



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NR 06-09 (119)

CZERWIEC-WRZESIEŃ 2013

ISSN 1643-2734

Budowa laboratorium  
bioinformatycznego UMB  
*strona 5*

Ewaluacja,  
czyli student ocenia  
*strony 6-7*

Sposób na Parkinsona  
*strony 21-22*

Ratownik na polu walki:  
czerwona taktyka  
*strony 24-25*



# Badania grobowca Buchholtzów w Supraślu



Naukowcy z Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB rozpoczęli badania podlaskich krypt. Na początek udali się do Supraśla, gdzie pierwszy raz od 70 lat zostały otwarte drzwi do komory grobowej rodziny Buchholtzów. Badania polegały na sprawdzeniu przy pomocy płytek kontaktowych, jakie grzyby występują na ścianach grobowca, czy we wnętrzach trumien. Wszystko po to, by zabytki można było bezpiecznie odrestaurować (więcej str. 23)





- 4 3, 2, 1... In vitro start
- 5 E-wisienka na torcie
- 6 Ewaluacja: marchewka i kij
- 8 Nowi szefowie, nowe pomysły
- 11 Nominacje profesorskie
- 12 Proceduralna winda dla naukowców
- 13 Sądowe pozwy za obniżki pensji
- 13 Badania nad niepłodnością w Białymstoku
- 12 Studenci anglojęzyczni już z dyplomami
- 14 Program in vitro tuż przed startem
- 15 Rekrutacja na UMB – pierwsze wyniki
- 15 W skrócie
- 16 Koniec remontu Collegium Pathologicum
- 16 Przedszkolaki ukończyły studia
- 17 Chcę być jak GPS dla naukowców
- 19 Empatia - co lekarz wiedzieć powinien?
- 21 Impulsem w mózg
- 22 Drażą tunele w tętnicy
- 23 Badania kaplicy grobowej Buchholtzów w Supraślu
- 23 Szkolenia dla doktorantów
- 23 Zjazd farmaceutów
- 24 Czerwona taktyka
- 26 Martwa fala i bolący ząb
- 28 Dzień wojskowy studenta medycyny
- 30 Duński Museion – miejsce inspiracji humanistów i lekarzy
- 32 Symbole szeptuchy
- 33 Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym
- 34 Wspomnienie o Władysławie Wiechowskim
- 35 Miasto nad Czarną Hańczą
- 38 Jedziemy na urlop

*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:** GALAKTUS - Agencja Marketingowa Mateusz Szukajt • **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  
e-mail: medyk@umb.edu.pl, www.medyk.umb.edu.pl

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

**YouTube** /Medyk Białostocki



/Medyk Białostocki

**T**worzymy historię, historia kołem się toczy, bez historii jesteśmy niczym, historia dzieje się na naszych oczach itp., itd. Te i tym podobne truizmy można mnożyć w nieskończoność. Wszystkie one są tak samo banalne, jak i prawdziwe. Zdaje się, że znaczenia historii dla dnia dzisiejszego i przyszłości zaczyna się głębiej rozumieć wraz z bagażem doświadczeń i biegiem lat życia. Bo czy w pełni mogą ją młodzi ludzie, którzy co dopiero zawarli związek małżeński? Chociażby nasi studenci, na których ceremonii ślubnej miałem zaszczyt wczoraj uczestniczyć. Pewnie nie zdawali sobie sprawy z doniosłego faktu, że zaczynają tworzyć historię - na pewno swoją i swojej przyszłej rodziny. Może u progu ich życia okazać się, że tworzyli także historię ważną dla innych. Ceremonia była uroczysta. Miała miejsce w kościele katolickim, chociaż pan młody jest wyznania prawosławnego, zaś panna młoda katolickiego. W trakcie ceremonii, która odbyła się w obrządku katolickim niezwykle szczerze i prawdziwie zabrzmiał głos księdza celebransa. Kapłan podkreślił, iż jesteśmy świadkami szczęśliwego wydarzenia, podczas którego chrześcijańska tradycja wschodu spotkała się z chrześcijańską tradycją zachodu, wzbogacając siebie nawzajem. Przypatrywała się temu ikona Matki Boskiej Supraskiej przyniesiona uroczystie przez drużbanta i ustawiona na honorowym miejscu na ołtarzu między dwoma świecami. Jakże ważna dla historii uroczystość, jaka przełomowa dla kultury naszej wspólnej religii! Jak bardzo optymistyczna i przekonująca!



I drugi biegun historii pisanej przez życie. Nieco wcześniej miałem osobiste, głębokie przeżycie związane z odejściem i pogrzebem najbliższej mi osoby - mojej Matki. I tu historia odżyła w swej zwielokrotnionej formie. Pogrzeb zgromadził najbliższą i dalszą rodzinę, rzesze byłych uczniów, koleżanek i kolegów, przyjaciół. Moja Matka zostawiła po sobie bezcenny skarb rodzinny - zebraną i starannie napisaną historię swojego rodu. Ważną nie tylko dla rodziny, bo osadzoną w szerokim kontekście politycznym, społecznym i obyczajowym. Dzieło, które jest dokumentem tamtych czasów i warte jest opublikowania drukiem. Dowiadujemy się z niego, że Autorka, pasjonatka historii, zafascynowana postacią Zygmunta Padlewskiego - generała naczelnika Powstania Styczniowego, odnalazła miejsce Jego kaźni. Generał zginął rozstrzelany przez rosyjskiego zaborcę w jednej z dzielnic Płocka. Miejsce rozstrzelania moja Matka upamiętniła memoriałem w postaci wysokiego krzyża opatrzonego tablicą pamiątkową. Odszukała i nawiązała kontakt z potomkiem generała. Doprowadziła do nadania imienia Zygmunta Padlewskiego jednej z płockich szkół. Na uroczystościach wystawiła swojego autorstwa sztukę teatralną poświęconą postaci Zygmunta Padlewskiego. Tak zachowuje się pamięć i tworzy się lokalną historię.

Z tym większym szacunkiem odnoszę się do działań naszego Muzeum Historii Medycyny i Farmacji kierowanego przez dr Magdalenę Grassmann. To miejsce zachowania historii nam najbliższej, bo dotyczącej naszej uczelni. Informacje o muzeum znajdą Czytelnicy w bieżącym numerze. Muzeum pod kierownictwem Pani Grassmann staje się na naszych oczach placówką ważną dla regionu i dla społecznej edukacji - od tych najmłodszych z przedszkoli do seniorów. Gromadzi coraz bogatszą kolekcję eksponatów związanych z historią medycyny i farmacji naszego regionu. Odbywają się tu bardzo ciekawe interaktywne zajęcia. Młodzi ludzie odwiedzający placówkę mogą sami preparować leki, bawić się dentystycznymi masami plastykcznymi, oglądać pod mikroskopem komórki. Nasze muzeum zdobyło już zasłużoną sławę. Z miasta i regionu przyjeżdżają tu wycieczki dzieci na pogładowe lekcje. Ma najwyższą frekwencję spośród wszystkich muzeów naszego grodu. Zachęcam naszych pracowników i studentów do zwiedzenia tej unikatowej placówki!

*Chyczewski*

## 3, 2, 1... In vitro start

*W Białymstoku - tam gdzie przed 25 laty na świat przyszło pierwsze dziecko poczęte in vitro w Polsce - minister zdrowia Bartosz Arłukowicz oficjalnie uruchomił finansowany przez państwo program leczenia niepłodności tą metodą.*

Wydarzenie to jest bez precedensu. W Polsce, choć minęło ćwierć wieku od narodzin pierwszego dziecka z zapłodnienia pozaustrojowego, nie ma żadnych norm prawnych w tej sprawie. Absolutnie żadnych. Kraj nasz nie ratyfikował nawet obowiązującej w Unii Europejskiej konwencji bioetycznej z Oviedo, która częściowo reguluje, jak należy postępować przy takich technikach leczenia. Ministerialny program to też niejako obejście przepisów, bo narzucone przez niego unormowania, obowiązują tylko w uczestniczących w nim klinikach. Pozostałe podmioty dalej mają swobodę działalności i pozostają poza kontrolą.

- Ważne, że udało się to wreszcie ruszyć. Spóźnieni i małymi krokami, ale wreszcie gonimy Europę - cieszył się podczas spotkania z ministrem prof. Sławomir Wołczyński, szef Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej UMB.

Oficjalna część wydarzenia odbyła się w niewielkim gabinecie zabiegowym kliniki w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Miejsca wystarczyło tylko dla ministra Arłukowicza, profesora Wołczyńskiego i kilkunastu dziennikarzy. Dyrektor szpitala Bogusław Poniatowski, czy prof. Marian Szamatowicz, szef zespołu, który dokonał pierwszego polskiego zabiegu in vitro, przysłuchiwali się wszystkiemu z korytarza.

- To rozwiązanie gwarantuje to, że dostęp do metody in vitro będzie niezależny od zasobności portfela. Przeznaczamy na niego, na trzy lata, ponad 240 mln zł i chcemy pomóc 15 tysiącom par - zapewniał minister.

Aby przystąpić do programu trzeba spełnić kilka warunków. Najważniejsze: para ma się leczyć z powodu niepłodności od co najmniej roku, a inne metody kuracji w jej przypadku zostały już wyczerpane. Kobieta nie może mieć więcej niż 40 lat (mężczyzny limit wieku nie obejmuje). Para nie musi być małżeństwem. Państwo finansować będzie do trzech prób in vitro dla jednej pary (koszt jednej to nawet ok. 10 tys. zł).



Fot. Wojciech Więcko

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz uruchomił w Białymstoku program finansowania in vitro

Zabiegi będzie można wykonać tylko w wyselekcjonowanych 23 klinikach leczenia niepłodności w kraju (w Białymstoku będą to trzy kliniki, prócz tej w szpitalu klinicznym, są to: Kriobank oraz Centrum Położniczo-Ginekologiczne „Bocian”). Wszystkie one będą poddane surowemu reżimowi kontrolnemu. Stworzony zostanie specjalny rejestr procedur, w którym ma być odnotowana każda czynność związana z zabiegami (pacjenci będą w nim anonimowi). Ten spis jest potrzebny, by z jednej strony mieć kontrolę nad wykorzystywanymi w zabiegach zarodkami (o tę kwestię ciągle toczy się spór), z drugiej zaś strony dość szybko okazać się, która klinika ma najlepsze wyniki pracy.

- Chciałbym, żeby ten program uświadomił nam wszystkim, że niepłodność nie jest ani lewicowa, ani prawicowa. Ona nie ma poglądów. To po prostu choroba, którą nowoczesna medycyna potrafi leczyć - przekonywał Bartosz Arłukowicz.

Dodał też, że nie można straszyć ludzi informacjami o in vitro, czy stygmatyzować urodzonych w ten sposób dzieci, opowiadając o rzekomych brudach porodowych czy wadach genetycznych. Zapewnił też, że nikt za stosowanie tej metody nie trafi do więzienia.

- W kolejce czeka 200 par - mówił dziennikarzom profesor Wołczyński. - Już rozpoczynamy procedury kwalifikujące, ale nie wiem, kiedy będziemy mogli powiedzieć, że mamy pierwszą parę, która skorzysta z programu. Przypuszczam, że wszystko pełną parą ruszy w sierpniu.

Prof. Marian Szamatowicz, choć dostrzega ułomności ministerialnego rozwiązania (głównie chodzi o wszelkie limity i ograniczenia wobec pacjentów), jest zadowolony z jego rozpoczęcia. Cieszy go najbardziej fakt, że wreszcie udało się pokonać dotychczasowe przeszkody, czyli negatywne stanowisko kościoła katolickiego, oraz wielki opór części polityków. Jego zdaniem liczba potrzebujących par jest znacznie niedoszacowana. Według jego obliczeń program powinien objąć ok. 25 tys. potrzebujących.

- Korzystając z okazji, muszę się też pochwalić, że dziewczynka, która tutaj jako pierwsza w Polsce przyszła na świat dzięki in vitro, niedawno wyszła za mąż. Byłem na jej ślubie, a ślub był w kościele katolickim - podkreślał profesor.

Na razie nie wiadomo, co będzie dalej z programem, gdy upłyną zakładane przez pomysłodawców trzy lata.



# E-wisienka na torcie

*Taki obiekt mają tylko najlepsze ośrodki naukowe na świecie. W kraju i tej części Europy to będzie nowość. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku rozpoczął budowę laboratorium bioinformatycznego. Pierwsze łopaty wbito w ziemię 21 czerwca.*

**D**zisiejsza medycyna czy nauka, od komputerów już nie stroni. Dzięki nim bardzo szybko uzyskujemy potrzebne nam obliczenia. Jednak ciągły rozwój informatyzacji powoduje, że lekarz czy naukowiec trafia na bariery. Ilość danych generowanych przez współczesne komputery jest tak wielka, że aby wyciągnąć z nich właściwe wnioski, trzeba umieć zapamiętać nadciągami liczb. Np. badanie genomu jednego pacjenta, wykonane przez urządzenie do sekwencjonowania genomowego, to zbiór ponad trzech milionów rekordów, co przekłada się na wygenerowanie w ciągu jednego dnia danych zajmujących ponad 20 GB pamięci. A to jest tylko jeden pacjent i tylko jeden dzień jego badań.

Sposoby poradzenia sobie z tym są w zasadzie dwa: albo naukowiec sam nauczy się obróbki i analizy statystycznej, i przy okazji pozna zasady programowania, w efekcie czego przestanie się rozwijać w swojej dziedzinie, albo trzeba stworzyć warunki, by wykształcić takich specjalistów. Ten drugi wariant praktykowany jest na Zachodzie Europy i w USA. Teraz z tamtych doświadczeń chce skorzystać nasza uczelnia.

## Łopaty w ziemię

- Powstanie tu system komputerowy, jakiego w Polsce nigdzie nie ma - zachwala inwestycję prof. Jacek Nikliński, rektor UMB. Pieszczołliwie laboratorium bioinformatyczne nazywa „wisienką na torcie”.

W obrębie pomiędzy zapleczem Collegium Pathologicum, ulicami Wojskową i Waszyngtona, firma Polbud rozpoczęła już budowę uczelnianego centrum bioinformatycznego. Będzie to jeden z elementów Centrum Badań Innowacyjnych UMB. Warto przypomnieć, że CBI zostało przed rokiem wyróżnione tytułem Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego, który jest



Fot. Lech Chyczewski

W połowie 2014 r. budynek ma być gotowy

przyznawany tym, którzy wyznaczają kierunki w rozwoju polskiej nauki.

Centrum informatyczne będzie się składać z trzech części: 1. obiektu badawczo-seminaryjnego (wspólna przestrzeń dla badaczy z różnych ośrodków, która pozwoli im na łączność z każdym miejscem na świecie i przesyłanie dużych ilości danych), 2. laboratorium bioinformatycznego (najważniejsza część obiektu, którego sercem będzie potężna serwerownia zdolna udźwignąć konieczne obliczenia; dodatkowo znajdują się tu pracownie badawcze) oraz 3. pomieszczeń do pracy ekspertów (tu będą mogli indywidualnie pracować naukowcy spoza uczelni, uczestniczący w projektach uczelnianych).

Na potrzeby inwestycji zostanie zaadaptowana opuszczona kamienica, która stoi na tym terenie. Zostanie gruntownie przebudowana. Poza tym budowlancy wkopią się w ziemię, by tam stworzyć nowe sale wykładowe i seminaryjne. Planuje się, że na dachu nad tymi pomieszczeniami będzie rosła trawa.

Uczelnia przykłada wielką wagę do spraw związanych z łącznością i transmisją danych z obiektu. Chodzi o współpracę z najlepszymi ośrodkami naukowymi na świecie, a także z ich najlepszymi uczonymi. Nie ma co ukrywać - szansa, że światowe gwiazdy na-

uki przybędą do Białegostoku ze Stanów Zjednoczonych na dzień czy dwa, jest niewielka. Zupełnie inaczej sprawa mogłaby wyglądać, gdyby naukowcy mogli poprowadzić dwugodzinny wykład online czy skonsultować wyniki badań.

## Wsparcie z UE

- Inwestycję uda się nam zrealizować dzięki dotacji z Unii Europejskiej. Nasz projekt wygrał konkurs i pokonał ponad setkę innych wniosków o wsparcie - mówi rektor Nikliński.

Cała inwestycja będzie kosztowała 13,5 mln zł. Powierzchnia nowych budynków będzie wynosić 1,1 tys. mkw. Co ważne, wszystkie obiekty będą ze sobą połączone specjalnymi łącznikami, tak by nie było konieczności wychodzenia na zewnątrz. By zwiększyć funkcjonalność kompleksu, dodatkowo zostanie on połączony z Collegium Pathologicum, aby umożliwić korzystanie ze zlokalizowanej tam dużej auli wykładowej.

Wszystko ma być gotowe do połowy 2014 roku. Stan surowy zamknięty obiektu przewidziany jest na styczeń 2014 r. Od czerwca 2014 r. rozpoczęłyby się urządzanie pracowni i wtedy powoli mogliby się wprowadzać naukowcy.

bdc



# Ewaluacja: marchewka i kij

*Nie tylko nauczyciel ocenia studenta. Ten też może ocenić swojego wykładowcę.*

*I w zależności od wystawionej noty pedagog otrzyma nagrodę, albo nawet wypowiedzenie z pracy. Taki jest mechanizm ewaluacji.*

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Od kilku miesięcy studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku mogą, drogą elektroniczną, anonimowo wydawać opinie o swoich nauczycielach. Jak wygląda ta ewaluacja?**

**PROF. ADRIAN CHABOWSKI, PROREKTOR DS. STUDENCKICH:** - Kilka miesięcy temu wprowadziliśmy Elektroniczny System Ewaluacji Dydaktyki, czyli system oceny jakości kształcenia pracowników naukowo-dydaktycznych, obejmujący wszystkie elementy dydaktyczne oferowane przez UMB. Oceniane są wykłady, ale też seminaria, fakultety, ćwiczenia praktyczne i kliniczne. Ankiety mogą wypełniać studenci po zakończeniu danego przedmiotu. Jednocześnie, przeprowadziliśmy akcję informacyjną wśród społeczności akademickiej, a starostowie poszczególnych kierunków otrzymali loginy i hasła, które przekazywali studentom, by ci mogli indywidualnie i anonimowo logować się do systemu. Ta anonimowość jest na pewno bardzo cenna. Z drugiej strony, my jako organizatorzy, nie mamy możliwości sprawdzenia, kto wypełnił ankietę, a kto nie; i nie mamy możliwości „przymuszania” do wypełnienia takiego kwestionariusza. Skutkuje to jak wiadomo tym, że może być mały odsetek osób, które się na dany temat wypowiedzą. Podstawowy problem jest taki, że aby opinia miała wartość merytoryczną, znaczny procent studentów musi się wypowiedzieć. Przykładowo, gdy tylko trzej z roku, z kierunku, na którym jest 180 osób, zaloguje się i wyda negatywną opinię, nie będzie to miarodajne.

**Czy już wiecie, jaki odsetek studentów w ostatnim semestrze wypełnił kwestionariusze?**

- Niski procent „zwracalności” ankiet to problem ogólnopolski. Na uczelniach medycznych taki system sondażu, który został wprowadzony wcześniej, osiąga „zwracalność” rzędu 5-10 proc. U nas na razie jest lepiej. Na wydziale farmacji sięga 24 proc., na wydziale lekarskim i wydziale nauk o zdrowiu - 18-19 proc.



Fot. Wojciech Więcko

Prof. Adrian Chabowski

**Nie macie sposobu, by zachęcić brać studencką do wypełniania ankiet?**

- Nie powiem, to trudny temat, ale mamy parę pomysłów. Wspólnie ze studentami zrzeszonymi w samorządzie UMB zastanawialiśmy się nad sposobem losowania nagród wśród tych, którzy wzięli udział w sondażu. Niemniej jednak, bardzo trudno byłoby zachować anonimowość. Kolejnym pomysłem było wprowadzenie zmian w systemie wirtualnego dziekanatu, gdzie jedynie student wypełniający ankietę miałby opcję pełnego dostępu do zasobów informacji dziekanatowych (np. by pobrać plan studiów czy część wykładów w formie pdf-ów). Ponownie pojawia się jednak problem, że po zalogowaniu można będzie zidentyfikować tę osobę. Ponadto „dobrowolność” jest zapisem ustawowym, gwarantującym wolność studencką. Szukamy więc dalej kolejnych, innych rozwiązań.

**Może jak wiadomo będzie, że te oceny mają przełożenie na politykę kadrową uczelni, sami będą chcieli głosować? Czy będą realne konsekwencje dla wykładowców, którzy będą wypadać negatywnie?**

- Pierwszym i chyba najważniejszym warunkiem, żeby opinia była miarodajna i brana pod uwagę, to odpowiednia

liczba ankiet. W założeniu minimum 50 proc. uprawnionych studentów na danych zajęciach musi głosować. Jeżeli okaże się, że co najmniej połowa z tych, którzy ocenili danego nauczyciela akademickiego, podała negatywne opinie, wtedy taka informacja trafia do Wydziałowej Komisji ds. Zapewniania Jakości i Doskonalenia Kształcenia. Następnie ww. komisja przekazuje informacje do uczelnianego zespołu ds. Zapewniania Jakości i Doskonalenia Kształcenia, a zespół sporządza raport do rektora. Rektor ma prawo podjąć dalsze kroki. Może wskazać np., że uczelniany zespół powinien zarządzić dodatkowe hospitacje, czyli sprawdzić jakość kształcenia we wskazanych przypadkach, tj. ocenić, jak prowadzone są zajęcia czy wykłady. Hospitacje przeprowadza komisja złożona z pracowników trzech wydziałów. I co najważniejsze, taka hospitacja jest przeprowadzona bez zapowiedzi. Z tego, co wiem, takich hospitacji będzie w przyszłym roku akademickim około 5-6.

**No dobrze, a co będzie, jeśli hospitacja wypadnie negatywnie?**

- Statut uczelni daje możliwość rozwiązania umowy o pracę ze wskazanym nauczycielem akademickim. Nie pamiętam w tej chwili szczegółowo zapisów tych regulacji, ale ogólnie mówiąc, stworzone jest narzędzie prawne, które umożliwia reakcję na powtarzające się negatywne oceny nauczycieli akademickich (może m.in. rozwiązać umowę o pracę - red.).

**A ci, którzy dobrze wypadną w ankietach, mogą liczyć na jakąś nagrodę?**

- Niestety, nie ma takich możliwości prawnych, by nagradzać wszystkich tych, którzy dostają pozytywne opinie w anonimowych ankietach. Mamy jednak kolejną uchwałę senatu uczelni, która po raz pierwszy umożliwia docenienie wykładowców i osoby prowadzące zajęcia. Studenci mogą nominować nauczycieli akademickich do nagrody dydaktycznej (finansowej). Wspólnie z samorządem studentów UMB stworzyliśmy system,



w którym, tym razem już nie anonimowo, ale imiennie (by zapobiec m.in. wielokrotnemu głosowaniu) mogą oddawać głosy na wybranego przez siebie nauczyciela. Na każdym wydziale wybiorą najlepszego wykładowcę i osobę prowadzącą zajęcia dydaktyczne. Osoby, które otrzymają najwięcej głosów, zostaną przedstawieni rektorowi do nagrody dydaktycznej. Rektor oczywiście będzie weryfikował takie osoby, czyli sprawdzał, czy w tym studenckim systemie ewaluacji nie ma negatywnych opinii i będzie przyznawać dydaktyczną nagrodę finansową. Są już gotowe regulacje prawne i od tego roku akademickiego taki system ruszy. Mam nadzieję, że już w grudniu nagrody po raz pierwszy zostaną wręczone.

### **A nie powinniście zapytać o zdanie absolwentów? Ich oceny byłyby chyba najbardziej obiektywne?**

- Równoległe istnieje również system oceny jakości kształcenia, ale weryfikowany przez absolwentów. Absolwenci opiniują cały tok studiów, punktując mocne strony, czyli co było ich zdaniem dobre, praktyczne, co im się być może przydało, a jednocześnie zwracając uwagę na to, czego brakowało. Kwestionariusze są wypełniane od razu po skończeniu studiów oraz po roku, trzech i pięciu latach po otrzymaniu dyplomu, a wyniki opracowywane są głównie w Biurze Karier UMB. Tegoroczni absolwenci wszystkich kierunków są już poddani badaniom ankietowym.

### **Czy wykładowcy będą oceniać studentów?**

- Oczywiście jest też system zwrotny: asystenci, adiunkci i wykładowcy mają taką możliwość. Jeżeli się na przykład okaże się, że grupa źle ocenia danego nauczyciela, a on również wystawił złą opinię (a trzeba pamiętać, że obie strony robią to anonimowo), to trzeba będzie się tej sytuacji bliżej przyjrzeć. Być może ci studenci byli słabi, dostali ocenę negatywną, i w konsekwencji (frustracji) negatywnie zaopiniowali wykładowcę? Te kwestionariusze idą równoległe z ankietami studentów. Na razie problemem jest dość mała „zgłaszalność” ze strony asystentów. I to jest zadanie dla nas, by dotrzeć do jak największej grupy nauczycieli akademickich.

### **Dlaczego uczelnia wcześniej nie wprowadziła systemu ewaluacji, który jest powszechny na uczelniach?**

- System wewnętrznej kontroli jakości kształcenia był wcześniej rozwijany na poszczególnych wydziałach, i jestem niejednokrotnie pełen uznania, jak wiele pracy zostało już wykonane. Uważam jednak, że taki system jakości kształcenia musi być zintegrowany na poziomie całej uczelni. Może być stale modyfikowany i udoskonalany, a obowiązek prowadzenia ewaluacji narzuca ustawa. Uczelnia

nie rzadziej, niż co cztery lata, musi ocenić swoją kadrę naukowo-dydaktyczną. Mieści się w tym (coroczna) ocena dydaktyki przez naszych studentów, ale również część naukowa (publikacje i granty) i część organizacyjna, czyli czy dana osoba pracuje na rzecz uczelni.

*Rozmawiała*

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

## Jak to robią w USA?

**KRZYSZTOF PIERKO, lekarz w Cook County Hospital oraz nauczyciel akademicki w Rush University, Chicago, absolwent UMB:** - Proces ewaluacji w USA jest o tyle prostszy, że są tu firmy, które specjalizują się w tworzeniu portali internetowych, na których można ewaluować studentów (np. myevaluations.com, new-innov.com, etc). Wygląda to inaczej w przypadku adiunkta, a inaczej w przypadku rezydenta, czy studenta.

Zaczną może od studentów. Studenci mają przeważnie rotacje 4-tygodniowe. W tym czasie pracują z jednym lub dwoma adiunktami, którzy muszą ocenić różne aspekty rozwoju studenta, zaczynając od profesjonalizmu, podejścia do pacjenta, sposobu zbierania wywiadu, wykonywania badania fizykalnego, aż do wiedzy medycznej, krytycznego myślenia i aplikacji tej wiedzy w procesie leczenia. Adiunkt otrzymuje mail z linkiem do ewaluacji zazwyczaj w ciągu tygodnia od zakończenia rotacji. Przy okazji może napisać notatkę do dziekana lub opiekuna studenta, która nie będzie widoczna dla studenta. Może też napisać krytyczną notatkę do studenta, która nie będzie widziana przez dziekana lub innego opiekuna.

W przypadku rezydentów sytuacja wygląda podobnie. Adiunkt ocenia różne cechy rezydenta, takie jak: jak profesjonalizm, umiejętność komunikacji z innymi pracownikami i pacjentami, wiedzę medyczną, opiekę nad pacjentem, umiejętność pracy z systemem szpitalnym, kliniczne myślenie, itd. Rezydent ocenia adiunkta anonimowo. Aby zapewnić anonimowość, adiunkt może zobaczyć ewaluację dopiero wtedy, gdy przynajmniej 10 rezydentów wypełni ewaluację. Rezydenci oceniają adiunkta ze strony opieki nad pacjentem (czy dany adiunkt zapoznał się wystarczająco z dokumentacją pacjenta, czy obchód po dyżurze był prowadzony efektywnie, czy adiunkt służył wiedzą i radą w razie potrzeby, czy rozmawiał z podspecjalistami w celu sprawnej opieki nad pacjentem), profesjonalizmu (czy traktował z szacunkiem pacjenta i rezydentów, czy był wyczulony na aspekty kulturowe i religijne pacjenta i jego rodziny), medyczne rozumowanie i umiejętności nauczycielskie. Oczywiście adiunkci i rezydenci mogą napisać swoje własne spostrzeżenia i sugestie.

Jeżeli chodzi o nagradzanie, to ci adiunkci, którzy są lubiani przez rezydentów, otrzymują raz do roku nagrodę w postaci certyfikatu i ich nazwisko zostaje wyryte na tablicy upamiętniającej (raczej sprawa prestiżu niż nagrody materialnej). Sprawa jest o tyle inna niż w Polsce, że praca z rezydentami już sama w sobie jest nagrodą. Większość szpitali akademickich ma tak zwany „covered service” (czyli z rezydentami) i „non-covered” (bez rezydentów). Adiunkt, który pracuje z rezydentami przyjmuje 14 pacjentów, co 4 dzień i rezydenci wykonują za niego większość pracy. Natomiast ten, który pracuje bez rezydentów widzi 15-25 pacjentów dziennie i większość pracy wykonuje sam. Dlatego też ci, którzy dostają złe oceny w ewaluacji, bywają odsuwani od pracy ze studentami i rezydentami. Rachunek jest bardzo prosty - wszyscy starają się, jak mogą.

Studentom również bardzo zależy na dobrych ocenach, bo od tych ewaluacji zależy ich ocena (średnia z testu plus średnia nota z ewaluacji), a także możliwość otrzymania listu polecającego od dziekana.

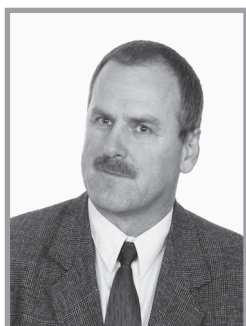
Rezydentom zależy na dobrych notach, bo od tego zależy, czy dostaną dobre listy polecające na podspecjalizację (lub do późniejszej pracy) oraz czy dyrektor specjalizacji poprze ich w późniejszych karierach. Rezydenci ze złymi notami zostają przedstawieni komitetowi promocyjnemu (Promo committee), który decyduje, czy dany rezydent musi powtórzyć daną rotację. Ci, którzy dostają złe ewaluacje, po raz któryś z rzędu, mogą zostać usunięci ze specjalizacji.



# Nowi szefowie, nowe pomysły

*Trzy zakłady, jedna klinika i jedna samodzielna pracownia od nowego roku akademickiego będą miały nowych szefów. Rektor powołał ich na 6-letnią kadencję.*

**K**onkursy na stanowiska kierowników przeprowadzono w trzech zakładach: Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, Zakładzie Stomatologii Dziecięcej, Zakładzie Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatricznej oraz Klinice Położnictwa i Perinatologii oraz Samodzielnej Pracowni Analizy Leków. Następnie kandydatury pozytywnie zaopiniowały rada Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii oraz rada Wydziału Farmacji. Po tym decyzję – powołanie do pełnienia funkcji – podjął rektor prof. Jacek Nikliński. Nowi szefowie obejmą swoje stanowiska z dniem 1 października. Zapytaliśmy ich o doświadczenie zawodowe, a także o to, czy planują jakieś zmiany w obejmowanych jednostkach.



**Dr hab. n. med. Bogdan Cylwik** od nowego roku akademickiego będzie kierował Zakładem Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatricznej. Jest absolwentem Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Białymstoku (studia ukończył w 1986 roku). Po studiach rozpoczął pracę w Zakładzie Diagnostyki Biochemicznej Państwowego Szpitala Klinicznego w Białymstoku najpierw na stanowisku asystenta, a od 1994 r. – starszego asystenta. Doktorat obronił w 1991 roku na wydziale lekarskim AMB na podstawie rozprawy pt. „Wpływ wybranych grup leków na zdolność komórek macierzystych szpiku myszy do tworzenia kolonii granulocytarno-makrofagowych

(GM)” wykonanej pod kierownictwem prof. dr hab. Macieja Szmitkowskiego. W 2011 r. uzyskał habilitację na Wydziale Farmaceutycznym UMB na podstawie rozprawy: „Diagnostyczna przydatność oznaczania kwasu sjalowego i izoform transferyny ubogowęglowodanowej (CDT) w wybranych chorobach” wykonanej pod opieką naukową prof. dr hab. Lecha Chrostka. Mimo, iż nie jest pracownikiem UMB, jest autorem i współautorem 78 publikacji naukowych. Spośród nich 49 zostało opublikowanych w czasopismach indeksowanych w Medline i 21 w czasopismach z listy filadelfijskiej. W pracy naukowej skupia się na badaniu biologicznych markerów nadużywania alkoholu, przede wszystkim kwasu sjalowego (TSA), oraz jego frakcji (FSA, LSA) i transferyny ubogowęglowodanowej (CDT) oraz ocenie przydatności diagnostycznej oznaczania kwasu sjalowego i transferyny ubogowęglowodanowej w wybranych chorobach. Uczy również studentów medycyny i analityki medycznej, prowadzi szkolenia podyplomowe dla lekarzy i diagnostów laboratoryjnych. Od 1994 posiada II stopień specjalizacji z diagnostyki laboratoryjnej. Dr hab. Cylwik przez 27 lat kierował Pracownią Diagnostyczną w Zakładzie Diagnostyki Biochemicznej USK. Wykonywane tam były rutynowe badania biochemiczne i immunochemiczne dla pacjentów (ponad 40 tysięcy badań miesięcznie). Był jednocześnie osobą odpowiedzialną za organizację kontroli jakości badań diagnostycznych. Dzięki m.in. jego zaangażowaniu i pracy zakład uzyskał certyfikat ISO 2001 przez Zakład. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Międzynarodowej Federacji Chemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej oraz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Od października dr hab. Cylwik będzie kierował **Zakładem Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatricznej**. Jest

to jednostka, która skupia w sobie działalność naukowo-dydaktyczną oraz diagnostyczną skierowaną na młodego pacjenta. Zakład prowadzi zajęcia dla studentów Oddziału Medycyny Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego z Diagnostyki parazytologicznej i Laboratoryjnej diagnostyki pediatricznej. Jest najmniejszym zakładem na Wydziale Farmaceutycznym, gdyż zatrudnia łącznie z kierownikiem jedynie dwóch pracowników.

- I to należałoby zmienić – mówi dr hab. Cylwik. – Chciałbym również poszerzyć działalność dydaktyczną i zaktywizować naukowo pracowników Zakładu. W tej chwili Zakład pozyskał nowy przedmiot jakim jest Praktyczna Nauka Zawodu – Laboratoryjna diagnostyka pediatriczna. Zamierzam w dalszym ciągu utrzymać współpracę naukową z Zakładem Diagnostyki Biochemicznej i realizować projekty badawcze związane z moimi zainteresowaniami. Zamierzam też dokonać przeglądu tematyki naukowej nowego Zakładu i utrzymać dotychczasową współpracę naukową z jednostkami klinicznymi.



**Dr hab. n. med. Wojciech Miltwy** od kwietnia jest kierownikiem Samodzielnej Pracowni Analizy Leków (do tej pory pełnił obowiązki kierownika). Jest absolwentem farmacji z 1995 roku. Jak mówi, na uczelni został przez przypadek. Kiedy był na czwartym roku, wezwał go do siebie dziekan prof. Krzysztof Worowski i zaproponował mu pracę.



- Dowiedziałem się, że ze Stanów wraca młody, energiczny docent, mój były już szef - profesor Jerzy Pałka i szuka pracowników - wspomina. - Dostałem pracę w Zakładzie Chemii Leków i zostałem tam na kilkanaście lat. Miałem wielkie szczęście, że trafiłem do prof. Pałki. Praca w jego zespole to było wyjątkowe doświadczenie, bo panują tam przyjacielskie, swobodne relacje. Co jednak najważniejsze, pan profesor potrafi dużo nauczyć, to nauczyciel i mentor z prawdziwego zdarzenia.

Kiedy kilka lat na bazie Zakładu Chemii Leków została utworzona Samodzielna Pracownia Analizy Leków. Dr Milyk został powołany na p.o. kierownika. Jesienią ub. roku zrobił habilitację. Dotyczyła ona mechanizmów regulacji metabolizmu kolagenu. Ma również wiele pomysłów na rozwój swojej jednostki. Niestety największą bolączką jest zbyt mała kadra - teraz pracownia razem z kierownikiem liczy w sumie trzech pracowników.

- Mam pracownice, które są świetnie przygotowane do pracy, przeszkolone w Uniwersytecie w San Paulo w Madrycie - mówi. - Niestety są w wieku rozwojowym, i muszę przeczekać ten okres urlopów macierzyńskich, byśmy mogli ruszyć z różnymi badaniami, a potem publikacjami. Mamy dużo unikalnego sprzętu, są pieniądze z różnych projektów i grantów, problem jest tylko z ludźmi i brakiem czasu na badania.

Już teraz pracownia współpracuje z kilkoma klinikami z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w zakresie metabolomiki (dziedzina nauki zajmująca się badaniem metabolitów obecnych w organizmie, tkance czy komórce - red.). I jest jednym z dwóch jednostek, które się tym na uczelni zajmują.

- Możemy porównywać np. surowice pacjentów zdrowych i chorych, a na podstawie metabolitów szukać markerów chorób - mówi dr hab. Milyk.

Dr Milyk chciałby rozwinąć również działalność bardziej związaną z farmacją i analizą leków. Już teraz jego pracownia współpracuje z pracownikami Zakładu Farmacji Stosowanej UMB, którzy wspólnie z naukowcami z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego projektują nowe postacie leków.

- Kiedy się miesza kilka substancji, może dochodzić do interakcji - tłumaczy dr hab. Milyk. - I takie postacie leków są dyskwalifikowane.

W naszej pracowni mamy sprzęt do analizy termicznej leków, który pozwala identyfikować takie nieprawidłowości. Ponadto jesteśmy w stanie wykonać wiele innych badań: analizować efekty biologiczne leków czy też badać trwałość leków. Chciałbym, żebyśmy w przyszłości rozszerzyli naszą działalność w tym kierunku.



### Prof. dr hab. n. med. Danuta

**Waszkiel** zastąpi prof. Wandę Stokowską na stanowisku kierownika Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku - największego zakładu na stomatologii. Jak mówi „wraca” do korzeni. Bowiem po ukończeniu studiów na Akademii Medycznej (jest absolwentką pierwszego rocznika stomatologii) w 1973 roku rozpoczęła pracę w tym zakładzie. Pod okiem prof. Ewy Szymaniak zdobywała pierwsze szlify zawodowe, dydaktyczne i naukowe (pracując tam uzyskała stopień doktora i zrobiła habilitację). Jej zainteresowania naukowe początkowo związane były ściśle z wykonywanym zawodem lekarza dentystry. Obejmowały epidemiologię, profilaktykę i leczenie próchnicy oraz ubytków pochodzenia nie próchnicowego. Od kilku lat w pracy naukowej skupia się na ocenie parametrów śliny, w tym głównie czynników odpowiadających za jej odporność swoją i nieswoistą. W 2001 roku władze uczelni powierzyły jej organizację Zakładu Stomatologii Dziecięcej, gdzie pracuje aż do tej pory. Przyznaje, że wówczas ta zmiana miejsca pracy nie była łatwa.

- Dzieci są trudniejszymi pacjentami - mówi. - Praca z nimi wymaga większego wysiłku i jest znacznie bardziej obciążająca psychicznie. Dorosły człowiek rozumie, że coś trzeba zrobić i to jest dla jego dobra. Natomiast małemu dziecku trudno jest to wytłumaczyć, bo się buntuje i się boi. Trzeba dużo wysiłku i pracy, żeby dziecko za-

akceptowało lekarza i wizyty. I jak już tak się stanie, to dzieci są wspaniałymi i bardzo wdzięcznymi pacjentami.

Od pierwszego października wraca znów do swojego pierwszego miejsca pracy i do leczenia dorosłych - ale już jako kierownik zakładu.

- Praca w zakładzie stomatologii zachowawczej nie jest mi obca i mam nadzieję, że wspólnie z zespołem asystentów będziemy realizować powierzone nam zadania - mówi prof. Waszkiel. - Zamierzam zarówno korzystać z wzorców wypracowanych przez moich poprzedników, ale również z własnych doświadczeń. Jestem pewna, że w pełni zaakceptuję nowy zespół i mam nadzieję, że zespół również obdarzy mnie zaufaniem. Ja ze swojej strony dołożę wszelkich starań, aby moi pracownicy (18 osób) mogli realizować swoje plany naukowe, zdobywać kolejne stopnie i tytuły naukowe.



### Dr hab. n. med. Grażyna Mar-

**czuk-Kolada** - od października będzie nowym kierownikiem Zakładu Stomatologii Dziecięcej i zastąpi na tym stanowisku prof. Danutę Waszkiel. Dr Marcuk-Kolada jest absolwentką Akademii Medycznej z 1981 roku. Przyznaje, że jak była dzieckiem, sama bała się dentystów, więc nie myślała o stomatologii. Decyzję podjęła w maturalnej klasie. I jak mówi, nie żałuje. Po studiach dostała etat w zakładzie stomatologii zachowawczej. Ówczesna szefowa zakładu, prof. Ewa Szymaniak dała jej do wyboru dwie specjalizacje: z peridontologii (profilaktyki i leczenia chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej - red.) bądź też z stomatologii dziecięcej. Wybrała tą drugą.

- Mały pacjent, choć na pewno trudniejszy, jest bardziej wdzięczny - mówi dr hab. Marcuk-Kolada.

Trafiła do pracy w poradni. Zrobiła pierwszy i drugi stopień specjalizacji, potem doktorat. Jej rozprawa habilita-

cyjna dotyczyła zastosowania metod małoinwazyjnych w chorobie próchnicowej u dzieci w wieku przedszkolnym.

- Ze starszymi dziećmi, powyżej 6 roku problem jest znacznie mniejszy - tłumaczy. - Są one bardziej komunikatywne, można je leczyć w znieczuleniu miejscowym. A maluchy boją się strzykawki, igły i wiertła. W naszym zakładzie bardzo popularne są metody małoinwazyjne i cały czas się z nich doskonalimy i dalej będziemy to kontynuować.

Zakład liczy obecnie osiem osób. Dr Marczuk-Kolada nie planuje wielkich reform.

- Poradnia funkcjonuje prawidłowo, nie widzę potrzeby, by coś zmieniać - mówi. - Jeśli chodzi o proces dydaktyczny, to trzeba go cały czas unowocześniać, tak aby przygotować naszych absolwentów do pracy z młodym pacjentem, a także do tego, by dobrze zdawali testy i w przyszłości mieli szansę na dobrą specjalizację. Jeśli chodzi o moje marzenia, to chciałabym rozpocząć bardziej efektywną współpracę z klinikami pediatrycznymi w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym. Choć jama ustnym jest ważnym elementem i determinuje zdrowie ogólne, to się o tym często zapomina. Problem jest też w tym, że nie możemy przyjmować pacjentów, którzy leżą w szpitalu, bo fundusz za to nie płaci. Myślę, że trzeba będzie poszukać rozwiązania tego problemu.

Dr Marczuk-Kolada od lat jest również konsultantem wojewódzkim ds. stomatologii dziecięcej. Przyznaje, że to trudna i obecnie mało popularna dziedzina wśród absolwentów.

- W naszym systemie ochrony zdrowia koszyk świadczeń gwarantowanych w przypadku dzieci jest znacznie szerszy, niż w przypadku dorosłych i leczenie dzieci jest po prostu mało atrakcyjne ekonomicznie - tłumaczy. - Jeśli nie będzie lepszej gratyfikacji finansowej, opieka nad dziećmi w wieku rozwojowym zawsze będzie miała niedociągnięcia.

Przyznaje, że praca z dziećmi wymaga cierpliwości, leczenie trzeba wykonywać sprawnie i szybko. O tym, że dzieci lubią panią doktor, świadczą dziesiątki laurów (rysowanych, klejonych i wylepianych), jakie ma w swoim gabinecie, a także rysunków na tablicy przed gabinetem.

- Ja już leczę dzieci moich dzieci - przyznaje dr Marczuk-Kolada. - Dzieci,

które leczyłam, przyprowadzają do mnie swoje dzieci. I do wszystkich mówię po imieniu.



**Dr hab. Piotr Ludański**, wkrótce zostanie kierownikiem Kliniki Perinatologii i Położnictwa. Absolwent AMB z roku 1999 r., trzy lata później obronił doktorat dotyczący raka piersi. Od tego momentu mocno związany z Kliniką Ginekologii. Habilitacja w 2010 r. Zainteresowany technikami z zakresu genomiki, proteomiki i metabolomiki, równolegle zaangażował się w badania nad patogenezą endometriozy i porodu przedwczesnego. Opublikował ponad 40 artykułów i zrealizował około 30 projektów w tym międzynarodowe. Na koncie ma dwa wnioski patentowe i niedługo zostaną złożone dwa kolejne.

- W najbliższym czasie w Klinice zmieni się dużo, a to dlatego, że jesteśmy tuż przed generalnym remontem. Tak więc najbliższy rok do dwóch, to będzie czas przygotowań do przeprowadzki w praktycznie zupełnie nowe miejsce. Klinika po zmianach będzie wyglądać inaczej. Zostanie powiększony oddział położniczy i patologii ciąży. Pacjentki będą w większości korzystać z pojedynczych sal, a w związku z tym chcemy wprowadzić indywidualny

elektroniczny nadzór dla każdej z pacjentek, w oparciu o system rooming-in. Złożony został już wniosek o zakup tego sprzętu z funduszy norweskich. Dodatkowo chcę, by udało się wyposażać Klinikę w nowoczesne ultrasonografy, bo te które mamy nie do końca spełniają wymagania współczesnej medycyny. Planuję także dokupić systemy symulacyjne do nauki najbardziej groźnych powikłań jakie występują w położnictwie, np. krwotok, dystokia barkowa, poród miednicowy, zakładanie próżności na płód, itp., tak aby lekarze i pielęgniarki mogli na bieżąco trenować swoje umiejętności. Dodatkowo myślę o wprowadzeniu systemu zarządzania jakością ISO w Klinice. Utrzymanie wysokiego poziomu jakości pracy chcę uzyskać poprzez zastosowanie m.in. algorytmów postępowania w poszczególnych patologiach na oddziale. Planuję wdrożyć listy kontrolne, tzw. checklisty. To są standardy europejskie. Choć w medycynie nie wszystkie sytuacje są takie same, to takie „checklisty” świetnie sprawdzają się w sytuacjach zagrożenia życia, kiedy trzeba działać szybko i polecenia wykonywać w odpowiedniej kolejności. Taka lista tworzy porządek działania i zmniejsza chaos. I to na świecie daje dobre efekty.

Mamy też w Klinice oczywiście plany naukowe. Teraz realizowane są dwa duże projekty badawcze z Narodowego Centrum Nauki, a wkrótce składamy wniosek o kolejne badania. Będziemy się koncentrować na poszukiwaniu potencjalnych markerów porodu przedwczesnego, ale także na wprowadzeniu nowego typu metod diagnostyki prenatalnej.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk, bdc**

### Kierownicy, którzy ponownie zostali wybrani na kolejną kadencję:

Prof. dr hab. Barbara Bień, Klinika Geriatrii  
 Prof. dr hab. Maria Borawska, Zakład Bromatologii  
 Prof. dr hab. Lech Chyczewski, Zakład Patomorfologii Lekarskiej  
 Prof. dr hab. Maria Gołębiewska, Zakład Protetyki Stomatologicznej,  
 Prof. dr hab. Maryna Krawczuk-Rybak, Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej  
 Prof. dr hab. Anna Kuryliszyn-Moskał, Klinika Rehabilitacji  
 Prof. dr hab. Robert Jerzy Ładny, Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof  
 prof. dr hab. Włodzimierz Musiał, Klinika Kardiologii  
 Prof. dr hab. Maria Winnicka- Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej  
 Dr hab. Marzanna Cechowska-Pasko, Zakład Biochemii Farmaceutycznej  
 Dr hab. Małgorzata Pietruska, Zakład Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej



# Nominacje profesorskie

Prezydent RP Bronisław Komorowski nominował troje naukowców naszego Uniwersytetu na stopnie profesorskie. Krótko przedstawiamy ich drogę do tego najwyższego naukowego wyróżnienia



**Prof. dr hab. Iwona Flisiak,  
kierownik Kliniki  
Dermatologii i Wenerologii**

Absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku. Pierwsza praca – Oddział Dziecięcy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białymstoku. W 1990 roku, po uzyskaniu specjalizacji z pediatrii podjęła zatrudnienie w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, gdzie jednocześnie rozpoczęła specjalizację z dermatologii i wenerologii.

W roku 1993 została zatrudniona w Klinice Dermatologii i Wenerologii AMB, kierowanej przez prof. dr hab. med. Bożenę Chodynicką, gdzie uzyskała I i II stopień specjalizacji w zakresie dermatologii i wenerologii. W 1995 r. obroniła pracę doktorską, a w 2007 roku uzyskała stopień doktora habilitowanego.

Prof. Flisiak jest autorką lub współautorką 138 publikacji o łącznym IF 34,632, a także współautorką pięciu podręczników. Została dziesięciokrotnie wyróżniona za osiągnięcia naukowo-dydaktyczne nagrodami zespołowymi Rektora UMB oraz trzykrotnie otrzymała nagrody Ministra Zdrowia.

Od 2010 roku jest wiceprzewodniczącą Oddziału Białostockiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD). W 2011 roku została wybrana do pełnienia funkcji przewodniczącej Sekcji Dermatologii Dziecięcej PTD. Od 2012 roku jest członkiem Zarządu Głównego PTD oraz członkiem European Academy of Dermatology and Venereology. Od 2013 r. sprawuje również funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie dermatologii i wenerologii.



**Prof. dr hab. Agata Szulc,  
kierownik Kliniki Psychiatrii**

Absolwentka AMB. Pierwszą pracę podjęła w szpitalu w Choroszczu, a od 1991 rozpoczęła pracę jako asystent w Klinice Chorób Psychiczych AMB. Od roku 2008, po uzyskaniu tytułu doktora habilitowanego, pełni funkcję kierownika Kliniki Psychiatrii UMB.

Głównym kierunkiem badań prof. Szulc jest schizofrenia, a przede wszystkim poszukiwanie jej biologicznego podłoża. Kontynuując tradycje białostockiej Kliniki Psychiatrycznej prof. Szulc swoje zainteresowanie skierowała w stronę badań neuroobrazowych w schizofrenii. Wraz z rozwojem nowych możliwości badania mózgu w schizofrenii prof. Szulc zainteresowała się spektroskopią rezonansu magnetycznego, szczególnie spektroskopią protonową ( $^1\text{H}$  MRS). Zespół kierowany przez prof. Szulc jako pierwszy w Polsce opublikował szereg prac na temat wyników  $^1\text{H}$  MRS mózgu w schizofrenii. Metoda ta ma zastosowanie w diagnozowaniu, prognozowaniu wyników leczenia i poszukiwaniu patofizjologii różnych zaburzeń neurologicznych, a także psychiatrycznych. Badania prowadzone przez prof. Szulc udowodniły, że najnowsze leki przeciwpsychotyczne mają działanie neuroprotektcyjne, a metoda  $^1\text{H}$  MRS może mieć praktyczne zastosowanie w prognozowaniu wyników leczenia w schizofrenii. Prace na temat neuroobrazowania są w Klinice kontynuowane, m.in. w obszarze choroby afektywnej dwubiegunowej, a także longitudinalnej obserwacji pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii.



**Prof. dr hab. Ewa Olszewska,  
Klinika Otolaryngologii**

Jest białostoczką i absolwentką AMB. W 1999 r. rozpoczęła pracę w Klinice Otolaryngologii AMB i 2005 r. uzyskała stopień specjalisty w dziedzinie otorynolaryngologii, chirurgii głowy i szyi. Jej zainteresowania naukowe dotyczą głównie przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem, w szczególności oceny procesów proliferacji i apoptozy keratynocytów nabłonka, roli angiogenezy, znaczenia molekularnych mechanizmów resorpcji kości w perlaku nabytym i wrodzonym. Prace te zaowocowały uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych w 2002 r. na podstawie rozprawy pt.: „Niektóre wyznaczniki proliferacji i apoptozy w nabłonku perlaka u dorosłych”. Praca ta została wyróżniona nagrodą im. Prof. J. Miodońskiego przyznaną przez Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi. Stopień doktora habilitowanego uzyskała w 2007 roku. Przewodnikiem w pracy naukowej był prof. Stanisław Chodynicki, który do dzisiaj pozostaje wzorem pracy twórczej i klinicznej.

Przedmiotem jej zainteresowań jest również zastosowanie różnych technik chirurgicznych i efektów leczenia u pacjentów z obturacyjnym zespołem snu z bezdechami. Jest członkiem zespołu redakcyjnego Otolaryngology & Neurotology, Journal of International Advanced Otolaryngology, recenzentem czasopism o zasięgu światowym oraz członkiem Europejskiego Zespołu ds. wytycznych przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem.

**opr. bdc**

Zdjęcia pochodzą z serwisu fotograficznego Prezydenta RP

# Proceduralna winda dla naukowców

*Rząd zmienił zapisy w ustawie o zamówieniach publicznych. Zakupy aparatury czy odczynników będą zwolnione z procedur przetargowych do wartości 200 tys. euro dla uczelni. Powstała też procedura przetargowa na produktów i usług, które trzeba jeszcze wymyślić.*

**T**o jeden z radośniejszych dni w mojej pracy na stanowisku ministra nauki. Udało nam się coś, co było tak potrzebne wszystkim ludziom nauki - mówi prof. Barbara Kudrycka, minister nauki i szkolnictwa wyższego.

Zwykle ogłoszenie i rozstrzygnięcie przetargu na zakup niezbędnych przedmiotów potrzebnych do badań to kilka miesięcy zwłoki. O ile nikt się nie odwoła i procedura przebiegnie sprawnie. A w trybie konkursu ofert trzeba było skierować wszystko, co kosztować może powyżej 14 tys. euro (stawka ta była niezmienną od 2007 r.).

## Gonimy Europę

Dzięki zmianom w prawie teraz spora część zakupów będzie się mogła być dokonana już w kilka dni.

Progi 200 tys. euro dla uczelni i 130 tys. euro dla instytutów naukowy są ujęte jako maksymalne w stosownej dyrektywie unijnej. Z takich limitów od dawna korzystają kraje uważane za najbardziej innowacyjne w Europie, jak Szwecja czy Niemcy.

Warto dodać, że w przypadku zamówień, które nie dotyczą badań naukowych, uczelnie i instytuty będą stosowały - podniesiony dla wszystkich kategorii zamawiających i przedmio-

tów udzielanych przez nich zamówień - wyższy próg wynoszący 30 tys. euro.

Przyjęty przez rząd projekt zmian przewiduje także możliwość udzielenia zamówienia z wolnej ręki w sytuacji, gdy przedmiotem zamówienia są rzeczy wytwarzane wyłącznie do celów prac badawczych, eksperymentalnych, naukowych lub rozwojowych, które nie służą produkcji seryjnej oraz które mogą być dostarczone tylko przez jednego wykonawcę. W nowelizowanych przepisach pojawi się także możliwość unieważnienia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w związku z nieprzyznaniem środków (grantów) na sfinansowanie danego zamówienia.

## Ułatwienia dla innowatorów

W jaki sposób przygotować przetarg na coś co jeszcze nie istnieje, albo na technologię, którą trzeba jeszcze wymyślić? - taki problem mają ci, którzy chcą pogodzić swoją innowacyjność z Prawem Zamówień Publicznych. Przy wielu ograniczeniach jakie mają przepisy o przetargach, jest także taka, która nie przewiduje możliwości kreowania potrzeby na produkty czy usługi nieistniejące na rynku. Kłopot ten chce rozwiązać Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Po raz pierwszy w kraju został uruchomiony nabór potrzeb badań nauko-

wych i prac rozwojowych, które zostaną przeprowadzone w trybie zamówień przedkomercyjnych (PCP - „pre-commercial procurement”). To nowy tryb zamówień, polegający na pozyskaniu innowacyjnych, niedostępnych wcześniej na rynku produktów i usług. Na realizację pilotażowego przedsięwzięcia NCBiR przygotował 50 mln zł.

PCP to koncepcja opracowana przez Komisję Europejską po to, by dać zamawiającym szansę angażowania się w poszukiwanie nowatorskich rozwiązań bez konieczności ponoszenia pełnego ryzyka za rezultaty podjętych inicjatyw. Na każdym etapie postępowania w trybie zamówienia przedkomercyjnego, zamawiający częściowo finansuje rozwijanie produktu, a jednocześnie na bieżąco kształtuje nowe technologie wspólnie z potencjalnymi wykonawcami. Istotnym elementem zamówień przedkomercyjnych jest możliwość zachowania praw własności do wytworzonej przez siebie wiedzy i technologii przez wszystkich potencjalnych wykonawców, uczestniczących w postępowaniu o udzielenie zamówienia przedkomercyjnego. Dzielone pomiędzy sektor publiczny i prywatny jest także ryzyko ewentualnego niepowodzenia rynkowego opracowanego produktu. Wszyscy uczestnicy postępowania przedkomercyjnego mogą wziąć potem udział w przetargu w trybie ustawowym.

- Jesteśmy dziś świadkami otwarcia nowej epoki dla innowacji w Polsce - drogi zamówień publicznych realizowanych przez administrację. PCP to nowy nie stosowany w Polsce mechanizm finansowania badań ukierunkowanych na potrzeby Państwa - powiedział dyrektor Narodowego Centrum Badań i Rozwoju Krzysztof Jan Kurzydłowski.

Nabór propozycji potrwa do 19 sierpnia 2013 roku. Po przeprowadzeniu analizy wniosków Centrum uruchomi postępowanie przedkomercyjne w IV kwartale br.

*Opracowano na podstawie materiałów Narodowego Centrum Badań i Rozwoju*

**Anna Daszuta-Zalewska, bdc**

R E K L A M A

## LOKAL W PRZYCHODNI LEKMED

Do wynajęcia na godziny lokal o powierzchni 12 m2 w przężnie działającej przychodni LEKMED przy ul.Ogrodowej w sąsiedztwie szpitali i innych instytucji medycznych.

- Budynek wybudowany w 2000 roku
- **Spełnia wymogi Unii Europejskiej co do pomieszczeń przeznaczonych na cele medyczne i przystosowany dla osób niepełnosprawnych**
- Winda, poczekalnia dla pacjentów, osobne toalety dla pacjentów i personelu,
- Całodniowe usługi rejestracji, portier, parking, apteka, szatnie, sala konferencyjna, sprzątaczką. Lokal jest w pełni wyposażony i posiada umywalkę.



**Oplata od 200 złotych miesięcznie łącznie z wszystkimi opłatami** wzwwyż w zależności od ilości godzin. Przy większej ilości godzin znaczny upust i cena do negocjacji.

**niusia.zachanowicz@gmail.com**  
**sms na numer 00 94 773 206 324**



# Sądowe pozwy za obniżki pensji

**P**onad 20 pozwów od pracowników byłego szpitala zakaźnego wpłynęło do sądu rejonowego, w związku z zaproponowanymi im obniżkami pensji przez dyrekcję Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

Na początku roku szpital uniwersytecki przejął samorządowe szpitale zakaźny i gruźliczy. Ta operacja nie obyła się bez komplikacji. Protesty, odwołania i sądowe rozprawy trwały prawie dwa lata. Protestowali pracownicy przejmowanych placówek. Dodatkowo oliwy do ognia dodał fakt, że dyrektor USK Bogusław Poniatoński zapowiedział, że we wszystkich nowych placówkach pensje personelu będą wyrównane do poziomu tych w szpitalu klinicznym. A to oznaczało obniżki w szpitalu zakaźnym, który do tej pory płacił swoim pracownikom całkiem nieźle oraz podwyżki w małym szpitalu gruźliczym.

I tak w szpitalu zakaźnym pielęgniarki miały otrzymać pensję podstawową niższą o 10-12 proc., kierownicy klinik o 6-8 proc. mniej, a pobory lekarzom pobory będą wyrównane do poborów lekarzy na tych samych stanowiskach w USK. Dodatkowo zlikwidowane zostały wszystkie umowy-zlecenia, na których szpitalni pracownicy (najczęściej nauczyciele akademicy) dorabiali sobie w placówce. Teraz wszyscy mieli pracować tylko na podstawie umowy o pracę.

Pisma zmieniające warunki płac trafiły do pracowników w kwietniu. Ci mieli tylko dwa wyjścia: przyjąć nowe warunki i pracować za mniejsze wynagrodzenie, albo ich nie przyjąć, co wiązało się ze zwolnieniem z pracy. Dyrektor - w przejmowanych jednostkach - nie może nikogo zwolnić z pracy przez dwa lata, ponieważ taki pakiet bezpieczeństwa wynegocjował oddający szpitale samorząd. Dlatego pracow-

nicy, których stanowiska w nowej organizacji się dublowały (najwięcej przypadków dotyczyło pionów administracyjnych) otrzymali też nowe zadania.

W efekcie tych działań do Wydziału Pracy Sądu Rejonowego w Białymstoku wpłynęło ponad 20 pozwów, w których pracownicy dawnego szpitala zakaźnego domagają się uznania za bezskuteczne wręczenia wypowiedzeń zmieniających warunki płacy.

Pierwsze rozprawy odbyły się na początku lipca. Na razie nie zapadły na nich żadne wiążące rozstrzygnięcia. Z uwagi na bardzo podobne stany faktyczne we wszystkich do tej pory rozpoznanych sprawach, pierwszych kilka połączono w jedną. Terminy pierwszych posiedzeń sądu w pozostałych przypadkach zostały wyznaczone na sierpień i wrzesień.

**bdc**

## Badania nad niepłodnością w Białymstoku

**P**ierwsze w Polsce, i jedno z najnowocześniejszych laboratoriów na świecie, zajmujących się badaniem przyczyn niepłodności, powstaje w Białymstoku. Praktycznie w całości projekt sfinansuje Unia Europejska

Szacuje się, że w naszym kraju co szósta para ma problemy z niepłodnością. I, co gorsza, nikt nie prowadzi badań, dlaczego tak się dzieje. Szansą na przełamanie tego impasu jest projekt - założonego w 2010 roku - Ogólnopolskiego Centrum Badań, Edukacji i Monitorowania Pro-

blemów Płodności. Organizacja jest klasterem skupiającym 25 ośrodków naukowych i biznesu. Liderem jest białostockie Stowarzyszenie na Rzecz Doskonalenia Współczesnych Metod Diagnostyki i Leczenia Niepłodności „Dziecko”.

Dzięki unijnemu wparciu - ponad 17 mln zł - uda się zbudować w kraju cztery nowoczesne wyposażone laboratoria, które będą się zajmowały rozpoznawaniem i badaniem mechanizmów powodujących ograniczenie płodności i prowadzących do niepłodności.

Pierwsze z laboratoriów powstanie w budynku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Jednak nie będzie to obiekt znajdujący się w strukturach placówki, a w mającym tu swoją siedzibę Zakładzie Biologii i Patologii Rozrodu Człowieka Instytutu PAN w Olsztynie. Takie same laboratoria powstaną także w Poznaniu, Wrocławiu i Olsztynie.

Projekt badawczy będzie realizowany do 31 maja 2015 r.

**bdc**

# Studenci anglojęzyczni już z dyplomami

*Anglojęzyczni studenci ostatniego roku medycyny na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku złożyli przysięgę lekarską i odebrali dyplomy lekarza.*

Uroczysta gala odbyła się w 21 czerwca w wypełnionej po brzegi Auli Magna Pałacu Branickich. Na uroczystość przyjechało wielu zagranicznych gości. Prócz tradycyjnie oficjalnej części - przemówień i odśpiewania hymnów - był też moment wspomnień, który wywołał sporo uśmiechów na twarzach. Studenci przygotowali bowiem specjalną prezentację fotografii, w której każdy z nich zestawiał zdjęcia z młodości (nawet te z czasów niemowlęcych) z tymi współczesnymi - z okresu studiów. Ponieważ te fotografie - a zwłaszcza te z dzieciństwa - opatrzone były podpisami: doktor nauk medycznych, to właśnie powodowało co jakiś czas wybuchy salw śmiechu.

Uroczystość odbyła się z udziałem prorektora ds. studenckich prof. Adriana Chabowskiego, a gospodarzem uroczystości był prodziekan Wydziału Lekarskiego dr hab. Karol Kamiński.

Po oficjalnej części przyszedł czas na gratulacje, lampkę szampana i pamiątkowe zdjęcia.

**bdc**



## W bunadzie po dyplom

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK:** Widzę, że masz dziś na sobie specjalne ubranie - strój ludowy (po norwesku bunad): wyszywaną marynarkę, ręcznie robione na drutach pończochy i srebrne klamry na butach...

**HARALD GAARDER WIVESTAD:** - Tak, jest on charakterystyczny dla regionu, z którego pochodzę. Jestem z południa Norwegii, z Kristiansand. Każdy region ma swoje stroje ludowe, które różnią się wzorami i kolorystyką.



Fot. Wojciech Węgiel

Ostatnie wspólne zdjęcie studentów anglojęzycznych UMB

**Wiem, że Norwegowie wkładają takie ubiory tylko na specjalne okazje. Czy dzisiejszy dzień to taka specjalna okazja?**

- Oczywiście. Wkładamy je na śluby i święta rodzinne, jak też święta narodowe, szczególnie 17 maja. Dzisiejszy dzień jest dla mnie i dla mojej żony, która studiowała razem ze mną, wyjątkowy. Dlatego tak się ubraliśmy. Problem jedynie w tym, że dziś jest bardzo gorąco, a te stroje są dość ciepłe. Ściągnąłem więc spodnie, choć tego nie widać pod togą.

**Co się czuje w chwili odbierania dyplomu, po pięciu latach ciężkiej nauki?**

- To dziwne uczucie, które trudno opisać. Gdy wrócę do domu, ochłonę, moje nerwy się uspokoją, to dojdzie do mnie znaczenie tej chwili.

**Jak będziesz wspominać studia na białostockim uniwersytecie?**

- To był wspaniały okres w moim życiu. Zaprzyjaźniłem się z kilkoma Polakami. Byłem na Mazurach, widziałem jeziora, a także góry na południu Polski. Z grupą przyjaciół planujemy spotykać się raz w roku, a do Białostoku na pewno jeszcze wrócę. Z miłą chęcią spędzałbym w Polsce wiosny,

bo są inne i ładniejsze niż w Norwegii (śmiech). Jeśli chodzi o naukę, to bardzo podobał mi się sposób kształcenia na UMB, a raczej egzekwowania tej wiedzy. Z każdego przedmiotu miałem raz w tygodniu test. W Norwegii zazwyczaj dostajesz książki, program nauki i nie masz testów, dopiero końcowe egzaminy w maju. Ta forma nauki w Polsce jest dla mnie dużo lepsza, zmusza do regularnej nauki każdego dnia. Inny jest sposób nauczania, ale mi się podoba.

**Będziesz miał problemy ze znalezieniem pracy w Norwegii z dyplomem polskiej uczelni?**

- Nie sądzę, bym miał problem. Umiem to samo, co inni absolwenci medycyny, którzy kończą studia w Norwegii. Uczą się tego samego, program studiów i literatura są takie same. Ponadto lekarzy w Norwegii brakuje. Być może problem będzie z dostaniem się na staż, bo w Norwegii nie ma zbyt wielu miejsc na jego odbycie. Wracam do domu już za kilka dni i od razu zabiorę się za szukanie miejsca na odbycie stażu.

**Rozmawiała**

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**



# Rekrutacja na UMB – pierwsze wyniki

*Pierwszy etap rekrutacji na Uniwersytet Medyczny w Białymstoku już za nami. Tradycyjnie najwięcej kandydatów chciało studiować na kierunku lekarsko-dentystycznym, lekarskim i farmacji.*

W lipcu na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku zakończyła się rejestracja elektroniczna na studia stacjonarne: pierwszego stopnia i jednolite magisterskie. Chęć studiowania na naszej uczelni zadeklarowało 8168 osób. Najwięcej kandydatów pochodzi z naszego regionu oraz sąsiednich województw: mazowieckiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego. Najbardziej obleganym kierunkiem jest Lekarsko-Dentystyczny, gdzie na jedno miejsce przypada ponad 24 chętnych, zaś najwięcej maturzystów zarejestrowało się na kierunek Lekarski – 3176 osób. Na Farmację zapisało się 671 osób a na Fizjoterapię 537 kandydatów. Popularnością cieszą się także: Analityka Medyczna, Kosmetologia i Techniki Dentystyczne. Ogółem na nowych studentów czeka na naszej uczelni 901 miejsc. Pierwsze progi punktowe z 9 lipca wyniosły: na Lekarskim 179 punktów, na Lekarsko-Dentystycznym 175 i Farmacji 159. Maksymalnie

można było uzyskać na w/w kierunkach 200 punktów z dwóch przedmiotów na poziomie rozszerzonym,

---

*Najbardziej obleganym kierunkiem jest Lekarsko-Dentystyczny – ponad 24 chętnych na miejsce, zaś najwięcej maturzystów zarejestrowało się na kierunek Lekarski – 3176 osób*

---

w tym biologia obowiązkowo oraz chemia lub fizyka i astronomia do wyboru.

19 sierpnia ruszy następny etap rekrutacji - rejestracja na studia drugiego stopnia w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym. Kandydaci muszą przystąpić do egzaminu wstępnego. W przypadku studiów na Wydziale Nauk o Zdrowiu na kierunkach: Dietetyka, Elektroradiologia, Fizjoterapia, Logopedia z Fonoaudiologią, Pielęgniarstwo, Położnictwo, Zdrowie Publiczne kandydatów obowiązuje egzamin w formie pisemnego testu, który odbędzie się 28 sierpnia. Na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej na kierunku Kosmetologia obowiązuje rozmowa kwalifikacyjna, zaplanowana w dniach 28-29 sierpnia.

Rejestracja elektroniczna na studia niestacjonarne na kierunkach: Lekarskim, Lekarsko-Dentystycznym i Farmacji uruchomiona zostanie od 19 sierpnia, a na Analitykę Medyczną i Kosmetologię od 10 września.

Ostatecznie listy przyjętych znane będą na koniec września.

**Hanna Sarosiek**

## W skrócie

### Wsparcie dla doktorantów

Rozporządzeniem rektora ustanowiono regulamin przyznawania pomocy materialnej doktorantom. I tak osoba taka może ubiegać się o: stypendium socjalne, stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych, stypendium dla najlepszych doktorantów, stypendium ministra za wybitne osiągnięcia, a także o zapomogi (stypendia będą wypłacane przez 10 miesięcy w roku).

Doktorant może ubiegać się o zakwaterowanie siebie w domu studenckim, ale także małżonka i dzieci.

### Przekształcenia klinik

Zarządzeniem rektora UMB prof. Jacka Niklińskiego przekształcono Klinikę Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ w I Klinikę Nefrologii z Oddziałem Transplantacji i Pododdziałem Dializoterapii na Wydziale Lekarskim z Oddziałem

Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Nadto przekształcono Klinikę Nadciśnienia Tętniczego w II Klinikę Nefrologii z Oddziałem Leczenia Nadciśnienia Tętniczego i Pododdziałem Dializoterapii na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim.

**bdc**

# Koniec remontu Collegium Pathologicum

Niewiele ponad 30 lat od powstania, Collegium Pathologicum ponownie odzyskało swoją świetność. Zakończył się trwający dwa lata i wart ponad 11 mln zł remont.

Idea zbudowania obiektu narodziła się w głowie byłego rektora UMB prof. Ludwika Komczyńskiego. To dzięki jego staraniom udało się zdobyć fundusze na inwestycję i lokalizację. W końcu lat 60. XX wieku resort zdrowia nie dysponował nadmiarem środków. Wybierano pomiędzy ośrodkiem dla patologów a szpitalem dziecięcym (powstał w następnej kolejności). Miejsce także budziło kontrowersje. W tamtym okresie nie do wyobrażenia było, że ośrodek, w którym wykonuje się sekcje zwłok, będzie stał tuż obok szpitala, a nie gdzieś na jego zapleczu.

Po 10 latach budowy - już następcą prof. Komczyńskiego - prof. Henryk Franciszek Nowak wprowadził naukowców do budynku. Czas upływał, gmach był solidnie eksploatowany. Po roku 2000 wiadomo było, że konieczny jest remont. Kłopotem był brak środków, ale też jednostek, które mogłyby je przekazać. Ministerstwo nauki nie prowadziło takich inwestycji, ministerstwo zdrowia także.



Fot. Wojciech Wiecko

Wyremontowana i zmodernizowana aula wykładowa w Collegium Pathologicum

Dopiero w 2010 roku rektor prof. Jacek Nikliński uzyskał w ministerstwie nauki zgodę na rozpoczęcie prac budowlanych. W efekcie, za niewiele ponad 11 mln zł z resortu - plus środki pochodzące z uczelni - Collegium przeszło kapitalny remont. Ocieplono budynek i wymieniono okna, zmieniono dach, wyremontowano sale ćwiczeniowe i wykładowe, odświeżono zaplecze sanitarne. Przy okazji powstało także nowe patio studenckie, które znajduje się między łącznikami.

Co ważne, ta część przestrzeni jest zadana, działa internet bezprzewodowy, są także gniazda elektryczne, żeby podładować laptopa czy komórkę.

- Jesteśmy w nowoczesnym gmachu, który spełnia wszystkie warunki, by prowadzić dydaktykę i badania naukowe na wysokim poziomie - zaznacza prof. Lech Chyczewski, szef Zakładu Patomorfologii Lekarskiej UMB.

**bdc**

## Przedszkolaki ukończyły studia

Z wielką pompą zakończył swój pierwszy rok Uniwersytet Zdrowego Przedszkolaka. Uroczystość odbyła się 25 czerwca w Auli Magna Pałacu Branickich.

Zabrzmiały hymny - państwowy i akademickie, wygłoszono przemówienia, wręczono nagrody. Wystąpiły także przedszkolaki, było wspólne śpiewanie piosenek oraz recytacja wierszy. Jednak najważniejsze w tej uroczystości musiało być oczywiście wręczenie dyplomów absolwentom pierwszego rocznika Uniwersytetu Zdrowego Przedszkolaka. Na pamiątkę każdy z małych żaków otrzymał specjalną studencką czapkę.

- Byłam pod wielkim wrażeniem waszej pasji i zaangażowania w bycie studentem. Bardzo bym wam życzyła, abyście z taką samą pasją pokonywali kolejne etapy szkolnej kariery - przemawiała do małych absolwentów prof. Elżbieta Krajewska-Kuślak, prodziekan ds. studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB.

„Mały” uniwersytet wymyślili pracownicy Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB. Przez 12 tygodni 30 dzieci spotykało się na różnych zajęciach dotyczących szeroko rozumianego zdrowia. Poznawały tajemnice dawnej medycyny, uczyły się robić zastrzyki, dbać o zęby, opatrywać rany, poprawnie się wysławiać, właściwie odżywiać,

dowiedziały się, jak dzieci przychodzą na świat. Uczestniczyły w warsztatach z fizjoterapeutami, dietetykami, elektrolodami, czy psychologami, którzy uczyli, jak nabierać pewności siebie, jak radzić sobie w grupie. A przy tym wszystkim śmiechu było co niemiara.

Już wiadomo, że od października wystartuje kolejna edycja uniwersytetu.

Również jesienią swoją działalność zainauguruje Uniwersytet Zdrowego Seniora. To także projekt Wydziału Nauk o Zdrowiu. Oś tematyczna zajęć ma dotyczyć kwestii związanych ze starszym wiekiem, ale też prezentacji sposobów aktywnego spędzania czasu na emeryturze.

**bdc**



# Chcę być jak GPS dla naukowców

*Anna Daszuta-Zalewska przez dwa miesiące w USA uczyła się, jak zarabiać na nauce. Pojechała tam w ramach ministerialnego programu TOP 500 Innovators. Wróciła i mówi wprost:*  
- Najlepsze interesy robi się w medycynie i naukach o zdrowiu.

**T**OP 500 to program dla najzdolniejszych naukowców i pracowników centrów transferu technologii, które mają stanąć o przyszłości polskiej nauki. Ministerstwo wysłało młodych ludzi w 40-osobowych grupach do najlepszych ośrodków naukowych na świecie, by tam podpatrywali, jak zajmować się badaniami, by z jednej strony osiągnąć sukces naukowy, z drugiej zaś na tym zarabiać.

Anna Daszuta-Zalewska jest drugą osobą z naszej uczelni, która uczestniczyła w programie TOP 500. Jej staż odbył się w sercu Doliny Krzemowej, w Uniwersytecie Stanforda. Niedługo do USA w ramach programu pojadą także dwie kolejne osoby z naszej uczelni: dr Anna Moniuszko-Malinowska i dr Andrzej Małkowski.

## WOJCIECH WIĘCKO: Nie jesteś naukowcem, a program TOP 500 jest chyba dla nich?

**ANNA DASZUTA-ZALEWSKA, Biuro ds. Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii UMB:** - Nie jestem naukowcem. Jestem osobą, która ma pomagać naukowcom w komercyjnym wykorzystaniu innowacyjnych rozwiązań będących wynikiem ich badań naukowych.

## Czyli jesteś takim łącznikiem między światem nauki a biznesu?

- Tak. Chciałbym zostać takim GPS-em, który krok po kroku - jak nawigacja, pomoże naukowcowi posiadającemu innowacyjne rozwiązanie, mającemu potencjał rynkowy, w jego sprzedaży, licencjonowaniu, czy też pozyskaniu inwestora, jeżeli naukowiec zdecyduje się założyć własną firmę. Naukowcy często nie wiedzą, albo nie są świadomi, ile warto są ich odkrycia.

**Nie boisz się, że naukowcy nie będą do ciebie przychodzić, bo będą uważać, że ich osiągnięcie nie ma potencjału komercyjnego? I lepiej schować je do szafy? Jak ich przekonać?**



Fot. Archiwum A. Daszuty-Zalewskiej

Anna Daszuta-Zalewska i Timothy Draper, jeden z największych amerykańskich inwestorów (rozwijał m.in. Skype)

- Doskonale zdaję sobie sprawę z tego, że zmienić sposób myślenia jest niezwykle trudno. Ale warto próbować. Może podam taki przykład. Na Stanfordzie jedną z kluczowych idei przyswiecających pracy naukowej jest: „take the idea and make it real!”. Tam pracownik naukowy nie chowa swoich rozwiązań do szafy. Przygotowując badanie naukowe od samego początku zastanawia się, gdzie ewentualnie mógłby sprzedać jego rezultaty, a z gotowym rozwiązaniem od razu przychodzi do centrum transferu technologii i tam je zostawia. Kiedy osiągnięcia są już prawnie zabezpieczone, naukowiec może przygotować o nich publikacje, a centrum informację o danym rozwiązaniu zamieszcza w swojej bazie danych. Dostęp do niej mają rzesze przedsiębiorców. Stanford to taka marka, że nawet bez specjalnych kampanii promocyjnych prezentowanych osiągnięć, przedsiębiorcy zainteresowani konkretnym produktem sami się zgłaszają. My jesteśmy, niestety, w zupełnie innym miejscu. Musimy wychodzić do

ludzi nauki, wyszukiwać te rozwiązania, które mają potencjał. A potem szukać dla nich odbiorców.

## To pytanie powinno chyba paść na samym początku. Czy naukowiec z naszej uczelni ma szansę zarobić na tym, co wymyśli?

- Oczywiście. Pod warunkiem, że opracowany produkt będzie pożądanym przez rynek. Tak naprawdę nie można generalizować. Stanford miał kilka złotych strzałów, m.in. Google [wyszukiwarka to efekt badań podczas pracy doktorskiej - red.], wartego miliony dolarów. Czasami z kilku stworzonych produktów udaje się skomercjalizować jeden, który pokrywa koszty wszystkich poprzednich i wychodzi się jeszcze na plus.

## Ile zarabia na swoim odkryciu naukowiec w Stanfordzie?

- Stanford nie sprzedaje praw własności intelektualnej, tylko je licencjonuje. Taką ma politykę. Naukowiec otrzymuje 30 procent dochodów z licencji. Reszta trafia na uczelnię. Chyba, że naukowiec chce sam założyć spółkę i rozwijać biznes w oparciu o swój wynalazek. Wówczas wykupuje od uczelni licencję na użytkowanie swojego wynalazku.

## Czyli to uczelnia jest właścicielem odkrycia?

- Tak. Tam wszystkie prawa majątkowe do rozwiązań należą do uczelni.

## A jak jest u nas?

- W naszym kraju system zmierza w kierunku uwłaszczenia naukowców. Chodzi o to, żeby twórca rozwiązania posiadał wszystkie prawa majątkowe do niego.

## Które rozwiązanie jest lepsze?

- Trudno to jednoznacznie stwierdzić. W chwili obecnej „uwłaszczenie naukowców” jest tematem gorącej debaty całego środowiska naukowego, które jest w tej kwestii wyraźnie podzielone. W naszym kraju - o ile wariant uwłaszczeniowy zostanie zatwierdzony, to naukowiec będzie musiał zadbać o całą

sferę promocyjno-marketingową swojego odkrycia, negocjować z przedsiębiorcami, opłacić wszelkie należne podatki, ponieść koszty ochrony patentowej. W Stanfordzie - gdzie wszelkie prawa majątkowe należą do uczelni - naukowcy nie muszą przejmować się takimi sprawami. Dlatego nie ma prostej odpowiedzi.

### **Czy UMB ma potencjał innowacyjny, komercjalizacyjny?**

- Jak najbardziej. Medycyna, czy szerzej - nauki o życiu, a do tego IT mają największy potencjał komercjalizacyjny. Właśnie z rozwiązań w tych obszarach uczelnie czerpią największe zyski. Poza tym to najbardziej przyszłościowe dziedziny.

### **To dlaczego u nas jeszcze tego nie widać?**

- Mamy zaszczości w łączeniu naszych osiągnięć i biznesu. To wynika z różnic kulturowych, jak też z powodu innej mentalności. W USA, czy na zachodzie Europy duży nacisk kładzie się na badania utylitarne - praktyczne, których wyniki można wdrożyć w gospodarce. U nas naukowcy przystępując do projektowania badania, często nie analizują możliwości komercyjnego zastosowania rozwiązania. Nie mówimy tu o badaniach podstawowych, które również są bardzo ważne.

### **Jakieś jeszcze bariery dostrzegasz?**

- W Stanach Zjednoczonych bardzo mocno rozwinięte jest działanie zespołów multidyscyplinarnych. Razem ze sobą pracują specjaliści z różnych dziedzin, różnych ośrodków i chętnie dzielą się swoją wiedzą. My tego jeszcze chyba nie potrafimy. Jeżeli tam mamy do rozwiązania jakiś problem, dajmy na to z dziedziny zdrowia, to tam w zespole badawczym znajdzie się np. lekarz, biolog, inżynier, może jeszcze informatyk, a nawet ekonomista i prawnik. Taki zestaw reprezentantów różnych dziedzin pobudza kreatywność. Wiadomo, że lekarz czy biolog będą najlepszymi merytorycznie, ale inżynier czy informatyk może znajdą jakieś rozwiązanie techniczne, czy stworzą program komputerowy ułatwiający pracę, a ekonomista zrobi analizę rynku i sprawdzi, czy jest zapotrzebowanie na dany produkt.

**A sam program TOP 500, może teraz porozmawiamy o nim...**

- Podczas zajęć duży nacisk kładziono na ich praktyczność. Mieliśmy bardzo intensywny program. Uczyliśmy się właśnie pracy multidyscyplinarnej. Zajęcia były podzielone na bloki tematyczne, np. przywództwo, budowanie zespołów, przedsiębiorczość, finansowanie startup-ów, ochrona własności intelektualnej, czy design thinking. Pracowaliśmy w małych 5-8 osobowych zespołach i mieliśmy przygotowywać projekty praktycznych rozwiązań czy produktów, które mieliśmy wprowadzić na rynek. Od zera.

### **Jakieś przykłady takich rozwiązań?**

- Nie mogę opowiedzieć o tym, nad czym pracowaliśmy, bo być może ten produkt wejdzie za jakiś czas naprawdę na rynek, a nie jest jeszcze chroniony patentem. Choć to były tylko zajęcia treningowe, to zaproponowane rozwiązanie i zaprojektowany model biznesowy zostały ocenione na tyle wysoko, że obecnie trwa sprawdzanie wykonalności technologicznej. Powiem tylko, że produkt, nad którym pracował mój zespół, ma związek z modą i okulistyką.

### **To może jakiś inny przykład?**

- Też jest kłopot, ponieważ inne grupy zaproponowały takie rozwiązanie, które też mają realny potencjał rynkowy, a jeszcze nie mają ochrony prawnej. Mnie osobiście spodobał się projekt jednej z grup, która zmierzyła się z kulturową barierą kremacji ciał w Azji. Tam społeczeństwo domaga się tradycyjnych pochówków, a jest wiele miast, w których nie ma już miejsc na cmentarzach. I oni znaleźli na to sposób.

**Czyli nie jest tak źle. Polak jednak potrafi. W kraju radzimy sobie nie najlepiej, a do USA pojechała grupa nie znających się wcześniej osób i wspólnie wymyśliła kilka fajnych rozwiązań w dwa miesiące.**

- To są właśnie efekty pracy zespołu multidyscyplinarnego i tego, jak umiejętnie się prowadzi taką grupę. My byliśmy naprawdę zaangażowani w tę pracę, zarywaliśmy noce, żeby się udało.

### **Czy trudno pozyskać inwestora w Dolinie Krzemowej?**

- Wszystko zależy od pomysłu, który mamy i od teamu, który za nim stoi. W Stanach Zjednoczonych inwestuje się w pomysły i w zespół. Gdybyśmy, tak jak w Polsce, na spotkanie przy-

nieśli biznesplan, to od razu trafiłby on do kosza. Tam nikt nie ma czasu na czytanie kilkudziesięciostronicowych dokumentów. Kandydat ma często trochę ponad pięć minut na prezentację przed potencjalnymi inwestorami swojego rozwiązania. Będąc w USA robiliśmy sami takie prezentacje, ale też obserwowaliśmy prezentacje prawdziwych przedsiębiorców, którzy starali się o wsparcie dla swoich pomysłów. Wśród nich były nawet dwie polskie firmy, które chciały zaistnieć na rynku amerykańskim.

### **I jak im poszło?**

- Nie najlepiej. Choć rozwiązania mieli dobre, to nie potrafili tego dobrze sprzedać.

**Wróćmy na uczelnię. Przypuśćmy, że coś fajnego wymyśliłem, ale nie będę się z tym nigdzie pchał, bo mnie wyśmieją...**

- To nie tak. Nawet nie zdajemy sobie sprawy jak proste pomysły wybijają się na rynku globalnym. To nie musi być odkrycie na poziomie nagrody Nobla. Wystarczy, że zaspokajają potrzeby znacznej grupy ludzi. Musimy też przestać się bać porażek. Mike Lyons, przedsiębiorca z 30-letnim stażem w inwestowaniu, przedstawił nam na zajęciach jedną z głównych zasad działania innowatorów: „Ma prawo ci się nie udać”. W USA najbardziej ceni się ludzi, którzy mają na koncie i sukcesy, i porażki. Dlatego, że każda porażka uczy. A odnosząc tylko sukcesy, często nie do końca wiemy, dlaczego nam się udaje.

### **Czyli czego nam brakuje?**

- Akceptacji niepowodzeń, żylki przedsiębiorczości i podstawowej wiedzy ekonomicznej. Naszym problemem jest też niechęć do współpracy. Nasi naukowcy zamykają się i to nie tylko między uczelniami, ale i wewnątrz uczelni. Z tym - mimo, że jest najlepszy - nie będę robił badań, bo go nie lubię, z tamtym nie podzielę się sprzętem, bo jeszcze coś ciekawego mu się uda. Na Stanfordzie naukowcy z różnych dziedzin są bardzo otwarci na siebie nawzajem, chętnie dzielą się wiedzą, pracują razem, mają wspólne przestrzenie badawcze, realizują wspólne granty i są bardzo otwarci na współpracę.

Rozmawiał

**Wojciech Więcko**



# Empatia

## - co lekarz wiedzieć powinien?

*Nie mamy jednej etyki, ale wiele doktryn etycznych; a status naukowy owych doktryn jest wielce wątpliwy.*

Będę pisał o empatii z perspektywy etycznej a nie psychologicznej. Kilka zatem słów o tej perspektywie, czyli o etyce. Pojęcie „etyki”, wywodzące się z greckiego „ethos”, jest szerokie i wieloznaczne. Niekiedy oczekuje się od etyka, że będzie głosił jakieś „naukowe kazanie”, bądź też „świeckie kazanie”. Takie oczekiwanie jest nieuprawnione; nie istnieją bowiem „naukowe kazania”. Są oczywiście etycy, którzy mają skłonność do moralizowania, do pouczania, osądzania i wskazywania drogi, ale im bardziej moralizują, tym bardziej oddalają się od nauki. Dlaczego?

\*\*\*

Zacznijmy od najprostszego i najbardziej fundamentalnego podziału związanego z etyką. Etyka dzieli się na opisową i normatywną. Opisowa opisuje, a zatem próbuje docierać do faktów, rekonstruować „stan rzeczywiście”, a zatem niewątpliwie należy do nauki. Co prawda fakty, które próbuje poznać, są niezwykle złożone; tym niemniej jest to trudność - by tak rzec - techniczna, a nie zasadnicza. Jakże to fakty? Związane z występującą w świecie ludzkim, w kulturze, sferą ocen i wyborów. W różnych społeczeństwach występują różne - nieraz powiązane ze sobą i zawsze zmieniające się - systemy normatywne (czyli takie, w których występują normy pojęte jako zasady postępowania oraz oceny, sankcje, wzorce) obejmujące różne piętra gmachu kultury. Wymieńmy - jako przykłady - zwyczaje, obyczaje, prawo państwowe (pozytywne), różne kodeksy etyczne przypisane do różnych zawodów, wreszcie - najbardziej fundamentalne i w tradycyjnych społecznościach ściśle ze sobą powiązane - religię i moralność. Ten ostatni system normatywny jest pod szczególną pieczę badaczy, dlatego też etyka opisowa bywa określana



Dobry lekarz powinien z przychylnością odnosić się do tych, którzy empatii sprzyjają

jako „socjologia moralności” (inne słowo wymyślone dla wyodrębnienia etyki opisowej to „etologia”). Dlaczego moralność szczególnie interesuje „etologów”? Albowiem w moralności występuje coś kluczowego i zasadniczego, jeśli idzie o sferę wyborów i ocen; zawiera ona w sobie wzór porządnego, zacnego, dobrego człowieka (jaki panuje w danej społeczności w danym czasie). W moralności pojętej jako zjawisko społeczne znajduje się - innymi słowy - charakterystyczny dla danej społeczności i dla danego czasu wzór cnoty, który staje się - niczym metr z Sèvres - podstawą etycznego mierzenia ludzi; od niegodziwców, etycznych karłów, do herosów i świętych, etycznych olbrzymów.

\*\*\*

Etyka normatywna zaś - jak sama nazwa wskazuje - nie opisuje, ale normuje. Etyk normatywny nie zastanawia się, co ludzie sądzą o dobru, ale co dobrem jest naprawdę; nie zastanawia się, jakie ludzie mają poglądy na temat dobrego życia, ale jakie życie jest dobre; nie zastanawia się, jak jest, ale jak być powinno; nie opisuje realnie występujących moralności, ale poszukuje moralności

(bądź etyki) słusznej, „prawdziwej”. Są tu zresztą dwie możliwości: może wskazać jedną z realnie istniejących (np. chrześcijańską, islamską, buddyjską) i uzasadnić swój wybór (tym się różni od tylko „wierzącego”), może też projektować jakąś nową moralność (czy etykę), odmienną od wszystkich istniejących, która miałaby być - w jego pojęciu - uniwersalna i zgodna z obiektywnymi normami moralnymi, które ów etyk - jak mniema - odkrywa w Bogu lub w prawie naturalnym. Nie trudno spostrzec, że zadanie etyka normatywnego jest dużo bardziej ambitne niż zadanie etyka opisowego; a zatem i praca etyka normatywnego - o ile postępuje odpowiedzialnie - jest dużo trudniejsza niż praca etyka opisowego. Stąd ta trudność? Mówiąc najogólniej i najkrócej stąd, że wkracza on na teren pośredni pomiędzy nauką a religią, czyli na teren filozofii. Próbuje bowiem odpowiedzieć na pytanie, czym jest dobro, dociera do jednego z fundamentalnych pytań filozoficznych, które tym się cechują, że nie ma na nie jednej bezdyskusyjnej odpowiedzi (ku radości filozofów zresztą). Skoro wszyscy niemal filozofowie i moralisci usiłowali wyjaśnić, czym jest dobro i sprawiedliwość, należy sądzić - jak zauważył

Leszek Kołakowski - „że do jasności i zgody w tej sprawie nie doszli”. I dalej: „Stąd trzeba też przypuszczać, że jest to jeden z klocków najważniejszych w naszym gmachu pojęć, jako że ten właśnie los (nie ma jasności i nie ma zgody) przypadł w udziale wszystkim ważnym klockom, których obróbką teorie filozoficzne się trudnią”. Dlatego też w filozofii, inaczej niż w nauce, nie ma oczywistego postępu oraz nie ma jednej słusznej filozofii (tak jak jest jedna słuszna anatomia prawidłowa), ale jest wiele filozofii, wiele doktryn filozoficznych. Etyka normatywna (czyli - powiedzmy wprost - etyka w sensie ścisłym) owe cechy filozofii - postrzegane przez jednych jako skazy, a przez innych jako zalety - dziedziczy. Docho-

owych odkrywców należy zaliczyć również tych - coraz liczniejszych zresztą - którzy powiadają, że dobro nie istnieje; bo taka jest konkluzja ich poszukiwań).

\*\*\*

Nie mamy więc jednej etyki, ale wiele doktryn etycznych; a status naukowy owych doktryn jest wielce wątpliwy. Zauważmy więc na boku, że kiedy w mediach wypowiedzi się jakiś etyk, możemy ulec podwójnemu złudzeniu; po pierwsze, że wypowiedzi się on w imieniu „nauki”, jako rodzaj „biegłego” z dziedziny etyki oraz, po drugie, że wypowiedzi się on w imieniu „etyki w ogóle”. Taki etyk, jeśli nie precyzuje, jaka doktryna etyczna jest zapleczem



dzą do tego problemu bardziej szczegółowe, związane z kwestią przejścia od opisu do wskazania, czyli „od bytu do powinności”, które łączą się z problemem „statusu ontologicznego wartości” i statusu logicznego sądów wartościujących. Nie będziemy jednak tutaj w te sprawy wnikać, aby niepotrzebnie nie komplikować wyводу. Wystarczy powiedzieć, że aby stworzyć etykę (czy moralność) uniwersalną należy odpowiedzieć na pytanie: „Czym jest dobro i w jaki sposób ono istnieje?”, a zatem odkryć dobro prawdziwe, realne (czy też, używając terminów aksjologii, odkryć wartości prawdziwe, realne). Takich poszukiwaczy i odkrywców było wielu, ale żaden nie przedstawił niezbitych dowodów owego odkrycia (do

jego ocen i rad, dokonuje pewnego nadużycia; może mianowicie sugerować, że wypowiedzi się w imieniu czegoś, co nie istnieje. Albowiem, powtórzmy, nie ma jednej etyki, czyli nie ma „etyki w ogóle”.

Ja jednak zwracam się do lekarzy, czyli do przedstawicieli nauki, a nawet - w pewnych obszarach - „nauki twardej” (zmatematyzowanej). Chciałbym zatem również poruszać się na gruncie nauki. Jak mogę to uczynić, zajmując się etyką? Pierwszy sposób to unikanie tak zwanych imperatywów kategorycznych i ograniczanie się do imperatywów hipotetycznych (terminy wymyślone przez Immanuela Kanta). Imperatyw kategoryczny to „twarda mowa”; powinności robić tak

i tak (wskazanie-rozkaz). Imperatyw hipotetyczny, to powinność (nakaz, wskazanie) ubrana w formę implikacji: „jeśli chcesz osiągnąć X, to powinności zrobić Y”. Znajdujemy się wówczas na gruncie nauki, bo możemy trafnie (bądź nietrafnie) odnajdować zależności między celem a drogami do niego wiodącymi. Dział etyki ograniczający się do imperatywów hipotetycznych został nazwany przez wybitnego polskiego filozofa, Tadeusza Kotarbińskiego, prakseologią. W ten sposób etyka staje się nauką, ale - uwaga - przestaje być etyką w sensie ścisłym. Taki etyk staje się „ekspertem od skuteczności”; nie ma prawa oceniać celów, ma prawo tylko wskazywać najskuteczniejsze środki realizacji celów podsuniętych przez „zamawiającego ekspertyzę”. Zamawiającym może zaś być gangster, złodziej, tyran, filantrop, święty. Prakseolog, krótko mówiąc, równie dobrze może doradzać diabłu i aniołowi. Jeśli zacznie diabła besztać za niemoralne cele, przestaje być prakseologiem i zamienia się w etyka, wykraczając zarazem poza grunt nauki. Ja jednak jestem w tym przypadku w komfortowej sytuacji; doradzając lekarzom, stoję bowiem, jak sądzę, po „jasnej stronie mocy”. Drugi sposób naukowego uprawiania etyki to ograniczanie się do historii etyki i historii idei. W niniejszym artykule połączę te dwa sposoby. Nie będę zatem mówił „powinności być empatyczny”, ale: „jeśli chcesz być dobrym lekarzem, powinności być empatyczny”. A skoro są różne doktryny etyczne i te doktryny różnią się rolą, jaką przypisują empatii, to można je ułożyć w porządku od najbardziej „empatycznych” do najmniej „empatycznych”. Możemy zatem do pierwszego imperatywu hipotetycznego dołączyć - jeśli tamten jest trafny - drugi imperatyw hipotetyczny. Mianowicie, jeśli dobry lekarz powinien być empatyczny, to powinien unikać doktryn etycznych niesprzysięgających empatii i z przychylnością odnosić się do tych, które empatii sprzyjają. Zanim jednak spróbujemy „przeświecić” najważniejsze doktryny etyczne pod kątem empatii i ułożyć je w odpowiedniej hierarchii, poświęćmy chwilę samemu pojęciu „empatii” w kolejnej części artykułu, w następnym numerze Medyka..

**Jacek Breczko**



# Impulsem w mózg

*Pierwszą na Podlasiu operację głębokiej stymulacji mózgu pacjenta cierpiącego na chorobę Parkinsona przeprowadzili lekarze z Kliniki Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.*

*Operacja zakończyła się sukcesem - 51-letni pacjent czuje się bardzo dobrze.*

Choroba Parkinsona jest zaburzeniem uszkadzającym układ nerwowy. Prowadzi do utraty kontroli nad mięśniami, czego skutkiem są drżenia kończyn i głowy, sztywność mięśni, a w efekcie spowolnienie ruchu i zaburzenie równowagi. Pacjent, który trafił do białostockiej kliniki, ma 51 lat, pierwsze objawy tego schorzenia zauważył 11 lat temu, a od dziewięciu lat musi przyjmować leki. Niestety, mimo terapii, objawy nasilały się. Chory cierpiał na drżenie rąk, miał problemy z chodzeniem. W jego przypadku jedynym sposobem na poprawienie komfortu życia było DBS (Deep Brain Stimulation - głęboka stymulacja mózgu). Jest to neurochirurgiczna metoda leczenia, polegająca na implantacji urządzenia zwanego rozrusznikiem mózgu, które wysyła impulsy elektryczne do określonej części tego organu. Operacja odbyła się 2 lipca i zakończyła się pełnym sukcesem.

## Jak GPS

Zabieg polegał na bardzo precyzyjnym (z dokładnością do 1 mm) umieszczeniu elektrody w głębokiej strukturze mózgu pacjenta. Zanim do tego doszło, lekarze wykonali najpierw „wirtualną” operację na komputerze. Mechanizm jest podobny jak w samochodowym GPS-ie, gdzie na podstawie mapy wyznacza się trasę i cel. Tu lekarze na podstawie badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego wyznaczyli miejsce w mózgu, do którego musieli dotrzeć i drogę prowadzącą do tego miejsca. W trakcie zabiegu wszystkie dane przeniesli na system stereotaktyczny (rama do obrazowania trójwymiarowego, którą zakłada się na głowę pacjenta w czasie operacji). Pacjent w czasie zabiegu był przytomny, miał jedynie znieczuloną skórę pośrodku głowy, w miejscu gdzie neurochirurdzy zrobili nacięcie



Fot. USK Białystok

Dr Piotr Szydlik wykonał pierwszą w Białymstoku operację głębokiej stymulacji mózgu

(długości ok. dwóch centymetrów). Następnie nawiercili małe otwory w czaszce i precyzyjnie, milimetr po milimetrze, wprowadzili elektrodę.

- Kiedy byliśmy w pobliżu właściwego punktu, mogliśmy zacząć stymulować mózg posyłając impulsy elektryczne o małej częstotliwości (ok. 3 Hz) - tłumaczy dr Piotr Szydlik, który wykonał tę operację. - Sprawdzaliśmy, jak pacjent się zachowuje, czy jego mózg odpowiednio reaguje. W pobliżu „celu” są ważne struktury odpowiadające za ruch kończyn, za mowę, za ruch gałek ocznych. Musieliśmy, więc cały czas obserwować chorego, czy nie ma zaburzeń.

Kiedy elektroda (o średnicy ok. 2 mm) była we właściwym miejscu, wówczas neurochirurdzy mogli podłączyć stymulator, który wytworzył prąd impulsowy (coś w rodzaju rozrusznika serca) o częstotliwości 90 -130 Hz. Kiedy prąd zaczął blokować aktywność komórek nerwowych, pacjent przestał mieć dolegliwości związane z chorobą.

## Kabelek pod skórą

Ostatnim etapem operacji było wszczepienie - już w normalnym znie-

czuleniu - generatora impulsów z baterią. Został on umieszczony pod skórą - w mięśniu pod obojczykiem. Pod skórą jest również kabelek doprowadzający impulsy do elektrod w mózgu. Teraz pacjent pozostanie pod opieką neurologa, do którego będzie musiał się zgłaszać na badania kontrolne, aby sprawdzić działanie stymulatora.

- Specjalnym bezprzewodowym pilotem przykładanym do skóry, można będzie włączać i wyłączać stymulator, a także zmieniać częstotliwość prądu i siłę bodźca - tłumaczy dr hab. Jan Kochanowicz z Kliniki Neurochirurgii. - Wszczepiona bateria wystarcza na 5-10 lat (czas działania zależy od intensywności stymulacji). Cały czas lekarze mogą również kontrolować stan jej wyczerpania. Wymiana baterii będzie wymagać niewielkiego zabiegu.

Pacjent czuje się bardzo dobrze.

- Dostałem nowe życie - mówi pan Jan, mieszkaniec Łomży. - Od razu poczułem się dużo lepiej, ustały drżenia rąk, lepiej chodzę.

Pacjent przeszedł ten zabieg po raz drugi. Podobną operację - ale na

prawą stronę mózgu miał wykonaną rok temu w Bydgoszczy. Teraz lekarze operowali lewą stronę.

### Na początek leki

Choroba Parkinsona dotyczy osób starszych (tylko 15 proc. chorych ma objawy przed 50 rokiem życia). Nie ma leku, który ją hamuje, są jedynie preparaty, które poprawiają komfort życia. Jednym z nich jest lewodopa. Na początku jej podawanie daje bardzo dobre efekty. Z czasem niestety leki przestają działać. Wtedy mogą pomóc neurochirurdzy. Próby leczenia Parkinsona operacjami neurochirurgicznymi podejmowano w Białymstoku już w latach 70. Operacje polegały nie na wszczepianiu elektrody, a na niszczeniu pewnych struktur mózgu. Niestety z powodu braku

*Choroba Parkinsona dotyczy w większości osób starszych. Nie ma leku, który ją hamuje, są jedynie preparaty, które poprawiają komfort życia*

pieniędzy na zakup nowszego sprzętu, zaprzestano tych zabiegów. Dopiero ostatnie lata pozwoliły na uzupełnienie sprzętu i wprowadzeniu nowego - po endoskopii i neuromonitoringu - sposobu leczenia w białostockiej klinice neurochirurgii. Do zabiegu DBS białostocki lekarze przygotowywali się już od dłuższego czasu - jeździli na szkolenia do Aten i do polskich ośrodków, które takie operacje już wykonują. Pierwszą operację 2 lipca wykonał dr Piotr Szydlik pod okiem bardziej doświadczonego mjr Marcina Rudasia z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy.

Zabieg ten jest refundowany przez NFZ. Jeszcze w tym roku lekarze z Kliniki Neurochirurgii planują przeprowadzić trzy-cztery podobne operacje, a w kolejnym przymierzają się do wykonania około 10 takich zabiegów.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Drażą tunele w tętnicy

*Już od pięciu lat do Białegostoku przyjeżdżają kardiologowie z całej Polski, by szkolić się w wykonywaniu zabiegów rotabłacji. Pod koniec czerwca w Klinice Kardiologii Inwazyjnej tej trudnej metody uczyli się lekarze z Wrocławia i Lublina.*



Rotabłacja - obrazowo mówiąc - przypomina drażnienie tunelu

W tym roku minęło pięć lat, od kiedy w Klinice Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki po raz pierwszy przeprowadzono zabieg aterektomii rotacyjnej, czyli rotabłacji. Do tej pory dokonano ponad 180 takich operacji. Zabieg tego typu przypomina, obrazowo mówiąc, drażnienie tunelu. Kardiolog wprowadza do światła naczynia bor (wiertło) pokryty mikrokrystalikami diamentu, który wiruje z prędkością od 130 do 200 tys. obrotów na minutę. Bor ten przewierca zwapniałe odcinki naczynia rozdrabniając i usuwając blaszkę miażdżycową. Kiedy zwężenie jest już usunięte, a tętnica udrożniona, możliwa jest wówczas angioplastyka z wykorzystaniem stentu. Rotabłacja jest metodą polecaną tym pacjentom, których naczynia wieńcowe są mocno uwapnione i zwłókniałe, przez co wprowadzenie lub rozprężenie balonu w miejscu zwężenia staje się niemożliwe.

- Jest to metoda pozwalająca na wykonanie zabiegu poszerzenia tę-

nic wieńcowych u pacjentów najtrudniejszych: starszych, ze współistnieniem wielu innych chorób, wyłączonych z leczenia kardiologicznego z powodu zbyt dużego ryzyka, jakie ono niesie - tłumaczy prof. Sławomir Dobrzycki, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

W klinice przeprowadzane w ten sposób zabiegi wykonuje czterech lekarzy - kardiologów interwencyjnych. Zastosowanie tej metody - to zdaniem prof. Dobrzyckiego - do pięciu procent wszystkich operacji przezskórnych interwencji wieńcowych.

Od pięciu lat białostocki ośrodek jest miejscem, gdzie na szkolenie przyjeżdżają także kardiologowie z Polski i innych krajów (Rosja, Ukraina, Serbia i Rumunia). Klinika jest bowiem jedynym certyfikowanym ośrodkiem w kraju, posiadającym uprawnienia do prowadzenia takich szkoleń.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**



# Badania kaplicy grobowej Buchholtzów w Supraślu

Naukowcy ze Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB wykonali niecodzienne badania grobowca rodziny Buchholtzów w Supraślu.

Naukowcy z Wydziału Nauk o Zdrowiu pod kierownictwem prof. Elżbiety Krajewskiej-Kułak rozpoczęli badania podlaskich krypt. Na początek udali się do Supraśla, gdzie pierwszy raz od 70 lat zostały otwarte drzwi do komory grobowej rodziny Buchholtzów. Badania polegały na sprawdzeniu przy pomocy płytek kontaktowych, jakie grzyby występują na ścianach grobowca, czy we wnętrzach trumien. Pobierane też było powietrze z komory grobowej przed i po jej porządkowaniu.

Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak wyjaśnia: - Wiadomo, że w takich miejscach jak krypty często obecne są drożdże czy pleśnie niebezpieczne dla zdrowia człowieka. I takie właśnie wstępnie kolonie grzybów udało się nam wyhodować.

Ekspertyzy są niezbędne, żeby odnawiający to miejsce pracownicy nie byli narażeni na niebezpieczeństwo zatrucia. Właśnie tę kryptę dawnych fabrykantów chcą odnowić społecznie miłośnicy historii.



Fot. umb.edu.pl

Dr Andrzej Guzowski w krypcie grobowej

- Badania mają na celu stworzenie standardów postępowania przy renowacji takich obiektów. W Podlaskiem jest wiele takich miejsc, które nigdy nie przeszły renowacji, więc wcześniej czy później takie zabiegi będą rozpoczęte - tłumaczy prof. Krajewska-Kułak.

Naukowcy z UMB we wrześniu chcieliby otworzyć jeszcze drugą kryp-

tę na supraskim cmentarzu, w której znajdują się groby Zachertów. Kolejnym obiektem badań mogą być krypty w kościele św. Trójcy w Tykocinie, w której pochowani są potomkowie Branickich, podobnie jak w kościołach w okolicznych diecezjach łomżyńskiej, czy też drohiczyńskiej.

**Andrzej Guzowski**

## Szkolenia dla doktorantów

Projekt pn. „Studiuje, badam, komercjalizuję - program wsparcia doktorantów UMB” współfinansowany ze środków UE w ramach EFS, realizowany jest z myślą o doktorantach UMB. Oferowana w nim pomoc stypendialna ma za zadanie wspomóc ich rozwój naukowy, bowiem prowadzą oni badania uznane za istotne dla rozwoju innowacyjnego Podlasia. W ramach programu odbędą się też szkolenia w zakresie pozyskiwania funduszy na

badania, ochrony własności intelektualnej i wiedzy dotyczącej komercjalizacji.

Z projektu mogą skorzystać studenci studiów doktoranckich UMB lub pracownicy uczelni z wszczętym przewodem doktorskim. Dodatkowo należy wykazać się dorobkiem naukowym.

Osoby zainteresowane mogą uzyskać więcej informacji zaglądając na stronę [www.sbk.umb.edu.pl](http://www.sbk.umb.edu.pl)

opr. km

## Zjazd farmaceutów

Aż 600 farmaceutów z całej Polski w połowie września przyjedzie do Białegostoku.

Tu bowiem odbywać się będzie XXII Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

Zjazdy odbywają się co trzy lata. Po raz pierwszy środowisko farmaceutyczne spotka się w Białymstoku, by tu przez cztery dni (18-21 września) dyskutować o roli farmaceuty w nauce i społeczeństwie. W programie zjazdu są zaplanowane m.in. sesje na temat bezpiecznej żywności i skutecznych leków, roli leków roślinnych.

km

# Czerwona taktyka

*Ratownik na polu walki postępuje zupełnie inaczej niż np. przy wypadku komunikacyjnym. W pierwszej kolejności ratuje osoby ranne znajdujące się najbliżej, a w dodatku pierwszym ratownikiem jest często sam poszkodowany.*

**O**ratownictwie w czasie działań militarnych pisze Robert Sosnowski, międzynarodowy instruktor Tactical Combat Casualty Care (TCCC). W poprzednim numerze „Medyka” przedstawiliśmy go w cyklu „Z dyplomem UMB w świat”.

## Medycyna Militarna

Codziennie słyszymy o sytuacjach kryzysowych, konfliktach zbrojnych i działaniach terrorystycznych. Żołnierze i cywile biorący w nich udział są narażeni na odnoszenie różnego rodzaju ran. Do 1996 roku zabezpieczenie medyczne w czasie działań militarnych opierało się na zasadach z sektora cywilnego. W 1996 roku pojawiło się pojęcie Medycyny Militarnej, a także nowa strategia ochrony życia i zdrowia. Wszystkie te działania określano wspólnym mianem Tactical Combat Casualty Care (TCCC), w Polsce zwane „Czerwoną taktyką”. TCCC rewiduje dotychczas stosowane praktyki w zakresie ratownictwa i jako główny cel stawia redukcję możliwych do uniknięcia przypadków śmiertelnych na polu walki. Z kolei standardowa opieka typu pre-hospital opiera się przede wszystkim na łagodzeniu ran. TCCC integruje strategię, które są specyficzne dla rzeczywistego pola walki oraz ogniskuje się na specyficznych zdarzeniach związanych z ranami postrzałowymi. Uwzględnia również czas ewakuacji, jako czynnik determinujący postępowanie. TCCC stała się standardem ochrony życia i zdrowia w postępowaniu z rannymi i jest zalecana m.in. przez Ministerstwo Obrony USA, czy Amerykańskie Towarzystwo Chirurgiczne.

## Najważniejsza misja

W ratownictwie taktycznym występuje odwrócenie priorytetów stosowanych w ratownictwie cywilnym. Tam wszystko oparte jest na postępowaniu wg schematu CBA, odwrotnie niż w sektorze cywilnym - wg schematu ABC. Dla



foto. Archiwum Roberta Sosnowskiego

Wszystkie ćwiczenia powinny odbywać się w realnych warunkach. Nawet ubrania osób trenujących muszą być takie same jak na polu walki (Afganistan)

żołnierza priorytetem jest wykonanie zadania, a nie ratownictwo, które jest zadaniem drugoplanowym względem misji.

TCCC definiuje trzy fazy ochrony życia i zdrowia rannych na polu walki:

- Ochrona pod ostrzałem (Care Under Fire) - to udzielanie pomocy w czasie ostrzału nieprzyjaciela i przeprowadzane w miejscu przebywania rannego. Dostępne medyczne wyposażenie jest ograniczone do indywidualnego wyposażenia żołnierza tzw. Indywidualny Pakiet Medyczny i ratownika medycznego;
- Taktyczna ochrona na polu walki (Tactical Field Care) - jest to udzielanie pomocy rannemu po zaprzestaniu wymiany ognia i zabezpieczeniu pola walki. Sprzęt medyczny jest ograniczony do tego, który jest na wyposażeniu personelu medycznego. Przewidywany czas do rozpoczęcia ewakuacji trwa od kilku minut, do kilku godzin.
- Ochrona w czasie ewakuacji (Tactical Evacuation Care - TACEVAC) - jest to udzielanie pomocy w czasie ewakuacji rannego na wyższy poziom zabezpieczenia medycznego. W czasie tej fazy dostępny jest dodatkowy personel i sprzęt umożliwiający podjęcie działań medycznych.

W czasie trwania wszystkich faz zgodnie z zasadami TCCC krytycznym

elementem jest czas interwencji medycznej. Nawet właściwie prowadzone działania medyczne, przy zbyt długim czasie postępowania, często prowadzą do wzrostu śmiertelności. Stąd też niezwykle ważne jest, żeby określić właściwe wyposażenie dla każdego poziomu ochrony, oraz ustalić procedury postępowania i dokładnie je przećwiczyć. Na podstawie procedur można określić również, jakie wyposażenie jest niezbędne dla zabezpieczenia medycznego każdej fazy. Analizując działania na polu walki i obrażenia, jakie tam występują, okazuje się, że zastosowanie stazy taktycznej oraz środków hemostatycznych znacząco zwiększa szanse przeżycia na polu walki. Ponadto w związku z tym, iż obecnie jest coraz lepsza ochrona głowy i tułowia (kamizelka kuloodporna i hełm) wzrasta ilość urazów kończyn oraz połączeń kończyn z korpusem. Wzrasta również zagrożenie związane z udarem cieplnym oraz utratą wody i mikroelementów z organizmu - wskutek przecięcia organizmu wynikającego z ochrony większych powierzchni ciała żołnierza.

## Opieka pod ostrzałem

Jednym z najważniejszych elementów TCCC jest opieka pod ostrzałem. Na tym etapie podejmowane są elementy



działań taktycznych, jak też elementy ratownictwa. Niekiedy wykonywane są one w tym samym czasie przez tę samą osobę, i wymagają podjęcia odpowiednich działań - w tym także przez osobę ranną. Pierwszym ratownikiem jest często sam poszkodowany, który musi, **jeśli jest to możliwe, założyć sobie stażę taktyczną lub zatamować krwotoki opatrunkiem hemostatycznym.** Oczywiście nie można zapomnieć o ochronie dróg oddechowych. Wszystkie te czynności ranny żołnierz może wykonać dzięki wyposażeniu w Indywidualny Pakiet Medyczny IPM (został on stworzony przez mnie w 2008 roku), a obecne jest na wyposażeniu polskich żołnierzy wyjeżdżających na misje pokojowe. IPM zawiera: rękawice ochronne, rurkę nosowo-gardłową z żelem, opatrunek postrzałowy ACS, rurkę **ustno-gardłową, opaskę zaciskową C-A-T, opatrunek elastyczny, gazę sterylną w rolce, opatrunek hemostatyczny.** Elementy te pozwolą na zabezpieczenie, (jeżeli oczywiście ranna osoba jest przytomna) każdego obrażenia, jakie może odnieść właściciel pakietu. Oczywiście ich użycie wymaga wcześniejszego szkolenia.

## Na polu walki

Taktyczna ochrona na polu walki jest następnym z etapów występujących w TCCC. Jednym z jej elementów jest polowy nadzór nad poszkodowanym. W tej fazie najważniejsze jest natychmiastowe rozbrownienie rannego, który może być w szoku. Następnie, oczywiście w zależności od obrażeń, w przypadku poszkodowanych nieprzytomnych bez obstrukcji dróg oddechowych zapewniamy udrożnienie dróg oddechowych: układamy właściwie głowę, zakładamy rurkę nosowo-gardłową i pozostawiamy w bezpiecznej pozycji. W przypadku poszkodowanych z istniejącymi lub zbliżającymi się objawami obstrukcji oddechowej należy ułożyć właściwie głowę, założyć rurkę nosowo-gardłową, pozwolić poszkodowanemu zająć wygodną, bezpieczną pozycję, włączając pozycję siedzącą (a nieprzytomnego rannego ułożyć w bezpiecznej pozycji). Jeżeli poprzednie działania nie przynoszą efektu - należy przeprowadzić zabieg tracheotomii (z zastosowaniem lidokainy w przypadku poszkodowanych przytomnych). Pamiętać też trzeba, iż

krwotoki są najczęstszymi przyczynami śmierci na polu walki. Ważne jest, aby określić i kontrolować wszystkie miejsca krwotoków. W przypadku krwotoków zewnętrznych zagrażających życiu należy używać opaski uciskowej, a jeżeli nie jest to możliwe opatrunków/środków hemostatycznych. Innymi elementami, które wdraża się w tej fazie to: dostęp dożylny lub doszypikowy, podawanie płynów, ochrona przed hipotermią, zabezpieczenie poważnych ran oczu, monitoring, zbadanie i opatrzenie widocznych ran, zbadanie pod kątem dodatkowych ran, podawanie leków przeciwbólowych, i jeżeli jest to konieczne, sztuczne oddychanie CPR. Równie ważne jest usztywnienie złamań i sprawdzenie pulsu oraz antybiotykoterapia. Ważne jest też, by cały czas komunikować się z rannym, na tyle, na ile jest to możliwe: zachęcać, dodawać otuchy, wyjaśniać, na czym polegają działania ratunkowe.

## Ewakuacja

Ostatnim elementem TCCC jest ochrona w czasie ewakuacji. Na tym etapie mamy do wykorzystania Warrior Aid and Litter Kit - WALK - przenośny zestaw do udzielania pomocy i ewakuacji rannych.

W dzisiejszych czasach coraz więcej słyszymy o sytuacjach, w których użyto broni palnej czy białej. Szkolenia z TCCC są nie tylko dla służb mundurowych, ale też **dla personelu medycznego.**

Oczywiście ważne, by te szkolenia prowadzić właściwie. Istotne jest, aby zachować realizm i skupić się na praktycznych zajęciach z uwzględnieniem rzeczywistych sytuacji, a nie fikcji. W zależności od wykonywanych w przyszłości zadań szkolenie można podzielić na trzy fazy:

- Faza 1 - szkolenie oparte na autortownictwie i umiejętności wykorzystania wyposażenia Indywidualnego Pakietu Medycznego; takie szkolenie powinno być przeznaczone dla wszystkich;
- Faza 2 - szkolenie oparte na autortownictwie i umiejętności wykorzystania wyposażenia Indywidualnego Pakietu Medycznego, plecaka ratownika lub ratownika medycznego; szkolenie powinno być przeznaczone dla wszystkich;



fot. Archiwum Roberta Sosnowskiego

Robert Sosnowski w akcji

- Faza 3 - szkolenie oparte na wyposażeniu znajdującym się na stanie pojazdów: indywidualne pakiety, plecak ratownika lub ratownika medycznego, przenośny zestaw do udzielania pomocy i ewakuacji rannych. W fazie tej personel medyczny szkoli się ze współdziałania z jednostkami mundurowymi, jak też odwrotnie. To właśnie w tej fazie służby mundurowe poznają sposób użycia dodatkowego sprzętu, jaki jest na wyposażeniu, czyli desek, noszy, kołnierza, kosza do transportu śmigłowcem. Poznają również właściwe procedury.

Najważniejszym atutem szkoleń jest to, że zawiera ono elementy taktyki, jak też ratownictwa. A są to elementy nierozłączne. Biorąc pod uwagę realizm warunków bojowych, a także mając duże doświadczenie jako ratownik, w 2008 roku stworzyłem program szkoleniowy, który został wykorzystany do szkolenia żołnierzy amerykańskich, jak i polskich. Do dnia dzisiejszego jest on wykorzystywany do szkolenia służb mundurowych oraz jednostek cywilnych pracujących z bronią.

**Robert Sosnowski,**

ratownik medyczny, międzynarodowy instruktor TCCC

# Martwa fala i bolący ząb

*Dziesięć lat pływał jako lekarz okrętowy. Dwa razy okrążył kulę ziemską. Dr Jerzy Brykalski, choć świętuje 50-lecie swojej pracy zawodowej, nie zamierza zwalniać. Wciąż przyjmuje pacjentów, a teraz zaczął spisywać swoje morskie wspomnienia. Czytelnicy Medyka, jako pierwsi, mają okazję je poznać.*

**B**ył rok 1974. „MT Finwał”, statek typu B 18, należący do polskiego armatora (Przedsiębiorstwa Połowów Dalekomorskich i Usług Rybackich Odra w Świnoujściu), wypłynął w swój kolejny sześciomiesięczny rejs, by łowić śledzie, kalmary i makrele. Ja zostałem tam zatrudniony jako lekarz okrętowy.

Znajdowaliśmy się wtedy na Georges Bank, niedaleko wybrzeża amerykańskiego. Marynarz, który od kilku dni cierpiał na ból zęba, zdecydował się w końcu mi o tym powiedzieć. Po zbądaniu okazało się, że trzonowy ząb, VI górny lewy, ma duży ubytek. Widocznie wypadła plomba - pomyślałem. Pacjent potwierdził. Przyznał, że wcześniej leczył się w kraju. Okolica zęba była tkliwa, dziąsło zaczerwienione. Stwierdziłem stan zapalny tkanek okołożębowych i próchnicę. Podałem antybiotyk z okrętowej apteki, lek przeciwbólowy i zaleciłem płukanie szalwią. Do kontroli pacjent miał się zgłosić następnego dnia. Pocieszałem marynarza, że leczenie na pewno będzie na tyle skuteczne, że opanuje się stan zapalny oraz złagodzi cierpienie. Po dwóch dniach chory przyszedł ponownie do ambulatorium. Jak stwierdził, ząb go co prawda już nie boli, ale żąda stanowczo jego usunięcia. Wahalem się długo. Pacjent był nieugięty. W końcu ustąpiłem. Dobrze, dokonam ekstrakcji - powiedziałem. Wysterylizowałem narzędzia stomatologiczne (kleszcze, dźwignie i imadła). Ale coś mnie tknęło, by przygotować się na ewentualny krwotok po ekstrakcji. Do znieczulenia miałem lignokainę, ale bez adrenaliny. A szkoda, gdyż ten lek zwęża naczynia i zapobiega krwawieniu. Gdy przystępowałem do usunięcia zęba, pogoda nam nie sprzyjała. Dawała się we znaki martwa fala. Statek płynął bokiem, przechylając się miarowo na jedną stronę, by za chwilę się wyprostować i przechylić na drugą. I tak non stop. Wahanie w lewo, wahanie w prawo. Pobudzony narząd równowagi i u pacjenta, i u le-



Połów ryb

Fot. Wikipedia

karza, nie dawał komfortu. Wziąłem się jednak w garść i usunąłem ząb. Po chwili stwierdziłem, że w jamie ustnej zbiera się coraz więcej krwi. Że też musiało się to stać tu i teraz! Na statku pomocy dentystrycznej nie ma, a taka osoba bardzo by się przydała. Podjąłem decyzję, że to pacjent będzie mi pomagał. Trzymał więc szczypczyki anatomiczne, przyciskając tamponem silnie krwawiące miejsce. Ja w tym czasie tamowałem krew dużymi, jałowymi tamponami, a na tampon wprowadzałem krople adrenaliny. W końcu opanowałem krwotok i zakończyłem zabieg, zszywając ranę. O dziwo, gdy dwie godziny później dobiliśmy do bazy Pomorze, była tam pani doktor - dentystka! Wyciągnąłem z tego zdarzenia wniosek: jeśli kiedykolwiek miałyby się powtórzyć takie okoliczności, wcześniej muszę porozmawiać z radiooffice-rem lub nawigatorem o możliwości wykonania zabiegu przez stomatologa. Nie ukrywam jednak, że po udanym zabiegu czułem zadowolenie.

## W końcu na lądzie

Pływanie na statku to nie tylko praca. To także zwiedzanie portowych miast. Kiedy pływaliśmy na Georges Bank, amerykańskim szelfie kontynentalnym, Nowy Jork widzieliśmy na ho-

ryzonie nieraz. Załoga „MT Finwał”, trawlera przemysłowego, nie mogła się wprost doczekać wolnego i zobaczenia na własne oczy tej wielkiej metropolii. W końcu „MT Finwał” dopływał do lądu. Ujrzeliśmy Statuę Wolności. Na pokład przybył pilot i wprowadzał statek do portu. Stojąc przy relingach, zaskoczeni byliśmy ogromem miasta. Tak strzelistych drapaczy chmur dotąd nigdzie na świecie nie widzieliśmy. Najbardziej rzucały się w oczy dwa gmachy Światowego Centrum Handlowego (WTC). To tu, to tam, krążyły między wieżowcami helikoptery i lądowały na dachach któregoś z nich. W porcie panował spory ruch. Jedne statki wpływały, inne wyruszały w morze. Wiele z nich stało przy nabrzeżach. Gdy podnosiliśmy wzrok w niebo, widzieliśmy samoloty startujące lub przygotowujące się do lądowania na pobliskich lotniskach. Zwracały uwagę okazałe mosty, wśród nich Verrazano. Gdy zbliżaliśmy się do kei, panowała krzątanina. Cumownicy w białych rękawiczkach przygotowywali się do przyjęcia lin, aby unieruchomić statek przy nabrzeżu. Przyjechał też agent, który miał prowadzić w porcie sprawę naszego statku. Gdy już ustawiono trap, najpierw na statek weszła grupa dokonująca odprawy celno-paszportowej.



Potem - osoby z licznikiem Geigera-Mullera w celu oceny promieniotwórczości. W końcu pozwolono nam zejść na ląd. Schodziłem trapem. Pamiętam, że kiedy byłem na ostatnim stopniu, zatrzymałem się na chwilę i zastanawiałem, którą nogą mam stanąć na amerykańskim lądzie. Oczywiście - pomyślałem - trzeba dotknąć tej zgniłej kapitalistycznej ziemi prawą stopą, co też uczyniłem. Wtedy też, pamiętam, uśmiechnąłem się. Jak niewiele trzeba człowiekowi do szczęścia! Szedłem po betonowej kei, wreszcie po nieruchomym podłożu, w dobrym nastroju. Ten spacer po stabilnej ziemi, zamiast chodzenia po pokładzie kołyszącego się na wodach Atlantyku statku, dawało mi poczucie komfortu. Potem przyszedł czas na odpoczynek i emocje: co mnie tu, w Ameryce, spotka.

## Kolejka... do kina

Zwyczajem było, że załogom pływającym po dalekich wodach, po 60 dniach rejsu, a przy okazji wejścia do portu po paliwo i prowiant, agent portowy organizował wycieczkę, zwykle autokarową. Jeszcze przed podejściem do lądu kapitan statku powiadomił telegramem agenta, by przygotował jakąś atrakcyjną trasę i przygotował dwa autokary. Statek do portu zawiązał zwykle na kilka dni, więc spora część 80-osobowej załogi mogła uczestniczyć w zwiedzaniu. Teraz wplywaliśmy do portu Nowy York na Manhattanie. Imponująco ogromne, ciekawe, szokujące miasto.

Wycieczka zajęła nam wiele godzin. Kierowca z przedsiębiorstwa turystycznego woził nas po wszystkich dzielnicach metropolii. Niesamowite wrażenie zrobiła na nas 5 Avenue i Centrum Rockefellera - największy na świecie kompleks wieżowców ze stali i szkła. Pamiętam też taki obrazek z 5 Avenue: nad kinem ogromny iluminowany wizerunek aktora, przed kinem - długa kolejka po bilety. Pomyślałem, że to znajomy widok, podobne kolejki widuje się w Polsce. Ale tu grali „Ojca chrzestnego”. To ten tytuł przyciągał kinomanów.

Neony, kolorowe światła, reklamy, napisy błyskały, migotały, kusily, by się zatrzymać i wstąpić do sklepów. Wall Street zrobiła na mnie wrażenie niezbyt szerokiej, takiej trochę na uboczu. Był akurat okres przedświąteczny. Między budynkami zawieszono były zamiast

choinek wianki. W oknach sklepów świeciły kolorowymi lampkami choinki.

Potem była dzielnica chińska - Chinatown, z mnóstwem stojących jeden obok drugiego osobliwych sklepów. Następnie Greenpoint, zamieszkała przez Polaków dzielnica Brooklynu, sprawiała wrażenie miasta ze wschodniej Polski. Mnie to miejsce przypominało Białystok.

Duże wrażenie zrobił na nas tunel pod rzeką Hudson, panujący w nim hałas, dudnienie tysięcy przejeżdżających nieustannie samochodów. Zaszokował nas widok ludzi, leżących na chodnikach, albo przy krawężniku, śpiących na kartonach i kartonami się przykrywających. Bezdomni, narkomani, pijacy. Gdy podjeżdżaliśmy w stronę grupy wyrostków, zauważyliśmy, że ściągają koło z samochodu. Kiedy kierowca autokaru przyhamował, czym prędzej czmychnęli. Tuż obok przechadzały się dziewczyny w kuszach spódniczek.

Wjechaliśmy na jeden z największych na świecie wiszący most Verrazano. Jego nazwa pochodzi od nazwiska Włocha, żeglarza, który w 1524 roku znalazł dogodny miejsce na port między dwoma wzgórzami, pomiędzy któ-

rymi płynęła rzeka. Dowiedziałem się, że most ten zbudowano w 1964 roku według projektu Othmara Ammanna. Łączy on Brooklyn ze Staten Island. Byliśmy też na moście Pułaskiego.

Kolejną wizytę, w budynku ONZ, zapamiętałem w szczególny sposób. Pokazano nam dary, które trafiają tu ze wszystkich zakątków kuli ziemskiej. Jest ich tak wiele, że eksponowane są w holu, na klatkach schodowych, w obszernych przejściach. Obrazy mistrzów pędzla: Renoira, Cézanne, Picassa, Rembrandta. Wyroby z kości słoniowej z Chin, posągi z Indii, płótna z Ghany. Kolejno oglądaliśmy sale: Rady Bezpieczeństwa, Rady Powierniczej, ds. Afryki, Rady Ekonomicznej.

Z budynku ONZ dotarliśmy na wybrzeże, skąd oglądaliśmy przez lornetkę słynną Statuę Wolności. Zatrzymaliśmy się oczywiście przy domu Kiepur. Dalej trasa wycieczki wiodła koło lotniska Guardia, hali sportowej Madison Square Garden, oraz przy Central Parku. Oglądaliśmy budynki WTC, teatralny Broadway, mijaliśmy liczne banki, gigantyczne wieżowce. Wieczorem wróciliśmy na pokład naszego statku.

**Jerzy Brykalski**

*(Skróty pochodzą od redakcji)*



## Dr Jerzy Brykalski

urodził się w 1939 roku w Białymstoku. W 1956 rozpoczął studia na białostockiej Akademii Medycznej. Po uzyskaniu dyplomu lekarza trafił na staż. Dwa lata codziennie od rana pracował w klinice, a od godz. 14 przyjmował pacjentów w przychodni zakładowej

Wytwórni Wyrobów Precyzyjnych (produkowała artykuły dla marynarki wojennej i lodówki) w Czarnej Białostockiej, w Puszczy Buksztejskiej.

Nocami jeździł na wizyty domowe. W 1970 roku wraz z żoną, również lekarzem, wyjechał do Kielc, gdzie oboje otrzymali pracę i mieszkanie. Rano pracował w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych krakowskiej Akademii Medycznej, a popołudniami w przychodni. Jak mówi, ogromne doświadczenie zdobył podczas nocnych dyżurów w szpitalu i na pogotowiu. W międzyczasie szkolił się w Warszawie, Szczecinie, a także np. w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. W 1972 roku wrócił do Białegostoku, by wybudować własny dom. W 1974 roku rozpoczęła się przygoda dr Brykalskiego z morzem. Wtedy to trafił do Przedsiębiorstwa Połowów Dalekomorskich i Usług Rybackich Odra w Świnoujściu, gdzie został zatrudniony jako lekarz okrętowy i gdzie pracował przez kolejne pięć lat. W 1981 roku wyjechał na trzy lata do Zliten w Libii, gdzie pracował jako kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Po powrocie do Polski, w latach 1985-1990 był kierownikiem Poradni Chorób Zawodowych i jednocześnie dyżurował w Klinice Chorób Wewnętrznych AMB. Lata 1990-1995 to powrót do pływania i pracy lekarza okrętowego. Na statkach „MT Tazar” i „MT Foka” oraz samolotami dwukrotnie okrążył ziemię. W 1995 roku wrócił do Białegostoku, i wspólnie z żoną otworzył prywatny gabinet, w którym oboje pracują do dziś. 3 listopada dr Brykalski będzie świętować 50-lecie pracy zawodowej. Nadal jednak ma wiele planów i pomysłów. Właśnie rozpoczął kurs komputerowy, aby móc prowadzić dokumentację w formie elektronicznej. Zaczął też spisywać wspomnienia o swojej pracy lekarza okrętowego.

# Dzień wojskowy studenta medycyny

## WOJCIECH SOBANIEC\*

Było to ponad czterdzieści lat temu. W grodzie nad rzeką Białą wstawał świt. Mleczarze dzwoniли butelkami wokół sklepów PSS, ruszyły czerwone autobusy wiozące pracowników do fabryk w Fa-stach i Dojlidach. Zaczynała się środa, dzień tygodnia, który całkowicie był przeznaczony dla wojska. Służbę mundurową w Ludowym Wojsku odbywali wszyscy studenci i studentki Akademii Medycznej z kategorią A.

Na ówczesne, męskie umundurowanie składał się komplet drelchowy z pasem parciowym, czapka z kozyrkiem i orzełkiem (bez korony), buty juchtowe z opinaczami, a na zimę szynel, czyli płaszcz zielony, sukieniny, wzór 1942. Na pagonach nobilitujące znaczki Studium Wojskowego, a u niektórych (szczególnie tych, którzy oczy i uszy mieli otwarte) również belki (często za odwagę w inwigilacji).

Nasze dziewczęta miały mundury z lepszej materii, gabardynowe. Komplet dopełniały półbuty ogólnowojskowe na protektorach i szynele (były to czasy sztuczności non iron i mody mini), tak wyfasowane, że ledwie zakrywały tę jakże ważną w wojsku część ciała.

Pozostawał nie do końca rozwiązany dylemat, czy różnej maści torebki i taszki mieściły się w regulaminie mundurowym. Jedna z koleżanek, uroczą czarnulka Wandzia, dojeżdżająca z Łap, zwracając się również w tej sprawie (z figlarną miną) do przełożonego zadała drogą służbową pytanie:

- Panie pułkowniku, po co żołnierz ma płaszcz?

Oficer zerkając okiem na niedopięty guzik wydatnego munduru, odpowiedział gromkim basem: - Żołnierz ma płaszcz po kolana!



Fot. Archiwum Muzeum Historii Medycyny i Farmacji

Środa była dniem, kiedy wszyscy studenci AMB uczestniczyli w zajęciach wojskowych

\*\*\*

O godzinie 7 syrena elektrowni głosiła na całe miasto, że czas się zbierać i nie tylko do szkół i urzędów, ale również na uczelnię. Ze wszystkich stron miasta, a przede wszystkim z akademików (głównego i filii przy Mickiewicza) ciągnęło bractwo mundurowe. Dziewczyny z wdziękiem salutowały do sierżantów-milicjantów. Natomiast podchorążowie, często w drodze z akademika, ubierając się w biegu, nie zawsze mogli się zorientować, że założyli cudze buty, płaszcz czy rubaszkę.

Siedziba jednej z najważniejszych jak na tamte czasy instytucji w uczelni, Studium Wojskowego, mieściła się na ostatnim piętrze tzw. bloku D, czyli Collegium Uniwersum przed Zakładem Farmakologii. U wejścia znajdował się stolik służbowy, przy którym dwóch elewów meldowało każdemu wchodzącemu oficerowi, jaki rocznik przebywa w danym momencie na zajęciach w studium i co ma wykładane. Na samym dole znajdowały się magazyny (również broni), w których rządził niezapomniany, z wysokim gładem czolem, rusznikarz Pan Antoni.

Plac apelowy znajdował się na zapleczach gmachu, dokąd wszyscy zmierzali

na zbiórkę i apel. Było to miejsce ruchliwe, jak na Rynku Siennym. Oprócz wejścia do Studium Wojskowego znajdowały się tam również: magazyny odczynników ze słynnym alkoholem etylowym, stolarnia, warsztaty naprawcze i boczne drzwi do Zakładów Mikrobiologii i Patologii, a także zwierzętarnia, w których oprócz myszy, szczurów, kotów i królików trzymano nawet barany.

Zbliżała się godzina ósma, ceremonia apelu. Padają komendy szefa kompanii: „plutony, drużynami zbiórka”. Zaczyna się przegląd umundurowania.

Okazało się, że część podchorążych miała sorty niekompletne, brakowało guzików, czapek, trafiały się sztuczne snurowadła. Jednocześnie, ze względu na używanie różnej maści szuwaksu u części kolegów buty błyszcząły jak u psa... nos, u innych były juchtowo matowe. Ci wszyscy stawali w drugim szeregu za plecami tzw. kompletnych.

\*\*\*

Kiedy było kilka minut do raportu i czekaliśmy na wejście dowódcy, majora Taborskiego, na podwórku zaczęły się dziać dziwne rzeczy. Panie labo-rantki, które niosły w tym czasie z ma-



gazynu, w wielkich koszach, odczynniki i materiały biurowe, „kinęły” na środku placu te dobra i czym prędzej ukryły się w okolicznych krzakach.

Podchorążych zamurowało, sprawa natury wojskowej miała się za chwilę wyjaśnić. Oto, kiedy ze schodów zszedł, kiwając się jak kaczka, dowódca, by odebrać raport, nagle, nie wiadomo skąd, jak spod ziemi, wypadł baran mikrobiologiczny i zaatakował majora prosto w cztery litery. Kompania jęknęła, dowódca, jak żaba z Zakładu Fizjologii, rozłożył się na środku placu apelowego.

Dyscyplina i autorytet, o które tak mocno zabiegano, prysły jak bańka mydlana. Część elewów chwyciła za skórę, łeb i ogon sprawcę zamieszania. Funkcyjni zajęli się el' comandante. Po podniesieniu dowódcy i otrzepaniu jego gabardynowego munduru, Andrzej Niewada (który wszystkim nie wadził), pytając o szanowne zdrowie (skutki incydentu) zaproponował okłady ze scilla i nacieranie wódką. „Wy mnie tu szeregowy nie p... (perorujcie). Cebulą obłóćcie sobie sami, a wódkę, jako doświadczony oficer liniowy, potrafię sam zagospodarować”.

Po incydencie, który miał nawet szerokie echo polityczne, był bowiem komentowany w rektoracie, a nawet na posiedzeniu komitetu uczelnianego partii, baranowi łba nie ukręcono, ale za to spiłowano rogi.

W dalszej kolejności, w miarę spokojnej atmosferze udało się doprowadzić apel do końca. Były pochwały i nagany. Przedstawiono także program aktualnych zajęć. Miały one dotyczyć regulaminów służby wartowniczej i garnizonowej oraz teoretycznych i praktycznych podstaw łączności w wojsku, które stanowiło jeden z liczących się filarów Układu Warszawskiego.

\*\*\*

Zajęcia radiowe poprowadził specjalista w tej dziedzinie, barczysty pułkownik, oficer liniowy z jednostki wojskowej na Nowym Mieście. Musiał być bardzo zasłużony, wieść niosła, że szlak bojowy zaczynał w formacjach marszałka Kulikowa, a odznaczenia wojskowe i baretki z trudem mieściły się na piersi nad wystającym brzuchem. Na salę seminarną wkroczył w asyście kilku „kotów”, chłopaków ze służby czynnej, niosących stosowne materiały i eksponaty.

Ach czegoż tam nie było! Dwie radiostacje polowe, radiotelegrafy w ebonitowej obudowie na kablu, bębny przewodów na plecy, wszystko produkowane w latach trzydziestych w ZSRR, podobno doskonale sprawdziło się w czasie wojny ojczyźnianej. I wreszcie plansze przedstawiające możliwość wykorzystania tych urządzeń w trakcie rozwijania Batalionowego Punktu Medycznego.

Dla żołnierzy z jednostki wizyta wśród studentów medycyny była dużym przeżyciem i nobilitacją. Widać to było po wyjściowych, wyprasowanych mundurach i przejętych minach, z jakimi wkraczali na nasze zajęcia. Jako wybranym, upiekło im się w tym dniu obieranie ziemniaków i służba na kuchni.

Po meldunku szefa kompanii o stanie i gotowości do zajęć, prowadzący zarządził nadzwyczajny sprawdzian z elektryczności. Wcześniej przemaglował nas z tych zagadnień na egzaminie z fizyki niezapomniany prof. Emanuel Trembaczewski. I w takiej sytuacji pada pierwsze pytanie - czy podchorążowie znacie jakąś jednostkę napięcia. Ogólna konsternacja. Nawet towarzystwo, które za plecami grało w karty i kości spojrzało wymownie po sobie. Długa chwila ciszy i nagle startują w górę dwa niecierpliwe palce. - Ja!!!

Wstaje około 2-metrowej wysokości ospowaty, barczysty, postawny aktor teatru „Pod schodkami”, starszy szeregowy - Andrzej Mieczysław Szewczyk.

- Obywatelu pułkownika, melduję, że jednostką napięcia jest jeden łom.

Ach, co się dalej działo, ryk na sali, Szewczyk dostał dwóję do dziennika i nikt dalej nie chciał odpowiadać. Skończyło się na służbowej prośbie naszego kolegi, który poinformował, że odpowie na wszystkie pytania pod warunkiem, że będzie anulowana lufa. Po zajęciach teoretycznych, w czasie których najbardziej ucierpiał autorytet prowadzącego, wprowadzono nas w szyku marszowym do zamkniętego, nieczynnego starego parku przed pałacem. Po drodze padła komenda - kompania śpiewa!

*Gdy rezerwa szła do wojska  
To śpiewała cała Polska  
Kiedy rezerwa szła do cywila  
Wszystkie dziewczyny płakały...*

Pokrzykiwali od dyszkantu do basu podchorążowie.

Przed sobą niesiono sprzęt radio-techniczny, na plecach lśniły kałasznikowy wzór 40. Magazynier wydał wcześniej kilka drewnianych treszczotek na zające imitujących strzały karabinu maszynowego. Każdy z nas pokwitował po dwa ślepaki. Rozciąganie linii przewodowej zajęło sporo czasu. W tym okresie mocno kurzyło się już z przestarzałych ogniwi i baterii. Efekty były oczywiste do przewidzenia. W eter szły komunikaty: - Halo Wołga, Wołga, tu Wisła, czy mnie słyszysz?

A spod betonowej skarpy nad stawem, gdzie w tle górowały wieże kościoła farnego, odzywało się wołanie. - Wisła, Wisła... widzę cię, nie słyszę cię.

Podzieleni na dwa nacierające wojska (Układu Warszawskiego i NATO) wykonaliśmy wzajemne natarcie i zajęcie rubieży przeciwnika. Wystrzelono ślepe naboje tak skutecznie, że aż poderwała się chmara wron z okolicznych drzew w parku.

\*\*\*

Po zajęciach przekazaliśmy opieczętowane zeszyty z napisem „ściśle tajne” do sejfu w studium, jeden z kolegów, Dominik, musiał napisać raport na piśmie, w jakich okolicznościach została uszkodzona zajęcza treszczotka - sztuk jeden.

Jakże często droga powrotna wiodła przez przybytki, które miały swoją nazwę: „Warszawianka”, „Astoria”, „Kiszkis”, czy „Gryf”. W tym ostatnim królowała Pani Sączkowa, matka jednego z naszych podchorążych, która serwowała w ciężkich kufkach piwo „Złote Dojlidy” z pianką. Dla wygody elewów wygoszparowała również specjalną szafkę na wojskowe czapki, czy białe fartuchy pozostawione przez roztargnionych studentów.

Po kilku głębszych, na wspomnienie towarzysza Dzierżyńskiego, który w latach 20. przemawiał z balkonu niedalekiego pałacu, rozlegały się okrzyki: Uraaaa!!! i pamiętne przyspiewki o Czapajewie, lub „żał za dziewczyną i zieloną Ukrainą”. Po ciężkim, ale owocnym dniu, bractwo studenckie udawało się w końcu na zasłużony odpoczynek.

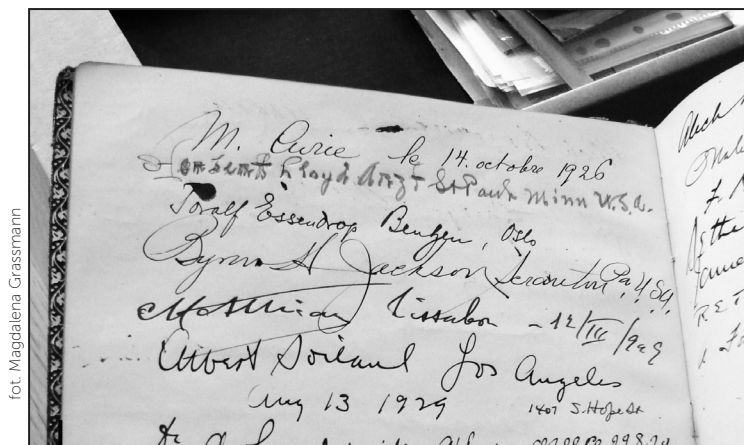
*\*Prof. dr hab., szef Kliniki Neurologii  
i Rehabilitacji Dziecięcej*

# Duński Museion – miejsce inspiracji humanistów i lekarzy

*Poszukując inspiracji do miejscowych działań zawsze powinno się sięgać po najlepsze wzorce.*

*Taka idea przyświecała mojej ostatniej podróży do Danii, a konkretnie do Medycznego Muzeum Uniwersytetu w Kopenhadze.*

Wyjechałam tam w ramach wizyty studyjnej z programu „Wyższa jakość kształcenia kluczem do rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”. Głównym celem było poznanie organizacji i zasad funkcjonowania jednego z najciekawszych i najprężniej działających muzeów medycznych w Europie, czyli kopenhaskiego Medical Museion. Nabyte tam doświadczenie ma pomóc w wypracowaniu odpowiedniego wzorca uniwersyteckiego muzeum medycznego funkcjonującego na styku Europy Wschodniej i Zachodniej.



fot. Magdalena Grassmann

Ostatni nabytek Muzeum – księga Zakładu Rentgenowskiego w Kopenhadze z okresu międzywojennego z wpisem m.in. M. Skłodowskiej –Curie (pierwszy wpis)

## Tradycyjne początki

Historia kopenhaskiego muzeum medycznego sięga 1907 roku. Wówczas grupa duńskich lekarzy zorganizowała pierwszą, czasową wystawę ukazującą zdobycze medycyny XIX stulecia. Okazją do tego był jubileusz 50-lecia Duńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Wystawa zorganizowana została w budynku duńskiego parlamentu. Zaprezentowano na niej bardzo bogatą kolekcję eksponatów obejmującą instrumenty medyczne, środki lecznicze, obrazy i rękopisy medyczne. Zgromadzone obiekty pochodziły z darów od lekarzy prywatnych oraz duńskich szpitali. Wystawa cieszyła się dużą popularnością, w związku z czym zdecydowano przekazać ją w całości nowopowstałemu Muzeum Historii Medycyny w Kopenhadze. Problemami, z którymi przyszło się zmierzyć pierwszemu dyrektorowi muzeum była przestrzeń wystawieniowa oraz przynależność placówki. Dyrektor Vilhelm Maar był zwolennikiem włączenia muzeum w strukturę Uniwersytetu w Kopenhadze, co miało miejsce w 1918 roku. Jednak dopiero w latach 40. XX wieku muzeum

uzyskało stałą lokalizację w bardzo reprezentacyjnej części miasta. Był to zajmowany do dziś przez placówkę kompleks budynków dawnej Królewskiej Akademii Chirurgicznej przy ul. Bredgade w centrum Kopenhagi. Główny budynek został zaprojektowany przez duńskiego architekta Petera Meyna w 1787 roku w modnym wówczas stylu barokowym. Do dziś jego wnętrza kryją w sobie imponujący teatr anatomiczny, wykorzystywany niegdyś do pokazowych sekcji zwłok, a dziś stanowiący przestrzeń dydaktyczną Muzeum.

Nowe miejsce doskonale oddaje historycznego ducha medycyny duńskiej. Po sąsiedzku znajdują się bowiem budynki dawnego szpitala królewskiego z połowy XVIII wieku, urządzonego na wzór starożytnych rzymskich waletudinariów. W skład nowożytnego kompleksu szpitalnego wchodził także Instytut Położniczy wraz z domem dla podrzutków. Zachowała się do dziś także pierwsza stacja szczepień p/ospowych w Kopenhadze – w której dziś przechowywana jest część kolekcji anatomicznej Muzeum. Idąc dalej w kierunku wy-

brzeża dochodzi się do królewskiej rezydencji Amalienborg, przed którą wartę pełnią ubrani w historyczne mundury gwardziści królewscy.

## Kolekcja

Nowa, stała siedziba Muzeum pozwoliła na systematyczne gromadzenie kolekcji eksponatów medycznych oraz organizowanie imponujących wystaw. Dziś kopenhaskie muzeum medyczne posiada jedną z największych i najbogatszych kolekcji na świecie przedstawiających dzieje medycyny. Znajdziemy tu eksponaty pochodzące z XVII-XX wieku ukazujące dawną chirurgię, okulistykę, ginekologię, stomatologię, radiologię czy farmację. Imponująca jest również kolekcja anatomo-patologiczna zgromadzona przez prof. Vilhelma Mollera-Christensena, a pochodząca w większości z Zakładu Anatomii Patologicznej kopenhaskiego Uniwersytetu.

Kolekcja muzealna jest systematycznie powiększana o nowe eksponaty pozyskiwane głównie w formie darów. Wszystkie artefakty poddawane są na miejscu gruntownej konser-



wacji, inwentaryzacji i digitalizacji. Muzeum posiada do tego celu specjalistyczne pracownie. Co ciekawe muzeum przyjmuje tylko około 40% przyniesionych przez osoby prywatne obiektów, uznanych przez kustoszów za szczególnie cenne. Życzyłabym naszemu i innym polskim muzeom medycznym, dla których wartościowy jest każdy ślad dawnej medycyny uratowany z pożogi wojennej, takiej duńskiej rzeczywistości. Warta podkreślenia jest też inicjatywa duńskiego Ministerstwa Kultury, które wszystkim muzeom działającym na terenie państwa bezpłatnie udostępniło program do inwentaryzowania zbiorów. W efekcie każda zainteresowana osoba bądź instytucja może wyszukać i zlokalizować konkretny eksponat za pomocą jednej bazy dostępnej na platformie internetowej. Muzea zaś nie muszą wykładać sporych sum na zakup programów do inwentaryzacji.

## Od muzeum do *museionu*

Duńskie muzealnictwo medyczne na początku nowej ery przeszło gruntowną transformację. Po latach poszukiwań odpowiedniego wzorca muzeum uniwersyteckiego eksponującego historię medycyny, osiągnięto cel w 2003 roku. Najpełniejszym tego wyrazem stała się zmiana nazwy z Muzeum Historii Medycyny na Medical Museion, nawiązujący do starożytnej greckiej świątyni muz inspirujących działania artystów i naukowców. Nowa nazwa od razu sugeruje, że mamy tu do czynienia z czymś więcej niż tradycyjnym muzeum. Współczesny museion to instytut badawczy, w którym naukowcy prowadzą gruntowne badania nad dziejami medycyny ze szczególnym uwzględnieniem współczesnej problematyki zdrowotnej zaś odwiedzający mają odnaleźć odpowiedź na nurtujące ich pytania o przeszłość, teraźniejszość i przyszłość medycyny.

W duńskim Museionie znajdziemy połączenie akademickich badań z dziedziny humanistyki medycznej, etyki, komunikacji naukowej z eksperymentalnymi wystawami, publicznymi imprezami i aktywnością w sieci (wyrazem czego jest wykorzystanie licznych internetowych serwisów

społecznościowych, stale aktualizowana strona internetowa, prowadzenie blogów tematycznych). Głównym zadaniem Museionu jest odpowiedź na pytanie w jaki sposób medycyna może stać się aktywnym uczestnikiem współczesnej kultury.

Obecny dyrektor Museionu – prof. Thomas Söderqvist uważa, że muzeum ma pokazywać nie tylko przeszłość medycyny ale przede wszystkim stanowić przestrzeń do intelektualnej i artystycznej refleksji nad teraźniejszością i przyszłością biomedycyny. Dziś, w dobie intensywnego rozwoju biochemii, biologii molekularnej, genetyki, komunikacji naukowej, placówka muzealna musi spajać w sobie wszystkie dyscypliny naukowe. Współczesne muzeum medyczne staje więc przed ważnym problemem w jaki sposób należy gromadzić i zachowywać dziedzictwo biomedycyny?

## Ożywienie muzeum

Nowo wyznaczone cele duński Museion realizuje w oparciu o solidne, wykształcone przez lata podstawy. Motorem działań są pracownicy muzeum – zespół liczący 16 osób, wśród których znajdziemy historyków medycyny, lekarzy, specjalistów od komunikacji naukowej, konserwacji zabytków, informatyków, historyków sztuki. Stałą kadrę wspomagają też liczni wolontariusze – studenci historii. Przestrzenią do głównej działalności jest oczywiście zabytkowy kompleks budynków po dawnej Królewskiej Akademii Chirurgicznej. Rezultatem ścisłej współpracy pracowników muzeum ze środowiskiem lekarskim jak też i artystycznym są wystawy poruszające współczesne problemy medyczne. Poświęcone są one m.in. otyłości, starości. W kontekście historycznym ukazana jest biomedycyna, chemia, anatomia, genetyka. Oprócz niezaprzeczalnej funkcji dydaktycznej stanowią one swoisty performance artystyczny. Bardzo często Museion „wychodzi na zewnątrz” organizując w różnych przestrzeniach publicznych Kopenhagi swoje historyczno-futurystyczne instalacje. Odbiorcami jest zarówno społeczność akademicka Uniwersytetu w Kopenhadze jak też i pozostali mieszkańcy miasta i liczni turyści. To oni stanowią życiodajną

substancję, bez której żadne muzeum nie jest w stanie przetrwać. Aby zapewnić sobie ich obecność, współczesne muzea stają przed dużym wyzwaniem: jak uniknąć zaszufładowania, powielania tych samych modeli



Fot. Magdalena Grassmann

Ion Meyer – szef Działu Gromadzenia Zabytków prezentuje eksponaty anatomiczne w pracowni konserwatorskiej.

narracji muzealnych, poruszyć tematykę równie ważną i z punktu widzenia odbiorcy i kolekcjonera. Wydaje się, że kopenhaski Medical Museion odnalazł swoją właściwą drogę w kierunku ochrony i pokazywania dziedzictwa dawnej i współczesnej medycyny. Zaś ja nabyłam cenne doświadczenie aby na gruncie naszego Uniwersytetu Medycznego stworzyć miejsce będące z jednej strony centrum badań naukowych nad historią medycyny Europy środkowo-wschodniej, z drugiej zaś pozwalające to dziedzictwo medyczne bezpośrednio poznać i dotknąć. Za możliwość zrealizowania wyjazdu naukowego szczególnie dziękuję składam Panu Prorektorowi ds. Nauki – Profesorowi Adamowi Krętowskiemu.

**Magdalena Grassmann**

# Symbole szeptuchy

*Oto krótki przewodnik po symbolach ukrytych w medycynie szeptuch. Tworzą one zawiłą sieć znaczeń. Dają za to panowanie nad siłami dobra i zła, dzięki czemu umożliwiają leczenie ludowych chorób.*

**M**edycyna szeptuch zadziwia prostotą form, a jednak nie raz działa. Chcąc objaśnić niebanalne mechanizmy tego działania, trzeba sięgnąć do symboli, czyli ukrytych znaczeń. Okazuje się, że nie ma tu przypadkowości, każdy detal wywiera wpływ na proces przywracania zdrowia. Ważne jest miejsce i czas. Liczy się właściwy ruch. Odrębną rolę odgrywa każdy niemal obiekt z powodu takich jego właściwości, jak kolor, kształt czy powinowactwo.

Antropolog w swych etnograficznych opisach dąży do ujawnienia takich właśnie sieci znaczeń. Tymczasem symbolika poszczególnych obiektów jest niekoniecznie jednoznaczna i spójna. Bywa zmienna w przestrzeni (choćby samego Podlasia) oraz w czasie. Jedne tradycje idą w niepamięć, podczas gdy inne przybierają na sile i dochodzą do głosu. Symbolika bywa nieraz sprzeczna, bo nowe znaczenia nawarstwiają się na stare. **Ścierają się wówczas niespójne elementy.** Te sprzeczności są źródłem napięć społecznych, a u pojedynczego człowieka nieraz wywołują wewnętrzny konflikt. **Rozpoznanie ich pozwala je łagodzić.**

Oto krótki przewodnik po symbolice podlaskiej medycyny ludowej. Zaczynam od aspektów najbardziej widocznych, jak miejsce leczenia, czyli dom. Tradycyjnie zabieg odbywa się w bezpiecznym otoczeniu domostwa, w najbardziej swojskiej z wyobraźalnych przestrzeni, czyli izbie kuchennej oraz pod ochroną ikon i figurek ze świętego kąta - a jednak pod oknem. Okno jest przestrzenią graniczną między znanym wnętrzem i już nieco bardziej obcym zewnętrzem. Każdy taki obiekt ma charakter mediacyjny. To znaczy, że skutecznie pośredniczy w kontaktach z zaświatami. Dlaczego to ważne? Wszystkie złe moce powodujące choroby pochodzą wszak z tamtego świata. Żywym zależy, by na powrót tam odeszły, a dolegliwości ustąpiły.

Najlepszy czas na leczenie to poranek i południe. Najgorsza byłaby pora

po zmierzchu. O nocnych zabiegach słyszałam wyłącznie w stanach nagłych i zagrażających życiu. Dzień to sfera aktywności istot żywych, a południe to jej szczyt. Nocą zaś panują siły zła i istoty z zaświatów. Po kulminacji złego o północy, zaczyna go ubywać na rzecz dobrego. O świcie warto wykorzystać ten silny, dobroczynny trend do wykonania zabiegu, bo sprzyja on wyleczeniu.

Szeptucha stara się włączyć w ten proces również odpowiednie ruchy. Wielokrotnie przemierza dłońmi drogę od głowy do dołu, wzdłuż członków pacjenta. Przecież wszystko, co przychodzi z góry, jest dane przez niebiosa, zatem dobre. Nieraz też okrąża ona ciało chorego trzymanym w dłoni przedmiotem. Kreśli w ten sposób bezpieczny krąg, chroniący go przed siłami zła. Taki ruch przyczynia się zarazem do szeroko pojętego pomyślnego biegu świata, a więc i zdrowienia. Dzieje się tak, gdy dąży on ku prawej, w kierunku zgodnym z ruchem słońca po niebie. W przeciwnym przypadku jest niczym cofanie się od wieczora przez południe do granicznego świtu. Może wówczas oznaczać odwracanie niepomyślnego biegu zdarzeń, do jakich zalicza się zachorowanie.

Poprzednio opowiadałam o stosowanych przez szeptuchy lekach. Wśród nich znalazły się dwa żywioły - woda i ogień. Oba mają wyraźny mediacyjny charakter, bo akt ich użycia może powodować zmianę. **Woda jest naturalnym siedliskiem duchów dobrych i złych.** Dolewana, przelewana albo wylewana pozwala na przenoszenie razem z nią dobrego lub złego. Można wraz z nią napełnić pacjenta zdrowiem lub jego chorobę wylać w odosobnione miejsce. Za to ogień ma moc oczyszczania i niszczenia zła. Dlatego spalanie lnu nad ciałem pacjenta oczyszcza go z ludowych chorób. Podczas *wypalania róży* dodatkowo używa się chustki o barwie czerwonej. To ważne, bo czerwień też bywa kojarzona z ogniem. Efekt leczniczy jest więc podwójny. W przypadku *róży* kolory mogą być

jednak stosowane w sposób szczególnie - czerwień na zasadzie podobieństwa do ran na skórze, a biel przeciwnieństwa. W szerszym znaczeniu biel symbolizuje doskonałość i czystość.

Przypuszczam że pakuły Iniane, воск pszczeli, popiół drzewny, ale też owcza wełna zyskały w tych leczniczych rytuałach pierwszoplanowe znaczenie głównie dzięki swej formie. Pozwalają choćby na krótką chwilę ujawnić atrybuty zła. Pozwalają nadać mu jakąś namacalną formę i rozpoznać w niej kluczowe cechy tego, co odpowiada za zachorowanie. Popiół jest drobny, lekki i podatny na najdrobniejszy powiew - dlatego odpowiedni, by odcisnąć się w nim paraliżujący *wiatr*. Można też uznać, że to sposób, by obrócić *wiatr* w przysłowiowy popiół, czyli unicestwić. Natomiast ogrzany, plastyczny воск pozwala ujawnić wygląd sprawcy *przestrachu* bądź *uroku*. Pakuły także to pokazują, ale w gwałtownym procesie spalania. Na podstawie dynamiki tego aktu szeptucha wnioskuje o cechach choroby i stanie pacjenta. Wreszcie wełna doskonale zastępuje włosy, które rozdrażnione *nerw* mogłyby zbić w kołtun. Pod osłoną nocy *nerw* przynosi się na wełnę i zagnieżdża w niej. Wraz z nią może zostać unieszkodliwiony tak, by nie zagrażał żywym.

Ten głęboko symboliczny proces przechodzenia złych mocy z chorego na lek jest jak chwila uwolnienia psychiki od konkretnego lęku, albo zabieg usunięcia patogenu z ciała. To fizycznie się staje. Można tego doświadczać licznymi zmysłami. Dlatego jest niezwykle potrzebne pacjentowi, bo wtedy łatwiej mu ufać w uzdrawiający efekt rytuału. Wszak wiara czyni cuda...

Umyślnie przemilczałam dotąd jeszcze jeden ważki element wizyty u szeptuchy - słowa. Z nimi wiąże się ogromna moc. Dlatego temu zagadnieniu poświęcę odrębny artykuł.

**Małgorzata Anna Charyton**

*Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM*



# Lekarze białostoccy

w okresach: międzywojennym i powojennym

## Władysław Giedrońc-Juraha

(1910-1972)

Urodził się 25 lutego 1910 roku w rodzinie ziemiańskiej w miejscowości Preznia w powiecie rzeżyckim, na Łotwie. Jego rodzicami byli Leonard i Helena z domu Salcewicz. Miał dwoje rodzeństwa: siostry Jadwigę i Marię.

Wychowany w patriotycznej atmosferze, polskie gimnazjum skończył w Rzeżycy w 1929 r. W tym samym roku wstąpił na Uniwersytet Stefana Batorego w Wilnie. Najpierw wybrał wydział prawa, dopiero po pewnym czasie przeniósł się na wydział lekarski. Po otrzymaniu absolutorium w 1935 r. pracował zarobkowo jako pielęgniarz albo zastępca lekarza. Jednocześnie się uczył i składał egzaminy dyplomowe.

Dyplom lekarza otrzymał w 1938 r. Podjął pracę w szpitalu w Głębokiem, a po roku przeniósł się do Brześcia nad Bugiem. Tam pracował na oddziale chirurgicznym w szpitalu miejskim.

Po wybuchu wojny w 1939 r. pozostał w tym szpitalu, dodatkowo zajął się jeszcze anatomią patologiczną i medycyną sądową. Po wkroczeniu wojsk niemieckich przeniósł się do Białegostoku, tu rozpoczął pracę na oddziale chirurgicznym, prowadzonym przez prof. Konrada Fiedorowicza. W roku 1942 został przeniesiony do oddziału chirurgiczno-urologicznego, zarządzanego przez niemieckiego urologa Franza Lothara. Ten fakt miał ogromne znaczenie dla późniejszych losów Władysława Giedrońca. Właśnie wtedy ukierunkował się na urologię.

W tym czasie rozpoczął czynną działalność w Armii Krajowej. Był lekarzem w 10 pułku ułanów spieszonych oraz szefem sanitarnym obwodu Białystok-powiat.

W czerwcu 1944 r. ukrywał się przed gestapo. Dopiero po wejściu wojsk sowieckich do Białegostoku, wrócił do dawnej aktywności i został powołany do wojska polskiego, gdzie



organizował jednostki w Białymstoku oraz Ostrowi Mazowieckiej. Nie zaniebrywał swojego zawodu, równocześnie pracując na oddziale chirurgicznym I Szpitala Miejskiego w Białymstoku.

Jesienią 1944 r. został aresztowany za działalność w Armii Krajowej. Następnie wywieziono go do Związku Radzieckiego, do obozu dla internowanych w Stalinogorsku. Początkowo pracował tam fizycznie w kopalni węgla, następnie już jako lekarz obozowy. Po zwolnieniu w czerwcu 1945 r. wrócił do Białegostoku.

W Szpitalu PCK zorganizował pododdział urologiczny wraz z przychodnią urologiczną. To właśnie te duże jednostki stały się załączkami urologii białostockiego regionu. Brak kadry chirurgicznej w tamtym okresie spowodował, że jeszcze przez wiele lat pracował jednocześnie jako chirurg i urolog.

W 1948 r. przeszedł do odbudowanego Państwowego Szpitala Chirurgicznego przy ul. Piwnej 14 (obecnie ul. Skłodowskiej-Curie). Stworzył tu 40-łóżkowy oddział chirurgiczny z wydzielonymi 26 łóżkami urologicznymi.

Ponadto w latach 1949-1953 był zatrudniony jako ordynator Oddziału Chirurgii w Szpitalu Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego (później jednostka została przekształcona w Szpital

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych). Następnie pracował tam jako kierownik poradni urologicznej. Zorganizował także specjalistyczną poradnię urologiczną w Rejonowej Przychodni PKP w Białymstoku.

W 1954 r. jako specjalista II stopnia w dziedzinie chirurgii i urologii został powołany na adiunkta powstającej właśnie II Kliniki Chirurgicznej (kierownik prof. Tadeusz Jankowski) Akademii Medycznej w Białymstoku. Jednocześnie pozostał ordynatorem oddziału urologicznego w Szpitalu Wojewódzkim.

W 1957 r. zorganizował pierwszy w Białymstoku Ogólnopolski Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Od 1960 r. pełnił funkcję specjalisty wojewódzkiego ds. urologii.

Jak podaje w swojej biografii, w ciągu 18 powojennych lat wykonał około 7 tysięcy operacji różnego typu.

Przez 30 lat pracował ofiarnie w białostockiej służbie zdrowia. Wychował wielu urologów z II stopniem specjalizacji. Wydał wiele prac naukowych. Jest twórcą białostockiej urologii. Prof. Stefan Wesołowski, wybitny urolog, napisał o nim: „Dr Władysław Giedrońc przyczynił się wielce do powstania i rozwoju urologii w Białymstoku” (Urologia Polska, 1993, 46,4)

Odnaczony był Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Krzyżem Kawalerskim Odrodzenia Polski, Medalem Zwycięstwa i Wolności.

Zmarł nagle w czasie pracy 16 kwietnia 1972 r. Spoczywa 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*

# Wspomnienie

## o Władysławie Wiechowskim

(1925-2013)

Władysław Wiechowski urodził się 16 czerwca 1925 roku w Lalinach (powiat Garwolin). Od wczesnego dzieciństwa przejawiał żywe zainteresowanie pracą intelektualną, począwszy od teologii po nauki ścisłe. W latach 1946-1952 odbył studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim. W tym czasie pracował jako wolontariusz w zakładach nauk podstawowych tej uczelni. Opanował biegle języki angielski, francuski, niemiecki i rosyjski oraz w dobrym stopniu hiszpański, łacinę, portugalski i włoski.

W latach 1952-1954 W. Wiechowski pracował na stanowisku asystenta, a w latach 1955-1956 na stanowisku



kierownika Centralnego Laboratorium Analitycznego Wojewódzkiego Szpitala im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Laboratorium to było bazą dydaktyczno-naukową klinik Akademii Medycznej. Równocześnie pracował jako wolontariusz w Zakładzie Chemii Ogólnej tej uczelni, kierowanym przez prof. Juliusza Popowicza. Profesor udzielił Mu pełnego poparcia, w staraniach o etat asystencki w tym zakładzie. Profesor pisał: "Popieram podanie lek. Wiechowskiego i proszę o zatrudnienie go(...) W/ny jest typem charakterologicznie dość trudnym, niemniej silnie zaplanowanym i rozmiłowanym w pracy naukowej".

W latach 1956-1963 W. Wiechowski pracował w laboratorium analitycznym Kliniki Chorób Wewnętrznych szpitala „Charite” Uniwersytetu Humbolta w Berlinie. Wykonał w nim pracę doktorską. Promotorem pracy był prof. Joachim Brugsch.

W tym czasie współpracował z redakcją czasopisma „Die Medizin der Sowjetunion und der Volksdemokratien in Referat”, jako referent streszczający czeskie, polskie i rosyjskie publikacje zamieszczone w czasopiśmie biochemicznych i lekarskich.

Po powrocie z Niemiec W. Wiechowski nie wrócił do Zakładu Chemii Ogólnej AMB. Pracował w różnych

jednostkach służby zdrowia Białego-stoku i województwa białostockiego oraz poza granicami kraju. Wspomnienie Jego działalności lekarskiej znajduje się w artykule wspomnieniowym zamieszczonym w Biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku (2013, No 2, s. 4).

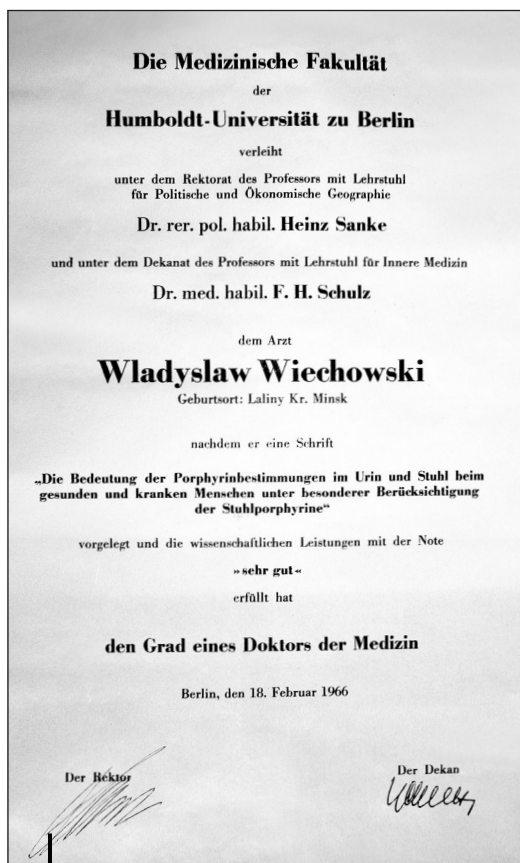
Władysław Wiechowski opublikował 50 prac naukowych, m. in. w współpracy z prof. J. Chlebowskim i prof. J. Popowiczem. Jego badania koncentrowały się na strukturze, przemianach, metodach oznaczania i znaczeniu diagnostycznym barwników pyrolowych, ciał ketonowych i cholesterolu. Wprowadził do diagnostyki test „porfirynowy” służący do wykrywania krwawienia z przewodu pokarmowego. Interesował się także dziejami kultury i nauki Ziemi Białostockiej. Opublikował m.in. artykuł pt. „Dr med. Tadeusz Rakowiecki (26.VII.1878 - 6.IV.1965) lekarz-społecznik, astronom i literat, w dwudziestą piątą rocznicę śmierci.” Rocz. AM Białystok 1988-1989; 33-34: 99-114.

Władysław Wiechowski zmarł 17 stycznia 2013 roku w Białymstoku. Spoczął na Cmentarzu Farnym.

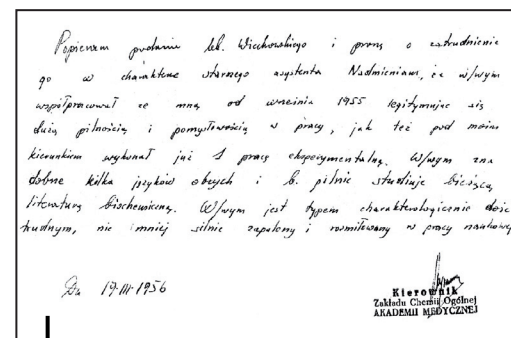
Sic transit gloria mundi!\*

**Krzysztof Worowski**

\* z łac. Tak przemija wielkość świata



Dyplom lekarza Władysława Wiechowskiego



Opinia prof. Juliusza Popowicza o Władysławie Wiechowskim



# Miasto nad Czarną Hańczę

**P**ytano z uśmiechem, co to za miasto, co przy jednej ulicy leży. Miasto nie byle jakie, bo ówczesna stolica guberni w Królestwie Polskim. Odpowiedź nie powinna nastroczać trudności, to były Suwałki.

Pamiętamy dowcipy o wojewódzkiej wsi Suwałki, i ja też musiałem się oduczyć zwrotu: w tym Suwałkach. Bo Suwałki są jedyne, niepowtarzalne.

## Bajanie o Jadźwingach

Gawędę o prehistorii Suwałk najlepiej rozpocząć od Bałtów, wybierając z nich plemiona Jadźwingów, wpisanych również w dzieje Litwinów i Łotyszów. Zamieszkiwali oni tereny między Wielkimi Jeziorami Mazurskimi i Niemnem oraz dolinami rzek Biebrzy i Szeszupy. Dawali się we znaki wszystkim sąsiadom, najbardziej Mazowszanom, a docierali aż do późniejszej Małopolski. Legenda głosi, że ich wódz Kumat poległ i został pochowany pod Brańskiem, a co poniektórzy „historycy” dowodzili, że wojownicze plemiona uczyniły swą stolicą Drohiczyn. To bajanie. Pozostały natomiast grodziska jaćwieskie na północ od wspomnianej Biebrzy, w tym Rajgród. Najbliższe obecnych Suwałk znajdował się gród Kresima, prawdopodobnie ulokowany na Górze Zamkowej w Szurpiłach.

Pod koniec XIII wieku (1283 r.) ciężko doświadczani sąsiedzi skrzyknęli się, oddziały polskie, Słowian wschodnich oraz Zakonu Krzyżackiego, spacyfikowały plemiona jaćwieskie. Pokonani częściowo rozproszyli się, zapadli w puszcze, pozostały po nich nazwy rzek i wzgórz. Nawet Ekspedycja Jaćwieska, której patronowało Białostockie Towarzystwo Naukowe, a przewodzili dr Jerzy Antonowicz i szwedzki profesor Knut-Olof Falk (z udziałem Danuty i Jana Jaskanisów) nie zdołała odtworzyć w pełni dziejów tajemniczych plemion. Na pewno byli odważni i zdeterminowani. Według Jana Długosza rzucali się na wrogów nie bacząc, że stanowią tylko garstkę.



**ADAM  
CZESŁAW DOBROŃSKI\***

Słyszałem, że współcześni patrioci suwalscy nie rezygnują z budowy wioski jaćwieskiej. Odziedziczyli po nich cechę waleczności?

## Z woli kamedułów

Mijały wieki, a na miejscu zajmowanym obecnie przez Suwałki szumiały bory. Ten stan zmienili kameduli węgierscy, właściciele wyspy od 1667 roku. Z pewnością pobożni i pomni reguł zakonnych, ale i dobrzy gospodarze. To oni rozpoczęli kolonizację Puszczy Przełomskiej i przed 1688 rokiem założyli wieś Suwałki. W 1690 roku stały tam dwa domy, ale w miejscu ważnym, bo przy gościńcu z Grodna przez Sejny do Królewca. Nic więc dziwnego, że już w 1710 r. (co za tempo!) Suwałki uzyskały prawo odbywania targów w niedzielę i jarmarków dwa razy do roku. Kamedułow marzyło się miasto zaplanowane na 300 placów, oczywiście z ratuszem, karczmą (stały dochód) i młynem. W 1714 roku był już w Suwałkach kościół drewniany, a w 1720 roku wieś otrzymała prawo miejskie magdeburskie. W herbie kameduli umieścili świętych Romualda i Rocha, których w okresie PRL prezentowano jako podróżnych, czy wręcz włóczęgów. Pasowała do tego teoria wywodząca nazwę wsi (miasta) od litewskiego wyrazu „susiwiłkai” - włóczęgi.

Po III rozbiórce Rzeczypospolitej władze pruskie przejęły dobra kamedulskie i dokonały w latach 1799-1800 opisu miasta. Wykazano wówczas 216 domów (i 29 placów pustych) oraz więcej, bo 224 stodoły. Mieszkańców było 1184 (gdy Augustów miał już niemal 2 tys.), w tym tylko jeden kupiec i 23 rzemieślników. Byli już także Żydzi.

## Cudowny awans

Dość niespodziewanie właśnie w Suwałkach Prusacy umieścili władze powiatu wigierskiego. Po kilku latach nastąpiła zmiana i w Księstwie Warszawskim (od 1807 r.) Suwałki znalazły się w powiecie dąbrowskim z siedzibą w Augustowie. Można zatem uznać, że pierwszy awans administracyjny Suwałk był kaprysem losu.

Dużo ważniejsze w skutkach stało się zamieszczenie ze stolicą województwa augustowskiego, ustanowionego w 1815 roku, już w Królestwie Polskim. Województwo to obejmowało tereny od Narwi po Niemen pod Kownem. Jego władze początkowo urządowały w Łomży, która leżała tuż nad granicą. Zgodnie z nazwą urzędy wojewódzkie powinny przenieść się do Augustowa, tam jednak brakowało odpowiednich budynków, które zamierzano dopiero zaplanować i wybudować. A do tego czasu wskazano na centralnie położone Suwałki. Prowizorki mają z reguły długi byt, suwalczanie zrobili więc wszystko, by zatrzymać u siebie „złotą rybkę”. Utarczki trwały długo, augustowanie też nie rezygnowali, ostateczną decyzję podjął car Mikołaj I dopiero w 1835 r. A miasto nad Czarną Hańczę przeszło metamorfozę, z małej miejsciny w 1857 roku awansowało na piąte miejsce w Królestwie Polskim z liczbą 10,6 tys. mieszkańców (w 1913 r. 23,5 tys.). W 1866 roku gubernię (dawne województwo) augustowską podzielono na dwie jednostki: łomżyńską i suwalską, ta druga obejmowała powiaty: augustowski, kalwaryjski, mariampolski, sejneński, suwalski, władysławowski i wykłowski.

Przeważały, zatem w nowo zakreślonej Suwalszczyźnie ziemię zamieszkała w większości przez Litwinów, a w stolicy guberni szybko powiększała się społeczność żydowska (63 proc. ogółu mieszkańców w latach 60. XIX w., a ponad 50 proc. przed 1914 r.) i ro-



Fot. Wikipedia

Rynek w Suwałkach w 1915 r.

syjska. Byli także Niemcy i Tatarzy. Katolicy korzystali z kościoła św. Aleksandra (budowany od 1820 r.), wyznawcy mojżeszowi - z synagog i domów modlitw, prawosławni - z cerkwi (pierwszą Zaśnięcia - Uspienską wzniesiono w latach 1838-1840), ewangelicy - z kirchy św. Trójcy, zmarginalizowano zaś staroobrzędowców.

### Bycie stolicą guberni

Suwałki uchodziły w Królestwie Polskim za najsłabiej prezentującą się stolicę guberni. Nowinki docierały tu spóźnione z Warszawy przez Łomżę i z Wilna. O nietypowym obliczu miasta świadczyć miało również wspomniane rozciągnięcie zabudowy wzdłuż Traktu Kowieńskiego. Urządzono Stary Rynek o imponujących wymiarach, w 1864 r. było 17 ulic, w latach 1896-1897 doprowadzono kolej żelazną biegnącą od Grodna do Olity. Do Suwałk wprowadziło się wojsko carskie, przy trzech wyłotach z miasta zbudowano kompleksy koszarowe. Prawdą jest też jednak, że w 1912 roku domów drewnianych było w mieście nad Hańczą trzy razy więcej niż murowanych, a co piąta ulica boczna nie miała bruków i chodników. Nie zainstalowano oświetlenia elektrycznego, a o kanalizacji można było tylko

sobie podumać. Pierwszy szpital uruchomiono w Suwałkach w 1842 roku, żydowski w 1862 r., a był też wojskowy.

Suwalczanie z dumą wskazują na wyróżniających się w okresie zaborowym obywateli miasta, ofiarną działalność społeczników, osoby represjo-

nowane za postawę patriotyczną. Tu urodziły się poetka Maria Konopnicka (w 1842 r., mieszkała 7 lat) i druga żona Marszałka Józefa Piłsudskiego Aleksandra Szczerbińska (w 1882 r., w 1901 r. skończyła miejscowe gimnazjum). W stolicy guberni urządzano przedstawienia teatralne i wystawy, od 1906 roku wydawano „Tygodnik Suwalski”, otwierano biblioteki i czytelnice, zakładano organizacje społeczne. Oczywiście, że też konspirowano, wspierano powstańców, współczuto ofiarom carskiego terroru, czego dowodem były egzekucje powstańców styczniowych. Największy wpływ wśród Polaków zyskał ruch narodowy, a w roli wojska narodowego występowała dzielna straż pożarna założona w 1880 roku.

### Zbliża się setna rocznica

Wojna światowa zaczęła się w Suwałkach od przyspieszonej mobilizacji i następnie koncentracji związków rosyjskiej 1. Armii gen. Pawła Rennenkampfa (pochodzenia niemieckiego!). Przegrana jesienna 1914 roku Rosjan w Prusach Wschodnich wzbudziła niepokoje, we wrześniu do miasta na krótko weszły wojska niemieckie, a ponowne zagrożenie w lutym 1915 roku spowodowało ewakuację urzę-

dów carskich. Suwalszczyzna należała do Ober-Ostu (zarząd wojskowy) i nie rozciągnięto na nią dekretu dwóch cesarzy z 5 listopada 1916 roku o utworzeniu Królestwa Polskiego. Trwała eksploatacja materiałowa miasta i mieszkańców, pozytywną innowacją było uruchomienie elektrowni. 11 listopada 1918 roku do akcji weszli członkowie Polskiej Organizacji Wojskowej. Niemieckie władze okupacyjne sprzyjały jednak Litwinom i dopiero 23 sierpnia 1919 roku opuściły wyniszczone Suwałki (pół roku później niż Białystok). Powitano oddziały polskie i Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego, ale wciąż było niespokojnie i niepewnie. W końcu lipca 1920 roku do Białegostoku wkroczyły oddziały Armii Czerwonej, a do Suwałk litewskie, jako sojusznice zbolszewizowanej Rosji. Żołnierze polscy powrócili do miasta dopiero 31 sierpnia. Rozpoczęto rokowania (umowa suwalska), ale o ostatecznych rozstrzygnięciach terytorialnych na Suwalszczyźnie zdecydowała Bitwa Niemeńska i zajęcie Wilna przez grupę gen. Lucjana Żeligowskiego. Trzeba współczuć, że tak długo Suwałki dołączały do II Rzeczypospolitej. I tak bardzo dały znać o sobie animozje najmniej spodziewane, bo polsko-litewskie. Może dlatego bardzo ceniono w Suwałkach niepodległość, upamiętniano rocznice powstań i wojen.

### Kolejna degradacja

W II RP Suwałki zostały tylko siedzibą powiatu ziemskiego i grodzkiego, straciły wpływ na ziemię, które weszły w skład Litwy ze stolicą w Kownie. Odbiło się to na stanie ludności. Miasto nad Hańczą przed wybuchem II wojny światowej miało nieco ponad 22 tys. mieszkańców, z nich ok. 70 proc. podało język polski, jako ojczysty. O stronach rodzinnych pamiętali za to liczni migranci, czego dowodem było Warszawskie Zrzeszenie Suwalczan, podobnie koło akademickie na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie i skupiska za wielką wodą. I choć w 1921 roku więcej niż jedna trzecia suwalczan uznała się za pełnych analfabetów, to politykowano zawzięcie (znani liderzy, w tym posłowie), cieszą się z sukcesów (od 1934 r. mogły lądować samoloty na Papierni), podziwia-



no panów oficerów i gimnazjalistów, poważnie wzięto się za turystykę i krajoznawstwo.

Garnizon suwalski liczył około 6 tys. żołnierzy i był uważany za jeden z najsilniejszych w granicach Rzeczypospolitej. Największą wartość bojową miał 41 Pułk Piechoty im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. Dumnie nosili się kawalerzyści z 3 Mazowieckiego Pułku Szwoleżerów im. płk Jana Koziatulskiego i nie zaprzeczali podczas śpiewania żurawiejki: „Kto w Suwałkach robi dzieci, szwoleżerów to pułk trzeci”. Rywalizowali z nimi „biali ułani” (kolor otoków, więc zwano ich też piekarzami lub młynarzami) z 2 Pułku Ułanów Grochowskich im. gen. Józefa Dwernickiego. Oba pułki wchodziły w skład Suwalskiej Brygady Kawalerii, a w mieście stacjonowali także artylerzyści, kopięści (Korpus Ochrony Pogranicza), żandarmi, pionierzy, kolarze.

## I kolejna wojna

We wrześniu 1939 roku pułki suwalskie zapisały ładną kartę, ale samo miasto zostało zajęte bez walk 24 września przez wojska sowieckie. Na początku października Suwałki (Sudauen) przejęli Niemcy i wcielili do III Rzeszy: wysiedlili Żydów, przeprowadzali egzekucje w Lesie Szwajcarskim, wywózki do obozów koncentracyjnych i pracy przymusowej. Głównie z udziałem podoficerów i gimnazjalistów powstawały organizacje konspiracyjne, m.in. „Tymczasowa Rada Ziemi Suwalskiej”, „Legion Nadniemeński”, „Odrodzenie Narodowe”. Bogata jest też kronika działalności obwodu Suwałki ZWZ-AK, dobrze udokumentowane losy suwalczan na emigracji i stawiających opór władzy ludowej po „wyzwoleniu”, które nastąpiło 23 października 1944 roku.

Myślę, że z miast obecnego województwa podlaskiego Suwałki były najbardziej „zmilitaryzowane” i najmocniej odczuły skutki wojen. Czy i w tym przypadku ciążyło nad miastem fatum jaćwieskie?

W 1945 roku w Suwałkach doliczono się ledwie 14 tys. osób. Miasto pozostało w województwie białostockim, jako siedziba władz powiatowych, odcięta od kontaktów z Wilnem, do którego mieszkańcom przed wojną było serdecznie blisko.



Fot. Wikipedia

Suwałki, ul. Kościuszki, rok 1957



Fot. Wikipedia

Szpital wojskowy w Suwałkach

## Wzloty i upadki

W 1956 roku Suwałki liczyły niespełna 19 tys. mieszkańców, było cicho, skromnie i peryferyjnie. Dopiero w 1963 roku uruchomiono linię kolejową z Białegostoku przez Sokółkę i Augustów. Miasto nad Hańczą pod wieloma względami ustępowało Augustowowi, postrzegano je w Polsce jako „biegun zimna” pod „ruską granicą”, z bogatymi pokładami rudy żelaznej, której hegemon moskiewski nie pozwala wydobywać.

W 1975 r. dość nieoczekiwanie miasto z dwoma świętymi w herbie zostało stolicą nowego województwa obejmującego północne powiaty woj. białostockiego (z Elkiem) i wschodnie woj. olsztyńskiego (z Giżyckiem). Na gwałt ściągano kadry, adaptowano pomieszczenia biurowe, jednym słowem czyniono wojewódzką, czemu towarzyszyły dowcipy opiewane przez zazdrosnych. To temat na odrębną opowieść. Miasto rozrosło się, ale wciąż czegoś brako-

wało, bo nadszedł kryzys. Zwiastunem zmian ustrojowych stali się goście w osobach Bronisława Geremka i Andrzeja Wajdy, syna oficera z garnizonu suwalskiego, obu późniejszych senatorów RP.

Włączenie Suwałk w 1999 roku do województwa podlaskiego stało się wbrew tradycji historycznej i wzbudziło zrozumiałe opory. Jednak stopniowo miasto nad Czarną Hańczą wróciło do normalności, ważnym atutem stały się bezgraniczne stosunki z ziemiami litewskimi i tylko wciąż odwieka się budowa obwodnicy. W 2005 r. ukazała się obszerna monografia miasta, z której obficie korzystałem pisząc ten tekst z komentarzami podsztytymi subiektywnością.

Wierzę, że Suwałki będą się rozwijać i zaimponują pod wieloma względami nie tylko miastom polskim. Życzę im tego szczerze!

\* prof. dr hab., pracownik  
Wydziału Historyczno-Socjologicznego UwB

# Jedziemy na urlop



**Doktor  
ADAM HERMANOWICZ**

**N**o nie, w tym kraju nie da się już wytrzymać. Mówię ci, Jadźka, jak tak słucham tego, co się dzieje, to na serio myślę o emigracji. Premier wygląda na wypalonego, a ten Nowak i zegarki, to już, motyla noga, skandal. Jak to? Dlaczego wygląda na wypalonego? Wszędzie tak mówią, więc pewnie prawda. I te autostrady takie niepodokańczane. Pokazali ostatnio ten most nad czeską granicą, he, he, po co taki most, a jeszcze i tego dokończyć nie potrafią. Tak, pamiętam, jak pojechaliśmy do Berlina autostradą. Co to ma do rzeczy? A widziałaś tam jakąś stację benzynową? Sama widzisz, niedoróbki i syf. Zresztą nieważne, przyniosłem te katalogi biur podróży, trzeba w końcu gdzieś pojechać na wakacje. No już dobrze, dobrze... Nie całuj tak, bo ci proteza wypadnie. Obiecałem na dziesiątą rocznicę ślubu, to w końcu trzeba pojechać. Tak, wiem, którą mieliśmy ostatnio rocznicę. Skoro i ja wiem, i ty wiesz, to po co pytasz? Dobra, to gdzie jedziemy? Ooooo, nie. W Grecji teraz ciągle strajki, a ludzie ze śmietników wyjadają, sama w telewizji widziałas. Mowy nie ma. Jaki Egipt, kobieto?! Widziałaś, co się tam teraz dzieje?

Zamach stanu, ludzie na ulicach. W Turcji to samo, a szkoda, bo ponoć tam akurat ładnie jest. Jaka znowu Tunezja? Przecież tam dopiero się uspokoiło. W Hiszpanii i Portugalii drogo i kryzys. Na południe Francji w ogóle nie ma wycieczek. We Włoszech byłaś na pielgrzymce, jak Papież zmarł, nie ma sensu dwa

*Dobra, to gdzie jedziemy?  
W Grecji teraz ciągle strajki.  
Egipt?! Widziałaś, co się tam  
teraz dzieje? W Turcji to  
samo. Jaka znowu Tunezja?  
Przecież tam dopiero się  
uspokoiło. W Hiszpanii  
i Portugalii drogo. Na  
południe Francji w ogóle nie  
ma wycieczek*

razy w to samo miejsce jechać. Przestań się dąsać, sama wiesz, że mam rację. Może Bułgaria? A po co ci to całe zwiedzanie? Ważne, żeby piasek był i ciepło. Zresztą nie chcesz, to nie. Chorwacja za droga, nie stać nas. Wiesz co, a może byśmy tak

nad polskie morze się szarpnęli? Od czasów technikum tam nie byłem. Ale tam ponoć teraz straszny tłok. W górach jeszcze gorzej. Może Mazury? Blisko byśmy mieli. No wiem, że tam pełno Niemców. Coś ty się taka uprzedzona do nich zrobiła? To pewnie przez te swastyki na murach, żeby tych Hindusów pokręciło. Wszędzie malują te swoje znaki szczęścia i ludzie fiksują. Wiesz co? Dawno nie byliśmy u ciotki Maryśki, a ona przecież w Augustowie mieszka. Kwatera byłaby za darmo. Uśmiechnij się, jak zaoszczędzimy na kwaterze, to może przepłyniemy się statkiem po jeziorach. Serio. Aha, to był sarkazm... No dobrze, w takim razie nigdzie nie jedziemy. Zresztą nie chcę tego syfu oglądać, wszystko rozkopane i ciągle coś budują. I cały kraj taki, motyla noga. No mówię ci, że już nie da się tutaj żyć, coś się musi zmienić. Nie wiem co, ale ja mam już wszystkiego dość. Wcale nie, to nie ja taki dziwny jestem, oglądasz przecież telewizję i widzisz, co się w tym kraju dzieje. Widziałaś te gradobicia w Łódzkiem? A te podtopienia na Podkarpaciu? Sama widzisz, jak tu nie narzekać, kiedy ciągle takie tragedie dookoła. Najlepiej zostańmy w domu, strach się stąd ruszać.

Pooglądamy sobie telewizję, to się dowiemy, co tam nowego się wydarzyło na świecie.

**Adam Hermanowicz**



# Muzeum UMB z rekordem odwiedzających



Większość eksponatów w muzeum można dotknąć, albo zrobić sobie na nim pamiątkowe zdjęcie



*Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB powołane do życia w 2011 roku osiągnęło rekord frekwencyjny. W roku akademickim 2012/2013 odwiedziło nas ponad 13000 gości. Tajniki dawnej medycyny zgłębiały zarówno osoby prywatne, grupy turystów polskich i zagranicznych*

*oraz rzesze uczniów ze szkół wszystkich szczebli. Muzeum aktywnie uczestniczyło w obchodach Nocy Muzeów, Europejskich Dniach Dziedzictwa 2012 czy akcji „TuCzyTamy”. Nasza ostatnia monografia „Powstanie Akademii Medycznej w Białymstoku. Studenci pierwszego rocznika” zdobyła główną nagrodę w konkursie „Najciekawsze wydarzenie muzealne 2012 roku” w kategorii publikacja.*



Zajęcia w muzealnym laboratorium. Dzieci odlewają różne przedmioty z gipsu stomatologicznego



# Rok akademicki 2012/2013 już za nami

Miniony rok akademicki obfitował w wiele ważnych dla uczelni wydarzeń. Jednym z najistotniejszych było przyznanie światowej rangi certyfikatu GLP dla Centrum Medycyny Doświadczalnej.

Jesienią zeszłego roku obchodziliśmy jubileusz 25-lecia pierwszego zabiegu in vitro. A profesorowie Szamatowicz i Wołczyński mieli okazję pierwszy raz porozmawiać z dzieckiem, które się wtedy urodziło. W uznaniu zasług białostockiego ośrodka, to tu minister zdrowia uruchomił pierwszy polski program finansowania in vitro.

50-lat skończył Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Mimo wieku, jest w świetnej formie i niedługo zakończy się jego rozbudowa. Dodatkowo szpital przejął dwie mniejsze placówki od samorządu. Tym samym stał się jednym z największych obiektów leczniczych w Polsce.

Centrum Badań Innowacyjnych - po tym jak rok temu zdobyło tytuł Krajowego Naukowego Ośrodka Wiodącego - w regionie zostało wyróżnione Podlaską Marką Roku. To nagroda dla tych, którzy rozślawiają Podlasie w kraju i świecie.



Wyróżnienie KNOW dla najlepszych ośrodków naukowych w kraju



Certyfikat GLP dla Centrum Medycyny Doświadczalnej UMB



Rozbudowa szpitala USK



25-lecie pierwszego polskiego in vitro



Podlaska Marka Roku dla Centrum Badań Innowacyjnych UMB



Przejęcie przez szpital USK dwóch szpitali samorządowych