



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NR 02 (124)

LUTY 2014

ISSN 1643-3734

***Premier Donald Tusk  
w UMB  
strony 2 i 4***



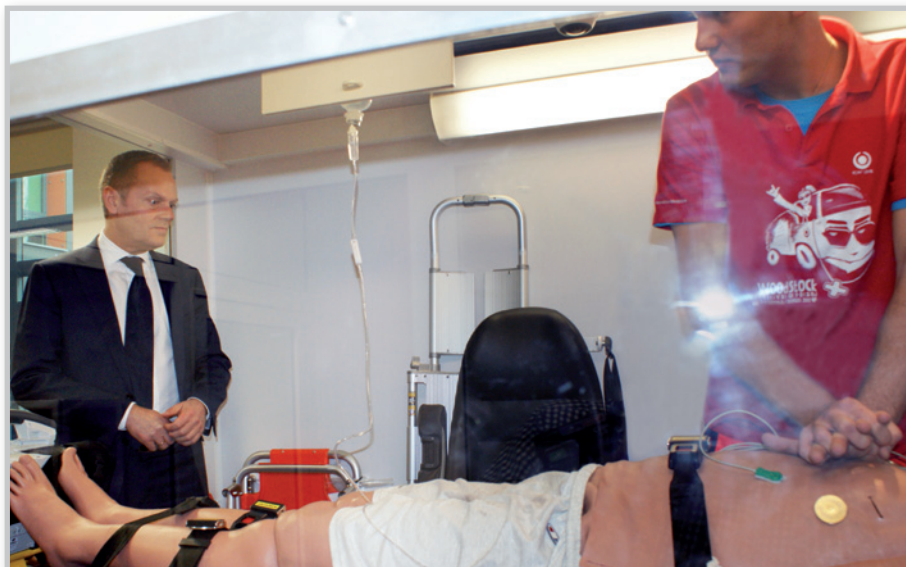
***Drugi patent na raka  
s. 7-8***

***Bakteria E.albertii rozszyfrowana  
s. 8-9***

***Mała rycina gwiazdą wystawy  
s. 12-13***

***Nowi profesorowie UMB  
s. 14-15***

# Premier Donald Tusk w UMB

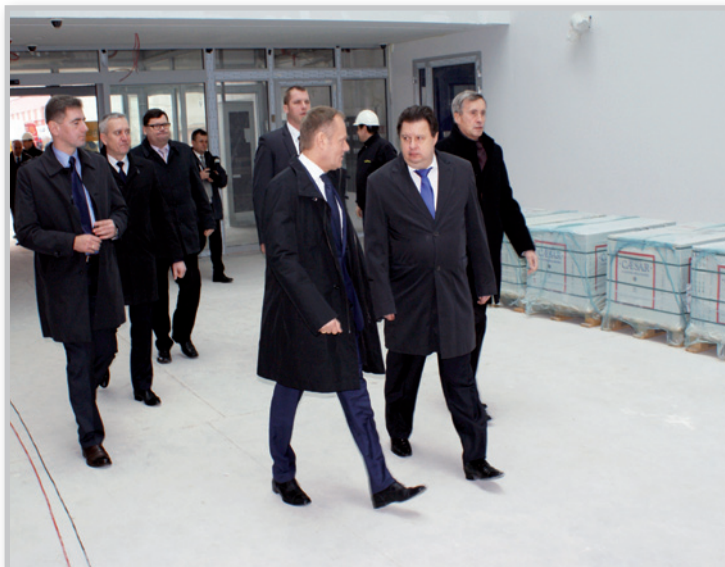


Premier Donald Tusk 24 lutego odwiedził Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Najpierw spotkał się ze studentami ratownictwa medycznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Później odwiedził budowę nowej części szpitala. To największa tego typu inwestycja w Polsce, w całości finansowana z pieniędzy centralnych. Premier obiecał, że na budowie szpitala w tym roku pojawi się tu jeszcze raz – kiedy ta zostanie zakończona.

◀ Student Adam Jakubowski demonstruje sposób udzielania pomocy choremu z migotaniem przedsionków



Spotkanie premiera Donalda Tuska ze studentami ratownictwa UMB



Wizytowanie budowy szpitala z rektorem UMB prof. Jackiem Niklińskim (lewe zdjęcie) oraz z dyrektorem szpitala USK dr Bogusławem Poniatowskim (prawe zdjęcie, lądowisko dla śmigłowców na dachu szpitala)

- 4 Premier Tusk w UMB
- 5 Wykład ciekawy, frekwencja nieciekawa
- 7 Czwarty patent UMB, drugi na związki antynowotworowe
- 8 Bakteria *Esc herichia albertii* rozszyfrowana w UMB
- 10 Niezwykłe odkrycie mikrobiologów
- 11 Medale za zasługi dla transplantologii
- 11 Najwięcej grantów z NCN dla UW i UJ
- 12 Mała rycina gwiazdą wystawy
- 13 Nowa dyrektor Białostockiego Parku Naukowo-Technologicznego
- 14 Nowi profesorowie w UMB
- 15 Konieczna rozbudowa onkologii na uczelniach medycznych
- 16 Diagnostyki laboratoryjni apelują o jednolite standardy kształcenia
- 17 Nagrody za pomoc chorym
- 17 Technologia na ratunek słuchu
- 18 Integracja po norwesku
- 19 Geriatria: Polska vs. Norwegia
- 20 Celując w raka
- 22 Szaleniec z wizją
- 24 Autonomia pacjenta: jak dalece lekarz powinien ją szanować?
- 27 Wspomnienie o dr. n. farm. Stefanie Rostafińskim
- 28 Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym
- 29 Wielcy i naprawdę wielcy
- 30 Ja używam przycisków pilota
- 31 Siłą przytuleni

*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:** Jerzy Czykwin •

**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

 /Medyk Białostocki



/Medyk Białostocki

2014 LUTY

Chciałbym napisać w każdym z tych felietonów coś optymistycznego. Nie zawsze jest to możliwe. Wszak trudno optymistycznie spoglądać na świat po niedawnej telewizyjnej konferencji prasowej Pana Ministra Zdrowia, jaka odbyła się w obecności Pana Premiera, kilku luminarzy o znanych w świecie lekarskim nazwiskach, oraz przedstawiciela pacjentów.



Propozycje rządowe dotyczące skrócenia kolejek do lekarza i usprawnienia systemu opieki zdrowotnej wydały mi się w niektórych punktach mocno intencjonalne i dalekie od realiów. Chociażby ta dotycząca maksymalnego skrócenia, do dwóch tygodni, czasu trwania diagnostyki u chorego na nowotwór. Postulat na tyle słuszny, na ile w obecnej rzeczywistości nierealny. Proponuję przesłanie drogi chorego. Pacjent zgłasza się do lekarza pierwszego kontaktu, np. z objawami kaszlu i pogorszenia samopoczucia. Zostaje zbadany, zwykle dla oszczędności, metodami fizykalnymi. Lekarz podejrzewa zapalenie płuc. Ordynuje na dobry początek antybiotyk. Może zadziała. Nie zadziała, to zmienia na następny.

Upływa kilka tygodni, a nawet miesięcy. Chory trafia w końcu do szpitala. Tam, metodami technik obrazowania, zostaje w płucach wykryty podejrzany cień. To tylko podejrzenie. Aby podjąć terapię, musi być czarno na białym, czyli diagnoza cytologiczna/histopatologiczna. Chory przykładowo znajduje się w jednym z terenowych szpitali, gdzie nie ma pracowni patomorfologicznej. Materiał tkankowy pobrany do badań, przed wysłaniem, zwykle zbierany jest tam z całego tygodnia. Z próbką pobraną od jednego chorego nie opłaci się jechać kilkadziesiąt kilometrów do ośrodka dysponującego diagnostyką histopatologiczną. Przy obecnej technice diagnozę morfologiczną można by uzyskać w ciągu dwóch, trzech dni od otrzymania materiału. Teoretycznie, bowiem obecnie w Polsce działa zaledwie około 400 samodzielnie diagnozujących patologów. Laboratoriów jest mało i są zawałone pracą. Z trzech dni robi się tydzień, czasami wydłużony o kolejne kilka - kilkanaście dni. A przecież w czasie telewizyjnej konferencji nikt nie wspomniał o kolejkach do badań diagnostycznych technikami obrazowania, tak jak nikt nie wspomniał o problemach diagnostyki patomorfologicznej.

Podczas referowania planu naprawy Pan Minister Zdrowia wydał się być zdenerwowany. Pan Premier sprawiał wrażenie człowieka, który nie bardzo wie, o czym się mówi. Nie dziwię się. Przypuszczam, iż obaj Panowie zdają sobie jednak sprawę, że od hasła do ich realizacji wiedza długa i wyboista droga. Tak naprawdę żaden z panów przedstawiających program naprawy nie przedstawił analizy przyczyn, diagnozy i recepty. A szkoda, bo dano chorym nadzieję.

Bardziej trafiło do mnie wczorajsze, transmitowane na żywo z Sejmu, spotkanie premiera z rodzicami dzieci niepełnosprawnych. Spotkanie pełne napięcia i naznaczone ludzkimi dramataми. Sama prawda o życiu. Po jednej stronie osoby pokrzywdzone przez los z żądaniami pomocy finansowej od państwa, po drugiej stronie premier tłumaczący się ograniczeniami finansowymi, ale jednocześnie dość przekonująco wczuwający się w sytuację rodziców. Propozycje premiera nie zostały przyjęte jako nazbyt oszczędne. Kwadratura koła? Ale, żeby nie było zupełnie pesymistycznie, odsyłam Czytelników do, ciekawego jak zwykle, felietonu prof. Dobrońskiego. Na końcu Autor pisze o tajemniczej postaci związanej z medycyną i Pałacem Branickich. Dla ułatwienia rozwiązania zagadki dodam, że ową tajemniczą postacią był lekarz położnik, założyciel szkoły położnych, autor podręcznika, w którym zalecał u położnic chorych na sepsę (zwaną wówczas gorączką położową), picie czerwonego wina. Ja po raz pierwszy usłyszałem o nim na wykładzie śp. prof. Stefana Soszki. A był to rok 1967. Kto zgadnie, o kim mowa?

*Stefan Soszka*

# Premier Tusk w UMB

*Pod koniec tego roku pierwsi pacjenci powinni już korzystać z nowej, dobudowywanej części Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Swoją obecność na otwarciu inwestycji zapowiedział premier Donald Tusk.*

Donald Tusk w poniedziałek 24 lutego odwiedził Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Wizyta na uczelni była jednym z elementów jego podróży po regionie.

Najpierw premier w Wydziale Nauk o Zdrowiu spotkał się ze studentami ratownictwa medycznego. Tam obejrzał na symulatorze pokaz, jak przebiega pomoc pacjentowi cierpiącemu na migotanie przedsionków.

Później Donald Tusk wizytował rozbudowę szpitala USK. Inwestycja warta ponad pół miliarda złotych w całości finansowana jest z rządowych środków. Jak powiedział później dziennikarzom podczas konferencji prasowej, jest to „największa i najbardziej imponująca” tego typu inwestycja w Polsce, która będzie spełniać standardy europejskie.

- Dla nas bardzo ważną rzeczą jest, żeby te pieniądze, czy to ze środków krajowych, czy - jak w tym przypadku - europejskich, wpływały bezpośrednio na komfort życia ludzi, w tym przypadku pacjentów - stwierdził premier.

Donald Tusk podkreślił, że w takich inwestycjach, jak rozbudowa szpitala, nie chodzi o dalsze oszczędzanie na chorych i staranie się, by w większej przestrzeni zmieścić jeszcze więcej łóżek. Chodzi o to, by poprawić komfort leczenia. - To oznacza np. sale szpitalne jedno-, dwuosobowe, a nie tak jak jest w wielu miejscach - także w Białymstoku do dziś - sale kilku-, albo kilkunastoosobowe. Takie powinny być standardy w niedalekiej przyszłości w polskiej służbie zdrowia - zaznaczył premier.

Obecnie szpital jest na końcowym etapie prac wykończeniowych. Instalowany jest sprzęt medyczny, trwają zakupy kolejnego. Zdaniem rektora



fot. Wojciech Więcko

Konferencja prasowa premiera po wizycie na budowie szpitala

prof. Jacka Niklińskiego to bardzo żmudne zadanie: - To tysiące, setki tysięcy różnego typu sprzętu, który będzie funkcjonował w nowej czę-

kończyć budowlanych robót wykończeniowych.

Do końca roku wszystko ma być gotowe i pierwsi pacjenci będą mogli skorzystać z nowego obiektu. Wtedy też rozpocznie się na dobre drugi - zdecydowanie trudniejszy - etap modernizacji szpitala USK, czyli remont starej części.

Najpierw przeniosą się do nowo wybudowanego obiektu niektóre z klinik, a na ich miejsce wejdą ekipy remontowe. Co istotne, w żadnym momencie szpital nie przestanie działać. Będzie to przypominać niejako „operację na żywym organizmie”.

Cała inwestycja ma być gotowa do połowy 2017 roku. Szpital podwoi swoją powierzchnię, do 68 tys. mkw. Liczba łóżek pozostanie bez zmian i będzie wynosić ok. 830. Powstanie 12 nowych sal operacyjnych, czy podgrzewane ładowisko dla śmigłowców na dachu szpitala. Rachunek za wszystko ma opiewać na 509 mln zł.

## Premier Donald Tusk o nowej części szpitala:

*- Takie powinny być standardy w niedalekiej przyszłości w polskiej służbie zdrowia*

ści szpitala, ale nie tylko, bo również w starej, po modernizacji. Sytuację utrudnia fakt, że bez niektórych elementów wyposażenia nie można za-

**Wojciech Więcko**

# Wykład ciekawy, frekwencja nieciekawa

*Na uczelni stale odbywają się otwarte wykłady wygłaszane przez zaproszonych naukowców. UMB płaci za ich przyjazd, pobyt i prelekcję. Problem w tym, że na spotkania przychodzi zaledwie garstka zainteresowanych.*

Nieraz byliśmy świadkami, jak prelegent zwracał się do prawie pustej sali. Postanowiliśmy sprawdzić, dlaczego tak się dzieje. Czy tematy są nieciekawe? Czy może źle dobrane? Czy pracownicy naszej uczelni wiedzą o tych odczytach, a jeśli tak, to dlaczego nie są nimi zainteresowani?

Ogłoszenie o wykładzie można znaleźć w aktualnościach na stronie internetowej uczelni ([umb.edu.pl](http://umb.edu.pl)). Są tam zamieszczane dzień, dwa, czasem tydzień, przed wydarzeniem. Maile z informacją o wykładzie są również rozsyłane do pracowników mających uczelniane konto email.

## Informacyjny problem

- Ja nie mam uczelnianej poczty (żeby założyć konto trzeba m.in. wystąpić do UMB z pisemnym zgłoszeniem - red.) i maili z takimi informacjami nie dostaję - twierdzi lekarz X (ze stopniem doktora i specjalizacją) pracujący w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym. - Informacji o wykładzie nigdy nie widziałem w USK, może czasem na uczelni. Zazwyczaj już w dniu odczytu, kiedy nie jestem w stanie prześledzić zaplanowanych obowiązków.

Pan doktor przyznaje, że ostatni raz na takim odczycie był trzy lub cztery lata temu. Wtedy zadzwoniła do niego znajoma, bo wykład dotyczył jego zainteresowań naukowych. Przełożył wszystkie obowiązki, zwolnił się u kierownika kliniki i poszedł.

- Niestety prezentacja nie była ciekawa, nie dowiedziałem się niczego nowego - ocenia.

Przyznaje jednak, że gdyby informacje o wykładach otrzymywał ze znacznym wyprzedzeniem, np. dwutygodniowym, na niektóre na pewno by się wybrał.

Inny lekarz, na stanowisku kierowniczym, który również nie ma uczelnianego konta, informacje o prelekcjach widzi czasem na stronie inter-



Aula Magna w Pałacu Branickich, najbardziej okazała aula wykładowa w UMB

netowej UMB (stronę odwiedza nieregularnie). Jak przyznaje, rzadko się na nich pojawia, bo tematy dotyczą wąskich zagadnień. Ma jednak pomysł, jak sytuację poprawić.

- Myślę, że powinna zostać opracowana pewna procedura - mówi. - Jeśli prelegent jest osobą z wąską specjalizacją (a takie wykłady są konieczne, by była międzynarodowa współpraca i wspólne publikacje) to osoba zajmująca się podobnym tematem na UMB i współpracująca z danym naukowcem powinna zatroszczyć się o zapewnienie frekwencji. Powiadomić współpracowników i wszystkie osoby zajmujące się danym tematem. Powinna też zadbać, by na wykład przyszli studenci danego roku, którym ten temat może się przydać, czy też studenci z koła naukowego. I taka osoba, będzie w stanie przewidzieć, ile osób może się pojawić. I dopasować wielkość sali. Wtedy nie będzie sytuacji, że w dużej auli słuchaczy jest zaledwie kilku. Bo taka sytuacja jest krępująca zarówno dla wykładowców, jak i uczestników spotkania.

Nasz rozmówca uważa również, że ogłoszenie powinno zawierać szerszą informację, kim jest prelegent, czym się dokładnie zajmuje w swojej pracy

naukowej i jakie ma osiągnięcia. Jego zdaniem takie wykłady powinny być obowiązkowe dla studentów studiów doktoranckich. Natomiast w sytuacji, kiedy uczelnia ma gościć międzynarodową sławę, postać, która ma spore osiągnięcia, wówczas takie wykłady powinny być na dużej auli, a wydarzenie powinno być mocno nagłośnione, także w mediach.

## Pizza jako wabik?

Prof. Robert Bucki kilka tygodni temu miał wykład na UMB. Przyszło na niego około 30 osób. Jak mówi, znając wielkość białostockiego środowiska akademickiego, jest to bardzo umiarkowana liczba. Przyznaje, że na Uniwersytecie w Pensylwanii, w którym przepracował ostatnie 14 lat, tego typu wykłady cieszą się większym zainteresowaniem.

- W naszym instytucie pracowało około 40 osób - mówi. - Dwa razy w miesiącu organizowaliśmy wykłady prowadzone przez naukowców z różnych uniwersytetów, także z Europy i Azji. Cieszyły się one porównywalną frekwencją, większość naszych studentów i doktorantów była

na nich obecna. Przychodziły także osoby z innych jednostek. Ponadto w każdą środę w czasie semestru zimowego i wiosennego w naszym instytucie odbywały się wykłady (Chalk talk) prowadzone przez studentów PhD i post-doców. Odbywały się one w porze lunchu, a rozpoczynały «darmową pizzą». To był taki czynnik motywujący i jednocześnie kształtujący odruch, free pizza – wykład. Podczas tych spotkań studenci byli bardzo aktywni, zarówno w czasie wykładu jak i po ich zakończeniu zadawali pytania i wdawali się w dyskusje. Była to możliwość zapoznania się z tematyką bieżących badań, a dla osób prowadzących takie wystąpienie pozwalało przeanalizować swoje badania i przedstawić płynące z nich wnioski. Bardzo bym chciał by studenci PhD białostockiego uniwersytecie medycznego mieli podobną możliwość kształcenia umiejętności prowadzenia wykładów, zadawania pytań i dyskusji.

- Pomysł z pizzą jest niezły, ale raczej u nas nierealny - uważa dr Andrzej Wójcik, radiobiolog pracujący na Uniwersytecie w Sztokholmie. - Na wielu uniwersytetach w Stanach organizowane są tzw. „lunch seminars”. Wtedy pizza działa jak magnes. U nas to nie jest praktykowane. Czasami oferujemy kawę i ciastka, ale to ludzi nie przyciąga.

### Nobliści na przynętę

Dr Włodzimierz Łopaczyński, absolwent UMB pracujący w Narodowym Instytucie Raka w Bethesda przyznaje, że na zapewnienie odpowiedniej frekwencji nie ma złotego środka: - Uważam jednak, że zdecydowanie frekwencja świadczy o poziomie, który reprezentują wykładowcy. Bez obrazy, ale patrząc na listę wizytujących UMB profesorów w ciągu ostatnich trzech lat, nie znalazłem żadnego nazwiska, które by reprezentowało eksperta z najwyższej światowej półki. Pewnie zapraszającym z UMB te nazwiska coś mówią. Ale nie ma wśród zapraszanych laureatów nagrody Nobla czy naukowców, którzy dokonali, szczególnie ostatnio, jakichś przełomów w biomedycznych naukach. To, że ktoś zajmuje się jednym unikalnym białkiem, enzymem czy też odkrył ja-

kąś mutację, jest interesujące, ale tylko dla wąskiej grupki pasjonatów tego zagadnienia. I wtedy jest zrozumiałe, że na taki wykład przyjdzie niewiele osób.

Zdaniem dra Łopaczyńskiego nie powinniśmy się obawiać zapraszania gwiazd dzisiejszej nauki.

- Podejrzewam, że co najmniej kilku, jak nie kilkunastu laureatów nagrody Nobla, przyjechałoby chętnie do Białegostoku choćby z powodu dawnych historii rodzinnych, a przede wszystkim, żeby zobaczyć Tykocin. Jak szukamy bliżej, nobliści tacy jak Andrew Schally, Jack Szostak czy Aaron Ciechanover mówią nawet trochę po polsku. Myślę, że koszt zaproszenia naukowej gwiazdy nie byłby wyższy niż zaproszenia kogoś z Kentucky czy Południowej Karoliny. Należy również zdać sobie sprawę, że często to, skąd pochodzą wykładowcy, świadczy o ich pozycji naukowej. Jeżeli jest to ktoś z tzw. Ivy League (Harvard, Brown, Yale, Columbia, Cornell, Dartmouth, Princeton oraz University Pennsylvania), czy też z MIT lub Caltech, to już połowa sukcesu. To samo dotyczy Europy (Oxford, Cambridge, etc.). Ja zawsze chętnie służę radą oraz pomocą w uzyskaniu bezpośredniego kontaktu.

Nasi rozmówcy przyznają, że gdyby z odpowiednim wyprzedzeniem mieli informacje o tym, że na UMB przyjedzie któraś ze sław, zrobiliby wszystko, żeby pójść na ten wykład, nawet jeśli nie dotyczyłyby ich zainteresowań naukowych.

### Zachęta dla studenta

Na wykładach otwartych za granicą gros słuchaczy to studenci. Dr Łopa-

czyński uważa, że powinien być jakiś system zachęcający ich do uczestniczenia w prelekcji.

- Można byłoby wprowadzić dla studentów kolekcjonowanie obecności na tych przecież nieobowiązkowych zajęciach - twierdzi. - Mogłoby to pomóc w otrzymaniu praktyki zagranicznej, stażu, czy też udziału w wymianie studenckiej.

Na wykładach otwartych w Sztokholmie pojawia się sporo studentów, bo w przeciwieństwie do Polski przewidziane programem wykłady nie są tam obowiązkowe. Nasi studenci również przyznają, że nie mieliby nic przeciwko temu, żeby chodzić na takie ponadplanowe zajęcia. Tylko nie wiedzą, jak mieliby to robić.

- Wszystkie wykłady są obowiązkowe, często ze sprawdzaniem list obecności. Więc nie ma możliwości wyboru - mówi jeden ze studentów III roku wydziału lekarskiego. - Dobrze byłoby, żeby takie prelekcje odbywały się w określony dzień tygodnia, np. w środy. A ci, co układają plany zajęć, uwzględnialiby to, wprowadzając w ciągu dnia „okienko”. Wówczas student sam by decydował: czy idzie zjeść obiad, do parku, do biblioteki czy na wykład.

Inna studentka przyznaje, że nawet kiedy ma okienko, na takie wykłady nie chodzi.

- Zazwyczaj w ogóle o nich nie wiem - mówi. - Czasem widzę ogłoszenie, najczęściej w Collegium Pathologicum. A tam jest podane tylko imię, nazwisko i nazwa uczelni, z której wykładowca przyjechał. Nie mam czasu szukać w google, kto to i czym się zajmuje. Więc sobie odpuszczam.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

### Komentarz

Kilka dni temu byliśmy świadkami spotkania najlepszych studentów UMB z władzami uczelni. Rektor zachęcał ich, by chodzili na wykłady zagranicznych naukowców, poszerzali horyzonty i szkolili język. Co usłyszał? Ale my nic nie wiemy o tych wykładach. Podobno u nas nie ma zwyczaju chodzenia na takie spotkania i potrzebna byłaby odgórna „akcja”. Przymusić można, tylko po co? Żeby oglądać znudzonych studentów bawiących się telefonami podczas wykładu? Na pewno poprawić trzeba sposób informowania. Sama zajawka na stronie internetowej czy w mailu to zbyt mało. Kilka kartek ze zdawkową informacją też nie wystarczy. Może barierą jest język? A może takie wykłady są niepotrzebne? Co o tym sądzicie? Czekamy na opinie: medyk@umb.edu.pl

# Czwarty patent UMB, drugi na związki antynowotworowe

Nowy, czwarty patent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku powstał trochę z przypadku. Jego autorami są profesorowie Anna i Krzysztof Bielawscy wraz z kolegami z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Nowy patent obejmuje wytwarzanie i zastosowanie pochodnej 1,4-dipodstawionego tiosemikarbazydu. Osiągnięcie to efekt pracy dwóch zespołów badawczych: naszego uczelnianego (prof. Anna Bielawska - kierownik Samodzielnej Pracowni Biotechnologii oraz prof. Krzysztof Bielawski - kierownik Zakładu Syntezy i Technologii Środków Leczniczych) oraz naukowców z Zakładu Chemii Organicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którym kieruje prof. Monika Wujec.

To drugi w ciągu ostatniego czasu patent profesorów Bielawskich. Pierwszy - opisany w styczniowym „Medyku Białostockim” - dotyczył pochodnej oktahydropirazylo[2,1-a:5,4-a'] diizochinoliny, która ma właściwości przeciwnowotworowe. To osiągnięcie uzyskano we współpracy z Instytutem Chemii Organicznej Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, z zespołem prof. Zbigniewa Kałuży.

Związki białostockich farmaceutów z ośrodkiem lubelskim są już poniekąd historyczne. Kiedy nasz Wydział Farmacji nie miał jeszcze stosownych uprawnień np. do nadawania habilitacji, czy występowania o profesury, to właśnie w Lublinie nasi naukowcy zdobywali swoje stopnie naukowe. Podobnie było także w przypadku profesorów Bielawskich.

- Tak więc już wtedy rozpoczęliśmy współdziałanie naukowe i do tej pory dobrze się nam razem pracuje - zauważa prof. Krzysztof Bielawski.

## Szczyście naukowca

Opatentowany związek to zupełnie nowa grupa pochodnych stosowanych w terapiach przeciwnowotworowych i nigdy w nich nie stosowana.

- Prawdę mówiąc można uznać, że odkrycie jego właściwości przeciwnowotworowych było trochę przypadkowe - ocenia prof. Krzysztof Bielawski.



foto: BOWITT

Druga strona naukowego sukcesu: zainteresowanie dziennikarzy. Na pytania odpowiadają prof. Anna i Krzysztof Bielawscy

Zespół naukowców w Lublinie dokonał syntezy związku. Liczył, że będzie miał właściwości przeciwbakteryjne. Ale ich nie miał. Potem substancja trafiła do Białegostoku, by sprawdzić tu w badaniach przesiewowych, czy może ma jakieś inne właściwości. I okazało się, że doskonale radzi sobie z komórkami nowotworowymi.

- W tej sytuacji słabe właściwości przeciwbakteryjne to bardzo dobra wiadomość. Gdyby związek był aktywny w jednym i drugim przypadku, nie nadawałby się do zastosowania w leczeniu. A to dlatego, że likwidowane byłby jednocześnie komórki nowotworowe i bakterie, więc organizm człowieka nie byłby w stanie funkcjonować - tłumaczy prof. Anna Bielawska.

Nowy związek jest potencjalnie bazą do kolejnych odkryć. Nawet jeśli nie znajdzie zastosowania w leczeniu, może być wykorzystywany przy poszukiwaniu miejsc aktywnych w enzymach. Albo - gdyby sprzęgnąć go ze związkiem fluorescencyjnym - mógłby być markerem wykorzystywanym w testach.

- Patent to tylko pomysł i takie zaproszenie do dalszej pracy. Zawsze

warto go dalej rozwijać - podsumowuje prof. Krzysztof Bielawski.

To odkrycie jest zupełnym przezwycięstwem pracy nad związkiem, który opatentowano jako pierwszy (pochodną oktahydropirazylo[2,1-a:5,4-a'] diizochinoliny). W tym przypadku od samego początku do końca naukowcom zależało nad stworzeniem związku, który będzie miał aktywność przeciwnowotworową.

## Media, wywiady, inwestorzy

Po tym, jak nasi naukowcy ogłosili, że uzyskali swój pierwszy patent, ich osiągnięciami zainteresowali się dziennikarze. Telewizja, radio, prasa informowały, że w Białymstoku odkryto nowy „lek na raka”.

W efekcie do naukowców zaczęły dzwonić i mailować osoby cierpiące na nowotwory, by wziąć udział w badaniach klinicznych nad nowym specyfikiem. A każdemu z nich trzeba było tłumaczyć, że nowy związek nie jest jeszcze gotowym preparatem, nie mówiąc już o tym, że do fazy testów na ludziach jest jeszcze bardzo daleka droga.

Medialny szum miał także pozytywne aspekty. Zgłosiły się dwie firmy, które zainteresowały się osiągnięciem od strony komercyjnej. Jedna polska, notowana na warszawskiej giełdzie, i druga - amerykański koncern farmaceutyczny. I właśnie ta była najbardziej zainteresowana osiągnięciami i to z nią toczą się obecnie negocjacje.

Przed naukowcami stoi teraz wiele ważnych pytań. Czy godzić się na sprzedaż wszystkich praw do patentu? A może rozmawiać o współpracy z firmą? Jeżeli sprzedać prawa do wyników badań, to za ile? Nikt w naszej uczelni nie przechodził procedury wyceny rynkowej wyników pracy badawczej. Tu pomocne może okazać się doświadczenie partnerów z Warszawy (Instytut Chemii Organicznej PAN).

### Współpraca kluczem do sukcesu

Profesorowie Anna i Krzysztof Bielawscy współpracują nie tylko z ośrodkami w Lublinie (ostatni patent), czy w Warszawie (patent wcześniejszy). Starają się współpracować z różnymi ośrodkami badawczymi w kraju.

- Czasami do badań przesiewowych w naszych pracowniach, w ramach naszych możliwości zarówno finansowych jak i kadrowych, przyjmujemy związki wytworzone w innych ośrodkach badawczych - mówi prof. Krzysztof Bielawski.

Ścisłej niż do tej pory z profesorami Anną i Krzysztofem Bielawskimi współpracować będzie uczelniany Zakład Mikrobiologii, kierowany przez dr hab. Katarzynę Leszczyńską (naukowiec z tego zakładu jako pierwszy na świecie złożyli niedawno pełną sekwencję genomu bakterii *Escherichia albertii*). Tu mają być prowadzone testy na aktywność przeciwbakteryjną nowych substancji.

- Liczymy, że dzięki tej medialnej aktywności, uda się nam wyrobić w naszym środowisku przekonanie, że jeżeli chodzi o badania przesiewowe skierowane w stronę poszukiwania nowych leków przeciwnowotworowych, to warto je robić w Białymstoku - komentuje prof. Krzysztof Bielawski.

A plany na przyszłość?

Pierwsze dwa uczelniane patenty należą do prof. Marii Borawskiej, kierownika Zakładu Bromatologii.

**Wojciech Więcko**

**B**iegunka (diarrhoea) jest jedną z najczęstszych przyczyn umieralności dzieci poniżej 5 roku życia i to niezależnie od regionu geograficznego. Problem wysokiej śmiertelności powodowanej biegunkami dotyczy przede wszystkim krajów rozwijających się, natomiast w krajach uprzemysłowionych jest przyczyną ogromnych obciążeń natury socjoekonomicznej.

Należy zaznaczyć, że szczegółowa wiedza o drobnoustrojach wywołujących biegunki jest nadal niepełna. Ze względu na dużą liczbę enteropatogenów stanowi duże wyzwanie diagnostyczne. Do tej pory zidentyfikowano ponad 20 różnych bakterii, wirusów i pasożytów, którym udowodniono lub wykazano potencjalny związek z biegunkami. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych metod diagnostycznych, takich jak techniki biologii molekularnej lista ta jest sukcesywnie wydłużana. Nadal jednak w wielu przypadkach nie udaje się wykazać potencjalnego czynnika etiologicznego biegunek.

*Escherichia albertii* jest słabo poznaną bakterią, ale zapis genetyczny świadczy, że to potencjalny enteropatogen, mający wiele cech wspólnych ze szczepami *E. coli* wywołującymi biegunki. Historia związku tych bakterii z zakażeniami przewodu pokarmowego sięga końca lat 90. ubiegłego wieku, kiedy to zostały uznane za prawdopodobną przyczynę biegunki u piątki dzieci z Bangladeszu, jednak początkowo były mylone z innymi bakteriami tzn. z *Hafnia alvei*. Szczegółowa analiza tych szczepów wykazała jednak znaczne różnice na poziomie fenotypowym i genotypowym w porównaniu do referencyjnych szczepów *H. alvei*. Na podstawie dalszych badań m.in. w oparciu o analizę 16S rRNA stwierdzono, że szczepy te największe pokrewieństwo wykazują z rodzajami *Escherichia* i *Shigella*. Ostatecznie zakwalifikowano je do rodzaju *Escherichia*, a obecną nazwę *Escherichia albertii* nadano dopiero w 2003 r.

Należy zaznaczyć, że komercyjne systemy do identyfikacji bakterii stosowane powszechnie w laboratoriach mikrobiologicznych nie rozpoznają lub błędnie klasyfikują *E. albertii*. Obecnie najbardziej wiarygodną metodą identyfikacji *E. albertii* jest wykrycie specyficznych sekwencji DNA

## Bakteria Esc

metodą PCR. Ponieważ szczepy *E. albertii* posiadają gen *eae*, wykorzystywany jako jeden z markerów przy identyfikacji enterokrwotocznych (EHEC) i enteropatogennych *E. coli* (EPEC), do niedawna część z nich była błędnie identyfikowana.

Intensywne badania nad *E. albertii* rozpoczęliśmy wiosną 2013 roku, współpraca z zespołem dr hab. Izabeli Święcickiej, prof. UwB, kierownikiem Zakładu Mikrobiologii Uniwersytetu w Białymstoku oraz przychylność władz uczelni i pracowników działu nauki umożliwiła zespołowi Zakładu Mikrobiologii UMB do końca roku złożyć w całość genom tej bakterii. Nadal jednak nie wiadomo, jak często bakterie te występują w próbkach klinicznych, jakie jest ich źródło oraz czy wszystkie szczepy mogą być przyczyną biegunek.

---

*Szczegółowa wiedza o drobnoustrojach wywołujących biegunki jest nadal niepełna. Ze względu na dużą liczbę enteropatogenów stanowi duże wyzwanie diagnostyczne*

---

Na częstość występowania i względną proporcję każdego z enteropatogenów ma wpływ wiele różnych czynników. Należy ponadto zaznaczyć, że wraz z upływem czasu występowanie poszczególnych enteropatogenów może się zmieniać, dlatego też sprawne monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w danej populacji wymaga stałej aktualizacji danych na temat po-



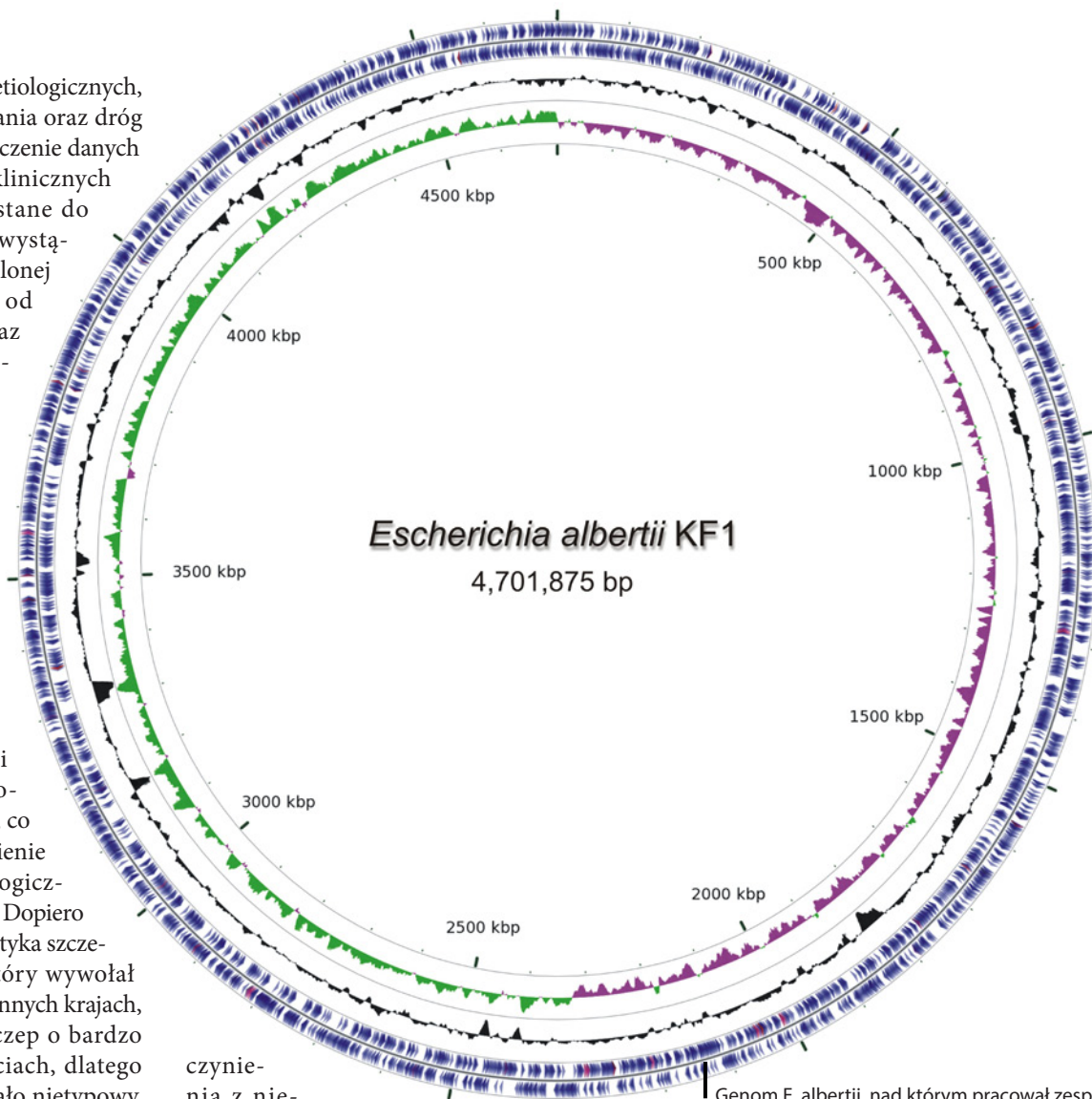
# Escherichia albertii rozszyfrowana w UMB

Naukowcy z Zakładu Mikrobiologii UMB - kierowanego przez dr hab. Katarzynę Leszczyńską - jako pierwsi na świecie złożyli pełną sekwencję genomu bakterii *Escherichia albertii*.

tencjalnych czynników etiologicznych, częstości ich występowania oraz dróg szerzenia. Ponadto, połączenie danych epidemiologicznych i klinicznych może zostać wykorzystane do oceny stopnia ryzyka wystąpienia biegunek o określonej etiologii w zależności od różnych zmiennych oraz opracowania modeli pomocnych klinicytom w podjęciu decyzji, jaką drogę diagnostyczną powinni obrać.

Jak istotny jest to problem przekonano się w 2011 roku w Niemczech podczas występowania zakażenia epidemicznym szczepem *E. coli* EHEC O104:H4, który charakteryzował się typowymi dla gatunku właściwościami biochemicznymi, co uniemożliwiało odróżnienie go w hodowli od fizjologicznych pałeczek okrężnicy. Dopiero szczegółowa charakterystyka szczepu EHEC O104:H4, który wywołał ognisko w Niemczech i innych krajach, wykazała, że był to szczep o bardzo unikalnych właściwościach, dlatego też ognisko również miało nietypowy, nieobserwowany do tej pory przebieg. Zjadliwość tego hiperwirulentnego szczepu była wypadkową czynników zjadliwości charakterystycznych dla prototypowych szczepów zaliczanych do enterokrwtoczących (EHEC) oraz enteroagregacyjnych *E. coli* (EAEC). Izolat ten charakteryzował się również unikatowym profilem lekowrażliwości, należał do wielolekoopornych. Cecha ta była związana z nabyciem plazmidu kodującego  $\beta$ -laktamazę CTX-M15, obecnego w genomie wielu innych pałeczek Enterobacteriaceae, lecz dotychczas niespotykanego u EHEC.

Zaistniała sytuacja potwierdza, że w każdej chwili możemy mieć do



czynienia z nietypowym patogenem, który ze względu na swoje właściwości chorobotwórcze będzie stanowić ogromne zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz dodatkowo wykazała, że rutynowa diagnostyka mikrobiologiczna w kierunku zakażeń enteropatogenami powinna ulec istotnej modyfikacji. Natomiast trzeba podkreślić, iż działania naukowców z różnych krajów, umożliwiły prawie natychmiastowe zidentyfikowanie czynnika zakaźnego i przygotowanie procedury jego identyfikacji, co potwierdza bardzo dobrą naukową międzynarodową współpracę w zakresie wykrywania i zwalczania infekcji

Genom *E. albertii*, nad którym pracował zespół naukowców w składzie Krzysztof Fiedoruk, Tamara Daniluk, Izabela Świącicka, Emilia Murawska, Małgorzata Ściepuk i Katarzyna Leszczyńska

przenoszonych przez żywność i wodę (tzw. foodborne and waterborne diseases) w krajach UE.

W przypadku problemów z identyfikacją atypowych enteropatogenów pracownicy Zakładu Mikrobiologii UMB gotowi są pomóc w ich diagnostyce, wystarczy tylko skontaktować się (mikrob@umb.edu.pl) i przesłać izolat.

**Dr hab. Katarzyna Leszczyńska,**  
kierownik Zakładu Mikrobiologii UMB

# Niezwykłe odkrycie mikrobiologów

Unikatowe warianty pięciu alleli genów metabolizmu (*dnaA-83*, *fusA-58*, *gyrB-94*, *pyrG-93* oraz *rplB-39*) oraz nowy Sequence Type (ST-186) zostały zdeponowane w bazie Uniwersytetu w Oksfordzie, z afiliacją Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej i Immunologii Infekcyjnej UMB.

Królestwo bakterii charakteryzuje się imponującą zasobnością oraz zmiennością genetyczną. Szacuje się, że sumaryczna liczba komensalnych komórek bakteryjnych przewyższa dziesięciokrotnie liczbę komórek ludzkich, natomiast genom bakteryjny w swym bogactwie przewyższa genom ludzki niemal stukrotnie.

Godnym podziwu jest również spektrum interakcji między bakteriami a człowiekiem. Uważa się, że zachowanie odpowiednich proporcji „ludzkiej mikroflory” jest niezbędne dla zachowania dobrostanu, natomiast różnorodne czynniki zaburzające stan równowagi mogą okazać się dla człowieka niezwykle szkodliwe. Wyróżnia się cały szereg wzajemnych oddziaływań, począwszy od biosyntezy witamin przez bakterie, zapewniania tzw. „oporności kolonizacyjnej”, poprzez bezpośredni i pośredni wpływ na metabolizm, otyłość, funkcję układu immunologicznego, aż do procesów nowotworzenia.

Zasobny rezerwuuar genów daje mikroorganizmom możliwość dynamicznego reagowania na różnorodne bodźce pochodzące ze środowiska zewnętrznego (np. terapia antybiotykowa). Proces ewolucji bakterii nabiera tempa między innymi za sprawą zjawisk, takich jak niespotykane dotąd migracje ludności, czy horyzontalny transfer genów (wymiana genów kodujących preferencyjne cechy pomiędzy populacjami bakteryjnymi). Selekcja szczepów o ściśle określonych właściwościach jest dodatkowo warunkowana przez presję środowiskową, której przykładem może być nieprzerwana presja antybiotykowa w środowisku szpitalnym.

Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej i Immunologii Infekcyjnej, na który składają się dwa ściśle współpracujące ze sobą pioniry - jeden prowadzący rutynową diagnostykę mikrobiologiczną na rzecz pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i przyległych poradni, oraz drugi, uniwersytecki, który zajmuje się dydaktyką i nauką, a w tym m.in. analizą molekularnych



fot. Wojciech Więcko

Zespół Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej (6 z prawej prof. Elżbieta Tryniszewska, szefowa Zakładu)

larnych mechanizmów oporności na antybiotyki oraz wirulencji wśród bakterii patogennych. Tylko ścisła współpraca całego zespołu, którym kieruję niespełna siedem lat, przynosi sukcesy na wielu, wielu płaszczyznach.

W obecnym czasie, kiedy zakażenia bakteryjne stanowią coraz większe wyzwanie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, istnieje potrzeba lepszego poznania szlaków, jakimi podążają bakterie, aby przetrwać m.in. w środowisku szpitalnym. Coraz częściej izoluje się patogeny charakteryzujące się wysoką wirulencją oraz opornością na leki przeciwbakteryjne i środki dezynfekcyjne. Co więcej, pojawiają się mikroorganizmy odporne na wszystkie obecnie dostępne antybiotyki, pozwala sądzić, że wkrótce dostępne opcje terapeutyczne będą podobne do tych występujących jeszcze przed wprowadzeniem pierwszego leku przeciwbakteryjnego do terapii.

Niestety, zakażenia lekoopornymi patogenami pojawiają się również w naszym ośrodku, czego przykładem mogą być opisane przez nas unikatowe szczepy, wykazujące zdolność do enzymatycznego rozkładu „leków ostatniej szansy” - karbapenemów. Ostatnie miesiące naszej pracy to pierwsza w Polsce izolacja szczepów *Escherichia coli* produkują-

cych karbapenemazę KPC (*Klebsiella pneumoniae carbapenemase*) oraz piątą w Europie przypadkiem izolacji szczepów *Enterobacter cloacae* wytwarzających karbapenemazę OXA-48. W pierwszym przypadku pacjent skolonizowany wcześniej *Klebsiella pneumoniae* wytwarzającą karbapenemazę KPC, w trakcie hospitalizacji nabył szczep *E. coli* KPC (+). Możemy podejrzewać, że horyzontalny transfer genów pozwolił w tym przypadku na przełamanie bariery gatunku *in vivo*. W drugim przypadku, pierwotne źródło wieloopornych patogenów pozostaje dotychczas nieznaną, mamy jednak nadzieję, że wykonane przez nas genotypowanie szczepów *Enterobacter cloacae* OXA-48 (+) pozwoli w przyszłości zidentyfikować pierwotne źródło tych groźnych mikroorganizmów. Unikatowe warianty pięciu alleli genów metabolizmu (*dnaA-83*, *fusA-58*, *gyrB-94*, *pyrG-93* oraz *rplB-39*) oraz nowy Sequence Type (ST-186) zostały z dniem 18 stycznia 2014 roku, zdeponowane w bazie Uniwersytetu w Oksfordzie (<http://pubmlst.org>), z afiliacją Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej i Immunologii Infekcyjnej, UMB, Polska.

**Prof. Elżbieta Tryniszewska**

Kierownik Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej i Immunologii Infekcyjnej

# Medale za zasługi dla transplantologii

**D**r hab. Wojciech Łebkowski i dr Marek Skiba - koordynatorzy ds. transplantologii w województwie podlaskim - zostali odznaczeni przez prezydenta RP Bronisława Komorowskiego za zasługi dla transplantologii i medycyny rekonstrukcyjnej.

Dr hab. Wojciech Łebkowski, z Kliniki Neurochirurgii UMB, został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, a dr Marek Skiba, z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Srebrnym Krzyżem Zasługi.

- Osiągnięcia polskiej transplantologii są źródłem nadziei dla chorych i zachęcają do poszukiwania nowatorskich rozwiązań - podkreślał prezydent Bronisław Komorowski, który 27 lutego odznaczył 29 lekarzy zasłużonych dla transplantologii i medycyny rekonstrukcyjnej. Najwyższe odznaczenie - Krzyże Kawalerskie Orderu Odrodzenia Polski otrzymali Jerzy Jabłecki (współautor polskiego programu przeszczepów ręki, w 2006 r. jego zespół dokonał pierwszego w Polsce przeszczepu ręki, a w 2010 również pierwszego w Polsce zabiegu transplantacji obu rąk) oraz Adam Maciejewski (kierowany przez niego zespół



fot. prezydent.pl

Wyróżnienia zasłużonym dla transplantologii wręczał prezydent RP Bronisław Komorowski

lekarzy z Gliwic dokonał pierwszego na świecie przeszczepu twarzy, który ratował życie pacjenta).

Prezydent Komorowski dodał, że polska transplantologia ma coraz bardziej bogaty rejestr osiągnięć. A do ich osiągnięcia niezbędne było pokonanie nie tylko barier organizacyjnych czy finansowych, ale przede wszystkim mentalnych.

- Mamy także w pamięci wydarzenia, które obciążały, czy niszczyły tę wątłą tkankę, jeśli chodzi o akceptację dla przeszczepów - podkreślił prezydent.

Chodzi tu o wydarzenia z 2007 r., kiedy to zatrzymano ordynatora kardiologii w stołecznym szpitalu, zarzucając mu m.in. zabójstwo. Choć z czasem śledczy wycofali się z zarzutów, w transplantologii nastąpił gwałtowny zastój. Wiele złego zrobił też białostocki lekarz, który na łamach „Gazety Polskiej” zarzucił miejscowym anestezjologom, że uśmiercali pacjentów, aby handlować ich organami.

**bdc**

## Najwięcej grantów z NCN dla UW i UJ

**N**arodowe Centrum Nauki podzieliło w ubiegłorocznych konkursach na projekty badawcze ponad 1 mld zł. Najwięcej wywalczyły Uniwersytet Jagielloński (ponad 115 mln zł) i Uniwersytet Warszawski (108 mln zł).

NCN podsumowało również wyniki uzyskane przez poszczególne województwa. Najwięcej przypadło badaczom z województwa mazowieckiego - trafiło do nich ponad 347 mln zł w ponad 820 przyznanych grantach. Z kolei badacze z woj. małopolskiego za 210 mln zł realizują ponad 460 projektów. W 14 konkursach organi-

zowanych w zeszłym roku przez NCN złożono 10 tys. wniosków.

Największą liczbę grantów - aż 280 - przyznano badaczom z UW, warte były one 108 mln zł. Z kolei UJ uzyskała 115 mln zł i realizować może 263 projekty. Wśród ośrodków, które w zestawieniach NCN wypadają najlepiej, jest również Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, który uzyskał prawie 44 mln zł w ramach 129 grantów, a także Uniwersytet Wrocławski - NCN finansuje tam 89 grantów za 33 mln zł.

Uczelnie z naszego regionu są raczej w środku stawki. Najwięcej zdobył Uniwersytet w Białymstoku (44 miej-

sce w kraju na 207 sklasyfikowanych ośrodków naukowych) - 4,8 mln zł. Spośród 76 złożonych wniosków uzyskała finansowanie na 12. Nasza uczelnia (61 miejsce) uzyskała 2,6 mln zł na osiem projektów badawczych, z 31 złożonych wniosków o dofinansowanie. Politechnika Białostocka (71 miejsce) - 2 mln zł na 7 projektów badawczych, z 59 złożonych wniosków. Łącznie - jako region - zajęliśmy 11 miejsce z kwotą dotacji na poziomie 10,7 mln zł.

**bdc, pap**  
(www.naukawpolsce.pap.pl)

# Mała rycina gwiazdą wystawy

*Są takie dwie. Jedna w Fundacji im. Czartoryskich w Krakowie, druga wisi w gabinecie rektora UMB prof. Jacka Niklińskiego. Na XVIII-wieczną niewielką rycinę M.H. Rentza, przedstawiającą salon ogrodowy Branickich, na wystawie w uczelnianym muzeum można spojrzeć zupełnie inaczej niż do tej pory.*

I na inauguracja wystawy „Projekt z ryciny czytany” w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB odbyła się w walentynkowy wieczór. Tytułowa rycina, dzieło M.H. Rentza, rytownika Jana Klemensa Branickiego, wykonana została w połowie XVIII wieku i przedstawia salon ogrodowy Branickich od strony kanału. To m.in. ona jest jednym z głównych źródeł inspiracji przy obecnych pracach rewaloryzacyjnych zieleni, rzeźby i budynków ogrodowych.

Oryginalna rycina jest ciut mniejsza niż kartka papieru w formacie A4, jednak organizatorzy wystawy powiększyli ją do rozmiaru jednej z muzealnych ścian. Dlatego bez problemu można dostrzec wszelkie szczegóły tego, jak niegdyś wyglądał ogród Branickich.

Już na pierwszy rzut oka widać, czego brakuje współczesnemu ogrodowi, w porównaniu z pierwowzorem. Niegdyś - przy obecnym moście nad kanałem - **górowały dwie ogromne rzeźby gladiatorów**. Jednak wiele elementów - zwłaszcza jeśli chodzi o zielen - jest podobnych. Podobne są ornamentowe nasadzenia z bukszpanów, w podobnych miejscach stoją też rzeźby ogrodowe (tych za czasów Branickiego było więcej, jednak odrestaurowanie ogrodu zaplanowano na wiele lat i kolejne rzeźby będą się pojawiać sukcesywnie), w tym samym miejscu stoi też Pawilon pod Orłem (współczesny jest wykonany z kompozytów, oryginał był drewniany).

Na wystawie można zobaczyć coś więcej niż tylko powiększoną rycinę Rentza. To niezwykła okazja, by przejrzeć różne projekty związane z przebudową ogrodu Branickich (ich autorami są architekt Tomasz Rogala i dr Dorota Sikora). Są projekty Pawilonu pod Orłem, czy plany rozmieszczenia roślinności. Są też niezwykłe modele

rzeźbiarskie - i to w różnych skalach - elementów dekoracyjnych ustawianych w salonie ogrodowym. Jest około metrowej wysokości styropianowy model Pawilonu pod Orłem, są w różne wersje orła, który go wieńczy, są modele rzeźb ogrodowych (modele i ogrodowe rzeźby są wykonane przez rzeźbiarza Michała Jackowskiego). Ciekawostką jest także fakt, że w sali wystawowej, na podłodze, naklejono wielki kolorowy projekt ogrodów pałacowych.

W najbliższym czasie w ogrodzie pojawią się cztery nowe rzeźby. Jak mówi Michał Jackowski, rzeźbiarz, są one już prawie gotowe. Po lewej stronie ogrodu pojawią się też kolumny trejażowe. A w 2015 r. być może pojawią się dwie kamienne kolumny z wazami (obiekty mają mieć po ok. cztery metry wysokości).

Wystawę w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB będzie można oglądać przez kilka miesięcy.



fot. Wojciech Więcko

Tytułowa rycina w tle. Architekt Tomasz Rogala (1 z lewej), rzeźbiarz Michał Jackowski (z mikrofonem) i kierownik muzeum dr Magdalena Grassmann (w środku)



fot. Wojciech Więcko

Niezwykła atrakcja wystawy, czyli możliwość zobaczenia projektów ogrodowych obiektów

fot. Wojciech Wręcko



Ekspozycje wiszą na ścianach, stoją na postumentach, ale nawet podłoga jest ekspozycją

fot. Wojciech Wręcko



Niezwykły eksponat - miniaturowy projekt Pawilonu pod Orłem

fot. Wojciech Wręcko



Zanim rzeźby pojawiły się w pałacowym ogrodzie były one - ich rzeźbiarskie modele

## Nowa dyrektor Białostockiego Parku Naukowo-Technologicznego



Anna Daszuta-Zalewska

**A**нна Daszuta-Zalewska została dyrektorem Białostockiego Parku Naukowo-Technologicznego. Jeszcze niedawno szefowała Działowi Projektów Pomocowych UMB.

Siedziba Białostockiego Parku Naukowo-Technologicznego od dłuższego czasu jest negatywnym bohaterem medialnych doniesień. Od kilku miesięcy są poważne kłopoty, by wyegzekwować od firmy Polbud zakończenie inwestycji (ostatni plan mówi o marcu). Pierwotnie Park miał być oddany do użytku w październiku 2012 r. Umowne terminy zostały przekroczone już o kilka miesięcy. Magistrat nalicza budowlańcom kary umowne (w sumie to już ponad 14 mln zł). Do tego latem doszło do zamieszania kadrowego i ze stanowiska dyrektora Parku ustąpiła dr Jolanta Koszelew. W ogłoszonym konkursie na nowego szefa zgłosiło się 13 osób. Wygrała go, pełniąca obowiązki dyrektora, Anna Daszuta-Zalewska. W połowie lutego oficjalną nominację wręczył jej prezydent Białegostoku Tadeusz Truskolaski.

Nowa szefowa BPN-T chce, by było to miejsce skupiające podmioty zajmujące się nowoczesnymi technologiami, czy badaniami medycznymi. W tej chwili na otwarcie parkowych obiektów czeka 36 firm. W Parku będą także funkcjonować laboratoria medyczne, a w jednym z nich - laboratorium obrazowania - zainstalowany zostanie ultranowoczesny PET/MR. Będzie to ogromna szansa na rozwinięcie nowych gałęzi badawczych na UMB.

**bdc**

# Nowi profesorowie w UMB

*Troje naukowców Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku odebrało niedawno nominacje profesorskie.*

## **Prof. dr hab. Wojciech Dębek**



### **KIEROWNIK KLINIKI CHIRURGII DZIECIĘCEJ**

Wojciech Dębek jest białostoczaninem, absolwentem I Liceum Ogólnokształcącego im. A. Mickiewicza. W latach 1974-1979 studiował na Wydziale Lekarskim AM w Białymstoku. Studia medyczne ukończył w 1980 r. na Wydziale Lekarskim AM w Łodzi. Bezpośrednio po studiach pracował w Zakładzie Radiologii WSZ im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, a od 1981 r. nieprzerwanie zatrudniony jest w Klinice Chirurgii Dziecięcej naszej uczelni. Pod kierunkiem prof. A. Wagnera w 1988 r. uzyskał specjalizację z chirurgii dziecięcej oraz stopień naukowy doktora w 1990 r. W 2001 r. Rada Wydziału Lekarskiego AMB nadała mu stopień doktora habilitowanego (tytuł rozprawy habilitacyjnej: „Komórki tuczne ściany jelit w doświadczalnym wstrząsie krwotocznym”).

W latach 1998-2000 był pełnomocnikiem rektora, odpowiedzialnym za przeniesienie, wyposażenie i uruchomienie Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym (od początku istnienia do 2000 r. Klinika funkcjonowała na bazie WSZ, w budynku przy ul. Wołodyjowskiego). W 2000 r. pełnił obowiązki kierownika kliniki.

W roku 2005, w drodze konkursu, został kierownikiem kliniki, pełniąc tę funkcję do chwili obecnej. Do praktyki klinicznej wprowadził szereg niestosowanych w Białymstoku u dzieci metod operacyjnych, m.in. opartych na laparoskopii i wideoskopii, co pozwoliło na znaczne poszerzenie zakresu leczonych chorób i dwukrotne zwiększenie liczby pacjentów. Obecnie w klinice operuje się oko-

ło 1700 dzieci rocznie. Klinika Chirurgii Dziecięcej w Białymstoku jest jednym z najbardziej prężnych ośrodków chirurgii dziecięcej w Polsce. Obejmuje opieką chirurgiczną pacjentów od 1 doby do końca 18 roku życia i jej lekarze wykonują zabiegi z zakresu traumatologii, chirurgii narządów brzucha, chirurgii onkologicznej, torakochirurgii i chirurgii noworodka, w tym ciężkich wad wrodzonych układu moczowego, pokarmowego, oddechowego i nerwowego.

Zainteresowania naukowe prof. Dębka koncentrują się na patomechanizmie wstrząsu urazowego i procesów włóknienia (pooperacyjne zrosty otrzewnowe, włóknienie wątroby w przebiegu cholestazy). Jest promotorem sześciu przewodów doktorskich, z których cztery zakończone zostały obroną. Pod jego kierunkiem specjalizację z chirurgii dziecięcej uzyskała dotychczas sześć lekarzy.

Od 1992 r. jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii dziecięcej. Od ośmiu lat jest sędzią Okręgowego Sądu Lekarskiego OIL w Białymstoku.

Od ponad 20 lat jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, a w latach 2009-2012 pełnił funkcję prezesa tego towarzystwa. Był organizatorem wielu chirurgicznych sympozjów naukowych o międzynarodowym zasięgu.

Jest żonaty, ma dorosłą córkę.

## **Prof. dr hab. Urszula Łebkowska**



### **P.O. KIEROWNIKA ZAKŁADU RADIOLOGII**

Urszula Łebkowska jest absolwentką Akademii Medycznej w Białymstoku.

Pracowała w Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białymstoku, następnie w Zakładzie Radiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, a od 2000 roku rozpoczęła pracę na etacie adiunkta w Zakładzie Radiologii Akademii Medycznej w Białymstoku. Uzyskała specjalizację z chorób wewnętrznych oraz radiologii i diagnostyki obrazowej. W 1994 roku uzyskała stopień naukowy doktora, a w 2004 roku - doktora habilitowanego.

Jest autorką lub współautorką 160 publikacji naukowych i doniesień zjazdowych oraz rozdziałów w podręcznikach. Została dziewięciokrotnie wyróżniona za osiągnięcia naukowo-dydaktyczne nagrodami rektora UMB, nagrodą ministra zdrowia oraz nagrodami Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego za pracę doktorską i Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego za pracę habilitacyjną. Wśród wielu wyróżnionych prac na zjazdach najcenniejsza jest nagroda badawcza im. Marii Skłodowskiej Curie Instytutu Badań nad Diagnostyką w Berlinie.

W latach 2007-2010 była członkiem Zarządu Głównego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, a od 2013 roku jest nadal. W latach 2007-2010 była członkiem Komisji Diagnostyki Obrazowej Komitetu Fizyki Medycznej, Radiobiologii i Diagnostyki Obrazowej PAN. Od 2009 roku jest członkiem Komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz radiologii zabiegowej powołanym przez ministra zdrowia. Jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przez dziewięć lat była członkiem Chóru Akademii Medycznej, z którym zdobywała wiele nagród na konkursach krajowych i międzynarodowych. W czasie wolnym latem jeździ na rowerze, a zimą na

nartach. Najwięcej szczęścia daje jej rodzina: mąż, dwójka dzieci i dwójka wnuków.

**Prof. dr hab.**



**Adam Hołownia**

ADIUNKT ZAKŁAD CHEMII LEKÓW

Jest absolwentem Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej Akademii Medycznej w Białymstoku.

Pracę zawodową rozpoczął na stanowisku asystenta w Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej AMB i w 1990 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej. W 1993 roku wyjechał do Francji. Po stażu w Centrum Neurochemii CNRS w Strasburgu podjął pracę na stanowisku asystenta w Zakładzie Biochemii i Biologii Molekularnej Uniwersytetu Bretanii Zachodniej w Breście. W 1996 roku powrócił do kraju i został zatrudniony na stanowisku adiunkta w Zakładzie Farmakologii Klinicznej UMB. W latach 1997-98 pracował w USA w Zakładzie Farmakologii Mount Sinai w Nowym Jorku.

Prof. Hołownia współpracuje z kilkoma klinikami i zakładami Wydziału Farmaceutycznego UMB oraz z LEGI/Colt Laboratories, Uniwersytetu w Edynburgu w zakresie badań nad mechanizmami regulującymi przebieg procesów zapalnych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Jest autorem ponad 70 publikacji z zakresu farmakologii doświadczalnej i klinicznej oraz z zakresu toksykologii, onkologii i pulmonologii o łącznym IF ponad 130 punktów. Jest członkiem wielu towarzystw naukowych, został kilkakrotnie nagrodzony za osiągnięcia naukowe przez Ministra Zdrowia i Rektora UMB. Jest członkiem uczelnianego AZS

**opr. kama, bdc**

## Konieczna rozbudowa onkologii na uczelniach medycznych

*Wzrasta liczba chorych na nowotwory złośliwe w Polsce, dlatego niezbędna jest rozbudowa potencjału polskiej onkologii na uczelniach medycznych - uznali podczas styczniowego spotkania w Katowicach przedstawiciele Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.*

W przyjętym stanowisku rektorzy zwrócili uwagę, że aż 10 spośród 12 polskich uczelni medycznych nie ma własnej pełnoprofilowej bazy do leczenia onkologicznego, co nie pozwala na prowadzenie prawidłowego kształcenia studentów i kadr medycznych oraz na postępy w badaniach naukowych w onkologii.

„Niezbędna jest rozbudowa potencjału polskiej onkologii w uczelniach medycznych celem poprawy kształcenia onkologicznego i zwiększenia dostępności do świadczeń onkologicznych” - głosi stanowisko Konferencji Rektorów.

- Postanowiliśmy wystąpić z uchwałą do ministra zdrowia o utworzenie tego typu ośrodków we wszystkich uczelniach medycznych, bowiem nie wyobrażamy sobie kształcenia studentów medycyny bez przygotowania do pracy z chorym onkologicznym i tej tzw. czujności lekarskiej, której efektem jest wczesne wychwytywanie procesów nowotworowych - powiedział podczas konferencji prasowej w Katowicach przewodniczący Konferencji Rektorów prof. Janusz Morryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

- Zaledwie dwie spośród polskich uczelni medycznych mają obecnie w swojej strukturze pełnoprofilową katedrę onkologii. We wszystkich pozostałych uczelniach medycznych studenci onkologii uczą się w sposób rozproszony, na obcej bazie. To jedyna ważna dziedzina medycyny w Polsce, która jest tak traktowana. Tymczasem za kilkanaście lat nowotwory staną się pierwszą przyczyną

zgonów w Polsce wyprzedzając choroby sercowo - naczyniowe - dodał przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Jacek Jassem.

---

*Aż 10 spośród 12 polskich uczelni medycznych nie ma własnej pełnoprofilowej bazy do leczenia onkologicznego*

---

Zaznaczył, że wyniki leczenia onkologicznego w Polsce, jeśli chodzi o 5-letnie przeżycie pacjentów, odbiegają od średniej w Unii Europejskiej. Za jedną z przyczyn tego stanu rzeczy uznał właśnie błędy w organizacji opieki nad chorymi na nowotwory w Polsce.

Obecny na konferencji wiceminister zdrowia Aleksander Soplński uchylił się od bezpośredniej odpowiedzi na postulaty Konferencji Rektorów. - Myślę, że to kwestia do dyskusji. Nie mogę odpowiedzieć dziś, ale na pewno to bardzo dobry i pożądan kierunek, żeby również w uniwersytetach medycznych stawiać na kompleksowość leczenia - powiedział.

**bdc, pap**  
(www.naukawpolsce.pap.pl)

## Diagności laboratoryjni apelują o jednolite standardy kształcenia

*Studia na kierunku analityka medyczna powinny być prowadzone według jednolitych standardów na wszystkich uczelniach - przekonywali 21 lutego podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia przedstawiciele środowiska diagnostów laboratoryjnych.*

**P**osłowie z sejmowej komisji zdrowia wysłuchali informacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na temat zmian w systemie kształcenia diagnostów laboratoryjnych, które ma wprowadzić nowelizacja ustawy o szkolnictwie wyższym (teraz projekt trafił do sejmowej podkomisji stałej ds. nauki i szkolnictwa wyższego).

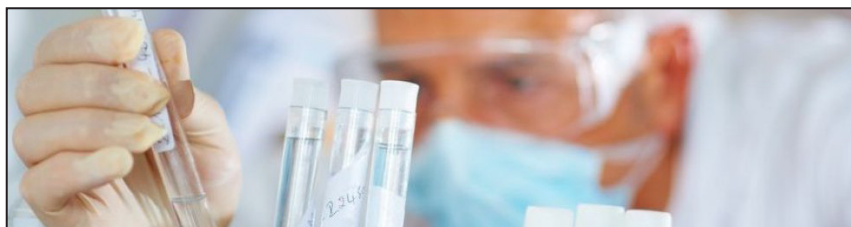
Obecnie nauczanie w zakresie analityki medycznej może się odbywać na jednolitych studiach magisterskich, na studiach pierwszego lub drugiego stopnia. Nie istnieje też jednolity standard kształcenia na tym kierunku na wszystkich uczelniach.

Podczas posiedzenia sejmowej komisji zdrowia przedstawiciele środowiska diagnostów laboratoryjnych apelowali o powrót do jednolitych standardów nauczania na kierunku medycyna laboratoryjna/analityka medyczna na wzór kształcenia w innych zawodach medycznych. Ich zdaniem dyplom magistra analityki medycznej czy medycyny laboratoryjnej nie może być uzyskany drogą inną niż jednolite studia magisterskie.

- Identyczne standardy, które obowiązywały na wszystkich uczelniach medycznych, były podstawą do uznawania kwalifikacji polskich diagnostów w Unii Europejskiej. Nagle w 2011 roku zostały zniesione (przez reformę szkolnictwa wyższego - przyp. pap). Prosimy o powrót do standardów kształcenia, bo to jest bardzo ważne dla jakości wykonywanych czynności diagnostycznych. Nie wszystkie czynności diagnostyczne może wykonywać technik i osoba po licencji. Takie osoby nie mają prawa np. interpretować badania - przekonywała prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz.

Poseł PO Rajmund Miller zwrócił uwagę, że studenci studiów licencjackich w ciągu trzech pierwszych lat nie mają takich samych przedmiotów jak studenci studiów magisterskich.

- Wiedza i kwalifikacje tych osób są zupełnie inne, dlatego są nam potrzeb-



ne standardy - wyjaśnił. - Jeśli licencjat chce mieć równe uprawnienia do przeprowadzania zabiegów wykonywanych przez specjalistę, to wielkie niebezpieczeństwo dla pacjentów i poziomu nauki. To tak, jakby student medycyny na jednej uczelni musiał mieć zajęcia z chorób wewnętrznych, a na drugiej nie musiał, a obydwaj uzyskali tytuł lekarza.

Podczas posiedzenia podkomisji stałej ds. nauki i szkolnictwa wyższego była minister nauki Barbara Kudrycka wyjaśniła, że w 2011 roku jej resort zdecydował się pójść w kierunku wytyczonym przez Unię Europejską, w której standaryzowanych jest tylko kilka kierunków studiów np. lekarski, lekarsko-dentystyczny, farmacja.

- Zdecydowaliśmy się na standaryzowanie kierunków, które Bruksela kazała nam standaryzować - stwierdziła Kudrycka. - Nie oznacza to jednak, że jest pełna dowolność w kształceniu na tym kierunku. Jest zbudowany system, który na to nie pozwala.

Jak wyjaśniła, tylko te uczelnie, które mają uprawnienia do nadawania habilitacji, mogą same opracowywać własne standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna. Inne uczelnie swoje programy poddają ocenie m.in. Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Zdaniem Kudryckiej przedstawiciele środowiska diagnostów mogliby w swoim środowisku powołać komisję, która będzie oceniała programy studiów na kierunku analityka medyczna.

Ponadto na posiedzeniu Komisji Zdrowia sprzeciw środowiska wzbudziła zawarta w projekcie nowelizacji propozycja MNiSW, aby uczelnie mogły zaliczyć na poczet studiów wiedzę

i umiejętności zdobyte w pracy zawodowej, na kursach czy szkoleniach.

- To nie będzie tak, że przyjdzie człowiek z zewnątrz położy papier i powie: ja to umiem. Uczelnia musi stworzyć komisję, która oceni i sprawdzi, czy to są te kompetencje, których uczy w toku studiów. Jeśli są to tożsame kompetencje, to może ten przedmiot czy moduł zaliczyć na poczet studiów - wyjaśniała posłom wiceminister nauki Daria Lipińska-Nałęcz.

Jej zdaniem w przypadku diagnosty laboratoryjnego mogłoby być tak, że jeśli ma on już licencjat i pracuje przez kilka lat w laboratorium, to komisja utworzona w szkole wyższej mogłaby stwierdzić, że poprzez tę pracę zdobył doświadczenie, zwalniające go z jakiegoś przedmiotu w toku kształcenia. - Ale jest to decyzja, którą podejmuje specjalna komisja w szkole wyższej. Tu nie ma systemu automatyzmu uznawania kompetencji - zapewniła Lipińska-Nałęcz.

Poseł Miller zaproponował, by zapis o możliwości potwierdzania efektów uczenia się, formalnego procesu weryfikacji efektów uczenia się, nie miał jednak zastosowania do kierunku analityka medyczna i diagnostyka laboratoryjna.

Zwrócił uwagę, że w krajach Unii Europejskiej zawód analityka wykonują głównie lekarze. - Taki kierunek kształcenia (na studiach licencjackich) zablokuje ludziom po licencji możliwość pracy w Unii Europejskiej. Jaki jest cel otwierania szkół licencjackich, po których ludzie nie będą mieli pracy - argumentował.

**bdc, pap**

(www.naukawpolsce.pap.pl)



# Nagrody za pomoc chorym

**P**rof. Alina Midro, kierownik Zakładu Genetyki Klinicznej UMB, otrzymała nagrodę św. Kamila podczas gali z okazji XXII Światowego Dnia Chorego

Nagroda imienia św. Kamila, patrona chorych i pracowników służby zdrowia, została ustanowiona w 2007 roku z inicjatywy Zakonu Posługujących Chorym – Ojców Kamilianów oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Nagroda przyznawana jest z okazji Światowego Dnia Chorego, co roku w innej dziedzinie medycyny. Jej główną ideą jest okazanie wdzięczności tym, którzy z wielką troską i bezinteresownością budują kulturę miłosierdzia, akceptacji chorych i ich rodzin, stając się głosem tych, którzy sami nie są w stanie domagać się przestrzegania swoich praw. Nagroda jest symbolem pomocy niesionej każdemu choremu, bez względu na jego światopogląd, wyznawaną wiarę, czy rodzaj choroby.

Ostatnia uroczystość odbyła się 10 lutego w Fundacji Porczyńskich



fot. Materiały organizatora

Prof. Alina Midro odbiera nagrodę z rąk ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza

w Warszawie. W obecności wicepremier Elżbiety Bieńkowskiej, ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza i prezesa NFZ nagrodzono osoby i instytucje, które bezinteresownie poświęcają się dla dobra chorych.

Prof. Miro otrzymała nagrodę za to, że jako ekspert od schorzeń gene-

tycznych, nigdy nie zapomina o nadzrodnej wartości życia ludzkiego. Za to, że w codziennej pracy obdarza empatią pacjentów oraz bliskie im osoby, a także za osiągnięcia naukowe i wkład w rozwój polskiej genetyki.

**bdc**

## Technologia na ratunek słuchu

**B**adania prowadzone przez australijską firmę Cochlear dowodzą, że najnowocześniejsze rozwiązania w zakresie protezowania słuchu poprawiają jakość życia pacjentów.

O leczeniu osób niedosłyszących implantami ślimakowymi i na przewodnictwo kostne rozmawiali lekarze laryngolodzy z województwa podlaskiego.

Głównym tematem lutowego zebrania Białostockiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurków Głowy i Szyi było leczenie pacjentów z niedosłuchami przy pomocy implantów słuchowych.

- Problemy słuchu dotyczą dziś coraz szerszej grupy osób. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia obecnie ponad 360 milionów ludzi na całym świecie cierpi z powodu poważnych

zaburzeń słuchu. Przyczyną są np. choroby i wady rozwojowe, ale nie tylko. Do uszkodzenia słuchu przyczynia się również stale rosnący poziom otaczającego nas hałasu - tłumaczy prof. Marek Rogowski, kierownik Kliniki Otolaryngologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Warto pamiętać, że słuch jest jedynym zmysłem, który dziś w wielu przypadkach można przywrócić. Nie do przecenienia jest też ogólna edukacja społeczeństwa.

- Dziś wiele osób stosuje zdrowe diety i ćwiczy, ale czy tak samo dbamy o nasz słuch? Na ulicy widać wiele osób, które idą ze słuchawkami z głośno nastawioną muzyką, a to przecież ma negatywny wpływ na kondycję naszego słuchu. Nawet jeśli teraz nie czujemy różnicy, efekty braku higieny tego

zmysłu mogą objawić się w starszym wieku - dodaje prof. Rogowski.

Lekarze zebrani na spotkaniu poruszyli też temat jakości życia pacjentów używających implantów słuchowych. Podczas jednego z wystąpień zaprezentowano wyniki międzynarodowego badania SSQ, które sprawdza subiektywną ocenę zdolności rozpoznawania mowy, identyfikowania dźwięku w przestrzeni oraz ogólną jakość słyszenia. Wszyscy badani zauważają znaczącą poprawę w obszarze słyszenia i rozumienia mowy już w pierwszym roku po operacji. Subiektywne skale samooceny, przy pomocy których badani są pacjenci, wskazują, że poziom jakości słyszenia po roku rehabilitacji jest blisko 100 proc. lepszy niż przed wszczepieniem implantu.

**bdc**

# Integracja po norwesku

*Uruchomiono nabór na tzw. wizyty przygotowawcze, organizowane w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego. Pracownicy UMB już wkrótce odwiedzą norweskie i islandzkie uniwersytety, szpitale i instytucje badawcze.*

Integracja europejska pozwoliła polskim uczelniom na staranie się o środki w ramach programów, mających na celu stały rozwój placówek i poszerzanie ich działalności - zarówno badawczej, dydaktycznej, jak i kulturalnej. Wiele z projektów wiąże się z wyjazdami zagranicznymi, które nieodmiennie są okazją do zdobycia nowych doświadczeń dzięki bezpośredniemu kontaktowi z pracą zachodnich placówek. Możliwość pozyskania funduszy na realizację swoich marzeń jest wiele - są to nie tylko środki finansowe z UE, ale również fundusze państw, które nie wchodzą do Wspólnoty Europejskiej - mowa tu m.in. o Norweskim Mechanizmie Finansowym (tzw. fundusze norweskie) i Mechanizmie Finansowym Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tzw. fundusze EOG). Fundusze te są formą bezzwrotnej pomocy zagranicznej przyznanej przez Norwegię, Islandię i Liechtenstein nowym członkom UE i wiążą się z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej oraz z jednoczesnym wejściem naszego kraju do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (czyli UE plus Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria).

W zamian za pomoc finansową, państwa-darczyńcy korzystają z dostępu do rynku wewnętrznego Unii Europejskiej (choć nie są jej członkami).

Doświadczenia z funduszami norweskimi i EOG ma już Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Dzięki wsparciu finansowemu zostały wyremontowane i zmodernizowane kliniki szpitala uniwersyteckiego - Klinika Endokrynologii Ginekologicznej dzięki grantom z Norwegii wzbogaciła się o specjalistyczny sprzęt do diagnostyki prenatalnej, do ginekologicznego bloku operacyjnego zostało z kolei zakupione nowoczesne wyposażenie sali do zabiegów laparoskopowych. W UDSK zmodernizowana została Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Klinika Okulistyczna zyskała zaś nowe wyposażenie.

We wrześniu ubiegłego roku Uniwersytet Medyczny przygotował projekt pn. „Spacer w przeszłość - konserwacja, rewitalizacja i digitalizacja dziedzictwa kulturowego Pałacu Branickich”. Projekt ten został złożony w ramach Programu „Konserwacja i rewitalizacja dziedzictwa kulturowego” finansowanego z funduszy norweskich i EOG. Projekt oprócz prac infrastrukturalnych, polegających m.in. na wymianie nawierzchni Dziedzińca Paradnego, renowacji elementów zdobniczych Pałacu oraz zabytków ruchomych, odnowieniu i udostępnieniu piwnic wraz z ich adaptacją na cele muzealne, zakłada również bogatą ofertę kulturalną. W jego ramach planuje się również stworzenie nowoczesnej, multimedialnej ścieżki historyczno-edukacyjnej „Spacer w przeszłość” prezentującej historię Pałacu, jego znanych użytkowników, wielokulturowość dworu oraz najciekawsze konteksty historyczne. Zakłada się również stworzenie wirtualnego muzeum, w którym udostępniane będą zdigitalizowane archiwalia, zabytki ruchome oraz fotografie związane z Polskim Wersalem. Projekt ma zamknąć wieloletnie działania prowadzone przez różnych beneficjentów polegające na przywróceniu świetności Zespołu Parkowo-Pałacowego stanowiącego wizytówkę Podlasia. Obecnie projekt jest w ocenie. Czekamy na decyzję Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego.

Uniwersytet bierze także czynny udział w kolejnych konkursach finansowanych z funduszy norweskich i EOG. Obecnie trwa nabór na „Wizyty Preparatoryjne”, organizowane w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego. Pracownicy Uniwersytetu Medycznego już wkrótce odwiedzą norweskie i islandzkie uniwersytety, szpitale i instytucje badawcze. Do tej pory złożone zostały wnioski trzech pracowników naszej uczelni - wszystkie uzyskały pozytywną ocenę formalną. Nasi pracownicy ubiegają się o wyjazdy na uniwersytety m.in. w Bergen, czy w Reykjavíku, a także do

instytucji badawczych. Wizyty tego rodzaju to doskonała okazja do wymiany doświadczeń i nawiązania długofalowej współpracy pomiędzy UMB a partnerami ze Skandynawii. Celem wizyt przygotowawczych ma być wymiana doświadczeń, nawiązanie współpracy i wypracowanie założeń do przyszłych projektów, w celu ubiegania się o dofinansowanie z Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego, lub z innych programów, m.in. Horyzont 2020. Nabór chętnych do konkursu trwa od grudnia 2013 roku i potrwa do końca marca bieżącego roku. Niewątpliwie do końca naboru liczba chętnych z naszego uniwersytetu się powiększy.

Wyjazdy zagraniczne to niejedyna korzyść, na którą pozwalają fundusze norweskie i EOG. W marcu br. planowane jest ogłoszenie kolejnego konkursu z Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego, z którego ma szansę skorzystać nasza uczelnia. Mowa tu o Rozwoju Polskich Uczelni. Celem konkursu będzie m.in. rozbudowa form kształcenia studentów w języku angielskim, a także rozwój nowych, innowacyjnych programów studiów odpowiadających współczesnym potrzebom i wyzwaniom. Konkurs pozwoli na przygotowanie nowych kursów, modułów, specjalizacji, a także rozwój programów studiów we współpracy z sektorem prywatnym. Projekty będą mogły być prowadzone w partnerstwie z uczelniami z Norwegii.

Integracja na szczeblu europejskim, wykraczająca poza państwa należące do UE, wyznacza zupełnie nową epokę funkcjonowania wszystkich polskich instytucji publicznych, a uczelnie wyższe nie są tu wyjątkiem. Dzięki wymianom studenckim, wizytom studyjnym, a także międzyuczelnianym programom badawczym możemy uczestniczyć w międzynarodowej wymianie wiedzy, doświadczeń i rozwiązań dotyczących kształcenia.

**Małgorzata Boruch**  
Dział Projektów Pomocowych UMB

# Geriatrya: Polska vs. Norwegia

*Do uczestnictwa w seminarium Funduszu Współpracy Dwustronnej EEA/Norway Grants w Oslo zgłosiłam się, odpowiadając na ogłoszenie Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia, operatora programu PL07 (Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych) - wspomina dr hab. Beata Wojszel.*

Seminarium służyć miało m.in. nawiązaniu kontaktów między instytucjami polskimi i norweskimi działającymi na polu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Ze strony polskiej uczestniczyło w nim 20 przedstawicieli różnych instytucji. Spotkanie odbyło się w dniach 10-14 lutego 2014 r.

Gospodarzem seminarium był Dyrektoriat Zdrowia Norweskiego Ministerstwa Zdrowia (The Norwegian Directorate of Health). W tym dniu wysłuchaliśmy szeregu wykładów poświęconych problemom opieki nad osobami starszymi w Norwegii. Przedstawiono nam także założenia wdrażanej w Norwegii od dwóch lat tzw. reformy koordynującej, która ma przynieść m.in. poprawę współpracy między podstawową opieką zdrowotną i opieką specjalistyczną (przede wszystkim szpitalną) oraz sprzyjać przeniesieniu większej części zadań w zakresie opieki medycznej i społecznej na gminę, i środowisko lokalne. Ma to ostatecznie spowodować zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

W świetle trendów demograficznych, związanych ze starzeniem społeczeństwa, większy nacisk kładzie się w Norwegii na kształcenie personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej. W chwili obecnej w tym 5-milionowym kraju pracuje około 100 lekarzy posiadających specjalizację z geriatryi.

Podnoszony jest w Norwegii coraz głośniejszy także problem rosnących dramatycznie potrzeb związanych z diagnostyką, leczeniem i opieką długoterminową nad osobami z demencją. Wdrażane obecnie rozwiązania w zakresie tej ostatniej, to przede wszystkim odwrót od wielkich instytucji opiekuńczych (potrzebnych jednak wtedy, gdy mamy do czynienia z późnymi etapami zaburzeń funkcji poznawczych), a rozwój małych ośrodków opieki, przeznaczonych dla 8-10 osób z łagodnym



i umiarkowanym otępieniem, tworzonych i finansowanych na poziomie gmin.

Mieliśmy możliwość zapoznania się z funkcjonowaniem w opiece nad przewlekle chorymi rozwiązaniami z zakresu telemedycyny, a także z systemem świadczenia usług pielęgniarskich i opiekuńczych w domu osób wymagających takiego wsparcia. W polskiej rzeczywistości główny ciężar opieki spoczywa na rodzinie, w Norwegii - jest to obowiązek gminy, wspierającej rodzinę na każdym kroku.

Kolejny dzień seminarium poświęcony był wizytom w dwóch ośrodkach świadczących opiekę medyczną osobom starszym, a jednocześnie zajmujących się badaniami naukowymi i działaniami edukacyjnymi w tym obszarze. Pierwszym z nich był „Ageing and Health. Norwegian Centre for Research, Education and Development, Granli Centre” w Tønsberg (Vestfold County). Jest to ośrodek zajmujący się przede wszystkim problematyką otępienia oraz niepełnosprawności intelektualnej.

Przedstawiono nam także koncepcję reformy organizacji opieki nad osobami starszymi z otępieniem w Norwegii. Zakłada ona decentralizację i tworzenie małych ośrodków opiekuńczych oraz powszechne szkolenie personelu medycznego. Problemem - jak w Polsce - jest niedostatecznie wczesne diagnozowanie i leczenie zaburzeń funkcji poznawczych.

Drugi z wizytowanych przez nas ośrodków to „Centre for Development

of Institutional Care Services” funkcjonujący na bazie „Niggard nursing home and rehabilitation centre” w Sandefjord (Vestfold County). Ośrodek ten jest jednym z kilku centrów utworzonych na bazie dużych domów opieki w każdym z województw norweskich, i działających w ramach „National Program for Centre for Development of Institutional and Home Care Services”. Z jednej strony są to duże ośrodki opieki instytucjonalnej. Różnią się one od polskich domów opieki m.in. tym, że w ich ramach funkcjonują także łóżka „podostre”, na które przekazywani są nie wymagający już hospitalizacji pacjenci szpitali, łóżka opieki paliatywnej i łóżka „respite care” - na pobyt czasowy osoby przewlekle chorej w celu odciążenia opiekuna. Z drugiej strony, są to ośrodki koordynujące świadczenie usług w domach zamieszkujących na określonym obszarze osób potrzebujących wsparcia, oraz centra szkoleniowe współpracujące z ośrodkami akademickimi.

Podczas pobytu na seminarium w Oslo miałam więc z jednej strony możliwość zapoznania się z odrębnościami systemu opieki zdrowotnej w Norwegii oraz z organizacją opieki medycznej i społecznej nad osobami starszymi w tym kraju, z drugiej zaś z możliwościami pozyskiwania środków finansowych na różne działania w ramach programów operacyjnych Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Uzyskałam też pewną wiedzę na temat ośrodków po stronie norweskiej, które mogłyby stać się potencjalnym partnerem w ramach współpracy dwustronnej. Wymaga to opracowania planów możliwej współpracy i nawiązania kontaktu z tymi ośrodkami, w celu uzyskania listów intencyjnych. Jest to niezbędne, jeśli ktoś chce się ubiegać o finansowanie projektów w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej.

**dr hab. Zyta Beata Wojszel**

# Celując w raka

*Nie ma jednego leku na raka, nawet jeśli nagłówki gazet podają inaczej. Pomimo spektakularnych sukcesów i całkowitych wyleczeń chorych na niektóre nowotwory, odkrycie panaceum opiewanego w prorocत्वach pozostaje na razie w sferze fantazji.*

O tym, że rak rakowi nierówny i jak to naprawdę jest w kwestii odległego przeżycia chorych rozmawialiśmy z prof. Christianem Manegoldem, kierownikiem Interdyscyplinarnej Katedry Onkologii Klatki Piersiowej Zakładu Chirurgii na Uniwersytecie w Heidelbergu, ekspertem w zakresie niedrobnokomórkowych raków płuca. Profesor w marcu gościł na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku z wykładem.

## Genetyczna katastrofa

W całej swojej różnorodności i nieprzewidywalności nowotwory wymykają się spod kontroli i pustoszą organizmy chorych. Część z nich została już, nazwijmy to, rozpracowana, ale ten odsetek ciągle pozostaje niewielki. Dość dobrze, na przykład, poznano nowotwory krwiopochodne, które są w gruncie rzeczy najłatwiejsze do wyleczenia. Szczególnie teraz, kiedy dysponujemy lekami, które są skuteczne i dobrze przez pacjentów tolerowane.

Takie rozpracowywanie to długotrwały proces, w czasie którego próbom poddawanych jest szereg substancji, potencjalnie odpowiedzialnych za likwidację komórek nowotworowych. Badania trwają całe lata i pomimo że co chwila czytamy wielkie nagłówki z hasłem „Do leku na raka o krok bliżej”, jeszcze mnóstwo żmudnej pracy przed nami. Dlaczego jesteśmy wciąż tak odlegli od rozwiązania problemu tłumaczy prof. Christian Manegold:

- W porównaniu z innymi rakami, nowotwory krwiopochodne są łatwe w leczeniu, gdyż zazwyczaj tworzą je pojedyncze linie komórkowe. Inaczej mówiąc są to nowotwory monoklonalne. Natomiast np. rak płuca, jest genetyczną katastrofą. Strukturę guza w płucu tworzą różne linie komórkowe, zachowujące się w całkowicie



Prof. Christian Manegold

nieprzewidywalny sposób. Naciekają miejscowo tkanki płuca upośledzając jego funkcję, dają przerzuty do węzłów chłonnych i przerzuty odległe w relatywnie krótkim czasie. Jest to duży problem, ponieważ nie do końca wiadomo, jakie leczenie można zastosować.

## Warsztat onkologiczny

Wielu naukowców oprócz badania białaczek i chłoniaków, zajmuje się również badaniem raka sutka. To specyficzny typ nowotworu, który nie zawsze zachowuje się tak, jak życzyłyby sobie tego klinicyści. W jego przypadku pierwszy wybór leku okazuje się nie zawsze trafiony, chorzy nie tolerują terapii, a czasami pomimo zastosowania pozornie skutecznych metod choroba postępuje. Wiadomo natomiast, że przy ekspresji odpowiednich białek na powierzchni komórek nowotworu, rak żerujący na tkankach sutka „odpowie” na terapię i obumrze. Wszystko sprowadza się do jednego: jak zabić raka nie uśmiercając chorego? I o to właśnie chodzi w całej ciężkiej pracy nad rakami.

- Możemy określić charakter histologiczny raka dzięki badaniom mikroskopowym, możemy zbadać białka ulegające ekspresji na powierzchni jego komórek i dzięki temu „celować” terapię - tłumaczy dalej prof. Manegold. - Oczywiście wszystko w oparciu o znane na tym poziomie kryteria, wśród których znajdziemy również indywidualną odpowiedź chorych na zastosowanie danego leku oraz jego tolerancję. Co do „inteligentnych” molekuł, mających rozpoznawać i niszczyć komórki rakowe, będących być może przeciwciałami, a być może nanocząsteczkami zaprojektowanymi w laboratorium, jest to temat dość odległy. Ale możliwy do zrealizowania.

## Nowotwór ≠ rak

Obecność komórek nowotworowych w układzie krwionośnym i limfatycznym można w pewnym zakresie porównać do stanu fizjologicznego. Każdy organizm boryka się z problemem do kilkuset komórek nowotworowych dziennie. Bo czymże one są, jeśli nie własnymi komórkami o zmienionym materiale genetycznym? Zmiany takie

predysponują komórkę do niekontrolowanych podziałów oraz „ukrywania się” przed układem immunologicznym gospodarza.

Te pojedyncze mutanty, nazwijmy je tak, są skutecznie eliminowane przez komórki odpowiedzi obronnej organizmu. Problem rozwiązuje się na bieżąco. Kłopoty zaczynają się w miarę powstawania zaległości. Kiedy któraś z linii zmutowanych komórek trafi na podatne warunki i uniknie likwidacji, lub „nauczy się” skutecznie oszukiwać układ immunologiczny gospodarza dochodzi do powstania nowotworu.

Nowotwory możemy podzielić na kilka frakcji. Podstawowy podział w oparciu o cechy inwazyjności guza, to podział na nowotwory złośliwe i niezłośliwe. O złośliwości decyduje szereg cech histopatologicznych guza, takich jak liczba podziałów komórkowych, obecność martwicy, czy zdolność tworzenia połączeń między komórkami. Oprócz tego wymienia się jeszcze zdolność do zajmowania, czyli naciekania okolicznych tkanek oraz tworzenia guzów przerzutowych w odległych narządach.

Dopiero pochodzenie, czyli histologiczny punkt wyjścia nowotworu, warunkuje, czy może on być nazywany rakiem. A raki są wyłącznie pochodzenia nabłonkowego.

## Paliacja i resekcja

Jeżeli już dojdzie do rozwoju guza, mamy do czynienia z nieprawidłową tkanką rosnącą w pierwotnie zdrowym narządzie. Tkanka ta ma tendencję do komplikowania życia na wszelkie możliwe sposoby, począwszy od dawania miejscowej bolesności, poprzez trudności z odżywianiem i wypróżnianiem, na bólach głowy i zaburzeniach neurologicznych skończywszy.

Jeżeli guz nadaje się do wycięcia, można poprosić o pomoc chirurga. Nie zawsze jednak można zmianę bezpiecznie wyciąć. Czasem leży bowiem w bliskim sąsiedztwie ważnego życiowo naczynia krwionośnego. Czasem spełnienie warunku tzw. sterylności onkologicznej wiązałoby się z usunięciem całego bloku tkanek niezbędnych do życia. W takich sy-

tuacjach chirurg nie zdecyduje się na operację. Najsmutniejsze jest jednak to, że czasami chorzy sami domagają się wejścia chirurgicznego do jamy ciała, po czym okazuje się, że ze względu na zaawansowanie procesu neoplastycznego (czyli nowotworowego) chirurg odstąpił od wykonywania zabiegu.

Paliacją nazywamy leczenie, które nie wydłuża życia, a jedynie poprawia jego komfort. W przypadku chorób terminalnych, takich jak raki o wysokiej złośliwości histologicznej, dające silne dolegliwości bólowe, czasami jedyną i zarazem najlepszą paliacją jest resekcja.



Chirurgiczne leczenie nowotworów polega na resekcji zmiany w granicach zdrowej tkanki. Oznacza to, że efekt leczenia jest miejscowy, ponieważ dotyczy wyłącznie zmienionego narządu i najczęściej wymaga uzupełnienia o chemioterapię. Są jej dwa rodzaje. Ta zastosowana przed leczeniem chirurgicznym nazywa się neoadjuwantową. Chemia wlewana do żyły chorego po zabiegu resekcyjnym jest chemioterapią uzupełniającą.

W każdej z tych terapii chcemy wyeliminować komórki nowotworowe znajdujące się poza punktem wyjścia, czyli poza guzem. Im bardziej złośliwy nowotwór, tym większe prawdopodobieństwo, że znajdziemy pochodzące z niego komórki krążące i osiadające w bardzo odległych miejscach. Oznacza to, że rak „sieje”.

Rozsiew nowotworowy, czyli występowanie licznych wszczepów i guzów przerzutowych z jednocza-

sowym zajęciem węzłów chłonnych jest jednym z czynników decydujących o nieoperacyjności zmiany. Najchętniej w taki sposób rozsiewają się raki żołądka i rak trzustki. Przeżycie? Trudno jednoznacznie mówić o rokowaniach.

## Weryfikacja przy łóżku chorego

Prawdą jest, że jeszcze trochę poczekamy, aż sprawa złośliwych rozrostów neoplastycznych stanie się jasna. W chorobie nowotworowej jednym z ważniejszych czynników rokujących pozytywnie co do komfortu przeżycia jest nadzieja i wola walki chorego.

Warto omówić jeszcze dwa pojęcia, dość często stosowane w onkologii. Pierwsze to czynnik predykcyjny. Jest to cecha danego nowotworu, której wystąpienie sugeruje dobrą odpowiedź na zastosowanie konkretnej terapii. Przykładem niech będzie rak sutka i Trastuzumab. Jeżeli badaniem immunohistochemicznym wykaże się obecność receptora HER2 w komórkach raka, można zastosować przeciwciało monoklonalne o nazwie Trastuzumab jako lek, który te komórki zabije. W połączeniu z leczeniem chirurgicznym, polegającym na miejscowym wycięciu guza, czyli tumorektomii z jednoczasowym usunięciem pojedynczych węzłów chłonnych, terapia powinna doprowadzić do całkowitego wyleczenia. Chory poddany takiej terapii przeżyje i niebawem zapomni, że pokonał raka.

Drugie pojęcie to czynnik rokowniczy. Co prawda coraz mniej chorych zadaje pytanie „doktorze, ile mi jeszcze zostało?”, jednak statystycznie określane długości przeżycia chorych z poszczególnymi typami nowotworów złośliwych pozwalają planować terapię paliatywną. Jeżeli nie ma skutecznej terapii eliminującej chorobę, można zaważać o poprawę jakości życia chorego. W praktyce każdego klinicysty z pogranicza chirurgii, hematologii i onkologii nieraz przyjdzie się spotkać z pewną dozą bezradności wobec postępującej choroby. Mityczny lek na raka nie wynajdzie się sam.

**Tomasz Dawidziuk**

# Szaleniec z wizją

*Jego recepta na sukces? Marzyć i ciężko pracować. Wiele lat temu dr Stanisław Gózdź zamarzył o stworzeniu ośrodka onkologicznego na Kielecczyźnie. I po wielu latach celu dopiął. Jego przygoda z medycyną zaczęła się 40 lat temu, kiedy opuszczał mury Akademii Medycznej w Białymstoku.*

Jak podkreśla dr Gózdź, Białystok wciąż pozostaje niezwykle bliski jego sercu. Z tym miastem wiąże się jego najpiękniejsze wspomnienia z młodości. Spacery po Puszczy Knyszyńskiej, zbieranie poziomek. Szczególnie zapadła mu w pamięć białostocka gwara, którą wielokrotnie słyszał przechadzając się po Siennym Rynku:

- Do dziś pamiętam dialogi z autobusu. Choć wtedy w Białymstoku nie mówiło się autobus, tylko „kamunikacja”. Pamiętam te śpiewne dialogi, zaciąganie, „daj dla mnie”, „daj dla niego”. Wtedy w telewizji leciała „Saga rodu Forsyteów”. Pamiętam, kiedyś jechałem tą kamunikacją, rozmawiało dwóch mężczyzn. Jeden z nich pyta: A sagę widział? Widział. I co? A ło. Te „a ło” - to oznaczało zachwyty. To było takie śliczne. Pamiętam, jak żona przyjechała z Warszawy, to się nadziwić nie mogła, że ludzie ze sobą rozmawiają w autobusie. Bo w stolicy czy innych miastach każdy starał się stanąć jak najdalej od siebie, o rozmowach nawet nie wspominając.

Dr Gózdź wybrał Białystok na miejsce studiów, bo zauroczyło go to miejsce już podczas pierwszej wizyty, jeszcze w szkole średniej.

- Był tu taki kameralny charakter. Wszystko niemal w jednym miejscu, blisko siebie. Komfortowo, i to mi odpowiadało. Wybór okazał się trafiony: znakomita atmosfera, taka rodzinna. Na studiach nie było się bezimienną osobą. I muszę przyznać, że ta niepisana solidarność pozostała do dziś. Jak się spotka kogoś, kto skończył AMB, to od razu powstaje jakaś sympatia i zrozumienie.

## Syn szewca

Jednak wybór medycyny nie był tak oczywisty. Jego ojciec, również Stanisław, był szewcem. Kiedy syn miał pięć lat, zaczął go wprowadzać w arkana swego rzemiosła. A był cenny w tym fachu, buty zamawiali u niego m.in. miejscowi biskupi.

Kiedy uczył się w szkole średniej, jego ukochana mama zachorowała



Dr Stanisław Gózdź

na gościec. Bardzo cierpiała, przykuta do łóżka przeżyła kolejne 45 lat. Przyszły doktor przeszedł szkołę życia: w dzień się uczył, a popołudniami wraz z czwórką rodzeństwa opiekował się mamą i pomagał tacie w warsztacie.

- Mama, mimo tej strasznej choroby, była najpogodniejszą i najcierpliwszą osobą, jaką znałem - wspomina. - W rodzinie nazywano ją Świętą Marychną. Była też bardzo wierząca. Kiedy poszedłem na studia medyczne, nie miałem wątpliwości, że to właściwy wybór. A teraz z perspektywy lat nie wyobrażam sobie innego zajęcia. Zresztą nie uważam, że lekarz to zawód, to raczej pasja, powołanie.

Druga „święta” w życiu dr Gózdźa to jego żona Elżbieta. Równie cierpliwa i wyrozumiała.

- Zawsze twierdzę, że to moja aktualna żona, choć ta sama od 50 lat - śmieje się. - Razem się wychowaliśmy, mieszkaliśmy po sąsiedzku. Razem chodziliśmy do szkoły podstawowej i średniej. Potem ona poszła na germanistykę do Warszawy, a ja na medycynę do Białegostoku.

W 1972 roku pobrali się. Wówczas pani Elżbieta przeprowadziła się do Białegostoku. Zamieszkali w pierwszym wspólnym mieszkaniu wynajmowanym na poddaszu domku na Dojlichach - przy ul. Sępiej 6. Po sąsiedzku

mieszkało małżeństwo z roku: Paweł i Krystyna Jakubiczowie. Żona zaczęła pracę jako germanistka w III LO. Uczyła tam niemieckiego m.in. Marka Wojtukiewicza (dziś profesora, kierownika kliniki onkologii UMB), z którym Gózdziowie przyjaźnią się do dziś. Ostatni egzamin na studiach przyszły pan doktor zdał u prof. Marii Byrdy z medycyny sądowej. Zdał go we wcześniejszym terminie, a 27 czerwca 1974 roku, w dniu kiedy egzamin z sądownictwa zdał cały rok, na świat przyszedł jego pierworodny - Wojciech.

- Tak, mam jeszcze jedną pamiętkę z Białegostoku - syna - śmieje się. - Teraz jest już adwokatem, ma dwoje dzieci (drugi syn Michał urodził się już w Kielcach).

## Właściwe spotkania

Po skończeniu studiów, latem 1974 roku, rodzina Gózdziów wraca do Kielc. Kolejnym etapem jest staż w szpitalu wojewódzkim, zaraz potem specjalizacja z neurologii, choć ta dziedzina niespecjalnie pana Stanisława interesuje:

- Zawsze fascynowała mnie onkologia. A wówczas w Kielcach była tylko jedna poradnia onkologiczna z trzema gabinetami. Rozpocząłem więc pracę w jednej z tych poradni i zacząłem jeździć do warszawskiego Instytutu Onkologii, by zrobić specjalizację. Wtedy zakiełkowała mi myśl, że w Kielcach trzeba stworzyć pełnoprofilowy ośrodek leczenia pacjentów onkologicznych.

W Warszawie dr Gózdź spotkał prof. Tadeusza Koszarowskiego, wówczas dyrektora Instytutu Onkologii. Profesor prowadził badania poświęcone epidemiologii nowotworów, organizował Centralny Rejestr Nowotworów oraz Zakład Organizacji Walki z Rakiem. Działał też na rzecz powstawania pracowni epidemiologicznych. W wyniku jego starań w 1984 otwarto ursynowskie Centrum Onkologii.

- Profesor miał wizję stworzenia sieci placówek onkologicznych w ca-

łym kraju - wspomina. - Kieleckie było wówczas białą plamą. Pacjenci musieli jeździć do Krakowa i Warszawy. Żeby jednak przekonać decydentów, że taki ośrodek jest potrzebny w Kielcach, musiałem operować cyframi, wskaźnikami. Brałem więc od prof. Koszarowskiego z Centralnego Rejestru Nowotworów karty pacjentów z Kielecczyny do domu i z żoną nocami je liczyliśmy i opracowywaliśmy dane.

Wtedy na jego drodze pojawiła się kolejna przychylna mu osoba: dr Tadeusz Szlachowski, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 1955 roku, wówczas wiceminister zdrowia. Dr Góźdz nie ma wątpliwości, że gdyby nie życzliwość Szlachowskiego, ośrodek onkologiczny w Kielcach nigdy by nie powstał.

- Popatrzył na młodego szaleńca, który porywał się na jakiś mało realny pomysł, ale nie wyrzucił go z gabinetu. W moim planie zobaczył cel i bardzo mi pomógł. Jak widać **opłaca się marzyć** i pracować - przekonuje.

## Gigant w Kielcach

Budowa ośrodka onkologicznego zyskała przychylną ówczesnych władz, zostały przydzielone pieniądze, jako inwestycji centralnej. W lipcu 1983 roku budowa ruszyła. Nie wszystko szło jednak po myśli dr Góździa. Budowę wielokrotnie wstrzymywano. Dopiero po ośmiu latach, w 1991 roku, ośrodek został oficjalnie otwarty. Zaś dr Góźdz został **pierwszym i, jak dotąd, jedynym jego dyrektorem**. Obecnie szpital mieści się na 16 ha, ma 48 tys. metrów kw. powierzchni (dla porównania obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny ma około 45 tys. mkw), a już od kwietnia (kiedy zostanie oddana do użytku rozbudowana klinika hematologii z ośrodkiem transplantacji szpiku na 60 łóżek) będzie mieć 53 tys. mkw. Jest tam 13 oddziałów i klinik, blok operacyjny, 12 zakładów i 30 poradni. W Kielcach został zamontowany drugi w Polsce PET, są cztery tomografy komputerowe i dwa rezonanse magnetyczne. Obecnie pracuje tam 1300 osób w tym 200 lekarzy i 450 pielęgniarek. Dyrektor nie uznaje outsourcingu, zatrudnia własny personel sprzątający, ma też własną kuchnię. Stawka żywieniowa jest tu jedną z **najwyższych** w kraju i wynosi ok. 25 zł.



Stanisław Góźdz odbiera szereg nagród za swoją pracę

- Na jedzeniu nie można oszczędzać, bo jedzenie to część leczenia - tłumaczy. - Jeśli chodzi o sprzątanie, to już niejedna firma próbowała wejść do szpitala z tą usługą. Ja jednak na bieżąco monitoruję florę bakteryjną, ilość zakażeń szpitalnych i wiem, że tylko dzięki temu, że mam solidnych i odpowiedzialnych pracowników, w szpitalu jest tak czysto.

Dr Góźdz najbardziej zadowolony jest z tego, że jego ośrodek to miejsce, gdzie pacjent onkologiczny może być leczony kompleksowo. Pod jednym dachem jest opieka onkologiczna, ale też poradnie np. neurologiczna, diabetologiczna czy urologiczna.

- Pacjenci onkologiczni chorują też na cukrzycę, miewają uszkodzone nerki, wątrobę, mają problemy kardiologiczne - twierdzi. - A ja mam zespół ludzi, którzy są w stanie monitorować różne funkcje życiowe.

Ciekawostką jest też niespotykany w innych ośrodkach pełnoprofilowy oddział medycyny paliatywnej, gdzie trafiają pacjenci w stanach terminalnych.

- Byłoby nieludzkiem zostawiać takich pacjentów samych sobie czy też bezradnej rodzinie - tłumaczy Góźdz.

## Nie ma limitów

Sam w międzyczasie zrobił kilka specjalizacji: z onkologii klinicznej, radioterapii, chemioterapii i medycyny społecznej. Podkreśla, że choć jest dyrektorem, nie jest menedżerem, tylko przede wszystkim lekarzem.

- Dla mnie najważniejszą rzeczą jest, by co rano móc z czystym sumie-

niem spojrzeć moim pacjentom w oczy - mówi. - **Nigdy nie wprowadzałem limitów**, bo jeśli do onkologa przychodzi pacjent, to znaczy, że ma wskazania. Jak mam problem, to nie załatwiam tego przez prasę czy telewizję. Efekt jest taki, że często z trudem wiążę **koniec z końcem**. Ubiegły rok co prawda zakończyłem bez strat, ale jak brakuje pieniędzy, to mam problem.

W rozmowie nie wspomina nic, że przez swoje podejście do życia, jest bardzo ceniony przez pacjentów. Nie wspomina o nagrodach, jakie do tej pory otrzymał. W internecie dużo można o tym znaleźć. M.in. to, że w Watykanie otrzymał medal „Dobry Samarytanin” w uznaniu za „jego pochylenie się nad cierpiącym i wielką miłość do chorych”. Jednocześnie został konsultorem Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Ludzi Chorych.

- Nie umiem poruszać się po internecie - przyznaje. - Jak coś potrzebuję, to mam asystentkę, która mi wszystko przygotowuje.

Z internetu dowiaduję się, że dr Góźdz wolne chwile lubi spędzać aktywnie: biegając i jeżdżąc na rowerze, a także wędrując po górach. Może dzięki temu wciąż jest pełen zapału i ma głowę pełną nowych pomysłów i planów.

- Mam jeszcze wiele marzeń - przyznaje. - Chcę wybudować klinikę medycyny paliatywnej, która będzie spełniała wszystkie współczesne standardy, pawilon profilaktyki onkologicznej. Chciałbym rozbudować rehabilitację, zaś biologię molekularną poszerzyć o immunoterapię. Jeszcze dużo przede mną.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Autonomia pacjenta: jak dalece lekarz powinien ją szanować?

*Odmowa poddania się transfuzji krwi i zlekceważenie woli pacjenta przez lekarza motywowane jego dobrem - oczywiste w niedawnej jeszcze przeszłości, teraz w niektórych krajach mogą pociągać za sobą konsekwencje prawne - pisze prof. Maria Nowacka (cz. 3, ostatnia).*

**Prof. dr hab. n. hum.  
MARIA NOWACKA**

**A**ngielski prawnik i bioetyk, kapłan Kościoła anglikańskiego Paul Barrow spróbował - na przykładzie problemu leczenia świadków Jehowy - dokonania w tym zakresie pewnych ustaleń.

Barrow wskazuje, że nie miała miejsca żadna zmiana przepisów prawa w tym względzie, więc zmiana postawy musiała mieć jakąś inną przyczynę. Jego zdaniem jest coraz powszechniejsze uznawanie, że każda indywidualna preferencja jest realizacją autonomii pacjenta.

Barrow nie formułuje własnej oceny, sądzi jednak, że sam fakt, iż zmiana taka się dokonała, zmusza do postawienia pytania, jaka jest jej podstawa. Lekarz, podporządkowując się woli świadka Jehowy, zazwyczaj nie przestaje oceniać negatywnie jego postawy, nadal sądzi, że jest to postawa nieludzka (w szczególności, gdy chodzi o leczenie dzieci), jak też odczuwa (jako lekarz właśnie) silny dyskomfort psychiczny, że w rezultacie ogranicza się jego możliwości i szanse uratowania życia pacjenta. Jeżeli więc etycy twierdzą, że należy szanować autonomię pacjenta, to winni podać takie wyjaśnienie i uzasadnienie tej „autonomii”, aby lekarze mogli ją zaakceptować z pełnym przekonaniem o jej zasadności i słuszności.

## A jak lekarz chce leczyć?

Jak wskazuje Barrow, słowo „autonomia” rozumiane jest dwojako. W pierwszym znaczeniu posługujemy się nim, gdy mówimy, że przetoczenie obcej krwi świadkowi Jehowy będzie zaniegowaniem autonomicznych praw pa-



fot. Wojciech Więcko

Prof. Maria Nowacka

cjenta. Autonomia jest tu rozumiana jako prawo do czegoś. W drugim znaczeniu posługujemy się tym słowem, gdy mówimy, że pacjent jest zdrowy na umyśle, czyli zdolny do stanowienia o sobie. Tutaj autonomia rozumiana jest jako pewien stan rzeczy, w odniesieniu do którego orzekane zostaje owo prawo. Przy pierwszym rozumieniu autonomia po prostu jest pewnym prawem, przy drugim rozumieniu zaś jest określonym stanem, takim mianowicie, w którym człowiek ma więcej praw, niż gdyby nie był autonomiczny. Otóż Barrow twierdzi, że zarówno przy pierwszym, jak i przy drugim rozumieniu pojęcie autonomii zostaje ograniczone, ponieważ pozbawione jest pewnych ważnych aspektów. Chodzi mu o to, że warunkiem umożliwiającym wypełnianie obowiązku, czyli spełniania prawa moralnego, jest wolność jednostki. Ale przecież wolność i obowiązek mają wymiar uniwersalny, stosują się do wszystkich istot rozumnych, a zatem w rozważanym przez nas zagadnieniu odnoszą się zarówno do lekarza, jak i do pacjenta. Na problem świadków Jehowy należy więc spojrzeć z innej perspektywy. Chirurg, który ma operować świadka Jehowy, jest również

autonomicznym podmiotem, to znaczy jest wolny i musi użyć swej wolności dla spełnienia swego obowiązku, a to wymaga całościowego wykonywania powinności zawodowych. Pacjentka cierpiąca na raka piersi może być poddana radykalnej mastektomii albo może być jedynie otoczona opieką paliatywną - ma prawo wybrać rychłą śmierć, jeśli uzna, że z uwagi na konsekwencje zabiegu dłuższe życie przedstawia dla niej zasadniczo zmniejszoną wartość. Chora na raka pacjentka nie radzi się Boga co do sposobu, w jaki ma zostać przeprowadzona operacja: albo akceptuje ją w całości, albo w całości odrzuca. Otóż świadek Jehowy nie dokonuje wyboru tego rodzaju. I właśnie dlatego lekarz nie jest związany jego autonomicznością, lecz zobowiązany do realizowania własnej. Pacjent nie może żądać od chirurga, aby przeprowadzał operację zgodnie z podanymi przez siebie wytycznymi, które naruszają ustalone i sprawdzone zasady sztuki lekarskiej. A z drugiej strony rzecz ujmując: chirurg ma prawo odmówić zastosowania się do życzeń pacjenta, tak jak na przykład budowniczy ma prawo odmówić żądaniu klienta, by mu wybudował dom bez fundamentów, albo jak



dyrygent ma prawo odmówić żądaniu impresaria, by w koncercie skrzypcowym Beethovena jakąś frazę zastąpił motywem z repertuaru Beatlesów. We wszystkich takich przypadkach żądanie dotyczyłoby naruszenia integralności zawodowej.

## Prawa lekarza

Paul Barrow nie formułuje żadnej jednoznacznej tezy ogólnej. Odmawia świadkom Jehowy prawa do niepełnych działań medycznych. Albo inaczej mówiąc: daje lekarzowi prawo odmowy wykonywania działań medycznych w stopniu niepełnym. Należy domniemywać, że to prawo odmowy jest dla lekarza zarazem obowiązkiem odmowy, a nie tylko możliwością. W istocie jego stanowisko jest zbieżne z przedstawionym wcześniej stanowiskiem Mirosława Nesterowicza i sprowadza się do tezy, że lekarski obowiązek ratowania życia nie podlega stopniowaniu, to znaczy lekarz nigdy i z żadnych względów nie powinien ograniczać swych możliwości działania. Jednak można mieć zasadne wątpliwości, czy teza taka rzeczywiście daje się w pełni obronić; przecież równie dobrze można argumentować, że poczucie obowiązku nakazuje lekarzowi w pewnych sytuacjach działać w sposób częściowy. Jeżeli Barrow chciał rozwiązać problem na gruncie etyki obowiązku, to powinien odrzucić żądania świadków Jehowy dlatego, że z punktu widzenia tej etyki ich normy moralne nie są normami autonomicznymi, lecz narzuconymi przez religię. (...)

Postawa prawników jest bardzo wymowna, ponieważ ukazuje, że w większości faktycznie przeszli oni na pozycje etyki utilitarystycznej, czyli kierującej się przewidywanymi konsekwencjami czynu, choć nie są jeszcze tego w pełni świadomi. Profesor prawa Eleonora Zielińska rozważając (z czysto prawniczego punktu widzenia) zagadnienie powinności lekarza w sytuacji braku zgody pacjenta na leczenie, wskazuje, że toczące się na gruncie prawa karnego spory na temat podstaw legalności zabiegów medycznych dotyczą między innymi tego, czy decydującym kryterium tej oceny powinno być dobro chorego, czy zgoda na interwencję medyczną. Otóż jej zdaniem lekarze w sytuacji, gdy te dobra pozostają w konflikcie, nadal są skłonni za naczelną regułą swego postępowania

uznawać zasadę *salus aegroti suprema lex esto* (dobro chorego najwyższym prawem), podczas gdy prawnicy zgodnie z zasadą *voluntas aegroti suprema lex* (wola chorego najwyższym prawem) stale podkreślają, iż prawo do samostanowienia pacjenta w procesie leczenia powinno być w pełni respektowane. Jednak w takim sformułowaniu kryje się błędna sugestia, że niejako z natury rzeczy lekarze opowiadają się za nadrzędnością dobra pacjenta, podczas gdy prawnicy za nadrzędnością jego woli. Tymczasem jeszcze stosunkowo niedawno i jedni, i drudzy zgodni byli, że niczego nie można stawiać wyżej od dobra pacjenta.

---

*Chirurg, który ma operować świadka Jehowy, jest również autonomicznym podmiotem, to znaczy jest wolny i musi użyć swej wolności dla spełnienia swego obowiązku*

---

## Zasady ratowania życia

Profesor Eleonora Zielińska w prawie pacjenta do samostanowienia dokonuje rozróżnienia aspektu pozytywnego i negatywnego. W aspekcie pozytywnym autonomia pacjenta przejawia się w tym, że może on kierować pod adresem lekarza żądania określonych świadczeń medycznych, zastosowania określonej metody lub środka medycznego. Lekarz powinien takie żądanie rozważyć, ale nie jest bezwzględnie zobowiązany do jego spełnienia, zwłaszcza gdy jego osąd wskazuje, że pozostaje ono w sprzeczności ze wskazaniami wiedzy medycznej. Inaczej jednak przedstawia się, zdaniem Zielińskiej, sytuacja w przypadkach, w których mamy do czynienia z prawem do samostanowienia pacjenta w jego aspekcie negatywnym. Lekarz powinien zawsze być związany brakiem zgody pacjenta na określone świadczenie medyczne i poza przypadkami wyraźnie określonymi

w ustawie nie ma prawa działać wbrew jego woli. Interesujący i znamieny jest sposób, w jaki Zielińska uzasadnia, że teza o wyższości zasady ratowania życia i zdrowia nad zasadą poszanowania woli jest nie do zaakceptowania. Formułuje pięć argumentów.

Po pierwsze, teza ta jest nie do pogodzenia z potrzebą poszanowania prawa do samostanowienia pacjenta. Takie sformułowanie sugeruje, że w każdej sytuacji mamy do czynienia z dwiema wykluczającymi się zasadami, co w pewnych okolicznościach może wprawdzie mieć miejsce, ale w większości sytuacji terapeutycznych zasady te dopełniają się. Zielińska faktycznie głosi, że w sytuacji konfliktu między zasadą ratowania życia a zasadą podporządkowania się woli pacjenta tę drugą należy stawiać wyżej (...).

Po drugie, Zielińska argumentuje, że nadrzędność zasady ratowania zdrowia i życia nie może być zaakceptowana z uwagi na ryzyko wystąpienia zjawiska „równi pochyłe”. Chodzi o to, że musiałoby to doprowadzić do stanu, w którym przymus leczenia - obecnie traktowany jako wyjątek, który za każdym razem musi być sankcjonowany przez odpowiedni akt prawny - stałby się regułą w praktyce medycznej (...).

Po trzecie, zdaniem Zielińskiej zasada nadrzędności ratowania życia jest nie do zaakceptowania ze względu na potrzebę ochrony bezpieczeństwa prawnego lekarzy. Chodzi tutaj o to, że jeśli uzna się nadrzędność zasady ratowania życia i zdrowia, to wówczas lekarz rzekomo zaczyna decydować o losie pacjenta w sposób bezwzględny. Profesor Zielińska twierdzi, że lekarze nie chcą przyjmować na siebie takiej odpowiedzialności. Natomiast przeniesienie ciężaru podjęcia decyzji na pacjenta prowadzi do pewnego rozłożenia odpowiedzialności między lekarza i samego pacjenta, a tym samym stanowi odciążenie dla lekarza (...).

Po czwarte, stanowisko takie ma stwarzać poważne niebezpieczeństwo instrumentalnego traktowania życia i zdrowia osoby chorej. Mowa jest tu o instrumentalnym traktowaniu życia i zdrowia pacjenta, nie zaś o instrumentalnym traktowaniu pacjenta, ponieważ argument ten postawiony został w kontekście społecznym, nie zaś jednostkowym. Zielińska twierdzi, że lekarz jest przy takim podejściu traktowany jako

obronca interesu społecznego, a nie interesu konkretnej osoby chorej; jeśli zaś pacjent widzi w lekarzu rzecznika dobra ogólnego, a nie jego osobistego dobra, to nie może darzyć go pełnym zaufaniem. (...)

Piąty argument jest w istocie zbiorem trzech odrębnych argumentów odwołujących się do zasad przyjmowanych na gruncie prawa karnego. Argumentuje się mianowicie, że prawo karne nie przyjmuje zasady uszczęśliwiania ludzi wbrew ich woli, a zatem nie można ignorować woli pacjenta w imię jego dobra. Wskazuje się też, że gdy podmiot ratowanego dobra (w tym wypadku dobrem tym jest życie) nie życzy sobie utrzymania tego dobra, wówczas nieuprawnione jest powoływanie się na zasadę nadrzędności tego dobra. Wreszcie podnosi się, że w omawianej sytuacji w grę wchodzi dwa kolidujące dobra tej samej osoby, a zatem nie można stosować do nich instytucji stanu wyższej konieczności. Zauważmy jedynie, iż pierwsze dwa argumenty są wyraźnie utylitarystyczne, trzeci zaś sprowadza się do utylitarystycznej reguły, że to, które z dóbr należy preferować, najlepiej osądzi sama jednostka, do której dobra te się odnoszą.

Po przedstawieniu tych argumentów prof. Zielińska czyni, niejako na ich marginesie, krótką uwagę, że stanowisko wykluczające powoływanie się na stan wyższej konieczności w procesie terapii wydaje się dominować w niemieckiej doktrynie prawnej. Podnosi się przy tym, że państwo nie zabrania nikomu popełnić samobójstwa, okaleczyć się czy nabawić choroby, a zatem nie może też zmuszać nikogo do leczenia. Ta marginesowa uwaga potwierdza domniemanie, że w rozważaniach prawników przyjmuje się z góry zasadę bezwzględnej wolności jednostki we wszystkim, co dotyczy tylko jej.

### Liczy się głos sumienia

Jesteśmy więc świadkami rozszerzania się i utrwalania zasadniczej zmiany w rozumieniu granic powinności lekarskiej i swobody pacjenta decydowania o swoim leczeniu. Zmiana ta dokonuje się szybciej w środowiskach bioetyków i prawników, niż w środowiskach lekarskich. Najogólniej można ją określić jako odchodzenie od etyki deontologicznej i przechodzenie na grunt etyki utylitarystycznej. To, że zmiana ta przyjmuje się

wolniej wśród lekarzy, można wyjaśnić wskazując na swoistą adekwatność etyki deontologicznej do charakteru pracy lekarza. Chodzi nie tylko o mocno od stuleci zakorzenioną doktrynę głoszącą, że dobro chorego jest najwyższym prawem i obowiązkiem lekarza. Istotne znaczenie ma także to, że wprawdzie lekarz ma do czynienia z konkretnym jednostkowym pacjentem, ale łatwiej jest mu myśleć o pacjentach w ogóle, stosując do każdego z jednostkowych pacjentów ogólne kategorie moralne. Jest oczywiste, że jako normę postępowania można przyjmować wyłącznie normę dającą się uogólnić. Tę zasadę stosujemy w praktyce za każdym razem, gdy powstrzymujemy siebie lub kogoś od jakiegoś działania wskazując, że przecież nie chcielibyśmy, aby wszyscy tak postępowali. Nie dziwi więc, że lekarz w sytuacji, gdy pacjent sprzeciwia się zastosowaniu jedynie właściwej z medycznego punktu widzenia terapii, zadaje sobie (choćby nieświadomie) pytanie, czy chciałby, aby tak zachowywali się wszyscy pacjenci - i oczywiście odpowiada przecząco.

Inaczej ma się rzecz w przypadku prawników i bioetyków. Ich uwaga zwrócona jest (przy tym zagadnieniu) bardziej na sytuację moralną pacjenta, a mniej na sytuację moralną lekarza. Z tego punktu widzenia jest to problem, czy można zakreślić granice wolności decydowania pacjenta o samym sobie w procesie leczenia. W szczególności prawnik będzie tutaj niejako poddany naciskowi starej zasady prawa rzymskiego *volenti non fit iniuria* (chcącemu nie dzieje się krzywda). Oceniając zaś odmowę leczenia z moralnego punktu widzenia, prawnik skłonny będzie brać pod uwagę wysiłek psychiczny, na jaki musiał zdobyć się chory człowiek, i fakt, że jego motywacja ma charakter motywacji moralnej. Inaczej mówiąc, skłonny będzie oceniać czyn z perfekcjonistycznego punktu widzenia, w kategoriach godności podmiotu działającego. Kontekst etyki utylitarystycznej, czyli odwołującej się do oceny konsekwencji czynu, nieporównanie bardziej sprzyja takiemu nastawieniu, ponieważ ogranicza swobodę działań podmiotu jedynie względem na inne podmioty. A musimy też pamiętać, że na gruncie etyki utylitarystycznej wprawdzie motyw działania nie odgrywa żadnej roli w jego ocenie, ale nie jest obojętny dla oceny sprawy. Jest to zgodne z odczu-

ciem prawnika, gdy aby wydać werdykt, musi osądzić zarówno czyn, jak i motywację sprawcy.

Ten proces odchodzenia od deontologii i przechodzenia na płaszczyznę utylitarystyki w etyce medycznej nie jest jeszcze zakończony. Jednak tendencja jest wyraźnie zarysowana i zdaje się utrwalać. Swoiście połowiczna decyzja apelacyjnego sądu francuskiego, który z jednej strony nie uznał za winnych lekarzy nie respektujących woli pacjenta, ale z drugiej strony odrzucił próbę sformułowania generalnej zasady wyższości dobra pacjenta nad wolą pacjenta, jest świadectwem, że nawet w kraju o filozoficznej tradycji racjonalistycznej pojmowanej deontologii, a więc w kraju, w którym do niedawna dominowało paternalistyczne nastawienie lekarzy, utrwała się zasadnicza zmiana. Oto na gruncie prawa zasada nadrzędności dobra pacjenta już nie jest zasadą bezwzględną, a zasada nadrzędności woli pacjenta jeszcze nie jest zasadą priorytetową. Niemniej jednak kierunek zmian wytyczony został bardzo wyraźnie. Co ciekawe, nie znaczy to bynajmniej, że zasada respektowania woli pacjenta zyska wkrótce status zasady bezwzględnie obowiązującej. Rozważania lekarzy i bioetyków idą raczej w kierunku możliwości pogodzenia dwu zasad: dobra pacjenta i autonomii pacjenta. Nie wydaje się jednak, aby można było dokonać tego w sposób bezwzględny i ostateczny. W swej działalności zawodowej lekarz zawsze będzie miał do czynienia z sytuacjami, w których albo postąpi zgodnie z przepisem prawa także wtedy, gdy się z tym przepisem nie zgadza, albo postąpi wbrew temu przepisowi, a w zgodzie z własnym sumieniem, nawet godząc się na konsekwencje prawne. Możliwość zaistnienia takich sytuacji konfliktowych bierze się z samej natury działań lekarskich. Jedyne, co można bezwzględnie poradzić lekarzowi, to aby w każdej sytuacji kierował się głosem własnego sumienia.



**prof. dr hab.  
Maria  
Nowacka**

Kierownik Katedry Bioetyki  
i Antropologii Filozoficznej  
Uniwersytetu  
w Białymstoku  
Skróty i źródły tuhy  
pochodzą od redakcji

# Wspomnienie o dr. n. farm. Stefanie Rostafińskim



**D**oktora Stefana Rostafińskiego poznałem w trakcie studiów na Wydziale Farmaceutycznym podczas zajęć z deontologii farmaceutycznej w roku 1990. Później po ukończeniu studiów ze względu na pracę w zarządzie oddziału Białostockiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego spotykaliśmy się dość często.

Pan Doktor był zaangażowany we wszystkie działania Towarzystwa, niejednokrotnie to On był pomysłodawcą zebrań, konferencji, szkoleń. Wszyscy docenialiśmy ogromne doświadczenie zawodowe Pana Doktora, Jego doskonałe zorientowanie w prawie farmaceutycznym i doskonałą pamięć. Po Panu Doktorze oprócz ciepłych wspomnień pozostaną eksponaty w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji. Bowiem to dzięki wysiłkom Jego i pani mgr Ireny Kałaur wyposażenie dawnych aptek zostało zebrane w aptecę PZF Cefarm i przekazane Akademii Medycznej w Białymstoku, a teraz uświetnia nasze piękne Muzeum.

Doktor Stefan Rostafiński urodził 21 czerwca 1929 r. w Warszawie w rodzinie z tradycjami farmaceutycznymi. Farmaceutami byli bowiem Jego rodzice Marian i Donata z Radzikowskich, jak również dziadkowie z obu stron. W Warszawie spędził dzieciństwo i lata młodzieńcze - w roku 1948 uzyskał świadectwo dojrzałości w Państwowym Gimnazjum i Liceum im. ks. Józefa Poniatowskiego. W tymże roku został immatrykulowany na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Warszawskiego (później Akademii Medycznej) w Warszawie. Dyplom magistra farmacji otrzymał 31 grudnia 1952 r. W latach szkolnych i akademickich pracował społecznie w organizacjach młodzieżowych.

W roku 1952 rozpoczął pracę zawodową w Białymstoku: w Białostockich Zakładach Surowców Zielarskich, następnie w Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej - Epidemiologicznej i w białostockich szpitalach na stanowiskach kierowniczych w diagnostyce laboratoryjnej. W roku 1974 uzyskał I stopień specjalizacji w zakresie analityki farmaceutycznej i II stopień specjalizacji w zakresie analityki klinicznej.

Po utworzeniu kierunku aptecznego na Wydziale Farmaceutycznym AMB, został w 1986 r. zaangażowany do wykładów z historii farmacji od 1986/87 do 2001/02 z pięcioletnią przerwą. W latach 1991/92 do 1997/98 wykładał również deontologię farmaceutyczną. W roku 1990 przeszedł na emeryturę, kontynuując na umowach pracę zawodową w Akademii Medycznej do 2002 r i od 1994 r. w Okręgowej Izbie Aptekarskiej jako redaktor prowadzący biuletynu informacyjnego.

W roku 1965, pod kierunkiem prof. dr Andrzeja Danysza, w Zakładzie Farmakologii AMB, ukończył pracę doktorską pt. „Badania farmakologiczne owocu bzu czarnego (*Fructus Sambuci nigrae*)”, którą obronił na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Lublinie, uzyskując stopień doktora nauk farmaceutycznych.

Do Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego należał od 1950 r. zapisując się do niego jeszcze jako student. Uczestniczył w 16. walnych zgromadzeniach delegatów PTFarm, z reguły jako delegat. Przewodniczył obradom walnego zgromadzenia delegatów we Wrocławiu w 1989 r. i komisjom uchwał i wniosków walnych zgromadzeń w 1992 i 1994 r.

W kadencji 1970 - 1973 był członkiem zarządu głównego wybranym przez walne zgromadzenie delegatów a w kadencji 1998 - 2001 członkiem prezydium ZG PTFarm., pełniąc jednocześnie funkcję członka komisji legislacyjnej PTFarm i członka komitetu redakcyjnego „Farmacji Polskiej”. Był też członkiem sekcji historii farmacji przy zarządzie głównym PTFarm (1959 - 1963) i zarządu zespołu sekcji historii farmacji (od 2001). W latach 1970 - 1973 przewodniczył sekcji historii farmacji PTFarm Oddz./Białystok; później do końca był jej wiceprzewodniczącym. Był inicjatorem i współorganizatorem III Sympozjum Historii Farmacji w Supraślu. Brał udział w obradach niemal wszystkich sympozjów i sekcji historii farmacji naukowych zjazdów, przewodnicząc obradom i wygłaszając do-

niesienia. Od roku 1973 zaangażował się w prace redakcyjne kodeksów etyki zawodowej. Był współredaktorem obowiązujących dotąd zasad etycznych i deontologicznych polskiego farmaceuty i Kodeksu Etyki Aptekarza RP. Pracował przy redakcji statutu Towarzystwa i szeregu regulaminów. W latach 1970 - 1978 był członkiem Komisji ds. Propagandy Zawodu, biorąc czynny udział m.in.



Dr n. farm.  
Stefan Rostafiński

w organizacji uroczystości w 120. rocznicę zapalenia lampy naftowej.

W oddziale białostockim PTFarm działał od momentu założenia go w 1955 r. Od 1959 r. do 2007 r był członkiem zarządu oddziału, pełniąc w tym czasie siedem kadencji funkcję przewodniczącego (prezesa) oddziału w Białymstoku.

Od 2007 r. przewodniczył komisji rewizyjnej oddziału. W czasie pracy w oddziale białostockim był m.in. współorganizatorem Ogólnopolskiego Sympozjum PTFarm w 1969 r. „Organizacja Zaopatrzenia i Zagadnienia Ekonomiczne Aptek”, Konferencji Ogólnopolskiej w 1980 r. „Model apteki współczesnej” i uroczystej konferencji z okazji 40-lecia Oddz. PTFarm w Białymstoku, w 1995 r.

Dr Stefan Rostafiński to autor szeregu artykułów z zakresu farmakologii i diagnostyki laboratoryjnej oraz społeczno-zawodowych i historycznych. Napisał dwie książki: „Etyka farmaceutyczna” wspólnie z Dionizym Moską (1986) i „Prof. Bronisław Koskowski - Pater Pharmaciae” wspólnie z Tarasem Tereszczukiem (1997).

Dr S. Rostafiński został w 1974 r. uhonorowany odznaką „De Pharmacia Bene Meritis” im. Ignacego Łukasiewicza, w 1998 r. otrzymał Członkostwo Honorowe Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, a w roku 2004 godność honorowego prezesa Oddziału PTFarm w Białymstoku. Ponadto na wniosek PTFarm otrzymał Srebrny Krzyż Zasługi i odznakę honorową „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”. Jest też posiadaczem Medalu Pamiątkowego „Za szczególne zasługi dla uczelni” przyznanej przez Rektora i Senat Akademii Medycznej w Białymstoku.

Dr S. Rostafiński angażował się w organizację Izb Aptekarskich. Od 1981 r. wspólnie z mgr Zenonem Wolniakiem zabiegał o restytucję odrębnej od Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego instytucji, spełniającej rolę przedwojennych izb aptekarskich, co było przeciwne koncepcji PTFarm, dążącego do rozszerzenia kompetencji Towarzystwa o tę rolę. Po przerwie spowodowanej stanem wojennym wchodził w skład kilkusobowej delegacji pod przewodnictwem ówczesnego prezesa PTFarm prof. W. Kwapiszewskiego, mającej przekonać klub poselski Stronnictwa Demokratycznego do wniesienia projektu ustawy o izbach farmaceutycznych do łaski marszałkowskiej. W październiku 1989 r. wszedł w skład trzyosobowego Zespołu ds. Organizacji Izb Farmaceutycznych, działającego pod przewodnictwem dr Henryka Mionskowskiego z Gdańska. Do momentu uchwalenia ustawy o Izbach aptekarskich 14 kwietnia 1991 r. uczestniczył w wielu posiedzeniach komisji i podkomisji sejmowych procedujących nad ustawą o izbach. Po powołaniu Naczelnej Izby Aptekarskiej zaproszony został do zespołu opracowującego Kodeks Etyki Aptekarza RP, który po nowelizacji obowiązuje do chwili obecnej (2010 r.).

W uznaniu zasług dra S. Rostafińskiego kapituła wyłoniona przez Naczelną Izbę Aptekarską przyznała Mu w 2005 r. medal im. prof. Br. Koskowskiego, zaś w 2010, tytuł Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego.

Dr n. farm. Stefan Rostafiński zmarł 2 lutego 2014 roku.

*Non omnis moriar*

**Dr hab. Wojciech Miłytyk,**

*Kierownik Samodzielna Pracownia Analizy Leków*

# Lekarze białostoccy

w okresach: międzywojennym i powojennym

## Stefan Pieklarz

(1919-2002)

Urodził się 7 lipca 1919 roku w Łodzi, w rodzinie robotniczej. Po śmierci ojca wychowywała go samotnie matka.

Po ukończeniu szkoły powszechnej w Łodzi, podjął naukę w gimnazjum klasycznym w Łęczycy. Naukę kontynuował w Wilnie, Kaliszu oraz Łodzi, gdzie w 1938 roku otrzymał świadectwo dojrzałości. W tym też roku otrzymał powołanie do służby wojskowej. W 1939 r., uczestnicząc jako żołnierz w kampanii wrześniowej, został ranny i z tego powodu był kilkakrotnie operowany w szpitalu wojskowym. Na krótko trafił także do obozu jeńców wojennych. W okresie okupacji pracował w dwóch niemieckich firmach.

W latach 1945-1951 studiował medycynę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego. W trakcie studiów w 1947 r. zawarł związek małżeński z Heleną Biegańską. Z małżeństwa urodziło się dwoje dzieci - syn Mirosław i córka - Anna. Oboje zostali lekarzami.

W 1955 r. powołany został do pracy w Szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku. Początkowo pracował jako kierownik laboratorium szpitala, a od 1957 r. był ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w tym szpitalu. Chcąc podwyższyć swoje kwalifikacje przez kilka lat szkolił się w Klinice Chorób Wewnętrznych, którą kierował prof. Jakub Chlebowski. Ostatecznie uzyskał II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych.

W szpitalu MSW pracował do 16 października 1964 r., po czym został przeniesiony do rezerwy. Przez następ-



ne 16 lat - do 1980 r. - pracował jako lekarz w kolejowej służbie zdrowia w Białymstoku.

Odnaczony był wieloma medalami m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Srebrną Odznaką Zasłużony Białostoczczyźnie.

Dr Stefan Pieklarz zmarł jesienią 2002 r. Pochowany został na cmentarzu św. Rocha 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*

# Wielcy i naprawdę wielcy

*Zaiste powiadam wam, że trudno jest ocenić postacie wpisane w historię. Niektóre z owych person miały tylko swoje przysłowiowe pięć minut, często jako wynik przypadku, a nie znoejnej pracy lub talentów na miarę Mount Everestu.*

Nie chciałbym budzić niezdrowych emocji podając przykłady niejako wciąż aktualne, więc sięgnę po już zweryfikowany. Mieszkałem wówczas na osiedlu Piasta, gdzie na patronów ulic dobierano tylko osoby z epoki pierwszych władców Polski. I nagle pojawiła się nowa nazwa. Kto zacz? Na takie pytanie żartownie odpowiadali, że to nieprawy syn Mieszka I, bo nazwisko trąciło staropolszczyzną. W rzeczywistości był to towarzysz sekretarz ówczesnej siły przewodniej, który ledwie przybył na funkcję do Białegostoku i zdarzył mu się tragiczny wypadek. Pojechał ponoć ów dostojnik partyjny do Mongolii (pominę przyczynę tej wyprawy), wypłynął łodzią na jezioro i w ten czas huknął piorun. Niestety, ze skutkiem śmiertelnym. Domyślać się należy, że niedługo potem ktoś bardzo ważny z białostockiego „białego domu” (tu obecnie mieści się nasz Instytut Historii i Nauk Politycznych) zadzwonił gdzie trzeba i w 1974 r. zapadła decyzja, by Rada Miejska Białegostoku w tej właśnie sposób uczciła pamięć byłego już towarzysza.

Ze starych planów Białegostoku można wyczytać i nazwiska innych jeszcze towarzyszy, których wytarło w następnych epokach. Ten zabieg weryfikacji patronów ulic i placów był powtarzany w początkach każdej nowej epoki. Niestety, często mechanicznie, bez zważania na autentyczne zasługi uwiecznionych. A przy czynieniu nowych propozycji chciałoby się zaapelować, by przynajmniej przestrzegano zasady, że w przypadku kandydatów, którzy właśnie odeszli do wieczności, powinno upłynąć przynajmniej 5 lat.

Można sięgnąć po przykłady lepiej znane. Najstarsi pewnie pamiętają, jak agitatorzy z początku lat 50. ubiegłego wieku używali sobie na Janie Klemencie Branickim. Obwołano go wówczas symbolem obskurantyzmu i niesprawiedliwości społecznej czasów feudalizmu, do tego wręcz rozpustnikiem, hulaką. Kpiono z jego kandydowania na króla i ilości książek trzymanyh w pałacu, wyliczano beczi wódeczno-

ści w piwnicach, z lubością opisywano wyczyny co poniektórych gości hetmana wielkiego koronnego. Jeden z nich Karol Radziwiłł „Panie Kochanku” koniem chciał wjechać do teatru, a potem na zmianę grubymi żartami i chrapaniem zagłuszał artystów, itd.

Po zmianie ustrojowej został kasztelan krakowski okrzyknięty mecenasem sztuk i nauk, uznany za gospodarza przedniego, budowniczego cudów architektury, dobrodzieja miasta i regionu. Patronuje nie tylko ulicy (i słusznie), jest znakiem w biznesie, godnością w życiu kulturalnym, postacią kojarzoną z Uniwersytetem Medycznym (poprzez siedzibę), czeka na swą ławeczkę (z trzema żonami, czy tylko z Izabelą?) Nie żebym chciał zaprotestować, bo też pisałem peany na cześć Jana Klemensa Branickiego i nie mam wątpliwości, że to on wywiał duży Białystok. Czy z miłości do miasta nad Białką? Nie oszukujmy się, miasto miało być tylko jednym z elementów w koronie wielkiego pana.

Zatem zachowajmy umiar i pamiętajmy, że postacie znane mają swą białą (pozytywną) i czarną (negatywną) legendę.

Kto decyduje o kolorze legendy? Śmiem twierdzić, że w pierwszej kolejności sam zainteresowany. Iluż to znanych nam rodaków już za życia rozsiewało mity o sobie, czyniło umizgi, werboowało pochlebców, posuwało się i do fałszowania faktów. Następni w kolejce sprawców, to zastępy wdzięcznych (także uczniów), ale ci na ogół robią to niejako zgodnie z naturą, z podniesionym wysoko do góry czołem. Co innego tłumy popleczników, którym dawno nieżyjący bohater jest potrzebny tylko jako sztandar, dla rozgłosu, uwiarygodnienia. Dobrze, że na ten przykład „ojcowie” II Rzeczypospolitej, zatem marszałek Józef Piłsudski, Roman Dmowski, Wincenty Witos i kilku innych wielkich polityków tamtych czasów nie muszą patrzeć i słuchać, co wyczyniają ich rzekomi sukcesorzy. Śmiem twierdzić, że wszyscy komuniści nie zaszkośli tyle Panu Romanowi, co niektórzy tak zwani narodowcy.

Uf, to ma być felieton, a nie strzelanie z haubic. Zatem przytoczę jesz-

cze jeden przykład lżejszego kalibru, kamuflując nazwisko, bom znał pana Antoniego, lubił i ceniał. Nastąpiły czasy dobre dla żołnierzy września 1939 r., polubiła ich władza. Wtenczas pan Antoni, sam z pokolenia bohaterskich obrońców przystąpił do upamiętniania bitwy białostockiej z dnia 15 września. Miał dużo uroku osobistego, był operatywny i okrutnie konsekwentny. Pisał, apelował, nawiedzał, prosił. Zbierał pieniądze i materiały, które przeznaczał na tablice, pomnik, nagrobki. Samych tablic pamiątkowych umieścił w Białymstoku i na obrzeżach miasta kilkanaście. Jedna z nich jest umieszczona przy kościele św. Rocha. W miejscu walki? Bynajmniej, tu żołnierze odchodzący z Wysokiego Stoczku zatrzymali się, by odpocząć, może na kogoś poczekali i odeszli dalej nie ścigani przez nieprzyjaciela. Zapewniam, że nie było bitwy o Białystok w dniu 15 września 1939 r., dla Niemców to był trzeciorzędny kierunek działań. Była krótka próba oporu i to jest ważne, cenne. Chwała tym, którzy się na ten czyn zdobyli. Chwała panu Antoniemu, że tak zadbał o swoich kolegów, czy nawet podkomendnych. To była szlachetna pasja. Tylko, że w naszym mieście nie ma pomnika (są upamiętnione miejsca śmierci) bohaterów największej bitwy w dziejach Białegostoku - 22 sierpnia 1920 r. Nie ma ... Nie będę dalej wyliczał, czego nie ma i wskazywał, czego jest ponad miarę. Ale czy można uniknąć takowych dysonansów?

*PS. Za miesiąc chciałbym przypomnieć wielką postać z dziejów medycyny białostockiej, bardzo związanej z pałacem Branickich, o której chyba nikt nie pamięta. Ciekawe, czy się ktoś domyśli, o kogo mi chodzi?*

Wiesz o kogo chodzi?  
Napisz: [medyk@umb.edu.pl](mailto:medyk@umb.edu.pl) Nagrody czekają



**Adam Dobroński**

List do dr Adama Hermanowicza  
(mail do redakcji: medyk@umb.edu.pl)



# Ja używam przycisków pilota

*Kochany Panie Doktorze!*

Po przeczytaniu Pana ostatniego felietonu, zamieszczonego na łamach „Medyka” Nr 01 (123) (styczeń 2014, s. 23) z początku uznałem, że nie warto sobie tym głowy zawracać, ponieważ traktuje on o oczywistej rzeczy. Może nie pierwszy raz, ale ja nie o tym chciałem napisać.

Przynaję bez bicia, że do tekstu już nie wracałem, ale pozostawiłem go w krótkotrwałej pamięci do dalszego przeanalizowania. Mam w zwyczaju prowadzenie wieczornych rozmyślań, pewnie stąd poranne problemy ze wstawaniem. Sam proces jednak znacznie ułatwia zasypianie.

Z jednej strony rozumiem, że można odczuwać potrzebę, żeby wyrzeshczerć się w zaciszu własnego salonu, a potem rywalizować z sąsiadem o miejsce na parkingu. Z drugiej jednak nie rozumiem, dlaczego widząc przekłamania na którymś z kanałów telewizyjnych, nie skorzystał Pan z przycisków na pilocie? To tak samo jak z telefonem komórkowym. Wielu ludzi pewnie już zapomniało o jednej z jego najważniejszych funkcji, mianowicie o możliwości wyłączenia.

Przeoglądając prasę, nawet bardzo pobieżnie, nietrudno dojść do wniosku, że dziennikarzem może być każdy, nawet ten kto nie ma za grosz polotu. W redakcji będzie ktoś nieco bardziej rozgarnięty, kto z tego bełkotu bardziej rozgarnięty, kto z tego bełkotu zrobi notatkę. To się tyczy pismaków. Jeżeli rzecz ma dotyczyć kolorowego ekranu, sprawa wymaga nieco więcej kompetencji. Nie każdy przecież potrafi wycinać, kopiować i wklejać materiał wideo.

Żeby nie być gołosłownym, posłużę się pewnym przykładem. Rzecz miała miejsce jakieś dwa lata wstecz, kiedy kończyłem staż i szykowałem się do podjęcia specjalizacji. Któregoś dnia przyjechali ludziska z ekipy tej samej popularnej telewizji, o której Pan pisał i zapytali, czy boję się o miejsce

specjalizacyjne. Odparłem śmiało, że jak dopuszczą na długość ręki, to sobie jedno wezmę. Oni na to, czy mogą tak samo przed kamerą?

Chwilę później byliśmy już w jednej z pracowni Collegium Pathologicum, gdzie usiadłszy na kręconym stołeczku odpowiadałem na pytania dziennikarki. Czy się boję? Nie, wcale. Dla mnie miejsca nie zabraknie. Nikomu nie zabraknie, chyba że nie będzie się taka osoba starać o miejsce. Albo, co gorsza, nie będzie wiedziała, kim chciałaby zostać jak dorośnie. Według mnie taka była prawda, że prędzej czy później obroni się wymarzoną specjalizację. Nie ma bardziej czy mniej elitarnych kierunków. Musisz człowieku wiedzieć, co chcesz w życiu robić, następnie podzielić to przez rzeczy możliwe do zrealizowania w twoim przypadku. A potem się o to postarać.

Myśli Pan, że materiał poszedł z takimi herezjami? W życiu. Monterzy w Warszawie puścili urywek wypowiedzi jakiejś dziewczyny, która mówiła z takim przejęciem, że już nawet nie zwracało się uwagi na treść. Dlaczego? Bo plan był inny.

Dochodzimy do sedna. Każdy artykuł wydaje się z góry zaplanowany w głowie autora lub jego zwierzchników. Nasze media podają ten chłam w jednostkowo zaplanowanej formie, zapychając czas antenowy pierdołami z pominięciem czegoś, co mogłoby się okazać ważne. Jak na przykład to, że Polska aktywnie włączyła się w program ochrony dziury ozonowej, wykładając potężną kasę na ten szczytny cel. Było nas na to stać. Nikt nie powiedział o tym w naszej telewizji, nie napisał w brukowcu. Przecież ważniejszymi problemami są tematy z pogranicza okradania emerytów i łatania budżetu, prawda?

A wie Pan, kto podał tamtą informację? Pewna bardzo ładna pani, władająca perfekcyjną angielszczyzną. Na antenie telewizji Al-Jazeera. Znała-

złem ten kanał całkiem przypadkowo, bawiąc się pilotem dołączonym do nowego telewizora. Był w promocji, grzech było nie skorzystać. Dzięki niemu dowiedziałem się, że arabska telewizja, kojarzona wyłącznie z talibami i terrorystami, służąca za narzędzie islamskiej propagandy jest profesjonalną stacją o globalnym zasięgu, podającą informacje 24h na dobę. Bez żadnego ale, bo nie zamierzam opierać swojego światopoglądu na tej konkretnej stacji.

Filtrowanie informacji to cholernie ważna i jednocześnie fajna rzecz. Tak samo ważna jak czyste skarpety i świeże gacie. Żaden pismak nie będzie mi podawał bzdur, które da się zweryfikować za pośrednictwem jednego kliknięcia. Nie pozwolę mu na to. Skąd natomiast się te bzdury biorą, można polemizować godzinami. Odpowiedź jak zawsze jest po pierwsze na swoim miejscu, po drugie jest prostsza niż zakładają teorie spiskowe.

Jakiś czas temu miałem okazję poznać jednego z założycieli pewnego bardzo znanego brukowca, również podającego się za dziennikarza. On wie, o kogo chodzi. Z tego, co mi ten człowiek powiedział wynika, że Polska to dziki kraj. Ale nie jest jedyna. W innych krajach jest podobnie, z tą różnicą, że my się ciągle uczymy.

Powołałam się na znajomego pewnej pani, która jest siostrzenicą stryjecznej babki jej męża, a córka tej ostatniej pracowała kiedyś jako jedna z pierwszych dziennikarek w brukowcu. Poznała tam jednego dziennikarza. Było to w innych czasach. Spadła żelazna kurtyna, mury runęły, brukowce powstały na zgłiszczach. Dowiedziałem się właśnie od tej babki, że w brukowcu mogę opisać praktycznie wszystko, co tylko wymyślę. Wystarczy, że mam na to odpowiedni papierek. A papierki zbiera dziadek, ostrożnie i pojedynczo. Ot i cała zasmarkana teoria.

**Tomek**

# Sitą przytuleni



**Doktor  
ADAM HERMANOWICZ**

Ocenianie dalekosiężnych skutków jakiegoś kryzysu w trakcie jego trwania to na ogół wróżenie z fusów. Spróbujmy jednak spojrzeć na to, co się dzieje obecnie wokół Krymu i jego statusu trochę z boku, bez cięłego zachwyty nad genialnym zmysłem strategicznym Władimira Putina, który pozwala mu przestawiać pionki na geopolitycznej szachownicy po przewidzeniu dziesięciu następnych ruchów przeciwnika. Dajmy sobie spokój z porównaniami do Hitlera, odpuśćmy płacz nad zbliżającą się trzecią wojną światową. Policzmy.

Gigantyczny wysiłek włożony w poprawę wizerunku kremlowskiego samowładcy poprzez zorganizowania „Igrzysk pokoju” w Soczi - zmarnowany w parę dni. Igrzyska kosztowały ponoć ponad 50 miliardów dolarów. Oczywiście, kto bogatemu zabroni. Ale jeśli się nie wierzy w bajki o czystej miłości do sportu i przyjmie, że to wszystko była inwestycja w wizerunek, to strata jest bolesna. Nawet, jeśli połowa z tej sumy wylądowała na kontaktach kolegów organizatora.

Na długie lata, jeśli nie na zawsze, pogrzebana została idea ścisłego związku Ukrainy z Rosją. Tych upokorzeń, jakie spotkały Ukraińców ze strony „bratniej” Rosji, prędko nie zapomną. Tego, co tzw. zwykli Rosjanie mówią w mediach o Ukraińcach, tym bardziej. Unia Europejska może nie rychliwa i może jedyną osobą obdarzoną w niej „cohomies” jest Angela Merkel, ale w zaistniałej

sytuacji, nawet wbrew sobie, zmuszona będzie pomóc okrojonej Ukrainie i dać jej perspektywę przyjęcia na europejskie salony. Jeszcze miesiąc temu było to nie do pomyślenia. Władimir Władimirowicz ma do prawdy niezwykle talent do przedstawiania wektorów przyciągania w tzw. bliskiej zagranicy.

---

*Gigantyczny wysiłek włożony  
w poprawę wizerunku  
kremlowskiego samowładcy  
poprzez zorganizowania  
„Igrzysk pokoju”  
w Soczi - zmarnowany w parę  
dni. Igrzyska kosztowały  
ponoć ponad 50 miliardów  
dolarów. Oczywiście, kto  
bogatemu zabroni*

---

Oderwanie Krymu, któremu sam Kreml udzielił gwarancji integralności terytorialnej w zamian za zrzeczenie się broni atomowej, rozbija w pył mizalną konstrukcję budowaną przez lata przez Stany Zjednoczone i społeczność międzynarodową wokół irańskiego programu atomowego. Ajatollahowie mogą być nieobliczalni, ale nie są przecież idiotami i nie dadzą się nabrać na zgrany numer. Zanim jednak swoją broń atomową wyprodukują, Ameryka będzie już miała tarczę antyrakietową, której Rosja nie ma. I kto zostanie

z nieobliczalną potęgą atomową na granicy?

O tym, że Europa jest rozbita politycznie i niezdolna do zajmowania jednolitego stanowiska wiedzą wszyscy, samych Europejczyków nie wyłączając. Między bajki więc można włożyć opowieści o tym, że Putin swoimi działaniami coś w tej kwestii „obnażył”. Jeśli cokolwiek zostało obnażone, to jedynie prawdziwe intencje Rosji i zagrożenie związane z uzależnieniem się od dostaw węglowodorów od niej. Za kilka lat nie będzie komu zakręcać kurka, bo wszyscy zabezpieczą się na wszelkie możliwe sposoby, od gazoportów gotowych na przyjęcia taniego gazu z Ameryki, po energię odnawialną.

Federacja Rosyjska, jak sama nazwa wskazuje, składa się z dziesiątek autonomicznych obwodów, republik, krajów i Bóg wie czego jeszcze. Wszyscy ci przytuleni siłą przez rosyjskiego niedźwiedzia ludzie usłyszeli jasny komunikat: ogłaszanie referendum w sprawie odłączenia od kraju kawałka jego terytorium zamieszkanego przez osoby o innej przynależności etnicznej jest przez Rosję akceptowane, a wręcz preferowane. Póki ceny ropy stoją wysoko i nie brak środków na utrzymanie w ryzach separatyzmów, nie będzie to miało znaczenia. Ale ropa nie będzie droga wiecznie. I jakich argumentów, poza lufami armatnimi, użyje wtedy Kreml do zatrzymania przy sobie prącej do niepodległości, powiedzmy, Karelii, czy Kałmucji?

Ale w zamian za to Rosja będzie miała Krym. Na którym i tak miała bazy wojskowe, autonomię, Sewastopol jako miasto wydzielone i praktycznie pełną swobodę działania.

Być może Putin jest rzeczywiście świetnym szachistą, ale na pewno jest kiepskim biznesmenem.