



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 02 (140)

LUTY 2016



## WYBORY REKTORSKIE



ISSN 1643-3734



# Wybory rektorskie

O dziwo najwięcej emocji było podczas wyborów elektorów i przedstawicieli do kolegialnych organów uczelni. Aby skompletować wszystkie listy kandydatów potrzebne były aż cztery tury wyborów. Sytuację skomplikowała ustawa o szkolnictwie wyższym, która narzuca obowiązek uzyskania przez kandydata min. 50 proc. wszystkich oddanych głosów.

Prościej sytuacja wyglądała w przypadku zgłoszeń kandydatów na nowego rektora UMB. Tu pojawił się tylko jeden chętny – prof. Adam Krętowski, od ośmiu lat prorektor ds. nauki UMB. Jego kandydaturę zgłosił prof. Jacek Nikliński, rektor Uczelni.



## Spis treści

- 4-5 | WOJCIECH WIĘCKO  
**Prof. Adam Krętowski: Jestem do dyspozycji**
- 6-7 | WOJCIECH WIĘCKO  
**Nowe patenty na UMB**
- 8 | **Badania populacyjne wspólnie z marszałkiem**
- 9 | PROF. SŁAWOMIR WOŁCZYŃSKI  
**Rekordowy grant UMB**
- 9 | **Najlepsi z najlepszych**
- 10 | WOJCIECH WIĘCKO  
**Karol wynalazca**
- 11 | HANNA SAROSIEK  
**Rekrutacja na UMB: nowe zasady**
- 11 | **Resort zdrowia w akcji**
- 12 | **Hub of Talents szuka innowacji**
- 13 | **Szpital USK w czołowie skuteczności in vitro**
- 14-15 | KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK  
**Tu światło nigdy nie gaśnie**
- 16-18 | WOJCIECH WIĘCKO  
**Stres najczęściej przegryzamy batonem**
- 18-19 | O. JOHN BRECK  
**Pascha zespołu Downa**
- 20 | **Cukrzyca w Polsce policzona**
- 21 | **Kieszonkowy spirometr**
- 22-24 | KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK  
**Szczęśliwe zbiegi okoliczności**
- 25 | DR HAB. SZYMON BRZÓSKO  
**O nefrokardiologii w krainie żubra**
- 26-28 | WOJCIECH WIĘCKO  
**Ludwik Roch Komczyński**
- 29-30 | WOJCIECH WIĘCKO  
**Benefis profesora Pędicha**
- 30-31 | ADAM CZESŁAW DOBRÓŃSKI  
**Sen o wiośnie**

**SKŁAD REDAKCJI:**  
**Redaktor naczelny:** Lech Chyczewski  
**Zastępca redaktora naczelnego:** Krzysztof Worowski  
**Sekretarz redakcji:** Katarzyna Malinowska-Olczyk  
**Redakcja:** Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Wojciech Więcko, Marcin Moniuszko;  
**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. Klilńskiego 1  
 tel. (085)748 54 85, email: medyk@umb.edu.pl  
 www.medyk.umb.edu.pl

## Od Redaktora



Kiedy spoglądam na tableau rektorów AMB/UMB zamieszone na okładce niniejszego numeru „Medyka”, nachodzą mnie różnego rodzaju myśli. Bezpośredni kontakt miałem z trzynastoma z czterestu dotychczas wybranych rektorów. Kiedy przyjechałem na studia do Białegostoku, urzędującym rektorem - kolejnym czwartym - był prof. Ludwik Roch Komczyński. Pierwszego rektora prof. Tadeusza Kielanowskiego znam jedynie z opowiadań i publikacji poświęconych temu nietuzinkowemu człowiekowi. Dwaj następni za moich czasów studenckich już skończyli urzędowanie. Natomiast byli oni moimi nauczycielami. Prof. Stanisław Legeżyński, drugi kolejny rektor, nauczał mnie mikrobiologii. Trzeci - prof. Jakub Chlebowski - był moim nauczycielem interny. No cóż, mogę więc powiedzieć, że byłem niemal naocznym świadkiem historii naszej uczelni. Upoważnia mnie to do podzielenia się moimi subiektywnymi spostrzeżeniami.

Za kadencji rektora prof. Stanisława Legeżyńskiego, już w roku 1956 ukazały się pierwsze trzy numery „Medyka Białostockiego”. W parku pałacowym można było spotkać Profesora z nieodłącznym owczarkiem o imieniu Bary. Sprawy studenckie załatwiano się zwykle na progu gabinetu, bowiem po jego przekroczeniu Bary warczał, co nie zapowiadało nic dobrego. Rektora Komczyńskiego pamiętam głównie z czasów studenckich. Został w mojej pamięci nie tylko jako twórca Zakładu Anatomii Patologicznej, w którym spędziłem całe swoje życie zawodowe. Przede wszystkim zapamiętałem Profesora jako człowieka o niezwyklej otwartości w stosunku do studentów, także jako człowieka o swoistym, wyrafinowanym poczuciu humoru. To on był pomysłodawcą budowy obecnego gmachu Collegium Pathomorphologicum. Jednak najbardziej, już w całkiem dojrzały sposób, związany byłem z rektorem Janem Górskim i rektorem Jackiem Niklińskim. Byłem i jestem naocznym świadkiem zmagania i dokonania tych dwóch niewątpliwie wyróżniających się rektorów. Rektor Górski pełnił tę funkcję z 3-letnią przerwą przez cztery kadencje. To za Jego czasów doszło do zmiany szyldu uczelni z AMB na UMB. Nie mogę przemilczeć, że wybory rektora Górskiego na trzecią kadencję były bez precedensu. Przebiegały burzliwie, w niedobrej atmosferze wyborczej walki. Sprawy uczelni nie miały się wówczas najlepiej. W Polsce mówiło się nawet o możliwości skasowania dwóch uczelni z siedzibą w miastach zaczynających się na literkę „B”. Ustupująca ekipa nie miała naprawczego programu, ale nie bardzo wyobrażała sobie oddania władzy po urzędowaniu przez jedną kadencję. Społeczność akademicka zaufała jednak prof. Górskiemu, powierzając mu ponowne sprawowanie urzędu. Wybór okazał się trafny. Z ekipy prof. Górskiego, niejako w sposób naturalny, wyłonił się następny rektor - prof. Jacek Nikliński. O jego dokonaniach nie muszę przypominać. W Polsce nasza uczelnia ma teraz znakomitą renomę. Z kolei z ekipy prof. Niklińskiego wyłonił się, również w sposób naturalny, obecny rektor elekt prof. Adam Krętowski. Tak więc, po traumatycznych przeżyciach w czasie pamiętnych wyborów, w których po raz trzeci rektorem został prof. Górski, przez cztery ostatnie kadencje wybory władz uczelnianych przebiegały na szczęście bezkonfliktowo. Doszło w tym czasie do zasadniczych, niezwykle pozytywnych zmian. Wierzę święcie, że nowo wybrana ekipa podoła trudnym zadaniom. Gratulując wyborcu, życzę im tego z całego serca. Uczelnia to przecież nasze wspólne dobro.

*Adam Krętowski*

# Prof. Adam Krętowski: Jestem do dyspozycji

**Prof. Adam Krętowski, od ośmiu lat prorektor ds. nauki naszej uczelni,** jako jedyny kandydat zgłosił się w wyborach na rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jego kandydaturę rekomendował obecny rektor prof. Jacek Nikliński

**Wojciech Więcko: Miał Pan tremę przed zgłoszeniem swojej kandydatury w wyborach na urząd rektora UMB?**

**Prof. Adam Krętowski:** - Zdaję sobie sprawę z odpowiedzialności tej decyzji i jak ważna jest to funkcja. Chcę zaoferować naszemu środowisku akademickiemu swoje siły, umiejętności i ciężką pracę na rzecz uczelni. Jestem do dyspozycji.

Ostatnio sporo rozmawiałem z kolegami z innych jednostek uczelni i często słyszę pytanie: czy po ośmiu latach intensywnej pracy jako prorektor ds. nauki mam jeszcze siłę i energię do bardziej wyťažonej pracy na stanowisku rektora. Ci, co mnie lepiej znają, pytają wprost, czemu jestem taki głupi, że chcę się brać za taką funkcję, zamiast sobie spokojnie popracować, realizować się w innych, równie fascynujących wyzwaniach i po godz. 15 wracać do domu.

Jednak moja decyzja wynika z faktu odpowiedzialności za naszą uczelnię oraz za to wszystko, co robiłem wcześniej. Różnie można sprawować funkcję rektora. Można zwyczajnie tylko być na urzędzie, a można też aktywnie działać dla dobra społeczności akademickiej. Ja chcę właśnie działać.

Moim marzeniem jest, żeby UMB rozwijała się tak jak do tej pory, a nawet jeszcze lepiej. Żeby to była nowoczesna uczelnia, której pracownicy są zadowoleni z tego, że tu przychodzą do pracy, a studenci są dumni z tego, że tu studiują. A efektem tego wszystkiego są działania, które pomagają pacjentom i mają ważne znaczenie dla naszego zdrowia.

**A to nie jest tak, że gdy został Pan prorektorem w drużynie rektora prof. Jacka Niklińskiego - wraz z profesorami prorektorami Zenonem Mariakiem i Adrianem Chabowskim - i razem rozpędzaliście uczelnię, i zaczęliście spełniać te wszystkie zapowiedzi (czasem rodem z science-fiction), to jest tych zadań i projektów tak wiele, są tak zaawansowane, że nikt spoza waszej trójki - chcąc być odpowiedzialnym - nie odważy się na kandydowanie?**

- Decyzja związana z ewentualnym kandydowaniem i podjęciem wyzwania kierowania uczelnią jest bardzo trudna. Wynika ona głównie właśnie z potrzeby kontynuacji wielu projektów, które już się toczą, a wymagają dalszej ciężkiej pracy.

Chciałbym, żeby moja dalsza praca dla uczelni była dobrą kontynuacją z odrobiną dobrej zmiany. Zawsze na pierwszym miejscu na UMB był człowiek. Przez ostatnie lata inwestowaliśmy bardzo w naukowców, studentów i doktorantów. Udało nam się uzyskać szereg grantów na potrzeby ich rozwoju naukowego.

Z drugiej strony już się przyzwyczailiśmy do tego dobrego. To, że przyjeżdżają do nas profesorowie wizytujący, już prawie traktujemy tak zwyczajnie, jakby to zawsze było. Studenci i doktoranci jeżdżą na wizyty, szkolenia, staże do najlepszych ośrodków na świecie - to samo. Ale tak nie jest. My, jako UMB, nie dostajemy na to pieniędzy. To wszystko udało się osiągnąć dzięki dodatkowej pracy, projektom, które trzeba było napisać i zrealizować. To jest

ta ciężka robota, którą nie zawsze wszyscy widzą. To chciałbym dalej kontynuować. Na szczęście obecna perspektywa unijna stwarza nam szansę na aplikowanie po kolejne fundusze i mam nadzieję, że nam się to uda.

**Zbliżająca się kadencja będzie wyjątkowo trudna. Uczelnia bardzo wzbogaciła się o nową infrastrukturę w minionych latach. Rozbudowała szpitale, powstały nowoczesne laboratoria. A teraz trzeba będzie pokazać, że my to umiemy wykorzystać i wiemy, jak się robi nowoczesną naukę.**

- Na szczęście to się już dzieje. Nie jest tak, że część kupionego sprzętu nie pracuje i stoi gdzieś sobie w magazynie. Działa. Pozyskujemy granty, szukamy partnerów do współpracy. Nauka przesuwa się właśnie w kierunku aplikacyjności. Zdobyliśmy w zeszłym roku grant z programu Strategmed wart 19,5 mln zł. Ten projekt badawczy będzie realizować wiele zespołów z uczelni. Tam będą chirurdzy, patomorfologdy, tam będą wykorzystane te wszystkie nowoczesne uczelniane laboratoria, które ostatnio powstały. My mamy już wypełnione plany na wykorzystanie tego sprzętu. Choć nadal będziemy się starać o kolejne fundusze badawcze.

Jest też duża szansa, że nasza baza będzie jeszcze lepsza. Walczymy z Panem rektorem Niklińskim o 200 mln zł na infrastrukturę naukową dla uczelni. To są fundusze, które są wpisane do kontraktu terytorialnego. One, wydaje się, że są już blisko nas, ale wciąż są jeszcze nieosiągal-

ne z powodu braku tzw. wkładów własnych uczelni. To kwoty, które obecnie przekraczają nasze możliwości. Dla przykładu badanie kohortowe „Białystok PLUS”. My możemy rozpocząć badanie pilotażowe, ale żeby zrobić to w skali 10 tys. osób, to trzeba mieć do tego infrastrukturę. Mamy na to 85 proc. środków zdobytych, ale dalej brakuje wkładu własnego, tych 15 proc.

**Jak UMB będzie wyglądał za cztery lata? Nowy szpital kliniczny, nowy szpital na Dojlidach...**

- To nie będzie takie proste. Marzenia to jedno, a rzeczywistość to co innego. Szpital kliniczny ma pewne problemy finansowe i trzeba je rozwiązać. Po rozbudowie powiększyła się kubatura obiektu, więc wzrosły koszty jego utrzymania. Przeprowadzki klinik spowodowały, że nie do końca wykonany został kontrakt z NFZ. Inwestycja w szpitalu zakaźnym na Dojlidach też nie idzie tak, jak sobie zakładaliśmy. Na ten rok mamy na ten cel tylko kilka milionów, choć mieliśmy obiecanie dużo więcej. Samo nic się nie robi. Nad tymi inwestycjami trzeba jeszcze dużo pracować.

**Ma Pan jakieś specjalne plany dotyczące naszych studentów i doktorantów?**

- Moje marzenie jest takie, żeby studenci mieli możliwość kształcenia się zbliżonego do tego, co się dzieje w najlepszych ośrodkach na świecie. To dla nich na uczelni chcemy tworzyć lepsze warunki do nauki. Dlatego pojawiły się nowe pomieszczenia w szpitalu klinicznym, studenci farmacji mają nowy budynek wydziałowy, tak samo jak żacy z Wydziału Nauk o Zdrowiu. Udaje

się nam zdobywać fundusze na praktyki studenckie. W zeszłym roku 70 studentów wyjechało na praktyki zagraniczne do szpitali na całym świecie.

Osobiście najwięcej satysfakcji czerpię ze współpracy z organizacjami studenckimi, z Samorządem Studenckim, czy z kołami naukowymi. W zeszłym roku STN udało się zorganizować największą konferencję naukową w historii uczelni. Na 600 uczestników z całej Polski i zagranicy! Doktoranci mają szansę na dodatkowe stypendia. W ramach KNOW dwukrotnie rozdaliśmy po 50 stypendiów. To oprócz środków dla samego doktoranta, także dodatkowe środki na badania - 50 tys. zł. To kwota zbliżona do tych, które rozdziela Narodowe Centrum Nauki dla młodych naukowców. Wydaje mi się, że to wyjątkowe warunki.

**Rektor Jacek Nikliński zwykł mawiać, że dla najlepszych naukowców na uczelni nie będzie skąpił grosza na nagrody. Z roku na rok pula środków na ten cel stale rośnie. Przejąłby Pan ten zwyczaj po prof. Niklińskim?**

- Jeżeli chodzi o fundusz nagród to ja mam z tego powodu osobistą satysfakcję. Przez wiele lat na uczelni system nagradzania preferował zespoły badawcze. Im większy zespół, tym większa szansa na nagrodę. W parze za tym nie szły znaczące gratyfikacje za osiągnięcia indywidualne. Z mojej inicjatywy, za zgodą komisji ds. nagród, zaczęliśmy nagradzać poszczególne publikacje i uwzględniać ich jakość. Tak, by za jedną dobrą publikacją

można było dostać większą nagrodę, niż za kilka słabych. W efekcie to stał się bardzo silny czynnik motywacyjny. Najlepsi naukowcy otrzymują roczne nagrody o wartości samochodu. Ten system dobrze działa, choć trzeba go udoskonalać. Kiedy objąłem funkcję prorektora ds. nauki to było moje credo, żeby znaleźć czynniki motywujące. Z jednej strony musi być ta marchewka, ta nagroda, ale też muszą być wymagania. Tym są konkretne kryteria do robienia doktoratu, habilitacji czy właśnie nagród naukowych.

A mnie nie trzeba specjalnie zachęcać, żebym stosował system nagród i kierował środki do najlepszych naukowców na naszej uczelni. ■

**ROZMAWIAŁ:**

WOJCIECH WIĘCKO

**Prof. Adam Jacek Krętowski,** 49 lat, absolwent Wydziału Lekarskiego UMB (rocznik 1991), żonaty, czwórka dzieci. Od 25 lat pracuje na uczelni. Przez dwie kadencje prorektor ds. nauki i współpracy międzynarodowej UMB, pomysłodawca utworzenia i kierownik Centrum Badań Klinicznych UMB, profesor zwyczajny w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych.



# Nowe patenty na UMB

**Sześcioma nowymi patentami** może pochwalić się nasza uczelnia. **W sumie mamy ich 12.** A w kolejce do rozpoznania w Urzędzie Patentowym RP czeka jeszcze 40 wniosków od naszych naukowców.



Patent to ostatnio bardzo modne słowo. Jednak jeszcze kilka lat temu na naszej uczelni było praktycznie wielką niewiadomą. Dość powiedzieć, że do 2011 roku UMB mogła się pochwalić tylko dwoma patentami i 4 zgłoszeniami patentowymi. Wszystko dlatego, że naukowcy rozliczani byli na podstawie zdobytych punktów za publikacje naukowe. Zresztą podobna sytuacja była na większości uczelni w kraju, poza politechnikami.

Uczelnie techniczne z racji swoich specjalizacji na co dzień współpracowały z przedsiębiorcami. Najczęściej to właśnie przedstawiciele firm zgłaszali się do tych uczelni z prośbą o pomoc w rozwiązaniu jakiegoś kłopotu technicznego. Co jak co, ale przedsiębiorcy wiedzą doskonale, że nowinka techniczna we własnym portfolio to nie tylko prestiż, ale przede wszystkim możliwość zarobienia dużych pieniędzy.

Zmiany w działaniu naukowców wymusiła UE i Ministerstwo Nauki. Kluczem były pieniądze. Unia zaczęła wspierać innowacje, a ministerstwo zmieniło wymogi oceny parametrycznej uczelni wyższych w kraju. W efekcie okazało się, że polski świat nauki chce sporo patentować.

## Plusy ujemne

Jednak otrzymanie samego patentu w zasadzie niewiele oznacza. Może poza możliwością wykazania tego w dorobku naukowym. Nie ma żadnej gwarancji, że ktoś od nas kupi prawa do tego osiągnięcia, czy powstanie z niego komercyjny produkt.

- Patent to dopiero początek drogi. Jeżeli chce się zaistnieć na rynku, trzeba dalej pracować nad odkryciem. Na swój sposób zaryzykować, poświęcić się dalszej pracy nad zagadnieniem, a nawet zrezygnować z innych zajęć. Wtedy może przyjdzie sukces. Powtórzę, może - mówi dr Andrzej Małkowski z Biura Ochrony Własności Intelektualnej i Transferu Technologii UMB.

Zresztą sama sprzedaż patentów to bardzo trudny temat. Te z dziedzin medycznych - np. odkryte substancje chemiczne, które mogą być potencjalnie nowymi lekami - są w obecnych realiach prawie niesprzedawalne. Polscy naukowcy bardzo szybko patentują swoje odkrycia i rzadko później kontynuują dalsze badania nad takim związkiem. Dla potencjalnego kupca, to półprodukt, w który trzeba zainwestować sporo środków, by stwier-

dzić, czy jest on coś wart. I w tym miejscu zaczynają się poszukiwania trudnego kompromisu.

Co ciekawe, najlepiej rokują odkrycia naukowców UMB, które roboczo nazywa się „niepatentowanymi”. Chodzi o bardzo praktyczne opracowania, np. system rehabilita-

## Profesor Tomasz Ciach

*- Sam wynalazek to tylko obietnica. Obietnica zmniejszenia cierpień, wyleczenia choroby. Ale by ją spełnić, potrzebny jest wielki wysiłek organizacyjny, marketingowy, finansowy. Dlatego naukowcy, jako twórcy obietnic, powinni podchodzić do nich poważnie. Bo za to, co się obiecuje, człowiek odpowiada.*

wypowiedź dla Gazety Wyborczej

cji pacjentów przy danym schorzeniu, albo wyniki badań pewnej grupy owoców, które mają super właściwości zdrowotne. Każde z tych osiągnięć bardzo szybko znalazło kupca i to za całkiem niezłe pieniądze.

## Świadomość

Na szczęście są też pozytywne informacje. Coraz lepiej nasi naukowcy radzą sobie z formalnościami związanymi z patentowaniem i komercjalizacją. Zaczynają też rozumieć, jak ważna jest ochrona prawna osiągnięć naukowych.

- Dostajemy coraz więcej telefonów od naukowców, którzy chcą zwyczaj-

nie spytać, co zrobić z ich wynikami badań. Sami już czują, że ich odkrycie ma potencjał i może mieć szansę na zaistnienie na rynku. Dlatego przed przystąpieniem do publikacji, chcą wiedzieć, jak wszystko zabezpieczyć - dodaje dr Małkowski.

To bardzo ważne, gdyż najpierw musi być zastrzeżenie patentowe, a dopiero potem może nastąpić publi-

kacja. Boleśnie przekonało się o tym pięciu pracowników UMB, których wnioski patentowe zostały odrzucone właśnie dlatego, że najpierw opublikowali ich wyniki. ■

## WOJCIECH WIĘCKO

# Nowe patenty UMB

## 1. Biosensor do oznaczania podopłaniny

**Autorzy:** Nikliński Jacek, Charkiewicz Radosław, Gorodkiewicz Ewa, Łukaszewski Zenon

Przedmiotem wynalazku jest biosensor do oznaczania podopłaniny, przy użyciu techniki powierzchniowego rezonansu plazmonów (SPRI) z wykorzystaniem specyficznego przeciwciała. Przeprowadzone badania wykazały, że dzięki zastosowaniu opisanego rozwiązania uzyskuje się dużo szybszą analizę badanego materiału na stężenie podopłaniny w porównaniu do obecnie stosowanych metod.

Oferowane rozwiązanie, może znaleźć zastosowanie w diagnostyce nowotworów, gdyż umożliwia bardzo szybką analizę badanego materiału na stężenie podopłaniny, która uważana jest za obiecujący marker nowotworowy.

## 2. Biosensor do oznaczania aromatazy z wykorzystaniem przeciwciała

## 3. Biosensor do oznaczania aromatazy z wykorzystaniem inhibitora

**Autorzy:** Laudański Piotr, Gorodkiewicz Ewa

Istotą wynalazków jest biosensor do oznaczania aromatazy z wykorzystaniem poliklonalnego przeciwciała (specyficznego dla aromatazy) lub inhibitora aromatazy, techniką powierzchniowego rezonansu plazmonów. Przeprowadzone badania wykazały, że dzięki zastosowaniu opisanego rozwiązania uzyskuje się dużo

szybszą analizę badanego materiału na stężenie aromatazy w porównaniu do obecnie stosowanych metod.

Prezentowane rozwiązanie może znaleźć zastosowanie w diagnostyce i profilaktyce estrogenozależnego raka piersi oraz w wykrywaniu ognisk endometriozy.

## 4. Sposób separacji chorobotwórczych bakterii oraz grzybów

**Autorzy:** Car Halina, Niemirowicz Katarzyna, Izabela Świącicka, Agnieszka Wilczewska

Przedmiotem wynalazku jest sposób separacji chorobotwórczych bakterii oraz grzybów za pomocą nanocząstek magnetycznych. Proces separacji opiera się na oddziaływaniu składników ściany komórkowej drobnoustrojów z powierzchnią nanocząstek magnetycznych. Nanocząstki nie ulegają destrukcji podczas procesu separacji i sterylizacji, dzięki czemu mogą być wykorzystane wielokrotnie.

Opracowana metoda separacji za pomocą nanocząstek może mieć kluczowe znaczenie w wielu dziedzinach medycyny i przemysłu. Może być stosowana w celach:

- oczyszczania z bakterii próbek materiału biologicznego (mocz, krew, płynu mózgowo-rdzeniowego, śliny) i ewentualnie szybkiej identyfikacji patogenów zgromadzonych na nanocząstkach podczas separacji;

- oczyszczania wyrobów medycznych np.: rurek inhalacyjnych, ustników, protez zębowych, cewników, wzierników i innych sprzętów wielokrotnego użycia; przemysłowych, m.in. w uzdatnianiu i dekontaminacji

wody, co może przyczynić się do redukcji kosztów oczyszczania przy zachowaniu prawidłowych parametrów biologicznych wody.

## 5. 2-benzoilamino-5-(izocinolino-2-ylo)-1,3,4-tiadiazol jako czynnik antynowotworowy

**Autorzy:** Bielawska Anna, Bielawski Krzysztof, Siwek Agata, Monika Wujec

Przedmiotem wynalazku jest nowy związek 2-benzoilamino-5-(izocinolino-2-ylo)-1,3,4-tiadiazol, sposób jego syntezy oraz zastosowanie medyczne w profilaktyce i leczeniu nowotworów. Wyróżnia się on wyższą zdolnością inhibicji syntezy DNA niż chlorambucyl - powszechnie stosowany lek przeciwnowotworowy.

Związek będący przedmiotem wynalazku po wykonaniu dalszych badań może znaleźć potencjalne zastosowanie w leczeniu nowotworów.

## 6. Pochodne 1-podstawionego 4-benzoilo(tio)semikarbazoydu

**Autorzy:** Bielawska Anna, Bielawski Krzysztof, Siwek Agata, Monika Wujec

Przedmiotem wynalazku są nowe pochodne 1-podstawionego 4-benzoilo(tio)semikarbazoydu, sposób ich syntezy oraz zastosowanie medyczne w profilaktyce i leczeniu nowotworów. Wyróżniają się one wyższą zdolnością inhibicji syntezy DNA niż chlorambucyl - powszechnie stosowany lek przeciwnowotworowy.

Oferowane związki wykazują potencjalną aktywność przeciwnowotworową w badanych liniach komórek nowotworowych, dlatego po przeprowadzeniu dalszych badań mogą znaleźć zastosowanie w leczeniu nowotworów.

# Badania populacyjne wespół z marszałkiem

Samorząd Województwa Podlaskiego oraz Uniwersytet Medyczny w Białymstoku zawarły porozumienie o współpracy w zakresie **projektu badań populacyjnych 10 tys. mieszkańców miasta „Białystok Polish Longitudinal University Study; Białystok PLUS”**.



Podpisanie umowy o współpracy UMB z samorządem województwa. Od lewej Bogdan Dyjuk, członek zarządu województwa, Jerzy Leszczyński, marszałek, prof. Adrian Chabowski, prorektor UMB, prof. Karol Kamiński, koordynator projektu badawczego fot. Wojciech Oksztol/Wrota Podlasia

- Samorząd Województwa Podlaskiego jak dotąd w różny sposób wspierał ochronę zdrowia w regionie, głównie przez inwestycje w szpitalach. Teraz chcemy włączyć się aktywnie w dalszy zakres prac związanych z ochroną zdrowia: diagnostykę i popularyzację profilaktyki, bo choroby cywilizacyjne są coraz większym problemem. Stąd podpisanie umowy z UMB i myślę, że to dopiero początek naszej wieloletniej współpracy w tym zakresie - podkreślał podczas spotkania Jerzy Leszczyński, marszałek województwa podlaskiego.

Badanie populacyjne (kohortowe) mieszkańców Białegostoku to efekt współpracy uczelni z Uniwersytetem w Greifswaldzie (Niemcy). Tamtejsza uczelnia prowadzi je już od kilkunastu lat i dzięki nim zbudowała niesamowitą bazę danych o mieszkańcach regionu.

Dzięki temu naukowcy potrafią znajdować związki pomiędzy stanem zdrowia a różnymi sytuacjami społecznymi, czy odnajdować grupy ryzyka i pacjentów zagrożonych danym typem schorzenia. Poza tym to badanie było trampoliną, dzięki której uczelnia z prowincjonalnego Greifswaldu wskoczyła do światowej ekstraklasy naukowej.

Niemieccy specjaliści przygotowali się do realizacji tych badań przez kilka lat. Nasi mogą skrócić ten okres do minimum, ponieważ mogą bazować na całym know-how z Greifswaldu. Co więcej zastosowanie tego algorytmu działania spowoduje, że wejdziemy niejako do systemu badań realizowanych przez niemieckich uczonych i nasze dane będzie można porównywać z tymi od nich.

- Każdy pacjent jest jednością i chcemy zbadać naszych obywa-

teli pod szerokim kontem, zarówno układu oddechowego, zaburzeń metabolicznych, układu krążenia, ewentualnych chorób nowotworowych, tak abyśmy uzyskali obszerny i wyczerpujący obraz stanu zdrowia naszego miasta, a w dalszej perspektywie i województwa. Dane pozwolą odpowiedzieć na pytanie, dlaczego dane choroby pojawiają się u jednych i w jaki sposób możemy im zapobiegać i jak moglibyśmy je w przyszłości leczyć - tłumaczył zebranym prof. Karol Kamiński, koordynator projektu badawczego.

Samorząd województwa ma wesprzeć uczelnię w promocji i upowszechnianiu projektu, ale też pomóc w znalezieniu możliwości pozyskiwania środków na jego realizację.

- Chcąc racjonalnie zaplanować wydatkowanie funduszy, tych które utrzymujemy z własnych dochodów, środków europejskich programów norweskich czy szwajcarskich musimy wiedzieć, że dzisiaj rozpoczynana inwestycja będzie miała swój pozytywny skutek za 5, 10 czy 15 lat. Dlatego będziemy starali się dzisiaj w ramach tego projektu zdobywać doświadczenia, a później współpracując rozszerzać te badania - podkreślał Bogdan Dyjuk, członek zarządu województwa.

Program badawczy ma ruszyć w 2017 r. Do tego czasu naukowcy chcą testowo uruchomić badania pilotażowe dla grupy 60-70 osób, aby sprawdzić zaplanowane procedury badawcze. Pierwsze z badań mogą się rozpocząć już wkrótce. ■

**BDC, WROTA PODLASIA**

# Rekordowy grant UMB

**1,5 mln zł na badania nad nowotworami nadnerczy** - to największy grant, jaki do tej pory otrzymał Uniwersytet Medyczny w Białymstoku w ramach projektów z Narodowego Centrum Nauki.

Grant ten będzie realizowany w Klinice Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej, Centrum Medycyny Doświadczalnej, pracowniach Zakładu Biologii i Patologii Rozrodu PAN wyposażonych w ramach działalności Klastra Ogólnopolskie Centrum Monitorowania Problemów Płodności, przy aktywnej współpracy z Uniwersyteciem w Turku w Finlandii. Głównym badaczem w grancie jest prof. Nafis Rahman z Uniwersytetu w Turku, który jest profesorem wizytującym w UMB.

Badania potrwać trzy lata (2016-2018). W Białymstoku realizować je będzie pięć osób, przy udziale naukowców z Uniwersytetu w Turku.

Nowotwory nadnerczy są częstymi (u około 3-7 proc. populacji), ale najczęściej łagodnymi zmianami (gruczolaki) i nie wymagającymi leczenia. U niektórych pacjentów produkują nadmiarze hormony i wtedy wymagają leczenia farmakologicznego lub zabiegu operacyjnego.

Nowotwory złośliwe kory nadnerczy są rzadkie (2-5 zachorowań na milion osób, częściej u kobiet niż u mężczyzn), ale przebiegają agresywnie i bardzo źle rokują. Szybko dają przerzuty do wątroby, płuc i kości. Niestety nadal leczeniem z wyboru jest jedynie zabieg operacyjny.



Prof. Nafis Rahman (z lewej) z Uniwersytetu w Turku i jednocześnie profesor wizytujący UMB jest głównym badaczem w rekordowym grancie. Prorektor prof. Adrian Chabowski wręcza mu list gratulacyjny w podziękowaniu za ten naukowy sukces, fot. Wojciech Więcko

Ostatnie badania prof. Rahmana mogą wskazać na udział czynnika transkrypcyjnego GATA-4 i receptory hormonu luteinizującego/ choriongonadotropiny (LHCGR) w procesie indukowania i modulowania procesu nowotworzenia w nadnerczach, mogą indukować/modulować proces szczególnie u osób z podwyższonym stężeniem gonadotropin.

Celem projektu będzie poznanie roli wymienionych czynników GATA-4 jego kofaktora FOG-2 i systemu LH LHCGR w procesie nowotworowej transformacji komórek macierzystych progenitorowych kory nadnerczy.

Projekt realizowany będzie na modelu myszy transgenicznych (z nadekspresją lub wyciszonymi różnymi genami) oraz na liniach ko-

mórkowych. U myszy transgenicznych raki nadnerczy podobnie jak u ludzi rozwijają się w późnym wieku

Być może dzięki tym badaniom uda im się poznać patogenezę rozwoju raka nadnerczy i odpowiedzieć na pytanie w którym momencie pojawiają się komórki nowotworowe i jakie bodźce hormonalne czy genetyczne powodują zachorowanie. Problem badawczy ma również znaczenie kliniczne ze względu na ekspresję GATA-4 i LHCGR w nowotworach nadnerczy szczególnie u kobiet po menopauzie w warunkach podwyższonego poziomu gonadotropin. ■

**PROF. SŁAWOMIR WOŁCZYŃSKI**

## Najlepsi z najlepszych

100 tys. zł na projekt badawczy nad cukrzycą otrzymali studenci z UMB w ramach konkursu „Najlepsi z najlepszych!”

„Najlepsi z najlepszych!” to kontynuacja programu „Generacja Przyszłości”. Studenci – indywidualnie lub w zespołach – otrzymują dofinansowanie, które będą mogli przeznaczyć na pokrycie kosztów podróży, opłat

wstępnych lub zakupu materiałów i aparatury niezbędnej do przygotowania projektów badawczych. Wszystko po to by ich projekt miał szansę zaistnieć na arenie międzynarodowej. Spośród nadesłanych zgłoszeń komisja konkursowa wyłoniła 42 najlepsze projekty i rozdysponowała spośród nich 4 mln zł.

Projekt badawczy z UMB: „Poszuki-

wanie markerów skuteczności terapii behawioralnej w leczeniu cukrzycy typu drugiego, z wykorzystaniem metabolomiki oraz genotypowania” zyskała 100 tys. zł wsparcia.

Konkurs finansowany jest z Programu Operacyjnego Wiedza – Edukacja – Rozwój. ■

**BDC**

# Karol wynalazca

**Karol Charkiewicz, doktorant UMB**, został wyróżniony w VI edycji kieleckiego Ogólnopolskiego Konkursu „Student-wynalazca” za swój nieinwazyjny test w diagnostyce prenatalnej. Rok wcześniej, z innym odkryciem, wygrał w tym konkursie.

Rok temu Karol Charkiewicz zaprezentował w Kielcach wyniki badań „Wykorzystanie panelu 14 autoprzeciwcia, jako klasyfikatora w nieinwazyjnej diagnostyce prenatalnej aberracji chromosomowej zespołu Downa oparte o analizę we krwi”. Nazwa zawija, ale opisuje potencjalnie nieinwazyjny test pozwalający w okresie ciąży sprawdzić, czy płód w łonie matki ma, czy nie ma zespołu Downa. Za to odkrycie otrzymał także złoty medal za innowacje w medycynie ze specjalnym wyróżnieniem jury na Międzynarodowej Wystawie Wynalazczości w Genewie.

Tegoroczne odkrycie, jest rozwinięciem poprzedniego.

- Nasze odkrycie może w przyszłości przyczynić się do stworzenia nowego testu w nieinwazyjnej diagnostyce prenatalnej, bazującego na badaniu krwi obwodowej matki, a mianowicie jej osocza, w celu określenia obecności i stężenia dwóch aktywnych biologicznie lipidów (ceramid 22 i ceramid 24:1). Jest szansa, że w przyszłości, po wielu kolejnych badaniach, oba ceramidy będą biomarkerami płodowego zespołu Downa, a testy bazujące na tych lipidach będą obciążone dużo mniejszym prawdopodobieństwem wyniku fałszywie dodatniego - opisuje swoje odkrycie Karol Charkiewicz.

Obecne badania prenatalne opierają się w głównej mierze o amniopunkcję, która niesie ze sobą ryzyko poronienia bądź infekcji. Stąd ogromna potrzeba znalezienia skutecznej i wiarygodnej metody nieinwazyjnej. Obecne badania nieinwazyjne w 5 proc. przypadków mogą dać wynik fałszywie dodatni.

Badania Karola Charkiewicza prowadzone są pod opieką dr hab. Piotra Laudańskiego i we współpracy z dr hab. Agnieszką Błachnio-Zabielską.

Laureatami kieleckiego konkursu zostali:

- Michał Kwiatkowski i Piotr Terebun (Politechnika Lubelska) - „Sposób i urządzenie do generacji nierównowagowej plazmy niskotemperaturowej”, wynalazek może mieć zastosowanie w stomatologii i medycynie, m.in. do



## Karol Charkiewicz:

*- Nasze odkrycie może w przyszłości przyczynić się do stworzenia nowego testu w nieinwazyjnej diagnostyce prenatalnej, bazującego na badaniu krwi obwodowej matki w celu określenia obecności dwóch lipidów (ceramid 22 i ceramid 24:1). Jest szansa, że oba będą biomarkerami płodowego zespołu Downa*

leczenia trudno gojących się ran, w dermatologii i medycynie estetycznej. Może być też wykorzystywany w usuwaniu bakterii z powierzchni biologicznych. W trakcie badań potwierdzono skuteczność zastosowania reaktora w usunię-

ciu i dezaktywacji bakterii E. coli.

- Zbigniew Czyż (Politechnika Lubelska) - budowa statku powietrznego łączącego cechy wiatrakowca i wielowirnikowca. Wynalazek może być w przyszłości wykorzystany jako np. taksówka powietrzna, która będzie pozwalała na pionowy start statku, bądź start pod dowolnym kątem w stosunku do podłoża, także bez pasa startowego. Podwojony układ napędowy zwiększa bezpieczeństwo lotu, także podczas manewrów startu i lądowania.

- Dawid Pietrala i Gabriel Bracha (Politechnika Świętokrzyska) - odkrycie „Mięśnia pneumatycznego”, który może być używany jako element napędowy w robotach mobilnych oraz w urządzeniach służących do automatyzacji procesów produkcyjnych. Urządzenie w znacznym stopniu pozwala zmniejszyć ilość zużywanego powietrza w cyklu pracy, jest więc energooszczędne.

- Łukasz Richter (współautor, Instytut Chemii Fizycznej PAN Warszawa) - „Sposób nakładania anality z roztworu na podłoże do powierzchniowo wzmocnionej spektroskopii w polu elektrycznym”. Rozwiązanie może mieć zastosowanie w wykrywaniu bakterii i wirusów m.in. w ochronie zdrowia, produkcji żywności i procesach biotechnologicznych. Wynalazek pozwala na skrócenie czasu analizy, poprawia także jednorodność i jakość uzyskanych wyników.

- Bartosz Ambrożkiewicz (Politechnika Poznańska) - „Układ, zespół i sposób do zmiany kąta ustawienia lusterek wstecznych pojazdu jednośladowego względem usytuowania głowy kierowcy”. To tzw. inteligentne lusteczka, które w trakcie jazdy przedstawiają się, uwzględniając aktualną pozycję motocyklisty - ułatwiają jazdę i zwiększają bezpieczeństwo podróżującego. Wynalazek polega na zastosowaniu czujnika odległości, skierowanego w klatkę piersiową kierowcy, połączonego z lusterkami, które są odpowiednio ustawiane w zależności od kąta pochylecia kierowcy. ■

**WOJCIECH WIĘCKO,**  
naukawpolsce.pl

# Rekrutacja na UMB: nowe zasady

Oferta Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku jest dosyć stabilna: **14 kierunków studiów, w tym 4 kierunki studiów jednolitych magisterskich i 10 - kierunków studiów pierwszego stopnia**, a naukę na studiach drugiego stopnia można kontynuować na 8 kierunkach. Nowością w bieżącym roku są studia niestacjonarne drugiego stopnia na kierunku dietetyka.



Korzystne zmiany (poszerzające i ułatwiające rekrutację) nastąpiły w kwestii warunków przyjęć. Uczniowie planujący podjąć studia na: farmacji, analityce medycznej i kosmetologii mają do wyboru dodatkowy przedmiot kwalifikacyjny - matematykę. Oznacza to, że podstawą przyjęcia na farmację są wyniki egzaminu maturalnego z dwóch przedmiotów w zakresie rozszerzonym: chemia (przedmiot obowiązkowy) i biologia lub fizyka lub matematyka; na kierunek analityka medyczna podstawą przyjęcia są wyniki egzaminu maturalnego z dwóch przedmiotów w zakresie rozszerzonym: biologia (przedmiot obowiązkowy) i chemia

lub fizyka lub matematyka; natomiast na kosmetologię podstawą przyjęcia jest wynik egzaminu maturalnego w zakresie podstawowym lub rozszerzonym z jednego wybranego przedmiotu: biologii lub chemii lub matematyki lub fizyki.

Dodatkowo zmieniony został przelicznik punktów uzyskanych na maturze międzynarodowej (IB) na punkty rankingowe. Oceny na świadectwie maturalnym z matury IB z przedmiotów: biologia, chemia, fizyka, matematyka - przeliczane będą według następujących zasad: 1 pkt. na maturze = 28 pkt. w ranking, 2 pkt. na maturze = 40 pkt. w ranking, 3 pkt. na maturze = 52 pkt.

w ranking, 4 pkt. na maturze = 64 pkt. w ranking, 5 pkt. na maturze = 76 pkt. w ranking, 6 pkt. na maturze = 88 pkt. w ranking, 7 pkt. na maturze = 100 pkt. w ranking.

W przypadku studiów drugiego stopnia, od roku akademickiego 2016/2017 kandydaci (absolwenci studiów pierwszego stopnia) nie przystępują do egzaminu wstępnego. Kwalifikacja następuje według liczby punktów rankingowych wyliczanych na podstawie średniej ocen z przebiegu studiów, zawartej w suplemencie do dyplomu. ■

**HANNA SAROSIEK**

# Resort zdrowia w akcji

**Przepisy przywracające roczny staż podyplomowy dla lekarzy i lekarzy-dentystów przygotowuje Ministerstwo Zdrowia. Jednocześnie trwają prace nad zwiększeniem limitów miejsc o 20 proc. podczas rekrutacji na uczelniach medycznych.**

Obowiązek odbycia stażu zniósłaby już minister zdrowia Ewa Kopacz. Tłumaczyła to tym, że lekarze szybciej będą się kształcić i szybciej wejdą na rynek pracy. Zmiana miała być wsparta tworzeniem w kraju centrów symulacji medycznej.

Zmiany, nad którymi pracuje teraz ministerstwo, to efekt negatywnych głosów co do zmian wyrażonych przez rektorów uczelni medycznych oraz środowiska lekarskie. Argumentują oni, że istnieje potrzeba wydłużenia czasu kształcenia studentów i możliwość nabycia przez nich praktycznych umiejętności pracy klinicznej w szpitalach. Zmiana ma objąć już pierwszy rocznik studentów, który kształci się nowym torem nauczania (koniec nauki w 2018 r.). Nowela ustawy została już przesłana do konsultacji.

Niedobory na medycznym rynku pracy ministerstwo chce zmniejszyć poprzez zwiększenie o 20 proc. naboru na studia lekarskie i to już od tego roku. To także efekt sugestii środowiska lekarskiego. Sprawa rozbija się jednak o pieniądze, które będą potrzebne do realizacji tego projektu. ■

**BDC**

# Hub of Talents szuka innowacji

Od 1 marca młodzi ludzie mający pomysły na biznes mogą liczyć na wsparcie ekspertów z **sześciu parków naukowo-technologicznych w województwach podlaskim i warmińsko-mazurskim**. To efekt wspólnego projektu w ramach programu Polska Wschodnia.

Wspólny projekt technoparków w Białymstoku, Suwałkach, Łomży, Olsztynie, Elblągu i Ełku pod nazwą „Hub of talents”, którego liderem jest Białostocki Park Naukowo-Technologiczny (BPNT), został najlepiej oceniony w pilotażowym konkursie „Platformy startowe dla nowych pomysłów”, który rozstrzygnęła w piątek Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) w Warszawie.

To projekt, w którym mogą uczestniczyć osoby poniżej 35. roku życia, z ciekawymi pomysłami na biznes, zwłaszcza w innowacyjnych dziedzinach.

- Zgłaszane pomysły nie mogą być przedmiotem działalności gospodarczej. Muszą być to zupełnie nowe idee, a podstawowym kryterium oceny jest ich innowacyjność - podkreśla Milena Kulesza, kierownik promocji i rozwoju BPNT.

Chętni, którzy zgłoszą się do któregoś z parków uczestniczących w projekcie, dostaną kompleksowe fachowe doradztwo - także od praktyków, doświadczonych przedsiębiorców, będą mogli zweryfikować swoje pomysły. Wspierać młodych przedsiębiorców będą również naukowcy, uczelnie, organizacje pozarządowe, instytucje z otoczenia biznesu.

- Udział w programie to dla młodych przedsiębiorców same korzyści - zaczynając od podstawowych szkoleń i warsztatów poprzez indywidualny mentoring i coaching biznesowy, obsługę księgową i prawną, doradztwo podatkowe oraz wsparcie marketingowe - dodaje Milena Kulesza.

Warto podkreślić, że to nie będzie wsparcie finansowe. Wszelkie doradztwo realizowane jest jako pomoc de minimis, poprzez dostarczenie usług przygotowanych pod



## PLATFORMY STARTOWE Hub of talents

swój pomysł. Jeżeli zostanie on pozytywnie oceniony w ramach wstępnej weryfikacji, kandydaci zostaną zaproszeni na spotkanie z doświadczonymi przedsiębior-

potrzeby konkretnego przedsięwzięcia.

Najlepsi będą mogli w przyszłości liczyć na wzięcie udziału w konkursie, w którym - również z programu Polska Wschodnia 2014-2020 - będą mogli powalczyć o 800 tys. unijnej bezzwrotnej dotacji na realizację swojego przedsięwzięcia.

Oprócz wspólnego projektu sześciu technoparków z województw podlaskiego i warmińsko-mazurskiego, dofinansowanie z programu Polska Wschodnia zdobyły jeszcze dwa projekty złożone przez Kielecki Park Technologiczny (ponad 7,6 mln zł dofinansowania) oraz Lubelski Park Naukowo-Technologiczny (ponad 6 mln zł dotacji).

Zainteresowani udziałem w projekcie - zarówno osoby indywidualne jak i zespoły - powinni wejść na portal [www.PlatformyStartowe.gov.pl](http://www.PlatformyStartowe.gov.pl) i wypełnić kwestionariusz zgłoszeniowy, w którym opiszą

cam i ekspertami, przed którymi w szczegółach zaprezentują swoją koncepcję.

Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości przypomina, że na pilotaż „Platform startowych dla nowych pomysłów” w programie Polska Wschodnia 2014-2020 przeznaczono 20 mln euro. Główny cel tych działań to stworzenie w całym makroregionie Polski Wschodniej, czyli w pięciu województwach korzystających z tego programu warunków - jak to określono - „sprzyjających rozwojowi środowiska start-upowego i kształtowaniu ich globalnego potencjału”. ■

**BDC, PAP - NAUKA W POLSCE**

# Szpital USK w czołówce skuteczności in vitro

Ministerstwo Zdrowia udostępniło informacje dotyczące efektywności in vitro w klinikach realizujących rządowy program.



1 lipca 2013 r. Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej - minister zdrowia Bartosz Arłukowicz ogłasza start programu refundacji in vitro. Z prawej prof. Sławomir Wołczyński, szef kliniki, fot. Wojciech Więcko

Na III miejscu ogólnopolskiego rankingu z bardzo wysokim wynikiem (39 proc. skuteczności zabiegów) znalazła się Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku kierowana przez prof. Sławomira Wołczyńskiego.

Prof. Wołczyński jest uczniem prof. Mariana Szamatowicza i członkiem

jego zespołu, który w 1987 r. jako pierwszy w Polsce doprowadził do narodzin dziecka z in vitro.

- Opublikowany ranking wyników realizacji programu ministra zdrowia świadczy, że zdecydowana większość polskich zespołów reprezentuje bardzo wysoki poziom. Należy podkreślić, że wyniki można traktować orientacyjnie. Przedstawiono liczby

procentowe bez szczegółowej analizy grup pacjentów: wieku pacjentów, rezerwy jajnikowej, przyczyn niepłodności itd. Program, a obecnie ustawa, narzucają rygorystyczne zasady, ograniczając liczbę powstających zarodków - mimo to skuteczność jest bardzo wysoka, zaświadcza o profesjonalizmie polskich naukowców - skomentował opublikowane wyniki prof. Wołczyński.

Na czele klasyfikacji znalazła się klinika z Łodzi - Salve Medica (41 proc.), na drugim miejscu Artvimed z Krakowa (40 proc.). Z białostockich klinik na 11 miejscu uplasowała się klinika „Bocian”, a na 14 - „Kriobank”.

W sumie oceniono skuteczność 32 klinik. Na 31 tys. zabiegów udało się uzyskać 10 tys. ciąż. ■

**BDC**

## Koniec rządowego in vitro

**30 czerwca 2016 r.**

- zgodnie z zapowiedzią ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła - ma się zakończyć finansowanie przez państwo „Programu - Leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013 - 2016”. Rząd planuje wprowadzenie narodowego programu prokreacyjnego, opartego na rozwiązaniach naprotechnologii.

Obecnie w programie in vitro uczestniczy ponad 17 tys. par. Według danych ze strony [invitro.gov.pl](http://invitro.gov.pl) dzięki refundacji urodziło się 3841 dzieci. Prace przy tym programie spowodowały też, że po raz pierwszy w Polsce uregulowano przepisy związane z zapłodnieniem

pozaustrojowym. Od momentu pierwszego udanego zabiegu w 1987 r., w Polsce nie było żadnych prawnych, formalnych i etycznych regulacji dotyczących tych kwestii.

NaProTechnologia (Natural Procreative Technology - Technologia Naturalnego Rozrodu) to opracowana ponad 30 lat temu metoda diagnozowania i leczenia niepłodności. Polega na prowadzeniu dokładnych obserwacji kobiecego organizmu (śluzu szyjowego, temperatury, samopoczucia) i ustaleniu na podstawie tzw. modelu płodności Creightona indywidualnych wytycznych dla danej pary. Wytyczne te mogą obejmować leczenie farma-

kologiczne lub operacyjne, z wyjątkiem technik wspomaganego rozrodu, których naprotechnolodzy nie uznają. Skuteczność tej metody jest trudna do oszacowania z uwagi na niewielką ilość badań oraz liczących się publikacji naukowych. Specjaliści sugerują, że metoda ta może być pomocna we wstępnej diagnostyce niepłodności, zwłaszcza u osób do 35 roku życia. Obserwacja taka trwa czasami nawet dwa lata. W poważnych przypadkach (obniżone parametry nasienia, uszkodzone jajowody, problemy genetyczne, a nawet powikłania po chorobach onkologicznych) naprotechnologia nie stanowi skutecznego rozwiązania problemów pacjentów.

# Tu światło nigdy nie gaśnie

W „Medyku Białostockim” rozpoczynamy nowy cykl – w najbliższych numerach pokażemy **miejsca w szpitalu klinicznym niedostępne lub mało dostępne dla przeciętnego człowieka.**



Na początek Oddział Intensywnej Terapii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. To można powiedzieć „serce” szpitala, gdzie światło nie gaśnie przez całą dobę. Tu trafiają najczęściej chorzy pacjenci, po operacjach, z wypadków, z poważnymi zakażeniami, z zaburzeniami oddychania lub krążenia – wszyscy w stanach zagrożenia życia. Najczęściej pacjenci są nieprzytomni lub też celowo wprowadzani w stan śpiączki farmakologicznej. Na Oicie chorzy są przez 24 godziny monitorowani - kontrolowane są tam czynności życiowe m.in. temperatura ciała, częstość akcji serca, ciśnienie, stężenia dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu, oceniana

jest gazometria. Wszyscy pacjenci są mechanicznie wentylowani (podłączeni do respiratorów), w razie konieczności mogą być też poddawani dializie (jest siedem aparatów do

*Na OIT-cie jest 30 miejsc i komplet pacjentów. Na każdej zmianie pacjentami opiekuje się od 5 do 7 lekarzy specjalistów plus lekarze rezydenci i stażyści oraz 12-15 pielęgniarek*

dializy). W USK na Oddziale Intensywnej Terapii A (w nowej części szpitala) funkcjonuje obecnie 25 stanowisk, pięć kolejnych jest przygotowywanych do uruchomienia. Obłożenie jest 100-procentowe. Na każdej zmianie pacjentami opiekuje się od 5 do 7 lekarzy specjalistów oraz lekarze rezydenci i stażyści, a także 12-15 pielęgniarek (w sumie zespół pielęgniarski liczy około 60 osób). ■

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK**



Ważnym elementem terapii na Oddziale Intensywnej Terapii jest rehabilitacja prowadzona przez fizjoterapeutów. Pozwala ona utrzymać czynności układu ruchowego na prawidłowym poziomie, zapobiegając przykurczom i zanikom mięśni.

Pielęgniarki podają leki, ale też dbają o higienę pacjentów, karmią ich, zapobiegają odleżynom, monitorują diurezę, a także (na zdj.) odsysają zaintubowanych chorych.



Wszystkie stanowiska wyposażone są w nowoczesne respiratory. Pracują one w tzw. pętli zamkniętej - urządzenie samo dokonuje analizy, dostosowuje i ustawia parametry w zależności od warunków oddechowych pacjenta. Alarmuje, jeśli np. w oskrzelach pacjenta zbiera się wydzielina. Funkcja ta znacznie ułatwia pracę personelowi OIT-u. Dodatkowo na każdym stanowisku są pompy infuzyjne i żywieniowe (niektórym pacjentom lekarze muszą zakładać PEG – przeszskórną gastroskopię endoskopową, by odżywiać pacjentów, którzy nie mogą przyjmować sami pokarmów drogą doustną).



# Stres najczęściej przegryzamy batonem

Wyjaśnienia pojęcia „psychodietyka” nie znajdziemy jeszcze w „googlach”.

To nowa dziedzina nauki, w której pomaga się ludziom jeść świadomie.

Otyłość nie zawsze wynika bowiem z obżarstwa, częściej z tego, dlaczego jemy



Joanna Gerwel: - Dużą grupą moich pacjentów są także osoby po dietach, którym ta waga wraca. Gdy człowiek postępuje według schematu, ma dietę, rozpisane konkretne dni, to wie co ma robić. Dieta się kończy, ale nasze nawyki dotyczące jedzenia się nie zmieniły, fot. Wojciech Więcko

## Wojciech Więcko: Co to jest ta psychodietetyka?

**Joanna Gerwel, psychodietetyk:**  
- To nowa dziedzina nauki, w Polsce obecna od ok. 5 lat - wyszukiwarka „Google” czy popularna Wikipedia, nie podają jeszcze żadnej definicji, a programy typu Word podkreślają automatycznie to słowo jako błąd. Zamienienie można określać to psychologią odżywiania. Definiuję psychodietetykę jako połączenie psychologicznych

uwarunkowań danej jednostki, sposobu kształtowania jej preferencji, nawyków, poziomu motywacji czy samooceny ze sposobem jej odżywiania. Moja praca często mylna jest z zawodem dietetyka, a to nie na tym polega - ja nie rozpisuję diet, nie mówię, co i ile powinno się jeść. Moim zadaniem jest ustalić przyczyny niekontrolowanego jedzenia, wskazać, kiedy takie zachowania się pojawiają, jakie sytuacje do nich skłaniają, dlaczego się je, a w ko-

lejnym etapie pomagać pozbyć się niechcianych nawyków. Psychodietetyka to tak naprawdę poszerzenie świadomości siebie, odkrywanie tego, co powoduje, że nie można się od jedzenia powstrzymać, poznawanie odruchów utrwalonych przez wiele lat. Jednym słowem to praca nad psychologicznymi barierami w kontrolowaniu naszego jedzenia.

## Czyli to takie usprawiedliwienia grubasa, że to w sumie nie on jest winny, bo to się dzieje w jego głowie?

- To nie tylko dotyczy osób z nadwagą czy otyłością. Dotyczy to także osób z prawidłową masą ciała, tylko nie mogących pokonać pewnych swoich przyzwyczajzeń czy nawyków - jak np. podjadania przed TV, czy kupowania słodczy, kiedy jest im smutno. Dużą grupą moich pacjentów są także osoby po przebytych dietach, którym ta waga wraca, czyli doświadczają efektu jo-jo. Dlaczego tak się dzieje? Gdy człowiek postępuje według schematu, ma dietę, rozpisane konkretne dni na dwa tygodnie do przodu, to wie dokładnie, co ma robić, jest mu łatwiej. Dieta się kończy, ale nasze nawyki i przekonania dotyczące jedzenia się nie zmieniły. Podjadamy, zajadamy stresy. Nie mamy motywacji do dalszej zmiany. Jeżeli tego nie zmienimy, nie zmienimy myślenia o jedzeniu, to nawyki wrócą, a dieta znowu się nie sprawdzi. Ponadto diety mają to do siebie, że często wiążą się dla pacjenta z poczuciem braku, ograniczenia, powodują poczucie niesprawiedliwości. Początkowo te przykre uczucia tłumione są przez sukces, jaki widzą na wadze. Jednak po pewnym czasie owo

poczucie ograniczenia jest na tyle nieprzyjemne, że chcemy się go jak najszybciej pozbyć i w efekcie najpierw jedno ciasteczko, bo nie zaszkodzi..., później kolejne itd. Kończymy z wagą wyższą niż na początku.

## To dlatego tak wiele osób jest ciągle na diecie?

- Tak. Mają poczucie, że ktoś lub coś decyduje za nich, czują się bezpiecznie, tyle że jest to mylne wrażenie, bo dieta i zwyczaje są narzucane z zewnątrz, rzadko dopasowane do ich możliwości, upodobań i przyzwyczajzeń. W psychodietetyce z kolei chodzi o to, by tę odpowiedzialność przyjąć na siebie, zrozumieć, że dieta to nie ograniczenia, a możliwości wyboru wielu ścieżek. Pacjent uczy się jeść świadomie i kontrolować, co i kiedy je. Omija zjadanie stresu, zjadanie emocji. Uregulowanie zachowań żywieniowych, to jest właśnie to, co się dzieje w trakcie i po spotkaniach z psychodietetykiem. Dążę do tego, aby osoby, które do mnie przychodzą, po kilku, kilkunastu spotkaniach zmieniły swój stosunek do jedzenia, jadły kiedy odczuwają głód fizjologiczny, a nie często z nim mylony - głód emocjonalny.

## Przecież nawet w telewizji mówią, że na zły humor dobra jest czekolada...

- Bo jedzenie jest przez nas traktowane jako jedna z prostszych do zdobycia przyjemności.

## Taka nagroda.

- Dokładnie. Po ciężkim dniu, kilku spotkaniach, napiętym grafiku potrzebujemy jakiejś formy pocieszenia, polepszania sobie humoru, odstresowania. W takiej sytuacji jedzenie dla wielu osób jest wspólnym rozwiązaniem - jest bardzo łatwo dostępne i przede wszystkim nie wymaga od nas żadnego wysiłku. Poza tym wpływają na nas media, reklamy. Wszystko wokół nam mówi „zjedz mnie”, w każdym niemal serialu przyjaciółki wręczają sobie na pocieszenie czekoladki - jest to społecznie akceptowany schemat postępowania. Więc nie ma co się dziwić, że najłatwiej nam sięgać do



lodówki lub szafki. W ten sposób tworzy się nawyk.

Pacjent, który trafia do psychodietetyka stara się ustalić, co można zrobić, żeby ten nawyk zmienić i zamiast batonika wybrać inną czynność. Czyli zmieniamy ścieżkę działania np. „smutno mi - biorę batona”, na: „smutno mi - zamiast batona robię X”.

## Np. sprzątam w kuchni...

- Jeżeli sprawia mi to przyjemność, to tak. Jeśli nie, to nie. Jeżeli postawię na czynność, której nie lubię, np. że mam posprzątać kuchnię, to psychika w pewnym momencie się zbuntuje. Organizm, głowa, wszystko wokół, będzie mi mówić, że coś tu jest nie tak. Kto z nas zamiast czegoś, co jest przyjemne i łatwe, wybiera i utrwała zachowania nieprzyjemne i wymagające pracy? To niezgodne z hedonistyczną naturą człowieka. Kluczem jest znalezienie takich rozwiązań, które pasują danej osobie (wymienia przyjemne na przyjemne), to podstawa sukcesu.

## Poproszę o przykład. Zgłasza się do pani osoba w potrzebie, mówi: obżeram się, mam dosyć swojej wagi.

- Najpierw trzeba ustalić przyczynę niechcianego jedzenia. Postawienie prawidłowej diagnozy, znalezienie

prawdziwej przyczyny jest bardzo ważne w toku dalszej zmiany.

Moi pacjenci dostają karty obserwacji i przez 5-6 dni wpisują wszystko, co jedzą. Łącznie z tym, co podjadają nawet podczas gotowania. Do tego muszą opisać swój nastrój w tej chwili, czy był głodny, czy się najadł, wskazać okoliczności, które towarzyszyły jedzeniu. Potem rozmawiamy o tym i zaczynamy proces zmian, czyli wyznaczania nowych celów i sposobu, w jaki mamy je realizować. Ustalamy całą ścieżkę postępowania, przygotowujemy się na ewentualne niepowodzenia czy trudności, które mogą się pojawić. Ostatnim, ale najważniejszym warunkiem sukcesu, jest potrzeba analizy nowej sytuacji przez pacjenta, sprawdzanie, czy nowe kroki, które podejmuje, są dla niego komfortowe i przyjemne, bo to one docelowo mają wytworzyć nowy nawyk.

## W jaki sposób następuje stworzenie nowego nawyku? Wiem już, że kiedy jest mi smutno, to jem. Co mogę z tym zrobić, czym zastąpić to jedzenie?

- Bardzo dobrze proces tworzenia nawyku opisany jest w książce Charlesa Duhigga „Siła nawyku”, którą bardzo polecam. Trzeba przede wszystkim zidentyfikować pętlę nawyku, która składa się z trzech części: wskazówki, zwyczaju i nagrody. Wskazówka to przyczyna jedzenia - sytuacja, wydarzenie, miejsce, emocje, itd. Zwyczaj to w naszym przypadku jedzenie. Natomiast nagroda jest bardzo indywidualna i może być różna dla różnych osób nawet przy posiadaniu tego samego nawyku, np. satysfakcja, uczucie szczęścia, ulga, relaks. Zasada jest taka - gdy zabraknie naszej wskazówki wyzwalającej nawyk - bardzo prawdopodobne, że nie dojdzie do wykonania czynności. Jeśli wskazówką jest np. cukiernia - jej zamknięcie spowoduje, że zrezygnujemy z ciasta, nie pojedziemy do innej.

## Ile czasu zajmuje proces zmiany?

- Każdy proces jest indywidualny, ale przeważnie wahania mieszczą się pomiędzy 6 a 12 sesjami. W przedziale 8 tygodni jesteśmy w stanie wypracować nowy nawyk, zmianę

zachowania. Te najbardziej zakorzenione w nas wymagają ok. 20 powtórzeń, żeby nasz układ nerwowy zakodował sobie nowy zwyczaj.

#### A inne powody nadmiernego jedzenia?

- Często są to wzorce wyniesione z domu - czyli obowiązkowy schabowy w niedzielne popołudnie, w innym przypadku wzory społeczne i kulturowe, czyli wyrabianie swoich poglądów poprzez obserwację otoczenia, a czasami tzw. złudna troska, czyli kolejna czekoladka na pocieszenie. Ostatnio dużo uwagi poświęcam dzieciom, przyglądam się ich zwyczajom, obserwuję zachowania rodziców na zakupach, ich decyzje zakupowe, i muszę przyznać, że nieco mnie ten obraz zatrważa. Wydaje mi się, że decyzje konsumenckie najczęściej podejmujemy pod wpływem reklam. Moim klientom zawsze przypominam, by działali świadomie. Jak idą do sklepu, to niech kupują to, co wartościowe, a nie to, co sugeruje reklama.

#### Psychodietetyka - na ile jest skuteczną metodą terapii?

- Nie ma jeszcze statystyk. Mogę się opierać tylko na swoich obserwacjach. Reklamacji jeszcze nie miałam, a zadowolonych klientów wielu. To metoda wymagająca wysiłku, ale skuteczna. Trzeba uwierzyć w możliwość zmiany samego siebie. Zrzucenie wagi nie jest celem, a jedynie bonusem. Najważniejsze to praca nad zmianą stylu życia, na którą składa się trwała zmiana nawyków żywieniowych oraz zmiana psychologiczna związana ze stosunkiem do własnego ciała i zdrowia, rozwiązywanie problemów emocjonalnych. ■

#### ROZMAWIAŁ

WOJCIECH WIĘCKO

**JOANNA GERWEL** - PSYCHOLOG, PSYCHODIETETYK, TRENER, KONTAKT PRZEZ STRONĘ INTERNETOWĄ JOANNAGERWEL.PL LUB MAIL: KONTAKT@JOANNAGERWEL.PL

# Pascha zespołu Downa

Masza była darem. Przez całe swe życie pozostawała dzieckiem obdarzonym dziecięcą niewinnością i figlarnością. **Obecnie Masze świata znikają z powierzchni ziemi.** Ich wartość określana jest wedle innych standardów i kryteriów. Za pośrednictwem badań genetycznych rozpoznawane są przed narodzinami

Marie (dla jej bliskich Masza) miała wszelkie symptomy i cechy charakterystyczne tego, co zazwyczaj nazywane było „mongolizmem”. Gdy poznałam ją ponad trzydzieści lat temu była trzydziestokilkuletnią kobietą. Zmarła kilka lat temu, po z górą sześćdziesięciu latach życia, choć większość ludzi z zespołem Downa ulega różnego rodzaju chorobom i odchodzi o wiele wcześniej. Przez całe swe długie życie pozostawała dzieckiem obdarzonym dziecięcą niewinnością i figlarnością, porywcznością i uporem. Była prawdziwym dzieckiem.

Ludzie na ulicy spoglądali na nią, zrażeni nieco jej przysadzistą postacią, skośnymi oczyma i szerokim czołem, jak gdyby chłamosom 21 pojawił się niejako z jej własnej woli, był rezultatem jej złego albo przynajmniej niefortunnego wyboru, którego dokonała jeszcze w łonie matki. Jej matka, Bóg to sprawił, była świętą kobietą, która śmiała się i bawiła, uczyła i modliła się ze swym jedynym dzieckiem i doprowadziła do tego, że Masza samodzielnie wypowiadała słowa modlitwy i mogła płynnie (jak na czteroletnie dziecko) porozumiewać się po rosyjsku i w języku francuskim, używanym w specjalnej szkole, do której uczęszczała na przedmieściach Paryża. Nauczyła się również modlitw po niemiecku. Gdy wraz z moją żoną odwiedziliśmy jej rodzinę, z grymasem wielkiego zadowolenia powitała nas po angielsku - dla osoby z zespołem Downa było to nadzwyczajne osiągnięcie. Ale i sama Masza była nadzwyczajna ze względu na to,

że była otaczana tak wielką miłością oraz błogosławieństwem wyjątkowej opieki i zrozumienia.

Pierwszy raz ujrzałem Maszę w rosyjskiej cerkwi św. Sergiusza położonej w dziewiętnastym okręgu (arrondissement) Paryża, w owych czasach biednej robotniczej dzielnicy tego miasta. Kupiony przez rosyjskich emigrantów z czasów rewolucji październikowej stary drewniany kościółek został niebawem od podłogi po sam sufit pokryty wspaniałymi świętymi obrazami, przedstawiającymi całą historię zbawienia. Nastał Wielki Piątek i przed popołudniowym nabożeństwem ludzie krzatali się po cerkwi zapalając świece, oddając cześć ikonami i rozmawiając przyciszonymi głosami. Wyczuwało się atmosferę oczekiwania.

Nabożeństwo wprowadziło nas niebawem w wielkie misterium ukrzyżowanego Chrystusa. Stare cerkiewnosłowiańskie pieśni rozbrzmiewały w świątyni z mocą i wzruszająco pięknie. W końcu otworzyły się Królewskie Wrota ikonostasu. Duchowny i kilku mężczyzn z rysującym się na ich twarzach napięciem chwili wynieśli z ołtarza płaszczenicę (gr. epitafion), duże wyobrażenie owiniętego w całun składanego do grobu ciała ukrzyżowanego Chrystusa. W pełnej powagi procesji została przeniesiona na środek świątyni, umieszczona na niskim stole przed dużym drewnianym krzyżem, duchowny ułożył na niej Ewangelię i krzyż, a wierni ustawili wokół mnóstwo kwiatów. Przez cały czas tej procesji chór kilka razy śpiewał wspaniały



tradycyjny hymn rozpoczynający się od słów „Dostojny Józef” (cs. Błahoobraznyj Iosif), w którym mowa o tym, jak ten nawrócony faryzeusz zdjął ciało Jezusa z krzyża, namaścił je drogocennymi wonnościami, po czym owinał czystym całunem i złożył w grobie.

Był to niewypowiedziany piękny obrzęd i nie było to jedynie zwykłe wspomnienie. Podczas całego tego nabożeństwa przeżywalimy przeżalenie uczniów i niewysłowny żal wiernych kobiet. Byliśmy z Józefem i Nikodemem, gdy zdejmowali martwe ciało Jezusa z drzewa krzyża. Z Józefem dzieliliśmy jego zadziwienie, które wyrażał w słowach: „Jakże mogę pogrzebać Ciebie Boże mój? Jakim całunem mam Ciebie owinać? Jakimi rękoma dotykać Twe niezniszczalne ciało? Jakież pieśni będę śpiewał przy Twoim pogrzebie. o Miłosierny? Wywyższam Twoje cierpienia, wysławiam w pieśniach Twój pogrzeb i Twoje święte Zmartwychwstanie, wołając: chwała Tobie, Panie!”

Na zakończenie nabożeństwa wierni, którzy szczerze wypełniali całą świątynię zaczęli podchodzić, aby pokłonić się i ucałować ikonę złożenia Chrystusa do grobu. Pośród nich była również Masza. Jak w każdy Wielki Piątek była ubrana na czarno. Jej twarz pokryta była strugami łez, głowę miała pochyloną, a ręce bezwładnie zwisały wzdłuż ciała. Gdy zbliżyła się do całunu, powoli przeżegnała się trzy razy, upadła na kolana, złożyła przed nim głęboki pokłon. Przez chwilę pozostawała z głową przy sa-

mej podłodze po czym podniosła się, ucałowała oblicze i stopy Chrystusa, i oddała cześć spoczywającej na całunie Ewangelii i krzyżowi.

Obserwowałem, jak przyglądali się jej zebrani w świątyni. Większość z nich dobrze ją znała. Wiedzieli, że w każdy Wielki Piątek przeżywała tragiczne misterium cierpienia Chrystusa tak, jak większość z nich przeżyć nigdy nie była w stanie. Szła z Chrystusem, rozmawiała z Nim. Towarzyszyła Mu - a On jej - tak jak kobiety, które usiadły przy grobie, roniąc łzy udręki, oczekując na cud.

*Masza była darem. Tylko nieliczni spośród członków tej wspólnoty powątpiewają w to, że teraz jest ona naszą orędowniczką przed tronem Boga.*

Ci ludzie wiedzieli również, że następnego wieczora Masza będzie unosiła się również radością Zmartwychwstania Chrystusa. Wraz z niewiastami niosącymi wonności przyjdzie do grobu i zastanie go pustym, spotka Zmartwychwstałego i rozraduje się wielką radością. Dla tej parafialnej wspólnoty Masza była jedną z niewiast niosących wonności (cs. žen mironosic). Sprowadzała prawdę i rzeczywistość do serca i świadomo-

ści każdego, kto poświęcił chwilę czasu na to, aby z zadziwieniem i dziękczynieniem przyglądać się temu, jak na swój wyjątkowy sposób niesie świadectwo i uczestniczy w śmierci i zmartwychwstaniu Pana. Była ucieleśnieniem hymnografii tego święta, a doprowadzając do tego stawała się tym, do czego każdy z nas jest powołany - żywą ikoną, świętym obrazem, który odzwierciedla bezgraniczną, ofiarną miłość Boga.

Masza była darem. Tylko nieliczni spośród członków tej wspólnoty powątpiewają w to, że teraz jest ona naszą orędowniczką przed tronem Boga. Obecnie, wiele lat później, Masze świata znikają z powierzchni ziemi. Ich wartość określana jest wedle innych standardów i kryteriów. Za pośrednictwem badań genetycznych rozpoznawane są przed narodzinami i wielu rodziców uważa, że w takich przypadkach oczywistym rozwiązaniem jest przerwanie ciąży. Dochodzi do prawdziwej rzezi niewiniątek.

Jednak niektórzy rodzice dzieci z zespołem Downa, jak chociażby felietonista George Will, stają w obronie ich wielkiej wartości. Ta sprawa warta jest zastanowienia: Czy naprawdę chcemy świata, w którym nie ma żadnych dzieci z zespołem Downa? Jakże wiele utracilibyśmy, gdybyśmy nigdy nie widzieli, jak Masza oddaje się nabożeństwu przed całunem Chrystusa. ■

#### O. JOHN BRECK

tłum. o. Włodzimierz Misijuk

# Cukrzyca w Polsce policzona

Mamy wreszcie pierwsze wiarygodne dane o zachorowalności na cukrzycę, wynika z nich, że **cierpi na tę chorobę 2,73 mln Polaków, z tego 26 proc. nie jest tego świadoma** – takie dane wyłaniają się z najnowszego raportu na ten temat.



Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF) z 2014 r., na cukrzycę chorowało w naszym kraju 2,05 mln osób w wieku 20-79 lat, czyli 7,08 proc. populacji. Z kolei analiza Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2000 r. wskazywała, że jest u nas 1,13 mln diabetyków w wieku co najmniej 20 lat. WHO prognozowała wtedy również, że do 2030 r. liczba chorych zwiększy się o 40 proc.

- Dotychczas publikowane dane dotyczące cukrzycy były mało dokładne z powodu słabej statystyki medycznej – powiedział współautor opracowania prof. Tomasz Zdrojewski z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, reprezentujący również komitet zdrowia publicznego Polskiej Akademii Nauk.

Dr Roman Topór-Mądry z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego podkreśla w najnowszym raporcie, że zawarte w nim dane dotyczące cukrzycy w Polsce są najbardziej kompletne i wiarygodne. Dotyczą one rozpowszechnienia tej choroby w 2013 r.

- Ustaliliśmy, że wszystkich chorych na cukrzycę w naszym kraju jest 2,73 mln osób – dodał prof. Zdrojewski. Wskazują na to dane Narodowego Funduszu Zdrowia, ogólnopolskiego badania NATPOL z 2011 r. oraz analizy RECEPTOMETR przeprowadzonej przez

firmę badawczo-doradczą Sequence, w której rozpatrzono dane ze sprzedaży leków w prawie 600 aptekach.

Z porad lekarskich związanych z cukrzycą opłacanych przez NFZ korzysta 1,77 mln osób. Po uwzględnieniu danych z aptek dotyczących sprzedaży leków przeciwcukrzycowych oraz pasków diagnostycznych wyliczono, że jest 2,13 mln diabetyków. - O tej grupie można powiedzieć, że obejmuje osoby, u których cukrzyca została wykryta – podkreślił prof. Zdrojewski.

Liczbę wszystkich diabetyków w 2013 r. oszacowano na 2,73 mln po uwzględnieniu również wyników badania NATPOL. Przeprowadzono je na reprezentatywnej grupie Polaków, u których dwukrotnie badano poziom glukozy we krwi na czczo (gdy przekracza 126 mg/dl może świadczyć o cukrzycy). Oznacza to zatem, że 26 proc. osób spośród 2,73 mln chorych może mieć cukrzycę, ale nie podjęło żadnego leczenia.

Z raportu wynika, że najczęściej na cukrzycę chorują mieszkańcy woj. śląskiego (6,5 proc. populacji), łódzkiego (6,4 proc.) opolskiego (6,2 proc.) i dolnośląskiego (6 proc.). Najmniej diabetyków jest w woj. podkarpackim (4,6 proc.) oraz podlaskim (4,8 proc.). Częściej chorują kobiety (56 proc.) aniżeli mężczyźni (44 proc.).

Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii, prof. Krzysztof Strojek powiedział na spotkaniu z dziennikarzami, że spada w naszym kraju liczba osób z niewykrytą cukrzycą. Przed 10 laty na każdy przypadek wykrytej choroby przypadał jeden, który nie został jeszcze zdiagnozowany. Z najnowszego opracowania wynika, że niewykryta jest jeszcze jedna czwarta chorych.

Według konsultanta krajowego, jest to zasługa wprowadzenia badań przesiewowych polegających na kierowaniu pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na badania poziomu glukozy we krwi.

Prof. Strojek powiedział, że trzeba przede wszystkim zapobiec powikłaniom cukrzycy wymagającym hospitalizacji. - Każdy pobyt diabetyka w szpitalu to porażka służby zdrowia – dodał.

Według prof. Zdrojewskiego, co druga kobieta w wieku lat 70-79 dowiaduje się, że jest chora na cukrzycę dopiero po ataku serca. W przypadku mężczyzn w tej samej grupie wiekowej, u dwóch trzecich mężczyzn zawał jest pierwszym objawem tej choroby.

Z danych WHO wynika, że cukrzyca najczęściej wykrywana jest dopiero po 5-12 latach od pierwszych jej objawów, takich jak wzrost poziomu glukozy we krwi. Nie wiadomo jednak ile jest w naszym kraju powikłań cukrzycy. Mają to wykazać rozpoczynające się badania firmy Sequence, którymi ma być objętych 500 lekarzy oraz 3,5 tys. pacjentów. Bogusławski powiedział, że ich wyniki będą znane najwcześniej w czerwcu 2016 r. ■

**BDC, PAP** - Nauka w Polsce, Zbigniew Wojtasiński

# Kieszonkowy spirometr

Przenośny spirometr łączący się bezprzewodowo z aplikacją na smartfonie może pomóc osobom z astmą lub przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). Dzięki urządzeniu pacjenci, pielęgniarki czy lekarze pierwszego kontaktu będą mogli monitorować, czy choroba się nie zaostrza.

Być może za jakiś czas osoby z astmą czy POChP będą miały o wiele łatwiejszy dostęp do spirometrów, urządzeń, które dziś służą głównie pulmonologom w diagnostyce i monitorowaniu chorób płuc. Polscy innowatorzy ze spółki HealthUp pracują nad MySpiroo - niedrogim, przenośnym spirometrem zarządzanym przez aplikację na smartfonie. Dane z urządzenia do aplikacji można przysyłać przez Bluetooth. Ta z kolei pokazuje wyniki pomiarów, gromadzi historię badań i pozwala na łatwe ich przeszukiwanie i porównywanie.

- Chcemy dać możliwość robienia pomiarów spirometrycznych np. pielęgniarcze albo lekarzowi, którzy przyjadą do pacjenta na wizytę domową. Albo ośrodkom, które spirometrów nie mają. Z urządzenia docelowo korzystać będą mogli również samodzielnie pacjenci - wyjaśnił jeden z założycieli spółki HealthUp, lekarz dr Łukasz Kołtowski.

Jak dodał drugi z założycieli HealthUp, Piotr Bajtała - tradycyjne spirometry to urządzenia spore i niezbyt poręczne. A w dodatku kosztują kilka tysięcy zł. Są więc na tyle drogie, że pacjenci nie są zainteresowani ich kupnem. - Tymczasem MySpiroo ma być urządzeniem zdecydowanie tańszym, jębo cena ma być ok. 10 razy mniejsza niż tradycyjnych spirometrów - wyraził nadzieję innowator. Dodał, że urządzenie będzie niewielkie i będzie porównywalne z telefonem komórkowym.

Jak przypomniał dr Kołtowski, spirometr mierzy prędkość i objętość

wydychanego powietrza. Pomiary te pozwalają określić, czy u danej osoby występują zaburzenia związane z zawężeniem oskrzeli albo ze zmniejszeniem objętości płuc. Dzięki wyposażeniu MySpiroo w dodatkowe czujniki, będzie ono mogło być stosowane w diagnostyce pacjentów nie tylko z chorobami płuc. Pomoże odróżniać choroby dróg oddechowych od innych chorób, w których też występują duszności - ale nie pochodzenia płucnego (np. niewydolność serca) - powiedział.

Bajtała z kolei dodał, że urządzenie będzie się trochę różniło działaniem od tradycyjnych spirometrów. Dodał spirometry były oparte o metody pomiarowe bazujące na pomiarach ciśnienia wydychanego powietrza albo np. analizie efektu Dopplera, metodach wrażliwych na czynniki środowiskowe. W MySpiroo tymczasem wykorzystywana będzie alternatywna metoda. Dodatkowo urządzenie w czasie pomiaru będzie też mierzyło puls oraz natlenienie krwi - parametry istotne w chorobach POChP i astmie czy chorobach serca. Aby wykonać pomiar wystarczy tylko umieścić palec na czujniku. Badanie wykonywane jest przy użyciu fal świetlnych.

Pacjenci z astmą wykonują spirometrię raz na rok, czasem parę lat, a ci z umiarkowaną lub ciężką - częściej - w zależności od wskazań lekarza. Mamy przesłanki, że w okresach zaostrzeń choroby monitorowanie obturacji oskrzeli pozwala szybciej wdrożyć właściwe leczenie i uzyskać poprawę. - Stąd gdyby pacjent miał w domu spi-



rometr, mógłby sobie szybko sam wykonać pomiar w każdej chwili. Chcemy sprawdzić, czy potrafimy tak poprowadzić pacjenta, by on sam wykonywał prawidłowo badanie. Z doświadczenia wiemy, że pacjenci, którzy mają astmę, spirometrię robili już wiele razy i wykonują ją bardzo dobrze - powiedział Kołtowski.

Porównał badanie z pomiarem ciśnienia. Pacjenci z nadciśnieniem dzięki powszechności ciśnieniomierzy mogą w każdej chwili - gdy np. gorzej się poczują - zmierzyć sobie ciśnienie i skontrolować swoje zdrowie. A z kolei spirometr może ułatwić życie chorym z astmą lub POChP.

Urządzenie nie będzie stawiało diagnozy ani interpretowało wyników. Potrzebna będzie zawsze konsultacja z lekarzem.

MySpiroo jest na etapie działającego, zaawansowanego prototypu. W tym roku ma przejść badania kliniczne i otrzymać certyfikację, jako produkt medyczny.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w ubiegłym roku alarmowała, że na astmę cierpi 300 mln ludzi na świecie, a za 15 lat ich liczba zwiększy się do 400 mln. W naszym kraju choruje prawdopodobnie około 4 mln osób, niewątpliwie jest wśród dzieci do piątego roku życia.

Jeśli zaś chodzi o POChP, to z prognoz WHO wynika, że w 2020 r. POChP będzie trzecią przyczyną zgonów, po chorobach układu krążenia i nowotworach. W 1990 r. była to szóstą przyczyną zgonów. Jednym z jej głównych powodów poza zanieczyszczeniami powietrza jest narażenie na dym tytoniowy. ■

**BDC, PAP** - Nauka w Polsce, Ludwika Tomala



Ewa i Stanisław Konieczni

# Szczęśliwe zbiegi okoliczności

Ewa i Stanisław Konieczni żyją szczęśliwie i spokojnie w Toronto, w Kanadzie. Oboje pracują jako lekarze. Nie byłiby jednak w tym miejscu, w którym są, gdyby nie **ciężka praca, szczęśliwe zbiegi okoliczności i życzliwi przedstawiciele Polonii kanadyjskiej.**

Ewa i Staszek to absolwenci naszej uczelni, wyjechali z Polski prawie 35 lat temu - cztery dni przed stanem wojennym. Do Rzymu, do brata Ewy, który tam mieszkał.

- Po ogłoszeniu stanu wojennego, dwa tygodnie czekaliśmy na rozwój sytuacji w kraju - opowiada Ewa. - Po nowym roku podjęliśmy decyzję, że nie wracamy do Polski.

Nie chcieli jechać do USA. W grę wchodziła Nowa Zelandia lub Kanada. W ambasadzie tego pierwszego kraju usłyszeli, że nie ma możliwości wyjazdu. W placówce kanadyjskiej od razu przyjęto od nich wszystkie dokumenty, a po dwóch tygodniach zaproszono na rozmowę.

- Dokładnie 8 marca 1982 roku, wyładowaliśmy w Toronto - wspomina Stanisław. - Myślę, że to wprowadzenie stanu wojennego w Polsce przyspieszało takie decyzje.

## Szczęście

Przed wyjazdem z Polski Ewa pracowała w Zakładzie Anatomii Patologicznej u prof. Henryka Nowaka. Staszek zaś w Zakładzie Anestezjologii.

- Miałem nadzieję, że w Kanadzie będę mógł na początek pracować jako pielęgniarz anestezjologiczny czy pomocnik anestezjologa - twierdzi.

- Na trzeci dzień po przyjeździe poszedłem więc do najbliższego szpitala i usłyszałem, że... takich posad nie ma. A bez nostryfikacji, nawet nie mogę zbliżyć się do pacjenta.

Niezrażony, poszedłem do kolejnego - Toronto General Hospital.

- Może to zabrzmie niewiarygodnie, ale poszedłem z taką wizją: zapytam o blok operacyjny, pójdę tam i poproszę o rozmowę z anestezjologiem - opowiada Staszek. - Zapytam, co mam robić, by nostryfikować dyplom i w przyszłości powrócić do zawodu. Szpitalnym korytarzem szedł starszy mężczyzna w białym fartuchu. Zapytałem go o blok operacyjny. A on, zdziwiony, spytał, po co mi ta informacja? Tłumacząc: jestem lekarzem z Polski, początkującym anestezjologiem, trzy dni temu przyjechałem do Toronto

i potrzebuję informacji, co robić, by pracować w zawodzie. Wtedy on ojcowskim gestem ujął mnie za ramię i zaprosił do gabinetu.

Okazało się, że tą napotkaną osobą był prof. Arthur Scott, dyrektor Zakładu Anestezjologii Uniwersytetu w Toronto, szef programu szkolenia specjalizacyjnego. Rozmowa trwała około dwóch godzin:

- Potem zaprowadził mnie do Respiratory Technology Departament (dział zajmujący się obsługą m.in. respiratorów), przedstawił szefowi tego działu i powiedział, że ma mnie zatrudnić jako pracownika technicznego. Prof. Scott dał też do zrozumienia, że dr Konieczny ma się przede wszystkim uczyć i nostryfikować dyplom.

- Przez palce patrzono na moje biurko zavalone książkami oraz na to, że uczę się w pracy - przyznaje.

Przydały się też doświadczenia z białostockiego „Radiosupła”: - Przez parę lat prowadziłem tam, wspólnie z kolegą, audycję: „O czym śpiewają”. Puszczaliśmy przede wszystkim mu-

zykę country, a słuchaczom wszystkie teksty tłumaczyliśmy na język polski. I tak doskonale nauczyłem się angielskiego.

## Życzliwość

Ewa, choć w Polsce uczyła się języka (w Zakładzie Anatomii Patologicznej każdy asystent musiał dwa razy w tygodniu chodzić na lekcje angielskiego) nie czuła się pewnie w obcojęzycznym środowisku. Na początek poszła więc na kurs dla obcokrajowców „English as a second language”. Lekcje trwały od 8 do 15.30. Potem biegła do biblioteki uniwersyteckiej, by dalej uczyć się do egzaminów nostryfikacyjnych. Razem z nią była tam duża, około 70-osobowa grupa lekarzy. Byli to świeżo przybyli imigranci z Polski oraz grupa polskich lekarzy, którym skończyły się kontrakty w Kuwejcie, Arabii Saudyjskiej czy w Nigerii.

- Za granicą byli po pięć, osiem lat. Zarobili tam pieniądze. Porodziły im się tam dzieci. Bali się jednak wracać do kraju, więc przyjeżdżali do Kanady - tłumaczy Ewa.

Fakt obecności polskich lekarzy szybko dotarł do Kongresu Polonii Kanadyjskiej.

- Pomagali nam, jak tylko mogli, bezpłatnie tłumaczyli dokumenty - mówi małżonkowie.

W znalezieniu i wynajmie pierwszego w Toronto mieszkania dużą pomoc okazał Koniecznym Ikek Sternfeld, właściciel paru apartamentowców.

- Kiedy Ikek pokazał nam mieszkanie, które miało zwolnić się za dwa dni, nie mogłam uwierzyć, że mamy tam zamieszkać. Zderzenie kanadyjskiego standardu z PRL-owską szarą rzeczywistością przyprawiało o lekkie bezdech - przypomina sobie Ewa.

O pieniądze też nie pytano. Jak stwierdził Sternfeld: - Nie martwcie się, mnie też pomogli Polacy. Jak będziecie mieć pracę, to zapłacicie.

## Pieniądze

W Kongresie Polonii Kanadyjskiej działała grupa mieszkających w Toronto lekarzy polskiego pochodzenia, z których wielu zajmowało poważne stanowiska na uniwersytecie torontońskim. Część z nich to była emigracja powojenna, a również ci, których

zmuszono do opuszczenia Polski po wydarzeniach „Marca 1968”. Postanowili zorganizować nowo przybyłym lekarzom półroczny kurs przygotowawczy do egzaminów nostryfikacyjnych.

- Prowadzili go znani profesorem polskiego i kanadyjskiego pochodzenia. Wtedy, ponad 30 lat temu, miesięczny czynsz za mieszkanie wynosił około 300 dolarów kanadyjskich, a najważniejsza książka do „interny” kosztowała 450! Ale my nie musieliśmy jej kupować. Wykładowcy robili dla nas kopie, koszty pokrywał Kongres. Polonia wynajmowała nam też sale na wykłady i ćwiczenia - opowiada Ewa.

Egzaminy nostryfikacyjne w Kanadzie były wówczas organizowane dwa razy w roku: w maju i we wrześniu. Dwanaście tygodni wcześniej trzeba było złożyć wszystkie wymagane dokumenty. Konieczni wyrobili się na egzamin we wrześniu 1983 roku. Jak podkreśla dr Ewa, najgorsza na egzaminach była psychiatria, która w Kanadzie wchodzi w dział interny.

## Stanisław

Wtedy też okazało się, że Ewa jest w ciąży. Urodziła się córka - Kaja. Staszek w ramach specjalizacji z anestezjologii, po roku ogólnego stażu w Toronto, musiał wyjechać do oddalonego o 2 tysiące kilometrów Halifaxu. Do żony i córki latał w każdej wolnej chwili. Potem przez trzy lata kontynuował specjalizację na Uniwersytecie w Toronto, w ramach którego działa kilka szpitali uniwersyteckich szkolących lekarzy.

- Co sześć miesięcy zmienia się miejsce szkolenia, np.: pół roku jest się w Hospital for Sick Children, kolejne sześć np. u Św. Michała, a kolejne sześć w Toronto General - wyjaśnia Staszek.

- Jest to mądrze zrobione - dodaje Ewa. - Bo nie zawsze studentowi czy rezydentowi odpowiada dany program czy profesor.

Po zrobieniu specjalizacji Staszek rozpoczął pracę w jednym ze szpitali w Toronto, który został potem wchłonięty przez inny szpital uniwersytecki, potem przez kolejny.

- A potem to już miałem dosyć do-

## Stanisław Konieczny, trzeci dzień w Kanadzie:

*- Poszedłem do szpitala z taką wizją: zapytam o blok operacyjny, pójdę tam i poproszę o rozmowę z anestezjologiem. Zapytam, co mam robić, by nostryfikować dyplom. Szpitalnym korytarzem szedł starszy mężczyzna w białym fartuchu. Zapytałem go o blok operacyjny. A on, zdziwiony, spytał, po co mi ta informacja? Okazało się, że to prof. Arthur Scott, dyrektor Zakładu Anestezjologii Uniwersytetu w Toronto, szef programu szkolenia specjalizacyjnego.*

A także statystyka: - Tutaj medycyna w dużej mierze oparta jest na statystyce. Jeżeli pada pytanie: „jaka bakteria najczęściej powoduje zapalenia ucha u małego dziecka” - to jest to pytanie oparte na statystyce. A za naszych czasów w Polsce, zapalenie ucha leczyło się po trosze empirycznie, a przyczyną tego w dużej mierze był brak pewnych leków.

Kurs zorganizowany przez Kongres był na tak wysokim poziomie, że większość Polaków zdała w pierwszym terminie. W tym także Ewa i Stanisław.

jeżdżania do centrum Toronto - przyznaje dr Konieczny. - Rano droga do szpitala zabierała mi około 20 minut, ale już powrót trwał niekiedy prawie godzinę! Kiedy nadarzyła się sposobność, przeszedłem do Humber River Hospital. Teraz mój szpital przeniósł się w nowe miejsce (o tym szpitalu - pierwszym całkowicie cyfrowym w Ameryce Północnej pisaliśmy w poprzednim numerze „Medyka” - red.), więc trochę dalej będę musiał dojeżdżać. Do tej pory zajmowało mi to maksymalnie 8-10 minut. Chwałę się, że przez 15 lat pracy w tym szpitalu,

wszystkie dyżurowe noce przespałem u siebie w domu. Ponieważ odległość między szpitalem a moim domem jest w stanie pokonać w czasie poniżej 30 minut, przepisy pozwalają mi na dyżurze spać w domu. Jak coś się dzieje, to pager wzywa mnie do pracy.

#### Ewa

Po zdaniu egzaminu nostryfikacyjnego dowiedziała się, że jest w ciąży.

- Uważałam, że nie powinnam składać papierów na staż, bo ten zaczynałby się wtedy, kiedy akurat miałam rodzić - twierdzi dr Ewa. - Byłam jednak dobrej myśli, że za rok, gdy urodzę dziecko, wszystko dobrze się ułoży. Mama obiecała, że przyjedzie i pomoże.

Po roku okazało się jednak, że niekorzystnie zmieniły się przepisy dla lekarzy cudzoziemców i ograniczono ilość miejsc szkoleniowych. Chętni na staż czy specjalizację musieli zdawać nowy egzamin pisemny opracowany przez Uniwersytet w Toronto dla tzw. pre-residency lub pre-intership program. Ewa nie wyobrażała sobie, by miała wyjechać do innej prowincji, poza Toronto. A na tutejszy uniwersytet wpłynęło dwa tysiące podań na... 12 miejsc. Po części pisemnej egzaminu, jedynie 72 osoby zakwalifikowały się do jego dalszej części - na dwudniowy egzamin ustny. W tym gronie znalazła się też Ewa. Egzamin ten składał się z dwóch części: A i B. Podczas pierwszej sesji odgrywane były scenki: aktor przedstawiał chorego, trzeba było zebrać z nim wywiad, wszystko w obecności siedzącego w pobliżu egzaminatora. W części B trzeba było zlecić badania, ocenić wyniki i postawić diagnozę. Pacjenci zmieniali się co 5 minut.

- Oczywiście dla mnie najtrudniejsze były przypadki psychiatryczne - podkreśla Ewa.

Egzaminy zdała jednak świetnie i znalazła się w gronie 12 szczęśliwców. Potem dostała się na staż do szpitala uniwersyteckiego Women's College Hospital w Toronto.

- Moja mama uważała za wielką niesprawiedliwość fakt, że mimo iż mam już z Polski dyplom lekarza, ponownie muszę zdawać tak wiele egzaminów - twierdzi Ewa. - Ja uważałam, że tak

być powinno. Kanada to inny kraj, inne podejście do pacjenta i inna odpowiedzialność prawna. W owych czasach, w Polsce raczej nie mówiło się pacjentowi, że ma np. raka. W Kanadzie, gdybym te informacje zataiła, tym samym pozbawiając chorego możliwości uporządkowania spraw, sporządzenia testamentu etc., mogłabym stracić prawo wykonywania zawodu. Drugiej rzeczy, której musieliśmy się solidnie nauczyć, to bardziej uporządkowanego stawiania diagnozy. Trzeba było dzia-



Stanisław Konieczny z córkami

łać, jak to się mówi, „step by step”: najpierw jedno badanie, dopiero potem, gdy zachodzi potrzeba, następne itd.

#### Lekarz rodzinny

Kiedy Ewa kończyła staż ukierunkowany na medycynę rodzinną, rozważała również możliwość specjalizacji z położnictwa. Okazało się jednak, że jest w drugiej ciąży. Kiedy urodziła się druga córka - Magda, rozpoczęła pracę w Centrum Medycznym w śródmieściu Toronto. Jest tam lekarzem rodzinnym. I choć nie jest położnikiem, zgodnie z kanadyjskimi standardami prowadzi pacjentki w ciąży do końca pierwszego trymestru. Opiekuje się też całymi rodzinami. Oprócz niej w centrum pracuje dziesięciu lekarzy rodzinnych, a także dermatolog, kardiolog, ginekolog oraz stomatolog. Jest też duże centrum rehabilitacji i fizjoterapii, oraz świeżo otwarta klinika zaburzeń snu. Przychodnia jest w samym centrum miasta, między głównymi szpitalami uniwersyteckimi. Pacjenci to głównie młodzi ludzie pracujący w śródmieściu.

Córki są już dorosłe. Kaja ma 32 lata. Skończyła medycynę na Uniwersytecie w Toronto i, podobnie jak

mama, nie wyobraża sobie, by mieszkać gdziekolwiek indziej. Jest kardiologiem (ma specjalizację z interny oraz z kardiologią).

Młodsza Magda ma 24 lata i studiuje medycynę w USA. Kiedy rozmawiam z Koniecznymi troszkę się denerwują, bo Magda przygotowuje się właśnie do bardzo trudnego amerykańskiego egzaminu (USMLE), który obejmuje wszystkie nauki podstawowe, czyli anatomię, fizjologię, genetykę, biochemię etc. Dopiero po zdaniu tego egza-

minu będzie mogła rozpocząć zajęcia kliniczne. Ma nadzieję rozpocząć je niedługo w jednym ze szpitali w Chicago. Na razie nie wie, jakiej specjalności lekarzem chciałaby zostać.

- Myśli o paru. Dermatologia jest bardzo popularna, chirurgia plastyczna też. Jak będzie? Zobaczymy - mówi Ewa.

#### Między Zamościem a Łomżą

Ewa pochodzi z Łomży. Staszek, choć urodzony w Zamościu, od piątego roku życia mieszkał w centrum Białegostoku. Poznali się w czasie studiów, a właściwie w czasie przerwy semestralnej. Na dworcu w Białymstoku, skąd wyjeżdżali na obóz narciarski.

- Poznaliśmy się na peronie. Czekaliśmy na pociąg - wspomina Ewa. - Staszek stał z grupą znajomych. Ja ze swoimi. Pamiętam, że wszyscy trzymaliśmy narty pożyczone z Wyższej Szkoły Inżynierskiej (obecnie Politechnika), bo u nas na Akademii nie było. I jakoś to wszystko tak się zaczęło. ■

#### KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

# O nefrokardiologii w krainie żubra

W dniach 5-7 lutego 2016 roku odbyła się kolejna edycja **Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Nefrokardiologia”** organizowanej przez zespół I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Konferencja odbyła się już po raz 12. w Białowieży. Inicjatorem spotkań poświęconych problemom układu sercowo-naczyniowego u chorych z przewlekłą chorobą nerek był profesor Michał Myśliwiec, on też w tym roku pełnił rolę Honorowego Patrona Naukowego tego wydarzenia. Za merytoryczną część konferencji odpowiadała prof. Beata Naumnik, patronat naukowy objął JM Rektor UMB, prof. Jacek Nikliński. Prace komitetu organizacyjnego koordynował docent Szymon Brzóska.

Tegoroczna tematyka poruszała problemy nadciśnienia tętniczego, odmienności choroby wieńcowej u chorych z przewlekłą chorobą nerek, tematykę prewencji udaru mózgu, szeroko dyskutowano na temat chorób układu naczyniowego zajmujących serce i nerki oraz ostrego uszkodzenia nerek u pacjentów w oddziałach kardiologicznych.

Gościem specjalnym był prof. Andrzej Więcek, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, prezydent Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Wygłosił on wykład inauguracyjny zatytułowany „Otyłość jako czynnik sprawczy nadciśnienia tętniczego i przewlekłej choroby nerek”.

W pierwszej, piątkowej sesji poświęconej nadciśnieniu tętniczemu prof. Marian Klinger, konsultant krajowy ds. nefrologii, mówił o nowościach w tym temacie, doc. Marcin Adamczak opowiadał o roli rozwoju płodowego w nadciśnieniu tętniczym. Następnie prof. Ryszard Gellert miał wykład poświęcony znaczeniu stanu nawodnienia, a prof. Kazimierz

Ciechanowski obnażał mity i fakty na temat sportu i diety w nadciśnieniu tętniczym. Profesorowie Piotr Pruszczyk i Jan Duława prezentowali argumenty pro i con dotyczące chirurgii bariatrycznej w aspekcie chorób sercowo-naczyniowych.

Sobotnie poranne wykłady otworzyła sesja pod przewodnictwem profesorów Andrzej Książka i Michała Myśliwca i dotyczyła problemów chorych po transplantacji nerki. Tutaj pojawiły się również tematy pulmonologiczne dyskutowane przez prof. Andrzeja Rydzewskiego oraz doc. Wojciecha Naumnika. Prof. Ryszard Grenda miał wykład dotyczący kardiotosycyzości cyklofosfamidu, a prof. Zbigniew Gąsior mówił o odmiennościach w przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdzia u ludzi leczonych immunosupresyjnie.

Kolejna sobotnia sesja była poświęcona chorobie wieńcowej i powikłaniom mózgowym. Profesorowie Leszek Pączek i Michał Nowicki oraz doc. Magdalena Wilczyńska-Borawska mówili o związkach chorób przyzębia i miażdżycy naczyń wieńcowych. O metodach endowaskularnych i operacyjnych leczenia choroby wieńcowej wykładali białostoccy profesorowie Sławomir Dobrzycki i Tomasz Hirnle. Sesja zakończona była rozważaniami na temat nowych metod prewencji udaru mózgu; osobami przedstawiającymi ten problem byli profesor Tomasz Pasierski i doktor Janusz Korecki – wieloletni konsultant I Kliniki Nefrologii UMB.

Problematyką omawianą po południu były choroby układowe oraz sercowo-naczyniowe u chorych z ostrym uszkodzeniem nerek. Na temat funkcji

serca w chorobach układowych mówił profesor Karol Kamiński, potem profesor Piotr Przybyłowski przedstawił punkt widzenia kardi chirurga w leczeniu pacjenta z układowym zapaleniem naczyń. Profesor Dariusz Ziara w swoim wykładzie podsumował aktualne metody terapeutyczne w zespołach płucno-nerkowych, a w ostatnim wykładzie profesor Magdalena Durlik mówiła o problemach transplantacji nerki u ludzi z chorobami układowymi.

Ostatnia sesja dotyczyła problemów ostrego uszkodzenia nerek. Pierwszy wykład dotyczący epidemiologii tego problemu wygłosił doc. Przemysław Rutkowski. Prof. Jolanta Małyszko mówiła o elektryzującym środowisku, nie tylko nefrologiczne, temacie biomarkerów jako predyktorów wystąpienia ostrego uszkodzenia nerek. Profesorowie Wojciech Załuska i Monika Lichodziejewska-Niemierko przedstawili przegląd technik dializacyjnych stosowanych u chorych kardiologicznych wymagających leczenia nerkozastępczego. Wreszcie, zwieńczeniem konferencji było wystąpienie prof. Jacka Manitusa na temat skomplikowanego problemu hiponatremii w zespole sercowo-nerkowym.

Problemy wynikające z opieki nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek są różne, jednak zawsze, i to prędzej niż później, pojawia się potrzeba konsultacji z kardiologiem. ■

**DR HAB. SZYMON BRZÓSKO**  
I KLINIKA NEFROLOGII I  
TRANSPLANTOLOGII  
Z OŚRODKIEM DIALIZ UMB

# Ludwik Roch Komczyński

## Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku

### 1962-1965, 1965-1969, 1969-1970

To pierwszy w historii uczelni **rektor piastujący swój urząd przez trzy kadencje**. To za jego rządów uruchomiono szpital kliniczny, czy rozpoczęto przygotowania do utworzenia drugiego wydziału na naszej uczelni.



Portret prof. Ludwika Komczyńskiego namalowany przez jego żonę. Obecnie wisi w gabinecie prof. Lecha Chyczewskiego

Ludwik Komczyński urodził się 16 sierpnia 1909 roku w Jaskółkach w ówczesnym powiecie odolanowskim (obecne woj. wielkopolskie, pow. ostrowski). Był synem Władysława Komczyńskiego - nauczyciela oraz Jadwigi z Gruszczyńskich.

Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego rozpoczął w 1929 roku. Dyplom lekarza otrzymał 11 grudnia 1936 roku. Uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej uzyskał w 1938 roku. W czasie studiów pełnił funkcję prezesa or-

ganizacji studenckiej Bratnia Pomoc Studentów Uniwersytetu Poznańskiego. Udzielał się także w Kole Medyków Studentów UP. Był członkiem Korporacji Akademickiej „Surma” (1930-1936). W latach 1935-1938 pracował w Zakładzie Anatomii Patologicznej UP pod kierunkiem prof. L. Skubiszewskiego.

#### Rektor po trzykroć

Senat Akademii Medycznej w Białymstoku w dniu 23 maja 1962 roku dokonał wyboru nowych władz

uczelni. Rektorem AMB na kadencję 1962-1965 wybrany został wtedy prof. Komczyński.

W maju 1965 roku senat uczelni dokonał reelekcji prof. L. Komczyńskiego na kadencję 1965-1968, zaś 26 sierpnia 1968 roku na mocy dekretu minister zdrowia i opieki społecznej przedłużył kadencję rektorską do 31 sierpnia 1969 roku. W związku z nowelizacją ustawy o szkolnictwie wyższym minister zdrowia powołał profesora do pełnienia funkcji rektora AMB na okres od 1 września 1969 roku do 31 sierpnia 1972 roku. Trzecią kadencję przerwała śmierć rektora prof. Komczyńskiego w dniu 30 września 1970 roku.

#### Rozwój AMB

Rozpoczynając swoją kadencję rektorską, prof. Komczyński w przemówieniu inauguracyjnym rok akademicki 1962/1963 nakreślił plany perspektywiczne rozwoju uczelni.

Podkreślił, że: *W najbliższych latach dalszego rozwoju uczelni planujemy budowę Zakładu Anatomii Patologicznej i Medycyny Sądowej, dwóch Klinik Pediatrycznych i jeszcze jednego Domu Akademickiego. Perspektywiczny plan inwestycyjny, ujmujący dalsze nasze potrzeby w zakresie budowy nowych klinik, budynków mieszkalnych i socjalnych, jak również całego zaplecza gospodarczego jest w tej chwili zagrożony nową koncepcją urbanistyczną, która uszczupla nasze tereny przewidziane na tę zabudowę. Wyrażam przeświadczenie, że władze terenowe nie pozwolą na zniszczenie tej pięknej całości, jaką już dzisiaj*



*przedstawia nasza uczelnia i z największą życzliwością uwzględnia wszystkie jej potrzeby również w tym zakresie.*

W trakcie kadencji rektora Komczyńskiego powołano nowe jednostki naukowo-dydaktyczne i kliniczne AMB. W 1963 roku powstało Studium Języków Obcych. Funkcjonująca przy I Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych - pracownia

wyposażenia projektowanego wydziału. *Potrzeba ta dyktowana jest niedoborem lekarzy dentystów na terenie naszego województwa oraz dużym napływem kandydatów na studia, którzy nie znajdują miejsca na Wydziale Lekarskim. Mogliby oni być kierowani na studia stomatologiczne.* W 1967 roku, na Wydziale Lekarskim AMB utworzono Katedrę Stomatologii.

Organizację jednostki powierzono

#### Gigant

Niewątpliwym wydarzeniem 1962 roku było otwarcie największego w regionie - Państwowego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Pierwszym jego dyrektorem został dr A. Tołłoczko, który już od 1960 roku sprawował nadzór nad budową i organizacją placówki.

PSK z uwagi na kubaturę wynoszącą 141 952 m<sup>3</sup> - popularnie nazwany został przez mieszkańców regionu - „Gigantem”. Szpital posiadał 700 łóżek, 12 sal operacyjnych, 12 klatek, 9 wind oraz 1500 pomieszczeń, a łączna długość wszystkich korytarzy wynosiła 2,4 km. Ogólny koszt budowy szpitala wyniósł 130 mln zł. Infrastruktura lecznicza i diagnostyczna pozwalała na zapewnienie opieki najwyższej jakości. Kliniki wyposażane były w sprzęt krajowy i zagraniczny, pochodzący m.in. z ówczesnej Czechosłowacji, NRD i krajów zachodnich. Pierwszą jednostką kliniczną, która zorganizowała się w nowych pomieszczeniach szpitalnych była I Katedra i Klinika Chirurgiczna, pod kierunkiem prof. F. Oleńskiego.

Obok lecznictwa zamkniętego otwarto liczne poradnie przyszpitalne. Szpital miał również zapewnione warunki do prowadzenia zajęć dydaktycznych. W 1963 roku w kompleksie szpitala oddano do użytku blok mieszkalny przy ul. Szpitalnej, przeznaczony dla około 160 pracowników PSK.

W zapowiedziach rektora prof. Komczyńskiego: *Państwowy Szpital Kliniczny to dopiero pierwszy etap rozwoju naszej uczelni. Konsekwentnie będziemy dążyć do stworzenia z akademii kompleksu naukowego - tak, aby wszystkie kliniki, zakłady*

*Prof. Komczyński w przemówieniu inauguracyjnym rok akademicki 1965/1966: - W planach perspektywicznych uczelnia nasza uwzględnia konieczność stworzenia Wydziału Stomatologicznego (...). Potrzeba ta dyktowana jest niedoborem lekarzy dentystów na terenie naszego województwa oraz dużym napływem kandydatów na studia, którzy nie znajdują miejsca na Wydziale Lekarskim*

endokrynologiczna, w 1965 roku decyzją Senatu AMB została podniesiona do rangi Zakładu Endokrynologii. 24 stycznia 1969 roku utworzono Oddział Stomatologiczny w ramach Wydziału Lekarskiego AMB, a z początkiem II semestru roku akademickiego 1968/1969 rozpoczęto kształcenie studentów na kierunku stomatologicznym.

Rektor Komczyński był świadomy ograniczeń wynikających z funkcjonowania uczelni w modelu jednowydziałowym. W przemówieniu inauguracyjnym rok akademicki 1965/1966 powiedział: *W planach perspektywicznych uczelnia nasza uwzględnia konieczność stworzenia Wydziału Stomatologicznego.*

*Władze uczelni opracowały założenia organizacyjne etatowe i plan*

dr hab. B. Horodyskiemu, przybyłemu z Akademii Medycznej w Krakowie. 24 stycznia 1969 roku utworzono Oddział Stomatologiczny w ramach Wydziału Lekarskiego AMB, a z początkiem II semestru roku akademickiego 1968/1969 rozpoczęto kształcenie studentów na kierunku stomatologicznym. W związku z utworzeniem oddziału, w dniu 1 kwietnia 1971 roku powołano Instytut Stomatologii AMB wraz z czterema nowo tworzonymi jednostkami naukowymi: Zakładem Stomatologii Zachowawczej, Zakładem Protetyki Stomatologicznej, Zakładem Ortodoncji i Kliniką Chirurgii Szczękowej.



Rajgród - ukochane miejsce odpoczynku prof. Komczyńskiego (z prawej). Często jego współpracownicy spotykali się tam, choćby z powodu imienin profesora

naukowe i domy studenta mieściły się obok siebie. Jesteśmy jedyną akademią, gdzie studenci nie mają potrzeby biegania po całym mieście na wykłady i ćwiczenia.

#### Naukowiec

Zainteresowania naukowe prof. Komczyńskiego podążały w wielu kierunkach i dotyczyły odczynowości ustroju na tworzywa sztuczne, pato-

doświadczalnych, jak i epidemiologiczno-środowiskowych wśród ludności dawnego woj. białostockiego. Wyniki tych badań, o istotnym znaczeniu poznawczym, znalazły uznanie w licznych ośrodkach naukowych w kraju oraz za granicą i są cały czas wykorzystywane w praktyce klinicznej. Profesor prowadząc doświadczenia na myszach poddanych działaniu dymu papierosowego w ilościach przyjmowanych przez ludzi palących i przez osoby niepalące, prześledził morfologiczne aspekty karcynogenezy w układzie oddechowym.

Prof. Komczyński pozostawił dorobek naukowy złożony z ponad 80 prac naukowych (w tym 50 oryginalnych opracowań naukowo-badawczych) i 4 podręczników. Pod Jego kierunkiem wykonano ponad 250 prac badawczych, których wyniki opublikowano na łamach czasopism naukowych krajowych i zagranicznych. Profesor był promotorem 11 prac doktorskich, a czterech jego podopiecznych uzyskało stopień doktora habilitowanego. Był kierownikiem specjalizacji I stopnia z anatomii patologicznej 22 osób. Spośród nich 11 uzyskało II stopień specjalizacji.

Studenci pod Jego kierunkiem uczestniczyli również w sekcjach anatomopatologicznych. Ćwiczenia z histopatologii - jak wspomina prof. H. Nowak, współpracownik Profesora - były prowadzone w Zakładzie Histopatologii, a zajęcia autopsyjne w źle ogrzewanej szopie szumnie zwanej prosektorium, jedynej w mieście,

a mieszczącej się na terenie Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego. Wraz z kilkuosobowym zespołem ludzi chętnych i ofiarnych, dzięki swym zamiłowaniom i zdolnościom organizacyjnym prowadził nauczanie anatomii patologicznej nie mając praktycznie do tego żadnych pomocy dydaktycznych. Pasja nauczycielska przekazywana w 3 generacjach pedagogów rodziny Komczyńskich znalazła swe uwiecznienie u dr Ludwika Komczyńskiego i umożliwiła realizację programu nauczania w tych prymitywnych warunkach.

#### Historia pamięta

Profesor zmarł 30 września 1970 roku i został pochowany na Cmentarzu Miejskim w Białymstoku.

W uznaniu zasług jego imię nadano Szpitalowi Rejonowemu w Ciechanowcu (1985 r.), zaś AMB nadała Jego imię jednej z sal wykładowych w otwieranym Collegium Pathologicum, którego był inicjatorem powstania. W 2013 r, przy okazji modernizacji obiektu - z inicjatywy prof. L. Chyczewskiego, kierownika Katedry Biostruktury i Zakładu Patomorfologii Lekarskiej UMB - w holu głównym odsłonięto tablicę pamiątkową poświęconą profesorowi.

Prof. Komczyński uhonorowany został licznymi odznaczeniami państwowymi, m.in. Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (1970), Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (1964), Złotym Krzyżem Zasługi (1954). Otrzymał również szereg innych nagród: „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, odznakę honorową PCK, złotą odznakę ZSP, Odznakę Członka Honorowego Kubańskiej Ligi Obrony Kraju, złotą odznakę AZS i inne. ■

#### 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.

# Benefis profesora Pędicha

**Profesor Wojciech Krystyn Pędich to jeden z twórców polskiej gerontologii, wybitny lekarz internista, świetny nauczyciel akademicki, ale też działacz samorządu lekarskiego.** Na początku lutego jego koledzy zorganizowali mu benefis z okazji 90 urodzin i 65-lecia pracy zawodowej.



Prof. Janusz Kłoczko (z prawej), przewodniczący OIL w Białymstoku wręcza pamiątkowy grawerton jubilatowi, fot. Wojciech Więcko

Choć wiek Pana Profesora jest sędziwy, a i na emeryturę przeszedł dość dawno, to nie oznacza, iż ma czas na nudę. Pracuje w komisji bioetycznej, jest honorowym przewodniczącym towarzystwa geriatrycznego, porządkuje swoje wspomnienia i nagrywa je na wideo.

Na początku lutego w Domu Lekarza w Turośni Kościelnej przyjaciele i koledzy prof. Pędicha zorganizowali mu okazały jubileusz. Były wspominki, przemówienia oraz życzenia dalszej owocnej współpracy. Reprezentujący UMB prof. Adam Krętowski, prorektor ds. nauki, nawiązał w swoim wystąpieniu do działalności naukowej prof. Pędicha. To on przecież kilkadziesiąt lat temu rozpoczął badania populacyjne mieszkańców Białegostoku. Teraz

UMB, w zdecydowanie większej skali, uruchamia podobny projekt Białystok

#### Prof. Adam Krętowski

- Chcemy kontynuować dzieło Pana Profesora, chcemy do tego użyć najnowocześniejszych technik molekularnych. Chcielibyśmy także, patrząc na Pana doskonałą kondycję i stan zdrowia, poznać, jak Pan to robi. Może ten cały instytut psychogeriatry nie jest potrzebny, bo Pan już zna receptę na długowieczność

PLUS, który zakłada przebadanie 10 tys. mieszkańców. Uczelnia ma też zagwarantowane w kontrakcie terytorialnym 80 mln zł na stworzenie nowej kliniki psychogeriatry oraz środki na instytut badań związany z procesami starzenia.

- Chcemy kontynuować dzieło Pana Profesora, chcemy do tego użyć najnowocześniejszych technik molekularnych. Chcielibyśmy także, patrząc na Pana doskonałą kondycję i stan zdrowia, poznać, jak Pan to robi. Może ten cały instytut nie jest potrzebny, bo Pan już zna receptę na długowieczność... - mówił do zebranych prof. Krętowski.

Prof. Pędich dyplom lekarza otrzymał w roku 1950 w Akademii Medycznej w Warszawie. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w teście



Gratulacje prof. Pędichowi składa prorektor UMB prof. Adam Krętowski  
 fot. Wojciech Więcko

uczelnii w 1952 roku. Tytuł rozprawy doktorskiej brzmiał: „Badania doświadczalne nad zachowaniem się antagonizmu adrenalinowo-ergotaminowego u zwierząt pozbawionych tarczycy”. Stopień doktora habilitowanego otrzymał w 1964 roku w Akademii Medycznej we Wrocławiu na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt. „Rodzinne podobieństwo i cechy genetyczne serca w obrazie bioelektrycznym”. W roku 1985 uzyskał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego.

W roku 1951 podjął pracę na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego im. Karola Miarki w Opolu. W 1956 r. po uzyskaniu specjalizacji II stopnia z chorób wewnętrznych został ordynatorem tego oddziału. Funkcję tę pełnił do roku 1964. W tym czasie uzyskał dwie kolejne specjalizacje: z kardiologii oraz gerontologii. W 1964 r. objął funkcję ordynatora I Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. W 1974 r. był kierownikiem zorganizowanego przez siebie Zakładu Gerontologii AMB, który z czasem zmienił nazwę na Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej. Na stanowisku kierownika spędził 22 lata i przeszedł na emeryturę.

Pod kierunkiem prof. Pędicha 27 lekarzy uzyskało specjalizację drugiego stopnia z chorób wewnętrznych, 5

- z gerontologii, 2 - z kardiologii, 2 pielęgniarki uzyskały stopień magistra; był promotorem 7 prac doktorskich oraz opiekunem dwóch przewodów habilitacyjnych.

Profesor Wojciech Pędich opublikował ponad 290 prac naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Był kierownikiem kilkunastu projektów badawczych. Jest autorem siedmiu podręczników chorób wewnętrznych oraz geriatry, w tym pierwszego w Polsce podręcznika pielęgniarstwa geriatrycznego (dwa wydania) i podręcznika chorób wewnętrznych dla szkół pielęgniarstwa (pięć wydań). Jest także autorem rozdziałów w kilku innych podręcznikach akademickich oraz współredaktorem monografii „Farmakoterapia geriatryczna” (trzy wydania).

Został odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi.

Pan Profesor Wojciech Pędich zawsze przekonywał, że okres starzenia się winien być okresem aktywności życiowej nie zaś - bezczynności i bierności. Po przejściu na emeryturę nadal aktywnie angażuje się w sprawy dotyczące samorządu lekarskiego. ■

## OPR. WOJCIECH WIĘCKO

Lot numer 2669 tzw. tanimi liniami (sam niestety płacę za bilet) z Londynu do podwarszawskiego Modlina. Przed kilkoma minutami było na pokładzie głośno, dwóch małych pasażerów komentowało start, jeden z nich nie mógł się nadziwić, że duży samochód jadący w pobliżu lotniska zamienił się w zabawkę.

### Nowinki londyńskie

Słabnie siła funta, ceny się wypinają, co widać i przy korzystaniu z komunikacji. Za przejazd z lotniska Stansted do Londynu - circa 50 km - musiałem zapłacić około 65 złotych, czyli trzy razy więcej niż z Warszawy do Białegostoku.

Już słyszę okrzyk, że głupio liczyć, bo trzeba porównać tamte wydatki do tamtych płac w Anglii. Niestety, w przeciwieństwie do niemal wszystkich rodaków, którzy znaleźli się na Wyspach, emeryturę otrzymuję w złotówkach, a w Londynie wydaję okazjnie funty. Jakże milej się czuję po przekroczeniu granicy wschodniej, wystarczy wymienić „zielonego” z nieco wyżej notowanym prezydentem USA i wychodzisz z banku jako milioner. A na Zachodzie kalkuluj brachu i wyglądaj w Londynie sklepów „Pundland” (krajina jednego funta).

A co będzie, jak Anglia wyjdzie z Unii? Na tym tle zaznaczył się podział nawet w rządzącej partii konserwatystów, za wyjściem (Brexit) agituje także Mayor Londynu Borys Johnson. Najlepiej to ma Królowa, bo nie musi, a po prawdzie to i nie może, zabierać głosu w tak ważnych sprawach. To może by i u nas też wprowadzić królestwo?

Najdłużej panująca na tronie angielskim Elżbieta I ma jednak swoje problemy dynastyczne, bo młodzież pałacowa dowodzi. Ma oczywiście i momenty satysfakcji. Oto oznajmiono, że ruszy budowa nowej linii metra i otrzyma nazwę Elizabeth Line, a jej barwy będą fioletowe. Widziałem na zdjęciu Jej Wysokość ze stosowną tabliczką w ręku. Uśmiechała się, co nie powinno dziwić, bo nowa linia będzie miała 100 kilometrów długości i 40 przystanków. Jej

# Sen o wiosnie

**Trzeba się rozwijać bez względu na metrykę.** Za tę wstępną głupotkę i wszelkie następne z góry przepraszam, bo właśnie wnosimy się do wysokości ponad 9 tysięcy metrów.



część londyńska zostanie oddana do użytku w 2018 roku, a odcinki bardziej odległe rok później. Dodam tylko, że przesympatyczna Królowa jest jedyną głową koronowaną, które przejechała się metrem. Oczywiście gratis. Stało się to w 1969 roku po uruchomieniu Victoria Line. Z kolei z okazji 25-lecia panowania Elżbiety przybyła w Londynie w 1977 roku Jubilee Line.

*Dziś w Londynie populacja białostoczan po wielekroć przekracza liczbę ziomków trwających nad Tamizą na statusie emigrantów politycznych. Prawda jest jednak smutna, póki co ilość nie przeszła w jakość*

Królowa to ma dobrze! Do niej należą wszystkie łabędzie w Wielkiej Brytanii. Sporo z tego powodu kłopotów mieli Lechici, którzy przed kilku laty zapolowali na niewinne łabędziątko. Z głodu, z głupoty, czy z fantazji para-ulańskiej?

### U Sikorskiego

Przestrzegam, że w Instytucie Polskim i Muzeum Sikorskiego trwa remont. Z archiwum na szczęście korzystać można, choć na własne ryzyko, o czym uprzedza ogłoszenie wywieszane na drzwiach wejściowych. Co raz mniej - to zrozumiałe - przychodzi tu byłych żołnierzy Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie. Już zakończył swą niezwykle ofiarną służbę pan Waław Milewski, syn Edwarda, dowódcy 3 Pułku Szwoleżerów Mazowieckich, stacjonującego do wojny w Suwałkach. Jakże on czekał na dobre wieści z miasta, w którym się urodził. Kawalerzyści z Suwałk (całe dwa pułki i jeszcze kilka mniejszych pododdziałów) kpiącym z polskiej stolicy zimna, odpowiadali z godnością - jak były konie, to było ciepło!

Niestety, nie ma już w Londynie i lobby białostockiego. Odszedł na zawsze „chłopak” z ulicy Mazowieckiej, ostatni Prezydent II RP na Uchodźstwie, druh Ryszard Kaczorowski. Poprzedzili go na tej drodze inni zacni, pełni zasług, poważni, sentymentalnie wspominający miasto nad Białką. Pamiętam, jak podczas uroczystości wkroczył majestatycznie na salę Ryszard Kaczorowski i ktoś

siedzący w pobliżu mnie powiedział z nutą zazdrości - Białostok idzie. Dziś w Londynie populacja białostoczan po wielekroć przekracza liczbę ziomków trwających nad Tamizą na statusie emigrantów politycznych. Prawda jest jednak smutna, póki co ilość nie przeszła w jakość.

### Wiosna

Muszę się spieszyć, pisanie w puszcze sardynek, zwanej samolotem wspomnianych tanich linii, nie należy do przyjemności. Zwłaszcza jak się siedzi na miejscu z literką „c”, czyli przy środkowym przejściu i trzeba chronić łokieć przed stuknięciami.

Żegnaj Anglio. Było, jak było, ale wiosennie, kwitły wiśnie i magnolie, żonkile i bratki. Oczywiście, że kropiło, bo na kapuśniaczek czekają tutejsze trawniki. Wiosna w naturze zawita i nad Wisłę oraz Białką. Szkoda tylko, że wraz z nią nie przybędzie - obym się mylił! - radości, spokoju, optymizmu. Nie usłyszę od przygodnego nawet rozmówcy, że czuje się dobrze, bo inżynier przywitać się nie wypada. Nie usłyszę, że pogoda jest też fajna, nawet jeśli pada i wieje. Muszę za to mieć się na baczności, bym nie został zaliczony do tych gorszych Polaków. A ktoś inny może mi zarzucić głupotę, gdy nie zgodzę się z ewidentnymi durnościami głoszonymi przez autorytet z mianowania. Kiedy zaś wsiądę do autobusu, to ileś par oczu obejrzy mnie od stóp do głów, czy jestem „w porządku”. I tak trudno nam przepraszać nawet przy niewinnym incydencie, uśmiechnąć się do siebie bezinteresownie, życzyć powodzenia.

Panie, Panowie pora się obudzić z zimowego snu. Zresztą jaka to była zima? Ciepła i zakatarzona! ■

**ADAM CZESŁAW DOBRŃSKI**



