

Jesteśmy KNOW! - str.4

przywrócić  
wzrok

Rozmowa miesiąca:  
prof. Eberhart Zrenner  
str.5

Implanty podsiatkówkowe  
str.7



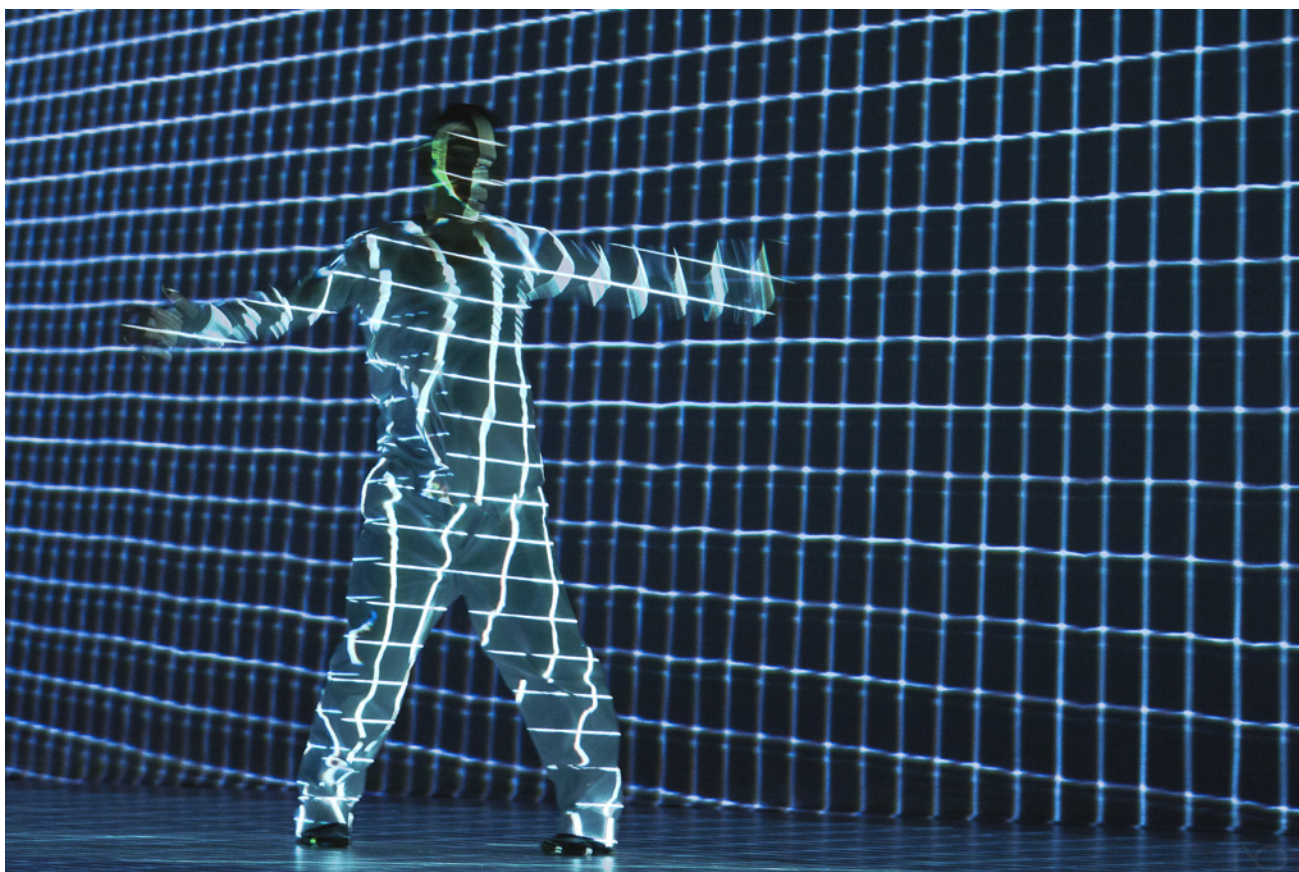


foto. Bartosz K. Mazurek

*Hiroaki Umeda „Adapting for Distortion” Hala Sportowa UMB, 19.05.2012 w ramach 27. Dni Sztuki Współczesnej organizowanych przez Białostocki Ośrodek Kultury – więcej str. 12*



foto. Konrad Adam Mielkiewicz

*Wizualizacje: Sylwester Łuczak. Koncert na ścianie w ramach 27. Dni Sztuki Współczesnej organizowanych przez Białostocki Ośrodek Kultury*

- 4 Jesteśmy KNOW!
- 5 Sztuczne widzenie
- 7 Wzrok dla ociemniałych  
implanty podsiatkówkowe
- 10 Nowy rok akademicki nowi szefowie
- 11 Najważniejszy egzamin z życia
- 13 Idzie nowe w szpitalu klinicznym
- 14 Ostatnie posiedzenie Senatu UMB
- 14 Nowy szef fundacji UMB
- 15 Medal dla prof. Dobrońskiego
- 15 W skrócie
- 16 Sztuka w UMB
- 16 Wpadnij w wakacje do muzeum
- 17 Muzealne poruszenie
- 18 Nie ma zdrowych palaczy
- 19 Uwaga, zarażają bieganiem
- 19 Lekarze mistrzami siatki
- 20 U Pana Boga w chórze
- 22 Powrót jak podróż w czasie
- 24 Dziecięcy SOR po modernizacji
- 26 Ochrona środowiska a usługi medyczne
- 27 Operacje przez dziurkę od klucza
- 29 Rozwiązana zagadka ze starego zdjęcia
- 30 Lata 1964 – 1984  
Kliniki Otolaryngologicznej AMB
- 33 Wspomnienie o Mikołaju Wilczyńskim
- 33 Wspomnienie o Bohdanie Szymborskim
- 34 Lekarze białostoccy w okresach:  
międzywojennym i powojennym
- 35 Zagłada miasta zamkniętego
- 38 (Nie)Wygraliśmy Euro 2012

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

**Skład redakcji:**

**Redaktor naczelny:** Lech Chyczewski • **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz:** Krzysztof Worowski • **Sekretarz redakcji:** Katarzyna Malinowska-Olczyk • **Redakcja:** Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Wojciech Więcko • **Współpracownicy:** Alina Midro, Jan Pietruski, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska • **Redakcja stylistyczna i korekta:** Ewa Krzemińska • **Skład komputerowy:** SMD - Studio Graficzne Jerzy Czykwini • **Druk:** Orthdruk Sp. z o. o. • **Projekt strony internetowej:** Monika Fiedorowicz • **Projekt okładki:** Tomasz Dawidziuk •

**Adres redakcji:**

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego, 15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1,  
tel. (085) 748-54-85 [rzecznik@poczta-usk.pl](mailto:rzecznik@poczta-usk.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*

**P**ozwólcie Państwo, że tym razem zacznę swój felieton od gratulacji. Składam je na ręce Jego Magnificencji rektora UMB Jacka Niklińskiego. Moje gratulacje są tym większe, że byłem naocznym świadkiem wysiłków, jakie nasze władze czyniły, żeby uczelnia uzyskała status Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego, w skrócie KNOW. Ponieważ wiadomość o uzyskaniu pozycji KNOW jest zupełnie świeża, na razie piszemy o niej zdawkowo. Szerzej postaramy się przedstawić znaczenie tego faktu w powakacyjnym numerze *Medyka*. To, co wynika z osiągnięcia pozycji KNOW i co jest ważne dla nas wszystkich, to nowe perspektywy dla rozwoju nauki na naszej uczelni, powiązania jej z najlepszymi ośrodkami na świecie. Trzeba sobie jasno powiedzieć – poprzeczka poszła w górę!

A mamy wiele do zrobienia, zarówno w nauce, jak i w innych dziedzinach. Najtrudniej wyzbyc się złych nawyków. Żyjąc codziennymi problemami, trudno je u siebie dostrzec. Żeby się o tym przekonać, odsyłam Czytelników do wywiadu, jaki przeprowadziła Pani redaktor Katarzyna Malinowska-Olczyk z doktorem Robertem Maciejem Kowalewskim. Doktor Kowalewski jest reumatologiem, który uzyskał specjalizację z dziedziny chorób wewnętrznych i reumatologii w USA. Wywędrował tam wraz z rodziną rok po ukończeniu Akademii Medycznej w Warszawie. Przez 8 lat pracował w Seattle i był tam cenionym konsultantem reumatologiem. Obecnie, po przeprowadzeniu się do Polski, pracuje w poradni reumatologicznej w USK. Jako lekarz, zyskał już wśród pacjentów zasłużoną renomę. Twierdzi, że mamy porównywalne do tych w USA standardy leczenia, podajemy podobne leki, wszędzie są tacy sami pacjenci. A jednak, na pytanie: czego mu brakuje w Polsce, odpowiada: „Najbardziej brakuje mi zdrowego rozsądku, do którego przyzwyczailem się w USA. Tam jest wszystko uporządkowane. Po powrocie do Polski było mi ciężko przyzwyczać się do pewnych rzeczy. Trudno było mi zrozumieć, że tak niewiele trzeba, żeby było lepiej i że te zmiany tak ciężko przychodzą.” Nic dodać, nic ująć. Chociaż tak niewiele trzeba, to z organizacją zawsze staliśmy na bakier. Za to w improwizacji możemy ścigać się z najlepszymi.

Kontynuując wątek gratulacji, pragnę życzyć wszelkiej pomyślności i osiągnięć nowo mianowanym kierownikom pięciu jednostek UMB. Ich nazwiska i krótkie deklaracje, jakie złożyli na łamach *Medyka* znajdziecie Państwo w bieżącym numerze. Kierowanie ludźmi, to wielkie wyzwanie i niebywała odpowiedzialność. Oby im się powiodło.

Gratuluje również Panu profesorowi Adamowi Dobrońskiemu uhonorowania Medalem za Zasługi dla Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Gratuluje i dziękuję za niemal dziesięcioletnią współpracę z naszym miesięcznikiem. Sylwetkę Profesora i jego dokonania przedstawiamy w skrócie w bieżącym numerze. Dzięki Jego niestrudzonej pracy, wielkiej wiedzy i pasji, dowiedzieliśmy się wiele o naszym regionie i mieście. Mam nadzieję, że Pan Profesor w dalszym ciągu będzie zamieszczał w *Medyku* swoje, jakże interesujące, artykuły.

Chciałbym także złożyć podziękowania pani Danucie Ślósarskiej za dziesięcioletnią współpracę w redagowaniu *Medyka*. Jej duże zaangażowanie i pasja niewątpliwie przyczyniły się do sukcesu naszego miesięcznika. Dziękuję również za współpracę pani Beacie Jarmuszewskiej. Obie Panie odeszły z redakcji na własną prośbę.

Naszym Czytelnikom życzę wspaniałych wakacji.



*Grzegorz...*



# Jesteśmy KNOW!

Centrum Badań Innowacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku znalazło się w gronie sześciu Krajowych Naukowych Ośrodków Wiodących (KNOW). To specjalne wyróżnienie dla okrętów flagowych polskiej nauki

Lista ośrodków została ogłoszona 12 lipca w kancelarii Premiera.

– Chcemy uczynić Polskę bardziej konkurencyjną i innowacyjną, a dziś ta idea się materializuje. To bardzo ważny moment zarówno dla polskiej nauki, jak i rządu – mówił premier Donald Tusk podczas uroczystości wręczenia nominacji.

KNOW prócz prestiżu ma też konkretny wymiar materialny. Przez pięć lat dany ośrodek dostanie 50 mln zł (co roku po 10 mln zł do 2017 r.), które może wydać m.in. na wzmocnienie potencjału naukowego i badawczego, rozwój kadry naukowej, zatrudnianie zagranicznych naukowców, poprawienie warunków pracy.

Prócz Centrum Badań Innowacyjnych UMB, wyróżnienia otrzymały: Warszawskie Centrum Nauk Matematycznych, Krakowskie Konsorcjum Naukowe im. Mariana Smoluchowskiego „Materia-Energia-Przyszłość”, Warszawskie Akademickie Konsorcjum Chemiczne, Konsorcjum Naukowe Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i Instytutu Farmakologii PAN oraz Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W imieniu Uniwersytetu nominację z rąk premiera odebrał rektor prof. Jacek Nikliński.

– To niezwykle ważne wyróżnienie nie tylko dla uczelni, ale i dla Białegostoku. Pieniądze też oczywiście mają znaczenie. Ważniejsze jednak, że mamy szansę stać się jeszcze bardziej konkurencyjnym ośrodkiem w Europie – mówi prof. Jacek Nikliński.

Na podniesienie jakości polskiej nauki liczy również minister Barbara Kudrycka: – Wierzę, że środki, które przeznaczyliśmy na KNOW zwiększą



Rektor UMB prof. Jacek Nikliński, odbiera nominację KNOW od premiera Donalda Tuska i minister nauki prof. Barbary Kudryckiej

komfort pracy naukowców, umożliwią im włączanie do wspólnych projektów badaczy z zagranicy, zatrudnianie najwybitniejszych ekspertów czy odnalezienie młodych talentów, które dają nadzieję na przełomowe badania.

Najlepsze w Polsce ośrodki naukowe wyłoniła specjalna międzynarodowa komisja. Oceniała ona m.in. potencjał naukowy jednostek, międzynarodowe wskaźniki publikacji, realizowane granty badawcze, wdrożenia i patenty, współpracę z otoczeniem gospodarczym oraz plan naukowego rozwoju.

Centrum Badań Innowacyjnych UMB w Białymstoku powołało konsorcjum, które tworzą: Wydział Lekarski oraz Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN, Center for Statistics, Hasselt University w Belgii oraz Center for Metabolomics and Bioanalysis, University San Pablo-CEU w Hiszpanii.

Konsorcjum planuje prowadzić badania poświęcone poszukiwaniu nowych markerów wykrywania, zapobiegania oraz zindywidualizowanej terapii chorób cywilizacyjnych – nowotworowych, metabolicznych i zwyrodnieniowych.

Jeden z projektów obejmuje opracowanie metod wczesnego wykrywania i poprawy skuteczności leczenia raka płuca. Konsorcjum będzie też prowadziło badania nad nowymi sposobami diagnozowania i terapii guzów mózgu, a także metodami wczesnego wykrywania m.in. miażdżycy, niewydolności serca oraz zmian degeneracyjnych układu nerwowego, takich jak choroba Alzheimera.

Konsorcjum chce stwarzać wybitnym młodym badaczom warunki do jak najszybszego uzyskania samodzielności naukowej. Pomóc w tym mają, m.in. finansowanie ich własnych projektów badawczych, a także wyjazdy na staże i stypendia do najlepszych ośrodków naukowych na świecie. Przewiduje się również przeprowadzanie przewodów doktorskich pod kierunkiem wybitnych ekspertów zagranicznych.

Ponadto Konsorcjum planuje zorganizowanie międzywydziałowych, międzynarodowych studiów doktoranckich w dziedzinie biostatystyki oraz bioinformatyki. Doktoranci uzyskiwaliby wspólny tytuł doktora nadawany przez uniwersytety w Hiszpanii i Belgii.

**Wojciech Więcko**  
**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Sztuczne widzenie

Większość pacjentów, chorych na genetycznie uwarunkowane barwnikowe zwyrodnienie siatkówki (*retinitis pigmentosa*) w przyszłości jest skazanych na utratę wzroku. Dzięki przełomowym badaniom zespołu kierowanego przez prof. Eberharta Zrennera z Uniwersytetu w Tübingen w Niemczech stało się możliwe, w pewnym stopniu, przywrócenie widzenia tym chorym.

Profesor Zrenner twierdzi, że jeżeli ktoś ma pomysł, który połowa respondentów uznaje za szalony, nie należy wahać się z jego realizacją. Jest współzałożycielem i kierownikiem firmy Retina Implant AG, produkującej najbardziej zaawansowane implanty podsiatkówkowe na świecie. Większość badań nad nowymi implantami odbywa się we współpracy z Uniwersytetem w Tübingen, gdzie Zrenner kieruje Szpitalem Okulistycznym oraz Wydziałem Okulistyki Eksperymentalnej. Ma na koncie liczne, wielokrotnie cytowane publikacje oraz wiele prestiżowych nagród, w tym „Bartimaeus Award 2007” Światowego Kongresu Sztucznego Widzenia, oraz EURETINA 2011 Innovation Award.

Na początku czerwca profesor odwiedził Białystok.

**Tomasz Dawidziuk: Od jak dawna trwają prace nad nowym implantem i w jakich ośrodkach są prowadzone?**

**Prof. Eberhart Zrenner:** - Badania prowadziliśmy na Uniwersytecie w Tübingen, w latach 2005 – 2011. Obecnie eksperyment stał się międzynarodowy. Od lutego 2012 do współpracy włączyły się ośrodki w Oksfordzie (1 pacjent), w Londynie (1 pacjent), w Hongkongu (2 pacjentów), a niedługo dołączy również ośrodek z Budapesztu. Początkowo, grupa badana obejmowała 26 pacjentów, których zakwalifikowano do operacji wszczepienia implantu.



fot. Tomasz Dawidziuk

Profesor Eberhart Zrenner

**Na czym dokładnie koncentrują się badania?**

- Od 1995 eksperymentowaliśmy z nowym rodzajem chipu zastępującego uszkodzoną siatkówkę na myszach, szczurach i kotach. Przez 10 lat były to

impulsu pobudzającego komórki nerwowe, przyp. red.) w zakresie od - do oraz opisanie wpływu środowiska, jakim jest gałka oczna na elementy elektroniczne. Nie było to zadanie łatwe, ponieważ do prawidłowego funkcjonowania implantu konieczne jest podłączenie zewnętrznego źródła zasilania oraz otorebkowanie elementu światłoczułego wewnątrz oka (oddzielenie elementów ciała obcego od tkanek przy udziale komórek układu odpornościowego, przyp. red.).

**Co sprawia, że chip produkowany przez Retina Implant AG jest przełomowy?**

- Główną częścią implantu jest płytka o wymiarach 3x3mm i grubości 0,1mm. Odchodzi od niej pięć wyprowadzeń, połączonych z przewodami, które zostają przez chirurga wyprowadzone na zewnątrz gałki ocznej. Na płycie znajduje się 1500 elementów światłoczułych, czyli pikseli. Obecnie jest to największa ilość na planecie. Trudno porównywać

*Pacjent odzyskuje mniej niż 5 proc. prawidłowego widzenia, ale sam może już koordynować wzrokiem swoje ruchy*

podstawowe badania, mające na celu ustalenie maksymalnej wielkości implantu, który jeszcze będzie tolerowany, określenia elektrofizjologicznego potencjału wzbudzenia (ang. *current*, napięcie



fot. Tomasz Dawidziuk

Wizyta prof. Eberharta Zrennera w Białymstoku. Od lewej: prof. dr hab. Alina Bakunowicz-Łazarczyk, szefowa Kliniki Okulistyki Dziecięcej DSK, prof. Eberhart Zrenner i dr n. med. Przemysław Pawłowski z Kliniki Okulistyki Dziecięcej DSK

ten układ z chipem amerykańskim, który na swojej powierzchni mieści zaledwie 60 pikseli. Wprawdzie 1500 pikseli nie przywraca ostrości widzenia, ani nie umożliwia widzenia barwnego, ale na obecnym etapie siatkówka po prostu nie jest w stanie przyjąć więcej. Pole widzenia implantu wynosi po 11 stopni w pionie i w poziomie, co również daje niewiele. Pacjent nosi przy sobie niewielkie urządzenie, na którego szczycie znajdują się dwa pokrętła, odpowiedzialne za regulację jasności i kontrastu.

#### Ale pacjenci widzą?

- Tak! Choć jest to obraz czarno-biały z pewną skalą odcieni szarości, bardzo niewyraźny. Postęp polega tutaj na przejściu od bezkształtnej plamy, zajmującej całkowicie pole widzenia na zasadzie jasno-ciemno, do rozróżniania podstawowych kształtów. Stanowi to przywrócenie mniej niż 5 proc. prawidłowego widzenia, ale pacjent może lokalizować przedmioty i koordynować swoje ruchy wzrokiem. Jest w stanie zidentyfikować talerz, filiżankę i widelec, a następnie precyzyjnie chwycić każdy przedmiot. Przestaje poruszać się chaotycznie i przewracać meble stojące na jego drodze. Tak jest w pomieszczeniach. Natomiast na zewnątrz, szczególnie po zmroku, pacjent widzi światła zbliżającego się samochodu oraz latarnie uliczne. Wzrok, przywrócony w ten sposób, wydaje się bardzo

prymitywny. Proszę sobie jednak wyobrazić odczucia pacjentów, którzy dotychczas nie mogli nawet rozróżnić kształtów.

#### Czy w przyszłości możemy oczekiwać poprawy?

- Wzrok, odzyskiwany dzięki kolejnym generacjom implantów, z pewnością może być lepszy. Jest jednak pewne

---

*W implancie jest 1500 elementów światłoczułych. Do tej pory najlepszy amerykański chip mieścił ich ledwie 60*

---

ograniczenie, wynikające z konieczności zachowania odpowiedniej liczby komórek nerwowych w siatkówce, które będą mogły współpracować z urządzeniem. Ulegają one stopniowemu zanikowi w miarę postępu choroby, jaką jest zwyrodnienie barwnikowe siatkówki. Poza tym, nie jest możliwe odzyskanie widzenia przez osobę całkowicie niewidomą, nie widzącą nawet światła. Dzieje się tak ze względu na konstrukcję implantu, który odbiera światło i zamienia je na impulsy elektryczne. One z kolei wzbudzają

potencjały w komórkach nerwowych, które przekazują bodziec włóknami nerwowymi do mózgu.

#### A jak Pan Profesor widzi ewentualną współpracę pomiędzy ośrodkiem w Tübingen a Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku?

- Zauważyłem, że macie wysoce specjalistyczny ośrodek okulistyki dziecięcej. Leczy się tutaj pewne grupy pacjentów, którzy nie są dostępni w Tübingen. Na szczególną uwagę zasługują badania nad krótkowzrocznością u dzieci, prowadzone pod kierownictwem prof. Aliny Bakunowicz-Łazarczyk. Wydaje mi się, że krótkowzroczność jest jednym z najczęściej występujących w Europie problemów ze wzrokiem. We współpracy z białostockim ośrodkiem moglibyśmy spróbować odnaleźć genetyczną przyczynę krótkowzroczności. Połączenie badań genetycznych z badaniami elektrofizjologicznymi (zapis potencjałów wzbudzanych we włóknach nerwowych, w tym wypadku nerwu wzrokowego - przyp. red.) na odpowiednio dużej grupie pacjentów, naświetliłoby konsekwencje fizjologiczne uwarunkowań genetycznych.

#### Kiedy zamierzacie Państwo rozpocząć współpracę?

- Właściwie już zaczęliśmy. Kilka lat temu miała miejsce wymiana pracowników naukowych, co prawda temat pracy był inny, ale pozostały bardzo dobre wrażenia. Od tamtej pory stale wymieniamy korespondencje.



# Wzrok dla ociemniałych implanty podsiatkówkowe

*Niewielki, lecz niezwykle zaawansowany technicznie chip, wszczepiony do oka, jest szansą dla tysięcy niewidomych osób, na odzyskanie wzroku*

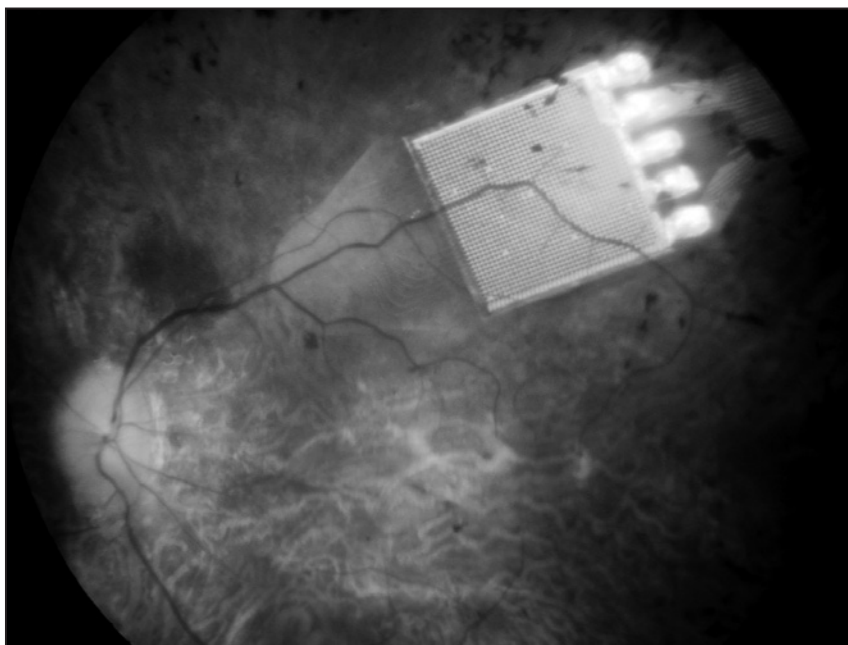
Produkowane przez firmę Retina Implant AG z Niemiec implanty podsiatkówkowe stanowią szczytowe osiągnięcie w dziedzinie przywracania widzenia. Po wszczepieniu implantu do oka, pacjent, który dotychczas rozróżniał tylko światło i cień, jest w stanie zobaczyć drobne przedmioty, określić wyraz twarzy osoby, z którą rozmawia, a nawet odnaleźć błędy w wyrazach zapisanych odpowiednio dużą czcionką.

Choć operacja wszczepienia implantu podsiatkówkowego jest niezwykle skomplikowana, a opieka nad takim pacjentem pochłania bająnskie środki, wydaje, że to cud, iż osoba niemal całkowicie ociemniała znów zaczyna sprawnie poruszać się w otaczającym ją świecie. Rozpoznaje kształty i przedmioty, których wcześniej nie widziała. A wszystko dzięki skomplikowanemu układowi elektronicznemu, wszczepionemu do siatkówki.

Jedynym warunkiem przywrócenia wzroku w taki sposób jest obecność komórek, które będą w stanie przekazać sygnał z chipu do mózgu, czyli przetłumaczyć go z języka maszyny na informację użyteczną dla kory wzrokowej.

## **Retinitis pigmentosa**

Na *retinitis pigmentosa* (w skrócie RP), uwarunkowane genetycznie zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, choruje obecnie około 1,5 miliona ludzi na całym świecie. Eksperti z Retina Implant AG, na czele z prof. Eberhartem Zrennerem szacują, że będą mogli pomóc przynajmniej 200 tys.



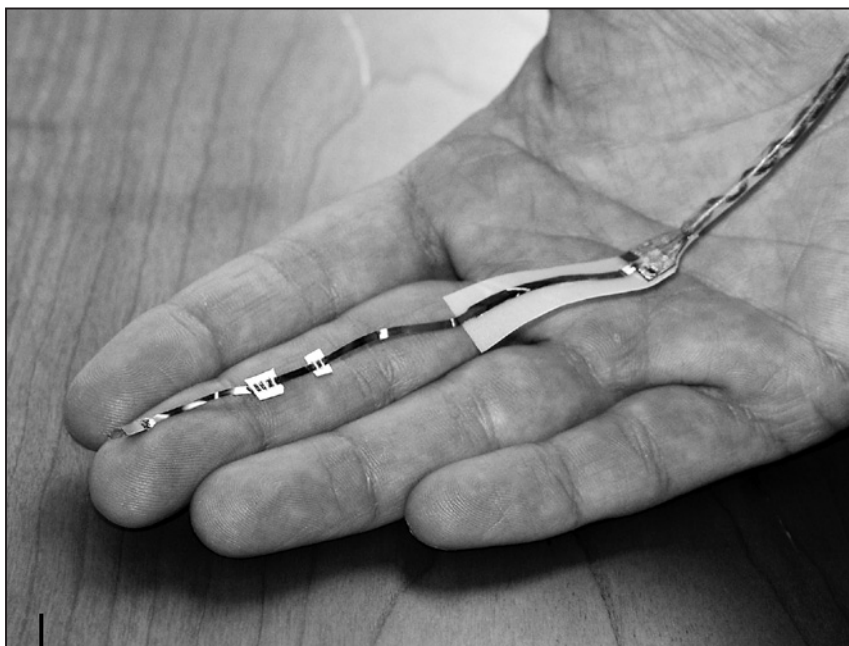
Implant podsiatkówkowy, widoczny w badaniu dna oka. (dzięki uprzejmości biura prasowego Retina Implant GmbH)

z nich. Są to osoby, u których zachowały się komórki siatkówki, które mogą być stymulowane elektrycznie i biorą udział w transdukcji, czyli przekazywaniu sygnału drogami nerwowymi do mózgu. Mimo podejmowanych prób wprowadzania terapii farmakologicznej i genowej, elektroniczny implant podsiatkówkowy pozostaje dotychczas jedyną metodą przywrócenia wzroku chorym na RP.

Choroba w krańcowych przypadkach prowadzi do całkowitej ślepoty. Stoi za tym proces degeneracji receptorów światłoczułych siatkówki: czopków występujących w trzech rodzajach i odpowiedzialnych za widzenie barwne oraz pręcików, przeważających

liczbowo i warunkujących widzenie monochromatyczne. Pod względem światłoczułości, zdecydowanie bardziej wrażliwe na światło są pręciki, dzięki czemu możliwe staje się widzenie w słabych warunkach oświetleniowych. Jest to jednak widzenie w skali odcieni szarości.

Czopki to wyspecjalizowane, adaptacyjne komórki, reagujące na światło o określonej długości fali. Każdy z trzech rodzajów odbiera inny zakres widma światła, odpowiednio w kolorze czerwonym, zielonym i niebieskim. Same czopki nie wystarczą jednak do precyzyjnego widzenia barw. Za to odpowiedzialny jest układ w mózgu, który interpretuje impulsy ze wszyst-



Implant wraz z przewodem prowadzącym do zausznej cewki indukcyjnej (niewidoczna na zdjęciu; dzięki uprzejmości Uniwersytetu w Tübingen)

kich komórek światłoczułych uwzględniając zarówno długość fali (informacja z czopków) jak i natężenie światła (dane z pręcików). Na tej podstawie mózg określa najjaśniejsze punkty percypowanego obrazu i przyjmuje, że są one białe. Działa identycznie jak balans bieli w cyfrowym aparacie fotograficznym, dostosowując tzw. temperaturę barwową obrazu do zmiennych warunków oświetlenia. Można to łatwo sprawdzić. Wystarczy przypomnieć sobie, jak wygląda światło tradycyjnej żarówki, ustawionej przy oknie w dzień. Żarówka wydaje się żółto-czerwona, ponieważ jako źródło światła ma niższą temperaturę barwową niż słońce, uznawane przez mózg w tym wypadku za białe.

Bez względu na rodzaj dziedziczenia, *retinitis pigmentosa* prowadzi do zanikania tych dwóch rodzajów komórek. Z racji rozmieszczenia topograficznego pręcików i czopków na powierzchni siatkówki, najczęstszym i jednym z pierwszych objawów choroby jest tzw. ślepota zmierzchoła, pojawiająca się na skutek degeneracji pręcików i czopków. Prowadzi to także do zawężenia pola widzenia, a najczęściej daje się odczuć w czasie prowadzenia samochodu, kiedy zapada zmierzch.

W kolejnych latach postępowania choroby zanikowi ulegają również czopki, zlokalizowane głównie w centralnej części siatkówki, pokrywającej

się z osią optyczną oka, w miejscu tzw. plamki żółtej. Powoduje to stopniową utratę ostrości widzenia, aż do całkowitego „rozmycia” obrazu, kiedy do mózgu docierają jedynie szczątkowe informacje o natężeniu światła. W krańcowej fazie może dojść do uszkodzenia pozostałych warstw siatkówki, odpowiedzialnych za zbieranie i przekazywanie sygnałów z komórek światłoczułych. Dzieje się tak najczęściej na skutek uszkodzenia naczyń siatkówki i jej następnego niedokrwienia.

### Okno na świat

Najbardziej zaawansowany implant podsiatkówkowy jest rodzajem matrycy, złożonej z elementów światłoczułych oraz układu wzmacniającego sygnał, wymagającego zasilania zewnętrznym źródłem energii. Ma wymiary 3x3 mm i grubość 0,1 mm. Na powierzchni chipu firmy Retina Implant AG, wszczepianego do siatkówki jako zastępstwo zniszczonych pręcików i czopków, znajduje się 1500 fotokatod, co daje rozdzielczość około 39 punktów w poziomie i w pionie. Pole widzenia jest niewielkie, sięga 11 stopni w obu płaszczyznach, stąd okno na świat, jakim jest chip, stanowi niewielki wycinek fizjologii.

Ze względu na stosunkowo niewielką rozdzielczość oraz niemożność

rozdzielania barw, jakość obrazu produkowanego przez implant może być porównywana z obrazem z pierwszych telewizorów, wprowadzonych do użytku w latach 20 XX wieku. Biorąc jednak pod uwagę, że dotychczas maksymalna liczba elementów światłoczułych, znajdujących się na implantach wprowadzanych pacjentom wynosiła 60, jest to znaczny krok naprzód.

Wszczepienie implantu wiąże się ze skomplikowaną operacją mikrochirurgiczną. Chip, umieszczany poniżej dolnych warstw siatkówki (która jest przezroczysta), połączony jest cienkim przewodem z cewką indukcyjną, znajdującą się za uchem. Przewód z gałki ocznej wyprowadzany jest do oczodołu, gdzie tworzy pętlę, a następnie, przez ścianę oczodołu, pod mięśniem skroniowym, prowadzony jest do przestrzeni zausznej. Tam wszczepiana jest cewka. Dzięki niewielkim magnesom, zakotwiczonym w kościach czaszki, możliwe jest przymocowanie drugiej cewki, tym razem na zewnątrz. Zasila ona implant oraz dostarcza informacje o zmianach kontrastu i jasności obrazu. Pacjent może regulować te parametry za pośrednictwem urządzenia wielkości telefonu komórkowego, które nosi w kieszeni.

Efektom działania chipu jest odzyskanie wzroku, choć bardzo niedokładnego, jednak w znacznym stopniu poprawiającego jakość życia. Elementy światłoczułe, czyli fotokatody, odbierają bodźce świetlne naturalną drogą, przez układ optyczny oka, dzięki czemu pozostają zachowane właściwości obrazu związane z ruchami gałki ocznej. Ze względu na bardzo niewielką jasność, czyli światłość układu rogówka-soczewka-ciało szkliste, znikoma część światła dociera do siatkówki. Konieczne jest wzmocnienie sygnału, stymulującego komórki warstwy zwojowej. Ustalenie poziomu pobudzeń elektrycznych, jakie emitują miniaturowe elektrody chipu, stanowi wynik wieloletnich eksperymentów. Tylko w taki sposób możliwe jest przekazanie informacji o obrazie do mózgu, co w największym dotychczas stopniu odzwierciedla stan fizjologiczny.

### I stała się jasność

W badaniach na Uniwersytecie w Tübingen w Niemczech wzięło udział 26 pacjentów. Największym za-





Obraz tomografii komputerowej (CT), pokazujący przewód zasilający implant wewnątrz oczodołu. Źródło: Kemstock CJ, Zrenner E et al. 3D-Visualisation Of Power Supply Cable Of Subretinal Electronic Implants During Eye Movement (doniesienie zjazdowe, 2 maja 2011)

skoczeniem, jak przyznaje prof. Eberhart Zrenner, kierownik projektu, było znalezienie przez jednego z pacjentów błędu literowego w prezentowanym mu wyrazie. Inny natomiast stwierdził, że był w stanie zobaczyć zęby uśmiechającej się osoby. Typowe jest natomiast rozpoznawanie przedmiotów leżących na stole, takich jak łyżka, widelec, talerz, kubek czy książka.

Jak w przypadku każdej innowacji, początki bywają trudne, a efekt pozostaje daleki od ideału. Jednak działające implanty podsiatkówkowe z pewnością zapoczątkują nowy rozdział w naukach medycznych. W swoim artykule, opublikowanym w *Nature Photonics* 29 maja 2012, prof. Zrenner pisze o różnych metodach zastępowania uszkodzonych komórek światłoczułych siatkówki. Przy pierwszej próbie wszczępienia tzw. komórek solarnych do oka (1956, Tassicker, GE, *British Journal of Ophthalmology*) okazało się, że natężenie światła wpadającego do oka w losowo wybranym punkcie na

siatkówce jest co najmniej 1000 razy za małe, żeby wywołać efekt fotoelektryczny, mogący stymulować komórki

nerwowe. Kolejne próby odbywały się przy użyciu zewnętrznych kamer, które przekazywały sygnał do stymulatora siatkówki przewodowo. Fizjologiczne ruchy oka nie pokrywały się z ruchami kamery, dlatego było niemożliwe związane z nimi odświeżanie obrazu.

Obecnie prowadzone są badania z implantami elastycznymi, złożonymi z fotokatod i układów wzmacniających, rozmieszczonych na konstrukcji ze sprężystego metalu. Wymagają one zasilania, które naukowcy planują dostarczać przez specjalne gogle, emitujące światło w zakresie bliskiej podczerwieni, na które ma reagować układ wzmacniający sygnał. Problemem wydaje się ruch gałki ocznej, zmieniający kąt wpadania światła podczerwonego do oka, jednak przyszłość pokaże, czy będzie trudno sobie z tym poradzić.

Projekt badawczy, skoncentrowany na implantach podsiatkówkowych, od początku wiąże się z ogromnymi kosztami. Dotychczas niemieckie Federalne Ministerstwo Badań i Rozwoju zainwestowało w badania około 6,5 miliona euro. Kolejne 3,5 miliona pochodziło z kieszeni sponsorów, a 15 milionów wyniósł wkład własny spółki Retina Implant AG. W dziedzinie badań nad „sztucznym widzeniem”, prof. Zrenner otrzymał w 2011 roku nagrodę za innowacyjność „EURETINA Innovation Award”.

**Tomasz Dawidziuk**



Przykładowe widzenie. Taki obraz przypuszczalnie widzi pacjent, któremu zostaje wszczępiiony implant

# Nowy rok akademicki nowi szefowie

Cztery zakłady i jedna klinika od nowego roku akademickiego będą miały nowych szefów. Rektor powołał ich na sześcioletnią kadencję.

Konkursy na stanowiska kierowników przeprowadzono w czterech zakładach (Zakładzie Biochemii Lekarskiej, Zakładzie Biofizyki, Zakładzie Fizjologii, Zakładzie Medycyny Nuklearnej) oraz klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Następnie kandydatury pozytywnie zaopiniowała rada Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii. Po tym decyzję – powołanie do pełnienia funkcji – podjął rektor prof. Jacek Nikliński.

Nowi szefowie obejmą swoje stanowiska od 1 października. Zapytaliśmy ich o doświadczenie zawodowe, a także o to, czy planują jakieś zmiany w obejmowanych jednostkach.



**Prof. Adrian Chabowski** zastąpi prof. Jana Górskiego na stanowisku kierownika Zakładu Fizjologii UMB. Prof. Chabowski ma 39 lat i jest jednym z najmłodszych lekarzy z tytułem profesora. Doktorat zrobił w Zakładzie Patomorfologii, gdzie zajmował się m.in. innymi badaniami nad rakiem jelita grubego. Od 1999 roku pracuje w Zakładzie Fizjologii. Trafił tam przez przypadek.

- Jeden z pracowników zakładu wyjechał do USA na stypendium, zostałem

więc zatrudniony na etat czasowy, na rok – opowiada prof. Chabowski. – Po roku ta osoba podjęła decyzję, że nie wraca, więc dostałem stały etat.

Pół roku później sam wyjechał na trzyletni staż do Kanady. Kiedy wrócił, rzucił się w wir pracy naukowej.

- Fizjologia mnie zafascynowała – przyznaje. – W zakładzie zajmujemy się badaniem metabolizmu lipidów wewnątrzmięśniowych, sercowych, wątrobowych, w osoczu. Badamy to w różnych aspektach: po wysiłku, w cukrzycy, w otyłości czy np. przy niewydolności serca. Są to niezwykle ciekawe badania.

Od października obejmie nie tylko funkcję kierownika Zakładu Fizjologii, ale również prorektora ds. dydaktyki UMB. I, jak mówi, na tym bardziej się skupia.

- Przyznam szczerze, że jeszcze nie myślałem o zmianach, jakie miałbym wprowadzać w zakładzie – mówi. – Ale zasada jest taka, że w zwycięskiej drużynie dużo się nie zmienia. Uważam, że zakład działa właściwie, więc zmiany jeśli będą, to drobne, kosmetyczne. Być może w przyszłości trzeba będzie wprowadzić jakieś zmiany, ale na razie jest na to za wcześnie.



**Prof. Krzysztof Sobolewski** od września będzie kierował Zakładem Bioche-

mii Lekarskiej. Zastąpi na tym stanowisku prof. Edwarda Bańkowskiego. Prof. Sobolewski całe swoje życie zawodowe poświęcił pracy naukowo-dydaktycznej. Choć, jak przyznaje, przez moment, po skończeniu studiów myślał o pracy lekarza.

- Mam specjalizację z chorób wewnętrznych – mówi.

Nauka jednak wygrała. Od października 1980 roku pracuje w Zakładzie Biochemii. Zajmuje się badaniami patobiochemii tkanki łącznej.

Jak mówi, nie zamierza wiele zmieniać w zakładzie: - Chcę korzystać z dobrych wzorców mojego dotychczasowego szefa – prof. Bańkowskiego. Nie widzę potrzeby wprowadzania zmian.

Obecnie w zakładzie pracuje osiem osób (jest to najmniejszy zakład w Polsce). Prowadzą zajęcia dla studentów wydziału lekarskiego, stomatologii, fizjoterapii, pielęgniarstwa i położnictwa, ratownictwa medycznego oraz wydziału zdrowia publicznego.



**Dr hab. Maria Karpińska** zastąpi prof. Annę Kostrzewską w Zakładzie Biofizyki. Z wykształcenia jest fizykiem, a w zakładzie pracuje od 20 lat. Jak mówi najbardziej martwi ją dydaktyka prowadzona w zakładzie.



- Młodzież, która do nas trafia, często w ogóle nie ma pojęcia o fizyce – mówi dr Maria Karpińska. – To nie do końca ich wina, bo po prostu w szkołach średnich mają o jedną trzecią mniej zajęć z fizyki, niż na przykład miałam ja. Kiedy trafiają na studia są nieprzygotowani do tego poziomu, jaki tu mamy. Oni w naszym zakładzie mają uczyć się praktyki, robią doświadczenia, dotykają, mierzą. Ale okazuje się, że boją się myśleć i wyciągać wnioski. Potrzebne byłyby jakieś dodatkowe zajęcia wyrównawcze. Ale to oczywiście wiąże się z dodatkowymi pieniędzmi i to jest problem. I z tym będę musiała się jako kierownik zmierzyć.

Dr Karpińska w swojej pracy naukowej zajmuje się badaniem promieniotwórczości naturalnej, a dokładnie obecności radonu w powietrzu. Z pasją opowiada o tym gazie.

- Jest to bezbarwny, bezwonny gaz, który znajduje się w powietrzu i którym oddychamy – mówi. – A jest on bardziej szkodliwy od promieniowania rentgenowskiego. Robiliśmy ciekawe badania, szukaliśmy m.in. miejsc w północno-wschodniej Polsce, gdzie poziom tego gazu jest wysoki i badaliśmy też, od czego to zależy.



**Dr hab. n. med. Iwona Flisiak** zastąpi prof. Bożenę Chodynicką na stanowisku kierownika Kliniki Dermatologii i Wenerologii UMB. Po skończeniu studiów (na białostockiej uczelni) marzyła o leczeniu dzieci, więc rozpoczęła pracę w Oddziale Dziecięcym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. K. Dłuskiego w Białymstoku. Po uzyskaniu specjalizacji z pediatrii przeniosła się do Poradni Dermatologicznej Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Jednocześnie rozpoczęła specjalizację z dermatologii i wenerologii w Klinice Dermatologii i Wenerologii. Wtedy to prof. Chodynicka zaproponowała jej etat asystenta w swojej klinice.

- Nie byłam pewna, czy sobie poradzę z nowym wyzwaniem, ale postanowiłam spróbować – opowiada. – Praca dydaktyczna i naukowa wciągnęła mnie jednak tak bardzo, że od roku 1993 związana jestem z Kliniką Dermatologii i Wenerologii. Tam zrobiłam doktorat i habilitację.

Zainteresowania naukowe dr Flisiak w początkowym okresie skupiały się na boreliozie z Lyme (temu tematowi poświęcony był doktorat). Następnie zajęła się badaniami nad patogeną łuszczycy, zwłaszcza w zakresie dotyczącym zależności pomiędzy aktywnością choroby, a potencjalnymi biomarkerami mogącymi znaleźć zastosowanie w monitorowaniu jej przebiegu. Wyniki tych badań zostały opublikowane w liczących się czasopiśmie dermatologicznym i pozwoliły na sfinalizowanie przewodu habilitacyjnego. Po przeniesieniu Kliniki Dermatologii na teren Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego okazało się, że istnieje potrzeba wydzielenia Pododdziału Dermatologii Dziecięcej. Dr Flisiak zajęła się jego organizacją i nadzoruje jego funkcjonowanie. W roku 2011 wybrano ją przewodniczącą Sekcji Dermatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Od nowego roku akademickiego przybędzie jej obowiązków związanych z kierowaniem kliniką. Rewolucji jednak nie przewiduje.

- Oczywiście potrzebne są pewne inwestycje związane z rozwojem dermatologii i pojawieniem się nowoczesnych metod terapeutycznych – mówi. – Jednak najważniejsze zadania widzę w pracy z ludźmi, gdyż w najbliższych latach w Klinice Dermatologii i Wenerologii UMB dokonana się zmiana pokoleniowa. Kilku naszych współpracowników w krótkich odstępach czasu odchodzi na emeryturę. Muszę zadbać o to, aby to przekazanie „pałeczki” młodemu dermatologom nastąpiło sprawnie. Chodzi o to, aby postrzegali klinikę jako miejsce dające im szansę rozwoju zawodowego i naukowego. Chciałabym, by młodzi białostoccy dermatolodzy mogli realizować swoje ambitne plany naukowe i by zespół aktywnie uczestniczył w wydarzeniach naukowych środowiska dermatologicznego wzmacniając w ten sposób pozycję ośrodka w kraju.



**Prof. Janusz Myśliwiec** od nowego roku akademickiego zastąpi na stanowisku kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej prof. Franciszka Rogowskiego. Profesor od 18 lat (od skończenia studiów) związany jest z Kliniką Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, i jak przyznaje, endokrynologia jest jego największą „medyczną miłością”. Ale podkreśla też, że jest ona blisko związana z medycyną nuklearną, która go również od lat fascynuje.

- Zakład Medycyny Nuklearnej zajmuje się tym, co my – czyli diagnostyką i leczeniem tarczycy, przynależnych, guzów neuroendokrynych – mówi. – Jesteśmy specjalistami, którzy najbliższej współpracują z zakładem.

Jak mówi, cieszy się z objęcia stanowiska i ma wiele pomysłów, co można zmienić, by Zakład Medycyny Nuklearnej był nowoczesniejszy i bardziej dochodowy.

- Marzy mi się hybryda PET – CT, bo jako jedyny ośrodek akademicki w Polsce nie mamy takiego urządzenia – mówi. - Chciałbym, by były też łóżka szpitalne do leczenia izotopowego, które jest korzystnie finansowane przez NFZ. Wiem, że mimo pierwotnych planów w modernizowanym szpitalu zabraknie tego i przez to moja radość z objęcia funkcji kierownika zakładu jest nieco mniejsza. Wierzę, że w przyszłości znajdzie się wola i pieniądze, co pozwoli na doświadczenie standardów europejskich. Wielkie nadzieje wiążemy z perspektywą instalacji PET– MR w naszym mieście.

Prof. Myśliwiec solidnie przygotowuje się do nowego stanowiska – w najbliższych miesiącach przystąpi do egzaminu specjalizacyjnego z medycyny nuklearnej. Będzie to już jego czwarta specjalizacja – po chorobach wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Najważniejszy egzamin z życia

○ przeżyciu starszego mężczyzny zdecydował przypadek. We właściwym czasie, we właściwym miejscu, znalazł się właściwy człowiek – Rafał Milewski, student ratownictwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zrządzenia losu mają to do siebie, że nigdy nie wiadomo, kiedy zwykły spacer stanie się najważniejszym z dotychczasowych wydarzeń w życiu. Przekonał się o tym Rafał Milewski, przygotowujący się do końcowych egzaminów na studiach. Był koniec maja, wracał z zakupów. Przechodził chodnikiem wzdłuż ulicy Skłodowskiej w Białymstoku, kiedy zauważył tłum ludzi. Gapie zebrali się przy murku, gdzie leżał nieprzytomny starszy człowiek.

- Podeszedłem i zapytałem, co się stało - wspomina tamte wydarzenia. - Ktoś powiedział, że tamten człowiek zwyczajnie szedł, a po chwili po prostu upadł. I że czekają na karetkę. Kucnąłem przy poszkodowanym, żeby ocenić jego stan. Miał zakrwawioną twarz, ale oddychał.

## Linia prosta

Po kilku minutach stan mężczyzny się pogorszył. W pewnej chwili przestał oddychać.

Ratownik zapomniał o torbach z zakupami, stojących gapiach, jadącej karetce i czekających go egzaminach. Wypracowany podczas nauki odruch pomocy natychmiast zmusił go do działania.

- Odwróciłem poszkodowanego na plecy, udroziłem drogi oddechowe, sprawdziłem oddech i rozpocząłem masaż serca – relacjonuje swoje poczynania. - Wśród zebranych zapanowała panika. Nie wiedzieli, że studiuje ratownictwo, nie mogli więc przypuszczać, że wiem co robię.

Kiedy przyjechało pogotowie, mężczyźnie założono elektrody i zrobiono EKG. Kardiomonитор pokazał płaską linię. Oznaczało to zatrzymanie krążenia w mechanizmie asystolii, czyli całkowitego ustania akcji serca. Zespół karetki kontynuował resuscytację z podaniem leków. Po kilku cyklach, złożonych z masażu serca i oddechów ratowniczych, serce chorego zaczęło znów bić i można było przewieźć go do szpitala.



fot. Tomasz Dawidziuk

Murek w okolicy ul. Skłodowskiej, gdzie doszło do wypadku.

## Ratowanie we krwi

Jak mówi Milewski, na studia trafił świadomie, nie przez przypadek.

- Zawsze marzyłem, żeby pracować w pogotowiu – opowiada. - Kiedyś myślałem jeszcze o straży pożarnej,

Miesiąc po tym zdarzeniu złożył ostatni egzamin zawodowy i stał się ratownikiem medycznym. Jak wyznał, nie był to wcale najtrudniejszy sprawdzian, z jakim przyszło mu się zmierzyć.

## Nic do stracenia

Nie uważa, że tamtego dnia zrobił coś nadzwyczajnego.

- Podjąłem najzwyklejszy BLS (ang. Basic Life Support, czyli podstawowy algorytm ratowania życia - przyp. red.) - tłumaczy. - Mógł to zrobić każdy człowiek, przeszkolony choćby na kursie prawa jazdy. Nie sądzę, że bym zasługiwał z tego powodu na aplauz.

Rafał zdaje sobie sprawę z tego, że ludzie boją się sprawdzić oddech poszkodowanego czy udzielić mu pierwszej pomocy.

- Ludzie boją się, że masując serce mogą zrobić poszkodowanemu większą krzywdę – mówi Milewski. - Niektórzy obawiają się konsekwencji prawnych, policji, prokuratury. Nie należy tak myśleć. Człowiek, któremu zatrzymało się serce ma raczej niewiele do stracenia, a dzięki szybkiej interwencji może wrócić do żywych. Rachunek jest prosty.



Rafał Milewski: - Pomóc mógł każdy. Nie zasługuję na aplauz

jednak ostatecznie wybrałem ratownictwo. Studia były moim świadomym, w pełni przemyślanym wyborem.

**Tomasz Dawidziuk**



# Idzie nowe w szpitalu klinicznym

**W** Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku widać zmiany. Na 50 urodziny szpitala dyrekcja zafundowała wszystkim pracownikom identyfikatory. Uruchomiona została również nowa strona internetowa.

Podstawą do podjęcia przez dyrekcję decyzji o wprowadzeniu identyfikatorów była ustawa o działalności leczniczej. Art. 36.1 tej ustawy mówi, że osoby zatrudnione w szpitalu oraz będące na „kontrakcie” są „obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby”.

Jak było do tej pory? Nie było to ujednolicone. W niektórych klinikach np. Klinice Ginekologii kierownik zaopatrzył wszystkich swoich pracowników w identyfikatory ze zdjęciami. Pielęgniarki w całym szpitalu nosiły natomiast małe metalowe tabliczki z nazwiskami. Niektórzy lekarze - tabliczki z ręcznie wypisanymi nazwiskami, inni nie mieli w ogóle identyfikatorów.

## Każdy z plaketką

Teraz to się zmieni. Wszyscy pracownicy szpitala (prawie 2 tys. osób) zostali podzieleni na pięć grup zawodowych: identyfikatory z niebieskim paskiem będą nosić lekarze, z czerwonym – personel pielęgniarski i położne, z zielonym – pracownicy diagnostyki, z żółtym – personel techniczny, a z pomarańczowym administracja. Na każdej plaketce jest też imię i nazwisko oraz zdjęcie pracownika, pełniona funkcja, oraz jednostka, gdzie dana osoba pracuje.

- Personel medyczny musi być rozpoznawalny, tak jest na całym świecie – tłumaczy Bogusław Poniatowski, dyrektor USK. – Wszyscy muszą nosić identyfikatory. W przypadku uszkodzenia lub zgubienia plaketki, pracownik będzie musiał wyrobić ją na własny koszt.

Gubieniu identyfikatorów mają zapobiec umieszczone na nich zdjęcia.

- Łatwo będzie wyłapać, jeśli ktoś znajdzie i założy nie swój identyfikator – tłumaczy dyrektor Poniatowski.

Dodatkowo każdy identyfikator ma z tyłu wydrukowany kod paskowy

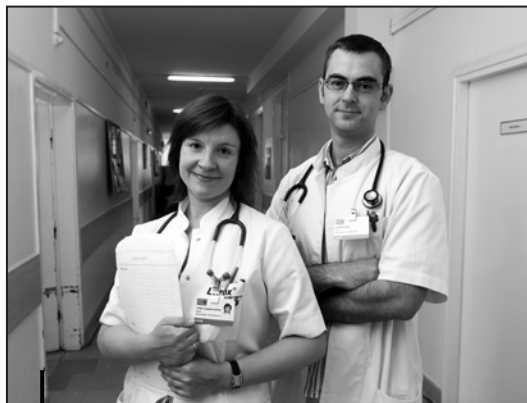


foto: Tomasz Dawidziuk

Pracownicy Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych z nowymi identyfikatorami



Stronę można obejrzeć pod adresem [www.usk.bialystok.pl](http://www.usk.bialystok.pl)

z numerem przyporządkowanym konkretnemu pracownikowi. Kody paskowe mają być w przyszłości wykorzystane przy systemie dystrybucji leków. Identyfikatory kryją w sobie jeszcze jedną niespodziankę. Mają wbudowany specjalny mikroprocesor, który w założeniu ma działać jak obecne zbliżeniowe karty płatnicze. W przyszłości ułatwi to życie pracownikom, bo np. zbliżając kartę do odpowiednich czytników, uprawnione osoby będą mogły, bez konieczności wbijania kodów wchodzić na blok operacyjny czy SOR.

## Wszystko w internecie

Od połowy lipca w USK ruszyła także nowa strona internetowa. Jest bardziej czytelna i atrakcyjna graficznie. Nowością jest dział „dla pacjenta”.

- Pacjenci znajdą tu wszystkie niezbędne informacje dotyczące pobytu w naszym szpitalu – poczynając od tego, gdzie zaparkować samochód, jakie zabrać ze sobą dokumenty, czy jak przygotować się do operacji czy porodu – mówi dyrektor. – W dziale szpital można poznać dokładną strukturę placówki i zapoznać się z działalnością poszczególnych klinik czy zakładów. Jest również oddzielna zakładka dla mediów.

Oprócz portalu internetowego działa Intranet, czyli wewnętrzna strona dostępna tylko dla pracowników szpitala. Znajdą oni tam wszystkie niezbędne dokumenty kadrowe, wnioski socjalne oraz najnowsze zarządzenia dyrekcji.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**



fot. Tomasz Dawidziuk

Pamiętkowe zdjęcie uczestników ostatniego posiedzenia Senatu UMB

## Ostatnie posiedzenie Senatu UMB

W końcu maja odbyło się ostatnie posiedzenie tej kadencji Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Podczas obrad zapadła m.in. decyzja o zatrudnieniu prof. Wiesława Drozdowskiego na stanowisku profesora zwyczajnego w Klinice Neurologii UMB.

Poza tym zdecydowano także o: \*zatwierdzeniu efektów kształcenia na poszczególne kierunki studiów Wydziału Lekarskiego, Wydziału Farmaceutycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu; \*przystąpieniu UMB do realizacji pro-

jektu pn. „UMB na ścieżce innowacyjnego rozwoju”; \*prefinansowaniu projektu realizowanego przez UMB pn. „Studiuje, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB”; \*wyrażeniu zgody na przystąpienie w charakterze partnera UMB wraz Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Białymstoku do projektu pn. „Poprawa zdrowia matki i dziecka poprzez wprowadzenie nowych standardów opieki nad ciążą, rozwój metod wczesnej diagnostyki i terapii wad płodu oraz modernizację nadzoru okołopo-

rodowego oraz ciąży wysokiego ryzyka w Klinice Perinatologii i Położnictwa UMB”; \*zawarcia porozumienia UMB z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Ciechanowie; \*kontynuowaniu współpracy pomiędzy UMB a Uniwersytetem San Pablo w Hiszpanii; \*zmianie nazwy Kliniki Ginekologii na Klinikę Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej

Na początku obrad senatorowie ustalili się do pamiątkowej fotografii.

**opr. bdc**

## Nowy szef fundacji UMB

Prof. Sławomir Wołczyński po raz drugi został prezesem Fundacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Fundacja została powołana przez Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku we wrześniu 1996 roku i jest niezależną, niedochodową organizacją, samodzielną finansowo. Celem Fundacji jest wspieranie finansowe działalności dydaktycznej, naukowej i klinicznej, prowadzonych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Fundacja nie otrzymuje żadnych dotacji budżetowych. Środki finansowe

uzyskuje z działalności gospodarczej i usługowej, prowadzonej przez siebie, a także z darowizn od osób fizycznych i prawnych.

– Do nas trafiają zyski wypracowane przez apteki akademickie, a także Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej oraz Centrum Medycyny Estetycznej – mówi prof. Wołczyński. – Prezesem zostałem wybrany pod koniec maja i teraz poznaję swoją funkcję.

Do tej pory dotacje przyznawane były na realizację konkretnych projektów m.in. za pieniądze z fundacji wyposażona została aula w Uniwersyteckim Szpitalu

Klinicznym, wyposażenie komputerowe w zakładzie Anatomii Prawidłowej i Zakładzie Patologii Ogólnej, Zakładzie Farmakologii, sala mikroskopowa w Zakładzie Diagnostyki Hematologicznej czy studencka pracownia komputerowa w akademiku.

Wraz z nowym prezesem wybrany został również nowy zarząd fundacji. Szefem rady fundacji został prof. Marek Rogowski, a w zarządzie zasiadli m.in.: prof. Lech Chyczewski, prof. Jerzy Pałka, prof. Maria Gołębowska.

**km**



# Medal dla prof. Dobrońskiego

**W** październiku, podczas inauguracji roku akademickiego dr hab. Adam Czesław Dobroński, profesor Uniwersytetu w Białymstoku zostanie uhonorowany Medalem za Zasługi dla UMB. Taką decyzję podjął Senat uczelni na posiedzeniu 28 czerwca 2012 roku na wniosek prof. dr. hab. Lecha Chyczewskiego, redaktora naczelnego naszego miesięcznika.

- Profesor Adam Dobroński od wielu lat współpracuje z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku – uzasadniał nominację wnioskodawca. - Od blisko 10 lat publikuje na łamach „Medyka Białostockiego” szkice monograficzne poświęcone miastom naszego regionu. Wielokrotnie też uczestniczył w spotkaniach naukowych organizowanych w pałacu Branickich – siedzibie uczelni. Jeden z pierwszych jego wykładów poświęcony był Julianowi Marchlewskiemu, ówczesnemu patronowi Akademii Medycznej. Wydarzenie zostało zainicjowane przez rektora AMB prof. Andrzeja Kalicińskiego, którego ideą było uwolnienie uczelni od niechlubnego patrona. Zwracam również uwagę na fakt, że profesor Dobroński na łamach codziennej prasy promuje naszą uczelnię, w tym również miesięcznik „Medyk Białostocki”.

Medal za Zasługi dla AMB przyznawany jest od roku 1974. Jako pierwszy otrzymał go Franciszek Szlachcic, ówczesny wiceprezes Rady Ministrów. Do roku 2008 wyróżnienie to otrzymało 191 osób. Wśród nagrodzonych byli naukowcy



Rewers i awers Medalu za Zasługi dla UMB

z Polski i zagranicy, politycy oraz pracownicy uczelni. Po przekształceniu akademii w uniwersytet Medal za Zasługi dla UMB, sygnowany w rejestrze numerem 1, przyznano w roku 2008 prof. dr. hab. Janowi Górskiemu, byłemu rektorowi uczelni.

Profesor Adam Czesław Dobroński będzie już czternastą osobą uhonorowaną przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku tym wyróżnieniem.

**Danuta Ślósarska**

## Adam Czesław Dobroński

Urodzony w 1943 r., absolwent Uniwersytetu Warszawskiego, historyk, dr hab., profesor UwB, kierownik Zakładu Historii Wojskowej i Studium Doktoranckiego na tymże uniwersytecie, poseł na Sejm II kadencji, były radny Sejmiku Województwa Podlaskiego z listy PSL. Zajmuje się historią wieków XIX i XX, bada przeszłość Podlasia, uprawia historię wojskowości i oświaty. Jest autorem ponad 30 publikacji książkowych redaktorem wielu czasopism, m.in. „Przeglądu Historycznego”, „Roczników Grodzieńskich”, „Zesłańca”. Należy do Towarzystwa Przyjaciół Ziemi Łomżyńskiej, jest członkiem honorowym Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego im. Adama Chętnika i Augustowsko-Suwalskiego Towarzystwa Naukowego.

## W skrócie

### Milion na naukę

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego ogłosiło konkurs na dofinansowanie najlepszych programów studiów, które będą realizowane od nowego roku akademickiego. Milion złotych trafi do twórców programów do końca 2012 roku. Mogą one zostać wydane np. na organizację praktyk i staży dla studentów; wynagrodzenia dla wybitnych praktyków biznesu, którzy poprowadzą zajęcia albo dla nauczycieli akademickich o międzynarodowej re-

nomie; na ćwiczenia w małych grupach, w których studenci będą pracować nad jakimś innowacyjnym przedsięwzięciem, a jednocześnie doskonalić umiejętności współpracy, rozwiązywania problemów i ustalania priorytetów zadań.

Więcej - na stronie internetowej ministerstwa.

### Granty na granty

Start VI już edycji konkursu „Granty na granty – wsparcie polskich koordynatorów

w programach badawczych Unii Europejskiej” ogłosiła prof. Barbara Kudrycka, minister nauki i szkolnictwa wyższego. Głównym celem konkursu jest wsparcie finansowe polskich jednostek naukowych, które zamierzają stworzyć międzynarodowe konsorcjum i koordynować projekt realizowany w ramach programu badawczego Unii Europejskiej. Nabór wniosków potrwa do 15 listopada 2012 r. Szczegółowe informacje na stronie ministerstwa.

**opr. km**

# Sztuka w UMB

**B**iałostocki Ośrodek Kultury przekazał JM Rektorowi UMB specjalne podziękowania za współpracę przy organizacji tegorocznych Dni Sztuki Współczesnej.

Podczas Dni Sztuki Współczesnej na Uniwersytecie miały miejsce dwa wydarzenia: spektakl Hiroaki Umedy i „Koncert na ścianie” Sylwestra Łuczaka. Ten pierwszy odbył się w maju w auli sportowej UMB. Hiroaki Umeda to artysta wszechstronny: choreograf, tancerz, dźwiękowiec, operator obrazu i oświetlenia. W Białymstoku pokazał dwuczęściowy spektakl multimedialny. Umeda do swoich prezentacji wykorzystuje najnowocześniejsze technologie komputerowe - pokazuje się na tle wielkich ścian, które pokrywają obrazy cyfrowe puszczane z rzutnika. Efekty wizualne - ale pochodzące już z innego rzutnika pokrywają również ciało tancerza, stanowiąc rodzaj zsynchronizowanego kostiumu i choreografii jednocześnie.

Z kolei „Koncert na ścianie” odbył się na dziedzińcu Pałacu Branickich. Jak pisały białostockie dzienniki „był z pewnością najbardziej widowiskową i przystępną częścią Dni Sztuki Współczesnej 2012 w Białymstoku. I potwierdził wyjątkową urodę Pałacu Branickich”. Muzycy, pod kierunkiem Ryszarda Bazarnika grali muzykę etno zawieszeni na ścianie na alpinistycznych linach. Koncertowi

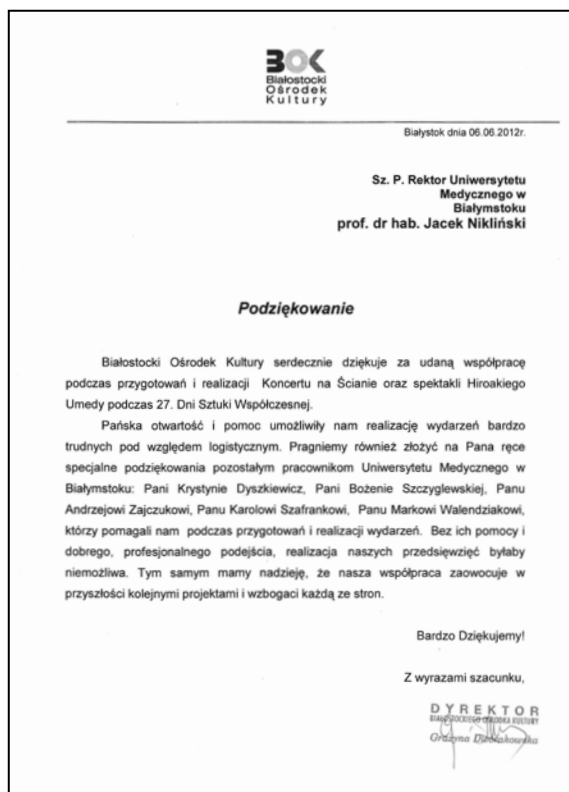
towarzyszyły wyświetlane na budynku pałacu wizualizacje obrazów Sylwka Łuczaka. Efekt był niesamowity.

Do tej pory muzycy „Koncertu na ścianie” wystąpili ponad 200 razy i to nie tylko w Polsce, ale też w Niemczech, Rumunii, Emiratach Arabskich. Sceną

dla tych prezentacji było wiele cennych gmachów (kilkanaście obiektów wliczonych do Światowego Dziedzictwa Kultury UNESCO).

Zdjęcia z tej imprezy na str. 2

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**



## Wpadnij w wakacje do muzeum

**N**udzisz się? Nie wiesz co zrobić z dziećmi w wakacje? Odwiedź Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB.

Placówka specjalnie przygotowała się na ten wolny czas. Do odwiedzenia stałych ekspozycji zaprasza od wtorku do piątku w godzinach 10-17 oraz w niedzielę w godzinach 9-17.

Muzeum proponuje też tematyczne zajęcia edukacyjne dla grup zorganizowanych (telefoniczna rezerwacja /85/ 748 54 05; 748 54 67). Pierwszy temat „Moja pierwsza wizyta w muzeum” obejmuje poznanie tajemnic dawnej apteki, odwiedzenie szpitala

polowego, dawnego gabinetu okulistycznego, ginekologicznego czy stomatologicznego. Czas zwiedzania to ok. 45 min, wycieczka przeznaczona jest dla osób w wieku 5-19 lat. Koszt - 5 zł od osoby.

Drugi temat to „Magia apteki”. Uczestnicy spotkania poznają tajemniczy świat dawnej apteki, zobaczą wiekowe narzędzia i naczynia, dowiedzą się jak kiedyś wytwarzano lekarstwa, a także sami wykonają tabletkę. Czas warsztatów ok. 45 min, wycieczka przeznaczona dla osób w wieku 5-19 lat. Koszt - 5 zł od osoby

Trzecią propozycją jest wizyta u stomatologa. Choć może wydawać się to straszne, wcale tak nie będzie. Pracownicy muzeum

pokażą stare narzędzia dentystyczne, będzie można usiąść na dawnym fotelu stomatologicznym. Czas zwiedzania ok. 45 min, wycieczka przeznaczona dla osób w wieku 5-19 lat. Koszt - 5 zł od osoby.

Dla dzieci od 6 do 12 lat muzeum zorganizowało specjalne warsztaty. Program: zwiedzanie Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB oraz Pałacu Branickich – siedziby Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; warsztaty „Moje ulubione Muzeum”. Cena warsztatów: 50 zł, ilość miejsc ograniczona, zapisy pod numerem: /85/ 748 54 67.

**bdc**



# Muzealne poruszenie

Posiadanie i zgłębianie wiedzy o historii i dziedzictwie kulturowym jest niezbędnym elementem świadczącym o wartości danego człowieka. Doskonałą płaszczyznę do zachowania i upowszechniania tej wiedzy w społeczeństwie stanowią muzea. Szczególnym ich rodzajem są placówki działające w strukturach uczelni wyższych. Spełniają bowiem wielorakie funkcje.

Oprócz tradycyjnego gromadzenia eksponatów, ich konserwowania, prowadzenia prac badawczych, wystawienniczych, ich główna rola polega na zachowaniu dziedzictwa historycznego danej uczelni i nauki. Warto tu przytoczyć słowa Maksymiliana Jacobi, który mawiał: „Podobnie jak bez znajomości swego kraju nie będziecie mogli pojąć jego struktury, a bez poznania zarodka niełatwo zdołacie dokładnie prześledzić rozwój człowieka, tak bez znajomości historii waszej nauki lub sztuki nie staniecie się nigdy obywatelami waszego zawodu”.

W Polsce muzeów działających na uczelniach wyższych jest kilkanaście. Zadaniem wszystkich jest zachowanie historii danej uczelni oraz zgodnie z zapisem w ustawie o szkolnictwie wyższym - upowszechnianie i pomnażanie osiągnięć nauki, kultury narodowej i techniki. Jednak placówki te funkcjonują na nieco odmiennych zasadach niż pozostałe muzea. Wiele zależy od postrzegania zasadności kultywowania tradycji uniwersyteckich i historii nauk przez władze uczelniane. Poza tym działania polskich placówek muzealnych funkcjonujących na uczelniach wyższych nie są spinane jednym centralnym zrzeczeniem muzealników.

Mając na względzie potrzebę opracowania wspólnych dróg rozwoju i działalności, 5 czerwca 2012 roku w Warszawie doszło do pierwszego ogólnopolskiego spotkania kierowników muzeów szkół wyższych. Inicjatywa narodziła się podczas wspólnych rozmów między dwoma ośrodkami – Gdańskiem i Białymstokiem. Pan dr Marek Bukowski – kierujący Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i autorka niniejszego artykułu zwrócili się z zaproszeniem do

---

*Działania polskich placówek muzealnych funkcjonujących na uczelniach wyższych nie są spinane jednym centralnym zrzeczeniem muzealników*

---

pozostałych osób. W pierwszym spotkaniu uczestniczyli: dr Marek Bukowski (Gdański Uniwersytet Medyczny), dr Magdalena Grassmann (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku), mgr Karolina Grobelska (Wyższa Szkoła Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie), mgr Grażyna Jermakowicz (Warszawski Uniwersytet Medyczny), dr Hubert Kowalski (Uniwersytet Warszawski), mgr Agata Małkowska (Warszawski Uniwersytet Medyczny), mgr Ewa Otremba (Akademia Morska w Gdyni), mgr Justyna Stępień (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego), dr Andrzej Ulmer (Politechnika Warszawska), dr Ewa Wyka (Uniwersytet

Jagielloński). Dzięki uprzejmości pana dr Andrzeja Ulmera spotkanie odbyło się w zabytkowych murach głównego gmachu Politechniki Warszawskiej, w sali Klubu Absolwentów.

Na spotkaniu omówiono zasady wzajemnej współpracy. Za najważniejszy jej cel uznano upowszechnianie wiedzy na temat historii, tradycji i dziedzictwa szkolnictwa wyższego w Polsce poprzez gromadzenie i udostępnianie obiektów muzealnych. Podkreślono szczególne znaczenie tworzenia kolekcji muzealnych stanowiących świadectwo dynamicznego postępu nauki jak i rozwoju szkolnictwa wyższego w Polsce. Wszyscy uczestnicy spotkania zgodnie orzekli, że osiągnięcie wskazanego celu jest możliwe tylko przy akceptacji i pomocy ze strony władz uczelni oraz środowiska uniwersyteckiego. Podjęto wspólną decyzję o podjęciu działań mających na celu upowszechnianie informacji o placówkach muzealnych szkół wyższych w oparciu o portal internetowy, przygotowanie wystawy fotograficznej poświęconej kolekcjom muzealnym szkół wyższych prezentowanej w kolejnych uczelniach oraz inne wspólne publikacje. Poruszono także kwestię międzyośrodkowych projektów badawczych, wystaw oraz publikacji. Ustalono, że kolejne spotkanie odbędzie się jesienią bieżącego roku. W chwili obecnej przygotowujemy jest list intencyjny skierowany do władz wszystkich wymienionych wyżej uczelni.

Pozostaje mieć nadzieję, że ten zapał i chęć do podjęcia wspólnych działań będzie nam towarzyszył przez kolejne lata i przyniesie wymierne korzyści.

**Magdalena Grassmann**

# Nie ma zdrowych palaczy

Jeden wypalony papieros może nawet po wielu latach, doprowadzić do przemiany nowotworowej w drogach oddechowych. Dlatego warto zrobić spirometrię. Przekonali się o tym pacjenci, którzy 27 czerwca zrobili bezpłatne badania w Galerii Alfa.

W tym dniu obchodzony był Światowy Dzień Spirometrii. W Białymstoku akcję zorganizował białostocki oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Skorzystało z niej prawie 600 osób.

Spirometria to proste, szybkie i bezbolesne badanie. Najczęstszymi wskazaniami do jego wykonania są: palenie tytoniu u osób powyżej 45 roku życia, podejrzenie astmy lub przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). Podczas badania pacjent musi założyć na nos specjalny zacisk, chwycić zębami ustnik, nabrać powietrze i, na znak wykonującego badanie, zdecydowanie je wypuścić. Na wykresie, powstającym na bazie analizy przepływu powietrza w ustniku, pojawiają się wartości odpowiadające pojemnościom i objętościom płuc oraz maksymalnemu przepływowi w pierwszej sekundzie. Mając przed oczami wynik, lekarz dowiadyuje się z grubsza, w jakim stanie są płuca pacjenta.

- Zaskakujące jest to, jak wiele osób potrzebuje badania spirometrycznego – mówi dr n. med. Łukasz Minarowski z Kliniki Chorób Płuc szpitala im K. Dłuskiego w Białymstoku. – Nie wszyscy to palacze tytoniu. Przychodzą również osoby, które nigdy nie paliły, a chcą ocenić stan swoich płuc.

Doktor Minarowski przebadał ponad stu pacjentów. Nie było wyników bardzo złych, jednak część z uczestników badań potrzebowała dalszej diagnozy.

Zanim pacjenci stanęli w długiej kolejce, wolontariuszki prosiły ich o wypełnienie ankiety zawierającej pytania o tryb życia, nałogi oraz podstawowe objawy chorobowe.

- Przez dwadzieścia lat byłem trenerem boksu – opowiadał jeden z nich. - Teraz staram się prowadzić aktywny tryb życia, regularnie ćwiczę, biegam.



foto. Tomasz Dawidziuk

Podczas jednodniowej akcji przebadano prawie 600 osób

Papierosów palę mało, góra paczkę na tydzień. Ale przebadać się warto. Chciałbym sprawdzić, czy wszystko jest w porządku.

Badania przebiegały szybko i sprawnie.

- Nabieramy mocno powietrza, jeszcze, jeszcze... - słychać było co chwila głośne instrukcje. – A teraz mocno wypuszczamy! Do końca, do końca!

Wśród wielu palaczy pokutuje opinia, że istnieje coś takiego, jak nieszkodliwe palenie. Prof. dr hab. Elżbieta Chyczewska, konsultant wojewódzki ds. chorób płuc i szefowa Kliniki Chorób Płuc UMB, jest innego zdania.

- Każdy, kto pali, ponosi tego konsekwencje – mówiła profesor. – Nie ma zdrowego palacza. Nie wiadomo, kiedy dochodzi do kancerogenezy, czyli rakowacenia w nabłonku dróg oddechowych, przypuszcza się natomiast, że już pierwszy wypalony papieros może do tego doprowadzić. Zdarzały się przypadki, że mijało ponad 20 lat od zaprzestania palenia, a mimo tego w płucach takiej osoby rozwijał się rak. Najważniejsze przesłanie, to nie zaczynać palić.

Jednak mimo coraz szerzej propagowanej „mody na niepalenie”, palaczy jest wciąż bardzo dużo.

- Zatrważające jest to, jak wielu coraz młodszych ludzi pali – martwi się prof. Chyczewska. – Wynika to z presji środowiska, ze strachu przed byciem wykluczonym z grupy rówieśników, z nałogu palenia u rodziców. Spośród nałogowych palaczy, którzy mają za sobą całe paczkolota (paczkorok = paczka papierosów dziennie przez rok – red. ) jest też coraz większa grupa kobiet, które nie zaprzestają palenia nawet będąc w ciąży.

Według ostatnich badań wśród palaczy aż 40 proc. stanowią kobiety. Eksperci ostrzegają, że do roku 2020, odsetek palących kobiet dorówna odsetkowi mężczyzn.

- Kobiety zaczynają palić ze względu na trudne warunki socjalno-bytowe i mimo rosnącej ceny papierosów, zawsze znajdują pieniądze na ten cel. Traktują to jak sposób odreagowania – tłumaczy prof. Chyczewska.

**Tomasz Dawidziuk**



# Uwaga, zarażają bieganiem

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce już za nami. Na stadionie w białostockim Zwierzyńcu rywalizowało ze sobą 20 medyków.

Zawody - na przełomie czerwca i lipca - zorganizowano niejako przy okazji mających przeszło 20-letnią tradycję Mistrzostw Polski Weteranów. Tam do startu zgłosiło się 251 zawodników.

- Pierwsze śliwki robaczywki - nie zrażał się frekwencją Julian Pełka, lekarz z Torunia, organizator zawodów i jednocześnie jeden z lepszych zawodników imprezy. - To pierwsze tego typu mistrzostwa. Inne dyscypliny sportowe takie imprezy mają od lat. Myślę też, że gdyby to zorganizować gdzieś w centralnej Polsce, frekwencja byłaby trochę większa. Jednak to kwestia czasu, kiedy uda mi się innych zarazić startem w takich zawodach.

Zdaniem doktora Pełki jest sporo lekarzy, którzy w przeszłości zajmowali się lekkoatletyką, a teraz po latach chcą



fot. z archiwum autora

Na zachodzie Europy takie zawody to już norma, u nas to dopiero przecieranie szlaków

wrócić do dawnej pasji i po prostu potrzebują się gdzieś sprawdzić. Poza tym do Polski z zachodu przychodzi moda na rywalizację sportową wśród lekarzy.

- Tam takie zawody to już pewna norma, u nas to dopiero raczkuje - uważa Pełka.

Podczas mistrzostw rywalizowano w 15 konkurencjach. Najlepsze wyniki białostoc-

kich lekarzy (nikt z regionu nie startował): 400 m kobiet - 3 miejsce Małgorzata Szeszno - czas 1:26,36 s.; 1500 m kobiet - 2. Anna Moniuszko - 7:17,45 s., 3. - Małgorzata Szeszno - 7:50,77 s.; 1500 m mężczyzn - 3. Krzysztof Tybuczy - 5:56,24 s.; 5000 mężczyzn - 1. Krzysztof Tybuczy - 23:53,51 s.

**bdc**

## Lekarze mistrzami siatki

**D**rużyna X-Volley - składająca się w ponad połowie z lekarzy i studentów UMB - wygrała rozgrywki Amatorskiej Ligi Siatkówki w Białymstoku. To pierwszy mistrzowski tytuł w dorobku medyków.

- Na ten sukces czekaliśmy bardzo długo. Drużyna w swoim dorobku ma co prawda dwa wicemistrzostwa i puchar ligi, ale mistrzami jesteśmy po raz pierwszy - cieszy się Piotr Bernaczyk, na boisku grający na pozycji libero, a na co dzień pracujący jako asystent w Zakładzie Patomorfologii Lekarskiej.

W finale rozgrywek X-Volley po bardzo zaciętym meczu pokonał swojego odwiecznego rywala Wersal 3:2.

- Po trzech partiach przegrywaliśmy z nimi już 2:1 i w czwartym secie 14:10, jednak udało nam się wygrać - wspomina najtrudniejszy mecz w sezonie Bernaczyk.

Na pożegnanie z rozgrywkami, mistrzowie pokonali w towarzyskim meczu drużynę Gwiazd Ligi 3:2. Po tym spotkaniu uroczystie wręczono pamiątkowe medale i mistrzowski puchar.

W zespole prócz Bernaczyka grają: Marcin Moniuszko - docent w Klinice Alergologii, dwóch studentów wydziału

lekarskiego - Tomasz Kozłowski i Łukasz Muczyński oraz student farmacji - Konrad Jackowski

W Amatorskiej Lidze Siatkówki w dwóch klasach rozgrywkowych rywalizowało w sumie 28 drużyn.

**bdc**



fot. z archiwum autora

Mistrzowska drużyna z medalami

# U Pana Boga w chórze

Co łączy Krzysztofa Dziermę, odtwórcę roli proboszcza w kultowym już cyklu Jacka Bromskiego „U Pana Boga...” z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku? Dziesięć lat pracy w chórze UMB.

Przy okazji obchodów jubileuszu 60-lecia Chóru Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, do redakcji „Medyka” trafiła kronika chóralna z lat 1980-84. Na jednej z ostatnich stron przyklejono zdjęcie ślubne, poniżej którego znalazł się kaligrafowany podpis: *Para pół chóralna. Krzysztof Dzierma z żoną.* Chwilę zajęło, zanim na załączonym obrazku udało się nam rozpoznać twarz proboszcza z Królowego Mostu. Rozpoczęliśmy śledztwo. Krzysztof Dzierma od lat zatrudniony jest w Białostockim Teatrze Lalek, gdzie pracuje jako konsultant muzyczny. Jak trafił do chóru? Czym się tam zajmował?

## Chór na ciężkie czasy

Okazuje się, że do chóru trafił przez przypadek, dzięki prof. Romanowi Zielińskiemu, ówczesnemu dyrygentowi chóru, a prywatnie dalekiemu kuzynowi (z linii warszawskiej, jak podkreśla Dzierma). Zieliński zaproponował mu uczestniczenie w próbach, ponieważ potrzebował tenorów. Potem Dzierma został korepetytorem, a w końcu drugim dyrygentem. W życiu chóralnym aktywnie uczestniczył przez ponad 10 lat.

– Czasy chóru wspominam bardzo miło, głównie dlatego, że byłem wtedy bardzo młody – wspomina pan Krzysztof podczas naszego spotkania w kawiarni BTL-u. – Stan wojenny zastał mnie w wojsku. Tragedia była, kiedy stamtąd wyszedłem. Jakieś kartki, puste półki w sklepach i nic nie można było kupić za zarobione pieniądze, bo z pracą akurat nie było problemu. Później studia, rodzina, a w końcu wstąpiłem do chóru. Zaczęły się wyjazdy zagraniczne i część problemów po prostu zniknęła.

Szczególnie miło wspomina obozy organizowane przez członków Chóru. Najchętniej lokalizowali je na terenach w pobliżu jeziora Wigry.



Kadr z filmu „U Pana Boga za miedzą”. Krzysztof Dzierma jako proboszcz stał się ulubieńcem widzów

– Podczas takich wyjazdów pracowaliśmy nad większymi utworami, ale też nie brakowało przygód – wspomina. – Któregoś roku we wrześniu, z kolegą, który miał się żenić, kupiliśmy ponton. Pieniądze pochodziły ze sprzedaży obrączek. Jeszcze inny kolega, który również zaopatrył się w obrączki z zamiarem ślubu, sprzedał je i kupiliśmy namiot. Były to naprawdę fajne czasy.

Chóry z innych krajów również odwiedzały Białystok. Któregoś razu, podczas wizyty chórzystów z Belgii, zaplanowano wycieczkę do Białowieży. Po powrocie okazało się, że część osób nie ma gdzie przenocować.

– Pamiętam, jak w środku nocy moja żona wróciła do domu z koleżanką – opowiada Dzierma. – Dzieci małe śpią, a ona mówi „nie gniewaj się, ale będziemy mieli gości”. I cały tabun ludzi zwałił się do chałupy na Mazowieckiej, a ja do dzisiaj dziwię się, jak to się stało, że nie obudzili dzieci.

## Naturszczyk, a nie aktor

Dzierma przyznaje, że w ostatnich latach jego życie znacznie zwolniło bieg. Mieszka na wsi, ma sporo ziemi i las. Tryb życia wyznaczają mu pory dnia i pogoda, a do

## U Pana Boga za...

Film „U Pana Boga za piecem”, którego premiera miała miejsce w 1998 roku, spotkał się ze sporym zainteresowaniem widzów i krytyki. Zdobywał nagrody publiczności m.in. na festiwalach w Chicago i Słupnicy, oraz kilka wyróżnień na 23 Festiwalu Polskich Filmów Fabularnych w Gdyni. Najbardziej rozpoznawalnymi aktorami tej produkcji są Andrzej Zaborski, odtwórca roli komendanta policji oraz Krzysztof Dzierma, filmowy proboszcz. Popularność doprowadziła do kontynuacji zatytułowanej „U Pana Boga w ogródku”. Premiera odbyła się na placu Stefana Czarnieckiego w Tykocinie 26 sierpnia 2007, równoległe z premierą kinową. W latach 2007-2009 powstał również 12-odcinkowy serial pod tym samym tytułem, a ostatnia część trylogii nosi tytuł „U Pana Boga za miedzą”.

Większość aktorów, odgrywających role w kolejnych częściach, na co dzień grywa w Białostockim Teatrze Lalek. Podczas kręcenia wykorzystywano scenerie Supraśla, Sokółki, Białegostoku, Janowa, Tykocina i Królowego Mostu, który w filmie jest głównym miejscem akcji. Mała wieś, w której oprócz domów znajduje się tylko cerkiew. Wszyscy jednak kojarzą proboszcza Antoniego z kościołem w Królowym Moście, a w rzeczywistości był to kościół z Sokółki, podobnie zresztą jak lokalne zabudowania gospodarcze.



miasta wybiera się tylko po niezbędne zakupy lub na kilka godzin do pracy.

-Kiedy wstaję rano, sprawdzam, jaka będzie pogoda i mniej więcej wiem, co będę tego dnia robił – mówi. – Mam kuchenkę gazową, ale głównie korzystam z płyty na cztery fajerki, w której pali się drewnem. Centralne ogrzewanie też jest, ale piec pozostał na swoim miejscu.

Mało kto wie, że ule z pasieki teścia Dziermy zostały przetransportowane na plan „U Pana Boga za piecem”. Zresztą, lokalizacja planu, kościół i budynki gospodarcze zostały dobrane również ze względu na bliskie sąsiedztwo z rzeczywistym miejscem zamieszkania odtwórcy roli proboszcza.

Krzysztof Dzierma podkreśla, że aktorstwo jednej roli nie jest zawodem. Mówi, że od dwudziestu pięciu lat, od kiedy jest związany z teatrem, nie wypracował ani warsztatu, ani nie nauczył się rzemiosła, pozwalającego wcielić się w role fikcyjnych postaci. Na ekranie oglądamy prawdziwego człowieka, który, jak sam twierdzi, ani przez chwilę nie gra, ani nie udaje.

-Większość dialogów mówię z głowy. Reżyser mi na to pozwala i przyznaje, że czasami wychodzi mi lepiej, niż on sam by napisał – mówi pan Krzysztof. – Na początku kłopotem była moja składnia, w której np. wyrzucam orzeczenie na koniec. Ale jedyną osobą, która dotychczas zwróciła na to uwagę, była baba od skryptu, której zadanie polega na kopiuj-wklej. Zdarzały się takie, które miały do mnie o to pretensje, ale bardziej przez własne lenistwo. W końcu wszyscy się przyzwyczaili.

Dzierma przyznaje, że robienie filmów nie jest wcale łatwe. Dzień zdjęciowy zaczyna się o świcie, a zazwyczaj kończy o zachodzie słońca. Czasem kręci się nawet w nocy.

-Praca na planie filmowym to ciężka harówka – mówi Dzierma. – Zapamiętanie pięciu czy sześciu monologów z Najświętszą Panią i jeżdżenie rowerem od kapliczki do kapliczki wymaga sporo zdrowia. Część tekstów mówi się z tzw. off-u, kiedy np. ksiądz jedzie rowerem, a w tle słychać monolog. Któregoś razu wzięłem radio i pojechałem do kapliczki. Patrząc na ten monolog, strasznie długi zresztą i doszedłem do wniosku, że przeczytam go z kartki. „Ty nie czytaj, tylko mów z pamięci” usłyszałem w słuchawce. Nie wiem jak to robił, ale nasz dźwiękowiec czuł każdy szczegół.

Zapytany o to, czy jeszcze zagra w filmie, odpowiada, że tylko w kolejnej części „U Pana Boga...”, jeśli taka powstanie.

-Reżyser nie ma na razie pomysłu na kontynuację – mówi Dzierma. – Wiadomo też, że jeśli coś jest dobre, to chce się więcej. Kłopot w tym, że kiedy jest już za dużo, a ludzie proszą o jeszcze, złe wrażenie może paść na cały cykl i traci on popularność. Tak samo jak z jedzeniem. Dobrych potraw chce się

więcej. Jeśli się przesadzi, żołądek może po prostu wszystkiego nie pomieścić. Dobry scenariusz wymaga dramaturgii. Same postacie nie wystarczą, żeby dopowiedzieć coś, co wydaje się właściwe. Może warto pozostawić dobre wrażenie i zakończyć na tym, co już powstało, zamiast przesadzić z ilością – podsumowuje Dzierma.

**Tomasz Dawidziuk**



foto: Tomasz Dawidziuk

#### Dla Medyka

Dr hab. **Jerzy Konstantynowicz** z Kliniki Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży UMB, śpiewał w chórze razem z Krzysztofem Dziermą, zaś prywatnie jest jego przyjacielem:

-W późnych latach 80. Krzysztof Dzierma był drugim dyrygentem Chóru ówczesnej AMB. Skomponował kilka utworów, takich jak „Depce konik”, będący udaną aranżacją kurpiowskiej melodii ludowej oraz „Lokomotywę” do tekstu Juliana Tuwima. Chór prezentował je z reguły pod koniec programów

na festiwalach. Szczególnie „Lokomotywa” robiła furorę np. w Belgii i Francji. Utwór był rodzajem melodeklamacji pomieszaney z mocnym rytmem. Dzierma skomponował go ze sporym dystansem, może nawet z ironią, a ludzie dawali się nabierać sądząc, że jest to niezwykle nowoczesna, awangardowa sztuka... Jako dyrygent Krzysztof był bardzo spokojny, a zarazem bezpośredni. Nie był medykiem pośród medyków. Reprezentował wolny zawód artystyczny, a to zapewniało mu jeszcze większy dystans. W latach, kiedy działał w chórze, mieszkał w domku przy ul. Mazowieckiej. Było to niezwykle urokliwe, wypełnione życiem towarzyskim i inspirującymi dyskusjami miejsce, którego już nie ma. Kiedy po raz pierwszy zaprosił do siebie kolegów i koleżanki z chóru, pokazał nam kolekcję swoich łańcuchów. Były różne: od krowiaków po ciężkie łańcuchy przemysłowe, a wisiały na ścianie kominka obok sporej kolekcji kluczy. W pewnym sensie oddawały jego zamiłowanie do wsi, do tzw. „klimatów” i do spokojnego życia z dala od miejskiego pośpiechu. Teraz mieszka na wsi, może wstawać, o której chce, robić, co mu się podoba i nikt nie goni go terminami. W mieście ma tylko tych kilka godzin konsultacji muzycznych w teatrze. O tym zawsze marzył. Nie zmienił się nawet, kiedy rola filmowego proboszcza przyniosła mu sławę. Wolność Dziermy mieści się nie tylko w czasie, ale i w przestrzeni. Kiedy zaczynał komponować, a było to dla teatru „Wierszalin” Piotra Tomaszuka na początku lat 90., opowiadał o tym, jak „widzi” muzykę do spektaklu „Turlajgrosek” albo „Kłątwa” [nie pamiętam dziś dokładnie]. Widział siebie leżącego na letniej łące, otoczonego dźwiękami brzęczących much, które nieoczekiwanie skojarzyły mu się z brzmieniem średniowiecznej liry korbowej. No i taką lirę korbową, za straszne pieniądze obejmujące ubezpieczenie, sprowadzono, o ile dobrze pamiętam, z Muzeum Etnograficznego w Warszawie, na potrzeby spektaklu. Muzyka była prosta i surowo-obsesyjna, jak to brzęczenie muchy, a jednak wszystkim się podobało. Wraz z rosnącym prestiżem i licznymi tourné *Wierszalina*, Dzierma miał propozycje wyjazdów zagranicznych, o które w tamtych czasach nie było łatwo. Zaproponowano mu nawet wyjazd do dalekiej Australii, jeśli dobrze pamiętam. Odmówił jednak, bo jak wówczas przyznał, woli zostać na swojej wsi i delektować się zapachami łąki.

# Powrót jak podróż w czasie

Lecki są takie same, standardy postępowania też, a jeśli chodzi o organizację pracy to musiałem cofnąć się w czasie o jakieś 20 lat - o różnicach w pracy między USA a Polską opowiada reumatolog Robert Maciej Kowalewski, który wrócił do kraju po 14 latach pracy za granicą.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk: Jakiś czas temu pocztą pantoflową dowiedziałam się od pacjentów, że w poradni reumatologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku pracuje nowy pan doktor. Pacjenci chwalą Pana za podejście do chorych, za sposób rozmawiania, za organizację pracy...**

**Dr Robert Maciej Kowalewski, reumatolog:** - Kto pani tak powiedział? To prawda, że lubię leczyć chorych, przyjmować pacjentów, ale nie postępuję jakoś inaczej, po prostu robię swoje. Pracuję i przyjmuję pacjentów, tak jak



fot. Tomasz Dawidziuk

Dr Robert Maciej Kowalewski jest zdania że do lepszego leczenia konieczna jest poprawa organizacji pracy poradni

---

*W Polsce leki są takie same,  
jak w USA. Może, co najwyżej  
dostępność jest tu inna, niż za  
granicą*

---

tego zostałem nauczony w USA i jak to robiłem przez ostatnie wiele lat. Pacjenci są tacy sami, choroby są takie same i standardy leczenia też.

## To może daje im Pan jakieś inne leki?

- W Polsce leki są takie same, jak w USA. Może, co najwyżej dostępność jest tu inna, niż za granicą. Jest to normalne, że jeśli są drogie leki, to musi być nad nimi jakaś kontrola. W Stanach bardzo liczy się pieniądze. Nie zdarzyło się, bym wypisał jakiś lek, jeśli nie było wskazań. A z drugiej strony, jeśli były wskazania, to mogłem wypisać każdy lek, choć musiałem to udokumentować. Zresztą w każdej kwestii trzeba było prowadzić bardzo dokładną dokumentację. Tam biurokracja jest dużo większa niż w Polsce. Choć muszę przyznać, że od kiedy

wprowadzono w szpitalu, w którym pracowałem, elektroniczny obieg dokumentacji (około osiem lat temu), to znacznie łatwiej mi się pracowało.

## A tutaj znów musiał Pan się cofnąć w czasie...

- No niestety tak. Bo choć leki są takie same, standardy postępowania też, to jeśli chodzi o resztę - o organizację pracy i działalność poradni, to musiałem cofnąć się w czasie o jakieś 20 lat.

## A pacjenci też są inni?

- Pacjenci są identyczni. Ludzie są ludźmi, mają takie, a nie inne cechy cha-



rakteru i chorują na te same choroby. W USA opieka medyczna dużo kosztuje, za wszystko trzeba płacić, więc może ludzie ją trochę bardziej szanują, ale z drugiej strony więcej wymagają. Jak coś jest za darmo, to się tego nie docenia.

### **Ale słyszałam, że wprowadził Pan trochę zmian.**

- Staram się dobrze organizować swój czas pracy. Każdy nowy pacjent wymaga na wstępie więcej mojego czasu i częstszych wizyt kontrolnych. Wiadomo, że w takim przypadku muszę go przyjąć za tydzień czy dwa, żeby sprawdzić, czy moja diagnoza była poprawna, a leki działają właściwie. Kolejne wizyty kontrolne mogą być krótsze i rzadsze. W Stanach większość pacjentów reumatologicznych jest diagnozowanych i leczonych w poradni. Do szpitali na oddziały internistyczne (w USA nie ma oddziałów reumatologicznych, pacjenci na oddziałach internistycznych są konsultowani przez reumatologów z poradni) trafiają tylko pacjenci w ciężkich stanach.

### **Jak to się stało, że trafił Pan do Stanów Zjednoczonych?**

- Oboje z żoną jesteśmy absolwentami Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Po ukończeniu studiów postanowiliśmy spróbować swoich sił za granicą - w USA. W ambasadzie amerykańskiej zdaliśmy egzaminy nostryfikacyjne, odbyliśmy staż w Polsce, żeby mieć prawo wykonywania zawodu i wyjechaliśmy do Stanów. To był 1996 rok. Na początku pracowaliśmy na wolontariacie, żeby zdobyć doświadczenie i móc się starać o rezydenturę w lepszym ośrodku. Następnie ja rozpocząłem trzyletnią specjalizację z chorób wewnętrznych, a żona pięcioletnią z patologii. Ja po rezydenturze z chorób wewnętrznych zrobiłem fellowship (podspecjalizację) z reumatologii.

### **Jak wygląda rezydentura w Stanach Zjednoczonych?**

- Program amerykańskiej specjalizacji jest doskonale przygotowany. Szpital prowadzący rezydenturę musi wszystko lekarzom zapewnić. W Polsce trzeba jeździć na różne kursy, a tam wszystko jest na miejscu. Rok nauki podzielony jest na bloki tematyczne: np. przez miesiąc poznaje się reumatologię, przez ko-



foto: Tomasz Dawidziuk

Reumatolog Dr Robert Maciej Kowalewski

---

*W USA opieka medyczna dużo kosztuje, za wszystko trzeba płacić, więc może ludzie ją trochę bardziej szanują, ale z drugiej strony więcej wymagają.*

---

*Najbardziej brakuje mi zdrowego rozsądku, do którego przyzwyczailem się w USA. Trudno było mi zrozumieć, że tak niewiele trzeba zrobić, żeby było lepiej i że te zmiany tak ciężko przychodzą.*

---

lejny gastrologię, kolejny hematologię, itd. Część zajęć jest w szpitalu, a część w poradni. Po skończonej rezydenturze pacjentów z poradni przekazuje się kolejnemu rezydentowi. Po każdym bloku tematycznym są egzaminy. W praktyce wygląda to tak, że co miesiąc zdaje się egzamin, i dodatkowo raz w roku w tym samym czasie wszyscy rezydenci w USA zdają całociowy egzamin tzw. „in service”. I potem wszyscy rezydenci mogą porównać swoje wyniki, sprawdzić jak

wypadają na tle innych z pierwszego, drugiego czy trzeciego roku rezydentury. Potem na koniec zdaje się egzamin specjalizacyjny. W trakcie są też egzaminy praktyczne: np. z badania pacjenta.

### **Co Pan robił potem?**

- Żona bardzo chciała pracować u prof. Charlsa Alpersa, więc po rezydenturze przenieśliśmy się do Seattle. Ja też byłem z tego zadowolony, bo jest tam bardzo dobry ośrodek reumatologii, gdzie mogłem robić badania naukowe (dr Kowalewski w University of Washington w Seattle prowadził badania nad toczeniem rumieniowatym układowym). Po roku zatrudniłem się w prywatnej przychodni „Group Health Cooperative” udzielającej kompleksowej opieki. Tam codziennie przyjmowałem pacjentów jako konsultant - reumatolog. Pracowałem tam osiem lat. Wtedy postanowiliśmy wrócić.

### **No właśnie, dlaczego podjęliście taką decyzję?**

- Pani nie rozumie? Ja też nie rozumiem. Może zdecydowała tęsknota za ojczyzną? Córka postanowiła studiować w Anglii. Wtedy stwierdziliśmy, że jak wracać do Polski to teraz. Wiedzieliśmy, że jak dzieci „wyfruną” z domu, założą swoje rodziny w USA, to będzie nam trudniej wrócić. Syn jest teraz w szóstej klasie, radzi sobie, jest zadowolony. Żona dostała pracę w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. To nie jest tak, że w życiu można wszystko mieć. Są dobre rzeczy w Stanach, za którymi się tęskni, ale są też dobre strony bycia tutaj Polsce. Najlepiej byłoby to połączyć.

### **Czego Panu tu brakuje, za czym Pan tęskni?**

- Najbardziej brakuje mi zdrowego rozsądku, do którego przyzwyczailem się w USA. Tam jest wszystko bardziej uporządkowane. Po powrocie do Polski było mi ciężko przyzwyczaić się do pewnych rzeczy. Trudno było mi zrozumieć, że tak niewiele trzeba zrobić, żeby było lepiej i że te zmiany tak ciężko przychodzą. Na szczęście jest dużo osób, które chcą, by nam się lepiej pracowało, żeby była lepsza organizacja i pacjenci byli bardziej zadowoleni.

Rozmawiała

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Dziecięcy SOR po modernizacji

**N**owy sprzęt, nowe sale, ale przede wszystkim więcej miejsca – w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym białostockiego szpitala dziecięcego właśnie zakończyła się rozbudowa.

Jest czwartek, 17 maja, około godz. 8. Z Krynek do Białegostoku przedszkolaki jadą autobusem na spektakl teatralny. W pobliżu Sowlan kierowca ze zbyt dużą prędkością chce pokonać zakręt. Pojazd przewraca się na bok. W autokarze jest 37 maluchów i 12 osób dorosłych. Na miejsce wypadku pędzą karetki pogotowia, policjanci, strażacy. Jednak najważniejsze rzeczy dzieją się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego.

- To był sprawdzian dla naszego modernizowanego SOR-u, na którym trwały jeszcze prace wykończeniowe - mówi Janusz Pomaski, dyrektor szpitala.

Cały SOR został zamknięty dla innych pacjentów. Karetka jedna po drugiej przewoziły poszkodowane dzieci. Poproszono o wsparcie innych pracowników szpitala, pojawili się psychologowie, opiekunowie dzieci z przedszkola, policjanci i wszyscy, którzy chcieli pomóc. Z każdą chwilą na oddziale pojawiało się coraz więcej zdenerwowanych rodziców.

- Proszę sobie wyobrazić małe, przestraszone dzieci, które są same bez rodziców. Choć większości nic się nie stało, to każde trzeba było uspokoić, przebadać - wspomina tamte wydarzenia jedna z pielęgniarek biorąca udział w akcji.

- Na szczęście większość pacjentów to byli „zieloni”, tylko dwóch było „żółtych” - dodaje dr Witold Olański, kierownik SOR.

Kolory oznaczają stan obrażeń: zielony - pacjent bez obrażeń, który wymaga kontrolnego przebadania, żółty - lekkie obrażenia, czerwony - obrażenia bardzo poważne, czarny - zgon.

- Takie wydarzenia zawsze spędzają nam sen z powiek. Są bardzo trudne organizacyjne. Tu daliśmy sobie radę, ale wystarczyłoby trzech-czterech pacjentów

w bardzo ciężkim stanie i mogłoby być bardzo trudno. To przerabiają nawet większe szpitale, bo kilku takich pacjentów rozłożyłoby pracę każdego takiego oddziału - zauważa doktor Olański.

W sumie pomoc wszystkim pacjentom zajęła około trzech godzin.

Kilka dni po wypadku ekipa oddziału dostała od dzieci jako podziękowanie wielkie kolorowe serce z napisem „dziękujemy” i z odciskami rąk wszystkich maluchów.

## Po modernizacji

SOR w białostockim szpitalu dziecięcym jest jedynym w regionie, który jest przeznaczony dla małych pacjentów. W lipcu minie dziesięć lat, od kiedy został uruchomiony. Od 2009 r. na bazie oddziału powstała Klinika Medycyny Ratunkowej, w której rozpoczęto szkolenia studentów.

Niedawno oddział przeszedł gruntowną modernizację.

Najważniejsze zmiany to stworzenie dwóch rejestracji pacjentów, dzięki czemu oddzielono rejestrację tzw. pacjentów planowych (którzy mają skierowania do szpitala) od tych nieplanowych (którzy np. ulegli wypadkowi). Rozwiązanie świetnie sprawdza się w przypadku takich zdarzeń jak to w Sowlanach. Wtedy SOR zajmuje się



foto: Wojciech Więcko

Doktor Witold Olański w nowej sali do resuscytacji bada 7-letniego Dawida, który zasnął w szkole

tylko rannymi z katastrofy, a inni pacjenci obsługiwani są w drugiej rejestracji.

Oddział zyskał też nową przestrzeń. Powstały dwie ogromne sale do resuscytacji, w której lekarze sprawdzają stan poszkodowanych (wcześniej była jedna). Poza tym, gdyby była potrzeba, prosto z SOR nową windą można dostać się wprost na salę operacyjną piętro wyżej (wcześniej trzeba było korzystać ze zwykłej szpitalnej windy).

Konieczne trzeba też zauważyć nowe sale łóżkowe. Wcześniej na oddziale były tylko trzy miejsca dla pacjentów, którzy wymagali obserwacji. Teraz jest ich osiem, w tym dwa dla małych dzieci. Do tego powstało kilka nowych gabinetów, w których pracują specjaliści, czy nowe sale zabiegowe.

Wszystko ułożone jest w logiczną całość, a gabinety i sale umiejscowione są wzdłuż trzech korytarzy. Przy pierwszym są pomieszczenia dla lekarzy specjalistów. Drugi korytarz jest dla załóg karetek, które pacjentów w ciężkim stanie dowożą z zadanszonego podjazdu (dla trzech pojazdów) wprost na sale resuscytacyjne. Trzeci korytarz prowadzi do części łóżkowej.

- Pewnie, że łatwiej wybudować nowy przestronny oddział, gdzie wszystko najpierw się planuje. My tutaj adaptowaliśmy na nasze potrzeby już istniejący budynek - tłumaczy Olański.



Remont oddziału trwał ponad rok, a ani na chwilę praca SOR z tego powodu nie została wstrzymana. Koszt wyniósł ok. 4 mln zł.

## Nie dla kataru

SOR czynny jest całą dobę. W sumie pracuje tu ok. 70 osób. 45 to lekarze różnych specjalności, ok. 30 osób to zespół pielęgniarsko-ratowniczy. Rocznie przyjmuje się tu ok. 25 tys. małych pacjentów, z czego ok. 13 tys. to tzw. chorzy nieplanowani.

Zdaniem dra Olańskiego zmorą jego jednostki, ale też innych SOR-ów w kraju, są nieodpowiedzialni rodzice, którzy traktują oddział jak przychodnię. Nie są rzadkością przypadki, kiedy pojawia się kilkunastoletni młodzieniec z katarą, czy urazem, który powstał kilka dni temu, a jego opiekun mówi, że wcześniej nie miał czasu iść do swojego lekarza rodzinnego, bo był w pracy.

- SOR ma leczyć przypadki bezpośrednio lub pośrednio zagrażające życiu lub zdrowiu. Zaś niektórzy chcą załatwić u nas sprawy, na które nie znaleźli czasu w tygodniu - podkreśla Olański.

## W piątki spokój jest w nocy

Choć wydaje się, że praca w oddziale ratunkowym jest całkowicie nieprzewidywalna, to jednak na wiele zgłoszeń można się wcześniej przygotować.

Latem - jak mówi dr Olański - najwięcej zgłoszeń dotyczy różnych urazów. Kiedy robi się ciepło, dzieci wyciągają rowery, a dorośli na drogach zaczynają szybciej jeździć samochodami (zimną takich zdarzeń jest mniej). Wraz z początkiem wakacji urazowość rośnie wręcz lawinowo.

Do tego pojawiają się pacjenci z kleszczami, pokąsani przez owady lub inne zwierzęta, czy z alergiami. Więcej będzie też osób podtopionych podczas zabawy nad wodą.

- Można powiedzieć, że dla kolegów ortopedów zaczyna się teraz sezon. Spadnie za to liczba infekcji i zapaleń płuc, szczyt takich zgłoszeń przypada na jesień i zimę - ocenia Olański.

Wakacje to też okres, kiedy w SOR pojawia się wielu turystów. Sporo jest wśród nich obcokrajowców, zwłaszcza tych rosyjskojęzycznych.

Na stałym poziomie - niezależnie od pogody - utrzymuje tylko liczba zgłoszeń z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego.

**Wojciech Więcko**



fort. Wojciech Więcko

Poszkodowane w wypadku w Sowlanach dzieci ekipie SOR w podziękowaniu przekazały wielkie kolorowe serce



fort. Wojciech Więcko

Łóżka do obserwacji pacjentów. Przed modernizacją były trzy. Teraz jest ich osiem



fort. Wojciech Więcko

Zadaszony podjazd dla karet. Stąd pacjenci specjalnym korytarzem przewożeni są do sal resuscytacyjnych

# Ochrona środowiska a usługi medyczne

Zgodnie z przepisami ustawy o odpadach wszystkie podmioty gospodarcze, które wytwarzają odpady, zobowiązane są do prowadzenia ewidencji ich powstawania, i zagospodarowania. Za brak dokumentacji grozi kara.

Wejście Polski do Unii Europejskiej wyznaczyło nowe standardy w zakresie ochrony środowiska. Dotyczą one także osób, które prowadzą własne przedsiębiorstwa. Obowiązki wynikające z tego tytułu dla tzw. podmiotów gospodarczych reguluje ustawa Prawo Ochrony Środowiska (Dz.U. 2001 Nr 62 poz. 627).

Niestety, niewielu właścicieli prowadzących własny biznes zdaje sobie sprawę z tego, że już sam fakt używania samochodu, komputera bądź wytwarzania nawet znikomej ilości odpadów, zobowiązuje ich do przestrzegania tej proekologicznej ustawy.

Według informacji uzyskanych w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego na terenie naszego województwa znajduje się łącznie 1669 placówek ochrony zdrowia, w tym: szpitale – 28, przychodnie, ośrodki zdrowia – 595, zakłady opieki zdrowotnej – 113, indywidualna praktyka lekarska – 499, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska – 377, grupowa praktyka lekarska – 19, grupowe praktyki pielęgnacyjne i inne zakłady świadczące usługi medyczne – 38.

Przedsiębiorcy, jednostki organizacyjne oraz osoby świadczące usługi medyczne zobowiązane są do ponoszenia opłat z tytułu tzw. korzystania ze środowiska. Dotyczy to wprowadzania gazów lub pyłów do powietrza, w wyniku użytkowania środków transportu, ogrzewania czy wykorzystywania różnego rodzaju sprzętu, powodującego emisję nieczystości. Zgodnie z przepisami, właściciele mają też obowiązek w swoich zakładach prowadzić ewidencję danych. Półroczne zestawienia powinny

zawierać informacje o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat. Kwoty te, najczęściej nie przekraczające 400 zł, uiszczane są dopiero po upływie 6 miesięcy. W wielu przypadkach przedsiębiorca jest zwolniony z tych kosztów, co jednak nie zwalnia go z obowiązku składania stosownych sprawozdań.

Warto przypomnieć, że na właścicieli przedsiębiorstw, świadczących usługi medyczne, zostały nałożone też obowiązki, związane z uzyskaniem decyzji w zakresie gospodarki odpadami i właściwym ich zagospodarowaniem. Należy pamiętać, że posiadanie tylko podpisanej umowy na odbiór odpadów nie spełnia całości wymagań nakładanych na zakłady oferujące usługi medyczne.

Powyższe obowiązki dotyczą wszystkich podmiotów świadczących usługi zdrowotne (gabinety medyczne, lekarskie, stomatologiczne, przychodnie, NZOZ-y, szpitale), prowadzących badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny (laboratoria), a także podmiotów świadczących usługi weterynaryjne.

## Kara albo koniec działalności

Jeszcze do niedawna kara za brak sprawozdawczości z zakresu gospodarki odpadami wynosiła 10 000 zł, niezależnie do prowadzonej działalności oraz ilości powstających odpadów. W chwili obecnej prawo jest łagodniejsze i kary wynoszą 500 zł. Jeżeli chodzi o egzekwowanie przepisów, dotyczących tzw. korzystania ze środowiska, to polityka urzędów marszałkowskich jest dość liberalna. Przedsiębiorcy mogą czuć się więc bezkarnie, bo urzędnicy nie przewidzieli kar za brak sprawozdań. Inspektorzy ochrony środowiska mogą jednak, przy braku takich sprawozdań, ukarać właściciela mandatem. W takiej sytuacji ma on zazwyczaj miesiąc na uregulowanie

wszelkich zaniedbań. Uporczywe niewypełnianie obowiązków wynikających z przepisów o ochronie środowiska może spowodować zamknięcie działalności.

Naruszanie przepisów o ochronie środowiska w Polsce jest faktem. Wskazują na to wyniki kontroli Inspekcji Ochrony Środowiska, która najczęściej nieprawidłowości w roku 2008 odnotowała w zakresie (dane procentowe odnoszą się do liczby skontrolowanych przedsiębiorstw): zintegrowanego zapobiegania i ograniczania zanieczyszczeń – 74%, składowania odpadów – 70%, pojazdów wycofanych z eksploatacji – 69%, gospodarki odpadowej – 65%.

Pomimo że nie prowadzi się badań dotyczących wywiązywania się gabinetów medycznych, stomatologicznych, weterynaryjnych i laboratoryjnych z obowiązków przestrzegania przepisów o ochronie środowiska na terenie województwa podlaskiego, można jednak przypuszczać, że dane te nie odbiegają od wyników średnich krajowych.

## Czytaj i bądź

Według raportu „Ochrona środowiska i ekoinnowacje” (Warszawa 2010 r.), opracowanego na zlecenie Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP), 70% spośród badanych przedsiębiorców jest zagubionych w kwestiach prawnych związanych z ochroną środowiska i nie zdaje sobie sprawy, jakie w tym zakresie powinny na nich spoczywać. Z raportu wynika też, że polscy przedsiębiorcy w znacznej części nie rozumieją obowiązujących przepisów. Do największych barier badani zaliczają: częste zmiany przepisów – 30%; niezrozumiałość przepisów – 23%; sprzeczność przepisów krajowych i europejskich – 17%

**Konrad Czemko**

*Mgr inż., specjalista ds. ochrony środowiska,  
prezes E-PROFIT Sp. z o.o.*

# Operacje przez dziurkę od klucza

ekarze z klinik otolaryngologii i neurochirurgii białostockiego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego docierają do coraz głębszych struktur mózgu pacjentów przez nos. Tak zaawansowane operacje endoskopowe podstawy czaszki wykonują jako nieliczni na świecie.

Specjaliści z Kliniki Neurochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku pierwszą endoskopową operację przez nos wykonali już w 2004 r. Było to zakończone sukcesem usunięcie guza przysadki mózgowej u 70-letniej kobiety. W kolejnych latach wykonywali operacje w okolicy przysadki mózgowej i stopniowo poszerzali obszar operacyjny na całą podstawę czaszki. W ostatnich latach zaczęli również zabiegi wykonywane w głębszych strukturach wewnątrzczaszkowych i mózgu.



foto: Bogusław F. Skok

Białostocki specjaliści podejmują się operacji, których wykonania obawia się wielu lekarzy w kraju

## Grant na naukę

Pionierskie operacje, a także publikacje zostały docenione przez ówczesny KBN, a obecnie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Dwa lata temu Klinika Neurochirurgii wspólnie z Kliniką Otolaryngologii otrzymała grant rozwojowy - prawie 2 mln zł na rozwój technik endoskopowych podstawy czaszki i kręgosłupa. Pieniądze zostały wydane na zakup najnowszego sprzętu (m.in. neuronawigacji elektromagnetycznej, zestawu narzędzi, kamer i monitorów), a także na szkolenia. Za fundusze pochodzące z grantu lekarze mogli pojechać na specjalistyczne kursy do Anglii, Włoch, Francji i USA (m.in. do Pittsburga, gdzie pracują najwybitniejsi specjaliści

od endoskopowych operacji podstawy czaszki: prof. Hae Dong Jho, Ricardo L. Carrau, Amin Kassam, Paul Gardner). Po tych szkoleniach neurochirurdzy wspólnie z lekarzami z Kliniki Otolaryngologii (m.in. z dr Andrzejem Sieśkiewiczem) mogli rozpocząć bardziej zaawansowane i trudne operacje.

- Udało nam się stworzyć doskonały interdyscyplinarny zespół - opowiada dr Tomasz Łysoń, neurochirurg specjalizujący się w endoskopowych operacjach. - Zaczęliśmy operować patologiczne zmiany, które są położone bardzo głęboko w strukturze mózgu, np. w trzeciej komorze mózgu, podstawie płatów czołowych czy płatach skroniowych. Do mózgu dostajemy się przez nos. Dzięki temu, możemy eksplorować wszystko, co jest za, pod

i przy przysadce mózgowej. Jeżeli mamy zmiany leżące głęboko na podstawie czaszki, żeby się do nich dostać metodą klasyczną, musielibyśmy przeprowadzić bardzo trudne i skomplikowane operacje. Samo otwarcie czaszki, żeby się dostać do tych struktur, trwałoby kilka godzin. Nie mówiąc o tym, że potem potrzebna byłaby dłuższa rekonwalescencja, byłyby defekty kosmetyczne i wzrosłoby również ryzyko powikłań.

## Tylko przez nos

Teraz, co najmniej raz w tygodniu, odbywają się operacje endoskopowe mózgu. Białostocki ośrodek stał się już znany w Polsce. Coraz częściej trafiają tu chorzy nawet z odległych regionów Polski, dla których operacja



endoskopowa jest jedynym ratunkiem. Przekonała się o tym 50-letnia pani Maria z Wrocławia. Miała guz dołu skrzydłowo - podniebiennego, penetrujący do jamy czaszki.

- Ten guz był bardzo niefortunnie położony – opowiada pacjentka. – W kilku ośrodkach w Polsce, do których zwróciłam się o pomoc, nie chciano się podjąć klasycznej operacji. Ryzyko powikłań było bardzo duże, mogłam po prostu nie przeżyć tej operacji albo obudzić się i być jak roślina.

Pani Maria przez przypadek dowiedziała się, że jedyną szansą dla niej jest operacja robiona endoskopowo - przez nos. Zaczęła szukać ośrodka, który leczy nowotwory tą metodą. Lekarze w kilku szpitalach w Polsce, z którymi się konsultowała, nie mieli wątpliwości, że jedynym specjalistą, który mógłby się podjąć takiej operacji jest dr Tomasz Łysoń z Kliniki Neurochirurgii UMB. Tak pani Maria trafiła do Białegostoku. Operacja wykonana pod koniec maja trwała ponad sześć godzin. Lekarze -

---

*Do mózgu dostajemy się przez nos. Dzięki temu, możemy eksplorować wszystko, co jest za, pod i przy przysadce mózgowej*

---

zespół neurochirurgów i laryngologów - dostał się do mózgu przez nos. Najpierw została wykonana śródoperacyjna biopsja, która potwierdziła, że pani Maria cierpi na nowotwór złośliwy.

- Lekarze usunęli mi cały guz, choć był on duży i rozlany – mówi kobieta. – Ponieważ jednak zmiana nie była łagodna, teraz czeka mnie dalsze leczenie onkologiczne. Po operacji czuję się bardzo dobrze i wierzę, że uda mi się wygrać walkę z chorobą.

### Endoskopem w kręgosłup

Białostocki ośrodek jest też jednym z niewielu w Polsce, w którym wykonuje się rutynowo operacje dyskopatii metodą Destandau (technika opracowana przez francuskiego lekarza dr Jeana Destandau z Bordeaux).



fot. Bogusław F. Skok

Kliniki neurochirurgii i otolaryngologii w uznaniu osiągnięć otrzymały grant rozwojowy - prawie 2 mln zł na rozwój technik endoskopowych podstawy czaszki i kręgosłupa

- Metoda ta umożliwia wykonanie operacji na kręgosłupie metodą mniej inwazyjną od klasycznej - tłumaczy dr Łysoń. - Jest to operacja z asystą endoskopową, czyli pole operacji jest oglądane za pomocą endoskopu (operacje klasyczne są robione pod kontrolą mikroskopu lub lupy i wymagają większego cięcia). W tej metodzie cięcie wynosi jedynie 1,5 cm - 2 cm. Sam moment usuwania dysku jest bardzo podobny. Ale droga dostępu jest mniej urazowa i mniej uszkadza mięśnie przykręgosłupowe.

Teraz neurochirurdzy wdrażają techniki czysto endoskopowe w le-

czeniu dyskopatii. Polegają one na tym, że do kręgosłupa wprowadzany jest bardzo cienki endoskop (grubości długopisu).

- Jest to metoda bardzo oszczędzająca - tłumaczy dr Łysoń. - Do dysku dostajemy się nie od tyłu, ale bardziej z boku. Dzięki temu omijamy przyczepy mięśni, które ulegają uszkodzeniu przy klasycznej operacji. Usuwając dysk nie powodujemy blizny. Minusem jest to, że nie każdy pacjent kwalifikuje się do operacji tą metodą.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

### Konferencja chirurgów

W dniach 20-22 września w Białymstoku w Pałacu Branickich odbędzie się V Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Podstawy Czaszki. Tematyka zjazdu dotyczy szeroko pojętych zagadnień z zakresu chirurgii podstawy czaszki, w tym również zastosowania technik endoskopowych w połączeniu z neuronawigacją oraz współpracy interdyscyplinarnej. W zjeździe uczestniczyć będą neurochirurdzy, otolaryngolodzy, radiolodzy, chirurdzy szczękowi i inni specjaliści. Organizatorem jest klinika Otolaryngologii i Klinika Neurochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Zjazd jest organizowany w ramach realizacji grantu rozwojowego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Lada moment ma również ruszyć e-learningowa platforma edukacyjna dla lekarzy. Specjaliści z innych ośrodków będą mogli logować się do serwisu i na żywo obserwować operacje endoskopowe wykonywane przez zespół białostockich neurochirurgów i otolaryngologów.

### Wyjaśnienie

Informujemy, że autorem artykułu "Leczymy cukrzycę skalpelem", który ukazał się w poprzednim numerze Medyka, był dr hab. Piotr Myśliwiec, sekretarz Komitetu Naukowego Konferencji.

# Rozwiązana zagadka ze starego zdjęcia

**M**amy pierwszą rozszyfrowaną historię z odnalezionych niedawno zdjęć Antoniego Zdrodowskiego, fotografa Akademii Medycznej w Białymstoku. Na jednej z fotografii rozpoznał się docent Jan Pietruski. (zdjęcie zamieszczone na str. 30).

Zbiór unikalnych rolek filmowych, z nigdzie nie publikowanymi zdjęciami z lat 50. i 60. trafił w ręce Grzegorza Dąbrowskiego, redaktora naczelnego białostockiej redakcji Gazety Wyborczej, a jednocześnie fotografa. Tego samego, który przed kilkoma laty zajął się zabezpieczeniem i wywołaniem przedwojennych zdjęć Augustisa, fotografa, dokumentującego na kliszy i szklanych płytkach życie białostoczan.

Zdrodowski w latach 1954-1957 został zatrudniony w Akademii Medycznej w Białymstoku po raz pierwszy. Przyjęto go na etat laboranta – fotografa. Dokumentował życie codzienne na uczelni, zajęcia studentów, towarzyszył lekarzom w badaniu pacjentów, ale też w wykonywaniu ich codziennych obowiązków, robił zdjęcia budującego się szpitala klinicznego. Fotografował podnoszący się ze zniszczeń wojennych Białystok, a zwłaszcza Pałac Branickich, w którym mieszkał.

Zdrodowski został zwolniony z Akademii, bo nie chciał wprowadzić techniki fotografii kolorowej. Mimo to po trzech latach ponownie znalazł się na uczelnianym etacie.

Antoni Zdrodowski urodził się w Łapach w 1924 r. W czasie II wojny światowej i tuż po niej prowadził w Białymstoku własny zakład fotograficzny. Później pracował w Szczecinie i Łodzi.

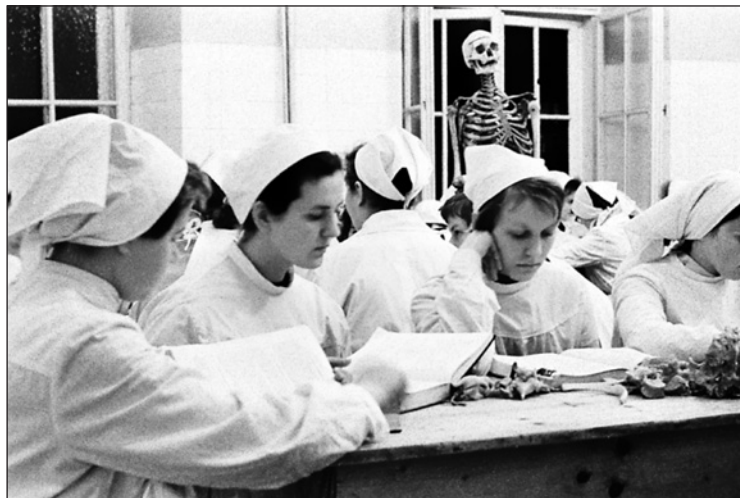
Zdjęcia publikujemy dzięki uprzejmości redakcji Gazety Wyborczej w Białymstoku.

**bdc**

Jeżeli rozpoznasz na zdjęciu siebie, albo kogoś ze swoich znajomych, pamiętasz, kiedy to było, co się wtedy działo – zgłoś się do redakcji, opiszemy Twoje wspomnienia. E-mail: [kmalinowska@poczta-usk.pl](mailto:kmalinowska@poczta-usk.pl)



for. Antoni Zdrodowski



for. Antoni Zdrodowski



for. Antoni Zdrodowski

**To ja jestem na zdjęciu!**

Zdjęcie zostało wykonane w klinice gruźlicy płuc, w pokoju asystentów na I piętrze, w roku 1959 lub 1960, już po przeniesieniu się kliniki z ul. Piwnej (dziś Skłodowskiej) na ul. Lenina 5 (obecnie Branickiego), do budynku, który przed kilku laty został zburzony i odbudowany. Na fotografii są od lewej dr. med. Stanisław Brokman, adiunkt kliniki, Teresa Sosnowska-Żółtowska, Maria Zajko-Kowal, Jan Pietruski - asystenci kliniki.

*Docent dr hab. med. Jan Pietruski*

for. Antoni Zdrodowski



# Lata 1964 – 1984

## Kliniki Otolaryngologicznej AMB

### JAN PIETRUSKI\*

Z okazji 60-lecia kliniki otolaryngologicznej AMB, pragnę przypomnieć ważny okres dwudziestolecia 1964-1984, okres dynamicznego rozwoju naukowego kliniki.

Były to czasy, gdy zdobycie czegośkolwiek, instrumentów, nowoczesnej aparatury i wielu innych rzeczy w codziennej pracy i działalności naukowej graniczyło z cudem. Wszystko trzeba było zamawiać, pod warunkiem, że miało się jakąś tzw. pulę dewizową w ministerstwie. Oczekiwanie trwało miesiącami i nie zawsze kończyło się powodzeniem.

Profesor Wiktor Hassmann, założyciel i pierwszy kierownik kliniki, uczeń sławnego krakowskiego laryngologa, profesora Jana Miodońskiego, od pierwszego dnia po uruchomieniu kliniki,

z niezwykłą pasją wprowadzał nowości, zarówno w dydaktyce, diagnostyce, jak i pracy naukowej. Wykłady profesora, na które wszyscy chodziliśmy, zasiadając na sali wykładowej w pierwszych ław-

*Klinika musi być znana ze swoich osiągnięć nie tylko w kraju. Aby zaistnieć, konieczna jest węższa specjalizacja, gdyż epoka omnibusów już nieodwołalnie minęła*

kach, były tak interesujące, że nikogo z asystentów nie trzeba było namawiać do pójścia na wykład.

Uważał, że w klinice należy dobrze i nowoczesnie leczyć, operować i przede wszystkim kształcić studentów. Ale też powinna ona być znana ze swoich osiągnięć nie tylko w kraju. Tłumaczył nam, że aby zaistnieć poza własną kliniką, konieczna jest węższa specjalizacja, gdyż epoka omnibusów już nieodwołalnie minęła. Dlatego też starał się ukierunkowywać asystentów w poszczególnych dziedzinach naszej specjalności. Mnie przypadła mikrochirurgia ucha, diagnostyka i operacyjne leczenie porażenia nerwu twarzowego oraz badanie równowagi. Poznanie skomplikowanej architektury ucha wiązało się z koniecznością ćwiczeń operacji na kościach w laboratorium, gdzie mieliśmy mikroskop operacyjny wypożyczony przez prof. Miodońskiego. Ćwiczyliśmy godzinami, odkrywając zawiłości anatomii ludzkiego ucha, posługiwania się mikroinstrumentami i korzystania z mikroskopu operacyjnego, który wówczas był nowością.



W dziedzinach tych pojawiało się w piśmiennictwie wiele nowych technik, których wprowadzenie nie było możliwe bez przeszkolenia w jakimś renomowanym ośrodku zagranicznym. Dlatego Profesor zachęcał i popierał wyjazdy na sympozja oraz na dłuższe staże do znanych z piśmiennictwa renomowanych klinik, gdzie można by bliżej poznać nowości, w których byliśmy opóźnieni. Samo piśmiennictwo nie wystarczało. Po powrocie, na posiedzeniach klinicznych lub towarzystwa otolaryngologicznego, trzeba było przedstawić dokładne sprawozdanie z pobytu, poczynionych obserwacji i ewentualnie nowych technik operacyjnych. Podczas tych spotkań Profesor zadawał wiele pytań ożywiających posiedzenia. Właśnie napisane wystąpienie i jego wygłoszenie przed gronem kolegów było doskonałym ćwiczeniem z wystawiania się i zwalczania tremy.

W 1968 roku Akademia nasza otrzymała niespodziewanie dwa roczne stypendia rządu francuskiego, z których jedno przypadło mnie. Przed wyjazdem do Francji Profesor zalecił mi zainteresowanie się operacjami ucha i nystagmografią. Przeglądaliśmy na profesorskim biurku roczniki zagranicznych czasopism, wynajdując ośrodki, w których można było liczyć na efektywny pobyt. Potem następowała wymiana korespondencji, uzgadnianie szczegółów i wyjazd.

Operacje tympanoplastyczne i leczenie otosklerozy były najważniejszym przedmiotem moich zainteresowań w Paryżu. Dobrze trafiłem, bo klinika laryngologiczna Broussais la Charité, była wyspecjalizowana w operacjach uszu. Na szkolenie przyjeżdżali stażyci z całego kraju, co powodowało, że początkowo trudno było dostać się na salę operacyjną, aby było można śledzić tok operacji.

W klinice byłem codziennie przed ósmą. Przez okular asystencki mikroskopu śledziłem każdy ruch chirurga, będąc zafascynowany precyzją i techniką prof. Aboulkera. Po kilku tygodniach zaproponował mi asystowanie. Pozwoliło to na obserwowanie całego przebiegu operacji, a także na wysłuchanie uwag tłumaczących każdy krok. Nie znałem nazw poszczególnych narzędzi, o które w trakcie operacji prosi operator. Życzliwy kolega podał mi nazwy wszystkich mikroinstrumentów,

których nauczyłem się na pamięć. Wieczorami codziennie robiłem dokładne notatki i szkice, z myślą o wdrożeniu tych nowych technik w swojej pracy po powrocie do kraju.

W szpitalu Lariboisière odkryłem pracownię elektronystagmografii (ENG), dokąd przychodziłem popołudniami, zapoznając się z obsługą aparatury i specjalizując się w interpretacji zapisów na nowoczesnym ośmiokanałowym(!) aparacie. Prof. Michel Burgeat na krótkim zebraniu przedstawił mnie kolegom, a na tablicy naprzeciw wejścia znalazło się moje nazwisko, jako nowego członka zespołu. Byłem zdumiony bogactwem wyposażenia laboratorium, marząc, aby coś z tego w przyszłości,

---

*Ponieważ pan działał  
samodzielnie bez porozumienia  
z Biurem Współpracy  
i Zagranicą, stypendium  
zostało przeadresowane na  
innego kandydata*

---

gdy wrócę, udało się uruchomić w klinice. Tu także robiłem dokładne notatki. Trudną technikę pobierania perylimfy z błędnika u świnek morskich przekazałem naszej koleżance z kliniki dr. Emilii Krochmalskiej, która wykorzystywała ją w swojej pracy habilitacyjnej.

Wracając w lipcu 1970 roku do Polski miałem przygotowane dokładne plany zabiegów, wszystkie kolejne czynności i zestawy potrzebnych instrumentów. Z tym był największy kłopot, bo nie wszystkie narzędzia były w naszych zestawach. Stopniowo zaczęliśmy wprowadzać rozmaite modyfikacje operacji tympanoplastycznych. W założeniu uzyskania maksymalnej skuteczności, operowaliśmy zawsze, w co najmniej dwu, a nie rzadko w trzech etapach, co we Francji było rutyną, zapewniającą pełną sanację jamy bębnekowej.

Wcześniejsze próby leczenia otosklerozy w klinice mobilizacją i fenestracją wg Lemperta, zostały przed kilku laty, jako mało skuteczne, definitywnie za-

niechane. W jesieni 1970 r. do pierwszej operacji otosklerozy techniką stapedektomii z interpozycją żylną asystował mi Prof. Hassmann. Obaj byliśmy pełni napięcia, nie wiedząc, czy ta historycznie pierwsza stapedektomia zakończy się sukcesem. Nie chciałem nawet myśleć o niepowodzeniu. Wielokrotnie przećwiczyłem w myślach każdy moment operacji, tak aby wszystko umieć na pamięć. W przeddzień jeszcze raz przejrzałem notatki, a na sali operacyjnej z pielęgniarką Lucyną Zacharko, przygotowaliśmy według listy instrumenty do operacji.

Młoda pacjentka wiązała wielkie nadzieje z operacją. Była zrozpaczona, bo po ciąży nagle słuch jej się znacznie pogorszył. Cięża jest jednym z niewyjaśnionych do końca czynników przyspieszających rozwój otosklerozy. Operacja przeszła bez powikłań, z prawie całkowitym zamknięciem rezerwy ślimakowej, ku wielkiej radości pacjentki i oczywiście także naszej. Po niej przyszły następne, bo wielu chorych czekało. Był to kolejny punkt zwrotny w historii kliniki. Wkrótce operacje otosklerozy stały się rutyną.

Profesor Hassmann, jako pierwszy w Polsce od pewnego czasu wykonywał częściowe operacje krtani, które pozwalały nie tylko zachować fonację, choć zniekształconą, ale również zamknięcie tracheostomu, co znacznie podnosi komfort życia. Także pierwszymi zabiegami, które wprowadził w Polsce na początku lat sześćdziesiątych Profesor Hassmann, były dekompresje nerwu twarzowego. Przybywało bowiem przypadków z pourazowym porażeniem, w których leczenie zachowawcze nie przynosiło poprawy. Aby rozwinąć nowoczesną diagnostykę i rozmaite stosowane na Zachodzie metody leczenia operacyjnego, zdaniem Profesora konieczny był wyjazd do „Mekki” leczenia porażenia nerwu twarzowego w skali europejskiej, do kliniki w Getyndze, kierowanej przez światowej sławy naukowca prof. Miehleke. Trudności z wyjazdem do Niemiec Zachodnich były tak wielkie, że muszę, choć pokrótce, je opisać.

Rozpoczęła się wymiana korespondencji. Udało się ustalić z profesorem Miehleke, obietnicę przyznania mi stypendium Humboldta. Wkrótce otrzymałem potwierdzenie wraz z prośbą o nadesłanie niezbędnych dokumentów.

Mimo kilku miesięcy oczekiwania, do Akademii nie przyszło żadne zawiadomienie. Poradzono mi abym pojechał do ministerstwa, gdzie dowiedziałem się, że stypendium zostało mi przyznane, ale „ponieważ pan działał samowol-

Po powrocie z zagranicy byłem naładowany potrzebą jak najszybszego wdrożenia poznanych zabiegów. Profesor to wyczuł i po przedstawieniu sprawozdania powiedział mi: „kolego zabieramy się do pracy”. Realizacja jed-

niż zdobycie nowego. Problemem, dziś trudnym do uwierzenia, było pozwolenie administracji szpitala na ponowne jego użycie, bo nagle okazało się, że aparat będzie komuś potrzebny. Robiono nam niezrozumiałe i bezzasadne trudności, które skończyły się dopiero na rozmowach Profesora z dyrektorem szpitala, który też nie rozumiał problemów, które nam robiono. Później już we własnym zakresie zaprzyjaźnieni



fot. z archiwum autora

Od lewej prof. Paul Aboulker, prof. Wiktor Hassmann i Jan Pietruski

nie bez porozumienia z Biurem Współpracy z Zagranicą, stypendium zostało przeadresowane na innego kandydata”. Z wyjazdu nic nie wyszło i wkrótce otrzymałem list od prof. Miehlike z zapytaniem, dlaczego nie przyjeżdżam. W odpowiedzi próbowałem wyjaśnić przyczyny. Trochę zdziwiony profesor zapewnił mnie w następnym liście, że dotrzyma obietnicy i wkrótce otrzymałem imienne zaproszenia do kliniki w Getyndze na stanowisko Gastarza.

W klinice w Getyndze leczenie porażenia nerwu twarzowego było tematem wiodącym. Szczyciła się szerokim zakresem operacyjnego leczenia facialisa. Już na drugi dzień prof. Miehlike napisał mi do asysty przy parotidektomii, z techniką oszczędzenia nerwu twarzowego. W ciągu najbliższych tygodni wielokrotnie brałem udział w rozmaitych zabiegach na nerwie twarzowym. Na trzech salach operacyjnych wykonywano codziennie szeroki wachlarz zabiegów chirurgicznych ze wszystkich dziedzin otolaryngologii. Jako jedna z pierwszych w Niemczech klinika wprowadziła laser w leczeniu krtani, testując fabrycznie nowy aparat.

nak nie była łatwa, bo w klinice nie było odpowiednich narzędzi, ani oczywiście pieniędzy na ich kupno. Nie brakło tylko zapału. Powiedzenie, że Polak potrafi, zobligowało mnie do dorabiania i przerabiania mikroinstrumentów, co spowodowało, że mieliśmy minimum potrzebnych narzędzi, bez czekania na łaskawy los zakupu oryginalnych zestawów. Zwiększała się liczba przypadków pourazowych, które zaczęliśmy operować stosując różnego rodzaju przeszczepy nerwu, co stało się tematem mojej pracy habilitacyjnej.

Uruchomienie elektronystagmografii (ENG) było konieczne, ale nie było mowy o zdobyciu niezbędnego kalibratora i aparatu do tego celu. W Białymstoku nigdzie tych badań, bardzo potrzebnych w diagnostyce w różnicowaniu zawrotów pochodzenia obwodowego i centralnego, nie robiono. W końcu udało się znaleźć w magazynie aparatury przeznaczonej do kasacji od dawna nieużywany aparat EKG. Pomyslałem, że jeżeli aparat jest czynny lub nieznacznie uszkodzony, ewentualna naprawa i zaadaptowanie go do naszych celów powinno być łatwiejsze

inżynierowie z politechniki przerobili aparat do naszych potrzeb. Niezbędny kalibrator do ENG też był własnym opracowaniem i w roku 1973 mieliśmy już w klinice czynną pracownię ENG. Po raz pierwszy w historii kliniki i miasta, mogliśmy rejestrować, różnicować i dokumentować zawroty, oraz pomagać kolegom z kliniki neurologicznej w diagnostycznie trudnych przypadkach.

Na zjeździe otolaryngologów w Białymstoku, organizowanym przez klinikę i towarzystwo laryngologiczne, przedstawiliśmy kilkanaście prac z wszystkich powyżej wspomnianych dziedzin naszej specjalności, opartych na własnym materiale. Prof. Ludwik Szlęzak z Poznania pogratulował Profesorowi Hasmannowi wspaniałych wyników i zespołu, kończąc pamiętnymi słowami: *Ex oriente lux – światło ze wschodu*. Zarząd główny towarzystwa laryngologów, przyznał pisaćemu to wspomnienie prestiżową nagrodę im. Jana Miodońskiego za prace z dziedziny nowoczesnego operacyjnego leczenia słuchu.

\* *Doc.dr hab. med.*

*Członek honorowy PTOtol.*

*Członek honorowy Światowej Unii Lekarzy Pisarzy*

## Wspomnienie o Mikołaju Wilczyńskim (1909-1998)

**M**ikołaj Wilczyński urodził się 3 stycznia 1909 roku w Białymstoku. W roku 1932 uzyskał dyplom lekarza weterynarii na Uniwersytecie Józefa Piłsudskiego w Warszawie. W latach 1932-1933 odbył służbę wojskową w Szkole Podchorążych Rezerwy w Włodzimierzu Wołyńskim. W okresie międzywojennym pracował w Białymstoku, Ciechanowcu i Wołkowysku. W czasie wojny obronnej 1939 roku służył w Suwalskiej Brygadzie Kawalerii. Internowany na Litwie, zdołał uciec z obozu jenieckiego, zmieniając często miejsce zamieszkania, uchodząc przed prześladowaniami. W roku 1945 przystąpił do odbudowy służby weterynaryjnej w Białymstoku i na Białostocczyźnie. W latach 1951-1979 był kierownikiem Zakładu Higieny Weterynaryjnej w Białymstoku, będącym pla-

cówką terenową Państwowego Instytutu Weterynarii w Puławach. W roku 1964 uzyskał stopień doktora, a w 1971 tytuł naukowy docenta nauk weterynaryjnych.

Docent M. Wilczyński współpracował z Zakładem Mikrobiologii, Kliniką Chorób Zakaźnych, Kliniką Gruźlicy Płuc i Zakładem Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej w Białymstoku. Był autorem i współautorem 70 publikacji naukowych, w tym kilkunastu we współpracy z pracownikami AMB. Tematyką wspólnych prac badawczych było zapobieganie, diagnostyka i leczenie chorób odzwierzęcych: brucelozy, nosacizny, pryszczycy, salmonelloz, toksoplazmozy, tularemii i wścieklizny. Był autorem 5 rozdziałów specjalistycznych w podręczniku pt. „Choroby odzwierzęce” (red. P. Boroń, PZWL, Warszawa, 1983).



foto: z archiwum autora

Mikołaj Wilczyński zmarł 9 sierpnia 1998 roku. Spoczął na Cmentarzu św. Rocha w Białymstoku.

**Krzysztof Worowski**

## Wspomnienie o Bohdanie Szymborskim (1905-1978)

**B**ohdan Szymborski urodził się 25 maja 1905 roku w Liwenberzen, w Kurlandii na Łotwie. Jego ojciec, Kazimierz, był urzędnikiem kolejowym. W roku 1918 rodzina Szymborskich przeniosła się do Polski.

Odbył studia na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie. Dyplom Lekarza uzyskał w roku 1945 na Uniwersytecie Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie. Od czasów studenckich interesował się psychiatrią. W czasie okupacji pracował w Szpitalu Psychiatrycznym w Wilnie.

W roku 1945 podjął pracę przy odbudowie i organizacji Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczu jako pełnomocnik ministra zdrowia. W latach 1949-1962 pracował w szpitalach psychiatrycznych w Gostyninie, w Warcie i w Dziekanecie.

W roku 1962 objął stanowiska dyrektora Szpitala Nerwowo i Psychicznie Chorych w Choroszczu. W latach 1962-1966 pracował na stanowisku adiunkta w klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Białymstoku, kierowanej przez profesora Lucjana Korzeniowskiego. Wiele troski poświęcił kształceniu młodej kadry lekarzy-psychiatrów. Docenił znaczenie badań laboratoryjnych w diagnostyce chorób psychicznych i chorób układu nerwowego. Był autorem i współautorem kilkunastu publikacji naukowych z zakresu farmakoterapii stanów depresyjnych, psychiatrii społecznej oraz zaburzeń układu homeostatycznego w chorobach psychicznych. Interesował się twórczością malarską psychicznie chorych. Była mu bliska nauka i kultura francuska.

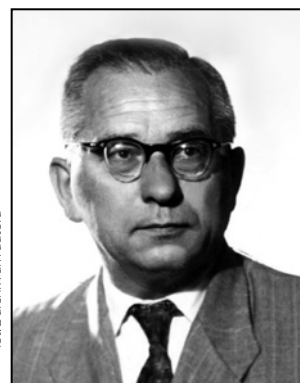


foto: z archiwum autora

Bohdan Szymborski zmarł 13 czerwca 1978 roku. Spoczął na Cmentarzu Św. Rocha w Białymstoku.

**Krzysztof Worowski**



# Lekarze białostoccy

## w okresach: międzywojennym i powojennym

### Anna Ellert (1903 – 1997)

Urodziła się 6 czerwca 1903 r. w Białymstoku. Jej rodzicami byli Jan i Aleksandra z Sawickich. Razem z rodzicami i rodzeństwem Julią i Janem od pierwszej wojny światowej mieszkała w Białymstoku. Po wybuchu wojny cała rodzina wyjechała do Rosji i zamieszkała w Moskwie. Tu Anna zaczęła uczęszczać do szkoły. Jesienią 1918 r. wszyscy wrócili do Białegostoku. Ojciec podjął pracę jako mechanik w Zakładach Naprawczych Taboru Kolejowego w Starosielcach. Szkołę średnią Anna Ellert ukończyła w Białymstoku, a następnie studiowała medycynę na Uniwersytecie im. Stefana Batorego w Wilnie. Ukończyła studia w styczniu 1932 r., otrzymując dyplom doktora wszech nauk medycznych (numer dyplomu 511). W latach 1931 – 1936 pracowała w Klinice Chorób Dziecięcych w Wilnie, pełniąc jednocześnie obowiąz-



foto: z archiwum autora



foto: z archiwum autora

Grób Anny Ellert na białostockim cmentarzu farnym

ki lekarza w Ubezpieczalni Społecznej. W latach 1936 – 1939 była ordynatorem i zastępcą dyrektora Dziecięcego Sanatorium Kolejowego w Rabce-Zdroju.

W 1939 r. wróciła do Białegostoku, podejmując pracę jako lekarz pediatra rejonowy i w Miejskim Domu Dziecka.

W latach 1941 – 1952 pracowała w Szpitalu Miejskim jako ordynator Oddziału Dziecięcego i lekarz Lecznictwa Otwartego (od 1950 r. w PKP).

Od stycznia 1953 r. była ordynatorem Oddziału Dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Z oddziałem tym związana była do sierpnia 1965 r., pracując jednocześnie w lecznictwie pediatrycznym PKP.

W sierpniu 1965 r. zakończyła działalność zawodową, przechodząc na emeryturę.

Jej szeroka wiedza zawodowa, pracowitość i życzliwość, niezwykła kultura osobista, spowodowały, że cieszyła się powszechnym szacunkiem i zaufaniem. Zawsze o każdej porze nosła bezinteresowną pomoc potrzebującym. Miała serdeczny i życzliwy stosunek do młodych lekarzy, rozpoczynających specjalizację z pediatrii.

Zmarła 19 lutego 1997 r. po długiej chorobie. Spoczęła w grobie rodzinnym na Cmentarzu Farnym w Białymstoku.

#### **Mieczysław Sopek**

*Dr n. med., były wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka UMB*

#### **Magdalena Szkudlarek**

*Dr n. med., adiunkt Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka UMB*

# Zagłada miasta zamkniętego

## Część 2.

**R**ok 1943 zdawał się zrazu potwierdzać nadzieje zamkniętych w getcie białostockim Żydów na przetrwanie, bo po likwidacji mniejszych gett terenowych, w tym dużym białostockim przybyło ludności. Nadal produkowano tu masowo różnorodne towary, w tym także na potrzeby frontu. Dzięki Judenratowi i zaradności osób zamkniętych w getcie oraz kontaktem z mieszkańcami Białegostoku i okolic, prowadzono na dużą skalę przemysł żywności. Powstały struktury konspiracyjne, utrzymywano kontakty z gettem warszawskim.

### Pierwsza akcja

Rozpoczęła się ona niespodziewanie 5 lutego 1943 roku i trwała do 12 lutego. Niemcy zażądali wydania 17 tysięcy osób, rzekomo do pracy poza gettem białostockim. Judenrat przystał na ten dyktat w imię ratowania większości, wciąż wierząc w możliwość doczekania końca wojny. Do wyjazdu wytypowano Żydów niedawno przywiezionych ze wspomnianych „małych gett” oraz niepracujących w miejscowych fabrykach i zakładach. W zestawianiu kolumn udział brała policja żydowska, ale ponieważ nasilał się opór, to głównie żołnierze i funkcjonariusze niemieccy wyłapywali ukrywających się, strzelali do bezbronnych.

„Schowaliśmy się na dachu domu przy ulicy Białostoczańskiej 7, tam przetrwaliśmy pierwszy dzień akcji w gronie rodzinnym. Mój brat Elijahu był członkiem organizacji młodzieżowej Haszomer Hocair oraz członkiem ruchu podziemnego w getcie. Członkowie tego



**ADAM  
CZESŁAW DOBRÓŃSKI\***

ruchu dysponowali kilkoma schronami. Ojciec, matka i młodsza siostra Golda oraz ja otrzymaliśmy schronienie, ale adresu tego domu nie przypominam sobie. Dotarliśmy tam ciemną nocą. W mieszkaniu obok kuchenki leżały na blasze odpadki płonącego węgla. Blachę trzeba było podnieść, by wejść pod podłogę do schronu. Warunki w schronie były okropne. Można było tylko siedzieć ze zgiętymi w kolanach nogami oraz w pochyleniu. Odczuwaliśmy silne bóle. Miejsce było bardzo wilgotne, nogi znajdowały się stale we wodzie, a pora była zimowa. Nie mogliśmy kaszleć, ani głęboko oddychać. Była tam oczywiście straszna ciasnota i nieludzkie cierpienia, więc brat nasz Elijahu przeprowadził siostrę z dzieckiem do innego ukrycia. Tam napotkali na nadludzkie żądania na konto swego nieszczęśliwego dziecka. Ludzie bali się krzyku, płaczu dziecka, który mógł ich zdemaskować, więc podano dziecku leki nasenne w dużej dawce,

wyrządzając dziecku wielką krzywdę. Zażądano też przykrycia twarzy dziecka poduszką, a to doprowadziłoby do uduszenia dziecka, wbrew uczuciom oddanej kochającej matki. Ta postanowiła więc opuścić schron wraz ze swym kochanym nieszczęśliwym dzieckiem i oddać swój los w ręce bandytów. Dowiedziałem się, iż została wraz z dzieckiem wywieziona do Birkenau – obozu śmierci” (Abram Vered, Izrael, relację spisała: Chana Kizelsztejn).

Ostatecznie w wyniku akcji lutowej wywieziono z getta białostockiego do obozów śmierci ok. 8 – 10 tys. Żydów, a kilkuset zabito na miejscu.

### Zmienne nastroje

Stopniowo czas zacierał ślady po dramatycznych wydarzeniach z lutego 1943 roku. Pozostała pamięć o wyczynie Iczaka Mełameda, który podczas próby zatrzymania go w mieszkaniu przy ulicy Kupieckiej (obecnie Malmeda) oblał Niemca kwasem solnym. Osłepiony oddał strzał, zabił swego kolegę i ranił jeszcze jednego Niemca. W odwecie szef białostockiego Gestapo nakazał rozstrzelać pod murami synagogi przy ul. Nowy Świat stu Żydów. Wyprowadzono ich z okolicznych domów. „Wśród rozstrzelanych były bardzo znane w mieście siostry Miler, modystki, jedna z Wilna, druga z Białegostoku” (dr Tobiasz Cytron). I. Mełamed (Malmed) zdołał w zamieszaniu uciec i się ukryć. Obawiając się jednak, że Niemcy będą kontynuować rozstrzelania, ujawnił się i został powieszony.

Do getta białostockiego dotarły krzepiące ducha wiadomości o klęsce



Mira Becker przy pomniku na Pietraszach, miejscu w którym zginął jej brat. Ona sama wyskoczyła z pociągu, który wioził ją do obozu śmierci

wojsk niemieckich pod Stalingradem, wracała nadzieja. Na przekór tym odczuciom, w kwietniu dowiedziano się o likwidacji getta warszawskiego i wybuchu tam powstania. To był sygnał alarmowy dla konspiratorów białostockich, wyciszono spory polityczne, nasilono budowę schronów i zakupy broni. Rwący się do walki wychodzili nocami do Puszczy Knyszyńskiej, tam tworzyli grupy przetrwania, które miały zamienić się w oddziały partyzanckie. Większość wtajemniczonych zgodziła się na następujący plan działania: Niemców wkraczających do getta przywitać ogniem (karabiny, pistolety, granaty i butelki z płynem zapalającym), wywołać zamieszanie, podpalić fabryki i ogrodzenie getta, następnie schować się w schronach i nocą wyjść do lasów. A. Barasz, prezes Judenratu, przekazał konspiratorom znaczną kwotę na zakup broni. Zaskakuje wiadomość o przewiezieniu z Grodna do getta białostockiego karabinu maszynowego, w czym pomocny był niemiecki kolejarz nazwiskiem Grimm.

### Szpital

Tobiasz Cytron opisał pomoc lekarską dla „leśnych”, którą świadczyli doktorzy Eliezera Ozdera, Beloch z Augustowa, Mosze Minc. Zorganizowano szpitalik

na poddaszu budynku przy ul. Częstochowskiej, gdzie leczono jednorazowo dwóch – trzech partyzantów przerzucanych do getta jako rzekomych robotników. Chorymi opiekowały się uczennice szkoły pielęgniarskiej pod nadzorem pielęgniarek: Poli Długacz, Sary Sybirskiej i Poli Tapicer. Z powodu groźby dekonspiracji szpitalik przeniesiono na poddasze fabryki stearyny braci Rajskich, do budynku, który miał wejście i z zewnątrz getta.

„Szpital działał w ścisłej konspiracji. Uratowano tam życie wielu partyzantów z ciężkim zakażeniem ran postrzałowych. Niejednokrotnie, z braku innych możliwości, zachodziła konieczność przeprowadzania skomplikowanych operacji pod miejscowym jedynie znieczuleniem. Wykrycie tego szpitala byłoby równoznaczne z wyrokiem śmierci na pacjentach, lekarzach, pracownikach, a także mieszkańcach sąsiednich domów. Na szczęście, Niemcy szpitala nie wykryli”.

Nie tylko Niemcy, ale i policjanci żydowscy. Przypomnieć trzeba, że obok konspiracyjnego szpitalika istniał w getcie legalny szpital przy ul. Fabrycznej z oddziałem chirurgicznym i wewnętrznym, szpital dla chorych zakaźnych (przy ul. Jurowieckiej), ośrodek położniczy, gabinety dentystyczny i elektroterapii (przy ul. Różanej), trzy apteki. To był heroiczny trud Żydów białostockich i przywiezionych z innych miast regionu, niosących pomoc medyczną swych współwyznawcom.

### Walki w getcie

Trudno obliczyć, jak liczna była grupa żydowskich bojowników. Według cytowanego już dra T. Cytrona do podjęcia walki zbrojnej zgłosiło się 1200 – 1400 osób, z czego tylko 300 – 400 miało przeszkolenie wojskowe, a około 300 mogło otrzymać broń. Dowództwo objął przybyły z Warszawy Mordechaj Tennenbaum-Tamaroff, latem 1943 roku powołano Samoobronę Żydowską. Do getta białostockiego dotarł uciekinier z Treblinki, który rozwiał wątpliwości, co do sposobu „rozwiązania kwestii żydowskiej” przez hitlerowskich zbrodniarzy.

Nocą z 15 na 16 sierpnia 1943 roku getto zostało otoczone przez wojsko i żandarmerię niemiecką. Ściągnięto posiłki z Warszawy, bo prawdopodobnie nie dowierzano miejscowym władzom okupacyjnym. Nie jest natomiast praw-

dą, że użyto czołgów (były wozy pancerne) i lotnictwa. Bojownicy podjęli nieudaną próbę spalenia ogrodzenia (plotu) od strony ul. Smolnej. W poniedziałek 16 sierpnia od rana słychać było strzały z broni ręcznej i maszynowej, Niemcy podpalali kolejne domy i pędzili ludność ku bramie przy ul. Jurowieckiej. Po kilku godzinach chaotycznych walk bojownicy żydowscy zgromadzili się w schronach, skąd czynili wypadki w celu podpalania fabryk. 20 sierpnia został wykryty schron dowództwa przy ul. Ciepłej, ale pacyfikacja terenów getta przeciągnęła się dłużej.

Ludność została powiadomiona, że pojedzie do pracy poza Białystok. Kolumny kierowano w stronę ul. Poleńskiej i torów kolejowych, następnie na ścierniska po skoszonym zbożu, gdzie obecnie stoi elektrociepłownia. Brutalnie zachowywali się konwojenci niemieccy i z pomocniczych oddziałów nacjonalistów ukraińskich, zabijali słabnących.



Dowódca powstania białostockich Żydów Mordechaj Tennenbaum

Panował niemiłosierny upał, brakowało wody. „Do dziś widzę przed oczyma tę masę Żydów wychodzących spod tunelu kolejowego i skręcających w ul. Trochimowską. Patrzyłem na nich z odległości kilkunastu metrów, tuż prawie za plecami oprawców. A gdy wychodziłem poza zabudowania gospodarcze Białostoczec od strony rzeki Białki, to widoczne było mrowisko ludzi koczujących na polu”



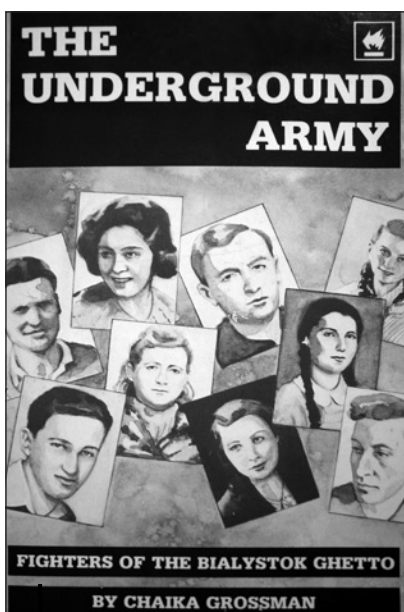
(Ryszard Malinowski). Zmęczonych i zrezygnowanych ładowano do wagonów kierowanych w większości do obozu zagłady w Treblince

### Pozostali na terenach getta

Jesienią 1943 r. Białystok był oficjalnie miastem Judenrein, czyli bez Żydów. Tylko nieliczni z nich pozostali na terenach getta. Przy ul. Jurowieckiej 28 ukryła się w podziemnym „bunkrze” grupa czterdziestu trzech osób. „Strasznie ciasno, ciemno i wilgotno w tym żywym grobie. Przez cały dzień siedzimy cicho, ściśnięci jeden przy drugim. Słyszać tylko ludzkie oddechy. Nawet małe dzieci milczą ze strachu, aby nie były słyszane tam, na powierzchni. A kiedy zapada ciemność i z ulicy nie dochodzą odgłosy ciężkich kroków bestialskich oprawców, wówczas budzi się głód i pragnienie”. Nocą ruszają na poszukiwania jedzenia w opuszczonych domach, starano się penetrować



Pomnik bohaterów getta stojący w Białymstoku przy ul. Zabiej



Publikacja o Żydach walczących w białostockim getcie

ogrody. Oczywiście, to wszystko pod groźbą zdemaskowania swej obecności.

Jedna z kobiet zaproponowała upieczenie chleba w znajdującej się w sąsiedztwie małej piekarni przy ul. Ciepłej 5. Zasłonięto okna, wykorzystano 3 worki mąki i zachowane drewno, zrobiono zakwas, na koniec wyrobiono 44 okrągłe chleby. Strachu napędziły nocne zjawy, ale okazało się, że to byli również Żydzi, ukrywający

się w zamaskowanej norze przy ul. Nowy Świat 20. Wyczuli zapach chleba.

„Nagle nieszczęście – nie ma wody ani elektryczności. Niemcy wszystko odłączyli od opustoszałego getta. Daremna nasza walka, jesteśmy zgubieni. Nazajutrz 25 osób z białymi prześcieradłami wychodzi z sąsiedniego domu przy ulicy Jurowieckiej 26 i poddaje się Niemcom”. Ci z bunkra przy ul. Jurowieckiej 28 dotarli kolejnej nocy do ogrodów przy dawnej siedzibie Judenratu, gdzie natrafili na stawik z zimną i dobrą wodą, choć zmieszaną z zielenią.

Niestety, 5 listopada nad ranem patrol niemiecki spostrzegł jednego z Żydów i, idąc jego śladami, wykrył kryjówkę. Wszystkich pojmanych przeprowadzono na siedzibę Gestapo (ul. Sienkiewicza 15), a następnie do białostockiego więzienia, gdzie zebrano łącznie kilkuset Żydów. Powieziono ich do obozów koncentracyjnych. Z czterdziestu trzech osób z „bunkra” przy Jurowieckiej 28 wojnę przeżyło dziesięciu. (Według: Chaja Sojka-Jabłonka, Księga Żydów Ostrołęckich, Ostrołęka – Tel-Aviv 2002).

### Inne przypadki

W tzw. małym getcie zatrzymano Żydów funkcyjnych oraz osoby młode, fachowców, których początkowo wykorzystywano do prac na miejscu, potem umieszczono ich w więzieniu białostockim i stopniowo wy-

wożono głównie do Auschwitz, Majdanka, Stutthofu (ostatni transport 21 XI 1943 r.). Oblicza się, że w czasie likwidacji getta białostockiego do lasów uciekło około 250 Żydów, kilkuset ukryło się w schronach i piwnicach. Uratowali się nieliczni „skoczki”, którzy wyskakowali z pociągów jadących do obozów śmierci, a przykładem może być białostoczanka Mira Becker, którą niedawno odwiedziłem w Los Angeles. Podobnie uratował się, żyjący w Nowym Jorku, Sam Solarz. W ogóle z obecnych w getcie białostockim do lata 1943 roku uratowało się w regionie pewnie nie więcej niż 1,2 – 1,5 tys. Żydów. Co najmniej kilkuset wywiezionych po 16 sierpnia przeżyło obozy koncentracyjne. Do ocalałych trzeba jeszcze dodać kilkuset Żydów ukrywających się u chrześcijan i wywiezionych wcześniej przez Niemców. Z pewnością co najmniej 2 tys. Żydów białostockich uniknęło śmierci, dzięki wyjazdom dobrowolnym lub zesłaniu w głąb ZSRR (w tym i dzieci z kolonii w Druskiennikach). Dość zgodnie uważa się, że z około 45 tys. Żydów mieszkających w Białymstoku do września 1939 roku, II wojnę światową przeżyło niespełna 7 tysięcy, ale do miasta wróciło tylko niewiele ponad tysiąc osób. Wróciło, by szybko wyjechać do Warszawy, Łodzi, Dzierżonowa, a w późniejszym czasie wyemigrować z Polski.

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

# (Nie)Wygraliśmy Euro 2012



**Doktor  
ADAM HERMANOWICZ**

**K**rótko trwała przygoda polskiej reprezentacji z Euro 2012. Udział w imprezie zakończyła na ostatnim miejscu w najsłabszej grupie turnieju. Marnie, jak na rozbudzone oczekiwania kibiców, ale nie oszukujmy się, dla nikogo, poza nami, niespodzianką to nie było.

Zajmujemy w rankingu FIFA miejsce odległe, goniąc takich potentatów, jak Sierra Leone, czy Armenia, bohatersko wytrzymując napór Burkina Faso i Ugandy. W naszej Ekstraklasie lada moment zaczną grać piłkarze, którzy urodzili się po tym, jak ostatni

raz polska drużyna zagrała w Lidze Mistrzów, a Polakiem, który strzelał w niej najwięcej goli jest 38-letni weteran z Białegostoku. Jak się ma taki background, to się nie fika, tylko grzecznie pakuje zabawki i po fazie grupowej wraca do domu. Fajnie, że tym razem mieliśmy blisko.

O dziwo, w dość powszechnym odczuciu Euro nam się jednak udało. Boiska są piękne, sportowo, przynajmniej w fazie grupowej, była to jedna z lepszych tego typu imprez. Ogólnie udało się nam liźnąć z bliska trochę innego, bogatszego świata, do którego od tak dawna wzdychaliśmy. Nie obyło się bez ekscesów, ale ich rozmiar nie przekroczył niczego, co już wcześniej na mistrzostwach Europy widzieliśmy. Tak naprawdę nasza impreza nie różni się niczym od poprzedniej, którą organizowały bogate kraje Zachodu. Dziwne uczucie, prawda? Miało się kompletnie nie udać, miał być wstyd przed światem, tragedia wizerunkowa itd., itp. Nie było. Autorzy niepokorni, którzy na wyścigi pluli na Platformę za katastrofalny stan przygotowań do imprezy teraz płaczą, że PO przywłaszcza sobie wspólny sukces wszystkich Polaków. Czyli jednak jest sukces, a że trzy czwarte okresu przygotowań do imprezy przypadło na rządy zniena-

widzonego Tuska, to przypadek. To są tylko pozorne sprzeczności, które dadzą się niezmiernie łatwo wytłumaczyć. Jak? A, to już nie tutaj. Tutaj nie toczymy heroicznej walki z faktami.

Nie łudźmy się tylko, że ten radośny okres cokolwiek zmieni na dłuższą metę. Za chwilę znowu wróci podział na „ich” i „nas”, prezes PZPN znowu będzie „werihepi”, że został wybrany na kolejną kadencję, nasze kluby znowu dostaną łomot w boju o Ligę Mistrzów. Zostaną nam jednak autostrady, dworce, lotniska i stadiony. A także przeświadczenie, że potrafimy zorganizować imprezę, na której dobrze bawi się cała Europa. To duży kapitał, który będzie procentował jeszcze przez lata. Pewnie, że fajnie byłoby kiedyś opowiadać wnukom, że było się na stadionie, kiedy reprezentacja Polski gromiła Niemcy w ćwierćfinale polsko – ukraińskich mistrzostw. Póki co jednak Słońce wschodzi na wschodzie, zachodzi na zachodzie, a Polska...

...nie, nie zorganizowała kolejnego przegranego powstania, nie powstała w beznadziejnym boju o honor. Polska wybudowała infrastrukturę i zorganizowała świetne mistrzostwa. Jeśli taki cud się wydarzył, to może kiedyś dożyjemy jeszcze sukcesów polskiej reprezentacji.

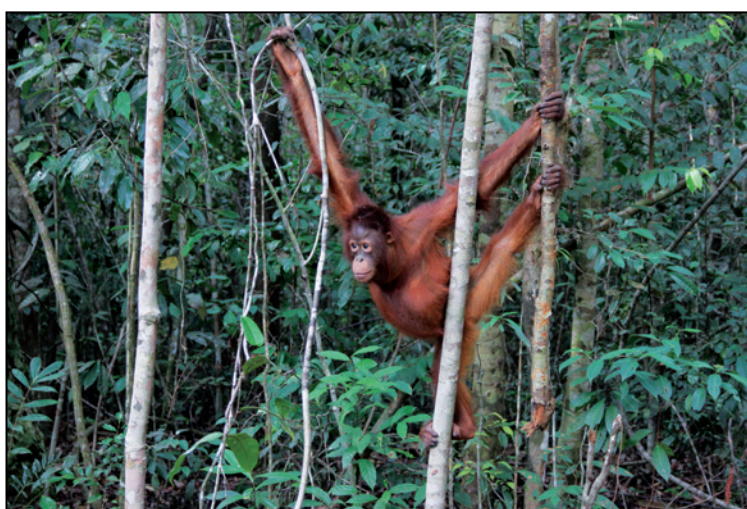




*Plaża w Zanzibarze. Hodowla wodorostów na potrzeby kosmetyki*



*Kobieta z plemienia Dajak na Borneo*



*Orangutan w Parku Narodowym Tan Jung Putin na Borneo*

*Krzysztof Furman, lekarz, absolwent UMB, od lat mieszka w Australii. Razem z żoną odwiedził ponad 150 krajów i siedem razy okrążył ziemię. Od pięciu lat podróżuje wspólnie z córką. Prezentujemy zdjęcia z ostatniej podróży i zapraszamy w październiku do czytania kolejnego odcinka cyklu „Z dyplomem UMB w świat”, którego bohaterem będzie pan Krzysztof.*



*Starożytne miasto kurdyjskie Mardin w Turcji – widok na nizinę mezopotamską*



*Autor zdjęć z 5-letnią córką Wiktoria na łodzi na Borneo*





*Transport ptactwa na Borneo*



*Poszukiwanie diamentów na Borneo. Tą pracą zajmują się dzieci i nastolatki*

*Wakacji pełnych słońca, przygód i niezapomnianych  
widoków życzy Redakcja Medyka*