



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NR 3(74) BIAŁYSTOK MARZEC 2009 ISSN 1643-2734



**Zaprzyjaźnij się**

**Z MUKOWISCYDOZĄ**



Założenia do ustawy o szpitalach klinicznych – artykuł prof. Z. Mariaka

8



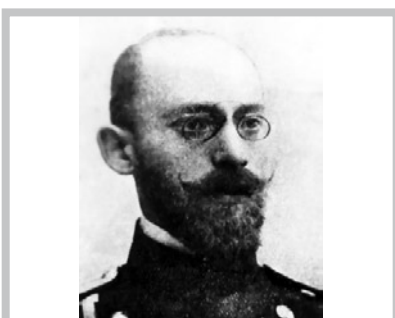
*„Każdy ma prawo do swojego spojrzenia na istotę świata”*  
Pożegnanie prof. Zbigniewa Religi

11



Współpraca z japońskimi naukowcami z Uniwersytetu w Hamamatsu  
*Prof. Ichiyama-Sensei i dr Mirosław Rybałtowski*

15



Cykl „Lekarski ród Zamenhofów” rozpoczyna Aleksander – młodszy brat Ludwika

23



Zdrowotny charakter postu – wykład prof. W. Buczki

26

2

➤ Sześćdziesiąt pięć róż	4
➤ Mukowiscydoza	5
➤ „MATIO”	7
➤ Szpital na miarę zadań	8
➤ Nigdy się nie poddawaj!	11
➤ Goście z Japonii	14
➤ Pogromca mitów	15
➤ Nefrokardiologia	16
➤ Dietetyka	17
➤ Pielęgniarstwo	17
➤ Fizjoterapia	18
➤ Czytelnia po nowemu	18
➤ „Stop Malarii”	19
➤ Mieczysław Omulecki	20
➤ Zwłoki na pokaz	21
➤ Aleksander Zamenhof	23
➤ Wyzwolone i wykształcone	24
➤ Kobiety Laureatki Nagrody Nobla	25
➤ Pościć albo nie pościć?	26
➤ Czy pościmy?	28
➤ Standardy wiejskie i miejskie	29
➤ Stare było miasto	30
➤ Wydarzenia i aktualności	33



**W**yzwolone i wykształcone – to tytuł artykułu o kobietach – laureatkach Nagrody Nobla na przestrzeni wieków. Listę otwiera dwukrotna noblistka Maria Skłodowska-Curie. Wykształcone? – z pewnością, tak. Ale czy wyzwolone? Tu już miałbym dość dużo wątpliwości.

Otóż jestem na świeżo po lekturze książki *Opowieści starego Kairu* autorstwa Nadżiba Mahfuz, notabene, noblisty z roku 1988. To fascynująca opowieść. Zarówno dla czytelnika takiego jak ja, który zetknął się ze światem arabskim, jak może jeszcze bardziej dla tego, który niewiele o tym świecie wie. Jest to opis codziennego życia muzułmańskiej rodziny, pokazanej w realiach kairskiej metropolii z lat 1917 – 1918, z czasów wyzwolenia się Egiptu spod okupacji Anglików. Matka i dwie córki, ojciec i trzech synów, to dwa, jakże różne światy. Jeden – świat mężczyzn. Oni pracują, studiują, bawią się, piją, uwodzą kobiety i przebywają głównie poza domem. Drugi – pełen restrykcji i zakazów świat kobiet, uwięzionych w domu, oglądających rzeczywistość przez kratownicę maszrabiji (to rodzaj gęsto okratowanego balkonika w domu arabskim, przez który kobiety, nie będąc widziane, mogą przyglądać się ulicy). W tym domu wybuchają od czasu do czasu „afery”. Jedna z nich kończy się wypędzeniem żony. Powodem jest „przestępstwo”, polegające na udaniu się owej kobiety w towarzystwie syna, podczas nieobecności pana domu, do meczetu, co przypadkowo wychodzi na jaw.

Co do obyczajowości w świecie arabskim, to – zapewniam – w niektórych krajach do dzisiaj niewiele się zmieniło. Zapewne spytacie, co ma zatem stary Kair i świat muzułmanów, na dodatek z początku ubiegłego wieku, do europejskich realiów wieku XXI? Ano ma. I to dużo.

Proponuję jednak, żeby na to pytanie każdy odpowiedział sobie sam. Bazując na własnym doświadczeniu i cudzych przypadkach. Niekoniecznie musi przywoływać drastyczne przykłady zniewolenia i więzienia córek w celu seksualnego wykorzystywania. Nie muszę przypominać, że zdarzenia miały miejsce w „cywilizowanej” Europie – zarówno zachodniej, jak i środkowo-wschodniej – nieopodal miasta Siemiatycze. Ja pozwolę sobie przywołać chociażby incydent, jaki niedawno miał miejsce w jednej z handlowych galerii naszego grodu. Dotyczył anglojęzycznej studentki naszego uniwersytetu. Pomijając wyraźnie rasistowski aspekt zajścia, nie sposób nie zauważyć, że naszą koleżankę zaatakował jeden z owych macho z ogoloną głową. Zaatakował dziewczynę, bo wobec bezbronnej i słabszej poczuł się silny. A przecież wydawałoby się, że żyjemy w świecie tak zaawansowanej technicyzacji, że nad siłą mięśni powinna dominować siła rozumu.

No cóż, chciałoby się powiedzieć za mistrzem Niemenem – dziwny jest ten świat.

*Materiały do numeru przyjmujemy do dn. 10 każdego miesiąca.*

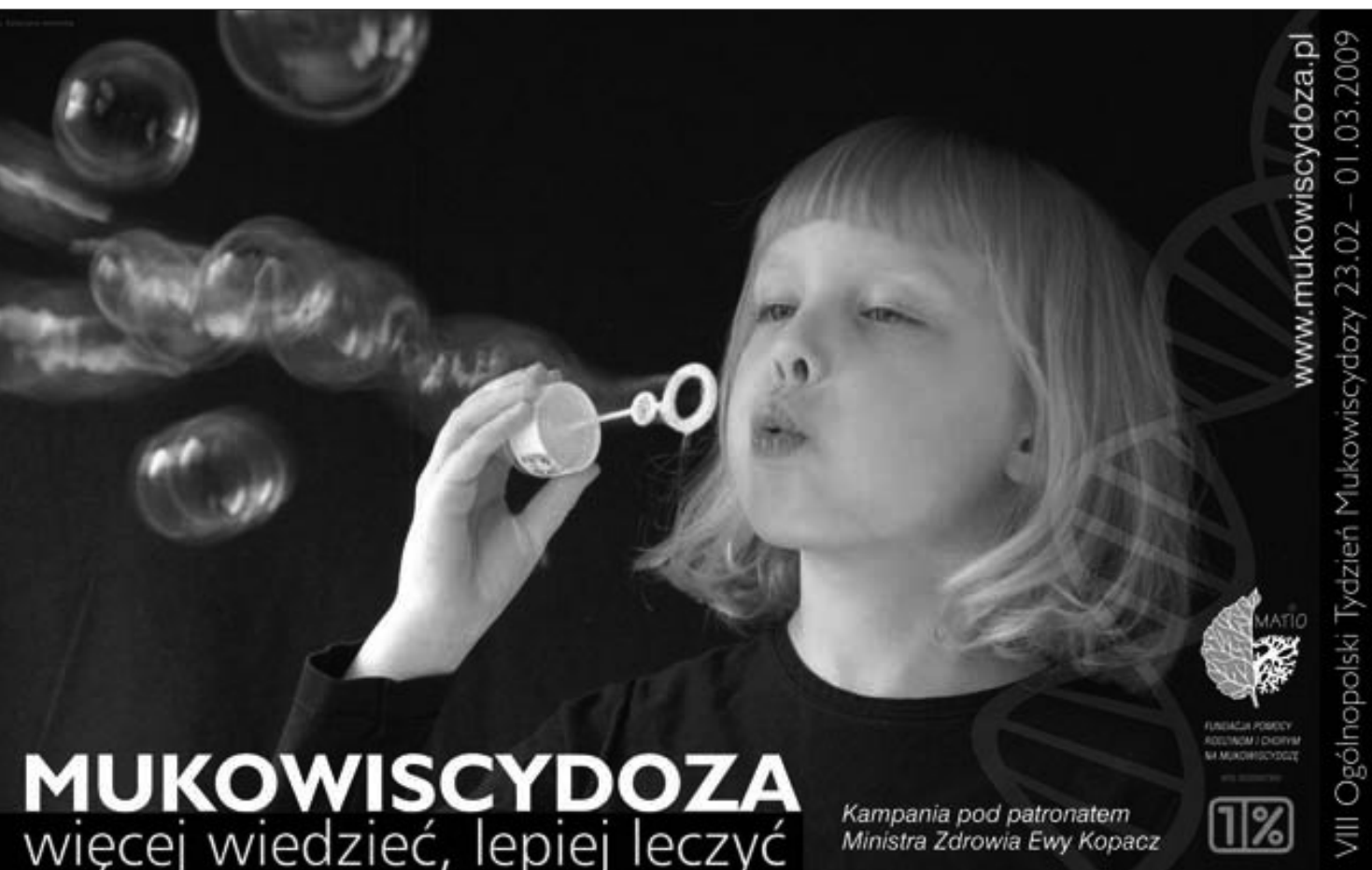
**Skład redakcji:**

**Redaktor naczelny:** Lech Chyczewski ● **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz:** Krzysztof Worowski ● **Sekretarz redakcji:** Danuta Ślósarska ● **Redakcja stylistyczna i korekta:** Dorota Burel ● **Członkowie:** Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anetta Sulewska, Anna Worowska ● **Współpracownicy:** Wojciech Dębek, Jan Pietruski ● **Skład komputerowy:** e-Print Michał Żeleznikowicz ● **Strona internetowa:** Jan Leszczyński ● **Druk:** PRO100 ● **Projekt i wykonanie okładki:** Walentyn Pankiewicz

**Adres redakcji:**

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

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

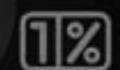


**MUKOWISCYDOZA**  
więcej wiedzieć, lepiej leczyć

Kampania pod patronatem  
Ministra Zdrowia Ewy Kopacz



FUNDACJA POMOCY  
RODZINOM I CHORYM  
NA MUKOWISCYDOZĘ



www.mukowiscydoza.pl

VIII Ogólnopolski Tydzień Mukowiscydozy 23.02 – 01.03.2009

# Sześćdziesiąt pięć róż

**S**ześćdziesiąt pięć róż – tak w Stanach Zjednoczonych niektóre dzieci nazywają swoją chorobę. Mukowiscydoza (ang. cystic fibrosis) jest zbyt trudnym słowem do wymówienia, ale sześćdziesiąt pięć róż (ang. sixty-five roses) już nie. W ten sposób dzieci uczą się wymawiać nazwę choroby, która towarzyszy im przez całe życie. To jak długo będą się z nią zmagać, zależy od postępu medycyny. W latach 50. XX wieku średni czas życia pacjenta z mukowiscydozą wynosił około 2 lat. Na początku XXI wieku średnia przeżycia wynosi 38 lat. Jednak oprócz działań medycznych, wpływ na długość życia mają mutacje genu CFTR. Gen ten zlokalizowany na długim ramieniu chromosomu 7. koduje białko błonowe CFTR. Pełni ono funkcję kanału błonowego dla jonów chloru. Oprócz tego, bierze udział

w regulacji procesów przewodzenia jonów Na<sup>+</sup> i Cl<sup>-</sup> przez inne kanały. Obecnie uważa się, że CFTR pełni bardziej funkcję regulatorową niż ściśle transportową. Ze względu na bardzo dużą ilość mutacji genu CFTR, obraz kliniczny mukowiscydozy jest bardzo bogaty. Ponadto, wpływ na ekspresję CFTR mają liczne warianty w części kodującej i niekodującej tego genu. Jeżeli do tego dodamy tzw. geny modyfikujące przebieg mukowiscydozy (np. mutacje i warianty genów kodujących TNF $\alpha$  lub TGF $\beta$ ), to obraz kliniczny będzie jeszcze bardziej niewyraźny, a niektóre objawy bardzo subtelne. Skuteczna terapia u pacjenta z mukowiscydozą zakłada jednocześnie, wielokierunkowe działanie, mające na celu przeciwdziałanie zakażeniom (antybiotykoterapia), usuwanie gęstego śluzu głównie z dolnych dróg odde-

chowych (fizykoterapia i rehabilitacja) oraz wyrównywanie niedoborów (suplementacja żywieniowa i leczenie żywieniowe). Wszyscy chorzy muszą wykazać się uporem i wytrwałością w utrzymaniu reżimu leczenia. Nagrodą jest wydłużenie życia. ■

Dr n. med. **Alina Minarowska**

**M A T I O**  
Fundacja Pomocy Rodzinom  
i Chorym na Mukowiscydozę  
nr KRS: 0000097900

**1%**



Z dr Aliną Minarowską  
z III Kliniki Chorób Dzieci UDSK,  
rozmawia Danuta Ślósarska.

# MUKOWISCYDOZA

**Mukowiscydoza to choroba o trudnej nazwie i trudnym przebiegu. Jaka jest jej przyczyna?**

Mukowiscydoza, czyli inaczej zwłóknienie torbielowate, jest spowodowana mutacją w obrębie jednego genu. Mutacja genu CFTR, zlokalizowanego na 7. chromosomie, powoduje powstanie nieprawidłowego białka, regulującego przepływ jonów chlorkowych przez komórki nabłonka. W przebiegu choroby dochodzi do zaburzenia składu elektrolitowego śluzu i jego zagęszczenia w całym organizmie.

**Jakie są tego następstwa?**

Ten gęsty śluz czopuje przewody wyprowadzające wszystkie gruczoły wydzielania zewnętrznego, w tym drogi oddechowe, co sprzyja przewlekłej kolonizacji bakteryjnej bardzo agresywnymi patogenami. Prowadzi to do stopniowego niszczenia oskrzeli i płuc. Muskowiscydoza jest chorobą ogólnoustrojową. W klasycznej postaci, obok układu oddechowego, atakuje także układ pokarmowy, prowadzi do niewydolności trzustki, marskości wątroby, wypadania odbytu, często powoduje niepłodność. Choroba dotyczy głównie rasy białej. Afrykanie i Azjaci chorują rzadziej.

*Muskowiscydoza jest chorobą ogólnoustrojową. Obok układu oddechowego, atakuje także układ pokarmowy*

**W jaki sposób dziedziczy się tę chorobę?**

Mukowiscydoza jest chorobą monogenową i jest dziedziczona w sposób recesywny, autosomalny. Jeśli oboje rodzice są nosicielami uszkodzonego genu i przekażą go dziecku, to rodzi się ono chore. Dziedziczenie autosomalne oznacza, że może wystąpić ono u obu płci. Ryzyko urodzenia dziecka chorego na mukowiscydozę w przypadku, gdy oboje rodziców są nosicielami mutacji wynosi 25 procent, czyli jest bardzo duże.

**Pierwsze symptomy choroby, które powinny rodziców zaniepokoić?**

Objawy są różne. U młodszych dzieci dotyczą one najczęściej przewodu pokarmowego. W miarę jak dziecko rośnie, dolegliwości obejmują częściowo także układ oddechowy. U noworodka

pierwszym objawem jest nieprawidłowa smółka lub rzadziej brak jej wydalania. Stolce w okresie niemowlęcym są luźne, cuchnące, połyskliwe i występują na przemian z zaparciami. U dzieci występuje tzw. wilczy głód. Dzieci dużo jedzą, ale mało przybierają na wadze. Pot dziecka ma charakterystyczny słony smak.

**Skoro objawy są tak ewidentne już w pierwszym okresie życia, to jak to się dzieje, że dzieci w Polsce diagnozowane są średnio około piętego roku życia?**

U niektórych osób choroba może przebiegać łagodniej. Objawy mogą być mylone z: zespołem złego wchłaniania o innej etiologii, alergią, infekcjami dróg oddechowych czy z astmą wczesnodziecięcą. Test chlorkowy, który jest podstawą rozpoznania, często z uwagi na niedojrzałość gruczołów potowych niemowlęcia jest prawidłowy. Dopiero powtórzony kilkakrotnie, zwłaszcza po pierwszym roku życia, może dać wiarygodny wynik.

**Czy chorobę można rozpoznać w badaniach prenatalnych?**

Jak najbardziej. Pacjenci, którzy mają w rodzinie przypadek mukowiscydo-

cd. na str. 6 ⇨

⇐ *cd. ze str. 5*

zy powinni być pod opieką Poradni Diagnostyki Prenatalnej.

### **Na czym polega badanie przesiewowe noworodków?**

Od noworodka pobiera się kroplę krwi i dokonuje się oznaczenia markerów chorobowych. Podwyższone wartości świadczą o podejrzeniu choroby i są wyznacznikiem kierowania na dodatkowe badania weryfikacyjne. W mukowiscydozie badanie przesiewowe polega na oznaczeniu aktywności immunoreaktywnego trypsynogenu (IRT) we krwi noworodka, a następnie oznaczeniu mutacji genu CFTR u dzieci z podwyższoną aktywnością IRT.

Pierwsze pilotażowe badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy prowadzone były w latach 1999 – 2003 na terenie czterech województw. Test ten był niedoskonały. Obejmował tylko jedną mutację. Teraz sprawdzamy trzysta mutacji na terenie jedenastu województw, więc mam nadzieję, że osiągniemy wiarygodny wynik. Planowane jest badanie na terenie całej Polski.

*Ryzyko urodzenia  
dziecka chorego  
na mukowiscydozę,  
gdy oboje rodzice  
są nosicielami mutacji,  
wynosi 25%*

### **Czy rozwój umysłowy dziecka chorego na mukowiscydozę przebiega w normie?**

Mimo stałego niedotlenienia, dzieci rozwijają się umysłowo bardzo dobrze. Wprawdzie często ze względu na duże ryzyko infekcji, korzystają z nauczania indywidualnego, ale nie przeszkadza im to w realizacji marzeń. Okupują je większym wysiłkiem, ale kończą studia, podejmują pracę i zakładają rodziny.

### **Mukowiscydoza jest chorobą nieuleczalną?**

Obecnie, leczenie tej choroby jest wyłącznie objawowe i ma na celu zmniejszenie dolegliwości oraz poprawę jakości życia. Chodzi o to, aby pacjenci



*Prezentacja sprzętu do aerzoloterapii.*

nie jeździli na wózku z koncentratorem tlenu i aby w miarę możliwości normalnie funkcjonowali w życiu społecznym. Długość życia pacjentów zależy od rodzaju mutacji, prawidłowo prowadzonego leczenia, systematycznej rehabilitacji...

### **... i od Narodowego Funduszu Zdrowia.**

To też. Leczenie jest bardzo drogie. Miesięczny koszt leczenia u dziecka do 15. roku życia wynosi około 1000 zł. U dzieci starszych miesięczny wydatek na leki to ponad 2000 zł. Ponieważ z wiekiem choroba postępuje, pojawiają się nowe problemy zdrowotne. Miesięczna kwota wydana na leczenie może oscylować nawet w granicach 15.000 zł.

### **Czy chorzy muszą stosować specjalną dietę?**

W przypadku tej choroby konieczna jest dieta wysokokaloryczna, wysoko białkowa, wysokotłuszczowa, oczywiście odpowiednio zmodyfikowana, gdy pacjent ma alergię pokarmową. Chory poza tym musi stale przyjmować enzymy trzustkowe o wysokiej zawartości lipazy, witaminy rozpuszczalne w tłuszczach, preparaty uzupełniające gospodarkę wapniowo-fosforanową i wysokokaloryczne odżywki.

### **Jak pani ocenia przygotowanie lekarzy rodzinnych?**

Jest znacznie lepiej niż 17 lat temu. Wzrosła świadomość lekarzy, poprawiła się diagnostyka, a to jest bardzo ważne. Choroba wcześniej rozpoznana pozwala na wdrożenie skutecznego

leczenia, poprawiającego jakość i długość życia. Prowadzonych jest szereg akcji edukacyjnych, co skutkuje większą świadomością społeczną. Obecnie blisko 40 procent naszych pacjentów to ludzie dorośli, a jeszcze nie tak dawno stanowili tylko 25 procent. W związku z tym, konieczne było utworzenie ośrodka dla dorosłych. Mieści się on w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy UMB. W Polsce jak do tej pory są tylko cztery ośrodki dla dorosłych chorych na mukowiscydozę.

### **Ile osób na świecie choruje na mukowiscydozę?**

Nie ma precyzyjnych danych światowych w sensie ilości. Wiemy, że w Europie przypada jedno zachorowanie na 2300 mieszkańców. Z danych zawartych w polskim rejestrze chorych na mukowiscydozę wynika, że w mamy ok. 1260 chorych. Te dane mogą być jednak nieco zaniżone. Obawiamy się, że nie wszyscy lekarze zarejestrowali chorych, a część pacjentów nie została jeszcze dokładnie zdiagnozowana. ■

**Poradnia  
Mukowiscydozy UDSK  
ul. Waszyngtona 17a,  
15-274 Białystok  
wtorek godz. 8.00–12.00  
piątek godz. 8.00–11.30  
tel. 85 745-05-15**

# „MATIO”

Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę „MATIO” powstała w 1996 roku w Krakowie z inicjatywy Pawła Wójtowicza, ojca chorego dziecka. Oddział Północno-Wschodni Fundacji MATIO powołano we wrześniu 2002 r. Uroczyste otwarcie siedziby na terenie III Kliniki Chorób Dzieci UDSK odbyło się 16 lutego 2003 r. Opiekę merytoryczną nad chorymi i ich rodzinami pełni dr n. med. Alina Minarowska. Jej telefon dostępny jest dla pacjentów o każdej porze.

Fundacja integruje chorych i ich rodziny, prowadzi działalność informacyjną i edukacyjną. Co roku członkowie fundacji organizują Ogólnopolski Tydzień Mukowiscydozy. Od roku 2009 fundacja jest organizacją użytku publicznego. Zebrane fundusze przeznacza na finansowanie sprzętu rehabilitacyjnego, zakup leków i planowanych przeszczepów narządów.



Jak rehabilitować chorego. Pokaz dla rodziców.

## Pacjenci Poradni Mukowiscydozy UDSK w Białymstoku



### Agnieszka – 32 lata

– Jako dziecko często chorowałam na infekcje górnych dróg oddechowych, ciągle kaszlałam. Nawet niewielki wysiłek fizyczny powodował ogromne zmęczenie. Każde ferie i wakacje spędzałam w szpitalu lub sanatorium w Rabce. Żaden z lekarzy nie wiedział co mi tak naprawdę dolega. Leczone mnie dużą ilością antybiotyków. Na to, że przyczyną moich dolegliwości może być mukowiscydoza wpadł dr Stanisław Ołdak ze szpitala na Dojlidach. W niedługim czasie diagnozę doktora potwierdzono w Rabce. Chociaż choroba utrudniała mi funkcjonowanie, starałam się żyć tak jak rówieśnicy. Chodziłam do szkoły razem z innymi, potem studiowałam socjologię.

*Z roku na rok czuję się gorzej, bo zmniejsza się pojemność moich płuc. Coraz więcej wysiłku wkładam w to, aby wstać rano. Gdy nadchodzi wieczór znów jest mi ciężko. Jestem na rencie. Na leki i odżywki wydaję średnio 1000 zł. Muszę się specjalnie odżywiać. Jem tyle ile zmieszczę. Wszystko musi być wysokokaloryczne i bogate w białko. Niedarwno tę samą mutację genu CFTR zdiagnozowano u mojej 40-letniej siostry.*

**Paweł** ma 10 lat. Jego najstarsza siostra – Ewa, też chorowała na mukowiscydozę. Zmarła, mając 10 miesięcy. Troje rodzeństwa jest zdrowych. U Pawła, najmłodszego w rodzinie, chorobę stwierdzono na podstawie badań przesiewowych. Paweł codziennie łyka garść leków, w ciągu dnia jest kilkakrotnie inhalowany, oklepywany. Stara się funkcjonować jak rówieśnicy, chodzi do szkoły, ćwiczy na zajęciach wychowania fizycznego, latem jeździ na rowerze. Wstydzi się swojej choroby, nie lubi o niej mówić. Co trzy miesiące przyjeżdża na badania do Poradni Mukowiscydozy w Dziecięcym Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

Mama Pawła o chorobie syna wie już chyba wszystko. To od niej lekarz



Najważniejsze osoby w życiu Pawła – mama i dr Alina Minarowska.

rodzinny dostał broszurę na temat tej choroby.

– Zadzwonil do mnie następnego dnia i stwierdził, że z przerażenia nie spał całą noc. Nawet nie wiedział, że to taka straszna choroba – mówi.

Teraz, gdy coś niedobrego się dzieje z Pawłem, natychmiast jej pomaga. Mama Pawła zajmuje się synem, domem i gospodarstwem, i to właśnie w tej kolejności. Gdy ma się tak chore dziecko, życie trzeba podporządkować przede wszystkim jemu. Czeka z niecierpliwością na rok 2015, bo wtedy mają wejść nowe leki.

– Na razie biorę się za bary z życiem – dodaje. ■

Danuta Ślósarska

ZENON MARIAK

# Szpital na miarę zadań

*Założenia do ustawy o szpitalach klinicznych*

Niektórzy obserwatorzy, porównując obrazowo naszą służbę zdrowia do kulejącego piechura, przypisują szpitalom klinicznym malowniczą rolę kuli w nogi. Porównanie to, niezależnie od stopnia jego trafności, obrazuje jednak rzeczywisty problem, który każdy widzi w postaci narastającego zadłużenia wielu z tych placówek. Co innego diagnoza przyczyny: jedni widzą ją w wyższych niż w pozostałych szpitalach kosztach leczenia, jak też w niecałkowicie refundowanych kosztach innych zadań, przypisanych szpitalom klinicznym. Jednak inne środowiska, w tym związek zawodowy lekarzy, całe zło widzą w połączeniu szpitala z uczelnią medyczną, przez co złowieszcze lobby profesorów może „ignorować jakąkolwiek ekonomię, uprawiać prywatę i nepotyzm, hamować wszelki postęp i konserwować prusko-sowiecki system pracy” (por. *Menadżer Zdrowia* 8/2008).

Tak czy owak, problem szpitali klinicznych rzeczywiście istnieje i jest dostrzegany zarówno przez rektorów

uczelni medycznych, jak i przez ministerstwo, z tym, że to ostatnie spodziewało się rozwiązać go za pomocą cudownego klucza (a raczej wytrycha) w postaci obowiązkowej komercjalizacji. Gdy pomysł przepadł w politycznych bojach, pojawiła się (słuszna chyba i na czasie) idea stworzenia specjalnej ustawy o szpitalach klinicznych. Zarządzeniem ministra zdrowia powołana została siedmioosobowa grupa konsultacyjna, która miała wypracować założenia do tej ustawy, złożona z prorektorów trzech uczelni i dyrektorów czterech szpitali klinicznych. Za sukces naszego ośrodka należy uznać to, że w składzie tej grupy znaleźli się zarówno dyrektor USK – dr B. Poniatowski, jak też prorektor ds. klinicznych – prof. Z. Mariak. W pracach aktywnie uczestniczy również dyrektor M. Karp, który opracował propozycje dotyczące zagadnień ekonomicznych.

Do tej pory odbyły się dwa zebrania, na których każdy z członków miał przedstawić swoje przemyślenia i propozycje. Jak się należało spodzie-

wać, ich kierunek nieco się różnił, w zależności od tego czy były formułowane przez prorektorów, czy przez dyrektorów szpitali. Nasze propozycje zostały jednak złożone w formie spójnej, uzgodnionej pomiędzy stroną szpitalną i akademicką. A oto one w skrócie.

## Misja szpitala

Ustawa powinna definiować zadania szpitala klinicznego, a co ważniejsze – określać również źródła ich finansowania. Obecnie, w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej mówi się o udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz o powiązanych z udzielaniem tych świadczeń badaniach naukowych i kształceniu w zawodach medycznych. Proponujemy, aby te ustawowe obligacje rozszerzyć o obowiązek pełnienia usług wysokospecjalistycznych oraz pełnienie funkcji ośrodków referencyjnych w stosunku do innych ZOZ-ów. Szpital kliniczny powinien również ustawowo zostać obciążony misją rozwijania medycyny klinicznej. Działania w tym



Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Fot. Anna Worowska.



### Ćwiczenia w Klinice Rehabilitacji.



zakresie powinny być ukierunkowane na praktyczne wdrażanie nowych metod diagnostycznych i leczniczych, co zazwyczaj wymaga szkoleń, staży, wyjazdów etc.

Oficjalne sformułowanie misji jest niezbędne głównie po to, aby nowa ustawa mogła określić źródła finansowania tych prawnie zdefiniowanych zadań. Dzisiaj finansowanie dydaktyki przez uczelnie jest dalece niewystarczające, refundacja kosztów towarzyszących badaniom naukowym praktycznie nie istnieje, referencyjność jest tylko słowna, wydatki na szkolenie własnych lekarzy są w zaniku i mogą pochodzić tylko ze środków uzyskanych za świadczenia zdrowotne. Jednak w optyce Narodowego Funduszu Zdrowia, szpital kliniczny nie różni się od innych ZOZ-ów i otrzymuje finansowanie według tych samych zasad i stawek.

### Relacje szpital – uczelnia

Dzisiaj nie budzi już raczej wątpliwości to, że szpitale kliniczne powinny pozostać pod zarządem właścicielskim uczelni medycznych. Kontrola NIK po okresie ich „usamodzielnienia”, oddłużenia i przekazania pod zarząd ministerstwa wskazała nie tylko na fakt ich szybkiego ponownego zadłużenia, ale też na to, że ministerstwo nie wywiązało się ze swojej roli organu założycielskiego i nadzorującego. Nie wydało m.in. rozporządzeń porządkujących status prawny i majątkowy szpitali, nie

stworzyło warunków do amortyzacji i odtworzenia ich majątku.

Uregulowania dotyczące relacji szpital – uczelnia powinny kierować się zasadą maksymalnej niezależności ekonomicznej i finansowej oraz maksymalnego powiązania funkcjonalnego, nakierowanego na realizację wspomnianych elementów misji szpitala i uczelni.

### Dydaktyka

W zakresie dydaktyki należy prawnie zapewnić zawieranie równoprawnych umów dwustronnych, za stawki faktycznie pokrywające koszty zakontraktowanej usługi. Niezbędnym elementem takiej umowy powinien być enumeratywny wykaz kosztów, wchodzących do kalkulacji zryczałtowanej stawki (np. za m<sup>2</sup>, za studenta etc.). Uczelnia, w ramach przysługującego jej nadzoru, byłaby w stanie poznać wszystkie składniki kosztów i mieć wpływ na działania ograniczające ich wysokość.

### Majątek

W zakresie majątku należałoby dokonać uwłaszczenia szpitala, czyli wyposażenia go, jako osoby prawnej, w mienie, stanowiące podstawę jego działalności i realizacji zadań statutowych. Chodzi głównie o budynki i grunt pod budynkami. Majątek ten może zostać ujęty w aktywach i amortyzowany, co urealni wycenę

kosztów udzielanych świadczeń i pozwoli zabezpieczyć gwarancję wkładu własnego przy realizacji przedsięwzięć finansowanych ze źródeł zewnętrznych (np. środków unijnych).

### Sprzęt medyczny

Sprzęt i aparatura medyczna powinny być przekazywane szpitalowi przez uczelnię na podstawie umowy, jednakże nie jak to bywa dzisiaj, dopiero po upływie gwarancji urzędnika. Chodzi tutaj głównie o aparaturę, która tylko w części służy do udzielania świadczeń medycznych, a w części (nieraz znacznej) do dydaktyki i badań naukowych. Nieodłącznym elementem umowy dydaktycznej powinno być ustalenie udziału stron w kosztach eksploatacji i amortyzacji przekazywanych urządzeń, np. poprzez wpis na listę enumeratywną z określeniem procentowego udziału zadań uczelni i szpitala.

### Zespoły kliniczne

Zatrudnienie zespołów klinicznych na obecnych zasadach (lekarze akademicy i szpitalni) nie jest rozwiązaniem z gruntu złym, jeżeli się założy, że lekarze akademicy otrzymują gros swojego wynagrodzenia z uczelni, a i tak całość dnia pracy spędzają w klinice. Jednakże, system ten obecnie z różnych powodów przeżywa kryzys i jest

cd. na str. 10 ⇔

⇐ *cd. ze str. 9*

źródłem napięć i konfliktów w zespołach, podsycanych jeszcze przez różne interpretacje wymiaru czasu pracy. Przede wszystkim jednak, wydaje się, że niemożliwym będzie zrealizowanie, wspomnianej wyżej, ustawowo zdefiniowanej misji szpitala klinicznego, jeżeli do jej realizacji nie zostanie zaangażowany cały zespół, a nie tylko lekarze akademicy. Tak więc, wszyscy zatrudnieni lekarze (i inni pracownicy z wyższym wykształceniem, np. pielęgniarki) powinni odpowiadać wymogom stawianym dzisiaj pracownikom akademickim, czyli być zobowiązani, przygotowani i gotowi do wypełniania zadań objętych misją szpitala klinicznego, a także z wypełniania tych zadań rozliczani. Oczywiście, jedynie uczelnia byłaby w stanie podjąć się kontroli i merytorycznej oceny tych pracowników.

Należałoby rozważyć propozycję zlikwidowania rozdziału na pracowników szpitalnych i akademickich, co jednakże wymagałoby zmian w ustawie *Prawo o szkolnictwie wyższym*, tak aby każdy zatrudniony w klinice lekarz (czy pielęgniarka z cenzusem) miał prawo do nauczania zawodu w obrębie swojej dziedziny medycyny. Uczelnia mogłaby więc zamawiać w zespole kliniki tyle godzin dydaktycznych, ile by aktualnie potrzebowała, rozwiązując problem pensum dydaktycznego.

Przy okazji uregulowań nowej ustawy (które wymagają również zmian w innych ustawach), można by pomyśleć o wprowadzeniu rozwiązania na modłę amerykańską. Od pracownika naukowo-dydaktycznego oczekuje się, że określony, zadeklarowany odsetek czasu pracy sfinansuje on z grantów lub różnego rodzaju programów badawczych. O tę sumę pracodawca pomniejsza mu wynagrodzenie, oszczędzając oszczędności.

## Kadra kierownicza

Uregulowania co do trybu powoływania kadry kierowniczej są inaczej postrzegane przez władze uczelni, a nieco inaczej przez dyrektorów szpitali, którzy chcą mieć zapewnienie, że pozycja naukowa nie będzie wyłącznym kryterium przy obsadzaniu kierowników klinik. Obecnie, dyrektor szpitala może tylko opiniować kandy-



*Technika obrazowania to obecnie podstawowa metoda w diagnostyce i terapii.*

data przed powołaniem go przez rektora do pełnienia funkcji, przy czym ta opinia jest dla rektora (formalnie czy tylko praktycznie) niewiążąca. Dyrektorzy domagają się raczej „prawa weta”, a niektórzy nawet dla siebie prawa do obsadzania tych stanowisk. Nam wydaje się, że (szanując tradycję akademicką i ustawę o szkolnictwie wyższym, według których na wszystkie stanowiska w ramach wydziału powołuje suwerennie i w drodze konkursu rada wydziału, a rektor mianuje tak powołanego pracownika), należałoby prawnie nakazać/gwarantować przedłożenie radzie wydziału nie tylko opinii komisji konkursowej, ale również stanowiska dyrektora szpitala. W decyzji rady wydziału powinny zostać uwzględnione oba te elementy.

Ponadto dyrektorowi należy przyznać prawo zawieszenia kierownika kliniki w kompetencjach ordynatora, jeżeli niewłaściwie realizuje zadania finansowe i organizacyjne. Zawieszenie z założenia powinno mieć charakter czasowy, a zawieszonemu powinno przysługiwać odwołanie do rektora uczelni.

## Szpital – przedsiębiorstwo

Na końcu, chociaż to bardzo ważne – szpital jako przedsiębiorstwo. Uregulowania prawne stawiają szpital kliniczny w pozycji podmiotu prowadzącego „zwykłą” działalność gospodarczą, czyli taką, która nie jest określona jako „non profit”. Natomiast charakter prowadzonej działalności i misja szpitala klinicznego nie zakłada maksymalizacji zysku. Dobrym rozwiązaniem byłoby

zatem zrównanie szpitali klinicznych w prawach z innymi podmiotami gospodarczymi, w rozumieniu ustawy o swobodzie prowadzenia działalności gospodarczej. Chodzi tutaj głównie o to, aby niezwykle kosztowny sprzęt diagnostyczny można było wykorzystywać również po zrealizowaniu kontraktu z płatnikiem systemowym (NFZ). Można również rozpatrzyć wprowadzenie uregulowanej odpłatności za „koszty hotelowe”, być może refundowanej przez odpowiednie ubezpieczenie, czy także innych rodzajów działalności o charakterze rynkowym.

Nowa ustawa powinna ponadto zawierać uregulowania, sprzyjające silniejszej integracji szpitali klinicznych z lokalną społecznością i jej samorządem. Obecnie, szpital kliniczny bywa postrzegany jako „ciało obce” wśród placówek samorządowych lub nawet jako konkurencja do środków na usługi zdrowotne.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych, a więc chyba całą społeczność akademicką, do dyskusji i przedstawiania swoich przemyśleń oraz rozwiązań dla szpitali klinicznych. Przyszłość pokaże ile z tych propozycji rzeczywiście znajdzie się w nowej ustawie, po jej obróbce w rozmaitych gremiach administracyjnych, prawniczych i politycznych. Być może będzie to niewiele, ale i tak nie zwalnia to nas z obowiązku aktywnego uczestnictwa w przygotowaniu tak ważnego aktu prawnego. ■

*Autor jest prof. dr. hab.,  
prorektorem ds. klinicznych  
i kształcenia podyplomowego UMB.*

# Nigdy się nie poddawaj!

Zmarł profesor Zbigniew Religa. Pamiętamy go wszyscy. Z perspektywy kardiologicznej był przede wszystkim znakomitym lekarzem. Tak jak Lech Wałęsa jest jedynym rozpoznawalnym na świecie polskim politykiem, tak Profesor jest wciąż jedynym powszechnie znanym polskim lekarzem.

Każdemu Polakowi nazwisko – Religa – kojarzy się z przeszczepem serca. Pierwsza skuteczna operacja przeszczepu serca odbyła się 5 listopada 1985 roku. Polski ośrodek kardiologiczny dołączył wtedy do wąskiego grona światowych ośrodków transplantologicznych.

Profesor, po powrocie ze stażu w USA, wprowadził w Zabrzu amerykańskie standardy pracy. Aby w pełni wykorzystać umiejętności i chęci kardiologów, wprowadził operacje popołudniowe. W ten sposób podwoił liczbę zabiegów operacyjnych, wykonywanych w swojej klinice. Z czasem wszystkie polskie ośrodki wprowadziły ten system i liczba operacji gwałtownie wzrosła, przez co poprawiła się również ich jakość. Polska przestała się wlec w światowym ogonie kardiologicznym i dołączyła do normalności. I to jest chyba największa zasługa Profesora, za którą mogą być wdzięczni nie tylko kardiologowie, ale wszyscy Polacy.

Profesor wykonał jeszcze kilka rewolucyjnych posunięć organizacyjnych. Dał operować młodym! Przed jego „epoką” dostęp do stołu operacyjnego uzyskiwał dopiero doktor dojrzały, siwowłosy, w wieku przedemerytalnym, który, uzyskawszy upragnioną samodzielność, pilnie blokował dostęp do stołu młodszym kolegom. Religa zmienił to całkowicie. Dzięki

*Najbardziej narażeni  
na stres są: pilot Jumbo  
Jeta, kierowca Formuły I  
i na trzecim miejscu  
– kardiolog*

temu stworzył dynamicznie rozwijającą się placówkę. Czterech spośród jego współpracowników jest kierownikami klinik kardiologicznych. To rekord wszech czasów!

Te standardy zaczęły powoli przenikać całą polską kardiologię. Współczesny kardiolog to coraz częściej młody człowiek, którego w czasie (rzadkiego) wolnego weekendu można spotkać na boisku, na nartach czy na żaglach.

Profesor Religa zadbał o to, aby jego zespół, pracujący podwójną liczbę godzin, był za to godziwie wynagradzany. W klinice, którą kierował i w klinikach, którymi kierują jego uczniowie jest to standardem. W innych placówkach w Polsce bywa z tym różnie i dlatego, oprócz garstki zapaleńców, w wielu miejscach brakuje młodej kadry, która chciałaby się specjalizować w kardiologii.

Profesor miał ogromny „napęd”. Jego charyzma, błyskotliwość i umie-

jętność postępowania z ludźmi sprawiały, że przy nim łatwiej było pracować, odważniej można było wprowadzać nowe metody, widziało się mniej przeszkód „nie do pokonania”.

Nauczyłem się od Niego uporczywości w walce o życie chorego. „Never give up!” – czyli „Nigdy się nie poddawaj!” – tak brzmiała jego dewiza.

W czasach, kiedy śmiertelność w kardiologii sięgała 25 proc., gdy nie można było „zmusić” serca do podjęcia wydolnej akcji po operacji, wielu chirurgów decydowało się na odłączenie aparatury. Profesor nie poddawał się, walczył do końca i ciągle próbował coś poprawić. Dopiero wykrzepienie oksygenatora zmuszało go do kapitulacji. To właśnie ta postawa skierowała jego zainteresowania zawodowe na sztuczne serce i transplantacje.

Zył pod ogromnym napięciem. W kardiologii następstwem drobnego błędu jest zawsze zgon. Tu nic nie można później poprawić. Amerykanie, którzy liczą wszystko, wyliczyli, że najbardziej narażeni na stres są: pilot Jumbo Jeta, kierowca Formuły I i na trzecim miejscu – kardiolog.

Profesor w książce Osieckiego powiedział, że, podchodząc do stołu zawsze się bał. Ale potrafił to przezwyciężyć, a nawet, aby ratować chorego, wejść na tereny nieznane i nie-

*cd. na str. 12 ⇔*

*Wspólna fotografia zespołu po wykonaniu pierwszego zabiegu kardiologicznego, wykonanego w Białymstoku pod kierunkiem prof. Z. Religi. W części centralnej fotografii prof. Zbigniew Religa, dr Bronisław Czech i prof. Jan Górski – ówczesny rektor AMB.*



⇐ *cd. ze str. 11*

bezpieczne. Pozwalał swoim uczniom podejmować nowe wyzwania w kardiologii.

Wspierał jej rozwój w Polsce. Chciał, aby liczba operacji zaczęła dorównywać krajom rozwiniętym. W czasach gdy był konsultantem krajowym, przyczynił się do otwarcia kilku ośrodków, między innymi w Białymstoku. Zapewnił kadrę lekarską, szkolenie personelu pielęgniarskiego. Ośrodkiem kierował jeden z jego byłych współpracowników – doktor Bronisław Czech. Profesor czuwał nad białostocką kardiologią, a nawet wykonał w klinice pierwszą operację. Pacjent do dzisiaj cieszy się dobrym zdrowiem.

*Czterech spośród jego współpracowników jest kierownikami klinik kardiologicznych. To rekord wszech czasów!*

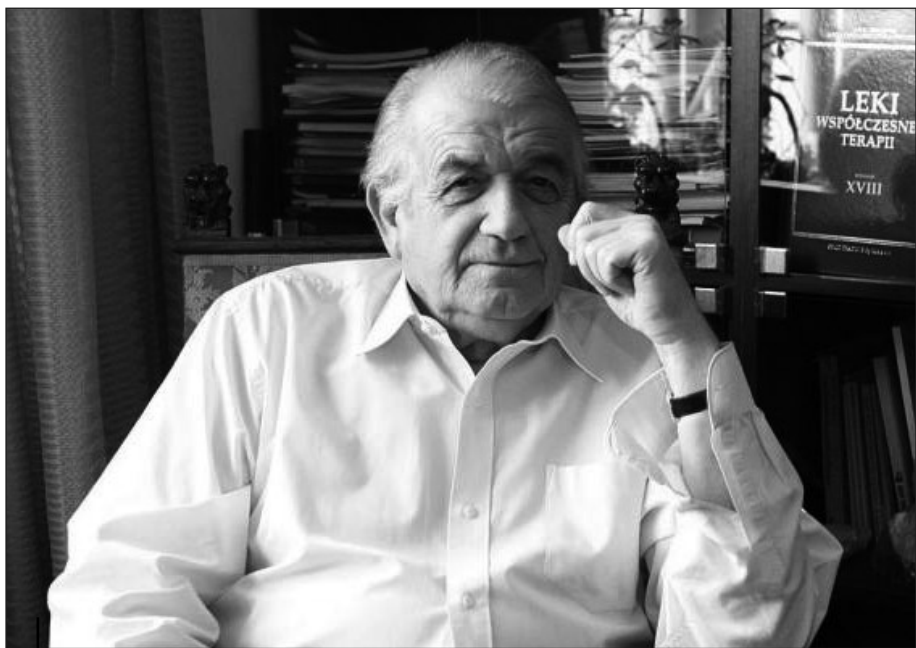
Nasza uczelnia w uznaniu zasług uhonorowała Profesora doktoratem honoris causa, a w Kiermusach posadzono dąb Religi. Szkoda, że jedyna wzmianka o Białymstoku w książce Jana Osieckiego pt. „Zbigniew Religa – człowiek z sercem w dłoni” dotyczy osoby Wojciecha S. i wymyślonej przez niego afery z rzekomymi zabójstwami pacjentów, która w efekcie spowodowała głęboką zapaść w transplantologii.

Profesor był skromnym, dobrym człowiekiem. Ludzi zjednywał sobie bezpośredniością i uprzejmością. Gdy spacerowaliśmy po Zakopanem, pozdrawiali go obcy ludzie, nawet gazdowie powożący sankami. Każdemu uprzejmie się odkładał i odpowiadał. A mi na pytanie, czy powinienem pojechać do Białegostoku, odpowiedział: *Jedź, tam powinna być kardiologia.*

My, lekarze, jesteśmy obeznani ze śmiercią. Rozumiemy przyczynę. Ale wielki jest żal, gdy żegna się giganta kardiologii. Za wcześniej, Panie Profesorze! ■

**Tomasz Hirnle**

*Dr hab., kierownik Kliniki Kardiologii UMB.*



Prof. Zbigniew Religa (1938 – 2009). Źródło: Internet.

## Dobry chirurg

Prawdziwą siłą chirurga (...) jest przekonanie, że podoła wszystkim spodziewanym i niespodziewanym problemom. Tylko taki lekarz będzie walczył do końca o życie chorego.

W czasie operacji zawsze można mieć wszystkiego dosyć, rzucić wszystko i stwierdzić: „Zrobiłem, co się dało! Nie wychodzi, no trudno. To ja już sobie idę!”. Jednak dobry chirurg tak łatwo się nie podda, on będzie walczył do końca.

## Największe osiągnięcie

Ludzie łączą moje nazwisko z pierwszą transplantacją serca w Polsce. Ale wiem, że gdybym ja nie spróbował, to może cztery, a może pięć lat później inni zrobiliby tę operację. Jestem natomiast przekonany, że nikt nie zająłby się tworzeniem polskiego sztucznego serca. Gdybym nie walczył o stworzenie tego urządzenia, dziś kilkaset osób już by nie żyło, bo nie byłoby sztucznych komór, które uratowały im życie i zdrowie.

## Wiara

W moim domu panowała nieprawdopodobna tolerancja dla innych osób i poglądów. Jestem bardzo zadowolony, że tak zostałem wychowany,

i starałem się w takim samym duchu wychować swoje dzieci. Jestem człowiekiem niewierzącym, ale też ateistą niewalczącym o ateizm. Wychodzę z założenia, że każdy ma prawo do swojego spojrzenia na istotę świata, do głowy więc by mi nie przyszło, by walczyć z kolegą, który jest na przykład katolikiem.

## Cud

Znam trzy przypadki, o których rzeczywiście muszę powiedzieć: cud. Z tym, że to cud w cudzysłowie. Pierwszy zdarzył się w Szpitalu Wolskim. Mój ówczesny szef operował bardzo młodego człowieka, który miał ogromny nowotwór w brzuchu. Z powodów technicznych nie można było wyrzucić całego guza z ciała. Zostało kilka wycinków. Pacjentowi dawaliśmy sześć, może osiem miesięcy życia. Proszę sobie wyobrazić, że ten człowiek żyje do dzisiaj. Nie ma żadnych nowotworów, co zostało potwierdzone histologicznie. Ten „cud” tłumaczę sobie tak, że po wyrzuceniu guza układ odpornościowy pacjenta się zmobilizował i zwalczył resztki nowotworu. Miałem też dwa razy sytuację, że po operacji kardiologicznej pacjent właściwie już umierał. I nagle ni stąd ni zowąd, jego stan zaczynał się poprawiać. Do dziś nie umiem znaleźć logicznego wytłumaczenia. Ale są po prostu

# „Nie ma mnie teraz na moich ukochanych Wyspach Zielonego Przylądka”

Zbigniew Religa

przypadki, których nie umiem wyjaśnić. W cuda jako takie nie wierzę.

(...) Dlatego też mam problem z całą otoczką mistyki wokół Jana Pawła II. Tak jak każdy Polak, jestem dumny z Papieża. Kiedy jednak słyszę o cudach, które miał czynić, zaczynam się źle czuć. Zwłaszcza gdy mówią, że uzdrawiał ludzi. W coś takiego jako lekarz nie mogę uwierzyć.

## Donosicielstwo

O tym, że ktoś na mnie donosił, dowiedziałem się w trakcie sprawdzania przez sąd mojego oświadczenia lustracyjnego przed wyborami prezydenckimi. Sędzia nawet pytał, czy chcę zobaczyć listę agentów, którzy byli w moim otoczeniu. Odmówiłem.

Taka wiedza nie ułatwia życia, wręcz przeciwnie, raczej je utrudnia. Po co się zatruwać myślą, że ktoś, kogo darzyłem sympatią i zaufaniem na mnie donosił? Sadzę, że bym przebaczył, ale wolałbym nie wiedzieć, że ktoś mi bliski coś takiego robił.

## Łapówka

Całe życie byłem przeciwnikiem takich sytuacji. To jest zachowanie nieładne, niemoralne, nieetyczne. Poza tym czy ja jestem kelnerem, żeby trzeba było mnie dodatkowo wynagradzać za pracę?

## Transplantacje

Najgorsza rzecz jaka spotkała polską transplantologię wyszła od lekarzy. Od tego drania skończonego, nie obawiam się użyć tych słów, od tego zwyrodnialca z Białegostoku.

Szlag mnie trafia jak przypominam sobie tę sprawę (chodzi o oskarżenie białostockich anesteziologów o uśmiercanie pacjentów thiopentalem, aby mieć narządy do przeszczepu – od red.)

## Animozje

(...) Dostałem z Zabrza telefon z prośbą, żebym przyjechał z Warszawy, bo szykują się do transplantacji serca. Już był zamówiony samolot, który miał polecieć po serce do Szczecina. Pół godziny później dostałem drugi telefon z Zabrza. Powiedzieli mi, że nie mogą lecieć, ponieważ naczelny lekarz kraju wstrzymał akcję Zabrza na korzyść Krakowa. Okazało się, że Garlicki zadzwonił do naczelnego lekarza kraju i oznajmił, że ma biskupa, któremu trzeba przeszczepić serce. (...) Kazałem kolegom lecieć do Szczecina i zagroziłem ze zwolnię ich z pracy, jeśli nie wrócą z sercem do przeszczepu.

Szlag mnie trafił, dlatego że on do nas nie zadzwonił. Wiedziałem, że biskup jest stabilny i nie ma potrzeby natychmiastowego przeszczepu. (...) Dwa tygodnie wcześniej miałem

na oddziale umierające dziecko. (...) Wiedzieliśmy, że Kraków w tym czasie przygotowuje się do przeszczepu u dziecka. Zadzwoniłem i zapytałem, czy ich pacjent jest stabilny, a jeśli tak, to czy nie mogliby nam przekazać tego serca, bo mi dzieciak umrze. I mimo że mogli spokojnie poczekać na kolejnego dawcę, nie oddali tego serca. A mój pacjent umarł kilka godzin po tej rozmowie.

## Błąd lekarski

Nie wierzę w żadne sądy lekarskie. Ludzie są tylko ludźmi. (...) Dlatego uważam, że sprawy dotyczące błędów lekarskich powinny być rozstrzygane w normalnym sądzie.

## Śmierć

I gdybym umarł, po prostu nie byłoby mnie tutaj, w tym miejscu. Poza tym nic nie zmieniłoby się na świecie. ■

Oprac. dś.

Wypowiedzi Profesora z książki Jana Osieckiego „Zbigniew Religa. Człowiek z sercem w dłoni”. Warszawa, 2009.



Prof. Zbigniew Religa  
Doctor Honoris Causa AMB,  
1998 r. Obok prof. Jan Górski,  
ówczesny rektor uczelni.



*W Zakładzie Klinicznej Biologii Molekularnej UMB. Od lewej profesorowie: Yukio Koide i Tetsumei Urano z Uniwersytetu w Hamamatsu oraz prof. Lech Chyczewski.*

## Goście z Japonii

**Z prof. Tetsumei Urano z Uniwersytetu w Hamamatsu w Japonii rozmawia Adam Hermanowicz.**

### **Jak ocenia pan współpracę pomiędzy naszymi uniwersytetami?**

Jak dotąd współpraca układa się bardzo dobrze. Polega ona głównie na wymianie, szczególnie młodych naukowców, rozpoczynających swoją karierę. Mają oni niepowtarzalną okazję zapoznać się z różnymi warsztatami pracy oraz stylem prowadzenia badań naukowych. Niesie ona ze sobą także dodatkowe korzyści, jak poznanie zupełnie odrębnej kultury naszych krajów.

### **Ilu młodych naukowców było już w Hamamatsu?**

Jak dotąd gościliśmy ośmiu młodych lekarzy z różnych specjalności. Każdy z nich spędził u nas półtora roku, pracując w naszym laboratorium. Część stypendystów wyjechała później do Stanów Zjednoczonych i tam kontynuowała rozpoczęte u nas badania.

### **Czym zajmuje się pański zakład?**

Skupiamy się głównie na badaniu układu hemostazy i fibrylizy. Prowadzimy przede wszystkim badania eksperymentalne. Pracujemy na specjalnie przygotowanych do tego celu myszach. W badaniach wykorzystujemy mikroskopię konfokalną. Badamy budowę ściany naczyń i zmiany, jakie w niej zachodzą podczas różnych procesów. Skupiamy się także na morfotycznych elementach krwi, biorących udział w procesie hemostazy i fibrylizy. Tym też głównie zajmowali się stypendyści z Polski.

### **Jaki według pana jest najważniejszy cel tej współpracy?**

Jest to stypendium częściowo ufundowane przez nasze władze. Dotyczy przede wszystkim wiedzy z zakresu fizjologii i neurofizjologii. Jego celem

jest wymiana poglądów naukowych, bo ona jest niezmiernie istotna w nauce. Dotychczasowi stypendyści z Polski bardzo nam pomogli w badaniach. Chcielibyśmy kontynuować dotychczasową współpracę, a nawet zainteresować nią studentów. Nasi studenci byli już w Polsce w ramach wymiany międzynarodowej. Ich pobyt trwał średnio trzy, cztery tygodnie.

### **Jak podoba się panom Polska, a w szczególności Białystok?**

W Polsce jest dużo zieleni i dużo wolnych przestrzeni. W Japonii każde wolne miejsce jest zabudowane i dlatego odczuwamy brak parków i ogrodów. Jestem w Polsce już trzeci raz i za każdym razem coraz bardziej mi się tu podoba. A budynek waszej uczelni jest po prostu piękny. ■

# Pogromca mitów

**K**ażdy z nas ma coś do powiedzenia na temat Japonii, czyż nie? Ot chociażby stereotyp Japończyka, który prawie nie wychodzi z pracy, bijąc rekordy wydajności. Albo że Japończycy zawsze są poważni i ze zmarszczonym czołem krzyczą na siebie, nawet podczas wyznawania miłości. O i jeszcze to, że chodzą po ulicach w kimonach z mieczami u boku, a do obiadu usługują im androidy. Tak naprawdę nasza wiedza o Japonii kształtowana jest przez filmy o samurajach i spoty telewizyjne, reklamujące nowoczesną azjatycką technologię.

Jakież było nasze zdziwienie, kiedy w końcu dotarliśmy do tego pięknego kraju i zastaliśmy tam miłych, ciepłych i przyjacielskich ludzi. Poproszony o napisanie kilku słów o moim osiemnastomiesięcznym pobycie w Japonii, postanowiłem rozprawić się z „mitologią” japońską.

Hamamatsu to największe miasto prefektury Shizuoka, znajdującej się na wyspie Honsiu. Miejsce jak każde inne na ziemi. Wyróżnia je znaczna kumulacja fabryk, produkujących instrumenty muzyczne. Wydział Medyczny Uniwersytetu Hamamatsu od dłuż-

*Szacunek Japończyków do pracy sprawił, że ilekroć sięgamy do japońskich prac oryginalnych, mamy pewność, że cytowane wyniki są rzetelne*

szego czasu współpracuje z naszym uniwersytetem. Kilkoro absolwentów naszej uczelni, dzięki tej właśnie wymianie, miało już przyjemność studiować w Japonii.

Przygoda mojej rodziny w kraju kwitnącej wiśni rozpoczęła się w październiku 2006 roku. Dzięki uprzejmym ludziom i miłej atmosferze w pracy, aklimatyzacja odbyła się niemalże natychmiast. Nowy szef, profesor Tetsumei Urano, okazał się wyrozumiałym, otwartym człowiekiem o znakomitym poczuciu humoru. Wielokrotnie zabierał mnie i moją rodzinę do ciekawych kulinarnie, małych restauracji. Jak każdy Japończyk, niezwykle

cierpliwie, z uśmiechem tłumaczył mi zawilosci nowej pracy.

Jeżeli spodziewacie się opisu lśniących czystością laboratoriów, to możecie się czuć zawiedzeni. Budynek uniwersytetu, skądinąd pięknie wkomponowany w górę Handa, został wybudowany dawno temu. Nosi znamiona kilku dekad eksploatacji i trzęsień ziemi. Próżno tam szukać robotów, przenoszących próbki pomiędzy poszczególnymi laboratoriami.

To zadanie dla ciężko pracujących Japończyków, którzy faktycznie spędzają w pracy większość życia. Nie można przecież opuścić pracy przed szefem. Ten szacunek do pracy sprawił, że ilekroć sięgamy do japońskich prac oryginalnych, mamy pewność, że cytowane wyniki są rzetelne. Przyznam jednak szczerze, że nader często widywałem laborantów, przysypiających nad klawiaturą komputera w pozycji na tzw. myślaciela. Czy mózg człowieka jest w stanie pracować wydajnie kilkanaście godzin dziennie?

Japończyk, który jako pierwszy odważy się wyjść z pracy, obligatoryjnie zwraca się do pozostałych wyuczona

*cd. na str. 16 ⇨*



*Sąsiedzkie spotkanie wieczorową porą. Autor – pierwszy z lewej.*

⇐ *cd. ze str. 15*

frazą: „otsukaresama deshita”, co w luźnym tłumaczeniu znaczy: „dziękuję za wspólną, ciężką pracę”. Zazwyczaj tym słowom, podobnie zresztą jak wielu innym zwrotom, towarzyszy głęboki ukłon. Tym głębszy, im większy szacunek żywi się do zapracowanego rozmówcy.

Japonia to bardzo bezpieczny kraj. Niech świadczy o tym kilka przytoczonych poniżej faktów. Japończycy są zamożni, ale ich domy są raczej małe. Nikogo nie dziwi lodówka lub pralka, stojąca bezpiecznie przed frontowym wejściem. Samochód na parkingu centrum handlowego z kluczykiem w stacyjce, pracującym silnikiem i włączoną klimatyzacją, nie należy również do rzadkości. Ryzyko otrzymania samurajskim mieczem rany ciętej jest porównywalne do prawdopodobieństwa spotkania na ulicy prawdziwej gejszy w tradycyjnym kimono, czyli wyjątkowo małe. Inna sprawa to trzęsienia ziemi. Naukowcy wieszczą prefekturze Shizuoka, w najbliższej przyszłości, niszczycielskie trzęsienie ziemi, porównywalne do tego z Tokio w 1923 roku lub z Kobe w roku 1995. Hamamatsu zatrzęsło się kilkakrotnie podczas mojego pobytu w tym mieście. Wstrząsy wywołały u mnie jedynie kilkudniowy zespół stresu pourazowego i głębokie przekonanie, że nie lubię sytuacji, nad którymi nie można zapanować.

O tak, nowoczesna technologia to jest coś, co Japończycy na pewno lubią i wykorzystują w życiu codziennym. Goniąca świat Polska oferuje jednak zbliżony sprzęt. No, może poza armaturą łazienkową, gdzie najbardziej rzuca się w oczy wyjątkowo skomplikowana misa sedesowa z podgrzewaną deską, natryskami do higieny intymnej i źródłem dźwięku, imitującym szum morza lub szemrzący strumyk. Jedyna różnica to dostępność i cena takich gadżetów. Z drugiej strony, przeciętny Japończyk nie posiada w domu centralnego ogrzewania i pralki automatycznej z możliwością podgrzania wody. Oj, jest w tym kraju mnóstwo „dziwactw”, do których trzeba się przyzwyczaić.

Ale gdy uda się już to wszystko poznać i zaakceptować, to życie poza Japonią staje się ekstremalnym wyzwaniem. Doznałem tego na własnej skórze. ■

**Mirosław Rybałtowski**  
*Lek., Klinika Onkologii UMB.*

# Nefrokardiologia

*V Jubileuszowe Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe  
w Białowieży 13 – 15.02.2009 r.*

**B** było to tradycyjne spotkanie kardiologów i nefrologów, organizowane corocznie przez Klinikę Nefrologii i Transplantologii UMB oraz Fundację Rozwoju Transplantacji i Dializoterapii „Nerka”. Brało w nim udział blisko 200 osób z całej Polski, w tym dwóch rektorów: prof. Andrzej Książek z Lublina i były rektor Uniwersytetu Warszawskiego, prof. Leszek Pączek. W konferencji uczestniczyło trzech specjalistów krajowych z zakresu: chorób wewnętrznych – dr hab. Jacek Imiela, kardiologii – prof. Grzegorz Opolski, nefrologii – prof. Bolesław Rutkowski.

Znaczący był udział kardiologów z Białegostoku: prof. Włodzimierz Musiała, doc. Bożeny Sobkowicz, doc. Hanny Bachórzewskiej-Gajewskiej, doc. Sławomira Dobrzyckiego oraz doc. Tomasza Hirnlego.

Odbyło się pięć sesji, poświęconych: rozkurczowej niewydolności serca, leczeniu nerkozastępczemu u chorych niestabilnych hemody-

namicznie, kardioprotekcji u chorych z przewlekłą chorobą nerek, nowym wytycznym postępowania w ostrym zespole wieńcowym, kardiologicznym problemom transplantacji nerki.

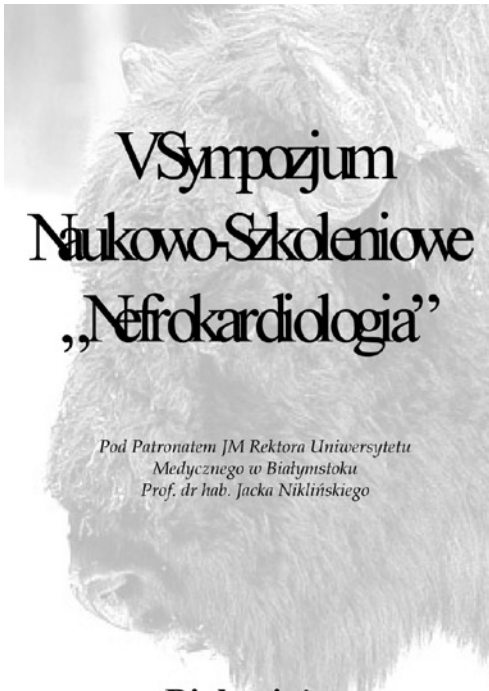
Wykłady wygłosili: prof. Grzegorz Opolski, prof. Robert Gil, prof. Bolesław Rutkowski, prof. Władysław Sułowicz, prof. Michał Nowicki, prof. Ryszard Gellert, prof. Jacek Manitus, prof. Jolanta Małyszko, prof. Magdalena Durlik, prof. Leszek Pączek, prof. Marian Klinger i doc. Jerzy Chudek.

Dyskusje prowadzili: prof. Andrzej Książek z Lublina, prof. Kazimierz Ciechanowski ze Szczecina oraz prof. Włodzimierz Musiał i prof. Michał Myśliwiec z Białegostoku.

Tradycyjnie, sympozjum zakończyły kulig i spotkanie towarzyskie. ■

**Michał Myśliwiec**

*Prof. dr hab., kierownik Kliniki Nefrologii  
i Transplantologii UMB.*



**V Sympozjum  
Naukowo-Szkoleniowe  
„Nefrokardiologia”**

*Pod Patronatem JM Rektora Uniwersytetu  
Medycznego w Białymstoku  
Prof. dr hab. Jacka Niklińskiego*

**Białowieża  
13-15 luty 2009**



# Dietetyka

– 20.02.2009 r.

## Dlaczego **Dietetyka**?

Ponieważ:

- ▶ Jest to kierunek z perspektywą;
- ▶ Można znaleźć ciekawą pracę w kraju i za granicą;
- ▶ Moda na zdrowe odżywianie i zdrowy styl życia nigdy nie minie;
- ▶ Rośnie liczba chorób, w których prawidłowa dieta jest kluczowym, a nie rzadko jedynym sposobem leczenia;
- ▶ Chemizacja środowiska wymaga szczególnej dbałości o dietę.

**P**ierwsze spotkanie z Wydziałem Nauk o Zdrowiu rozpoczęła dr hab. n. med. Danuta Pawłowska wykładem na temat sposobu żywienia i jego wpływu na zdrowie człowieka. Omówiła choroby, wynikające zarówno z niedoboru, jak i z nadmiaru pożywienia oraz zaburzenia, w których właściwa dieta jest najważniejszym elementem terapii. Wiele przydatnych informacji udzielili absolwenci kierunku – Dietetyka. Okazało się, że osoby z takim wykształceniem są poszukiwane na rynku pracy.

Największą jednak uwagę przykuł pokaz nowoczesnych metod sporządzania potraw, w tym: gotowania bez dodatku wody, gotowania ciśnieniowego czy smażenia bez tłuszczu. Spotkanie zakończyła degustacja. ■

**Remigiusz Filarski**

*Mgr, Zakład Dietetyki UMB.*



*Było i smacznie, i wesoło.*

# Pielęgniarstwo

– 27.02.2009 r.



*Teraz już nie ma zmituj. Naukę na pielęgniarstwie czas zacząć.*

**W** ramach promocji kierunku – Pielęgniarstwo, licealiści zapoznali się z historią i metodami dydaktycznymi, wykorzystywanymi w nauczaniu pielęgniarstwa klinicznego, możliwościami doskonalenia zawodowego i zatrudnienia.

Największym zainteresowaniem cieszyły się fantomy do wykonywania iniekcji dożylnych i domięśniowych, fantom dziecka i osoby dorosłej, na których można było wykonać wiele ćwiczeń medycznych. Uwagę uczniów przykuł tzw. symulator starości – kilkuczęściowy strój usztywniający stawy, utrudniający chód, ograniczający pole widzenia, czyli dodający lat.

W trakcie spotkania przeprowadzono quiz na temat zalet i perspektyw zawodu oraz wyświetlono film o pielęgniarstwie, ale widzianych oczyma dziecka.

Licealiści aktywnie uczestniczyli w spotkaniu, chętnie przebierali się w strój pielęgniarki operacyjnej, interesowali się warunkami rekrutacji oraz możliwościami pracy w zawodzie w kraju i za granicą.

Informacji na temat kierunku udzielały: dr Matylda Sierakowska – koordynator ds. promocji kierunku pielęgniarstwo, dr Krystyna Kowalczyk i mgr Agnieszka Bielemiuk z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego oraz mgr Katarzyna Snarska z Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego, mgr Renata Sierżantowicz z Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego, mgr Wiesława Mojsa i Anna Owłasiuk z Zakładu Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego i mgr Beata Olejnik z Zakładu Pielęgniarstwa Pediatricznego.

W promocji kierunku organizatorom pomagali studenci I roku studiów dziennych magisterskich uzupełniających. ■

**Matylda Sierakowska**

*Dr n. med., Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego UMB.*

# Fizjoterapia

– 06.03.2009 r.



*Nudno nie było. Fot. Maciej Wysocki.*

**S**potkanie uczniów białostockich szkół ponadgimnazjalnych z kadrą naukową i studentami kierunku – Fizjoterapia rozpoczęła krótka rozgrzewka, poprowadzona przez starostę III roku – Katarzynę Nowak.

Po relaksującym początku wyświetlono film, prezentujący ideę zawodu fizjoterapeuty. Uwagę uczestników przykuła sekwencja, ukazująca skurcz mięśni poddanych fizykalnym zabiegom – elektrostymulacji i prądom TENS. Równie dużym zainteresowaniem cieszyło się wystąpienie studentek III roku – Natalii Grześ i Marii Jarmołowicz, opisujące proces rehabilitacji po powszechnie spotykanym urazie – zerwaniu ACL (więzadło krzyżowe przednie).

Po części teoretycznej przyszedł czas na praktykę – studenci I, II i III roku zaprezentowali nabyte już umiejętności. Aula Magna została przemianowana na cztery minigabinety, w których licealiści mogli przyjrzeć się zabiegom: fizykoterapii, masażu, terapii manualnej oraz ćwiczeniom z wykorzystaniem materacy, piłek oraz taśm elastycznych. Nic dziwnego, że ten punkt programu cieszył się największym zainteresowaniem.

To spotkanie było okazją do uświadomienia sobie czym tak naprawdę jest fizjoterapia. Pozwoliło uzyskać odpowiedzi na pytania, dotyczące studiowania na tym kierunku i perspektyw zawodowych.

Organizatorzy serdecznie dziękują dr hab. med. Annie Kuryliszyn-Moskal i dr. hab. med. Wojciechowi Kułakowi za pomoc. ■

**Emilia Rozwadowska**

*Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB.*

**Robert Terlikowski**

*Klinika Rehabilitacji UMB.*

# Czytelnia po nowemu

**W** połowie stycznia zakończono remont i dokonano nowej aranżacji czytelni czasopism. Autorem projektu jest Tomasz Czajkowski. W „nowej” czytelni zwiększono liczbę miejsc do pracy, ustawiono duże stoły, wygospodarowano miejsca na stanowiska komputerowe. Dodatkowo zakupiono laptopy, z których można korzystać w obu czytelniach. Urodę zabytkowych pomieszczeń podkreślają kryształowe żyrandole, kinkiety, lampy, lustra i stare stylowe meble.

Mam nadzieję, że dokonane zmiany zostaną zaakceptowane przez naszych użytkowników.

Do czytelni zapraszamy nie tylko po to, aby oddać się lekturze czasopism i książek. W ramach cyklu „Poniedziałkowe spotkania w Bibliotece” odbywają się wykłady, popularyzujące najnowsze osiągnięcia naukowe w medycynie oraz promujące zdrowy tryb życia i ciekawe pasje. Projekt „Sztuka w Bibliotece” ma na celu prezentowanie dorobku artystów z naszego regionu.

Osoby, które chcą być powiadamiane o planowanych imprezach w ramach obu projektów mogą to zgłosić pod adresem [testbib@umwb.edu.pl](mailto:testbib@umwb.edu.pl). ■

**Danuta Dąbrowska-Charytoniuk**

*Dyrektor Biblioteki Głównej UMB.*



*Czytelnia czasopism.*



Źródło: Internet.

# „Stop Malarii”

**K**oło Naukowe Tropik powstało w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego, w grudniu 2008 roku. Liczy obecnie 15 członków, reprezentujących różne kierunki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Powołanie koła miało na celu pogłębienie wiedzy studentów z zakresu medycyny tropikalnej oraz realizowanie wspólnych pasji.

W tym roku członkowie koła postanowili przyłączyć się do akcji „Stop Malarii”.

„Stop Malaria Now” jest porozumieniem dziewięciu organizacji pozarządowych z Europy i Afryki. Jej celem jest zwiększenie świadomości społeczeństw na temat malarii, a także zmobilizowanie rządów krajów do silniejszego, finansowego i strategicznego zaangażowania w osiągnięcie milenijnych celów rozwojowych, związanych z malarią.

Malaria jest, obok AIDS i gruźlicy, trzecią najgroźniejszą chorobą zakaźną na świecie. Każdego dnia zabija 3000 dzieci, co daje liczbę jednego miliona rocznie. Ocenia się, że 40 – 45% ludności kuli ziemskiej żyje na terenach zagrożonych malarią. Choroba występuje w ponad 100 krajach. Rocznie odnotowuje się od 350 do 500 milionów przypadków zacho-

rowań. Większość z nich notowana jest w rejonach Afryki, na południe od Sahary. Ponad 90% przypadków dotyczy dzieci i kobiet w ciąży, żyjących w Afryce! Na zachorowanie najbardziej narażone są dzieci do 5. roku życia.

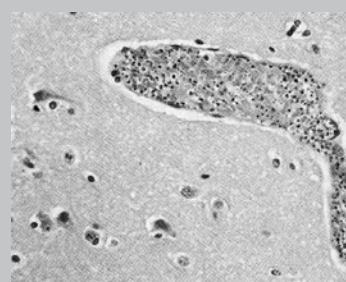
W Polsce rejestruje się rocznie do 50 przypadków malarii importowanej, w tym nierzadko są to ciężkie postaci kliniczne, wywołane przez *Plasmodium falciparum*. Podkreślić należy, że wielu chorych Polaków jest leczonych poza granicami kraju.

Rozprzestrzenianie się malarii jest rezultatem czynników, takich jak: zmiany klimatyczne, zwiększona mobilność ludzi, intensyfikacja transportu międzynarodowego, ubóstwo. Chorobie można zapobiec poprzez profilaktykę zdrowotną, poprawę warunków życia, wczesne leczenie oraz dostęp do moskitier.

Szacuje się, że ponad milion Polaków wyjeżdża rocznie w rejony występowania malarii, a ich wiedza na temat ryzyka zakażenia jest zazwyczaj znikoma. Polscy turyści nie zdają sobie sprawy z tego, jak ważne jest stosowanie profilaktyki przy podróżach na tereny endemicznego występowania malarii, gdzie ukąszenie komara może oznaczać wyrok śmierci.

## Objawy malarii (zimnicy)

Dreszcze oraz nagły wzrost temperatury do 40 lub więcej stopni. Niekiedy poprzedzają je bóle głowy, mięśni, nudności i ogólne złe samopoczucie. Po kilku godzinach wśród obfitych potów gorączka opada. W klasycznym zakażeniu *P. vivax* lub *ovale* gorączka powtarza się co 48 godz., a w infekcji *P. malariae* co 72 godz. W najgroźniejszej postaci wywołanej *P. falciparum* napady podwyższonej temperatury powtarzają się codziennie. Rozpoznanie malarii potwierdza badanie tzw. grubej kropli krwi.



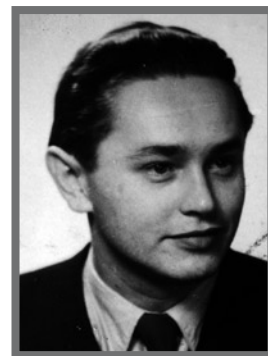
Od 2008 roku 25 kwietnia zaczęto obchodzić jako Światowy Dzień Malarii. Mamy nadzieję, że nasz tegoroczny, skromny udział w Światowym Dniu Malarii wpłynie na zwiększenie świadomości o tej chorobie. ■

**Katarzyna Van Damme  
-Ostapowicz**

Dr n. med., opiekun Koła Naukowego Tropik,  
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego UMB.

# Mieczysław Omulecki

(07.09.1921 r. – 18.09.1964 r.)



**D**oktora medycyny Mieczysława Omuleckiego znałem bardzo dobrze. Nasze rodziny się przyjaźniły. W połowie lat pięćdziesiątych XX w. mieszkaliśmy – rzecz dziś nie do uwierzenia – w pokojach gościnnych akademii, na drugim piętrze, w głównym korpusie pałacu Branickich. Nasze okna wychodziły na pałacowy ogród.

Pierwszym adiunktem w nowo powstałej Klinice Otolaryngologii, która mieściła się przy ul. Wojskowej, tam gdzie dziś mieści się Oddział Otolaryngologii Szpitala im. J. Śniadeckiego, był dr Mieczysław Omulecki.

Był on człowiekiem o ujmującej powierzchowności, chętnym do pomocy, solidnym i dokładnym w pracy. Historie chorób pisał starannym, czytelnym pismem i nigdy nie brakowało w nich informacji zasadniczych. Wiem o tym ponieważ, gdy po wielu już latach pracowałem nad nerwem twarzowym, często z nich korzystałem.

Był optymistą. Nie było dla niego rzeczy niemożliwych. Uśmiechnięty, łatwo zjednywał sobie ludzi i ich życzliwość, a atmosfera w klinice pozbawiona była napięć. Niezwykłym szacunkiem darzył profesora Wiktora Hassmanna. Ta wzajemna przyjaźń i sympatia były czymś niezwykłym.

Dr Omulecki urodził się 7 września 1921 r. w Łucku na Wołyniu, w rodzinie o tradycjach patriotycznych. Gdy wybuchła wojna miał 18 lat.

W mrocznych latach okupacji ukrywał się pod skrzydłami Armii Krajowej. Po wyzwoleniu Łucka przez armię

Kościuszkowską w 1944 roku, został zmobilizowany.

Po demobilizacji wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Łódzkiego, który ukończył w roku 1950. Podczas studiów pracował w Łodzi w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka, pod kierunkiem bardzo wymagającego profesora, Tadeusza Wasilewskiego. Dzięki swojemu szefowi opanował do perfekcji trudną sztukę preparowania. Po pracy w zakładzie, był na wolontariacie w Klinice Otolaryngologicznej.

Po uzyskaniu dyplomu lekarza 11.12.1951 r. – przeniósł się z żoną Danutą do Białegostoku. Tu objął stanowisko asystenta w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka, a jego żonę zatrudniono w Klinice Okulistycznej. W powstającym zakładzie stworzył muzeum anatomiczne, liczące 170 preparatów. Wspaniałe, miękkie preparaty mózgowia i kilkadziesiąt preparatów kostnych można było oglądać w szklanych gablotach, ustawionych w salach i korytarzach.

Jego zapał do pracy udzielał się wszystkim. Można to było zaobserwować przed pierwszym zjazdem anatomicznych, który był jednocześnie pierwszym

zjazdem organizowanym przez akademię. Doktor pracował całymi dniami, nocując nieraz na stole w zakładzie. W tych przygotowaniach pomagali mu studenci. Niektórzy z nich zostali później asystentami zakładu.

Gdy tylko powstała Klinika Otolaryngologiczna przeniósł się do niej. Poświęcił się topografii, diagnostyce i leczeniu porażenia nerwu twarzowego. Przebiegowi nerwu twarzowego w kości skroniowej poświęcona była jego praca doktorska, którą obronił w 1961 roku. Doświadczenie anatomiczne, wyniesione z Łodzi, pomogło mu przy precyzyjnych operacjach mikrochirurgicznych ucha i podstawy czaszki. Świetnie orientował się w topografii ucha i nerwu twarzowego, którego boją się początkujący otiatrzy, zdając sobie sprawę z niebezpieczeństwa ich uszkodzenia. Był doskonałym operatorem, świetnie przygotowanym do każdego zabiegu. Nigdy nie zapomnę, jak podniekscytowany opowiadał mi o wykonaniu pierwszej operacji ropnia mózgu u młodego mężczyzny, zakończonej pełnym wyleczeniem.

Opublikował wiele prac anatomicznych, które nie mają sobie rów-

*Korytarz Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka. Preparaty były wykonane przez asystentów, pod kierownictwem dr. M. Omuleckiego. Rysunki do preparatów wykonał Stanisław Wakuliński. Rok 1953.*



nych. Często mówi się, że komuś łatwo przychodzi pisanie prac naukowych. Mogło się wydawać, że Mietkowi przychodziło to łatwo, ale nikt nie zdawał sobie sprawy, jakim to było okupione wysiłkiem i jakiej wymagało wiedzy.

Do zainteresowań medycznych dr. Omuleckiego należała również krtań dziecięca i jej wzrost w miarę dorastania dziecka. Wykonywał on dziesiątki preparatów dziecięcych krtani, w różnych wymiarach i przekrojach. Określał i obliczał rozmaite wskaźniki, zmieniające się w miarę lat odległości poszczególnych struktur i ich wzajemną zależność. Każdy preparat był spakowany w oddzielną kopertę, na której widniała metryczka. Tak przygotowany materiał miał mu służyć do pracy habilitacyjnej.

Niestety, poważna choroba nie pozwoliła mu jej ukończyć. Pogarszający się stan zdrowia dr. Omuleckiego był wielkim żmierzaniem jego kolegów i przyjaciół. Gdy pewnego dnia jechaliśmy z profesorem Hassmannem do Mietka, który leżał w klinice, profesor pełen troski powiedział mi:

„Kolego, tak bardzo bym chciał, aby kolega Omulecki jak najprędzej zakończył swoją habilitację”.

Początkowo długie remisje stawały się coraz krótsze, a nawroty choroby, z których z początku szybko wychodził, były dłuższe. W dalszym ciągu przychodził do kliniki, ale już nie operował. W sekretariacie załatwiał bieżące sprawy administracyjne, po czym zakładał fartuch i godzinami pracował w laboratorium.

Kolejny nawrót choroby Mietka we wrześniu 1964 roku, był ostatnim. 18 września pożegnał nas. Po jego śmierci wszystko w klinice się zmieniło. Profesor był przygnębiony. Znikła atmosfera pogody i uśmiechu. Mimo upływu lat nigdy nie przyzwyczaiłem się do jego nieobecności. Klinika była już inna. ■

**Jan Pietruski**

*Dr hab., emerytowany docent  
Kliniki Otolaryngologii UMB.*



Wystawa „Bodies...The Exhibition” w Blue City w Warszawie. Źródło: Internet.

## Zwłoki na pokaz

S preparowane ciała ludzkie, embryony w różnych fazach życia płodowego oraz ludzkie organy w gablotach – to nie scena z jakiegoś horroru, w którym szalony naukowiec chce wytepić ludzkość, by zapanować nad światem. To nie jest fikcja literacka i nie przełomowego w światowej kinematografii. To wystawa „Bodies...The Exhibition”, która każe postawić sobie pytanie: czy ludzkie zwłoki, wystawione do oglądu publicznego, pełnią funkcję edukacyjną?

Została otwarta w warszawskim centrum handlowym Blue City i nie jest ona pierwszą tego typu wystawą. Całe zwłoki ludzi, zwierząt i ich fragmenty uczynił modelami Gunther von Hagens, niemiecki lekarz, patomorfolog i anatom, wynalazca plastynacji. Chciał nawet otworzyć w Polsce instytut plastynacji zwłok, ale na skutek protestów, motywowanych względami religijnymi, projekt został odrzucony przez polskie władze. Hagens jest pomysłodawcą i twórcą, wystawianej od 1995 roku, ekspozycji „Body Worlds” („Cieleśne światy”), którą do jesieni 2008 r. obejrzało ponad 26 milionów osób.

Wygląda na to, że za przykładem Hagensa chce podążać dr Roy Glover, emerytowany profesor anatomii

i biologii komórkowej uniwersytetu w Michigan, autor wystawy „Bodies...The Exhibition”.

Zapewnia, że jest ona ekspozycją edukacyjną, dzięki której ludzie lepiej poznają anatomię ludzkiego ciała, zaczną lepiej dbać o swoje zdrowie i nauczą się odpowiedzialności za własne ciało. Pokazanie zdrowego płuca obok płuca czarnego, zniszczonego nikotyną ma, w intencji autorów wystawy, lepiej przemówić do ludzkiej wyobraźni niż książkowe ilustracje. Ekspozycje opatrzone zostały informacjami popularnonaukowymi, aby oglądający wystawę mogli dowiedzieć się, że np. *w każdym centymetrze kwadratowym ciała znajduje się ponad 93 mięśni. (...) Układ nerwowy reguluje wszystkie funkcje życiowe organizmu szybciej niż najmocniejszy komputer świata. (...) Każda kropla krwi raz na minutę przepływa przez serce (...).*

Pytanie tylko, czy wystawianie ludzkich zwłok na widok publiczny to dopuszczalna forma edukacji? Czy organizatorzy wystawy, czyniąc ekspozycjami spreparowane ciała ludzkie, nie naruszyli godności osób zmarłych i nie dokonali ich reifikacji? ■

**Dorota Burel**

*cd. na str. 22 ⇨*



Prof. dr hab.  
**Janusz Dzieciol**,  
kierownik Zakładu Anatomii  
Prawidłowej Człowieka UMB.

*Wystawianie ciał ludzkich na pokaz w centrum handlowym nie ma nic wspólnego z edukowaniem społeczeństwa. Obejrzenie wystawy to za mało, by ktoś kto nie ma z medycyną nic wspólnego, mógł zdobyć wiedzę w ten sposób. Gdyby organizatorzy tej wystawy rzeczywiście mieli na celu podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat budowy człowieka – to zorganizowaliby ją w innym miejscu i nieodpłatnie.*

*Na wystawie dr. Glovera mamy do czynienia z przedmiotowym, a nie podmiotowym traktowaniem ciała ludzkiego. Trudno mówić o jakimkolwiek szacunku dla osób zmarłych, jeśli ich zwłoki wystawia się na pokaz w miejscu, gdzie ktoś wychodzi zadowolony, roześmiany z kina po obejrzeniu komedii, a zaraz*

*obok ma kontakt z majestatem śmierci. Naszych studentów uczulamy na to, aby zawsze z szacunkiem podchodzili do zwłok ludzkich. Na wystawie „Bodies... The Exhibition” aspekt humanitarny wyraźnie nie wchodzi w rachubę.*

*Nie jestem politykiem, nie interesują mnie sprawy polityczne, ale moje zastrzeżenia budzi też pochodzenie tych zwłok. Oficjalne źródła podają, że są to zwłoki osób, które zmarły naturalnie. Trudno mi uwierzyć w to, że osoby w tak młodym wieku zmarły nagle z niewiadomych powodów i mało tego – przed śmiercią zdążyły wyrazić zgodę na prezentowanie ich ciał w takiej formie. Znając całokształt polityki Chin, można przypuszczać, że pochodzenie tych zwłok nie musi być zgodne z tym, jakie podają oficjalne źródła.*



Prof. dr hab.  
**Elżbieta Hassman-Poznańska**,  
kierownik Kliniki Otolaryngologii  
Dziecięcej UMB.

*Wykonywanie preparatów anatomicznych miałoby sens, jeśli robiono by to w celach dydaktycznych i wystawiano je w odpowiednich miejscach. Gdyby tego rodzaju wystawę zorganizowano w Zakładzie Anatomii lub na uczelni medycznej to jej odbiór byłby inny i obejrzałaby ją ta część społeczeństwa, która chce i powinna edukować się w tym zakresie.*

*Wystawianie zwłok ludzkich na pokaz w centrum handlowym nie służy celom poznawczym. Organizatorom chodziło o wywołanie skandalu, który przyciągnie publiczność. To komercyjny kontekst całej sprawy.*

*Niepokojące jest to, że wywołuje ona ogólnospołeczne zainteresowanie tymi zagadnieniami, w tym również prokuratury. Prawne rozwiązania zwykle idą*

*w kierunku jak najbardziej restrykcyjnym. Obawiam się, że może to prowadzić do wprowadzenia pewnych zakazów, które odbiją się na naszym procesie nauczania, czyli na ograniczaniu lekarzy i osób, które, z racji zawodu, mają kontakt z ciałem człowieka. W naszym przypadku oglądanie zwłok służy celom dydaktycznym.*

*Ludzie odwiedzający wystawę nie kierują się chęcią zdobycia wiedzy, a jedynie zwykłą ciekawością. Oni przychodzą po sensację, a ta sensacja nie powinna się wiązać ze zwłokami ludzkimi. Jest to niesmaczne.*

*W XV wieku za nadużycie uważano rysowanie zwłok przez Leonarda da Vinci. Dziś wiemy, że było to sztuką, której próżno doszukiwać się na wystawie dr. Glovera.*



Prof. dr hab.  
**Lech Zimnoch**,  
kierownik Zakładu Patomorfologii  
Lekarskiej UMB.

*Trudno nie zgodzić się z tym, że wystawa ma wartości poznawcze. Ekspozycjami uczyniono zwłoki odpowiednio spreparowane, więc wiernie oddające szczegóły ludzkiego ciała. Te dydaktyczne aspekty klócą się jednak z teatralnością i jarmarcznym przedstawieniem.*

*Wybór centrum handlowego jako miejsca wystawy i rozbudzanie sensacji wokół niej, sprzyjają organizatorom: napędzają ludzi, a z tym wiąże się napływ gotówki. Cel komercyjny ewidentnie góruje nad celami dydaktycznymi.*

*Mam styczność ze zwłokami ludzkimi, które są poddawane badaniom naukowym i jestem przyzwyczajony do tego,*

*że ciało ludzkie traktuje się z powagą, a wszelkie działania związane z ciałem przeprowadzane są w skupieniu, spokoju, wręcz swoistym nabożeństwie. Tymczasem, w centrum handlowym ludzie mogą zrobić sobie zdjęcie ze zwłokami. Zapominają o należytej powadze i godności osób zmarłych.*

*W związku z tym uważam, że ekspozycja takich preparatów byłaby dopuszczalna, ale w innych warunkach i dla wyselekcjonowanej publiczności – takiej, która naprawdę chciałaby się czegoś nauczyć, a nie tylko poszukiwać sensacji i być uczestnikiem nagłośnionej sprawy.*

db.

## ANDRZEJ WINCEWICZ

Ludwik Zamenhof (1859 – 1917) jest najbardziej znanym białostoczaninem na świecie. Sławę zyskał jako twórca międzynarodowego języka – esperanto.

Różnojęzyczny gwar na białostockim rynku i wieża ratusza nasunęły Ludwikowi skojarzenie z biblijną historią o wieży Babel. Tworząc podstawy łatwego języka, zrozumiałego dla wszystkich ludzi na świecie, chciał odwrócić to, co pomieszał Bóg. Esperanto znaczy bowiem „mający nadzieję”, nadzieję na integrację społeczeństwa i pokojowe porozumienie między zwaśnionymi stronami.

W tym roku obchodzimy 150-lecie urodzin Ludwika Zamenhofa.

Pamiętając o tym, że Ludwik Zamenhof był przede wszystkim lekarzem okulistą, będziemy na łamach naszego pisma przedstawiać sylwetki lekarzy i farmaceutów z rodziny Zamenhofów. Okazuje się, że było ich wielu, a większość z nich aktywnie działała na rzecz porozumienia między narodami.

Adam Zamenhof – syn Ludwika, był autorytetem w dziedzinie okulistyki w przedwojennej Polsce i bardzo aktywnym esperantystą. W pracy i działalności społecznej wspomagała go żona, dr med. Wanda Frenkiel-Zamenhof. Bracia twórcy esperanto – chirurg urolog Aleksander i laryngolog Leon – również należeli do ruchu tego sztucznego języka. Podobnie córka – Ludwika Zofia, która praktykowała jako lekarz pediatra oraz jego bratanek – Mieczysław Zamenhof, który specjalizował się w chorobach zakaźnych i wewnętrznych.

Dalszy krewny, Julian Zamenhof, był chirurgiem ortopedą. Urodzony w Warszawie w 1906 roku, Stefan Zamenhof został profesorem biochemii klinicznej w jednej ze szkół medycznych w Kalifornii. Z kolei Feliks i Romana Zamenhofowie byli farmaceutami. Będąc zaangażowanym w niesienie profesjonalnej pomocy chorym i propagowanie języka esperanto, ród Zamenhofów doskonalił się w dziedzinie komunikacji międzyludzkiej, szczególnie ważnej w relacji lekarz – pacjent.

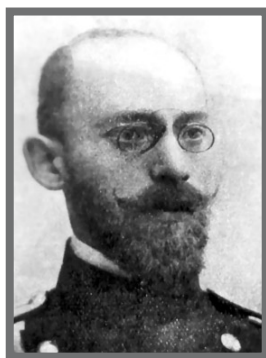
## Aleksander Zamenhof

Aleksander Zamenhof był młodszym bratem Ludwika Zamenhofa – okulisty, twórcy międzynarodowego języka esperanto, urodzonego w Białymstoku.

Urodził się w 1881 roku w Warszawie, w mieście w którym od 1873 mieszkała rodzina Zamenhofów. Jego ojciec Marek był nauczycielem języków oraz należał do postępowego ruchu żydowskiego Haskala. Ruch ten opowiadał się za otwartością i asymilacją wspólnoty wyznania mojżeszowego z lokalnym społeczeństwem nieżydowskim. Ojciec Aleksandra był lojalnym obywatelem imperium rosyjskiego i sumiennie pełnił funkcję cenzora. Uważał, że należy pracować dla państwa, w którym powinien panować ład i porządek. Jako przedstawiciel mniejszości narażonej na prześladowania, upatrywał rękami bezpieczeństwa w instytucji caratu, czego dał wyraz przy okazji otwarcia nowej bożnicy w Białymstoku.

Aktywny udział w życiu społecznym odróżniał wprawdzie rodzinę Zamenhofów od ortodoksyjnych Żydów, ale to nie znaczy, że jednych i drugich nie łączyły poczucie tożsamości i szacunek do wspólnego pochodzenia.

Aleksander Zamenhof, podobnie jak ojciec, był osobą niezwykle obo-



*Aleksander Zamenhof*

wiązkową. Po ukończeniu w roku 1902 studiów medycznych w Warszawie, został chirurgiem. Wkrótce zainteresował się urologią, która stała się pasją jego życia. Podczas wojny rosyjsko-japońskiej w latach 1904 – 1905, w której służył jako oficer w carskiej armii, zdobył bogate doświadczenie zawodowe. Poczytnie również cenne obserwacje na temat szkorbutu i innych niedoborów witaminowych w rejonie Azji, których patogenезę prawidłowo wytłumaczył potem Kazimierz Funk.

Po powrocie, Aleksander Zamenhof włączył się w rozwijanie języka i ruchu esperanto. Nade wszystko poświęcił się jednak medycynie, wyjeżdżał na szereg zagranicznych staży, doskona-

lanych w dziedzinie urologii. Pracował w znakomitym Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie.

Jego sława lekarska jako świetnego operatora zataczała szerokie kręgi. Był szanowanym ekspertem i konsultantem w dziedzinie chirurgii urologicznej. Mianowano go nadwornym lekarzem Ramy IV, króla Syjamu (obecnie Tajlandia). Władca ten wniósł ogromne zasługi dla rozwoju szpitalnictwa w swoim kraju, fundując dwa ogromne szpitale: Chulalongkorn i Vajira. Wśród personelu tych placówek Rama IV pragnął widzieć najlepszych lekarzy z Europy.

Aleksander Zamenhof udał się w drogę do Indochin, ale w trakcie podróży powołano go do carskiej armii na I wojnę światową. Zginął latem 1916 roku w Dyneburgu, na terenie dzisiejszej Łotwy.

Można by powiedzieć, że wierność carowi zgubiła Aleksandra Zamenhofa, ale to byłoby za proste. Były to raczej wierność żołnierskiej przysiędze, wierność pryncypiom i zasadom, a także lojalność wobec władzy, która, zgodnie ze starotestamentowym przekazem, zawsze pochodzi od Boga. ■

# Wyzwolone i wykształcone

**P**rzez wieki poniżane, dyskryminowane i spychane na margines życia, postanowiły zawalczyć o stworzenie świata, w którym obu płciom przysługiwałyby równe prawa. Nie była to łatwa walka, ale cel został osiągnięty. To dzięki ich wytrwałości i uporowi dożyliśmy czasów, w których kobieta ma prawo spełniać się zawodowo i dbać o swój rozwój intelektualny. Na liście laureatów Nagrody Nobla znajduje się jedenaście lauratek, to chyba najlepszy dowód na to, że walka emancypantek i sufrażystek nie poszła na marne.

Życie kobiet

przed emancypacją ograniczało się jedynie do pracy na roli, prowadzenia domu, rodzenia i wychowywania dzieci, wykonywania poleceń męża. Nie miały one żadnych praw i jedynie z powodu płci były traktowane gorzej niż mężczyźni.

Do walki o poprawę sytuacji życiowej pchnęła kobiety rewolucja przemysłowa. Całokształt przemian technicznych, ekonomicznych i społecznych sprawił, że ludzie zaczęli więcej zarabiać i przenosić się ze wsi do miast. Mieli tam lepsze warunki do nauki i pracy oraz większy dostęp do miejsc publicznych, w których można było się pokazać. Kobiety chciały brać w tym udział. W czasie Wielkiej Rewolucji Francuskiej, która stała się ważnym bodźcem dla przyszłych ruchów kobiecych w całej Europie, zaczęły tworzyć pierwsze związki kobiece, zmierzające do równouprawnienia. W II połowie XIX wieku ich działalność się nasiliła. Kobiety domagały się większej liczby zakładów pracy, praw wyborczych, możliwości kształcenia się.

## Szkolnictwo żeńskie

Już pierwsze polskie emancypantki miały świadomość, że tylko praca i edukacja może je uwolnić od „kłą-

ty wiecznego niemowlęstwa i anielstwa” – jak pisała Eliza Orzeszkowa, propagatorka idei emancypacji kobiet w epoce pozytywizmu. Istniały również stowarzyszenia feministyczne, takie jak: Entuzjastki, skupione wokół Narcyzy Żmichowskiej i Związek Równouprawnienia Kobiet Polskich Pauliny Kuczalskiej, nazywanej papieżem feminizmu.

Wraz z odchodzeniem od tradycyjnego modelu społeczeństwa, widocznym po 1864, zaczęto na ziemiach pol-

nie było łatwo, bo studentkę odbierano jako kogoś, kto wywoływał obawy. Wróżono jej straszną przyszłość.

## Dyskryminacja w pracy

Z lękiem i niechęcią odnoszono się także do kobiet, które chciały pracować jako lekarki, prawniczki, farmaceutki czy pracowniczki naukowe. Samej Marii Skłodowskiej-Curie, która po ukończonych w Paryżu studiach chciała podjąć pracę na Uniwersytecie Jagiellońskim, odmówiono jej tylko ze względu na to, że była kobietą.

Głośnym echem odbił się w Europie przypadek Józefa Joteyko, pięciokrotnej laureatki paryskiej Akademii Nauk i przewodniczącej belgijskiego Towarzystwa Neurologicznego. Cenił ją autorytet w dziedzinie psy-

chologii doświadczalnej. W 1916 r. objęła katedrę dla wybitnych cudzoziemców. Wśród Polaków tego zaszczytu dostąpił jedynie Adam Mickiewicz. Gdy tylko Polska odzyskała niepodległość, wraz ze swoim laboratorium natychmiast wróciła do kraju. Chciała objąć katedrę psychologii doświadczalnej na Uniwersytecie Warszawskim. Spotkała się z odmową. Miejsce zajął ktoś mniej wybitny, ale z właściwą płcią. Rektor był głuchy na głosy protestu płynące z europejskich uczelni. Joteyko wyjechała z Polski.

Z dyskryminowaniem na rynku pracy mamy do czynienia do dziś. Choć kobiety zdobywają wyższe wykształcenie i w wielu dziedzinach życia publicznego radzą sobie lepiej niż mężczyźni, to jednak w dalszym ciągu to oni są bardziej uprzywilejowani. A przecież panuje przekonanie, że równouprawnienie stało się faktem, skąd więc te różnice w płacach, możliwościach awansu? ■



skich tworzyć szkoły ogólnokształcące i zawodowe dla dziewcząt, rozpoczęto starania o prawo wstępu na wyższe uczelnie, powstawały zakłady usługowe zatrudniające kobiety. W walkę o równouprawnienie niezwykle zaangażowana była Jadwiga Dawidowa – organizatorka tajnych wyższych kursów naukowych dla kobiet w latach 1885 – 1905. Wspólnie z mężem redagowała tygodniki: *Głos, Przegląd Społeczny* i *Społeczeństwo*, w których pojawiały się artykuły krytyczne, dotyczące szkolnictwa żeńskiego.

Prawo do studiów wyższych w Galicji, dzięki staraniom Kazimiery Bujwidowej, zaczęło przysługiwać kobietom w 1897 roku. Czołowa przedstawicielka ruchu kobiecego w Galicji, zarazem inicjatorka utworzenia i współorganizatorka pierwszego w Galicji żeńskiego gimnazjum ogólnokształcącego (1896), umożliwiła kobietom wstąpienie na Uniwersytet Jagielloński. Najstarsza polska uczelnia otworzyła bramy dla studentek dopiero po 500 latach od swojego powstania. A i tak



# Kobiety Laureatki Nagrody Nobla

**1903 i 1911 – Maria Skłodowska-Curie** (Francja, Polska). Urodziła się 7 listopada 1867 roku w Warszawie. Pierwsza Nagroda Nobla (wspólnie z mężem P. Curie) w zakresie fizyki, za wyjaśnienie zjawiska promieniotwórczości uranu, odkrytego przez H.A. Becquerela. Druga Nagroda Nobla w zakresie chemii, za odkrycie nowych pierwiastków promieniotwórczych – polonu i radu.

**1935 – Irena Joliot-Curie** (Francja). Urodziła się 12 września 1897 roku w Paryżu. Starsza córka Marii Skłodowskiej-Curie. Nagroda Nobla (wspólnie z mężem F. Joliot) w zakresie fizyki, za odkrycie zjawiska sztucznej promieniotwórczości i otrzymanie sztucznych pierwiastków promieniotwórczych.

**1947 – Gerty Theresa Cori** (USA). Urodziła się 15 sierpnia 1896 roku w Pradze. Profesor biochemii Uniwersytetu Washingtona w Saint Louis. Nagroda Nobla (wspólnie z mężem C.F. Cori) w zakresie medycyny i fizjologii, za opisanie przemian glikogenu (cykl Cori).



**1963 – Maria Göeppert-Meyer** (USA). Urodziła się 28 czerwca 1906 roku w Katowicach. Profesor fizyki Johns Hopkins University, Columbia University i University of Chicago. Nagroda Nobla (wspólnie z J.H.D. Jense-

nem) w zakresie fizyki, za odkrycie powłokowej budowy jąder atomowych.

**1977 – Rosalyn Sussman Yalow** (USA). Urodziła się 19 lipca 1921 roku w Nowym Jorku. Pracowała w Veterans Administration Medical Center w Bostonie. Nagroda Nobla (wspólnie z R. Guilleminem i A. W. Schallym) w zakresie medycyny i fizjologii, za wprowadzenie radioizotopów do diagnostyki biochemicznej.

**1983 – Barbara McClintock** (USA). Urodziła się 16 czerwca 1902 roku w Hartford w stanie Connecticut (USA). Profesor w Carnegie Institute w Nowym Jorku. Nagroda Nobla w zakresie medycyny i fizjologii, za odkrycie przemieszczania się fragmentów DNA („ruchomych genów”) w chromosomach.



**1986 – Rita Levi-Montalcini** (Włochy). Urodziła się 22 kwietnia w Turynie. W tym mieście ukończyła studia medyczne. Nagroda Nobla (wspólnie z S. Cohenem) w zakresie medycyny i fizjologii, za odkrycie czynnika wzrostu nerwów (NGF). Członek Papieskiej Akademii Nauk.

**1988 – Gertrude Belle Elion** (USA). Urodziła się 23 stycznia 1918 roku w Nowym Jorku. Lekarz, farmakolog. Profesor Duke University w Durham i University of North Carolina w Chapel Hill. Nagroda Nobla (wspólnie

z G.H. Hitchingsem) w zakresie medycyny i fizjologii, za dokonanie syntezy pochodnych zasad purynowych o działaniu przeciwnowotworowym i przeciwwirusowym.

**1995 – Christiane Nüsslein-Volhard** (Niemcy). Urodziła się 20 października 1942 roku w Magdeburgu. Biochemik. Profesor Max Planck Institute for Developmental Biology w Tybindze. Nagroda Nobla (wspólnie z E. Wieschausem i E.B. Lewisem) w zakresie medycyny i fizjologii, za badania nad genetyczną kontrolą rozwoju zarodka.

**2004 – Linda B. Buck** (USA). Urodziła się 29 stycznia 1947 roku w Seattle (USA). Profesor Columbia University w Nowym Jorku. Nagroda Nobla (wspólnie z R. Axelem) w zakresie medycyny i fizjologii, za badania nad receptorami węchowymi.



**2008 – Françoise Barre-Sinoussi** (Francja). Urodziła się 30 lipca 1947 roku w Paryżu. Profesor w Instytucie Pasteura w Paryżu. Nagroda Nobla (wspólnie z L. Montagnierem) w zakresie medycyny i fizjologii, za zidentyfikowanie wirusa HIV, wywołującego nabyty zespół niedoboru odporności (AIDS). ■

**Marta Sergiejuk**

Doktorantka w Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantacji UMB.

# Pościć albo nie pościć?

**P**ost (dobrowolna głodówka) jest to świadome powstrzymanie się od jedzenia w ogóle lub od spożywania pewnych rodzajów pokarmów przez określony czas. Okazuje się, że poza aspektem religijnym, etycznym, duchowym post może mieć również charakter zdrowotny.

Powstrzymywanie się od spożywania pokarmów jako metoda leczenia znana jest od stuleci. Głodówki stosowane były już przez medyków chińskich, tybetańskich, perskich, babilońskich, arabskich, żydowskich, greckich oraz rzymskich. Ojciec medycyny Hipokrates nic nie podawał choremu do ust, dopóki nie pojawiały się pierwsze symptomy poprawy zdrowia. Rzymski lekarz – Galen – głosił, że okresowe powstrzymywanie się od pokarmów równomiernie oczyszcza całe ciało. Arabski uczyony Awicenna (X/XI w.), autor traktatu, stanowiącego przez wiele następnych stuleci podstawę europejskiej medycyny, leczenie głodem uważał za jedną z najważniejszych metod terapeutycznych.

Istnieje wiele odmian postu np. post zupełny (tylko woda), niezupełny (soki, inne napoje), o chlebie i wodzie, post krótko- (1 – 3 – 7 dniowy) i długo-trwały (1 – 6 tygodniowy). Wspólną cechą postów jest niedostateczne odżywianie zewnętrzne, co uruchamia proces spalania naturalnych rezerw organizmu (glikogen, tłuszcz). W trakcie głodówki początkowo (pierwszy dzień) dochodzi do spalania naturalnych zapasów organizmu (glikogen w wątrobie i mięśniach). Następnie spalaniu ulegają nagromadzone pokłady tłuszczu, białka złogowe, usuwane są toksyny i martwe komórki. Po czym organizm rozpoczyna syntezę glukozy na drodze glukoneogenezy, w której wykorzystywane są zgromadzone w organizmie aminokwasy.

Odpowiednio zaprogramowany post oczyszcza organizm z zalegających toksyn, powoduje odnowę bio-

*Głodówka nie jest skuteczną metodą na pozbycie się zbędnych kilogramów. Sposób ten nie daje trwałej i właściwej redukcji wagi*

logiczną, regenerację i poprawę samopoczucia. Cykliczna jednodniowa głodówka (ADF – *alternate day fasting*) może mieć nie tylko właściwości oczyszczające, odmładzające, ale również terapeutyczne. Ostatnie badania wskazują, że regularnie powtarzany krótkotrwały (jednodniowy) post znacząco zmniejsza ryzyko występowania chorób serca. Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach wskazują, że ADF może mieć istotne znaczenie w prewencji cukrzycy typu 2, chorób układu krążenia oraz nowotworów (*The American Journal of Clinical Nutrition*, 2007).

## Post a choroby serca

Badania przeprowadzone w Utah w USA w latach 70. wykazały, że,

w porównaniu z generalną populacją, śmiertelność spowodowana chorobą wieńcową serca wśród wyznawców Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatecznych (mormoni, LDS) była niższa. Okazało się, że przyczyną tych różnic jest nietypowy styl życia mormonów. Wszystkich wiernych obowiązuje restrykcyjne przestrzeganie zasad wiary, czynne uczestnictwo w nabożeństwach oraz konieczny niedzielny odpoczynek.

Mormoni mają zakaz picia alkoholu, kawy, herbaty, używania tytoniu i innych szkodliwych substancji. Zalecany jest także post w pierwszą niedzielę każdego miesiąca. Praktyka cotygodniowych postów stosowana jest już u dzieci powyżej 8. roku życia. Udowodniono, że ADF zmniejsza częstość występowania choroby wieńcowej serca o 12%, niezależnie od wieku, płci, BMI, nadciśnienia, cukrzycy czy palenia papierosów (*The American Journal of Cardiology*, 2008). Wyniki badań na zwierzętach wskazują, że ADF może zmniejszać częstość akcji serca, ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, a także obniżać stężenie lipidów we krwi.

## Post a cukrzyca

Cykliczny, jednodniowy post zasadniczo ogranicza ilość przyjmowanych



*Wykład prof. W. Buczki, wygłoszony 23 marca 2009 r. w Bibliotece Głównej UMB.*

kalorii, korzystnie wpływa na metabolizm glukozy, zapewnia prawidłową tolerancję glukozy, a także hamuje rozwój oporności tkanek na insulinę. ADF ogranicza rozwój otyłości, cukrzycy, zespołu metabolicznego, które obok palenia tytoniu, nadciśnienia tętniczego i innych należą do jednych z głównych czynników ryzyka choroby wieńcowej.

ADF posiada istotne znaczenie w prewencji cukrzycy typu 2. Zwierzęta poddawane jednodniowej, regularnie powtarzanej głodówce rzadziej chorowały na cukrzycę typu 2 (52%) w porównaniu z grupą kontrolną (72%). U tych osobników zaobserwowano redukcję poziomu glukozy we krwi oraz niższe stężenie insuliny po 20 – 24 tygodniach stosowania ADF. Obserwowano także wzmożony proces  $\beta$ -oksydacji tłuszczów (większa wrażliwość tkanek na insulinę). Wprawdzie trzy niezależne badania z udziałem ludzi nie wykazały wpływu ADF na poziom glukozy we krwi, potwierdziły jednak poprawę wrażliwości tkanek na insulinę. Obserwowano także zmniejszenie ilości wolnych kwasów tłuszczowych, wynikające z hamowania procesu lipolizy.

### Post a nowotwory

Badania prowadzone na zwierzętach wykazały także korzystny wpływ ADF na toczący się proces nowotworowy. Szczurom wszczepiano nowotwór, stosowano ADF, a następnie oceniano czas przeżycia zwierząt i porównywano go z czasem przeżycia zwierząt żywionych w sposób tradycyjny. Śmiertelność w pierwszej grupie była niższa o 25%. Przypuszcza się, że stosowanie ADF zmniejsza stężenie insulinowego czynnika wzrostu (IGF-1), odpowiedzialnego za wzrost i podziały komórek, co w konsekwencji prowadzi do zahamowania rozrostu nowotworowego.

Inne badania wykazały wzrost aktywności dysmutazy ponadtlenkowej, która redukuje ilość reaktywnych form tlenu (ROS). Ponadto, doniesienia ostatnich lat rekomendują ADF jako czynnik hamujący proliferację licznych typów komórek, takich jak: keratynocyty, komórki nabłonkowe sutka czy



limfocyty T śledziona (*The American Journal of Clinical Nutrition*, 2007).

### Primum non nocere

Należy pamiętać, że głodówki mogą być również niebezpieczne. Pełna głodówka nie powinna trwać dłużej niż jeden dzień. W przypadku długotrwałego postu (ponad tydzień) zwiększa się spalanie aminokwasów, pochodzących z rozkładu białek krwi i tkanki mięśniowej. Zwiększa się znacznie ryzyko wystąpienia hipoglikemii, na którą szczególnie wrażliwa jest tkanka mózgowa. Zwiększony rozpad triacylogliceroli powoduje wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych we krwi oraz nasiloną ketogenezę, co prowadzi do rozwoju kwasicy.

W trakcie trwania głodówki traci się część tkanki mięśni, istnieje ryzyko zaburzenia pracy tarczycy, układu krążenia oraz nagłych spadków ciśnienia krwi. U osób z nadwagą lub otyłych, u których często stwierdza się stłuszczenie wątroby, głodzenie może jeszcze je nasilić. Niekorzystne dla zdrowia mogą być także niedobory witamin i mikroelementów oraz zachwiania równowagi elektrolitowej organizmu. W czasie głodówki zmniejsza się aktywność nerek. Do wzmożonej pracy zmuszona jest wątroba. U osób chorych na cukrzycę głodzenie może doprowadzić do śpiączki ketonowej. Zwalnia się perystaltyka jelit. Długotrwałe głodowanie może prowadzić do zaniku kosmków jelitowych, które są odpowiedzialne za wchłanianie. Głodówki także powodują przejściowy spadek odporności organizmu, przez co staje się on bardziej podatny na zakażenia.

Z medycznego punktu widzenia, zbyt długa głodówka może stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia.

Wbrew doniesieniom z 2005 r., które przedstawiają miesięczny post jako czynnik istotnie zmniejszający ryzyko chorób układu krążenia (*Annals of Nutrition and Metabolism*), najnowsze dane sugerują, że długotrwała głodówka zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia rzadkiego udaru mózgu (CVST) (*American Academy of Neurology*, 2008). Badania prowadzono w Iranie, gdzie miesięczny post należy do częstych praktyk religijnych. Ponad miliard muzułmanów pości podczas Ramadanu. Liczba chorych, zgłaszających się po okresie Ramadanu do szpitali z powodu udaru mózgu, jest 2,5% wyższa w porównaniu z pozostałą częścią roku. Współistnienie wielu czynników takich jak: doustna antykoncepcja, zaburzenia krzepnięcia, odwodnienie łącznie z głodówką mogą być przyczyną większej podatności na CVST.

Głodówka nie jest również skuteczną metodą na pozbycie się zbędnych kilogramów. Sposób ten nie daje trwałej i właściwej redukcji wagi. Drastyczne odcięcie kalorii to jedna z najmniej skutecznych form odchudzania. Organizm, pozbawiony energii dostarczanej z pożywieniem, spowalnia procesy metaboliczne i zaczyna magazynować energię w postaci tkanki tłuszczowej. Pozbywamy się także tkanki mięśniowej, w której znajdują się mitochondria. Spalanie w mitochondriach jest jedyną drogą pozbycia się tkanki tłuszczowej. Diety „głodówkowe” pozbawiają tej możliwości.

⇐ *cd. ze str. 27*

Aż 80% osób odchudzających się, po głodówkach wraca do poprzedniej wagi (efekt jojo).

W badaniu MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) stwierdzono, że efekt jojo zwiększa ryzyko choroby wieńcowej serca. Obserwacje te dotyczyły zarówno osób palących papierosy, jak i niepalących. Podobne wyniki osiągnięto w badaniu Western Electric Study, gdzie przez 25 lat obserwowano ok. 2000 mężczyzn. Okazało się, że wahania masy ciała zwiększają ryzyko choroby wieńcowej, natomiast mają nieznaczny wpływ na zachorowalność na nowotwory. Warto jednak podkreślić, że w tym obszarze zainteresowań nie ma wśród naukowców całkowitej zgodności. Istnieją badania (Longitudinal Study of Ageing, Charleston Heart Study), w których nie zaobserwowano istotnej zależności między efektem jojo a ryzykiem choroby wieńcowej serca.

Na głodówkę powinni decydować się tylko ludzie zdrowi. W żadnym wypadku nie mogą stosować jej kobiety w ciąży, osoby niedożywione, chorzy z cukrzycą, wrzodami żołądka i dwunastnicy, nadczynnością tarczycy, niewydolnością nerek, osoby w podeszłym wieku, dzieci i młodzież.

Czy treść artykułu pozwala odpowiedzieć na pytanie postawione w tytule, a będące parafrazą słów Hamleta, bohatera Williama Szekspira, pozostawiam do oceny czytelnikom.

Na zakończenie pragnę też przytoczyć słowa rzymskiego myśliciela i satyryka Decimusa Juniusa Juwenalisa: „*Bogów prosimy tylko o zdrowy rozsądek w zdrowym ciele*”. Myśl ta niech stanie się naszym mottem i przyświeca podczas dokonywania codziennych kulinarnych wyborów, a zwłaszcza gdy znajdziemy się przy suto zastawionych stołach w czasie Świąt Wielkanocnych. ■

**Włodzimierz Buczko**

Prof. dr hab., kierownik  
Zakładu Farmakodynamiki UMB.

# Czy pościmy?

**O**kres Wielkiego Postu to czas, w którym ludzie z własnej woli decydują się na poszczenie. Najczęściej eliminują ze swojego jadłospisu mięso, pieczywo, ziemniaki, makarony, a nawet niektóre przyprawy. Często rezygnują z jedzenia słodczy. Choć pokusa jest wielka udaje im się wytrwać w swych postanowieniach. Są też tacy, którzy w ogóle nie poddają się takim próbom. Im poszczenie kojarzy się przede wszystkim ze zbyt dużym wyrzeczeniem.

Po wysłuchaniu wykładu pt. „Co z tym postem?” prof. dr hab. Włodzimierza Buczki, swoimi opiniami na temat poszczenia podzielili się:



Dr hab.

**Irena Kasacka,**

Zakład Histologii i Embriologii UMB.

*Jestem zwolenniczką poszczenia, bo może mieć ono pozytywny wpływ na nasze zdrowie i samopoczucie. Co jakiś czas sama decyduję się na taki post, ograniczając się jedynie do picia wody i spożywania chleba przez cały dzień. W okresie Wielkiego Postu robię to przez dwa dni i czuję się dobrze. Myślę, że każdy powinien zdecydować się na taką krótkoterminową głodówkę, bo nie jest to takie trudne, jakby się mogło wydawać, a efekty są naprawdę zadowalające.*



Prof. dr hab.

**Maciej Józwik,**

Klinika Ginekologii UMB.

*Byłem świadom tego, że post może wpływać na metabolizm człowieka, ale nie stosowałem go wiele razy. Po wysłuchaniu wykładu prof. Buczki postanowiłem wyrobić w sobie nawyk stosowania głodówek jednodniowych. Krótkoterminowy post może służyć poprawie stanu zdrowia. Oczyszczanie organizmu jest jak najbardziej wskazane.*

*Odpowiednie odżywianie i prowadzenie aktywnego trybu życia wpływają na to, że żyjemy dłużej i cieszymy się dobrą formą fizyczną. Poszczenie może wpływać na modyfikację pewnych uwarunkowań genetycznych, więc chyba warto je uczynić częścią stylu życia.*

**Dorota Burel**

# Standardy wiejskie i miejskie

**M**ógł wiceprezydent Stanów Zjednoczonych pracować w koncernie naftowym, a potem lobbować za wojną w Iraku i kontraktami na wydobycie irackiej ropy dla amerykańskich firm? Mógł premier Włoch umarzać postępowania o nadużycia finansowe przeciwko samemu sobie? Mógł kanclerz Niemiec zawierać kontrowersyjny kontrakt na budowę gazociągu na dnie Morza Bałtyckiego, a potem za grube miliony pracować w radzie nadzorczej spółki budującej gazociąg?

Oni mogli. A poseł Misiak nie mógł. Prawa wprawdzie nie złamał, ale standardy i owszem. Dodajmy – tzw. miastowe standardy. Wiejskie złamałby, gdyby poszedł w senatory i rodzinie nie pomógł. Standardy miejskie są już jednak tak wyśrubowane, że horda czołowych komentatorów rozjeżdżała rytualnie premiera za to, że z wyrzuceniem senatora z partii czekał całe trzy dni. Trzy dni! To jakież to standardy? – pytał się z oburzeniem redaktor Semka, którego wychudzone kryzysem oblicze można oglądać w telewizji niemal codziennie, odkąd jego kolega z redakcji został szefem Telewizji Publicznej po wieloetapowym konkursie, zorganizowanym przez szefa PiS. Konkurs polegał na rozmowie przy stole w siedzibie partii, o czym jej szef bez żenady opowiedział w jednym z wywiadów. Gdzie tu etyka?! – ironizował kolega obu panów, który, odkąd szefami publicznej telewizji i radia zostali panowie Wildstein, Czabański i Targalski, dostał do prowadzenia kilka programów. W jednym z nich, za publiczne pieniądze daje upust swojej obsesji i jeździ co tydzień po „salonie” i plu-



**ADAM HERMANOWICZ**

je na szefa pewnej gazety, z którym ma wyraźny problem. O standardy wołali też Przemysław „Peron” Gosiewski i Jacek Kurski. Ten ostatni nie tak dawno wołał: „Trzeba jasno powiedzieć, że 16 miesięcy po wygranej PiS żaden działacz czy zwolennik naszej partii, który wykrwawiał się w naszych kampaniach wyborczych, nie może cierpieć głodu i niedostatku. Ci ludzie muszą w satysfakcjonujący sposób przejść władzę w części sektora podlegającego rządowi. Trzeba wymienić aparatczyków pamiętających PRL”. To są standardy!

Do wygłupów polityków można się już było przyzwyczaić. Histeria dziennikarzy mimo wszystko dziwi. Dawno już nie oglądaliśmy tak żenującego spektaklu chciejstwa politycznego. Kiedy czyta się uroczą frazę redaktora Semki: „Donald Tusk powinien zdać sobie sprawę, że jest jeden rząd i obowiązywać w nim powinny takie same dla wszystkich standardy. Dla Misiaka i dla Pawlaka. To smutne, że trwałość koalicji nadal okazuje się ważniejsza od zasad.” Aż język świerzbii zapytać: Co pan redaktor tak na-

prawdę postuluje? Skończyć z koalicją, dlatego że Pawlak, nie łamiąc prawa, naruszył pewne standardy? Kryzys dookoła, rozwalamy rząd, koalicję, rozpisujemy nowe wybory w apogeum załamania gospodarczego i wszystko po to, żeby redaktor Semka mógł znowu częściej gościć w publicznej TV i kichać na Wałęsę oraz Michnika? Przecież może to robić codziennie w swojej gazecie. Wszyscy musimy zapłacić za jego chciejstwo? Aż tyle warte są częstsze wizyty u zaprzyjaźnionych (bo plujących na Michnika w tej samej gazecie) publicystów? Przecież można z nimi rozmawiać do woli – konieczne są jeszcze transmisje opłacane z naszego abonamentu? I od rana do wieczora: standardy, hehe, wszyscy przecież wiedzą, hehe, jakie to standardy, hehehe, trzy dni wyrzucał, hehe, a i tak wiadomo o co chodzi, hehe.

Póki co, standardy mamy wyśrubowane bardziej niż na Zachodzie, do którego ponoć dążymy. Naród kryzysem przerażony, ale jakoś nie pali się do popierania ulubieńców redaktorów „Rzeczpospolitej”, bo coś niecoś jeszcze z ich standardów sobie przypomina. Warto czasem pamiętać, że różnica między damą lekkich obyczajów, promującą życie w celibacie, a dziennikarzem, piszącym o standardach i zarabiającym pieniądze w publicznych mediach, dzięki politycznym koneksjom kolegów z redakcji, aż taka znowu wielka nie jest. To coś jak oburzanie się na skok Platformy na media publiczne i korzystanie z wcześniejszego skoku, wykonanego przez PiS. Niby to zabawne, a śmierdzi niczym wiejskie standardy koalicyjanta Platformy.

# Stare byłe miasto

I tym razem wybór jest nietypowy, bo takiego miasta już nie ma, a przecież przybywa tam bloków i mieszkańców, rozbudowano infrastrukturę, próbuje się utrwalić elementy starej tradycji, czego dowodem są i publikacje. A określenie „stare” pozostało w nazwie, choć nie jest w pełni adekwatne. Koniec zagadki: to Starosielce, obecnie wielka dzielnica Białegostoku.

## Stara wieś

Wieś Starosielce, czyli Stara Wieś albo Stare Sioło, powstała przed rokiem 1547 i liczyła około 400 hektarów powierzchni. Tomasz Popławski odtworzył jej pierwotne granice. Na południu Starosielce graniczyły z dobrami Horodniane, tak jak biegnie teraz ulica Rzymowskiego. Kolejne odcinki granicy w zarysie pokrywały się z obecnymi ulicami: Zachodnią, Składową (nieco na zachód od niej), Wojsk Ochrony Pogranicza i stąd do Marczkowskiej, dalej przez Słoneczny Stok ku Zielonemu Wzgórzom i do ełckiej linii kolejowej, nią do ul. Rzymowskiego. W środku zatem mieści się cała Bażantarnia, tunel, fragment ulicy Hetmańskiej i, znacznie dłuższy, ulicy ks. J. Popiełuszki, część Nowego Miasta. Przede wszystkim jednak wskazać trzeba na Ściankę, jako następczynię wsi Starosielce. Natomiast stacja kolejowa o tej nazwie, oddana do użytku w 1872 roku, ulokowana została na gruntach wsi Klepacze i częściowo wsi Krupniki.

## Stacja

Nowo zbudowana linia wiodła z Odessy przez Kijów – Brześć Litewski (nad Bugiem) – Bielsk – Grajewo i dalej przez Ełk do Królówca. W przeciwieństwie do większości kolei carskich, ta miała duże znaczenie ekonomiczne. Z Ukrainy wywożono pszenicę i węgiel, z Prus między innymi transportowano szmaty wełniane dla przemysłu



**ADAM CZESŁAW  
DOBROŃSKI**

okregu białostockiego. Przypomnijmy, że tutejsze fabryki włókiennicze, w celu potania produkcji, korzystały nie z wełny żywej (świeżej), ale z wtórnej. Ściągane z całej Europy stare mundury, inne ubrania, koce rozszarpywano za pomocą maszyn, zwanych wilkami i ponownie tkano przędzę.

W Starosielcach powstała nie tylko stacja, ale również duże Zakłady Remontowe Zaplecza Kolei Żelaznych. Naprawiano tu wagony i parowozy, podobnie jak w Łapach na Magistrali Warszawsko-Petersburskiej. Nowe, dobrze płatne miejsca pracy sprawiły, że ściągnęło wielu robotników, rzemieślników, a nawet inżynierów. Wznoszono baraki, a potem i bardziej eleganckie domy. Przeważali wyznawcy prawosławia. Dla nich w 1900 roku założono parafię, potem i cmentarz z kaplicą. Otworzono szkołę, następnie, dzięki wsparciu władz kolejowych, i szkołę dwuklasową. Niektóre dawne budowle starosielckie jeszcze można oglądać, zachowało się też wiele zdjęć – zbierał je pieczęłowicie Krzysztof Obłocki.

Starosielce nr 2, kolejowe – carskie, zakończyły swój żywot w sierpniu 1915 roku. Rosjanie, wycofując się, dokonali totalnych zniszczeń. Niemcy nie odbudowali zakładów, zorganizowali jedynie magazyny, w tym amunicji.

## Miasto

Starosielce swe trzecie wcielenie rozpoczęły w 1919 roku, kiedy otrzymały, już w wolnej Rzeczypospolitej, prawa miejskie. Pierwszymi burmistrzami zostali panowie Banasiak i Grygorczuk. Zmiany na tym stanowisku następowały dość szybko, przejściowo również wprowadzano komisarzy. Oblicze miasta za to zmieniało się wolniej. Doktor Mieczysław Orłowicz w roku 1937 roku napisał, że ma ono nadal charakter osady, zamieszkałej przez pracowników kolejowych. Liczyło zaś około 3,5 tysiąca mieszkańców, z tego 15% stanowili Rosjanie i Białorusini, tylko ponad 2% – Żydzi (aż trudno uwierzyć) i ponad 1% – Niemcy, a resztę Polacy.

Nie można nie wspomnieć przyjaźni o szkole powszechnej i jej kierowniku Wacławie Tarło-Mazińskim, który przyczynił się w walnie do powstania oraz ożywionej działalności wielu organizacji młodzieżowych. A kiedy liczba uczniów przekroczyła tysiąc, zawiązano komitet budowy nowej szkoły, niestety nie ukończonej do wybuchu wojny.

Pewnie najstarsi mieszkańcy pamiętają jeszcze spółdzielnię „Jedność”, która podjęła konkurencję z handlem prywatnym. Po wyroby mięsne chodziło się do Popławskiego lub Bieguńskich, po bułeczki do Błaszczyka lub Wolańskiego, zaś po ciwartkę czegoś mocniejszego do Trochimowicza. Sklepików oczywiście było więcej, w tym uniwersalne Kama i Poznańskiego. Działał rynek z jatkami, na obiady zapraszali restauratorzy Piekutowski i Zajączkowski, a piwoszy Dudek. W roli aptekarza zapamiętano Bojarzyńskiego, jako lekarzy – małżeństwo Niewińskich i Pójkiewiczza, sławy felczerskiej zażywał Sawłuk. Można było nawet zamówić czasopisma z dostawą do domu i upalnym latem skorzystać z usług dwóch obwoźnych sprzedawców lodów. W sumie, Polacy nieznacznie górowali nad wyznawcami mojąszowymi w handlu



*Dworzec w Starosielach.  
Fot. Anna Worowska.*

i zdecydowanie w usługach. Do najważniejszych firm zaliczano młyn elektryczny Flisa oraz kuźnię Tomalaków, cegielnię Zaczyńskich, zakład betoniarski Suszki.

To było samodzielne miasto, ale do kina jechało się do Białegostoku.

## **Sława kolejarska**

Zakłady starobielskie odbudowywano ze zniszczeń z trudnościami. Nową ich specjalnością stała się regeneracja rozjazdów kolejowych. Po przerwie spowodowanej okupacją bolszewicką, nastąpiło jednak wyraźne ożywienie i kolejna zmiana profilu. Na czele Drogowych Warsztatów Mostowych stanął inż. Stefan Popławski, a po jego przejściu na emeryturę w 1932 roku – inż. Edward Seydel. Obaj zyskali szacunek pracowników i mieszkańców. DWM to jedyne tego typu przedsiębiorstwo w całym przedwojennym PKP, potentat mostowy. Zaciekawienie budziły również produkowane tu drezyny, a w 1938 roku uruchomiono dodatkowo zgrzewalnię szyn. W sumie pracowało w starosielskim kombinacie kolejowym co najmniej pół tysiąca osób, a okresami i znacznie więcej!

Kolejarze stanowili wówczas arystokrację, dbali o honor, dobrze przysłużyli się miastu. To oni zainicjowali powstanie Ochotniczej Straży Pożarnej oraz orkiestry dętej. Podziw, zwłaszcza dziatwy męskiej, budzili umundurowani, podzieleni na kompanie, plutony i drużyny, członkowie Kolejowego

Przysposobienia Wojskowego. „Kolejowe wojsko” zbudowało strzelnicę i dbało o życie sportowe. Pokojowo współpracowali z KPW ci ze „Strzelca” i z ZHP, a było nadto Koło Rezerwistów, zorganizowali się również weterani wojen lat 1918 – 1921.

Patrioci lokalni nie mieli wątpliwości, że Starosielce kolejarzami stały. Dzięki nim miasto było zadbane, miało pomnik ku czci bohaterów walk o niepodległość i nawet fontannę, czyli wodotrysk. A z ciśnieniem wody nie było też kłopotu, wszak jeszcze po okresie carskim pozostała „wodokaczka”.

## **Ksiądz Paweł**

22 grudnia 1922 roku oficjalnie zaistniała w Starosielcach parafia katolicka, z legendarnym proboszczem ks. Pawłem Grzybowskiem. Przetrwały opowieści o jego skromności, pasji poma-

gania nie tylko parafianom, bo i innym wyznawcom, jeśli dopadła ich bieda. Przejawiał też proboszcz wyjątkową troskę o harcerzy i maluczkich, których częstował cukierkami. Chodził zresztą często w czapce harcerskiej, przewodził drużynie, jeździł na obozy i biwaki. Wspierał też organizację gimnastyczną „Sokół”, nauczał, doradzał. To był ksiądz – instytucja dobroczynna, znakomity organizator. W biografii ks. Pawła była zaś i przymusowa tułaczka po Rosji, Seminarium Duchowne w Wilnie, działalność niepodległościowa m.in. w Polskiej Organizacji Wojskowej.

16 sierpnia 1932 roku ks. Grzybowski pojechał odwiedzić harcerzy, przebywających na obozie w Rybnikach. Pozostał na apelu wieczornym i ognisku, spóźnił się na ostatni pociąg. „Musiał nocować, by następnego ranka odjechać do swojej parafii. Postanowił przespać się na sianie, w stodole należącej do tamtejszej gajówki. Było już późno i ciemno, kiedy wchodził po drabinie na tzw. „wyszki”. I tu stało się straszne nieszczęście. Drabina, opierająca się o klepisko, pod ciężarem wspinającego się ks. Pawła, osunęła się na dół. Ksiądz z wysokości paru metrów spadł na stojącą obok żelazną sieczkarnię. Upadek okazał się tragiczny. Ksiądz Grzybowski stracił przytomność i po kilku godzinach zmarł.

*cd. na str. 32 ⇔*



*Starosielce. Fot. Anna Worowska.*

← *cd. ze str. 31*

Miał niespełna 58 lat... Odszedł pasterz dobry". (ks. Kazimierz Kułakowski).

## Wybuch wojny

Stacja Starosielce i miasto stały się w sposób oczywisty celem dla lotnictwa niemieckiego. Ciekawy epizod opowiedział Julian Łupiński, a zapisał wspomniany K. Obłocki. 3 września 1939 roku lub nieco później, „nadleciał samolot z francuskim oznakowaniem. Zawiadomiłem o tym fakcie dowódcę baterii przeciwlotniczej, nikt nie strzelał, a samolot zrobiwszy nawrót nad Białymstokiem, lecąc nisko, ostrzelał z broni maszynowej kolumnę artylerii konnej, jadącej szosą Jeżewską (ks. J. Popiełuszki). Był to podstęp niemiecki i efekt działalności wywiadu lotniczego (...). Wydałem rozkaz dla harcerzy i sanitariuszek, aby udały się na miejsce zdarzenia i udzieliły pomocy rannym żołnierzom”.

Jednak była i w Starosielcach brama powitalna na cześć Armii Czerwonej. Potem nastąpiły „porządki” znane nam już dobrze z innych miast, także z Białegostoku. Rosjanie nawet rozwinęli zakłady i zaczęli budować wielką bazę paliw płynnych. Niestety, nie obyło się bez wywozek w głąb Rosji. To był początek czwartego okresu w dziejach miasta.

Terror jeszcze bardziej nasilili Niemcy. Żydów wywieziono do getta w Białymstoku, powstał w Starosielcach karny obóz pracy, a w pobliskim lesie w Bacieczkach rozpoczęły się masowe rozstrzelania. Władcy zadbali również o zakłady kolejowe, bo brakowało wagonów. Naprawy prowadzono nawet pod gołym niebem. Niemcy, podobnie jak wcześniej Sowieci, zmuszeni byli korzystać z pracy polskich kolejarzy, co ułatwiało opór bierny i czynny, sabotaż i akcje prowadzone przez Armię Krajową.

## Tajemnicza relacja

Było to pewnie szesnaście lat temu. Poprosił mnie o rozmowę mężczyzna, który przedstawił się jako ppłk „Miło-

śław”. Opowiadał głównie o zmaganiach w Starosielcach polskich kolejarzy z niemieckimi nadzorcami.

„Mieliliśmy pododdział „Kedywu”, organizowany przez sierżanta Franciszka Pietkuna „Pieczęć” (...) Chłopczy z Kedywu specjalizowali się w sabotażu. Najczęściej wyrwali podczas postoju szczotki smarujące osie wagonów i sypali piasek. Taki wagon nie ulegał zniszczeniu na miejscu, ale też długo nie pojeździł. Widziało się je potem leżące poza torowiskiem. Winnych nie było, więc i represji Niemcy nie mogli zastosować”.

„Bezpieczny sposób sabotażu wymyśliliśmy i my na spawalni. Niemcy zwozili szyny z miejsc wypadków lub bombardowań. Trzeba było wybierać w miarę proste kawałki, znosić je, usuwać zbyt silnie zniszczone lub odkształcone końcówki i dopiero wówczas spawać. W ogólnym rozrachunku liczyła się jednak tylko liczba spawów na „nowych” szynach. Braliśmy więc całe szyny, najpierw je cięliśmy na kawałki, a potem ponownie spawaliśmy. Robota paliła się nam w rękach, odpadało dźwiganie, dopasowywanie”.

Diżurni ruchu wypracowali też sposoby, by to sami Niemcy powodowali wypadki, oni zaś zatrzymywali pociągi pasażerskie przed peronami, jeśli na stację wpadali żandarmi. „Według oficjalnych haseł koła niemieckich pociągów miały kręcić się do osiągnięcia zwycięstwa przez Rzeszę. My byliśmy odmiennego zdania”.

## Powojenne paradoksy

Po przejściu frontu zaczęło się raz jeszcze usuwanie zniszczeń w Starosielcach „ludowych”, czyli numer 5. Do 1948 roku uruchomiono wszystkie najbardziej potrzebne instytucje i placówki, łącznie z dwiema restauracjami, kawiarnią i bufetem na dworcu. Natomiast do 1953 roku zamknięto dwie prywatne piekarnie, zlikwidowano małe sklepiki i zmniejszono liczbę punktów usług. Zmieniano oczywiście nazwy ulic, główna na wschodniej stronie zwała się za cara Nowoszojskaja, w II RP – Sienkiewicza, za Sowietów – Sowieckaja, po wojnie znów Sienkiewicza, ale od 1954 roku Olejniczaka. Obecnie jest to ulica. św. Andrzeja Boboli. Natomiast warsztaty w Starosielcach przereformowano w Kolejowe Zakłady Konstrukcji Stalowych im. Rewolucji 1905 roku. Cennym i trwałym nabytkiem stała się w 1949 roku szkoła średnia, wówczas jeszcze bez imienia

Kiedy wydawało się, że najgorsze minęło i Starosielce odzyskają liczbę ludności sprzed wojny, to w 1954 roku zapadła decyzja o ich włączeniu do miasta Białegostoku.

Jak jest dzisiaj? Ludno i wielkomięjsko. Tylko nie ma już nawet kasy biletowej przy zamkniętym dworcu. Nie ma też wielkich zakładów kolejowych. To jest co najmniej szóste wcielenie dawnej Starej Wsi. ■

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



*Kościół w Starosielcach.  
Fot. Anna Worowska.*



## Z Senatu

Posiedzenie 11.03.2009 r.

Senatorowie podjęli uchwały w sprawach:

- ▶ zmiany zakresu przedsięwzięcia, polegającego na termomodernizacji obiektów UMB;
- ▶ przystąpienia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku do projektu inwestycyjnego w ramach działania I.3 „Wspieranie innowacji.” (I.3 PO RPW);
- ▶ zmiany załącznika nr 1 do umowy użytkowania z 19.11.2008 r., zawartej między Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym a Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku;
- ▶ powołania Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej na kierunek – Kosmetologia Wydziału Farmaceutycznego;
- ▶ zmiany uchwały nr 44/08 Senatu UMB z 29.05.2008 r. w sprawie warunków i trybu przyjęć na studia w roku akademickim 2009/2010;
- ▶ zmian w statucie UMB.

Wyrażono zgodę na:

- ▶ wszczęcie procedury, związanej ze zbyciem mieszkań w bloku przy ul. Szpitalnej 35;
- ▶ rozwiązanie stosunku pracy z nauczycielami akademickimi na podstawie 125 ustawy z 27 lipca 2005 r. *Prawa o szkolnictwie wyższym*;
- ▶ zniesienie prac licencjackich na kierunkach: Zdrowie Publiczne, Dietetyka, Fizjoterapia, Ratownictwo Medyczne, Elektroradiologia Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Senatorowie pozytywnie zaopiniowali wniosek o powołanie nowej jednostki administracyjnej o nazwie „Biuro Promocji i Rekrutacji” oraz wniosek o przeniesienie jednostek dydaktycznych poza pałac Branickich. Ponadto upoważniono JM Rektora do wszczęcia procedury, związanej z przekształceniem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Kazimierza Dłuskiego w Białymstoku w szpital uniwersytecki.

**Krystyna Dyszkiewicz**  
Kierownik Rektoratu.

## Informujemy

Rektor UMB prof. Jacek Nikliński wręczył Jego Ekscelencji Arcybiskupowi Edwardowi Ozorowskiemu Medal Pamiątkowy Uniwersytetu Medycznego, jako wyraz szacunku środowiska akademickiego.

**UNIWERSYTET MEDYCZNY  
W BIAŁYMSTOKU**

**Rektor**

ul. J. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok  
tel. 085 748 54 03, fax 085 748 54 16  
e-mail: rektor@umwb.edu.pl



*Jego Ekscelencja*

*Arcybiskup Edward Ozorowski*

*Metropolita Białostocki*

*W imieniu społeczności akademickiej naszej Uczelni przekazuję Waszej Ekscelencji pierwszy Medal Pamiątkowy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Proszę przyjąć ten medal jak wyraz ogromnego szacunku jakim cieszy się Wasza Ekscelencja w środowisku nauczycieli akademickich i studentów. Mam nadzieję, iż w dalszym ciągu będziemy mogli korzystać z ogromnej życzliwości Waszej Ekscelencji.*

Rektor  
*J. Nikliński*  
prof. dr hab. Jacek Nikliński

*"Sztuka w Bibliotece"*

*Zapraszamy na wystawę prac*

*Stefana Kybiego w dniu*

**11.05.2009, godz. 17:00**

Biblioteka Główna UMB  
ul. Kilińskiego 1  
Białystok