wykonywaliśmy doświadczenia wszystko się przedłużało i na wyniki trzeba było

długo czekać. Ale powiem jeszcze inną rzecz – nauka to jest taka kobieta, którą można pokopać, zostawić, wyrzucić i zawsze do niej wrócić, i ona zawsze ciebie przyjmie. Nauka jest właśnie taką specyficzną kobietą.



w miłość od pierwszego wejrzenia?



Dr **Karol Kamiński**
– *Klinika Kardiologii.*

Dr K. Kamiński: Wierzę w fascynację od pierwszego spojrzenia, a ona może się przerodzić w wielką miłość, taką na całe życie. Sam przeżyłem takie zauroczenie, które przerodziło się w miłość. A kiedy już jest miłość, pojawia się cel i wszystko odnajduje swoje miejsce. Ma swój porządek. W przeciwnym razie wszystko zaczyna się mieszać.

M. M.: Miłość dodaje skrzydeł?
Dr K. Kamiński: Bez wątplenia. Sprawia, iż człowiek odnajduje właściwą kolejność w życiu. To ona daje radość i pozwala rozwijać się w pracy. Miłość pokazuje co jest w życiu najważniejsze.



Prof.
Anna Bodzenta-Łukaszuk
– *Klinika Alergologii.*

Prof. A. Bodzenta-Łukaszuk: Oczywiście, jestem jej „przypadkiem”. Było to uczucie do mojego męża i trwa ono już dwadzieścia jeden lat. Myślę, że ta miłość od pierwszego wejrzenia była też z jego strony. A może to było tylko zauroczenie? Trudno znaleźć tę

granice. Między ludźmi jest jednak coś chemicznego, co przyciąga do siebie i oddziałuje.

M. M.: Czy taka miłość pomaga w pracy naukowej?

Prof. A. Bodzenta-Łukaszuk: Trudne pytanie. Myślę, że dodaje skrzydeł. Jednak tylko w takich okolicznościach, gdy ta druga osoba ma podobne zainteresowania. Muszą też być ustępstwa. Nie może być tak, że i jedna i druga osoba równocześnie realizują swoje zamiłowania naukowe. Wtedy odbywa się to kosztem kogoś. Mój mąż na pewnym etapie powiedział „dwóch naukowców w domu to trochę za dużo”. Stwierdził, że skoro jestem bardziej zaawansowana w pracy naukowej, to ja będę ją kontynuowała. Myślę jednak, że miłość pomaga w realizacji wspólnych planów, wspólnych marzeń. Miłość od pierwszego spojrzenia to niesamowite uczucie i dotyczy ludzi w każdym wieku. Mówię to na podstawie obserwacji swoich pacjentów. Sądzę, że szczęśliwym człowiekiem jest ta osoba, która coś takiego przeżyła.



Prof. **Janusz Dzieciol**
– *Zakład Anatomii Prawidłowej*

Prof. J. Dzieciol: Moje doświadczenia osobiste są różne, natomiast moja miłość – to miłość od pierwszego spojrzenia. *Wpadła mi w oko* jak się to potocznie mówi i trwa to lat trzydzieści. Zaczęło się to jeszcze przed ślubem parę ładnych lat. Najpierw była to moja sympatia, potem żona i tak zostało.

M.M: Czy taka miłość dodaje czy odbiera skrzydeł w pracy naukowej?

Prof. J. Dzieciol: Jeżeli jest to zdrowa miłość to na pewno pomaga. Natomiast jeżeli jest to miłość chora, z elementem zazdrości, podejrzliwości to przeszkadza.



Doc. **Bogusław Kędra**
– *Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej.*

Miłość to bardzo trudne słowo, często nadużywane w dzisiejszym świecie. Bo co to jest miłość? To jest pewien kompromis, partnerstwo, przyjaźń. Często ludzie myślą zauroczenie z miłością, a przecież zauroczenie to biochemia impulsów, miłość zaś to uczucie rozwijające się. Ja przyznam się nawet wierzę w miłość platoniczną, bo jest bardziej szlachetna i nigdy nie rani.

Miłością od pierwszego spojrzenia jest moja żona. Jeżeli ma się oparcie w bliskiej osobie to łatwiej jest przeżyć trudności życiowe, które często nas dołują, tłamszą. Wówczas człowiek może się wyzalić, a nawet wypłakać. Życie nie jest usłane różami i każdy ma chwile zawahania. Spokojny dom, pozwala na aktywność zawodową. Jest to ważne zwłaszcza dla chirurga, bo źle się dzieje gdy swoje niepowodzenia domowe przenosi on do miejsca pracy. Dzięki miłości jest się jak łódź podwodna, która zawsze wypływa na powierzchnię wody.

zebrała MMS

ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR... ON AIR...



Second International Scientific Conference of Medical Students and Young Doctors

Białystok 27-28 April 2006

Pod honorowym patronatem
JM. Rektora Akademii Medycznej w Białymstoku,
prof. dr. hab. Jana Górskiego
oraz
Marszałka Województwa Podlaskiego, Janusza Krzyżewskiego

Studenckie Towarzystwo Naukowe rokrocznie organizuje konferencję naukową, której głównym celem jest zaprezentowanie dorobku naukowego studentów medycyny i młodych lekarzy, spotkanie z lekarzami, pracownikami naukowymi naszej uczelni oraz wyłonienie w formie konkursu wyróżniających się prac naukowych.

II Międzynarodowa Konferencja Studentów Medycyny i Młodych Lekarzy odbędzie się 27-28 kwietnia 2006 r. w Białymstoku. Podczas sesji tematycznych: pediatrycznej, kardiologicznej, internistycznej, chirurgicznej, nauk podstawowych, ginekologicznej i stomatologicznej młodzi medycy będą mieli okazję zaprezentować swój dotychczasowy dorobek naukowy w formie prezentacji ustnej bądź plakatowej. Warunkiem wystąpienia na konferencji jest zakwalifikowanie przez komisję streszczenia pracy i przesłanie go na adres internetowy stn@amb.edu.pl. W konferencji może wziąć udział każdy zainteresowany. Studenci, chcący otrzymać certyfikat uczestnictwa powinni wypełnić formularz rejestracyjny, który dostępny jest na stronie internetowej konferencji.

Oceny poszczególnych prac dokona jury, w skład, którego wchodzi pracownicy naukowcy Akademii Medycznej w Białymstoku.

Konferencja odbywać się będzie w sali wykładowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego AMB oraz sali wykładowej Samodzielnego Dziecięcego Szpitala Klinicznego AMB.

Serdecznie zapraszamy wszystkich do wzięcia udziału w konferencji. W celu uzyskania dokładniejszych informacji prosimy o odwiedzenie naszej strony internetowej www.amb.edu.pl/stn. Wszelkie pytania proszę kierować pod adres stn@amb.edu.pl lub dzwonić pod numer 0 693 708 438.

Małgorzata Iwaniuk
Przewodnicząca Studenckiego Towarzystwa Naukowego AMB

Second International Scientific Conference of Medical Students and Young Doctors

Białystok 27-28 April 2006

Deadline 24th March 2006

www.amb.edu.pl/stn

e-mail: stn@amb.edu.pl

tel.: +48 693 708 438

Organizer:
Students Scientific Society of Medical University of Białystok



Honorare Patronage:
Rector of Medical University of Białystok, Prof. Jan Górski MD, PhD
Marshal of Podlaskie Voivodeship Janusz Krzyżewski

General sponsor:



TERAPIA



Medycyna Praktyczna



Split Trading Sp. z o.o.



Wydawnictwo
Lekarskie
PZWL