



MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 03 (158)

MARZEC 2018



Słaba płeć na UMB s. 19-25

Grantowisko

s. 6-8

Prof. Puchalski z tytułem
Doktora Honoris Causa

s. 4-5



ISSN 1643-3734



zaprasza na NOC MUZEÓW

19 V 2018 godz. 18.00-24.00
NIEPODLEGŁA I ZDROWIE

niepodległa

POLSKA
STULECIE ODZYSKANIA
NIEPODLEGŁOŚCI

DZIEDZINIEC PAŁACU BRANICKICH

- 18.00 - 24.00 • Szpital Polskiego Białego Krzyża – rekonstrukcja historyczna - Grupa Wschód Stowarzyszenie Pasjonatów Historii Ziemi Podlaskiej oraz Kolekcjonerów Militariów
- 18.00 - 24.00 • Obserwacja nieba przygotowana przez Białostocki Oddział Polskiego Towarzystwa Miłośników Astronomii (pokaz zaplanowany w przypadku dobrej pogody)
- 21.00 - 24.00 • Iluminacja pałacu przygotowana przez Artura Grycuka
- 18.00 - 24.00 • Zwiedzanie piwnicy pod kolumnadą, zawierającej pałacowy system ogrzewania podpodłogowego z oryginalnym hypocaustum z XVIII/XIX wieku

PAŁAC BRANICKICH, WESTYBUL GŁÓWNY

- 18.00 - 24.00 • Stulecie Polskiego Białego Krzyża – wystawa przygotowana przez Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB
- 18.00 - 21.00 • Promocja książki „Był sobie Pałac” Adama Hermanowicza, Mariusza Stepaniuka

PAŁAC BRANICKICH, AULA MAGNA, I PIĘTRO

- 18.00 • Oficjalne rozpoczęcie NOCY MUZEÓW
- 18:05 • Tajemnice planet pozasłonecznych – wykład popularnonaukowy – Gabriel Murawski (student kierunku lekarsko – dentystycznego UMB)
- 19.00 • Muzyka w Pałacu połączona z opowieściami o rodzice Branickich i konkursami historycznymi
- 19.45 • Koncert muzyki filmowej, kwintet dęty, instrumentalniści: saksofon z towarzyszeniem fortepianu, gitara – Fundacja Pro Musica
- 20.45 • Walka o niepodległość obowiązkiem Polaka w czasach okupacji – koncert Mateusza Kraszewskiego (student kierunku lekarskiego UMB)
- 21.45 • Koncert muzyki filmowej i popularnej – kwartet saksofonowy – Fundacja Pro Musica

MUZEUM HISTORII MEDYCYNY I FARMACJI

- 18.00 - 24.00 • Wystawy ukazujące historię chirurgii, stomatologii, okulistyki, ginekologii, anatomii oraz farmacji.
- Historia radiologii – SKN Radioaktywni
- Laboratorium Marii Skłodowskiej – Curie – pokaz doświadczeń chemicznych przygotowany przez Młodą Farmację
- Zwizyta u stomatologa. Historia i współczesność – przeglądy profilaktyczne prowadzone przez studentów PTSS O. Białystok
- Wystawa Projekt z ryciny czytany – rewaloryzacja barokowego Ogrodu Branickich w pracach autorstwa: M. H. Rentza, T. Rogali i M. Jackowskiego
- W świecie surowców leczniczych – warsztaty mikroskopowania prowadzone przez studentów Młodej Farmacji i Farmakognostycznego Koła Naukowego UMB
- AIDS Candlelight Memorial – stoisko informacyjne IFMSA – Poland Oddział w Białymstoku
- Magia dawnej apteki – pokazy wykonywania leków recepturowych prowadzone przez studentów Młodej Farmacji
- Zostań Młodym Farmaceutą – warsztaty dla dzieci prowadzone przez studentów Młodej Farmacji
- Kąć dla dzieci Zostań Dentystą – spróbuj swoich sił w leczeniu zębów – PTSS O. Białystok
- Muzyka ze starej taśmy – studio radiowe SCR Radiosupel

NA WSZYSTKIE WYDARZENIA WSTĘP WOLNY

MIEJSCE: UNIwersytet Medyczny w Białymstoku, PAŁAC BRANICKICH, UL. J. KILIŃSKIEGO 1



„Projekt realizowany w ramach obchodów stulecia odzyskania niepodległości”

Od Redaktora



Marcin Tomkiel
Redaktor naczelny
Medyka Białostockiego

Świat idzie do przodu, a wraz z nim również polska medycyna. Na fali tych wyzwań rząd chciał wprowadzić obowiązkowe wystawianie zwolnień w formie elektronicznej już od 1 lipca. W założeniach, to ambitne przedsięwzięcie miało usprawnić system i przynieść oszczędności (czas i pieniądze). Wskutek protestów lekarzy, minister rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbieta Rafalska ugięła się i zaproponowała przesunięcie terminu wprowadzenia e-zwolnień na 1 grudnia

2018 roku. Swoją drogą, wbrew stereotypom o informatycznym zapóźnieniu Polski Wschodniej, podlascy lekarze należeli do grupy liderów pod względem liczby wystawianych e-zwolnień. Jak wynika z danych białostockiego oddziału ZUS, co trzecie zwolnienie w regionie wypełnione jest w nowym systemie. Co się zatem stało, że politycy wysłuchali argumentów środowiska lekarskiego?

To bardzo proste. Upór rządu mógł doprowadzić do paraliżu. Samorząd medyków zwracał uwagę, że sprawne funkcjonowanie systemu nie jest możliwe zarówno z powodów technicznych, jak i organizacyjnych (brak kadr lekarskich, emerytalny wiek lekarzy POZ, spośród których nie wszyscy korzystają z komputerów, brak dostępu do szybkiego internetu). Okazuje się, że można dojść do kompromisu, który będzie skutkował spokojem pacjentów. Nikt nie kwestionuje racjonalności we wprowadzaniu technologicznego postępu. Każda reforma wymaga jednak, oprócz pieniędzy, odpowiednio długiego czasu i szkoleń. Oby system okazał się przyjazny dla wypisujących e-zwolnienia lekarzy, jak i pacjentów. Doświadczenia z wprowadzania CEPIK-u ucą bowiem pokory. Aby zarejestrować auto trzeba było stracić kilka dni, sporo nerwów i wiarę w informatyczne narzędzia wprowadzane przez państwo. Przyjaznej i sprawnej administracji życzy sobie każdy Polak, z którego to podatków opłacane są niedopracowane często horrendalnie drogie e-programy (wciąż szwankujący CEPIK kosztował do tej pory ponad 300 mln zł).

Z oficjalnych danych wynika, że od stycznia 2016 roku, kiedy uruchomiono system, do kwietnia br. polscy lekarze wystawili ponad 3 mln zaświadczeń elektronicznych w formie e-ZLA, i ponad 170 tys. za pośrednictwem aplikacji gabinetowych. W tym samym czasie w formie papierowej wypisano ponad 53 mln zwolnień papierowych.

Oby te pół roku wynegocjowane na dopracowanie systemu okazało się wystarczające. W przeciwnym razie strach pomyśleć. W końcu za brak usprawiedliwionej absencji w pracy grozi dyscyplinarne zwolnienie.

Znamienitości naukowego świata zawitały do Aula Magna UMB. Wszystko za sprawą badań populacyjnych, jakie prowadzi zespół pod kierownictwem prof. K. Kamińskiego. Eksperti z Niemiec, Holandii i Estonii opowiadali o swoich doświadczeniach w studiach kohortowych, a prof. Kamiński podzielił się pierwszymi wynikami badań kondycji zdrowotnej białostoczian. Niestety nie są one zbyt optymistyczne. Połowa przebadanej grupy mieszkańców stolicy Podlasia (na razie to zaledwie kilkaset osób z zaplanowanych 10 tys.) ma nadwagę lub jest otyła, a u 8 procent wykryto cukrzycę. Jemy także za mało warzyw, owoców i, o zgrozo!, mimo ponad 100 km ścieżek rowerowych w Białymstoku, prowadzimy siedzący tryb życia. Przed lekarzami zatem spore wyzwanie. Przydałaby się miejska akcja promująca prozdrowotną dietę i sport.

Obchodziliśmy niedawno piękny, podwójny jubileusz. 60-lecie reumatologii na AMB/UMB, oraz 50-lecie pracy zawodowej kierownika kliniki, prof. S. Sierakowskiego. Uroczystość poprzedziło odsłonięcie tablicy pamiątkowej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym poświęconej Profesor Beacie Bogdanikowej, twórczyni białostockiej szkoły internistycznej. Były emocje, szczere życzenia od przybyłych z całej Polski koleżanek i kolegów, wirtualny spacer w przeszłość, czyli prezentacja historycznych zdjęć, a na koniec naukowa konferencja. Gratulujemy!

8 marca świętowaliśmy Międzynarodowy Dzień Kobiet. Panie, którym jeszcze raz składam najserdeczniejsze życzenia, stanowią zdecydowaną większość w naszej akademickiej i szpitalnej społeczności. Śmiało mogę powiedzieć, że nadają ton i są podporą białostockiej medycyny. Czy łatwo być kobietą - naukowcem, lekarzem, i jednocześnie matką? Polecam artykuł poświęcony ptci pięknej. Mam nadzieję, że wywoła u Państwa ciekawe refleksje.

Marcin Tomkiel

Spis treści

4-5 | **Prof. Puchalski Doktorem Honoris Causa**

6-7 | WOJCIECH WIĘCKO
Grantowisko

8 | ROZMAWIAŁ WOJCIECH WIĘCKO
Kiedy naukowcy się ścigają

9 | **Sztuczna ślina**

10 | **Pacjent symulowany już symuluje choroby**

11 | **Szpital dziecięcy się odmładza**

12 | **Akademia Młodego
Naukowca wystartowała**

13 | **Kleszczowe zapalenie mózgu do kontroli**

14 | ANNA GÓRYSZEWSKA
**Rzadkość - błogostawieństwo
czy przekleństwo?**

15 | **Zrób doktorat. Warto!**

16 | **Czek na szkolenia**

17-18 | DR MAGDALENA STEFAŃSKA
**Ochrona znaku czerwonego krzyża
- geneza, znaczenie, legislacja**

19-20 | KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Jak to jest z kobietami?

20-23 | WYSŁUCHAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
Kobieta w męskim świecie

24-25 | ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK
45 lat na kardiologii

26-27 | STANISŁAW SIERKO
Dylemat

27-28 | **Marzec '68: smutna historia**

29-30 | **Tajne nauczanie medycyny w warszawskim getcie**

31 | **Kwestionariusz osobowy**

SKŁAD REDAKCJI:

Redaktor naczelny: Marcin Tomkiel

Zastępca redaktora naczelnego: Adam Hermanowicz

Sekretarz redakcji: Katarzyna Malinowska-Olczyk

Redakcja: Tomasz Dawdziuk, Magdalena Grassmann, Wojciech Więcko;

współpracownicy: Alina Midro, 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. Kilińskiego 1, tel. (85) 748 54 85, email: medyk@umb.edu.pl
www.medyk.umb.edu.pl



/ MEDYK BIAŁOSTOCKI



/ MEDYKBIALOSTOCKI1956



/ MEDYK BIAŁOSTOCKI

Prof. Puchalski Doktorem Honoris Causa

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach przyznał tytuł Doktora Honoris Causa byłemu rektorowi Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. Zbigniewowi Puchalskiemu. To najwyższe wyróżnienie akademickie, jakie może nadać uczelnia wyższa.

Uroczystość odbyła się w połowie marca podczas uroczystego posiedzenia Senatu UJK na Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu. Inicjatorem nadania tytułu był prof. Stanisław Głuszek, prorektor do spraw medycznych Uniwersytetu Jana Kochanowskiego: - Śmiało można nazwać [profesora - red.] twórcą białostockiej szkoły chirurgii endokrynologicznej oraz prekursorem nowoczesnej chirurgii trzustki. Pracował w czasach przełomowych dla chirurgii ogólnej, w momencie wdrażania nowych technik chirurgicznych. Potrafił szybko dostrzec, docenić, zaakceptować i rozwijać te zmiany w chirurgii - mówił w laudacji.

Prof. Głuszek podkreślił nie tylko naukowe dokonania prof. Puchalskiego, ale też jego działalność społeczną i sportową. Wszak prof. Puchalski był nie tylko chirurgiem, rektorem dwóch uczelni wyższych, ale też np. członkiem zarządu - i wielkim kibicem Jagiellonii Białostok. - Skoncentrowany na każdym człowieku, a najbardziej na chorym i wymagającym pomocy. Obdarzony niespotykaną empatią, wyznacznikiem wręcz transcendentalnej relacji z drugą osobą - referował dalej prof. Głuszek.

- To jeden z najwybitniejszych chirurgów - podkreślił rektor UJK prof. Jacek Semaniak.

Prof. Puchalski w swoim wystąpieniu podziękował władzom uczelni w Kielcach. Gratulował rozwoju i osiągnięć naukowych. Swoje przemówienie zakończył cytatem z poezji Jana Kochanowskiego. Dodał, że tytuł doktora honoris causa UJK to kolejna jego nagroda za ciężką pracę. - 50 lat



Wyróżnienie wręczono podczas uroczystego posiedzenia senatu uczelni
fot. Paweł Małecki



Gratulacje prof. Puchalskiemu w imieniu UMB złożyła prodziekan Wydziału Lekarskiego dr hab. Anna Moniuszko-Malinowska



minęło, w związku z tym nabierało się trochę tych dobrych, może zdecydowanie mniej złych uczynków. Uważam, że życie nie zostało zmarnowane - przemawiał prof. Puchalski.

I dodał: - Honorowy doktorat to zobowiązanie. Deklaruję gotowość do wszelkiego wspierania Uniwersytetu Jana Kochanowskiego. Posłużę się słowami wieszczki z Czarnolasu „A jako kto może, niech ku pożytku dobra wspólnego pomoże”.

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach to uczelnia, która powstała w 1969 roku. Wówczas nazywała się Wyższą Szkołą Nauczycielską w Kielcach. W 1979 r. nadano jej imię Jana Kochanowskiego. Obecnie uczelnia składa się z ośmiu wydziałów (w tym trzech zamiejscowych). Na 48 kierunkach studiuje 11,3 tys. osób. Zatrudnia prawie 900 nauczycieli akademickich. UJK ma uprawnienia do nadawania tytułu doktora habilitowanego w czterech dziedzinach i doktora nauk w 10.

Prof. Puchalski jest 13. osobą wyróżnioną tytułem Doktora Honoris Causa przez kielecką uczelnię. ■

BDC

Więcej zdjęć [f](#)



Prof. Zbigniew Puchalski

(ur. w 1933 w Białymstoku) to absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku z 1957 r. Całą swoją karierę zawodową związał z chirurgią. W 1976 roku został kierownikiem I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej AMB i funkcję tę pełnił przez 28 lat, do momentu przejścia na emeryturę w 2004 roku.

Kierowana przez niego klinika

stała się jednym z wiodących w Polsce ośrodków chirurgicznych w zakresie chirurgii endokrynologicznej, chirurgii przewodu pokarmowego oraz chirurgii onkologicznej. Specjalizowała się w niezwykle trudnym problemie, jakim jest ostre zapalenie trzustki. Po przejściu na emeryturę prof. Puchalski nadal pracował w szpitalu, ale też jako nauczyciel akademicki.

W trakcie swojej kariery zawodowej prof. Puchalski sprawował wiele znaczących funkcji. W latach 1982-1987 był prorektorem ds. studenckich i dwukrotnie w latach 1987-1990 i 1999-2002 rektorem AMB. W latach 1999-2002 przewodniczył Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych; był członkiem prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich; członkiem prezydium Rady Naukowej przy ministrze zdrowia. Do niedawna był rektorem Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Na swoim koncie ma wiele odznaczeń i wyróżnień m.in.: Krzyż Komandorski, Oficerski i Kawalerski OOP; Order Św. Marii Magdaleny I st.; Złotą Odznakę Olimpijską; Złotą Odznakę AZS, Złotą Odznakę „Zasłużony Białostoczczyźnie”. Do tego uhonorowany był szeregiem nagród naukowych i dydaktycznych przez ministra zdrowia, rektora AMB, organizacje chirurgów.

Profesor jest m.in. autorem lub współautorem 625 prac i komunikatów zjazdowych, czy 25 rozdziałów w podręcznikach. ■

Grantowisko

Prawie sześć godzin rozmów o grantach, ich zdobywaniu, ale też frustracji, jaka rośnie w naukowcu, kiedy kolejny raz wniosek o finansowanie badań nie zajmuje oczekiwanej pozycji na liście rankingowej. Tak w skrócie wyglądało „Grantowisko UMB”, pierwsza na uczelni próba kompleksowego podejścia do tematu pozyskiwania grantów badawczych.

Spotkanie zorganizował prorektor ds. nauki prof. Marcin Moniuszko. Podzielone było na dwie części. Na początku wystąpili specjaliści z Narodowego Centrum Nauki: dr Jerzy Frączek, koordynator dyscyplin w dziale Nauk o Życiu NCN oraz dr Laura Bandura-Morgan, odpowiedzialna za obszar kontroli i audytu projektów realizowanych ze środków NCN. Oboje opowiadali o procedurach, które trzeba spełnić, by móc ubiegać się o finansowanie z programów Narodowego Centrum Nauki. Wszystko dlatego, że spełnienie wymagań formalnych przy składaniu wniosku jest dużo ważniejsze niż sam pomysł na badania (ten jest kluczowy w momencie, kiedy wniosek przechodzi ocenę formalną).

Upór i konsekwencja

Druga część spotkania to była dyskusja naukowców UMB o tym, jak oni sami zdobywali granty albo próbowali je zdobyć. Opowiadali o swoich refleksjach, o tym, co ich denerwowało albo wręcz nie dawało w nocy spać.

Dr hab. Anna Moniuszko-Malinowska, adiunkt w Klinice Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji: jej pierwsza próba zdobycia grantu była nieudana. Chciała szukać bardzo rzadkiego patogenu związanego z chorobami odkleszczowymi. Okazało się, że komisja konkursowa uznała, że nie da się go znaleźć, więc grantu nie przyznała. W efekcie pani docent zmodyfikowała plany badawcze i nawiązała współpracę z zespołem prof. Elżbiety Skrzydlewskiej. Wtedy się udało.

- Bądźcie uparci i wewnętrznie przekonani, że chcecie to zrobić - radziła zebranym.

Dr hab. Monika Karczevska-Kupczewska, adiunkt w Klinice Chorób

Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych: - Trzeba mieć nowatorski pomysł. Szukać nowych mechanizmów, przyczyn, zjawisk. Nie warto powielać innych badań.

Jej zdaniem kluczowe jest dobre zaplanowanie badań we wniosku, ale też ich zabudżetowanie. Poza tym trzeba działać w obrębie swojej dziedziny naukowej, a nie nagle wyskoczyć z pomysłem spoza niej.

*W zdobywaniu grantów
liczy się cierpliwość
i konsekwencja.*

*To że wniosek odrzucono za
pierwszym razem,
nie oznacza, że jest słaby*

Dokładność i pokora

Prof. Jerzy Pałka, który sam ubiegał się o granty, ale też pracował jako ekspert oceniający takie wnioski, zwracał uwagę na to, jak istotne jest dobre przygotowanie wniosku od strony językowej: - To zwyczajnie musi być dobrze napisane. W sposób jasny i klarowny, poprawny stylistycznie i językowo, należy określić, o co nam chodzi. A szczególnie ważne jest streszczenie. Choć zwykle powstaje na końcu, to od niego przeważnie eksperci rozpoczynają zapoznanie się z wnioskiem.

- Zawsze powtarzam aplikującym, że wszystko ma być napisane tak, żeby zrozumiała to twoja babcia - mówi dr hab. Andrzej Mogielnicki z Zakładu Farmakodynamiki.

Dr hab. Wojciech Miltyk, dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, zaliczył dwa nieudane podejścia po grant z programu NCN Sonata. Udało mu się dopiero za trzecim razem. Przestrzega wszystkich, by pilnować formalności. - Jeżeli prezentacja ma zawierać 10 slajdów, to ma mieć tyle. Jeżeli mamy na jej wygłoszenie 10 minut, to tyle ma to zająć. Nie mniej, nie więcej.

Zaleca wszystkim krytyczną analizę przygotowanego wniosku. Trzeba samodzielnie wyłapać wszystkie uchybienia formalne, tak żeby nie stwarzać pretekstu do tego, by z powodu drobnych błędów (zły harmonogram badań, przeszacowany kosztorys, brak potrzebnych zezwoleń) nasz wniosek przepadł bez rozpatrzenia.

- Warto czasami wejść w buty eksperta i na podstawie zasad oceny samemu ocenić swój wniosek. Jeżeli nie nabiera się 90 proc. punktów, to warto coś zmienić - dodaje dr hab. Andrzej Mogielnicki.

Własny przykład, jak nie postępować, przedstawił prof. Marek Wojtukiewicz z Kliniki Onkologii. Najpierw ubiegał się o duży grant badawczy dotyczący wykrywania nowotworów. Ekspert odrzucił wniosek argumentując, że lepiej zamiast jednego wniosku złożyć dwa, na poszczególne typy badań.

- To miało sens, więc tak zrobiliśmy. Tylko że te podzielone wnioski też nam odrzucono, ale już z innego powodu.

Jak przyznaje sam profesor ogarnęła go wielka złość. Dość powiedzieć, że kiedy za jakiś czas dostał propozycję bycia ekspertem tej organizacji, to proponująca mu to zajęcie osoba usłyszała wiele gorzkich

słów. A nowej pracy nie przyjął. Choć teraz tego żałuje.

Pokaż coś ciekawego

Profesor Elżbieta Skrzydlewska, która ma dobrą rękę do zdobywania grantów, stwierdza wprost: - Kluczem jest pokazanie czegoś nowoczesnego, a jednocześnie czegoś, co interesuje więcej niż dwie osoby w Polsce. Trzeba umieć to zademonstrować, jednocześnie opierając się na literaturze, która nie jest starsza niż ostatnie kilka lat. Do tego dołączyć swoje publikacje traktujące o tej dziedzinie i pokazać, jak jesteście „osadzeni” w temacie.

Na koniec dodaje: - Najlepiej do pisanie wniosku aplikacyjnego przystąpić z marszu.

Młody może

Dr Katarzyna Niemirowicz (Samodzielna Pracownia Technik Mikrobiologicznych i Nanobiomedycznych) już jako doktorantka zdobywała granty. Jak mówi, to kwestia uporów, ale za którymś razem w końcu się udało.

- Mimo że jesteś młody, to zawsze możesz pokazać, co publikowałeś. To nawet może być praca magisterska. Dzięki temu pokazujesz, że dalej rozwijasz się w dziedzinie, którą po-



Grantowisko to było prawie sześć godzin rozmów o grantach, ich zdobywaniu i sposobach radzenia sobie z procedurami, fot. Wojciech Więcko

znałeś - radzi i podkreśla, żeby zawsze starać się dowiedzieć, co takie badania mogą zmienić, jak mogą wpłynąć na rzeczywistość.

Wszystkim aplikującym zaleca upór i wytrwałość. Jeżeli nie udało się w jednym konkursie, próbować w kolejnym. Analizować błędy wniosku, poprawiać je i próbować dalej.

- Jak się ich nie składa, to samo nic nie przyjdzie - podsumowuje.

Przyszłość?

Wiele wskazuje na to, że zdobywanie grantów na własne badania to bę-

dzie niedługo jedyna szansa, by mieć pewność ich realizacji. Nowa ustawa o szkolnictwie wyższym (tzw. Ustawa 2.0) likwiduje dwa oddzielne źródła finansowania uczelni (dotacja statutowa na badania i dotacja dydaktyczna) i będzie po prostu jedna wspólna dotacja dla szkoły wyższej. Dopiero na miejscu nastąpi podział środków. Nikt nawet nie łudzi się, że środki te będą większe niż obecne - i tak niewystarczające. ■

WOJCIECH WIĘCKO

Rodzaje konkursów z Narodowego Centrum Nauki

OPUS - konkurs na projekty badawcze, w tym finansowanie zakupu lub wytworzenia aparatury naukowo-badawczej niezbędnej do realizacji tych projektów

PRELUDIUM - konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową nieposiadające stopnia naukowego doktora

SONATINA - na projekty badawcze realizowane przez osoby posiadające stopień naukowy doktora, uzyskany w okresie do 3 lat przed rokiem wystąpienia z wnioskiem

SONATA - konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową posiadające stopień naukowy doktora, uzyskany w okresie od 2 do 7 lat przed rokiem wystąpienia z wnioskiem

SONATA BIS - konkurs na projekty badawcze mające na celu powołanie nowego zespołu naukowego, realizowane przez osoby posiadające stopień naukowy lub tytuł naukowy, któ-

re uzyskały stopień naukowy doktora w okresie od 5 do 12 lat przed rokiem wystąpienia z wnioskiem

HARMONIA - konkurs na projekty badawcze realizowane w ramach współpracy międzynarodowej

MAESTRO - konkurs dla doświadczonych naukowców na projekty badawcze mające na celu realizację pionierskich badań naukowych, w tym interdyscyplinarnych, ważnych dla rozwoju nauki, wykraczających poza dotychczasowy stan wiedzy, których efektem mogą być odkrycia naukowe

SYMFONIA - konkurs na międzydziedzinowe projekty badawcze realizowane przez wybitnych naukowców, przekraczające granice dyscyplin naukowych

MINIATURA - konkurs na pojedyncze działania naukowe

ETIUDA - konkurs na stypendia doktorskie

FUGA - konkurs na krajowe staże po uzyskaniu stopnia naukowego doktora

TANGO - konkurs na projekty zakładające wdrażanie w praktyce gospodarczej i społecznej wyników uzyskanych w rezultacie badań podstawowych

POLONEZ - konkurs dla naukowców przyjeżdżających z zagranicy

BEETHOVEN - konkurs na polsko-niemieckie projekty badawcze z zakresu nauk humanistycznych, społecznych i o sztuce oraz wybranych dyscyplin nauk ścisłych i technicznych, realizowane przez zespoły polsko-niemieckie

DAINA - konkurs na polsko-litewskie projekty badawcze

UWERTURA - konkurs na staże w zagranicznych zespołach naukowych realizujących granty ERC

DIOSCURI - konkurs na utworzenie Centrów Doskonałości Naukowej Dioscuri. ■

Kiedy naukowcy się ścigają

O tym, jak zabrać się do pisania wniosku, na co uważać i dlaczego naukowcy muszą się między sobą ścigać na odkrycia rozmawiamy z dr Jerzym Frączkiem, koordynatorem dyscyplin w dziale Nauk o Życiu w Narodowym Centrum Nauki.

Wojciech Więcko: Dlaczego proces zdobywania grantów ma tyle złych opinii wśród naukowców? Dlaczego panuje przed tym aż taki strach?

Dr Jerzy Frączek, koordynator dyscyplin w dziale Nauk o Życiu, Narodowe Centrum Nauki: - Nie sądzę, żeby naukowcy się tego bali. Pewnie chodzi tu o ilość formalności. One są jednak konieczne, żeby wniosek był dobrze oceniony, albo by spełniał wymogi prawne. Przypuszczam jednak, że bardziej chodzi tu o samą ocenę tych wniosków. Niektórzy mogą nie czuć się komfortowo ze świadomością, że ktoś będzie recenzował ich działalność naukową. Jest to jednak procedura konkursowa, w której rzeczą naturalną jest, że nie wszyscy aplikujący mogą otrzymać finansowanie. Wszystkie wnioski, które do nas trafiają, są weryfikowane przez zespoły eksperckie, a my ze swojej strony robimy wszystko, by proces odbywał się rzetelnie i obiektywnie.

Aplikujących o granty mają Państwo więcej niż możliwości finansowych?

- Tak, dużo więcej. Mogę stwierdzić, że z ogólnej liczby wniosków finansowanie jest na poziomie 25-30 proc. To dużo. Pozostaje jednak nadal 70 procent, kiedy się nie udaje.

To co zrobić, żeby na liście rankingowej znaleźć się w tej lepszej jej części?

- Przede wszystkim liczy się bardzo dobry pomysł naukowy. Na tym najbardziej zależy NCN-owi. Druga rzecz to nie bać się oceny. Nawet jak się nie dostanie finansowania w danej edycji konkursu, to naukowiec w ocenie aplikacji otrzyma informacje zwrotne, co warto poprawić, albo na czym lepiej się skupić. Staramy się, żeby komentarze naszych ekspertów oceniających wnioski były jak najbardziej merytoryczne, żeby pomogły później przeanalizować

i poprawić uchybienia. Sam kiedyś aplikowałem o środki z różnych grantów. Rozumiem, jaki się przeżywa wtedy stres. Nie za każdym razem się udaje i wiem, jak to jest nie wygrać.

W Polsce naukowcy chyba jeszcze nie potrafią się ścigać między sobą? W USA, gdzie system grantowy jest powszechny, jest to już norma.

- Mam wrażenie, że ten wyścig coraz bardziej widać też w Polsce. Musimy się w sensie naukowym ścigać na pomysły, idee, lepsze badania. Świat nauki nie stawia nas na uprzywilejowanej pozycji.

To wróćmy do pisania wniosku. Mam świetny pomysł na badania, jak go przedłożyć na dobry wniosek grantowy.

- Kluczowe jest merytoryczne przygotowanie. Trzeba go bardzo dobrze opisać. Składnie, jasno i klarownie. Tak, żeby jego idea trafiła wprost do ekspertów, którzy go ocenią. Trzeba podać kluczowe i istotne informacje. Nie można np. skupić się tylko na długim i szczegółowym opisie literatury, a o samym projekcie podać zbyt mało informacji. Takie rzeczy eksperci wyłapują od razu. Ważne są szczegóły, proponowana metodologia badawcza, merytoryczne podstawy, które świadczą o tym, że wiemy, co chcemy zrobić. Niezwykle ważne jest jasne przedstawienie, dlaczego problem badawczy, który chcemy sprawdzić, jest naprawdę istotny, zwłaszcza w świetle badań na świecie. To stanowi o nowatorstwie danego projektu. Zespoły ekspertów poszukują projektów, które zdecydowanie popchną polską naukę do przodu, a nie będą tylko weryfikować tego samego, co inni naukowcy już trzy razy zbadali. Ważne są informacje o tym, gdzie spodziewamy się problemów, jak będziemy chcieli sobie z nimi poradzić. Eksperti chcieliby również wiedzieć, co się stanie, kiedy proponowana ścieżka badawcza się

nie powiedzie? Jakie są alternatywy? Możliwe badania wstępne są zawsze mile widziane. Warto też zwrócić uwagę na zaplanowanie kosztorysu. Co prawda nie jest on obecnie oceniany merytorycznie, ale eksperci mogą go odrzucić jako niewłaściwie przygotowany. Jeśli ktoś będzie wnioskował o zbyt dużo środków w stosunku do planowanych nakładów pracy, to oceniający mogą to zakwestionować.

A jeżeli nie doszacuje się budżetu?

- To problem dla aplikanta. On dostanie tyle, o ile będzie wnioskował. Jeśli będzie miał za mało środków, my nie możemy już nic więcej dodać. Budżet trzeba przygotować rozsądnie. Trzeba go tak zaplanować, by wystarczało na realizację celów, ale też trzeba go mądrze uzasadnić.

Czy NCN w dziedzinie nauk o życiu ma priorytetowe tematy, które chętniej i hojniej wspiera?

- NCN ma prawne możliwości nadawania takich priorytetów, jednak stara się nie nadawać ich zbyt mocno i jaskrawo. Jesteśmy agencją, która ma finansować całość nauk w Polsce: nauki humanistyczne, społeczne czy nauki o życiu. Nie wyróżniamy za bardzo konkretnych dziedzin. Są jednak takie, gdzie wnioski są dużo lepiej przygotowane od innych. Nawet te, które nie zdobywają finansowania, mają dużo wyższe punktacje niż w innych obszarach. W takich przypadkach rada ma prawo dać mały priorytet przy wielkości finansowania dla takich paneli naukowych. To jedyny sposób wyróżnienia. NCN jest otwarty dla wszystkich i chcemy traktować wszystkich naukowców jak równych sobie. To jakość naukowa proponowanych badań jest dla nas najważniejsza. ■

**ROZMAWIAŁ
WOJCIECH WIĘCKO**

Sztuczna ślina

Patent na wynalazek „Substytut śliny naturalnej” otrzymały wspólnie Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Politechnika Białostocka i spółka Nantes Systemy Nanotechnologii. To efekt prawie 10 lat prac badawczych.

Wszystko zaczęło się od próby rozwiązania problemu zużywających się protez zębowych u pacjentów cierpiących na brak śliny. Potrzebny był preparat, który zmniejszy tarcie w układzie zębowym. Przy czym prawdziwa ślina pełni jeszcze szereg innych funkcji, które naukowcy próbowali użyczyć. Początkowe prace rozpoczął zespół prof. Jana Dąbrowskiego i dr inż. Joanny Mystkowskiej (politechnika), ok. cztery lata temu włączył się uniwersytet medyczny: prof. Halina Car i dr Katarzyna Niemirowicz. Ochronę patentową w kraju wynalazek uzyskał 9 lutego 2018 roku.

- Nasza sztuczna ślina składa się z bazy, którą jest mucyna. Dodatkowo, który zmienia właściwości smarne, jest guma ksantanowa. Dodatkowo, który nadaje właściwości biofunkcjonalne, głównie w aspekcie biologicznym, są nanocząstki złota - powiedziała koordynator projektu, dr inż. Joanna Mystkowska z Wydziału Mechanicznego Politechniki Białostockiej.

Suchość jamy ustnej może dotyczyć nawet do 40 proc. społeczeństwa. Często chodzi tu o osoby starsze, przyjmujące leki, albo będące w trakcie różnych terapii, np. onkologicznych. Zaburzenia w wydzielaniu śliny to też



Patent na sztuczną ślinę to efekt prac dr Joanny Mystkowskiej (z przodu) oraz dr Katarzyny Niemirowicz i prof. Haliny Car, fot. Wojciech Więcko

efekt niehigienicznego trybu życia, stałego przebywania w stresie, silnym napięciu. Jej brak powoduje ogromny dyskomfort. Mamy problemy z mówieniem, przełykaniem, jedzeniem, obniżają się właściwości trawienne, oczyszczające i remineralizacyjne.

Prof. Halina Car z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku: - Liczba osób, którym jest potrzebny preparat sztucznej śliny, wzrasta w sposób zaskakujący również dla nas.

Jak dodała, naukowcom zależało, żeby preparat w sposób jak najbardziej wierny naśladował naturalną ślinę. Nie tylko chodziło o zmniejszenie zużycia protez, ale też o nadanie preparatowi funkcji nawilżających, wspierających trawienie oraz chro-

niących organizm przed szkodliwymi drobnoustrojami (nie dopuszcza do rozwoju płytki nazębnej).

- Cała sztuka polega na tym, że każdy preparat obecnie dostępny na rynku ma swoje określone właściwości. Natomiast uzyskanie kilku korzystnych właściwości w jednym preparacie jest na pewno wyzwaniem. Nam się udało stworzyć medykament, który przynajmniej łączy cztery, pięć właściwości śliny naturalnej. To jest ewenement - tłumaczy prof. Car.

Prace badawcze nad sztuczną śliną będą dalej realizowane. Uczelnia i firma, z którą współpracują, chcą skomercjalizować patent. ■

BDC

W skrócie

Nowy przewodniczący komisji przy Parlamencie Studentów RP

Mateusz Wojciech Grochowski, student IV roku kierunku lekarskiego, został przewodniczącym Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego przy Parlamencie Studentów Rzeczypospolitej Polskiej. Jest to ogólnopolskie przedstawicielstwo studentów wszystkich uczelni medycznych oraz uniwersyteckich wydziałów medycz-

nych. Komisja reprezentuje środowisko studentów wobec administracji rządowej, samorządowej i organizacji społecznych. Opiniuje projekty aktów prawnych dotyczących spraw studenckich w zakresie wyższego szkolnictwa medycznego, jak też wyraża opinie środowiska studentów uczelni medycznych.

Mateusz Zarzecki prezydentem IFMSA-Poland

Mateusz Zarzecki, student III roku kierunku lekarskiego, został wybrany na 40 zgromadzeniu delegatów

IFMSA-Poland na stanowisko prezydenta IFMSA-Poland. Ponadto dwójka studentów z naszej uczelni - Michał Szczesiul oraz Mateusz Zarzecki - zakwalifikowała się do delegacji, która będzie reprezentowała IFMSA-Poland na General Assembly w Kanadzie (złot federacji IFMSA, w którym wezmą udział przedstawiciele 128 państw).

IFMSA-Poland to organizacja zrzeszająca studentów medycyny i młodych lekarzy. ■

BDC

Pacjent symulowany już symuluje choroby

Rozpoczęły się zajęcia z tzw. pacjentem symulowanym. To pierwszy raz, kiedy student sam na sam zostaje z pacjentem. Oczywiście pod nadzorem, pomimo iż ten zachowania chorego tylko udaje.

Wszystko odbywa się w Centrum Symulacji Medycznych UMB. Tym samym, w którym królują roboty udające cierpiących pacjentów. Jednak podczas takich zajęć wszystkie komputery idą na bok. Liczy się rozmowa lekarz - chory. Pacjentem jest aktor, który wciela się w osobę cierpiącą. Wszystko jest nagrywane kamerą, a dodatkowo prowadzący zajęcia podgląda scenkę przez lustro weneckie. Po symulacji ogląda się nagranie i na bieżąco ocenia. Przed zajęciami studenci dostają skrypt z opisem, jak wszystko będzie wyglądać i czego się od nich wymaga.

- To metoda oparta na doświadczeniu, na przeżyciu danej sytuacji, na zobaczeniu siebie: jak się zachowuję, jakie mam gesty, jakich używam słów. Dzięki temu studenci uczą się o wiele szybciej i więcej niż tylko czytając podręczniki - mówi dr Alicja Małgorzata Ołtarzewska, prowadząca zajęcia z komunikacji klinicznej podczas przedmiotu medycyna rodzinna. Jej warsztaty to pilotaż tego typu lekcji. Już niedługo studenci od trzeciego roku będą szkolić się w ten właśnie sposób.

Medyka zaproszono, abyśmy przyrzekli się, jak to wszystko wygląda. Sala ćwiczeniowa to typowy gabinet lekarski: jest biurko, dwa krzesła, leżanka, szafka, zlew, kran (to pomieszczenie do zdawania egzaminów OSCE). Studenci V roku lekarskiego mają zebrać wywiad od pacjenta. Nie wiedzieli wcześniej nic o tej osobie. Na zebranie potrzebnych informacji są trzy minuty. Wchodzi pacjentka... i zaczyna się ćwiczenie.

Warto dodać, że uczelni udało się zatrudnić jako pacjentów symulowanych kilku rezydentów ze szpitala klinicznego oraz panią psycholog.



Trwa ćwiczenie. Prowadząca zajęcia ogląda wszystko zza lustra weneckiego
fot. Wojciech Więcko

W efekcie, z uwagi na sporą wiedzę pozorantów, możliwe scenariusze chorobowe są naprawdę bardzo rozbudowane, ale też stosują oni różne kombinacje zachowań jakie zaobserwowali ze swojej praktyki zawodowej. W Krakowie do takich scenek aranżowani byli prawdziwi aktorzy, w efekcie odgrywali role tylko ściśle według scenariusza.

Po upływie zaplanowanego czasu następuje analiza sytuacji. Najpierw sam student ocenia, jak mu poszło, jakie mógł popełnić błędy, jak się czuł, itp. Potem jest analiza wideo. Czasami klatka po klatce. Oceniane jest wszystko. Jak student wita się pacjentem, czy podaje mu rękę (!). Jak rozmawia, jakie zadaje pytania, czy ich nie powtarza. Oceniana jest gestykulacja, nawet tiki nerwowe, a nawet czy buja się na krześle. - Ta pierwsza ocena jest bardzo ważna, ponieważ studenci później uczestniczą w drugiej scenie z pa-

cjentem. Wtedy mają okazję wykonać ćwiczenie starając się nie popełniać wcześniejszych błędów - dodaje dr Ołtarzewska.

Same zajęcia nie są trudne, choć są stresujące. Okazuje się, że w szpitalu zajęcia dotyczące zbierania wywiadu odbywają się inaczej. Tam rzadko kiedy student może zrobić to samodzielnie. Częściej odbywa się to grupowo, przez co liczy się ilość zebranych informacji, a nie to, jak się tego dokonało. Mniejszy nacisk kładzie się na samodzielność, czy próbę zbudowania relacji z pacjentem.

Podczas ćwiczeń okazało się, że studenci zadają zbyt dużo i zbyt szczegółowych pytań, przez co znacznie wydłuża się czas zebrania wywiadu.

Już niedługo takie zajęcia będą odbywać wszyscy studenci „lekarzkiego” od trzeciego roku studiów. ■

BDC

Szpital dziecięcy się odmładza

30 lat mija od otworzenia Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Czas najwyższy na remont nietkniętego od tego czasu holu głównego.

To niewielka przebudowa, jak na tak wielki szpital. Koszt ok. 600 tys. zł (środki własne szpitala). Wszystko ma potrwać do końca maja. Zmieni się w zasadzie wszystko.

Ma być ładniej, nowocześniej, przyjaźniej dla pacjentów i odwiedzających. Zniknie stara drewniana boazeria. Wymieniona zostanie instalacja elektryczna, będą też szersze przejścia. Pojawią się dodatkowe miejsca siedzące dla oczekujących. Poza tym hol zostanie dostosowany do przepisów przeciwpożarowych (pojawi się m.in. głosowy system powiadamiania). Dla pacjentów ważniejsze będzie zamontowanie automatu kolejkowego. Dzięki pobieraniu numerków, nie trzeba będzie pilnować miejsca w kolejce.

Na czas prac budowlanych szpital nie zamyka holu dla odwiedzających. Swobodnie można korzystać z wejścia głównego szpitala. ■

BDC



Remont w holu głównym, fot. Wojciech Więcko



Wizualizacja holu po remoncie, graf. UDSK

Goście z Tajwanu

Przedstawiciele Biura Gospodarczego i Kulturalnego Tajpej (Tajwan - Republika Chińska) odwiedzili UMB.

Dyplomaci z Azji zapoznali się z historią Białegostoku i Pałacu Branickich oraz zwiedzili uczelnię. Następnie z władzami dziekańskimi UMB rozmawiali o potencjalnej współpracy naukowej i wymianie profesorów

oraz studentów. Goście otrzymali informację o międzynarodowych studiach doktoranckich z zakresu biologii medycznej i biostatystyki prowadzonych w ramach projektu ImpRESS współfinansowanego przez Komisję Europejską (COFUND MSCA H2020) i Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Wyrazili także chęć nawiązania współpracy w ramach progra-

mu Erasmus Plus, dedykowanego dla nauczycieli akademickich.

Ze względu na aktywne kontakty handlowe i kulturalne z Polską, w Warszawie działa Biuro Handlowe Tajpej oraz Biuro Kulturalno-Gospodarcze Tajpej. ■

BDC

Akademia Młodego Naukowca wystartowała

To była wyjątkowo spokojna inauguracja, bo zwykle jej uczestnicy nie potrafią usiedzieć w miejscu. Nie ma co się dziwić, kiedy ma się 5-6 lat i jest się przed-szkolakiem.

Akademia Młodego Naukowca (wcześniej Uniwersytet Zdrowego Przedszkolaka) to projekt edukacji prozdrowotnej dla najmłodszych realizowany przez wykładowców z Wydziału Nauk o Zdrowiu. W tym roku po raz pierwszy w całości skierowany jest do dzieciaków chorych na zespół Downa.

- Realizację tego projektu wymusiło na nas życie. Osoby cierpiące na zespół Downa najczęściej chorują też na szereg innych schorzeń. Wizyt u lekarzy i różnych specjalistów mają naprawdę sporo. Dlatego ich strach przed nimi chcemy łagodzić i pokazać, że warto troszczyć się o swoje zdrowie - tłumaczy dr Andrzej Guzowski, kierownik akademii.

Mali studenci teraz sami będą się wcielać w rolę lekarza, pielęgniarki czy naukowca. Będą robić zastrzyki, opatrywać rany, uczyć się udzielać pierwszej pomocy, czy wzywać pierwszą pomoc. W porównaniu do standardowego programu akademii,



Ślubowanie, wręczenie indeksów, nawet odśpiewanie Gaudeamus - wszystko odbywa się jak na prawdziwej immatrykulacji, fot. Wojciech Więcko

zajęcia będą intensywniejsze. - To są bardzo żywe dzieciaki, które potrzebują, by ciągle je zaskakiwać i wyznaczać nowe zadania - dodaje dr Guzowski.

Na wykłady uczęszczać też będą rodzice małych żaków. Zapoznają się na nich z wiedzą dotyczącą schorzeń

ich dzieci, ale też tego, jak się nimi opiekować.

Projekt jest współfinansowany przez miasto Białystok. ■

BDC

POZ w szpitalu klinicznym

Od 1 kwietnia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym działa Uniwersytecki Lekarz Rodzinny czyli gabinet podstawowej opieki zdrowotnej.

Przychodnia POZ mieści się na II piętrze w budynku poradni specjalistycznych. Wszystkie pomieszczenia zostały generalnie wyremontowane. Do dyspozycji pacjentów i personelu jest pięć gabinetów lekarskich, gabinet zabiegowy i gabinet szczepień. Docelowo pod opieką tej placówki

będzie mogło być 7,5 tys. pacjentów. A co wyjątkowe, personel placówki może komunikować się z pacjentami w języku angielskim i norweskim.

- To bardzo dogodna lokalizacja, dzięki której możemy zapewnić kompleksową opiekę, jakiej nie oferuje żadna przychodnia rodzinna w Białymstoku - mówi Katarzyna Malinowska-Olczyk, rzecznik szpitala. - Na parterze tego budynku znajduje się laboratorium analityczne, a na parterze i pierwszym piętrze poradnie

specjalistyczne. Tuż obok jest SOR. Pacjenci mogą się u nas czuć naprawdę bezpiecznie.

Już teraz można zapisywać się na listy do lekarzy. Informacje na temat działania POZ-u można uzyskać pod nr tel. 831 89 50.

W zeszłym roku przychodnię rodzinną otworzył też Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku. ■

KM

Kleszczowe zapalenie mózgu do kontroli

Dwuletni grant badawczy związany z nadzorem epidemiologicznym występowania kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) w Polsce będzie realizować Klinika Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UMB razem z koncernem farmaceutycznym Pfizer.

Inauguracja wspólnych działań odbyła się w Auli Magna Pałacu Branickich. Podczas specjalnego panelu eksperckiego – transmitowanego w internecie – naukowcy opowiadali o wspólnych problemach do rozwiązania. Projekt ma wartość 200 tys. dolarów, a jego celem jest uzyskanie wiarygodnych danych dotyczących występowania zapalenia mózgu spowodowanego czynnikiem etiologicznym - wirusem TBE oraz wzmocnienie istniejącego nadzoru krajowego, poprzez budowanie sieci między szpitalami w Polsce. Wybór podlaskiej jednostki do realizacji badań nie dziwi, gdyż to w naszym regionie notuje się najwięcej siedlisk kleszczy w Polsce.

Badacze będą analizować próbki pobierane od pacjentów z zapaleniem opon mózgowych i mózgu z 20 ośrodków partnerskich z 9 województw. Dzięki temu mają być zweryfikowane informacje dotyczące tego, czy są nowe ogniska zachorowań w kraju.

- Liczymy, że dzięki temu projektowi uda się nam uzyskać dane na temat rzeczywistej sytuacji związanej z kleszczami w tym rejonie świata. Będziemy dzięki temu wiedzieć czy szczepionka przeciw KZM ma tu zastosowanie i w jakiej grupie warto ją stosować – dr Michał Kurzelewski, dyrektor ds. medycznych firmy Pfizer.

Jak stwierdził, firmy coraz chętniej chcą współpracować z naukowcami. Okazuje się bowiem, że postęp nauki jest tak dynamiczny, że wewnętrzne działy rozwoju w firmach nie są już tak skuteczne jak kiedyś. O wiele efektywniej jest wejść w kooperację z różnymi ośrodkami naukowymi i wspólnie realizować ciekawe pomysły na badania. - To zwiększa szanse na sukces. Jest więcej poglądów i pomysłów. Nie tylko chodzi o projekty typowo



Prof. Joanna Zajkowska prezentuje dane dotyczące kleszczy, fot. Wojciech Więcko

**200 tys.
dolarów**

wart jest wspólny projekt badawczy Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UMB oraz koncernu Pfizer.

badawcze, ale też takie jak ten, kiedy szukamy informacji mających uzupełnić naszą wiedzę – dodał.

Kleszcze żyją do 6 lat. Lubią klimat umiarkowany, więc występują w środkowym pasie między Azją a Europą. Najbardziej aktywne są od wiosny do jesieni, kiedy następuje wzrost temperatury powyżej 10 st. C. Nie mają naturalnych wrogów. Jedynym ich zagrożeniem jest brak żywiciela, wtedy mogą wyschnąć. Najczęściej bytują na krzakach, czy wysokich trawach. Nie mają wzroku, więc swoją ofiarę od-

najdują wyczuwając jej drgania, kiedy przechodzi w ich pobliżu. - One czują zapach potu, dwutlenku węgla. Receptorami wyłapują pewne składniki, które wskazują, że jest to ssak, który niesie ze sobą posiłek z ciepłej krwi – tłumaczy prof. Joanna Zajkowska z Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UMB. Nie ma też skutecznych leków przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu. Objawy tej choroby często mylone są z grypą – to ból głowy i gorączka. Dlatego KZM leczy się tylko objawowo. Lekarze nie są w stanie przewidzieć, w jakim stopniu dojdzie do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego. W 90 proc. przypadków choroba przebiega łagodnie. Jednak jeżeli dojdzie do głębokich uszkodzeń mózgu, będą to zmiany trwałe. W skrajnych przypadkach może dochodzić do porażenia czterokończynowego, trudności mówienia, objawów parkinsonizmu, porażenie oddychania czy porażenie pnia mózgu. W zasadzie jedyny sposób zabezpieczenie to szczepionka (koszt ok. 300 zł) ■

BDC

Rzadkość - błogostawieństwo czy przekleństwo?

Nieprzeciętna, nietypowa, rzadko spotykana... dziewczyna. I mamy połączenie idealne. Myślę, że każda z Pań chciałaby usłyszeć, że jest właśnie taka. Gorzej, jeśli zamiast „dziewczyna” wstawimy „choroba”. Takie zestawienie słów zrobi się śmiertelnie niebezpieczne.

W Unii Europejskiej schorzenie uznaje się za chorobę rzadką, jeśli dotyka ona nie więcej niż 5 na 10 000 osób. Choroby rzadkie (o ironio!) nie są jednak rzadkie. Cierpi na nie od 6 do 8 proc. populacji UE. To sporo, prawda? Mimo tego o istnieniu wielu rzadkich chorób nie mamy pojęcia. Również często nie wiemy, jak te choroby leczyć. Tylko około 400 z 6000 chorób rzadkich ma zatwierdzoną terapię. Liczby niestety są przerażające.

W celu podniesienia świadomości społeczeństwa o problematyce chorób rzadkich w ostatni dzień lutego ludzie na całym świecie obchodzą Międzynarodowy Dzień Chorób Rzadkich. Data została wybrana nieprzypadkowo, ponieważ 29 lutego jest zdecydowanie najrzadziej występującym dniem, ale to wcale nie oznacza, że Dzień Chorób Rzadkich obchodzimy raz na cztery lata. W tym roku również na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku mogliśmy zgłębiać tajniki chorób rzadkich podczas akcji organizowanej przez studentów medycyny przy wsparciu Fundacji Sanfilippo. 10 marca polski naukowiec - profesor Grzegorz Węgrzyn wygłosił wykład pt.: „Rzadkie choroby genetyczne i możliwości ich leczenia na przykładzie MPS”. MPS to skrót od mukopolisacharydoz - grupy chorób genetycznych, które hipotetycznie można leczyć, ponieważ spowodowane są brakiem lub złym funkcjonowaniem odpowiedniego enzymu.

Profesor Grzegorz Węgrzyn kierując grupą naukowców opracował pierwszą skuteczną metodę leczenia choroby Sanfilippo, która pozwala na spowolnienie jej rozwoju. Choroba Sanfilippo (MPS typu III) powoduje



Prof. Grzegorz Węgrzyn

śmiertelne uszkodzenie mózgu. Po urodzeniu dzieci wyglądają na zdrowe. W komórkach mózgowych dziecka stopniowo gromadzi się siarczan heparanu, który nie jest rozkładany, ponieważ brak jest odpowiedniego enzymu. Mózg powoli, ale skutecznie, jest uszkodzany. Pierwsze objawy choroby pojawiają się dopiero po 2-5 latach. Dzieci stają się nadpobudliwe, mają problemy ze snem, tracą mowę oraz umiejętności poznawcze, mają problemy kardiologiczne oraz drgawki, tracą mobilność i ostatecznie (zazwyczaj jeszcze przed ukończeniem pełnoletności) umierają. Umierają, ale jest duża szansa, że w przyszłości się to zmieni. Badania kliniczne na ludziach dotyczące terapii rozpoczęły się niedawno, ale dają nadzieję na zatrzymanie, a nawet całkowite wyleczenie, w wypadku wczesnej diagnozy. ■

ANNA GORYSZEWSKA

KOORDYNATOR LOKALNY PROJEKTU „DZIEŃ CHOROBY RZADKICH” MIĘDZYNARODOWEGO STOWARZYSZENIA STUDENTÓW MEDYCYNY IFMSA-POLAND, ODDZIAŁ BIAŁYSTOK

Klasyczny doktorat to studia III stopnia trwające cztery lata, podczas których prowadzi się szereg badań i publikuje swoje artykuły w czasopismach naukowych. Można go zrobić na każdym z wydziałów UMB.

- Na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim w najbliższej rekrutacji przygotowane są 24 miejsca dla chętnych.
- Na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej limit przyjęć na studia stacjonarne doktoranckie w dziedzinie nauk medycznych i nauk farmaceutycznych to 15 miejsc.
- Na Wydziale Nauk o Zdrowiu - 12 miejsc, z tym że: w dziedzinie nauk medycznych, dyscyplina medycyna - 6 miejsc, w dziedzinie nauk o zdrowiu - 6 miejsc.

Wymagania: ukończone studia magisterskie, ewentualnie równoważne zagraniczne. Podczas samej rekrutacji należy się spodziewać egzaminów ustnych z języka angielskiego oraz przedmiotów kierunkowych.

Nowością w ofercie jest doktorat wdrożeniowy. W skrócie, jego zrobienie polega na współpracy z przedsiębiorcą. Doktorat taki ma wymiar niezwykle praktyczny, który rozwiązuje realne zadania stawiane przed firmą. Drugą zaletą tej formy edukacji jest to, że najczęściej doktorant od razu ma miejsce pracy. Na ten cel uczelnia otrzymała dofinansowanie w ramach projektu pn. „Krajowe, Międzysektorowe Studia Doktoranckie na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku” ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (umowa o dofinansowanie nr POWR.03.02.00-00-1050/16-00).

Studia kierowane są do absolwentów kierunków medycznych, głównie: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji i analityki medycznej, co wynika z zakresu programu studiów. Każdy student będzie miał dwóch opiekunów naukowych: opiekuna ze

Zrób doktorat. Warto!

Doktoraty w klasycznej wersji, wdrożeniowe – we współpracy z przedsiębiorcą, ale też w języku angielskim. Tegoroczna oferta studiów doktorskich na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jest wyjątkowa, jak nigdy wcześniej.

strony UMB oraz mentora ze strony przedsiębiorstwa.

Planowany czas realizacji studiów: 1.10.2018-30.09.2022. Rekrutacja rozpoczyna się już 18.05.2018.

Więcej o projekcie: <https://www.umb.edu.pl/sdwl>

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB przygotował **międzynarodowe studia doktoranckie w dziedzinie nauk medycznych i nauk farmaceutycznych.**

To projekt interdyscyplinarny, który pozwoli doktorantom na rozwój metodologiczno-naukowy w zakresie dwóch dziedzin jednocześnie, zwiększając znacząco ich wiedzę oraz umiejętności. W konsekwencji w zależności od wybranej tematyki rozprawy doktorskiej uczestnik studiów doktoranckich będzie mógł uzyskać stopień naukowy doktora nauk medycznych (dyscyplina biologia medyczna) lub doktora nauk farmaceutycznych.

Na zorganizowanie międzynarodowych studiów doktoranckich uzyskano dofinansowanie z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (Oś priorytetowa III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.2 Studia doktoranckie) w ramach Projektu pt. „Interdyscyplinarne, międzynarodowe studia doktoranckie w zakresie biologii medycznej i nauk farmaceutycznych na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”. Pomysłodawcą międzynarodowych studiów doktoranckich i kierownikiem projektu wspierającego realizację tego przedsięwzięcia jest prodziekan ds. nauki prof. dr hab. Elżbieta Skrzydlewska.

Międzynarodowe studia doktoranckie będą realizowane w ścisłej współpracy z zagranicznymi ośrod-

kami naukowo-dydaktycznymi, co pozwoli na płynne wprowadzenie doktorantów do europejskiej przestrzeni naukowej. Dlatego aby wykreować prawdziwego pracownika nauki przygotowano m.in. intensywny kurs specjalistycznego języka angielskiego, wykłady specjalistów z innych krajów, praktyczne szkoły letnie mające dostarczyć doktorantom specjalistycznej wiedzy merytoryczno-organizacyjnej. Działalność naukowa doktorantów będzie wspierana grantami badawczymi, które pozwolą nie tylko eksperymentować, ale również szkolić się w najlepszych ośrodkach w Europie, jak również prezentować wyniki badań własnych na konferencjach krajowych i zagranicznych oraz spotykać się w kularach z naukowcami.

O przyjęcie na studia doktoranckie na Wydziale Farmaceutycznym z OML mogą ubiegać się absolwenci farmacji, analityki medycznej, kosmologii, chemii, biologii, biotechnologii, kierunku lekarskiego oraz innych kierunków studiów medycznych i przyrodniczych, w postępowaniu rekrutacyjnym o charakterze konkursowym.

Rekrutacja rozpoczyna się już 18 maja 2018 r. Jest tylko 12 miejsc. Szczegółowe zasady rekrutacji są dostępne na stronie http://www.umb.edu.pl/wf/studia_doktoranckie/rekrutacja

Innym międzynarodowym projektem studiów doktoranckich realizowanym na UMB jest **anglojęzyczny projekt z grantu Komisji Europejskiej w ramach konkursu COFUND: „Działania Marii Skłodowskiej-Curie w Programie Horyzont 2020”** oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na zrealizowanie projektu ImPRESS - *International Interdisci-*

plinary PhD studies in Biomedical Research and Biostatistics. Supporting the career and training in omic-based research and biostatistics by international and - sectoral mobility.

To interdyscyplinarne studia w zakresie biologii medycznej oraz biostatystyki finansowane z funduszy europejskich.

Na studia mogą się zgłosić osoby, które: są na początku swojej kariery naukowej; nie mieszkały i nie prowadziły działalności (pracy, studiów itp.) w Polsce przez okres dłuższy niż 12 miesięcy w ciągu ostatnich 3 lat bezpośrednio przed rekrutacją. W trakcie nauki studenci będą mieli możliwość prowadzenia badań naukowych w kilku dziedzinach, m.in.: w onkologii, kardiologii, chorobach metabolicznych, chorobach neurodegeneracyjnych, medycynie regeneracyjnej, biologii molekularnej, genetyce, metabolomice, lipidomice, proteomice i immunologii. Projekt zakłada wizyty badawcze i szkolenia w krajowych i zagranicznych ośrodkach naukowych, m.in. Heidelberg University, Hasselt University, San Pablo University CEU i Fundación CNIC Carlos III. Absolwenci studiów doktoranckich otrzymają stopień doktora nauk medycznych lub farmaceutycznych.

Szczegółowe informacje o rekrutacji na studia doktoranckie można znaleźć na www.umb.edu.pl/studia_doktoranckie

OPR. BDC

Czek na szkolenia

7,2 mln zł od Narodowego Centrum Badań i Rozwoju otrzymał Uniwersytet Medyczny w Białymstoku na realizację programu rozwoju swojej kadry.

Symboliczny czek przekazał Stanisław Derehajło, doradca wicepremiera, ministra nauki i szkolnictwa wyższego Jarosława Gowina.

- Mam nadzieję, że ta suma zapoczątkuje wiele większych sum, które wpłyną do uniwersytetu medycznego na badania, które będziecie państwo prowadzili dla dobra Polski - powiedział doradca ministra wręczając czek rektorowi prof. Adamowi Krętowskiemu.

- Program szkoleniowy naszej uczelni obejmuje doskonalenie umiejętności, które wykraczają poza ramy programów nauczania. Obejmuje też szkolenie kadry naukowej, dydaktycznej i administracji uczelni - wyjaśnił rektor Krętowski.

Pracownicy uczelni będą się uczyć komercjalizacji badań naukowych, współpracy z przedsiębiorcami, prezentacji wyników badań naukowych, pisania prac naukowych, czy języków obcych. Szkolenia obejmują także tzw. tutoring, kiedy starsi pracownicy będą się uczyć bycia mentorem dla młodszych. Ważna będzie też nauka prezentowania wyników prac naukowych. Wiele z projektów szkoleniowych skierowanych do studentów dotyczyć będzie zagadnień onkologicznych.

- Właśnie ten typ zagadnień to obecnie największe wyzwanie - powiedziała prof. Elżbieta Skrzydlewska, prodekan Wydziału Farmaceutycznego.

Dlatego studenci kosmetologii będą się uczyć, jak maskować różne defekty w wyglądzie pacjentów onkologicznych. Jak dodała prof. Skrzydlewska, zmiany, jakie następują u osób chorych, są dla nich dużym problemem. Studenci będą się uczyć kamuflażu medycznego, np. mikropigmentacji brodawki piersiowej.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu planowane jest przykładowo kształcenie przyszłych fizjoterapeutów,



Czek ma być inwestycją w potencjał osób pracujących na UMB - stwierdził doradca ministra Stanisław Derehajło (drugi z lewej), fot. Zbigniew Wasilewski

którzy będą pomagać w rehabilitacji pacjentów z nowotworami głowy i szyi. Chcą się szkolić z rehabilitacji m.in. stawu skroniowo-żuchwowego. Zdaniem dra Roberta Terlikowskiego z Kliniki Rehabilitacji brakuje wytycznych w sprawie pracy z takimi pacjentami, a nawet ośrodków rehabilitacyjnych, które by kompleksowo z nimi pracowały.

- Uważamy, że społeczeństwo absolutnie ma prawo wymagać, aby nasi absolwenci byli bardzo dobrze wyszkoleni, mieli najnowsze informacje, posiadali najnowszą wiedzę, również praktyczną - powiedziała prof. Halina Car, prodekan WNoZ.

- Wiadomo, że pacjent onkologiczny to jest ten najtrudniejszy pacjent, przy którym często efekty naszego leczenia nie są satysfakcjonujące, ale który ciągle wymaga naszej empatii, naszego wsparcia, czasem rehabilitacji, czasem dobrego słowa, czasem takich działań związanych z kosmetologią - mówił rektor Krętowski.

Przypomniał, że UMB w ostatnich latach znajduje się w czołówce uczelni medycznych, których absolwenci najlepiej zdają Lekarski Egzamin Końcowy. Krętowski podkreślił, że doskonalenie kadry i studentów to ważna część rozwoju uczelni. Mają w tym pomóc planowane wyjazdy krajowe, zagraniczne, staże, wykłady ze specjalistami z zagranicy z najnowszych osiągnięć w medycynie.

Projekt szkoleniowy ruszy w październiku. Pieniądze z NCBR pochodzą z UE z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020. UMB znalazł się w gronie stu uczelni, które dostały pieniądze z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju na programy rozwojowe uczelni. Projekt znalazł się na drugim miejscu listy rankingowej w konkursie. ■

BDC

Ochrona znaku czerwonego krzyża

- geneza, znaczenie, legislacja

Powstanie Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca sięga czasów, kiedy stosunki międzynarodowe w sferze pomocy potrzebującym i poszkodowanym leżały w gestii władz publicznych poszczególnych krajów.

Pojęcie pomocy humanitarnej¹ formalnie nie istniało, zaś zasady humanitaryzmu i bezstronności funkcjonowały głównie w prawie zwyczajowym².

Pod koniec XIX wieku, z inicjatywy szwajcarskiego kupca i filantropa Henry Dunanta (1828-1910)³, naczelnego świadka bitwy pod Solferino stoczonej 24 czerwca 1859 roku między armią austriacką a sprzymierzonymi siłami francusko-włoskimi, poruszonego losem ponad 40 000 ofiar, utworzona została niewielka komisja w ramach Genewskiego Towarzystwa Użyteczności Publicznej.⁴ Jej głównym celem było podjęcie działań na rzecz powołania we wszystkich krajach cywilnych stowarzyszeń, które dysponowałyby odpowiednio przygotowanymi i przeszkolonymi ochotniczymi służbami pomocy rannym żołnierzom oraz przyjęcie wielostronnej umowy międzynarodowej, dzięki której służby te, jak też ich sprzęt, środki transportu i budynki medyczne, znajdowałyby się pod ochroną. Z czasem komisja przekształcona została

w Międzynarodowy Komitet Pomocy Rannym Żołnierzom. Pierwsze efekty jego działań odnotowuje się w roku 1863, kiedy w kilku krajach powstały stowarzyszenia pomocy rannym żołnierzom. Rok później, podczas konferencji dyplomatycznej w Genewie 22 sierpnia 1864, przedstawiciele dwunastu państw podpisali Konwencję „w sprawie polepszenia losu rannych wojskowych w armiach w polu będących”⁵, która usankcjonowała system ochrony służb medycznych.⁶

W kolejnych latach postępował rozwój koncepcji Dunanta. Stopniowo przybywało stowarzyszeń, które poszerzały obszar swoich zadań, zależnie od sytuacji. Oprócz reagowania na potrzeby społeczne będące skutkiem wojen, dostrzeżono konieczność udzielania zorganizowanej pomocy ofiarom klęsk żywiołowych, katastrof i innych wypadków powodujących cierpienia i straty. W tym celu istniejąca już sieć organizacji krajowych powołała jednostkę koordynującą ich działania w czasie pokoju, tzw. Ligę Stowarzyszeń⁷. Ta, powstała na przestrzeni lat struktura instytucjonalna

funkcjonuje dziś pod oficjalną nazwą Międzynarodowy Ruch Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca.⁸

Ustanowienie symbolu, który z jednej strony stanowiłby ochronę dla osób, sprzętu i obiektów służących niesieniu pomocy poszkodowanym, z drugiej zaś wyróżniał ich i informował zważnione strony oraz cywilów o charakterze prowadzonej działalności, stało się realne za sprawą konferencji w 1863 roku. Zaproponowano wówczas, aby złożyć hołd Związkowi Szwajcarskiemu - gospodarzowi konferencji dyplomatycznej w ojczyźnie Dunanta - i symbolem tym uczynić czerwony heraldyczny krzyż na białym tle, który uzyskuje się poprzez odwrócenie barw flagi Szwajcarii. Propozycja ta została przyjęta, co zapisano w Rezolucji 8. Międzynarodowej Konferencji Genewskiej oraz art. 7. Konwencji „o polepszeniu losu rannych wojskowych w armiach w polu będących”⁹.

Drugi symbol - czerwony półksiężyc - pojawił się pod koniec XIX wieku, podczas wojny rosyjsko-tureckiej na Bałkanach. Ówczesne Cesarstwo Otomańskie zastosowało odwrócenie barw we fladze tureckiej celem wyraźnego odcięcia się od potencjalnych konotacji religijnych, mimo iż czerwony krzyż nigdy takowych nie zakładał. Został przypieczętowany zapisem w Konwencji genewskiej „o polepsze-

¹ *The European Consensus on Humanitarian Aid*, Joint Statement by the Council and the Representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council, the European Parliament and the European Commission, Official Journal of the European Union, 30.01.2008.

² Flemming M., *Międzynarodowe prawo humanitarne konfliktów zbrojnych. Zbiór dokumentów*, uzupełnienie i redakcja: M. Gąska, E. Mikos-Skuza, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2003, s. 13-19.

³ Więcej na temat życiorysu Henry Dunanta w: Haug H., *Humanity for all, The International Red Cross and Red Crescent Movement*, Henry Dunant Institute, Haupt 1993, s. 39-43.

⁴ *Ibidem*, s. 26-31.

⁵ Tekst dokumentu znajduje się w: Flemming M., *Międzynarodowe prawo humanitarne...*, op.cit., s. 237.

⁶ Znaki ochronne, w tym czerwony krzyż i czerwony półksiężyc omówione zostały w dalszej części niniejszego artykułu.

⁷ Haug H., *Humanity for all*, op.cit., s. 352-355. Na mocy uchwały VIII sesji Zgromadzenia Ogólnego, obradującego w dniach 25-28 listopada 1991 r. w Budapeszcie, Liga Stowarzyszeń zmieniła nazwę na Międzynarodową Federację Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca.

⁸ Nazwa używana jest od 1986 roku, kiedy przyjęto ostatnie zmiany w dokumentach stanowiących podstawy istnienia i działania komponentów Ruchu.

⁹ Bugnion F., *Red Cross, Red Crescent, Red Crystal*, International Committee of the Red Cross, Geneva 2007, s. 6-8.



niu losu chorych i rannych w armiach czynnych z 1929 roku”.¹⁰

Trzeci symbol - czerwony kryształ - to efekt debat i negocjacji ostatnich lat, zaaprobowany w 2005 roku i ustanowiony III Protokołem dodatkowym do konwencji genewskich.¹¹ Jest to odpowiedź na spór toczący się w tych krajach, gdzie obok siebie funkcjonują społeczności muzułmańskie i chrześcijańskie, nie mogące dojść do porozumienia w kwestii jednego wspólnego znaku dla stowarzyszenia krajowego. Kryształ jest wolny od wszelkich powiązań z religią, kulturą, czy polityką, ma taki sam status prawny jak dwa wcześniejsze symbole, może być używany na tych samych zasadach bądź dla zwiększenia ochrony w szczególnych okolicznościach.

Znaki pełnią dwie podstawowe funkcje - ochronną i informacyjną.¹² Pierwsza oznacza, iż określone w I Konwencji genewskiej z 1949 roku (art. 24-27) i I Protokole dodatkowym z 1977 roku (art. 8, pkt. c) kategorie osób i obiektów służących pomocy poszkodowanym i rannym w konfliktach zbrojnych, tj.: jednostki medyczne (np. szpitale, punkty opatrunkowe, składnice materiałów medycznych); medyczne środki transportu (lądowe, wodne i powietrzne); personel medyczny i duchowny (np. sanitarny personel cywilny i wojskowy, kapelani, wojskowi pielęgniarze lub noszowi w czasie pełnienia obowiązków, personel stowarzyszenia krajowego uznany przez odpowiednie

władze wojskowe, personel innych ochotniczych stowarzyszeń pomocy wojskowe, personel stowarzyszenia krajowego państwa neutralnego), podlegają ochronie. Druga natomiast wskazuje na związek osób, dóbr i działań z komponentami Ruchu. Analogicznie, pierwsza ma zastosowanie podczas konfliktu zbrojnego a druga w czasie pokoju. Jednocześnie, zabrania się wszelkich form naśladownictwa, przywłaszczenia i wiarołomstwa. Naśladownictwo (I Konwencja Genewska, art. 53) rozumie się jako używanie znaków podobnych, które łatwo pomylić ze względu na kolor lub kształt, przywłaszczenie oznacza używanie znaków przez osoby lub podmioty do tego nieupoważnione lub używanie ich przez upoważnionych, lecz w sposób niezgodny z konwencją, natomiast wiarołomstwo (I Protokół dodatkowy, art. 37, 38, 85 ust. 3, lit. F) to wykorzystanie znaków w celu ochrania walczących i sprzętu wojskowego podczas konfliktu zbrojnego.

Niestety, w Polsce nie ma jednego dokumentu odnoszącego się w sposób kompleksowy do użycia i ochrony znaku czerwonego krzyża, ani wytypowanego ministerstwa sprawującego nad nim pieczę. Obok dokumentów międzynarodowych, zastosowanie mają różnorodne przepisy krajowe, w tym z zakresu prawa powszechnego,¹³

wojskowe¹⁴ oraz wewnętrzne Polskiego Czerwonego Krzyża¹⁵. Znajomość tych regulacji w społeczeństwie jest nadal bardzo niska. Prowadzi to do wielu nadużyć, które utrwalają błędny wizerunek organizacji i jej działań, i choć ta podejmuje szereg interwencji oraz działań edukacyjnych, podnoszących świadomość społeczną w tym zakresie, nie zawsze kończą się one sukcesem. Wskazane byłoby wzmocnienie legislacji poprzez przyjęcie jednego aktu wykonawczego (rozporządzenia) z wyraźnym podziałem ról pomiędzy stowarzyszeniem a ministerstwami w procesie ochrony znaku, a w konsekwencji regularnie prowadzone kampanie wizerunkowe i szkolenia.¹⁶ ■

DR MAGDALENA STEFAŃSKA

KIEROWNIK DZIAŁU WSPÓŁPRACY Z ZA-
GRANICĄ / HEAD OF INTERNATIONAL
COOPERATION

PRZEWODNICZĄCA KOMISJI DS. OCHRO-
NY ZNAKU CZERWONEGO KRZYŻA

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 kwietnia 2008 roku, (Dz.U. z 2008 r., nr 105, poz. 675); Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 16 kwietnia 2008 roku w sprawie kart i tabliczek tożsamości żołnierzy zawodowych i kandydatów na żołnierzy zawodowych, (Dz.U. z 2008 r., nr 79, poz. 473); Zbiór znaków i skrótów wojskowych (część II) – sygnatura – Szt. Gen 1561/2004, Instrukcja APP6; Norma obronna nr NO-02-A032: Emblemat genewski. Maskowanie na lądowych obiektach medycznych. Decyzja nr 302/MON Ministra Obrony Narodowej z 17 grudnia 2001 roku w sprawie norm obronnych, (Dz.Ur. MON z 2001 r., poz. 186, znowelizowana w 2009 roku)

¹⁵ Uchwała Zarządu Głównego PCK nr 115/2011 w sprawie przyjęcia zasad dotyczących prawidłowego użycia znaku Czerwonego Krzyża przez wszystkie jednostki organizacyjne Polskiego Czerwonego Krzyża, z uwzględnieniem ich zastosowania do współpracy z podmiotami zewnętrznymi; Uchwała Zarządu Głównego PCK nr 116/2011 w sprawie trybu rozpatrywania wniosków o udzielenie zgody na użycie znaku Czerwonego Krzyża; Uchwała Zarządu Głównego PCK nr 117/2011 w sprawie Komisji ds. Ochrony Znaku Czerwonego Krzyża przy Zarządzie Głównym PCK; Uchwała Zarządu Głównego PCK nr 64/2012 w sprawie zatwierdzenia księgi identyfikacji wizualnej.

¹⁶ Uwaga autorki artykułu.

¹⁰ Ibidem., s.11-14.

¹¹ Protokół dodatkowy do Konwencji genewskich z 12 sierpnia 1949 r., dotyczący przyjęcia dodatkowego znaku rozpoznawczego (Protokół III), Dz.U. z 2010, nr 70, poz. 447.

¹² Przewodnik Ochrony Znaku Czerwonego Krzyża, op. cit. s. 6-7.

¹³ Ustawa o Polskim Czerwonym Krzyżu z dnia 16 listopada 1964 roku, zwłaszcza art. 12 do 15, (Dz.U. z 1964 r., nr 41, poz. 276); Kodeks karny, art. 126. § 1, (Dz.U. z 1997 r., nr 88, poz. 553); Statut Polskiego Czerwonego Krzyża z dnia 20 września 2011 roku, zatwierdzony rozporządzeniem Rady Ministrów, (Dz.U. z 2011 r., nr 217, poz. 1284) zwłaszcza par. 4.

Jak to jest z kobietami?

Słaba płęć - jeśli chodzi o naszą Uczelnię na ogół jest we wszystkim mocniejsza. Jest nas więcej praktycznie w każdej kategorii, ale w najważniejszych kwestiach oddajemy pole mężczyznom. Im wyższe stanowisko, tym kobiet mniej.

Do napisania tego artykułu zainspirowała mnie moja 9-letnia córka. Zapytała, czy jakaś kobieta na świecie wynalazła coś ważnego dla ludzkości. Odpowiedziałam jej bez wahania: oczywiście. Choćby Maria Skłodowska-Curie; odkrywając dwa pierwiastki. Albo Francuzka Françoise Barré-Sinoussi, która odkryła, że wirus HIV powoduje AIDS. - Wirusów i pierwiastków nie widać w codziennym życiu - odparło dziecko. - Mnie ciekawi, kto wynalazł prąd, telefon, silnik... - No... mężczyźni - mówię. - Mamo, czy kobiety są głupsze, że do tej pory tak mało rzeczy wynalazły?

I jak tu powiedzieć, że dzieci nie potrafią zadawać konkretnych pytań. Zaczęłam więc tłumaczyć, że przez stulecia kobiety nie mogły się uczyć, nie mogły studiować, musiały zajmować się domem i wychowywaniem dzieci, a przez to nie miały też takich możliwości, by „coś” ważnego wynaleźć. Polskie uniwersytety zostały otwarte dla kobiet dopiero w 1884 roku, kiedy senat Uniwersytetu Krakowskiego (Jagiellońskiego) zezwolił trzem paniom na studia farmaceutyczne (choć bez prawa do zdawania egzaminów), a prawa wyborcze w Polsce kobiety zyskały dopiero w 1918 roku.

I choć od tych wydarzeń minęło już 100 lat, dalej nie jest dobrze. Co prawda nikt już nam nie wmawia, że chorujemy na *anorexia scholastica* (nieuleczalna choroba psychiczna opisana i propagowana przez lekarzy oraz psychologów na przełomie XIX i XX wieku, mająca dotyczyć jedynie kobiety nadmiernie się edukujące), ale dalej traktowane jesteśmy raczej mało poważnie.

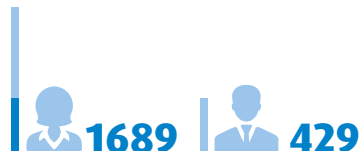
W gronie rektorów polskich uniwersytetów medycznych nie ma żadnej kobiety (we wszystkich polskich

Zatrudnienie

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku:



Uniwersytecki Szpital Kliniczny:



Stopnie naukowe

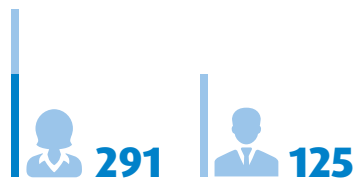
Profesor:



Z tytułem doktora habilitowanego:



Z tytułem doktora nauk:



Studenci



uczelniah publicznych spośród 89 rektorów tylko 5 jest kobietami - słaba płęć rządzi w Państwowej Wyższej Szkole Teatralnej w Krakowie, Akademii Muzycznej w Poznaniu, Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie, Akademii Jana Długosza w Częstochowie oraz na Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach).

W historii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nigdy na czele nie stał rektor w spódnicy. Lepiej wygląda sytuacja we władzach dziekańskich - na ten „poziom” kobiety są już dopuszczane. Jeśli chodzi o wydziały, to w tej kadencji jedynie na czele Wydziału Lekarskiego stoi kobieta - prof. Irina Kowalska. Spośród czterech jej zastępców trzy to kobiety: prof. Anna Wasilewska, dr hab. Anna Moniuszko-Malinowska, dr hab. Teresa Sierpińska. Na Wydziale Farmaceutycznym z OML - również trzy spośród czterech prodziekanów to kobiety: dr hab. Katarzyna Winnicka, prof. Elżbieta Skrzydlewska, prof. Milena Dąbrowska. Z kolei na Wydziale Nauk o Zdrowiu władze prodziekańskie to same kobiety: prof. Elżbieta Krajewska-Kułak, prof. Bożena Dobrzycka, dr hab. Ludmiła Marcinowicz i prof. Halina Car. Nieźle jest też w senacie. Na 36 osób 17 to kobiety.

Znacznie gorzej wygląda tableau Doktorów Honoris Causa. Na 44 osoby, którym nasza uczelnia przyznała ten zaszczytny tytuł, są tylko 4 kobiety!!! (prof. Maria Byrdy - 1990 r., prof. Maria Kopeć - 1991 r., prof. Maria Benedetta Dinati - 2002, prof. Ida Kinalska - 2011 r.)

Nierówność jest też w przypadku kierowania klinikami szpitalnymi. Na 35 klinik funkcjonujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym jedynie w 7. kierownikami są kobiety (prof.

Anna Bodzenta- Łukaszyk w Klinice Alergologii, prof. Bożena Sobkowicz w Klinice Kardiologii, prof. Zofia Mariak w Klinice Okulistyki, prof. Anna Kuryliszyn-Moskal w Klinice Rehabilitacji, prof. Barbara Darewicz w Klinice Urologii, prof. Iwona Flisiak w Klinice Dermatologii i Wenerologii oraz prof. Beata Naumnik w I Klinice Nefrologii). Tylko trochę lepiej jest w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym, gdzie na 12 klinik kobiety rządzą w pięciu (prof. Elżbieta Ołdak w Klinice Obserwacyjno-Zakaźnej Dzieci, prof. Alina Bakunowicz-Łazarczyk w Klinice Okulistyki Dziecięcej, prof. Maryna Krawczuk-Rybak w Klinice Onkologii Dziecięcej, prof. dr hab. Elżbieta Hassman-Poznańska w Klinice Otolaryngologii, prof. Anna Wasilewska w Klinice Pediatrii i Nefrologii).

Czy nasze środowisko dopadł efekt Matyldy? Oznacza on przede wszystkim dyskryminację, niedocnienie oraz przypisywanie zasług kobiet mężczyznom w pracach naukowo-badawczych. W Polsce jest tendencja: im wyższy stopień naukowy - tym mniejsza reprezentacja kobiet. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, kobiety stanowią ponad połowę wszystkich studentów i doktorantów. Połowa asystentów na uczelniach to kobiety, jednak im wyżej, tym kobiet mniej. I u nas jest podobnie. Obecność kobiet w poszczególnych strukturach przypomina figurę trójkąta: u podstaw jest on szeroki, a im wyżej tym węższy.

Co sprawia, że jesteśmy mniej widoczne niż nasi koledzy? Z czego to wynika? Ze stereotypów? Z tego, że kobiety, które aspirują na wyższe stanowiska, uważane są przez mężczyzn za zagrożenie? Czy z tego, że kobietom trudniej łączyć obowiązki zawodowe i domowe? Czy macierzyństwo jest tym progiem, który blokuje? Czy może same kobiety nie walczą o stanowiska z powodu zbytnej emocjonalności i - trochę - z niewiary w siebie? Ten artykuł nie ma na celu obwiniania kogokolwiek. Zadajemy pytania i szukamy odpowiedzi. Zapraszamy do dyskusji na łamach „Medyka”. ■

**KATARZYNA
MALINOWSKA-OLCZYK**

Kobieta w męskim świecie

Czy da się pogodzić pracę zawodową, rozwój naukowy oraz sprawy rodzinne, tak by żadna ze sfer życia nie ucierpiała? Czy w medycynie są „szklane sufity”, przez które kobietom ciężko się przebić? Pytamy i sprawdzamy.

Dr Dorota Dziemiańczyk-Pakieła, chirurg z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Plastycznej, mama 10-letniego Pawła i 21-letniej Oli:

- To się da pogodzić, ale jest trudne. Cały czas człowiek ma poczucie, że pod jakimś względem jest gorszy i cały czas czuje, że coś mu ucieka. Jak stara się bardziej w pracy, to coś zawala w domu. Jak przychodzi się z dyżuru po operacjach, po wykładach dla studentów, to w domu trzeba się zamienić w mamę. I wtedy człowiek ma wyrzuty sumienia, że nie poświęca rodzinie tyle czasu, ile by chciał. Jak człowiek bardziej zaczyna się

dzieć, stracony. Przy dwójce dzieci to 2-3 lata wyjęte z zawodowego życia. A jesteśmy traktowane tak samo jak koledzy, równo, jeśli chodzi o lata zatrudnienia czy dorobek naukowy. Na pewno łatwiej jest być lekarzem i pracować w przychodni, a trudniej - tak jak ja mam w szpitalu klinicznym, gdzie muszę łączyć pracę lekarza, pracę naukową i dydaktyczną. Ja mam o tyle prościej, że mogę liczyć na rodziców, którzy zawsze mocno zaangażowali się i dużo mi pomagali. Bez nich nie dałabym rady wszystkiego pogodzić. Mąż również poświęcił karierę naukową i pracuje przez pół tygodnia, a przez drugie pół zajmuje się domem i dziećmi. W ostatnich latach, co najmniej pięć razy byłam na szkoleniach w Stanach Zjednoczonych, na miesięcznym wyjeździe na Tajwan itd. Jak to wszystko podliczę, to ponad rok byłam poza domem. Mój syn ciężko przeżywa moją nieobecność: te wyjazdy czy nawet dyżury. Już na początku miesiąca pyta mnie, ile będę miała dyżurów w miesiącu i dlaczego tak dużo. Przeżywa, że znowu mnie nie będzie. Plus jest taki, że człowiek ma odskocznnię w domu. Kiedy wraca się po pracy, a dziecko podbiega i zarzuca ręce na szyję, to odchodzi całe zmęczenie. Ponadto dzięki temu, że jestem mamą, mam dużo obowiązków, potrafię dobrze organizować swój czas. Bycie mamą na pewno nauczyło mnie też cierpliwości. Ponadto mając rodzinę człowiek nie żyje tylko pracą, ma dystans i zdrowe podejście, choć z drugiej strony również uczucie niedosytu. Ogólnie kobiecie-zabiegowcowi, niezależnie od tego czy ma rodzinę

Mam ambicje, chciałabym realizować się naukowo, zrobić doktorat. Ale to można robić tylko nocami i kiedy dzieci śpią. Zakupy robię internetowo, bo nie mam siły chodzić po galeriach i po prostu żał mi czasu, który mogę spędzić na zabawie z dziećmi

zajmować dziećmi, to zawala pracę naukową. Cały czas coś się goni, choć zawsze chce się trzymać wszystkie sznurki w rękę. Jeśli chodzi o pracę naukową, to kobietom jest również trudniej. Trzeba pamiętać, że czas ciąży, porodu to czas, można powie-



Dr Dorota Dziemieńczyk-Pakiela

czy nie, jest trudniej. Po prostu kobieta-chirurg jest traktowana trochę tak z przymrużeniem oka. I nieważne, jak się starasz, co umiesz i wiesz, zawsze jesteś gorzej traktowana i to zarówno przez pacjentów, jak i kolegów. Zdarza się, że pacjenci mówią do mnie: panie doktorze. Albo: siedzę z koleżanką w gabinecie lekarskim, wchodzi pacjent i pyta, czy jest tu lekarz. Na bloku operacyjnym wchodzi kolega, jestem głównym operatorem, a on zwraca się do kolegi-lekarza jakby mnie tam nie było... Tak po prostu jest. Z drugiej strony na swojej drodze zawodowej spotkałam dwóch wspaniałych mężczyzn, którzy nie mieli takich uprzedzeń, a wręcz przeciwnie zawsze mnie wspierali i pomagali. Dzięki temu mogę robić, to co robię i jestem tu, gdzie jestem.

Aleksandra Bujalska, lekarz rezydent z Kliniki Okulistyki, mama 2-letniej Matyldy i 8 letniej Hani:

- Będąc mamą, zawsze człowiek próbuje „połapać wszystkie końcówki” i stara się wybierać mniejsze zło. W moim systemie wartości dobro dzieci jest najważniejsze. Ale dochodzi

ambicja, aspiracje, a dzieci wymagają czasu, wyrozumiałości i ogromu cierpliwości. Układanie klocków, jazda na rolkach, odrabianie lekcji czy czytanie w kółko tych samych bajek na dobranoc - do tego trzeba dojrzałości i mądrości, żeby robić to codziennie z miłością i oddaniem. Łatwiej wykonuje się obowiązki rodzica będąc wypoczętym. To właśnie w pracy lekarza wolny czas i ciągle zmęczenie jest największym problemem. Przeciętny pacjent, który trafia do mojego gabinetu, jest w dojrzałym, często podszłym wieku. Jeżeli chcę być dobrym lekarzem na każdej wizycie muszę mu poświęcić czas, uważnie wysłuchać, wytłumaczyć, jak brać leki i jak stosować się do moich zaleceń. Czasami muszę krzyczeć, bo pacjent ma problemy ze słuchem. Mniej więcej po 25 przyjętych osobach zaczynam mieć chrypę. Często przez cały dzień nie mam czasu, żeby coś zjeść albo napić się kawy, ale za to mam ciągły stres i pośpiech. I kiedy po takim dniu wracam do domu, to chciałabym choć na pół godziny usiąść w ciszy i zresetować się. Ale wtedy przybiegają dzieci, przytulają się, robią noski-noski, skaczą po mnie i mają mnóstwo potrzeb i pytań. A ja przecież nie mogę

ich od siebie odepchnąć. Bez dzieci nie czułabym sensu życia. Gdybym ich nie miała byłabym bardzo nieszczęśliwa. Człowiek wie, dla kogo żyje i pracuje. Jednak w parze z miłością ciągle idzie poczucie winy. Najgorzej jak jest się na dyżurze, a w domu są chore dzieci. Ty leczysz innych ludzi, przyjmujesz 60 osób na SOR-ze, a myślami jesteś z dzieckiem, które ma wysoką gorączkę. A tego dyżuru nie ma kto wziąć za ciebie. Grafik jest robiony z miesięcznym wyprzedzeniem. Wcześniej go planuję, dopasowuję do męża, który też jest lekarzem, po to byśmy się w ogóle widywali. Bo jak nie dogramy grafików optymalnie, to bywa, że się tygodniami nie widzujemy, nie mamy szansy porozmawiać albo po prostu pobyć razem - cierpi na tym związek. Ale potem okazuje się, że ktoś zachorował, komuś innemu zachorowało dziecko, musisz kogoś zastąpić i wtedy robi się maraton dyżurowy. Jak do tego dojdzie jakiś wyjazd na szkolenie, konferencję bądź w celach zarobkowych, to bywa, że swoich dzieci nie widzę przez kilka dni. I po takich dniach nie jestem już mamą tylko Panią Mamą. A przecież muszę się dokształcać. Boli, gdy słyszę: ja chcę do babci! Gdzie jest babcia? W nocy mała

zaczyna płakać i krzyczy, że chce do babci, a nie widzi, że jestem obok i nie słyszy jak mówię: kochanie, tu mamusia, jestem teraz przy tobie.

Na pewno nie poradziłabym sobie bez mojej mamy. W pierwszą ciążę zaszłam na czwartym roku studiów. Mama pracowała wtedy jako pedagog w poradni psychologiczno-pedagogicznej i mogła przejść na wcześniejszą emeryturę. Wykładowcy szli mi na rękę, przekładali zaliczenia, a potem zwalniali mnie na karmienie piersią, abym tylko dała radę wszystko pogodzić. Było dużo zrozumienia. Dzięki pomocy mamy dałam radę i nie musiałam brać urlopu dziekańskiego. Moja mama jest babcią idealną, ciepłą, wyrozumiałą, kochaną. Mogę z nią zostawić dzieci i jestem spokojna. Gdyby nie jej pomoc, nie mogłabym dyżurować. Teoretycznie mając małe dziecko (do 4 roku życia) mogę odmówić dyżurowania. Ale trzeba pamiętać, że to wtedy najwięcej się uczymy. To na dyżurach trafiają się te nagłe, niespodziewane przypadki, o wtedy zdobywam wiedzę i uczę się, jak zachować spokój w sytuacjach kryzysowych. Będąc rezydentem na dyżurze ostrym zawsze mam kogoś nad sobą, kogo mogę się poradzić, skonsultować.

Mam ambicje, chciałam realizować się naukowo, zrobić doktorat. Ale to można robić tylko nocami i kiedy dzieci śpią, bo z tym też bywa różnie. Z dzieckiem na rękę jest to niemożliwe! Zakupy robię internetowo, bo nie mam siły chodzić po galeriach i po prostu żal mi czasu, który mogę spędzić na zabawie z dziećmi. A wiadomo, jestem kobietą, chciałam dobrze wyglądać. Pacjenci też zwracają uwagę na to, jak wygląda lekarz. Chciałabym pójść do kosmetyczki, fryzjera, lecz na to zawsze brakuje czasu. Zakaz handlu w niedzielę nie pomaga! Na nic nie mam czasu poza pracą i domem. Ostatnio, w taką ciepłą wiosenną sobotę poszliśmy całą rodziną do lasu. Z mężem byliśmy po maratonie dyżurowym. Mówię do niego: zobacz, ludzie chodzą na spacer, mają czas dla siebie, mają wolny piątek, sobotę, niedzielę razem... A kiedy my mieliśmy weekend dla siebie? Nie pamiętam. I to jest chore.

Dr n. med. Bogna Katarzyna Okulczyk, chirurg, od 30 lat pracująca w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej:

- Pochodzę z rodziny lekarskiej. Mama jest neurologiem, a Tata - chirurgiem. Byli i są dla mnie niedoścignionymi wzorcami. Oczywiście w dzieciństwie nie myślałam, aby zostać lekarzem (raczej „czekoladziarką“!), ale atmosfera w domu sprzyjała wyborowi medycyny. Wprawdzie w szkole średniej pojawiła się pokusa studiowania romanistyki (gdy wygrałam w regionie olimpiadę języka francuskiego), uznałam jednak, że lekarz mówiący po francusku to też pożądane połączenie. Na studiach

*Kobieta-chirurg
jest traktowana trochę tak
z przymrużeniem oka.
I nieważne, jak się starasz,
co umiesz i wiesz, zawsze
jesteś gorzej traktowana
i to zarówno przez
pacjentów, jak i kolegów*

prawie wszystko było ciekawe i fascynujące. Od pierwszych lat zainteresowały mnie szczególnie specjalności zabiegowe. Należałam do koła chirurgicznego i czas wolny poświęcałam na „dyżurowanie” w klinice, w której pracował Tata. Wybór specjalizacji chirurgicznej był realizacją marzeń i martwiłam się jedynie, czy podołam wymaganiom, programowi specjalizacji, czy wreszcie nie zabraknie mi umiejętności manualnych. Chirurgia to dyscyplina, która wymaga dużo determinacji, wiedzy, ale i pokory oraz umiejętności pracy zespołowej. Jest trudną, ale bardzo piękną dziedziną. I wdzięczną - rezultaty niekiedy widzi się szybko. W klinice, w której rozpoczęłam pracę, i nadal ją kontynuuję, nie było wcześniej kobiet. Od początku byłam w bardzo dobrym koleżeńskim układzie z kolegami. Nie było żadnych niepotrzebnych zadrążeń

czy dyskryminujących zachowań, ani pobłażania z uwagi na płeć. Muszę jedynie przyznać, że pacjenci początkowo bywali zaskoczeni, że operującym jest kobieta. W ostatnich latach sytuacja zmieniła się, kobieta-chirurg to już nie wyjątek. Czy to dobra praca dla kobiety? Wymaga wiele wysiłku fizycznego, z drugiej jednak strony - delikatności i empatii. Naturalnie chirurg, jak każdy lekarz, musi być mądry. Wybór specjalizacji to zawsze bardzo osobista decyzja.

Prof. Barbara Darewicz, kierownik Kliniki Urologii. Jest pierwszym i jak dotąd jedynym w Polsce profesorem-kobietą w dziedzinie urologii:

- Mój ojciec był chirurgiem, nazywał się Henryk Waldemar Karasiewicz. Najpierw pracował na chirurgii w Ełku, potem był ordynatorem oddziału chirurgii w szpitalu w Dąbrowie Białostockiej. Dyżurował albo w szpitalu, albo pod telefonem. Czasem zdarzyło mu się gdzieś wyjechać, choćby na polowanie, to karetka na sygnale jechała, by go zabrać i zawieźć do szpitala. Widziałam, jak tata ciężko pracuje, ale mimo to od początku interesowałam się chirurgią. Tata mnie zniechęcał do wyboru tej specjalizacji. Mówił, że jak już chcę iść w dziedziny zabiegowe, to powinnam wybrać okulistykę, laryngologię lub najlepiej zostać diagnostą laboratoryjnym. Mnie jednak ta chirurgia pociągała, bo ona daje natychmiastową pomoc. Jak się podaje leki, to się patrzy i czeka, czy pomogą, czy nie. A jak się operuje, to poprawa jest od razu. Po studiach chciałam robić specjalizację z chirurgii, ale okazało się, że w klinice chirurgii nie ma miejsc. Dyrektor Adam Dowgird zaproponował mi specjalizację na chirurgii dziecięcej, ale nie było pewności, czy potem będę mieć pracę. W tamtych czasach robienie specjalizacji wiązało się z etatem. Zaproponowano mi urologię, to był przypadek. Zdecydowałam się. Kiedy zaczynałam specjalizację na urologii była to dziedzina mocno zabiegowa. Teraz ewoluje w kierunku operacji



Prof. Barbara Darewicz, fot. Dzień Dobry TVN

mało inwazyjnych. Zmieniło się też przez lata podejście pacjentów. Obecnie nie są już zdziwieni, że kobiety są lekarzami chirurgami czy urologami. Jak tylko przyszłam, to było zaskoczenie, że jestem kobietą i będę ich badać. Pacjenci na urologii to w większości mężczyźni i tu relacje damsko-męskie wchodziły w grę. Nigdy się jednak nie spotkałam z jakąś niemiłą sytuacją, że ktoś np. nie chciał się rozebrać. Trzeba pamiętać, że kiedyś chłopaków w medycynie było więcej. Kiedy zdawałam na studia był parytet: na medycynę musiało być przyjętych tyle samo kobiet, co mężczyzn. Chłopaków było zdecydowanie mniej, więc łatwiej było im się dostać, musieli mieć mniej punktów na egzaminie. Kiedy przyszłam do pracy, koledzy - całkowicie męski zespół - byli zaskoczeni i niezbyt zadowoleni, że „baba” pcha się na chirurgię. Do pracy przyjmował mnie doc. Musierowicz, który dojeżdżał tutaj z Warszawy. Ale on nie robił mi żadnych problemów. Potem koledzy się przyzwyczaili, byłam jedyną kobietą. Z tego co potem mi powiedzieli, musieli się trochę do mnie dostosować. Bo jak ktoś pomyślał: kobieta na chirurgii - to od razu wyobrażał sobie taką herod-babę, trochę taką wulgarną. A ja byłam inna i przychodząc złagodziłam męskie obyczaje, koledzy starali się swoje standardy

dopasować do mnie. Muszę przyznać, że mam też drugą specjalizację - z seksuologii. Mąż mnie zachęcił do tego. Bo do naszej kliniki trafiali pacjenci ze schorzeniami prącia oraz z okaleczeniami prącia, które miały podłoże psychogenne. Wykonywaliśmy im operacje i bardzo potrzebny był ktoś z wiedzą seksuologiczną. To bardzo wąska specjalizacja. Na jej zrobienie musiałam dostać zgodę w ministerstwie, bo można było ją robić tylko po ginekologii, neurologii, psychiatrii oraz internie, a nie po urologii.

Ta seksuologia bardzo mi się przydała. To taka strefa intymna, ale okazało się, że mężczyźni wolą rozmawiać ze mną niż z mężczyzną-seksuologiem. Bo łatwiej było mi, niż mężczyźnie-lekarzowi w podobnym wieku rozmawiać o problemach ze wzrodem. A nam inaczej, łatwiej się rozmawiało. ■

WYSŁUCHAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Kobiety związane z UMB:

Doktorzy Honoris Causa: prof. Maria Byrda (1990 r.), prof. Maria Kopeć (1991r.), prof. Maria Benedetta Dinati (2002 r.), prof. Ida Kinalska (2011 r.)
Dr Irena Białówna - wielki społecznik i organizator systemu szkoleń lekarskich
Prof. Agnieszka Borzuchowska - przełamywała bariery związane z uprzedzeniami wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS
Prof. Sabina Chyrek-Borowska, kierownik Kliniki Alergologii w latach 1970 - 1999
Dr n. med. Lidia Malinowska, kierownik Kliniki Anestezjologii w latach 1982 - 1998

Prof. Stanisława Zyta Grabowska, kierownik Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Plastycznej w latach 1992-2014
Prof. Maria Górska, kierownik Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych 2003-2017
Prof. Walentyna Iwaszko-Krawczuk, kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka 1986-2000
Prof. Eleonora Jankowicz kierownik Kliniki Neurologii w latach 1971-1994
Prof. Maria Seidler-Dymitrowska, kierownik Kliniki Okulistyki w latach 1954-1970.
Prof. Maria Gagrylewicz-Dubowicka, kierownik Kliniki Rehabilitacji w latach 1970-1990

45 lat na kardiologii

Chciała być inżynierem, została pielęgniarką. Na kardiologii miała pracować chwilę, ale się przeciągnęło. Nawet męża poznała na oddziale. Był jej pacjentem – o pracy, życiu i tym, jak wszystko się zmienia, rozmawiamy z Krystyną Grygorczuk pielęgniarką z 45-letnim stażem w Klinice Kardiologii.

Katarzyna Malinowska-Olczyk: Kiedy rozpoczęła Pani pracę w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym?

Krystyna Grygorczuk: 1 sierpnia 1973 roku.

Od zawsze wiedziała Pani, że będzie pielęgniarką?

- Nie, o tym zdecydował przypadek. Chciałam być nauczycielką. Niestety najbliższe liceum pedagogiczne znajdowało się w Augustowie. A ja wywodzę się z małej miejscowości Gulbieniszki, 16 kilometrów od Suwałk. Kiedy kończyłam podstawówkę, rodzice nie zgodzili się, bym dojeżdżała do Augustowa. Namówiona m.in. przez moją nauczycielkę matematyki Panią Zofię Cieślukowską zdecydowałam się na liceum w Suwałkach, dokąd mogłam dojeżdżać z rodzinnego domu. Skończyłam ogólniak i marzyłam, by zacząć studia w Wyższej Szkole Inżynierskiej w Białymstoku. Ale nie udało mi się tam dostać. Żeby nie tracić roku, postanowiłam złożyć papiery, tam gdzie szła koleżanka - do Medycznego Studium Zawodowego Pielęgniarstwa. Okazało się, że praca pielęgniarki to jest to. Po skończeniu szkoły nie chciałam wracać w rodzinne strony. Zgłosiłam się do PSK, obecnie USK. Zaproponowano mi klinikę hematologii lub kardiologii. Wybrałam tę drugą. Na początku myślałam sobie: popracuję z pięć lat, a potem pójdę do poradni, bo tam będzie lżej. Ale w klinice zostałam na 45 lat.

To były chyba początki tej kliniki?

- Kardiologia powstała w 1970 roku. Choć ciężko powiedzieć, że to była kardiologia, bo ta klinika niewiele miała wspólnego z tym, co było potem i co jest teraz. To była zwykła interna, na którą częściej niż na inne oddziały wewnętrzne trafiali pacjenci z problemami kardiologicznymi. Był tylko jeden elektrokardiograf i nic więcej. Dopiero w 1974 czy 75 został zakupiony

pierwszy echokardiograf oraz wózek reanimacyjny. Wtedy nawet telewizja i radio przyjechały, takie to było wydarzenie. Oddział liczył 31 łóżek, a pracowało kilku lekarzy i 11 pielęgniarzek opiekujących się chorymi.

*Lepiej być dobrą
pielęgniarką niż być jakim
inżynierem*

Ja waszą klinikę z tamtych czasów pamiętam doskonale. W 1981 roku na kardiologię trafił mój dziadek z rozległym zawałem serca. Nie było kardiologii inwazyjnej, wstawiania stentów. Leżał u Was ponad miesiąc.

- Pacjenci z zawałami leczeni byli u nas sześć tygodni! Dwa pierwsze tygodnie musieli leżeć plackiem w łóżku, w ciągu dwóch kolejnych mogli zacząć wstawać, a dopiero potem wychodzić poza salę czy chodzić po schodach. My z nimi wspólnie spędzałyśmy święta, sylwester, dzieliłyśmy się opłatkiem w Wigilię i jajeczkiem na Wielkanoc. Wiedziałyśmy o nich wszystko.

Z drugiej strony, jak ktoś umierał, to były olbrzymie tragedie...

- W klinice leżało wtedy bardzo dużo młodych ludzi, bo wtedy wad serca nie operowało się. Pamiętam takiego młodego, 17-letniego chłopca. Ja wtedy miałam dyżur z dr. Wojciechem Modrzejewskim. On umierał całą noc, doktor trzymał go za rękę i nic nie mógł zrobić. Pamiętam też 20-letnią dziewczynę z mocznicą. Leżała na separacie, spuchnięta, bardzo cierpiała. I na moim dyżurze o 4 rano zmarła. Bardzo to przeżyłam, nawet poszłam na jej pogrzeb. Pamiętam początki mojej pracy i studenta medycyny z wadą serca. Przyszła do niego rodzina w od-

wiedziny. Stał przy łóżku, zrobiło mu się duszno, położył się i w tym momencie zmarł. Dużo było tych nagłych, niespodziewanych śmierci. Na początku bałam się nocnych dyżurów, tego że rano w łóżku znajdę kogoś martwego. W nocy chodziłam więc z latarką i świeciłam po pacjentach, by sprawdzić, czy oddychają.

A dzwonek przy łóżku nie było?

- Były dzwonek, ale pacjenci rzadko dzwoniли. Teraz cokolwiek się wydarzy, najmniejsza sprawa, to wszyscy dzwonią. A kiedyś chorzy leżeli na wieloosobowych salach i jak coś się działo, to raczej prosili osoby w lepszym stanie, by poszły do dyżurki pielęgniarskiej.

Były takie przypadki, historie, do których wciąż wraca Pani myślami?

- Oczywiście. Pamiętam pacjentkę z wadą serca. Miała być rano samolotem wysłana na operację serca do Warszawy. Mąż przyszedł się z nią pożegnać i przyprowadził ze sobą piątkę dzieci. Nie wyglądał na opiekuńczego, raczej na takiego, co zagląda do kieliszka. A dzieci były małe, najmłodsze na rękach, najstarsza córka miała może 10 lat. Jak dzieci żegnały się z tą matką, wszystkie na oddziale płakałyśmy. Kobieta była w ciężkim stanie. Zresztą już z Warszawy nie wróciła, zmarła po operacji.

A historie z happy endem?

- Pamiętam ciężarną kobietę z ciężką wadą serca. Miała już jedno dziecko i lekarze byli przekonani, że kolejnej ciąży jej serce po prostu nie wytrzyma. Proponowali jej usunięcie ciąży. Tłumaczyli, straszili, że zostawi w domu sierotę, przekonywali na wszystkie możliwe sposoby. Ale kobieta, mocno wierząca, uparła się - nie ma mowy, ona tej ciąży nie usunie. I urodziła zdrowe dziecko, choć nikt nie dawał na to jakichkolwiek szans. Potem jeszcze przychodziła do nas ze

swoją małą córeczką, by pokazać ją lekarzom, jako dowód na cud. Przychodziła też do nas na punkcje brzucha pacjentka z niewydolnością krążenia. Co dwa miesiące upuszczano jej około 10 litrów płynu z brzucha. Był taki okres, że miała zapalenie płuc i nikt nie dawał jej szans na przeżycie. Wyślano ją jednak do szpitala w Warszawie. Pokonała zapalenie płuc, potem ją zoperowano. Wróciła do nas po jakimś czasie, ładna, zgrabna, elegancka, podmalowana. Nikt jej w klinice nie poznał.

Gdzie Pani poznała męża?

- W szpitalu. Był moim pacjentem. Topił się na basenie, stracił przytomność, trafił na intensywną terapię, a potem przeniesiono go na kardiologię. Nawet mnie zaczepiał na oddziale, bo jak mówił, miałam ładne nogi. Wiadomo, w młodości nosiło się mini. Ale ja go zapamiętałam, jak klócił się o sztucce. No taki trochę roszczeniowy był (śmiech). Dostał o 12 obiad, i oddając talerze chciał też oddać sztucce. Powiedziałam: niech Pan nie oddaje sztucców, proszę je zatrzymać, odda je Pan przy wypisie. Takie były zasady. A wtedy zapytał: a gdzie ja mam je trzymać? A choćby pod poduszką - odpaliłam. Potem wypisano go ze szpitala. Jakoś później szłam z talonem, który dostałam na dzień kobiet, by kupić rajstopy. A on pracował na al. 1 Maja (obecnie Piłsudskiego) w takim budynku ze szklaną szybą. Zobaczył mnie przez okno, wybiegł, zaczął rozmawiać i zaprosił na kawę. Poznałam go w 1975 roku, rok później był ślub. Jak Pani widzi, całe moje życie to przypadki.

A wracając do tamtych czasów. Nie było aparatury, ale chyba też sprzętu jednorazowego...

- Tak. Nocami wygotowywałyśmy strzykawkę i cały sprzęt. Pamiętam, że któreś nocy wstawiłam ten sterylizator i zagadałam się z koleżankami. Woda się wygotowała i wszystkie strzykawkę popękały. Bałam się oddziałowej. Co tu robić? Przeszłam się po wszystkich oddziałach, każda z koleżanek dała mi po jednej strzykawce i tak uratowały mi skórę. Były szklane butelki do kroplówek i na krew. I kiedyś taką butelkę z krwią pobiłam. Raz w życiu to mi się zdarzyło. Zdenerwo-



Krystyna Grygorczuk pielęgniarką z 45-letnim stażem w Klinice Kardiologii
fot. Katarzyna Malinowska-Olczyk

wałam się tym strasznie, zgłosiłam lekarzowi. Pacjenci, jak dowiedzieli się, że będę za to płacić, poszli do lekarza powiedzieć, że oni się zrzucą na tę krew, bo oni widzieli, że to nie moja wina. Jak wtedy nas traktowali, jak szanowali... Tego już nie ma.

Pacjenci są inni?

- Teraz wszyscy są roszczeniowi, a już szczególnie rodziny chorych. Robią nam zdjęcia, liczą tętno, pouczają. Wszyscy wiedzą wszystko lepiej, bo przecież w internecie wyczytali. Pouczają nas, straszą sądami, policją. Nieprzyjemnie jest. A sami nie stosują się do żadnych zasad czy regulaminów. Teraz, od kiedy jesteśmy na nowym oddziale, to przynajmniej nie narzekają na warunki. Wiadomo, że pielęgniarki też są różne, też są ludźmi i też się zdarza, że im czasem puszczą nerwy. Niekiedy lekarz coś powie medycznym żargonem, rodzina pacjenta nic nie rozumie. No to pytają pielęgniarkę. Jedna przetłumaczy im to na „chłopski” język i jest super. Inna powie: od tego jest lekarz, niech tłumaczy! I od razu jest konflikt.

Myślę, że problemem jest też duża rotacja chorych.

- Teraz leżą średnio trzy-cztery dni, codziennie przychodzą nowi. Teraz mamy 25 łóżek oddziałowych i 12 intensywnego nadzoru kardiologicznego. Pielęgniarek w klinice zatrudnionych jest 31. I każda ma co robić! Mniej czasu mamy na pracę przy pacjencie, bo musimy wypełnić papiery,

obsługiwać specjalistyczny sprzęt medyczny, liczyć koszty, rozliczać leki i ogarniać całą tę biurokrację.

Większe jest też spektrum chorób, z jakimi trafiają do was pacjenci.

- Teraz to przede wszystkim choroby z niewydolnością krążenia, zatorowością płucną, tętniczym nadciśnieniem płucnym, zaburzeniami rytmu i przewodnictwa wymagający wszczepienia urządzeń (stymulatory, defibrylatory). Kiedyś to były wady serca, mocznice, zawały, niewydolności krążenia, zapalenia płuc. Praca pielęgniarki też zupełnie inaczej wyglądała. My przede wszystkim opiekowałyśmy się tymi pacjentami: myłyśmy ich, przewracaliśmy, oklepywałyśmy. Kroplówek było mało, częściej leki podawane były w tabletkach i w zastrzykach. Obecnie większość leków kardiologicznych i antybiotyków podaje się w pompach infuzyjnych lub wlewach kroplowych.

Przez ostatnie 14 lat była Pani oddziałową. Też przez przypadek?

- Oddziałową zostałam, bo moja poprzednia oddziałowa mnie namaściła. Bycie oddziałową to ciężki kawałek chleba, szczególnie na tak dużym oddziale, a ponadto ja trafiłam na czasy remontów i przeprowadzek. Musiałam podejmować wiele decyzji, by stworzyć w przebudowanym oddziale dobre warunki pacjentom i pracownikom. Dużo pracy było. A ja mam taki charakter, że nigdy nie walczę o siebie, ale o swoje pielęgniarki, o swój oddział, żeby wszystko funkcjonowało jak trzeba.

Wypracowałam to chyba swoją ciężką pracą, uczciwością, trafnością podejmowanych decyzji, ale też tym, że umiałam się przyznać do błędów i czasem wytknąć błędy innym - niezależnie, kim są. No taka po prostu jestem. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Dylemat

Zdarzenia mają miejsce w lutym 1966 roku. Od 6 miesięcy mam certyfikat specjalisty chirurga, mam też spore doświadczenie zawodowe, wiedzę i zapaf do pracy.

Pełnię obowiązki zastępcy ordynatora. Oprócz pracy w macierzystym oddziale chirurgii często bywam wzywany na konsultacje w innych oddziałach. Właśnie od konsultacji pacjentki hospitalizowanej w oddziale wewnętrznym zaczyna się ta opowieść.

Opiekujący się chorą internista przedstawił 56-letnią kobietę z guzem w prawej górnej części jamy brzusznej. Po zbadaniu i zapoznaniu się z wynikami badań dodatkowych podzieliłem stanowisko internisty, że chora stanowi problem chirurgiczny. Z badania radiologicznego wynikało, że cierpi na nowotwór jelita grubego w okolicy zagięcia wątrobowego. Ze względu na dyskretne objawy zwężenia jelita grożące niedrożnością wskazane było leczenie operacyjne.

Pacjentkę przewieziono do oddziału chirurgicznego w celu wykonania operacji. Miła, spokojna pani była wspierana przez personel medyczny. Poczieszano ją, mimo że planowana operacja stanowiła poważne ryzyko. Wyczuwalny przez powłoki brzucha duży nieprzemieszczalny guz wskazywał na daleko posunięty proces nowotworowy z niepomyślnym rokowaniem. Spokojna, opanowana pacjentka wydawała się być pogodzona z własnym losem, natomiast jej poważnym zmartwieniem był los dwojga wnucząt, którymi się opiekowała. W czasie krótkiej przedoperacyjnej aklimatyzacji w „nowym miejscu zamieszkania” wykonano badania oceniające ryzyko zabiegu. Nadszedł węzłowy dla procesu leczenia czas bezpośredniego zmierzenia się z nowotworem w otwartej jamie brzusznej - czas przystąpienia do wojny bez możliwości przewidzenia rezultatu.

Typowa sceneria - sala operacyjna. Typowe osoby dramatu. Głównym

bohaterem jest nieruchoma, niema, nieświadoma, uśpiona osoba leżąca na stole operacyjnym. Wszystko podporządkowane jest jej potrzebom. Rozpoczyna się operacja. Podłużne cięcie przyprostne w nadbrzuszu, blisko linii środkowej ciała. Po przecięciu pochewki prawego mięśnia prostego okazało się, że zmiana nowotworowa obejmuje również mięsień prosty. W dolnym biegunie rany, gdzie mięsień był niezmienny, otworzona została jama brzuszna przez nacięcie tuż przy linii środkowej. Otwór ten pozwolił na badanie palcem nacieku i na przedłużenie cięcia otrzewnej w części nieobjętej nowotworem. Pozwoliło to na pełne otwarcie jamy brzusznej i wzrokową ocenę zaawansowania zmian chorobowych.

Główne ognisko nowotworu obejmowało prawą część jelita grubego zrosniętą z otrzewną ścienną i częścią prawego mięśnia prostego. Ponadto stwierdzono liczne drobne guzki przerzutowe w sieci większej oraz w otrzewnej ściennej prawej połowy jamy brzusznej aż do miednicy małej.

Iluzoryczną, tym niemniej jednak szansę doszczętnego leczenia dawało usunięcie w bloku całego obszaru zmian, bez naruszenia struktury tkanki nowotworowej. Alternatywą było postępowanie asekuracyjne, polegające na wykonaniu zespolenia jelita cienkiego z jelitem grubym omijającego przeszkodę w miejscu nacieku nowotworowego. Zabieg taki doraźnie zapobiegał pojawieniu się niedrożności jelitowej.

Ile czasu trwała analiza sytuacji z oceną argumentów - za i przeciw? Myślę, że nie dłużej niż 3 minuty.

Wybrałem wariant pierwszy. Przystąpiłem do rozległego, w założeniu doszczętnego, usunięcia nowotworu.

Jako pierwsza została oddzielona sieć większa od lewej połowy poprzecznic. Następnie wycięty został znaczny segment prawego mięśnia prostego, zrosniętego z jelitem grubym w miejscu nacieku nowotworowego. W dalszej kolejności oddzielono całą otrzewną prawej połowy brzucha zawierającą drobne guzki przerzutowe i wycięto całą prawą połowę okrężnicy z końcowym odcinkiem jelita cienkiego. Wszystko to zostało usunięte w bloku, czyli w „jednym kawałku”. Onkologiczna część zabiegu została zakończona elektrokoagulacją sześciu drobnych guzków w otrzewnej ściennej miednicy małej. Zespolenie jelita cienkiego z poprzecznicą odtworzyło ciągłość przewodu pokarmowego. Zwieńczeniem zabiegu było zeszywanie rany powłok brzusznych.

W tym miejscu chciałbym zwrócić uwagę na określenie - „powłok brzusznych”. Otóż w miejscu rany operacyjnej ściana jamy brzusznej została pozbawiona mięśnia prostego i otrzewnej. W tym miejscu powłokę brzucha stanowiły tylko: skóra, tkanka podskórna i przednia część torebki mięśnia prostego. W tych warunkach istniała poważna groźba wytworzenia się pooperacyjnej przepukliny.

Zaskoczeniem był wynik doraźnego, pooperacyjnego badania wyciętego preparatu. Po otwarciu usuniętego jelita, objętego naciekiem, okazało się, że błona śluzowa jest niezmienną. Późniejsze badanie mikroskopowe wykazało raka o niewyjaśnionym pochodzeniu. Patomorfolog sugerował nowotwór wychodzący z jajnika.

Po niepowikłanym przebiegu pooperacyjnym konsultujący onkolog zalecił zastosowanie kuracji endoxanem. Sugestię swoją uzasadnił tym, że proponowany lek nieskuteczny w leczeniu raka jelita grubego, może okazać się skuteczny w tym nie do końca wyjaśnionym przypadku.

Pacjentka w pierwszym roku po operacji otrzymała dwie kuracje endoxanem, które każdorazowo spowodowały wyłysienie, ale w końcowym efekcie otrzymała piękne, gęste, siwe włosy. Po okresie zaburzeń związanych z leczeniem cytostatykiem czuła się dobrze,

prowadziła gospodarstwo domowe i opiekowała się wnukami.

W 1974 roku pacjentka została przyjęta do szpitala z powodu pojawienia się twardego, stopniowo powiększającego się guzka w prawej pachwinie. W tym czasie czuła się dobrze, nie zauważyła żadnych, niepokojących objawów, waga ciała utrzymywała się na stałym poziomie i co zaskakujące - nie miała pooperacyjnej przepukliny. Usunięty guzek w badaniu mikroskopowym okazał się być tym samym, co poprzednio, nowotworem o charakterze raka z nieznanym punktem wyjścia. Konsultacja ginekologiczna nie wykazała zmian w narządach rodnych.

W 1976 roku pacjentkę ponownie hospitalizowano z powodu niedrożności jelitowej. I tym razem wystąpiłem w roli operatora. Niestety, ze względu na rozległość zmian przerzutowych i lity naciek zwężający poprzeczną zabieg został ograniczony do wykonania zespolenia jelita cienkiego z esicą, omijającego przeszkodę. Śródoperacyjna kontrola narządu rodnego nie wykazała zmian chorobowych.

Chora zmarła po 9 latach i 11 miesiącach po pierwszym zabiegu operacyjnym. Zdążyła odchowić wnuki, które osiągnęły samodzielność przed jej śmiercią.

Na kanwie tego przypadku pojawiają się różne refleksje dotyczące sposobu i skutków leczenia. Z perspektywy czasu należy przyjąć, że z onkologicznego punktu widzenia nie był to zabieg doszczętny. W końcu przecież dopadła pacjentkę ta sama choroba nowotworowa. Czy ryzykancki zabieg polegający w zasadzie na redukcji masy nowotworu przyniósł wydłużenie okresu przeżycia? Może operacja w ogóle była niepotrzebna? Może osiągnięty wynik leczenia jest „zasługą” zastosowanego endoxanu? Czy wolno było zrezygnować z tak dużego, ryzykownego zabiegu? ■



**STANISŁAW
SIERKO**

EMERYTOWANY
CHIRURG

Marzec '68: smutna historia

Komitet uczelniany Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej przy Akademii Medycznej w Białymstoku

po rozpatrzeniu sprawy w dniu 22 kwietnia 1968 roku stawia wniosek do obywatela ministra zdrowia przez jego magnificencję rektora tutejszej uczelni o odwołanie profesora doktora Jakuba Chlebowskiego ze stanowiska kierownika II Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Białymstoku ze względu na wrogą postawę do Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Związku Radzieckiego...

Minęło właśnie 50 lat od wydarzeń marcowych. Zdaniem historyków w Białymstoku marzec 1968 roku był względnie spokojny. Przy czym do większości zdarzeń doszło na naszej uczelni.

Nastroje antysemityczne w Polsce narastały od lat 60. Ich kulminacja nastąpiła po wybuchu wojny izraelsko-arabskiej w czerwcu 1967 r. A wydarzenia związane z protestami studenckimi w Warszawie z początku roku 1968 spowodowały, że nastąpiła eskalacja działań władzy.

Początkowo niewiele wskazywało na to, że w Białymstoku cokolwiek się wydarzy. Po pierwszych protestach studenckich w stolicy, w naszym mieście komitet wojewódzki PZPR rozpoczął organizowanie spotkań, w których przedstawiał swoją wersję faktów i ich właściwą interpretację. Dopiero kiedy w stolicy protesty przybrały ostrzejszą formę, w Białymstoku zintensyfikowano działania propagandowe. Jednocześnie środowisko studenckie AMB zaczęło coraz głośniejsze wspierać kolegów protestujących w Warszawie.

15 marca 1968 r., sala kolumnowa Pałacu Branickich: - Na zebranie zwołano wszystkich asystentów. Zaczęto

mówić coś, co nam się nie mieściło w głowie: o profesorach, polskich Żydach, którzy pracują na Akademii Medycznej. To byli moi mentorzy: prof. Jakub Chlebowski, prof. Janusz Lesiński. (...) Przedstawiano te osoby w najgorszym świetle, z nienawiścią. Że musimy się ich pozbyć - wspomina na nagraniu Centrum im. L. Zamenhofa Jan Pietruski, ówczesny pracownik uczelni. Trzeba tylko przypomnieć, że profesor był bardzo szanowaną postacią na uczelni. Był jej rektorem, prorektorem, był osobą, która tworzyła AMB, był współbudowniczym szpitala klinicznego.

Ze wspomnień innego studenta z tamtego czasu: - Mówiono, że profesorowie cieszyli się z postawy Izraela w wojnie, że znaleziono u nich dowody wpłat na organizacje syjonistyczne, w stosunku do prof. Chlebowskiego wysnuto zarzut, iż jednego ze swoich chorych określił jako osobę „przypominającą osobę z gułagu”.

W kwietniu uczelniany komitet PZPR składa wniosek o dymisję prof. Chlebowskiego z pełnionych funkcji z uwagi na wrogą postawę wobec Polski Ludowej i ZSRR oraz sprzyjanie Izraelowi i Stanom Zjednoczonym. W archiwach z tamtego okresu

zachowały się informacje o dziesiątkach donosów wysyłanych do centrali wojewódzkiej partii. W maju Senat AMB podjął decyzję o zwolnieniu Chlebowskiego z pracy. W efekcie w czerwcu minister zdrowia podjął decyzję o odwołaniu go z funkcji kierownika kliniki. We wrześniu prof. Chlebowski - za pośrednictwem ministra zdrowia - złożył wypowiedzenie z pracy na uczelni.

Po latach te dni tak wspomina córka Profesora - dr Irena Bennett: - Pewnego razu mój ojciec, wrócił do domu i powiedział: „musimy wyjechać, bo mnie nikt już tu nie potrzebuje”.

11 października wyjechał z żoną i córką od Izraela. W Tel Awiwie został zatrudniony w Klinice Endokrynologicznej uniwersyteckiego szpitala Beilinson. Pracował krótko. 25 stycznia 1969 roku zginął w wypadku samochodowym. Miał 64 lata.

Drugą osobą, która stała się ofiarą wydarzeń marcowych na uczelni, był prof. Janusz Leśniewski, szef kliniki dermatologicznej. Świetny specjalista z zakresu walki z chorobami wenerycznymi. Opracował unikalne testy diagnostyczne dla kiły. Został zaszczytowany przez swoich kolegów, oczerniano go i oskarżano o oszustwa naukowe, także te związane ze zdobyciem tytułu profesora. W efekcie złożył rezygnację ze stanowiska kierownika kliniki (to objęła jego żona). Pozostał na uczelni, ale do przejścia na emeryturę nie sprawował już żadnej funkcji. Działał tylko w sferze naukowej. Nawet na łożu śmierci miał dywagować, czy jest coś po życiu. Był tego ciekaw właśnie w sensie naukowym.

- Doskonały nauczyciel. Jego wykłady miały w sobie coś z przedstawień teatralnych. Profesor posiadał wielką umiejętność przekazywania trudnej wiedzy w sposób niezwykle przystępny - wspomina były student Janusza Leśniewskiego, a dziś profesor Lech Chyczewski, rektor WSMed.

Prof. Leśniewski miał też niezwykle poczucie humoru. Pierwszy wykład z danym rocznikiem studentów zaczynał od prośby, aby każdy z żaków się przedstawił. Nawet kiedy na sali było ponad 200 osób.

- Potem komunikował studentom, by na każdym z wykładów zawsze siadali na tych samych miejscach. Profesor stwierdzał, że ma dobrą pamięć i od razu będzie widział, kogo na zajęciach nie ma - wspomina prof. Chyczewski.

Kolejny wykład profesor rozpoczął od szybkiego stwierdzenia, że studenci nie siedzą na swoich miejscach i wymieniał z głowy kilka nazwisk. I tu konsternacja, bo faktycznie te osoby musiały się przesiadać. Efekt? Frekwencja na wykładach była zawsze. Dopiero po latach prof. Chyczewski dowiedział się, że profesor zwykle zapamiętywał tylko kilka osób, ale to wystarczyło, by zaszcześcić wśród studentów chęć chodzenia na wykłady.

Zacząto mówić coś, co nam się nie mieściło w głowie: o profesorach, polskich Żydach. To byli moi mentorzy: prof. Jakub Chlebowski, prof. Janusz Lesiński. Przedstawiano te osoby w najgorszym świetle, z nienawiścią. Że musimy się ich pozbyć

Według historyków na fali wydarzeń marcowych z Białegostoku wyjechało ok. 100 osób. W roku 1990 r. władze AMB zrehabilitowały prof. Chlebowskiego. Jedną z sal w szpitalu klinicznym nosi jego imię, a od 2005 r. przyznawana jest nagroda im. prof. Jakuba Chlebowskiego dla najlepszego absolwenta Wydziału Lekarskiego. Jej fundatorką jest córka profesora, dr Irena Chlebowska-Bennett. ■

BDC

Byli to polscy Żydzi i Polacy żydowskiego pochodzenia. Znaleźli się w bardzo trudnych warunkach, odcięci całkowicie od strony aryjskiej, głodujący, nękani licznymi chorobami, poddani straszliwemu terrorowi. Młodzież ucząca się i młodzież szykująca się do wyższych studiów zaczęła wałęsać się po ulicy i powoli ulegała deprawacji. Należało się nią zaopiekować. Prof. Juliuszowi Zweibaumowi udało się zalegalizować szkołę. Ważną rolę odegrał Adam Czerniakow, prezes Gminy Żydowskiej, inżynier chemik, a przed wojną senator RP.

W lutym 1941 r., w wielkiej sali Gminy Żydowskiej przy ul. Grzybowskiej uroczyste otwarto „Kurs Przystosowania Sanitarnego do Walki z Epidemiami” zorganizowany przez prof. J. Zweibauma. Tajny program nauczania obejmował dwa pierwsze lata medycyny. Szkoła mieściła na ostatnich piętrach budynku dawnego gimnazjum tzw. „Collegium”, był tu Urząd Pracy, przy zbiegu ulic Leszno i Żelaznej. Budynki należały do getta, ale znajdował się po drugiej stronie muru. Młodzież, aby dostać się do szkoły musiała przejść przez bramę pilnowaną przez dwóch Niemców, policjantów granatowych i żydowską służbę porządkową. Często była narażona na szykany.

O początkach szkoły pisze jej organizator prof. J. Zweibaum: „Kiedy ustalono termin otwarcia kursu, dziwny nastrój zapanował na ul. Leszno, w gmachu Collegium i najbliższych ulicach. Sala wykładowa zapemniła się słuchaczami. Pogodne oblicza, radosny nastrój (...). Wtedy zrozumiałem, że kurs taki nie tylko był potrzebny, ale konieczny, zrozumiałem, że podjąłem się dzieła niezbędnego dla życia tej młodzieży”. Jak pisze prof. Ludwik Hirszfild „zajęcia odbywały się pomiędzy 5 a 8 po południu, gdyż młodzież przed obiadem musiała pracować zarobkowo. Często nie było elektryczności, wykłady odbywały się przy świetle karbidówek. Z dołu dochodziły odgłosy wystrzałów i krzyki ofiar. A oni siedzieli zapatrzeni i zasłuchani”.

Do organizacji szkoły przyczyniła się praca wielu osób. Przede wszystkim uzyskano poparcie prezesa Gminy

Tajne nauczanie medycyny w warszawskim getcie

W listopadzie 1940 r. Niemcy w obrębie północnej i wschodniej części Warszawy utworzyli dzielnicę zamkniętą, otoczoną wysokim murem. Na przestrzeni około 300 hektarów umieszczono ponad 400 tysięcy ludzi, warszawiaków i przesiedleńców z miejscowości podwarszawskich.

Żydowskiej inż. A. Czerniakowa oraz wsparcie finansowe zarządu Gminy Żydowskiej i osób prywatnych. Prof. Witold Orłowski przekazał tablice i wykresy, a dr Bronisława Konopacka - preparaty histologiczne. Wykłady odbywały się w języku polskim. Administracja kursów ściśle współpracowała ze szkołą doc. Jana Zaorskiego. Utajnione laboratoria i prosektorium umieszczono w szpitalu na Czystem, a później przeniesiono do szpitala przy ul. Leszno, a następnie ul. Stawki. Prof. Edward Loth oddelegował do prosektorium asystenta, przekazywał preparaty anatomiczne. Uzyskanie przepustek było możliwe na początku istnienia getta. Studenci i wykładowcy opracowywali skrypty i wzory tablic, które przerysowywali odpłatnie słuchacze Szkoły Grafiki Użytkowej. Według prof. L. Hirszfelda reprezentowały one światowy poziom.

Na kursach wykładali profesowie i docenci UW oraz znani lekarze warszawscy przebywający na terenie getta. Byli to: prof. Mieczysław Centnerszwer, który wykładał chemię nieorganiczną i fizykę doświadczalną; przed wojną przyjaźnił się z ministrem oświaty, prof. Wojciechem Świątosławskim i prezydentem Ignacym Mościckim, został zamordowany w 1943 r. po stronie aryjskiej. Hilary Lasch prowadził wykłady chemii organicznej i fizyki, zginął w 1942 r. w Treblince. Prof. L. Hirszfeld - współodkrywca dziedziczenia grup krwi, światowej sławy bakteriolog, wykładał mikrobiologię i serologię, w getcie był przewodniczącym zarządu zdrowia, po wojnie profesorem AM we Wrocławiu; autorem wspomnień „Historia jednego życia”, założył Instytut



Prof. J. Zweibaum

Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, zmarł w 1954 r. Doc. J. Zweibaum, studiował w Liege, pracował w Modenie. Po powrocie do kraju zorganizował Zakład Histologii na Wydziale Weterynaryjnym UW, wstąpił do WP, walczył z bolszewikami. Jako pierwszy w Polsce rozpoczął hodowlę tkanek, wykładał histologię i embriologię, prowadził akcję charytatywną na terenie getta, przewodniczył Komitetowi Opieki nad Dziećmi. Zagrożony aresztowaniem przeszedł na stronę aryjską. Został ranny podczas powstania. Po wojnie był profesorem AM w Warszawie, pod jego redakcją ukazał się obszerny podręcznik histologii, zmarł w 1959 r. Doktorzy Paweł Borenstein był wykładowcą biologii ogólnej i parazytologii, prof. Hilary Lachs - chemii organicznej, obaj zginęli w 1942 r. w Treblince. Dr Henryk Makower wykładał fizjologię człowieka, po wojnie był profesorem AM we Wrocławiu, zmarł w 1964 r. Doktor Henryk Fenigstein prowadził ćwiczenia w prosektorium, po wojnie



Prof. L. Hirszfeld

wyjechał do Kanady, a dr Józef Stein nauczał anatomii prawidłowej, zginął w czasie powstania w getcie w 1943 r. Poza tym wykłady wygłaszali doc. Henryk Brokaman, pediatra, po wojnie profesor Uniwersytetu Łódzkiego oraz doc. Henryk Lewenfisz-Wojnarski, laryngolog, uczestnik wojny polsko bolszewickiej, po wojnie organizator i kierownik Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Łódzkiego. Później kierował warszawską Kliniką Otolaryngologiczną.

Słuchacze obowiązani byli ukończyć kurs pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. W ramach rekrutacji przyjęto 250 osób, a z około 20 słuchaczy utworzono drugi rok, byli to absolwenci pierwszego roku medycyny, farmacji i stomatologii uniwersytetów polskich, francuskich i włoskich. Pod koniec 1941 r. zorganizowano kolejny kurs liczący 200 osób. W Archiwum Ringelbluma możemy przeczytać: „Na razie uruchomiono pierwszy kurs obejmujący pierwsze dwa lata nauki na Wydziale Medycyny. Kurs ma trzy



Szpital przy ul. Siennej 60 (wg Ch. Rolanda)

równorzędne grupy po 60 słuchaczy, czyli ma już 180 słuchaczy. A czwarta grupa jest w toku organizowania się”.

Poziom nauki był bardzo wysoki. Przed końcem kursu odbywały się egzaminy komisyjne. Egzaminy zdało około 70 studentów. W skład komisji, poza wykładowcą wchodził profesor z pokrewnej dziedziny oraz kierownik kursu. Studia były płatne, czesne wynosiło 60 zł miesięcznie, niezamożni studenci płacili 40 zł kwartalnie. Pensja wykładowcy wynosiła od 200 do 300 zł. Miesięczny koszt utrzymania rodziny osiągał 1000 zł.

Ze wspomnień absolwentów wynika, że zdawali sobie sprawę z małych szans na przeżycie wojny. Świat nauki był remedium na okrutną rzeczywistość. Zdawano egzaminy, aby móc dalej studiować. Po wojnie spośród 500 uczestników kursu, zgłosiło się niespełna 50 osób celem potwierdzenia odbytych studiów. W roku 1942 prof. L. Hirszfeld i dr I. Majkowski na terenie szpitala zorganizowali kurs kliniczny dla lekarzy, cieszący się dużym zainteresowaniem środowiska (brało udział około 300 osób). Według opinii uczestników prof. L. Hirszfeld był znakomitym wykładowcą - przynosił słuchaczy ze świata koszmaru w fascynujący świat nauki.

Później na wykłady zaproszono farmaceutów i lekarzy dentyistów.

Równoległe do działalności dydaktycznej były prowadzone prace naukowe - badania nad szczepionkami oraz wpływem głodu na organizm człowieka. W szpitalu przy ul. Stawki prof. L. Hirszfeld utworzył nowoczesne laboratorium korzystając ze wsparcia wielu instytucji i osób prywatnych, również ze strony aryjskiej. Dokonywano tu oceny szczepionek oraz produkowano szczepionkę przeciw czerwonce. Uzyskiwano też szczepionki przeciw tyfusowi z zakładu prof. Rudolfa Weigla we Lwowie oraz PZH w Warszawie. Na szeroką skalę prowadzono badania nad głodem, na kilka dni przed powstaniem wyniki zostały przekazane prof. W. Orłowskiemu i przy jego pomocy opublikowane po wojnie w języku polskim i francuskim. W lipcu 1942 r. rozpoczęły się łapanki i wywożenie ludności getta do obozów zagłady. Interwencja prof. J. Zweibauma w obronie młodzieży w gminie żydowskiej, przyniosła tylko na krótki czas poprawę. W kwietniu 1943 r. Niemcy rozpoczęli likwidację warszawskiego getta.

Organizacja tajnego nauczania w getcie była wyrazem odwagi, wysokich umiejętności naukowych i dy-

daktycznych wykładowców oraz determinacji słuchaczy. Jest też wzorem współpracy społeczności lekarskiej z obu stron muru. ■

Autorzy: prof. dr hab. Stanisław Chodynicki, em. kierownik Kliniki Otolaryngologii UMB, prof. dr hab. Bożena Chodynicka, em. kierownik Kliniki Dermatologii i Wenerologii UMB, mgr Paweł Radziejewski kierujący Archiwum UMB

Piśmiennictwo: Archiwum Ringelbluma, t. 33, cz. I, red.: Tadeusz Epsztein, Katarzyna Person, WUW, Warszawa 2016; Balicka-Kozłowska H. - Tajne nauczanie medycyny w getcie warszawskim 243, w: „Tajne nauczanie medycyny w latach 1939 - 1945 w Warszawie”, PZWL, Warszawa 1977. Konspiracyjne studia w getcie warszawskim, Stolica 1960, 41.; Hirszfeld L. „Historia jednego życia”, Warszawa PZWL, 1976; Sakowska R.: „Ludzie z dzielnic zamkniętej”, PWN, Warszawa 1993; Roland Ch., G. Courage Under Siege, Oxford University Press, New York, 1872; Zweibaum J.: „Kurs przysposobienia sanitarnego do walki z epidemiami w getcie warszawskim w latach 1940-1942”.

Kwestionariusz osobowy



Dr Andrzej Małkowski

42 lata. Laureat ministerialnego programu „TOP 500 Innovators”, dzięki czemu spędził dwa cudowne miesiące w Kalifornii podpatrując Dolinę Krzemową.

- Kształcił się już na UW, UMB, SGH i UC Berkeley.
- Członek Rady Porozumienia Akademickich Centrów Transferu Technologii.
- Na co dzień kieruje Biurem Transferu Technologii UMB i stara się przeprowadzić naukowców przez meandry komercjalizacji.
- Harcerz. Założyciel i drużynowy 3 Gródeckiej Drużyny Harcerskiej „3maj się”.
- Turysta. Zwiedzanie - w miarę możliwości pieszo - naszego i innych krajów.
- Ewolucjonista. Darwin, Dawkins i „samolubny gen” to podstawowa filozofia.
- Plany na przyszłość. Zawsze te same: nie pchać się, nie kombinować, nie szukać, żyć spokojnie. Kiedy to się uda?

Jaki zawód inny niż obecny chciałbyś wykonywać?

Mógłbym długo wymieniać. Żona uważa, że powinienem go zmieniać średnio raz na trzy lata.

Ulubione przekleństwo?

Mam pełen wachlarz. Niestety nie mogę tu zaprezentować...

Bal wiedeński; w błocie na Woodstocku; czy koncert Zenka Martyniuka?

Koncert rockowy, najlepiej Queen, ale już nie ma Freddiego Mercury'ego...

Wolny wieczór: z książką, serial w telewizji czy ze znajomymi w pubie?

To zależy od książki, serialu i znajomych.

Mój przepis na sukces?

Jeszcze nie odkryłem.

Dzień zaczynam od?

Budzika :-)

Nie ruszam się bez?

Ostatnio, niestety bez telefonu.

Główna cecha Twojego charakteru?

Upór.

Główna wada...

Lenistwo.

Ulubiony przesąd?

Że nie jestem przesądny...

Najważniejsza/ulubiona książka/autor?

J.R.R. Tolkien. Idealnie stworzony świat. Perfekcyjna kreacja.

Punkty karne na koncie?

Zero. Nie cierpię piratów drogowych.

Przedmiot w szkole, z którym byłeś na bakier?

W podstawówce, i może nie z przedmiotem, ale z panią od biologii [od redakcji - A. Małkowski zrobił doktorat z biologii]

Ściągałeś na maturze?

Bez komentarza ;-)

Czego chciałbyś się teraz nauczyć?

Kowalstwa. Mam ostatnio fazę na rękodzieło.

Pierwsza praca lub pierwsze zarobione pieniądze?

Z kolegą sprzedawaliśmy gumy Donald dzieciakom w szkole. Mieliliśmy po 11 lat.

Czego nie cierpisz ponad wszystko?

Głupoty.

Jakie osiągnięcie naukowe/technologiczne robi na tobie największe wrażenie?

Ogień i koło. Od tego wszystko się zaczęło, reszta to pochodne.

Jaki talent chciałbyś mieć?

Umieć śpiewać. Jerzy Stuhr to przy mnie śpiewak operowy.

Najlepsza rada, jaką dostałeś?

Jestem uparty, nie słucham rad.

Jaki najmiłszy komplement otrzymałeś w życiu?

Kiedy usłyszałem „tak”.

OPR. BDC