



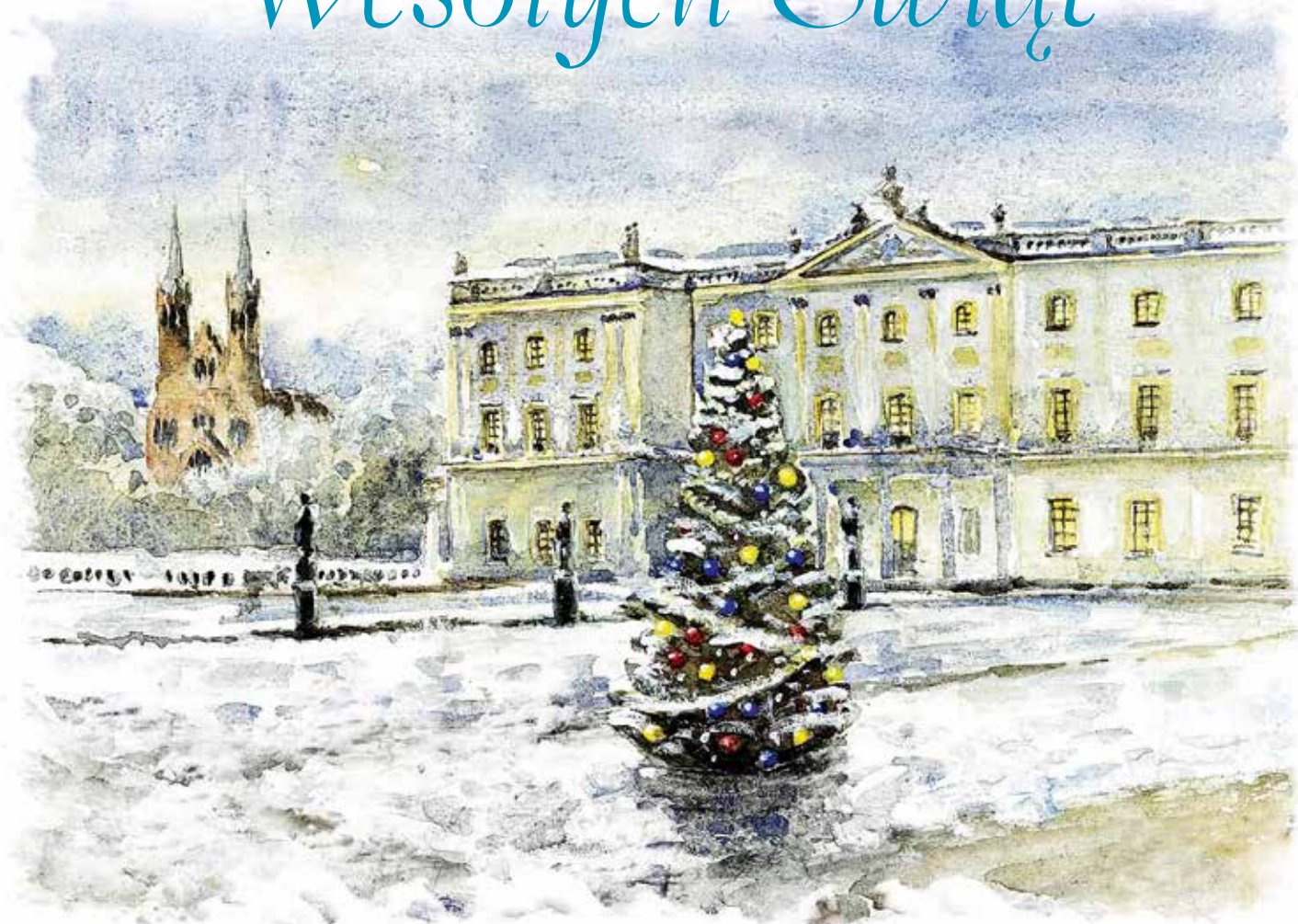
MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 08 (146)

LISTOPAD 2016

Wesołych Świąt



*Wspaniałych Świąt Bożego Narodzenia
spędzonych w ciepłej, rodzinnej atmosferze,
pomyślności w realizacji wszelkich zamierzeń
oraz samych szczęśliwych dni
w nadchodzącym Nowym 2017 Roku
Pracownikom, Studentom i Przyjaciółom naszej Uczelni*

życzy

Rektor Profesor Adam Krętowski

VII Olimpiada sportowa UMB

Najpierw rozegrano turniej futsalowy, później był ergometr i siatkówka. W dwa dni przez halę sportową UMB przewinęło się kilkaset sportowo zmęczonych i szczęśliwych osób.

Do turnieju halowej piłki nożnej (17 listopada) zgłosiło się 13 drużyn i ponad 100 zawodników. To rekordowe liczby w historii uczelnianych zmagania. Warto przy tym wspomnieć o drużynie Fc Omnics (kapitan Damian Ostrowski), w skład której wchodzi-

li rektor UMB prof. Adam Krętowski oraz prorektor ds. nauki prof. Marcin Moniuszko. Obaj bynajmniej nie robili za statystów w zespole. Pierwszy grał na pozycji stopera, próbując długimi piłkami z obrony uruchamiać partnerów na skrzydłach, drugi całkiem nieźle radził sobie na bramce.

Dzień później rozegrano turniej siatkarski (10 zespołów) oraz zawody w ergometrze. W pierwszej dyscyplinie bardzo szybko okazało się, kto w turnieju chciał wygrać, a kto

przyszedł pograć dla przyjemności. Najbardziej dramatyczny był półfinał pomiędzy zespołami „Kadry UMB” a „Najlepszy skład”. Po trzech setach gry punkt za punkt, o dwa oczka lepsza była „Kadra”.

Zawody w ergometrze nie wzbudziły już takich emocji. Tu rywalizowano indywidualnie. Do przepłynięcia było 1000 metrów.

Turniej zorganizowali: Biuro Promocji i Rekrutacji, KU AZS UMB, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu.



Drużyna Fc Omnics w opałach. Na bramce prorektor Marcin Moniuszko (tyłem), do obrony wraca rektor Adam Krętowski (2 z lewej)



Pamiątkowe zdjęcie po turnieju siatkówki



Ergometr. Na pierwszym planie Marta Piszczałowska, najlepsza wśród pań

Wyniki konkurencji:

Futsal:

I miejsce:

Oczopląsy (kapitan Radosław Kisiel)

II miejsce:

FC Mordovia Saransk

(kapitan Michał Szczęch)

III miejsce:

W Ostatniej Chwili

(kapitan Albert Roguski)

Siatkówka:

I miejsce:

Stażyści

(kapitan Karolina Dobrzycka)

II miejsce:

Kadra UMB

(kapitan Robert Milewski)

III miejsce:

Nieży skład

(kapitan Aleksandra Konarzewska)

Ergometr:

kategoria kobiety:

I miejsce: Marta Piszczałowska

mężczyźni waga lekka:

I miejsce: Samuel Stróż

II miejsce: Bartosz Jechanowski

III miejsce: Marcin Pawluczuk

IV miejsce: Marcin Matusiewicz

mężczyźni waga ciężka

I miejsce: Jakub Zimnoch

II miejsce: Jędrzej Kownacki

BDC

Spis treści

- 4 | **Nowatorskie badania naukowców z UMB**
- 5-9 | PROF. ADAM KRĘTOWSKI
Sukces nie jest nam dany na zawsze
- 10 | **Szansa na hybrydową salę operacyjną**
- 11 | **Utrzymana akredytacja GLP**
- 12 | **Ekspert w PKA**
- 13-14 | MAGDALENA GRASSMANN
Niewielki domek, wielka idea
- 14 | **Muzeum UMB z wyróżnieniem**
- 14 | **Specjaliści od tytułów naukowych**
- 15 | **390 gramów strachu i szczęścia**
- 15 | **Świętowanie na WNoZ**
- 16-17 | WOJCIECH WIĘCKO
Kiedy zmarli uczą
- 18 | KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Pierwszy rak Krysi
- 19-20 | KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Rozmawiam o śmierci. Ja też się boję
- 21-22 | DR HAB. MAŁGORZATA MICHALINA BRZÓSKA
Badania toksykologiczne w standardzie DPL
- 22 | **Nowe granty UMB**
- 23-24 | STANISŁAW SIERKO
Moc rozmowy, a cudowne uzdrowienie
- 25 | ADAM HERMANOWICZ
Metallica. Recenzja od niechcenia
- 26-27 | WOJCIECH WIĘCKO
Zbigniew Zenon Puchalski
- 28 | **Pamiętamy**
- 29 | STASZEK SIERAKOWSKI
Wspomnienie o Andrzeju Gajewskim
- 30 | **Halina Nowik**
- 30-31 | ADAM CZESŁAW DOBRONSKI
Widmo populizmu

SKŁAD REDAKCJI:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski
Zastępca redaktora naczelnego: Adam Hermanowicz
Sekretarz redakcji: Katarzyna Malinowska-Olczyk
Redakcja: Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Wojciech Więcko;
współpracownicy: Alina Midro, Jan Pietruski, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska
Korekta: Ewa Krzemińska **Skład i druk:** AlterStudio
Projekt strony internetowej: Monika Fiedorowicz **Projekt okładki:** AlterStudio

ADRES REDAKCJI:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego
15-089 Białystok, ul. Klilińskiego 1, tel. (85) 748 54 85, email: medyk@umb.edu.pl
www.medyk.umb.edu.pl

Od Redaktora



Właśnie zamierzałem, po wieczornej pracy, wychodzić do domu z pustego już o tej porze zakładu, gdy w drzwiach ukazał się jeden z moich serdecznych kolegów. Chciał nie chciał, wycofałem się z powrotem i kurtuazyjnie zaproponowałem filiżankę espresso. Rozmowa potoczyła się wartko i zeszła na bieżące sprawy naszych uniwersyteckich szpitali. Poruszyliśmy większość ze znanych problemów, o których z wielką wnikliwością, zaangażowaniem i troską mówi rektor Krętowski w obszernym wywiadzie zamieszczonym na łamach bieżącego numeru. Nasza rozmowa jednak szybko zeszła z finansów na inne, w naszym odczuciu równie ważne, problemy. Przewijały się w niej zapomniane już, jakże niedzisiejsze i niemodne słowa: etos pracy. Przypominaliśmy sobie, jak wielkim wyróżnieniem i zaszczytem było onegdaj uzyskanie zatrudnienia w klinice, bądź zakładzie naukowym. Propozycja pracy w AMB była równoznaczna niemal z przysłowiowym złapaniem Pana Boga za nogi. Otwierała perspektywę na rozwój naukowy i zawodowy, kontakt z ciekawymi ludźmi, solidne przygotowanie, uczestnictwo w sympozjach naukowych, a może nawet wyjazd za granicę. Nauczyciel - profesor, docent, adiunkt - był autentycznym autorytetem. My, pracujący w uczelni, czuliśmy się wyróżnieni. Zakład naukowy czy klinika były drugim domem. I oto nie minęło ćwierć wieku, aby niewiele z tego zostało. Obserwuję młodych ludzi i z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że dla wielu z nich etos pracy jest pojęciem pustym. A ponieważ przyroda nie znosi pustki, w to miejsce wcisnęły się inne, powszechnie znane „wartości”. Nie będę ich szczegółowo wymieniał. Noszą zbiorczą nazwę „dobra materialne”.

W staromodnym szerokim pojęciu etosu pracy mieści się także stosunek personelu medycznego do pacjenta. W bieżącym numerze „Medyka” Czytelnicy znajdą trzy z życia wzięte przykłady relacji lekarz - pacjent. Polecam do przeczytania niezwykle ciepłe wspomnienie wspaniałego chirurga i humanisty, Pana dr. Stanisława Sierki. Pan Doktor podzielił się z nami jeszcze jednym ze swoich zawodowych doświadczeń. Znajduję tam - tak zresztą, jak i w poprzednich wspomnieniach tego Autora - jakże głębokie, a zarazem subtelne odzwierciedlenie relacji lekarza z pacjentem. To wspaniały, wręcz edukacyjny, przykład dla nas wszystkich. Ciekawy, przynajmniej dla mnie, jest także wywiad z naszym młodszym kolegą - doc. Pawłem Knappem. Mimo iż dotyczy rozmów z pacjentami chorymi na niezwykle trudny i źle rokujący nowotwór, jakim jest rak jajnika, i problemów umierania, może dać zastrzyk optymizmu. Trzeci artykuł, to relacja z gabinetu chirurga onkologa. Tu, niestety, Pan doktor - bardzo biegły w swoim zawodzie chirurg - gdzieś zagubił etos pracy lekarza i empatię. Prawdopodobnie poprzez rutynę i zubożenie. A może po prostu miał zły dzień.

Nie da się ukryć, zmiany dotyczące etosu pracy lekarza, to zjawisko zauważalne, ale na szczęście nie wszystkich dotyczy. Czy jest symptomem czasów i zmian w naszej mentalności? Czy wiąże się z krajowymi i globalnymi przeobrażeniami ustrojowymi i społecznymi? To temat dla socjologa. Miejmy nadzieję, że jest zjawiskiem przejściowym. Ja, niepoprawny optymistą, oczekuję na powrót czasów, kiedy nie liczyło się godzin spędzanych w pracy, a praca była zaszczytem dającym satysfakcję. Kiedy o zatrudnienie na AMB/UMB ubiegali się najlepsi, zaś do pracy przyjmowano najlepszych z najlepszych. Ale czy to wróci?

Póki co, radujmy się Świętami Bożego Narodzenia i życzymy sobie Szczęśliwego Nowego Roku!

Nowatorskie badania naukowców z UMB

Naukowcy z UMB badali rolę receptora hormonu folikulotropowego. Wyniki ich badań okazały się przełomowe. Teraz zostały opublikowane w prestiżowych europejskich i amerykańskich czasopismach naukowych.

Hormon folikulotropowy (FSH) - to hormon wydzielany przez przysadkę mózgową. U kobiet pobudza wzrost i dojrzewanie pęcherzyków zawierających komórki jajowe w pierwszej (folikularnej) fazie cyklu miesięczkowego i reguluje funkcję jajników. U mężczyzn pobudza wytwarzanie nasienia w jądrach. Hormon ten odpowiedzialny jest za pracę układu rozrodczego i przez to niezwykle interesujący dla naukowców. Na dodatek doniesienia naukowe w ostatnich latach mówiły o tym, że receptory FSH znajdują się nie tylko w gonadach, ale także na komórkach wielu typów nowotworów (m.in. raka piersi, prostaty, jąder, jajników i in.) oraz na komórkach naczyń krwionośnych nowo tworzących wokół ognisk nowotworowych. Wykazywano również, że receptor FSH obecny jest także w śródbłonku naczyń sznura pępowinowego i mięśniu macicy. Te odkrycia wywołały lawinę spekulacji na temat roli FSH i jego receptora. Wielu naukowców uznało, że pojawiły się nowe perspektywy diagnostyczne i terapeutyczne. Z jednej strony białko receptora FSH można obrazować w tkance. Pojawiła się też nadzieja, że uda się stworzyć leki wycelowane w komórki posiadające receptory FSH, co będzie nowym orężem w walce z nowotworami.

Hormon FSH i jego receptor zainteresował również naukowców z UMB. Od trzech lat prowadzą badania dotyczące receptora FSH, a wyniki są zaskakujące.

- Po pierwsze udało się nam, jako pierwszym na świecie wykazać, że w ogniskach głębokiej endometriozy obecny jest funkcjonalny receptor FSH - mówi prof. Sławomir Wołczyński, kierownik Kliniki Rozrodczości i

Endokrynologii Ginekologicznej UMB. - Rzuca to nowe światło na patogenezę endometriozy, rolę hormonu FSH w regulacji miejscowej syntezy estrogenów i nowe spojrzenie na sposób leczenia endometriozy.

Jednak dalsza część badań na modelu zwierzęcym nie potwierdziła tego, że wokół ognisk przeszczepio-

stoku zostały opublikowane w dwóch prestiżowych czasopismach (w lipcu w Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, a w listopadzie w Scientific Reports).

Prowadzenie innowacyjnych badań było możliwe dzięki stworzeniu specjalistycznej bazy naukowej i przygotowaniu młodych naukowców do



Zespół badawczy i dwaj jego koordynatorzy: prof. Nafis Rahman (2 z lewej) oraz prof. Sławomir Wołczyński (5 z lewej)

nego nowotworu powstają naczynia krwionośne, w których w śródbłonku obecne są receptory FSH. W takiej sytuacji terapia celowana na receptor FSH jest nieskuteczna. Zespół postanowił też opracować szczegółową metodykę potwierdzenia obecności receptora FSH w śródbłonku naczyń sznura pępowinowego. I co się okazało? Bardzo rygorystyczne badania z zastosowaniem najnowszych technik molekularnych nie potwierdziły tego, że komórki śródbłonka mają receptor FSH. Okazało się, że dotychczasowe doniesienia naukowe nie mają potwierdzenia w badaniach. Może się okazać, że atrakcyjna hipoteza o nowej roli receptora FSH w nowotworach i naczyniach krwionośnych, okazała się nieprawdziwa.

Teraz wyniki pracy naukowców z Uniwersytetu Medycznego w Białym-

stoku zostały opublikowane w dwóch prestiżowych czasopismach (w lipcu w Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, a w listopadzie w Scientific Reports). Prowadzenie innowacyjnych badań było możliwe dzięki stworzeniu specjalistycznej bazy naukowej i przygotowaniu młodych naukowców do prowadzenia takich badań. Konieczne było także skoordynowanie współpracy pomiędzy kilkoma jednostkami badawczymi w UMB, a także ośrodkami zagranicznymi. Dziś grupa badawcza to pięciu wysokiej klasy specjalistów z zakresu biologii molekularnej, doktoranci oraz lekarze medycyny. Koordynatorami naukowymi są prof. Nafis Rahman i prof. Sławomir Wołczyński z UMB.

Projekty badawcze finansowane są m.in. z grantów Narodowego Centrum Nauki, środków własnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Instytutu Rozrodu i Badania Żywności PAN w Olsztynie, Klastra Ogólnopolskiego Centrum Badania, Edukacji i Monitorowania Problemów Płodności, Fińskiej Akademii Nauk, a także korporacji farmaceutycznych.

Sukces nie jest nam dany na zawsze

Minęło 100 dni odkąd prof. Adam Krętowski objął urząd rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. To dobry moment, by porozmawiać o naszej uczelni, o planach i wizji rozwoju naszego Uniwersytetu.

KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK, WOJCIECH WIĘCKO: Ostatnio o UMB i Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym mówi się najwięcej w kontekście fatalnej sytuacji finansowej szpitala.

PROF. ADAM KRĘTOWSKI, REKTOR UMB: - Szpital kliniczny przez wiele lat działał bardzo dobrze pod względem ekonomicznym. Bilansował się, miał dodatni wynik finansowy. Niestety rok 2015 zakończyliśmy stratą w wysokości 15 mln zł. Co jednak bardziej niepokojące, to narastająca dysproporcja między przychodami, a kosztami. Było zagrożenie, że jeżeli nie zaczniemy działać, to na koniec roku strata może wynieść 40 mln zł. Sytuacja jest trudna, a przyczyn tego jest wiele. Jedną z nich są rosnące koszty związane z otwarciem nowej części obiektu. Są też koszty podwyżek płac. Osobiście bardzo się cieszę, że pielęgniarki mogły dostać większe pensje. Z drugiej strony, w skali szpitala, to są dodatkowe miliony złotych kosztów. Jest też kwestia nadwykonań i niewykonań kontraktu NFZ. Są takie kliniki, gdzie wykonano świadczeń dużo więcej niż przewidywał kontrakt. Są też takie, w których z powodu remontu i modernizacji szpitala, były ograniczenia w świadczeniu usług. Wywołanie dyskusji na temat finansowej sytuacji szpitala to był taki mój apel w kierunku NFZ. Wskazanie, by wziąć pod uwagę sytuację szpitala klinicznego, najbardziej specjalistycznej placówki w regionie.

SZPITALY KLINICZNE

Zapowiadając zmiany szefów szpitali, mówił Pan, że warto się zastanowić nad pomysłem, by to ekonomiści, menadżerowie zarządzali



Nie robimy selekcji pacjentów i nie wybieramy tylko tych ze schorzeniami najlepiej wycenianymi przez fundusz

placówkami przy wsparciu silnych zastępców ds. medycznych.

- Do tej pory było tak, że to dyrektor szpitala - lekarz miał na głowie całe te sprawy finansowe i to się udawało przez wiele lat. Dwa miesiące temu zmieniła się ustawa, która stanowi, że ujemny wynik finansowy musi być pokryty albo z funduszy szpitala, albo zapłacony przez organ założycielski. W przypadku szpitali samorządowych takim organem jest marszałek województwa. I to on może zapłacić szpitalom za nadwykonania. W naszym

przypadku organem założycielskim szpitali klinicznych jest Uniwersytet. Tyle, że my nie mamy ani złotówki, by dołożyć do szpitali.

Przygotowany jest już wstępny program restrukturyzacji szpitala. Wdraża go pełniący obowiązki dyrektora Marek Karp wraz z administracją szpitala. Zależy nam na ograniczaniu kosztów i zwiększaniu przychodów szpitala oraz lepszym rozliczaniu procedur leczniczych. Okazało się, że w paru klinikach niektóre procedury nie są w ogóle rozliczone, choć NFZ by nam za nie normalnie zapłacił. Niestety ponownie na koniec roku wynik finansowy szpitala też będzie ujemny. Zakładam, że dzięki podjętym działaniom, będzie jednak ograniczony.

O jakim rodzaju zadłużenia mówimy? Czy są to już zobowiązania wymagalne, czy poruszamy się jeszcze w tej w miarę bezpiecznej finansowej strefie?

- Na szczęście mimo ujemnego wyniku finansowego nie są to jeszcze zobowiązania wymagalne. Ale musimy pamiętać, że ten ujemny wynik powstał nagle. To był trend, który narastał od jakiegoś czasu, ostatnio wręcz lawinowo. I to był ostatni dzwonek, by podjąć jakieś działania. Istniało zagrożenie, że trzeba będzie ograniczyć przyjęcia pacjentów. Skoro mamy ujemny wynik finansowy, niezapłacone nadwykonania i niską szansę, by NFZ za nie zapłacił w całości, to generowanie dalszych długów byłoby nieodpowiedzialnością. Z drugiej strony USK to największy szpital w regionie - na Szpitalny Oddział Ratunkowy zgłasza się na dyżurze nawet 600 osób. Nie robimy selekcji pacjentów i nie wybieramy tylko tych ze schorzeniami najlepiej wycenianymi przez fundusz. Nasze kliniki



specjalistyczne ciągle przyjmują ciężko chorych pacjentów internistycznych, mimo że kontrakty „na nich” skończyły się kilka miesięcy temu. Ryzykują przy tym niewykonanie swojego kontraktu specjalistycznego. Na internie nie da się osiągnąć dochodu lecząc pacjenta ze stopą cukrzycową, czy też pacjenta po przebytych udarze mózgu z zachyłstowym zapaleniem płuc, który musi u nas leżeć kilka miesięcy i dostawać najdroższe antybiotyki. To są ogromne koszty.

Szpital jest duży i ma duży kontrakt z NFZ. Jednak jeżeli wydajemy 30-40 mln zł więcej niż mamy w umowie z funduszem, a jednocześnie nie możemy zwiększyć przychodów, to nie jest dobrze. Nasze koszty w ciągu ostatnich 4-5 lat wzrosły o ok. 80 mln zł. A przychody są na podobnym poziomie od lat. Dlatego podjęliśmy ofensywę medialną. Jesteśmy też po wielu rozmowach z NFZ, który obiecał, że w niektórych obszarach może nam zwiększyć kontrakt.

Zaskoczyły Pana praktycznie jednoczesne dymisje dyrektorów obu szpitali klinicznych?

- W przypadku szpitala klinicznego miałem kilka długich rozmów z dyrektorem Bogusławem Poniatowskim. To osoba bardzo zasłużona dla tej placówki. To on wyciągnął ten szpital z długów i ekonomicznie go spinał. W ostatnim czasie ta lawina zdarzeń przygniotła trochę jego skuteczność działania i to była jego osobista decyzja. Czasami pewne rzeczy się w nas wypalają. Mamy okres przejściowy i pełniącego obowiązki dyrektora Marka Karpa, dotychczasowego dyrektora ds. ekonomicznych szpitala.

On ma za zadanie wdrożyć plany naprawcze, których przygotowanie już jakiś czas temu zostało rozpoczęte, tylko nie było możliwości ich uruchomienia. Wkrótce będzie też ogłoszony konkurs na nowego dyrektora USK. Została już powołana komisja konkursowa i jestem pewien, że pod przewodnictwem prof. Janusza Dziecioty - prorektora ds. klinicznych wybierze najlepszego z kandydatów. Jeżeli dyrektorem zostanie ekonomista, to przy systemie finansowania szpitali klinicznych z budżetu państwa szczególnie będzie ważna rola dyrektora medycznego.

Sukces nie został nam dany na zawsze. Wiele wskazuje na to, że przyjdzie nam funkcjonować w niezwykle trudnym czasie

Dyrektor Marek Karp w szpitalu pracuje 14 lat. Przez cały ten czas odpowiadał za finanse. Także ostatnio, kiedy szpital zaczął mieć problemy finansowe. A teraz ma szpital wyciągnąć z długów? Mówi Pan też o planach naprawczych. Dlaczego już wcześniej nie były wdrażane?

- Decydujący głos ma zawsze dy-

rektor główny. Trudna sytuacja finansowa szpitala została zauważona już wcześniej przez poprzedniego prorektora ds. klinicznych UMB prof. Zenona Mariaka. Dyrektor Karp został zobowiązany przez rektora i prof. Mariaka do przygotowania programu naprawczego. To był trudny temat, wiązał się z szeregiem niepopularnych decyzji. Jednak ten program pewne rzeczy bardzo jasno formułuje. Są takie kliniki, w których w ciągu ostatnich lat wynik finansowy zastraszająco spadł. Kliniki, które jeszcze niedawno się bilansowały, teraz mają po kilka mln zł na minusie. Pytam: dlaczego tak się dzieje? I słyszę: „wiesz, bo powstała prywatna klinika”. Już zapowiedzieliśmy, że tak nie może być. Podkreślę: ja nikomu nie żałuję prowadzenia prywatnej praktyki. Warunek jest jeden - macierzysta klinika ma się bilansować. Czekają nas twarde rozmowy z kierownikami kilku klinik, zwłaszcza że zostaliśmy upoważnieni przez senat uczelni do podejmowania wiążących decyzji, w tym personalnych, w tym zakresie. Wcześniej, gdy dyrektor odwołał ordynatora, to był problem z odwołaniem tej osoby z funkcji kierownika kliniki. W tej chwili statut uczelni został zmieniony. I w momencie, kiedy dyrektor zmienia ordynatora, to rektor ma podstawę do zmiany na stanowisku kierownika kliniki.

Jest też problem z rozbudową szpitala w Dojlidach. Mija umówione pięć lat z marszałkiem i oddziały z ulicy Warszawskiej, ze szpitala gruźliczego, trzeba gdzieś przenieść.

Od pewnego czasu ta inwestycja ma problem z finansowaniem. Ministerstwo Zdrowia nie przekazuje obiecanych wcześniej środków.

- To kamyczek do naszego ogródka. To, że ta inwestycja nie była wystarczająco intensywnie prowadzona, to moim zdaniem w części wina jest po stronie szpitala klinicznego [USK jest inwestorem - red.]. Są argumenty ze strony USK, że więcej nie dało się zrobić, bo są przetargi, itp. Był jednak taki moment, że mieliśmy na stole 50 mln zł i nie umieliśmy ich wykorzystać. Groziło nam nawet cofnięcie tej inwestycji.

A jak wyglądają finanse szpitala dziecięcego?

- Tam sytuacja jest znacznie lepsza, szpital się bilansuje. Decyzja dyrektora o rezygnacji była jego osobistą i bardzo mnie zaskoczyła. Dr Janusz Pomaski to dobry menadżer, ale stanął pod ścianą żądań płacowych. Pewne grupy specjalistów zapowiedziały, że jeśli nie dostaną podwyżki płac sięgającej niekiedy 100 procent, to odejść do szpitala powiatowego. Ja rozumiem, że chcą zarabiać więcej. Problem w tym, że pozbawienie placówki tych specjalistów spowodowałoby, że inni lekarze i pielęgniarki pozostałoby bez pracy. To groziło paraliżem szpitala. Zresztą inne grupy pracowników też ustawiły się potem w kolejce po podwyżki. Niestety pieniądze na to w szpitalu nie ma.

Podobno prof. Anna Wasilewska nie od razu zgodziła się objąć stanowisko p.o. dyrektora?

- Przy pierwszej mojej propozycji powiedziała „absolutnie nie”. Uważałem jednak, że jest ona do tego zadania najlepsza, zna problemy szpitala, wspierała dyrektora Pomaskiego w pracy. Znalazienie kogoś z zewnątrz oznaczałoby niepotrzebny przestój. A pewne bardzo ważne decyzje trzeba podjąć do końca roku. Bardzo długo ją namawiałem. Nie wiem, czy zdecydował się wystartować w konkursie na dyrektora szpitala dziecięcego. Obiecała być na stanowisku do jego rozstrzygnięcia, czyli ok. 4 miesięcy.

Okazuje się, że jakkolwiek sformułujemy pytania, to odpowiedź ciągle schodzi na temat pieniędzy.

- Dla mnie mówienie o pieniądzu i pacjentach, to coś absolutnie niemiłego. Do tej pory nigdy w życiu tak nie myślałem. Nie wydaje mi się, żeby lekarze (czy też szpitale) mieli służyć zarabianiu pieniędzy. Naszym zadaniem powinno być przecież leczenie ludzi. Nie realizowanie określonych procedur, ale pomaganie pacjentowi. Nasz system rozliczania usług medycznych nie jest dobry, ale lepszego też nie znam. Pracowałem przez kilka lat w Stanach Zjednoczonych, tam problemem jest olbrzymia grupa osób nieubezpieczonych. Zajmowałem się tam leczeniem osób chorych na cukrzycę. I pacjenci nie mieli pieniędzy na insulinę! W USA, światowym mo-



carstwie, ludzie nie mieli pieniędzy na podstawowy lek, który pozwala im żyć. Tamten system też nie jest dobry. System w PRL-u, kiedy wszystko było za darmo, też był zły.

Moim zdaniem, szpitale na danym obszarze nie powinny ze sobą konkrować, tylko współpracować. A teraz jest tak, że placówki komercyjne wyciągają najbardziej dochodowe procedury, a jak pojawiają się powikłania u pacjenta, to taka osoba trafia już do szpitala klinicznego. Czy tak powinno być? Skoro to są pieniądze publiczne, to powinny być wydawane sprawiedliwie. Szpitale prywatne często mają lepszą efektywność, czy jakość pracy, ale też dlatego, że nie przyjmują wszystkich chorych.

Ministerstwo Zdrowia zapowiada reformę świadczenia usług medycznych. Może zna Pan jakieś szczegóły?

- Nie mamy jeszcze szczegółowych informacji. Bardzo jednak liczę na opracowanie nowego systemu referencyjności szpitali. To powinno ułatwić współpracę między nimi. Po co wydawać pieniądze na dublującą się infrastrukturę w szpitalach publicznych, która jest wykorzystywana jedynie w 30-40 proc., podczas gdy w szpitalu klinicznym można zwiększyć kontrakt i pomóc wszystkim potrzebującym. Czekam na te zmiany z nadzieją, na papierze wyglądają one dobrze. Naszą uczelnię odwiedził minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, mieliśmy przyjemność gościć panów wiceministrów i okazję do rozmów na ten temat. Wydaje się, że to idzie w dobrym kierunku. Mówię to z per-

spektywy dużego szpitala klinicznego, który ma być w tym systemie bardziej doceniony.

UCZELNIA

Jak to jest przejść rządu w najlepszej - wielu mówi - medycznej uczelni w kraju? Pierwsze miejsce na LEK-u, trzecie na LDEK. Zaznaczamy od razu, że to też Pana zasługi, bo dwie Pana kadencje jako prorektora ds. nauki sprawiły, że Pan też już teraz ma czym się chwalić.

- Proszę tak nie mówić. Jeżeli chodzi o działania związane z dydaktyką to zasługa naszych dziekanów i ich współpracowników kierujących codzienną pracą na wszystkich wydziałach. W przypadku poprawy wyników LEK zaowocowały działania pani dziekan prof. Iriny Kowalskiej oraz prorektora Adriana Chabowskiego. To oni konsekwentnie wdrażali i utrzymywali politykę jakości nauczania. Czasami oznaczało to, że musieliśmy się rozstać z jakimś studentem. Pamiętajmy jednak, że pozycja w rankingu nie jest nam dana na zawsze. To może być tylko chwilowy sukces.

Znowu musimy zapytać o pieniądze, tym razem w kontekście dotacji na dydaktykę. Zapowiedzi są niepokojące, środków ma być mniej.

- Nie wiemy dokładnie, na podstawie jakich kryteriów wysokość tej dotacji zostanie obliczona. Mówi się, że w oparciu o efekty naukowe, czyli teoretycznie powinniśmy spać spokojnie. Jednak kiedy wczytamy się dokładniej w szczegóły propozycji, to okazuje się, że np. punktowana jest liczba dokto-



rantów czy studentów i wykładowców zagranicznych. A my nie mamy ich zbyt wielu w porównaniu do polskich studentów czy pracowników. Aktualnie sytuacja finansowa uczelni jest trudna. Zeszły rok zamknęliśmy ujemnym wynikiem finansowym w wysokości ok. 4 mln zł. W tym roku też nie będziemy nad kreską. Tyle że jest to uzasadnione, bo budujemy Centrum Symulacji Medycznych. Z własnych środków wyłożyliśmy na to 8 mln zł. Oszczędności jednak się kończą. Przed nami wielka niewiadoma: co będzie. W tym roku szczególnie mocno naciskaliśmy na zwiększenie limitu przyjęć studentów niestacjonarnych i z English Division. To są dla nas realne przychody, ale trudne do uzyskania. Podam przykład. W czasie obecnej rekrutacji pojawiła się informacja, że studenci z Norwegii po ukończeniu studiów w Polsce nie otrzymają prawa do wykonywania zawodu w swoim kraju. Momentalnie wycofało się od nas ponad 30 z nich. Chodziło o wprowadzony staż podyplomowy. Prawo wykonywania zawodu otrzymuje się dopiero po jego ukończeniu. A w Norwegii nie ma staży podyplomowych. Po sześciu latach nauki w Polsce młody Norweg nie miałaby prawa wykonywania zawodu u siebie w ojczyźnie. Ostatecznie udało się osiągnąć porozumienie pomiędzy ministerstwami zdrowia obu krajów. Jednak studenci już się wycofali. Z Europy chcą się też np. wycofywać Amerykanie. Za oceanem dostrzeżono, że brakuje im kadry. Zwiększono limity przyjęć na studia, a chętni mogą liczyć na dodatkowe stypendia.

A jak Pan patrzy na sytuację wzrostu liczby uczelni medycznych w kraju? To już nie tylko kierunki typu „Ratownictwo medyczne”, czy „Zdrowie publiczne”, ale tworzą się nowe wydziały lekarskie na uczelniach, o których trudno powiedzieć, że są medyczne?

- Do niedawna w kraju było jedenaście uczelni medycznych. Pojawiły się już cztery nowe, siedem kolejnych dostało pozwolenia, a ponad 20 innych chce je otrzymać. To nie tylko prywatne uczelnie, ale też publiczne szkoły humanistyczne czy techniczne. Wymagania do otworzenia kierunków medycznych nie były trudne do spełnienia: wystarczyło sześciu samodzielnych pracowników i umowa o współpracę z oddziałem szpitalnym z minimum 20 łózkami. W zasadzie teraz każdy może otworzyć szkołę medyczną. Ministerstwo próbuje już to blokować. Tyle że to nie takie proste. Jedna z uczelni, po tym, jak nie otrzymała zgody, poszła do sądu. I wiele osób uważa, że wygra. Oznacza to, że konkurencja nam rośnie. Nie tylko w kontekście polskich studentów, ale też anglojęzycznych.

Siłą rzeczy musimy się liczyć z tym, że kwoty dotacji będą mniejsze. Musimy sami zacząć więcej zarabiać. Choćby np. z tzw. kosztów pośrednich w grantach badawczych. Przyznam się, że wcześniej nie lubiłem, kiedy do mnie przychodził kanclerz i chciał, by dzięki projektom naukowym wspierać działalność bieżącą uczelni. Wtedy uważałem, że jak najwięcej środków musi iść na badania. Teraz wiem, że nie mamy innej możliwości. Dlatego

prorektor ds. nauki musi bardzo aktywnie działać na polu pozyskiwania nowych grantów. Jako uczelnia składamy w konkursach wiele dużych projektów, także we współpracy z przedsiębiorcami. To one są najcenniejsze. Granty z Narodowego Centrum Nauki na badania podstawowe to ledwie kilkanaście procent budżetu na granty z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju na badania z przedsiębiorcami. To są olbrzymie różnice. W obecnym systemie to przedsiębiorcy są bardziej uprzywilejowani, oni sami mogą aplikować o te granty. W wielu konkursach uczelnie mogą być ich partnerem lub tylko podwykonawcą. Dlatego tak ważne jest, by nauczyć się współpracy z biznesem.

NOWA STRONA NAUKI

Zdobywanie grantów będzie teraz priorytetem dla naukowców?

- Tak. Przygotowaliśmy specjalny program „Grant Plus” (autorstwa prorektora prof. Marcina Moniuszki). Polega on na mobilizowaniu ludzi, zachęcaniu ich do starania się o granty. To system podwójnego nagradzania za osiągnięty wynik. Chcemy dać tzw. marchewkę. Ci, którzy otrzymają grant, mogą liczyć na dodatkowe gratyfikacje i nagrody ze strony uczelni. Oczywiście będzie też malutki kijek, który będzie zobowiązywał wszystkich, by pozyskiwali te granty. Ja rozumiem, że nie za każdym razem nam się uda, ale trzeba próbować.

Gdzie Pan widzi naszą uczelnię za cztery lata? Znamy Pana jako osobę bardzo ambitną i wiemy, że będzie Pan chciał jako rektor być lepszy od poprzednika. KNOW, najwyższe oceny parametryczne wydziałów. Poprzeczka jest już wysoko i na dodatek sam Pan brał udział w jej zawieszaniu jako prorektor ds. nauki.

- Sukces nie został nam dany na zawsze. Wiele wskazuje na to, że przyjdzie nam funkcjonować w niezwykle trudnym czasie. Status KNOW za chwilę się zakończy i niestety, wiemy już, że program nie będzie wznowiony. O dotacji dydaktycznej już mówiłem. A my przecież przyzwyczailiśmy się w ostatnich latach do dobrego. Tylko że tego nam nikt nie dał za darmo,

a to wszystko było wypracowane. Trochę zapomnieliśmy o tym. Przed nami dużo nowych wyzwań. Moim marzeniem jest wciągnięcie w pracę uczelni jak największej liczby osób. Te wszystkie granty i programy naukowe, tego nie robi rektor, czy jego zastępcy. Za tym stoją ludzie, którzy wierzą w sukces uczelni. Im ich będzie więcej, tym większa będzie nasza szansa. Jeden rektor niewiele może zrobić. Ja jestem od mobilizacji, wyznaczania kierunków i wyboru współpracowników. Chcę stawiać na młodych. To jest nasza przyszłość. Stawiam na jakość pracy. Już samo to, że rozliczamy projekty statutowe publikacjami z IF lub polskie z najwyższą punktacją, powoduje, że mamy więcej prac bardzo dobrych. Ich liczba znacząco się nie zwiększa, ale są coraz lepsze. W ostatnich latach mieliśmy najwyższą cytowalność wśród wszystkich uczelni w Polsce (w przeliczeniu na liczbę publikacji). To też jest sukces na tę chwilę, bo za rok może tak nie będzie. Nie da się bić rekordów w nieskończoność. Kiedyś złapie się zadyszkę.

Sporo rzeczy, które obecnie robimy, to kontynuacja zadań z poprzednich lat. Bardzo liczę na realizację Kontraktu Terytorialnego, który może być dla nas kołem zamachowym dla rozwoju naszej infrastruktury [UMB ma w nim wpisane prawie 200 mln zł na inwestycje związane z rozbudową i rozwojem - red.]. Ciągłe na to czekamy. Mamy też sporo bardzo ciekawych projektów naukowych, które częściowo są zabezpieczone finansowo środkami z UE i budżetu państwa. Jednak by je uruchomić, potrzebujemy partnerów biznesowych, którzy włożą tam swoje pieniądze.

Wydaje się nam, że na uczelni widać już zmianę myślenia. Dobre publikacje, zgłoszenia patentowe, współpraca z przedsiębiorcami, wszystko poparte sowitym systemem motywacyjnym. To działa.

- To był mój priorytet jako prorektora ds. nauki, by zaproponować jak najlepiej tej tak zwanej tej „marchewki”. Były więc środki na wyjazdy zagraniczne, dodatkowe stypendia. Były też duże wymagania, ale kryteria zostały jednoznacznie określone. Naukowcy

wiedzieli, że to nie jest uznaniowe czy subiektywne, ale że to można dzięki ciężkiej pracy sobie wypracować.

Naszym marzeniem, ale i koniecznością, jest teraz pozyskiwanie grantów z programu Horyzont 2020 [najhojniejszy w historii UE program wsparcia badań naukowych, w którym na równi startują wszystkie ośrodki naukowe z Europy, najczęściej



*Jako Uczelnia
zeszły rok zamknęliśmy
ujemnym wynikiem
finansowym
w wysokości ok.
4 mln zł. W tym roku
też nie będziemy nad
kreską*

tworząc wspólne konsorcja - red.]. Niedawno otrzymaliśmy informację z ministerstwa, że mamy najwięcej w kraju złożonych wniosków w ramach tego programu. Cóż z tego, skoro samych grantów nie zdobyliśmy. Wiele razy nawet przechodziliśmy do drugiego etapu. To też wielki sukces. Tych wniosków w danym konkursie jest

pół tysiąca, za każdym stoi kilkanaście dobrych jednostek tworzących konsorcjum, a do drugiego etapu przechodzi tylko 30 czy 50. Finalnie na finansowanie może liczyć jeden - dwa projekty. To niezwykle ważna, ale i trudna sprawa. Jeżeli nie będziemy prowadzić badań naukowych, to będziemy zwykłą szkołą zawodową. A mając coraz lepsze narzędzia, możemy sprawić, że wiele chorób, które do tej pory były niewyleczalne, będą wyleczalne. A tam, gdzie leczenie nie jest jeszcze wystarczająco skuteczne, będzie efektywniejsze. My to naprawdę możemy tu zrobić.

Znowu nie udało się nam uciec od pieniędzy, tym razem w nauce. Jak się Pan odnajduje w świecie, w którym to jednak finanse stają się decydujące?

- Jestem człowiekiem zadaniowym. Do tej pory zajmowałem się nauką i wierzę, że udało mi się pomóc naszym naukowcom. Teraz jest dużo więcej zadań do wykonania. W przypadku uczelni medycznej wszystko powinno zmierzać do tego, aby najlepiej jak się tylko da leczyć pacjentów. Wstydzę się, że ktoś musiał z Białegostoku odwieźć bliskiego do Krakowa czy Warszawy, bo nie mógł tu liczyć na pomoc. A przecież tu mamy najlepszy szpital, najlepszych ludzi, czy sprzęt. Musimy zrobić wszystko, by ci pacjenci nie musieli wyjeżdżać. Przecież za jakiś czas to może my będziemy musieli liczyć na taką pomoc.

Ja przestałem mieć kompleksy, kiedy pojechałem pracować za granicę. Tam ludzie nie są od nas mądrzejsi. Są lepiej zorganizowani i mają więcej pieniędzy. Miałem możliwość zostać za granicą i wieść tam piękne, spokojne życie. Postanowiłem jednak, że wrócę i będę próbował tę „zagranicę” zrobić w Polsce. Potencjał ludzki, jaki tu mamy, jest niesamowity. Musimy tylko pozwolić im się wykazać. Nasi młodzi naukowcy mają teraz większą możliwość odniesienia sukcesu, niż my mieliśmy wcześniej.

ROZMAWIALI: KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK I WOJCIECH WIĘCKO

Szansa na hybrydową salę operacyjną

Miasto Białystok przekazało 750 tys. zł na zakup nowoczesnego sprzętu do hybrydowej sali operacyjnej w Klinice Kardiochirurgii szpitala klinicznego.

Umowa o wsparciu szpitala ze strony magistratu została zawarta 14 listopada. Ze strony miasta podpisał ją prezydent Tadeusz Truskolaski, szpital reprezentował p.o. dyrektora Marek Karp, w asyście rektora UMB prof. Adama Krętowskiego.

Szpital dzięki dofinansowaniu będzie mógł wyposażyć jedną salę operacyjną w sprzęt do zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii naczyniowej i endowaskularnej oraz kardiologii inwazyjnej. Dzięki temu możliwe będzie wykonywanie na tej sali zabiegów z pełnym otwarciem klatki piersiowej oraz zabiegów mało inwazyjnych przy wykorzystaniu angiografu.

- Nowością jest to, że w jednym miejscu mamy salę operacyjną i diagnostykę angiograficzną. W czasie operacji pacjent może mieć wykonane badanie tomograficzne, angiogramy. To powoduje, że nie trzeba go przewozić na inną salę. To daje szansę na szybsze wykonanie operacji, krótszy pobyt w szpitalu i na lepsze wyniki operacyjne - tłumaczył rektor prof. Krętowski

Jak dodał rektor Krętowski inwestycja ta jest jeszcze elementem prowa-

dzanej obecnie rozległej modernizacji szpitala klinicznego.

- To bardzo ważne, aby mieszkańcy Białegostoku i regionu podlaskiego mieli dostęp do najnowocześniejszych

gramu POLKARDJ). Szpital szuka jeszcze pozostałych środków. Do grudnia ma być kupiony angiograf, do połowy 2017 r. mają się zakończyć prace budowlane w Klinice Kardiochirurgii,



Umowę podpisują prezydent Białegostoku Tadeusz Truskolaski i p.o. dyrektora USK Marek Karp (z prawej), fot. Wojciech Więcko

metod leczenia. To przecież decyduje o zdrowiu i życiu ludzi, dlatego warto wspierać tego typu inwestycje - dodał prezydent Tadeusz Truskolaski.

Cała inwestycja to koszt 3,9 mln zł. Ministerstwo Zdrowia wsparło już tę inwestycję kwotą 1,5 mln zł (z pro-

gdzie będzie działać sala hybrydowa. Nowa sala powstanie w miejsce modernizowanej jednej z dwóch sal na bloku operacyjnym tej kliniki. ■

BDC

W skrócie

Prof. Ładny od podstawy programowej

Prof. dr hab. Jerzy Robert Ładny z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku znalazł się w grupie ekspertów, którzy przygotowują podstawę programową kształcenia ogólnego z przedmiotu edukacja dla bezpieczeństwa. Powołanie otrzymał z rąk minister edukacji Anny Zalewskiej.

Profesor Ładny jest kierownikiem

Zakładu Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMB. Od 2013 r. pełni funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Niedawno otrzymał Nagrodę Ministra Zdrowia im. bł. Gerarda w kategorii „Osoby i instytucje wspierające system Państwowego Ratownictwa Medycznego”.

Radioaktywni najbardziej aktywni

Studenckie Koło Naukowe Radioaktywni zajęło I miejsce w konkursie na najbardziej aktywne studenckie koło naukowe w dzie-

dzinie elektroradiologii w roku akademickim 2015/2016. Opiekunem koła jest mgr Ewa Pasięka z Zakładu Radiologii.

Nagroda została przyznana przez Polskie Towarzystwo Elektroradiologii oraz czasopismo „Inżynier i Fizyk Medyczny”. Nagrodę - podczas VI Ogólnopolskich Warsztatów z okazji Światowego Dnia Radiologii w Poznaniu - odebrali 19 listopada Aneta Metelska, przewodnicząca koła, oraz Tomasz Latoszek, wiceprzewodniczący koła. ■

BDC

Utrzymana akredytacja GLP

Centrum Medycyny Doświadczalnej UMB utrzymało bardzo prestiżową akredytację GLP (Good Laboratory Practice). To certyfikat o światowej randze, potwierdzający najwyższą jakość i powtarzalność prowadzonych w jednostce badań.



Budynek Centrum Medycyny Doświadczalnej

Akredytacja ważna jest tylko przez cztery lata i przed jej odnowieniem konieczna jest ponowna kontrola. Za pierwszym razem została przyznana w końcu 2012 r. Teraz centrum przeszło ponowną weryfikację i utrzymało swój status. Tym samym to nadal jedyny ośrodek akademicki w Polsce, który posiada takie wyróżnienie w zakresie badań toksykologicznych. To tu wykonywane są badania nad potencjalnymi przyszłymi lekami (m.in. onkologicznymi, endokrynologicznymi, immunologicznymi), ich właściwościami fizykochemicznymi, farmakokinetycznymi i toksycznymi. To także tu sprawdza się i testuje przyszłe implanty i elementy wykorzystywane w ortopedii. Centrum współpracuje w tym zakresie z 45 jednostkami, zarówno ośrodkami uniwersyteckimi, Polską Akademią Nauk, jak i firmami farmaceutycznymi.

Certyfikat GLP (tłumacząc na język polski: Dobra Praktyka Laboratoryjna) to nie tylko prestiż, ale całkiem poważne narzędzie pracy. Oznacza ono, że prowadzone w białostockim

centrum badania laboratoryjne są niepodważalne, a ich wyniki są praktycznie uznawane w całym świecie. Przykładowo, gdyby firma farmaceutyczna chciała wprowadzić lek na rynek amerykański, to badania *in vitro* lub *in vivo* swojej substancji (obowiązkowe przed badaniami klinicznymi na ludziach) mogłaby wykonać np. w certyfikowanym laboratorium w USA albo w Białymstoku. A wynik uzyskany w centrum byłby zaakceptowany przez niezwykle restrykcyjną amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA), która odpowiada za wprowadzanie m.in. leków na rynek w USA.

Ta niepodważalność wyników badań bierze się z zastosowanych procedur oraz warunków funkcjonowania obiektu. W centrum nie dzieje się nic przypadkiem. Wszelkie możliwe parametry działalności laboratorium są rejestrowane. Klatki dla zwierząt mają indywidualną klimatyzację (temp. wynosi zawsze 22 st. C +/- 2 st. C, a wilgotność 50 proc.). Kluczowa jest jednak ciągłość pracy centrum. Dlatego większość urządzeń jest

zdublowana. Jeżeli jedno przestaje działać, to drugie włącza się automatycznie. Co więcej obsługa i jednocześnie serwis urządzenia dostają od razu sygnał, co i gdzie się popsuło. Gdyby zabrakło prądu, laboratorium ma kilkustopniowe zasilanie rezerwowe (podobnie jak szpitale). Sercem obiektu jest jednak nowoczesny system kontroli powietrza. To zespół potężnych urządzeń zajmujących się utrzymaniem stałej temperatury, wilgotności, czystości, a także odpowiedniego ciśnienia. Zamontowane filtry absolutne odpowiadają za dostarczenie nawiewu sterylne powietrza do pomieszczeń laboratoryjnych oraz sal operacyjnych.

Centrum słynie też w całym kraju z hodowli zwierząt laboratoryjnych. W zależności od liczby zamówień znajduje się tam jednocześnie nawet ok. 10 tys. myszy i szczurów. Są to zarówno zwierzęta laboratoryjne, jak i też szczepy modyfikowane genetycznie. ■

BDC

Ekspert w PKA

Dr Mateusz Cybulski z Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB został najmłodszym ekspertem Polskiej Komisji Akredytacyjnej. To ona ocenia jakość kształcenia na poszczególnych kierunkach studiów na wszystkich polskich uczelniach wyższych.

Polska Komisja Akredytacyjna (PKA) jest niezależną instytucją, której głównym zadaniem jest kontrola jakości kształcenia we wszystkich uczelniach publicznych i niepublicznych na studiach I, II i III stopnia oraz studiach podyplomowych. Do tego dochodzi też ocena działalności podstawowych jednostek organizacyjnych uczelni. W jej strukturze eksperci to specjaliści merytoryczni z danych dziedzin nauki, którzy mają głos doradczy.

Dr Cybulski będzie pracował w zespole nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej, w dyscyplinie medycyna i biologia medyczna. Choć, jak sam dodaje, spodziewa się, że to będą do niego trafiać zlecenia związane z jego wykształceniem, czyli zdrowiem publicznym.

- Myślę, że największy wpływ na to, że zostałem ekspertem miała moja praca w Wydziałowym Zespole ds. Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia. Przyznam, że tej nie brakowało, a kiedy wiosną 2016 roku przyjechał zespół wizytujący z PKA było jej już wyjątkowo dużo - mówi sam zainteresowany.

Niedawno właśnie kierunki studiów - pielęgniarstwo oraz zdrowie publiczne - na WNoZ były kontrolowane przez komisję akredytacyjną. Sprawdzana była przede wszystkim dokumentacja studiów, sylabusy, ich zgodność z planami studiów i regulaminami.

- To są ogromne ilości dokumentów, które co chwila trzeba uzupełniać o kolejne w związku z prośbami zespołów wizytujących. Okazało się, że byliśmy świetnie przygotowani. Kontrola zakończyła się dla nas oceną pozytywną, a dla mnie zgłoszeniem mojej kandydatury do grona ekspertów - opowiada dr Cybulski.

Od razu trzeba wyjaśnić. Polska Komisja Akredytacyjna to zupełnie inna instytucja niż Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych, który dokonuje



Dr Mateusz Cybulski inauguruje kolejną edycję Uniwersytetu Zdrowego Seniora. Problematyka funkcjonowania osób starszych, to jego główny kierunek naukowy, fot. Wojciech Więcko

oceny parametrycznej poszczególnych wydziałów, wydając im oceny A+, A, B, C. Przy czym oceny te wpływają w znaczący sposób na wysokość dotacji, jakie może otrzymać uczelnia. PKA zajmuje się kontrolą tylko poszczególnych kierunków nauczania. W swojej skali oceniania też ma cztery stopnie: wyróżniający, pozytywny, warunkowy i negatywny. Ocena bezpośrednio nie wpływa na finanse uczelni, ale na to, czy nauczanie studentów w ogóle może się odbywać. Ocena negatywna - to konieczność zamknięcia danego kierunku lub jego zawieszenia z powodu niespełnienia standardów. Ocena warunkowa - to taka „żółta kartka” i konieczność szybkiego uzupełnienia braków. Ocena pozytywna oznacza, że wszystko jest w porządku, zaś ocena wyróżniająca to wyraz, że kształcenie odbywa się w sposób wyjątkowy. To może być dodatkowym bonusem przy staraniu się o różne granty centralne.

Z punktu widzenia eksperta PKA praca wygląda następująco. Najpierw przychodzi „zlecenie z centrali”. Potem trzeba przygotować się do kontroli. Wstępnie to przeanalizowanie wnio-

sków z danej uczelni (przeważnie ponad 100 stron różnych pism). Potem jest sama kontrola. Kilka osób pracuje przez ok. dwa dni, weryfikując głównie dokumenty. Później na podstawie tych danych przygotowuje się raport, z którego to wynika końcowa ocena.

- Rozmawiałem z osobami z naszej uczelni, które pełnią już rolę ekspertów PKA. One mówią wprost, że pracy przy tym jest bardzo dużo - tłumaczy dr Cybulski.

Jak dodaje dr Cybulski, choć sprawdza się głównie dokumenty, to kontrola jest tak szczegółowa i wielowątkowa, że bardzo trudno ukryć niedociągnięcia. Najczęstsze błędy wychwytywane są w sylabusach, które nie są zgodne z planami studiów. Często też uczelnie nie zapewniają swoim studentom wszystkich warunków opisanych w swoich regulaminach systemów jakości kształcenia.

Dr Mateusz Cybulski jest adiunktem w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej. Zajmuje się problematyką funkcjonowania osób starszych. ■

BDC

Niewielki domek, wielka idea

Historia białostockiej medycyny znów zatacza koło. Nowoczesna w latach 50. XX wieku idea ustąpi miejsca nowoczesności XXI wieku. Mowa tu o znanym środowisku medycznym, jak też mieszkańcom miasta, drewnianym domku stojącym w kompleksie szpitala klinicznego, tzw. domku szwedzkim.

Choć z pozoru niewielki, kryje w sobie jednak bardzo ciekawą historię, a nade wszystko wielką ideę przyświecającą jego powstaniu.

Idea pediatryczna

Geneza budynku powszechnie znanego jako „domek szwedzki” sięga lat 50. XX wieku i wiąże się z jednej strony z osobą dr Ireny Białówny, a z drugiej z organizacją UNICEF. Doktor Białówna - jedna z czołowych postaci podlaskiej historii medycyny, oddana swoim małym pacjentom lekarz pediatra, od 1927 roku związana była zawodowo z Białymstokiem. W okresie II wojny światowej przebywała w obozach koncentracyjnych w Oświęcimiu, Gross-Rozen i Ravensbrück, skąd wraz z chorymi ewakuowała się w kwietniu 1945 roku do Szwecji. Po powrocie do Polski wykorzystała szwedzkie kontakty, aby podnieść poziom pediatrii w Białymstoku. Pierwszym krokiem ku temu było oczywiście powołanie w 1953 roku Katedry i Kliniki Chorób Dzieci Akademii Medycznej w Białymstoku. W zespole prowadzonym przez lek. Andrzeja Kańskiego była również dr Irena Białówna.

Bardzo istotny był fakt, że Klinika oprócz działalności leczniczej i dydaktycznej, prowadziła bardzo intensywne szkolenia lekarzy z terenu całego województwa. Warto nadmienić, że w tym czasie w województwie białostockim (z wyłączeniem miasta Białystok) nie było ani jednego specjalisty w dziedzinie pediatrii. W 1953 roku wskaźnik umieralności noworodków w województwie wynosił 84 na 1000 porodów. Z tego powodu bardzo ważną była działalność szkoleniowa. Orga-



„Domek szwedzki”, fot. Wojciech Więcko



Uczestnicy jednego z kursów specjalizacyjnych w dziedzinie pediatrii organizowanych przez Klinikę Chorób Dzieci AMB. Kierownik Kliniki lek. A. Kański (drugi rząd, 5 od lewej), dr I. Białówna (II rząd, 4 od lewej). Fot. ze zbiorów F. Bakun

nizowano comiesięczne 2-dniowe kursy dla lekarzy zajmujących się pediatrią. Oprócz tego do Kliniki na okresowe szkolenia specjalizacyjne przyjmowano lekarzy z terenu miasta i województwa.

Pomimo ogromnych chęci i pasji dr I. Białówny do organizowania szkoleń, wciąż problemem był brak odpowiedniej przestrzeni. Dzięki szwedzkim kontaktom udało się jej doprowadzić do wybudowania w 1957 roku Centrum Szkolenia Pediatrii Społecznej. Zlokalizowano je przy ul. Wołodyjowskiego, a z uwagi na proveniencję nazywano potocznie domkiem szwedzkim. Centrum było finansowane przez UNICEF, który wyposażył

również samą Klinikę w sprzęt naukowy warty 15 000 USD. Otworzyło to zupełnie inne możliwości kształcenia kadry naukowej. W placówce warunki do szkoleń były komfortowe. Zorganizowano 36 miejsc internatowych, salę wykładową, bibliotekę oraz zaplecze gastronomiczne. Od momentu powstania centrum, jeszcze bardziej zintensyfikowano program szkoleń pediatrycznych. Białostocki ośrodek został również włączony do ogólnopolskiego programu Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. W centrum prowadzono szkolenia skierowane nie tylko do lekarzy krajowych, ale także z Afryki i Azji. W sumie do 1960 roku wyszkolono i wyspecjalizowano 57 pediatrów.

Nowoczesna architektura

Budynek wraz z całym wyposażeniem został przystany do Białegostoku jako dar Rådila Bärnen ze Szwecji dla miejscowego wydziału zdrowia. Projektantami budynku byli szwedzcy architekci: Tor Bunner i Curt Olsson. Wykonawcą robót montażowo-budowlanych zaś było szwedzkie przedsiębiorstwo „AB Wallit” ze Sztokholmu. Jedynie wykonanie wykopów i betonowych fundamentów powierzono miejscowemu przedsiębiorstwu. Interesującym jest fakt, że również sprzęt budowlany sprowadzono ze Szwecji. Specjalny samochód zaopatrzonego w dźwig przeładowywał na stacji kolejowej wielkowymiarowe elementy na przyczepę, a następnie przewoził je na budowę. Budynek składano z gotowych modułów. Z uwagi na nowoczesną konstrukcję, jak również użyte elementy wyposażenia, pawilon szkoleniowy był wzorcem nie tylko z punktu widzenia środowiska lekarskiego, ale przede wszystkim architektów i krajowych firm budowlanych.

XXI wiek

Centrum, pomimo że było wybudowane przy Akademii Medycznej w Białymstoku podlegało jednak Centrum Medycznego Szkolenia Podyplomowego w Warszawie. Sytuacja ta trwała do 1996 roku, gdy białostocka uczelnia przejęła budynek wraz z gruntem. W wyniku zmian lokalowych w kompleksie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego pomieszczenia zajmowane do tej pory przez administrację szpitala oddano Klinice Hematologii. Administracja zaś przeniosła się do „domku szwedzkiego”. Lada moment się z niego wyprowadzi, a budynek zostanie bez lokatora.

Koło historii białostockiego leczenia toczy się dalej. Niedługo nowatorskość sprzed prawie 60 lat zastąpi nowoczesna architektura XXI wieku. W miejscu „Szwecji” UMB planuje wybudować piętrowy budynek kliniki psychiatrycznej. Sam zaś budynek według niektórych pomysłów ma być rozebrany i przeniesiony w inne miejsce. ■

MAGDALENA GRASSMANN

Muzeum UMB z wyróżnieniem



Wyróżnienie dla Muzeum UMB odebrała Marta Piszczałowska (2 z prawej)

Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zostało wyróżnione przez Narodowy Instytut Dziedzictwa za zaangażowanie w organizację 24. edycji Europejskich Dni Dziedzictwa w Polsce.

Uroczysta gala odbyła się 21 listopada 2016 roku we Wrocławiu.

UMB już od pięciu lat bierze udział w Europejskich Dniach Dziedzictwa. Tegoroczne obchody odbyły się pod hasłem „Gdzie duch spotyka się z przestrzenią - świątynie, arcydzieła,

pomniki”. Uczestnicy spotkania podczas specjalnych spacerów odkrywali pałacowe duchy sztuki i medycyny.

Warto przypomnieć, że pierwszą wystawę na naszej uczelni z okazji Europejskich Dni Dziedzictwa otwierał ówczesny prorektor ds. nauki, a obecnie rektor prof. Adam Krętowski. Wówczas tematem przewodnim było hasło „Kamienie milowe białostockiego szpitalnictwa”. ■

BDC

Specjaliści od tytułów naukowych

Prof. Elżbieta Krajewska-Kułak i prof. Jolanta Małyшко z UMB zostały wybrane do Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów Naukowych na 4-letnią kadencję w latach 2017-2020.

Prof. Krajewska-Kułak jest prodziekanem ds. studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierownikiem Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej oraz redaktorem naczelną „Progress In Health Sciences”.

Prof. Małyшко jest kierownikiem II Kliniki Nefrologii z Oddziałem Leczenia Nadciśnienia Tętniczego i Pododdziałem Dializoterapii, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego i członkiem Zarządu Głównego ERA-EDTA (European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association). ■

BDC

390 gramów strachu i szczęścia

Prawie 30 „wczęśniaków” wraz z rodzicami spotkało się 17 listopada z lekarzami i położnymi z Kliniki Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

Okazją był obchodzony tego dnia Międzynarodowy Dzień Wczęśniaka. Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka to miejsce, do którego na Podlasiu trafia 80 proc. dzieci urodzonych z wagą poniżej kilograma. Najmniejsze uratowane tam w ostatnich latach noworodki ważyły ledwie po 390 gram (urodziły się w 23 tygodniu, choć prawidłowa ciąża powinna trwać 38-40 tygodni). Przyczyny przedwczesnych porodów są różne: czasem nadciśnienie u mamy, cukrzyca ciążowa, infekcje wewnątrzmaciczne. Czasem powodu nie można ustalić. Jak zauważa dr Elżbieta Ewa Kulikowska z Kliniki Neonatologii UMB kluczowa dla rokowań jest nie waga dziecka, a jego dojrzałość. - Po 25 tygodniu naprawdę jesteśmy w stanie powalczyć. Wcześniej te szanse są dużo mniejsze.

Na spotkaniu były obecne dwie siostrzyczki: Milena i Emilka. Ta pierwsza urodziła się w 28 tygodniu i ważyła 1040 gram, druga w 27 i ważyła 980



Milena, kiedy się urodziła, ważyła trochę ponad kilogram. Jej mama przyznaje, że opieka nad wcześniakiem to ciągła walka

gram. Jak przyznaje ich mama, przedwczesne narodziny były traumatycznym przeżyciem.

- Na początku najgorszy był strach i niepewność. Pamiętam, że kiedy wychodziłam ze szpitala, a moja córeczka tu zostawała, to pękało mi serce – wspomina mama dziewczynek. – A potem była walka. Także o to, by karmić moje dzieci moim pokarmem. Codziennie kilka razy dziennie, w dzień i w nocy, ścierałam pokarm. I mroziłam go.

Teraz Emilka ma 4,5-roczone, a Milenka ponad rok. Obie rozwijają się prawidłowo, choć są nieco drobniejsze od rówieśniczek. Nie chorują.

Organizatorem spotkania była dr Barbara Bebko, położna z kliniki neonatologii wraz ze studentkami położnictwa UMB. ■

KM

Świętowanie na WNoZ

Wielkie święto na Wydziale Nauk o Zdrowiu. 69 przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy oraz 25 położnych – odebrało swoje czepki, symbol wstąpienia do zawodu. Paniom czepki na głowę nałożyli nauczyciele, panowie (dwóch pielęgniarzy) swój czepki otrzymali symbolicznie do ręki.

Tradycja czepkowania pielęgniarek w Polsce sięga 1911 roku. Od 1991 roku nie ma już obowiązku noszenia czepka, a jednak stanowi on istotny element stroju galowego. Czarny pasek na czepku oznacza pielęgniarkę, czerwony - położną. Czepki, który otrzymuje student różni się od czepka „zawodowego” szerokością paska, pracująca zawodowo pielęgniarka ma szeroki pasek natomiast student ma pasek wąski.



„Czepkowanie” to symboliczne wstąpienie do zawodu pielęgniarki i położnej. W przypadku panów czepki jest wręczany do ręki, fot. Wojciech Więcko

Prócz założenia czepka, studenci złożyli ślubowanie, w którym zobowiązali się do niesienia pomocy potrzebującym oraz trwania przy tradycjach zawodu.

Drugą częścią uroczystości było wręczenie dyplomów zakończenia studiów absolwentom WNoZ. W su-

mie studia ukończyło 565 osób, na ośmiu kierunkach. Przywilejem najlepszych absolwentów (średnia pow. 4,75 oraz 5 z dyplomu) jest wpisanie się do „Złotej księgi absolwentów”. ■

BDC

Kiedy zmarli uczą

Prochy pierwszych pięciu donatorów, którzy swe ciała przekazali UMB na rzecz nauki, zostały pochowane tuż przed świętem zmarłych. To symboliczne zakończenie pierwszego etapu Programu Świadomej Donacji, który w 2010 roku rozpoczął się na naszym Uniwersytecie.

Obietnica godnego pochówku tych osób to jeden z najważniejszych obowiązków, jakie wzięła na siebie uczelnia. Grobowiec z czarnego marmuru znajduje się na Cmentarzu Miejskim w Białymstoku, tuż obok kolumbarium i głównej alei nekropolii. Nie ma na nim żadnych nazwisk, bo donatorzy chcą pozostawać anonimowi. Wryto tylko informację, że to miejsce spoczynku osób, które swoje ciała przeznaczyły nauce, logo UMB oraz sentencję Jana Pawła II: „Kres jest tak niewidzialny, jak początek”.

Uroczystość pogrzebowa odbyła się w dwóch obrządkach - katolickim i prawosławnym. W modlitwie - prócz przedstawicieli władz uczelni i nauczycieli akademickich - uczestniczyli też studenci I roku Wydziału Lekarskiego. Choć ledwo co rozpoczęli naukę anatomii, to - jak zaznaczył prof. Janusz Dzieciół - muszą zdawać sobie sprawę z tego, że mogą się uczyć dzięki wielkiej ofierze, którą wobec nich wykonały niezbrane im osoby. To też ich wyraz szacunku wobec zmarłych.

Wojciech Więcko: Najważniejsza obietnica uczelni wobec donatorów, czyli godny pochówek, została zrealizowana. To dobry moment na pierwsze podsumowanie Programu Świadomej Donacji Zwłok.

Prof. Janusz Dzieciół, INICJATOR PROGRAMU ŚWIADOMEJ DONACJI ZWŁOK, KIEROWNIK ZAKŁADU ANATOMII PRAWIDŁOWEJ, PROREKTOR UMB: - Tak, ten pierwszy etap mamy zakończony. Pochowaliśmy prochy pięciu pierwszych donatorów. Od razu złożę wielkie podziękowania administracji Cmentarza Miejskiego



skiego w Białymstoku, dzięki której udało nam się znaleźć bardzo ładne i godne miejsce na tej nekropolii. Ze względów logistycznych to też bardzo wygodne miejsce dla rodzin naszych donatorów. Będą mieli miejsce, do którego łatwo trafić i w którym będą mogli wspomnieć swoich bliskich.



Pochówek prochów donatorów, których ciała wykorzystywane były w celach naukowych na UMB, fot. Wojciech Więcko

Wracając do pytania; kiedy zostałem kierownikiem Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka byłem wielkim zwolennikiem wprowadzenia wirtualnych metod nauczania anatomii. One nie były wtedy tak powszechne jak dziś. Kosztowały bardzo dużo, a na dodatek były trudno dostępne. Mimo wszystko udało się nam je wtedy wprowadzić. Mieliśmy bardzo nowoczesne wirtualne atlasy anatomiczne i różne programy komputerowe wspierające naukę anatomii. Jednocześnie do absolutnego minimum na niektórych kierunkach ograniczyliśmy pracę na preparatach naturalnych, czy zwłokach. Po dosłownie 2-3 latach zarówno nauczyciele, jak i studenci stwierdzili, że to nie to. Żadne komputery i najlepsze programy nie

pozwolą na naukę anatomii na wymaganym poziomie. Wróciliśmy do tradycyjnej metody nauczania na preparatach naturalnych. Wirtualną rzeczywistość wykorzystujemy bardziej na tych kierunkach, które są mniej związane ze świadczeniem w przyszłości usług medycznych. Przyszłego lekarza nie da się wykształcić tylko w oparciu o techniki wirtualne.

W 2010 roku, kiedy program donacyjny był uruchamiany, tłumaczył Pan, że coraz trudniej uczyć studentów pracując na preparatach mających po kilkanaście lat.

- Tak. To wynikało właśnie z tego, że mieliśmy zbyt mało zwłok, by móc utrzymać odpowiednią jakość kształcenia. Studentów jest wielu. Każdy z nich chce się przecież nauczyć najlepiej, jak można. Wielu studentów chce dotknąć określonej struktury. To naturalne, że preparaty ulegają mechanicznemu zużyciu. Teraz te problemy to już przeszłość. Dzięki programowi udaje się nam zastępować te najbardziej zużyte preparaty nowymi. Właśnie dlatego mogliśmy po-

chować naszych donatorów. Naszym przyrzeczeniem wobec nich było to, że będziemy używać ich ciał tylko do momentu, kiedy będziemy mogli je wykorzystać do celów dydaktycznych.

Od 2010 roku otrzymaliśmy już zwłoki donatorów z Programu Świadomej Donacji Zwłok. Część z nich jest już wykorzystywana w naszym procesie dydaktycznym. Część z nich jest jeszcze specjalnie zabezpieczona i czeka na przygotowanie. Wiąże się to z tym, że dopiero od niedawna Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka zyskał odpowiednie warunki do nowoczesnej pracy. W zasadzie od początku istnienia naszej jednostki [lata 50. XX wieku - red.] nie przechodziła ona poważniejszych remontów. Teraz jesteśmy już po generalnej modernizacji i mamy warunki pracy, o jakich wcześniej marzyliśmy.

Co się zmieniło przez te sześć lat?

- Dzięki temu, że możemy pracować na nowych preparatach, znacząco poprawiła się jakość kształcenia. To bardzo ważne. Studenci mogą teraz więcej zobaczyć, rozpoznać wszystkie struktury ludzkiego ciała. Dotknąć poszczególnych narządów. Jeżeli są to na przykład naczynia, to muszą je odsłonić, podnieść do góry, obejrzeć przebieg. Tego nie można doświadczyć używając nawet najlepszego komputera i programów. Studenci pracują naprawdę bardziej intensywnie.

Zdziwiłem się, gdy na grobowcu nie zobaczyłem nazwisk donatorów. Kiedy program startował donator mógł zdecydować się na pochówek imienny, mógł wybrać okres, przez jaki jego ciało będzie służyło nauce, mógł wybrać rodzaj pochówku, a nawet obrządek, w którym będzie chowany.

- Przed około dwoma laty musieliśmy zmodyfikować nasz program i sam akt donacji. To wynikało właśnie z wniosków od naszych donatorów. Zrezygnowaliśmy z możliwości pochówku indywidualnego. Okazało się, że większość osób chce pozostać anonimowa. Wprowadziliśmy nowy schemat postępowania: jeżeli osoba decyduje się na donację swoich zwłok, to anonimowo i bezterminowo zostają one w dyspozycji zakładu. Kiedy

zwłoki nie spełniają już kryteriów dydaktycznych są kremowane i organizowany jest ich pochówek. Rzeczywiście, na początku realizacji programu pytaliśmy donatora o rodzaj pochówku. Praktyka pokazała, że potrzebne są zmiany w warunkach deklaracji o przystąpieniu do Programu Świadomej Donacji.

Czy jest duże zainteresowanie tym programem?

- Tak. Sporo osób pyta, jakie są zasady przystąpienia do niego. Część już po samej rozmowie z pracownikami zakładu, składa swoją deklarację. Zawsze jednak mówimy, że życzymy im dużo zdrowia i jak najdłuższego życia. W najbliższym czasie uczelnia nie powinna mieć problemu z preparatami naturalnymi wykorzystywanymi do nauki anatomii. Ideą programu jest

*Żadne komputery
i najlepsze programy
nie pozwolą na naukę
anatomii na
wymagany poziomie.
Przyszłego lekarza nie da
się wykształcić tylko
w oparciu o techniki
wirtualne*

jednak patrzenie w przyszłość, dlatego będzie on kontynuowany. To że w tej chwili mamy komfortową sytuację, nie oznacza, że za kilkanaście lat będzie tak samo.

Kto się zgłasza do tego programu? Jak donatorzy motywują swoje decyzje?

- Najmłodszy donator ma 28 lat, najstarszy 94 lata. Trudno więc mówić o jakiejś specyficznej grupie osób. Najczęściej mówią, że chcą pomóc młodym ludziom w nauce, czy też ogólnie chcą służyć innym. Tłumaczą, iż chcą posłużyć kolejnym pokoleniom lekarzy, które w przyszłości będą leczyć ich dzieci czy wnuki. Część chce w ten sposób podziękować szeroko rozumianej służbie zdrowia za to, że bardzo im

pomogła. Choć większość zgłoszeń pochodzi od mieszkańców naszego regionu, to pytania padają z różnych części Polski. Ostatnio mieliśmy telefony ze Śląska i Wybrzeża. Nasi rozmówcy wybrali sobie naszą uczelnię. Nawet podpowiadaliśmy im, że bliżej mają inną uczelnię medyczną. Odpowiedź była zdecydowana, że chcą trafić do naszego Uniwersytetu.

Donacja zwłok to temat chyba tak samo niełatwy jak transplantacje. Jest bardzo trudny emocjonalnie dla bliskich. Jak reagują rodziny donatorów, kiedy dowiadują się, że nie będzie pogrzebu?

- Zdarzają się pojedyncze przypadki, że osoba, która informowała nas, że donator zmarł, jednocześnie wyrażała wątpliwości dotyczące przekazania zwłok. Zawsze mówię w takich przypadkach, że akt donacji jest pewną formą testamentu i ostatnią wolą zmarłego. Jeżeli ktoś z najbliższych nie chce uszanować tej woli, to sprawa jego sumienia. My jednak nigdy nie podważamy sprzeciwu rodziny. Mieliśmy taki jeden przypadek. Rodzina powiedziała „nie” i odstąpiliśmy od naszej procedury. My to rozumiemy.

Są też takie sytuacje, że mimo złożenia stosownego aktu woli, nie możemy przyjąć zwłok. To najczęściej różne przypadki związane z uogólnioną chorobą nowotworową, kiedy występują nacieki na różnych narządach i są zaburzone ich struktury anatomiczne. Odmawiamy też, kiedy dana osoba zmarła w wyniku powikłań pooperacyjnych. My wobec donatorów zobowiązaliśmy się, że wykorzystamy ich narządy na rzecz nauki. A w takich przypadkach nie możemy spełnić naszej obietnicy. Takich sytuacji nie da się przewidzieć. Zwykle między aktem donacji a śmiercią mija kilka, kilkanaście lat. Zupełnie inny jest stan zdrowia w momencie złożenia aktu woli, a zupełnie inny po tym czasie.

Zdaję sobie sprawę, jak wielkim aktem miłosierdzia jest złożenie aktu donacji. Dlatego zawsze dziękuję wszystkim donatorom za gest, który uczynili w stosunku do naszej uczelni. ■

ROZMAWIAŁ WOJCIECH WIĘCKO

Pierwszy rak Krysi

Kilka dni temu przyszło mi pójść z moją kuzynką Krysią na wizytę u najlepszego podobno chirurga onkologa w Białymstoku. Po tej wizycie boję się nawet myśleć, jak wyglądają takie konsultacje u pozostałych onkologów...

U kuzynki wykryto nowotwór złośliwy piersi. Miesiąc wcześniej raka stwierdzono też u jej córki. Już jest po operacji, w trakcie chemii. Walczy o życie. Kiedy jest w szpitalu na leczeniu, jej małymi córkami opiekuje się Krysia, jedyna zresztą ich babcia. Stąd też zależy nam, by kuzynka trafiła do dobrego i doświadczonego lekarza. Robimy rekonesans. Wszyscy polecają dra X. Krysia była już u niego na pierwszej wizycie, ale nic nie wie: ani jaka czeka ją operacja, ani jakie są rokowania. Stwierdzam: pójdę razem, to wszystkiego się dowiemy. O 16 przed gabinetem dziki tłum. Wchodzimy pierwsze. Doktor żuje gumę. Przewala papiery na biurku. Nie zwraca na nas zbyt wiele uwagi. Czekamy. Okazuje się, że karta Krysi zaginęła. Pielęgniarka szuka jej przez kolejne 15 minut. W gabinecie, w kącie przy stoliku, bez fartucha siedzi młody człowiek. Doktor wypełnia karty innych pacjentów narzekając pod nosem na biurokrację. Karta Krysi znajduje się w stosie papierów w szufladzie biurka doktora. Jest dokumentacja, więc doktor każe się pacjentce rozebrać. Bada, ale nic nie mówi. Wracając do biurka i prosząc siedzącego w kącie mężczyznę: - Teraz ty zbadaj.

Ten zabiera się za obmacywanie Krysi.

- I co? - zwraca się doktor do mężczyzny, który zaczyna opisywać, co wy badał.

- Jakby tak było, jak mówisz, to znaczyłoby, że to jest beznadziejnie i nieoperacyjnie. A ja chcę operować - mówi doktor.

Młody idzie znów badać kuzynkę. Potem Krysia się ubiera i siada przed doktorem. Ten coś pisze i nie podnosząc nawet głowy mówi: - Zrobimy operację, wytniemy i będzie ok.

Nie wytrzymuję i pytam: - Ale to będzie mastektomia czy tylko wycięcie guza?

- A po co od razu mastektomia? Tu nie ma takiej potrzeby - odpowiada z opuszczonym wzrokiem.

- A badanie śródoperacyjne? - drążę.

- Nie ma takiej potrzeby - mówi dalej pisząc.

- A co z węzłami chłonnymi? Czy usunie pan tylko wartownika czy więcej węzłów chłonnych? Będzie Pan robić limfoscyntyografię? Bo nam zależy, żeby kuzynka była jak najbardziej sprawna po operacji - tłumaczę.

Doktor przerywa pisanie. Po raz pierwszy patrzy na Krysię i na mnie. Zaczyna tłumaczyć.

- Dzień przed operacją podamy

*Dla Pana, Doktorze,
to pewnie już
tysięczny rak piersi.
Dla Krysi pierwszy
w jej życiu...*

znacznik, który powinien wybarwić węzły chłonne, w tym węzeł wartownika. Potem zrobimy badanie gamma kamerą - mówi. - Oczywiście może się tak zdarzyć, że węzeł się nie wybarwi i wówczas będziemy musieli wyciąć więcej węzłów. Tak samo podczas operacji może się okazać, że węzły są powiększone, nieprawidłowe i wówczas będziemy musieli je usunąć. Póki co, planujemy zabieg oszczędzający: wycięcie guza i węzła wartownika.

Potem już pan doktor normalnie tłumaczy, gdzie zgłosić się do szpitala. Uprzedza, że dopiero po zabiegu, mając wynik histopatologii, można będzie zaplanować dalsze leczenie.

Wychodząc z gabinetu próbowałam w myślach usprawiedliwić postępowanie doktora. Setki pacjentów,

każdemu w kółko musi powtarzać to samo, i już pewnie nie pamięta o tym, że każdy, kto przed nim siada, umiera ze strachu i niewiedzy.

Dla Pana, Doktorze, to pewnie już tysięczny rak piersi. Dla Krysi pierwszy w jej życiu... Skoro nie ma Pan siły po raz kolejny tłumaczyć, to może niech Pan przygotuje i rozdaje ulotki? Jakie są typy nowotworów piersi, stopnie zaawansowania, po co są badania przed operacją, jak wygląda sam zabieg? Niech Pan napisze, że zawsze szuka Pan jak najlepszych rozwiązań, bo zależy Panu na wyleczeniu. Może lepiej, żeby tego wszystkiego kobiety dowiedziały się od Pana, a nie od „googla” albo sąsiadki, która chorowała 10 lat temu.

Po tej wizycie cofnęłam się wspomnieniami o 13 lat. Wtedy zaawansowany nowotwór wykryto u mojej mamy. W białostockim szpitalu oschle, nic nie tłumacząc odmówiono jej leczenia, mówiąc, że ryzyko powikłań jest większe niż szansa na poprawę stanu zdrowia. Załamałyśmy się obie. Szukając jednak ratunku trafiłyśmy wówczas do szpitala przy ul. Szaserów w Warszawie. Doktor zabrał nas do swojego gabinetu i poświęcił nam trzy, może cztery minuty. Wy tłumaczył, jakie leczenie spróbuje zastosować. Uprzedził, że może ono nie pomóc. Powiedział to jednak w taki sposób, że dało nam to siłę do walki i nadzieję. Wziął moją mamę za rękę i spokojnie, patrząc w oczy powiedział: - Pani Elżbieto, wie pani, jaką ma pani chorobę. I wie pani, że jej wyleczyć się nie da. Zrobię jednak wszystko, co w mojej mocy, by pani to życie przedłużyć...

Dziękuję, Panie doktorze, za te słowa. Wciąż pamiętam, choć właśnie mija 12 lat od śmierci mojej mamy. ■

**KATARZYNA
MALINOWSKA-OLCZYK**

Rozmawiam o śmierci. Ja też się boję

Dr hab. Paweł Knapp jest ginekologiem-onkologiem. Specjalizuje się w leczeniu raka jajnika. To jeden z gorzej rokujących nowotworów. Pytanie od pacjentek „ile życia mi zostało” słyzy bardzo często.

Katarzyna Malinowska-Olczyk: O co pytają Pana pacjentki, które dowiadują się, że są chore na raka jajnika?

DR HAB. PAWEŁ KNAPP, UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, konsultant wojewódzki z zakresu ginekologii onkologicznej: - Na początku o nic nie pytają, bo nie wiedzą, o co pytać. Tłumaczę im tło choroby oraz całą procedurę terapeutyczną. Mówię, jaka droga je czeka, czym grozi operacja, jakie mogą być konsekwencje i rokowanie. Jestem dumny z tego, że nigdy nie oszukałem żadnej mojej pacjentki. Kiedy jest źle, mówię, że jest źle i jak możemy sobie z tym psychicznie poradzić.

A padło takie pytanie: ile życia mi zostało?

- Często pada.

I co Pan odpowiada?

- Że takie słowa, jak „zostało pani trzy miesiące życia albo pół roku” - można usłyszeć tylko w filmach. A życie to nie film. Oczywiście tłumaczę moim pacjentkom, na co są chore. Pacjent musi wiedzieć, jak będzie przebiegało leczenie i że w każdej chwili to leczenie może się dramatycznie zakończyć - także śmiercią. Informuję o tym wszystkim chore, gdyż one muszą mieć czas, aby poukładać sobie właściwie życie zawodowe, a przede wszystkim prywatne. Muszą to sobie najpierw ułożyć w głowie, a potem w życiu realnym. Choroba dotyka często ludzi bardzo aktywnie funkcjonujących. Trafiają do mnie panie z banku, prawniczki, szefowe firm czy dyrektorki. I dowiadują się, że mają śmiertelną chorobę, bo niestety rak jajnika jest taką chorobą.

Jak Pan je motywuje?

- Na początku pytam: na co Pani jest chora? Jak to, Pan nie wie, na co jestem chora? Powtarzam: na co Pani jest chora? I słyszę: no, na raka jajnika. No właśnie. Jeśli Pani się podda, to zachoruje Pani na serce. Jak to na serce? Bo ja te serce wyrwę, jak się Pani



Dr hab. Paweł Knapp

podda - dziwna motywacja, prawda? To pierwsze przełamanie lodów, przełamanie tej granicy między męczyzną lekarzem, a pacjentką kobietą. W naszej rozmowie często dotykamy najbardziej intymnych sfer życia osobistego czy seksualnego, rozmawiamy o życiu, śmierci, potrzebach, chęciach i pragnieniach...

Jak Pan rozmawia? Zaprasza Pan do gabinetu, rozmawia na sali?

- Różnie to wygląda. To zależy od sytuacji. Czasem specjalnie mówię przy innych pacjentach: Pani też ma słuchać. Czasem rozmawiam w gabinecie, czasem przy łóżku, czasem po prostu trzymam za rękę i głaszczę po głowie. Czasem nie muszę nic mówić, wystarczy, że jestem.

Pytają, czy umrą?

- Tak, i odpowiadam im, że każdy z nas kiedyś umrze. Jedni wcześniej, drudzy później. Wtedy często pytają: a ja? W swoim czasie, wtedy kiedy przyjdzie czas. Tłumaczę, że głowa jest w każdej chorobie ośrodkiem zawiadującym. Opowiadam im przypowieść o złotej pigułce. O pigułce, o którą warto walczyć, bo być może pojutrze zostanie wynaleziona. Głupio będzie szykować się na śmierć i myśleć sobie, jaka byłam nierozsądna, że nie posłuchałam tego Knappa, który kazał mi walczyć, a ja się poddałam. Gdy głowa umiera, umiera wtedy całe ciało. Jak głowa się poddaje, to ciało też już nie będzie walczyć. W głowie jest chęć walki, jest miłość, nienawiść.

Trzeba poukładać, poszufladkować tak, by negatywne emocje starać się przekuć w te pozytywne. Oczywiście to nie jest proste, to wręcz niesamowicie trudne zadanie. Tłumaczę: to jest nasza wspólna choroba. Moja, również jako lekarza, jej jako pacjentki. Tak to postrzegam.

Czy czasem słyszy Pan, że jest tym pierwszym, który rozmawia, tłumaczy, mówi, wyjaśnia...

- Tak, moje pacjentki często mówią mi, że jestem pierwszym, który z nimi rozmawia, a nie tylko leczy. Często myślę o swoich pacjentkach. Najbardziej pamiętam Panią Zosię, prawniczkę, która trafiła do mnie z Centrum Onkologii. Zoperowałem ją. Po zabiegu żyła jeszcze półtora roku. Umierając przysłała mi smsa, w którym napisała, że dziękuje mi za te półtora roku kosztownego życia, które było też jednocześnie najpiękniejszym okresem w jej życiu. Napisała, że pomogłem jej to przetrwać, zrozumieć, pokazać drogę i pogodzić się. Dziesięć minut później umarła. Smsa dostałem w Gdańsku, gdzie miałem wykład na jakimś szkoleniu. Poszedłem na plażę. Obiecałem sobie wtedy, że będą pomagał tym kobietom, w każdej sytuacji, że zawsze znajdę czas, by porozmawiać, wesprzeć, czasami po prostu tylko być. To sens mojej pracy, bycia lekarzem. Ten sms to była największa zapłata za moją pracę.

Mówi Pan, że ta wola walki, życia jest niezwykle ważna. A było tak, że pacjentka poddawała się, siadała „głowa” i choroba wygrywała.

- Tak miałem kilka takich przypadków. Kiedy kobiety poddawały się psychicznie, bardzo szybko umierały.

A odwrotnie? Ktoś miał tak silną wolę życia, że wbrew medycynie zamiast kilku miesięcy żył znacznie dłużej?

- Miałem i mam kilka takich pacjentek. Z punktu widzenia medycyny czasem jest to niewytłumaczalne - ktoś przeżywa o wiele dłużej niż wszystkie

wskazywało na początku. Mam taką pacjentkę, starszą panią. Pierwszy raz operowałem ją prawie 5 lat temu, z powodu dużego guza, który okazał się nowotworem. Guz był tak duży, że nie udało się go w całości usunąć. Musiałem też wytworzyć jej stomię, wiedząc, że nie będzie możliwości ponownego zespolenia. Pacjentka dostała chemioterapię, guz się zmniejszył. Mniej więcej 12 miesięcy później nastąpiła wznowa - pojawił się przerzut na pęcherzu moczowym. Trzeba było usunąć pęcherz, robiąc sztuczny pęcherz po drugiej stronie, wyciągając jelito cienkie i wszczepiając moczowody do niego. Czyli po jednej stronie miała sztuczny odbył, a po drugiej urostomię. Pacjentka miała żyć trzy miesiące. Dostała chemioterapię. Żyje do tej pory. Czyli już prawie 5 lat! A to oznacza, że wychodzi z choroby. Ta pani mieszka na wsi. Żyje tak jak człowiek powinien żyć. Spokojnie, w zgodzie z naturą, pójdzie na spacer, nakarmi kurki, je zdrowo. Jej przypadek przeczy medycynie. I choć jest mocno okaleczona, wciąż żyje. I wciąż jest w niej ta wielka wola życia.

No właśnie, to okaleczające leczenie. Jaką cenę można zapłacić za to życie?

- Czasem mnie ludzie pytają, czy zastanawiam się nad jakością życia moich pacjentów. Ale z drugiej strony, czy chory tzw. nowotworowy, który wie, że ma w sobie wielką tykającą bombę, może mówić o jakiegokolwiek jakości życia w swojej psychice? Amerykanie zrobili ciekawe badanie. Zadali pytanie pacjentkom szykującym się do radykalnej operacji raka jajnika: czy zostały poinformowane o tym, co je czeka. 100 proc. pacjentek powiedziało, że tak. A trzeba pamiętać, że w Stanach pisemna zgoda pacjenta na leczenie zawiera się nie na czterech stronach, jak w Polsce, tylko na 15-20 zapisanych drobnym drukiem. Tłumaczy się tam wszystkie rzeczy, łącznie z ewentualnością zgonu na stole operacyjnym. Potem gros z tych pacjentek było zoperowanych w prestiżowych amerykańskich ośrodkach. Po tych radykalnych i mocno okaleczających zabiegach ponownie je zapytano, czy gdyby wiedziały, co

je czeka, zdecydowałyby się na leczenie? Nie odpowiedziały tylko te, które zmarły. Te, które żyły, powiedziały, że tak. I po każdym kursie chemioterapii, po kolejnych reoperacjach potwierdzały, że nie żałują tego, że podjęły leczenie. Wola życia w człowieku jest olbrzymia, zrobi wszystko, by żyć.

Ale może w Stanach leczenie wygląda inaczej?

- Metody operacyjne stosowane w Polsce czy na świecie się nie różnią. Podawana chemioterapia czy programy lekowe są takie same. Różnica polega na tym, że pacjentki w USA czy w Europie prowadzi interdyscyplinarny zespół: chirurg, onkolog, radiolog, onkolog kliniczny, później psycholog. Leczenie to wypadkowa koncepcji terapeutycznych, często ścierających się teorii leczenia tych wszystkich grup specjalistów. Jedna wypadkowa, która absolutnie działa na korzyść pacjenta. Pacjentki w Polsce z rakiem jajnika żyją przeciętnie 36-48 miesięcy. A w Stanach 105-106 miesięcy...

Za granicą chyba też lekarze potrafią rozmawiać z pacjentem?

- Wielu rzeczy nie da się nauczyć. Albo umiesz rozmawiać z pacjentem, masz w sobie to „coś” albo nie masz. Tam, jeśli tego nie umiesz, jesteś eliminowany. Jeśli nie umiesz patrząc w oczy pacjentowi, powiedzieć, że jest ciężko chory na chorobę śmiertelną, ale że zrobisz wszystko, żeby mu pomóc, i nie umiesz tego zrobić nie składając fałszywych obietnic, to nie pracujesz jako lekarz. Zresztą wiele naszych koleżanek i kolegów pracujących za granicą dobrze wie, jak ważny i silny nacisk kładziony jest na umiejętność komunikacji werbalnej z pacjentką.

Czego pacjenci najbardziej się boją: bólu, śmierci, samotności?

- Każdy boi się cierpienia, bólu. Możliwości współczesnej medycyny są jednak olbrzymie. Nie wyobrażam sobie, by w dzisiejszych czasach pacjent cierpiał z powodu bólu podczas zabiegu operacyjnego, czy później, w trakcie leczenia onkologicznego. Również komfort umierania musi być jak komfort zasypiania. Tak to sobie wyobrażam. Nie może być tak, że cierpiący pacjent zostaje pozostawiony sam w izolatce, gdzie czeka na śmierć.

A nie jest tak, że staramy się wyprzeć z naszego myślenia sam fakt śmierci?

- Boimy się siebie i swoich reakcji. Boimy się, że śmierć śmierdzi! Przepraszam za to, co mówię. Po śmierci to nie jest już piękny człowiek, tylko ciało, które za chwilę trzeba będzie wsadzić do worka i zawieźć do chłodni. Wiem, że to brzmi brutalnie. Ale podświadomie się tego boimy. Każdy z nas, nawet najbardziej chory, to jest wciąż człowiek. Trzeba go wziąć za rękę i być przy nim, kiedy umiera. Tak to postrzegam.

Odprowadza Pan swoich pacjentów?

- Nie odprowadzam, po prostu jestem. To najgorsze, co można zrobić - pokazać i dać odczuć, że to koniec drogi...

A wierzy Pan, że się spotkacie?

- Nie wiem, czy aż tak daleko moja wiara sięga. Wierzę, że to, co zrobiliśmy, że to, że jesteśmy tu w danym momencie razem, to jest uwieńczenie definicji, że to jest nasza wspólna choroba. Nie wiem, może kiedyś ja też będę leżał i może też będę chciał, żeby ktoś był przy mnie, kiedy będę się po prostu bał. Bo każdy się boi. Nie ma ludzi odważnych. Nawet Rambo w filmach się bał (śmiesz). Ja się też boję, jak stoję przy stole operacyjnym. I mówię to pacjentom, choć może wtedy troszkę żartobliwie, że też się boję, czyli że boimy się razem. Wszystko robimy razem. Inaczej się nie da.

Ale z tą śmiercią każdy się musi zmierzyć sam...

- To prawda. Współczesny człowiek bardzo boi się śmierci. My jesteśmy pokoleniem życia, zabawy, blichtru i „świateł rampy”. Ja też to lubię, lubię „świecidełka” i światła wielkiego miasta. Nie jestem doskonały. Ludzie boją się samotności. Ludzie boją się tego, co nieznanego. Dlatego zawsze staram się im pomóc w tym, w czym mogę, czyli dokładnie opowiedzieć, jak będzie wyglądała operacja. Mówię to w prostych słowach, tak żeby pacjent zrozumiał. Bo strach przed niewiadomym jest zawsze największy. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Badania toksykologiczne w standardzie DPL

Centrum Medycyny Doświadczalnej (CMD) UMB jest jedną z nielicznych jednostek badawczych i jedyną jednostką działającą w uczelni wyższej w kraju legitymującą się Certyfikatem Zgodności z Zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej (DLP).

CMD posiada akredytację DPL (ang. Good Laboratory Practice - GLP) w zakresie badań toksykologicznych od 12 grudnia 2012 r., a kontrola i weryfikacja okresowa przeprowadzona w dniach 4 i 5 grudnia 2014 r. potwierdziła, iż jednostka spełnia zasady DPL w tym zakresie, w związku z czym certyfikat został przedłużony (nr rejestracyjny 4/2015/DPL z dnia 6 marca 2015 r.). Posiadanie tej akredytacji uprawnia do wykonywania badań w zakresie oceny toksyczności, w tym badań o charakterze wdrożeniowym, które muszą być prowadzone w standardzie DPL.

Przepisy prawne obowiązujące podczas wprowadzania do obrotu nowych substancji i preparatów chemicznych (np. leki, składniki kosmetyków, chemikalia stosowane w przemyśle i rolnictwie) oraz wyrobów medycznych (np. implanty i protezy) wymagają oceny bezpieczeństwa stosowania, która obejmuje m.in. ich ocenę toksykologiczną w modelach doświadczalnych *in vivo* na gryzoniach (mysz i szczur), prowadzoną zgodnie z wymogami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD; ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*) lub Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO; ang. *International Organization for Standardization*) i z zachowaniem standardów DPL. Badania tego rodzaju można wykonać w CMD. Posiadanie certyfikatu DPL gwarantuje najwyższą jakość i wiarygodność badań prowadzonych w CMD oraz uznawanie ich wyników w krajach zrzeszonych w OECD, certyfikat *Good Laboratory Practice* ma bowiem rangę międzynarodową.

Badania toksykologiczne w CMD są prowadzone we współpracy z naukowcami z Zakładu Toksykologii UMB posiadającymi specjalizację I stopnia z toksykologii. Mają oni wieloletnie doświadczenie w pracy naukowo - badawczej, w tym w prowadzeniu badań z zakresu toksykologii na modelach zwierzęcych oraz realizacji grantów badawczych. Funkcję kierownika badań toksykologicznych pełni osoba ze stopniem doktora habilitowanego w zakresie biologii medycznej (specjalność toksykologia doświadczalna). Zespół badawczy realizujący badania toksykologiczne posiada duże doświadczenie również w przygotowywaniu wniosków do Lokalnej Komisji Etycznej do Spraw Doświadczeń na Zwierzętach o wydanie zgody na prowadzenie badań. Członkowie zespołu odbyli wszystkie szkolenia wymagane ustawą z 15 stycznia 2015 o ochronie zwierząt wykorzystywanych do celów naukowych lub edukacyjnych i nabyli uprawnienia do planowania procedur i doświadczeń oraz ich przeprowadzania zgodnie z zasadami obowiązującymi po wejściu w życie w/w ustawy (27 czerwca 2015 roku) oraz szkolenia z zakresu DPL.

Zespół badawczy z CMD ma doświadczenie w prowadzeniu badań toksykologicznych zgodnie z zasadami DPL. W latach 2014 - 2015 prowadził badanie, którego celem była ocena toksykologiczna imidaklopridu (związek stosowany jako pestycyd) w badaniu 28-dniowym toksyczności dawki powtarzanej doustnej zgodnie z procedurą 407/EU.B.7 OECD. Aktualnie w CMD realizowane są dwa badania toksykologiczne we współpracy

z uznanymi firmami działającymi na polskim rynku, prowadzącymi badania o charakterze wdrożeniowym, takimi jak ChM sp. z o.o. (Lewickie, Juchnowiec Kościelny) i NanoVelos S.A. (Warszawa).

Współpraca z przedsiębiorstwem ChM sp. z o.o., będącym znanym i cenionym producentem specjalistycznych implantów i narzędzi dla ortopedii i traumatologii, dotyczy oceny reakcji po implantacji wyrobów polimerowych, zgodnie ze znormalizowanymi standardami. Zaletą wyrobów medycznych wykonanych z polimerów jest brak konieczności usuwania ich z organizmu po zakończonym procesie leczenia. Wadą tego typu wyrobów może być jednak specyficzna reakcja tkanek.

Współpraca z firmą NanoVelos S.A. obejmuje udział w projekcie, którego przedmiotem jest opracowanie optymalnej formuły dla połączenia polisacharydowej nanocząstki NanoVelos z 5-fluorouracyłem, który jest skutecznym chemioterapeutycznym powszechnie stosowanym w terapii chorób nowotworowych. Podstawową wadą tego leku są silne efekty uboczne oraz krótki czas biologicznego półtrwania. Różnica pomiędzy minimalną dawką terapeutyczną, a maksymalną dawką tolerowaną 5-fluorouracylu jest mała, a ponadto wykazuje on wysoką osobniczą zmienność farmakokinetyczną, co u większości pacjentów powoduje trudność w doborze dawki i suboptymalną skuteczność leczenia lub nadmierną toksyczność. Firma NanoVelos S.A. opracowała nośnik - nanocząstki dekstranowe, do których przyłącza leki przeciwnowotworowe. Przyłączenie to (enkapsulacja) powoduje,

że lek nie przedostaje się swobodnie z krwioobiegu do wszystkich tkanek, a gromadzi się w komórkach nowotworowych. Połączenie 5-fluorouracylu z nanocząstkami dekstranowymi może zwiększyć skuteczność przeciwnowotworową leku oraz ograniczyć negatywne skutki terapii. Obowiązująca aktualnie ścieżka rejestracji leku wymaga przeprowadzenia badań na zwierzętach zanim nową formułą leku zastosuje się w leczeniu ludzi. Badania są prowadzone w ramach projektu nt. „Nanometryczny, polisacharydowy system dostarczania 5-fluorouracylu w celowanej terapii onkologicznej” realizowanego w ramach Programu Badań Stosowanych w ścieżce B (Umowa Nr PBS3/B7/24/2015 pomiędzy Narodowym Centrum Badań i Rozwoju a firmą NanoVelos S.A., będącą liderem konsorcjum, w skład którego wchodzi Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Politechnika Warszawska). W CMD realizowane jest zadanie badawcze, którego celem jest określenie maksymalnej dawki tolerowanej (MTD) 5-fluorouracylu enkapsulowanego w nanocząstki dekstranowe, określenie profilu farmakokinetycznego 5-fluorouracylu enkapsulowanego w nanocząstki dekstranowe w porównaniu z profilem farmakokinetycznym wolnego 5-fluorouracylu po jednokrotnym podaniu dożylnym, ocena toksyczności 5-fluorouracylu enkapsulowanego w nanocząstki dekstranowe po podaniu wielokrotnym oraz ocena skuteczności przeciwnowotworowej 5-fluorouracylu w formułacji z nanocząstkami dekstranowymi w porównaniu do wolnego leku w modelu doświadczalnym na myszach nowotworu jelita grubego. Oczekuje się, iż wprowadzenie nowej formułacji 5-fluorouracylu firmy NanoVelos S.A. do celowanej terapii tym lekiem umożliwi wydłużenie czasu jego przebywania w organizmie, natomiast celowanie do komórek nowotworowych oraz kontrolowane uwalnianie leku wewnątrz tych komórek pozwoli znacznie zmniejszyć efekty uboczne i podwyższyć efektywność terapii. ■

**DR HAB. MAŁGORZATA
MICHALINA BRZÓSKA**

Nowe granty UMB

Prawie 3,2 mln zł na innowacyjne badania medyczne oraz programy szkoleniowe zdobyli naukowcy z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Pieniądze te pochodzą będą zarówno z Narodowego Centrum Nauki, jak i z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

Najwięcej, bo aż 1,24 mln zł na badania nad krzepliwością krwi,

*3,2 mln zł
tyle na realizację
innowacyjnych projektów
naukowych
i szkoleniowych zdobyli
pracownicy UMB*

uzyskał dr hab. Andrzej Mogielnicki z Zakładu Farmakodynamiki. To projekt realizowany wspólnie z Uniwersytetem Jagiellońskim. W ramach planowanych badań zostaną otrzymane i zbadane syntetyczne polielektrolity blokowe spełniające dwa przeciwstawne zadania. Zadaniem pierwszej grupy polimerów będzie inhibicja antykoagulantów heparynopodobnych (tj. UFH, LMWH i fondaparynuksu). Polielektrolity drugiej grupy będą wykazywały działanie antykoagulacyjne. Zostanie więc otrzymany polimerowy układ kontroli hemostazy: antykoagulant–inhibitor.

Dr hab. Monika Karczewska-Kupczewska z Wydziału Lekarskiego zdobyła 820,9 tys. zł na nowy rodzaj badań nad cukrzycą typu 2. W ramach grantu sprawdzana będzie

rola czynników transkrypcyjnych oraz receptorów importu jądrowego regulujących proces miogenezy w patogenezie insulinooporności u osób z grup ryzyka cukrzycy typu 2.

Mgr Marek Toczek z Wydziału Farmaceutycznego otrzyma 150 tys. zł na badanie wpływu jednoczesnego zahamowania enzymów odpowiedzialnych za rozkład endokannabinoidów FAAH i MAGL przez JZL195 na układ krążenia, stres oksydacyjny i zapalenie w doświadczalnym nadciśnieniu pierwotnym i normotensji.

Mgr Urszula Wnorowska z Wydziału Lekarskiego zdobyła 149,1 tys. zł na badanie immunomodulujących działań katelicyny LL-37 i jej amfipatycznych analogów w procesie zapalnym błony śluzowej w zakażeniach dróg moczowych.

Wszystkie wyżej opisane granty zostały uzyskane w konkursach ogłoszonych przez Narodowe Centrum Nauki. W sumie o środki badawcze rywalizowało 3,8 tys. projektów. Finansowanie zdobyło ledwie 28 proc. z nich.

Ciekawy projekt szkoleniowy będzie realizowany z grantu NCBiR. Studenci z kierunku lekarsko-dentystycznego i technik dentystycznych będą szkolić się m.in. z nowoczesnych technik protetycznych i projektowania CAD/CAM. To technologie znane ze świata inżynierów, a studentom pozwolą łatwiej przyswoić wiedzę z zakresu druku 3D. Wartość projektu wynosi 830 tys. zł i - co warto zauważyć - został on sklasyfikowany jako drugi w konkursie dotyczącym rozwoju kompetencji w szkolnictwie wyższym. ■

BDC

Moc rozmowy, a cudowne uzdrowienie

W styczniu 2004 roku w gabinecie lekarskim, moim miejscu pracy, zjawił się pacjent szukający porady i ewentualnego leczenia. Był to mężczyzna 65-letni, wysoki, dobrze zbudowany, sprawiający wrażenie człowieka zdrowego, jednak z widocznym defektem w postaci guza lewego policzka.

W czasie wstępnej rozmowy dowiedziałem się, że guz początkowo mały, prawie niezauważalny, w ciągu ponad trzech lat stopniowo powiększał się, osiągając wielkość i kształt kurzego jajka. Dotychczas chory nie odczuwał żadnych dolegliwości. Na wizytę do chirurga zgłosił się ze względów estetycznych oraz z powodu trudności golenia lewej połowy twarzy.

Na pytanie o przebyte lub współistniejące choroby, zaskakująco spokojnie poinformował, że choruje na raka prostaty i jest w okresie kontrolnym po leczeniu onkologicznym. Onkologzy orzekli, że wynik leczenia jest zadowalający i w najbliższym czasie nie przewidują potrzeby wdrożenia dodatkowych procedur terapeutycznych.

Dokładne badanie fizykalne wykazało, że niebolesny przy ucisku guz miał jednolitą, twardą konsystencję, gładką powierzchnię z wyraźną granicą w stosunku do okolicznych tkanek. Skóra nad kulistą zmianą chorobową była przesuwalna. Od strony przedstonka jamy ustnej śluzówka była prawidłowa, niezrośnięta z guzem. Ujście przewodu przyusznej ślinianki było niezmienione. Nie stwierdzono powiększenia węzłów chłonnych podżuchwowych i szyjnych.

Poinformowano pacjenta, że wyniki badania nie ujawniły znamion agresywnego nowotworu złośliwego. Obraz kliniczny odpowiadał nowotworowi o nazwie „guz mieszany”. Nietypowe było umiejscowienie zmiany, zwykle bowiem ten rodzaj guza lokalizuje się w śliniance przyusznej. W tych okolicznościach, bez wątpliwości, należało zalecić leczenie operacyjne, gdyż usunięcie tego typu zmiany dawało szansę trwałego wyleczenia.

Rozpoczęła się dyskusja dotycząca planu postępowania leczniczego. Z mojej strony padło podstawowe pytanie.

- Czy wyraża pan zgodę na leczenie operacyjne?

W odpowiedzi usłyszałem:

- Oczywiście, byłem przygotowany na taką opinię i zgadzam się na leczenie operacyjne, a jednocześnie proszę,

Przedoperacyjna rozmowa powinna zawierać jasną, racjonalną argumentację, wypowiedzianą w zrozumiałym języku.

Nie należy wymagać bezrefleksyjnej wiary w autorytet lekarza, a poświęcić pacjentowi więcej czasu, uwagi i cierpliwości

aby to pan mnie operował.

- Dlaczego chciałby mnie pan widzieć jako operatora?

- Dlatego, że ma pan opinię sprawnego operatora osiągającego dobre wyniki leczenia.

- Proszę pana, rozum i ręka, to niejednokrotnie za mało, by podejmować ryzyko, którego można uniknąć, lub przynajmniej je zminimalizować, wybierając korzystniejsze warunki wykonania zabiegu. Proponuję panu zgłoszenie się do szpitala, gdzie będzie miał pan zapewniony, w pełni

wykwalfikowany zespół operacyjny, całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską, komfort, poczucie bezpieczeństwa, uwolnienie rodziny od stresującego obowiązku opieki nad operowanym.

Szukałem dodatkowych argumentów pozwalających na „uwolnienie się” od kłopotliwego pacjenta, ale on wrócił do wstępnie wyrażonej prośby, oczekując ostatecznej mojej zgody. Wytoczył też swoje argumenty.

- Panie doktorze, proszę mi powiedzieć, czy tego rodzaju operację można wykonać w warunkach ambulatoryjnych?

- Można - w warunkach nietypowych, których w pana przypadku nie dostrzegam.

- No tak, tu okolicznością taką jest jedynie moja prośba. Czy musi zaistnieć coś dodatkowego?

Te słowa wypowiedziane z zawołanym wyrzutem, w moim odczuciu zawierały pewien podtekst. Zawstydzilo mnie domniemane posądzenie o niechęć do pacjenta wpływającą z niskich pobudek.

Wytoczyłem następny ważki argument przedstawiający sytuację, której nie mogłem zmienić. Problem dotyczył znieczulenia.

- Chcę pana uprzedzić, że w istniejących warunkach mam możliwość operowania tylko w znieczuleniu miejscowym.

Riposta była szybka i logiczna.

- Skoro operuje pan tylko w miejscowym znieczuleniu i ma pan chętnych do operacji, to na pewno jest ono skuteczne. Gdyby było inaczej, to po trzech miesiącach nie miałby pan pacjentów. Plotki - albo powiedzmy - wieści gminne rozchodzą się bardzo szybko.

W dalszej rozmowie przedstawiłem pacjentowi, w jakich warunkach wykonują zabiegi operacyjne. Konkretnie chodziło o skład zespołu operacyjnego, który jest ograniczony do dwóch osób, a mianowicie lekarza operatora i pielęgniarki w podwójnej roli: instrumentariuszki i asysty. Taki skromny skład zespołu to standard. W odpowiedzi usłyszałem:

- Panie doktorze, skoro była to reguła obowiązująca we wszystkich dotychczas wykonywanych zabiegach, to dlaczego ja, jako pacjent, mam być wyjątkiem?

Podobna argumentacja dotyczyła opieki pooperacyjnej, która ogranicza się do przekazania dokładnej informacji postępowania po zabiegu, możliwości telefonicznego kontaktu z operatorem, w wyjątkowych przypadkach do wizyty w domu operowanego lub wykonania badania kontrolnego i zabiegu korekcyjnego w ambulatorium.

Wprawdzie pacjent był w dobrej formie fizycznej, a wyniki wykonanych badań nie wykazały istotnych odchyśleń od normy, to jednak należało odpowiedzieć na ważne pytanie: czy współistniejący rak gruczołu krokowego nie jest przeciwwskazaniem do operacyjnego usunięcia guza policzka w warunkach ambulatoryjnych? Nie chcąc samodzielnie podejmować decyzji w tej sprawie, zasięgnąłem rady zaprzyjaźnionego onkologa. Stwierdził on, że ze względów onkologicznych, pacjent w obecnym stanie może być traktowany jak osoba zdrowa i nie ma przeciwwskazań do zabiegu, który nie narusza czynności ważnych narządów wewnętrznych.

Mój opór został złamany. Zgodziłem się operować pacjenta, mimo że, na domiar złego, nie był on mieszkańcem Białegostoku. W dniu zabiegu, w zimie, musiał przyjechać z Sokółki, a po operacji odbyć podróż powrotną.

Pozostało jeszcze poinformować chorego o planie zabiegu operacyjnego. Co do znieczulenia, od samego początku była jasność, że będzie to znieczulenie miejscowe. Biorąc pod uwagę ważne dla chorego względy estetyczne, zaproponowałem wykonanie usunięcia guza z cięcia w przedstonku jamy ustnej. Konsekwencją alternatywnego, łatwiejszego dostępu

do guza przez cięcie skórne byłyby okupione wytworzeniem blizny skórnej policzka, której obaj chcieliśmy uniknąć. Ponadto cięcie skórne groziłoby uszkodzeniem nerwu twarzowego, wprawdzie nie samego pnia, ale ważnej gałęzi. Również należało liczyć się z przypadkowym uszkodzeniem przewodu ślinianki przyusznej z następstwem wytworzenia się zewnętrznej przetoki. Trudniejszy dostęp do guza od strony jamy ustnej nie groził wytworzeniem zewnętrznej przetoki i minimalizował niebezpieczeństwo przecięcia gałązki nerwu twarzowego. Nie wiem, w jakim stopniu moje wyjaśnienia zostały zrozumiane, ale były przyjęte bez zastrzeżeń.

W uzgodnionym terminie pacjent zgłosił się na zaplanowany zabieg operacyjny.

Pominę opis „wynałzków” umożliwiających dwuosobowemu zespołowi, bez pomocy osób trzecich, przygotowanie pola operacyjnego i przebranie się w jałowy strój operacyjny. Procedura ta była opracowana w szczegółach i obowiązywała od lat.

Przed przystąpieniem do operacji wypowiedziałem tradycją formułę informującą delikwenta, że będzie on, po znieczuleniu, odczuwał dotyk, poruszanie, rozciąganie, ale nie będzie odczuwał bólu. Gdyby jednak poczuł nawet niewielki ból, to powinien poinformować o tym operatora. Pacjent nie powinien zatajać cierpienia, łatwego do wyeliminowania przez wstrzyknięcie dodatkowej dawki leku.

Po znieczuleniu pola operacyjnego, zabieg w asyście pielęgniarki przebiegał pod stałą kontrolą wzrokową. Zgłębnik założony do przewodu ślinianki skutecznie chronił przed niebezpieczeństwem przypadkowego uszkodzenia. Po wycięciu guza skutecznie opanowano krwawienie. Operację kończyły szwy założone na ranę. Typowy dla takiej operacji był brak jakiegokolwiek opatrunku. Instrukcja postępowania pooperacyjnego zakończyła najważniejszy etap leczenia.

Operowany pojechał do domu bez widocznego guza policzka, bez widocznej zszytej rany. Do czasu kontrolnej wizyty pooperacyjnej nie kontaktował się z operatorem. W dziewiątym dniu po zabiegu rekonwalescent, w

dobrym stanie ogólnym, zgłosił się na badanie kontrolne, w tym przede wszystkim, w celu zdjęcia szwów z wygojonej rany operacyjnej w przedstonku jamy ustnej.

W pogawędce kończącej wizytę oświadczył, że nie przyznał się znajomym do przebytej operacji i nie wytłumaczył, w jakich okolicznościach pozbył się szpecącego guza. Prawdę poznała tylko najbliższa rodzina, którą zobowiązał do dyskrecji. Podobno niektórzy mówili o cudownym uzdrowieniu. Inni odrzucali taką wersję, ponieważ obiekt zainteresowania był Tatarem muzułmaninem. Do chwili zakończenia mojej zawodowej aktywności (1 listopada 2015) nie spotkałem opisanego pacjenta. Mam nadzieję, że problem guza policzka został trwale rozwiązany.

W tym miejscu właściwie powinna zakończyć się opowieść dotycząca relacji: lekarz - pacjent. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na fakt, że opis zabiegu to krótka część artykułu. Więcej miejsca poświęciłem opisowi rozmowy z pacjentem w nadziei uwolnienia go od lęków i wątpliwości. Aby osiągnąć taki cel, przedoperacyjna rozmowa powinna zawierać jasną, racjonalną argumentację, wypowiedaną w zrozumiałym języku. Nie należy wymagać bezrefleksyjnej wiary w autorytet lekarza, a poświęcić pacjentowi więcej czasu, uwagi i cierpliwości. Szczególnie w specjalnościach zabiegowych powinna być zachowana rozsądna proporcja w czasie poświęconym „maszynom” diagnostycznym - terapeutycznym i skalpelowi, a dobrym słowom chroniącym psychikę człowieka znajdującego się w stanie przedoperacyjnego stresu.

P.S. Oświadczenie pacjenta przekazane ciekawym znajomym, że żadnej operacji nie było, pozbawiło mnie „statusu cudotwórcy”. O posiadanie cudownej mocy uzdrowicielskiej zaczęto podejrzewać pacjenta - „żartownisia”. ■

STANISŁAW SIERKO



Metallica. Recenzja od niechcienia

Ten temat odpada, ten nie, ten na pewno nie... Na lotach kosmicznych się nie znam, na muzyce też nie za bardzo, ale lubię, jak mi coś w samochodzie gra - to napiszę coś o muzyce.

Jest okazja, bo po 8 latach Metallica wydała w końcu nową płytę, „Hardwired... to self-destruct”. Nie liczę tego czegoś, co wydali ze świętej pamięci Lou Reedem, bo Lou to chyba jednak zrobił dla żartu i całkiem zgrabnie mu ten żart wyszedł. Znudzeni graniem na Antarktydzie (serio, zorganizowała im to Coca-Cola Zero) i kolejnymi koncertami „w hołdzie”, tudzież nagrywaniem filmów 3D, weterani thrash metalu w końcu się zmobilizowali i nagrali pełnoprawną płytę. Od dłuższego czasu ego im rośnie wprost proporcjonalnie do łysin, więc wydali tę płytę w pięćdziesięciu różnych wydaniach, a podstawową jej zawartość rozbili na dwa krążki, chociaż zmieściłaby się i na jednym. W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, jako młode szczyły, przytomne mniej więcej przez 4 godziny w ciągu dnia - stąd przydomek Alkoholica - potrafili wydawać płytę niemal rok w rok, przy czym każda z nich lądowała w panteonie metalowej klasyki. Jeszcze się grać nie nauczyli, a już nagrywali albumy lądujące w czołówce zestawień najlepszych rockowych albumów gitarowych wszech czasów. Tacy byli zdolni.

A teraz odstęp między kolejnymi wydawnictwami potrafi im wypełnić dwukadencyjna prezydentura Obamy. Nic więc dziwnego, że większość recenzentów nie wiedziała, jak takie coś podejść. Młodszy, jak to młodszy, koniecznie chcieli wpleść wątki osobiste i pisali o tym, jak w podstawówce zachwycili się płytą Reload, a zwłaszcza tym fragmentem „The Memory Remains”, w którym Marianne Faithfull śpiewa melodyjne „lalala” i że teraz to już nie to samo. Wśród starszych recenzentów zapanował popłoch, bo delegowanie ich przez redakcję do recenzowania „Hardwired...” uchodziło za odpowiednik wysłania porucznika Grubera na front wschodni - czy tak,

czy siak będzie bieda. Metallica ma tytuł fanów, z których każdy pamięta zespół z innej epoki, że nie sposób napisać recenzji tak, żeby komuś na odcisk nie nadebrać. Zespół miał bowiem tę przypadłość, że każdą płytą otwierał jakiś nowy rozdział w swojej muzycznej historii. Jasne, były podobieństwa i pewne stylistyczne ramy, których się trzymano, ale ogólnie w każdą płytę wkładali całych siebie na różnych etapach swojego życia i wy-

W tej desperacji jedna z gazet opublikowała recenzję podzieloną na dwie części: dla fanów przed czterdziestką i tych starszych. A ja biedny stanąłem nad tą recenzją okrakiem i coś mnie uwiera

chodziły im twory tak różne, jak opus magnum „Master of Puppets” (stworzone na wiecznym haju) i straszliwy gniot „St. Anger”, napisany na trzeźwo. Pozostali giganci rocka stadionowego dawno już przestali się rzucać i nagrywają ciągle to samo, a ci się uparli i znowu chcą coś komuś udowodnić.

W tej desperacji jedna z gazet opublikowała recenzję podzieloną na dwie części: dla fanów przed czterdziestką i tych starszych. A ja biedny stanąłem nad tą recenzją okrakiem i coś mnie uwiera. W tym jednym, jedynym wypadku bowiem uważam, że nie ma sensu rozdzielenie włosa na czworo i doszukiwanie się stylistycznych odniesień do płyty wydanej w

roku 1986, albo tej o dekadę później. Byłoby tego sporo, ale jakie to ma znaczenie? W jednym z tygodników napisano, że „nie sposób nie zauważyć”, że to próba grania takiego, jak się grało dwadzieścia lat temu. No brawo. Obecnie na listach przebojów królują: Bruno Mars, The Weekend i Zara Larsson. A w Białymstoku Zenek Martyniuk. To co? Metallica ma twórczo rozwijać muzyczne pomysły Bruna i Zenka, przefiltrować to przez swój bagaż doświadczeń i nagrać dwie gitary i bas? Bo staliby się przez to królami You Tube? I tak się nimi stali.

Nagrali do każdej piosenki z płyty teledysk i teraz jedzą popcorn i zastanawiają się, który będzie miał więcej odsłon. Bo mogą. Bo ciężką pracą dochrapali się takiej pozycji, że już wszystko mogą, a ich płyty są oceniane w jedynej sensownej skali: podoba się - nie podoba. Mnie się podoba. Jest sporo fragmentów do wycięcia, jest najbrzydsza okładka od czasów „Up at the Crack”, jest trochę monotonna. No i co z tego. Jest też parę fragmentów, w których banan nie schodzi mi z twarzy, bo chłopaki nadal mają w jednym palcu więcej talentu, niż cała pozostała część Wielkiej Czwórki Thrash Metalu razem. A że czasem im się nie chce...

Zwróćcie uwagę na to, że napisałem recenzję płyty nie pisząc prawie w ogóle o samej płycie. Nie, żeby mi się nie chciało. ■

ADAM HERMANOWICZ



Zbigniew Zenon Puchalski

Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku

1987-1990, 1999-2002

Student drugiego rocznika AMB. **Twórca białostockiej współczesnej szkoły chirurgii endokrynologicznej. Świetny chirurg, dydaktyk i organizator.**

- Już od początku swej pracy - pisał w opinii doc. J. Zalewski, dyrektor Instytutu Chirurgii AMB - dał się poznać jako bardzo zdolny, sumienny, o wysokiej etyce zawodowej - lekarz. Systematycznie i konsekwentnie pogłębiał swe wiadomości zawodowe i stale z dużym zapalem poświęcał się pracy dydaktycznej i naukowej. Jego duży wkład pracy dotyczy nie tylko praktycznego szkolenia studentów, lecz również młodszych Kolegów lekarzy kliniki, a także lekarzy terenu odbywających praktykę w klinice.

Rektor z przerwą

Prof. Puchalski pełnił urząd rektora AMB łącznie przez dwie kadencje. Po raz pierwszy głosami senatorów AMB wybrany został rektorem w dniu 17 kwietnia 1987 roku, na okres od 1 września 1987 do 31 sierpnia 1990 roku. Ponownie wybrany w maju 1999 roku. Kadencja trwała od 1 września 1999 do 31 sierpnia 2002 roku.

Podczas pierwszej kadencji prof. Puchalskiego zakończono pierwszy etap budowy Szpitala Dziecięcego w Białymstoku. 1 października 1988 roku podczas inauguracji roku akademickiego 1988/1989 otwarto Przykliniczną Przychodnię Dziecięco-Młodzieżową Szpitala Dziecięcego. Minister zdrowia i opieki społecznej zarządzeniem z dnia 22 grudnia 1988 roku formalnie powołał Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku. Dyrektorem placówki został doc. Maciej Kaczmarski.

W szpitalu PSK przeprowadzono prace remontowe i modernizacyjne. Wyremontowano m.in. blok operacyjny, centralną sterylizatornię i poradnie przykliniczne. Utworzono też jedną z nielicznych wówczas w kraju pracowni zakażeń szpitalnych. Rozpoczęto także komputeryzację szpitala.



Kontynuowano prace restauracyjne w Pałacu Branickich. Od 1987 roku przeprowadzono szereg prac: malarskich, tynkarskich i dekarских, renowację stolarki okiennej i drzwiowej, remont attyki oraz posadzek i balustrad. Największa inwestycja dotyczyła reprezentacyjnych pomieszczeń na pierwszym piętrze pałacu. Od 1983 roku w Auli Wielkiej i dawnej kaplicy trwały prace renowacyjne. Na podstawie zachowanych wzorców odtworzony został barokowy wystrój kaplicy pałacowej. Ołtarz ozdobiono obrazami autorstwa G. Klimowicza i I. Jańczuka. Równolegle prowadzono prace remontowe w auli, która uzyskała stylizowaną, rokokową aranżację. Wykonano również pseudohistoryczny wystrój malarski. Obrazy zdobiące aulę wykonali artyści plastycy D. i J. Łabanowscy. Rewaloryzację pałacu sfinansował m.in. wojewoda białostocki przekazując na ten cel 2,5 mln złotych. Uroczyste oddanie do użytku zrewaloryzowanych pomieszczeń miało miejsce w październiku 1990 roku podczas inau-

guracji roku akademickiego 1990/1991.

Podczas drugiej kadencji rektorskiej prof. Z. Puchalskiego powiększono bazę lokalową AMB poprzez oddanie do użytku dwóch budynków. Pierwszy - przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a mieścił jednostki Wydziału Lekarskiego. W drugim budynku - przy ul. Mieszka I 4b zlokalizowano Zakład Dietetyki oraz Zakład Technologii i Towaroznawstwa Żywności. Kontynuowano budowę szpitala dziecięcego.

Ważne daty

* 28 czerwca 1989 roku Senat AMB podjął uchwałę o zaniechaniu używania imienia J. Marchlewskiego jako patrona uczelni. W tym samym roku przed aulą wielką stworzono galerię portretów doktorów honoris causa.

* 12 listopada 1987 r. w kierowanym przez prof. M. Szamatowicza Ośrodku Leczenia Niepłodności AMB przyszło na świat pierwsze dziecko (dziewczynka) poczęte metodą in vitro. W profilaktyce raka szyjki macicy zastosowano laparoskopię. Do profilaktyki badań narządu rodowego wprowadzono również skriningowy program populacyjny oparty o techniki komputerowe.

* W Klinice Urologii zaczęto przeprowadzać pierwsze w kraju mikroangiochirurgiczne operacje na układzie naczyniowym w przypadku impotencji. Pierwszy zabieg miał miejsce 14 lipca 1989 roku. Klinika stała się również wiodącym ośrodkiem leczenia impotencji.

* 15 stycznia 1989 roku w Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantacji AMB dokonano pierwszego w Białymstoku pobrania nerek do przeszczepu.

* W roku 2000, z okazji jubileuszu 50-lecia AMB, wznowiono wydawanie „Medyka Białostockiego”. Był to kwartalnik. Przyjęta formuła pisma nie speł-

niła oczekiwań i zostało ono zamknięte po wydaniu 7 numerów. Podczas drugiej kadencji rektorskiej przywrócono indeksację „Roczników Akademii Medycznej w Białymstoku” w bazie Medline.

Chirurg

Zbigniew Zenon Puchalski urodził się 20 grudnia 1933 roku w Białymstoku jako syn Bolesława i Sabiny z domu Słomińskiej. Studia medyczne rozpoczął na Akademii Medycznej w Białymstoku w 1951 r. Śpiewał w chórze AMB, aktywnie uczestniczył w działalności uczelnianej rady Zrzeszenia Studentów Polskich i uczelnianym zarządzie Akademickiego Związku Sportowego. Dyplom lekarza otrzymał w 1957 roku. Pracę zawodową rozpoczął jeszcze w trakcie studiów jako młodszy asystent w I Klinice Chirurgicznej AMB.

Puchalski specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej uzyskał w 1961 roku zaś II stopnia w 1965 roku. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1969 roku, w 1974 roku uzyskał stopień docenta, profesora nadzwyczajnego w 1982 roku, zaś profesora zwyczajnego w roku 1988.

Po śmierci doc. A. Tołłoczko, w 1976 roku, objął funkcję kierownika I Kliniki Chirurgii Ogólnej Instytutu Chirurgii. Pełnił ją do przejścia na emeryturę w dniu 30 września 2004 roku. Jednocześnie sprawował funkcję zastępcy dyrektora Instytutu Chirurgii AMB (1976-1977). Przez wiele lat pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej.

W 1982 roku został powołany do pełnienia funkcji prorektora ds. dydaktyczno-wychowawczych, którą sprawował do 1987 roku. *Będąc prorektorem - pisał prof. S. Adamski - wraz z władzami dziekańskimi przyczynił się do powołania samorządu studenckiego, Rady Mieszkańców Domu Studenta nr 1 i 2, aktywnej działalności ZSP, AZS klubów studenckich i chóru AMB. Wznowiono w tym czasie Konferencje Studenckich Kół Naukowych (1984, 1985). Ponadto w latach 1983-1987 pełnił funkcję rzeczownika prasowego AMB.*

W 2004 roku prof. Z. Puchalski przeszedł na emeryturę. Nie zaprzestał jednak pracy zawodowej, zarówno klinicznej, dydaktycznej, jak i organizacyjnej. Rozpoczął pracę w oddziale

chirurgicznym szpitala wojewódzkiego w Białymstoku. Dydaktycznie związany jest z Wyższą Szkołą Agrobiznesu w Łomży oraz z Wyższą Szkołą Medyczną w Białymstoku (od 2009 roku pełni tam funkcję rektora).

Naukowiec

Zainteresowania naukowe prof. Puchalskiego dotyczą głównie chirurgii endokrynologicznej, gastroenterologicznej oraz onkologicznej. Zasłynął z wprowadzania nowych metod diagnostycznych w chorobach tarczycy. Pozwoliło to na udoskonalenie wczesnego i szybkiego rozpoznawania patologii, a w szczególności nowotworów tarczycy. Prof. Puchalski w dużym stopniu przyczynił się do powstania w Białymstoku liczącego się ośrodka endokrynologicznego, uważany jest także za twórcę współczesnej szkoły chirurgii endokrynologicznej w regionie białostockim.

Duża część badań prowadzonych przez Profesora dotyczyła też chorób trzustki. Jako pierwszy ogłosił w krajowym piśmiennictwie doniesienie o całkowitym usunięciu trzustki. Profesor prowadził również badania w zakresie doświadczalnego wstrząsu krwotocznego. Wykazał, że w jego pierwszym okresie dochodzi do zmniejszenia stężenia kortyzolu, co wskazuje na zmniejszony przepływ nadnerczowy i nadmierne zużycie kortyzolu.

Pod Jego kierunkiem ponad 30 osób uzyskało specjalizację z chirurgii ogólnej. Był promotorem przewodów doktorskich i opiekunem 9 przewodów habilitacyjnych. Pięciu z Jego uczniów uzyskało tytuł profesora. Opublikował ponad 480 prac i komunikatów zjazdowych. Jest autorem 25 rozdziałów w podręcznikach naukowych. Jest członkiem wielu komitetów redakcyjnych.

Polityka

Profesor aktywnie działa na płaszczyźnie społecznej i politycznej. W 1983 roku minister zdrowia i opieki społecznej powołał Go w skład Zespołu ds. Doskonalenia Studiów Medycznych. W 2001 roku został powołany na członka rady naukowej przy ministrze zdrowia.

W latach 1999-2002 był przewodniczącym Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych. Podczas Jego kadencji



KRUM skutecznie lobbował za nowelizacją ustawy, mocą której rektor uczelni medycznej stawał się organem założycielskim dla szpitali uniwersyteckich.

W latach 1997-2002 był radnym Rady Miejskiej Białegostoku i przewodniczącym Komisji Zdrowia i Kultury Fizycznej. Natomiast w latach 2002-2006 był radnym Sejmiku Województwa Podlaskiego oraz przewodniczącym komisji zdrowia.

Profesor był także prezesem zarządu środowiskowego AZS, członkiem Podlaskiej Rady Olimpijskiej i honorowego Komitetu Klubu BKS „Jagiellonia”. Wchodził w skład honorowego Komitetu Budowy Opery i Filharmonii Podlaskiej.

Od 1971 roku był członkiem PZPR. W 1983 roku wszedł w skład egzekutywy KU PZPR. Trzy lata później wybrano Go na członka egzekutywy KW PZPR w Białymstoku, gdzie został powołany na stanowisko przewodniczącego komisji zdrowia.

Prof. Puchalski odznaczony został wieloma wysokimi odznaczeniami państwowymi, medycznymi, sportowymi i samorządowymi. Tytuł doktora honoris causa nadały mu Akademia Medyczna w Łodzi (2001), Akademia Medyczna we Wrocławiu (2004), Państwowy Grodzieński Uniwersytet Medyczny (2001). ■

OPRACOWAŁ WOJCIECH WIĘCKO

Na podstawie książki „Rektorzy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 1950-2014”, pod redakcją: Lecha Chyczewskiego, Magdaleny Grassmann, Pawła Radziejewskiego i Marty Piszczatowskiej.

Książkę można kupić w Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB

Pamiętamy

W listopadzie częściej niż w innych porach roku wspominamy bliskich nam zmarłych. Dlatego chcemy przypomnieć sylwetki kilku osób, które odeszły w minionym roku, a były związane z naszą Uczelnią

Prof. dr hab. Wiesław Władysław Drozdowski

Urodził się 25 września 1951 roku w Goniądzu. W latach 1970-1976 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Po stażu podyplomowym został zatrudniony jako asystent w Klinice Neurologii AMB.



Był autorem ponad 300 publikacji oraz promotorem licznych prac doktorskich. Od 1995 roku kierował Kliniką Neurologii AMB/UMB. W 2004 roku uzyskał tytuł profesora.

Od początku pracy zawodowej szczególnie interesował się chorobami obwodowego układu nerwowego. Prof. Drozdowski przez kilkanaście lat pełnił funkcję konsultanta ds. neurologii w woj. podlaskim. Był aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Od 1995 roku pełnił funkcję przewodniczącego Białostockiego Oddziału Towarzystwa oraz był członkiem zarządu głównego.

Mieczysław Domysławski

Urodził się 3 sierpnia 1928 roku w Białymstoku. Jego dziadek brał udział w Powstaniu Styczniowym, starszy brat Władysław był lekarzem.

W 1945 roku rozpoczął studia lekarskie, początkowo w Lublinie, a następnie w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, którą ukończył w 1951 roku.

W 1952 roku został powołany do służby wojskowej; był kolejno leka-



rzem pułku, starszym asystentem w Domu Matki i Dziecka w Szklarskiej Porębie oraz ordynatorem oddziału wewnętrznego w Szpitalu Wojskowym w Ełku. Z wojska zwolnił się na własną prośbę w 1958 roku i rozpoczął pracę w Poradni Dziecięcej przy ulicy Fornalskiej (obecnie Ireny Białówny) w Białymstoku.

Od grudnia 1959 roku został zatrudniony w Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczu, współorganizując tam Oddział Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej. Od 1966 roku do emerytury (1998) był ordynatorem tego oddziału. Stał się niekwestionowanym twórcą psychiatrii dziecięcej na Podlasiu; wyszkolił wielu lekarzy w tej dziedzinie. Jego zainteresowania badawcze obejmowały głównie EEG wieku rozwojowego. W latach 1972-1980 pełnił funkcję dyrektora szpitala w Choroszczu. Był orzecznikiem ZUS i biegłym Sądu Okręgowego w Białymstoku. W tym czasie oddał na rzecz lecznictwa odwykowego nowo wybudowany pawilon.

Zmarł po krótkiej chorobie 28 stycznia 2016 roku w wieku 87 lat.

Prof. dr hab. Stanisław Pużyński

8 listopada 2015 roku zmarł profesor Stanisław Pużyński, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 1960 roku.

Urodził się 1936 roku w Augustowie. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku rozpoczął w 1953 roku. Był jednym z założycieli studenckiego Klubu Katolików, a także organizatorem "Radiosupła" i klubu studenckiego "ConieCo". Jeszcze jako student rozpoczął pracę w Zakładzie Anatomii Patologicznej



na stanowisku zastępcy asystenta. Po odbyciu stażu podyplomowego został zatrudniony w 1961 roku w Klinice Psychiatrycznej. W 1968 roku habilitował się na podstawie pracy „Badania nad znaczeniem przemiany miedzi, cerulooplazminy i kwasu askorbinowego w patogenezie schizofrenii”. Recenzując pracę habilitacyjną prof. Stanisław Cwynar podkreślał solidność, pracowitość i pasję poznawczą 32-letniego naukowca, a prof. Tadeusz Bilikiewicz dostrzegał w jego pracy ukazanie roli biochemii w wyjaśnianiu zjawisk psychopatologicznych. W 1970 roku Stanisław Pużyński otrzymał propozycję przejścia do Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w którym objął stanowisko wicedyrektora.

Głównym tematem jego prac badawczych były choroby afektywne, zwłaszcza depresje, ich przyczyny, patogeneza, nowe metody leczenia i zapobiegania. Innym polem zainteresowań były problemy metodologiczne i etyczne związane z badaniem i stosowaniem leków psychotropowych, a także moralne i etyczne problemy dotyczące eutanazji, której był zdecydowanym przeciwnikiem.

Profesorem zwyczajnym został w 1987 r., a w latach 1991-2001 - dyrektorem Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii. Był promotorem 20 przewodów doktorskich, trzech jego współpracowników habilitowało się w zakresie psychiatrii, jeden z nich uzyskał tytuł profesora. Opublikował 420 prac w czasopismach krajowych i zagranicznych. Był także autorem lub redaktorem 12 monografii i podręczników.

OPRACOWANO NA PODSTAWIE WSPOMNIENIA OIL W BIAŁYMSTOKU, BDC

Wspomnienie o Andrzeju Gajewskim (1944 – 2016)

Był słoneczny poranek, w lutym bieżącego roku. Spotkaliśmy się z przed wejściem do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Andrzej tego dnia szczególnie tryskał optymizmem i pogodą ducha. Z radością podkreślał, że skończył 72 lata, a jest w doskonałej formie fizycznej.

Po wejściu do szpitala serdecznie się pożegnaliśmy. Było to nasze ostatnie spotkanie przed chorobą Andrzeja. Chorobą niedającą szans i w Jego przypadku postępującą wyjątkowo szybko.

Znaliśmy się od 50 lat, tj. od początku pierwszego roku studiów w naszej uczelni. Andrzej był starszy o kilka lat. W czasach liceum uległ wypadkowi tramwajowemu. Amputowano mu lewe podudzie. Leczenie, rehabilitacja i powrót do sprawności zajął mu w sumie trzy lata. Potem wrócił do szkoły. Podziwialiśmy fakt, że nie miał z tym żadnego problemu nie tylko pod względem fizycznym, ale i psychicznym. Odwrotnie - potrafił ze swojej ułomności kpić i żartować. Był pogodny, dowcipny, koleżeński, bezpośredni. Dlatego szybko stał się jedną z głównych postaci całego roku liczącego - jak w tamtych czasach - grubo ponad 200 osób. Z czasem widoczne stawały się główne cechy Andrzeja - zdolności organizacyjne i umiejętność kierowania ludźmi. Należał do kierownictwa roku, został także kierownikiem Studenckiego Klubu CoNieCo. Ta działalność w żadnym stopniu nie kolidowała ze studiami - zaliczał wszystko w terminie. A mówimy o czasach, gdy - używając ówczesnego języka - tzw. odsiew był znaczny. Andrzej stał się jedną z głównych postaci życia studenckiego na uczelni.

Po zakończeniu studiów w 1972 r. nasze losy zawodowe ułożyły się podobnie: obaj zostaliśmy na uczelni i podjęliśmy pracę w zakładach teoretycznych - Andrzej w Zakładzie Anatomii Prawidłowej pod kierownictwem prof. Tamary Jelisiejew, a w końcu lat 70. przeszliśmy do pracy w szpitalu klinicznym - Andrzej do Zakładu Radiologii, pracując pod kierownictwem prof. Jarosława Szmurło.

Szybko skończył przewód doktor-



ski i uzyskał specjalizację. Stał się jednym z najbardziej rozpoznawalnych radiologów w szpitalu klinicznym. Jak poprzednio, koleżeński, gotowy do pomocy.

Po zakończeniu studiów Andrzej także kontynuuje pracę społeczną - działa z pożytkiem w wielu organizacjach. To także jeden z powodów, że w 1988 r. rektor Akademii Medycznej w Białymstoku powierzył Andrzejowi funkcję dyrektora Państwowego Szpitala Klinicznego, którą pełnił przez 6 lat. W 1994 r. został wicewojewodą, a w latach 1995 - 1997 wojewodą białostockim. Po zakończeniu kadencji wojewody został dyrektorem Zarządu Wojewódzkiego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

My - jego koledzy z roku - byliśmy dumni z Andrzeja. A Andrzej - jak poprzednio - pozostał koleżeński i nie stwarzał dystansu pomimo zajmowanych stanowisk. Podziwialiśmy, że bardzo mało osób było mu niechętnych. To było wynikiem życzliwego podejścia do każdego, z którym się spotykał.

W drugiej połowie lat 80. nasz kolega z roku Ed Kobylec rzucił hasło zorganizowania zjazdu koleżanek i kolegów, z którymi studiowaliśmy, po 15 latach od ukończenia studiów. Zjazd doszedł do

skutku i od tego momentu odbywał się regularnie co pięć lat przez następne 25 lat - czyli do dzisiaj. Andrzej oczywiście wchodził w skład pierwszej grupy organizującej, a także kolejnych pięciu. Nie miało przy tym znaczenia, jak ważną wówczas pełnił funkcję. I skutecznie pracował. Najlepszym przykładem były przygotowania do zjazdu koleżeńckiego w 2012 r. z okazji 40-lecia ukończenia studiów. Ed, sprawujący rolę szefa, z uwagi na chorobę i powikłania był długo niedostępny. Andrzej przejął kierowanie przygotowaniem i zadziwiająco szybko doprowadził do końca główne przedsięwzięcie, tj. zredagowanie i wydrukowanie albumu ze zdjęciami naszych profesorów oraz koleżanek i kolegów z czasów studenckich. Zaprosił także na uroczystą kolację (z tańcami) - by zagrał i zaśpiewał - Janusza Laskowskiego, swojego dobrego znajomego z czasów Klubu CoNieCo, któremu mocno pomagał w początkowym okresie kariery.

W ostatnim okresie doszła nam jeszcze jedna płaszczyzna kontaktów - z pewnością nienależąca do przyjemnych, ale konieczna - pożegnania koleżanek i kolegów. Andrzej miał zawsze czas i był gotowy uczestniczyć w dalekich niekiedy wyjazdach. Zdarzało się, że obaj wygłaszaliśmy mowy pożegnalne na tym samym pogrzebie.

Po osiągnięciu wieku emerytalnego Andrzej ani nie zakończył pracy zawodowej, ani nie zrezygnował z działalności społecznej. Nadal pracował jako specjalista radiolog. Jednocześnie w 2011 r. został wybrany na sekretarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku.

Niezmiernie trudno jest pogodzić się z Jego odejściem. ■

**STASZEK SIERAKOWSKI,
KOLEGA Z ROKU**

Halina Nowik 1967 -2016



17 października 2016 pożegnaliśmy Halinę Nowik - pracownicę kwestury Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Przeżyła 49 lat.

Cały życiorys naszej koleżanki daje nam świadectwo smutnej prawdy - najtrudniej rozstać się z tymi, którzy pozostawili po sobie owoce dobra i miłości.

Była wspaniałym, skromnym, uczciwym i życzliwym człowiekiem, bardzo starannym i sumiennym pracownikiem - takim, który bardzo szybko potrafił zaskarbić sobie powszechną sympatię i szacunek.

Jej wrażliwość, empatia, umiejętności słuchania - to cechy, które szczególnie ją wyróżniały. Zawsze pamiętała, żeby podlać kwiatki, służyła pomocą, radą i - to co najistotniejsze - umiała wysłuchać drugiego człowieka, była spokojna, bezkonfliktowa. Pracowała z nami 30 lat. Uczestniczyliśmy aktywnie w Jej życiu, przeżywałyśmy wspólnie radości i smutki. Halinka miała wspaniałe plany i marzenia - cieszyła się, że mimo wielu trudności życiowych udało jej się stworzyć kochającą rodzinę, wspaniały dom, piękny ogród. Ostatnio stwierdziła, że teraz to tylko będzie z górki... ale Pan miał w związku z nią inne plany.

Pozostawiła kochającego męża, pięcioro wspaniałych dzieci, przepętnionych bólem i rozpaczą rodziców, gro-
no przyjaciół i współpracowników.

Zawsze zostaniesz w naszej pamięci

Pracownicy Kwestury UMB

Wiersz na pożegnanie

*To jesień ponura i bura,
ten świat zmienia na brzydki
A kwiaty w Twoim ogródku
płaczą z rozpacz i smutku*

*A twarze Twoich bliskich
Szukają wciąż Twego cienia
Lecz świat Twój nie istnieje
I Ciebie wśród nas nie ma*

*Dlaczego ten los okrutny
Chciał zburzyć wszystko co piękne
Twą miłość, rodzinę, Twój świat
- wszystko to niepojęte*

*A tak walczyłaś w życiu
Jak rycerz, co włóczył władą
To śmierć, to pożar, to problem
To co wznosiłaś - znów pada*

*I tak te ścieżki prostując wszystkim
W pracy, mężowi i innym bliskim
Znużona bólem - ciężką chorobą
Poszłaś za Bogiem - wskazaną drogą*

*Ojciec zaśpiewał Ci kołysankę
A mąż Cię przykrył różą i wiankiem
I brzoza złotym liściem sypnęła
Żebyś Halinko dobrze zasnęła*

Basia Zadykowicz

Widmo populizmu

Widmo komunizmu

krążyło nad światem, ale jakoś to mamy za sobą. Nie sprawdziła się szczęśliwie i przepowiednia z epoki PRL (co, jak co, ale żarty były wówczas wyższych lotów niż obecnie), że po kapitalizmie, imperializmie, socjalizmie i komunizmie nastanie alkoholizm. A co przyniesie dobra zmiana?

Nie wiem, ja się nie boję, bo mam emeryturę, czwórkę dzieci i cztery urokliwe wnuczki. Przyznaję, dużo większe nadzieje wiąże z tą ósemką niż z ZUS-em.

Jajogłowi

To wyjątkowe określenie, powracające co pewien czas do obiegu. Oryginalne i dlatego, że może określać zarówno: uczonego, tęgiego mózgowca, niekwestionowanego inteligenta, jak również: głupola, kretyna, matoła, zakuty łeb. Barwnych określeń w tym drugim znaczeniu jest znacznie więcej. Czy dlatego, że tępaków jest autentycznie więcej od myślicieli? Kto to wie? Jak to zbadać? Pamiętam, że na pewnym studium emocje kursantów budziła próba określenia, ile k...ów (krótkie, pospolite nazwisko) ma noga od stołu, przy którym kazano nam siedzieć i słuchać bzdur tego pseudouczonego. A może po prostu mniej sprawni umysłowo są i za bardzo leniwi, by wymyślać określenia, definiować, szacować.

Jajogłowi - ci z wyższej półki - ponoć narodzili się, a na pewno rozmnożyli, w Stanach Zjednoczonych. Zaczęli szerzyć poglądy niewygodne dla władzy i finansjery, a że byli obrotni w słowach, obkuci, zręczni w polemikach, to stali

się niebezpieczni. Z takimi trudno wygrać, chyba że się ich opluje, ośmiesz, zrobi w jajo. Tradycja zobowiązuje; wyliczono, że zwycięzca ostatnich wyborów w USA podczas kampanii prezydenckiej podał więcej informacji fałszywych niż prawdziwych. Ale za to były to informacje chętnie przyjmowane przez słuchaczy, miłe im, smaczne, jak przysłowiowe chrupiące bułeczki Leszka Balcerowicza, odsuwające smutki, dobrze rokujące. Proszę zauważyć, jaką oszałamiającą karierę robi ten ostatni zwrot. Dobrze rokujące, to w większości obietnice bez pokrycia, konkretów, odpowiedzialności. Dobrze rokują wszystkie reklamy, fundusze bankowe, programy wyborcze też. A jak zamiast zysku będą straty, zamiast bujnych włosów łysina i zamiast rozkoszy pojękiwanie, to winę zrzuci się na jajogłowych. Ci okazują się znów gorsi nawet od masonów. Precz!

Czym pachnie populizm?

Na pierwszy niuch rajskim kwieciem, kadzidłęm, małmazją. Upodabnia się do balsamu, miodu lanego na serce. Zamknij człeczce oczy, nastaw uszy na właściwy odbiór, a twoje lędźwie się natychmiast zrelaksują, ciało nabierze wigoru, krew popłynie szybciej, dusza się uniesie ku wyżynom. Sam nie musisz myśleć, wysilać się, a tym bardziej myśleć kreatywnie. Kreatywnie, to też słowo wytrych, tyle że

Wyliczono, że zwycięzca ostatnich wyborów w USA podczas kampanii prezydenckiej podał więcej informacji fałszywych niż prawdziwych. Ale za to były to informacje chętnie przyjmowane przez słuchaczy, miłe im, smaczne, jak przysłowiowe chrupiące bułeczki

mocno nadużywane za poprzedniej koalicji. To była zachęta, nawet nakaz do stałego poszukiwania sposobów, by przeżyć miesiąc za kilka stówek, zamieszkać niekoniecznie w domku na działkach, wymienić stary rower na... nowszy rower. Bo liczyły się sukcesy makro, globalne, wskaźniki strategiczne.

Tamten styl rządów został skutecznie ośmieszony, choć co poniektórzy liderzy nie mogą do dziś zrozumieć, dlaczego przegrali. Bo byli



Nagranie wywiadu Donalda Trupa, fot. fb.com/donaldtrump

jak ci jajogłowi? Na poły zaufani w wystudiowane formułki, na poły ślepi i nierozumiejący codzienności, potrzeb i odczuć zwykłych zjadaczy chleba? Może i tak, a może za bardzo zmęczeni już rządzeniem, za mocno zaskorupiali i zapatrzeni w siebie, w swoją doktrynę. Nie o nich chcę dalej pisać, bo nowe widmo zawisło nad nami, bynajmniej nie tylko w Polsce i nie tylko w Ameryce. Ponoć po Anglii teraz kolej na Francję, a kto wie, czy i Niemcy nie czekają w kolejce. Historia uczy, że potomkowie Germanów byli bardziej pragmatyczni, a i im się zdarzały wielkie nieszczęścia jako skutek zachwyty. Na ten przykład, nad mierzonym malarzem z wąsikami.

Rozejrzyjmy się wokół

Rzadko uciekam się do cytatów, ale to stwierdzenie, przypomniane przez panią Dominikę Kasprowicz, bardzo mi się podoba: „Jak pisze holenderski politolog Cass Mudde, definiowanie populizmu przypomina strzelanie do ruchomego celu w gęstej mgle”. To może lepiej wskazać kilka niebudzących wątpliwości przykładów. Pamiętajcie, drodzy moi, Stasia Tymińskiego,

naszego człowieka, bo jego przodkowie siedzieli między Nurem a Ciechanowcem. Miał czarną teczkę i mnóstwo równie tajemnych sposobów na przeprowadzenie nas wszystkich z czerwonych przedpiekieł do bram Kuwejtu bez konieczności opuszczania ojczyzny. A Andrzeja Leppera z bajzłem na własnym podwórku i wizją Polski połączanej i posrebrzonej nie tylko łanami zbóż? A propos wsi, to całkiem niedawno słyszałem przepowiednię, że chłopci żyć będą wnet

jak w mieście. Uf, w zaduchu, jazgocie, tłoku, w klatkach w blokach. Straszne! Złotoustych wizjonerów zawsze mieliśmy dostatek, zwłaszcza przed wyborami. A jeszcze wspomnę pewnego sekretarza pewnej partii, który przed 1 Maja tłumaczył nam, że jak będziemy równo i optymistycznie maszerowali, to siła przewodnia na pewno utworzy uniwersytet w Białymstoku. Nie zdążyła.

Uciekam od polityki, bom jej w młodszym wieku dość skosztowałam. Tu chodzi o sprawę ważniejszą niż rządy tej czy innej ekipy. Jak pogodzić pragmatyków z wizjonerami, miłośników różnych „izmów” z samoistnymi liderami zatroskanymi o byt ludzi, w tym mniej kreatywnych i słabiej rokujących? Jak odsunąć od polityki dogmatyków i krzykaczy, jak uchronić świat od autentycznych zagrożeń, a przestać tracić czas i środki na głupoty, programy budowane na piasku? Co ja mogę zrobić, by ukochane wnuczki nie musiały cierpieć w przyszłości z powodu oparów populizmu?

Smutno mi Panie. ■

ADAM CZESŁAW DOBRŃSKI