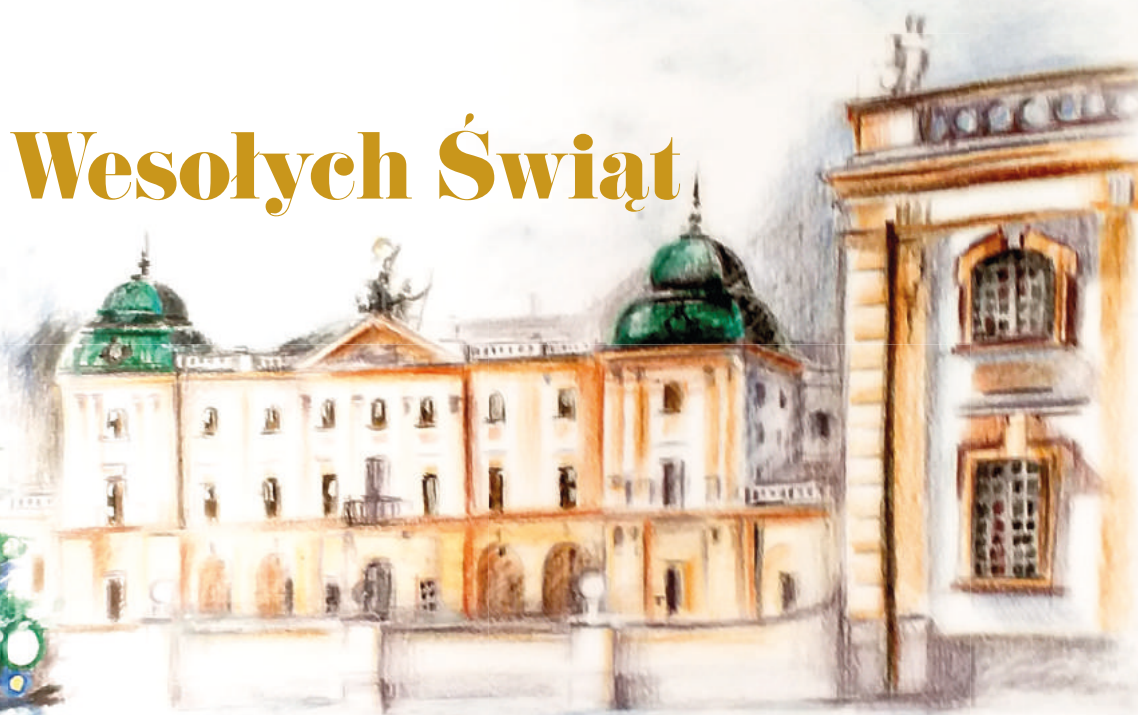


Wesołych Świąt



Pracownikom, Studentom i Przyjaciołom naszej Uczelni
składam serdeczne życzenia
pełnych radości i spokoju Świąt Bożego Narodzenia.
Niech nadchodzący Nowy Rok przyniesie optymizm,
nadzieję i wytrwałość, których tak bardzo wszyscy potrzebujemy.

Rektor Profesor Adam Krętowski



Pandemia na SOR

Dr hab. Marzena Wojewódzka-Żelazniakowicz, kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku: - Było kilka takich dyżurów, gdzie faktycznie karetki czekały przed szpitalem. Na szczęście byli tam pacjenci w dobrym stanie, którzy mogli poczekać. Lekarz wychodził i ich oglądał, ale to było czekanie maksymalnie godzinę, do czasu aż się zwolni jakiegokolwiek miejsce na SOR-ze. Były takie momenty, że były zajęte wszystkie łóżka, wszystkie wózki leżące i siedzące. Faktycznie nie było możliwości przyjęcia chorego w żaden sposób. Naszym celem było uniknięcie takiej sytuacji, że pod szpitalem będzie stał sznur karettek i dojdzie do przypadkowego zgonu pacjenta, w którejś z nich. U pacjentów z niewydolnością oddechową w przebiegu Covid-19 do pogorszenia stanu zdrowia dochodzi nagle. Najpierw sobie radzą, potem nagle przychodzi moment wyczerpania sił i rezerw organizmu. I wówczas gwałtownie dochodzi do pogorszenia stanu. Chcieliśmy tego uniknąć. Nie chcieliśmy być częścią tego widowiska, które obserwowaliśmy w innych szpitalach. Przyjmowaliśmy, ile mogliśmy, wszystkie możliwe miejsca były zajęte, łóżka stawialiśmy pośrodku oddziału. Ja wychodzę z założenia, że szpital jest bezpieczniejszym miejscem niż nawet najlepiej wyposażona karetka. Odbyło się to jednak kosztem frustracji i ogromnego zmęczenia personelu oraz chaosu w pracy. W pewnym momencie ta ilość pacjentów przekraczała nasze możliwości.

*Cała rozmowa na stronach 17-20
Zdjęcia GD*



Od Redakcji



Marcin Tomkiel
Redaktor naczelny
Medyka Białostockiego

Cały świat z uwagą i nadzieją śledzi front walki z koronawirusem. Pierwsze szczepionki będą dostępne w styczniu, lutym. Ta informacja ożywiła giełdy i rynki finansowe, ale wywołała dyskusję o ich bezpieczeństwie. W końcu żadna inna wakcyna nie trafiła do pacjentów w tak krótkim okresie i szybkiej procedurze dopuszczenia do obrotu. W kraju zaczęła się debata o wadach i zaletach szczepionek. Okazuje się, że Polacy

znają się nie tylko na piłce nożnej i polityce, ale także medycynie. Prawie każdy nosi w plecaku buławę naczelnego epidemiologa RP. Przestrzeń publiczną w dyskusjach i na forach internetowych zalewa coraz więcej skrajnych i nieodpowiedzialnie używanych pseudodowodów naukowych. Jako Uczelnia musimy nadać ton tej dyskusji i pokierować ją na naukowe, a nie demagogiczne tory. Nikogo nie można zmuszać do szczepień, ale trzeba rzetelnie dyskutować i pokazywać za i przeciw. *Experto credite* - Ufajcie doświadczonemu!

Anglicy oparli się na autorytecie społecznym królowej Elżbiety. Wiekowa monarchini zaszczepi się jako jedna z pierwszych. W ten sposób da przykład seniorom, aby zadbali o swoje zdrowie i życie. W Polsce przebijają się pomysły, aby osoby zaszczepione zwolnić z kwarantanny i obowiązku noszenia maseczek. Czeka nas trudny czas przebicia się z rzetelnymi informacjami na temat szczepień, bo z pierwszych sondaży wynika, że ponad połowa Polaków boi się szczepionki przeciw SARS-CoV-2.

Gotowe są tymczasowe szpitale dla chorych na Covid-19 przy ul. Żurawiej i w hali sportowej UMB. Ogromna mobilizacja przyniosła efekty i kosztowne inwestycje powstały zgodnie

z planem. Pozostaje pytanie, czy uda się pozyskać specjalistyczny personel, którego brakuje na rynku medycznym nie tylko w regionie, ale i całym kraju?

Szkoda, że nie mogliśmy się spotkać na tradycyjnej uroczystości w Aula Magna wręczenia rocznych nagród JM. Rektora. Moment, kiedy naukowcy i dydaktycy odbierają wyróżnienie jest bardzo wzruszający i motywuje do ciężkiej pracy. Ba, u niektórych pod wpływem emocji wyzwał nawet naukowe postanowienie: za rok będę w pierwszej dziesiątce! Cóż pandemia pozbawiła nas tej szczęśliwej chwili przebywania razem i wspólnego celebrowania osiągniętych sukcesów.

Signum temporis - blisko 30 proc. Polaków skorzystało już z lekarskiej teleporady, a ponad 10 proc. z wizyty wideo. Tak wynika z raportu przedstawionego przez Deloitte.

Nie zmienia to faktu, że pacjenci wolą tradycyjne wizyty u medyków. Wierzę, że większość tęskni za zwykłym, a nie wirtualnym kontaktem ze swoim lekarzem. Co ciekawe, po zakończeniu pandemii, z dobrodziejstw telemedycyny deklarując korzystanie tylko 5 proc. pacjentów...

W tym wyjątkowym czasie życzę Państwu bezpiecznie spędzonych świąt Bożego Narodzenia i mimo pandemii zacieśnienia rodzinnych więzów. Nawet jeśli kontakt z seniorami ograniczy się do telefonu, czy długiej rozmowy przez Skype'a. Może rok zaburzony przez Covid-19 pozwoli nam dojść do refleksji i zmiany życiowych priorytetów...

Życzę także Państwu nadziei na lepsze jutro w nowym 2021 r. Wierzę, że dzięki odpowiedzialności za siebie i innych szybko pokonamy koronawirusa i nadrobimy zawieszony przez pandemię czas!

Marcin Tomkiel

Spis treści

- 4 | **Nasz przewodniczący Parlamentu Studentów RP**
- 4 | **Prof. Flisiak w Radzie Medycznej premiera**
- 4 | **Top 2% Uniwersytetu Stanford**
- 4 | **Prof. Mroczko w PKE**
- 4 | **CoNieCo z III miejscem**
- 4 | **UMB w komisjach KRASP**
- 4 | **Nagrody rektora za rok 2019**
- 5-6 | **Aula Nobilium, czyli skarbiec historii UMB**
- 7-8 | **5 lat hybrydy PET/MRI**
- 8-9 | **Rozmowa o nowoczesnej diagnostyce obrazowej**
- 9 | **9 mln zł na badania raka gruczołu krokowego**
- 10 | **Porządkowanie nazw budynków UMB**
- 10 | **Student w szpitalu potrzebny od zaraz**
- 11 | **Telekardiologia dla dzieci w UDSK**
- 12 | **A co kiedy umiera dziecko?**
- 12 | **Taki mały, taki duży**
- 13-15 | **Zmiany w Samorządzie Doktorantów UMB**
- 15-16 | **Pierwsze urodziny Szkoły Doktorskiej UMB**

- 17-20 | **Covid jak rosyjska ruletka**
- 20 | **Szybki i czuły. Nowy test na koronawirusa z UMB**
- 21 | **Szpital tymczasowe UMB**
- 23-22 | **Studia online. Mówią studenci**
- 24 | **Nowe granty badawcze**
- 25-26 | **Podnosimy kompetencje pomimo COVID-19. Cz. 2**
- 27-28 | **Ludzie profesora Szamatowicza**
- 28-29 | **Wspomnienie o prof. Michale Pryszmoncie**
- 30 | **Nie bój się!**
- 31 | **Dar Bożego Narodzenia**

SKŁAD REDAKCJA:

Redaktor naczelny: Marcin Tomkiel

Zastępca redaktora naczelnego: Adam Hermanowicz

Sekretarz redakcji: Katarzyna Malinowska-Olczyk

Redakcja: Tomasz Dawidziuk, Magdalena Muskała, Wojciech Więcko

Współpracownicy: Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska

Korekta: Ewa Krzemińska Skład i druk: Drukarnia Biały Kruk

Projekt strony internetowej: Monika Fiedorowicz

Projekt okładki: Drukarnia Biały Kruk

nakład: 300 egzemplarzy


ADRES REDAKCJI:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego

15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1, tel. (85) 74854 85, email: medyk@umb.edu.pl

www.medyk.umb.edu.pl

 / MEDYK BIAŁOSTOCKI  / MEDYKBIALOSTOCKI1956

 / MEDYK BIAŁOSTOCKI



Nasz przewodniczący Parlamentu Studentów RP

Mateusz Grochowski, student Wydziału Nauk o Zdrowiu, a w przeszłości przewodniczący Samorządu Studentów UMB, został wybrany na stanowisko przewodniczącego Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej.

Wybory odbyły się 28 listopada podczas XXVI Zjazdu Delegatów PSRP. Kadencja nowego przewodniczącego rozpocznie się wraz z nowym rokiem.

Mateusz Grochowski jest na UMB doskonale znany ze swojej aktywnej działalności. Na arenie krajowej: od 2018 roku jest przewodniczącym jednej z komisji branżowych Parlamentu Studentów RP, od 2019 r. uczestniczy w posiedzeniach Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz jest ekspertem ds. studenckich w Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

BDC

Prof. Flisiak w Radzie Medycznej premiera

Prof. Robert Flisiak z Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UMB znalazł się w Radzie Medycznej premiera Mateusza Morawieckiego.

Profesor znany jest z wyrażania swoich poglądów na temat pandemii, w których często krytykuje decyzje władz państwowych.

- Jak można odmówić w sytuacji, gdy jest potrzeba narodowa, a premier przynajmniej deklaruje wolę słuchania nas? - powiedział w TVN24, tłumacząc, dlaczego dołączył do Rady Medycznej. Dodał przy tym, że do tej pory rząd nie słuchał ekspertów.

Rada funkcjonuje przy głównym doradcy premiera do spraw COVID-19 prof. Andrzeju Horbanie. Do jej zadań należy analiza i ocena bieżącej sytuacji epidemiologicznej w kraju.

BDC

Top 2% Uniwersytetu Stanford

Dwójka naukowców z UMB znalazła się w rankingu Top 2% najczęściej cytowanych badaczy na świecie. Ranking opublikował naukowiec Uniwersytetu Stanforda, w współpracy z wydawnictwem Elsevier i przedsiębiorstwem SciTech Strategies.

Wyróżnieni zostali prof. Elżbieta Skrzydlewska (kierownik Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej) oraz prof. Jan Braszko (Zakład Farmakologii Klinicznej). W rankingu znalazła się jeszcze prof. Jolanta Małyško - obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny - to spora część jej dorobku klasyfikowana jest jako UMB.

Sklasyfikowano niemal 160 tysięcy naukowców ze świata.

Prof. Mroczo w PKE

Prof. Barbara Mroczo została wybrana na przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej do Państwowej Komisji Egzaminacyjnej przeprowadzającej Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.

Prof. Mroczo to dyrektor Szkoły Doktorskiej UMB oraz pełnomocnik rektora ds. zapewnienia i doskonalenia jakości kształcenia UMB. Kieruje Zakładem Diagnostyki Chorób Neurozwyrodnieniowych oraz Zakładem Diagnostyki Biochemicznej UMB.

CoNieCo z III miejscem

Nasz uczelniany Klub Studencki CoNieCo został wyróżniony przez Parlament Studentów Rzeczypospolitej Polskiej III miejscem w konkursie na „Aktywność kulturalna w środowisku akademickim”. Brawo!



UMB w komisjach KRASP

Prof. Adam Krętowski, rektor UMB, został powołany do stałej Komisji Nauki Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP) na kadencję 2020-24.

Komisja złożona z wybitnych ekspertów (byłych i obecnych rektorów) ma za zadanie analizować i opiniować akty prawne (zarówno parlamentarne jak i rządowe) dotyczące działalności naukowej polskich uczelni. Ponadto komisja tworzy projekty uchwał odpowiadających na aktualne potrzeby środowiska akademickiego.

Za to prof. Tomasz Hryszko, prodziekan ds. Rozwoju i Nauczania Anglojęzycznego Wydziału Lekarskiego UMB został powołany do Zespołu Ekspertów przy Prezydium KRASP. Zespołowi przewodniczy prof. Stanisław Kistryn (Uniwersytet Jagielloński).

Nagrody rektora za rok 2019

Do nagrodzenia zakwalifikowano 569 wniosków, w tym: 20 wniosków o nagrodę naukową za pozyskanie grantu na działalność naukową, 263 o nagrodę naukową za prace publikacyjne i uzyskane patenty, 277 o nagrodę dydaktyczną, 9 o nagrodę za całokształt dorobku.

Ks. Sebastian Kondzior, kapelan szpitala USK

- XXI wiek jest okresem odkrycia sztucznej trzustki, wątroby, implantu siatkówki, nośników i systemu szybkiej wymiany informacji. Rok 2020 zapisał się na kartach historii jako rok pandemii wirusa SARS-Cov-2, który zakpił z poziomu wiedzy i technologii XXI wieku. Wirus wywrócił społeczny ład budowany przez wiele lat



Aula Nobilium. Drzwi z lewej strony to wejście do Aula Magna, fot. Wojciech Więcko

Aula Nobilium, czyli skarbiec historii UMB

Piękna i karmazynowa. Niegdyś to była sypialnia królewska. Potem historia różnie obchodziła się z tym pomieszczeniem. Na szczęście sala ta odzyskała już swoją świetność. Będzie w niej gromadzona historia absolwentów naszej uczelni - to Aula Nobilium.

Znajduje się na pierwszym piętrze Pałacu Branickich i łączy się z Aula Magna (drugie zamaskowane wejście ma od strony klatki schodowej po stronie rektoratu). Jeszcze rok temu było to pomieszczenie techniczne, z którego korzystało się przy okazji wydarzeń na głównej pałacowej auli. Pomysł na przekształcenie tej sali w miejsce skupiające historię alumnów i przyjaciół uczelni, rektorzy Adam Krętowski i Marcin Moniuszko przywieźli z Nashville (USA), gdzie uczestniczyli w VII Zjeździe Absolwentów i Przyjaciół AMB/UMB w Ameryce Północnej (2018 r.). W Stanach Zjednoczonych takie aule pamięci (choć często nawet całe budynki poświęcone absolwentom) są bardzo popularne.

- Mamy ponad 30 tys. absolwentów. Wiele z tych osób osiągnęło sukces zawodowy, mają niesamowite osiągnięcia czy pasje, a o tych osobach często niewiele wiemy. Dlatego powstał pomysł stworzenia takiego miejsca, w którym o tym wszystkim będzie się

można dowiedzieć - powiedział rektor prof. Adam Krętowski, który uczestniczył w otwarciu Aula Nobilium.

Historia

Historycznie to dawna sypialnia królewska. W XVIII wieku Jan Klemens Branicki gościł w niej królów polskich, m.in. Augusta II, Augusta III, czy Stanisława Augusta Poniatowskiego. Pałac miał wówczas 115 apartamentów paradnych, a te najznakomitsze znaj-

W XVIII wieku Jan Klemens Branicki gościł w swoim pałacu królów polskich, m.in. Augusta II, Augusta III, czy Stanisława Augusta Poniatowskiego. Ten miał wówczas 115 apartamentów paradnych, a najznakomitsze znajdowały się właśnie na I piętrze w korpusie głównym.

dowały się właśnie na I piętrze w korpusie głównym.

W tamtym okresie Białystok nie znajdował się jak obecnie na wschodzie kraju, lokował się raczej w jego centrum. To właśnie dlatego w drodze na obrady parlamentu w Grodnie zajeżdżali tu nobliwi goście. A że Branicki też miał ochotę być królem Polski, dlatego jego pałac też musiał sięgnąć tych aspiracji. Już w XVIII wieku był określany mianem polskiego Wersalu lub też hotelem koronowanych głów.

Dr Magdalena Muskała, kierownik Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB: - Pomieszczenia na pierwszym piętrze pałacu zostały tak ukształtowane, by spełniały przestrzeń ceremonialną. Aby dostać się do sypialni królewskiej, która pełniła też rolę gabinetu audiencyjnego, trzeba było przejść przez szereg apartamentów. W zależności od rangi gościa i jego wizyty, ta liczba komnat do przejścia była zwiększana. To właśnie w sypialni królewskiej podejmowano najważniejsze decyzje.



W normalnych czasach otwarcie Aula Nobilium czy prezentacja nowej monety NBP, przyciągnęłyby tłumy gości. W czasach pandemii musiała wystarczyć transmisja online z wydarzenia

Odbudowa

Historia bardzo okrutnie obeszła się z tym miejscem. W XIX wieku zlikwidowano gabinet królewski, zabrano wszelkie ozdoby i stworzono tu jedną z sal Instytutu Panien Szlacheckich. Podczas II wojny światowej sala praktycznie w całości została zniszczona.

Z inwentarza Branickiego - na którym opierano się odtwarzając pomieszczenie - wynika, że pokój miał białą boazerię z pozłaczanymi listwami, posadzkę dębową, łóżko podwójne z kotarą, wielki tron, a ściany obite były adamaszkiem w kolorze karmazynowym. Na ścianie wisiało lustro o sześciu taflach.

- Chcemy, by to pomieszczenie spajało ze sobą historię i nowoczesność. To, czego byliśmy pewni, odtworzyliśmy, to do czego nie mieliśmy pewności, będzie miało charakter nowoczesny - tłumaczyła podczas uroczystości dr Muskała.

Skala wojennych zniszczeń pomieszczenia nie dawała wielkich nadziei na odnalezienie oryginalnych artefaktów. Mimo to w niszy pieca udało się odnaleźć malowidła z XVIII wieku oraz fragmenty marmurowej posadzki z tego okresu.

Do zakończenia prac pozostało wyposażenie sali, odtworzenie płyty kominowej z herbem Branickich i ustawienie w centralnym miejscu kiosku multimedialnego. To właśnie w nim, oraz znajdującym się na jednej ze ścian wielkim monitorze, będzie wyświetlana historia absolwentów naszej uczelni, ale też osób, które zasłużyły się dla pałacu, miasta i kraju.

Na razie z uwagi na obostrzenia epidemiologiczne Aula Nobilium jest zamknięta (jak cały Pałac Branickich) dla zwiedzających. ■

WOJCIECH WIĘCKO

Europejskie Dni Dziedzictwa

Uroczystość otwarcia Aula Nobilium oraz prezentacja nowej monety 5-złotowej odbyły się w ramach obchodów na naszej Uczelni Europejskiego Dnia Dziedzictwa.

W skali globalnej to inicjatywa Rady Europy i Unii Europejskiej, mającą na celu promowanie zabytków, edukację historyczną i promo-

wanie różnorodności regionalnego dziedzictwa kulturowego. Lokalnie to promowanie działalności m.in. uczelni wyższych wśród społeczności. Pokazanie, że nie tylko w sposób naukowy szkoły wyższe oddziałują na swoje otoczenie, ale są też swoistymi centrami kulturalnymi i integracyjnymi.



5 zł z Pałacem Branickich

18 listopada Narodowy Bank Polski wprowadził do obiegu monetę okolicznościową o nominale 5 zł z serii „Odkryj Polskę” - „Pałac Branickich w Białymstoku”. Uroczystość ta miała miejsce w Aula Magna Pałacu Branickich, podczas Europejskiego Dnia Dziedzictwa Akademickiego, a także przy okazji otwarcia Aula Nobilium.

Moneta - podobnie jak normalna pięcioletówka - składa się z dwóch części. Jej pierścień jest wykonany z miedzioniklu (MN25), a rdzeń z brązu (CuAl6Ni2). Jej średnica wynosi

24 mm, a waga - 6,54 g. Brzeg monety jest moletowany nieregularnie; na boku ośmiokrotnie powtórzony jest napis: NBP, co drugi odwrócony o 180 stopni, rozdzielony gwiazdkami. Nakład - 1,2 mln sztuk. Wizerunek Pałacu Branickich użyty do zaprojektowania monety pochodzi ze zdjęcia Rafała Muskały. Projektant monety: Dobrochna Surajewska. ■

BDC

5 lat hybrydy PET/MRI

W tym roku Pracownia Bioskaner obchodzi jubileusz 5-lecia działalności. Udało nam się zbudować wspaniały zespół, który potrafi wykorzystać potencjał wysoce innowacyjnego aparatu Biograph mMR do badań PET/MRI.

W kwietniu 2015 roku wykonaliśmy pierwsze innowacyjne badanie PET/MRI w Białymstoku. To olbrzymi sukces biorąc pod uwagę fakt, iż pierwsze badanie PET/MRI w świecie zostało wykonane w Szpitalu Uniwersyteckim w Genewie w 2011 r. Obecnie mamy na koncie ponad 1400 wykonanych badań PET/MRI.

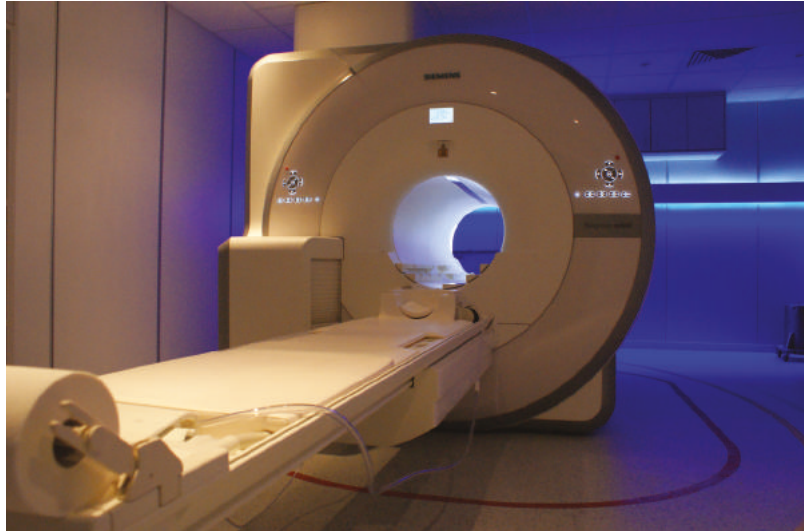
Hybrydowa metoda diagnostyczna PET/MRI łączy w sobie 2 różne badania:

1. *PET (Pozytonowa Emisyjna Tomografia)* - diagnostyka na poziomie molekularnym. W zależności od podanego radioznacznika emitującego promieniowanie jonizujące, otrzymane obrazy mogą ukazywać metabolizm, funkcję, gęstość receptorową tkanek i narządów wewnętrznych.
2. *3T MRI (3-Teslowy Magnetyczny Rezonans Jądrowy)* - diagnostyczny rezonans magnetyczny, który poza obrazowaniem anatomii narządów wewnętrznych, przy zastosowaniu zaawansowanych sekwencji umożliwia przeprowadzenie wieloparametrycznej diagnostyki obrazowej.

Posiadanie hybrydowego aparatu pozwala dodatkowo na wykorzystanie go do badań rezonansu magnetycznego, które są często wykonywane również w celach naukowych.

Możliwości diagnostyczne metody PET/MRI

Badanie PET/MRI jest badaniem całego ciała, podczas którego PET i MRI wykonywane są symultanicznie, tzn. jednocześnie. Co umożliwia ocenę morfologii, funkcji i metabolizmu tkanek całego ciała w jednym badaniu. Jest to bardzo nowoczesna technika. Doniesienia naukowców z Niemiec, którzy mieli możliwość przebadania ponad 1000 pacjentów, u których wykonano jednego dnia badanie PET/CT oraz PET/MRI wskazują, że wykrywalność zmian patologicznych w wybranych nowotworach w metodzie PET/MRI jest wyższa o 15% w stosunku do PET/CT. Udowodniono również, że naraże-



Nowoczesna hybryda PET/MRI to serce Pracowni Bioskaner. Jednak bez zespołu, który ją obsługuje, było by to tylko zwykłe urządzenie, fot. Archiwum Bioskaner, fot. Archiwum Bioskaner 2019 r.

nie na promieniowanie jonizujące przy wykonaniu badania jest niemal o 80% niższe (79,6% ($p < 0,001$)) w odniesieniu do PET/CT.

Badanie PET/MR całego ciała znajduje zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny i umożliwia:

W onkologii: ocenę stadium zaawansowania zmian, z dokładną oceną morfologiczną i metaboliczną zmiany pierwotnej, węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych; weryfikację przypadków podejrzenia wznowy procesów nowotworowych; przeprowadzenie precyzyjnego planowania radioterapii

oraz ocenę efektywność zastosowanego leczenia;

W neurologii: diagnostykę różnicową zaburzeń otępiennych ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera, lokalizację ognisk padaczkorodnych;

W kardiologii: ocenę żywotności mięśnia sercowego, poszukiwanie ognisk zapalenia mięśnia sercowego;

Poszukiwanie oraz ocena aktywności ognisk zapalnych w całym organizmie

Wykonując jedno kompleksowe badanie można uniknąć wykonania wielu innych, często bolesnych i niekomfortowych procedur medycznych

czy generujących dodatkowe narażenie na promieniowanie jonizujące.

Radiofarmaceutyki

W przypadku badań PET olbrzymie znaczenie ma również dostępność radiofarmaceutyków, które pełnią rolę znaczników w badaniach. Nasi specjaliści z zakresu medycyny nuklearnej i radiofarmacji w zależności od celu badania dobierają odpowiedni radiofarmaceutyk. Cały czas pracujemy nad tym, aby poszerzać paletę dostępnych radioznaczników, a tym samym rozszerzać ofertę badań diagnostycznych i naukowych. W tej chwili pracownia korzysta z szerokiej palety radiofarmaceutyków cyklotronowych, takich jak: 18F-fluorodeoksyglukoza (FDG), 18F-fluorocholina (FCh), 18F-Florbetaben, 18-Fluoro-etyl-L-tyrozyna (FET). Prowadzone są również projekty naukowe z wykorzystaniem radiofarmaceutyków niezarejestrowanych, takich jak 18F-PSMA, który jest znacznikiem swoistym dla raka gruczołu krokowego. W ramach kontraktu terytorialnego powstaje Centrum Obrazowania Molekularnego, które będzie wyposażone w najnowocześniejsze laboratoria do wytwarzania radiofarmaceutyków. W pierwszej kolejności przygotowujemy się do wdrożenia radiofarmaceutyków na bazie ⁶⁸Ga, które będą pozyskiwane, znakowane i kontrolowane na miejscu. Da nam to nowe możliwości diagnostyczne m.in. guzów neuroendokrynnych (⁶⁸Ga-DOTA-TATE, ⁶⁸Ga-DOTA-TOC) czy też raka gruczołu krokowego (⁶⁸Ga-PSMA-11). Dodatkowo jesteśmy otwarci na podjęcie współpracy naukowej z innymi ośrodkami. Radiofarmaceutyki do badań naukowych oraz ich dostępność ustalamy na bieżąco w zależności od potrzeb danego projektu.

Współpraca naukowa

Pracownia BioSkaner prowadzi i prowadziła szereg projektów naukowych, m.in. we współpracy z naukowcami z UMB. W efekcie mamy możliwość wykonywania wysoce innowacyjnych badań z również wykorzystaniem niezarejestrowanych jeszcze radiofarmaceutyków. W 2016 r. powołano nową jednostkę uniwersytecką - Samodzielną Pracownię Laboratorium Obrazowania Molekularnego, która prowadzi działalność naukowo-dydaktyczną na terenie pracowni. Uczestniczymy w realizacji

licznych projektów: Centrum Sztucznej Inteligencji, MOBIT, czy Białostok+. Cieszymy się, że wielu naukowców już korzysta z możliwości diagnostycznych i naukowych, jakie oferuje nasza jednostka. W ciągu 5 lat działalności udało nam się wypracować wiele ciekawych wyników, z których część została już opublikowana. Łączny Impact Factor publikacji powstałych we współpracy z LOM wynosi 25,294. Przykładem jest praca „Wykorzystanie obrazowania hybrydowego PET/MRI w kompleksowej ocenie diagnostyczno-klinicznej pacjentów z tętnicznym nadciśnieniem płucnym”, która została doceniona i opublikowana w prestiżowym brytyjskim czasopiśmie Heart (wskaźnik Impact Factor 5,213) w maju 2020 r.

Warto zainteresować się tą innowacyjną techniką obrazowania. Z uwagi na krótki okres, jaki upłynął od wprowadzenia na rynek aparatów PET/MRI ilość dostępnych publikacji naukowych wciąż jest bardzo ograniczona, a te publikowane opierają się na niewielkich, często kilkusobowych grupach pacjentów. Dlatego też, nawet dysponując stosunkowo niewielkim budżetem, mamy szansę na realizację atrakcyjnych projektów naukowych. ■

OPR. BIOSKANER, BDC

Pracownia BioSkaner prowadzona jest przez Laboratorium Obrazowania Molekularnego i Rozwoju Technologii Sp. z o.o., która jest spółką celową UMB. Uczelnia posiada 100 proc udziałów w firmie, która mieści się na terenie Białostockiego Parku Naukowo - Technologicznego. Pracownia została wyposażona w najnowocześniejszy sprzęt na skalę światową - skaner Siemens 3T Biograph mMR. Do zakresu działalności spółki należy wykonywanie:

- badań Pozytonowej Tomografii Emisyjnej z Rezonansem Magnetycznym PET/MRI
- badań rezonansu magnetycznego MRI 3T

Rozmowa o nowoczesnej diagnostyce obrazowej

Wojciech Więcko: Bioskaner skończył właśnie pięć lat. Jego sercem jest nowoczesna hybryda Pet/MRI. Możemy już powiedzieć, że umiemy wykorzystać jej potencjał?



Daniel Górski, Dyrektor Zarządzający LOMiRT: - To bardzo innowacyjny sprzęt. Na świecie pierwsze badanie z użyciem takiego urządzenia wykonano w Szwajcarii w 2011 roku. My już w 2015 r. mieliśmy tę aparaturę w Białymstoku. To, co się zmieniło przez te pięć lat, to bardzo wzrosło nasze doświadczenie w prowadzeniu takich badań. Wykonaliśmy ich ok. 1,4 tys. i to z różnymi znacznikami, w różnych schorzeniach. Chciałbym podkreślić, a o tym mówi się niewiele, że w przypadku tak nowatorskich urządzeń - kluczowy jest zespół, który je obsługuje. I my mamy świetnych ludzi, przewodzi im dr n. med. Małgorzata Mojsak, wspomniały naukowiec i wybitny specjalista. Szkolimy się na całym świecie, zbieramy doświadczenia od najlepszych. Dzięki temu, w porównaniu do naszego startu, bardzo mocno rozszerzyliśmy ofertę naszych badań diagnostycznych. Już nie tylko diagnozujemy zmiany w ciele, a potrafimy zajrzeć do wnętrza mózgu, wykrywać nowotwory w tej skomplikowanej strukturze. Mamy specjalne znaczniki do chorób neurodegeneracyjnych, choćby takie pomagające nam określić, czy u danej osoby może wystąpić np. choroba Alzheimera.

Każdy wprowadzonym przez nas nowy radiofarmaceutyk oznacza, że możemy diagnozować nowe choroby lub te, które wcześniej już potrafiliśmy badać, możemy przebadać dużo dokładniej. To pozwala na wykrycie niepożądanych zmian dużo wcześniej i szybciej im przeciwdziałać. Podam

przykład: realizujemy teraz bardzo ciekawy projekt z fluorowanym PSMA. To znacznik dla raka gruczołu krokowego. W grupie naszych pacjentów, w 8 na 10 przypadków, znaleźliśmy wznowę nowotworu na bardzo, bardzo wczesnym etapie jego rozwoju. To mocno zwiększa szansę na szybką reakcję w postaci radioterapii, czy nawet dodatkowej operacji.

Te nowe radioznaczniki zamykają już wasz potencjał?

- Nie, chcemy mieć w ofercie jak największą paletę. Dlatego idziemy krok dalej i jako uczelnia jesteśmy już na końcowym etapie projektowania Zakładu Radiofarmacji, który będzie zlokalizowany obok Białostockiego Parku Naukowo-Technologicznego. Będziemy tam produkować część potrzebnych nam radiofarmaceutyków. Dzięki temu zwiększamy nasze możliwości działania, a dla naszych pacjentów skróci się czas oczekiwania na badania.

Jesteście nie tylko typową jednostką badawczą, ale także przyjmujecie zwykłych pacjentów do badań.

- Tak, choć trzeba przyznać, że dużo chętniej od lokalnych pacjentów z naszych usług korzystają osoby spoza województwa. Większość pacjentów przyjeżdża z Polski, ale też np. z Anglii czy Norwegii, niedługo pojawią się pacjenci z Białorusi. W przypadku osób z zagranicy w grę wchodzi tzw. turystyka zdrowotna. W Anglii takie badania kosztują ponad 3 tys. funtów, u nas od 6,5 tys. zł.

Z jednej strony wykorzystujemy bardzo innowacyjną technologię i to jest super. Z drugiej zaś - dla wielu lekarzy jest to zbyt nowoczesna procedura. Nie znają jej. Nie wiedzą, jak bardzo może ona pomóc ich pacjentom, a w związku z tym nie kierują ich do nas. Dochodzi do tego jeszcze bariera cenowa, często lekarz uważa, że pacjenta nie będzie stać na takie badanie. Tak więc nie informuje go o tej możliwości. Nic bardziej mylnego, ponieważ w sytuacji gdy zagrożone jest nasze życie pieniądze nie są najważniejszym problemem. Wydaje mi się, że to właśnie dlatego mamy tak wielu pacjentów spoza regionu.

**ROZMAWIAŁ:
WOJCIECH WIĘCKO**

9 mln zł na badania raka gruczołu krokowego.

Agencja Badań Medycznych przyznała UMB 9 mln zł grantu na badania kliniczne raka gruczołu krokowego z wykorzystaniem nowoczesnego urządzenia PET/MRI z radioznacznikiem PSMA.

Włączenie nowoczesnego badania PET/MR i innowacyjnego radioznacznika do standardowego postępowania u chorych z rakiem prostaty może istotnie poprawić efektywność leczenia oraz długofalowo wydłużyć czas przeżycia oraz jakość życia chorych na raka gruczołu krokowego. Na podstawie dotychczasowych nielicznych doniesień naukowych oczekiwane jest osiągnięcie, w porównaniu do tradycyjnej metody diagnostycznej, wyższej wartości badania oraz większego wpływu na decyzję terapeutyczną.

W ramach projektu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku wraz z partnerem (CO Bydgoszcz) wykonają po 188 badań z 68GA-PSMA PET/CT (pozytonowa emisyjna tomografia z tomografią komputerową z użyciem innowacyjnego radioznacznika 68Ga-PSMA (ang. Prostate Specific Membrane Antigen) oraz 68GA-PSMA PET/MR. Wartość dofinansowania to 9,2 mln PLN. Celem badania będzie porównanie zastosowania obu technik u chorych.

Wieloośrodkowym badaniem perspektywnym zostanie objętych 366 chorych. Otrzymane dane będą weryfikowane wynikami z badania histopatologicznego (u pacjentów po wycięciu prostaty lub poddanych biopsji celowanej prostaty opartej na nawigacji obrazem PET/MRI) i/lub poprzez 12-miesięczną obserwację chorych (u wszystkich pacjentów pomiar wartości PSA).

Rak gruczołu krokowego (RGK) jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w populacji męskiej w Europie, a drugim (po raku płuca) na świecie. W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost zachorowań na raka gruczołu krokowego. W 2017 zdiagnozowano go w Polsce u ponad 16 tys. mężczyzn, odnotowano ponad 5 tys. zgonów. Umieralność z powodu tego nowotworu w krajach Unii Europejskiej to średnio

37,4/100 tys., niestety w Polsce jest wyższa i wynosi 48,4/100 tys. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) wskazują na to, że w niektórych sytuacjach standardowe metody obrazowania mają niewystarczającą wartość diagnostyczną. W związku z tym, w oparciu o obiecujące wyniki dotychczasowych doniesień klinicznych i naukowych, zaleca się stosowanie metody PET/CT (pozytonowa emisyjna tomografia z tomografią komputerową) z użyciem innowacyjnego radioznacznika 68Ga-PSMA (ang. Prostate Specific Membrane Antigen) u pacjentów ze

Rak gruczołu krokowego jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w populacji męskiej w Europie, a drugim (po raku płuca) na świecie

wczesną wznową biochemiczną po usunięciu raka prostaty oraz u chorych z RGK średniego i wysokiego ryzyka w przedoperacyjnej ocenie zaawansowania zmian. Poza skanerami PET/CT od 2011 r. na rynku medycznym dostępna jest również technika symultanicznego PET/MR (pozytonowa emisyjna tomografia z rezonansem magnetycznym). Jej innowacyjność polega na tym, że jednocześnie razem z badaniem PET przeprowadzany jest diagnostyczny MR całego ciała z wykorzystaniem wielu sekwencji, w tym z mpMR miednicy mniejszej. Badanie molekularne PET/MR jest techniką multimodalną dostarczającą wielu danych, poza tymi z badania PET oraz strukturalnymi z MR, również informacje dotyczące gęstości komórkowej, perfuzji tkanek i in., ponadto posiada lepszą rozdzielczość w ocenie tkanek miednicy mniejszej oraz niską dawkę promieniowania jonizującego.

OPR. BDC

Porządkowanie nazw budynków UMB

Senat UMB zdecydował o nowych nazwach dla budynków i pomieszczeń znajdujących się na terenie uczelnianego kampusu. Mamy więc już: Aula Nobilium, Centrum Futuri, Collegium Familiare oraz Collegium Integratio.

W naszej uczelni realizowany jest obecnie projekt nowego oznakowania budynków i pomieszczeń. To m.in. w efekcie tych prac postanowiono unormować wszelkie nazwy. Chodzi o to, że każdy z budynków powinien mieć swoją nazwę. Te najpopularniejsze to Collegium Universum, czy Collegium Primum, czy wydziałowe: Euroregionie Centrum Farmacji, czy Centrum Dydaktyczno-Naukowe Wydziału Nauk o Zdrowiu.

- Kiedy użyjemy jednej z tych nazw, każdy będzie wiedział, o co nam chodzi. A były u nas budynki, w których mieściło się po kilka różnych zakładów i dlatego miały kilka równoległe funkcjonujących nazw. Tylko wtajemniczeni wiedzieli pewnie, gdzie jest budynek „zintegrowanej”, albo „przedszkola” - tłumaczy dr Magdalena Muskała, szefowa Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB. To ona razem z Hanną Sarosiek (Dział Promocji i Rekrutacji) oraz dr Anna Serwicka-Kapała (Studium Języków Obcych) zaproponowały nowe nazwy.

Największa zmiana dotyczy nowego pomieszczenia poświęconego naszym absolwentom. Do tej pory „roboczo” nazywanego Aula Alumni (sala obok Aula Magna, Pałac Branickich). Sęk w tym, że jest to niepoprawna forma z języka łacińskiego, która została zaczerpnięta wprost ze Stanów Zjednoczonych (tam jest stosowana powszechnie).

- Chcąc zastosować poprawną formę, trzeba by użyć zwrotu „Aula Alumnorum”. Kiedy zrobiliśmy sondę w naszej społeczności akademickiej, większości osób taka nazwa się nie podobała, a co więcej kojarzyła z alumnami z seminarium duchownego - dodaje dr Muskała.

Kolejną propozycją była „Aula Nobilium” - czyli miejsce zacne, dla osób zasłużonych, już nie tylko dla samej Uczelni, ale też szerzej dla Pałacu Branickich, czy miasta Białystok - zyskała aprobatę.

Centrum Futuri - tego budynku jeszcze nie ma, ale będzie w nim uczelniane centrum genomu, czyli miejsce, w którym będzie się badać

w nowatorski sposób wnętrze człowieka, zajmować się przyszłością nauki. Adres: ul. M. Skłodowskiej 24A w Białymstoku.

Collegium Familiare - budynek mieszczący się przy ul. Mieszka I 4A, w Białymstoku. Tu nazwę zaczerpnięto wprost od jednostek znajdujących się w obiekcie, które zajmują się szeroko rozumianą medycyną rodzinną.

Collegium Integratio - budynek mieszczący się przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 7A w Białymstoku. To wymieniony wcześniej w artykule „zintegrowany”. Nazwa pochodzi od mieszczącej się tam jednostki Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej.

Jednocześnie zapadła decyzja, by wszelkie zmiany nazw obiektów zatwierdzane były decyzją senatu uczelni. ■

BDC

Student w szpitalu potrzebny od zaraz

300 w Krakowie, 280 w Lublinie, 80 w Zielonej Górze. Studenci kierunków medycznych jako wolontariusze wspierają szpitale w całej Polsce. Teraz również szpital USK w Białymstoku szuka studentów gotowych pracować na wolontariacie.

W Białymstoku jest już pierwszy student gotowy wesprzeć pracę SOR.

- Znam lekarzy i ratowników, którzy pracują na SOR i wiem, że sytuacja jest bardzo trudna - mówi Paweł Moczydłowski, student IV roku Wydziału Lekarskiego UMB. - W wielu szpitalach w Polsce organizowany jest wolontariat i zatrudniają studentów jako pomoc medyczną. Ja teraz na studiach większość zajęć mam w formie online, a tych praktycznych prawie w ogóle.

Szkoda mi czasu na siedzenie w domu. Uważam, że mam podstawowe kompetencje, by pomóc pacjentom i odciążyć personel np. Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Paweł widzi wiele płaszczyzn, na których mógłby się przydać.

- Mógłbym pomóc personelowi medycznemu w drobnych zabiegach medycznych, czy w uzupełnianiu dokumentacji medycznej - tłumaczy. - Mógłbym również wesprzeć ratowników medycznych czy pielęgniarki w ich pracy. Jeżeli byłaby taka potrzeba, mógłbym pielęgnować pacjentów: myć, wymieniać pościel czy choćby ich karmić. Wiem, że teraz osób do pracy jest za mało, a ja mógłbym chwilę porozmawiać z tymi

chorymi, którzy przecież są sami, bez osób najbliższych. Jestem otwarty.

Osoby chętne do pracy na wolontariacie mogą zgłaszać się do działu kadr USK w Białymstoku. Każdy wolontariusz przejdzie wstępne szkolenie, otrzyma również środki ochrony osobistej. ■

KM

Telekardiologia dla dzieci w UDSK

Projekt „TelePrzyjaciele od Serca”, realizowany w Klinice Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii szpitala dziecięcego w Białymstoku, wygrał konkurs „Telemedycyna w Dziecięcych Szpitalach Przyszłości” Fundacji K.I.D.S.

Projekt ma na celu diagnostykę arytmii serca u dzieci i młodzieży z wykorzystaniem urządzeń telemedycznych i zdalnego kardiomonitowania pacjentów. Dzięki niemu najmłodszy pacjenci szpitala w Białymstoku mogą liczyć na długoterminowy i małoinwazyjny monitoring EKG, który pozwoli zwiększyć wykrywalność istniejących zaburzeń oraz przyspieszy proces wykluczania tła kardiogenne. Z drugiej strony poprawia się też jakość pracy lekarzy, ponieważ mają oni możliwość przyspieszonej selekcji wygenerowanych materiałów do badań. Po trzecie - minimalizuje liczbę osób przebywających w szpitalu, co jest szczególnie ważne w dobie pandemii.

Pomysłodawcą projektu jest prof. Artur Bossowski, szef kliniki: - W 2017 roku uczestniczyłem w kongresie medycznym w Barcelonie. Tam na jednym z warsztatów zobaczyłem tę technologię, ale w zastosowaniu dla dorosłych z zawałami. Od razu sobie pomyślałem, a dlaczego tego nie zastosować u dzieci?

Diagnostyka małych pacjentów z wadami serca polega na tym, że przychodzą oni do szpitala, są podpinani do urządzeń i czeka się, co one pokażą.

- Prawdę mówiąc, czasami jest tak, że akurat w tym momencie wszystko jest w porządku i nic nie wychodzi. Do tego dochodzą nerwy i stres, bo wiadomo jak, dzieci i rodzice reagują na wizytę w szpitalu - tłumaczy prof. Bossowski.

Urządzenie do zdalnego monitoringu pracy serca jest wielkości telefonu komórkowego. Kabelkami odchodzą od niego 4 elektrody, które się podpinają do pacjenta i już wszystko działa.

Prof. Bossowski: - Dzięki temu możemy monitorować pacjenta przez dłuższy czas, a nie tylko przez ten moment, kiedy jest w szpitalu. Co więcej, w sytuacjach, kiedy dziecko czuje się gorzej, może nacisnąć spe-



Urządzenie do zdalnego monitoringu pracy serca jest wielkości telefonu komórkowego i jest proste w obsłudze, fot. Materiały prasowe

cialny przycisk na urządzeniu. Wtedy powiadamiane jest centrum monitorujące. Tam przez całą dobę dyżurują specjaliści, którzy od razu oceniają, co się dzieje.

Specjaliści mogą telefonicznie połączyć się z dzieckiem lub jego rodzicami, by wypytać o szczegóły sytuacji lub by poinstruować, co zrobić, aby wszystko wróciło do normy. W skrajnych sytuacjach, gdyby dziecko zasłabło i nie zdążyło nacisnąć guzika, po przekroczeniu progów alarmowych, urządzenie samo zaalarmuje centrum o niepożądanym zdarzeniu. A jako że ma wbudowany moduł lokalizacyjny, można do niego od razu wysłać karetkę.

- Pacjenci i ich rodzice zyskują na komforcie i bezpieczeństwie. Nie muszą tak często pojawiać się w szpitalu i mogą uprawiać normalną aktywność życiową, bo są zabezpieczeni na wypadek nagłych zdarzeń kardiologicznych.

- Najpierw udało mi się wypożyczyć dwa takie urządzenia. Sprawdziły się. Wtedy szpital kupił trzy na własność. A że potrzeby są dużo większe, to udało się nam wypożyczyć kolejne 17 urządzeń od firmy Telemedycyna Polska.

Jak wiadomo, nowoczesna medycyna jest bardzo droga. O ile samo wypożyczenie było bezpłatnie, to konieczne jest opłacenie kosztów specjalistów pracujących w centrum monitorującym. Tu akurat w porę pojawiła się nagroda z konkursu (20 tys. zł), która zostanie spożytkowana na ten cel.

Prof. Bossowski jest członkiem Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk. Z tej instytucji dostał sygnał, by sprawdzić możliwość wykorzystania tej technologii w innych chorobach, np. cukrzycy. ■

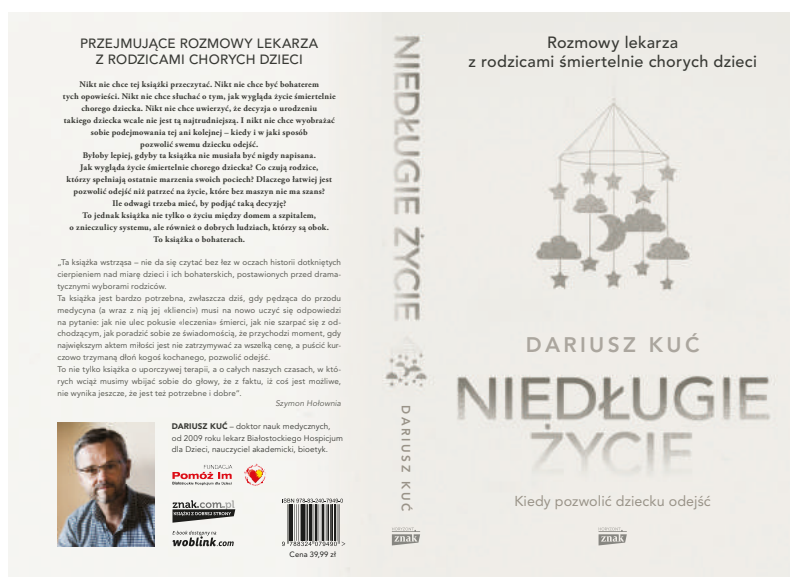
BDC

A co kiedy umiera dziecko?

Dr Dariusz Kuć (Zakład Medycyny Paliatywnej) napisał niezwykłą książkę o umieraniu dzieci śmiertelnie chorych pt. „Niedługie życie”. To przejmujący zapis rozmów lekarza z rodzicami takich maluchów.

Dariusz Kuć to lekarz medycyny rodzinnej i bioetyk. Bardziej jest znany ze swojej pracy w białostockim hospicjum dla dzieci i działalności na rzecz tego środowiska. Były dziennikarz Radia Białystok i laureat nagrody im. dr. Krzysztofa Kanigowskiego, do której lekarzy nominują pacjenci.

Dariusz Kuć o książce: - To oczywiście, że lekarze są powołani do tego, aby ratować życie. Jednak nie każde życie da się uratować. Są choroby, w których dość szybko musimy „skapitulować”. Te choroby dotyczą także dzieci. Łatwiej się z tym pogodzić, gdy śmierć zabiera osobę starszą. O wiele trudniej - gdy przychodzi po dziecko. Dla rodziców wiadomość, że ich syn czy córka umrze, jest najtragiczniejszą, jaką mogą usłyszeć. Wiem to, bo jako lekarz hospicjum dziecięcego od 10 lat spotykam się i rozmawiam z rodzicami, którzy dowiadują się, że u ich dziecka zdiagnozowano ciężką i nieuleczalną chorobę lub że dalsze leczenie jest niemożliwe. Postęp medycyny spowodował, że możemy coraz bardziej odsuwać w czasie dzień, w którym pacjent umrze. Ten postęp sprawił, że zarówno lekarze, jak i pacjenci, lub ich opiekunowie muszą sobie



Książka to przejmujący zapis 21 rozmów z rodzicami śmiertelnie chorych dzieci, fot. Archiwum Dariusza Kucia

zadawać pytania: „Do jakiego momentu powinniśmy walczyć ze śmiercią, do kiedy toczyć bój o życie, o jakie życie, w jakiej kondycji?”. Kiedy terapia staje się niewspółmierna do podejmowanych wysiłków, nieproporcjonalna, a nawet rozpaczliwa? Kiedy należy ją uznać za uporczywą? Ta książka to próba odpowiedzi na te pytania. Szukałem ich

przez kilka lat wraz z rodzicami 21 dzieci, które cierpiały z powodu chorób nieuleczalnych, będących pod opieką Białostockiego Hospicjum dla Dzieci Fundacji „Pomóż Im”.

Książka została opracowana przez Wydawnictwo Znak. ■

BDC

Taki mały, taki duży

Z okazji Dnia Wcześniaka (17 listopada) w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku zorganizowano konkurs fotograficzny. Rodzice mogli przysyłać aktualne zdjęcia swoich pociech zestawione z tymi, kiedy były wcześniakami urodzonymi w USK.

Przed pandemią, z okazji Dnia Wcześniaka, USK organizowało zwykle huczne spotkanie przedwcześnie urodzonych dzieci, ich rodziców oraz personelu Kliniki Neonatologii (to tam walczy się o wcześniaki). W tym roku wszystko trzeba było odwołać.

- Stąd też pomysł na konkurs fotograficzny - mówi dr Barbara Bebk,

inicjatorka akcji i Pielęgniarka Naczelna USK. - Chcemy tymi zdjęciami dodać otuchy rodzicom, którym niedawno urodziły się wcześniaki, ale też pokazać, że wspólnymi siłami wiele da się zdziałać.

Na konkurs pt. „To ja jestem wcześniakiem” wpłynęło łącznie 75 zdjęć. Jury miało wielki problem z wyłonieniem zwycięzcy. Ostatecznie główną nagrodę - sesję rodzinną w Studio Fotograficznym „Pajewska Studio” - otrzymało rodzeństwo 8-latków Helenka i Ignaś. Helenka ważyła 1050 gram, a Ignaś 900 g. ■

KM



Zmiany w Samorządzie Doktorantów UMB

Z początkiem listopada przedstawiciele Samorządu Doktorantów UMB przeprowadzili wybory uzupełniające spośród doktorantów I roku Szkoły Doktorskiej oraz wybory nowego przewodniczącego.

Po dwóch rocznych kadencjach, ze stanowiska ustąpiła mgr Karolina Nowak (doktorantka z Zakładu Immunologii UMB). Nową przewodniczącą została mgr Małgorzata Grudzińska - doktorantka z Zakładu Patomorfologii Ogólnej UMB.

Samorząd Doktorantów UMB tworzą wszyscy doktoranci uczelni (niemal 300 osób). Organem uchwałodawczym samorządu jest sejmik - 12 przedstawicieli poszczególnych lat ze studiów doktoranckich i z szkoły doktorskiej, wybranych w powszechnym głosowaniu. Przewodniczący kieruje pracami sejmiku, podejmuje inicjatywy na rzecz doktorantów oraz reprezentuje społeczność na forum ogólnopolskim.

Mimo ciężkich warunków spowodowanych sytuacją epidemiczną, udało nam się porozmawiać z nowo wybraną przewodniczącą Samorządu Doktorantów mgr Małgorzatą Grudzińską oraz ustępującą przewodniczącą mgr Karoliną Nowak.

Wojciech Więcko: Po co doktorantom własny samorząd? Jesteście małą grupą, czy nie lepiej byłoby włączyć się w strukturę Samorządu Studentów UMB?

Małgorzata Grudzińska: - Doktoranci stanowią ważną część wspólnoty akademickiej. Należy jednak podkreślić, że znacznie różniącą się od studentów oczekiwaniami, problemami czy wyzwaniem. Zbyt długo funkcjonowało określenie doktoranta jako studenta na dalszych latach kształcenia. W myśl ustawy zostaliśmy określani jako młodzi naukowcy, co doskonale oddaje charakter roli, którą pełniemy na uczelni. Zasadność istnienia samorządu doktorantów wynika więc także z tej okoliczności - ani nie jesteśmy studentami, ani nasz status



Ustępująca przewodnicząca Karolina Nowak (z lewej) i jej następczyni Małgorzata Grudzińska, fot. Wojciech Więcko

oraz rola na uczelni nie są podobne do studentów. Istnienie jednego samorządu byłoby zatem bezcelowe, bo studenci i doktoranci odznaczają się zupełnie innymi cechami.

Nowa ustawa o szkolnictwie wyższym dała środowisku doktoranckiemu wiele nowych przywilejów. Czujecie się docenieni?

Karolina Nowak: - W ustawie znaleźć można kilka zapisów, które umożliwiają doktorantom, w większym stopniu niż dotychczas, decydować o kształceniu i uczelni. Nie mogę powiedzieć, że zostaliśmy docenieni, bo zmiany zaproponowane w reformie szkolnictwa odbieram jako postawienie doktorantów we właściwym miejscu: nie jesteśmy studentami, a współtworzymy grupę młodych naukowców.

Kandydaci do Szkoły Doktorskiej nie rekrutują się, aby zrealizować z góry założony program (jak w przypadku studentów I i II stopnia), tylko w uzgodnieniu z promotorem, ustalają zasady według których chcą się naukowo realizować. Ponieważ biorą odpowiedzialność za realizację swojego planu badawczego, tym bardziej powinni mieć prawo do współtworzenia ogólnouczelnianych regulacji, które będą istotne dla ich codziennego funkcjonowania. Chociaż na naszej uczelni opinowanie dokumentów o tematyce związanej z doktorantami było dobrą praktyką i nasi przedstawiciele zawsze mogli przedstawić „doktorancki punkt widzenia”, dziś zasięgnięcie opinii Samorządu Doktorantów w wielu przypadkach jest prawnym wymogiem.

Jak to wygląda w praktyce?

Karolina Nowak: - Jak wrócimy pamięcią do poprzedniego roku, to większość z nas, niezależnie od stopnia naukowego i funkcji, jaką pełni na uczelni, prawdopodobnie przypomni sobie, że reforma szkolnictwa była jedną wielką niewiadomą. Dla Samorządu Doktorantów było to ogromne wyzwanie, ponieważ miała powstać zupełnie nowa forma kształcenia doktorantów, jaką jest szkoła doktorska. My bardzo się zaangażowaliśmy w jej tworzenie, uczestniczyliśmy w spotkaniach grupy roboczej, bierzemy również czynny udział w pracach rady programowej. Były momenty, kiedy wizje władz uczelni i nasza różniły się, ale ponieważ mamy wspólny cel, tzn. zapewnienie jak najlepszych warunków do rozwoju naukowego, to zawsze udawało nam się wypracować kompromis. Często wprost dostajemy pytania: na czym zależy doktorantom, nad jakimi kwestiami warto popraco-

wać, gdzie można zrobić coś inaczej, żeby doktoranci mogli wynieść więcej korzyści z kształcenia. I nasze pomysły są przyjmowane z aprobatą.

Minął rok funkcjonowania nowej ustawy i Szkoły Doktorskiej. Czy waszym zdaniem te rozwiązania się sprawdziły?

Małgorzata Grudzińska: - Myślę, że na ocenę podjętych rozwiązań musimy poczekać. Nie minął jeszcze pełny, czteroletni cykl kształcenia w szkole doktorskiej. Oczywiście pierwsze rezultaty funkcjonowania szkoły doktorskiej poznamy wkrótce, bo w czasie oceny śródkresowej. W swoich założeniach szkoła doktorska zapewnia możliwość wdrożenia szeregu projakościowych rozwiązań, które mogą skutkować wysoką jakością kształcenia i prowadzonych badań. Odpowiedź na pytanie, czy właściwie poradziliśmy sobie z wdrożeniem nowego systemu, poznamy w trakcie ewaluacji, bo takowej szkoły doktorskie także będą podlegały.

A z waszej perspektywy, który system jest bardziej przychylny doktorantom?

Małgorzata Grudzińska: - Trudno porównywać oba systemy kształcenia pod tym kątem. Miarą doktoranta są efekty jego pracy, publikacje i osiągnięcia, a nie system, w którym zdobywa wykształcenie. Jak już wspomniałam, rozwiązania wprowadzone w szkole doktorskiej mają na celu zapewnienie jak najwyższej jakości. System tam wprowadzony ma mobilizować, ale również sprawdzać postępy przyszłych doktorów. Pomimo wyraźnych różnic między studiami III stopnia a szkołą doktorską, powstanie dobrego, wartościowego doktoratu zależy od doktoranta oraz promotora, a nie od trybu uzyskania stopnia.

Czy ustępująca przewodnicząca zrobiła sobie bilans kadencji? Co się udało, co nie, jakie tematy trzeba dalej monitorować?

Karolina Nowak: - Jestem wdzięczna Krystynie Gromkowskiej-Kępcze, która była przewodniczącą przede mną, za to że „oddawa” mi bardzo dobrze działający samorząd. Myślę, że jestem zadowolona z tego, co udało nam się wypracować przez ostatnie 2 lata. Bardzo dobrze przebiega nasza współpraca

z władzami uczelni, czego wynikiem było m.in. podwyższenie stawki oraz zmiana kryteriów przyznawania doktoranckiego stypendium podstawowego. Uchwaliliśmy nowy regulamin samorządu oraz wypracowaliśmy wewnętrzne standardy i procedury. Cieszę się, że jako UMB jesteśmy zauważalni na arenie krajowej; od kilku lat przedstawiciele naszej doktoranckiej społeczności są obecni na wszystkich ważniejszych wydarzeniach o tematyce poświęco-

*Małgorzata Grudzińska:
- Zbyt długo funkcjonowało określenie doktoranta jako studenta na dalszych latach kształcenia. W myśl ustawy zostaliśmy określani jako młodzi naukowcy, co doskonale oddaje charakter roli, którą pełniemy na uczelni*

nej kształceniu doktorantów w Polsce. Ale co najważniejsze, udało nam się zorganizować kilka spotkań i wydarzeń dla naszych doktorantów takich jak: Dzień Doktoranta, spotkania networkingowe oraz zajęcia sportowe. Dostrzegam jednak punkty, które można było zrobić lepiej. Niestety, większość planów na 2 połowę roku akademickiego 2019/2020 nie mogła być zrealizowana z powodu sytuacji epidemicznej.

Skąd decyzja o kandydowaniu na przewodniczącą?

Małgorzata Grudzińska: - Jestem typem społecznika, w samorządzie działałam już wcześniej i zapewne dlatego doktoranci widzieli mnie jako następczynię Karoliny na stanowisku przewodniczącej. Wiadomo, że kiedy pracuje się zawodowo, robi doktorat i chce się mieć jeszcze czas na życie prywatne, to wygospodarowanie dodatkowego wolnego czasu bywa trudne. Jednak mimo wszystko bardzo to lubię. Mam również świadomość, że pełnienie tej funkcji to duże zobowiązanie. Moje poprzedniczki bardzo wysoko zawiesiły poprzeczkę

samorządowej działalności - wyzwaniem będzie utrzymanie tego poziomu.

Jak widzisz swoją rolę jako przewodnicząca?

Małgorzata Grudzińska: - Funkcja przewodniczącej wiąże się z pojawieniem wielu nowych obowiązków. Już pierwszego dnia sprawowania kadencji poczułam, co to znaczy. Pojawiły się telefony i maile z prośbami o pomoc. Sprawy poruszane przez doktorantów dotyczą głównie wsparcia w interpretacji regulaminów, czy wskazania kontaktu do kogoś, kto może pomóc w danej sprawie. Wątpliwości są związane głównie z faktem, że obecnie doktoraty robimy w kilku trybach. Na uczelni mamy doktorantów „nowych”, czyli tych ze szkoły doktorskiej, i „starych”, czyli tych kontynuujących kształcenie na studiach III stopnia. Co więcej, ci drudzy również nie stanowią jednolitej grupy - mogą uzyskać stopień doktora na podstawie starej procedury lub bronić się według nowych zasad. Skutkuje to pojawieniem się różnych problemów, a samorząd musi służyć pomocą w rozwiązaniu każdego. I tak właśnie postrzegam rolę przewodniczącej - reprezentowanie i wspieranie środowiska doktorantów UMB.

Karolina Nowak: - Doktorantom łatwiej odezwać się do przewodniczącego samorządu, lub członka sejmiku, który jest jego kolegą/koleżanką, niż od razu zgłaszać się do kogoś z władz wydziału czy uczelni.

Małgorzata Grudzińska: - Liczę też na to, że nasz samorząd będzie się stale rozwijał. Na krajowych zjazdach doktorantów pojawia się obawa o przyszłość samorządności. Szkoły doktorskie często ograniczają liczbę miejsc w stosunku do poprzednich lat na studiach doktoranckich, a wymagania naukowe wobec doktorantów są większe. Jest obawa, że w małych szkołach doktorskich niewielu będzie chciało aktywnie działać w samorządzie. My patrzemy jednak w przyszłość z optymizmem.

Karolina Nowak: - U nas, na szczęście, zgłasza się coraz więcej osób do pracy. Podczas tegorocznych wyborów do sejmiku mieliśmy więcej chętnych, niż wakatów. To bardzo cieszy, ponieważ praca w samorządzie jest rodzajem wolontariatu na rzecz społeczności

doktorantów naszej uczelni, a mimo to są chętne osoby, aby się angażować.

Małgorzata Grudzińska: - Myślę, że to efekt tego, że samorząd ma realny wpływ na funkcjonowanie uczelni, a głos jego przedstawicieli jest słyszalny. Poprzez opiniowanie projektów, zgłaszanie uwag, kreujemy środowisko, w którym chcemy się rozwijać. Zwieńczeniem naszych wysiłków byłaby obecność przedstawiciela młodych naukowców w radzie uczelni - to by było coś!

Jaką siłę ma samorząd UMB na poziomie kraju?

Małgorzata Grudzińska: - Obie z Karoliną w różnym czasie byłyśmy wiceprzewodniczącymi Doktoranckiego Forum Uczelni Medycznych. To było bardzo pomocne zwłaszcza na etapie tworzenia szkół doktorskich, bo można było mówić o swoich problemach, a inni pokazywali, jak je rozwiązali u siebie na uczelniach. Myślę, że jesteśmy docenianym i zauważalnym ośrodkiem. Powiem więcej: nawet stawianym jako wzór, bo w zeszłym roku otrzymaliśmy nagrodę dla najaktywniejszego samorządu doktoranckiego w konkursie PRODUK organizowanym przez Krajową Reprezentację Doktorantów. To jest właśnie ta wysoko zawieszona poprzeczka, o której wspominałam.

Plany na nową kadencję?

Małgorzata Grudzińska: - W skrócie - wspieranie rozwoju naukowego i pozanaukowego doktorantów. Na pewno postaram się kontynuować działania, które w ocenie doktorantów dotychczas przynosiły dobre efekty. Myślę, że należy bacznie obserwować trendy i dobre praktyki w innych uczelniach. Do tego będzie potrzebny dalszy udział przedstawicieli naszego samorządu w gremiach ogólnopolskich. Niezbędne jest także monitorowanie rozwoju szkoły doktorskiej z punktu widzenia młodych naukowców. Doktorantów II roku za chwilę czeka pierwsza ocena śródk okresowa, doktoranci I roku lada moment będą składali swoje indywidualne plany badawcze, mówi się także o kolejnej nowelizacji przepisów ustawy o szkolnictwie wyższym. Wygląda więc na to, że będzie co robić! ■

ROZMAWIAŁ:

WOJCIECH WIĘCKO

Pierwsze urodziny Szkoły Doktorskiej UMB

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku powstała na mocy Zarządzenia nr 27/2019 Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2019 r. w sprawie utworzenia Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Kształcenie doktorantów rozpoczęło się 1 października 2019 r. w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w trzech dyscyplinach: naukach medycznych, naukach farmaceutycznych, naukach o zdrowiu.

Organizację kształcenia w Szkole Doktorskiej UMB określa Regulamin Szkoły Doktorskiej stanowiący załącznik do Uchwały nr 30/2019 Senatu UMB z dnia 25.04.2019 r.

Zgodnie z regulaminem bieżącą działalnością szkoły doktorskiej kieruje dyrektor. Powołanie na tę funkcję otrzymała prof. dr hab. n. med. Barbara Mroczko. Ważną rolę w funkcjonowaniu szkoły pełni też rada programowa, która m.in. przygotowuje propozycje programu kształcenia, opiniuje szczegółowy sposób dokonywania oceny realizacji programu, w tym prowadzenia badań naukowych przez doktorantów. Obecny skład rady jest następujący: prof. dr hab. Karol Kamiński - dyscyplina nauki medyczne; dr hab. Anna Moniuszko-Malinowska - dyscyplina nauki medyczne; dr hab. Zyta Beata Wojszel - dyscyplina nauki medyczne; prof. dr hab. Ludmiła Marcinowicz - dyscyplina nauki o zdrowiu; prof. dr hab. Małgorzata Brzóska - dyscyplina nauki farmaceutyczne; dr hab. Michał Tomczyk - dyscyplina nauki farmaceutyczne; mgr Małgorzata Grudzińska - przedstawiciel doktorantów; lek. Natalia Drobek - przedstawiciel doktorantów.

Kształcenie

4-letnie kształcenie doktorantów odbywa się zgodnie z programem kształcenia, który stanowi załącznik do Uchwały nr 69/2019 Senatu UMB z dnia 27.06.2019 r. (z późniejszymi zmianami). Program kształcenia przewiduje m.in. zrealizowanie indywidualnego planu badawczego oraz praktyk

zawodowych w formie prowadzenia zajęć lub uczestniczenia w ich prowadzeniu, w wymiarze nieprzekraczającym 60 godzin dydaktycznych rocznie. Kształcenie kończy się złożeniem rozprawy doktorskiej. Warto podkreślić, że wypełnienie programu kształcenia w szkole doktorskiej zapewnia osiągnięcie efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8 Polskiej Ramy Kwalifikacji.

Kształcenie w szkole doktorskiej umożliwia uzyskanie wysokospecjalistycznej wiedzy oraz przygotowuje do samodzielnej pracy badawczej i dydaktycznej. Stwarza warunki do rozwoju naukowego na światowym poziomie i podnoszenia kompetencji naukowo - badawczych podczas pracy w zespołach badawczych, w tym międzynarodowych, z udziałem ekspertów w poszczególnych dyscyplinach. Doktoranci mają możliwość rozwoju naukowego w innowacyjnych tematykach z wykorzystaniem zaawansowanych technologii stosowanych we współczesnej nauce. Program kształcenia zapewnia rozwój nie tylko kompetencji badawczych, ale również kompetencji miękkich doktoranta.

Doktoranci uczestniczą w ciekawych, dostosowanych do ich potrzeb zajęciach, w tym zajęciach z metodologii badań naukowych i mają możliwość wyboru interesujących ich zajęć fakultatywnych. Zajęcia w planie zostały ułożone tak, aby stanowiły wsparcie działań doktorantów ukierunkowanych na przygotowanie rozprawy doktorskiej. Mocną stroną programu kształcenia jest jego interdyscyplinarny charakter oraz bardzo bogata oferta zajęć z zakresu metodologii badań naukowych i zajęcia z zakresu metod biostatystycznych w badaniach naukowych. W ramach zajęć fakultatywnych doktoranci mogą zwiększyć swoje umiejętności w zakresie opracowywania i przygotowywania prezentacji wyników badań naukowych, w tym prac do druku. Umiejętność prezentacji założeń i wyników badań własnych oraz prowadzenia dyskusji merytorycznej

w środowisku naukowym doktoranci doskonałą podczas corocznego seminarium doktoranckiego oraz interdyscyplinarnej szkoły letniej.

Uczestnicy Szkoły Doktorskiej zdobywają również umiejętność pozyskiwania środków na badania naukowe i kierowania grantami badawczymi. Doktoranci są zapoznawani z, jakże ważnymi obecnie, zasadami transferu wiedzy do sfery gospodarczej i społecznej oraz możliwościami komercjalizacji wyników badań naukowych, jak również sposobami autoprezentacji i pozyskiwania partnerów do współpracy. Uczą się także samodzielnego prowadzenia zajęć dydaktycznych, co stanowi podstawę przygotowania do profesjonalnego wykonywania zawodu nauczyciela akademickiego.

Kształcenie w Szkole Doktorskiej umożliwia też podnoszenie kompetencji w zakresie stosowania naukowego języka angielskiego.

Badania

Obecnie w Szkole Doktorskiej kształci się łącznie 89 doktorantów. 46 osób na II roku (cykl kształcenia 2019-2023): 35 w dyscyplinie nauk medycznych, 6 w dyscyplinie nauk farmaceutycznych i 5 w dyscyplinie nauk o zdrowiu oraz 43 osoby na I roku (cykl kształcenia 2020-2024): 30 w dyscyplinie nauk medycznych, 7 w dyscyplinie nauk farmaceutycznych i 7 w dyscyplinie nauk o zdrowiu.

Doktoranci II roku kształcenia mają już za sobą przygotowanie Indywidualnego Planu Badawczego (IPB), którego trzon stanowi harmonogram przygotowania rozprawy doktorskiej obejmujący m.in. zadania takie jak:

- gromadzenie piśmiennictwa naukowego z zakresu tematyki pracy doktorskiej i zapoznawanie się z nim,
- zapoznawanie się z metodami badawczymi, które będą wykorzystywane w badaniach własnych,
- przygotowanie i złożenie wniosku do działu nauki lub innych instytucji o finansowanie projektu badawczego,
- przygotowanie i wysłanie do druku pracy przeglądowej za minimum 70 pkt. związanej z tematyką pracy doktorskiej,
- udział w sesji naukowo-sprawozdawczej doktorantów oraz

prowadzenie badań z zakresu pracy doktorskiej,

- prezentacja wyników badań podczas ogólnopolskiej/międzynarodowej konferencji,
- przygotowanie i wysłanie do druku pracy oryginalnej za minimum 70 pkt związanej z tematyką pracy doktorskiej,
- przygotowanie ostatecznej wersji rozprawy doktorskiej i jej złożenie.

Indywidualne Plany Badawcze doktorantów zostały poddane ocenie pod kątem wartości naukowej i praktycznej planowanych badań oraz realnej możliwości wykonania zaplanowanych badań podczas sesji naukowo-sprawozdawczej w czerwcu 2020 roku.

Doktoranci II roku złożyli również roczne sprawozdania z IPB, które po analizie pozwalają na stwierdzenie, że tylko w nielicznych przypadkach działania zawarte w harmonogramie IPB w I roku kształcenia nie zostały zrealizowane.

Kolejnym etapem oceny w procesie kształcenia jest ocena śródkresowa dokonywana w połowie okresu kształcenia określonego w programie kształcenia, która kończy się wynikiem pozytywnym albo negatywnym. Wynik oceny wraz z uzasadnieniem jest jawny. Ocena ta jest przeprowadzana przez komisję, w skład której wchodzi 3 osoby, w tym co najmniej 1 osoba posiadająca stopień doktora habilitowanego lub tytuł profesora w dyscyplinie, w której przygotowana jest rozprawa doktorska, zatrudniona poza podmiotem prowadzącym szkołę doktorską. Promotor i promotor pomocniczy nie mogą być członkami komisji. Ocena wywołuje brzemienne skutki - pozytywna to wzrost stypendium doktoranckiego do 57 % wynagrodzenia profesora, negatywna to skreślenie z listy doktorantów. Nadchodząca ocena - pierwsza w działalności Szkoły Doktorskiej jest zaplanowana na początek czerwca 2021 roku.

E-nauka

Przyjęci do szkoły 1 października 2020 r. zostali przywitani przez prorektora ds. kształcenia, prof. Adriana Chabowskiego i dyrektor szkoły 17 listopada 2020 r. na spotkaniu w formule on-line. Zostali zaznajomieni z najważniejszymi zapisami ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz

Regulaminu Szkoły Doktorskiej UMB dotyczących kształcenia doktorantów. Przekazano im też szczegółowe informacje na temat IPB i jego elementów, tj. opisu projektu, założeń i celów badawczych, metodyki badań i aparatury, planowanych efektów naukowych i praktycznych, w tym efektów PRK, piśmiennictwa, planowanego kosztorysu i źródła finansowania oraz oceny śródkresowej tak, aby wejście w tryb aktywnego i skutecznego studiowania w szkole było łatwiejsze.

Aktywną pracę podjęli też członkowie Rady Programowej, którzy na zebraniu w formule on-line 19 listopada 2020 r. z udziałem prorektora ds. kształcenia prof. Adriana Chabowskiego oraz dyrektora Szkoły Doktorskiej prof. Barbary Mroczo, ustalili kształt formularza wniosku o powołanie promotora pomocniczego, formularza wniosku o powołanie drugiego promotora, omówili treść uchwały w sprawie warunków, trybu oraz harmonogramu postępowania rekrutacyjnego do Szkoły Doktorskiej w UMB na rok akademicki 2021/2022. Poruszone też zostały zagadnienia oceny śródkresowej.

Pierwszy rok kształcenia w Szkole Doktorskiej to zdobywanie doświadczeń na nowej drodze kształcenia doktorantów, wyznaczonej przez Ustawę 2.0. Uczyli się wszyscy - nie tylko doktoranci, ale też profesorowie. Pierwsi - jak zdobywać wiedzę i umiejętności potrzebne do przygotowania rozprawy doktorskiej, a drudzy - jak umiejętnie kształtować sylwetkę przyszłych naukowców i „zarazić” doktorantów pasją naukową.

Cieszymy się, że Szkoła Doktorska rozwija się i życzymy doktorantom samych sukcesów na drodze rozwoju naukowego, zaś kadry naukowej wytrwałości i satysfakcji w przekazywaniu wiedzy. ■

JOANNA ONIŚKO

(KONSULTACJA

- PROF. BARBARA MROCZO)

Covid jak rosyjska ruletka

Listopad to najtrudniejszy jak dotąd miesiąc w pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego USK w Białymstoku. Codziennie trafiały tu dziesiątki pacjentów zakażonych covid, wszyscy z dusznością i problemami z oddychaniem. Brakowało miejsc do położenia chorych.

Był też problem z przekazywaniem do innych szpitali, szczególnie tych pacjentów, którzy byli niewydolni oddechowo. Teraz sytuacja się nieco poprawiła, ale lekarze nie mają wątpliwości, że to cisza przed burzą.

O tym, jak wygląda obecnie praca na SOR, rozmawiamy z dr hab. n. med. Marzeną Wojewódką-Żelazniakowicz, kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, a jednocześnie konsultant wojewódzką w dziedzinie medycyny ratunkowej:

Katarzyna Malinowska-Olczyk: Jak wygląda typowy pacjent, który ciężko przechodzi zakażenie covidem? To częściej mężczyzna czy kobieta? Czy nie ma żadnych reguł i jest to można powiedzieć „rosyjska ruletka”?



Dr hab. Marzena Wojewódzka-Żelazniakowicz, kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, a jednocześnie konsultant wojewódzka w dziedzinie medycyny ratunkowej: - I tak, i nie. Typowym pacjentem, który jest przywożony, i po którym spodziewamy się ciężkiego przebiegu, to jest otyły mężczyzna, co gorsza z cukrzycą lub niewydolnością nerek. Ale w tej grupie zdarzają się też osoby młode, bez obciążeń chorobowych, szczupłe, a które przechodzą zakażenie w sposób dramatyczny. W tomografii mają 90 proc. płuc zajętych zmianami wywołanymi



Na SOR szpitala USK, nawet przed pandemią, trafiało mnóstwo pacjentów. Teraz są momenty, że zajęte są wszystkie łóżka (łącznie z dostawkami) oraz wszelkie wózki, a i tak nadal brakuje miejsca dla „covidowców”, fot. GD

przez Covid-19. Nigdy wcześniej nie oglądaliśmy takich obrazów płuc, jakie teraz ci chorzy prezentują. Zdarzają się też kobiety i nie zawsze są otyłe. Czasem ten przebieg, nie wiadomo z jakich powodów, jest tak ciężki. Myślę, że są jakieś predyspozycje genetyczne, o których jeszcze nie wiemy, a które wymagają dalszych badań. Są pewne doniesienia o grupach krwi. Ale z naszych obserwacji wynika, że wiek nie ma znaczenia, bardziej otyłość, ewentualnie cukrzyca, choroby nerek.

Jakie objawy ma pacjent zakażony koronawirusem, który do was trafia?

- Zwykle pacjent, który przyjeżdża karetką, ma niską saturację na poziomie poniżej 80 proc., czasem nawet 50-60 proc. Wcześniej, jak widzieliśmy pacjenta w takim stanie, byli to chorzy w bardzo złej kondycji, wymagający natychmiastowej intubacji i wentylacji mechanicznej. Natomiast to, co obserwujemy u tych chorych, to jest coś niesamowitego: mają saturację np. 56 proc. Po tlenie, który otrzymują w karetce saturacja wzrasta do ponad 60 proc., zaś przy przyjęciu są przytomni, z zachowanym logicznym kontaktem. Rozmawiają z nami. Pytani

o duszność, odpowiadają, że owszem mają problemy z oddychaniem, ale to nie jest jakiś dramat. Wykonujemy tomografię, a w obrazie widzimy, że 80 proc. płuc jest zajętych zmianami zapalnymi, z ogromną ilością prześięków. Z jakiegoś powodu ich stan kliniczny jest zupełnie nieadekwatny do badań dodatkowych. Mam wrażenie, że oni z niewiadomych powodów bardzo dobrze się adaptują do tej hipoksemii (niedotlenienia - red.). W gazometrii jest bowiem hipoksemia, a nie mają podwyższonego poziomu dwutlenku węgla i kwasicy. Dopiero kiedy nie wystarcza tradycyjna terapia tlenowa, to dopiero wtedy obserwujemy narastanie dwutlenku węgla i kwasicy. Niestety mniej więcej połowa z tych chorych wymaga wentylacji mechanicznej, czyli podłączenia do respiratora.

No właśnie, jak to się stało, że Uniwersytecki Szpital Kliniczny przy ul. Skłodowskiej, który miał być szpitalem nie-covidowym, stał się pierwszą linią walki z covidem?

- Ta sytuacja była do przewidzenia. Szpitalny Oddział Ratunkowy przyjmuje wszystkich pacjentów

w stanie zagrożenia zdrowotnego. I nie ma takiej możliwości, by jeszcze przedszpitalnie stwierdzić, czy dany pacjent jest zakażony covidem czy nie. Ponadto jak pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia, z ciężką niewydolnością oddechową, to nie ma innego miejsca, gdzie mógłby trafić. Od początku pandemii wiedzieliśmy, że nas to nie ominie.

Ale chyba nie spodziewaliście się, że tych pacjentów dodatknych będzie np. 40. na dyżurze?

- To prawda, tego się nie spodziewaliśmy. Nie myśleliśmy też, że aż tylu chorych będzie kierowanych przez lekarzy rodzinnych. Mieliśmy nadzieję, że lekarze pierwszego kontaktu będą starali się ukierunkować pacjentów, szczególnie tych z już wykonanym testem i potwierdzonym zakażeniem. Drugą grupę stanowią pacjenci wymagający tlenoterapii, pilnego leczenia i nie mogą krążyć po województwie, szukając szpitala covidowego, który ich przyjmie. Nie spodziewaliśmy się, że tych chorych będzie tak dużo i że wszyscy będą wyglądali tak samo. To są pacjenci z dusznością, z saturacją poniżej 60 proc. Na tlenoterapii standardowej ta saturacja niewiele wzrasta zatem oni wymagają terapii oddechowej, którą my na SOR możemy im zapewnić.

Ale czy niektórzy nie powinni trafić do szpitala zakaźnego?

- Tak, szczególnie ci, którzy przyjeżdżają do szpitala samodzielnie. Są w na tyle w dobrym stanie, że przychodzą na własnych nogach. My wtedy wykonujemy badania, oceniamy stopień nasilenia niewydolności oddechowej i przekazujemy takiego pacjenta na oddział zakaźny przy ul. Żurawiej lub do innych szpitali zakaźnych w regionie. Mamy dobrą współpracę ze szpitalami w Bielsku Podlaskim czy Augustowie, które tych pacjentów w dobrym stanie chętnie przyjmują. Problem jest z pacjentami z ciężką niewydolnością oddechową. Szpitale w terenie, które zostały przekształcone w szpitale covidowe, nie posiadają ani odpowiedniej infrastruktury, ani warunków, aby tych pacjentów zabezpieczyć. Często w takich szpitalach nawet nie ma tylu źródeł tlenu albo instalacja, która istnieje, jest niewydolna.

A jakich ilości tlenu tacy pacjenci potrzebują?

- Tlenoterapia - to jest podstawowe leczenie pacjenta z zapaleniem płuc w przebiegu Covid-19. Potrzebna jest do tego wydolna instalacja tlenowa. W przypadku butli i przepływu tlenu na poziomie 15 litrów na minutę i więcej - wystarcza ona na około 3 godziny (w butlach jest tlen sprężony do 200 bar - red.). Zatem zachodziłaby konieczność nieustannej wymiany tychże butli. Jeśli przepływ 15 l/min. okazuje się niewystarczający, na SOR posiadamy urządzenia, które mają przepływy nawet na po-

Martwi mnie i zastanawia, to gdzie są ci pacjenci zgłaszający się do nas do tej pory z bólami w klatce piersiowej czy z bólami brzucha? Na każdym dyżurze jest około 80-100 osób mniej, niż zgłaszało się dotychczas. A ci chorzy przywożeni przez zespoły ratownictwa medycznego są w dużo cięższym stanie niż trafiali kiedyś.

ziomie 60 litrów na minutę. Takiego sprzętu nie posiadają inne szpitale, szczególnie ad hoc przekształcone w covidowe. W związku z tym jest duży problem z przekazaniem pacjentów z ciężką niewydolnością oddechową, a niewymagających jeszcze intubacji dotchawiczej. Cały czas zgłaszamy panu wojewodzie, że brakuje stanowisk wentylacyjnych. I takich miejsc, które koncentrowałyby się na terapii tlenowej pacjentów właśnie z ciężką niewydolnością oddechową. Te stanowiska muszą mieć dostęp do tlenu, instalacja tlenowa musi być wydolna, żeby te właściwe przepływy tlenu pacjentom zapewnić. Jednak, co najważniejsze, oprócz sprzętu musi też być kadra. Nie oszukujemy się, tej kadry przeszkolonej i kompetentnej w prowadzeniu różnych technik wspomaganie oddechu po prostu jest niewiele. Do tej pory zajmowali się

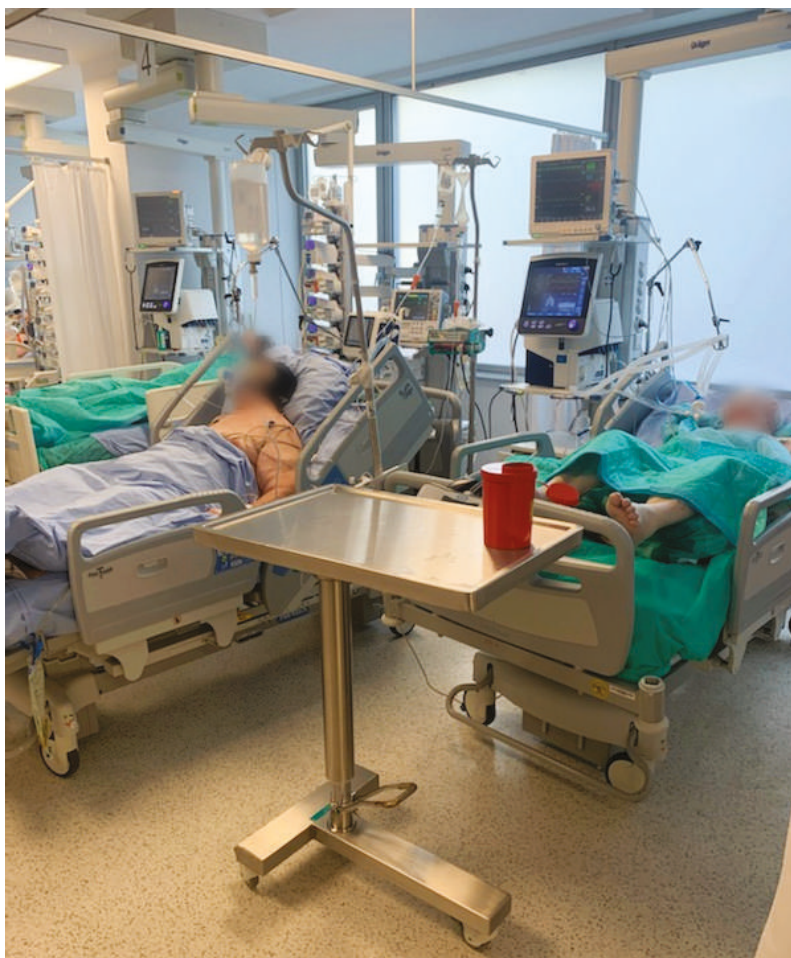
tych specjaliści medycyny ratunkowej i anestezjologów i to jedyne grupy, które mają doświadczenie. Ci lekarze, którzy teraz zostali przysposobieni do pracy na oddziałach covidowych, z pacjentami niewydolnymi oddechowo, cały czas się uczą, w jaki sposób taką terapię należy prowadzić.

Nie ma Pani wrażeń, tu pytam Panią jako konsultanta, że trochę przespane zostały wakacje? Po tej pierwszej fali pandemii, przyszło jakieś takie przekonanie, że już wszystko, co złe, za nami...

- Mam takie poczucie, że ta poprawa w okresie wakacyjnym i mniej zachorowań mimo dużej migracji ludności, uspiła naszą czujność. Mam wrażenie, że przygotowania zostały zamrożone na pewnym etapie. Na wszelkich spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, mówiliśmy o tym, że boimy się jesieni. Jesienią naturalnym procesem jest wzrost zachorowań na różne infekcje: zapalenia płuc, grypy, paragrypy, zaostrzenia chorób przewlekłych płuc. Po lżejszym okresie wakacyjnym zawsze jesienią był wzrost liczby pacjentów zgłaszających się z tych powodów. I można było się spodziewać, że oprócz tych wszystkich zachorowań, dojdzie również wzrost przypadków zakażenia covid. Uprzedzaliśmy ministerstwo, że nie jesteśmy przygotowani na przyjmowanie wszystkich chorych. I doszło w pewnym momencie do niedrożności i paraliżu SOR. I to dotyczyło nie tylko naszego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w USK, ale również sąsiedniego szpitala wojewódzkiego, nie mówiąc już o innych oddziałach w Polsce.

Powiedziała Pani, że w pewnym momencie SOR był sparaliżowany. Ale czy to nie wynikało z tego, że staraliście się przyjąć wszystkich pacjentów i nie dopuścić do sytuacji, by pacjenci umierali w karetkach czekających wiele godzin pod szpitalem?

- Tak, to prawda. Takich sytuacji u nas udało się uniknąć. Co prawda było kilka takich dyżurów, gdzie faktycznie karetki czekały pod szpitalem. Na szczęście byli tam pacjenci w dobrym stanie, którzy mogli poczekać. Lekarz wychodził i ich oglądał, ale to było czekanie maksymalnie godzi-



Dostawka na SOR. Nawał pacjentów spowodował, że medycy mocno przeorganizowali swoją pracę

nę, do czasu aż się zwolni jakiegolwiek miejsce na SOR-ze. Były takie momenty, że były zajęte wszystkie łóżka, wszystkie wózki leżące i siedzące. Faktycznie nie było możliwości przyjęcia chorego w żaden sposób. Naszym celem było uniknięcie takiej sytuacji, że pod szpitalem będzie stał sznur karettek i dojdzie do przypadkowego zgonu pacjenta, w którejś z nich. U pacjentów z niewydolnością oddechową w przebiegu Covid-19 do pogorszenia stanu zdrowia dochodzi nagle. Najpierw sobie radzą, potem nagle przychodzi moment wyczerpania sił i rezerw organizmu. I wówczas gwałtownie dochodzi do pogorszenia stanu. Chcieliśmy tego uniknąć. Nie chcieliśmy być częścią tego widowiska, które obserwowaliśmy w innych szpitalach. Przyjmowaliśmy, ile mogliśmy, wszystkie możliwe miejsca były zajęte, łóżka stawialiśmy pośrodku oddziału. Ja wychodzę z założenia, że szpital jest bezpieczniejszym miejscem niż nawet najlepiej wyposażona karetka. Odbłyło się to jed-

nak kosztem frustracji i ogromnego zmęczenia personelu oraz chaosu w pracy. W pewnym momencie ta ilość pacjentów przekraczała nasze możliwości. Na szczęście udało się uniknąć sytuacji, w której pacjent zginął z powodu braku opieki.

Ilu teraz macie pacjentów pod respiratorem?

- Teraz mamy jednego pacjenta pod respiratorem. Jest covid ujemny. To pacjent z masywną zatorowością płucną i niewydolnością wielonarządową. Niestety nie mamy go dokąd przekazać. Miejsca covidowe nie powstały znikąd. To są miejsca przekształcane z miejsc dotychczas istniejących, szczególnie, jeśli chodzi o stanowiska intensywnej terapii. W związku z tym przekształcenie stanowisk OIT w miejsca covidowe zmniejszyło pulę miejsc dla pacjentów niecovidowych. Tak więc jest ogólnie problem ze stanowiskami intensywnej terapii dla wszystkich pacjentów - zarówno covidowych, jak i niecovidowych. Pacjenci leczeni z powodu zakażenia koronawirusem

długo pozostają w szpitalu. Im nie da się pomóc w ciągu tygodnia czy dwóch. Niekiedy ich terapia trwa trzy-cztery tygodnie, a czasem nawet dłużej.

Teraz jest trochę lepsza sytuacja, jeśli chodzi o zajętość respiratorów. Ale czy jest w Pani obawa, że może przyjść taki moment, że będziecie musieli wybierać, kogo podłączyć do respiratora?

- Był taki czas, że na SOR mieliśmy nawet 15 pacjentów wymagających terapii respiratorem. Były dyżury, które rozpoczynaliśmy mając jedynie wolne trzy urządzenia. A do nas na każdym dyżurze przyjeżdżało wtedy nawet 20-30 pacjentów z dodatnim covidem, z tego 20 chorych z takim samym obrazem klinicznym: z dusznością i niską saturacją. Różnili się tylko tym, że różnie reagowali na tlenoterapię. Ale w tym momencie nie wiedzieliśmy, jak oni na podanie tlenu zareagują. Na początku dyżuru bałam się, że zabraknie respiratorów. Teraz sytuacja się uspokoiła. Ale myślę, że to cisza przed burzą. Te zachorowania występują falowo i myślę, że za jakiś czas będziemy znowu obserwować wzrost.

Myśli Pani, że na ten spadek zachorowań ma wpływ wprowadzenie ograniczeń?

- Z punktu widzenia wydolności systemu ochrony zdrowia, jest to oczywiście bezpieczniejsze, natomiast z punktu widzenia gospodarki i kraju, jest to trudne. Nie możemy w tym zamrożeniu trwać długo. Musi być znaleziona równowaga. A proszę pamiętać, że oprócz łóżek, sprzętu, potrzebna jest kompetentna kadra. Wiemy też, że część pacjentów umiera teraz z powodu niewydolności systemu ochrony zdrowia.

Czy widzicie inne efekty tego zamknięcia? Czy trafia więcej osób np. po próbach samobójczych?

- Nie widzimy wzrostu takich przypadków. Jedyne, co obserwujemy, że trafia więcej ofiar awantur domowych. Są przywożone osoby pobite przez współmałżonka. Sytuacji takich jest więcej, ale nie jest to jakiś niepokojący wzrost. To, co jeszcze obserwujemy, to faktycznie mniej przypadków grypy. Znacznie mniej wykonujemy testów na gripę i myślę, że jest to związane z noszeniem maseczek. Jednak to, co mnie martwi i zastanawia, to gdzie są

ci pacjenci zgłaszający się do nas do tej pory z bólami w klatce piersiowej czy z bólami brzucha? Na każdym dyżurze jest około 80-100 osób mniej, niż zgłaszało się dotychczas. Pacjenci boją się przychodzić do szpitala. A chorzy przywożeni przez zespoły ratownictwa medycznego są w dużo cięższym stanie niż trafiali kiedyś. Widzimy bardziej zaawansowane niewydolności serca, niedokrwistości, septyczne powikłania zakażeń. Zbyt długo pacjenci czekają na wizytę lub próbują sami radzić sobie w domu. Są bardziej zaniedbani medycznie. Zdarza się, że trafiają do nas chorzy z powodu omdlenia, z niedokrwistością i hemoglobina na poziomie 3-4 g/dl! Wcześniej nie wykonywaliśmy tyłu przetoczeń krwi.

Jako SOR jesteście bardzo obciążeni pracą. Jak sobie radzicie z tym stresem?

- Wydaje mi się ten trudny czas spowodował, że scaliliśmy się jako zespół. Jak jest więcej pracy, są oczywiście jakieś sytuacje trudniejsze i stresujące, to naturalną rzeczą jest to, że pojawiają się też konflikty i nieporozumienia. Robiliśmy jednak spotkania i rozmawialiśmy o różnych sytuacjach. I to chyba trochę pomogło. Zwiększyliśmy też obsadę, lekarze biorą więcej dyżurów. Ja układając grafik nie mam sygnałów, że nie mogę, nie chcę. Pojawiła się pewnego rodzaju wspólna odpowiedzialność jako zespołu, poczucie, że robimy to sami dla siebie, dla własnego dobra. Jestem z niego dumna. Bo nikt z naszego zespołu nie zrezygnował, nikt nie odszedł, nie powiedział zmieniam pracę i idę tam, gdzie jest lżej. Myślę, że zdaliśmy egzamin, jako zespół. A proszę pamiętać jak, wygląda nasza praca. Jest nieprzewidywalna, choć była taka zawsze. Teraz doszła logistyka: diagnostyka pacjentów z covidem, oraz spędzanie pół dnia na szukaniu miejsca, gdzie pacjenta covidowego można przekazać. To ogromnie nas męczy i frustruje: ten brak miejsc, to ciągle zderzanie się ze ścianą. Jednak każdy z nas ma świadomość, że to taki czas, który musimy przetrwać i iść dalej. ■

ROZMAWIAŁA KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK

Szybki i czuły. Nowy test na koronawirusa z UMB

Naukowcy z UMB opracowali szybki, wysoce czuły i specyficzny genetyczny test diagnostyczny, który wykrywa SARS-Cov-2 w przeciągu 45 minut. Nie ma tak szybkich testów na świecie.

Na rozwój i opracowanie komercyjnej tej nowej metody diagnostycznej naukowcy z UMB otrzymali właśnie ponad 3,3 mln zł grantu z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR). Wcześniej poczynili starania o ochronę prawną dla swoich opracowań czy elementów infrastruktury potrzebnej do jego zastosowania. Mówimy tu o produkcie, na który jest „globalne” zapotrzebowanie.

Test opracował zespół naukowców z Akademickiego Ośrodka Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej (AODPGM) oraz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W tym pierwszym ośrodku bada się na co dzień próbki od pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem. Od początku pandemii wykonano tam ok. 100 tys. testów. Przy czym naukowcy każdą z próbek potem biobankowali. To właśnie dzięki analizie zgromadzonych danych, udało się im opracować zupełnie nowatorską metodę diagnostyczną.

- Można powiedzieć, że to się odbyło niejako przy okazji tych wszystkich badań. Zaczęliśmy obserwować pewne zjawiska, które można wykorzystać do przyspieszenia naszej pracy. To dlatego wystąpiliśmy o grant, który pozwoli nam na walidację i certyfikację testu - tłumaczy dr hab. Joanna Reszeć, kierownik AODPGM.

Działanie testu - nazwanego roboczo SARS-HYB-45 - opiera się na platformie dwóch zintegrowanych technologii izotermalnej amplifikacji materiału genetycznego, współdziałających w systemie RIDA (Rapid Isothermal Dual Amplification), opracowanym przez naukowców UMB i objętym ochroną własności intelektualnej.

- Tu nic nie odbywa się na skrót. Na podstawie wyniku z tego testu można podjąć decyzję kliniczną - dodaje prof. Jacek Nikliński, kierownik Zakładu Klinicznej Biologii Molekularnej.

Test ma powstać w dwóch wersjach: laboratoryjnej - do wysokoprzepustowego zastosowania w laboratorium stacjonarnym, kiedy jednocześnie bada się nawet setkę próbek oraz „Point of Care” do zastosowania zindywidualizowanego, kiedy to wymazówkę od pacjenta wkłada się do specjalnej probówki, już załadowanej mieszaninami reakcyjnymi i umieszcza się ją w dedykowanym urządzeniu. Oba warianty będą rozwijane w modelu „+MOBILITY”, do zastosowania w przeprowadzeniu testu w warunkach mini-laboratorium mobilnego (np. busie) lub mini-laboratorium przenośnego w miejscu dedykowanym. Stworzy to możliwość testowania na obecność SARS-CoV-2 w miejscach wzmożonej kontroli epidemicznej (lotniska, przejścia graniczne, centra wystawowe, itd.).

Produkt do użycia ma trafić wiosną 2022 r., kiedy to mają się zakończyć procedury związane z jego kontrolą bezpieczeństwa.

Jednak pewnie szybciej ponownie usłyszymy o tym teście. Unikatowość autorskiej technologii RIDA, stanowiącej rdzeń testu, stwarza możliwość bardzo szybkiej adaptacji platformy do ukierunkowania na nowe testy genetyczne, w tym nowo pojawiające się patogeny chorobotwórcze człowieka.

- Chyba największą zaletą tego testu jest jego uniwersalność. My rdzeń tego testu w ciągu kilku tygodni, możemy przemodelować na diagnostykę każdego patogenu, który już istnieje lub pojawi się w przyszłości. Możemy też go przygotować pod diagnostykę onkologiczną. Dziś takie badania trwają kilka dni, czy tygodni. A tu wynik będzie po 45 minutach. To jest wysoce oczekiwane - kończy prof. Nikliński. ■

WOJCIECH WIĘCKO

Szpital tymczasowy UMB

Hala sportowa UMB w końcu listopada przekształciła się już w szpital tymczasowy. W trybie ekspresowym kończą się prace budowlane w jednym z obiektów szpitala przy ul. Żurawiej. W obu tych miejscach powstanie łącznie 170 łóżek „covidowych”.



Szpital tymczasowy: w hali sportowej UMB (z lewej) oraz w nowym budynku E1 szpitala przy ul. Żurawiej, fot. Wojciech Więcko

W hali będzie 80 łóżek dla chorych, na Żurawiej - 90. Szpital USK na wyposażenie tych miejsc dostał 18 mln zł (potrzeba m.in. w sumie 20 respiratorów, 170 łóżek, aparaty RTG, USG, a przy ul. Żurawiej stanie kontenerowy tomograf komputerowy; potrzeba też 10 tys. sztuk kompletów środków ochrony osobistej).

20 listopada szpital w hali UMB wizytował wojewoda podlaski Bohdan Paszkowski oraz dyrektor szpitala USK dr hab. Jan Kochanowicz. Obiekt ten w sensie budowlany był już praktycznie skończony. Powstały specjalne boksy dla pacjentów, wszystkie instalacje, izba przyjęć, gabinety zabiegowe oraz pomieszczenia socjalne dla załogi placówki. Kilka dni po wizytacji zaplanowano jeszcze montaż zewnętrznego zbiornika z tlenem. Jak zaznaczył wojewoda prace związane z wyposażeniem hali w sprzęt z Agencji Rezerw Materiałowych.

- Mamy takie założenie wypracowane z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym, że w pierwszej kolejności, jeżeli chodzi o uruchamianie miejsc w tzw. placówkach tymczasowych, będziemy chcieli uruchamiać miejsca w oparciu o budynek w szpitalu przy ul. Żurawiej z racji tego, że jest szersze zaplecze - powiedział na spotkaniu z dziennikarzami wojewoda Paszkowski. Szpital przy ul. Żurawiej ma móc przyjmować pacjentów od 10 grudnia.

Szpital w hali „ma być w stanie gotowości” do przyjmowania pacjentów w dalszej kolejności. Dużo jednak zależy od bieżącej sytuacji związanej z rozprzestrzenieniem się pandemii.

Warto wiedzieć, że do szpitali tymczasowych będą przyjmowani tylko pełnoletni pacjenci z potwierdzonym badaniem genetycznym zakażenia koronawirusem. W przypadku chorób współistniejących u takich osób, na przyjęcie będą mogły liczyć osoby, które mają je na poziomie ustabilizowanym. Trzeba też dodać, że w szpitalu tymczasowym w hali nie będzie łóżek respiratorowych (te będą tylko przy ul. Żurawiej). Co prawda same respiratory będą, ale używane one będą w sytuacjach doraźnych, do momentu przekazania pacjenta do innego szpitala.

Jednak największym problemem mogą okazać się nie prace budowlane, ale te związane z zatrudnieniem pracowników do obu szpitali tymczasowych. Potrzeba 34 lekarzy (internistów, zakaźników, anestezjologów) oraz ok. 180 osób personelu średniego. Sęk w tym, że proponowane stawki wynagrodzenia są na tyle niskie, że wręcz wywołały ogólnokrajowe medialne poruszenie o fatalnych zarobkach w służbie zdrowia w okresie pandemii.

Dyrektor Kochanowicz podczas konferencji prasowej starał się zachować optymizm: - Dostaliśmy po-

zytywne sygnały od różnych służb, które delegują zatrudnionych ratowników medycznych, pracowników medycznych, którzy pracują w innych zawodach w tej chwili, jak również nadzieją napawa - miejmy nadzieję, że niedługa - regulacja prawna, pozwalająca na zatrudnienie pracowników medycznych z państw trzecich, gdzie bardzo dużo osób jest w trakcie procesu nostryfikacji dyplomów, aby móc pracować w UE (ok. 400 osób czeka na egzamin nostryfikacyjny w Białymstoku).

I dodał: - Mamy duży deficyt personelu do opieki nad pacjentami, zwłaszcza w miejscach, gdzie zagrożenie zakażeniem i stres są duże. Trwają działania związane z przenoszeniem personelu z innych placówek i doszkalaniami ich.

W momencie konferencji prasowej szpital miał potwierdzenie o chęci podjęcia pracy przez ośmiu ratowników medycznych ze straży pożarnej oraz od kilku osób po kursach pierwszej pomocy (mogą być personelem pomocniczym). W jednym z wariantów zakłada się wzmocnienie tych placówek 40 rezydentami ze szpitala USK oraz osobami, które odbywają staże po zakończeniu studiów medycznych. W miarę dobrze przebiegła rekrutacja na najniższe stanowiska. ■

BDC

Studia online. Mówią studenci

W zasadzie od początku tego roku akademickiego nauczanie odbywa się w tzw. systemie hybrydowym. Stacjonarne zajęcia prowadzone są w szpitalach, czy laboratoriach. Przedmioty teoretyczne, seminaria oraz wykłady - odbywają się online.

Zapytaliśmy studentów, czy podoba się im taki sposób nauki. Co zmieniło się w sposobie studiowania w porównaniu do poprzedniego semestru, jakie widzą zalety, a jakie wady tej formy edukacji?

Studetka II roku, kierunek lekarski

- Większość zajęć, zaliczeń i egzaminów w ubiegłym roku akademickim pisałam na platformie EduPortal, która krótko mówiąc nie radziła sobie. Zrozumienie treści przekazywanych przez asystenta graniczyło z cudem, zwłaszcza słysząc co trzecie słowo. Jednak najwięcej stresu wiązało się ze zdalnymi egzaminami. Prócz typowych egzaminacyjnych nerwów, doszło do zmartwienia: ile czasu przewidzianego na egzamin zajmie platformie załadowanie kolejnego pytania? Moment grozy przeżyłam klikając podczas egzaminu z biochemii „następne pytanie”, po czym doszło do wylogowania z platformy. Optymizmem nie napawał też fakt, kiedy widziałam upływający nieubłagane czas pozostały do końca egzaminu z anatomii, a ładowanie kolejnego pytania ciągle trwało.

Od tego roku, wszystkie zajęcia prowadzone są z wykorzystaniem platformy BlackBoard. Jest dużo lepiej niż było w marcu. Myślę, że wynika to z faktu, że zarówno studenci, jak i nauczyciele akademicy przywykli do tej formy zajęć. Ważne jest też to, że poznaliśmy więcej funkcji platformy, co ułatwia korzystanie z niej.

Po kilku kolokwiałach widać, że wszystko działa dużo sprawniej. Nowe pytania pojawiają się natychmiast po kliknięciu, a nie jak wcześniej nawet kilku minutach!

Owszem zdarzają się problemy techniczne, jednak wydaje mi się, że większość zajęć odbywa się u mnie bez strat. Dużym plusem jest udostępniania wykładów, które są dostępne na platformie przez określony czas. Można sobie odsłuchać wykład w wolnej chwili, a niekoniecznie w konkretnym

momencie. Nie trzeba też specjalnie udawać się na aulę, żeby przez półtorej godziny posłuchać wykładu, a następnie mieć godzinę przerwy i kolejne zajęcia.

Większość zakładów udostępniła nam materiały na czas, często nawet wcześniej, byśmy mogli poznać się z nimi zapoznać. To jest też dużą zmianą na plus i czego bardzo brakowało poprzednim razem, to prowadzenie zajęć w grupach „live”. Możliwe wtedy jest zadawanie pytań, rozwiewanie niejasności. Bardzo budujące i dostrzegalne jest zaangażowanie zdecydowanej większości asystentów, byśmy mimo takiej formy przeprowadzania ćwiczeń, nie odczuwali strat. W moim odczuciu jakość wykładów, czy seminariów jest tak naprawdę porównywalna do ich formy stacjonarnej.

Wydaje mi się, że nastąpił duży progres na każdej płaszczyźnie prowadzenia zajęć w trybie zdalnym, w porównaniu z ubiegłym rokiem.

Studetka English Division, VI rok

- Mimo tego, że uczelnie i nauczyciele starają się zrobić wszystko, co w ich mocy, aby nauczanie zdalne było jak najbardziej skuteczne, to brakuje najważniejszego elementu - interakcji. Wiele wykładów i seminariów, które są dostępne online, są nagrywane z wyprzedzeniem, co odbiera nam możliwość zadawania pytań i dyskusji na tematy ujęte przez nauczycieli.

Studetka English Division, VI rok

- W czasie nauczania zdalnego wiedza teoretyczna wydaje się być ważniejsza niż wiedza praktyczna. Nie widząc pacjentów, ich objawów, bez możliwości wykonania odpowiedniego badania fizykalnego, ciężko jest studentowi pojąć wszystkie aspekty edukacji medycznej. Boję się, że bez tego ciężko będzie stać się dobrym lekarzem, który jest w pełni przygotowany do pomocy swoim pacjentom. I to pomimo faktu, że będzie się umia-

ło recytować wykłady lub podręczniki z pamięci.

Studetka pielęgniarstwa

- Mam wrażenie, że dużo zależy od platformy, na której działamy. Jeśli chodzi o pielęgniarstwo to niestety eduportal pozostawia wiele do życzenia. Niestety niektórzy wykładowcy nadal nie ogarniają tych technologii.

Studetka farmacji, V rok

- Na szczęście na farmacji nie mamy zajęć w szpitalu, w związku z czym nie uciekają nam wartościowe zajęcia praktyczne z pacjentem. Reszta zajęć praktycznych - z technologii postaci leku, będącą jednym z wiodących przedmiotów na farmacji, nadal odbywa się stacjonarnie. Dzięki temu poziom kształcenia pozostaje na dobrym poziomie jak wcześniej. Widzę zarówno zalety, jak i wady, nauczania zdalnego. Zaletą jest to, że w przypadku seminariów, których mamy w tym roku sporo, nie trzeba wychodzić z domu i można sobie pod kocem, z kubkiem gorącej herbaty, wsłuchać się w prelekcje bez stresu, że się człowiek zarazi jakimś wirusem. Dodatkowo poziom nauczania online zdecydowanie się polepszył w stosunku do tego chaosu, który widzieliśmy od marca do końca sesji letniej. Zaletą też jest to, że poziom stresu związany ze studiami jest mniejszy, bo w zasadzie mamy więcej czasu na spokojną naukę. Po zmianie platformy z EduPortal na Blackboard także zaliczenia stały się spokojniejsze, bo nie ma obaw, że nagle coś się zawiesi albo kogoś wyrzuci z zaliczenia. Minusem na pewno jest to, że prawie od roku mamy minimalny kontakt z ludźmi, przez co wiele osób w mniejszym lub większym stopniu nie radzi sobie z tym.

Studetka, IV rok kierunek lekarski

- Codziennie spotykam się ze zdaniem znajomych studentów, że zdalne studiowanie nie da nam prawdziwej wiedzy, że nie nauczy nas prawdziwej medycyny. Uważam, że to nie uczelnia,

czy jakikolwiek system nauczania, ma nas nauczyć medycyny, tylko my sami mamy się jej nauczyć. Jesteśmy na uczelni wyższej, a nie w liceum - teraz to my musimy włożyć wysiłek w opanowanie podanej nam „na jedno kliknięcie” wiedzy, a zdalne nauczanie jest tego prawdziwą próbą.

Sądzę, że „studiowanie online” poprawiło się znacznie w porównaniu do poprzedniego semestru. Problemy techniczne zdarzają się znacznie rzadziej, a bardzo doceniam oszczędność czasu przez wyeliminowanie dojazdów, czy komfort oglądania seminarium z własnego pokoju z kubkiem ciepłej kawy. Mam wrażenie, że na każdych zajęciach online dostaję informacje znacznie bardziej usystematyzowane, niż historie pacjentów opowiedane na ćwiczeniach praktycznych. Przyznam jednak, że tęsknię za tymi historiami, dygresjami prowadzących czy ludzką rozmową z moją grupą kliniczną i prowadzącym.

Największym wyzwaniem jest teraz zdyscyplinowanie się i utrzymanie regularności nauki, którą kiedyś wymuszały godziny ćwiczeń, a teraz jedynie moje prywatne poczucie obowiązku.

Studentka kosmetologii, II rok II stopień

- Wciąż trwają u nas zajęcia praktyczne. Ćwiczenia oraz laboratoria odbywają się stacjonarnie, wykłady

i seminaria - zdalnie. Nie czuję, byśmy tracili na takim rozkładzie zajęć.

Studentka I roku, kierunek lekarski

- Jest mi trudno jednoznacznie ocenić zdalne nauczanie. Z jednej strony euforia zdalnych wykładów, co oznacza zaoszczędzone godziny snu. Z drugiej strony - ból zdalnych ćwiczeń z anatomii, które pomimo starań asystentów, są niestety skazane na porażkę. Internetowy atlas nie zastąpi mi kontaktu z prawdziwymi preparatami i lepszej próby zrozumienia stosunkowo abstrakcyjnej struktury mózgu, w której gubię się na rycinach. Po pewnym czasie nie wiem, na co patrzę.

Na zdalnych zajęciach czasem trudno się skupić, łatwiej odpłynąć gdzieś myślami. Jednak jest to najbezpieczniejsza forma, jaką dysponujemy i da się do niej przyzwyczaić. Sytuacja jest ciężka dla nas wszystkich. Tym bardziej jest mi przykro, kiedy studenci są oskarżani o niesamodzielność, ściąganie, i z powodu takich domysłów, tracimy zaufanie prowadzących czy profity z naszej aktywności na zajęciach. Tak jakby pandemia była naszą winą.

Studentka V roku, kierunek lekarski

- Uważam, że jakość nauczania online zależy w dużej mierze od prowadzących. Podsumuję to tak - jeśli nasi prowadzący chcą nas czegoś nauczyć,

to wpadną na tysiące pomysłów, by zaciekać studenta oraz dobrze zaznajomić go z tematem. Nawet takie zajęcia, choć pozbawione cennego kontaktu z pacjentem, mogą być świetne! Całe szczęście większość osób, odpowiedzialnych za naszą edukację, naprawdę się stara.

Przejście na platformę BlackBoard było dla nas zbawienne. Przynajmniej przez te dwa miesiące nic się nie zacięło, a testy kończące blok nauczania przebiegały bez problemów. Poza tym wszystkie udostępniane nam materiały są w jednym miejscu. Problemem nadal jest czasem obsługa platformy przez prowadzących. Niektóre kliniki prowadzą zajęcia na przykład na Zoomie, co jest dla mnie zupełnie niezrozumiałe i wprowadza zamieszanie. Liczę jednak, że z czasem przyzwyczaimy się i wykorzystamy wszystkie możliwości Blackboarda.

I jeszcze jedno - ćwiczenia praktyczne, w miarę możliwości, odbywają się nadal w szpitalu, co mnie niezmiernie cieszy.

OPINIE ZBIERAŁY

**MARTYNA SZCZERBAKOW I
WIKTORIA MARIA IZDEBSKA**

Dla Medyka Białostockiego

Prof. Adrian Chabowski, prorektor ds. kształcenia: - Od strony wykładowcy, w moim odczuciu, nagrywanie wykładów jest zdecydowanie bardziej procesem stresogennym, wymagającym i czasochłonnym. Obciążająca jest bowiem sama świadomość, że na błędy po prostu nie ma miejsca i nie mówię tu o błędach merytorycznych. Stresujące jest bowiem nie tylko przygotowanie prezentacji, gdzie nie mogą pojawiać się potknięcia (np. w animacjach, interpunkcyjne czy językowe), a skończywszy na ciągłym monitorowaniu doboru odpowiedniego, adekwatnego podkładu werbalnego podczas nagrania wykładu. To, czego mi osobiście brakuje, to

całkowity brak miejsca na jakikolwiek dyskusję czy interakcję ze słuchaczami.

Intrygujące, przynajmniej dla mnie, są moje spostrzeżenia związane z gestykulacją, ruchem, tzw. „mową ciała”, szczególnie kiedy chcę podkreślić ważność danego zagadnienia, a potem uświadamiam sobie, że tego pozawerbalnego przekazu po prostu nie ma!

Webinaria online są też ciekawą formą przekazu treści teoretycznych, aczkolwiek, przy braku kontaktu ze studentami (wyłączone mikrofony i kamery, ze względu na ograniczone możliwości streamingu), trochę jest dziwnym wrażeniem mówienie do ekranu, ze świadomością o tym, kto i z jaką mniejszą lub większą świadomością słucha.

Z drugiej strony rozumiem i otrzymuję bardzo dużo pozytywnych opinii ze strony studentów odnośnie takich form kształcenia zdalnego. Nie ukrywajmy, dostęp do nagranych wykładów o dowolnej porze, z możliwością wielokrotnego odsłuchania, powtórzenia, skupienia się na danym fragmencie jest olbrzymim komfortem dla studenta!

Jedyną uwagę, jaką bym miał, co do formy webinarium online, studenci chętniej zadawali pytania odnośnie tematyki przekazywanych treści. Taka interakcja jest niewątpliwie bardzo potrzebna, jest to możliwość wyjaśnienia zagadnień trudniejszych, mniej zrozumiałych.

Nowe granty badawcze

Ponad 3,5 mln zł warte są granty badawcze, które zdobyli naukowcy UMB startujący w konkursach OPUS i PRELUDIUM organizowanych przez Narodowe Centrum Nauki.

Najbardziej prestiżowy (OPUS) i największy grant (2,9 mln zł) zdobył **prof. Karol Kamiński (Zakład Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych) w konsorcjum z Uniwersytetem w Białymstoku na projekt badawczy pn.: „Koniec początku czy początek końca? Krótko i długoterminowe trajektorie zdrowotnych i psychospołecznych efektów pandemii COVID-19”**. Celem tego projektu jest ocena faktycznej częstości zakażeń SARS-CoV-2 w lokalnej społeczności, na podstawie oceny występowania przeciwciał przeciw temu wirusowi w klasie IgG, w porównaniu do oficjalnych danych epidemiologicznych, a także analiza czynników genetycznych, klinicznych i społecznych wpływających na rodzaj przebiegu klinicznego COVID-19. Analizie poddane zostaną trzy wyłonione grupy osób: pacjenci po hospitalizacji z powodu COVID-19, osoby z grupy ogólnej, odpowiadającej strukturze mieszkańców Białegostoku, oraz grupa wysokiego ryzyka - pacjenci np. z chorobą wieńcową lub cukrzycą. Osoby te zostaną szczegółowo zbadane pod kątem ich zachowań społecznych, stanu psychicznego oraz reakcji na sytuację epidemiczną.

W ramach PRELUDIUM (projekty badawcze realizowane przez osoby na początku swojej naukowej drogi) granty uzyskały:

mgr Ewa Parfieniuk (Centrum Badań Klinicznych) otrzymała 210 tys. zł na badawczy: Wykorzystanie metabolomiki do badania mechanizmów związanych z pojawieniem się efektów ubocznych leczenia statynami w postaci bólu mięśni.

Metabolomika to nowa dziedzina nauki, która ma być zastosowana do zbadania mechanizmów oddziaływania statyn na mięśnie szkieletowe. Umożliwi to pomiar tysięcy drobnych cząsteczek (metabolitów) razem tworzących profil metaboliczny. Dzięki

czemu powinno się udać wskazać, które szlaki metaboliczne zostały zaburzone poprzez stosowanie statyn. A nadto zostanie sprawdzone, które spośród zmierzonych metabolitów korelują ze stężeniem statyny i jej produktu metabolizmu. Uzyskane w ten sposób wyniki dadzą nam całościowy obraz oddziaływania statyn na organizm ludzki.

mgr Marlena Tynecka (Zakład Medycyny Regeneracyjnej i Immunoregulacji) otrzymała 210 tys. zł na projekt: Zrozumienie immunosupresyjnego mechanizmu działania mezenchymalnych komórek macierzystych (MSC) w eksperymentalnym modelu astmy neutrofilowej jako strategia identyfikacji nowych potencjalnych celów terapeutycznych.

Realizacja projektu może pozwolić na wskazanie nowego, potencjalnego mechanizmu, poprzez który mezenchymalne komórki macierzyste ograniczają zapalenie płuc obserwowane u pacjentów z astmą. Wyjaśnienie procesów regulowanych przez mezenchymalne komórki macierzyste może także znacząco przyczynić się do dalszych badań nad opracowaniem nowych opcji terapeutycznych dla astmatyków nie odpowiadających efektywnie na aktualnie stosowane leczenie bez konieczności stosowania niezwykle drogich terapii komórkowych

mgr Aleksandra Starosz (Zakładu Medycyny Regeneracyjnej i Immunoregulacji) otrzymała prawie 210 tys. zł na projekt: Badanie udziału fibroblastów oczodołowych w procesach zapalnych i remodelingu w przebiegu orbitopatii Gravesa

Celem projektu jest ocena zmian w profilu immunologicznym, białkowym i molekularnym fibroblastów oczodołowych pochodzących od pacjentów zarówno z aktywną, jak i nieaktywną postacią orbitopatii Gravesa. Projekt ten umożliwi przeprowadzenie pierwszej szcze-

gółowej oceny zjawiska związanego z remodelingiem tkanek i procesami zwłóknienia występującymi w orbitopatii w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa. Pozwoli także na ustalenie dokładnej roli fibroblastów w interakcjach komórkowych wpływających na procesy remodelingu w przebiegu orbitopatii. ■

OPR. BDC

NCN rozstrzygnęło też konkurs dla naukowców MINIATURA4. Wśród docenionych projektów znalazły dwa autorstwa naukowców z UMB:

- dr hab. Anna Baran, temat: Ocena stężeń wybranych białek jako potencjalnych markerów zaburzeń funkcji kognitywnych i chorób neurodegeneracyjnych w łuszczycy oraz prewencyjnego wpływu leczenia systemowego.; przyznane środki: 46.530 zł

dr hab. Edyta Adamska-Patruno, temat: Ocena skuteczności floroglu-cyny jako środka poprawiającego poposiłkowy metabolizm glukozy i lipidów.; przyznane środki: 49.995 zł

UMB w tegorocznej edycji konkursu MINIATURA zdobył łącznie 5 grantów na kwotę 226.549 zł

Podnosimy kompetencje pomimo COVID-19. Cz. 2

W poprzednim „Medyku Białostockim” rozpoczęliśmy podsumowanie szkoleniowych działań projektowych w czasie lockdownu. Na pierwszy ogień poszły szkolenia skierowane do studentów, które pomimo licznych trudności zostały zorganizowane w tamtym okresie.

Teraz nadszedł czas, by podsumować pozostałe działania, głównie te skierowane do kadry - akademickiej, jak i administracyjnej - które zrealizowane były w czasie pandemii.

Czas pandemii był pod tym względem nie mniej intensywny niż okres przed pojawieniem się koronawirusa. W przypadku szkoleń skierowanych do pracowników obowiązywały nas nieco łagodniejsze obostrzenia niż w przypadku studentów - przynajmniej w późniejszym okresie lockdownu - dlatego część z nich mogliśmy również przeprowadzić stacjonarnie, oczywiście przy zachowaniu wszelkich zasad bezpieczeństwa.

Szkolenia kadry akademickiej

Wśród szkoleń dla kadry akademickiej realizowanych w ramach projektu „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na UMB (ZPU1)” należy wymienić przede wszystkim „Szkołę Tutorów Akademickich” oraz „Techniki prezentacji i wystąpień publicznych, a innowacyjna dydaktyka”, czyli dwa działania, których kolejne edycje - ze względu na ich wysoki poziom merytoryczny i wartość praktyczną, potwierdzone m.in. przez prorektora ds. kształcenia, prof. dr hab. Adriana Chabowskiego, jednego z uczestników - cieszą się niesłabnącą popularnością wśród uczestników. Pomimo konieczności rozwiązania kilku problemów organizacyjnych związanych z pandemią, oba szkolenia udało się zakończyć pełnym sukcesem.

Kolejne ze szkoleń zrealizowanych w ramach projektu ZPU1, „Manipulacje Powięzi 2 stopień”, skierowane do pracowników Wydziału Nauk o Zdrowiu, było dla odmiany jednym z tych, których problemy organizacyjne zdecydowanie nie omijały. Dość wspomnieć, że szkolenie było wie-



Szkolenie z techniki prezentacji wzbudziło spore zainteresowanie kadry UMB, fot. Wojciech Więcko

lokrotnie przekładane, a z uwagi na brak ofert na rynku jego realizację musieliśmy przenieść na... Słowację (Poprad). Dodając do tego sytuację epidemiczną, łatwo sobie wyobrazić, że organizacja przedsięwzięcia była niczym przejażdżka rollercoasterem. Na szczęście udało nam się pokonać wszelkie przeszkody, a szkolenie zostało finalnie zrealizowane zgodnie z założeniami.

W ramach projektu „Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym (ZPU2)” zostały zorganizowane szkolenia skierowane do nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia na kierunkach lekarsko-dentystycznym oraz techniki dentystyczne. Zrealizowaliśmy szkolenia z zakresu gnatologii i okluzji oraz skanowania wewnątrzustnego, jak również część szkoleń poświęconych metodzie prof. A. Gerbera. Z uwagi na pandemię COVID-19, niektóre zaplanowane wcześniej terminy musiały zostać

dopasowywane do bieżącej sytuacji, jednak nie przeszkodziło to w efektywnej realizacji założeń.

W ramach projektu „Mamy POWER - inwestujemy w kompetencje regionu (ZPU3)”, pracownicy Wydziału Farmaceutycznego skorzystali z szeregu różnorodnych szkoleń rozwijających ich kompetencje zawodowe. Nabyte umiejętności są powiązane z zaplanowanymi w ramach tego samego projektu zmianami w programach nauczania na wszystkich kierunkach prowadzonych na wydziale, zatem w przyszłości to studenci będą tymi, którzy skorzystają na działaniach projektowych. Szkolenia dotyczyły zarówno tematyki realizowanej na kierunkach farmacja i analityka medyczna (wykorzystanie systemu LCMS, akredytacja laboratoriów, walidacja metod analitycznych), jak i kosmetologii (mikropigmentacja, usuwanie tatuażu i makijażu permanentnego, trychologia, podologia, diagnostyka skóry) i skierowane były

do wykładowców, którzy będą prowadzić przedmioty uwzględniające zagadnienia będące treścią szkolenia. Warto podkreślić, że mimo pandemii udało nam się z powodzeniem zrealizować w tym trudnym okresie 8 z 9 zaplanowanych szkoleń.

Administracja

Beneficjentami szkoleń podnoszących kompetencje (w ramach projektów ZPU1 i ZPU3) były również - obok kadry akademickiej - osoby stanowiące kadrę administracyjną uczelni, jak również technicy wykonujący obowiązki administracyjne.

Początki nie były łatwe: w pierwszym okresie pandemii realizacja szkoleń zaplanowanych dla części jednostek administracyjnych objętych projektem została wstrzymana. Powodem była niemożliwość ich zrealizowania w formie online, jak również brak dostępnych ofert. Największe trudności pojawiły się w przypadku szkoleń - już rozpoczętych jak i tych zaplanowanych - w ramach projektu ZPU1, w których brała udział duża liczba pracowników, jak np. II edycja kursu języka angielskiego, na który regularnie uczęszczało 69 osób, czy cykl szkoleń z zarządzania projektami. Po złagodzeniu restrykcji w czerwcu 2020 r., działania zostały wznowione w formie tradycyjnej z zachowaniem niezbędnych zasad bezpieczeństwa. Zrealizowano część szkoleń z zarządzania projektami oraz dotyczących komercjalizacji wyników badań naukowych, a w sierpniu wznowiony został kurs języka angielskiego. Jednocześnie pracownicy kadry administracyjnej rozpoczęli udział w szkoleniach otwartych realizowanych w formie zdalnej. Forma kształcenia na odległość, w dużej mierze ze względu na zwiększony wybór szkoleń w związku z dostosowaniem się firm do warunków czasu pandemii, okazała się szczególnie popularna w dziedzinach finansów oraz kompetencji kadrowych.

Warto tutaj wspomnieć, że tematyka niektórych szkoleń została rozszerzona o zagadnienia związane z koronawirusem i pandemią, a harmonogramy są dostosowywane do zmieniających się warunków epidemicznych w możliwie najbardziej elastyczny sposób.

Również w ramach projektu ZPU3, pomimo niełatwej sytuacji, sporą część szkoleń dla kadry administracyjnej zrealizowano: pracownicy kwestury podnieśli swoje kompetencje z zakresu systemu podatkowego oraz rachunkowości i finansów publicznych, a pracownicy Zakładu Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych wzięli udział w szkoleniach, których tematyka obejmowała zaawansowane funkcje programu Microsoft Excel. Podobnie jak w przypadku projektu ZPU1, w późniejszym okresie pandemii część działań została zorganizowanych w formie stacjonarnej przy zachowaniu wszelkich zasad bezpieczeństwa.

Lockdown nie wpłynął również na możliwość uczestnictwa pracowników w studiach podyplomowych. Po zawieszeniu terminów zajęć stacjonarnych, nasza inspektor danych osobowych mogła kontynuować podnoszenie swoich kompetencji w formie zdalnej. Realizator studiów (Instytut Nauk Prawnych PAN w Warszawie) poradził sobie z sytuacją wyznaczając terminy spotkań w formie webinarium. Dziś już możemy mówić o sukcesie w postaci pozytywnych ocen z egzaminów oraz uzyskania dyplomu ukończenia studiów.

Co jeszcze nam się udało

Ponieważ wsparcie kadry i studentów UMB to nie tylko szkolenia, na koniec warto wspomnieć o kilku innych działaniach projektowych, które zostały zrealizowane w czasie lockdownu.

Jednym z najtrudniejszych do przeprowadzenia działań projektowych była organizacja staży studenckich (ZPU1). Mimo sytuacji epidemicznej, która utrudniała tego rodzaju wyjazd nie tylko z uwagi na obostrzenia (przede wszystkim zamknięte granice), ale również charakter pracy szpitali i innych placówek medycznych, 34 studentom kierunku lekarskiego udało się odbyć staż w krajowych instytucjach służby zdrowia. Zainteresowanie wyjazdami wśród studentów było dwukrotnie większe, jednak każdy jeden udany wyjazd można uznać nie tylko za sukces, ale przede wszystkim za dowód determinacji naszych stu-

dentów w dążeniu do podnoszenia kompetencji zawodowych.

Również w ramach projektu ZPU1, Wydział Nauk o Zdrowiu zorganizował wizyty studyjne dla studentów fizjoterapii, które - wzorem opisywanych we wspomnianym na wstępie artykule podobnych działań skierowanych do studentów trzech wydziałów UMB dotyczących opieki geriatrycznej w zespołach interdyscyplinarnych - zostały zorganizowane w formie online. Oczywiście nic nie zastąpi wizyty „na żywo” w sanatorium czy gabinecie rehabilitacyjnym, jednak biorąc pod uwagę warunki lockdownu, możliwości realizacji zaplanowanego działania zostały wykorzystane optymalnie.

Projekt „Interdyscyplinarne, międzynarodowe studia doktoranckie w zakresie biologii medycznej i nauk farmaceutycznych na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku” umożliwił natomiast zorganizowanie międzynarodowej szkoły letniej w Kownie, która - początkowo planowana na czerwiec 2020 r. - finalnie odbyła się w dniach 22-26 września 2020. Obawy co do realizacji szkoły - przede wszystkim bezpieczeństwa uczestników - pojawiały się po obu stronach, tj. zarówno UMB jak i Vytautas Magnus University.

Epilog

Pandemia COVID-19 trwa, jednak wszyscy coraz lepiej odnajdujemy się w nowej rzeczywistości. Na pewno możemy być zadowoleni z jednego: koronawirus nie zatrzymał działalności UMB, również w zakresie projektów unijnych. Trudności, które musimy teraz pokonać motywują nas do dalszej pracy i realizacji zaplanowanych działań, pomimo przeszkód. Najważniejszym jest wszak bezpieczeństwo całej społeczności akademickiej. ■

**DZIAŁ PROJEKTÓW POMOCOWYCH, OPRACOWAŁ:
MICHAŁ PAWŁOWSKI**

Ludzie profesora Szamatowicza

Pierwsze polskie in vitro od razu budzi skojarzenia z prof. Marianem Szamatowiczem. Tylko że on zawsze powtarza, że bez swojego zespołu niewiele by zdziałał. W tym roku obchodzimy 33 rocznicę tego wydarzenia. Tak jak w ostatnich latach - po cichu.

12 listopada 1987 r. zmienił świat dla wielu osób w Polsce. Najpierw dla rodziców Magdy, dziewczynki, która jest pierwszym polskim dzieckiem z in vitro (dziś to też mama). Potem dla wszystkich innych rodziców, którzy do tamtego momentu bezskutecznie starali się o dzieci. Dla grupy naukowców z Akademii Medycznej w Białymstoku, którzy doprowadzili procedurę do sukcesu, od tamtej chwili świat zaczął pędzić w niesamowitym tempie. Obecnie to w większości profesorowie i uznani w Europie eksperci zajmujący się medycyną rozrodu. Zmienił się też nasz sposób dyskusji o in vitro. Coraz częściej to temat tabu, coraz mniej medyczny, a bardziej polityczny, religijny i ideologiczny. Stał się przyczynkiem do podziałów między ludźmi, a nie elementem dającym radość z narodzin dziecka.

Prof. Marian Szamatowicz: ginekolog-położnik. Nie został przyjęty do Akademii Medycznej w Białymstoku ze względu na niewłaściwe pochodzenie - jego ojciec był młynarzem. Skończył Akademię Medyczną w Warszawie. Po studiach rozpoczął pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku, a od 1963 roku pracował w szpitalu klinicznym. Od początku swojej pracy zawodowej interesuje się endokrynologią rozrodu. Ma w swoim dorobku 170 publikacji naukowych w kraju i za granicą, jest współtwórcą kilkunastu podręczników medycyny.

O sobie mówi tak: - Ja byłem tylko szefem. Sukces udało się osiągnąć dzięki pracy całego zespołu i jego zaangażowaniu. Jednak jak powiedział Napoleon: wojnę wygrywają żołnierze, orderzy dostają dowódcy.

Jak wspomina czas pracy nad in vitro? - To był pewien element rywalizacji. Wiedzieliśmy, że są czynione próby w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie przez zespół kierowany przez prof. Lucjana Wiśniewskiego. Prasa też była niezwykle przychylna stołecznemu ośrodkowi. Ciągłe pojawiały się doniesienia, że jest już ciąża. Choć jej nie było.



Na zdjęciu od lewej: Euzebiusz Sola, Waldemar Kuczyński, Sławomir Wołczyński, prof. Marian Szamatowicz, Jerzy Radwan, Marek Kulikowski; fotografię wykonano w 1987 r. dwie godziny po urodzeniu pierwszego dziecka z in vitro,

- Ta nasza ciąża była, można powiedzieć, wychuchana. Dlatego też zapadła decyzja o cesarskim cięciu, które było bardziej niebezpieczne dla matki, ale bezpieczniejsze dla dziecka. Ja dostąpiłem tego zaszczytu bycia przy narodzinach tej dziewczynki. To były olbrzymie emocje. Na bloku operacyjnym pojawiło się sporo ludzi. Pamiętam krzyk tego dziecka. To była najpiękniejsza muzyka. Ja przeciąłem pępowinę. Potem to dzieciątko trafiło w ręce neonatologów. Było pod opieką prof. Walentyny Iwaszko-Krawczuk, która też doskonale zapamiętała ten dzień. Jak wspomina, my poszliśmy do domu zadowoleni po cięciu, a ona całą noc drżała o to dziecko.

Zespół:

Prof. Sławomir Wołczyński: w zespole prof. Szamatowicza odpowiedzialny był za sprawy embriologiczne (opiekował się zarodkami). Kilka lat temu przejął „pałeczkę” po prof. Szamatowiczu - jest kierownikiem Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej, gdzie zajmuje się diagnostyką i leczeniem niepłodności. Przedmiotem jego szczególnego zainteresowania jest endokrynologia ginekologiczna i biologia molekularna.

- W 1985 r. prof. Szamatowicz pojechał na krótki staż do Göteborga (Szwecja) uczyć się mikrochirurgii jajowodów i tam również zobaczył metodę in vitro leczenia niepłodności.

Pewnego wieczoru prof. Szamatowicz zebrał cały zespół i zdecydował, że będziemy się zajmować zapłodnieniem pozaustrojowym. Nikt nie odmówił. W tamtym czasie niezbyt wiele, a może nawet nic, nie wiedziałem o tej metodzie. Materiałów na ten temat nie było dużo. Internetu nie było. Pamiętam, że pierwsza publikacja, którą przypadkowo znalazłem, donosiła, że w USA urodziło się już tak 21 dzieci. To sobie wyobraziłem tę ogromną Amerykę i 21 dzieci. Wówczas leczenie niepłodności było mało skuteczne.

- Dziewięć lat minęło od narodzin pierwszego dziecka z in vitro na świecie, do chwili kiedy urodziło się pierwsze z in vitro w Białymstoku. Jak na różnice technologiczne dzielące wtedy Polskę i resztę świata, to było bardzo szybko. 12 listopada 1987 r. to był czwartek. Pamiętam moment narodzin. Ten strach, czy wszystko się uda? Czy dziecko będzie zdrowe? Bardzo czekaliśmy. Urodziła się dziewczynka. Była zdrowa.

Prof. Waldemar Kuczyński: W zespole odpowiadał za andrologię - przygotowanie nasienia. Już nie pracuje w szpitalu USK, ani na UMB. Przeszedł na emeryturę. Przyjmuje jeszcze pacjentki w prywatnym ośrodku „Kriobank”, którego jest twórcą.

Czasy pracy nad in vitro wspominał dla portalu plodnosc.pl: - Jak wiadomo czasy były wtedy ciężkie. W sklepach



25-lecie obchodów pierwszego zapłodnienia pozaustrojowego w Polsce. Prof. Marian Szamatowicz (z lewej) z Magdą (pierwszym polskim dzieckiem z in vitro) oraz z prof. Sławomirem Wołczyńskim

pusto, na stacjach benzynowych też, dotacji żadnych, sprzętu brak, a jeżeli już to pożyczony... Niczego nie można było kupić, więc wszystko robiliśmy sami, np. sami produkowaliśmy wodę. Zaczynało się tak, że najpierw badaliśmy studnie w regionie. Potem z wybranych, w 200-litrowych beczkach, przywoziliśmy wodę do laboratorium. Po około 20 tygodniach z jednej beczki uzyskiwaliśmy 100 ml naprawdę czystej wody, z której przygotowywaliśmy odczynniki. Nawet igły punkcyjne, zestawy do pobierania komórek jajowych, katetry do transferu zarodków itd., wytwarzaliśmy sami. Te właśnie obowiązki m.in. spadły na moje barki. Dlatego też rozwijałem się jako wynalazca i konstruktor... z bożej łaski. Do dzisiaj w szafach leżą pamiątki moich nieudanych konstrukcji. Byliśmy ambitni, nie żałowaliśmy siebie, swojego czasu ani sił. Byliśmy też doświadczeni przez liczbę niepowodzeń, jakie nas spotykały.

Prof. Jerzy Radwan: Odpowiadał przede wszystkim za badania USG. Dzięki doświadczeniu zdobytemu we Francji (w 1984 r. wyjechał na staż do Pracowni Pozaustrojowego Zapłodnienia Uniwersytetu w Paryżu oraz Rouen), jako pierwszy w Polsce, zaczął pobierać komórki jajowe pod kontrolą USG najpierw przez pęcherz moczowy, a potem bezpośrednio przez pochwę. Od 1997 roku jest właścicielem jednego z pierwszych w Polsce prywatnych ośrodków zajmujących

się in vitro - Centrum Leczenia Niepłodności Gameta w Łodzi.

- Dzięki kontaktom z Francuzami, mogłem pewne rzeczy przywozić. W Polsce przygotowania do zapłodnienia pozaustrojowego to było nie tylko wyzwanie naukowe, ale przede wszystkim logistyczne. Brakowało dosłownie wszystkiego: sprzętów, odczynników, a nawet rękawiczek jednorazowego użytku. Gdyby ktoś sfilmował całą historię dochodzenia do pierwszego in vitro w Polsce, to powstałby film o profesorze Szamatowiczu i jego zespole wcale nie mniej fascynujący niż „Bogowie” o prof. Relidze. To były lata osiemdziesiąte, kiedy brakowało wszystkiego, a my, młodzi wówczas lekarze, spędzaliśmy noce i dni w klinice, często kosztem własnej rodziny.

Dr hab. Euzebiusz Soła: Specjalizował się w pobieraniu komórek. Choć nie zrobił wielkiej kariery naukowej, uchodzi za doskonałego klinicystę.

Prof. Marek Kulikowski: W zespole prof. Szamatowicza zajmował się pobieraniem komórek jajowych podczas endoskopii. Ma specjalizację z położnictwa i ginekologii, endokrynologii i ginekologii onkologicznej. Przez wiele lat pracował jako ordynator oddziału ginekologii i położnictwa w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku. Był też wieloletnim konsultantem wojewódzkim ds. ginekologii i położnictwa. ■

OPR. BDC, KM

Michał Pryszmont urodził się 5 stycznia 1928 r. w rodzinie szlacheckiej herbu Rawicz jako trzeci najmłodszy z braci. W rodzinie były jeszcze dwie siostry, starsza Teresa, zmarła w młodym wieku, a najmłodsza z rodziny - Janina - także była lekarzem. Najstarsze z dzieci w rodzinie, ks. Jan, był wykładowcą Akademii Teologii Katolickiej - obecnego Uniwersytetu imienia Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Wykładał teologię moralną, był także znawcą teologii prawosławnej i działał na rzecz ekumenizmu. Drugi z braci Franciszek po przejściach wojennych, został inżynierem rolnictwa.

Mój mąż do szkoły został posłany w wieku 6 lat i po przesłuchaniu przez dyrektora szkoły został zakwalifikowany od razu do drugiej klasy. Edukacja skończyła się w 1939 roku. Miał wówczas 11 lat. W 1943 r. był aresztowany i osadzony w więzieniu w Trokach, jako wróg ludu. Miał wówczas 15 lat. W 1946 r. rodzina uprzedzona o zaplanowanej wywóźce na Sybir, pospiesznie, w nocy, opuściła domostwo i odtąd rodzina żyła w rozproszeniu.

Po wojnie mąż wrócił do nauki. Początkowo uczył się sam, przerabiając materiał szkolny. Później został przyjęty do polskiej szkoły imienia Króla Zygmunta Augusta, przemianowanej na szkołę nr 5 z językiem polskim w Wilnie. Należał do tych, których zwano łowcami złotych medali. Miał wybitne zdolności do matematyki i fizyki, toteż spodziewano się, że zostanie inżynierem. Jednak po zdaniu matury w 1952 r. Zdał ją zdobywając złoty medal, dający prawo do wstąpienia na wszystkie uczelnie w Związku Radzieckim bez egzaminu wstępnego. Nieoczekiwanie wybrał medycynę w Kijowie. Ciepło wspomina tamte czasy, urodę Kijowa, piękno Dniepru i kolegów studentów.

Do Polski mąż wrócił w ramach repatriacji w 1952 r. i natychmiast podjął kontynuację studiów na Akademii Medycznej w Warszawie. Ukończył ją w 1959 r. Dyplom lekarza ma

Wspomnienie o prof. Michale Pryszmoncie

18 listopada zmarł prof. Michał Pryszmont, były kierownik Kliniki Neurologicznej AMB. Przez kilkadziesiąt lat związany był z Akademią Medyczną w Białymstoku.

datę 11.VI. 1959 r. Otrzymał nakaz pracy w Białymstoku. Bardzo polubił atmosferę Białegostoku - stosunki międzyludzkie korelowały tam z tym, co znał z dzieciństwa i wczesnej młodości. Korciła go praca naukowa, toteż starał się dostać do pracy w klinice. Zaczął pracować w klinice jako wolontariusz, a od 1 listopada 1963 r. został asystentem kliniki neurologii AMB w Białymstoku. Po 2 latach uzyskał specjalizację I stopnia. W październiku 1968 r. specjalizację II stopnia. Pracę doktorską pt. „Badania doświadczalne nad rolą chłonny worka oponowego rdzenia kręgowego” obronił w 1971 roku i został powołany na stanowisko adiunkta. Od 1976 roku przez wiele lat (dwa 5-letnie plany resortowe MZ).

Pracował w porozumieniu (na zlecenie) z instytutem Psychoneurologicznym w Warszawie. Plan ten dotyczył diagnostyki i oceny leczenia przy pomocy reoencefalografii chorób naczyniowych mózgu. W związku z tym programem odbył szkolenia w Klinice Neurologicznej A M w Warszawie, w Klinice Neurologicznej prof. Hadijewa w Sofii, w Klinice Neurologicznej prof. Baturica w Zadarze.

Wynikiem prowadzenia planu resortowego była praca habilitacyjna pt. „Przydatność reoencefalografii w diagnostyce i leczeniu chorych z niedokrwiennymi udarami mózgu” obroniona w maju 1987 r. Od 1988 został powołany na stanowisko docenta Kliniki Neurologii AMB. Na stanowisko profesora i kierownika kliniki został powołany 21 stycznia 1997 r. i funkcję tę pełnił do emerytury. Z języków obcych znał perfekcyjnie języki rosyjski, język angielski i niemiecki. Rozumiał także języki litewski i ukraiński, którymi się publicznie nie posługiwał, ale prywatnie zdarzało się, że coś cytował zwłaszcza po ukraińsku.

W pracy naukowej najbardziej interesowały go problemy związane z chorobami mózgu, w tym niedokrwienny udar mózgu, obrzęk mózgu, obniżenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, diagnostyka u chorych z wodogłowiem normotensyjnym i zwyrodnienia powrózka rdzenia. Zespołu porażenia międzyjądrowego u chorych z uszkodzeniami pnia mózgu, sposobami leczenia stwardnienia rozsianego. Wiadomo mi, że pacjenci nazwali go „lekarzem od głowy”

Bardzo też lubił pracę dydaktyczną, chętnie przekazywał wiedzę i umiejętności studentom i młodemu lekarzom. Cieszył go każdy sukces młodego adepta medycyny. W latach od 1981 roku był konsultantem województwa suwalskiego, a następnie województw białostockiego, suwalskiego, łomżyńskiego i olsztyńskiego. Za ofiarną pracę otrzymał w 1983 r. Srebrną odznakę „Zasłużony Białostoczczyźnie”, Srebrną Odznakę „Zasłużony dla Województwa Suwalskiego” oraz „Złoty Krzyż Zasługi”. Kilkakrotnie był także doceniony za pracę przez Rektorat AMB np. w październiku 1998 roku otrzymał nagrodę za osiągnięcia dydaktyczne za rok akademicki 1997/98.

Należał i udzielał się czynnie w kilku towarzystwach: Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem, Światowa Federacja Neurologów.

Jako oficer Wojska Polskiego w randze porucznika, następnie kapitana, był dowódcą jednostki medycznej, a także komendantem szpitala polowego.

Męża interesowała też poezja. W wolnych chwilach zgłębiał tajniki rymu, rytmu poezji, budowę trzynastozgłoskowca i pisał wiersze, nie ce-

nił ich jednak, nazywając wierszoklektwem i nie odkładał ich do szuflady. Toteż zachowało się ich niewiele. Pisał też krótkie zabawne wierszyki - rymowanki - swoim dzieciom, a później wnukom. Do Brata Franciszka na 92 urodziny napisał kończąc „Niech zdrowie i pamięć nadal dobrze służy, Nim Pan Cię zabierze do dalszej podróży”. Ostatni raz, jak pamiętam, zwrócił się do wnuczki Marysi 15 sierpnia ub. roku: „Kochana Marysiu, biegaj szybciej od rysia i przez cały dzionek, śpiewaj jak skowronek”. Na emeryturze zainteresował się sadownictwem eksperymentując ze szczepieniem drzew, a także pracami przy drewnie. Pod koniec życia czytał chętnie kryminały angielskie w oryginale.

Na zakończenie chcę jeszcze wspomnieć, że po przemysleniach nie podjął starań o nominację o tytuł profesora zwyczajnego. Uznał, że wprowadzenie do diagnostyki komputerowej spowoduje jej szybki rozwój, co będzie skutkowało marginalizacją reoencefalografii i uznał, że trzeba dać miejsce młodszemu i zdolnym.

**SABINA JADWIGA PRYSZMONT,
MAŁŻONKA**

Nie bójcie się!

„Zwiastuję wam radość wielką... dziś bowiem w mieście Dawida narodził się wam Zbawiciel” (Łk 2, 10-11).

Już niedługo usłyszymy słowa, które Anioł skierował do pasterzy i w nowy, niespotykany dotąd sposób, będziemy przeżywali klimat świętej Nocy Betlejemskiej, podczas której Syn Boży stał się człowiekiem, narodził się w ubogiej stajence i zamieszkał pośród nas. W tym uroczystym dniu rozlegnie się przesłanie Anioła, który dla nas - ludziom trzeciego tysiąclecia - jest zaproszeniem, aby przyjąć Zbawiciela. Obyśmy nie zwlekali i przyjęli Go do domów, do miast, do środowisk, w których pracujemy! Prawdą jest, że żyjemy w czasach, w których nastąpił i wciąż obecny jest rozwój działalności naukowo - technicznej. Historia pokazuje, że nauka nie ma granic dla ludzkiej ciekawości i dociekliwości. XXI wiek jest okresem odkrycia sztucznej trzustki, wątroby, implantu siatkówki, nośników i systemu szybkiej wymiany informacji, obrazu, plików. Rok 2020, XXI wieku zapisał się na kartach historii jako rok pandemii wirusa SARS-Cov-2, popularnie nazywanego COVID-19, który zakpił z poziomu wiedzy i technologii XXI wieku. Wirus wywrócił społeczny ład budowany przez wiele lat, zaburzył relacje społeczne i rodzinne. Ludzie ery „wielkiego rozwoju”, wobec wirusa doświadczyli ludzkiej niemocy prowadzącej do poczucia lęku i niepewności co do „jutrzejszego dnia”. Dlatego ważne jest, aby otworzyć umysł i serce na Chrystusa, do którego pamiętki Narodzin się przygotowujemy. To zbawcze wydarzenie, jeżeli je odkrywamy, może wnieść odnowioną nadzieję w życie każdego z nas.

„Przebudź się człowiecze, bo dla ciebie Bóg stał się człowiekiem” (św. Augustyn, Kazanie 185).

W to Boże Narodzenie w sposób szczególny potrzebujemy tego przebudzenia, „albowiem Bóg tak umiłował świat, że syna swego jednorodzonego dał” (J 3, 16) i poprzez narodzenie z Maryi Panny na świat

przychodzi Bóg jako dziecko, ze swoją niemowlęcą nieporadnością i zależnością od rodziców, od osób dobrej woli. W ten sposób Bóg pragnie uświadomić nam troskę, z jaką otacza każdego z nas. Poprzez narodziny Jezusa Chrystusa, Bóg wskazuje, jak ważną rolę w codzienności odgrywa wiara, która w XXI wieku nazywanym

Wirus wywrócił społeczny ład budowany przez wiele lat, zaburzył relacje społeczne i rodzinne. Ludzie ery „wielkiego rozwoju”, wobec wirusa doświadczyli ludzkiej niemocy prowadzącej do poczucia lęku i niepewności co do „jutrzejszego dnia”. Dlatego ważne jest, aby otworzyć umysł i serce na Chrystusa

„wiekiem nieograniczoności techniczno-badawczej, postępu, sukcesu” powinna zajmować wiodącą pozycję, bo rozum nie wystarcza do udzielenia odpowiedzi na powstające wątpliwości, gdyż „w istocie misterium człowieka wyjaśnia się prawdziwie jedynie w misterium Słowa Wcielnego” (*Gaudium et spes*, 22). Kościół niestrudzenie powtarza to przesłanie nadziei, które pochodzi z Konstytucji duszpasterskiej o Kościele w świecie współczesnym wydanej przez papieża Pawła VI 7 grudnia 1965 będącej jednym z ważniejszych dokumentów Soboru Watykańskiego II.

Co nam ludziom dojrzałym, ale często o ograniczony myśleniu i o słabej woli, pragnie przekazać Jezus z betlejemskiej stajenki: „Nie bójcie się! Oto zwiastuję wam radość wielką,

która będzie udziałem całego narodu” (Łk 2, 10). On motywuje nas, do odkrycia radości w poznawaniu ludzi i świata. Niech Jego miłość prowadzi nas i budzi świadomość, że jesteśmy „rodziną” wezwaną do budowania więzi pełnych zaufania i wzajemnego wsparcia.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia pracownikom Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku życzę Wrażliwości na potrzeby bliźnich, Nadziei na odkrycie Prawdy, Miłości, która przemienia istnienie, a tą Miłością, jak podkreśla św. Jan, jest Bóg, który niczego nie chce nam odebrać, a jedynie dawać (J 4, 7-16). Błogosławionych świąt Narodzenia Jezusa Chrystusa. ■

**Ks. SEBASTIAN KONDIOR,
DUSZPASTERZ SZPITALA USK**



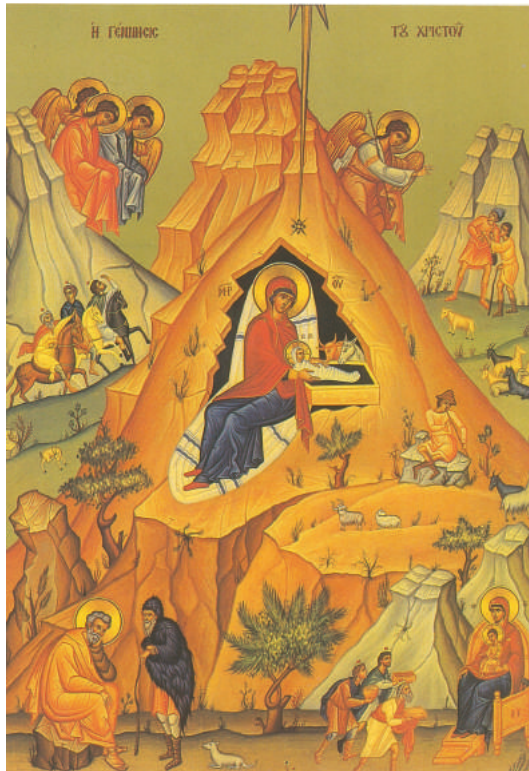
Dar Bożego Narodzenia

Ponownie zbliżają się święta Narodzenia Chrystusa, w naszej lokalnej tradycji obchodzone tak szczególnie uroczyście, z akcentem na rodzinne spotkania przy wigilijnym stole. Wiele wskazuje jednak, że tegoroczne święta będą wyglądały inaczej niż zwykle.

Codziennie multimedialne informacje o licznych nowych zakażeniach i zgonach budzą niepokój, że ponownie doświadczymy drastycznych ograniczeń, z którymi zetknęliśmy się podczas Wielkiego Postu i świąt Zmartwychwstania Chrystusa. Słuchać o możliwościach ograniczenia wigilijnych spotkań do małego jednorodzinnej grona...

Pisząc o tym, wspominam rozmowy z pacjentami, lekarzami i pielęgniarkami, którym w minionych latach wigilię i święta przyszło spędzać w szpitalu, z dala od swych bliskich. Wszyscy boleśnie przeżywali tę rozłąkę, ale mówiliśmy też o towarzyszących temu doświadczeniu odkryciach. Nieobecność przy wigilijnym stole, wymuszone chorobą czy pracą oderwanie od rodzin i przyjaciół, uświadamiało, jak bardzo to ważne. Z tej innej, szpitalnej perspektywy, mogli dostrzec dużo więcej i lepiej zrozumieć znaczenie tradycyjnego rodzinnego świętowania. Pociuszająca na swój sposób okazywała się myśl, że zebrani przy wigilijnym stole członkowie rodzin również odkrywają, jak bardzo ważni są dla nich ci nieobecni. Ponadto, co najważniejsze, ten czas w opustoszałym wówczas szpitalu sprzyjał dłuższej i głębszej zadumie nad znaczeniem święta Narodzin Chrystusa. Wiele (tygo)dniowe przygotowania i zakupy skupiają się zwykle na zewnętrznej oprawie świętowania. Czy nie zdarza się, że w skomercjalizowanym przedświątecznym rozgardiaszu najwięcej uwagi poświęcamy opakowaniu, w którym ukryty zostaje najważniejszy prezent? Czy w ciągłym pośpiechu zdążamy go rozpakować, zauważyć, prawdziwie nim się ucieszyć, radośnie zaś podziękować i później dzielić się nim z innym?

Na wszystkie antypandemiczne ograniczenia oraz na nadchodzące święta spróbujmy zatem spojrzeć z innej, najlepiej „odwróconej perspektywy”, którą posługuje się ikona. Spróbujmy skupić



się na tym, co w naszym świętowaniu najważniejsze - na jego przyczynie.

Kondakion, pieśń, która streszcza znaczenie święta Narodzenia Chrystusa, głosi:

„Dzisiaj Dziewica powiła Przedwiecznego i ziemia grotę ofiaruje Niedostępnemu. Aniołowie z pasterzami głoszą chwałę, a w ślad za gwiazdą podążają magowie, bowiem ze względu na nas urodziło się Dziecię, Przedwieczny Bóg”.

Pierwsze cztery słowa uświadamiają, że stoimy w obliczu niebywałego wydarzenia: Dziewica - rodzi; dzisiaj, w ziemskim czasie rodzi się Ten, który jest poza czasem, bowiem jest Panem wieczności. Dalej mowa o tym, jak cały wszechświat zareagował na to wydarzenie. Ziemia ofiarowała grotę, bowiem w Betlejem nie było miejsca w gospodzie. Niebo gwiazdę ofiarowało, aby mędrcom ze Wschodu drogę wskazywała. Magowie przynieśli złoto, kadzidło i mirrę. Aniołowie i ludzie złożyli pokłon i śpiewali pieśni. Dziecięciu kłaniają się również drzewa i krzewy, a widoczne w grocie zwierzęta ofiarowują Mu swój ciepły

oddech. Wszyscy i wszystko, całe stworzenie przynosi coś od siebie i ofiarowuje Nowonarodzonemu. Dokonuje tego w odpowiedzi na dar, który otrzymujemy od Boga. Tym darem jest zbawienie, wyzwolenie z niewoli grzechu, które przynosi nam Chrystus. Zwróćmy uwagę, jak zostało to ukazane na ikonie. W Ewangelicznej opowieści o narodzeniu Chrystusa mowa o Dziecięciu owiniętym w pieluszki i złożonym w żłobie. Na ikonie pieluszki wyglądają jak grobowy całun, a żłobek przypomina raczej trumnę. W ten sposób ikona ukazuje nie tylko czas, miejsce i okoliczności narodzin, ale wskazuje również ich cel - we Wcieleniu, w narodzinach z Ducha Świętego i Marii Panny, Jezus Chrystus rozpoczyna dzieło naszego zbawienia - ofiarowuje Siebie, aby wyzwolić nas z niewoli naszych grzechów.

Podczas nadchodzących świąt, zastanówmy się zatem, co moglibyśmy ofiarować nowonarodzonemu Chrystusowi. Opisane wyżej dary podpowiadają, że nie trzeba wiele. Spośród miliardów gwiazd niebo ofiarowało tę jedną; ziemia - tylko małą grotę; aniołowie i pasterze - jedynie swe głosy, a zwierzęta podzieliły się swym oddechem. Co ważne, dary te zostały ofiarowane prawdziwie „od siebie” i przyniesione Dziecięciu na powitanie - aby w tych trudnych podbetlejemskich okolicznościach poczuło się pośród nas, jak „u Siebie”. Ofiarujmy coś zatem, aby nowo narodzone Dziecię zamieszkało również w nas, w naszym sercu i życiu. Co ofiarować i jak to uczynić? Sam Chrystus podpowiada: „Cokolwiek uczyniliście bliźniemu swemu, mnie to uczyniliście” (Mt 25,40).

Z życzeniami Bożego błogosławieństwa i świątecznej radości na każdy dzień nadchodzącego Nowego Roku ■

**KAPELAN SZPITALNY
KS. DR WŁODZIMIERZ MISIJK**