



MEDYK BIAŁOSTOCKI



MIESIĘCZNIK BIAŁOSTOCKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

www.amb.edu.pl

NR 3(38)

BIAŁYSTOK MARZEC 2006 R.

ISSN 1643-3734



Fot. Anna Worowska



XXX lat Kliniki Ortopedii i Traumatologii



**Ratowanie pacjentów czy własnych interesów?
Jeszcze raz o ratownictwie medycznym**



**Różne
drogi życiowe
braci
Marchlewskich**



Bajkowy rezonans magnetyczny



**„Dziadek”, czyli wspomnienie
o prof. Witoldzie Sławińskim**



**Magdalena Grassmann odkrywa
sekrety pałacu Branickich.
Fot. Gotyckie okno piwniczne,
widoczne na elewacji od strony ogrodu**

SPIS TREŚCI

Od redaktora	str. 3
Na dwoje babka wróżyła	str. 4
Rozmowa miesiąca	
Bez kompleksów	str. 5
Czym drażni dr Kamiński	str. 6
Po raz pierwszy i to publicznie	str. 10
IV Podlaski Festiwal Nauki i Sztuki	str. 13
Ze szpitali klinicznych	
Bajkowy rezonans magnetyczny	str. 14
Wieści z Biblioteki	
Prezentacje baz Evidence Matters i MyiLibrary	str. 14
Temida i Eskulap	
Przestępstwo poświęcenia nieprawdy	str. 15
Co nowego w naukach biomedycznych	
W poszukiwaniu nowych leków przeciwnowotworowych	str. 16
Z historii nauk farmaceutycznych	
Triada zakrzepowa	str. 17
Wirus Chikungunya także w Europie	str. 18
Korespondencja z Bethesdy	
Szczęśliwe godziny	str. 18
Wspomnienia i refleksje	
Niekonwencjonalna biografia	str. 19
Dziadek	str. 22
Dwa kolory. Julian i Leon Marchlewscy	str. 22
Pałacowe sekrety	
Od drewnianego dworca po barokowy pałac	str. 24
Miasta naszego regionu	
Stolica drobnej szlachty	str. 26
Wędrowki po kresach	
Neurologzy wileńscy w latach 1918-1939	str. 28
Pigulka filozoficzna	
Co to jest prawda	str. 31
Dziwni są ci filozofowie	str. 31
Rośliny w Biblii	
Uczta Baltazara	str. 33
Sekrety dziupli	
Smakosze słoniny	str. 34
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



Podróże kształcą... Lot Warszawa-Paryż wypełniłem lekturami. W „Rzeczpospolitej” (20 kwietnia) znalazłem artykuł na tyle futurystyczny, co przerażający. Przerazający i futurystyczny jak paryska, betonowa dzielnica La Defense. Autor roztoczył perspektywę rychłego nadejścia ery wirtualnej miłości. To proste. Komputerowo konstruujesz sobie partnera, bądź partnerkę. W zależności od upodobań. Wybór należy do Ciebie. „Osoba” będzie na pewno idealna. Przecież sam ją tworzysz. Dalej sama przyjemność. Wymyślna maszyna sterowana komputerowo i podłączona do wiadomych części ciała, w połączeniu z wizualnym kontaktem z partnerem z monitora, gwarantuje szczyt zadowolenia. To nie żarty ! Artykuł napisano w całkiem poważnym tonie.

Tego samego dnia, wieczorem, wmieszałem się w tłum turystów okupujących uliczki między bulwami Saint Germin i Saint Jacque w dzielnicy Łacińskiej. Restauracje, kawiarnie, regionalne kuchnie francuskie i egzotyczne, gwar, różnorodność ras, strojów, nastrojów ... i zawartości portfeli. Na obrzeżach tego barwnego tłumu rzucali się w oczy kłoszardzi i grupki młodych narkomanów. Jak wrzód na zadbanej twarzy pięknej kobiety. Z reguły każdemu towarzyszył pies – wierny czworonogi przyjaciel, obdarzający bezinteresowną ? „miłością”.

Następny wieczór spędziłem na prawym brzegu Paryża – Montmartre, Sacre Coeur, plac Cichy i pobliski plac Pigalle. Ten ostatni powszechnie znany z podejrzanej rozrywki. Skupiska lokali, w których możesz skorzystać z płatnej miłości. To, między innymi tu powstaje erotyczny biznes – tony zdjęć i filmów pornograficznych zaśmiecających komputerową sieć. Człowiek jest tu traktowany jak przedmiot, a słowo „miłość” ma jakże brutalny kontekst.

Te trzy obrazki, które przedstawiłem powyżej, pozornie niewiele ze sobą mają wspólnego. Łączą się jednak w pewien obraz, jak składanka puzzli. Z obrazu tego wydobywa się wołanie o pomoc. Pomoc człowiekowi, który potrzebuje odbudowy normalnych ludzkich więzi, normalnej ludzkiej miłości. Człowiek, który nie zawsze uświadamia sobie, że jego główna potrzeba to potrzeba zwykłej ludzkiej miłości. Jest ona na pewno trudniejsza niż ta wirtualna i ta z placu Pigalle. Jest o wiele trudniejsza niż ta którą oferuje czworonogi przyjaciel. Ale co w życiu jest łatwe?

P.S. (1) Mam nadzieję, że moje obserwacje dotyczą peeryferii ludzkiej świadomości i egzystencji. (2) W Paryżu uczestniczyłem w doskonałym dwudniowym seminarium i dyskusji na temat nowego podziału nowotworów płuc, opłucnej i śródpiersia. (3) A Paryż?... jak zawsze jest niezwykły i piękny, zaskakuje! Na katechezie (dotyczyła miłości) w kościele St. Severin około 300 osób (wielu młodych ludzi). Na niedzielnej mszy w katedrze Notre Dame około 600 wiernych z całego świata. Msza w głównej nawie. Jeszcze 15 lat temu uczestniczyłem w podobnej mszy. Była odprawiana jakby wstydliwie, w nawie bocznej. Skupiła około 30 osób. Czyżby cud nad Sekwaną?

Na dwoje babka wróżyła, czyli nowa ustawa o ratownictwie medycznym



lek. Ryszard Wiśniewski

Jak, być może, niektórym wiadomo, obecny Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa zapowiedział – jako kolejny już raz – uregulowanie kwestii ratownictwa medycznego w Polsce. Byli wśród poprzednich ministrów już tacy, którzy tylko mówili, tacy, którzy coś mówili i coś robili, i tacy, którzy faktycznie coś robili, ale „nie wyszło”. Jak będzie tym razem?

Tragiczna w skutkach katastrofa hali wystawowej w Katowicach pokazała, że sprawny system ratownictwa medycznego ma ogromne znaczenie z punktu widzenia szans na uratowanie życia ofiar katastrof, wypadków czy nagłych zachorowań. Obnażyła również smutną prawdę, że na przeważającym obszarze Polski nie ma sprawnego systemu ratownictwa. Trudno o lepszy impuls dla nowej ekipy rządzącej do tego, by w końcu na poważnie zająć się ratownictwem medycznym. Szkoda jednak, że trzeba aż takiej tragedii, by otworzyć oczy politykom i decydentom.

Czy jednak podjęte przez rząd premiera Marcinkiewicza prace nad systemem ratownictwa medycznego można nazwać „poważnym działaniem”? Postawienie tego pytania jest uzasadnione, ponieważ lektura najnowszego projektu ustawy „o ratownictwie medycznym” lub „o ratowaniu życia i zdrowia ludzkiego” (w różnych bowiem kręgach krążą różne wersje tego projektu) nie napawa, niestety, optymizmem.

Z pewnością wielu czytelników pamięta lata 2001-2003, kiedy to podejmowano intensywne działania, by w jak najkrótszym czasie wyszkolić możliwie dużą grupę lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej. To właśnie oni mieli tworzyć trzon służb ratownictwa medycznego. W ambulansach, szpitalnych oddziałach ratunkowych i w centrach powiadamiania ratunkowego jako koordynatorzy mieli pracować właśnie specjaliści medycyny ratunkowej. Wówczas rodziło się pytanie, czy aby wystarczy specjalistów i czy zdążą się wyszkolić? Ale projekt ustawy rozwiązuje ten problem, już nie ma powodów, by się o to martwić. Martwić trzeba się raczej o to, czy w ogóle w systemie ratownictwa medycznego będą potrzebni lekarze! Wspomina on o lekarzach w zasadzie w jednym miejscu. Otóż będą się oni mogli wpisać na specjalną listę wojewody, podpisać z nim stosowną umowę i w gotowości oczekiwać aż, być może, zadzwoni do nich dyspozytor CPR, by przekazać, że właśnie są potrzebni! A jak i czym mają dojechać do pacjenta? Swoim autem, ambulansem? Mają mieć swój sprzęt, czy będą korzystać ze sprzętu zespołu ratownictwa medycznego? Projekt w tych kwestiach milczy, a szkoda, bo są one nader istotne.

Dziś zespół ratownictwa medycznego tworzą najczęściej: lekarz, pielęgniarka, ratownik, kierowca. A jak to będzie wyglądać pod rządami nowej ustawy? Mają go stanowić wyłącznie ratownicy medyczni i kierowca! Będzie pewnie trochę taniej, ale czy aby na pewno skuteczniej? Czy mamy w Polsce aż tylu wyszkolonych i, co znacznie ważniejsze, przygotowanych do samodzielnej pracy ratowników medycznych? Obserwacja adeptów tego zawodu praktykujących w Pogotowiu Ratunkowym w Białymstoku skłania niestety do udzielenia negatywnej odpowiedzi na to pytanie! Umieją wiele – to prawda, ale nie umieją pracować samodzielnie, a tego wymagać będzie od nich nowa ustawa! Pozostaje jeszcze kwestia, co po-

wiedzą na to pacjenci? Przecież ratownictwo medyczne ma służyć przede wszystkim im!

Ale będą też zadowoleni z tego projektu. Kto? Niektórzy starostowie – szczególnie ci, którym na ratownictwie medycznym dotychczas nie zależało. Otóż instytucja starosty zupełnie znikła z nowej ustawy. Dotychczasowe kompetencje starostów przejmą bowiem wojewodowie. Może to i lepiej? Nie będzie rozbudowanej administracji, za to będzie, przynajmniej teoretycznie, łatwiej o spójne decyzje i skuteczne zarządzanie systemem. Tworzenie i finansowanie Centrów Powiadamiania Ratunkowego będzie zadaniem wojewody, on również będzie zatrudniał pracowników CPR. A samych CPR-ów ma być nie więcej niż jeden na 250 tys. mieszkańców.

W ustawie nie ma też jeszcze jednej, wydawałoby się ważnej, instytucji – mianowicie Pogotowia Ratunkowego. Wygląda na to, że proponowany system bardzo otwiera się na „rynek”. W zasadzie ustawa nie mówi nic o wymaganiach, jakie musi spełnić podmiot, który chce, nazwijmy to, uruchomić zespół ratownictwa medycznego. Oszczędne państwo najwyraźniej oszczędza na rejestrze wojewody, który dotychczas gwarantował jakość wymaganą przez system. Ale czy o takie oszczędności chodzi nam obywatelom?

Osobnego komentarza wymaga finansowanie systemu. Tu rewolucji nie będzie. Jest w zasadzie to, czego można się było spodziewać, choć pozostaje również pewien niedosyt. Ratownictwo przedszpitalne – czyli zespoły ratownictwa medycznego będą finansowane z budżetu państwa. Nie jest jeszcze jasne, czy kontraktować je będzie wojewoda, czy może zleci to zadanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Wielka szkoda, że obecny projekt nie wspomina nic o stawce minimalnej utrzymania dobowej gotowości zespołu ratownictwa medycznego. Nie wiadomo zresztą, czy miałyby to być dobowe gotowości, kapitał czy może stawka za procedurę? W tej istotnej kwestii projekt milczy. Świadczenia szpitalne kontraktować będzie NFZ, jednak nie jak dotychczas, tylko w szpitalnych oddziałach ratunkowych, ale również na oddziałach specjalizujących się w leczeniu urazów, udarów i oddziałach kardiologii inwazyjnej.

cd. str. 6 →



Bez kompleksów

*Dr hab. **Grażyna Rydzewska**,
dyrektor ds. leczenia w Centralnym
Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie,
odpowiada na pytania Danuty Ślósarskiej.*



Trudno było pani podjąć decyzję o przeniesieniu się z Białegostoku do Warszawy?

Oboje z mężem byliśmy z Białymstokiem bardzo związani.

Tam spędziliśmy wiele lat, skończyliśmy studia, zrobiliśmy habilitacje, a przede wszystkim mieliśmy dużo przyjaciół. Podjęcie decyzji o przeniesieniu nie było więc łatwe, ale tak to już się dzieje, że w pewnym momencie życia człowiek dorasta do tego, aby zacząć robić coś samodzielnie.

A tak naprawdę to ja poszłam, jak to się mówi, za mężem, bo to on dostał najpierw propozycję pracy. W czerwcu 1998 roku, gdy przyjechałam zobaczyć oddział męża, dowiedziałam się, że w tym szpitalu poszukują także gastroenterologa. To był przypadek.

Nie jest chyba łatwo odnaleźć się w Warszawie osobom z tak zwanego zaścianka?

Nie powinniśmy czuć się zaściankowi. Mam takie wrażenie, że Warszawa tak naprawdę ma tylko jedną wielką zaletę – jest bliżej lotniska. Powiedzmy sobie szczerze, wszyscy żyjemy na co dzień w jakimś konkretnym otoczeniu i schemacie. Tak jak w Białymstoku kiedyś, tak i tu, po pracy, jadę do jednego z ulubionych marketów po zakupy i wracam do domu. W teatrach i kinach warszawskich bywam tak samo często, jak wtedy gdy tu nie mieszkałam.

Nigdy pani nie odczuwała kompleksów wobec warszawskich kolegów?

Miałam szczęście zaraz po studiach trafić do świetnego zespołu w Klinice Gastroenterologii u prof. Gabryelewicza. Była i jest to bardzo dobra klinika, dobrze oceniana w Polsce. Pracowało w niej wielu znakomitych lekarzy, którzy dziś nieźle sobie radzą w Stanach, w Brazylii, w Szwajcarii. W czasie tych szesnastu lat, które przepracowałam u profesora Gabryelewicza byłam na dwóch stypendiach: w Kanadzie i Brukseli. Nie mam powodu do kompleksów.

Pacjenci wolą jednak leczyć się u specjalistów warszawskich niż białostockich?

W Warszawie jest więcej szpitali na poziomie akademickim, to daje większe możliwości. Pacjenci znacznie szybciej

leczą się nowymi metodami. My mamy jednak inny problem. Nasi pacjenci często wolą się leczyć za granicą. Chory w sytuacji przymusowej szuka zawsze tego, co wydaje mu się lepsze.

Od dawna jest pani dyrektorem ds. leczenia w szpitalu MSWiA?

W 1998 roku zmieniła się ekipa rządząca, odeszła poprzednia dyrektorka i szef poprosił mnie o pomoc. Obowiązki dyrektora miałam pełnić tylko przez chwilę. Ta chwila się przeciągnęła na kilka lat. Ciągłe sobie obiecuję, że „jeszcze tylko trochę”. Zawsze jest jednak coś takiego do zrobienia, co mnie wstrzymuje od podjęcia tej ostatecznej decyzji. Jestem bardzo związana z tym szpitalem i cieszą mnie jego sukcesy, ale tak naprawdę to wciąż bardziej czuję się lekarzem niż administratorem.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe to ostatnio temat bardzo na czasie. Czy według pani ich istnienie jest uzasadnione?

Na pewno, ale trudno mi powiedzieć czy są one dobrze zorganizowane. SOR zgodnie z założeniem powinien zajmować się tylko przypadkami nagłymi, takimi, w których może nastąpić zagrożenie życia. Powinni do niego trafiać pacjenci np. z urazami, złamaniami, krwawieniami z przewodu pokarmowego, z niestabilną chorobą wieńcową itd., natomiast całą resztę powinni przejąć lekarze pierwszego kontaktu. Trudno jednak zmienić przyzwyczajenie pacjentów, którzy uważają, że SOR to taka izba przyjęć, do której można zgłosić się z katarem. Dlatego w naszym szpitalu obok SOR-u, po godzinie 18, działa nocna pomoc lekarska, której udzielają lekarze zatrudnieni w oddziale ratunkowym.

Czy to prawda, że działalność SOR-u bardzo obciąża finansowo szpital, ciągnie go w dół?

Szpitalne Oddziały Ratunkowe finansowane są przez NFZ i są to środki niewystarczające. Ryczałtowa stawka dla oddziałów ratunkowych powoduje, że im więcej przyjmują one pacjentów, tym gorzej na tym wychodzą. Szpitalom najbardziej opłacałoby się, gdyby SOR stał pusty, ale tak nie jest.

To tłumaczy dlaczego w niektórych szpitalach istnieją SOR-y, które są świetnie wyposażone, ale są niewykorzystane.

Czym

To już sprawa zarządzających. Wymagania narzucone przez ustawę, wobec wyposażenia SOR-ów, są bardzo wysokie. Musi być tam sala operacyjna, sala zabiegowa, sala intensywnej terapii itd. Bardzo potrzebne jest także lotnisko. Jeśli SOR stoi pusty, to oczywiście jest to bezsensowne. Nasz SOR przyjmuje miesięcznie około 4000 pacjentów.

Kto kieruje SOR-em w pani szpitalu?

Szefem SOR-u jest doświadczony anestezjolog, który ma również specjalizację z medycyny ratunkowej. Zatrudniamy lekarzy ratowników, część pielęgniarek również posiada odpowiednie przeszkolenie. Ponadto pracują u nas ratownicy medyczni.

Czego pani spodziewa się po nowej ustawie o ratownictwie medycznym?

Przede wszystkim innego finansowania. Jeśli tego się nie zmieni, to SOR-y w dalszym ciągu będą albo stały puste, albo będą sprawcami szpitalnych deficytów. Minister Religa na spotkaniu konsultantów krajowych zapewniał, że priorytetami na ten rok jest wprowadzenie ustawy o ratownictwie medycznym oraz dokonanie zmian w finansowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Wierzy pani ministrom zdrowia?

Od dwóch lat jestem konsultantem krajowym ds. gastroenterologii i to jest już raz, dwa, trzy...piąty minister, z którym współpracuję. W takiej krótkiej perspektywie żadnemu ministrowi nie uda się nic zrobić. Jeśli chodzi o prof. Religę, to wiem, że jest to osoba, która nie boi się odpowiedzialności. Profesor na pewno nie będzie się bał, że się komuś narazi. Ma duży szacunek społeczny i jeśli tylko to wykorzysta, to parę niepopularnych decyzji będzie mógł przeprowadzić. Profesor Religa na wiele może sobie pozwolić, bo nic nie jest w stanie mu zagrozić. Wiem, że ustawę o ratownictwie medycznym doprowadzi do końca, nie wiem tylko jakie losy będzie czekał koszyk świadczeń gwarantowanych? ■

Rok temu na łamach naszego pisma (*Medyk Białostocki 4/05 i 5/05*) rozgorzała dyskusja na temat polskiego systemu ratownictwa medycznego. Polemikę wywołał artykuł dr. Marka Kamińskiego – lekarza medycyny ratunkowej w Red Cedar Medical Center – Mayo Health System, który zaproponował rozwiązania systemowe wypróbowane już w warunkach amerykańskich. Głos w dyskusji zabrali: dr Ryszard Wiśniewski – dyrektor Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, mł. bryg. Marek Gołębiowski z KWSP w Białymstoku – wykładowca ratownictwa medycznego i st. bryg. w st. spocz. Piotr Bielicki – działacz społeczny ZOSP RP, członek OSP w Kościanie

Naszego redakcyjnego kolegę najbardziej zirytowały poglądy jego kolegi po fachu. dr. Ryszarda Wiśniewskiego, czemu dał wyraz w artykule „Łopatologicznie”, zamieszczonym w *Medyku Białostockim* nr 5/05

Zirytowany niemocą systemu ratownictwa w Polsce swoje poglądy dr Kamiński zaprezentował również w internecie i w tygodniku „Polityka”.

Pod koniec marca tego roku Dariusz Wasilewski, prezes Agencji Konsultingowo Edukacyjnej Ordo Sp. z o.o., z okazji przyjazdu dr. Kamińskiego do Polski, zorganizował w Warszawie konferencję nt. „Bezpieczna Polska – ratownictwo medyczne. Rozwiązania oparte na sprawdzonych wzorcach Stanów Zjednoczonych”.

I tym razem atmosfera była gorąca. →



→ cd. ze str. 4.

Na dwoje babka wróżyła, czyli nowa ustawa o ratownictwie medycznym

Spory nacisk projekt kładzie na edukację i podnoszenie świadomości społecznej w zakresie pierwszej pomocy i ratownictwa medycznego. To novum, które z pewnością cieszy, jednak przy tej okazji proponowana ustawa pomija cały szereg znacznie istotniejszych kwestii organizacyjnych, bez uregulowania których trudno sobie wyobrazić sprawny i spójny system ratownictwa medycznego. Tyle, że jeden z proponowanych tytułów ustawy wskazuje, że może nie chodzi o budowę systemu, a raczej o stworzenie swego rodzaju platformy dla zorganizowanych działań ratujących zdrowie i życie. Tylko czy w polskiej rzeczywistości można sobie pozwolić na komfort tak daleko idących niedopowiedzeń i to w kwestii tak istotnej jak ratowanie życia ludzkiego? Jed-

noznaczna odpowiedź na to pytanie z pewnością nie jest łatwa. Trudno bowiem stwierdzić, czy to przejaw daleko idącej odpowiedzialności polityków, czy wręcz przeciwnie – kompletny brak wyobraźni! Póki co, pod adresem projektu ustawy (nazwijmy ją „ratowniczą”), kierowanych jest znacznie więcej głosów krytycznych niż pochlebnych i chyba trzeba mieć nadzieję, że zostaną one dosłyszane i uwzględnione. W innym bowiem wypadku grozi nam smutna perspektywa rozmontowania tego, co mniej lub bardziej doskonale zostało zorganizowane do dzisiaj.

Jest jeszcze jeden ważny aspekt sprawy. W tle nagłaśnianych przez media działań Ministra Zdrowia szykuje się powrót projektu ustawy „O Krajowym Systemie Ratowniczym”, opraco-

wywany w MSWiA. Jedną z wersji tej ustawy sprzed ponad dwóch lat włączała ratownictwo medyczne do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego i podporządkowywała je Komendantowi Głównemu Państwowej Straży Pożarnej. Co proponuje obecny i jakie będą jego losy? Jak na razie to wielka niewiadoma... Jako ratownicy możemy być pewni czegoś innego, mianowicie tego, że przyszło nam żyć w ciekawych czasach!

lek. Ryszard Wiśniewski

(Autor jest dyrektorem SP ZOZ WSPR w Białymstoku).

mgr Michał Waszkiewicz

(Autor jest kierownikiem Działu Organizacji i Rozwoju SP ZOZ WSPR w Białymstoku).

drażni dr Kamiński

Adaptacja amerykańskich rozwiązań ratowniczych do warunków polskich nie tylko usprawniłaby nasz system, ale również byłaby tańsza. Proponowany przez mnie system składałby się z trzech zintegrowanych ze sobą elementów: jednolitego systemu powiadamiania, pomocy przedszpitalnej i pomocy szpitalnej.

Jednolity system powiadamiania: Dzwoniący, po wykręceniu jednego numeru łączy się z lokalną centralą i informuje o problemie. Odpowiednio przeszkolony dyspozytor zbiera dane, udziela instrukcji np. w zakresie pierwszej pomocy i zawiadamia odpowiednie służby.

Pomoc przedszpitalna: Podstawowym standardem pomocy przedszpitalnej byłoby zoptymalizowanie „złotej godziny” w oparciu o zasadę „load and go”. Wiązałoby się to z całkowitą decentralizacją ambulansów, które powinny być rozmieszczone wachlarzowo wokół szpitali z czynnymi całą dobę Oddziałami Pomocy Doraźnej. Karetki powinny być obsadzone zawodowymi ratownikami lub ochotnikami. Wprowadzenie tego systemu wymagałoby szeregu inicjatyw na szczeblu centralnym jak i lokalnym.

Szczebel centralny: znowelizowanie ustawy tak, by dawała dużą swobodę realizacji standardu „złotej godziny”; ustalenie i aktualizowanie odpowiednio wysokich stawek za interwencje, tak aby motywowały do podnoszenia poziomu kwalifikacji załóg i dawały możliwości utrzymania się prywatnym firmom.

Szczebel lokalny: finansowanie inwestycyjne, organizacja drużyn ratowniczych, szkoleń, służb ratowniczych; dysponowanie środkami finansowymi uzyskanymi z opłat za usługi.

System pomocy przedszpitalnej daje lokalne poczucie bezpieczeństwa, powinien więc być lokalnie organizowany. Wydaje się, że w Polsce, zwłaszcza na prowincji, zadziałałyby te same mechanizmy obywatelskiej współodpowiedzialności i samoorganizacji, które funkcjonują w Ameryce

Ratownicy: W USA działają Emergency Medical Technicians (EMT). Dzielą się oni na EMT B (Basic) i EMTIV (intravenous – uprawnieni do wklucć dożylnych). Najwyżej w hierarchii stoją paramedycy (odpowiednik naszych dzisiejszych ratowników), którzy zanim zostaną przyjęci do paramedycznej szkoły muszą najpierw sprawdzić się jako EMT. W Polsce można wprowadzić system ratowników pierwszego i drugiego stopnia. Ratowników drugiego stopnia, spełniających określone wymagania, można byłoby kierować na kursy paramedyków.

Ratownicy interweniują w przypadku chorób. W wypadkach drogowych, pożarach – pogotowie i straż. W USA obie te służby, na poziomie zawodowym i ochotniczym, są ściśle zintegrowane.

Ochotnicza Straż Pożarna jest naturalną strukturą na której można oprzeć ochotnicze ratownictwo. Funkcja ratownika/ strażaka wiąże się z dużym prestiżem i nieporównywalnym do żadnej innej społecznej funkcji poczuciem społecznej użyteczności. Jestem przekonany, że ratowników ochotników w Polsce nie zabraknie. Z moich rozmów z członkami OSP wynika, że nie tylko są gotowi by zacząć się w tym względzie szkolić, ale wprost nie mogą się tej możliwości doczekać.

Ambulanse prywatne: Ustawa powinna uwzględniać możliwość ich istnienia. Jednakże stawki za przewozy powinny być takie same jak dla zespołów ochotniczych i ustalone wg tych samych norm.

Pomoc szpitalna: W zreformowanym systemie wszystkie szpitale, a właściwie ich OPD dyżurują 24 godziny. Karetka wiezie chorego do najbliższego, zwykle tego samego, szpitala. Sprawia to, że dany szpital może posiadać już historię choroby danego pacjenta, jego poprzednie wyniki, co bardzo ułatwia rozpoznanie, nie mówiąc już o kosztach powtarzanych badań.

W każdym szpitalu konieczny jest Oddział Pomocy Doraźnej, często funkcjonujący z dołączonym ambulatorium, gdzie do godzin 20 albo 22 przyjmowani byłiby pacjenci z mniej poważnymi problemami. W przypadku sytuacji groźnej, pacjenta natychmiast przenosi się do OPD i dalej.

Lekarz Pomocy Doraźnej: – to specjalista od stanów nagłych – od szycia ran począwszy poprzez zawały, wyrostki, nakłucia łądźwiowe, intubacje, unieruchamianie kończyn, redukcje zwichnięć, a na drobniaczkach, w rodzaju bolących gardeł, gorączkujących dzieci i infekcji dróg moczowych, skończywszy. Lekarz pomocy doraźnej w mniejszych szpitalach jest często jedynym dyżurującym lekarzem w całym szpitalu. Gdy nie jest pewny co zrobić, dzwoni albo wzywa dyżurującego pod telefonem specjalistę.

Świadom jestem, że chociażby częściowe wdrożenie zmian to proces wieloetapowy, wymagający rozważań, analiz i przemyśleń, a także społecznego uświadomienia. Wydaje mi się, że wskazany byłby program pilotażowy.

*Skrót materiałów konferencyjnych,
udostępnionych przez
dr. Marka Kamińskiego*

Echa konferencji „Bezpieczna Polska“

Prof. Juliusz Jakubaszko
– przewodniczący Polskiego Towarzystwa
Medycyny Ratunkowej



Fot. Prof. Juliusz Jakubaszko (pierwszy z lewej). W kolejności: dr Jerzy Kamiński, dr Ryszard Wiśniewski i dr Dariusz Wasilewski.

Ten nowy projekt ustawy o ratownictwie to dzieło sztuki czy bubel?

Hm...są w tym elementy dzieła sztuki i są tu elementy, niestety, prymitywnego myślenia. Dopóki tego nie wyprostujemy, to dobrze nie będzie.

Co jest złe w tym projekcie ustawy?

Przede wszystkim przesunięcie ciężkości systemu na obszar przedszpitalny, co przeczy tworzeniu, funkcjonowaniu i samej idei systemu ratownictwa medycznego. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej ma wypunktowane te elementy, które muszą ulec poprawie. Tych punktów jest około piętnaście. Autorzy obecnych zapisów w ustawie, jakby nie dostrzegali tego, co w tym systemie zrobiono wcześniej, a przecież nic nie dzieje się w próżni. Mamy za sobą cztery lata tworzenia systemu. Powstało wiele szpitalnych oddziałów ratunkowych, w których pracują specjaliści z ratownictwa medycznego. We wszystkich akademiach medycznych jest nauczanie studentów w zakresie medycyny ratunkowej, czyli zrobiliśmy już coś, czego nawet nie mają nasi sąsiedzi w swoich uniwersytetach. Wykształciliśmy już grupę ratowników i kształcą się następni.

Czy Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej uczestniczyło w pracach przygotowawczych nad ustawą?

Jak do tej pory nie. Przedstawiono nam końcowy projekt i oczywiście ustosunkowaliśmy się do niego. Teraz czekamy, czy nasze uwagi zostaną uwzględnione. Liczymy na to, że wreszcie zacznie się jakaś dyskusja.

Zirytowało pana jednak wystąpienie dr. Kamińskiego i jego koncepcja przeniesienia amerykańskich doświadczeń

systemu ratownictwa na warunki polskie.

Przyznaję, że tak, bo ten człowiek jest jakby z innego wymiaru. Przez osiemnaście lat żyje sobie w Stanach Zjednoczonych i nie zna już naszych realiów. Ja wiem, że ma duszę Polaka, nieprzespiane noce z tęsknoty za ojczyzną, że bardzo chce pomóc... Ja to wszystko rozumiem, doceniam, ale nie zmienia to mojego poglądu, że dr Kamiński tkwi w chmurach.

Ale przecież ta ustawa wiele rozwiązań przejęła z systemu amerykańskiego?

Ależ oczywiście, przecież my się uczymy od kolegów z Ameryki. Jako Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej mamy partnerski i roboczy układ z amerykańskimi towarzystwami zajmującymi się medycyną ratunkową. Warto przypomnieć, że wdrożenie systemu ratownictwa medycznego zajęło Amerykanom 40 lat, my w Polsce pracujemy nad nią ledwie piętnaście.

Panie profesorze, to w końcu kto powinien jeździć w tych karetkach? Ratownicy czy lekarze?

W części ambulansów konieczni są lekarze, a w dużej części wystarczą ratownicy, którzy będą nadzorowani przez lekarza dyżurnego. I jedni, i drudzy muszą się uzupełniać.

Jak pan ocenia system kształcenia ratowników medycznych w Polsce?

Wymaga korekty. Uczelnie medyczne realizują własne programy nauczania i okazało się, że nie są one kompatybilne ze standardami międzynarodowymi, a szczególnie europejskimi. Konieczne jest ich ujednolicenie.

rozmawiała Danuta Ślósarska

Lek. Piotr Krawiec
z Kraśnika, neonatolog,

Ogólnie, rozwiązania systemu amerykańskiego bardzo mi się podobają, chociaż nie ze wszystkimi się zgadzam. Przez czternaście lat jeździłem w Pogotowiu Ratunkowym i z doświadczenia wiem, że obecność lekarza w karetce jest czasami konieczna, zwłaszcza gdy trzeba podjąć działania wykraczające poza te standardowe ratownicze.

Najbardziej cieszy mnie to, że ta ustawa wreszcie powstaje i cieszy mnie w niej zapis, że system ratownictwa będzie finansowany z budżetu państwa.

Dariusz Kłos

– ekonomista, MBA, dyrektor Pogotowia w Jeleniej Górze.



Dzisiejszy system zmusza lekarza do podejmowania diagnozy na miejscu. Daje mu w ten sposób przywilej decydowania o życiu bądź o śmierci pacjenta. Pod tym względem bardziej mi odpowiadają rozwiązania amerykańskie, przedstawione tu przez dr. Kamińskiego. Skoro wzywana jest karetka, to wiadomo, że chory pojedzie nią do szpitala. Czytelność, jasność systemu amerykańskiego jest ogromnym plusem. Wszyscy: pacjenci i lekarze, wiedzą czego mogą się po nim spodziewać. Jestem zdania, że w karetkach powinni jeździć ratownicy i nie widzę tu żadnego zagrożenia dla lekarzy. Oni i tak już dostają oferty pracy ze szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Oczywiście tych zmian nie da się i nawet nie wolno wprowadzić od razu. Na wszystko potrzeba czasu.

Nasza polską bolączką, jak zauważył prof. Jakubaszka, jest brak konsekwencji. Najpierw reformujemy, przygotowujemy i zanim wprowadzimy zapis do ustawy, już go poprawiamy.

Chciałbym, aby do systemu ratownictwa włączone były wszystkie szpitale, a nie tylko te wydzielone. Tym bardziej że w projekcie ustawy jest zapis, który mówi, że zespół wyjazdowy przewozi pacjenta do SOR-u lub do najbliższego szpitala. Kiedyś byłem ogromnym zwolennikiem SOR-ów, ale gdy pojawił się problem dublowania bloków operacyjnych, sal zabiegowych zmieniłem zdanie, bo uważam, że nie stać nas na takie rozwiązania.

Dr n. med.

**Marek Wysocki, kierownik SOR-u
w Centralnym Szpitalu
Klinicznym MSWiA
w Warszawie – specjalista medycyny
ratunkowej oraz anestezjologii
i intensywnej terapii**



Gdyby w naszym szpitalu nie było SOR-u nikt nie chciałby z nami rozmawiać. Każdy trzeźwo myślący dyrektor szpitala to wie. Dobrze zorganizowany SOR powinien mieć odpowiednie zaplecze diagnostyczne, salę reanimacyjną, chirurgiczną, traumatologiczną. Na jego czele powinien stać specjalista medycyny ratunkowej. W Oddziale, którym ja kieruję, pracuje około 250 pracowników. W miesiącu udzielamy pomocy średnio 4000 pacjentom i na to wszystko w ciągu doby otrzymujemy 8 tysięcy złotych z NFZ. To stanowczo za mało. Moim zdaniem służby ratownicze nie powinny być finansowane wyłącznie przez Mini-

stra Zdrowia i tę sprawę powinna szybko wyjaśnić ustawa. Należy się także przyjrzeć innym kontraktom usług medycznych, bo czasami są one zaskakujące. Gdyby np. podstawowa opieka zdrowotna była dobrze zorganizowana, to wielu pacjentów nigdy by się u nas nie znalazło. A tak lekarz rodzinny stawia pacjentowi rozpoznanie na wyrost, pisząc np. „zaostrenie choroby wieńcowej” i my na naszym oddziale musimy przeprowadzić całą diagnostykę. Ona oczywiście obciąża budżet naszego oddziału, ale przecież nikt przy zdrowych zmysłach nie podłoży swojej głowy pod topór i nie odeśle pacjenta. Utrudniony kontakt ze specjalistami sprawia, że przybywa nam pacjentów. Jeśli chorego boli noga, a wizytę ma zaplanowaną za trzy miesiące, to można przewidzieć, że w którymś momencie trafi on do nas. Byłoby nieetyczne gdybyśmy cierpiącego z bólu pacjenta odesłali do domu.

**Kazimierz
Czerwonka
– anestezjolog,
ordynator SOR-u
w Szpitalu Powiatowym
w Leżajsku.**



Najważniejszym problemem jest tzw. dobór pozytywny na kierunku – ratownictwo medyczne. Na razie, z tego co wiem, spora grupa młodych ludzi kształcących się na ratowników, to osoby, które nie dostały się na inne kierunki studiów. Oczywiście znajdziemy tam też wielu autentycznych entuzjastów i ci przy odpowiednim poziomie szkolenia na pewno doskonale sprawdzą się jako ratownicy.

Skoro system ratowniczy, który przedstawił nam tu dr Kamiński sprawdza się w Ameryce, to nie widzę powodu dlaczego nie miałyby sprawdzić się u nas. Jako lekarz ratownik, a przede wszystkim lekarz praktyk uważam, że najważniejszy jest szybki transport chorego do szpitala. Ratownik, znający doskonale techniki udzielania pierwszej pomocy, wystarczy w zupełności w karetce. Resztą i tak w szpitalu zajmie się lekarz. Zupełnie odrębną sprawą jest odbiór społeczny sytuacji, w której pacjent nagle dowie się, że przybył mu z pomocą nie lekarz tylko ratownik. Myślę, że w przyszłości i tak nie będzie innego rozwiązania. Mamy czas, więc wykorzystujmy go, z jednej strony tworząc standardy postępowania w poszczególnych dziedzinach me- →

dycyny z ratownictwem na czele, z drugiej zaś pamiętajmy, że istnieje pilna potrzeba zrationalizowania wydatków i powiedzenia otwarcie, że na bezpłatną opiekę zdrowotną w pełnym tego słowa znaczeniu po prostu nas nie stać. Czas stworzyć koszyk świadczeń standardowych.

Dr
Jan Ciećkiewicz
– Instytut
Ratownictwa Medycznego



Przez 40 lat byłem chirurgiem, pracującym na ostrych dyżurach. Należę do grupy lekarzy, którzy jako pierwsi w tym kraju uzyskali specjalizację z medycyny ratunkowej, dlatego też te wszystkie rozwiązania o których mówił pan Marek Kamiński są mi dobrze znane. Medycyny ratunkowej uczyłem się w Stanach. To co zademonstrował nam pan Kamiński jest niepełne. Na pewno nie mogę się zgodzić z tym, że w praktyce łączność radiowa między ratownikiem a lekarzem nie jest potrzebna. Znam przynajmniej dziesięć przypadków, gdy jest to konieczne. Natomiast zgadzam się z nim w kwestii, że złe tłumaczenie z angielskiego ustawy o ratownictwie doprowadziło do niepotrzebnego zamieszania np. w przypadku szpitalnych oddziałów ratunkowych. Bo tak naprawdę SOR-y wyposażone w super salę operacyjną i inne cuda niewiary nie są szpitalom potrzebne. Szpitalom potrzebny jest oddział ratunkowy, w którym można dokonać szybkiej diagnostyki, błyskawicznie ustalić plan postępowania z chorym, a tylko w wyjątkowych sytuacjach dokonać jakiegoś zabiegu.

Chciałbym, aby to spotkanie nie było spotkaniem zwolenników i zwalczających się przeciwników, bo byłoby to najgorsze, co mogłoby się zdarzyć. Należy pamiętać, że prawda jest zawsze pośrodku.

Obawiam się jednego, aby nie doszło do sytuacji, że po jednym biegunie stoją ratownicy, a po drugiej lekarze, bo nic dobrego z tego nie wyniknie. Będzie jak w polskim sejmie.

Martwię się również o los pielęgniarek, które robią specjalizację z medycyny ratunkowej, a obecnie jeżdżą w pogotowiu. Dla nich zabraknie miejsc pracy. Kobiety zgodnie z kodeksem pracy mogą dźwigać tylko do 20 kilogramów.

Opracowanie:
Danuta Ślósarska

Po raz pierwszy i to publicznie

Wystąpienie

prof. **Jana Skowrońskiego**,
wygłoszone 3 marca 2006 roku,
podczas obchodów XXX-lecia
Kliniki Ortopedii

Równo trzydzieści lat temu powstała Klinika Ortopedii AM w Białymstoku.

Jej organizatorem i pierwszym kierownikiem był doc. dr hab. Józef Kamiński. Był to czas w którym AM w Białymstoku, jako jedyna w Polsce, nie posiadała jeszcze takiej kliniki. Skutki tego zjawiska odczuwane były w naszym makroregionie przez długie lata. Klinikę powołano na bazie istniejącego oddziału urazowego Kliniki Chirurgii Ogólnej, a zespół lekarski składał się z pięciu lekarzy i stażysty. W zespole tylko jedna osoba posiadała drugi stopień specjalizacji. Zapleczem operacyjnym był skromny zestaw kilku narzędzi z dużą liczbą łączników metalowych i śrub. W środowisku białostockim o ortopedii wiedziano tylko to, że „łączy płytkami” połamane kości. Operacja wydawała się tym poważniejsza, im większa była złamana kość. Tak myśleli chirurdzy i tak początkowo myślałem ja – wtedy najmłodszy asystent tego zespołu.

Przyjście docenta Kamińskiego, jego ogromne kompetencje, wiedza, doświadczenie i talent spowodowały, że wizerunek naszej specjalności stopniowo zaczął się zmieniać. Zmieniała się też systematycznie klinika. Odbywało się to nie bez przeszkód i trudności, i to głównie ze strony środowiska chirurgiczno-ortopedycznego.

W tym trzydziestoletnim istnieniu kliniki wyróżniłbym trzy okresy. Pierwszy okres to lata 1976-1982, czyli czas, w którym szefem kliniki był doc. J. Kamiński. Można powiedzieć, że był to okres szybkiej edukacji ortopedycznej, zarówno w kategorii rzemiosła jak i sztuki. Pragnę dodać, że ową edukację zespołu doc. Kamiński musiał zaczynać od podstaw. W sprawach klinicznych na pierwszy ogień poszła traumatologia i chirurgia ręki, czyli problemy z którymi spotykaliśmy się na co dzień, na każdym ostrym dyżurze. Rozpoczęło się intensywne szkolenie zespołu w ośrodkach krajowych.

Owocowało to pierwszymi doktoratami, specjalizacjami drugiego stopnia. Biorąc pod uwagę punkt wyjścia edukacji klinicznej zespołu, progres w tej materii był szybki i potwierdzający zasadę, że najlepszą formą edukacji w medycynie jest zdobywanie wiedzy w relacji mistrz-uczeń.

W momencie, kiedy można by już uznać, że zespół okrzepł i osiągnął pułap dobrej pracy klinicznej, śmierć nie spodziewanie zabrała doc. Józefa Kamińskiego.

Moje ścisłe związki służbowe, wspólnota poglądów z szefem, podziw dla jego kompetencji, jak i potężna por- →

cja wiedzy klinicznej, którą mi przekazał, upoważniają mnie do kilku refleksji.

Niewątpliwie najważniejszą cechą doc. Kamińskiego była skromność. Był to człowiek prostolinijny i liczący przede wszystkim na własne siły. Znał gruntownie i uprawiał wiele



Fot. Doc. Józef Kamiński – pierwszy kierownik kliniki.

dziedzin naszej specjalności. Władał trzema językami obcymi. Potrafił pracować dla innych: dla pacjentów, którzy darzyli go zaufaniem oraz dla młodszych kolegów, którzy chcieli korzystać z jego wiedzy.

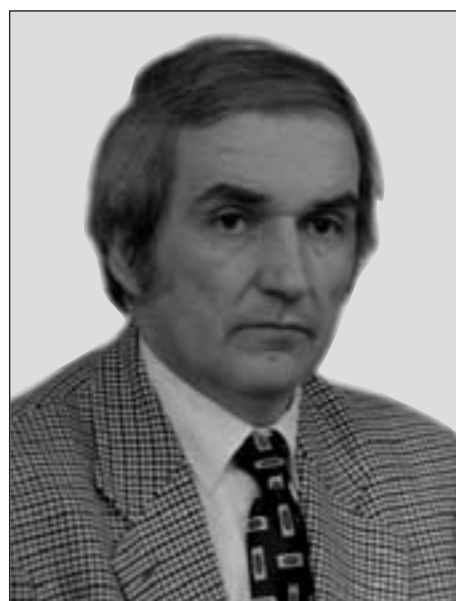
Jako szef, stworzył swoisty dekalog postępowania człowieka i lekarza. Dziś ten dekalog jest dla nas wzorem. Wytrzymał wszystkie próby czasu i zakręty historii. Odejście w czerwcu 1982 roku doc. Kamińskiego postawiło pod znakiem zapytania los kliniki.

Czas między 1982 a 1985 rokiem, był okresem najtrudniejszym dla zespołu. Obowiązki kierownika kliniki przejął dr med. Jerzy Nawara – najstarszy z adiunktów kliniki. Opiekunem naukowym został prof. Z. Puchalski.

Funkcjonujący wówczas system centralnego rozdzielnictwa, przy swoich nieklarownych zasadach spowodował, że „wypadliśmy” ze wszystkich ministerialnych rozdzielników aparatury i sprzętu. Możliwości rozwoju klinicznego uległy znacznej redukcji. Część osób z zespołu lekarsko-pielęgniarskiego wyjechała na kontrakty do Libii, a kolega A. Stasiak wyjechał do pracy w Klinice Ortopedii w Bremie i tam osiedlił się na stałe.

Kłopoty i zagrożenia często powodują, że ludzie mobilizują się i próbują sprostać zadaniom. Tak było i wtedy. Efektem mobilizacji dużej części zespołu było ożywienie naukowe. Oczywiście jest, że podłożem tego ożywienia była możliwość korzystania z materiału klinicznego, który powstał za czasów docenta Kamińskiego. Sprzyjała temu też możliwość skorzystania z zaplecza naukowego i pomocy Zakładu Anatomii Patologicznej, którym kierował prof. H. Nowak i Zakładu Chemii Ogólnej profesora W. Gałasińskiego. Dzięki współpracy i przychylności tych profesorów powstało kilka doktoratów, a ja mogłem dokończyć rozpoczętą pracę habilitacyjną, za co obu Panom dziękuję.

W tym też trudnym okresie na gruncie ortopedii i traumatologii korzystaliśmy często z rad i pomocy wybitnych indywidualności naszego środowiska, a mianowicie profesorów: St. Piątkowskiego z lubelskiej Kliniki Ortopedii i prof. Jana Haftka z Konstancina. Z tymi też ośrodkami oraz Kliniką



Fot. Prof. Jan Skowroński – obecny kierownik kliniki.

Chirurgii Ręki z Poznania nawiązana została współpraca. Tym osobom chciałbym podziękować za współpracę, bo partnerem w tamtym okresie byliśmy mizernym.

W rok po zatwierdzeniu mojej habilitacji przez CK, czyli w roku 1985, w wyniku postępowania konkursowego, zostałem kierownikiem naszej kliniki. W tym też okresie do Gorzowa Wielkopolskiego wyjechał adiunkt kliniki – dr med. Andrzej Wasilewski, obejmując stanowisko ordynatora w Wojewódzkim Szpitalu. Od tego momentu rozpoczyna się jakby trzeci okres w historii kliniki.

Mając 36 lat nie zdawałem sobie do końca sprawy, jaki ogrom zadań stanął przede mną. Wiedziałem, że przywilejem a może powinnością każdego szefa jest przyjęcie określonej koncepcji rozwojowej kliniki, a następnie jej realizacja. Bardzo szybko zorientowałem się, że realizacji koncepcji szybkiego rozwoju klinicznego nie sprostają wszyscy członkowie zespołu. Wtedy jeszcze nie wiedziałem również, że w wielu moich organizacyjnych działaniach stosunkowo młody wiek szefa bywa przeszkodą. Wprowadzenie surowych kryteriów w pracy klinicznej pozwoliło mi na pozytywną selekcję zespołu. Stopniowo zespół lekarski zaczął wzrastać i dziś już liczy sobie 15 osób. W tym też okresie wspólnie z zespołem postawiliśmy na rozwój kliniczny. Wszystkie szkolenia były ukierunkowane pod nasze systematycznie rozwijane zainteresowania, takie jak: traumatologia, mikrochirurgia i chirurgia ręki, chirurgia kolana. Stopniowo przedmiotem naszych zainteresowań stały się również chirurgia biodra i spondyloortopedia. Wszystkie wyjazdy szkoleniowe wspierane były stażami zagranicznymi i odbywały się w wiodących ośrodkach w świecie. Wymienię tylko cztery ośrodki, w których odbyliśmy najdłuższe czasowo staże i w których mogliśmy czynnie operować. Pierwszy to Klinika Chirurgii Ręki Louisville w stanie Kentucky, gdzie przebywałem dzięki prof. H. Kleinerto- →

wi – liderowi światowej chirurgii Ręki a drugi to Klinika Ortopedyczna w Vallhala University w NY – pod kierownictwem prof. R. Schultza. Podobny w charakterze klinicznym, staż w Wiedniu zorganizował nam prof. H. Millessi – twórca nowoczesnej chirurgii nerwów obwodowych. Tam prawie roczne szkolenie odbył kolega M. Bielecki. Ogromnego wsparcia udzielił nam lider chirurgii kręgosłupa, prof. S. Eisenstein z Oswestry w Anglii. To u niego kol. Monach odbył półtoraroczny staż.

I tak mówiąc o sprawach klinicznych dobrnęliśmy do momentu, w którym zespół nasz uzyskał dość duże kompetencje i dojrzałość kliniczną. Gorsetem była dla nas fatalna i skąpa baza kliniczna tj. jedna sala operacyjna i trzydzieści sześć łóżek. Był to jeden z powodów emigracji do Anglii następnego naszego kolegi.

Mijało wtedy już dwadzieścia lat istnienia kliniki. Wówczas to, mówiąc o historii kliniki, wygłosiłem następującą tezę, że często w parze z niewielkim nawet sukcesem idą porażki. Za porażkę uznałem wówczas fakt, że do roku 1996 nie potrafiliśmy rozszerzyć naszej bazy klinicznej i nie przekonaliśmy władz uczelni do wykreowania kliniki rehabilitacji. Tłumaczyłem to sobie, że może siła naszej argumentacji była słaba, a argumenty nieprzekonywujące. Zapewne te słowa zapadły w pamięć, obecnemu na owej uroczystości, ówczesnemu rektorowi prof. Janowi Górskiemu, bo w dwa lata później skłonił mnie do przyjęcia funkcji prorektora ds. klinicznych i zasugerował, że jest to właściwy czas by podjąć próbę unowocześnienia naszego szpitala. Wśród pierwszych trzech klinik, które były poddane modernizacji znalazła się Klinika Ortopedii i Traumatologii. Wykonana w ekspresowym tempie modernizacja rozszerzyła znacznie naszą bazę i co najważniejsze wszelkie rozwiązania spełniały wymogi Unii Europejskiej. Dziś sale operacyjne mają klimatyzację i laminarny nawiew powietrza, a każda jedno, dwuosobowa sala chorych węzeł sanitarny. Elegancka część administracyjna kliniki uzupełnia obraz nowoczesnego ośrodka.

Uroczyste otwarcie kliniki w roku 2000, na którym część z Państwa była obecna, stworzyło przed nami możliwości działania i od tego momentu można uznać, że rozpoczęła się nowa era rozwoju kliniki. Nowa baza daje nam nowe możliwości. Rozwijamy i pogłębiając współpracę z ośrodkami w kraju i za granicą. Wprowadzamy w użytek kliniczny nowe metody: nawigację chirurgiczną, nowoczesne sposoby rekon-

strukcji chrząstki, najnowsze sposoby rekonstrukcji mikrochirurgicznych, techniki miniinwazyjne.

Bilansując ten okres chcę zaznaczyć, że w naszej klinice trzynastu kolegów uzyskało doktoraty, trzech koledzy tytuł doktora habilitowanego, a piszący te słowa nominację profesorską. W tym też okresie braliśmy udział w kilkudziesięciu



Fot. Klinika Ortopedii.

krajowych i zagranicznych kongresach, zjazdach i sympozjach. Sami zorganizowaliśmy sześć sympozjów i kongresów. Wszystkie uroczystości odbyły się z udziałem gości zagranicznych.

Od 21 lat jesteśmy także edytorami czasopisma *Polish Hand Surgery*. W nowej bazie klinicznej prowadzimy systematyczne szkolenia podyplomowe w ramach CMKP w zakresie chirurgii ręki, chirurgii kolana i alloplastyk stawowych. Działamy w towarzystwach naukowych, czy komitetach redakcyjnych, komisjach KBN i komisjach Ministerstwa Nauki itp.

Przed nami jeszcze długa i daleka droga do uzyskania pełnej zawodowej perfekcji, ale nie zależy ona tylko od nas. Aktualne zmagania z reformą służby zdrowia są tego dowodem.

Jubileusze choćby niewielkie skłaniają do refleksji i ocen. Trafna samoocena jest trudna choćby ze względu na brak obiektywizmu. Biorąc jednak pod uwagę warunki w jakich pracowaliśmy i miejsce z jakiego startowaliśmy, uznałbym nasz dorobek za dobry. Za pierwszy sukces uznaję edukację naszego zespołu na polu klinicznym. Wiem, że mamy jeszcze wiele do zrobienia na gruncie naukowym, widzę tu też duże możliwości. Pracę dydaktyczną oceniłbym pozytywnie. Wszelkie niedociągnięcia w pracy naszego zespołu przypisuję tylko sobie. Ocenę całości naszych dokonań pozostawiam Państwu.

Pozwolę sobie jeszcze dodać, że niczego nie zrealizowalibyśmy bez mozolnej pracy całego zespołu kliniki. Ten zespół jest dobry i za tą ciężką pracę chciałem wszystkim pracownikom kliniki podziękować a Państwu chciałbym się pochwalić. Czynię to publicznie, po raz pierwszy od dziesięciu lat. Takie są przywileje szefa zespołu. ■

Sympozja

- 1988 r. – Chirurgii Ręki
- 1988 r. – Spondyloortopedii
- 1994 r. – Endoprotezoplastyki kolana
- 1996 r. – Urazów i chorób stawu skokowego
- 1997 r. – Możliwości terapeutyczne polepszające lokomocję chorych z RZS
- 2004 r. – Artroskopia barku
- 2003 r. – III Międzynarodowy Kongres Chirurgii Ręki

IV Podlaski Festiwal Nauki

7 maja 2006

ZDROWIE KOBIETY W XXI WIEKU

miejsce: Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego AM Białystok, ul. Warszawska 15-215 Białystok

godzina: 09:00, **czas trwania:** 2 godziny, zaproszenia

prowadzący: mgr Anna Kalisz, mgr Dorota Piechocka, Bożena Kulesza Brończyk

TAJNIKI DIET OD KUCHNI

miejsce: Zakład Dietetyki, Białystok, ul. Mieszka 4b

godzina: 09:15, **czas trwania:** 2 godziny, wstęp wolny

powtórzenie imprezy: trzy razy, 9.15; 11.30; 14.00,

prowadzący: dr hab. Danuta Pawłowska

NAUKA UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY

miejsce: Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego

godzina: 09:30, **czas trwania:** 2 godziny, wstęp wolny

prowadzący: Hanna Rolka

OBRAZY HISTOLOGICZNE

– DZIEŁO WIELU POKOLEŃ

miejsce: Zakład Histologii i Embriologii, ul. Kilińskiego 1, prawe skrzydło pałacu Branickich, I piętro sala wykładowo – ćwiczeniowa 101.

godzina: 09:30, **czas trwania:** 2 godziny, wstęp wolny

prowadzący: prof. dr hab. Bogusław Sawicki

PROBLEMY ZDROWOTNE I SPOŁECZNE

DZIECI Z MÓZGOWYM PORAZENIEM

DZIECIECYM.

miejsce: Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej

godzina: 12:00, **czas trwania:** 3 godziny, wstęp wolny

prowadzący: Dorota Otapowicz, Bożena Kuźmicka, Bożena Kluczyk-Zaniewska, Teresa Kołomyjska, Katarzyna Cybula.

8 maja 2006

„TAJEMNICE DAWNYCH APTEK”

– WYSTAWA STAŁA W PAŁACU BRANICKICH W BIAŁYMSTOKU

miejsce: ul. Kilińskiego 1, parter prawego skrzydła pałacu Branickich, sala Samodzielnej Pracowni Historii Medycyny i Farmacji

godzina: 09:00, **czas trwania:** 45 minut, wstęp wolny

prowadzący: dr n. farm. Elżbieta Rutkowska

8.05.06 wystawa będzie otwarta od 9.00-13.00

Jednorazowo wystawę może zwiedzać 20 osób, czas zwiedzania jednej grupy – 45 minut.

NARKOTYKI I ZMNIEJSZANIE SZKÓD

PRZEZ NIE POWODOWANYCH

miejsce: Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego AMB ul. Mieszka I 4 B 15-054 Białystok

godzina: 09:15, **czas trwania:** 3 godziny, wstęp wolny

prowadzący: Dorota Rogowska-Szadkowska

KARDIOLOGIA INWAZYJNA W ŚWIECIE, POLSCIE I NA PODLASIU.

miejsce: Aula Magna pałac Branickich

godzina: 10:00, **czas trwania:** 2 godziny, wstęp wolny

prowadzący: Dr n. med. Hanna Bachórzewska-Gajewska

ZDROWIE PUBLICZNE JAKO NAUKA I PRAKTYKA.

miejsce: Zakład Zdrowia Publicznego, ul. Przytorowa

godzina: 10:00, **czas trwania:** godzina, wstęp wolny

prowadzący: Agnieszka Genowska

TAJEMNICE UCZENIA SIĘ I PAMIĘCI.

miejsce: Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej, ul. Mickiewicza 2c, Białystok (Collegium Universum, II piętro)

godzina: 10:30, **czas trwania:** godzina, wstęp wolny

powtórzenie imprezy: tak, 09.05.2006, 9.00-10.00

NIEZWYKŁA INŻYNIERIA

– TAJEMNICE LUDZKIEJ ANATOMII

miejsce: Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka AMB

godzina: 12:30, **czas trwania:** godzina, wstęp wolny

powtórzenie imprezy: 13:30

prowadzący: Lek. Joanna Pawlak, dr n.med. Magdalena Szkudlarek

FAKOEMULSYFIKACJA ZAĆMY

– (OPERACJE ZAĆMY Z MAŁEGO CIĘCIA).

dla osób w wieku od: 18 lat

miejsce: Duża Aula w pałacu Branickich

godzina: 15:00, **czas trwania:** 1,5 godziny, wstęp wolny

prowadzący: dr n. med. I. Obuchowska

NOWOCZESNE METODY

BADANIA PRZEWODU POKARMOWEGO

miejsce: sala 2, Collegium Novum, VI piętro, BLOK M

godzina: 15:00, **czas trwania:** 45 minut, wstęp wolny

prowadzący: Jarosław Daniluk

KOMPUTERY A NASZE ZDROWIE

miejsce: sala 157 Zakład Zdrowia Publicznego Collegium Universum ul. Mickiewicza 2c

godzina: 17:00, **czas trwania:** godzina, wstęp wolny

prowadzący: dr n. med. inż Jerzy Sienkiewicz

10 maja 2006

BADANIA FITOCHEMICZNE ZWIĄZKÓW BIOLOGICZNIE CZYNNYCH W SUROWCACH LECZNICZYCH POCHODZENIA NATURALNEGO.

miejsce: sala ćwiczeń Zakładu Farmakognozji AMB

godzina: 09:00, **czas trwania:** 2 godziny, wstęp wolny

powtórzenie imprezy: tak, 11.05.2006 godz 9:00

prowadzący: Jolanta Nazaruk

Konieczne wcześniejsze zgłoszenie chęci uczestnictwa e-mailem lub telefonicznie 085 7485692



**POROSTY I GRZYBY NIŻSZE JAKO
BIOINDYKATORY CZYSTOŚCI ŚRODOWISKA.**

miejsce: Zakład Biologii AMB, ul. Kilńskiego 1
godzina: 10:00, **czas trwania:** 2 godziny, wstęp wolny
powtórzenie imprezy: 13.00
prowadzący: dr Ilona Lengiewicz, dr Mirosława Orłowska

WIOSNA Z ALERGIĄ

miejsce: Klinika Alergologii i Chorób Wewnętrznych AMB
godzina: 13:00, **czas trwania:** 3 godziny, zaproszenia
prowadzący: Prof. dr hab. med. Anna Bodzenta-Lukaszyk

**EKSPERYMENTALNE METODY
BADANIA UCZENIA SIĘ I PAMIĘCI.**

miejsce: sala wykładowa Collegium Universum ul Mickiewiczza 2 c
godzina: 17:00, **czas trwania:** 45 minut, wstęp wolny
prowadzący: mgr Emilia Grzęda

12 maja 2006

NOWE METODY RATOWANIA ŻYCIA

miejsce: Dom Studenta nr 1 ul. Akademicka
godzina: 08:30, **czas trwania:** 3 godziny, wstęp wolny
prowadzący: Małgorzata Malinowska-Zaprzałka

POSTĘPY FARMAKOTERAPII NOWOTWORÓW

miejsce: Collegium Primum sala 218 (2 piętro) budynek na terenie parku Akademii Medycznej w Białymstoku
godzina: 11:00, **czas trwania:** 1,5 godziny, wstęp wolny
prowadzący: prof. dr hab. Jerzy Pałka

**WPLYW KONSUMPCJI KAWY I HERBATY
NA ZDROWIE CZŁOWIEKA**

miejsce: Zakład Technologii i Towaroznawstwa Żywności, wykład na Sali wykładowej w budynku AMB przy ul. Mieszka I 4b
godzina: 14:30, **czas trwania:** 45 minut
dopuszczalna liczba osób: 60
dostęp do imprezy: wstęp wolny
prowadzący: dr Anna Witkowska ■



**Prezentacja baz
Evidence Matters
i MyiLibrary**

Biblioteka Główna AMB zaprasza na prezentację baz: **Evidence Matters** oraz **MyiLibrary** w dniu 10.05.2006 o godz. 14.00 w Auli Wielkiej. Spotkanie poprowadzi Joanna Kukawska z firmy Akme Archive.

Interaktywna, aktualizowana na bieżąco, baza **Evidence Matters** zawiera dziesiątki tysięcy danych statystycznych (ponad 50000 dla samej onkologii), publikowanych w recenzowanych czasopismach (indeksowanych m.in. w bazach Medline, Cochrane, Cinahl). Baza zawiera dane z badań klinicznych, dotyczących skuteczności, bezpieczeństwa i kosztów terapii. Zakres tematyczny: onkologia, endokrynologia i metabolizm oraz kardiologia.

MyiLibrary jest serwisem zawierającym ponad 300 elektronicznych książek z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych.

Danuta Dąbrowska-Charytoniuk
p.o. Dyrektor Biblioteki Głównej AMB



**Bajkowy
rezonans
magnetyczny**

WDziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku od kwietnia br. funkcjonuje nowy wysokiej klasy rezonans magnetyczny. Jest to pierwsze tego typu urządzenie w Polsce. Sprzęt będzie wykorzystywany w diagnostyce pacjentów z całego rejonu północno-wschodniej Polski.



Rezonans magnetyczny służy do obrazowania całego ciała pacjenta. Od dotychczasowych urządzeń tego typu, różni się tym, że pacjent nie leży już w klaustrofobicznym tunelu, tylko pomiędzy magnesami ułożonymi w kształcie litery C. Ważne jest to szczególnie w przypadku dzieci, dla których długotrwałe pozostawanie w głośno pracującym tunelu wiązało się z dużym stresem. Również znacznie skrócił się czas badania, a w związku z tym w dużym stopniu wyeliminowane zostaną zniekształcenia związane np. z ruchami oddechowymi.

Całe urządzenie jest mniejszych rozmiarów niż dotychczasowy sprzęt, co nie oznacza, że ma mniejsze możliwości. Dodatkowo pomieszczenie i urządzenie zostało udekorowane motywami z bajek i w kolorach przyjaznych dzieciom.

Środki na zakup urządzenia zostały pozyskane częściowo jako nagroda dla szpitali, nie posiadających zadłużenia, a częściowo z funduszy własnych szpitala – mówi dyrektor Anna Iwaszkiewicz-Pawłowska. W Dziecięcym Szpitalu Klinicznym trwa w chwili obecnej proces ucyfrowienia diagnostyki obrazowej. Zakup nowego sprzętu jest kolejnym krokiem na tej drodze. Wkrótce dokumentacja radiologiczna pacjentów przechowywana i przesyłana będzie do gabinetów lekarskich w formie cyfrowej. Obniży to koszty funkcjonowania jednostki i przybliży do standardów europejskich.

Dyrektor szpitala planuje też udostępnienie sprzętu dla innych jednostek, a także w celach komercyjnych. Ma to wnieść dodatkowe środki do budżetu szpitala.

Adam Hermanowicz

Wlicznych przypadkach przewidzianych przez prawo lekarze wydają opinie orzeczenia i zaświadczenia o, najogólniej mówiąc, stanie zdrowia. Najczęściej dotyczą one zdolności do pracy, podjęcia nauki w określonym kierunku, zdrowia psychicznego czy też polegają na opiniowaniu w postępowaniach przed sądem.

W myśl art. 40 i 41 Kodeksu Etyki Lekarskiej:

zaświadczenia lekarskie mogą być wydawane jedynie na podstawie aktualnych badań lub odpowiedniej dokumentacji oraz powinny umożliwiać identyfikację lekarza, który je wystawił. Treść dokumentu musi być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być formułowana pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

Wystawianie nieprawdziwych zaświadczeń, opinii i orzeczeń lekarskich narusza nie tylko zasady etyki, ale jest również przestępstwem poświadczenia nieprawdy (fałsz intelektualny). W myśl art. 271 § 1 KK:

funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Przestępstwo poświadczenia nieprawdy ma charakter indywidualny i jest ścigane z oskarżenia publicznego. Podmiotem tego przestępstwa może być tylko funkcjonariusz publiczny lub inna osoba upoważniona do wystawienia dokumentu. Chodzi tu o osobę, która czyni to w ramach przysługujących jej uprawnień służbowych, np. lekarz wydający



Marek Hermanowicz



Przestępstwo poświadczenia nieprawdy

zświadczenie lekarskie (wyrok SA w Katowicach z dnia 30.10.1996 r., II AKa 56/96, Prok. i Pr. 1997 r. nr 5). Nie ma przy tym znaczenia czy lekarz jest zatrudniony w publicznym czy prywatnym zakładzie opieki zdrowotnej. Najczęściej zaliczony zostanie do grupy „osób uprawnionych do wystawienia dokumentu”.

Nie każde nieprawdziwe zaświadczenie, opinia czy orzeczenie lekarskie będzie stanowiło przestępstwo fałszu intelektualnego. Występek ten dotyczy dokumentów urzędowych, sporządzonych przez uprawnionego lekarza w przewidzianej prawem formie, które stanowią dowód tego co zostało w nich zaświadczone i w związku z tym przysługuje im cecha zaufania publicznego i domniemanie prawdziwości.

Czynność sprawcy przestępstwa z art. 271 KK polega na poświadczeniu nieprawdy w dokumencie przez osobę uprawnioną do jego wystawienia. Poświadczenie nieprawdy może polegać na potwierdzeniu okoliczności, które w ogóle nie miały miejsca lub też ich przeinaczeniu albo zatajeniu (postanowienie SN z dnia 8.11.2002 r., II KKN 139/01).

Odpowiedzialność karna lekarza, pełniącego funkcję biegłego, za to przestępstwo dotyczy poświadczenia faktów, które poddają się weryfikacji z punktu widzenia ich prawdziwości lub fałszu, natomiast nie obejmuje samych ocen (wyrok SN z dnia 7.12.2001 r., IV KKN 563/97, OSNKW 2002 r. nr 3-4).

Przestępstwo fałszu intelektualnego jest przestępstwem umyślnym. Sprawca

musi „chcieć” poświadczyć nieprawdę lub przewidywać możliwość takiego czynu i godzić się na to, np. lekarz przewiduje, że badania będące podstawą zaświadczenia są nieprawdziwe, a jednak na ich podstawie wystawia dokument. Nie jest zatem występkiem z art. 271 KK poświadczenie nieprawdy przez pomyłkę czy w wyniku wprowadzenia w błąd, nawet jeśli można byłoby zarzucić sprawcy lekko-myślność lub niedbalstwo.

Zgodnie z art. 271 § 3 KK:

jeżeli sprawca dopuszcza się przestępstwa poświadczenia nieprawdy w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (typ kwalifikowany).

Ustawa przewiduje również typ uprzywilejowany tego przestępstwa, który jest zagrożony karą grzywny lub ograniczenia wolności (art. 271 § 2 KK). Wypadek mniejszej wagi cechuje niska szkodliwość społeczna czynu, przejawiająca się najczęściej tym, że nieprawdziwe zaświadczenie, opinia lub orzeczenie nie zostały wykorzystane w obrocie prawnym lub jego znaczenie prawne nie było istotne.

Często, niestety, poświadczenie nieprawdy w zaświadczeniu, opinii lub orzeczeniu wiąże się z przyjęciem przez lekarza korzyści majątkowej lub osobistej. Bywa jednak i tak, że to dobre serce lekarza wpędza go w kłopoty, kiedy np. ulega on prośbom pacjenta, aby ze względu na trudną sytuację materialną, wystawił, pomimo przeciwwskazań medycznych, zaświadczenie o zdolności do poprzednio wykonywanej pracy.

Nawet najszczerza motywacja sprawcy nie wyłącza jego odpowiedzialności za to przestępstwo, jednakże przy wymierzaniu kary sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności.

(Autor jest aplikantem adwokackim).



W poszukiwaniu nowych leków przeciwnowotworowych

Leczenie chorób obejmuje wiele różnorodnych aspektów zarówno natury fizycznej, psychologicznej, socjologicznej jak i duchowej. Jednakże na poziomie molekularnym stany chorobowe wiążemy z zakłóceniem przepływu informacji w układach biologicznych. Trwałymi nośnikami informacji w układach biologicznych, które podlegają naszej manipulacji są geny przepisywane na RNA, które po modyfikacjach potranslacyjnych służą jako matryce do tworzenia białek. Przedstawione poziomy przekazu informacji budują trzy wzajemnie skorelowane gałęzie wiedzy: genomikę, transkrytomikę i proteomikę. Genomika obejmuje głównie poznanie ludzkiego genomu. Projekt ten, zakończony w podstawowych zarysach w ubiegłym roku, przyniósł nam wiedzę o obecności w naszym organizmie około 30 tysięcy genów. Kolejnym krokiem jest poznanie ekspresji genów w poszczególnych komórkach. Jest to obszar zainteresowania transkrytomiki. Mikromacierze DNA są w stanie dostarczyć obrazu ekspresji poszczególnych genów. Najczęściej poszukujemy genów, których ekspresja może korelować z typem komórki np. poszukujemy genowego wzorca komórek nowotworowych raka piersi MCF-7. Te genowe „odciski” stają się ważną metodą w diagnostyce chorób i zbliżają nas do indywidualizacji terapii. Wykorzystując osiągnięcia tych dziedzin w obrębie Zakładu Syntezy i Technologii Środków Lecznictwowych prowadzimy badania nowych leków przeciwnowotworowych.

Poszukiwanie nowych leków niesie z sobą dwa podstawowe zagadnienia.

Pierwsze związane jest z wyborem jakie białka lub geny powinny być naszym celem.

Drugie podstawowe zagadnienie dotyczy wzajemnego dopasowania leku do wybranego receptora.

Poszukiwanie nowych leków niesie z sobą dwa podstawowe zagadnienia. Pierwsze związane jest z wyborem jakie białka lub geny powinny być naszym celem. Drugie podstawowe zagadnienie dotyczy wzajemnego dopasowania leku do wybranego receptora. Jak znaleźć lek wiążący się z miejscem aktywnym białka lub z wybraną sekwencją nukleotydową DNA lub RNA? Grupy wiążące się z receptorem mogą

zajmować różne miejsca w przestrzeni. Ponadto obszary miejsca aktywnego tworzą liczne możliwości wzajemnego dopasowania leku do receptora. Potrzebujemy metody, która w sposób ilościowy określi energię wiązania przy każdym ułożeniu leku i receptora. Tą metodą jest modelowanie cząsteczkowe wyznaczające energię dowolnego układu cząsteczkowego. W ramach tego typu badań w naszym zakładzie prowadzimy prace dotyczące oddziaływania związków niskocząsteczkowych z wybranymi sekwencjami nukleotydowymi DNA. Modelowanie cząsteczkowe kompleksów leków z DNA może służyć zarówno do racjonalizacji wyników badań biologicznych jak i stanowić jednocześnie inspirację do poszukiwań nowych struktur wiodących. Wysoka toksyczność leków alkilujących typu chlorambucylu i melfalanu hamujących proces transkrypcji jest rezultatem ich braku selektywności zarówno do sekwencji nukleotydowych jak i topologii DNA. Zwróciło to naszą uwagę na możliwość dołączenia fragmentu alkilującego do związków selektywnych w stosunku do wybranych sekwencji nukleotydowych B-DNA. I tak w naszym zakładzie otrzymaliśmy amidynowe pochodne chlorambucylu i melfalanu. W przeciwieństwie do wolnych leków związki te wiążą się w wąskiej bruzdzie DNA i wykazują zwiększone powinowactwo do sekwencji adeniny-tymina. Istnieje korelacja pomiędzy ich cytotoxycnością a stopniem wiązania z DNA.

Najważniejszy element do rozpatrzenia przy omawianiu związków oddziałujących z DNA to konsekwencje tego typu zachowań do wydarzeń transkrypcyjnych. Występuje tutaj kilka możliwości, między innymi blokowanie mechanizmów naprawczych przez wiązanie wokół leku szeregu białek lub deregulacja sygnalizacji transkrypcyjnej poprzez zmianę kształtu dużej i małej bruzdy DNA. Nasze badania szeregu amidynowych pochodnych chlorambucylu i melfalanu wskazują, że ich aktywność biologiczna może być powiązana z hamowaniem aktywności ważnej grupy enzymów – topoiizomeraz. Rola topoiizomeraz polega na usuwaniu pojawiających się w trakcie transkrypcji naprężeń DNA poprzez naciąganie jednej lub obu jego nici, przeplatanie ich i ponownym łączeniu. Ich aktywność poprzedzająca widełki replikacyjne stwarza możliwość zakłócenia transkrypcji DNA. Topoiizomerazy stanowią ważny molekularny punkt uchwytu w terapii chorób nowotworowych, tym bardziej, że obserwujemy zwiększoną ekspresję tego enzymu w różnych typach nowotworów, w tym w raku sutka. Nasze dotychczasowe badania wskazują, że cytotoxycność amidynowych pochodnych chlorambucylu i melfalanu związana jest zarówno z ich działaniem alkilującym jak i hamowaniem aktywności topoiizomerazy II.

Badanie dotyczące mechanizmu leków przeciwnowotworowych pozwoliły nam dostrzec w cząsteczce DNA zdolność do prezentacji wybranych sekwencji nukleotydowych poprzez sposób upakowania i różnorodne relacje topologiczne w kompleksach DNA-białka. Poznanie sekwencji ludzkiego genomu wysuwa obecnie na czoło problemów badawczych zrozumienie mechanizmów regulacji ekspresji poszczególnych genów w komórkach nowotworowych. Możemy śmiało przyjąć się, że w nadchodzących latach DNA i związane z nim procesy pozostaną w centrum zainteresowania chemioterapii nowotworów.

Krzysztof Bielawski

(Autor jest dr. hab. kierownikiem

Zakładu Syntezy i Technologii Środków Lecznictwowych AMB).



TRIADA ZAKRZEPOWA



Rudolf Virchow (1821-1902)

Rudolf Virchow urodził się 13 października 1821 roku w Świdwinie (niem. Schivelbein) k. Białogardu na Pomorzu Zachodnim. W 1843 roku ukończył studia medyczne w Berlinie. W 1849 roku objął Katedrę Anatomii Patologicznej na Uniwersytecie w Würzburgu. Od 1856 roku, do końca swoich dni, był dyrektorem Instytutu Patologii Uniwersytetu w Berlinie.

R. Virchow wniósł nowe wartości do nauki o krzepnięciu krwi. Substancji włókninorodnej osocza – nadał nazwę fibrynogen. Wykazał, że zator płucny jest spowodowany oderwaniem się zakrzepu od żył obwodowych. Wyróżniał zakrzepy zatykające i zakrzepy przyścienne (związujące). W roku 1856 roku podał, że do wystąpienia zakrzepicy muszą zaistnieć równocześnie trzy przyczyny: uszkodzenie ściany naczynia, zaburzenie przepływu krwi

i zmiany w składzie krwi. Określane są one obecnie „triadą zakrzepową” Virchowa.

W roku 1856 roku podał, że do wystąpienia zakrzepicy muszą zaistnieć równocześnie trzy przyczyny: uszkodzenie ściany naczynia, zaburzenie przepływu krwi i zmiany w składzie krwi. Określane są one obecnie „triadą zakrzepową” Virchowa.

Virchow głosił, że jedynymi nosicielkami życia są komórki. Zasłynął jako twórca formuły: *omnis cellula e cellula* – każda komórka pochodzi z komórki już istniejącej. W komórce dopatrywał się siedliska wszelkich zmian chorobowych i stworzył naukę zwaną patologią komórkową. Jest także twórcą teorii „ciągłości plazmy zarodkowej”. Zachowana jest ona tylko pomiędzy komórkami rozrodczymi i jedynie one przekazują komórkom potomnym plazmę zarodkową w procesie dziedziczenia. Ich egzystencję zapewniają komórki somatyczne organizmu.

Twierdził, że do powstania zmian zapalnych niezbędne są dwa czynniki: bodziec zapalny i odczyn na ten bodziec organizmu. Wysunął pogląd, że proces miażdżycowy zapoczątkowuje lokalne rozluźnienie tkanki łącznej i naciekanie ściany tętnicy składnikami krwi. Odkrył nową chorobę krwi – białaczkę, określając ją terminem leukemia. Odróżniał białaczkę limfatyczną od szpikowej. Dla zwiększonej liczby białych ciałek we krwi wprowadził termin leukocytoza. Opisał cykl rozwojowy włośnia krętego, wskazując na zakażone mięso wieprzowe jako źródło włośnicy. Brał udział w badaniu szczątków kostnych znalezionych w czasie prac wykopaliskowych prowadzonych przez H. Schliemana w Troi. Głosił, że w Neanderthalu znaleziono szczątki współczesnego człowieka, u którego choroba doprowadziła do powstania w czaszce szeregu zmian patologicznych.

Rudolf Virchow był jednym z założycieli i przywódców Partii Postępowej (Fortschrittspartai), posłem do Reichstagu, przeciwnikiem O. von Bismarcka. Od lat młodzieńczych porwał go wir ruchów wolnościowych, w których brał czynny udział, zwalczając słowem i piśmem absolutyzm i niewolę ludów. Żywił dużą sympatię do Polaków, znał język polski; wielokrotnie stawał w obronie ludności polskiej zaboru pruskiego. Wśród jego uczniów znajdowało się wielu Polaków: I. Baranowski, W. Biegański, W. Brodowski, K. Chłapowski, T. Heryng, H.F. Hoyer, J. Kosiński, K. Kostanecki, W. Szymonowicz, A. Wrzosek.

R. Virchow ożenił się w 1850 roku, jeszcze we Würzburgu, z osobą, która okazała się wierną towarzyszką przez ponad pięćdziesiąt lat.

Zmarł 5 września 1902 roku w Berlinie.

Anna Worowska

Swiatowa Organizacja Zdrowia (WHO), w styczniu tego roku, poinformowała o gwałtownym rozprzestrzenianiu się na wyspach Oceanu Indyjskiego wirusów Chikungunya. Na wyspie Le Reunion zanotowano 2406 zakażeń tymi wirusami, z czego 326 nowych w ciągu tygodnia, co oznacza, że ponad 168 tysięcy osób może być zakażonych wirusami Chikungunya. Do tej pory zanotowano 93 ofiary śmiertelne tych wirusów. Przypadki zachorowań stwierdzono także na Mauritiusie (2553 osób), Seszelach (4650 osób), Mayotte (924 osób) i na Madagaskarze (sporadyczne przypadki). Przypadki zachorowań stwierdzono także w Europie. W ostatniej informacji Państwowego Zakładu Higieny, dotyczącej aktualnych chorób zakaźnych podano, że od kwietnia 2005 do końca stycznia 2006 zgłoszono: sto sześćdziesiąt przy-

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), w styczniu tego roku, poinformowała o gwałtownym rozprzestrzenianiu się na wyspach Oceanu Indyjskiego wirusów Chikungunya.

Wirus Chikungunya to Arbowirus. Na człowieka jest przenoszony przez komary z gatunku *Aedes aegypti*, najczęściej w porze deszczowej. Występuje głównie w Indiach, Pakistanie, Afryce i Azji. Wirusy te wykryto również na terenie Europy: w Albanii, Szwajcarii, Belgii, Hiszpanii oraz we Włoszech i Francji. Po okresie od czterech do siedmiu dni od ukąszenia pojawiają się objawy: gorączka, bóle i zawroty głowy, wysypka grudkowo – plamista, nudności i wymioty, łagodne krwotoki, bolesne obrzęki stawów, upośledzenie chodzenia i ruchu kończyn. Terapia polega na podawaniu leków przeciwpalniczych i przeciwbólowych, a zapobieganie na zabijaniu i odstraszaniu komarów. Brakuje leczenia przyczynowego.

Wirus Chikungunya także w Europie

padków Chikungunya w kontynentalnej Francji, cztery przypadki w Niemczech i dwanaście w Szwajcarii. Wszystkie przypadki dotyczyły osób, które przebywały wcześniej w atrakcyjnych terenach turystycznych.

Przypadki zachorowań stwierdzono także w Europie. W ostatniej informacji Państwowego Zakładu Higieny, dotyczącej aktualnych chorób zakaźnych podano, że od kwietnia 2005 do końca stycznia 2006 zgłoszono: sto sześćdziesiąt przypadków Chikungunya w kontynentalnej Francji, cztery przypadki w Niemczech i dwanaście w Szwajcarii.

Epidemiolodzy uważają, że wiadomości o nowych, rozprzestrzeniających się chorobach zakaźnych, powinny znaleźć miejsce w programach edukacyjnych lekarzy.

Ryzyko zakażeń ludzi jest trudne do oszacowania. Postuluje się że w Europie jest ono niskie, ponieważ warunki pogodowe nie sprzyjają rozwojowi owadów. Ale temperatury rosną, zaleca się więc wzrost czułości nadzoru i zapewnienie dostępnego zaplecza laboratoryjnego.

Zakażenie wirusami Chikungunya zatacza coraz większe kręgi. Sezon letni mamy przed sobą – więc czy powinniśmy czuć się bezpieczni?

Danuta Prokopowicz
(Autorka jest prof. zw. dr n. med.

– Kierownikiem Kliniki Obserwacyjno – Zakaźnej AMB).

Robert Henryk Kranc
(Autor jest mgr analityki medycznej Współpracuje z Kliniką Obserwacyjno – Zakaźną AMB).

Korespondencja z Bethesdy

Szczęśliwe godziny

*„Tylko sześć pór roku
a tyle się zmieści
kukułka na wiosnę
czajka co w marcu się zjawia
a w lipcu odleci
buty mokre od deszczu...”*

„Tylko”, ks. J. Twardowski

Ciężką pracą znaczone są moje dni, dlatego co pewien czas koniecznie muszę się zatrzymać, odetchnąć innym – niż laboratoryjne – powietrzem, spotkać się z przyjaciółmi.

Podczas poprzedniego pobytu w Stanach poznałam wiele ciekawych osób z Grecji, Rosji, Czech, Japonii i Włoch. Zawiązały się między nami przyjaźnie, razem spędzaliśmy czas.

I tak, już wczesną wiosną, a potem jesienią jeździliśmy do rezerwatu przyrody „Blackwater Refuge”, by tam podziwiać ptaki. Gdy dopisywała ładna pogoda, wybieraliśmy się na niewielki szlak górski w „Harpers Ferry”. Tam, na szczycie góry odpoczywaliśmy, upajając się widokiem wijącej się, pośród pasma gór, rzeki Potomac.

W upalne dni lata wybieraliśmy się do pobliskiego Annapolis, by statkiem popłynąć w krótką podróż. Nad przepięknymi wodospadami w „Greet Falls” też spędziliśmy wiele mi-

łych chwil

Z czasem, gdy jesień obdarowała już swoimi barwami drzewa, jechaliśmy do parku – Shenandoah. Jest tam utworzona specjalna trasa widokowa. To wyjątkowo urokliwe miejsce.

W zimne dni listopadowe wędrowaliśmy niezwykłymi korytarzami jaskiń „Luray Caverns”.

Tak było. A teraz...? Teraz, już po moim powrocie, razem z przyjaciółmi zasiedliśmy do uroczystej wigilii świąt Bożego Narodzenia, a potem wspólnie powitaliśmy nowy rok. W tym samym gronie uczciliśmy też Święto Dziękczynienia.

W najbliższych dniach, z grupą osób wybieramy się nad Potomc, w okolice Monumentu – słynnej iglicy i pomnika Lincoln. Będziemy cieszyć się widokiem kwitnących wiśni. Każdego roku bowiem, na przełomie marca i kwietnia, w Waszyngtonie odbywa się „Cherry Blossom Festival”.

W niedzielne popołudnia często chodzimy do restauracji na obiad. Wybieramy kuchnie narodowe. W Bethesda jest mnóstwo takich miejsc, gdzie serwują regionalne potrawy. Niestety, nie ma tu polskiej restauracji. A szkoda!

Idziemy więc do rosyjskiej restauracji i tam zjadamy bliny. W japońskiej „Hinode” zamawiamy sushi i misso-soup, w greckiej restauracji „Taverna” smakuje nam deser – bardzo słodkie ciasto z dużą ilością miodu, zwane baclave.

Wierzę, że i w tym roku spotka mnie wiele miłych chwil, ciekawych podróży i spotkań. Mam nadzieję, że tak jak i poprzednim razem, wspólnie będziemy chodzili do kina.

Elżbieta Tryniszewska
National Institutes of Health
National Cancer Institute
Bethesda, USA



Niekonwencjonalna biografia

Witold Sławiński – botanik, prof. UMCS w Lublinie, AM w Białymstoku i SGGW w Warszawie. Urodził się 27 listopada 1888 r. w Wilnie, jako syn Wojciecha Jana, ziemianina i Heleny Konstancji z domu Narkiewiczów. Ochrzczony został w kościele rzymskokatolickim św. Jakuba w Wilnie. Szkołę realną ukończył w Wilnie w 1907 r. W latach 1907-1910 studiował w Akademii Rolniczej w Dublinach koło Lwowa, którą ukończył uzyskując stopień inżyniera rolnika. Według danych podanych w pisanym przez siebie życiorysach, studia uzupełnił w Instytucie Rolniczym w Moskwie (leśnictwo). W latach 1912-1914 był instruktorem kółek rolniczych w Guberni Wileńskiej. Pisał też, że w 1914-1918 służył w wojsku rosyjskim. W 1919 r. pracował najpierw

w Ministerstwie Rolnictwa i Dóbr Państwowych w charakterze pomocnika i referenta, a następnie na stanowisku referenta rolnego w Starostwie Wileńskim. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w r. 1918, Witold Sławiński został członkiem Komisji Organizacyjno-Rewindykacyjnej powołanej do odbudowy Uniwersytetu Wileńskiego. W latach 1919-1925 pełnił obowiązki asystenta i starszego asystenta w Katedrze Botaniki Ogólnej i Systematyki Roślin Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, kierowanej przez prof. Piotra Wiśniewskiego oraz na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym tegoż Uniwersytetu.

Stopień doktora filozofii, Witold Sławiński, uzyskał na podstawie pracy Zielone Jeziora pod Wilnem. Promotorem doktoratu był prof. Adam Wo-



Fot. Syberia, lata 50. Z prawej Jan Sławiński – syn prof. W. Sławińskiego.

dziczko. W 1939 r. habilitował się na Wydziale Przyrodniczym Uniwersytetu Poznańskiego, uzyskując *veniam legendi* z fitosocjologii. W latach 1926-1928 Sławiński był adiunktem przy Katedrze Systematyki i Socjologii Roślin Uniwersytetu Poznańskiego, kierowanej przez prof. A. Wodziczkę. W tym czasie dwukrotnie wyjeżdżał do Francji w celu pogłębienia wiedzy z zakresu mikrobiologii technicznej (1923) oraz systematyki i fitosocjologii (1928). Od września 1928 r. pracował w Państwowym Banku Rolnym, Instytucji Centralnej w Warszawie na stanowisku inspektora w Wydziale Agrarnym. W kwietniu 1942 po orzeczeniu Komisji Lekarskiej o trwałej niezdolności do wykonywania zawodu, (60%) przeszedł na emeryturę. Pobierał ją od lipca 1948 roku do 1951 r.

W latach 1945-46 pracował jednak dorywczo w oddziale banku w Poznaniu w charakterze biegłego w sprawach kredytowych. Pracując tam objął jednocześnie w 1938 r. kierownictwo w Zakładzie Botaniki Stosowanej Politechniki Warszawskiej oraz wykładał botanikę rolniczą na Wydziale Chemii i Inżynierii. Po przemianowaniu przez władze niemieckie Politechniki Warszawskiej w Państwową Wyższą Szkołę Techniczną był w dalszym ciągu – od 1943 – jej wykładowcą. W drugiej połowie 1944r. Sławiński podjął pracę jako instruktor leśny w Nadleśnictwie II w Zakopanem. Przebywał tam do połowy 1945 r. Od czerwca 1945 r. do kwietnia 1946 r. był etatowym docentem na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym Uniwersytetu Poznańskiego prowadząc wykłady z systematyki i socjologii roślin. Po odmowie powołania Katedry Systematyki i Geografii Roślin przeniósł się do Lublina. Na wniosek senatu tamtejszego uniwersytetu w lipcu 1946 r., dekretem Prezydenta KRN, został mianowany profesorem zwyczajnym botaniki i fizjologii roślin na Wydziale Rolniczym UMCS w Lublinie. Władze uniwersyteckie powierzyły mu kierownictwo Katedry Botaniki i Fizjologii Roślin. Jednocześnie od 1946 do 1954 r. Sławiński prowadził wykłady zlecone z mikrobiologii (na Wydziale Chemii) i botaniki rolnej (na Wydziale Geodezji) na Politechnice Warszawskiej. W lipcu 1950 r. Minister Zdrowia RP powierzył profesorowi Witoldowi Sławińskiemu organizowanie Katedry wraz z Zakładem Biologii w Akademii Medycznej w Białymstoku, a

w grudniu 1950 dekretem prezydenta RP Sławiński został mianowany profesorem zwyczajnym w Katedrze Biologii Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku. We wrześniu 1957 r. minister Szkolnictwa Wyższego RP powierzył Profesorowi stanowisko samodzielnego pracownika nauki w Katedrze Ekologii na Wydziale Melioracji Wodnych SGGW w Warszawie, wyrażając jednocześnie zezwolenie na dodatkową pracę w wymiarze połowy etatu w Akademii Medycznej w Białymstoku. To zezwolenie było przedłużane co jakiś czas aż do roku akademickiego 1961/1962. Katedrą Ekologii na SGGW w Warszawie Sławiński kierował w latach 1958-1960. W połowie 1957 r. przeszedł na emeryturę.

Trochę prywatności

Witold Sławiński był trzykrotnie żonaty. Pierwsza żona Waclawa z domu Zmigrodzka z którą ślub zawarł przed 1915 r. urodziła się w 1889 r. Zmarła w 1957 r. w Ozorkowie (woj. Łódzkie) jako Waclawa Sławińska wdowa (!) po Witoldzie Sławińskim. Druga żona Adrianna Lenczewska ur. w 1896 r. była solistką Opery Poznańskiej i primadoną Opery Warszawskiej, profesorem i dziekanem Wydziału Wokalnego Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej w Katowicach. Ślub z Lenczewską Professor zawarł w kościele ewangelicko-reformowanym w Wilnie. Małżeństwo zakończyło się rozwodem w 1945 r. w Konsystorze Prawosławnym w Chełmie. Adrianna Lenczewska zmarła w

1958 r i została pochowana na Powązkach. Jadwiga z domu Rudominów ur. 1900 r. była trzecią żoną Profesora Sławińskiego (poślubił ją w 1945 r.). Z pierwszego małżeństwa Professor miał dwoje dzieci, syna Jana (ur. w 1915 r. w Wilnie; zm. w 1995 r. w Krasnojarskim Kraju) i córkę Zofię (po mężu Górka; ur. w 1916 r. w Witebsku; zmarła w 1996 r. w Łańcucie).

Professor Witold Sławiński zmarł na zawał serca 4 września 1962 r. w Białymstoku. Został pochowany na dawnym cmentarzu ewangelickim w Supraślu koło Białegostoku.

Dorobek naukowy

Zainteresowania swoje prof. W. Sławiński w początkowym okresie skupił głównie na roślinności okolic Wilna. Publikował swoje spostrzeżenia bądź to w prasie codziennej (np. *W sprawie ochrony przyrody* – Gazeta Krajowa, Nr 37, Wilno, 1921) bądź w tygodnikach (*Wrażenia i notatki z wycieczek po kraju* – Kresy, Nr 8, Wilno, 1922; *Flora okolic Wilna* – Ognisko 1(3) Warszawa, 1922). W okresie późniejszym (1927-1932) zainteresowania swoje skierował głównie na łąkarstwo, drukując większość artykułów z tego zakresu w Tygodniku Rolnym ukazującym się w Wilnie (np. *Przyczynek do znajomości łąk litewskich* – Tyg. Rol. Nr 21-24, Wilno, 1927 lub *Co nam mówią mchy o łąkach* – Tyg. Rol., Nr 29-30, Wilno, 1931; *Spostrzeżenia i uwagi dotyczące łąk torfowych w majątku Młyńsk (Wołyń)*. Tyg. Rol., Nr 33-34, Wilno, 1932). Głównie →



Fot. Codziennosc prof. W. Sławińskiego.



Dr n. med.
Mieczysław Sopek

Na egzamin do Profesora poszedłem po całonocnej zabawie w akademiku. Pamiętam, że odprowadziłem jeszcze do domu koleżankę, która bardzo mi się podobała i poszedłem pod Zakład Biologii. Wprawdzie była dopiero piąta rano, a egzamin miałem wyznaczony na godzinę szóstą, to jednak wolałem tę godzinę poczekać na dworze. Bałem się spóźnić, bo tego Profesor nie tolerował. Po prostu zamykał drzwi i nie było dyskusji.

Pytań, jakie dostałem na egzaminie już nie pamiętam, ale np. mój kolega dostał takie: "Jaki wpływ mają stare panny na wzrost koniczyny?" Prawda, że to bardzo ciekawe...?

Nie baliśmy się Profesora, bo był to człowiek bardzo bezpośredni, ciepły, no i oczywiście niezwykle barwny. Lato, najczęściej spędzał na wędrownkach po okolicach Supraśla. Było to szczególnie kłopotliwe dla tych, którzy oblali egzamin z biologii. Student, mający we wrześniu poprawkę, słyszał od Profesora: "Synu, latem szukaj mnie w Supraślu. Będę tam na łąkach". Problem polegał na tym, że nie mówił, w którym miejscu, kiedy i o której godzinie.

nym jednak zainteresowaniem prof. W. Sławińskiego była fitosocjologia. Z tego zakresu opublikował trzyczęściową pracę poświęconą leśnym zespołom roślinnym *Haute-Maurienne (Savoie)*. Materiał zebrany był we Francji. Dwie pierwsze części ukazały się w języku francuskim (1933, 1935), trzecia zaś – w języku polskim (1938). Do grupy prac fitosocjologicznych należy również opracowanie zespołu *Piceeto-Pinetum Linnaeosum* w rodzinnej posiadłości – w majątku Kiena pod Wilnem (*Acta Soc. Bot.*, T. 9, Supl., 1934). Z okresu pobytu w Lublinie znane są prace poświęcone buczynom na Wyżynie Lubelskiej. Zebrany materiał obejmuje dane od 1934 aż do 1941 r. Podsumowaniem tych obserwacji jest praca – *Lasy bukowe na Wyżynie Lubelskiej Fagetum zamosciense* (*Ann. UMCS E.*, 1946). Uwieńczeniem jego zainteresowań fitosocjologicznych jest kurs wykładów – *Podstawy fitosocjologii*; trzy pierwsze części wydane zostały nakładem UMCS w Lublinie (1949, 1950, 1950), zaś czwarta w Białymstoku (1958) jako Supl. Roczn. Akad. Med. Pracując w Akademii Medycznej w Białymstoku prof. Sławiński wraz z zespołem podjął zakrojone na szeroką skalę badania *torfowiska wysokiego Gorbacz* koło Michałowa. Badaniami tymi objęto nie tylko szatę roślinną, ale również właściwości fizyczne, chemiczne i biologiczne torfu i gytii a także analizy stratygraficzne i palinologiczne torfowiska (*Acta Soc. Bot. Pol.*, 1954,

1956, 1957). Badania te przyczyniły się w znacznej mierze do ustalenia zasobów borowinowych tego torfowiska. W



Fot. We wrześniu 1962 roku, Profesora żegnał tłum ludzi.

ostatnich latach swego życia prof. Sławiński wraz z współpracownikami prowadził badania fitosocjologiczne łąk doliny rzeki Supraśl koło Białegostoku, które nie zostały jednak dokończone. Od czasu do czasu zajmował się również historią botaniki m.in. bibliografią flory okolic Wilna (1922), zyciorysem założyciela Ogrodu Botanicznego w Horodnicy pod Grodnem i w Wilnie Jana Emanuela Giliberta (1925, 1926), zyciorysem X. Stanisława Bonifacego

Jundziła – prof. Uniwersytetu Wileńskiego (1947), historią nauk przyrodniczych w szkołach pijarskich (1949), użyciem drewna do ognisk rytualnych przez Jaćdzwingów (1958). Opublikował razem 65 pozycji, w tym artykuły, doniesienia, przyczynki oraz prace popularnonaukowe i naukowe.

W ośrodku białostockim zorganizował Oddział Polskiego Towarzystwa Botanicznego, którego był prezesem. Był także współorganizatorem i pierwszym prezesem Białostockiego Towarzystwa Naukowego. Przy Akademii Medycznej w Białymstoku zorganizował Ogród Botaniczny o powierzchni 1,7 ha, który istniał w latach 1951-1962. Wydawał *Index Seminum* i prowadził wymianę nasion z licznymi ogrodami w kraju i poza krajem. Był zażartym orędownikiem ochrony przyrody pełniąc między innymi funkcję przewodniczącego Wojewódzkiego Komitetu Ochrony Przyrody. Należał do licznych krajowych towarzystw naukowych, współpracował z komisjami PAU a następnie z komitetami PAN-u.

Odnaczone był Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (1952), Złotym Krzyżem Zasługi (1955), Medalem Zwycięstwa i Wolności (1947) oraz Medalem X-lecia (1954).

Bazyli Czeczuga

(Autor jest prof.,
przez wiele lat był kierownikiem
Zakładu Biologii Ogólnej AMB.
Obecnie jest na emeryturze).

Dziadek

Franciszek Lewicki, współpracujący ongiś z Kamena, nieistniejącym już dzisiaj dwutygodnikiem kulturalno-oświatowym tak pisał o prof. Akademii Medycznej w Białymstoku Witoldzie Sławińskim:

„Profesora wszyscy nazywali dziadkiem, ale nikomu nie przyszłoby do głowy nazwać go starcem”. Przytacza też taką oto anegdotkę o profesorze. Miał on słabość do pożyczania pieniędzy studentom. „Masz tu kochany parę złotych, pożyczam” – powiadał widząc zagłodzonego biedaczynę. „Kiedy będziesz mógł oddać?” – tu dłużnik wymieniał termin. Jeśli go dotrzymywał profesor dług umarzał i nie było apelacji od jego decyzji, ale nie było też żadnego zrozumienia dla niepunktualnych.



Fot. Profesor Witold Sławiński ze studentami w Supraślu.

Supraśl, Michałowo, Królowy Most, okolice jeziora Czarna Hańcza, to miejsca, które szczególnie ukochał. Wszystkie zresztą były rejonem jego cennych badań złóż borowinowych. Zasługą profesora było odkrycie i zbadanie złóż borowinowych w pobliżu Michałowa. Aż żal, że do tej pory nie zostały one wykorzystane do celów leczniczych. Natomiast prace profesora na temat doliny rzeki Supraśl, stanowią do dzisiaj przykład doskonałej działalności badawczej.

Egzaminy u profesora Witolda Sławińskiego były niezwykle trudne. Wobec studentów był wymagający, nigdy surowy. Nie znosił lenistwa i książkowej mądrości. Egzaminował wszędzie: w domu, na uczelni, w autobusie. Napisał blisko 90 prac i setki artykułów naukowych. Autor „Jana Krzysztofa” Romain Roland napisał kiedyś, że „starzec to człowiek, który jest już po obiedzie i przygląda się jak inni jedzą”. Nie bądźmy mili Państwo starcami. Nie przyglądajmy się. Trzeba być głodnym. Zawsze.

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

Dwa kolory Julian i Leon Marchlewscy

Ojciec Juliana i Leona – Józef Franciszek Marchlewski pochodził z zagonowej szlachty osiadłej w okolicy Grudziądza. W latach pięćdziesiątych XIX wieku zamieszkał we Włocławku, gdzie dorobił się znacznej fortuny jako kupiec zbożowy. Pomyślność materialna nie trwała jednak długo. Matka, Augusta z domu Rückerfeld, była nauczycielką i wywodziła się z rodziny oficersko-urzędniczej, pochodzącej z Westfalii. W przeciwieństwie do swego męża posiadała niespożytą energię i zaradność życiową. Julian Marchlewski wspominał po latach, iż jej to właśnie siedmioro rodzeństwa zawdzięcza, „że po ruinie majątkowej ojca nie utonęliśmy w nędzy zupełnej, że udało się nam zdobyć wykształcenie i ostać się w walce o byt”. Dom Marchlewskich był dwujęzyczny – ojciec zwracał się do dzieci po polsku, matka – najczęściej po niemiecku.



Julian Marchlewski
(1866-1925)

Julian został zapamiętany jako publicysta i ekonomista, działacz polskiego i niemieckiego ruchu robotniczego, dyplomata radziecki. Ukończył studia na uniwersytecie w Zurychu, był współzałożycielem SDKPiL (1893) i ZRP (1899). W 1919 roku podjął się misji pośredniczenia w rokowaniach mię- →

dzy rządem rewolucyjnej Rosji i rządem polskim. Dwudziestego siódmego października rozpoczęły się tajne rokowania w Mikaszewiczach koło Łucka pomiędzy wysłannikiem Piłsudskiego kpt. Ignacym Boernerem i Julianem Marchlewskim. Przyniosły one pewne rezultaty – jesienią 1919 roku na niektórych odcinkach frontu polsko-rosyjskiego ustały działania wojenne. Zostały one jednak zerwane 14 grudnia 1919 roku. W lipcu 1920 Julian Marchlewski został desygnowany do utworzenia Tymczasowego Komitetu Rewolucyjnego Polski (TKRP) w Białymstoku, którego zadaniem było współdziałanie z robotnikami i chłopami polskimi w celu utworzenia rewolucyjnych organów władzy radzieckiej na ziemiach polskich. Zwycięstwo sił polskich w Bitwie Warszawskiej położyło kres działalności TKRP.

Julian Marchlewski był autorem wielu artykułów, broszur i książek, m.in. „Fizjokratyzm w dawnej Polsce” (1897), „Stosunki społeczno-ekonomiczne na ziemiach polskich zaboru pruskiego” (1903), „Ekonomia polityczna, czym jest i czego uczy” (1905), „Rosja proletariacka a Polska burżuazyjna” (1921).



Leon Paweł Marchlewski
(1869-1946)

Leon należał do najwybitniejszych polskich chemików, był profesorem i rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego. Początkowe nauki szkolne pobierał w Warszawie. W roku 1890 ukończył Wydział Chemiczny Politechniki w Zurychu. W trakcie studiów należał, wraz z bratem Julianem, do grupy radykalnej, postępowej młodzieży polskiej, brał czynny udział w pracy polskich organizacji socjalistycznych. Jako asystent profesora Jerzego Lunge, dokonał syzyfowego dzieła – wykonał tablice ujmujące zależność zachodzącą pomiędzy ciężarem właściwym (gęstością) a procentowym stężeniem wodnych roztworów kwasu solnego i kwasu azotowego. Tablicami tymi chemicy na całym świecie posługują się po dziś dzień.

W 1892 roku podjął pracę w Manchesterze, u dr. E. Schuncka. Przedmiotem jego zainteresowań były związki naturalne, a szczególnie roślinne barwniki. Wraz z E. Schunckiem opracował metodę otrzymywania jednej z pochodnych

chlorofilu (filoporfiryny) i ustalił jej wzór elementarny, który okazał się bardzo zbliżony do wzoru hematorporfiryny, będącej pochodną hemoglobiny. Innym dowodem na pokrewieństwo tych związków było stwierdzenie, że w obu związkach występują układy pirolowe i że oba posiadają niemal identyczne widmo absorpcyjne. Wyniki te potwierdził Marcei Nencki, pracujący w Bernie i Petersburgu. Pokrewieństwo chemiczne między chlorofilem a hemem stanowiło wskazanie na jedność filogenetyczną świata roślin i zwierząt.

W 1900 roku Leon Marchlewski powrócił do Polski i został inspektorem w Państwowym Zakładzie Badań Środków Spożywczych w Krakowie. W 1906 roku objął kierownictwo Zakładu Chemii Lekarskiej Wydziału Lekarskiego UJ. Kontynuował rozpoczęte w Anglii badania nad chlorofilem, a także nad zależnością między strukturą chemiczną związków organicznych a ich widmem absorpcyjnym. Prowadził też badania z zakresu chemii strukturalnej cukrów, w szczególności nad ich formami pierścieniowymi. Równoległe z intensywną pracą naukową Marchlewski oddał się z zapałem pracy pedagogicznej. Wybił się na czoło wykładowców na Wydziale Lekarskim UJ i łącząc wrodzony talent krasomówczy, jasność wykładu i głęboką wiedzę uczynił ze swych wykładów atrakcję nie tylko dla słuchaczy medycyny, ale i dla studentów z innych wydziałów.

W czasie pobytu w Anglii, w 1898 roku ożenił się z Fanny Hargreaves, która zamieszkała w Krakowie i obdarzyła go trzema synami. W ostatnich latach przed II wojną światową zaczęły się ujawniać pierwsze oznaki ciężkiej choroby serca. Marchlewski przyzwyczajony do nieustannej aktywności nie chciał stosować się do zaleceń lekarzy i bardzo boleśnie odczuwał przymusową bezczynność, spowodowaną nawrotami choroby. W roku 1932 zmarła jego żona. Ożenił się ponownie w 1936 roku z Ireną Barbagową. W pierwszych dniach września 1939 roku opuścił Kraków i udał się do Lwowa, skąd powrócił dopiero 11 listopada, w kilka dni po aresztowaniu przez Niemców profesorów UJ. Wyrzucony ze swego mieszkania, spędził całą wojnę w ciasnych dwóch pokojach, oderwany całkowicie od warsztatu pracy i literatury naukowej. Po odzyskaniu niepodległości, mimo wielkich zniszczeń i braków kadrowych, do przyszłości odnosił się z wiarą i optymizmem. Na miesiąc przed śmiercią, w liście do Bolesława Skarżyńskiego przebywającego w Szwecji napisał: „Powinien Pan bezwarunkowo wracać. Niech Pan nie spodziewa się wygodnego życia lub dobrych warunków do pracy. Przeciwnie, w pracowni brak wszystkiego, nawet czystego kwasu solnego. Ale właśnie dlatego powinien Pan wracać. To jest obowiązkiem nas wszystkich, aby odrobić jak najprędzej to wszystko, co wojna zniszczyła. Na pewno odrobimy to”. W okresie Bożego Narodzenia 1945 roku jego zdrowie zaczęło się gwałtownie pogarszać. Zmarł 16 stycznia 1946 roku.

Pozostawił po sobie grono uczniów, przyjaciół i podręczniki: „Teorie i metody badania chemii organicznej” (Lwów, 1905); „Ze studiów nad chemią chlorofilu” (Lwów, 1909); „Chemia organiczna” (Kraków, 1924); „Podręcznik do badań fizjologiczno-chemicznych” (Kraków, 1924); „Chemia fizjologiczna” (Kraków, 1947).

Izabela Dziakowska

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

cz. 1.



Magdalena Grassmann

Od drewnianego dworca po barokowy pałac

Historia białostockiego pałacu rozpoczyna się w XV wieku. Źródła historyczne podają, że między rokiem 1437 a 1450, na wzgórzu, w miejscu dzisiejszego kościoła farnego, założona została najstarsza osada dworska. W tym czasie rozległe dobra białostockie otrzymał od księcia Michała Zygmuntowicza Jakub Raczko Tabutowicz, możnowładca litewski. Po jego śmierci synowie rozdzielili je, tworząc odrębne majątki. Włodarzem drewnianego dworca (w miejscu obecnego pałacu) był jeden z braci – Mikołaj, zwany Michną.

Potomkowie Raczki władali Białymstokiem do 1542 roku, kiedy pieczę nad dobrami przejęła żona ostatniego z Raczkowiczów – Katarzyna Wołłowiczówna.

Wielkopańska rezydencja Wiesiołowskich

W połowie XVI wieku dobra białostockie, poprzez powtórny mariaż Katarzyny, trafiły do rąk Wiesiołowskich. Był to ród niezwykle zasłużony i miły królowi. Według opowieści, Piotr Wiesiołowski Starszy uratował podczas polowania życie Zygmuntowi Augustowi, czym zyskał jego wdzięczność. Zarówno ojciec jak i jego synowie Piotr Młodszy i Jan Wiesiołowski byli związani z dworem Jagiellonów.

Za czasów Piotra Wiesiołowskiego Młodszego białostocka rezydencja nabrała nowego, wielkopańskiego blasku. Nowy właściciel, człowiek światły, ambitny, mający stałą styczność z dworem królewskim (był obożnym królewskim) przeniósł wiele nowinek na grunt białostocki. Wzniesiono wtedy murowaną, o cechach obronnych, dwukondygnacyjną kamienicę, zwaną także zamkiem, której mury tkwią dotychczas w części środkowej pałacu. Jako budowniczego zamku Wiesiołowskich, wymienia się Joba Preytfusa (zwanego też Bretfusem), architekta Jej Królewskiej Mości, twórcę m.in. twierdzy tykocińskiej, dworca królewskiego w Knyszynie oraz zamku wileńskiego.

Nowy obiekt zwrócony był elewacją główną na południowo-zachód, tyłem do rzeki Białej. Zgodnie z ówczesnymi tendencjami, budowla posiadała obok renesansowych także

formy gotyckie: ostrołukowe okna oraz dwie cylindryczne wieże, mieszczące klatki schodowe. Do dzisiaj zachowały się elementy gotyckich sklepień oraz okno piwniczne od zachodu.

Zamek białostocki, jak przystało na obronną budowlę, oblany był z trzech stron wodami rzeki Białej oraz licznymi strumieniami. Podmokły, bagienny teren sprawiał, że dostęp do zamku możliwy był jedynie od południowego-zachodu. Do dziś możemy oglądać fragmenty dawnych umocnień obronnych. Na krańcu południowo-zachodnim ogrodu górnego, zachowała się murowana kurtyna i szczątek bastionu. Jak po-



Fot. Ostrołukowe okienko piwniczne – pozostałość po XVI-wiecznym zamku i nisza tylmanowska.

daje Jan Glinka, opierając się na zachowanym inwentarzu z 1772 roku: na bastionie nazwanym piwnicą wystawiono pawilon chiński. Widocznie w XVIII wieku był on użytkowany jako piwnica. Nieco niżej mur ozdobiono malowidłem iluzjonistycznym al fresco, kierując na niego oś widokową z gabinetu hetmanowej Branickiej. Piwnica istnieje dotychczas, przysypana grubo ziemią, dająca pozór niekształtnej pagórki.

Badaczka dziwiła jednak zbyt duża odległość między zamkiem a bastionem z fosą. Wkrótce jednak okazało się, że było to rozwiązanie celowe i miało ono stanowić przeszkodę dla czambułów tatarskich. Podobny pomysł, wcześniej, zastosowano w warowni dźwinogrodzkiej. Jako że żona Wiesiołowskiego Zofia Lubomirską, była związana z okolicami Dźwinogrodu, można przypuszczać, że jej mąż właśnie stamtąd przeniósł to nowatorskie rozwiązanie na grunt białostocki.

Rozbudowująca się rezydencja wymogła powstanie na drugim brzegu rzeki Białej osady bojarskiej, zaopatrującej zamek w niezbędne produkty. Zapewne w tym czasie w lesie, na północny-wschód i zachód od zamku, urządzono zwierzyńiec.

Wiesiołowski, Białystok zawdzięcza nie tylko zmianę charakteru z dworu na wielkopańską rezydencję, ale także pierwszy kościół rzymskokatolicki. W 1581 roku Piotr Wiesiołowski wystawił dokument funduszowy dla kościoła, zbudowanego na wzgórzu obok zamku. Drewnianą świątynię – według niektórych badaczy, m.in. Jana Glinki – przejąć mieli innowiercy. Wiesiołowski miał jakoby nakazać spalenie sprofanowanego kościoła. Nie ma to jednak potwierdzenia w źródłach historycznych. Pewny jest natomiast fakt budowy nowej, murowanej świątyni w 1617 roku. Piotr Wiesiołowski, główny fundator, miał zapewne na celu stworzenie mauzoleum rodowego. Warto zwrócić uwagę na styl architektoniczny świątyni, charakterystyczny dla budowli sakralnych powstałych na pograniczu Litwy i Korony. Typowe elementy obronne, spłot gotyku i renesansu były wpisane w program ideowy tego terenu w czasie panowania dynastii Jagiellonów. W XVII wieku „biały kościół” z całym wyposażeniem i nowoczesną piękną zwrócił uwagę pisarza Szymona Starowolskiego.

Ciekawostką jest fakt istnienia drugiego, niemal identycznego kościoła, na południowym Podlasiu, we wsi Knychówek koło Drohiczyzna. Wieś ta należała w XVII wieku do Piotra, a potem do Krzysztofa Wiesiołowskiego. Ten ostatni wznosił ów kościół w latach 30-tych XVII wieku jako wotum pokutne.

Białystok w rękach Wiesiołowskich pozostawał do 1637 roku, kiedy to umarł ostatni jego dziedzic – Krzysztof, marszałek wielki litewski. Znany był on ze swej ofiarności i licznych fundacji. Dobra białostockie darował Koronie Polskiej.

U progu rządów Branickich

Połowa XVII wieku nie była okresem świetności rezydencji. Rządy kolejnych starostów tykocińskich począwszy od Mikołaja Ostroroga, a kończąc na Stefanie Czarnieckim nie sprzyjały rozwojowi dóbr. Niekorzystny wpływ miała też sytuacja polityczna państwa. W 1655 r. do Białegostoku wkroczyli Szwedzi. Dobra Białystok i zamek znalazły się w rękach kalwinów: Janusza i Bogusława Radziwiłłów. Jak podaje Jan Glinka w akcie intromisji do starostwa, sporządzonym w roku 1660 stwierdzono, że: w dobrach białostockich rola zieme pustką, a budowle zniszczeniem. Prawdopodobnie wówczas zniszczony został nagrobek Piotra Wiesiołowskiego, fundatora białostockiego kościoła. Zachowany kartusz herbowy wmurowano później w ścianę zewnętrzną starego kościoła, gdzie znajduje się do dzisiaj.

Sytuacja nie uległa poprawie także po przejściu dóbr w ręce Aleksandry Katarzyny Branickiej, żony Jana Klemensa Branickiego. Ich wizyty na Podlasiu nie były częste, a przecie zgodnie ze starym przysłowiem to „pańskie oko konia tuczy”. Takim panem okazał się ich syn Stefan Mikołaj, wojewoda podlaski, który postanowił przenieść się z podkrajowskiej siedziby rodu – Branic do Białegostoku. Za jego sprawą, w latach 90-tych XVII w. wybitny architekt Tylman z Gameren gruntownie przebudował układ rezydencji. Gotycko-renesansowy zamek zmienił się w okazały, barokowy pałac. Budowlę poszerzono z dwóch stron, przez co wieże znalazły się wewnątrz budynku. Zmianie uległo także położenie dziedzińca paradnego, założonego po przeciwnej stronie w stosunku do frontu pałacu (wygląd obecny). Zajął on miejsce dawnych ogrodów, otoczony murem i bramą

wjazdową. Po obu stronach pałacu wyrosły alkierze, rozbudowane następnie w oficyny. Brama wjazdowa zwieńczona została piramidą z zegarem oraz herbem Branickich – Gryfem.

Wielokrotnie przebudowywany w późniejszych czasach pałac nie zatracił jednak tylmanowskich elementów. Niewiele zostało jednak z pięknej architektury wewnątrz, zaprojektowanej przez wybitnego architekta. Ostały się jedynie misterne sztukaterie, wykonane przez Józefa Szymona Belotiego. Ich fragmenty możemy dziś podziwiać w pomieszczeniach na pierwszym piętrze: w kaplicy oraz w gabinecie rektora.



Fot. Fragmenty sztukaterii z czasów przebudowy pałacu w latach 90-tych XVII wieku w gabinecie rektora (dawne Pokoje Złote).

Czas podjęcia przebudowy pałacu zbiegł się z budową miasta Białegostoku, a także z jego lokacją w 1692 roku. Nie było to przypadkowe. W zamierzeniach Stefana Mikołaja Branickiego i zgodnie z panującymi wówczas trendami, rezydencja miała tworzyć z miastem sprzężony układ urbanistyczny.

Nową barokową formę zyskał także ogród zaprojektowany przez Tylmana, który wypełniał fortalicję pozbawioną już elementów obronnych. Ogród ten – zwany górnym – sąsiadował z położonym niżej za fosą ogrodem dolnym. Dawna fosa została przekształcona w kanał parkowy, wzdłuż którego ciągnął się mur oporowy, oddzielający oba ogrody.

Stefan Mikołaj Branicki zmarł 7 lipca 1709 roku. Pomnik zaprojektowany przez Kacpra Bażankę pierwotnie stał w kaplicy pałacowej. W 1752 roku został przeniesiony do kościoła i umieszczony w niszy w ścianie południowej. Nagrobek zbudowany z czarnego marmuru skrywa serca Stefana Mikołaja i jego matki Katarzyny Aleksandry.

Po śmierci wojewody podlaskiego, dobra białostockie odziedziczył jego syn – Jan Klemens Branicki, hetman wielki koronny. Za jego czasów pałac i miasto osiągnęły największą świetność i zasłynęły w całej Europie. Główne fundamenty pod przyszły Wersal Podlaski położyły jednak dwa rody: Raczkowiczowie – pierwsi włodarze dóbr białostockich i Wiesiołowscy – twórcy wielkopańskiej rezydencji. Nie można też zapominać o wybitnych budowniczych i architektach. Wszakże trudno myśleć o sztuce polskiej XVI wieku bez Preytfusa, a XVII i XVIII wieku bez Tylmana z Gameren.

(Autorka jest historykiem, pracuje w Bibliotece AMB).



Stolica drobnej szlachty



Adam Dobroński

Osobliwe to miasto, zwane mazowieckim choć leżało w województwie podlaskim i w Wielkim Księstwie Litewskim. Starsi mieszkańcy jeszcze dziś mówią – Mazowieck zamiast Wysokie Mazowieckie. Jedno nie ulega wątpliwości, to miasto drobną szlachtą stało i stoi. W herbie ma łabędzia, ptaka dostojnego i podziwianego przez wieki, dziś ofiary numer jeden ptasiej grypy. Nie odbiegajmy jednak za daleko od tematu.

Mija pół tysiąca lat

W XIII wieku nad górnym i środkowym biegiem rzeki Brok dominował gród w Święcku, a do niego należała osada Wysokie, bo na wzniesieniu położona. Leżała na peryferiach, mało więc o niej wiemy. Osadnictwo rozwinęło się tu po zawarciu unii polsko-litewskiej. Król Kazimierz Jagiellończyk (ten od II pokoju toruńskiego) w 1469 roku założył Wołę Wysokie. Pierwszy człon nazwy zdaje się sugerować, że mieszkańcy otrzymali spore wolności. Jeszcze większe przyniósł przywilej miejski wydany w 1492 roku. Wtedy pojawił się i ów łabędź w herbie. Jedni twierdzą, że to od pobliskich stawów królewskich, na których gnieździły się okazałe ptaki, a inni podają argumentację bardziej przymilną i jednocześnie mniej wiarygodną. Wedle niej łabędź miał symbolizować wierność mieszkańców miasta.

Wiemy natomiast z zachowanych źródeł, że pierwszy kościół został tu erygowany w 1496 roku, potem pojawiły się kolejne przywileje, nabrało rumieńców życie gospodarcze, głównie ze względu na korzystne położenie miasta na przecięciu szlaków handlowych z Łomży do Bielska Podlaskiego i z Drohiczyzna oraz Nura przez Tykocin na Litwę. Wśród rzemieślników wielu było zwłaszcza szewców i kuśnierzy. Pomyślny rozwój zachwiały zmiany z drugiej połowy XVII wieku. Najpierw król Zygmunt August przekazał Wysokie wojewodzie wileńskiemu Mikołajowi Krzysztofowi Radziwiłłowi („Czarnemu”) i miał to być prezent dla szwagra, który wspierał małżeństwo króla z Barbarą Radziwiłłówną. Następcy magnata sprzedali rychno Wysokie i zaczęła się karuzela. Wśród kolejnych właścicieli były osoby znane (Stanisław Antoni Szczuka, gen. Jan Kątski, Potoccy), ale i o mniejszym prestiżu, dbały i niezbyt fortunnie prowadzące interesy gospodarcze. A do tego dochodziły wojny, zarazy, pożary.

Jeszcze tylko trzeba wrócić do utrwalonej na przełomie XVII i XVIII wieku nazwy Wysokie z dodatkiem

Mazowieckie. To, dlatego że miasto leżało tuż przy granicy Mazowsza (ziemia nurska), a na dawnym Podlasiu było już jedno Wysokie, położone blisko Brześcia Litewskiego.

Świątynie

Z zachowanych do chwili obecnej przybytków bożych najstarszą metrykę ma cerkiew pounicka z końca XVIII wieku, ulokowana przy ulicy Długiej. Pierwotnie stała w tym miejscu cerkiew prawosławna, w której modlili się osadnicy sprowadzeni ze wschodu, co poświadczają i niektóre nazwy okolicznych wsi (np. Osipy). Po unii brzeskiej prawosławni stali się unitami (kościół greckokatolicki), tych z kolei po 1875 roku władze carskie przepisały ponownie na prawosławie. Po ukazie wolnościowym 1906 roku do cerkwi chodzili już niemal wyłącznie Rosjanie, a gdy ich zabrakło w 1915 roku, okupanci niemieccy urządzili w cerkiewce magazyn zboża. Władze polskie umieściły z kolei w pustej świątyni sprzęt strażacki, a w 1928 roku pan burmistrz nakazał rozbiórkę obiektu. Wśród mieszkańców zawrzało, protest poparł i miejscowy proboszcz. Tak ostatecznie cerkiew stała się kaplicą katolicką.

Cennością architektoniczną była bożnica żydowska zbudowana w 1772 roku przy ulicy Zarzeczej. Drewniana z dachem z gontu, uskokowym, aż o trzech kondygnacjach. Wokół stały parterowe babieńce dla wyznawczyń mojżeszowych. Zygmunt Gloger podał ją jako przykład sztuki budowlanej z drewna, zaznaczając na rysunku piękne gzymsy okapowe, elementy ozdobne nad głównymi drzwiami oraz pazdur (mała iglica na szczycie) „w kształcie trzech naczyń stojących jedno na drugim”. Niestety, synagoga ta została rozebrana „ze starości” w 1874 roku.

Kościółów katolickich było w dziejach Wysokiem cztery. O pierwszym już wspominałem, drugi spłonął w 1772 roku, więc Jerzy Potocki wystawił nowy, też jeszcze drewniany. Osobno stała dzwonnica, z niej dzwon wielki wzięto na potrzeby powstania kościuszkowskiego. Wreszcie w latach 1875-1881 zbudowano świątynię murowaną, w stylu eklektycznym (mieszanym) i ta stoi do dziś. Ciekawym i zadbanym jest cmentarz parafialny.

Skok na kasę

Wysokie wiodło żywot podobny do innych miasteczek na pograniczu podlasko-mazowieckim. Po III rozbiórce dostało się pod zabór pruski, potem było w Księstwie Warszawskim i w 1815 roku zostało włączone do Królestwa Polskiego. Bardzo intensywne walki toczyły się w tym rejonie w 1863 roku. Nocą z 23 na 24 stycznia oddział powstańczy zaatakował Wysokie, w którym stacjonowała rota kozacka. Potem boje toczyły się w po →

blizu oddanej do użytku w 1862 roku linii kolejowej warszawsko-petersburskiej. Niestety, linia ta ominęła Wysockie, na czym zyskało Szepietowo i bardziej oddalony Czyżew. Utrzymuje się przekonanie, że to tytułem kary za wspieranie powstania styczniowego Wysockie Mazowieckie utraciło prawa miejskie. Powstała paradoksalna sytuacja, bo istniał powiat mazowieckiego, jego stolicą była osada Mazowieck (Wysockie), a jedynym miastem pozostał w tej jednostce administracyjnej Tykocin. Wysockie nie otrzymało też garnizonu wojskowego, napłynęli natomiast tu licznie Żydzi, oni zdobyli przewagę liczebną w osadzie, która w końcu XIX wieku liczyła zaledwie 3400 mieszkańców.

Skok na Kasę Poczтовую dokonali bojówkarze z Polskiej Partii Socjalistycznej mającej za jednego z przywódców Józefa Piłsudskiego. Dowiedzieli się, że w kasie tej znajduje się większa gotówka do spłacania kosztów budowy koszar w Zambrowie. Stacjonowała wprawdzie w Mazowiecku, ze względu na zaburzenia rewolucyjne, kompania piechoty, ale ta 25 grudnia 1905 roku miała opuścić osadę. W pośpiechu więc przygotowano akcję. Dzięki znajomościom miejscowych członków i sympatyków PPS ustalono lokalizację kasy, jej wyposażenie i potwierdzono, że są „na składzie” trzy metalowe skrzynie z banknotami oraz worek ze złotymi rublami. Dwóch bojówkarzy miało uszkodzić linię telegraficzną, a pozostali dostali

się do wnętrza kasy, obezwładnili dwóch strażników. Dynamitem wysadzono drzwi do skarbcza i znaleziono w nim 520 tys. rubli papierowych. Podobnie poradzono sobie z kasą ogniotrwałą. W tym czasie zaalarmowani wybuchami stróże porządku wszczęli alarm, bito w dzwony kościelne, przed zrujnowanym częściowo budynkiem kasy zgromadził się tłum mieszkańców. Udało się jakoś uniknąć konfrontacji z cywilami, bojowcy odśpiewali „Czerwony Sztandar” i wymaszerowali z Wysockiego zabierając ze sobą również czyste egzemplarze paszportów. To był wielki sukces PPS, choć w drodze odwrotowej pojawiły się trudności, trzeba było użyć broni. Jeden z uczestników akcji przywłaszczył sobie 50 tys. rubli, ale i tak uzyskano ogromny zasób gotówki na prowadzenie dalszej walki z carskimi zaborcami.

Wolność!

W Mazowiecku (Wysockiem) i okolicy bardzo aktywnie działała Polska Organizacja Wojskowa (POW). Dzięki to niej sprawnie rozbrojono 11 listopada 1918 roku Niemców i ustanowiono władzę polską. Utrzymał się w II Rzeczypospolitej powiat wysokomazowiecki, zaliczony do nowego województwa białostockiego. Jego stolicą pozostało Wysockie, które odzyskało prawa miejskie. O walkach toczonych tu w 1920 roku świadczy mogiła

bohaterów na parafialnym cmentarzu, a w 1928 roku na środku rynku stanął okazały obelisk zwany pomnikiem POW. Notabene, zdołano go w czas zakopać w ziemi i dlatego mógł wrócić na swoje miejsce 11 listopada 1981 roku.

W powiecie mazowieckim własność rolna drobnej szlachty stanowiła przed I wojną światową do 75% całej ziemi. Asanowie emigrowali i do Wysockiego (Mazowiecka), przechodząc na status szlachty brukowej. Dbali aż do przesady o honor (pieniactwo), byli ciekawi świata, bardziej od włościan doceniali wykształcenie, szanowali tradycję i wiarę, a w razie potrzeby skłonni byli chwycić za broń i stawać do walki przeciwko zaborcy. Słyszeli również z oracji i w ogóle ze skłonności do ucztowania. Szlachcianki miały dobre wyniki w prowadzeniu

tak zwanego gospodarstwa kobiecego (m.in. hodowla drobiu). Dbano „na szlachcie” o atrybuty zewnętrzne, kpiono z włościan, choć na ogół ci drudzy mieli na ten przykład większy porządek w zagrodzie. Politycznie w wolnej Polsce społeczność drobnoszlachecka ulegała hasłom obozu narodowego, z jednej strony, odzegnując się zdecydowanie od komunistów i innej maści radykałów politycznych, ale z drugiej strony i od piłsudczyków. Po śmierci Marszałka młodzież strzelecka musiała w Wysockiem Mazowieckim wdrzeć się do dzwonnicy, by zabić w dzwony, bo ksiądz na takie uczczenie byłego socjalisty Piłsudskiego (w dodatku na pewien czas odstępcy od wiary katolickiej) nie zezwolił. Poglądy endeckie dominowały również w pobliskich dworach ziemiańskich (do tej sfery zaliczali się i Jaruzelscy).



Fot. Kościół pw. Najświętszej Marii Panny.

Wojna i zniewolenie

Miasto właściwie bez walki zajęli Niemcy 9 września 1939 roku. Spłonęło jednak ponad 70 domów, ucierpieli cywile. Z kolei okupanci sowieccy napotkali tu silny opór, czego dowodem było głosowanie w październiku 1939 roku. Według autora monografii Wysokiego – Jana Kryńskiego, na kartkach wyborczych znalazły się wówczas dopiski: „A zegarków nie chceta” i „Ażeby do wiosny”. Niestety tu również były aresztowania, wywózki na Sybir, postępowało zubożenie mieszkańców. Zdarzały się i przypadki zdrady, głównie jednak na współpracę z „czerwonymi” poszła biedota żydowska. Ruch oporu nabrał na znaczeniu podczas okupacji niemieckiej, czyli po czerwcu 1941 roku. Silną stała się zwłaszcza Armia Krajowa, do legendy przeszedł por. Tadeusz Westfal „Karaś” z oddziałem Kedywu. Rozwijał się także zbrojny ruch narodowy (NSZ, NOW). W odwecie Niemcy spacyfikowali kilka wsi, w tym Krasowo Częstki.

Spod Wysokiego wywodził się Jan Stanisław Jankowski, delegat Rządu Emigracyjnego („londyńskiego”) na Kraj i ostatni premier Polski Podziemnej, aresztowany przez NKWD w marcu 1945 roku, sądzony w Moskwie. Jankowski zmarł w więzieniu radzieckim w 1953 roku w niewyjaśnionych okolicznościach.

Wyjątkowo okrutny okazał się w Wysokiem Mazowieckiem Urząd Bezpieczeństwa. Podziemnie niepodległościowe długo nie składało broni. Najbardziej znany partyzant tego okresu – por. Kazimierz Kamiński „Huzar” prowadził walkę aż do 1952 roku, nim podstępnie został zwabiony i osadzony na karę śmierci. Potomkowie miejscowej szlachty bronili się też przed kolektywizacją, zgodnie opierano się ateizacji. Tak zwana władza ludowa miała tu szczególnie ciężkie życie, zmieniali się często starostowie i inni funkcyjni, po obu stronach narastała liczba ofiar. Mówiono potocznie, że jest „Meksyk”. A jednocześnie utrzymywał się – niekiedy w formie anegdotycznej – konflikt asanów z chłopami.

Na przełomie wieków

Wysokie Mazowieckie pozostaje miastem niezbyt dużym, znów powiatowym na Podlasiu, czystym, z ambitnymi mieszkańcami. Rozsławia je „Mlekovita”, śmiało poczynają sobie władze samorządowe, a ostatnie miesiące pokazały, jak żywe są tu wartości narodowo-katolickie. Powraca i etos drobnoszlachecki, reaktywowało się w 1981 roku Towarzystwo Przyjaciół Miasta Wysokie Mazowieckie, uznające za główny cel swej działalności odtworzenie tradycji i ciągłości intelektualnej.

To już zupełnie inne miasto niż to przed wojną z kwartałami zamieszkałymi przez wyznawców moźjeszowych i to po wojnie, z rzucającymi się w oczy zaniedbaniami i sławetną knajpą pod łabędziem. Miasto inne, ale nawiązujące chętnie do dumnych kart historii.

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



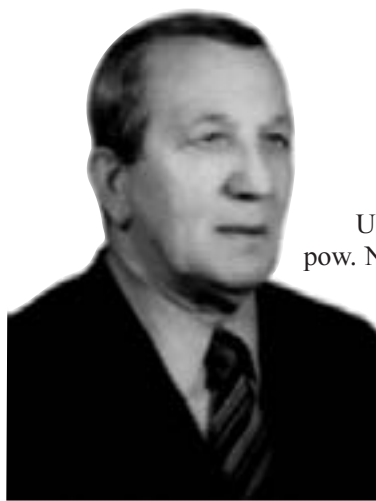
Neurologodzy wileńscy w latach 1918-1939

cz. 1.

*W okresie między I i II wojną światową
dwa miasta leżące na kresach
Rzeczypospolitej, Wilno i Lwów były
prężnymi ośrodkami nauki i kultury.*

*Niezwykła atmosfera tych miast
przyciągała wielu wybitnych twórców
i pracowników naukowych, a wśród
nich wielu lekarzy.*

*W niniejszym opracowaniu
skoncentrujemy się głównie na
niektórych lekarzach neurologach
pracujących w Wilnie w okresie
międzywojennym i ich dalszych
losach po wojnie.*



**Stanisław
Witek**

(1899-1988)

Urodził się w Grybowie, pow. Nowy Sącz. Studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dyplom uzyskał w 1927 r. Początkowo pracował w Sanatorium dla Nerwowo Chorych w Batowicach k. Krakowa, a następnie przeniósł się z rodziną do Wilna. Tam od 1931 r. pracował w Klinice Chorób Nerwowych a następnie do końca 1939 r. w Klinice Chorób Nerwowych i Umysłowych. Pełnił równocześnie obowiązki dyrektora Szpitala Psychiatrycznego. Z tego okresu pochodzą jego prace dotyczące leczenia insuliną →

schizofrenii, wykonane razem ze współpracownikami. Jak podaje w swoich pamiętnikach, jest autorem przekładu na język francuski niektórych rozdziałów I tomu pracy M. Rosego „Mózg Piłsudskiego”. Po śmierci prof. M. Rosego Witkowi zlecono prowadzenie dla studentów wykładów z neurologii i psychiatrii.

W czasie okupacji Stanisław Witek pracował na oddziałach neurologicznych szpitali w Wilnie i w Poradni Neurologicznej. W 1945 r. wraz z wieloma Polakami wywieziono go z rodziną do obozu w Związku Radzieckim, w którym przebywał do 1949 r. Po powrocie do kraju osiadł w Choroszczy koło Białegostoku. Był ordynatorem Oddziału Neurologicznego Szpitala Psychiatrycznego do 1969 r.

Po śmierci pierwszego kierownika Kliniki Neurologicznej doc. St. Mackiewicza w grudniu 1953 r., na prośbę władz Akademii Medycznej prowadził wykłady z neurologii. Rektor Akademii Medycznej prof. T. Kielanowski zaproponował dr. St. Witkowi kierownictwo kliniki. Ten jednak odmówił, wskazując swego dawnego współpracownika z kliniki wileńskiej dr. Z. Kanigowskiego. Kanigowski przyjął propozycję uczelni i od 1 marca 1954 r. został kierownikiem kliniki.

Według opinii współpracowników dr Stanisław Witek był bardzo dokładny w pracy, sumienny, koleżeński i uczynny. Bardzo troszczył się o chorych, pracując dla nich z dużym poświęceniem. Był wyczulony na ludzkie cierpienie. Przez cały okres pracy w szpitalu był biegłym sądownym. Po przejściu na emeryturę w 1969 r. wyjechał do

Jarostawia, gdzie mieszkała jego rodzina. Pracował tam jeszcze przez kilka lat w Powiatowej Przychodni Obwodowej.

Ostatnie swoje lata poświęcił pisaniu pamiętników-wspomnień. Składa się na nie dziesięć zeszytów (795 stron). Zostały zdeponowane w zbiorach Zakładu Rękopisów Biblioteki Narodowej w Warszawie, w Pałacu Rzeczypospolitej na placu Krasińskich.



Prof. Zygmunt Kanigowski

(1909-1968)

Urodził się na Long Island w Stanach Zjednoczonych, w rodzinie emigrantów z Polski. Rodzice z trzyletnim Zygmuntem wrócili do kraju i osiedlili się w Mławie. W latach 1927-1934 studiował na Wydziale Lekarskim USB

w Wilnie. Jeszcze jako student zainteresował się neurologią i podjął pracę jako wolontariusz w Klinice Chorób Nerwowych i Umysłowych. Potem pracował tam już jako asystent i starszy asystent. Z tego okresu też pochodziły jego pierwsze prace naukowe, dotyczące drżenia mioklonicznego w zapaleniu mózgu i leczenia insuliną schizofrenii. We wrześniu 1939 r. został powołany do wojska i wkrótce dostał się do niewoli sowieckiej. Po zakończeniu działań wojennych wrócił do Wilna i pod koniec 1939 r. podjął pracę na Oddziale Neurologicznym Szpitala św. Jakuba. Następnie pracował, jako ordynator, w Szpitalu Chorób Nerwowych i Wewnętrznych w dzielnicy Zwierzyniec. Szpital ten był włączony w działalność konspiracyjną i wchodził w skład służby sanitarno-szpitalnej Garnizonu Miejskiego Armii Krajowej. Do organizacji tej należał również Z. Kanigowski. Posługiwał się pseudonimem „Ordynator”. W szpitalu tym ukrywani byli ranni i „spaleni” żołnierze podziemia. Często wydawano fikcyjne zaświadczenia szpitalne, chroniące młodych ludzi przed wywózkami do Niemiec. W szpitalu tym pracowała również doc. J. Hurynowicz.

W następstwie działań wojennych Wilno i Wileńszczyzna zostały przyłączone do Związku Radzieckiego. Doktor Z. Kanigowski razem z wieloma Polakami, pierwszym transportem 1 lutego 1945 r., przybył z rodziną do Białegostoku. Stąd został skierowany do Białej Piskiej, gdzie po krótkim pobycie osiedlił się w Olsztynie. Początkowo prowadził tam Poradnię Neurologiczną PKP, ale wkrótce przystąpił do zorganizowania Oddziału Neurologicznego w Szpitalu Wojewódzkim. W styczniu 1947 r. został powołany na ordynatora tego oddziału. Utworzył również Wojewódzką Przychodnię Zdrowia Psychicznego. Mimo obciążenia wieloma pracami na nowo pod-



ją pracę naukową. Dojeżdżając do Torunia w Katedrze Neurofizjologii Uniwersytetu M. Kopernika, kierowanej przez prof. Hurynowicz, wykonał dwie prace badawcze na temat wpływu alkoholu na czynność bioelektryczną mózgu w pracy i w znużeniu umysłowym. Jedną z tych prac stała się podstawą do uzyskania w 1951 r. stopnia naukowego doktora medycyny w Akademii Medycznej w Gdańsku. Promotorem była prof. J. Hurynowicz.

Pierwszego marca 1954 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał dr. Z. Kanigowskiego na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Chorób Nerwowych Akademii Medycznej w Białymstoku, mianując go zastępcą profesora.

Warunki pracy w klinice były bardzo trudne, gdyż powstała ona zaledwie pół roku wcześniej. Mieściła się w budynku szpitala wojewódzkiego i dysponowała 33 łózkami. Oprócz kierownika pracowało w niej trzech młodych i niewykształconych lekarzy. Pierwszym zadaniem kierownika kliniki było jak najszybsze wykształcenie kliniczne asystentów i dążenie do powiększenia kliniki. Asystenci dr. Kanigowskiego wyjeżdżali więc często na szkolenia do znanych ośrodków krajowych i zagranicznych. Władze uczelni doceniły zaangażowanie nowego kierownika i w marcu 1956 r. przyznały mu tytuł naukowy docenta. Powołano go również na stanowisko samodzielnego pracownika nauki, a we wrześniu 1962 r. Rada Państwa nadała Zygmuntowi Kanigowskiemu tytuł profesora nadzwyczajnego.

Zainteresowania naukowe Profesora były bardzo roz-

ległe. Wykonał i ogłosił drukiem szereg wartościowych prac naukowych. Tematyka prac była różnorodna i dotyczyła m.in. patofizjologii odruchu dłoniowo-bródkowego Marinescu, patogenezy zespołu Parkinsona, powikłań neurologicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu grypy. Profesor prowadził także badania elektrofizjologiczne nad układem siatkowatym pnia mózgu, badał wpływ mocznika na zapis EES w guzach mózgu i w padaczce. Analizował zmiany EEG w przebiegu płasawicy zwykłej, leczonej serpasilem sposobem własnym. Kilka prac poświęconych było gammaencefalografii m.in. w obrzęku mózgu i leczeniu obrzęku mózgu hormonem kortykotropowym. Część tych prac wykonano przy współudziale asystentów klinik, zaś pod jego kierownictwem zespół współpracowników ogłosił kilkadziesiąt prac.

Z chwilą wybudowania Państwowego Szpitala Klinicznego w 1963 r, Klinika Chorób Nerwowych otrzymała pomieszczenie na 75 łózek i w ten sposób uzyskała wreszcie dobre warunki do pracy. Dzięki inicjatywie Profesora przy klinice powstał, jako jeden z pierwszych tego typu oddziałów w kraju, Oddział Neurologii Dziecięcej.

Dzięki sprzyjającej atmosferze, którą, jako prorektor ds. klinicznych, stwarzał prof. Z. Kanigowski, neurochirurgia uzyskała w grudniu 1963 r. w nowo powstałym Szpitalu Klinicznym własny oddział, który w 1970 r. przekształcił się w klinikę.

W ten sposób profesor stał się inicjatorem i współzałożycielem jednego z nielicznych wówczas w kraju, a pierwszego w Białymstoku ośrodka neurochirurgii.

Współpracownicy z kliniki pamiętają, że profesor był energicznym i wymagającym szefem, a jednocześnie serdecznym starszym kolegą, wspaniałym gawędziarzem o specyficznym poczuciu humoru. Zawsze interesował się sprawami osobistymi, rodzinnymi i zawodowymi swoich pracowników. Jego wykłady dla studentów były zawsze ciekawe, towarzyszył im bardzo często prezentacja określonych przypadków chorobowych.

Postępująca choroba stawów i często dokuczliwe napady migrenowych bólów głowy, ograniczyły jego działalność naukową i dydaktyczną. Mimo to, nadal pełnił obowiązki zawodowe i starał się nie okazywać swoich dolegliwości. Zmarł nagle 29 czerwca 1968 r. w wieku 59 lat, w okresie przygotowań do planowanego w Białymstoku Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Pochowany został na cmentarzu Farnym w Białymstoku.

Profesor Z. Kanigowski często nawiązywał do swojej pracy w Wilnie, do prac swego nauczyciela prof. M. Rosgo i swego kolegi prof. J. Olszewskiego.

Można więc postawić tezę, że zarówno prof. Z. Kanigowski jak i dr St. Witek, na gruncie białostockim, byli twórcami neurologii klinicznej i kontynuatorami wileńskiej szkoły neurologicznej.

Mieczysław Sopek

(Autor jest doktorem nauk medycznych, byłym wieloletnim pracownikiem Zakładu Anatomii Prawidłowej AMB).

Magdalena Szkudlarek

(Autorka jest doktorem nauk medycznych, asystentem w Zakładzie Anatomii Prawidłowej AMB).

Odcinek z „Rocznika Psychologicznego”, zeszyt XXXVI, 1936.

[Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Wilnie.]

**O DALSZYCH WYNIKACH LECZENIA SCHIZOFRENII
INSULINĄ**

podali

W. BRDIEL, Z. KANIGOWSKI, J. OLSZEWSKI.

Umieszczając niniejszą pracę w Roczniku poświęconym pamięci Prof. M. Rosgo, jako psychiatry, chcielibyśmy zwrócić uwagę na to, że On właśnie zapoczątkował w Polsce leczenie schizofrenii insulinią. Pod Jego też kierownictwem opracowano w tutejszej klinice metodę stosowania insuliny, która została następnie ogólnie przyjęta i dotychczas jest stosowana przez wszystkich bez zmian w swych istotnych punktach, modyfikacjom zaś podlega na razie jedynie intensywność leczenia.

Prowadząc w tutejszej klinice w dalszym ciągu leczenie schizofrenii insulinią zastosowaliśmy je w okresie objętym niniejszą pracą w 84 chorych, w tym 36 kobiet i 28 mężczyzn. Co do metody stosowania insuliny, to, w ogólnych zarysach, trzymaliśmy się wyliczonych, ustalonych w naszej klinice¹⁾. Zgodnie jednak z poprzednimi zamiarami kliniki²⁾, staraliśmy się dochodzić do większej ilości zapadci hypoglikemicznych i do utrzymania chętego przez czas dłuższy w stanie hypoglikemii, niż to robiliśmy dotychczas. Leczenie insulinowe, o ile nie wystąpiła wcześniej zupełna poprawa, stosowaliśmy najdłużej

¹⁾ L. Brzezowski, J. Bryzowicz, M. Marzęcki, A. Osadowski, J. Parafjowski, St. Witek. Metodyka leczenia schizofrenii insulinią. Rocznik Psychiatryczny 1933. Zeszyt. 25.

²⁾ J. Parafjowski, J. Rosz, St. Witek, W. Zaluski. Leczenie schizofrenii insulinią. Warsztaty Czasopisma Lekarskie 1936.



Jerzy Kopania

CO TO JEST PRAWDA

Znajdujemy w Ewangelii św. Jana zastanawiającą scenę: oto Jezus postawiony przed Piłatem i wezwany, aby powiedział, kim jest, oznajmia, że po to przyszedł na świat, aby dać świadectwo prawdzie. Zdumiony Piłat pyta: „a cóż to jest prawda?” i nawet na odpowiedź nie czeka. Namiestnik rzymski, wychowany w kulturze, w której tak wiele rozmaitych ze sobą konkurowało prawd filozoficznych i religijnych, nie wierzył, aby możliwe było poznanie prawdy jednej i jedynej – nie tej, która jest prawdą jakiejś religii, jakiegoś systemu filozoficznego czy jakiegoś konkretnego człowieka, lecz prawdy jako takiej. Samo życie wskazywało Rzymianinowi, że jest wiele prawd, tak jak wiele jest ludzkich sposobów postrzegania świata i siebie. A czy my inaczej sądzimy?

Kiedy pytamy o prawdziwość czegoś, chodzi nam o upewnienie się, jak jest faktycznie. Oto proponuje nam ktoś kupno po okazajnej cenie złotej biżuterii. Oczywiście chcemy wiedzieć, czy to rzeczywiście jest złoto; sprzedający twierdzi, że tak, ale wolelibyśmy mieć pewność. Tak więc on twierdzi coś, a my sprawdzamy, czy to prawda. I to jest właśnie najprostsze rozumienie prawdy – jako zgodności twierdzenia z rzeczywistością. Jest ono tak intuicyjnie oczywiste, że nic dziwnego, iż pojawia się w filozofii u samych jej początków. Nawet nazwano je klasyczną teorią prawdy. Każdy

stosuje ją na co dzień.

Ale ta klasyczna koncepcja prawdy w pewnych sytuacjach okazuje się bezradna. Jest tak zawsze wtedy, gdy pytamy o prawdziwość danego twierdzenia naukowego – przecież nie da się tak po prostu odnieść do rzeczywistości treści zawartych w pojęciach teoretycznych. Dlatego filozofowie stworzyli inną koncepcję prawdy, którą nazwali koherencyjną. Wedle niej prawda polega na spójności danego twierdzenia z teorią uznaną uprzednio za prawdziwą. Rozważmy przykładowo pewną kwestię, którą każdy tzw. „chłopski filozof” zna doskonale, a mianowicie problem, czy wcześniej jest jajko, czy kura. Oczywiście klasyczna teoria prawdy jest tu bezradna; koherencyjna teoria prawdy natomiast nie zawodzi. Otóż wszystko zależy od tego, jaką teorię przyrodniczą przyjmujemy. Jeśli uznamy za prawdziwą teorię ewolucji, to musimy uznać za prawdziwą tezę, że wcześniej było jajko i to z niego wyewoluowała kura. Jeśli zaś uznamy teorię kreacjonizmu, to musimy uznać, że najpierw Pan Bóg stworzył kurę, a ta następnie zniosła jajko. Prawda, jakie proste?

Wszelako pojawiają się wątpliwości. Przecież zanim przyrównam zdanie do teorii, wpierw muszę uznać teorię. A na jakiej podstawie tę właśnie a nie jakąś inną teorię mam przyjąć? Filozofia na szczęście nie pozostawia nas bezradnymi. W takich sytuacjach wielce pomocna jest pragmatyczna koncepcja prawdy. Zgodnie z nią prawdziwy powinien być dla nas ten zespół poglądów i przekonań, który ma trwalsze, mocniejsze i bardziej decydujące znaczenie dla naszego życia społecznego. Na tym polega pragmatyczne podejście do rzeczywistości – prawdziwa jest ta religia, doktryna, ideologia, postawa naukowa itp., która jest użyteczna dla społeczeństwa.

Ale pojawiają się rozterki. Przecież klasyczna koncepcja prawdy każe nam uznać za prawdziwe tylko to, co zgodne jest z rzeczywistością. Tymczasem użyteczne może być to, o czym skądinąd wiemy, że jest niezgodne z rzeczywistością. Nadto zaś rodzi się pytanie, na jakiej podstawie twierdzimy, że ten właśnie a nie inny, przeciwstawny zestaw poglądów jest użyteczny społecznie. Droga do prawdy zdaje się ginać w mroku. Czyżby rację miał Piłat ze swym powątpiewaniem?

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

Dziwni są ci filozofowie

Przeczytałem w ostatnim numerze *Medyka Białostockiego* (nr 9/8) tekst profesora Jerzego Kopani pod tytułem *Dziwny jest ten świat*. Tekst ten zadziwił mnie podwójnie: zadziwił na „tak” i na „nie”, czyli zachwycił i zaniepokoił. Zachwycił, bo to rzadki we współczesnej filozofii przykład zwięzłości i jasności wywodu. Muszę przyznać, że podobny znajduję teraz tylko u Leszka Kołakowskiego. Zachwycił mnie również, dlatego że jest w nim przekora, niespodziewany zwrot intelektualnej akcji; na początku wydaje się, że autor chwali filozofię, a pod koniec zadaje jej silny cios. Ten cios jest, po pierwsze, jak sądzę, związany z bliskim mi nurtem samokrytycyzmu i autoironii w filozofii, filozoficznej kpiny z filozofii. Filozofowie potrafią śmiać się z siebie („Drwić sobie z filozofii znaczy naprawdę filozofować” – twierdził Pascal).

Po drugie jednak, i skąd moje zaniepokojenie, dostrzegłem w tej krytyce, czyli w tym ciosie, echo scjentystycznej krytyki filozofii. A ta krytyka jest, powiedzmy najłagodniej, powierzchowna. Scjentystyczni krytycy powiadają, że w nauce jest postęp, a w filozofii kręcenie się w kółko, że naukowcy czynili życie lepszym, a filozofowie oddają się jałowemu spekulacjom.

Przejdźmy jednak, o ile to możliwe, do konkretów. Profesor Kopania twierdzi, że filozofowie chcieli „poznać istotę wszechświata, aby dzięki temu leczniczo działać na ludzką duszę”. Filozofowie są zatem lekarzami duszy. Są też inni lekarze, czyli lekarze ciała. Są to lekarze w zwykłym, potocznym znaczeniu tego słowa. Kiedy porównamy osiągnięcia lekarzy duszy i lekarzy ciała, dostrzegamy rażącą dysproporcję. Lekarze duszy nie wiedzą o duszy więcej, niż ich →

poprzednicy sprzed ponad dwóch tysięcy lat, a zatem i ich umiejętności lecznicze nie wzrosły. W tym czasie lekarze ciała dokonali oszałamiającego postępu (wystarczy zauważyć, że średnia długość życia w krajach zachodu wzrosła w ciągu ostatnich dwóch wieków, mniej więcej, trzykrotnie). Nie można chyba tego powiedzieć o wzroście harmonii duchowej, za którą mieliby być odpowiedzialni filozofowie. Stąd wniosek profesora Kopani (zmiękczonej, co prawda, formą pytającą): „Lekarz powinien trzymać się z dala od filozofii, tak będzie lepiej dla niego i jego pacjentów”. Domyślam się, że wniosek ten wypływa z obawy, że lekarze ciała mogą zarazić się nieudolnością od lekarzy duszy; jak wdepną w to filozoficzne spekulatywne bagno, to trudno im będzie potem się oderwać i ruszyć do przodu.

Dlaczego nie zgadzam się z tak klarowną i wyrazistą konstrukcją? Otóż dostrzegam w niej pewne luki. Nie jest tak, że „filozofia chciała poznać istotę wszechrzeczy, aby dzięki temu leczniczo działać na ludzką duszę”. Goethe stwierdził gdzieś (cytuję z pamięci), że jedni traktują prawdę jak niebiańską boginię, którą czczą dla niej samej, inni zaś jak krowę, która ma im mleko dawać. Mamy tutaj wyraziście opisaną różnicę w podejściu do prawdy nauk teoretycznych i nauk stosowanych. W filozofii współlistnieją oba podejścia. Nurt traktujący prawdę instrumentalnie, nie jako cel sam w sobie, ale jako lekarstwo na ból istnienia, albo na zło w świecie społecznym, pojawia się, co prawda, wcześniej, już u Pitagorejczyków, w jakimś stopniu występuje u Platona, a następnie w filozofii hellenistycznej (epikurejczycy i stoicy), nie jest to jednak nurt główny. Wydaje się, że nurt główny w filozofii, nurt najbardziej płodny, to nurt bezinteresownego poszukiwania prawdy. Podobnie w literaturze mamy literaturę tendencyjną, która ma poprawiać ludzi, jednak prawie nigdy nie jest to wielka literatura. Większość wielkich filozofów nie próbuje zatem poznać istoty wszechrzeczy, rozwikłać „zagadki istnienia”, odpowiedzieć na tak zwane „odwieczne pytania” po to, aby coś z tego mieć, aby do czegoś tę prawdę wykorzystać, na przykład leczyć duszę. Jest to dla nich cel sam w sobie. Kieruje nimi czysta ciekawość, chcą poznać prawdę niezależnie od tego, czy ta prawda okazałaby się lecznicza, czy trująca.

U filozofów szczególnie silnie zaznacza się pewna zadziwiająca skłonność natury ludzkiej, mianowicie nieopanowana potrzeba eksploracji, nieokiełznana chęć, aby odkryć to co zakryte, nawet jeśli jest to niebezpieczne dla zdrowia, nawet jeżeli jest to zakazane (niektórzy kojarzą to z grzechem pierworodnym). Leczenie duszy jest zatem ubocznym zajęciem filozofów, i brak sukcesów (o ile to prawda) w tym ubocznym zajęciu nie powinien decydować o całościowej ocenie filozofii. A co jest jej głównym zajęciem? Tutaj sformułowania profesora Kopani wydają mi się bardzo trafne: „poznanie natury świata”, „uchwylenie sensu istnienia”, „poznanie istoty wszechrzeczy”. Inaczej mówiąc, są to nieustanne próby odpowiedzi na tak zwane „odwieczne pytania”. Próby ponawiane i co raz chybione. Filozofom, mimo dwóch i pół tysiąca lat poszukiwań, nie udało się znaleźć zadowolających odpowiedzi (ku ich – jak pisał Leszek Kołakowski – powszechnemu zadowoleniu). Czy powinno to nas skłaniać do negatywnej oceny filozofii? Wydaje się, że nie. Próba poznania istoty wszechrzeczy i sensu istnienia jest najdonioślejszym i być może najtrudniejszym zadaniem intelektualnym jakie człowiek może przed sobą postawić. A zatem brak postępu w tej dziedzinie wydaje się usprawiedliwiony. Trafny zaś wydaje mi się pogląd, że bez ciągłego ponawiania tych prób człowiek zatraciłby jakąś istotną część swojego człowieczeństwa. Zaczęłyby przypominać, jak powiadał Leonardo da Vinci, dodatek do swojego przewodu pokarmowego. „Wiele jest dróg,

którymi człowiek może zmierzać do lepszego poznania prawdy, a przez to czynić swoje życie coraz bardziej ludzkim. Wyróżnia się wśród nich filozofia, która ma bezpośredni udział w formułowaniu pytania o sens życia i poszukiwaniu odpowiedzi na nie” (Jan Paweł II, *Fides et ratio*). Trzymać zatem lekarzy z dala od filozofii, to znaczy próbować trzymać ich z dala od owych „odwiecznych pytań”. A to znaczy uszkadzać w nich jakąś istotną część człowieczeństwa. „Człowiek o większym wymiarze” – pisał żydowski pisarz i noblista I.B. Singer – „czuje potrzebę zadawania tak zwanych odwiecznych pytań?”. Czy chcielibyśmy, aby lekarze byli ludźmi o „mniejszym wymiarze”. Czy wtedy byłiby lepszymi fachowcami? A może przeciwnie. Ludzie o szerokich horyzontach i pogłębionej duchowości mogą być lepszymi lekarzami? Wszak lekarz w jakimś stopniu (w jakim, to kwestia sporna) leczy sobą. Czyli leczy również swoim człowieczeństwem; owym niewidzialnym promieniowaniem, które trudno zmierzyć i zamknąć w słowa. A przecież również profesor Kopania w młodości występował czynnie przeciwko tym, którzy chcieli ludzi zamykać w ich w wąskich specjalizacjach, bo tak było lepiej dla państwa. Jako student, w czasie „wydarzeń marcowych”, przeciwstawiał się aktywnie tym, którzy chcieli, aby każdy „robił swoje” i nie mądrzył się: „Dość wiecowania, do pracy” (1956), „Literaci do piór, studenci do nauki” (1968), „Robotnicy do roboty” (1970). Żartownisie zaś, jak to w Polsce, dodawali: „Pasta do zębów”. Niech każdy robi swoje, bo od myślenia są mędrcy, a mędrcy znajdują się w KC. I oto, po blisko czterdziestu latach profesor Kopania zdaje się powtarzać po swoich prześladowcach: „Lekarze do leczenia”.

I jeszcze jedna uwaga. Profesor Kopania zapytuje: „Czy dzięki filozofii staliśmy się lepszymi ludźmi i bardziej jesteśmy szczęśliwi?”. Domyślna negatywna odpowiedź na to pytanie również ma wzmacniać końcowy wniosek o szkodliwym wpływie filozofii na lekarzy. Można próbować to pytanie osłabić, wskazując, że nie wiemy, co to znaczy, że ludzie są lepsi, czym jest szczęście i jak mierzyć wpływ filozofii na jedno i drugie. Taki unik byłby jednak tchórzostwem. Jeśli zaś mielibyśmy poważnie zmierzyć się z tym niezwykle trudnym pytaniem, powinniśmy, jak sądzę, zacząć od odpowiedzi na inne pytanie, mianowicie: „Czy nasza cywilizacja, cywilizacja zachodnia uczyniła ludzi lepszymi i szczęśliwszymi?”. Filozofia jest bowiem jednym z trzech składników fundamentu tej cywilizacji. Co więcej, jest składnikiem zapewne najistotniejszym (dwa pozostałe bowiem, czyli tradycja judeo-chrześcijańska oraz prawo rzymskie są przeniknięte filozofią). Cywilizacja zachodnia jest więc w znacznym stopniu dzieckiem filozofii. Czy cywilizacja zachodnia jest chlubą, czy zakałą ludzkości? Wiem skądinąd, że profesor Kopania uważa, że jest chlubą, że jest wyjątkowo pięknym kwiatem na tej ludzkościowej kulturowej łące. Jest to również mój pogląd. Skoro filozofia jest głównym korzeniem tego kwiatu, to może nie jest taka zła, może jednak pomogła uczynić ludzi lepszymi i szczęśliwszymi? Poznanie filozofii jest więc również poznaniem źródeł naszej cywilizacji (nawet jeśli oceniamy ją negatywnie), jest zatem warunkiem samoświadomości kulturowej. Czy i tego mielibyśmy lekarzy pozbawić?

Nie wykluczam, znając poczucie humoru profesora Kopani, że jego tekst jest intelektualną prowokacją. Pomyślał sobie: „Uderzę w stół i zobaczę jakie nożyce się odezwą”. Otóż, ja jestem te naiwne nożyce.

Jacek Brezko

(Autor jest dr. – pracuje w Studium Filozofii i Psychologii Człowieka AMB).



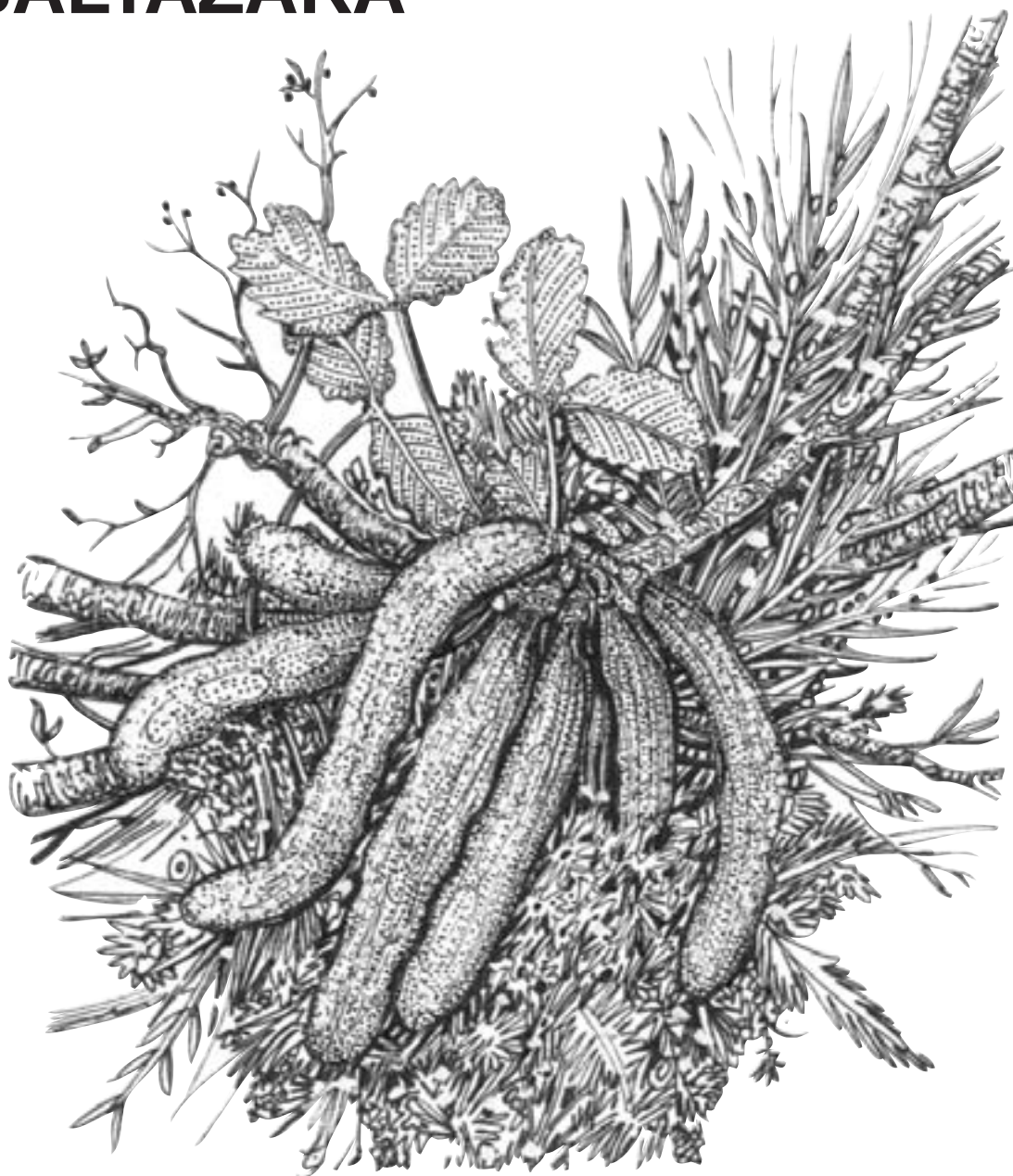
**Rośliny
w
Biblii**



Ilona Lengiewicz

UCZTA BALTAZARA

Po śmierci Nabuchodonozora na tron Babilonu wstąpił Baltazar. Słynął z rozwiązłego życia i bez troski o los poddanych. Wydawane przez niego uczyły obrosły legendą tak żywą, że po pewnym czasie stały się synonimem wystawności i wyrafinowania. Razu pewnego, podczas takiej uczy, kiedy biesiadnicy nie rozróżniali już dnia od nocy, zabrakło pucharów do wina. Baltazar posunął się był do świętokradztwa, każąc podać gościom naczynia liturgiczne zrabowane ze świątyni Salomona. Nagle ukazała się Ręka i wypisała na ścianie komnaty trzy tylko hebrajskie słowa: Mane, Tekel, Fares. Zapadła grobowa cisza, a król pośpiesznie posłał po Daniela. Ten rzekł: „znaki oznaczają: Policzony, Zważony, Rozdzielony. Policzył już Bóg dni królestwa twego, zważył dobre i złe uczynki, a wynik był taki, że państwo twoje dane będzie Persom i Medom”. Jeszcze tej nocy spełniło się proroctwo; Baltazar stracił życie, a tron babiloński objął Dariusz – król Medów. →



Rysunek: Jerzy Lengiewicz

Dariusz szanował Daniela i jego współwyznawców, ale przyjaźni doczekał się prorok ze strony Cyrusa, władcy Persów. Ten wielki wojownik i mąż stanu podbił Babilonię w 539 roku p.n.e. Pozostawił nowym poddanym możliwość pielęgnowania własnej kultury i religii. Tolerancja, która ułatwiła Persom opanowanie podbitych terenów, objęła także wygnańców żydowskich; Cyrus pozwolił im powrócić do ojczyzny. Exodus objął dość dziwną grupę ludności. Na powrót do Ziemi Obiecanej zdecydowali się tylko najgorętsi patrioci, gorliwi wyznawcy Boga Jedyneho, a z drugiej strony – cała rzesza biedoty, którą nic nie zatrzymywało w Babilonie. Ludzie zamożni pozostali w diasporze, a sumienie okupili hojnymi datkami na odbudowę świątyni w Jerozolimie.

A sama Jerozolima była teraz stolicą satrapii zwanej Idumeą. Idumea nie miała dostępu do Morza Śródziemnego, na południu graniczyła z Arabią, a jej naturalną wschodnią granicą było Morze Martwe. Na północy graniczyła z Samarią, a ta – z Galileą, której obszar kończył się przed Kadeszem. Przez te trzy satrapie (dawne królestwo Dawida) przepływał Jordan.

Dawna Judea stanowiła więc małą, zapadłą prowincję olbrzymiego imperium perskiego. Za zgodą Cyrusa wprowadzono tam rządy teokratyczne sprawowane przez kapłanów. Życie codzienne było niepomiernie ciężkie: jałowy, górzysty teren, zrujnowane miasta, ciągłe utarczki z przesiedloną wcześniej ludnością. Samarytanie ofiarowali pomoc, ale Judejczycy pogardliwie ją odrzucili. Zdarzały się lata takiego nieurodzaju, że „chlebem powszednim” stawały się owoce drzewek ceratonii, czyli szarańczyny strąkowego.

Strąki ceratonii, płaskie i długie na 20 cm, nie należą do wykwintnych owoców. Są tak twarde, że trzeba je cierpliwie żuć, aby poczuć przyjemny, słodki smak. Ich pożywność jednak, może utrzymać człowieka przy życiu. Ciekawą cechą ceratonii są jej nasiona – regularne, błyszczące, o wyjątkowo stałej masie. Dawniej zastępowały drobne odważniki jubilerom, aptekarzom i korzennikom. Karat – jednostka masy diamentów – pochodzi od masy nasion szarańczyny.

Strąki ceratonii noszą w wielu językach nazwę „chleba świętojańskiego”. Wprawdzie Biblia mówi, że Jan Chrzciciel „żywił się na pustyni szarańczą i miodem leśnym”, ale wynika to z powtarzanego błędu tłumaczeń z hebrajskiego. Chodzi tu oczywiście nie o owady, ale o owoce szarańczyny. Strąki zawierają 50 procent cukru i kwas masłowy.

Z rośliną wiąże się szereg legend religijnych. Talmud przytacza taką pouczającą przypowieść: oto młody rabin ujrzał raz starca sadzącego drzewko ceratonii. Ponieważ uważał je za bezwartościowe, począł wyśmiać starania sadownika. Nagle poczuł zmęczenie, położył się obok i zasnął. Obudził się po 70-ciu latach bardzo głodny. Okazało się, że spał pod starym już szarańczynem, zaspokoił głód strąkami, a ze wstydem i wdzięcznością wspominał człowieka, który to drzewo posadził.

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

Smakosze



Dariusz Lebensztein

Interesujące zdjęcie stada bogatek na gałązkach brzozy, z okładki styczniowego numeru *Medyka Białostockiego*, przypomniało mi o kolejnej rodzinie ptaków gnieźdzących się w dziuplach. Sikory, bo o nich będzie mowa, stanowią ważny i bardzo liczny element rodzimej awifauny.

W Polsce gniazduje sześć gatunków sikor: bogatka, modraszka, czubatka, czarnogłówka, sosnowka i sikora uboga. Podobnie jak w przypadku dzięciołów, nazwa gatunku sugeruje barwę ptaka, charakterystyczną cechą anatomiczną lub typowy biotop dla danego gatunku. Najczęściej spotykaną sikorą jest bogatka – bogato ubarwiony ptak o czarno-białej głowie, żółtym brzuchu, piersi z czarnym krawatem oraz o oliwkowozielonym grzbiecie. Występuje we wszystkich rodzajach lasów i zadrzewień, a także w osiedlach ludzkich, gniazdując w dziuplach drzew, skrzynkach lęgowych, a nawet w szczelinach budynków, latarniach ulicznych, sygnalizacji świetlnej na skrzyżowaniach ulic czy w słupkach ogrodzeniowych. Pozostałe gatunki sikor znacznie rzadziej gniazdują w miastach: modraszka i sikora uboga zamieszkują większe parki i lasy na obrzeżach osiedli, natomiast sosnowka i czubatka zdecydowanie preferują bory iglaste, a czarnogłówka – podmokłe lasy liściaste. Sikory w zasadzie należą do dziuplaków wtórnych, zajmujących dziuple wykute przez dzięcioły. Sikora uboga i czarnogłówka, jednak, potrafią „wykuć” własną dziuplę, w próchniejących pniach drzew.

Sikory są zaliczane do ptaków osiadłych, jednak część populacji bogatek, sosnówek, modraszek i czarnogłówek z terenów Europy środkowej i wschodniej migruje na południe, a ich miejsce zimą zajmują ptaki z północy kontynentu.

Sikory składają od kilku do kilkunastu jaj, które przez około dwa tygodnie wysiaduje tylko samica. Pisklęta pozostają w dziupli do trzech tygodni i są karmione owadami przez obojga rodziców. Częstotliwość karmienia młodych jest bardzo →

słoniny



Z Senatu

Na posiedzeniu 30 marca 2006r. Senat podjął uchwały w sprawach:

- zmiany nazwy *Roczników Akademii Medycznej na Advances in Medical Sciences*
- rocznego wymiaru zajęć dydaktycznych
- określenia szczegółowych zasad pobierania opłat za świadczone usługi edukacyjne, w tym tryb i warunki zwalniania z tych opłat studentów i doktorantów
- restrukturyzacji zatrudnienia w jednostkach organizacyjnych AMB
- rozszerzenia udzielanych przez SDSK-a AMB świadczeń w zakresie okulistyki

Ponadto

Osiem wniosków o nagrody naukowe Ministra Zdrowia uzyskało pozytywną opinię Senatu.

Krystyna Dyszkiewicz
Kierownik Rektoratu

Przeczytane



Dzień wyglądał na normalny, wiosna właśnie pukała do drzwi (żeby ją ogrzać), w białostoc-

kich szpitalach kto mógł budził się do życia. A jednak nie był to dzień jak co dzień – przynajmniej nie w białostockiej Klinice Kardiologii. Tego bowiem dnia wstrzymano w klinice 20 zaplanowanych operacji. Powód? Wyczerpanie zapasów protaminy. Zapasy się wyczerpały, bo jedyny producent tego leku w Polsce – firma Biomet odnotował zwiększone zapotrzebowanie na lek i zmuszony był do zaopatrzenia →

duża. Zaobserwowano, że bogatki i modraszki przynoszą pokarm pisklątom ponad sześćset razy na dobę. Większość sikor wyprowadza dwa lęgi w roku. Liczba piskląt opuszczających gniazdo, zależy jednak od warunków pogodowych limitujących zasoby pokarmowe (owady), a także od działalności drapieżników (kuny, tchórze, koty domowe), które mogą zniszczyć nawet do 30% lęgów tych ptaków.

Ciekawym elementem biologii sikor są tzw. lęgi mieszane, powstające wtedy gdy do jednego gniazda składają jaja samice

Opisano lęgi mieszane bogatek i kowalików, muchołówek żałobnych oraz pęczaczy leśnych zakończone sukcesem, a więc wyprowadzeniem piskląt z dziupli czy ze skrzynki lęgowej.

W zimie sikory (głównie bogatki, modraszki i sikory ubogie) są częstymi gośćmi karmników. W tej porze roku, ze względu na niedostatek owadów, stają się ptakami żywiącymi się nasionami roślin oleistych (np. słonecznika) czy owocami krzewów. Nie gardzą również smalcem i słoniną.



różnych gatunków oraz lęgi podwójne – gdy do jednego gniazda składają jaja dwie samice tego samego gatunku. Zjawisko to związane jest ze zmniejszającą się ilością naturalnych miejsc do gniazdowania i konkurencją wewnątrz- i międzygatunkową.

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

w pierwszej kolejności szpitali, które podpisały z nim umowę. Białostocki szpital kliniczny takiej umowy nie miał, polegając w tym względzie na hurtownikach. Ci zaś leku nie mieli. Gdyby znalazł się ktoś, kto dopatrywałby się w tym winy hurtowników, spieszymy donieść, oni z kolei oskarżają producenta o chęć „przełódnienia” szpitali w celu podniesienia ceny leku.

Wszystko to jednak nie byłoby jakimś wielkim problemem, gdyby udało się na czas sprowadzić odpowiednik tego leku z zagranicy. Na to zaś potrzebna jest zgoda Ministerstwa Zdrowia. Zgoda nie przyszła jednak na czas, bowiem wniosek złożony przez białostocki szpital miał wady formalne. Tu jednak warto oddać głos zastępcy dyrektora SPSK-a w Białymstoku, Tomaszowi Koronkiewiczowi: „Wniosek o zgodę wysłaliśmy 6 marca, a po tygodniu, gdy odpowiedzi nie było, Mirosław Mossur (kierownik kliniki) sam zatelefonował do ministerstwa. I okazało się, że źle wypełniliśmy wniosek. Mogli przecież do nas zadzwonić i zasygnalizować, byśmy go poprawili. Na dodatek ta biurokracja zdenerwowała kierownika Mossura, rozkrzyczał się na urzędnika.

A ten w odpowiedzi zaczął celowo przyczepiać się do wszystkiego, co było możliwe. To w konsekwencji wydłużyło oczekiwanie na decyzję”.

Jak twierdzi rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia: „To nieprawda, że zwlekaliśmy z wydaniem decyzji. Poprawiona wersja trafiła do nas dopiero 21 marca. Natychmiast wysłaliśmy odpowiedź. Ale białostocki szpital kliniczny jest najgorszy w Polsce pod względem wypisywania wniosków. (...) Wiecznie mają jakieś problemy, a to czegoś nie dopisali, a to coś przekreślili. Tak też było i tym razem. A stworzenie szumu medialnego, odwoływanie operacji i co za tym idzie straszenie pacjentów jest karygodne”.

Otóż to. Wniosek wypełniony źle wywołuje takie same skutki, jak wniosek niezłożony wcale. To stara urzędnicza zasada, podniesiona do rangi obowiązującego prawa przez kodeks postępowania administracyjnego. I nie ma się co denerwować i krzyczeć na urzędnika, bo on i bez tego ma ciężkie życie. Wicepremier wyzywa od pijaków i zomowców, szpitale źle wypełniają wnioski, a media z układu robią wokół tego szum. Można się rozchorować na serce z tego wszystkiego. Warto byłoby jednak uprzednio wydać odpowiednie decyzje.



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny jako czwarty zakład z naszego województwa przyłączył się do ogólnopolskiej walki o większe wynagrodzenia w służbie zdrowia – po szpitalach w Sokółce, Suwałkach i Dąbrowie Białostockiej. Jak wyjaśnił wiceprzewodniczący Ogólnopolskich Związków Zawodowych Lekarzy i Anestezjologów w SPSK, Ryszard Kijak, chwilowo protest polega na skardze. Napisałiśmy do dyrektora o zwiększenie wynagrodzeń o 50 procent i włączenie do poborów zasadniczych podwyżek o 203 i 110 złotych. Teraz są one wypłacane jako dodatek, a to oznacza, że

w przyszłości będziemy mieli np. niższe emerytury. Dyrektor SPSK-a, Bogusław Poniatowski przyznaje, że pobory lekarzy są żenująco niskie, ale chwilowo pieniędzy na podwyżkę po prostu nie ma. Jak twierdzi: „Jesteśmy w trakcie restrukturyzacji. Jeśli wszystko się uda, w połowie przyszłego roku szpital nie będzie miał żadnych zobowiązań wymagalnych. Wówczas będzie można myśleć o podwyżkach”. Nie chce też włączać do poborów zasadniczych podwyżek, bowiem oznaczałoby to, że w ciągu roku do fiskusa i ZUS-u trzeba by było dodatkowo odprowadzić około 1,2 miliona złotych – w związku z czym te pieniądze nie trafiłyby do pracowników.

Ale trafiłyby do budżetu, a ten już wiedziałby, jak je wydać. Kto wie – może poszłyby np. na Centralne Biuro Antykorupcyjne, które przecież ma badać wszelkie przypadki korupcji – w tym wśród lekarzy. Jakby nie patrzeć, pieniądze krążyłyby wokół służby zdrowia.



Na trasie z Białegostoku do Augustowa doszło do czołowego zderzenia dwóch litewskich TIR-ów. Niestety, obaj kierowcy zginęli. Na miejscu wypadku pojawiły się ekipy ratunkowe, straż pożarna i reporterzy, w tym również dociekliwy reporter jednej z białostocki gazet. Oddajmy mu głos:

„Zrobiłem kilka zdjęć i już miałem wracać, gdy zwróciłem uwagę na zachowanie jednego ze strażaków. Stał na kabinie i manipulował nogą tak, jakby chciał odsunąć nią od kokpitu ciężarówki twarz nieżyjącego”. Reporter utrwalił ten moment na kliszy.

Po obejrzeniu zdjęć naczelnik Wydziału Operacyjnego Komendy Wojewódzkiej PSP, Dariusz Sadowski stwierdził, że nie doszło do żadnych nieprawidłowości podczas wydobywania zwłok, zaś strażacy mają obowiązek zabezpieczyć zwłoki ofiar przed zbeszczeszczaniem, co zresztą zrobili.

Redakcja gazety jednak nie ustąpiła i opublikowała artykuł, w którym sama siebie pytała, czy ratownicy zachowali się z szacunkiem dla zwłok ofiary. Zdjęć nie opublikowała, bo były zbyt drastyczne. Przy okazji w komentarzu odredakcyjnym raz jeszcze zaatakowano strażaków, twierdząc, że próbowali zablokować publikację. Jak? Żądając konfrontacji fotoreportera z dowódcą akcji i wspominając o możliwości skierowania sprawy do sądu.

W całym tekście nie padło ani razu kategorię sformułowanie, że strażak dotknął butem twarzy zmarłego. Zdjęć też nie zobaczyliśmy. Ale news jest no i winni przy okazji się znaleźli.

Uważaj na przyszłość lekarzu, strażaku, czy policjancie. Nie próbuj stawać nogą przy głowie ofiar wypadków. Nie próbuj porozmawiać z kimś, kto zarzuca ci profanację. Niech ci nawet przez myśl nie przejdzie wspominać coś o sądzie.

To się obecnie nazywa – próba zablokowania publikacji. Żenujące.

aha



Młody Medyk



W TYM NUMERZE CZYTAJ:

str. 38
Pod gradobiciem pytań

str. 40
Rozmowy niedokończone

str. 42
Zepsuty fantom

str. 43
Głębokie dekolty

str. 45
Miękka jazda



Już po raz kolejny na łamach *Młodego Medyka* ukazuje się dział – „Pytanie do...” Tym razem pod ścianą stanął prof. Dąbrowski. Pytania, które mu zadaliśmy, są kwintesencją Waszych e-maili. Cieszy nas, że studenci akademii coraz częściej poruszają tematy, które do tej pory pozostawały w sferze tabu. Czy prorektor ds. studentów udzielił wyczerpujących odpowiedzi? Czy „urzeka” Was jego odpowiedź – oceńcie sami.

Jako redakcja, mamy nadzieję, że na naszej skrzynce e-mailowej nie zabraknie kolejnych prowokujących doniesień (młodymedyk@poczta.onet.pl), tym bardziej że na naszym celowniku pojawiła się kolejna osoba i kolejny trudny temat.

Umknąć Waszej uwadze nie może też wywiad z prof. Janem Stasiewiczem – przewodniczącym OIL w Białymstoku. Profesor rozebrał problem specjalizacji lekarskich do naga. Jeżeli interesuje Was ta nagość, to nie będe bronil lektury dzialu „On Air”.

W tym numerze *MM* wzięliśmy się również za ratownictwo medyczne. Co zarzucają studenci władzom uczelni – czytaj w dziale On Air – „Na ratunek”.

Pozostałe działy *MM*, chociaż bardziej subtelne, odkrywają prawdy o ludziach, na których nigdy nie zwrócilibyśmy uwagi, spiesząc się na zajęcia. A przecież to nie znaczy, że są to osoby nieciekawe.

Rafał Szamborski



Pytanie do... Prorektora ds. studentów

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

Do naszej redakcji docierają e-maile o zdarzeniach, mających miejsce podczas zdawania egzaminów ustnych. Studenci skarżą się na profesorów, wystawiających oceny na podstawie wyników innych egzaminów. Zdarza się, że ocena jest wystawiana jeszcze przed udzieleniem odpowiedzi. Studenci zwracają również uwagę na to, że profesorowie, przeglądając indeksy, komentują wcześniejsze wyniki egzaminów w obecności innych osób.

1. Czy, w czasie zdawania egzaminu ustnego, egzaminator ma prawo do „kartkowania” indeksu studenta, w celach innych niż ustalenie

zgodności danych personalnych?

2. Czy egzaminator, wystawiając ocenę, może kierować się dotychczasowymi wynikami zawartymi w indeksie i /lub karcie egzaminacyjnej?
3. Czy egzaminator ma prawo do komentowania dotychczasowych „osiągnięć” studenta, w obecności osób trzecich?
4. Czy student zdający egzamin ustny ma prawo do odmowy przedłożenia indeksu przed udzieleniem odpowiedzi?
5. Czy w czasach Pańskich studiów miały miejsce podobne incydenty?



**Profesor
Andrzej
Dąbrowski**

**Drodzy Koledzy
i Koleżanki,**

Sygnaly, które napływają od was są rzeczywiście niepokojące. W bieżącym roku akademickim organizuję spotkania ze studentami poszczególnych kierunków studiów. Z tego rodzaju uwagą spotkałem się do tej pory tylko raz i dotyczyła ona profesora nauczającego na kierunku lekarskim. Uwagi studentów przekazałem zespołowi dziekańskiemu, z prośbą o zwrócenie uwagi na ten problem i korektę ewentualnych nieprawidłowości.

W odpowiedzi na pytania Redakcji:

Pytania 1-2.

Należy jednoznacznie stwierdzić, że istotą postępowania egzaminacyjnego jest weryfikacja wiedzy studenta w zakresie zdawanego przedmiotu, a nie całego przebiegu studiów. Wyniki uzyskane z innych przedmiotów nie mogą wpływać na ocenę egzaminatora. Z drugiej strony, nie istnieje prawo, które zabraniałoby egzaminującemu nauczycielowi akademickiemu zapoznanie się z dotychczasowymi osiągnięciami studenta, zapisanymi w książeczce ćwiczeń, indeksie, bądź karcie egzaminacyjnej. Znam przypadki, gdy takie rozeznanie zadziało na korzyść studenta.

Pytanie 3.

Tego rodzaju zachowanie nie jest w dobrym tonie i, w mojej opinii, nie przystoi nauczycielowi akademickiemu.

Pytanie 4.

Student, przystępujący do egzaminu, powinien przedłożyć dokument, identyfikujący go, a więc przynajmniej legitymację studencką. Indeks byłby wówczas wręczony egzaminatorowi po zakończeniu egzaminu. Należałoby się zastanowić, czy studenci życzyliby sobie, aby takie postępowanie zostało ujęte w regulaminie studiów jako standard. Jest to bowiem przejaw braku lub przynajmniej ograniczonego zaufania studenta do nauczyciela akademickiego. Moim zdaniem – nie tędy droga. To, o czym mówimy, są to szeroko pojęte zasady etyki akademickiej. A może warto byłoby, aby Senacka Komisja ds. Dydaktyki, oczywiście we współpracy ze studentami, opracowała „Kodeks Etyki Akademickiej”? Pozostają otwarte na dyskusję nad tym zagadnieniem.

Pytanie 5.

W czasach moich studiów, tego rodzaju incydenty nie miały miejsca, a przynajmniej nie występowały na taką skalę, aby stało się to przedmiotem komentarzy studentów. Mam więc nadzieję, że opisane przez was zdarzenia mają charakter sporadyczny i przypadkowy.

Komentarz:

Jest piknie – jak mawiają starzy górale – ale z „Kodeksem Etyki Akademickiej” będzie stokrotnie pikniej!

Trzeba siać, siać, siać



Obowiazkowe wykłady! Od dwóch lat! Tę informację prawie każdy student kwituje grymasem twarzy. Zwolennicy tezy, że wykłady podwyższają poziom wiedzy i kwalifikacje zawodowe zapewne mają swoje racje. Jednak nie zawsze teoria idzie w parze z praktyką. Często wykłady nie zachęcają ani swoją formą, ani treścią.

Sól i pieprz

Kiedyś z przyjemnością chodziło się na wykłady z biochemii, ale to już historia. Młodszy koleżdy twierdzą, że odkąd Profesor wydał swój, słynny już w całej Polsce podręcznik, przestało mu zależeć na studentach. „Te wykłady to wierna kopia książki, którą możemy sobie kupić. Nie ma sensu siedzenie na wykładzie, skoro jest dostępny doskonały skrypt” – kwitują.

Przyznam się, że podobają mi się wykłady z pediatrii, które prowadziła pani profesor z I Kliniki Chorób Dzieci. Sumiennie notowałem je przez cały IV rok. Informacje były podane w sposób przejrzysty, logiczny i co najważniejsze wszystko zdążyłem zapisać. Dzięki ich jakości i szczegółowości nie obawiam się egzaminu z pediatrii.

Nie mogę też zapomnieć o patofizjologii. Te wykłady jako jedne z niewielu potrafiły naprawdę zainteresować studentów trzeciego roku. To one właśnie otworzyły mój umysł, dając mi podstawy do studiowania medycyny. Dodatkowo cytokiny, apoptoza czy reakcje nadwrażliwości przestały być magią.

Najprzyjemniej jednak spało mi się na wykładach z radiologii! Naprawdę niewielu potrafiło wytrwać do ich końca, zachowując trzeźwość umysłu na widok dziesiątek przemykających przed oczami zdjęć rtg. Talenty dydaktyczne wykładających ten przedmiot są do pozazdroszczenia.

Trochę szufladkowania

W zależności od frekwencji na wykładach, studentów można podzielić na trzy grupy.

Studenci, należący do pierwszej grupy, najchętniej nie chodziliby na żadne wykłady. Obecni są jedynie ciałem, gdyż ich duch pozostał daleko poza salą i nikt nie zmusi go do ponownego

połączenia się z cielesnością. Druga grupa, czyli pupile profesorów, to ci którzy chodzą na wszystkie wykłady, ponieważ przede wszystkim chcą mieć piątki w indeksie oraz jak największe stypendium naukowe. Piszą wszystko! Najchętniej przerysowaliby również dołączone rysunki, ale powstrzymuje ich brak kredek. To oni poprawiają frekwencję oraz zagęszczają atmosferę na sali wykładowej. Są to tzw. myślący inaczej. Lubimy ich wszyscy, zwłaszcza że tematyka wykładów jest niezbędna do zaliczenia przedmiotu, a te trzeba przecież od kogoś mieć. Do trzeciej grupy należą studenci – koneserzy, których spotkać można tylko na wybranych wykładach. Ta grupa na szczęście jest najliczniejsza. To dzięki ich obecności, na kilku

pierwszych wykładach z



danego przedmiotu, jest zawsze pełna frekwencja. To o ich uwagę powinien walczyć każdy profesor, jeśli chce mieć satysfakcję, że są ludzie, którzy przyszli naprawdę go posłuchać! Gdy znikają, warto się zastanowić dlaczego?

Nuda i ogólna inwigilacja

Niebywałe postępy w dziedzinie słowotwórstwa poczyniła profesor wykładająca mikrobiologię. Niewielu jest też takich mądrych, którzy będą wiedzieli o co chodzi profesorowi mającemu nas zapoznać z higieną i epidemiologią. A szkoda, bo niektórzy bardzo się starają.

Niestety nie pomoże, Drodzy Profesorowie, wyczytywanie listy obecności (pediatria), rozdawanie karteczek do podpisania na każdym wykładzie (anatomia patologiczna, onkologia), czy sprawdzanie indeksu przypadkowo wyczytanej osoby (medycyna sądowa). Frekwencja studentów na wykładach jest wprost proporcjonalna do trudu, jaki osoba prowadząca włożyła w ich przygotowanie i sposób prezentacji.

Niestety, chociaż bardzo się starałem przez te wszystkie lata, z czasem dołączyłem do wykładowych profanatorów.

Kanalia

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



Czwarty świat

Naga prawda...

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

Nareszcie oderwiemy się od książek i zweryfikujemy teorię z praktyką – krzyknął ktoś z końca sali, kiedy ogłosiłam koleżankom i kolegom, że po raz kolejny, wraz z Wojewódzką Komendą Policji, rozpoczynamy akcję „Nadzieja – Tak, obojętność – Nie”. Celem akcji jest uświadomienie społeczeństwu, że obok nas żyją ludzie, którzy nie potrafią sobie poradzić z prozą życia.

Ludzi bezdomnych rzadko można spotkać na ulicy. Najczęściej kryją się w cieniu wielkich aglomeracji. Znajdują opuszczone piwnice, domy lub klatki schodowe, by tam znaleźć schronienie. W czasie tych dni, razem z dzielnicowym zachodzimy do różnych pustostanów, gdzie możemy spotkać bezdomnych. Staramy się udzielić im pierwszej pomocy, pozostawiamy kanapki, adresy schronisk, noclegowni oraz miejsc gdzie mogą spożyć gorący posiłek. Czasami spotykamy ludzi, którzy na pozór nic od nas nie chcą. Pragną tylko rozmowy. Kogoś kto ich wysłucha, nie żądając wyjaśnień, nie zadając niepotrzebnych pytań.

Pełnimy również dyżury w „Ogrzewalni”. Stanowi ona przystań dla wielu rozbitków życiowych, ludzi niezaradnych, niechcianych, chorych psychicznie, inwalidów, samotnych starców, bezrobotnych – na próżno szukających pracy. Miejsce to służy również za schronienie byłym więźniom, którzy po opuszczeniu więziennych murów nie mają dokąd wrócić. Przyczyny bezdomności są różne. Każdy bezdomny ma swoją historię.

Świat ludzi bezdomnych, zwany często „czwartym światem” tworzy grupa ludzi zepchniętych na margines życia, potępianych przez tych „lepszyc”. Akcja, którą zainicjowała kilka lat temu Komenda Wojewódzka Policji ma pomóc przełamać stereotypy na temat bezdomności. Warto sobie uświadomić, że bezdomny, to po prostu człowiek, któremu doskwiera głód i zimno, który niejednokrotnie wstydy się zwrócić o pomoc.

Nie bądźmy obojętni wobec drugiego człowieka! Akcja, której myślą przewodnią jest nadzieja i walka z obojętnością przyczyni się z pewnością do ocalenia wielu ludzi od samobójstwa, od śmierci. Wystarczy tylko chcieć.



o obojętnością przyczyni się z pewnością do ocalenia wielu ludzi od samobójstwa, od śmierci. Wystarczy tylko chcieć.

Ewa i Ewelina
Pielęgniarstwo
III rok
– licencjat



Prof. Jan Stasiewicz przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku

Młody Medyk: Jakie kryteria decydują o przyznawaniu miejsc specjalizacyjnych?

Prof. Jan Stasiewicz: Na początku musimy oddzielić dwa funkcjonujące obecnie pojęcia: miejsce specjalizacyjne i sposób zdobywania specjalizacji. Miejsce specjalizacyjne, jest to miejsce przyznawane przez Komisję Akredytacyjną, funkcjonującą przy Ministerstwie Zdrowia, jednostce szkolącej. Komisja w porozumieniu z organizacjami naukowymi, reprezentującymi różne dziedziny, przygotowuje odpowiednią ankietę. Jednostka, ubiegająca się o miejsce akredytacyjne, musi spełnić szereg warunków, m.in. musi posiadać trzech specjalistów w konkretnej dziedzinie i określoną, w skali roku, liczbę leczonych pacjentów. Przyjmuje się, że jest to pięćdziesięciu pacjentów w roku na jednego specjalizującego się lekarza. Poza tym muszą być spełnione jeszcze inne warunki jak: wyposażenie w odpowiedni sprzęt i możliwość wykonywania badań dodatkowych. Po wypełnieniu takiej анкеты ordynator podaje liczbę osób, które może przyjąć na szkolenie. Komisja Akredytacyjna, może wytypowaną przez ordynatora liczbę miejsc przyznać, ale nie musi.



Manifest Feministyczny



Sen

Wczoraj przyśniło mi się, że jestem mężczyzną. Obudziłam się z mieszanymi uczuciami i nie mogłam przestać o tym myśleć. Skąd taki sen? Czyżbym miała problemy z akceptacją swojej płci?

Pierwsze olśnienie

Przypomniał mi się pierwszy rok studiów. Spotkanie z „górami” w celach powitalno-informacyjnych. Nasz rocznik (podobnie jak pozostałe) był zdominowany przez kobiety. Oslupiałyśmy, słysząc prośbę o wybranie starosty roku – mężczyzny, bo jak nam wyjaśniono tylko z tą płcią można się dogadać i coś załatwić. Łaskawie pozwolono nam wytypować też jakąś koleżankę na zastępcę.

– *Ale sami państwo rozumieją, że będzie ona pełniła głównie funkcję dekoracyjną – usłyszeliśmy.*

To był bolesny policzek. Niestety, zapowiadało się podobnych sześć lat dyskryminacji.

Mało mężczyzn?

Ulubionym i często zadawanym nam pytaniem, było:

– *A czemu na roku jest tak mało mężczyzn?*

I zaraz dodawane pospieszenie, przez męskiego szowinistę.

– *I jak wy teraz męża znajdziecie? Czemu macie takie miny? To nie wiecie, po co kobiety idą na studia?*

Zdarzało się, że dociekliwy wykładowca żądał od nas wyjaśnień lub wręcz zachowywał się tak, jakby ten niedobór płci przystojnej był naszą winą. Chyba uważał, że zabrałybyśmy miejsce mądrzejszym i bardziej inteligentnym panom.

Niechybnie głupia

Ci, nieliczni, którym udało się wygrać batalię o miejsca, raczej nie mają na co narzekać. Wystarczy powiedzieć, że za ten sam poziom wiedzy,

dziewczyna dostaje średnio ocenę niższą niż chłopak. Poza tym panowie nie muszą na każdym kroku udowadniać, że nadają się do czegoś więcej, a nie tylko do dzieci i garów. Z asystentami i profesorami łączy ich solidarność plemników. Panie zaś szybko urabiają na wdzięk, piękne oczy i młodość.

Studentka jest z góry na straconej pozycji. Jeśli to osoba ładna, to znaczy, że pewnie głupia. Jeśli brzydka, niechybnie nie dba o siebie, czyli też głupia.

Głęboki dekolt i „mini mini”

Czy ktoś z was widział zasuwanego na egzamin ustny studenta w kusych spodenkach przez, które prześwitują seksowne stringi? Nie? A bez koszuli pod rozpiętą marynarką? Też nie? A może słyszałyście o takim, który został oddalony na poprawkę czy „dopytkę” z powodu zbyt ukrywającego sylwetkę ubioru? Nie?

No właśnie. Chyba nic więcej nie muszę dodawać...



Co do egzaminów bywają też takie, na których, co ładniejszą studentkę pyta się, czy ma już męża i dzieci. Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, delikwentka musi się tłumaczyć dlaczego. Przy czym żadna przyczyna nie jest wystarczająco dobra, bo takie zaniedbanie jest wręcz karygodne (co zwykle ma odzwierciedlenie w ocenie). →

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



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

Praca

I w końcu ostatnia kwestia. Skoro na każdym roku dominują inteligentne, ambitne dziewczyny, to skąd u licha taki ogrom męskich pracowników? Co się dzieje z młodymi lekarkami po stażu? Gdzie giną? A z tych, które „przeżywają”, czemu tak mało robi habilitację, zostaje profesorami, ordynatorami, kierownikami (tym nielicznym walecznym CHWAŁA!)? Dlaczego od wieków nasza „góra” jest zmaskulinizowana?

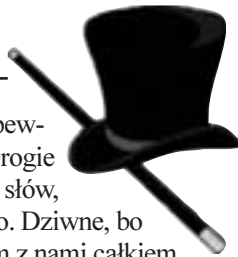
Może kobiety w końcu wykańczą codzienne udowadnianie, że mają nie tylko ciało, ale też rozum. Często jest on o wiele lepiej wykształcony i sprawniej funkcjonujący niż u płci przeciwnej.

Apel

Na zakończenie pragnę się zwrócić do Was kobiety-lekarki. Nie poddawajcie się! Łączmy siły! Tylko solidarnością płci żeńskiej możemy coś zmienić. Pomagajmy sobie nawzajem, byśmy odzyskały godność. Tylko wtedy przestanie nam się śnić, że jesteśmy mężczyznami! Bo to straszny sen!

Cropca

**Odpowiedź
Mężczyzny**



Nie będę zaprzeczał, bo pewnie, nie jedna z Was, Drogie Panie, znalazłaby tysiąc słów, na każde jedno moje słowo. Dziwne, bo myślałem, że żyje się Wam z nami całkiem dobrze. Przekonany też byłam, że wielcy myśliciele socjologii (również myślicielki – socjolożki) winą za rosnący wskaźnik rozwodów, obciążają feminizację społeczeństwa (czyli facet w kuchni, kobieta w biurze). Jakaż to sprzeczność rządzi Waszymi delikatnymi ciałkami (również umysłami), że jednocześnie, chcąc rządzić, na życiowego partnera wybieracie mężczyznę na stanowisku, który twardą ręką czuwa nad Waszym bezpieczeństwem. Przecież ja niczego Wam nie zabraniam.

Apelujcie, zrzeszajcie się, możecie też obwiniać świat (czyli mężczyzn), za własne niepowodzenia. Mam tylko nadzieję, że zastanowiliście się, czym coś takiego może się skończyć. Porywając się z widłami na stanowiska obsadzone przez płeć brzydką, pamiętajcie, że my żyjemy krócej... no i jeszcze ta prostata... Naprawdę tego chcecie?

Ja na szczęście nie budzę się w nocy z powodu koszmarów o Szanownej Pani Dyrektorku z teczuszką, która przepuszcza mnie w drzwiach do windy – a byłoby tak miło.

Mężczyzna

MODERNE FEMME

*„Być kobietą, być kobietą marzyć ciągle będąc dzieckiem
Być kobietą, bo kobiety są występne i zdradzieckie.
Być kobietą, być kobietą oszukiwać, dręczyć, zdradzać
Nawet gdyby komuś miało to przeszkadzać,
Mieć sto kilo biżuterii, kapelusze takie duże
I od starych wielbicieli wciąż dostawać listy, róże
Na bankietach, wernisażach pokazywać się codziennie
Być kobietą, ta tęsknota się niekiedy budzi we mnie.”*

[fragment piosenki śpiewanej przez Alicję Majewską – „Być kobietą”]



Z kalendarza dawno została wyrwana kartka z datą 8 marca, ale to nie szkodzi by być kobietą przez 365 dni w roku.

Jakie są współczesne kobiety, czy wyróżnia je coś oryginalnego spośród ludzkiej populacji? Dokładnej charakterystyki nie sposób podać. Każda z nas jest inna, ma inne potrzeby, realizuje się w inny sposób. To co nas łączy, to: subtelność, macierzyństwo i zmienność – bo kobieta zmienną jest.

Czas nieustannie płynie i nastaje nowa rzeczywistość. Z nią płeć piękna ukazuje swoje nowe oblicze. Każda z nas pragnie zdobyć wykształcenie i to nie tylko na poziomie szkoły średniej. Staramy się spełniać w rolach profesorów, coraz częściej też sięgamy po władzę. W każdej z nas drzemie ta kobieca siła, którą przekazała nam w genach Matka Ewa! Nadal chcemy się realizować jako „matki, żony i kochanki”.

Kobiety naszej uczelni też na ten temat mają różne spojrzenie, a przykładem niech będzie wypowiedź jednej z nich – doktor **Hanny Kozłowskiej** z Zakładu Fizjologii Doświadczalnej.

Młody Medyk: Jaka jest wizja współczesnej kobiety?

Dr Kozłowska: Współczesna kobieta powinna umieć radzić sobie w różnych sytuacjach, wykazując inicjatywę i samodzielność w działaniu. Powinna też godzić wypełnianie obowiązków zawodowych z innymi zajęciami. Nie jest to łatwe. Nie można rozwijać się tylko w jednym kierunku. Po pracy, kobieta współczesna powinna znaleźć czas na dobrą książkę, wyjście do teatru, kina, jak też na spotkania z przyjaciółmi.

MM: A jakie są kobiety w Zakładzie Fizjologii?

Dr Kozłowska: Panie pracujące w naszym Zakładzie są w różnym wieku i każda jest inna, ale o każdej z nich można powiedzieć, że należy do „kobiet współczesnych”. Na pewno naszym wspólnym celem jest realizacja na polu naukowym.

Hania M.

Białe szaleństwo



Po trudach sesji zimowej czas na upragnioną chwilę wytchnienia. Sposobów na odpoczynek od akademickiej rzeczywistości jest wiele. Ja wybrałam wyjazd na obóz narciarski do Korbielowa. Dla tych, którzy lubią aktywny odpoczynek polecam wypad w góry na obozy organizowane przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AMB. Jest to szansa na zas-

makowanie uroków białego szaleństwa i poznanie tajników narciarstwa zjazdowego. Jak we wszystkim, początki bywają trudne, ale dzięki fachowym poradom naszych wykwalifikowanych instruktorów ze Studium Sportu już drugiego lub trzeciego dnia, wszyscy znakomicie stosowali technikę jazdy półplugiem. Obyło się bez poważniejszych upadków, siniaków jednak nie brakowało.

Jazdy nocne i masaże



makowanie uroków białego szaleństwa i poznanie tajników narciarstwa zjazdowego.

Zgrana paczka

W tegorocznych turnusach, od 28 stycznia do 11 lutego, wzięło udział 45 studentów ze wszystkich kierunków naszej uczelni. Już w czasie podróży pociągami zawiązały się znajomości, a na miejscu wszyscy stanowiliśmy zgraną paczkę; zwartą i gotową na stawienie czoła narciarskiej przygodzie. Oprócz zgranej ekipy, dopisała również pogoda. Górskie powietrze, piękne słońce i idealnie przygotowane trasy na Pilsku, były wymarzonymi warunkami do doskonalenia carvingowej jazdy.

Pilsko wyraźnie góruje nad sąsiednimi szczytami, lecz niestety często spowijają go chmury pędzone wiatrem znad słowackiej strony. Jednak gdy trafi się pogoda, panorama ze szczytu jest zachwycająca. Na szczęście, my, niejednokrotnie mieliśmy okazję podziwiać cudowne krajobrazy Beskidów Zachodnich, od Baraniej Góry, przez Beskid mały po Babią Górę i Tatry.

Mój pierwszy raz

Obozy te są wspaniałą okazją do doskonalenia umiejętności narciarskich, jak również do nauki narciarstwa. Wśród uczestników było wiele osób, które po raz pierwszy stanęły na nartach.

Dzięki dobrej organizacji dnia mogliśmy w pełni wykorzystać warunki na stokach. Wiele osób oprócz całodziennych zjazdów, skusiło się również na jazdy nocne. Po wyczerpującym dniu spędzonym na stoku, w regeneracji sił bardzo pomocne były masaże wykonywane przez naszych przyjaciół z fizjoterapii. Wrażenia z tygodniowego pobytu w Korbielowie z pewnością pozostaną na długo w pamięci uczestników. Wielu z nas z pewnością wróci tam za rok.

Zachęcam wszystkich do brania udziału w tego typu obozach. Poznacie wspaniałych ludzi, nauczycie się jednego z najwspanialszych sportów i odpoczniecie od nauki. Gwarantuję, że śmigając po stokach Pilska, ani razu nie pomyślicie o kłopotach na uczelni lub o tym co was czeka w następnym semestrze. Naładowani pozytywną energią powrócicie do pracy. Jest to fantastyczne oderwanie od rzeczywistości. Czytajcie ogłoszenia odnośnie obozów i jak tylko się pojawią, pędźcie zapisać się do Studium Wychowania Fizycznego i Sportu.

Z narciarskim pozdrowieniem

Ewelina Zaremba

Studentka III roku

Wydziału Farmaceutycznego AMB.

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



a
oczątk
XXI wieku
ajemy w obliczu
pidemii przewlekłej
horoby nerek. Dotyczy ona
koło 15% populacji państw
zwiniętych. Wiąże się to ze wzrastającą
zbą chorych na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze
az ze starzeniem się populacji.

Od dawna wiadomo, że większość pacjentów
alizowanych z powodu schyłkowej niewydolności nerek umiera z
owodów sercowo-naczyniowych. Ostatnio wykazano jednak, że większość
orych z przewlekłą chorobą nerek umiera w okresie przeddializacyjnym. Dotyczy
zwłaszcza chorych z nefropatią cukrzycową, z których tylko co piąty doczeka dializ.
rzewlekła choroba nerek jest bowiem jednym z najważniejszych czynników ryzyka chorób
ercowo-naczyniowych, szczególnie choroby niedokrwiennej serca, gdyż przyspiesza rozwój
ażdżycy i zwapnienia naczyń.

Wczesne rozpoznanie przewlekłej choroby nerek daje pacjentowi szansę na skuteczne leczenie
może oddalić konieczność dializ, które są nie tylko uciążliwe ale i bardzo drogie. Wysilek lekarzy
szystkich specjalności powinien być skierowany na wczesne rozpoznanie przewlekłej choroby
erek, kontrolę filtracji kłębuszkowej i mikroalbuminurii.

Podręcznik kardionefrologii ma na celu wzmocnić integrację między kardiologami a nefrologami,
omagać w klinicznym myśleniu „od serca do nerek” i odwrotnie dla dobra pacjenta wspólnej troski.
a też wypełnić istotną lukę na polskim rynku wydawnictw medycznych. Autorami są wybitni polscy
ardiolodzy, nefrologi i chirurdzy, którzy w codziennej praktyce lekarskiej zajmują się pacjentami z
ewydolnością nerek i chorobami układu sercowo-naczyniowego.

A w Paryżu już wiosna

