

Epidemia otyłości s. 16 - 25





Nie można być naukowcem, jeśli nie wierzy się w ewolucję – mówi prof. James Dewey Watson, laureat Nagrody Nobla, w dziedzinie fizjologii za rok 1962

5



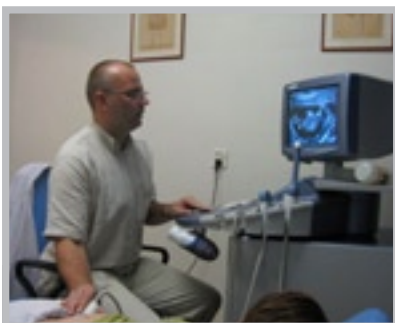
Rozmowy w sprawie powołania na UMB anglojęzycznych studiów dla Amerykanów... wróżą dobrze

9



Pokłady sadełka, nadciśnienie, cukrzyca typu 2, zwyrodnienia stawów, rak jelita – skutki nieokiełzanego apetytu

16



Fundusze unijne z projektu norweskiego, to lepsza jakość usług medycznych dla Podlasiaków

13



Kłapa ustawy o ratownictwie – rozmowa z prof. Jerzym Ładnym

27

➤ Powodzenia	4
➤ Nie wszystko trzeba wiedzieć	5
➤ „Advances in Medical Sciences” w nowej formie	8
➤ Studia dla Amerykanów	9
➤ Polscy i białoruscy kardiologzy	11
➤ Fundusz Norweski	12
➤ Wykrywanie i leczenie chorób oczu u dzieci	12
➤ Badania prenatalne	13
➤ Szansa dla dzieci	14
➤ Troszczymy się o kobiety	15
➤ Dużo kochanego ciała	16
➤ Folgowanie uciechom stołu	18
➤ Otyli pod skalpel	20
➤ Kiedyś byłam „w sam raz”	21
➤ Nie czują mięty	23
➤ Jemy za dużo	25
➤ Sposób na ostre zapalenie trzustki	26
➤ Smerfy na Podlasiu	26
➤ Kłapa ustawy o ratownictwie medycznym	27
➤ Powojenna pomoc doraźna w Białymstoku	29
➤ Dyrektor administracyjny o najdłuższym stażu pracy	33
➤ Józef Maćkowiak	34
➤ Marszałek przyjmuje przed archiwum	35
➤ Najpierw siusiu potem tarcza	36
➤ W ogrodzie Giliberta	37
➤ W cieniu kapliczek, pod opieką świętków	39
➤ Miasto czy rzeka?	40
➤ Siostry z Nowogródka	44
➤ Wydarzenia, aktualności	46

Materiały do numeru przyjmujemy do dn. 10 każdego miesiąca.

Skład redakcji:

Redaktor naczelny: Lech Chyczewski • **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz:** Krzysztof Worowski • **Sekretarz redakcji:** Danuta Ślósarska • **Redakcja stylistyczna i korekta:** Dorota Burel • **Członkowie:** Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Anetta Sulewska, Anna Worowska • **Współpracownicy:** Wojciech Dębek, Jan Pietruski • **Skład komputerowy:** e-Print Michał Żeleznikowicz • **Strona internetowa:** Jan Leszczyński • **Druk:** PRO100 • **Projekt i wykonanie okładki:** Walentyn Pankiewicz

Adres redakcji:

Biblioteka Główna Akademii Medycznej, 15-089 Białystok 8, ul. Kilińskiego 1, tel. (085) 7485485 (Danuta Ślósarska), e-mail: danka@umbw.edu.pl
e-mail: medyk@amb.edu.pl, http://www.amb.edu.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opracowania tekstów oraz zmiany ich tytułów.



Nie będę odkrywcy, jeżeli stwierdzę, że w obecnej dobie wysoki poziom świadczenia usług medycznych wymaga wprowadzania do lecznictwa nowoczesnych technik. Zakup wymyślnej aparatury to nie wszystko. Aparaty muszą być obsługiwane przez wysoko wykwalifikowany personel. Wymaga to szkoleń w najlepszych ośrodkach krajowych i zagranicznych. Aby spełnić te wymogi należy dysponować odpowiednimi środkami finansowymi. Wszyscy wiemy, że finansowanie przez NFZ starcza zalewie na podstawowe funkcjonowanie placówek służby zdrowia. Tak się też dzieje w naszych dwóch uniwersyteckich szpitalach. Rodzi się pytanie zasadnicze – skąd zdobyć fundusze na rozwój? Wszyscy zapewne zgodzimy się, że czekanie z założonymi rękoma na tzw. lepsze czasy i uprawianie filozofii przetrwania, chociaż stosunkowo łatwe i przyjemne, nie posuwa spraw do przodu. Z takiego założenia wyszli szefowie czterech klinik naszych uniwersyteckich szpitali. Ich projekty, złożone do konkursu, były na tyle przekonujące, że przebiły się przez gęste sito, zastawione przez komitet sterujący do spraw Funduszy Norweskich. Co to są Fundusze Norweskie, jakimi dysponują środkami i jak można je zdobyć? Na wszystkie te pytania można znaleźć odpowiedź w bieżącym wydaniu *Medyka*. Na marginesie nadmienię, że wśród członków komitetu sterującego znalazł się nasz rektor prof. Jacek Nikliński.

Zdobywanie pieniędzy to jedno. Ich racjonalne oszczędzanie i wydawanie to druga strona tego medalu. W mojej opinii, nieodściżonym mistrzem w obu tych konkurencjach był ustępujący rektor UMB – JM prof. Jan Górski. Swoje osiągnięcia Jego Magnificencja podsumowuje, w może nazbyt skromnej formie, na łamach naszego pisma.

À propos oszczędzania, pozwolę sobie, zachowując pełen szacunek dla osoby Rektora i jego dokonań, na przytoczenie krotkowi, serwowanej swego czasu w naszej redakcji: „...„Mówią, że pan rektor Górski nie ma węża w kieszeni” – oznajmia nasza pani sekretarz. „Z pewnością, tak – wąż już dawno wyzionął ducha... z głodu” – potwierdza autorytatywnie redaktor naczelny. Ciekawe, jakie anegdoty będą krążyć o nowym rektorze, który dopiero co przejął władzę?

Głód, w przeciwieństwie do cytowanego powyżej przypadku rektorskiego węża, jak na razie nam nie grozi. W sklepach spożywczych półki uginają się od nadmiaru towarów. Na przybłokowych śmietnikach można znaleźć całą spiżarnię. Sprowadza to do miasta nie tylko ptaki, zwyczajowo zasiedlające odludne leśne ostepy, łąki i pola. Coraz częściej także większe zwierzęta, jak lisy, dziki i sarny. Te ostatnie zaliczane są przez myśliwych do tzw. zwierzyny płowej. To prawda, jak na razie, idąc ulicą Lipową, zapewne nie spotkamy dzików, ani też zwierzyny płowej. Natomiast z pewnością spotkamy młode dziewczęta o płowych fryzurach. Spotkamy także na pewno wielu przechodniów o rozmiarach XXL. Otyłość staje się, nie tylko w Polsce, cywilizacyjną przypadłością naszych czasów. Przyczyny są bardzo proste: grzeszymy spożywaniem nadmiaru pokarmów i brakiem ruchu. Na pytania: jak odżywiali się nasi przodkowie, jak odżywiali się Eskimosi, a także co radzą ludziom otyłym chirurdzy i gastrologzy, odpowiedzi znajdziecie Państwo w bieżącym wydaniu *Medyka*.

Kończąc ten felieton, myślami jestem już w domu, gdzie czeka na mnie zupa grzybowa suto zaprawiana śmietaną i parmezanem, a także przepyszne pierogi – te z mięsem, jak również i te z kapustą, i grzybami. Smacznego. Byle potem długi spacer. Po spacerze zachęcam do przeczytania w *Medyku* unikalnego wywiadu, jaki Łukasz Minarowski przeprowadził z Jamesem D. Watsonem, współodkrywcą przestrzennej budowy podwójnej helisy DNA, laureatem nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii z roku 1962.

Chyczewski

Powodzenia

życzy ustępujący JM Rektor UMB, prof. Jan Górski.

Zakończenie kadencji 2005 – 2008 skłania mnie do podsumowania jej przebiegu i wyników. Właściwie również kadencji 2002 – 2005, gdyż ten sam zespół kierował sprawami uczelni. Z oceną się wstrzymam, gdyż samoocena nie może być w pełni obiektywna.

Wyniki wiosennych wyborów, w których członkowie ustępującego zespołu objęli kierownicze stanowiska na uczelni, łącznie ze stanowiskiem rektora, wskazywałyby na niezwykle pozytywną ocenę naszej pracy. Pragnę w tym miejscu, podkreślić ogromny udział kadry administracyjnej w rozwoju uczelni.

Przeszłe dwie kadencje należałoby podsumować w pięciu, uzupełniających się kwestiach, a mianowicie: rozwój uczelni, sprawy studenckie, inwestycje, szpitale kliniczne oraz relacje międzyludzkie.

Rozwój uczelni

Ukoronowaniem było uzyskanie, mocą ustawy z dnia 23 stycznia 2008 roku, statusu Uniwersytetu Medycznego. By spełnić warunki ustawy: „Prawo o Szkolnictwie Wyższym” z dnia 27 lipca 2007 roku, musieliśmy przyspieszyć bieg wydarzeń. Tak więc: utworzyliśmy trzeci wydział, uzyskaliśmy trzy nowe uprawnienia do nadawania stopnia doktora nauk (łącznie mamy ich sześć) i jedno do nadawania stopnia doktora habilitowanego (łącznie mamy ich trzy), stworzyliśmy szereg nowych jednostek naukowo-dydaktycznych. Troszczyliśmy się o rozwój badań naukowych oraz o rozwój kadry naukowo-dydaktycznej. Liczba niemal 200 profesorów tytularnych oraz doktorów habilitowanych na 700 nauczycieli akademickich daje nam jeden z najwyższych wskaźników w kraju. Należy podkreślić, że pracownicy dziekanatów dokładali wszelkich starań, by przewody doktorskie i habilitacyjne oraz postępowania o nadanie tytułu



Tak zaczynaliśmy.

profesora, przebiegały sprawnie i bez opóźnień. Dokonałiśmy restrukturyzacji zatrudnienia. Odbyło się to bez zwolnień pracowników.

Sprawy studenckie

Uruchomiono nowe kierunki nauczania, w tym nauczanie w języku angielskim na wydziale lekarskim. Wyposażono sale wykładowe i seminaryjne w sprzęt audiowizualny. Przeprowadzono remonty szeregu pomieszczeń dydaktycznych, a także częściowo remonty domów studenckich. Uruchomiono program wymiany Sokrates/Erasmus oraz system punktacji ECTS. Stworzono „wirtualne dziekanaty”. Zapewniono finansowanie różnorodnych przedsięwzięć studenckich.

Inwestycje

Niewątpliwym osiągnięciem był zapis w ustawie budżetowej, w roku bieżącym, o wyasygnowaniu kwoty 490 milionów złotych z budżetu państwa na inwestycję o nazwie: „Rozbudowa i modernizacja PSK-a”. Realizacja tego zapisu zaowocuje powstaniem nowoczesnego centrum klinicznego. Dodam, że jest to największa, od dziesięcioleci, inwestycja państwowa w naszym woje-

wództwie. Przy tak ogromnej kwocie inne inwestycje błędne. A jest ich naprawdę dużo i są kosztowne.

I tak, za łączną sumę 47 milionów złotych zrealizowaliśmy dwa nowe tytuły inwestycyjne w PSK-a, a objęły one budowę pięciu klinik. Budujemy gmach Wydziału Nauk o Zdrowiu (48 mln), niebawem rozpocznie się budowa Centrum Farmacji (47 mln), ukończyliśmy remont pałacu (około 15 mln), wybudowaliśmy Centrum Medycyny Doświadczalnej (ponad 10 mln), dokonaliśmy całkowitej przebudowy Biblioteki, zbudowaliśmy Zakład Chorób Przyzębia, przeprowadziliśmy szereg kapitalnych remontów istniejących jednostek. Łączna kwota pozyskanych środków inwestycyjnych wynosi około 700 milionów złotych.

Szpitaly kliniczne

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny uniknął zadłużenia i rozwija się doskonale. Pozyskuje środki inwestycyjne z funduszy unijnych i innych dostępnych źródeł. W przeszłości Uniwersytecki Szpital Kliniczny zadłużył się na wiele milionów. Wspólnym wysiłkiem dyrekcji, pracowników i władz

cd. na str. 7 ⇌



James Dewey Watson (ur. 6 kwietnia 1928 r. w Chicago, Illinois, USA), genetyk i biochemik amerykański. W marcu 1953 r., wraz z F.H.C. Crickiem i Rosalindą Franklin, opracował w Laboratorium Cavendisha model budowy przestrzennej podwójnej helisy DNA, za co, wraz z Crickiem i M.H.F. Wilkinsem, otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii za rok 1962.

W latach 1958–1976 był profesorem Uniwersytetu Harvarda w Cambridge. Obecnie jest dyrektorem Cold Spring Harbor Laboratory w Nowym Jorku. James Watson był jednym z pomysłodawców i został pierwszym szefem programu The Human Genome Project, który miał za zadanie zsekwencjonowanie całego genomu człowieka. Jest członkiem, m.in. Narodowej Akademii Nauk w Waszyngtonie.

Źródło: Internet

Nie wszystko trzeba wiedzieć

*Tak uważa prof. **James Dewey Watson**, który – podczas tegorocznej wizyty w Polsce – udzielił wywiadu dr. Łukaszowi Minarowskiemu.*

Jaką rolę w Pana pracy odgrywa intuicja, a jaką logiczne rozumowanie?

Uważam, że intuicja to jest to coś w mózgu, z istnienia czego nie zdajemy sobie sprawy. Myślenie bowiem biegnie świadome i nieświadome. Używanie intuicji pozwala nam jedynie zdawać sobie sprawę z tego, co wiemy. Bez odpowiedniej wiedzy i tak daleko nie zajdziemy, dlatego łączę intuicję z logicznym rozumowaniem.

Jaki okres Pana pracy naukowej był w pańskim życiu najbardziej interesujący?

Najciekawsze były dla mnie lata od 1951 do 1953 roku, poświęcone współpracy z Francisem Crickiem, angielskim biochemikiem, genetykiem, biologiem molekularnym. Razem z Francisem i Rosalindą Franklin odkryliśmy strukturę molekularną kwasu deoksyrybonukleinowego DNA. Francis był niesamowitym człowiekiem. Pomimo swoich ateistycznych przekonań, negował możliwość samoistnego powstania życia z materii nieożywionej. Odrzucał możliwość ewolucji chemicznej w warunkach ziemskich. Starał się wytłumaczyć pochodzenie życia na naszej planecie za pomocą teorii panspermii.

Dziś, gdy śledzę doniesienia naukowe, dotyczące badań nad DNA, to chylę czoło przed nauką. Gdybym miał teraz wybierać pole działalności naukowej, to zdecydowałbym się na neurofizjologię i neurogenetykę. Mózg jest do tej pory największą dla nas zagadką i tak naprawdę nie mamy pojęcia

What is the role of intuition and logic reasoning in your experiments and work?

I think that intuition is that thing in your brain that you do not realize that you are thinking. Conscious and unconscious thinking... your brain is making all the calculations unconsciously. So you will get nowhere if your brain is empty. Using intuition is useful to realize what is in your brain.

What part of your scientific career was the most interesting?

It must have been two years, 1951 to 1953, spent with Francis Crick, an English biochemist, geneticist and molecular biologist. Together with Francis and Rosalyn Franklin, we discovered the structure of DNA. Francis was a remarkable person. Despite his atheistic views, he negated the possibility of spontaneous generation of life from unanimated matter, chemical evolution on the Earth. He was trying to explain the origin of life on our planet by means of panspermia theory.

And now it is a very exciting time, because we are looking at DNA through the eyes of so many people. When you have sophisticated technology at your disposal science is wonderful. If I were to choose today my scientific subject I would go into neurophysiology and neurogenetics. We really do not know how our brain works. This is still the greatest puzzle, but possible to solve, I believe.

cd. na str. 6 ⇨

↔ *cd. ze str. 5*

jak funkcjonuje. Wierzę jednak, że jest to problem do rozwiązania.

Czy uważa Pan, że możliwe będzie leczenie chorób psychicznych, takich jak np. schizofrenia, przy użyciu terapii genowej i modyfikacji genów?

Jeszcze nie teraz. Obecnie genetyka jest używana do projektowania nowych specyfików do leczenia chorób psychicznych. Uważam jednak, że w najbliższej przyszłości nie będziemy jeszcze w stanie modyfikować genów, aby leczyć schorzenia psychiczne.

W wywiadzie udzielonym z okazji otwarcia wystawy, poświęconej 50. rocznicy odkrycia struktury DNA, powiedział Pan, że nie godzi się na pozostawienie próbki swojego kodu genetycznego dla przyszłych pokoleń. Wiem jednak, że w ramach projektu grupy Human Genome Project* zgodził się Pan na sekwencjonowanie swojego genomu. Co skłoniło Pana do zmiany decyzji?

Sześć lat temu nie byłem pewny czy im (grupie Human Genome Project – przyp. red.) się uda. W trakcie rozmów podawano, że sekwencjonowanie jednego chromosomu może potrwać nawet do dwóch lat. W rzeczywistości zajęło im to trzy tygodnie. Nie miałem więc obiekcji, aby oddać im próbkę mojego DNA. Teraz jestem z tego nawet zadowolony. Zgodziłem się na zatrzymanie całej mojej informacji genetycznej, z wyjątkiem danych, dotyczących moich skłonności do zachorowania na chorobę Alzheimera. Moja matka miała tę chorobę, więc teoretycznie mam 25 procent szans, aby zachorować. Nie chciałem tego wiedzieć. Nie jestem jednak zwolennikiem sekwencjonowania genomów ludzi młodych. Nie chciałbym znać czyjejs przyszłości. Oczywiście dane medyczne, uzyskane w ten sposób, są bardzo cenne, ale sekwencjonowanie dla zaspokojenia ciekawości może nie wyjść nam na dobre.

Czy może Pan Profesor wyrazić, w kilku zdaniach, swój stosunek do teorii inteligentnego projektu?*

Teoria inteligentnego projektu jest tylko kolejnym wyrażeniem na określenie religii. Nie wiem, czy ludzie inteligentni powinni wierzyć w tę teorię. Najprostszym sposobem na uwierzenie w teorię inteligentnego planu jest niechodzenie do szkoły.



Do you think it would be possible to treat mental diseases such as schizophrenia using gene therapy and gene modifications?

Right now people are using genetics to design a new drug to treat mental diseases. I don't think that now or in near future we will be able to change someone's genes to cure mental disorders.

In the interview at the opening of the exhibition on 50th anniversary of DNA discovery you said that you would probably not leave a sample of your DNA for future generations, future scientists. I know that you did change your mind and gave your own DNA to Human Genome Project. What made you change your mind?

Six years ago I was not sure if they (HGP team) would succeed. They said that sequencing of one chromosome might take at least two years but it took three weeks, so I did not have the reason to say no when I was asked to offer some of my cells to HGP. Actually, I was pleased about it. I told them that they could get all my genetic information, except I did not want to know if I had any genetic predisposition to Alzheimer's disease. My mother had it, so theoretically I have 25% chance

Porady prof. Watsona

- Wybieraj młodego wiekiem promotora
- Myślenie, nie wiedza, jest prawdziwą potęgą
- „Dlaczego?” jest ważniejsze niż „Co?”
- Niech twoje zainteresowania obejmują szerszą tematykę, niż wynikałoby to z twojej pracy
- Zawsze zadawaj pytania, najlepiej, siedząc w pierwszym rzędzie na wykładzie
- Przerwywaj wykładowcy!
- Bądź sceptyczny
- Zawsze miej publiczność dla swoich eksperymentów, jeżeli jesteś jedynym zainteresowanym to możesz być głupcem
- Nauki eksperymentalne lubią ludzi, jeśli ty nie lubisz ludzi, studiuj matematykę
- Zostaw temat badań, jeśli poczujesz się znudzony
- Nigdy nie bądź najbardziej wygadaną osobą w towarzystwie

Watson's handful of advice for students and young science adepts

- Choose young thesis advisor
- Thinking is the true power, not knowledge
- “Why?” is more important than “what?”
- Keep your intellectual curiosity much broader than your initial thesis objective
- Ask questions while sitting in the first row on a lecture
- Interrupt the speaker!
- Be skeptical
- Always have an audience for your experiment; if you are the only one interested, you might be stupid
- Science is social, if you don't like people go to mathematics not experimental sciences
- Leave a research field before it bores you
- Never be the brightest person in the room

Dowodów popierających teorię ewolucji jest więcej, niż dowodów popierających teorię inteligentnego planu. Nie można być naukowcem, jeśli nie wierzy się w ewolucję.

A więc nie wierzy Pan w Boga?

Absolutnie nie. Największą zaletą wiary w Boga jest całkowita niemożliwość rozumienia fizyki i biologii. A ja chcę je rozumieć.

W jaki sposób Pan i Francis Crick zdecydowaliście o kolejności nazwisk w waszej najważniejszej pracy, dotyczącej DNA pt.: "Molecular structure of nucleic acids: a structure for deoxyribose nucleic acid describing the double helix structure of DNA."?

Rzucaliśmy monetą, ja wybrałem orła.

Co stało się z Maurice'em Wilkinsem i Rosalindą Franklin?

To interesująca historia. Kiedy pracowaliśmy nad strukturą DNA, Francis wydedukował, że nic DNA składa się z dwóch antyrównoległych nici. Ja byłem odpowiedzialny za opracowanie przestrzennego dopasowania zasad. Mieliśmy spory problem, aby pogodzić ze sobą te dwie rzeczy. Maurice przyszedł pewnego dnia, popatrzył na nasz model i powiedział, że jedynie helisa rozwiązałaby sprawę. Kiedy wysyłałismy manuskrypt do „Nature”, on nie chciał być ujęty, jako autor pracy. Później powiedział, że była to największa pomyłka w jego życiu. Rosalinda, jako pierwsza, potwierdziła w praktyce nasze teoretyczne spostrzeżenia. Niestety, zmarła z powodu raka jajnika, nim odebraliśmy Nagrodę Nobla.

Czy odkrycie struktury DNA to przypadek, czy też wszystko Pan dokładnie zaplanował?

No cóż... myślę, że przypadkiem to spotkałem swoją żonę.

* Human Genome Project – Zainteresowanie genomem ludzkim zaowocowało utworzeniem w 1989 roku międzynarodowej organizacji Human Genome Organisation (HUGO). Organizacja ta opracowała „projekt genomu człowieka” – Human Genom Project (HGP). Projekt miał na celu opracowanie względnego położenia genów w genomie, a także określenie kolejności ułożenia zasad w genomie.

** Teoria inteligentnego projektu utrzymuje, że wyjaśnieniem dla pewnych cech wszechświata i żywych organizmów jest siła sprawcza – „inteligentna przyczyna” –, a nie tylko działające samoistnie niesterowane procesy przyrodnicze, takie jak dobór naturalny i ewolucja. Koncepcja ta stoi w opozycji do teorii Darwina.

of getting it. But I would not sequence any young people, because I would not like to know my or someone's future. Of course the medical information is valuable, but sequencing for pure curiosity of what is that I might have is not good.

Can you comment a little bit on your attitude to Intelligent Design Theory?

Intelligent Design is just another expression to define religion. And I do not know if any intelligent people should believe in this theory. The easiest way to believe in Intelligent Design is to never go to school. There is still more pros for evolution than for ID theory. In the USA there are some medical schools that do not accept evolution. You cannot be a scientist if you do not believe in evolution.

So you do not believe in God?

Oh, no. Absolutely not. The biggest advantage to believing in God is you do not have to understand anything, no physics, no biology. And I want to understand.

How did you and Francis Crick decide that you will be the first author of The Paper: "Molecular structure of nucleic acids: a structure for deoxyribonucleic acid describing the double helix structure of DNA."?

We flipped a coin, I have chosen heads.

What about Maurice Wilkins and Rosalyn Franklin?

That is interesting. When we were deducing the DNA structure, Francis deduced that there are two antiparallel strands and I was responsible for dimensional pairing of nucleotides. But we could not put it all together. Maurice came, looked at our model and said that it would fit together if it were a helix. He did not want to be included as the author when we sent the manuscript to *Nature*. Later on, he said it was the biggest mistake in his life. Rosalyn was the first to confirm our theoretical model in practice. She also took the famous Photo 51 of sodium salt of DNA-B. Unfortunately, she died of ovarian cancer before she could receive Nobel Prize with our three.

What helped you then in the discovery of DNA. Did it happen by accident or was it carefully planned?

Well, I think it was an accident that I met my wife.



Tak kończymy. Budowa gmachu dla wydziału pielęgniarstwa.

⇐ *cd. ze str. 4*

uczelni udało się wydostać z matni długów. Nie spowodowało to obniżenia jakości świadczonych usług medycznych ani też zwolnień z pracy.

Stosunki międzyludzkie

Nie prowadziliśmy żadnego postępowania dyscyplinarnego w stosunku do nauczycieli akademickich. Nie słyszałem również o żadnym większym konflikcie międzyludzkim na uczelni. Nie otrzymywałem anonimów ani też tzw. donosów. Te fakty wskazują na właściwe stosunki międzyludzkie na uczelni. Dużą rolę w kształtowaniu dobrej atmosfery przypisałbym też „Medykowi Białostockiemu”. Pismo to przywróciliśmy do życia po latach niebytu.

Z ogromną satysfakcją stwierdzam, że praca zespołu kierującego uczelnią przebiegała bezkonfliktowo, w niezwykle przyjaznej, pełnej zaufania atmosferze. Oczywiście, dyskutowaliśmy nieustannie, nierzadko twarde broniliśmy swoich racji. Nigdy nie popsulo to stosunków między nami. Przyjęte postanowienia realizowaliśmy zgodnie.

Pragnę podziękować wszystkim pracownikom uczelni za ich wkład w rozwój naszej Alma Mater. Pragnę też podziękować za zawsze życzliwy stosunek do mnie.

Jego Magnificencji Panu Rektrowi Profesorowi Jackowi Niklińskiemu i całemu Zespołowi, powołanemu do kierowania uczelnią w obecnej kadencji, życzę realizacji programu wyborczego. Wszystkim Pracownikom i Studentom życzę zdrowia i powodzenia w życiu osobistym i zawodowym.

„Advances in Medical Sciences” w nowej formie



W ciągu ostatniego roku akademickiego znacząco rozwinęło się nasze uniwersyteckie czasopismo „Advances in Medical Sciences”. Po podpisaniu umowy z warszawskim wydawnictwem naukowym Versita (wyłącznym partnerem MetaPress na Polskę), całkowicie zmieniła się forma publikowania artykułów.

Idąc za ogólnoswiatowym trendem w wydawaniu czasopism naukowych, postawiliśmy, przede wszystkim, na rozwój elektronicznej formy publikacji. Poprzez wydawnictwo Versita współpracujemy z firmą MetaPress – światowym liderem w elektronicznym zarządzaniu publikacjami naukowymi. Obecnie stosujemy nowoczesną formułę „Ahead of Print” (inaczej zwaną „Early Bird”), która jest powszechnie używana w renomowanych czasopismach zagranicznych.

Artykuł, po zakwalifikowaniu i po wprowadzeniu korekt merytorycznej i redakcyjnej, publikowany jest w wersji elektronicznej. Ta forma trafia

do czytelników dużo szybciej, niż wersja drukowana. Po nadaniu indywidualnego numeru identyfikacji elektronicznej DOI, artykuł pojawia się *online*, na stronie internetowej wydawnictwa Versita (www.versita.com), na platformie MetaPress (www.metapress.com) oraz na głównej stronie internetowej czasopisma www.advms.pl.

Umieszczenie artykułu na stronie internetowej wydawnictwa Versita (www.versita.com) oraz na platformie MetaPress (www.metapress.com) otwiera nowe możliwości. Czytelnicy mogą korzystać z zaawansowanych opcji wyszukiwania danych w artykułach (po nazwiskach autorów, po słowach-kluczach, po rodzajach artykułów, itp.).

Dostępna jest również opcja wyszukiwania referencji poprzez odnośniki do cytowanych artykułów, w oparciu o ich numery DOI.

Elektroniczne archiwum naszego czasopisma stało się szeroko dostępne dla indywidualnych czytelników oraz dla nowoczesnych systemów bibliotecznych i abstrakcyjnych. MetaPress na bieżąco przesyła nasze artykuły do bazy PubMed/Medline.

Do momentu wydania całego numeru, artykuły widoczne są w PubMed, jako „ahead of print” wraz z odnośnikiem do pełnej zawartości (w formacie PDF).

Od rocznika do półrocznika

Staramy się prowadzić intensywną politykę rozwoju jakości naszego czasopisma. Pozyskujemy wartościowe manuskrypty do publikacji. Nawiązujemy kontakty z najlepszymi recenzentami, głównie zagranicznymi specjalistami w konkretnej dziedzinie. Od początku 2008 roku współpracowaliśmy ze 120 recenzentami, z czego aż 67 procent stanowili recenzenci z zagranicy. Wskaźnik odrzuconych prac, niezakwalifikowanych przez recenzentów, wynosi około 30 procent.

Tak znaczący rozwój „Advances in Medical Sciences” skłonił nas do podjęcia decyzji o zwiększeniu częstotliwości wydawania kolejnych numerów. Od roku 2008 nasze czasopismo wydawane jest dwa razy w roku – na koniec czerwca i na koniec grudnia. Dzięki temu pismo stało się ciekawsze, zarówno dla autorów jak i czytelników. W najnowszym numerze 53(1) opublikowanych jest łącznie 17 prac, z czego 47 procent to artykuły zagraniczne.

W kierunku Impact Factor

„Advances in Medical Sciences” jest indeksowane w Index Medicus/Medline/PubMed, EBSCO, DOAJ, Chemical Abstracts CAS, Index Copernicus oraz w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Czasopismo jest obecnie w trakcie zmieniania w SCOPUS i EMBASE. Wyniki ewaluacji będą znane pod koniec 2008 roku.

Czasopismo pozytywnie przeszło wstępną, nieformalną ocenę Instytutu Filadelfijskiego Thomson Scientific. Razem z wydawnictwem Versita podjęliśmy decyzję o wysłaniu grudniowego numeru do oficjalnej ewaluacji przez Thomson Scientific, w celu wpisania na „Master Journal List” (tzw. listę filadelfijską). Ocena Thomson Scientific obejmie trzy kolejne numery czasopisma. W związku z tym, zależy nam na promocji naszego czasopisma w wybitnych kręgach medycznych. Zamierzamy pozyskać jak najlepszych autorów, gotowych do publikowania oryginalnych prac o potencjalnie wysokim wskaźniku cytowań, tak aby nasze czasopismo mogło uzyskać jak najwyższy Impact Factor.

Jacek Nikliński

Prof. dr hab. Działu Nauki, Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej UMB.

Anna Wandzel

Mgr, pracownik Działu Nauki, Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej UMB.

Studia dla Amerykanów

Już pełne cztery lata na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku obcokrajowcy mogą się uczyć zawodu lekarza w języku angielskim. Studenci Oddziału Nauczania w Języku Angielskim pochodzą głównie ze Skandynawii. Za dwa lata zostanie zamknięty pełen cykl sześcioletniej pracy, który zakończy się wręczeniem dyplomów lekarza pierwszym absolwentom „English Division”. Czy w związku z tym, możemy się jeszcze spodziewać dalszego rozwoju studiów anglojęzycznych?

Odpowiedź jest twierdząca i nie wynika tylko z powiększającej się, co roku, liczby przyjmowanych kandydatów. Od kilku lat nasza uczelnia prowadzi działania, zmierzające do uruchomienia kolejnego programu nauczania na kierunku lekarskim w języku angielskim. Tym razem dla studentów ze Stanów Zjednoczonych i z Kanady. Istnieje duża szansa, że studia te, o nieco zmienionym, dostosowanym do standardów amerykańskich planie, mogą rozpocząć się już w roku akademickim 2009/2010. W tym celu, skromna (dwuosobowa) delegacja Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wybrała się do dalekiego Denver w USA.



Osrodek Olimpijski w Colorado Springs.

Denver

Miasto Denver (stolica stanu Colorado) zostało założone w roku 1858, gdy na tych terenach znaleziono złoto. Jest ono położone na wysokości 1609 m n.p.m., dlatego nazywane bywa Mile High City. W roku 1880 Denver liczyło już 35,5 tys. mieszkańców i było wielkim centrum górnictwa złota i srebra.

Pierwszą stałą instytucją w Denver, w tamtych czasach, był saloon, w którym obywatele, przy beczce whisky, ustalili ostateczną nazwę miasta. Liczyli prawdopodobnie na przychylność ówczesnego gubernatora stanu Kansas, Jamesa Denvera. Ich nadzieje skończyły się wraz z końcem kadencji gubernatora. Nazwy miasta już nie zmieniano.

Poszukiwacze, którzy znaleźli złoto na terenie dzisiejszego Denver, zbudowali miasto z dala od kolei, uczęszczanych dróg, spławnej rzeki, łatwo dostępnej wody i mimo sprzeciwów Indian. W ciągu pierwszych lat swego istnienia miasto było dwukrotnie zniszczone przez powódź i pożar.

Denver – miasto tradycji i nowoczesności.

Obecnie, Denver to jedna z najszybciej zwiększających liczbę mieszkańców aglomeracji północnoamerykańskich, wielki ośrodek przemysłu lotniczego, samochodowego, metalowego, elektrotechnicznego, spożywczego i chemicznego. To miasto znanych klubów sportowych oraz siedziba wielu korporacji finansowych, banków i urzędów federalnych.

Aglomeracja liczy około 2,5 mln mieszkańców i ciągnie się, na przestrzeni kilkudziesięciu mil, wzdłuż Gór Skalistych, które w dobrą pogodę (czyli ponad 300 dni w roku) widać doskonale. Pasma Gór Skalistych (należące do Kordylierów) ma długość 4800 km. Zaczyna się na Lynard River w Kolumbii Brytyjskiej (Kanada) i kończy na Rio Grande w Nowym Meksyku (USA). Góry Skaliste stanowią przepiękne tło dla miasta. Ich obecność sprawia, że klimat w Colorado jest dość łagodny i przyjemny, choć pogodę nie do końca da się przewidzieć.

Pod koniec sierpnia tego roku, w Denver odbyła się historyczna konwencja Partii Demokratycznej, na której Barack Obama został oficjalnym kandydatem tej partii na prezyden-

cd. na str. 10 ⇨





Wymiana doświadczeń między dr. hab. Wojciechem Dębkiem a prof. Wojciechem Załuską, dziekanem UM w Lublinie.

ta Stanów Zjednoczonych. Konwencję obsługiwało kilkadziesiąt tysięcy dziennikarzy, miasto było naszpikowane funkcjonariuszami służb porządkowych, a ceny pojedynczych pokoi, w podrzędnych nawet hotelach, sięgały 800 dolarów za noc! Na szczęście, to szaleństwo zaczęło się dopiero dzień po naszym wyjeździe z USA.

Konwencja HMI

Powodem naszej obecności w Denver była jednak 15. coroczna konwencja Hope Medical Institute. HMI rekrutuje kandydatów na studia medyczne w Europie. W Polsce, a dokładniej w Katowicach i Lublinie, studiuje obecnie około 650 studentów, rekrutowanych przez HMI. Nasz uniwersytet podpisał z tą instytucją wstępną umowę o współpracy. Konwencja HMI była kolejną okazją do spotkań i rozmów w sprawie uruchomienia, na wydziale lekarskim naszej uczelni, anglojęzycznych studiów dla Amerykanów. Zasadniczym celem rozmów było przyspieszenie prac, zmierzających do zakończenia przygotowań do wdrożenia czteroletnich i sześcioletnich studiów, według wymogów amerykańskich.

Studia w systemie amerykańskim są uznawane na świecie za prestiżowe. Ta współpraca może przynieść naszej uczelni wiele korzyści, nie tylko finansowych w postaci czesnego wpłacanego przez studentów. Uzyskanie w stanie Kalifornia i Nowy Jork akredytacji

nauczania, niejako wprowadza uczelnię na amerykański rynek medyczny i wymusza wręcz współpracę z placówkami naukowo-dydaktycznymi w USA.

Czekają nas intensywne prace, zanim pierwsi Amerykanie staną w murach pałacu Branickich, by przyjąć indeksy UMB. Już w najbliższym czasie, konieczne jest przygotowanie i zatwierdzenie planu nauczania (curriculum) w systemie studiów czteroletnich – dla absolwentów tzw. college'ów przedmedycznych oraz w systemie studiów sześcioletnich – dla absolwentów szkół średnich.

Do Departamentu Edukacji USA trzeba dostarczyć kolejne informacje, konieczne do zakończenia procesu oceny dokumentów, złożonych już wcześniej przez UMB. Jest to niezbędne, aby wziąć udział w programie pomocy finansowej USA dla naszych, potencjalnych, amerykańskich studentów.

Wbrew powszechnym wyobrażeniom o bogactwie obywateli USA, zdecydowana ich większość studiuje dzięki systemowi państwowych pożyczek. Rodzice bowiem rzadko opłacają studia dzieciom, a sami studenci mogą sfinansować swoje studia, tylko dzięki atrakcyjnym pożyczkom państwowym, czasami uzupełnianym pożyczkami prywatnymi. Dlatego pierwsze pytanie, które kierują do nas kandydaci, dotyczy udziału naszej uczelni w programie pomocy finansowej dla studentów.

Akredytacja

Kluczową kwestią, dla uruchomienia „nauczania amerykańskiego”, jest uzyskanie akredytacji nauczania medycyny klinicznej w stosownych instytucjach stanu Kalifornia i Nowy Jork. Wielu kandydatów na studia w Białymstoku, pyta o możliwość odbywania praktyk klinicznych i części nauczania przedmiotów klinicznych w szpitalach uniwersyteckich w Kalifornii. Dzieje się tak dlatego, że Komisja ds. Nauczania Klinicznego w stanie Kalifornia (The Medical Board of California) stawia bardzo wysokie wymagania uczelniom, ubiegającym się o uzyskanie akredytacji.

Posiadanie akredytacji kalifornijskiej świadczy o najwyższych standardach nauczania w danej uczelni i jest przepustką dla studentów do odbywania praktyki klinicznej, właściwie we wszystkich stanach USA. Formularz wniosku o przyznanie kalifornijskiej akredytacji nauczania przedmiotów klinicznych składa się z nadzwyczaj długiej listy szczegółowych pytań. Właściwe wypełnienie wniosku wymaga zebrania bardzo wielu informacji oraz odpowiedniego ich usystematyzowania. Procedurę tę przeszły już uczelnie w Krakowie, Poznaniu, Katowicach i w Lublinie. Wypada życzyć nam wszystkim powodzenia!

Wojciech Dębek

Dr hab., kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej UMB.



Góry Skaliste.



Wizyta w Dziale Nauki i Współpracy Międzynarodowej – prof. V. Snieżycki z prorektorem UMB J. Niklińskim.



Wspólny obchód na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Od prawej: prof. V. Snieżycki, doc. B. Sobkowicz.

Polscy i białoruscy kardiologodzy

W czerwcowo-lipcowym numerze pisma ukazał się obszerny materiał, dotyczący współpracy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB) oraz Białoruskiego Państwowego Uniwersytetu Medycznego w Mińsku (BSMU), autorstwa prof. Mihaila Goltsewa. Autor, koordynator wzajemnych kontaktów, jest znanym kardiologiem, gościł kilkakrotnie na Międzynarodowych Warsztatach Kardiologicznych Wschód-Zachód w Białymstoku.

Do przytoczonych w artykule przykładów pragnę dodać kolejne z kardiologicznej półki. Warto podkreślić, że dobrze rozwija się współpraca naszej uczelni także z najbliższym, białoruskim sąsiadem, Uniwersytetem Medycznym w Grodnie.

W czerwcu, dzięki pomocy prof. Jacka Niklińskiego, kierującego w UMB współpracą międzynarodową, gościliśmy prof. Viktora Snieżyckiego. Profesor Snieżycki, prorektor Uniwersytetu Medycznego w Grodnie, pracuje w Katedrze i Klinice Kardiologii. Przez tydzień zapoznawał się z metodami inwazyjnej diagnostyki i leczenia choroby wieńcowej oraz leczeniem operacyjnym. W Grodnie, powstaje bowiem nowy zakład hemodynamiki i klinika kardiochirurgii. Do tej pory pacjenci

z chorobą wieńcową musieli szukać pomocy w Mińsku.

Nasz gość odwiedził kliniki: Kardiologii, Kardiologii Inwazyjnej i Kardiochirurgii. Interesował się też elektrofizjologią i elektroterapią, które są przedmiotem jego zainteresowań naukowych. Śledził zabiegi w Pracowni Elektrofizjologii i Leczenia Zaburzeń Rytmu Serca w Klinice Kardiologii.

Wizyta prof. Snieżyckiego to kolejny dowód, zacieśniającej się współpracy z Białorusią, rozwijającej się w zakresie kardiologii. Wcześniej, przez dwa miesiące, dr S. Litwinowicz, pracujący w Zakładzie Patofizjologii Ogólnej i Doświadczalnej w Grodnie, współuczestniczył w realizacji jednego z projektów KBN, realizowanego w Białymstoku.

Z kolei kardiologodzy z UMB zaproszeni zostali do Grodna, aby zaprezentować osiągnięcia w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych metodą przezskórnej angioplastyki. Będzie to miało miejsce w październiku br. na konferencji z okazji 50-lecia tamtejszego Uniwersytetu Medycznego.

Należy przypomnieć, że ośrodek w Białymstoku ma w tej dziedzinie znaczne osiągnięcia. W roku 1999, jako jeden z pierwszych w kraju, wprowadził koronaroplastykę w leczeniu zawału serca. Od roku 2000 ruszył na Podlasiu program całodobowego, interwen-

cyjnego leczenia zawału, a każdego roku z dobrodziejstw terapii inwazyjnej, z całego województwa, korzysta 1000 chorych. Koronoplastyka jest najskuteczniejszą metodą leczenia i dzięki niej śmiertelność w świeżym zawale zmalała o połowę.

Od roku 2002 lekarze ze wschodu Białorusi, Ukrainy i Litwy regularnie uczestniczą w Międzynarodowych Warsztatach Kardiologicznych Wschód-Zachód, organizowanych przez Klinikę Kardiologii i Stowarzyszenie Przyjaciół Serca. Z roku na rok liczba uczestników powiększa się, a ostatnio przekroczyła pięćdziesiątkę. Koleżanki i koledzy z Grodna, w tym grono polskiego pochodzenia, stanowią najliczniejszą grupę.

Profesor M. Goltsev swój artykuł, dotyczący współpracy, zatytułował „Fantazja czy fakt?” Cieszę się, że jako kardiolog, mogę wymienić kolejne przykłady tej współpracy.

Uważam, że wzajemne kontakty z uczelniami medycznymi naszych wschodnich sąsiadów są dla UMB sprawą niezwykle ważną. Przemawia za tym choćby nasze położenie geograficzne. Kardiologodzy dokładają wszelkich starań, aby tę współpracę rozwijać.

Włodzimierz J. Musiał

Prof. dr hab., kierownik Kardiologii UMB.

Fundusz Norweski

Utworzyły go trzy państwa: Norwegia, Islandia i Lichtenstein, aby popierać społeczny i ekonomiczny rozwój Europejskich Obszarów Ekonomicznych.

W okresie, od roku 2004 do roku 2009, ponad 1.170 mln € będzie przeznaczane na opracowanie projektów w kilku priorytetowych sektorach, które obejmują m.in. ochronę środowiska, podtrzymują rozwój, zachowanie europejskiego dziedzictwa kulturowego, zdrowie i opiekę nad dziećmi oraz rozwój zasobów ludzkich.

Polska, jako jeden z krajów beneficjentów, otrzyma przydział funduszu w wysokości 558,6 milionów €.

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku uzyskał wsparcie na realizację dwóch projektów:

- ▶ „Dajmy szansę naszym dzieciom. Utworzenie nowoczesnej Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej w UDSK w Białymstoku”.
 - Koszt projektu – 533 509 €
 - Dotacja z NMF – 453 483 €
 - Dotacja z Ministerstwa Zdrowia – 80 026 €

Czas trwania projektu: od 01.09.2008 r. do 30.04.2011 r.

Jest to temat szczególnie ważny w naszym regionie, zwłaszcza przez to, że brakuje w nim ośrodków sanatoryjnych dla dzieci.

- ▶ „Widok na przyszłość. Wczesne wykrywanie i leczenie chorób oczu u dzieci z województwa podlaskiego”.
 - Koszt projektu – 525 878 €
 - Dotacja z NMF – 394 409 €
 - Dotacja z Ministerstwa Zdrowia – 69 577 €
 - Udział własny – 61 892 €

Czas trwania projektu: od 01.09.2008 r. do 30.04.2011 r.

Poza możliwością realizacji wczesnego wykrywania wad wzroku i zakrojonego na skalę regionalną programu, szpital unowocześni swoją bazę diagnostyczno-aparaturową w zakresie okulistyki.

Anna Pawłowska

Dr n. med., dyrektor UDSK.

Wykrywanie i leczenie chorób oczu u dzieci



Prof. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

Program okulistyki dziecięcej, wchodzący w skład funduszy norweskich, jest ewenementem w skali kraju. Jego realizacja wpłynie na poznanie potrzeb leczniczych i profilaktycznych schorzeń narządu wzroku u dzieci, od 6 miesiąca życia do 7 roku życia, zamieszkałych w województwie podlaskim. Pomocze w wykryciu wad wzroku: jaskry,

zaćmy, zeza, następstw retinopatii wcześniaków oraz w wykryciu siatkówczaka i różnych następstw urazów narządu wzroku. Projekt będzie realizowany przez zespół Kliniki Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2008 – 2010. Będzie badaniem przesiewowym schorzeń okulistycznych, u dzieci w tej grupie wiekowej. Podniesie jakość usług z zakresu okulistyki dziecięcej, zwiększy dostępność do lekarza okulisty w małych miejscowościach. Będzie służył zniesieniu różnic w dostępie do usług medycznych naszego województwa, w stosunku do innych regionów Polski.

Poza wczesnym wykryciem schorzeń okulistycznych u dzieci, umożliwi on opiekę i leczenie ich w Klinice Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza. Lekarze z kliniki,

po godzinach pracy, będą wyjeżdżać w teren, aby badać dzieci z małych miejscowości. Dodatkowo, będzie prowadzona akcja szkoleniowa (wykłady dla lekarzy rodzinnych, pediatrów i pielęgniarek środowiskowych, dotyczące schorzeń okulistycznych u dzieci), mająca na celu włączenie tej grupy pracowników medycznych w program wczesnego wykrywania chorób oczu u dzieci.

Wójtowie i sołtysi z województwa podlaskiego uzyskali informację o tym projekcie i wyrazili pisemną zgodę na pomoc i promowanie go w swoich gminach. Dotacja z norweskiego mechanizmu finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego wyniesie 394 409 Euro.

Alina Bakunowicz-Łazarczyk

Prof. dr hab., kierownik Kliniki Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza UMB.

Badania prenatalne

W roku 2008, w białostockim Szpitalu Uniwersyteckim, rozpoczęliśmy realizację programu pt.: „Poprawa dostępności profilaktycznych badań prenatalnych w województwie podlaskim”. Celem jego jest umożliwienie dostępu do badań profilaktycznych kobietom ciężarnym, a także zwiększenie wykrywalności wad płodu. Projekt finansowany jest z norweskiego mechanizmu finansowego i obejmuje: zakup specjalistycznego sprzętu ultrasonograficznego, sprzętu laboratoryjnego, szkolenie lekarzy ginekologów, utworzenie i szkolenie zespołów doradczych, prowadzenie badań prenatalnych oraz przeprowadzenie, wśród kobiet, kampanii promocyjnej.

Rozwinięty i sprawnie funkcjonujący program takich badań, pozwoli na stworzenie ośrodka diagnozującego, ale również monitorującego problemy wad płodów w województwie podlaskim. Dotychczas, badania te były pro-

wadzone indywidualnie w gabinetach, albo obejmowały tylko pacjentki oddziałów lub Kliniki Perinatologii.

Zakupiony sprzęt ultrasonograficzny i zakupiona aparatura laboratoryjna umożliwiają prowadzenie badań na wymaganym poziomie. Celowości prowadzenia tych badań chyba nie ma potrzeby uzasadniać. Kobieta ma prawo czuć się bezpiecznie w ciąży i wiedzieć jaki jest stan jej rozwijającego się dziecka, jakie jest ryzyko powikłań, i jakie istnieją zagrożenia.

Środki finansowe, otrzymane z Funduszu Norweskiego, pozwoliły na przeszkolenie osób, uczestniczących w badaniach we Francji i w Anglii. Lekarze są w trakcie uzyskiwania certyfikatów Kompetencji Fundacji Medycyny Płodu w Londynie. Ponad dwustu lekarzy ginekologów z województwa podlaskiego, zostało przeszkolonych w zakresie zasad prowadzenia badań prenatalnych.

Od stycznia 2008 roku ponad 800 kobiet ciężarnych z naszego wo-

jewództwa i około 100 kobiet z innych regionów kraju skorzystało z przesiewowych badań prenatalnych.

Standardem opieki perinatalnej powinno być wykonanie, między 11 a 13 tygodniem ciąży, badania ultrasonograficznego. Ma ono obejmować ocenę struktur płodu, jego pomiarów oraz wykonanie pomiaru tzw. przezierności karku (ang. nuchal translucency NT) tj. grubości warstwy podskórnej na karku płodu, w której, w tym okresie, zbiera się niewielka ilość płynu.

Z reguły NT nie przekracza 2mm. Zwiększona przezierność karku może świadczyć o wysokim ryzyku wad genetycznych, głównie o ryzyku zespołu Downa, ale również o ryzyku np. wady serca. Warunkiem prawidłowego przeprowadzenia badania są odpowiednie umiejętności i dobrej jakości sprzęt ultrasonograficzny.

W tym okresie należy również oznaczyć w surowicy krwi stężenie dwóch białek płodowych PAPP i wolnej podjednostki beta hCG. Badania te, łącznie z wynikami badań ultrasonograficznych, danymi z wywiadu, pozwolą na oszacowanie ryzyka wystąpienia wad i ustalenie wskazań, co do konieczności przeprowadzenia badań inwazyjnych amniopunkcji.

W 20 – 22 tygodniu ciąży konieczna jest dodatkowa ocena morfologii płodu oraz dokonanie oceny: struktury serca, ośrodkowego układu nerwowego, układu pokarmowego, nerek i innych narządów.

To, czy program spełni swoje zadanie i czy szpital stanie się referencyjnym klinicznym ośrodkiem badań przesiewowych wad płodu w województwie podlaskim, będzie można sprawdzić dopiero po kilku latach.



Dr Tomasz Zbroch, asystent w Klinice Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii UMB.

Sławomir Wołczyński

Prof. dr hab., kierownik Kliniki Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej UMB.

13

Szansa

dla dzieci

Dane statystyczne wskazują, że około 2,65 procent populacji dzieci w wieku od 0 do 14 lat dotkniętych jest różnego rodzaju niepełnosprawnością. Bywa ona bardziej lub mniej zaawansowana i uciążliwa. Spowodowana jest różnego typu czynnikami, m.in. wadami wrodzonymi, urazami. Szacuje się, że na sto dzieci prawie troje dotkniętych jest niepełnosprawnością, a każde z nich wymaga rehabilitacji.

Niepełnosprawność dziecka wpływa na funkcjonowanie rodziny. Dotyka kilku jej aspektów: przeżyć emocjonalnych rodziców, stosunków ze środowiskiem społecznym, sytuacji bytowej i ekonomicznej rodziny oraz zmian w organizacji życia rodzinnego.

Osoby dotknięte niepełnosprawnością, zwłaszcza dzieci, potrzebują intensywnej, skutecznej i jak najwcześniej rozpoczętej rehabilitacji. Jedynie

*Osoby dotknięte
niepełnosprawnością,
zwłaszcza dzieci,
potrzebują jak
najwcześniej
rozpoczętej
rehabilitacji*

takie działania pozwolą na minimalizację kosztów społecznych i ekonomicznych. Nowocześnie prowadzona rehabilitacja, z jednej strony, umożliwia rozwijanie wrodzonych zdolności tych dzieci, a z drugiej, pozwala wykorzystać drzemający w nich potencjał.

W wielu przypadkach rehabilitacja jest działaniem profilaktycznym, stymulującym rozwój, zanim dojdzie do jakichkolwiek niekorzystnych zmian. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie lub cierpiących na zamartwicę.

Projekt skupia się przede wszystkim na utworzeniu w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym (UDSK) w Białymstoku nowoczesnej Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej. Takiej kliniki nie ma w regionie Podlasia i w ogóle we wschodniej części Polski.



Zespół Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej UMB.

W UDSK funkcjonuje obecnie, w ramach Kliniki Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, jedynie Pododdział Rehabilitacji. Dysponuje on zaledwie pięcioma łózkami i jest to liczba niewystarczająca. Klinika prowadzi rehabilitację pacjentów w wieku rozwojowym od 1 miesiąca życia do 18 roku. Usprawniani są pacjenci po różnego typu urazach (czaszkowo-mózgowych, kręgosłupa, wielonarządowych), dzieci z obciążonym wywiadem okołoporodowym, z mózgowym porażeniem dziecięcym, przepukliną oponowo-rdzeniową, wadami rozwojowymi, chorobami nerwowo-mięśniowymi i chorobami naczyniowymi mózgu.

Oprócz działań o charakterze inwestycyjnym (utworzenie Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej z dwunastoma łózkami, zakup nowego sprzętu rehabilitacyjnego), projekt zakłada także przeszkolenie kadry medycznej. Pracownicy kliniki będą uczestniczyć w specjalistycznych kursach różnych metod usprawniania: Vojta, NDT, PNF, terapia manualna. Należy dodać, że ceny takich kursów wahają się od 2000 do 6000 PLN.

Szkolenia, o których mowa, podniosą kwalifikacje kadry oraz umożliwią wprowadzenie nowych, o lepszej skuteczności terapeutycznej, metod rehabilitacyjnych. Przyczynią się także do podwyższenia poziomu dydaktyki na kierunku fizjoterapia.

Dzięki uzyskanym środkom będą prowadzone intensywne szkolenia rodziców i opiekunów dzieci niepełnosprawnych. Będzie prowadzona akcja edukacyjna, z wykorzystaniem folderów, ulotek i filmów edukacyjnych, skierowanych do rodziców oraz lekarzy różnych specjalności.

Zdobycie funduszy unijnych z projektu norweskiego (od momentu złożenia projektu do przyznania funduszy) trwało około dwóch lat. Nie byłoby to możliwe bez czynnego zaangażowania dr n. med. Anny Iwaszkiewicz-Pawłowskiej, dyrektor UDSK w Białymstoku.

Wartość projektu wynosi 500 000 €. Realizacja projektu rozpocznie się w październiku 2008 roku i będzie trwała do kwietnia 2011 roku.

Wojciech Kułak

Dr hab., kierownik Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej UMB.

Troszczymy się o kobiety

Otrzymałmy ponad 3 miliony złotych z funduszy EU (Fundusz Norweski) na realizację projektu „Zapewnienie najwyższego standardu opieki kobiecie poprzez rozwój technik endoskopowych”.

Projekt powstał w Zakładzie Patofizjologii Ciąży oraz w Klinice Ginekologii USK UMB. Jego celem jest poprawa standardów opieki nad kobietą. Realizacja projektu dotyczy będzie zastosowania nowoczesnych technik endoskopowych do diagnostyki i leczenia kobiet w wieku rozrodczym oraz płodu. Obejmować będzie trzy główne obszary:

- ▶ małoinwazyjną diagnostykę i leczenie macicznej przyczyny niepłodności (ze szczególnym uwzględnieniem histeroskopowej diagnostyki i leczenia operacyjnego macicznych przyczyn poronień nawykowych) oraz laparoskopową myomektomię (zabieg usuwania mięśniaków macicy);
- ▶ oszczędzające leczenie raka szyjki macicy, umożliwiającego dalszą prokreację z laparoskopową oceną stanu węzłów chłonnych. Wprowadzenie omawianych technik umożliwiło by zastosowanie leczenia oszczędzającego w postępowaniu operacyjnym;
- ▶ endoskopowych technik fetoskopowych, w celu leczenia wybranych wad płodu oraz nieprawidłowości łożyska.

Projekt zakłada zakup urządzeń, będących kompletnym wyposażeniem pracowni endoskopowej, dających jednocześnie możliwość rozwoju technik telemedycznych i szkolenie w zakresie wysoko specjalistycznych technik endoskopowych lekarzy Kliniki Ginekologii USK i Zakładu Patofizjologii Ciąży UMB. W ramach projektu przewiduje się nabycie kompletnego wyposażenia pracowni endoskopowej.



Prof. T. Laudański w nowej sali operacyjnej Kliniki Ginekologii UMB.

Na szczególną uwagę zasługują również wprowadzenie systemu telemedycznego, pozwalającego na rejestrację, transmisję obrazu operacyjnego oraz możliwość przesyłania obrazu drogą internetową.

Tematyka seminariów i szkoleń dla lekarzy ma dotyczyć: opieki w czasie ciąży i w wybranych patologich ciąży; profilaktyki nowotworów macicy i szyjki macicy; opieki nad noworodkiem; skuteczności promocji badań profilaktycznych (z uwzględnieniem przyczyn i środków zaradczych).

Większa dostępność do nowoczesnych, endoskopowych technik medycznych, takich jak: laparoscopia, histeroscopia i fetoscopia, zwiększy szanse pacjentek na macierzyństwo.

Piotr Knapp

Prof. dr hab., kierownik Kliniki Ginekologii UMB.

Tadeusz Laudański

Prof. dr hab., kierownik Zakładu Patofizjologii Ciąży UMB.



Dr Lucyna Ostrowska

Z dr **Lucyną Ostrowską**,
z Zakładu Higieny i Epidemiologii UMB,
rozmawia **Danuta Ślósarska**.

Dużo kochanego ciała

Wraz z nadejściem lata na ulicę wylęgły mon-strualne postaci.

To prawda, coraz częściej spotykamy w naszym społeczeństwie ludzi dotkniętych otyłością olbrzymią. Wcześniej wydawało nam się, że problem ten występuje jedynie w Stanach Zjednoczonych i Niemczech. Niestety, zjawisko to pojawiło się u nas, i z tego co wiem, będzie narastało. Bardzo często otyłość pojawia się na własne życzenie pacjenta

Co trzeba zrobić, aby doprowadzić się do tak wielkich rozmiarów?

Przyczyny otyłości olbrzymiej są różne. Mogą być one związane z nadmiernym łaknieniem lub z jedzeniem kompulsywnym, czyli jednorazowym spożywaniem bardzo dużych ilości. Gros moich pacjentów cierpi na zespół dojadania nocnego. Rano nie pamiętają tego, co zjedli w nocy.

U wielu pacjentów, otyłość jest wynikiem wczesnego stosowania leków leków sterydowych lub antyhistaminowych. Oczywiście, leki same w sobie nie powodują zwiększenia masy ciała, ale wzmagają apetyt. Bardzo często zdarza się, że lekarze nie informują pacjentów o następstwach. Na ogół, dobry apetyt pacjent łączy z procesem zdrowienia.

Powodem otyłości może być również gorsze wydatkowanie energii w postaci termoregulacji, czyli uwalniania się ciepła na zewnątrz. Taka osoba, nie wiedząc o tym, może jeść niewielkie ilości, a i tak będzie tyła.

Oprócz monstrialnych osób dorosłych, coraz częściej widzi się olbrzymie dzieci i nastolatki.

Współczesne dzieci mają inne potrzeby niż my w ich wieku. One już nie grają w klasy na chodnikach, nie ganiają po podwórkach za piłką, nie skaczą na skakankach i gumach, tylko siedzą przed telewizorem lub komputerem. Zmieniła się moda na spędzanie czasu wolnego. Jej skutkiem jest brak ruchu. Młodzi ludzie bardzo lubią podjadać słodczy, wszelkiego rodzaju żywność fast foodową: kebaby, pizze, zapiekanki. A to są potężne kalorie. Dzieci jedzą to, co im smakuje, a nie to, co powinny jeść. Na skutki długo nie trzeba czekać.

Z tłustych dzieci wyrosną tłuści dorośli?

To jest kwestia dbałości o siebie. Na pewno nie ma czegoś takiego, że dziecko osiąga szesnaście, osiemnaście lat i fizjologicznie wyrasta z otyłości. Nastolatki chcą się podobać, więc po prostu zmieniają swoje nawyki żywieniowe. Z doświadczenia wiem jednak, że osoby otyłe w dzieciństwie, już do końca życia będą musiały dbać o bilans energetyczny i uważać na to, co nakładają na talerz.

Jak się odżywiać, aby utrzymać prawidłową masę ciała?

Przede wszystkim zawsze jeść śniadanie, które powinno mieć od 200 do 250 kcal. Dla kobiety jest to jedna kanapka z dwoma plasterkami wędliny i dużą ilością warzyw, a dla mężczyzny są to dwie kanapki. Cheb można zastąpić płatkami śniadaniowymi. Na jedną szklankę mleka wystarczy 5 – 6 łyżek płatków kukurydzianych lub 2 – 3 łyżki owsianych. Do tego zestawu można dołączyć ewentualnie owoc.

Drugie śniadanie powinno być spożyte po dwóch, trzech godzinach. Polecam jogurt i owoc lub małą kanapkę. Około godziny 13.00 – 14.00 powinien być obiad, nieprzekraczający 400 kcal. Panowie mogą sobie pozwolić na nieco większe porcje, w granicach od 550 do 600 kcal. Pora obiadowa, moim zdaniem, powinna być wprowadzona zapisem prawnym.

Na podwieczorek można zjeść owoc, ewentualnie jakąś sałatkę lub sucharek z jogurtem. Czasami wystarczy wypić szklankę soku. O godz. 19.00 powinna być podana kolacja. Menu może być podobne do tego, co jedliśmy na śniadanie.

Do tego wszystkiego konieczny jest oczywiście ruch, aby utrzymać jędrność ciała i mieć lepsze samopoczucie. Wystarczy dzień nie pół godziny nieprzerwanego marszu.

Takie same reguły obowiązują dzieci?

Dzieci powinny wydatkować trochę więcej energii, ponieważ mają większe preferencje węglowodanowe. Jedzą dużo słodczy, owoców, piją soki.

Jakie najczęściej popełniamy błędy żywieniowe?

Jemy raz a dobrze i to nas gubi. Często zapominamy o śniadaniu. W pracy nie mamy czasu zjeść i dopiero, kiedy wracamy późnym wieczorem do domu,

Tak się kończy obiadanie

pochłaniamy wszystko, co wpadnie nam w ręce. Jedzenie na szczycie głodu nie daje takiego uczucia sytości, jakie się osiąga w momencie regularnego odżywiania. Przez to organizm nie ma co zrobić z nadmiarem energii i gromadzi sobie zapasy.

Skąd mamy wiedzieć, ile możemy dziennie spożyć kalorii?

Gabinety specjalistyczne, zajmujące się leczeniem otyłości, mają odpowiedni sprzęt do pomiaru spoczynkowej przemiany materii i składu ciała. Warto, chociaż raz w życiu, zrobić sobie takie badanie, aby wiedzieć, na ile można sobie pozwolić.

A w jaki sposób określić prawidłową masę ciała?

Mamy do tej pory jeden sposób – wskaźnik BMI, czyli wskaźnik masy ciała wyrażony: masa ciała w kg/wzrost w metrach, podniesiony do kwadratu.

Ci, którzy przekraczają wskaźnik BMI powyżej 30 mają otyłość, natomiast te osoby, u których wskaźnik waha się od 25 do 30 mają nadwagę. Trzeba pamiętać, że niekontrolowana nadwaga prowadzi do otyłości.

U kobiet prawidłowy BMI wynosi od 18,5 do 24,9, natomiast u mężczyzn od 19,9 do 24,9. Dokonując pomiaru, trzeba zacząć od zważenia się i zmierzenia swego wzrostu sztywną miarą na wadze lekarskiej. Jak zauważyłam, większość z nas ma, niestety, tendencję do zaniżania swojej masy ciała i zawyżania wzrostu, albo podawania go z czasów, gdy robiło się maturę.

Przybysza nam lat i przybysza nam ciała. Tłumaczymy sobie, że to niezależne od nas.

To jest błędne rozumowanie. Prawdą jest natomiast, że wraz z przybyciem lat spowalnia się nam przemiana materii i maleje nasza aktywność ruchowa. Zwyczajowo jemy tyle, co przedtem, ale już nie jeździmy na rowerze, nie chodzimy na wędrowniki, nie biegamy. Poruszamy się samochodem, jeździmy windą. Nadmiar energii, który dostarczamy organizmowi w postaci pożywienia, odkłada się nam jako tkanka tłuszczowa.

Jakie jest pani zdanie na temat diet, proponowanych w prasie kolorowej?

Jako lekarz-dietetyk uważam, że diety są szkodliwe. Pół roku pozwalania sobie na wszystko, a następne pół roku restrykcyjnej diety powoduje szok dla organizmu. Organizm musi przystosować metabolizm, najpierw odłożyć nadmiary, potem sięgnąć znów do rezerw.

Z każdą cudowną dietą zmniejsza się nam przemiana materii, czyli po każdej diecie musimy znów mniej jeść. W ten sposób nasza dieta staje się uboższa. W wyniku stosowania diety, organizm traci przede wszystkim masę mięśniową. Tkanka tłuszczowa tracona jest w ostatnim momencie i stąd taki szybki efekt jo-jo. Powiem nawet tak, że po każdej diecie zmienia się rodzaj otyłości. Pacjent, u którego występowała otyłość pośladowo-udowa, ta „lepsza”, powodująca gromadzenie tkanki tłuszczowej, nie produkującej hormonów, obserwuje u siebie odbudowywanie się tkanki tłuszczowej brzusznej. Jest to cecha charakterystyczna dla otyłości trzewnej. Ten rodzaj otyłości jest trudniejszy do leczenia, bo jest to tkanka wydzielająca hormony. Dlatego namawiam swoich pacjentów, aby się nie umartwiali, tylko zmienili przyzwyczajenia żywieniowe. Ludzie jednak wolą wierzyć w cuda.

I te diety, które uwzględniają grupę krwi, też należy włożyć między bajki?

Grupa krwi to nie tylko grupa: A, B, O, to także podgrupy HLA, które należałoby uwzględnić. Nikt jednak nie przeprowadza tak dokładnej analizy pod kątem żywieniowym. Nie jest prawdą, że jeżeli ktoś ma grupę krwi, która eliminuje mleko lub mięso, to nie może spożywać tych produktów do końca życia. Organizm lubi bowiem dietę mieszaną.

Leczenie otyłości nie polega na odchudzeniu się na sylwestra lub na wyjazd za granicę. To leczenie na całe życie. Nie ma sensu stosowanie diety, którą można wytrzymać przez 3 – 4 tygodnie, by potem wrócić do dawnych nawyków żywieniowych. Otyłość leczy się jak chorobę przewlekłą. Dieta musi być tak dobrana, aby nie spowodowała niedoborów żywieniowych, np. wypadania włosów, kłopotów ze skórą, awitaminozy czy niedoboru elektrolitów.

Decyzji pacjenta o podjęciu leczenia towarzyszy zapewne duży stres?

Oczywiście, pierwsze tygodnie są trudne. Zawsze pytam swoich pacjentów o motywację do podjęcia leczenia. Najczęściej słyszę: „Źle się czuję”, „Nie mam się w co ubrać”. Pytam więc: „A co będzie dalej”? I dowiaduję się: „Potem będę mogła sobie pojeść”. Takie nastawienie warunkuje frustrację po leczeniu. Tłumaczę pacjentom, że nie ma leczenia na jeden dzień, czy na jeden miesiąc, to jest leczenie na całe życie. Nie zawsze trzeba będzie do mnie przychodzić, ale zawsze już trzeba będzie się kontrolować.

Najtrudniej bywa latem, gdy kusi wspólne grillowanie ze znajomymi.

Ależ możemy biesiadować, tylko karkówkę trzeba zastąpić rybą, piersią z kurczaka, bakłażanem, papryką itd.

No, ale nie można wypić piwa.

Można, tylko trzeba wrócić z imprezy pieszo, a nie jechać samochodem. W życiu za przyjemności się płaci. W diecie redukcyjnej, bo ja tak wolę ją nazywać, praktycznie je się wszystko, tylko w odpowiednich proporcjach i porcjach.

cd. na str. 18 ⇔

⇐ *cd. ze str. 17*

Mamy teraz dużo owoców.

I powinniśmy uważać. Owoce mamy dostępne przez cały rok i nie trzeba ich jeść na zapas. Ja rozumiem, że lepsze są truskawki z własnego ogródka, ale nie trzeba ich zjadać kilogram na raz. Dla dorosłego człowieka wystarczą dwa owoce dziennie, a dla dzieci trzy, cztery w ciągu doby. Wszystko, co dostarczymy organizmowi w nadmiarze, obróci się na naszą niekorzyść.

Jak postrzegamy ludzi o rozmiarze XXL?

Niestety, nie najlepiej. Myślę, że traktujemy ich nawet gorzej od alkoholiczków. Nie wiem nawet, dlaczego dla jednych jesteśmy tolerancyjni, a dla drugich nie? Moi pacjenci skarżą się, że muszą zabiegać o sympatię otoczenia. Często zapraszają do siebie znajomych, przygotowują dobre potrawy, zabawiają gości, słuchają ich opowieści, a wszystko po to, aby uzyskać akceptację otoczenia, być lubianym. Niejednokrotnie poniżają ich nawet bliscy. Słyszą od nich: „Zrób coś ze sobą”, „Popatrz na siebie”, „Wyglądasz w tym jak w worku”.

Pracodawcy też niechętnie zatrudniają otyłych.

Pracodawcy, obok dobrego cv, wymagają dziś także odpowiedniej prezentacji, bo tego wymaga wizerunek firmy. Pracodawca wie również, że otyły pracownik często choruje. Otyłości bowiem towarzyszy szereg chorób, takich jak: nadciśnienie, cukrzyca, żylakowatość podudzi, zwyrodnienia stawów.

Człowiek otyły kojarzy nam się także z leniństwem i ospałością.

Prawda bywa różna. Współpracuję z Klubem Kwadransowych Grubasów i muszę przyznać, że ci ludzie nieraz zaskakują mnie wygimnastykowaniem i sprawnością fizyczną. Nie można więc jednoznacznie stwierdzić, że są leniwi, ale można powiedzieć, że wielu z nich nie dba o siebie. Wynika to z tego, że nie akceptują swojego wyglądu, nie lubią swojego ciała, wstydzą się siebie. Dlatego leczenie otyłości zaczynamy często od leczenia depresji, a dopiero potem zabieramy się za wyrównanie bilansu energetycznego i redukcję masy ciała. ■

*Z prof. dr. hab.
Andrzejem
Dąbrowskim,
kierownikiem Kliniki
Gastroenterologii
i Chorób Wewnętrznych
UMB, rozmawia
Adam Hermanowicz.*



*Prof. Andrzej
Dąbrowski*

Folgowanie uciechom stołu

Nikt z nas nie chciałby mieć zbędnych kilogramów. Otyłość nie tylko wpływa niekorzystnie na nasz wygląd, ale również na stan zdrowia.

Otyłość to nie tylko aspekt naszego wyglądu, ale – jak pan słusznie zauważył – również przewlekła i podstępna choroba. Jest ona spowodowana nadmierną podażą energii, zawartej w pokarmach, w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Skutkiem tego jest magazynowanie nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej.

W badaniach naukowych, do oceny ilości tkanki tłuszczowej organizmu służą różne, skomplikowane metody: bioimpedancja elektryczna, tomografia komputerowa z oceną planimetryczną, jądrowy rezonans magnetyczny, itd.

W codziennej praktyce stosuje się prostsze metody przybliżone, takie jak obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI) lub wskaźnika WHR (*waist-hip ratio*). U osób dorosłych o przeciętnym umięśnieniu, wskaźnik BMI dobrze oddaje zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie.

Nie tylko ilość, ale również sposób rozmieszczenia tkanki tłuszczowej ma znaczenie. Zgromadzenie nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej nazywa się otyłością brzuszną i ma większe znaczenie

patologiczne, niż jej równomierne rozłożenie lub nagromadzenie podskórne.

Prostym wykładnikiem otyłości brzusznej jest obwód pasa. Wyniki ostatnich badań wskazują, że wysokie ciśnienie tętnicze, zaburzenia oddychania, wysoki poziom cholesterolu, cukrzyca, a także choroba refluksowa przełyku występują częściej u mężczyzn z obwodem pasa powyżej 94 cm i u kobiet, z obwodem pasa powyżej 80 cm.

Na jakie zagrożenia narażone są osoby otyłe?

W ostatnich latach, w krajach o wyższym poziomie rozwoju cywilizacyjnego, otyłość zaczyna przyjmować rozmiar epidemii. Szczególnie niepokoi wyraźny związek otyłości z zapadalnością na różne nowotwory złośliwe, takie jak: rak jelita grubego, rak trzustki, rak piersi i rak trzonu macicy. Problemem są też choroby ze strony układu sercowo-naczyniowego, takie jak: nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienności serca, zaburzenia metaboliczne, przejawiające się hiperlipidemią, miażdżycą i cukrzycą typu 2, zespół zaburzeń oddychania w czasie snu, choroby zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego, kamica żółciowa, choroba refluksowa przełyku.

Czy są skuteczne środki farmakologiczne leczenia otyłości? W telewizji, a zwłaszcza w kobiecych czasopismach, spotykamy na co dzień różne preparaty i akcesoria, które mają w cudowny sposób poprawić naszą sylwetkę. Czy to kolejny chwyt reklamowy firm, czy rzeczywiście te środki mają jakąś skuteczność?

Podstawą leczenia otyłości jest uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego, co można osiągnąć poprzez modyfikację stylu życia, polegającą na zmianie sposobu odżywiania i zwiększeniu aktywności fizycznej.

W wybranych przypadkach, do diety i wysiłku dołączamy farmakoterapię i/lub leczenie zabiegowe – endoskopowe lub chirurgiczne. Wskazaniami do zastosowania farmakoterapii jest BMI ≥ 30 lub BMI ≥ 27 ze współistniejącymi chorobami, zagrażającymi zdrowiu i życiu.

W praktyce medycznej, w leczeniu otyłości, mają zastosowanie trzy grupy leków: leki noradrenergiczne (fentermina, dietylopropion), hamujące apetyt poprzez uwalnianie norepinefryny do podwzgórza; inhibitor lipazy żołądkowej i trzustkowej (orlistat), który zmniejsza wchłanianie tłuszczów o 30 procent oraz ośrodkowo działający inhibitor wychwytu monoamin (sibutamina), który wzmacnia uczucie sytości.

W Internecie, telewizji oraz w popularnych czasopismach reklamuje się różnego rodzaju preparaty: „zmniejszające apetyt”, „zmniejszające łaknienie na słodczy”, „przyspieszające spalanie tłuszczu”, „regulujące przemianę materii”, itp.

W mojej opinii jest to zwykłe mydlenie oczu i żerowanie na naiwności osób, rozpaczliwie walczących z otyłością. Skuteczność tych preparatów nie została udowodniona naukowo. Trzeba szczególnie uważać na cudowne pigułki odchudzające i egzotyczne chińskie zioła. Po stosowaniu tego rodzaju preparatów zdarzają się bowiem groźne efekty toksyczne.

Szeroko reklamuje się różnego rodzaju gadżety odchudzające – wibrujące pasy, kołyski, steppery, itp. Urządzenia te mogą być przydatne do wykonywania określonych ćwiczeń fizycznych, lecz, same w sobie, absolutnie nie zagwarantują smukłej sylwetki. Najważniejsza jest aktywność fizyczna – jej wszechstronność, intensywność i czas trwania, a nie stosowane urządzenia.

Czy istnieje dieta cud?

Oczywiście, że istnieje. Nie jest to jednak żadna z wielu, opisywanych w popularnych czasopismach, dziwnych diet, polegających na jedzeniu wyłącznie kapusty, tłustego mięsa, bądź ściśle określonych kombinacji egzotycznych owoców lub ziół. Taka cudowna dieta, to dieta urozmaicona, zawierająca wszystkie niezbędne dla organizmu składniki, przyjmowane w odpowiednich proporcjach, określonych przez znane nam wszystkim „piramidy żywieniowe”.

Nadmiar nawet kilku kilokalorii dziennie, po miesiącach i latach nieuchronnie prowadzi do nadwagi i/lub otyłości

Posiłki powinny być przyjmowane regularnie, co 3–4 godziny i w umiarkowanych ilościach. Dobrze jest ograniczyć pieczywo i unikać różnych form słodczy. Mały deser, zjedzony bezpośrednio po głównym posiłku jest dopuszczalny, lecz największym błędem jest jedzenie słodczy w formie przekąsek, tzn. zamiast posiłku. Ilość spożywanych, w ramach takiej diety, kalorii jest różna dla różnych osób i zależy od tempa metabolizmu oraz aktywności fizycznej.

Drugim, nieodłącznym, elementem „diety cud” i zdrowego trybu życia jest właśnie aktywność fizyczna. Regularne ćwiczenia, wykonywane przynajmniej 3–4 razy w tygodniu, przez 45–60 minut usprawniają ciało i umysł oraz przyspieszają spalanie kalorii. Ponadto, wysiłek fizyczny ułatwia kontrolę spożywania pokarmów, zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę, obniża poziom cholesterolu, obniża ciśnienie tętnicze, poprawia samopoczucie oraz zapobiega efektowi jo-jo.

Osoby mające trudności z okiełzaniem swojej wagi powinny pamiętać, że napoje alkoholowe, oprócz dostarczania tzw. „pustych kalorii” znacznie zwiększają apetyt. Owoce są bardzo zdrowe, lecz zjadane w nadmiarze

szybko mogą przysporzyć dodatkowych pokładów sadełka.

Pod żadnym pozorem nie należy stosować głodówek, które nie mają nic wspólnego z „oczyszczaniem organizmu”, natomiast – poprzez wytwarzane niedobory – doprowadzają do osłabienia odporności organizmu. Głodówki przyspieszają również rozwój kamicy żółciowej, a po ich zakończeniu najczęściej następuje okres niekontrolowanego objadania się, które w pewnym stopniu staje się nałogiem. Walka z objadaniem się jest więc podobna do rzucania palenia lub temperowania skłonności do nadużywania alkoholu. Potrzebna jest determinacja, konsekwencja i dyscyplina w stosowaniu się do zasad zdrowego żywienia. Trudność polega na tym, że trzeba te zasady stosować przez całe życie. Łatwiej jest taką dyscyplinę utrzymać, gdy stosują ją wszyscy członkowie rodziny i wzajemnie wspierają się w chwilach słabości.

Czy otyłość jest w jakiś sposób zakodowana genetycznie? Ironicznie mówi się, że jest jedynie genetyczna predyspozycja do nadmiernego objadania się i nicnierobienia. Czy to prawda?

Najczęstszą przyczyną powstawania otyłości jest nadmierne lub nieumiejętne odżywianie się, często uwarunkowane stylem życia. W zdecydowanej większości przypadków, wartość energetyczna pożywienia jest większa niż zapotrzebowanie organizmu. Nadmiar nawet kilku kilokalorii dziennie, po miesiącach i latach, nieuchronnie prowadzi do nadwagi i/lub otyłości.

Wydaje się, że czynniki genetyczne mogą odgrywać rolę w powstaniu otyłości lub zwiększać podatność na jej rozwój. Istnieją genetycznie uwarunkowane zespoły chorobowe, w których dochodzi do nadmiernego gromadzenia się tkanki tłuszczowej w organizmie. Ich występowanie jest na szczęście bardzo rzadkie. Badania mechanizmów genetycznej i metabolicznej regulacji masy ciała nadal trwają, a na ich wyniki niecierpliwie oczekują coraz większe rzesze grubasów.

W większości przypadków niepotrzebne są jednak cuda nauki i medycyny, lecz wiedza na temat zasad zdrowego trybu życia oraz konsekwencja i dyscyplina w ich codziennym wdrażaniu.

cd. na str. 20 ⇨

⇐ *cd. ze str. 20*

Co Klinika Gastroenterologii ma do zaproponowania pacjentom otyłym?

Jako pierwsi na Podlasiu, w roku 2005, wprowadziliśmy nową metodę leczenia otyłości, polegającą na implantacji silikonowego balonu wewnątrzżołądkowego. Zabieg jest wykonywany endoskopowo w asyście anestezjologa, a balon umieszczony w żołądku opóźnia jego opróżnianie oraz przyspiesza i wzmacnia uczucie sytości. Poddanie się temu zabiegowi ułatwia większości pacjentom zainicjowanie procesu odchudzania, z jednoczesną modyfikacją stylu życia. W przypadkach otyłości olbrzymiej, ta metoda może być również traktowana jako preludium do leczenia chirurgicznego.

Czy zabiegowe metody leczenia są refundowane przez NFZ?

Leczenie otyłości przy pomocy balonu wewnątrzżołądkowego jest metodą stosunkowo drogą. Niestety, jak dotąd, ten zabieg nie znalazł się wśród procedur, refundowanych przez NFZ.

Jaka jest skuteczność takiego leczenia i czy tu także mamy do czynienia z efektem jo-jo?

W połączeniu z regularnym wysiłkiem fizycznym, po sześciu miesiącach, większości pacjentom udaje się zredukować około 15 procent masy ciała. Po usunięciu balonu, efekt jo-jo może wystąpić, lecz jest mniej zaznaczony niż przy wielu innych metodach leczenia otyłości.

Jak pan dba o prawidłową masę ciała? Czy uprawia pan jakiś sport?

Niestety, jak większość zwykłych śmiertelników, mam dobry apetyt, a jedzenie sprawia mi dużą przyjemność. W moim wieku i przy moim trybie życia, niekontrolowane folgowanie uciechom stołu szybko skończyłoby się nadwagą znacznego stopnia, a może i otyłością. Żeby temu zapobiec, staram się ograniczać ilość spożywanych na co dzień kalorii, a przede wszystkim pamiętam o różnych formach aktywności fizycznej. Na szczęście, w młodości trenowałem sport wyczynowo i do dzisiaj lubię różnego rodzaju ćwiczenia fizyczne. Kiedy pozwolę sobie na małe szaleństwo w postaci pozaprogramowych, smakowitych słodkości – funduję sobie dodatkową porcję ćwiczeń. ■

O chirurgicznym leczeniu otyłości patologicznej mówi prof. Jacek Dadan, kierownik I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UMB.



Prof. Jacek Dadan

Otyli pod skalpel

Społeczeństwo wychowane na fast foodach ma problem z utrzymaniem sylwetki. Czy otyłość jest już problemem cywilizacyjnym?

Już od ponad dziesięciu lat WHO dostrzegło narastający problem otyłości i uznało ją za przewlekłą chorobę. W Polsce u ponad 50 procent społeczeństwa występuje nadwaga i u około 15 procent otyłość. Otyłość prowadzi do spadku jakości życia, do problemów natury psychologicznej, a także może przyczyniać się do śmierci.

Do chirurgicznego leczenia otyłości kwalifikowani są pacjenci z BMI powyżej 35

Co może zaproponować chirurgia w walce z otyłością?

Pierwsze próby chirurgii bariatrycznej, bo tak określa się chirurgiczne leczenie otyłości, były podjęte w połowie lat 50. XX wieku. Przez lata były one udoskonalane. Obecnie wyróżnia się: metody restrykcyjne,

czyli zmniejszające objętość żołądka; metody zmniejszające wchłanianie oraz metody skojarzone. Najczęściej stosowaną metodą restrykcyjną jest regulowana opaska żołądkowa (LAGB) zakładana laparoskopowo. Najpopularniejszą metodą skojarzoną jest operacja wytworzenia małego żołądka z pętlą jelitową Roux – Y (RYGB) z zespoleniem omijającym. W przypadku pacjentów skrajnie otyłych, stosowana jest niekiedy metoda wyłączająca, tzw. wyłączenie żółciowo-trzustkowe sposobem Scopinaro (BPD).

Jakie jest ryzyko takich zabiegów?

Ilość powikłań w ostatnich latach uległa znacznemu ograniczeniu, dzięki wprowadzeniu technik chirurgii laparoskopowej i stosowaniu doskonalszych szwów mechanicznych. Wprawdzie choroby współistniejące przy otyłości podnoszą ryzyko okołooperacyjne, ale zostaje ono ograniczone dzięki wielospecjalistycznym konsultacjom przedoperacyjnym.

Najbezpieczniejszą, odwracalną metodą, praktycznie niezmienną anatomii, jest laparoskopowe opaskowanie żołądka. Pierwszą w regionie północno-wschodnim operację typu gastric by-pass metodą laparo-

skopową przeprowadzono w naszej klinice 20.08.2008. Kolejni chorzy są już zakwalifikowani i przygotowani do tego typu zabiegów

Jakie osoby kwalifikowane są do chirurgicznego leczenia otyłości?

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi do chirurgicznego leczenia otyłości kwalifikowani są pacjenci z BMI powyżej 35, cierpiący na otyłość i współistniejące z nią choroby.

*Efektem
chirurgicznego
leczenia otyłości
jest utrata, po roku,
60 procent nadmiaru
masy ciała*

Jakie długo pacjent czeka na efekty po zabiegu?

Spadek masy ciała w wyniku chirurgicznego leczenia otyłości jest szczególnie wyraźny w pierwszym półroczu po operacji i wynosi od 10 do 30 kg. Po roku, zwykle stwierdzana jest utrata około 60 procent nadmiaru masy ciała. Po upływie dwóch lat utrata masy ciała ulega spowolnieniu i przez kolejne lata utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Efektem chirurgicznego leczenia otyłości jest także ustąpienie lub złagodzenie chorób współistniejących oraz poprawa jakości życia.

Czy leczenie chirurgiczne jest ostatnią deską ratunku w walce z otyłością?

Zalecane jest, co prawda, aby przed leczeniem operacyjnym podjęte zostały próby leczenia zachowawczego – stosowanie diety, przyjmowanie środków farmakologicznych. Wiadomo jednak, że takie postępowanie nie przynosi stałych rezultatów. Trwałe zmniejszenie masy ciała jest możliwe tylko na drodze leczenia operacyjnego.

Rozmawiał:
Adam Hermanowicz

Kiedyś byłam „w sam raz”

*Wywiad z Ireną Krutul, 62-letnią
gospodynią domową, matką czworga
dzieci, osobą cierpiącą na otyłość.*

Dużo pani.

To prawda. Ważę 110kg przy wzroście 160 cm. Moje problemy z nadmiarem kilogramów zaczęły się wtedy, gdy zaszłam w ciążę. Urodziłam czworo dzieci i każde z nich długo karmiłam piersią. Nigdzie nie pracowałam, zajmowałam się dziećmi i podjadałam razem z nimi. Dużo jadłam i waga rosła.

Należała pani do pulchnych nastolatek?

W młodości nie miałam większych problemów z wagą. Nie byłam bardzo szczupła, ani też gruba. Taka „w sam raz”. Dbałam o swoją kondycję fizyczną. Uczyłam się w klasie o profilu sportowym, więc wyjeżdżałam na zawody sportowe, dobrze grałam w piłkę ręczną, biegałam i skakałam w dal. Byłam

wysportowana. Zanim zaszłam w ciążę pracowałam w Robotniczej Spółdzielni Wydawniczej „RUCH” i byłam szczupła, bo ciągle się ruszałam: roznosiłam gazety, pakowałam je. Wstawałam o 3.30 rano i nie jadłam śniadań, w pracy też nie myślałam się o jedzeniu, bo przysługiwała tylko jedna przerwa. Trzeba było pracować, a nie zajadać. Zaczęłam tyć, będąc w domu, przy dzieciach, a potem tyłam jeszcze bardziej, gdy przesłam na emeryturę.

Czy ktoś w pani rodzinie miał problemy z otyłością?

Babcia – mama mojej mamy – była gruba. Ważyła 120 kg. Mnie niewiele brakuje do tej liczby.

cd. na str. 22 ⇔



⇐ *cd. ze str. 21*

A co na to lekarz rodzinny?

Powiedział, że trzeba schudnąć. Szukałam pomocy, bo zaczęłam mieć problemy ze zdrowiem. Bolały mnie nogi, nie mogłam chodzić.

I otrzymała pani jakieś zalecenia?

Miałam zrezygnować z produktów zbożowych typu: chleb, kluski, słodkie bułki. Lekarz mówił, żebym unikała smażonych produktów, jadła mniej kiełbasy, boczku. Kazał jak najwięcej się ruszać, chodzić na spacer.

Stosowała się pani do tych zaleceń?

Przez tydzień potrafiłam wytrzymać przy takim postanowieniu, ale potem znów wracałam do swoich nawyków. Nie potrafię zrezygnować z tego, co lubię. Odczuwam głód, jeśli nie zjem na obiad ziemniaków i kawałka mięsa. Najwięcej podjadam przed snem, bo nie mogę zasnąć, gdy jestem głodna. Lubię słodczyce, a lekarz kazał je ograniczyć. To bardzo trudne.

Po takiej krótkiej diecie wracała pani do poprzednich rozmiarów?

Było mnie nawet więcej. Lekarz powiedział, że okolice brzuszne to moje największe obszary z tkanką tłuszczową, co zresztą i teraz widać.

A czy lekarz proponował pani leczenie farmakologiczne?

Nie. Przyjmowałam tylko leki od chorób, które towarzyszyły otyłości. Mam problemy ze stawami, duże nadciśnienie – najwyższe wynosiło 230/130. Mam problemy z chodzeniem i ze snaniem. Lekarze stwierdzili u mnie niedotlenienie i niedokrwienie mięśnia sercowego. Leżałam w szpitalu.

W czym najbardziej przeszkadza pani tusza?

Mam duże problemy ze zginaniem się, ubieraniem butów i skarpet. Nie mogę chodzić. Nie śpię w nocy, męczę się.

A wierzy pani w „cudowne” diety, skuteczne leki, herbatki odchudzające?

Nie wierzę w żadne reklamowane specyfiki, bo szkodzą na inne narządy. Piję tylko zieloną herbatę, bo ją lubię. Zapisalam się też na basen.

Rozmawiała:
Dorota Burel

JANUSZ NICZYPOROWICZ

Ich przysmakiem jest surowa wątroba, mięso i mózgi zabitych zwierząt. Zjadają skórę wielorybów i ogromne ilości tłuszczu. Piją krew. Ale jakby byli nie z tego świata – nie mają się ich plagi naszej cywilizacji! Władają tajemną wiedzą o cudownej diecie?

Eskimosi czyli Inuici, to dawni i dzisiejsi mieszkańcy Grenlandii, Kanady, Alaski i Syberii. Są spokrewnieni z Aleutami i mówią językami z grupy eskimoaleuckiej. W XVI wieku, wśród białych podróżników, upowszechniła się obecnie używana nazwa. Dzisiaj, uznawana jest za niepoprawną politycznie, pogardliwą. Powszechnie uznano bowiem, że wywodzi się z języka algonkińskiego, którym mówią Indianie z pogranicza Kanady i USA, od wyrażenia – eskimantsik – *zjadacz surowego mięsa*, który to wyraz na skutek przekształceń francusko-angielskich, ostatecznie utrwalił się jako Eskimo – Eskimos. Obecnie językoznawcy sądzą, że nazwa ta ma jednak inne pochodzenie. Co ciekawe, słowo Inuit, znaczy w ich języku – *człowiek*.

Badania antropologiczne wykazały jednak niezbicie, że Inuici należą do rodziny ludów azjatyckich, toteż zaliczanie ich do Indian kanadyjskich czy też północnoamerykańskich jest błędem. Znaczna część Inuitów ma grupę krwi B, która wśród pierwotnych, rdzennych ludów indiańskich Ameryki, w ogóle nie występuje. To kolejna zagadka dotycząca tej społeczności, liczącej niespełna dwieście tysięcy, mimo wszystko, niezbyt dokładnie poznanej, zarówno przez specjalistów z zakresu medycyny, jak i antropologii; prawdopodobnie z powodu kulturowej, cywilizacyjnej i klimatycznej izolacji; w ich świecie noc i dzień trwają po pół roku!

Eskimosi na większą skalę nie znali białego człowieka, poza sporadycznymi kontaktami z myśliwymi, aż do roku 1667. Wtedy to założono Kompanię Zatoki Hudsona, działającą do dzisiaj, jedno z najstarszych przedsiębiorstw na świecie. Historia kompanii, niezwy-

*Eskimos z upolowanym narwalem.
Fot. Paul Nicklen. National Geographic. Źródło: Internet*

Nie

kle barwna i burzliwa, rozpoczęła się od przygód dwóch francuskich trapezistów Medarda Chouarta i Pierra-Esprita Radissona. Zyskali oni wielką sławę jako myśliwi, handlarze futer, i to dzięki nim, a może przez nich, do Eskimosów dotarły wszelkie, nie zawsze chlubne, ówczesne nowinki i uciechy cywilizacji europejskiej. Wydaje się jednak, że je zlekceważyli. Wraz z białymi zawleczone zostały także bakterie i wirusy, które trafiły miliony Europejczyków, ale klimat i eskimoska kultura łowiecka, nie sprzyjały ich rozwojowi. Byli więc Eskimosi wolni od robactwa, wszy, nie znali dżumy, cholery, odry, nie chorowali nawet na gripę.

Eskimoskie wynalazki

Aby zrozumieć jakim „cudem” w tej społeczności, zamieszkującej wyjątkowo nieprzyjazne dla człowieka obszary globu, wykształciła się specyficzna odporność na śmiertelne choroby współczesnego świata, trzeba się bliżej przyjrzeć historii ich adaptacji, czyli wynalazkom, z których, po części, do dzisiaj czerpiemy korzyści, my, zjadacze wieprzowiny i steków, a także jakie to miało konsekwencje dla organizmów Eskimosów. Oraz ich diecie. W myśl zasady: jesteś tym, co jesz.

Pierwszym genialnym pomysłem było wynalezienie kajaka. Wąskiej, smigłej łódki, skonstruowanej najczęściej z żeber morsów, rzadziej z drewnianego szkieletu, które obciągano nieprzemakalną skórą z fok. Kajak był na tyle lekki, że dwóch myśliwych mogło bez większych problemów przemieszczać się wraz z nim „pod pachą”, po krach, na wolne od lodu przestrzenie, w pogoni



czują mięty

za ofiarą. Był też doskonałym środkiem transportu upolowanego zwierzęcia, gdyż do burt doczepiano, jako stabilizatory, nadmuchiwane pęcherze fok. Mobilność myśliwego miała i ma decydujące znaczenie w czasie zdobywania pożywienia. Pokonywanie znacznych odległości w śmigłym kajaku i szybkie jego transportowanie po twardym podłożu, pozwalało oszczędzać bezcenną energię. W warunkach polarnych jej zapas decyduje o przeżyciu. Wynalezienie kajaka można więc porównać do wynalazku maszyny parowej.

Drugim ważnym, oryginalnym, pomysłem było skonstruowanie włócznie z nasuwającym kościanym grotem, uwiązany pierwotnie do linki plecionej z jelit, zakończonej nadmuchiwanym foczym pęcherzem (wykorzystywanym potem jako stabilizator). Trafione zwierzę nie było w stanie na dłużej się zanurzyć i w końcu musiało wypłynąć. Jego los był przesądzony, tym bardziej że grot posiadał specjalny zadziór, uniemożliwiający jego samoistne wypadnięcie z ciała ofiary. Broń ta pozwalała także zapolować na duże ssaki morskie, w tym nawet na wieloryby. Oczywiście nie w pojedynkę. Taka zdobycz, to już była „góra mięsa”, która w okresie półrocznej nocy polarnej stanowiła nie tylko wystarczający zapas pożywienia, ale także dostarczała tłuszczu do oświetlenia igloo lub ziemianki. Surowiec ten służył również, jako jedyny dostępny opał, do gotowania potraw. Przypuszczalnie na tym właśnie harpunie wzorowali się późniejsi wielorybnicy, konstruując harpun raketowy – a potem działko – z grotem na lince, oparty na jednym z pierwszych w świecie karabinów powtarzalnych, pomysłu norweskiego inżyniera – Jacoba Smitha Jarmanna. Jako boje wypornościowe stosowali puste beczki po śledziach.

Tak więc w świecie Eskimosa nic się nie marnowało: ani kości, ani wnętrzności, ani jelita. W okresie wędrówek karibu, czyli dzikich reniferów, polowano na nie w głębi lądu przy brodach rzek, a ich skór używano do szycia ubrań. Przy okazji łowiono łososie

wstępujące na tarło, budując kamienne tamy i przegrody, oraz polowano na lisy polarne, zające, a także dzikie ptactwo w czasie przelotów. W okresie letnim, niejako przy okazji, intensywnie zbierano jagody i jadalne porosty.

Powiedz co jesz

Gdybyśmy więc spróbowali ułożyć dietę Eskimosa, wyglądałaby tak: 60 proc. tłuszcz, 38 proc. mięso, 2 proc. węglowodany. I tu dochodzimy do sedna. Niezwykłą odporność na choroby zawiądzającą Eskimosi właśnie takiemu menu, bogatemu, w nienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3 i witaminę E, które znajdują się w tłuszczach i mięsie fok, morsów, waleni i ryb morskich, takich jak łososie, halibuty, makrele. Europejczykom dieta taka może wydawać się zabójcza, ale w polarnych warunkach wszystko co wysokokaloryczne i wydawałoby się, z powodu zawartości cholesterolu, prowadzi wprost do miażdżycy i zawału, otyłości i cukrzycy, jest pożądane. A to dlatego, że w owej diecie tzw. dobry cholesterol – HDL, eliminuje zły – LDL. Przysmakami Eskimosów są nie tylko wszelakie surowe i gotowane mięsa, tłuszcze, ale także wątroba morsów, fok, skóra narwali, humbaków i kaszalotów, szpik kostny czy mózg i to zjadane na surowo, a także krew tych zwierząt.

Nie rozwiązana nadal zagadką jest pytanie: dlaczego Inuici nie cierpią na braki witaminy C, skoro nie jedzą owoców ani warzyw? Teorii jest tyle, ilu badaczy. Być może wystarcza im tylko to, co znajduje się w jagodach lub glonach, które zdarza im się jadać latem. Być może mięso zwierząt, które upolują, zawiera witaminę C w wystarczających dla nich ilościach; a może w ogóle nie jest im ona potrzebna, bo przystosowali się do jej braku.

Naukowcy z takich dziedzin jak technologia żywienia czy biochemia doskonale wiedzą jednak, że dieta śródziemnomorska, oparta w dużej mierze także na zasobach morza, ale i warzywach, oliwie, winie, cytrusach, owo-



Dzielenie mięsa z upolowanej fok. Źródło: Internet

cach, przetworach mięsnych, mącznych i mlecznych jest nie do zaakceptowania dla mieszkańców wiecznego lodu i zmarzliny Grenlandii, Kanady czy Azji jako podstawa przetrwania. Zaś ich dieta, a także dieta Słowian, Germanów i Skandynawów, oparta na wołowinie, wieprzowinie, smalcu, ziemniakach, nieprzetworzonym nabiale, jest prawie nie tolerowana przez mieszkańców basenu Morza Śródziemnego. Bo to klimat układa, czy może raczej ustawia, dietę! Spożycie litra oliwy Extra Virgin z oliwek, z sałatką z papryki, rukoli, mozzarelli, awokado i bazylii, to jednak nie to samo, co zjedzenie kilograma wysolonej słoniny obłożonej cebulą!

Powiedz co pijesz

Znani aktorzy i ludzie estrady dali się w Polsce namówić na udział w pewnej reklamie, która rozpowszechniana jest nie tylko na billboardach, ale także w mediach, a skierowana głównie do młodzieży: *Pij mleko, będziesz wielki!*

Doktor Marcin Ryszkiewicz, znakomity popularyzator wiedzy, geolog, ewolucjonista, starszy kustosz Muzeum Ziemi PAN, przekonuje, że, z punktu widzenia biologii, reklama ta niejednemu może wprawić w zdumienie! Albowiem mleko dla wszystkich ssaków, które zostały odstawione przez matkę od karmienia piersią, jest produktem wysoce szkodliwym!

– Młode ssaki przez pierwszy okres życia żywią się niemal wyłącznie mlekiem

cd. na str. 24 ⇔

⇐ *cd. ze str. 23*

matki i by ten trudno przyswajalny, ale bogaty pokarm strawić, produkują specjalny enzym, laktazę. Gdy mija czas niemowlęstwa, matka przestaje produkować mleko, a dzieci przestają produkować laktazę – jedno i drugie z tego samego powodu: ewolucja eliminuje wszelkie funkcje, które przestają być użyteczne. Produkowanie mleka i laktazy wymaga energii, a lepiej zaoszczędzić ją na inne, bardziej już potrzebne zadania. Każdy, kto tego nie robi, przegrywa w ewolucyjnej grze o życie.



Współczesny Eskimos na polowaniu. Źródło: Internet

Doktor Ryszkiewicz twierdzi, że człowiek nie jest tu wyjątkiem bo ewolucja kształtowała nas tak samo, jak wszystkie inne zwierzęta. Skąd więc ta dziwna reklama, wskazująca, że coś nas jednak różni? Otóż – istotnie jesteśmy inni. Różnica dotyczy jednak tylko niektórych, w tym Europejczyków. I to bynajmniej nie wszystkich. Zdolność do rozkładu laktozy, czyli cukru mlekowego, a więc przystosowanie do picia mleka, obecna jest u mieszkańców północnej i środkowej Europy – i prawie nigdzie indziej na świecie, nie wyłączając Eskimosów.

– *Dla innych mieszkańców globu ta reklama mogłaby brzmieć: „Pij mleko, będziesz miał kłopoty”. Z żołądkiem oczywiście. Tolerancja laktozy występuje dziś u wszystkich Holendrów, u niemal całej populacji Szwedów i u większości ich sąsiadów, ale zmniejsza się drastycznie ku południowi – w basenie Morza Śródziemnego jest już rzadko obecna. Tam nie pije się mleka, ale jego przetworzone przez bakterie produkty, jogurt i kefir, je się sery. Tak było też w starożytności – Rzymianie uważali zwyczaj picia surowego mleka za cechę barbarzyńców z Północy.*

Tolerancja laktozy u Skandynawów, Germanów i Słowian jest świeżej daty. Udomowienie bydła nastąpiło około dziewięć tysięcy lat temu, na ob-

szarze Bliskiego Wschodu, i było zrazu substytutem łowiectwa – zamiast gonić zwierzyń, lepiej było to źródło świeżego mięsa trzymać pod ręką – twierdzi dr Marcin Ryszkiewicz. Eskimosi, jak i wielu mieszkańców Europy, nie wykształcili w swoich organizmach mutacji genu tolerującego mleko. On jest im zbędny, jak i zapewne konieczność przyjmowania dużych ilości witaminy C. Nauka ma tu zapewne jeszcze wiele do odkrycia.

Jaki epilog?

Stacje telewizyjne, co jakiś czas, emitują spoty reklamowe z udziałem – powiedzmy – Eskimosów. W jednym z nich tzw. naturaszczyk, ubrany w futro, pośród chrzęstu śniegu i trzaskającego mrozu, zachwala tradycyjny przysmak swoich ziomków: kulki świeżego śniegu przecinane nożem i przekładane zielonym liściem mięty, zerwanym w „dniu letniego przesilenia”. Po chwili, gdy zjada ów przysmak, lektor informuje, że dla nie-Eskimosów lepsze będą nowe drażetki firmy... (tu reklama).

Tymczasem Inuici nie zasypiają gruszek w popiele i nie czują mięty do wielkoprzemysłowej cywilizacji. Oskarżają Stany Zjednoczone o łamanie praw człowieka. Ich zdaniem także ONZ nie robi nic, by przeciwdziałać efektowi cieplarnianemu i topnieniu lodu arktycznego, a to rujnuje ich kulturę i tradycję łowiecką! Zagroża bytowi i populacji! Zanieczyszczenie oceanów odpadkami i toksynami powoduje, że, zjadając ssaki morskie, ryby i ptactwo, chorują z powodu zatrucia pestycydami, rtęcią i polichlorowanymi bifenydami. Wielu, nie mogąc zgromadzić odpowiednich zapasów na noc polarną, przenosi się do osad i miasteczek zamieszkałych przez wrogą im cywilizację białych. Aby przeżyć handlują rzeźbami z kłów morsów, galanterią z poroży reniferów, parają się szyciem dla turystów ubrań ze skór karibu. Jedzą wszelkiego autoramentu wołowo-wieprzową żywność śmieciową, wysoko przetworzone mięso, biesiadują w pubach, piją alkohol, zajadają się prażoną, genetycznie zmodyfikowaną kukurydzą i cipsami, leją w siebie litry gazowanych coli.

No i grają w reklamach! Czy skończą jak ich północnoamerykańscy kuzyni? W rezerwach, jako turystyczna, egzotyczna atrakcja? Jeśli przeżyją. ■

W 1908 roku, nieopodal naddunajskiego miasteczka Willendorf, austriacki archeolog, Josef Szombathy, odnalazł niewielką, mieszczącą się w dłoni, figurkę kobiety, znaną obecnie jako Wenus z Willendorfu. Jej niezwykłość, poza szacownym wiekiem, wynoszącym około 24 tys. lat, wynika z niebywałych kształtów. Zapewne, otyłość musiała być u naszych przodków cechą na tyle rzadką, by stała się wartą utrwalenia w rzeźbiarskiej formie. Dziś występuje ona tak często, że raczej nie bywa już przyczyną artystycznych inspiracji. Na przykład, według danych National Institutes of Health (NIH), już w 1998 r. 55 procent Amerykanów cierpiało na nadwagę lub otyłość. Niepokojące jest, że nawet u mieszkańców Indii, którzy do tej pory nie mieli problemów z tuszą, dziś to zjawisko występuje.

Problem otyłości coraz częściej dotyczy również naszego kraju. Z danych, zgromadzonych w ramach realizacji projektu NATPOL, wynika, że prawie jedna piąta dorosłych Polaków ma indeks masy ciała (BMI) o wartości powyżej 30, wskazujący na otyłość. (www.natpol.pl).

W najprostszym, intuicyjnym wręcz ujęciu, przyczyna rozpowszechnienia otyłości wydaje się być łatwa do zidentyfikowania: po prostu jemy za dużo. Zastanawiająca jest ogromna nieskuteczność, najbardziej oczywistego zalecenia, kładącego kres tyciu, jakim jest ograniczenie ilości konsumowanych kalorii. Paradoksalnie, właśnie owa nieskuteczność umożliwia propagowanie coraz nowszych odmian „diety cud”.

Niestety, równie zastanawiająca jest nieskuteczność oficjalnych zaleceń biomedycznych, mających na celu utrzymanie w ryzach masy ciała. Najwyraźniej przyczyny, dla których większość z nas ma problemy z łatwym pozbyciem się zbędnych kilogramów, są mniej oczywiste, niż mogłoby się to wydawać. W czym zatem mogą one tkwić?

Masa ludzkiego ciała jest ściśle zależna od krótkookresowego bilansowania budżetu energetycznego. Za pomocą nieskomplikowanego wyliczenia, można się przekonać o tym, jak bardzo łatwo jest ją zakłócić. Założmy, że jest ona codziennie przekraczana o ilość

Jemy za dużo



energii, zawartą, w przeciętnych rozmiarów jabłku, to jest o około 200 kJ (50 kcal). Jeśli systematycznie będziemy spożywać owo jedno, niewinne jabłko ponad bieżące potrzeby energetyczne, to po roku zakumulujemy ilość energii równą $365 \times 200 \text{ kJ} = 73 \text{ MJ}$. Skoro 1 kilogram tkanki tłuszczowej jest równoważny około 33 MJ, to, ze wszech miar godny polecenia, nawyk codziennego jedzenia owoców może doprowadzić do zwiększenia masy ciała o ponad 2 kilogramy rocznie.

Powyższe wyliczenie zdaje się jednoznacznie wskazywać na nadmierną konsumpcję kalorii, jako zasadniczą przyczynę rozpowszechnienia otyłości. W kontekście ewolucyjnym oznacza to, że współczesny człowiek spożywa więcej energii niż ilość, do której jego organizm przystosował się w czasach, gdy mechanizmy regulacji masy ciała podlegały doborowi naturalnemu. Pod względem konstytucji biologicznej, a w szczególności cech, warunkowanych genetycznie, różnimy się bardzo nieznacznie od paleolitycznych i neolitycznych łowców-zbieraczy, takich jak twórca figurki Wenus z Willendorfu. Tymczasem, środowisko, w którym współcześnie żyjemy, jest radykalnie odmienne od środowiska bytowania naszych przodków. Przede wszystkim, zdobywanie żywności dawniej okupywano znacznym wysiłkiem fizycznym. Dzisiejsze problemy z otyłością są w dużej mierze konsekwencją dramatycznego rozdziewu, między cechami metabolizmu i fizjologii odżywiania współczesnego człowieka, które wciąż są lepiej przystosowane do bardzo aktywnego trybu życia, jaki charakteryzował naszych bezpośrednich, paleolitycznych przodków oraz zgoła odmiennego, niestety typowego dla większości z nas, kanapowego modelu spędzania czasu.

Warto jest przeprowadzić kilka prostych porównań, które unaoczniają, jak bardzo różnimy się pod względem aktywności fizycznej od paleolitycznych łowców-zbieraczy. Oszacowania wydatków energetycznych wskazują, że ludzie, żyjący około 25 tysięcy

lat temu, zjadali dziennie ilość pożywienia równoważną około 5 – 6 MJ, podczas gdy my, przy zbliżonej do naszych przodków masie ciała, konsumujemy około 2–3 MJ/dzień. Porównanie to prowadzi więc do zaskakującej konkluzji: oto większość z nas spożywa niemal dwukrotnie mniej kalorii dziennie niż, nieróżniący się od nas znacząco pod względem biologicznej konstytucji, paleolityczni łowcy-zbieracze. Zatem przyczyną otyłości należy raczej poszukiwać po stronie wydatków energetycznych, a nie nadmiernej konsumpcji kalorii, systematycznie przewyższającej zdolność ludzkiego organizmu do zbilansowania budżetu energetycznego.

Współczesny człowiek, jako jedyny gatunek ssaka, w trwały sposób oddzielił zdobywanie pożywienia od aktywności fizycznej. Większość zwierząt musi na nie ciężko zapracować. Na przykład, dzienne wydatki energetyczne ptaków, zbierających pokarm dla swych piskląt, są porównywalne do wysiłku, jakim jest całodzienna praca drwala, rzecz jasna, wykonywana z użyciem siekiery, a nie mechanicznej piły. W przeciwieństwie do zwierząt, dzisiejszym mieszkańcom krajów uprzemysłowionych zdobycie jedzenia przychodzi niezwykle łatwo. W krajach, takich jak USA, można się z powodzeniem wyżywić za około 5 dolarów dziennie, co jest równoważne mniej niż godzinie słabo płatnej pracy. Tymczasem w nieodległej, z ewolucyjnej perspektywy, przeszłości, w ciągu przeciętnego polowania, myśliwi przemierzali dzienny dystans, wynoszący kilkanaście kilometrów. Przeciętna matka w pierwszych dwóch latach życia dziecka przenosiła je na średni dystans około 1500 km. Jeśli więc mamy zaplanować nad wszechogarniającą epidemią otyłości, to pierwszym i najważniejszym składnikiem zalecanej diety powinna być aktywność fizyczna, bez której pozbywanie się nadmiaru zbędnych kilogramów będzie mało efektywne.

Marek Konarzewski

*Prof. dr hab. Instytut Biologii,
Uniwersytetu w Białymstoku.*

25

Sposób na ostre zapalenie trzustki

Nowa strategia leczenia ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki była tematem Polsko – Japońskiego Sympozjum (nr 2), którego organizatorami byli prof. Antoni Gabryelewicz z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i prof. Katsusuke Satake z Pancreas Research Foundation of Japan.

Na sympozjum przedstawiono wyniki leczenia ostrego zapalenia trzustki za pomocą ciągłego, trwającego 5 dób, wlewu inhibitora proteaz i antybiotyku do jednej z tętnic trzustkowych. Wyniki uzyskane ze wspólnych badań, prowadzonych przez Klinikę Gastroenterologii UMB i Klinikę Gastroenterologii Centralnego Szpitala MSW w Warszawie, wykazały mniejszą śmiertelność i mniejszą liczbę powikłań przy zastosowaniu nowej strategii leczenia.



Od lewej: prof. Antoni Gabryelewicz – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, prof. Grażyna Rydzewska – kierownik Kliniki Gastroenterologii Centralnego Szpitala MSW w Warszawie, prof. Katsusuke Satake – Pancreas Research Foundation of Japan.

Sympozjum odbyło się 25 czerwca 2008 r. w Warszawie w Pałacu Staszica. W posiedzeniu wzięło udział 8 wybitnych naukowców z Japonii oraz ponad 40 pracowników naukowych z polskich ośrodków.

Warto zaznaczyć, że polsko-japońska współpraca trwa od 7 lat.

Antoni Gabryelewicz

Prof. dr hab., emerytowany kierownik Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych UMB.

Smerfy na Podlasiu

Morfologia komórek macierzystych wątroby była tematem X Ogólnopolskiej Hepatologicznej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, która odbyła się w Białowieży w dniach 26 – 29 czerwca 2008 r. Było to jubileuszowe spotkanie Ogólnopolskiej Grupy Ekspertów Patomorfologów ds. Hepatologii – *Smerfy*, które, po raz pierwszy w historii istnienia grupy, odbyło się na Podlasiu. Głównym celem działalności tej grupy jest, obok pracy naukowej, wprowadzanie nowych metod diagnostycznych do oceny patomorfologicznej wątroby oraz ich standaryzacja.

Obecnie, w Europie podobne grupy eksperckie hepatologów działają jedynie w Wielkiej Brytanii, pod nazwą – *Elfy* i w Belgii – *Gnomy*.

Wiodący referat pt. „Ultrastruktura komórek macierzystych wą-



Na terenie pensjonatu „Unikat” w Białowieży w trakcie konferencji. Od lewej: Krzysztof Bardadin (Warszawa), Alina Dąbrowicz (Łódź), Maria Sobaniec-Łotowska (Białystok), Janusz Miętkiewski (Szczecin), Andrzej Gabriel (Zabrze), Tomasz Dzik (Warszawa), Agnieszka Haloń (Wrocław).

troby – liver progenitor/oval cells – u dzieci z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B” wygłosiła prof. Maria Sobaniec-Łotowska z Zakładu Patomorfologii Lekar-

skiej UMB, główny organizator konferencji.

Maria Sobaniec-Łotowska

Prof. dr hab. Zakład Patomorfologii Lekarskiej UMB.



Prof. Jerzy Ładny

Rozmowa z prof. **Jerzym Ładnym**, kierownikiem Zakładu Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMB.

Kłapa ustawy o ratownictwie medycznym

Niedługo miną dwa lata od momentu uchwalenia przez Sejm Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jak pan profesor ocenia funkcjonowanie ustawy i co, pana zdaniem, należałoby w niej poprawić?

Jeszcze w trakcie tworzenia ustawy, my – Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i członkowie Zespołu Konsultanta Krajowego – zgłaszaliśmy swoje uwagi, które, niestety, przez ustawodawcę nie zostały uwzględnione, bądź zostały uwzględnione tylko częściowo.

Nasze uwagi dotyczyły pięciu obszarów tematycznych: dopełnienia kształtu organizacyjnego systemu, gwarancji racjonalnego finansowania SOR-ów, przyspieszenia kształcenia kadr specjalistycznych grup pracowników ochrony, systemowego wprowadzenia nauczania pierwszej pomocy na poziomie szkolnictwa podstawowego i średniego, podjęcia akredytowanego kształcenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy jako doskonalenia zawodowego wszystkich służb, wykonujących zawodowo zadania ratownicze.

Ponadto ustawodawca powinien dokonać jasnego podziału zadań pomiędzy SOR-ami, zespołami ratownictwa medycznego, a podstawową opieką zdrowotną, szczególnie w zakresie zapewnienia przez POZ całodobowej opieki medycznej.

Wspomniał pan o potrzebie przyspieszenia kształcenia kadr specjalistycznych. Czy uczelnie medyczne otrzymały stosowne wsparcie do realizacji zadań edukacyjnych lekarzy, pielęgniarek ratunkowych, licencjonowanych ratowników medycznych?

Niestety nie, a przynajmniej nie w takiej formie i wielkości, jakiej oczekiwaliśmy.

Jakie są więc oczekiwania środowiska w odniesieniu do tych wszystkich grup zawodowych?

W odniesieniu do lekarzy (i przyszłych lekarzy) oczekujemy zwiększenia nakładów na bazę dydaktyczną uczelni, w tym na stworzenie pracowni symulacyjnej. Symulatory są przyszłością nauczania medycyny ratunkowej. Uruchomienie takiej pracowni jest już planowane na naszym uniwersytecie, staramy się o pozyskanie na ten cel środków unijnych. W odniesieniu do lekarzy, pracujących w systemie ratownictwa, oczekujemy skrócenia okresu przejściowego danego im, aby uzyskali specjalizację. Obecnie, wiele osób straciło motywację do nauki, licząc na to, że przejdą na emeryturę, nim zacznie obowiązywać wymóg posiadania specjalizacji z medycyny ratunkowej.

W stosunku do pielęgniarek oczekujemy ułatwienia i przyspieszenia specjalizacji w pielęgniarstwie ratun-

kowym. Ratownikom należy podwyższyć jakość ich kształcenia i ujednoczyć programy nauczania na wszystkich uczelniach medycznych. Jednocześnie, uważamy za konieczne umożliwienie podnoszenia kwalifikacji ratowników medycznych, kształconych w trybie klas policealnych, tak aby mogli być dopuszczeni (po spełnieniu warunków) do egzaminu licencyjnego. Powinno to spowodować rezygnację z dawnego trybu kształcenia ratowników medycznych w szkołach i klasach policealnych.

Chyba wszyscy zgadzamy się z tym, że system ratownictwa medycznego w Polsce wymaga poważnych zmian. Jakich?

Pierwszym i podstawowym problemem do rozwiązania jest zagwarantowanie finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Powinno ono obejmować nie tylko procedury w nich wykonywane, ale również utrzymanie oddziałów w stanie gotowości. Ustawa w obecnym kształcie, pomija finansowanie gotowości i wyceny procedur SOR-u oraz brak koszyka usług. Średni deficyt szpitala, generowany przez SOR, sięga kilku milionów złotych.

Drugim, ważnym problemem jest promocja i wsparcie specjalizacji lekar-

cd. na str. 28 ⇔

⇐ *cd. ze str. 27*

skiej w zakresie medycyny ratunkowej. Ustawa oddała jej wymóg do 2020 roku! To powoduje brak motywacji do zrobienia specjalizacji, a także rezygnację ze specjalizacji już rozpoczętych. Z drugiej strony, istnieje deficyt miejsc specjalizacyjnych, które umożliwiają kształcenie w dziedzinie medycyny ratunkowej. Aktualnie, ustawa pomija zagadnienie zwiększenia sieci akredytowanych SOR.

Następnym problemem jest ujednolicenie programu nauczania zawodu licencjonowanego ratownika medycznego. Ustawa nie określa zasad kształcenia zawodowego ratownika medycznego. Efektem tego jest rosnąca, jak grzyby po deszczu, liczba „uczelni” niemedycznych, kształcących na kierunku: ratownictwo medyczne. Tylko w tym roku, w Polsce, ich liczba wzrosła o trzynaście.

Ważną kwestią jest również kontrola jakości systemu ratownictwa medycznego. Ustawa nie wprowadziła monitorowania jakości działania sy-



Szpitalny Oddział Ratunkowy USK w Białymstoku.

starzałe Mi-2 zastąpione zostaną przez nowoczesne Eurocoptery. Wydłużony zostanie czas dyżurowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

Uruchomiony został w końcu telefon alarmowy 112. W ostatniej chwili uchroniliśmy się od wysokiej kary finansowej, którą nałożyłaby na nas Unia za brak działania numeru 112.

Na dwanaście, istniejących, szpitalnych, oddziałów ratunkowych w województwie podlaskim, jedynie te, działające w szpitalach klinicznych w 100 procentach spełniają standardy stawiane SOR-om

stemu. Nie przewidziano lekarskiego nadzoru nad samodzielnymi czynnościami ratownika medycznego, nie określono proporcji pomiędzy liczbą zespołów wyjazdowych z lekarzem i bez lekarza. Ustawa nie nakłada na wojewodę określenia w planie wojewódzkim szpitalnych planów medycznego zabezpieczenia katastrofy. Nie ma więc odpowiedniego zabezpieczenia zdarzeń masowych i katastrof w rejonach poszczególnych szpitali.

Tyle gorczy w pańskich słowach. System działa, dochodzą też nas wieści o zmianach na lepsze.

Tak, rozstrzygnięty został w końcu przetarg i podpisana została umowa na zakup nowych śmigłowców dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W ciągu najbliższych dwóch lat prze-

Dobiegają też końca prace Zespołu Zadaniowego Ministerstwa Zdrowia, mającego na celu utworzenie centrów leczenia urazów w Polsce. Dzięki pomocy wielu życzliwych osób – przedstawicieli władz, parlamentarzystów – wszystko wskazuje na to, że takie centrum powstanie również w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym reaktywaliśmy Klinikę Medycyny Ratunkowej Dzieci. Na uczelni tworzone są nowe jednostki nauczania medycznych czynności ratunkowych i kwalifikowanej pierwszej pomocy, włączone w program kształcenia medycyny ratunkowej.

A zmiany na gorsze?

To niewystarczające finansowanie systemu, a zwłaszcza SOR-ów. W mojej

ocenie, jako konsultanta wojewódzkiego, na dwanaście, istniejących, szpitalnych, oddziałów ratunkowych w województwie podlaskim, jedynie te, działające w szpitalach klinicznych w 100 procentach spełniają standardy stawiane SOR-om. Niestety i dla nich NFZ przygotował niższe stawki bazowe na drugie półrocze 2008 roku, od tych obowiązujących w pierwszym półroczu. Nie wróży to prawidłowego działania systemu ratownictwa medycznego w Polsce. A przecież każdy z rządów RP deklarował, że na ratowanie życia pieniędzy nie zabraknie.

Od dwóch lat kieruje pan Zakładem Medycyny Ratunkowej i Katastrof UMB. Co w tym czasie udało się osiągnąć?

Nie wypada się chwalić, ale udało mi się skonsolidować zespół, który w końcu zaczął pracować tak, jak trzeba. Organizujemy kursy podyplomowe pod auspicjami CMKP, zorganizowaliśmy też w tym roku pierwsze sympozjum o zasięgu ogólnokrajowym. Prowadzimy badania naukowe i publikujemy ich wyniki w licznych czasopiśmie. W kilku z nich znajdujemy się już w składzie komitetów redakcyjnych i naukowych. Stale uzupełniamy sprzęt dydaktyczny i podnosimy jakość prowadzonej dydaktyki. Pracownicy zakładu podnoszą swoje kwalifikacje i zdobywają stopnie naukowe. Jesteśmy postrzegani w kraju, jako silny ośrodek medycyny ratunkowej.

Rozmawiał:

Adam Hermanowicz

Powojenna pomoc doraźna w Białymstoku

Wybuch II wojny światowej, działania wojkowe, okupacja niemiecka i sowiecka zniszczyły system pomocy doraźnej, pieczęlowicie budowany w latach międzywojennych. Podczas okupacji nastąpił powrót do sytuacji sprzed 1935 roku. Wraz z cofającym się wojskiem odeszły karetki wojskowe, zniknęły też karetki cywilnego pogotowia. Został zniszczony cały system pomocy doraźnej, dający ludności poczucie bezpieczeństwa.

Wbrew przepisom

Mieszkańcy Białegostoku, którzy już zdolali się przyzwyczaić do świetnie działającego pogotowia Linas Hacedek i pogotowia PCK-a, w trudnych sytuacjach korzystali z pomocy odda-

nych lekarzy i działających w mieście szpitali. Choć zmieniali się okupanci, zmieniały się nazwy szpitali (władze radzieckie przemianowały Szpital Żydowski na I Szpital Miejski, Miejski Szpital św. Rocha na II Szpital Miejski, Szpital PCK-a na III Szpital Miejski), lekarze i pielęgniarki – wierni przysiędze Hipokratesa – z zaangażowaniem, często z narażeniem własnego życia, ratowali zdrowie i życie Podlasiów.

Warto dodać, że właściwie każdego dnia postępowali oni wbrew obowiązującym przepisom. Mimo zakazów prowadzenia prywatnej praktyki, lekarze nie odmawiali swej pomocy potrzebującym, działającym w ruchu oporu i rannym partyzantom. Taką pomoc przepłacili życiem m.in. lekarze: Henryk Szemiot i Józef Sulikowski (pracownicy szpitala PCK-a).

Często, na oddziały szpitalne, były przyjmowane osoby, zagrożone wyjazdem na przymusowe roboty do Niemiec.

Starsi białostoczanie z wielkim szacunkiem wspominają poświęcenie lekarzy, m.in. prof. Konrada Fiedorowicza (znakomitego chirurga), doktorów: Józefa Hamerla, Włodzimierza Zankiewicza, Henryka Rożkowskiego, Stanisława Rotberga, Nechumena Klementynowskiego, dr Irenę Białównę (w roku 1942 kierowała białostockim Oddziałem PCK-a). Członkowie PCK-a, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, aktywnie włączyli się w działalność konspiracyjną. Współpracowano z ruchem oporu, wspomagano ludność żydowską, organizowano tajne kursy sanitarne. Sanitariusze PCK-a tworzyli punkty sanitarne w oddziałach partyzanckich. III Szpital Miejski (dawny PCK-a) był głównym ośrodkiem działalności konspiracyjnej. Apteka oddziałowa – prowadzona przez pielęgniarkę Nadzieję Biruk – zaopatrywała w leki oddziały partyzanckie.

Zielony domek

Zaangażowanie i ofiarność białostockich medyków nie osłabły również po wojnie. Idea pomocy doraźnej rozwijana, propagowana i realizowana przed wojną przez struktury PCK-a, także i w powojennych realiach opierała się na działalności i doświadczeniu tej organizacji. Już w pierwszej połowie 1945 roku uruchomiono w Białymstoku namiastkę pogotowia ratunkowego. Uzyskany od wojska samochód sanitarny pozwalał dojeżdżać do potrzebujących pomocy. Nieliczni białostoccy lekarze (oprócz etatowych obo-



Personel III Szpitala Miejskiego (dawnej PCK) przy ul. Warszawskiej 27 w Białymstoku. Klęczą od prawej: H. Berger, A. Zankiewicz. Siedzą od prawej: drugi Wł. Zankiewicz, czwarty K. Fiedorowicz, piąta N. Biruk, szósty M. Danowski. Stoją od prawej, trzeci M. Nietupski, siódmy Statkiewicz, dwunasta P. Kupiec. Maj 1944 r.

cd. na str. 30 ⇨



Na zdjęciu z 1948 r. stoją od lewej: dr Walenty Chitryn, pielęgniarka Zofia Skiepmo i kierownik pogotowia – dr Henryk Godyński.

⇐ *cd. ze str. 29*

wiązków w macierzystych miejscach pracy) zobowiązali się do bezpłatnego pełnienia dyżurów, raz lub dwa razy w miesiącu.

W dniu 10 października 1946 roku Wojewódzka Komisja Koordynacji Lecznictwa pod przewodnictwem dra Anisimowicza, Naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, postanowiła utworzyć Lekarskie Pogotowie Ratunkowe. O powołanie takiej placówki zabiegał Henryk Szediwy – pełnomocnik Zarządu Głównego PCK-a w latach 1944–1948. Zarząd Okręgu PCK-a, przy współudziale finansowym Zarządu Miejskiego i Ubezpieczalni Społecznej, 20 listopada 1946 r. uruchomił Miejską Stację Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku.

Na zdjęciu przed siedzibą stacji przy ul. Warszawskiej (obok tzw. zielonego domku) widać pracowników pogotowia i samochody sanitarne. Wśród stojących znajdują się m.in. dr Władysław Zabłocki, dr Henryk Godyński, dr Walenty Chitryn, dr Goszczyński, pielęg. Zofia Skiepmo, pielęg. Nadzieja Biruk, Horba – sekretarka PCK, kierowcy: Ryszard Łukasiuk i Zygfryd Brzozowski.

Pierwszym kierownikiem pogotowia ratunkowego PCK-a został dr Henryk Godyński. Stacja pogotowia mieściła się obok szpitala PCK-a przy ul. Warszawskiej 29, w tzw. „zielonym domku”. Jej funkcjonowanie było ściśle związane z działaniem szpitala.

W „Informatorze” z 1947 roku podano, że w województwie białostockim były trzy szpitale PCK-a – w Białymstoku, Bielsku i Hajnówce (szpital dziecięcy). Dzięki staraniom PCK-a powstały też liczne ambulatoria (w Białymstoku, Bielsku, Ełku, Grajewie, Hajnówce, Łomży, Sokółce, Szczuczynie). W Białymstoku ist-

niał także dworcowy punkt sanitarny. Pogotowie ratunkowe rozwijało się na bazie placówek PCK-a.

W białostockiej stacji dyżury pełnili lekarze, fелczery i pielęgniarki ze szpitala. Brakowało etatowej obsługi tej placówki. Początkowo, do dyspozycji stacji był tylko jeden samochód. Ale z informacji, zawartych we wspomnianym „Informatorze”, wynika, że w 1947 roku był już „ambulans ruchomy i trzy karetki pogotowia, które niosły pomoc w wypadkach nagłych, ciężkich zachorowań”. Obsługiwał on całe województwo. W „Informatorze Gospodarczym woj. białostockiego” z 1947 roku znaleźć możemy zasady funkcjonowania pogotowia:

– *By sprostać temu zadaniu, kierownictwo postawiło sobie za zasadę, iż pogotowie racjonalnie funkcjonujące winno okazać jak najszybszą pomoc w każdym wypadku, gdzie rzeczywiście tej doraźnej pomocy potrzeba. Natomiast do przypadków nie nagłych, choć nawet ciężkich, gdzie pomoc może okazać inny lekarz, pogotowie nie może wyjeżdżać, gdyż zaabsorbowane tą pracą, nie załatwi należycie wypadku nagłego, gdzie szybka pomoc decyduje o życiu.*

Drugą zasadą, którą kieruje się pogotowie jest jakość i szybkość okazywanej pomocy w wypadkach nagłych, a nie ilość załatwianych wizyt.

Samobójstwa i porody

Pogotowie pełniło dyżury przez całą dobę. Zakładano, że karetka powinna dojechać na miejsce wezwania po 5, a najwyżej 10 minutach, pod warun-





Wacław Szaykowski (1883–1961).

kiem, że nie jest w tym czasie na wyjeździe. Od 20 listopada 1946 roku do 1 marca 1947 roku udzielono pomocy 661 chorym. W tej liczbie: 39 wypadków stanowiły otrucia, samobójstwa i zaccadzenia, 175 interwencji dotyczyło chorób chirurgicznych, złamań, krwotoków, postrzałów, 165 przypadków stanowiły porody, poronienia i ciąży. W zachowanym wykazie uwzględniono także następujące kategorie: choroby wewnętrzne (191 przypadków), choroby nieustalonego rozpoznania (29), inne schorzenia (62).

Jedna karetka sanitarna – bez fachowej obsady medycznej – nie była w stanie sprostać oczekiwaniom. Często, jej rola ograniczała się do przewożenia chorych do szpitali.

Sytuacja białostockiego pogotowia wyraźnie zmieniła się w pierwszej połowie 1947 roku. Stacja otrzymała do swojej dyspozycji, z zachodniego demobilu, trzy karetki marki Dodge. Po ich odbiór jeździła do Warszawy m. in. Nadzieja Biruk.

Organizacja i rozwój białostockiego pogotowia to przede wszystkim zasługa lekarzy-entuzjastów: Wacława Szaykowskiego, Jerzego Gołońskiego i Witolda Stasiewicza.

Spontanicznie i z entuzjazmem

Budowanie systemu pomocy doraźnej odbywało się początkowo spontanicznie, potem – w oparciu o odgórne dyrektywy. Ważna była instrukcja Zarządu Głównego PCK-a (z koń-



Jerzy Gołoński (1900–1962).

ca roku 1948), mówiąca o zadaniach Pogotowia Ratunkowego. Zgodnie z nią, cały kraj miał być pokryty siecią stacji powiatowych. Była to podstawa prawna, umożliwiająca organizowanie nowych jednostek.

Najwcześniej działalność rozpoczęły stacje pogotowia ratunkowego w Bielsku Podlaskim, Suwałkach i Sokółce (1948). Potem sukcesywnie uruchamiano kolejne placówki w: Ełku, Augustowie, Łomży (1949), Siemiatyczach, Olecku, Grajewie (1950), Wysokiem Mazowieckiem (1951), Hajnówce (1952), Kolnie (1953), Gołdapi (1955), Zambrowie i Sejnach (1957), Mońkach (1959), Łapach (1961) i Dąbrowie Białostockiej (1961).

Od 1 stycznia 1950 roku stacje pogotowia ratunkowego przeszły pod



Witold Stasiewicz (1900–1975).



Bronisław Jodkowski.

nadzór państwowy. Podporządkowano je bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia. Dalej jednak obowiązywały reguły działania, zawarte w wytycznych PCK-a.

Dyrektorzy

Białostocka stacja pogotowia stała się wówczas Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego, której podlegały jednostki powiatowe. Pierwszym dyrektorem tej placówki został, niezwykle doświadczony i zasłużony dla służby zdrowia, dr Wacław Szaykowski. W tym czasie był on również inspektorem higieny pracy i lekarzem-inspektorem VI Okręgu Inspekcji Pracy. W trudnych powojennych latach, gdy brakowało kadry medycznej, naturalnym było pełnienie przez lekarzy kilku funkcji w różnych miejscach. W notatce z 25 maja 1950 roku, skierowanej do Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku, Wacław Szaykowski informował, że w Wydziale Zdrowia pracuje od godziny 8 do 13, w Okręgowej Inspekcji Pracy od 11 do 13, zaś od godziny 13 do 16 pracuje jako dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego.

W dniu 1 października 1950 roku na stanowisko dyrektora powołano dra Jerzego Gołońskiego (specjalistę z zakresu położnictwa i ginekologii), który funkcję tę pełnił do 1 października 1953 roku. Doktor Gołoński był także kierownikiem Wydziału

cd. na str. 32 ⇨



Samolot sanitarny CSS S-13.

⇐ *cd. ze str. 31*

Sanitarnego białostockiego Okręgu PCK-a (1.01.1950 – 31.12.1950). Jako lekarz ginekolog pracował jednocześnie w Ośrodku Przyfabrycznym „Pluszu” (1.06.1950 – 30.06.1951). Od 16 sierpnia 1950 roku, był starszym asystentem w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym w Białymstoku. Jego dyrektorem został 1 października 1953 roku. Za czasów dra Gołońskiego zorganizowano wyjazdowy zespół położniczy i ambulatorium ogólne, świadczące zabiegi pielęgniarstwa.

Brak kadry medycznej zmusił dra Gołońskiego do podjęcia decyzji o pełnieniu przez felczerów dyżurów, w godzinach od 8.00 do 20.00. W nocy (od 20.00 do 8.00) w pogotowiu pracowali lekarze. Mając na uwadze braki kadrowe i potrzeby środowiska, dr Jerzy Gołoński włączył się aktywnie w kształcenie średniej kadry medycznej. Będąc dyrektorem pogotowia, był jednocześnie kierownikiem szkoleniowym Państwowej Dwuletniej Szkoły Felczerkiej w Białymstoku (2.01.1952 – 1.10.1952), potem wykładał w niej położnictwo i choroby kobiece (1.10.1952 – 30.06.1953). Od 15 sierpnia 1951 roku pełnił funkcję dyrektora Państwowej Szkoły Położnych.

Chcąc poprawić warunki lokalowe Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratun-

kowego, przeniesiono ją na ul. Sienkiewicza 53. W dawnym miejscu (przy ul. Warszawskiej) pozostała jedynie administracja. Kolejne przenosiny miały miejsce w drugiej połowie 1952 roku. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego otrzymała wówczas pomieszczenia w nowo wybudowanym obiekcie Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa, przy ul. Krasińskiego. Lepsze warunki lokalowe pozwoliły na rozszerzenie świadczonych usług medycznych. Zmianom lokalowym towarzyszyły zmiany organizacyjne.

Jeszcze struktury pogotowia nie zdążyły okrzepnąć, gdy w roku 1952 nastąpiła kolejna reorganizacja. W maju powołano do życia nową jednostkę – Wojewódzką Kolumnę Transportu Sanitarnego – i przekazano jej transport sanitarny, który do tej pory podlegał pogotowiu. Jednocześnie, stacje pogotowia ratunkowego połączono ze szpitalami powiatowymi. Utworzone w ten sposób szpitalne oddziały pomocy doraźnej nie zdały w praktyce egzaminu. W związku z tym, w 1957 roku, wydzielono ze szpitali powiatowych pomoc doraźną i ponownie powołano stacje pogotowia ratunkowego.

Kolejnym dyrektorem w latach pięćdziesiątych został dr Bronisław Jodkowski.

Jego kontakt z pogotowiem rozpoczął się 1 października 1952 roku.

Pracował wtedy w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego jako lekarz dyżurny. W dniu 1 października 1953 roku, uchwałą Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej, został powołany na stanowisko dyrektora WSPR (Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego).

Doktor Bronisław Jodkowski dbał o poziom pracy. W piśmie kierownika Wydziału Zdrowia – dra L. Makarewicza, z 19 lipca 1955 roku, kierowanym do Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, zawarta jest następująca opinia:

– Po objęciu stanowiska Dyrektora zmobilizował załogę Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego do bardzo sprawnego funkcjonowania, tak, że za pierwsze półrocze Wojewódzka Stacja otrzymała Sztandar Przechodni Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, zajmując pierwsze miejsce w Polsce.

Ob. Dr Jodkowski poświęca dużo czasu pracy społecznej. Jest dobrym organizatorem pracy. Pracowity, sumienny i uczciwy. Zna zagadnienia Służby Zdrowia na terenie województwa. Zna przepisy dotyczące służby zdrowia.

Warto dodać, że za czasów pełnienia funkcji dyrektora przez Bronisława Jodkowskiego, zwiększono liczbę zespołów wypadkowo-chorobowych o zespoły: ginekologiczno-położniczy i pediatryczny (1954 r.). W styczniu 1955 roku otworzono ambulatorium chirurgiczne i gipsownię. Precyzyjna diagnostyka była możliwa dzięki aparatowi rentgenowskiemu, który znalazł się na wyposażeniu stacji.

Lotnictwo sanitarne

Od stycznia 1956 roku przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego zaczęło funkcjonować lotnictwo sanitarne. Inicjatorem tego przedsięwzięcia był pilot Stanisław Kopacz, wyznaczony przez Tadeusza Więckowskiego do zorganizowania filii Lotnictwa Sanitarnego na Podlasiu. W dniu 12 stycznia 1956 roku Stanisław Kopacz przebazował z Warszawy pierwszy samolot sanitarny. Był to dwupłatowy CSS S-13, noszący oznaczenia rejestracyjne SP-AXE.

Pierwszy lot sanitarny odbył się już 25 stycznia na trasie: Wysokie Mazowieckie – Białystok. Do szpitala-

la przetransportowano chorą kobietę. Wkrótce, do pomocy Stanisławowi Kopaczowi, przybyli z Warszawy: Kazimierz Wünsche (w czasie wojny lotnik Dywizjonu 303) i Gustaw Sidorowicz. Przeprowadzili oni drugi samolot CSS S-13 SP-BXP. Osobami godnymi wymienienia są także: felczer Edward Mozler i pielęgniarka Irena Mozler. Małżeństwo to było pierwszą medyczną ekipą. Dołączył do nich, oddelegowany z Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, felczer medycyny – Janusz Stachula. Nad stanem technicznym samolotów czuwali mechanicy: Eugeniusz Malinowski i Władysław Szymański.

Krew i leki transportowano ponemieckim Fieslerem Fi-156 i Storchem. Pojawiły się one nieco później, bo w roku 1959. W grudniu tego samego roku na białostockim lotnisku wylądował pierwszy sanitarny samolot dwusilnikowy – Super Aero 45.

Początkowo nowa forma transportu nie wzbudzała zaufania lekarzy. Stanisław Kopacz robił co mógł, aby zmienić ich podejście. Wykonywał wiele lotów, a lądowiska wyznaczał w różnych miejscowościach. Działania te przyniosły oczekiwane rezultaty. Świadczy o tym liczba lotów, odbytych w poszczególnych latach: 655 lotów w 1956 roku, 606 – w 1957 r., 696 – w 1958 r., 624 – w 1959 roku.

Warto wspomnieć, że, zaraz po wojnie, istniało w Białymstoku też kolejowe pogotowie ratunkowe. Organizatorem i kierownikiem pogotowia był dr Jan Bagan. Karetki obwodu

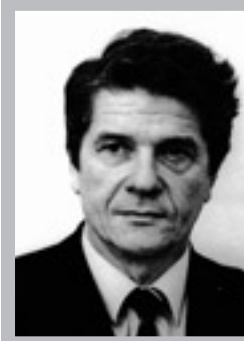
lecnicztwa kolejowego stacjonowały w pobliżu dworca PKP. Dyżury pełnili w nich lekarze rejonowi (m.in. dr Teresa Kurowska).

W tym samym czasie, organizowała się również wojskowa służba zdrowia. W jej strukturach funkcjonowało również pogotowie MSW. Siedziba jego mieściła się w szpitalu MSW, przy ul. Fabrycznej.

Autor jest lekarzem specjalistą medycyny ratunkowej w Stacji Pogotowia Ratunkowego Meditrans w Siedlcach.

Bibliografia:

- E. Bernacki, *Ludzie i placówki Służby Zdrowia w regionie białostockim. Rys historyczny. Biografie*. Białystok 1998.
- P. Ciborowski, *Polski Czerwony Krzyż na Białostocczyźnie 1919–1989*. Maszynopis pracy magisterskiej napisanej pod kierunkiem prof.dr hab. Adama Dobrońskiego. Białystok 2001.
- Dokumenty archiwalne Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego zdeponowane w Archiwum Państwowym w Łomży.
- *Służba Zdrowia Białostocczyzny w II wojnie światowej*. Red. J. Urwanowicz. Białystok 1985.
- L. Jankowski, *Pomoc doraźna województwa białostockiego w XXXV-leciu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (1944–1979)*. Maszynopis.
- *Polskie lotnictwo sanitarne 1955–2005*. Pod red. R. Gałązkowskiego, P. Kłosińskiego. Warszawa 2005.
- *Informator gospodarczy woj. Białostockiego. Polski Czerwony Krzyż. Okręg Białostocki*. 1947.



*Witold Bowszyc
(1934–2008)*

Dyrektor administracyjny o najdłuższym stażu pracy

Witold Bowszyc urodził się 24 stycznia 1934 roku w Brzostowicy Wielkiej, położonej w powiecie grodzieńskim. Pochodził z rodziny inteligenckiej. Ukończył szkołę średnią w Białymstoku. W roku 1963 uzyskał tytuł inżyniera mechanika w Wyższej Szkole Inżynierskiej w Białymstoku. W latach 1961 – 1962 był zatrudniony w Zarządzie Inwestycji Akademii Medycznej w Białymstoku, a w latach 1962 – 1973 pracował na stanowisku kierownika Działu Technicznego Państwowego Szpitala Klinicznego.

Od 1 listopada 1973 do 30 czerwca 1990 roku pełnił funkcję dyrektora administracyjnego Akademii Medycznej w Białymstoku.

W czasie pełnienia tej funkcji, przez inż. Witolda Bowszyc, zaprojektowano, zrealizowano i oddano do użytku Halę Sportową, Dom Studenta nr 2, Collegium Patologicum i Dziecięcy Szpital Kliniczny. Przeprowadzono również szereg prac, dotyczących rewaloryzacji gmachu głównego uczelni (d. pałac Branickich) i przebudowano budynek, będący siedzibą Zakładu Biofizyki UMB.

Witold Bowszyc został odznaczony Brązowym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia. Zmarł 17 sierpnia 2008 roku.

Krzysztof Worowski

Prof. dr hab., kronikarz uczelni.



Na zdjęciu dr Teresa Kurowska w towarzystwie pilotów lotnictwa sanitarnego: Kazimierza Wünsche, Stanisława Kopacza.

Józef Maćkowiak



Dr farm. Józef
Maćkowiak
(1939–2008)

Józef Maćkowiak urodził się 1 lutego 1939r. w Borowej, w powiecie kościańskim. Po ukończeniu szkoły podstawowej w stronach rodzinnych, rozpoczął naukę w Technikum Chemicznym w Poznaniu. Po jego ukończeniu pracował w Instytucie Przemysłu Skórzanego oraz w laboratorium badawczym „Polfy” w Poznaniu.

W latach 1960 – 1965 studiował na Wydziale Farmacji Akademii Medycznej w Poznaniu, a po jej ukończeniu rozpoczął, w roku 1966, pracę w Zakładzie Farmakologii Akademii Medycznej w Białymstoku, pod kierownictwem prof. Andrzeja Danysza – promotora jego pracy doktorskiej.

Stopień dr. nauk farmaceutycznych uzyskał, w roku 1973, na Wydziale Farmacji AM w Poznaniu. Do 1994 roku pracował w Zakładzie Farmakologii AM w Białymstoku, pod kierownictwem prof. Konstantego Wiśniewskiego.

Doktor J. Maćkowiak był współautorem kilkudziesięciu publikacji. Główne jego zainteresowania dotyczyły radiobiologii i radiofarmakologii. Brał czynny udział w pracach badawczych biologii i medycyny kosmicznej „Interkosmos”. Za swoje osiągnięcia naukowe był wielokrotnie nagradzany przez Ministra Zdrowia i JM. Rektora. Józef Maćkowiak był kolegą, który w pracy badawczej zawsze dzielił się swoimi bogatymi doświadczeniami. Wielu czynnych zawodowo lekarzy, lekarzy stomatologów i analityków pamięta dr. Maćkowiaka ze szkolenia podyplomowego, jako swojego nauczyciela farmakologii.

W latach sześćdziesiątych łączył pracę w Zakładzie Farmakologii AMB z pracą w aptece leków zagranicznych w Białymstoku. Od początku lat dziewięćdziesiątych prowadził aptekę. Był zaangażowanym członkiem Polskie-

go Towarzystwa Farmakologicznego (przez wiele lat pełnił funkcję skarbnika oddziału białostockiego), Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Biochemicznego, współorganizatorem wielu zjazdów naukowych o zasięgu międzynarodowym i krajowym. Od początku powstania izb aptekarskich brał udział w ich pracach.

Lubił także sport, organizował imprezy sportowe, sportowo-rekreacyjne Akademickiego Związku Sportowego naszej uczelni. Za swoją pracę zawodową, dydaktyczną i organizacyjną był odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi,

Srebrną Odznaką Zasłużonego Białostoczyczyńce, srebrną i złotą odznaką AZS.

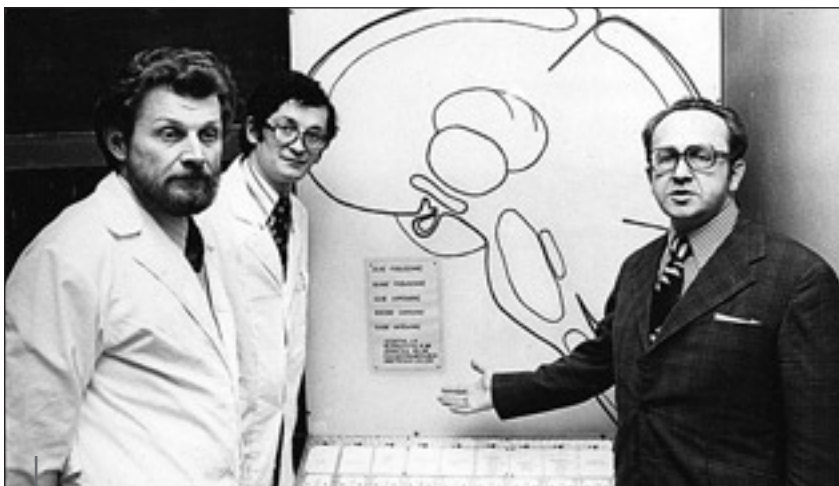
Doktor Józef Maćkowiak był człowiekiem otwartym i życzliwym, dla którego niezmiernie ważna była rodzina. Chociaż pożegnaliśmy Go 2 września 2008 r. na cmentarzu na Dojlidach, to jednak na zawsze pozostanie w naszej pamięci Jego uśmiechnięta twarz i lekko pochyłona sylwetka.

Róża Julia Wiśniewska

*Dr hab. med., kierownik
Zakładu Farmakologii UMB.*



Prof. Konstanty Wiśniewski (Kierownik Zakładu Farmakologii) w środku, z adiunktami (od lewej: dr med. Włodzimierz Buczek, dr med. Janina Moniuszko – Jakoniuk, dr farm. Danuta Koćmierska – Grodzka i dr farm. Józef Maćkowiak) 1975r.



Od lewej: Dr farm. Józef Maćkowiak, dr med. Włodzimierz Buczek i prof. Konstanty Wiśniewski (Kierownik Zakładu Farmakologii) przy modelu leków, wpływających na mózg. 1975r.

Marszałek przyjmuje przed archiwum

Władze miasta Białegostoku postanowiły przesunąć pomnik marszałka Józefa Piłsudskiego z bulwaru koło ratusza przed Archiwum Państwowe. Przeniesienie miało miejsce dnia 06.08.2008r.

Zdania białostoczian, co do nowej lokalizacji pomnika, są podzielone.

Członkowie Towarzystwa Pamięci Józefa Piłsudskiego, z których inicjatywą w 1991 r. pomnik stanął na Rynku Kościuszki, są oburzeni decyzją władz. Uważają, że nie należało zmieniać lokalizacji.

Zgoła inne stanowisko prezentuje wiceprezes białostockiego oddziału Związku Piłsudczyków – Piotr Chmielewski, który uważa, że jest to miejsce odpowiednie, związane z historią.

– W 1919 roku tu była msza polowa, tu Białystok witał polskie wojska. A rok później Marszałek przyjmował mniej więcej w tym miejscu defiladę.

Stanisław Wakuliński, ojciec projektanta pomnika, Jana Wakulińskiego, wieloletni pracownik AMB, podzielił zdanie P. Chmielewskiego. Na łamach „Kuriera Porannego” stwierdził, że: *– Marszałek na pewno będzie się tu dobrze czuł.*



Pomnik Józefa Piłsudskiego na placu przed białostockim Archiwum Państwowym. Fot. Anna Worowska.

Józef Piłsudski – białostockie ścieżki

Przełom XIX/XX w. Józef Piłsudski przebywa kilkakrotnie w Białymstoku w sprawach organizacji niepodległościowych zaboru rosyjskiego.

1918 – 1935 Wielokrotne przejazdy Józefa Piłsudskiego – w drodze do Wilna, Grodna, Druskiennik, Wołkowyska – przez dworzec kolejowy w Białymstoku.

21–28 IX 1920 Kwatera główna bitwy niemeńskiej, z Józefem Piłsudskim, na dworcu kolejowym w Białymstoku

19 III 1921 Obchody imienin Józefa Piłsudskiego; trwały elementem tradycji białostockiej.

21 VIII 1921 Wręczenie Józefowi Piłsudskiemu aktu nadania tytułu Honorowego Obywatela m. Białegostoku.

14 III 1928 Rozpoczęcie budowy Domu Ludowego (Teatru) im. Józefa Piłsudskiego.

06 VIII 1928 Wystawienie rzeźby popiersia Józefa Piłsudskiego, dłuta Alfonsa Karnego, w witrynie księgarni Albina Brzostowskiego na Rynku Kościuszki 7.

01 X 1929 Przyjęcie imienia Józefa Piłsudskiego przez Gimnazjum i Liceum przy ul. Warszawskiej 63.

13 III 1931 Przemianowanie ulicy Lipowej na ulicę Józefa Piłsudskiego.

31 V 1935 Zatrzymanie się na dworcu w Białymstoku pociągu, przewożącego do Wilna urnę z sercem Józefa Piłsudskiego.

11 X 1936 Otrzymanie imienia Józefa Piłsudskiego przez Szkołę Podstawowa nr 7 przy ul. Wiatrakowej 18.

19 IX 1990 Przemianowanie alei 1 Maja na aleję Józefa Piłsudskiego.

10 XI 1991 Odświeżenie, przed białostockim ratuszem, pomnika Józefa Piłsudskiego, zaprojektowanego i wykonanego przez Jana Wakulińskiego.

11 XI 2003 Wmurowanie, na białostockim dworcu kolejowym, tablicy upamiętniającej przejazdy Józefa Piłsudskiego z Warszawy do Wilna. Projekt – Stanisław Pogorzelski, wykonanie – Jan Tałuc.

06 VIII 2008 Przeniesienie pomnika Józefa Piłsudskiego na plac przed białostockim Archiwum Państwowym.

Najpierw siusiu potem tarcza

Siedzą sobie prezydent Miedwiediew i premier Putin na Kremlu i piją wódkę „Stoliczną”. Piją w milczeniu i na umór, bo humory mają wisielcze. Kiedy szlachetny trunek już, już ma napełnić radością ich zbolełe dusze, obaj patrzą na siebie i kolejny już raz jęczą: *Kaczyński nam to zrobił!*. A po ich twardych twarzach płyną lzy bezsilności.

Tak, tak, namieszal nasz Pan Prezydent na scenie międzynarodowej. Zagonił w kozi róg wielkiego rosyjskiego niedźwiedzia i kazał mu tańczyć tak, jak on zagra. Wygrał dla Gruzji wojnę, a uratował twarz całej Europie. Bo Prezydent to też nie od parady, prawdziwy mąż stanu, który wali agresorów w pysk, a napańniętych do piersi szerokiej przytula i skrzywdzić nie pozwala. Jak to brzmiało?

– *Dla złych był on jak bicz Boży, a dla dobrych – dobry. A następne pokolenia nazwały go: Chrobry.*

Tysiąc lat minęło, a płodna ziemia polska nadal na świat wydaje wodzów, którzy imię kraju nad Wisłą rozślawić potrafią. Czasami nawet dwóch na raz.

I to wszystko pomimo obiektywnych trudności, które Panu Prezydentowi kazały się spóźnić na podpisanie umowy o instalacji tarczy antyrakietowej. A stało się tak ponoć dlatego, że go byle sekretarzyk w MSZ-cie ganiał po schodach, zamiast po ludzku przewieźć windą. Ile siły musiał z siebie wykrzesać człowiek, który 10 minut idzie na pierwsze piętro, aby pokonać mocarstwo atomowe? Docień to, Narodzie i wybierz Go na kolejną kadencję. Warto!

Ofensywa prezydencka ma zresztą nie tylko wymiar międzynarodowy. Ów wielki polityk wyprzedził premiera w wyścigu o wygłaszenie oświadczeń do narodu, a potem



ADAM HERMANOWICZ

parsknął śmiechem, kiedy premier szkolną, bo szkolną, ale jednak angielszczyzną, przemówił na uroczystości parafowania umowy. Leje więc nasz Mąż Opatrznościowy opozycję z lewa i z prawa i tylko patrzeć, jak mu słupki popularności pójdą w górę.

Złośliwi mogą się czepiać, że Pan Prezydent śmiał się, bo języka angielskiego nie zna i pewnie myślał, że premier kartkę do góry nogami trzyma, skoro tak śmiesznie mówi. Albo że się spóźnił na uroczystość z tego samego powodu, dla którego nie tylko polski Prezydent, ale i koronowane głowy zwykły chodzić piechotą – o czym ochoczo, szeptem, poinformował poseł Palikot. Wszystko to jednak spowodowały złe ludzkie języki i niesprawiedliwość, która, największych na tym świecie, zawsze spotyka ze strony maluczkich. Oni w swej małości nie potrafią docenić prawdziwego, płynącego z przymiotów ducha i charakteru, majestatu. Ech, pokażemy my im jeszcze z bratem!

Ważne w tym wszystkim jest tylko to, że mamy tarczę. Absolutnie, w żaden sposób nie wymierzoną w Rosję. To oczywista oczywistość,

zwłaszcza odkąd Pan Prezydent ogłosił wszem i wobec, że to napaść Rosji na Gruzję powinna uzmysłwić polskiemu rządowi, jak ważna jest tarcza. Tarcza nie jest bowiem antyrosyjska, ale trzeba ją instalować, bo Rosja nam zagraża. Ot, taka dialektyka: jak dowodów nie ma, to jest to tym bardziej dowód, że zostały zniszczone. W tej sytuacji nieodparcie przychodzi na myśl pytanie: *czy to ja jestem nie-normalny, czy raczej świat zwariował?* Dodajmy, że Pan Prezydent nie przeżywa, takich rozterek.

Kiedy już jednak pogonione przez niego pułki rosyjskie wrócą do swoich baz w Rosji, Południowej Osetii i Abchazji, a poseł Palikot wróci z wakacji, warto będzie zadać Panu Prezydentowi kilka ważnych pytań: Czy wiedział o planach swego sojusznika, prezydenta Gruzji? Czy ostrzegł go przed pochopnymi decyzjami o napaści na Osetię? Czy może prezydent Gruzji swoich planów nie ujawnił nawet tak bliskiemu sojusznikowi? Czy kiedy prezydent dużego kraju natowskiego jedzie do Gruzji i zapewnia, że w razie czego nie opuści jej w potrzebie, to prezydent tego państwa myśli, że otrzymał gwarancje bezpieczeństwa od całego paktu północnoatlantyckiego? I wreszcie: czy historyczne pokrzykiwania na wiecach w Gruzji oznaczają, że popieramy prezydenta tego państwa z całym dobrodziejstwem inwentarza, z przesładowaniami opozycji i brakiem odpowiedzialności?

Warto by było, żeby, przed powtórzeniem podobnych wystąpień, Pan Prezydent był łaskaw na te pytania odpowiedzieć. Kto bowiem wie, czy nie będzie musiał kiedyś odpowiedzieć na nie przed gremium, które nie będzie mu ich zadawało z ciekawości, ale dlatego że tak nakazuje konstytucja naszego kraju.

W ogrodzie Giliberta

*Profesor ten nauce swej całkowicie oddany,
o postęp uczniów i pożytek kraju niespracowanie gorliwy.*

Ks. Stanisław Jundziłł

Jean Emmanuel Gilibert (1741–1814) był jednym z najwybitniejszych botaników, zoologów, lekarzy i organizatorów służby zdrowia doby oświecenia. Jego życie przypadło na zmierzch epoki burbońskiej we Francji i Wielką Rewolucję Francuską.

Wiosna życia

Jean Emmanuel Gilibert urodził się w Lyonie w roku 1741. Medycynę studiował w Montpellier, gdzie w 1763 roku obronił doktorat pt. „O sile natury w zwalczaniu chorób”.

Osiedlił się w małej miejscowości Chazay d’Azergues, aby podjąć studia botaniczne. Od 1768 roku był profesorem botaniki w Lyonie. Dzięki rekomendacjom, które wystawił mu wybitny klinicysta – Albrecht von Haller, Gilibert otrzymał w roku 1774 propozycję posady w Polsce. Dostał ją od wysłańców Antoniego Tyzenhauza – Wielkiego Podskarbiego Litewskiego, założyciela Królewskiej Szkoły Lekarskiej w Grodnie.

Szkoła lekarska w Rzeczpospolitej

W 1775 roku, jako profesor materiae medicae, zajął się organizacją Królewskiej Szkoły Lekarskiej w Grodnie. Prowadził w niej wykłady z medycyny, chirurgii, weterynarii i historii naturalnej. Szkoła posiadała własny teatr anatomiczny i gabinet anatomiczny. Oprócz Giliberta wykładało tam również trzech profesorów: Virion, Müntz i Menard. Przy uczelni działał Szpital Królewski, przy którym powstała szkoła położnych.

Jean E. Gilibert był właścicielem potężnego księgozbioru. W jego ogrodzie, w którym zamierzał wyhodować do aptek królewskich „wszystkie cudzoziemskie zioła pod niebem rosące”, oszacowano około 2000 gatunków roślin. To właśnie jemu lecznictwo w



Gmach Królewskiej Szkoły Lekarskiej w Grodnie. Późniejsza rezydencja książąt Czterwertyńskich herbu Pogoń Ruska.

Polsce zawdzięcza wprowadzenie, w przypadkach zarażenia parazytami, nerczynicy samczej.

Pomimo starań Giliberta, szkoła dla konowałów nigdy nie osiągnęła poziomu wyższego od szkoły felczerskiej. Społeczeństwo nie rozumiało idei jej założyciela, a do szkoły często trafia-

*Chciał wyhodować
„wszystkie
cudzoziemskie zioła
pod niebem rosące”*

ły mało zdolne osoby. Wyniki leczenia szpitalnego Gilibert weryfikował każdorazowo badaniem autopsyjnym. Oburzało to dużą część mieszkańców Grodna. Pomimo ochrony, zapewnionej przez Podskarbiego, życie lekarza było zagrożone. Pisał o tym Faustyn Wszędobyłski w swoim „Kalejdoskopie” z roku 1849: „za dyssekcję trupa był od pospólstwa na ulicy urągowi-

skiem i kamieniami spotkany”. Gdy Tyzenhaus, Wielki Podskarbi Litewski, popadł w niełaskę, doktor Jean E. Gilibert przeprowadził się do Wilna. Jednocześnie – na mocy rozporządzenia Komisji Edukacji Narodowej – Królewską Szkołę Lekarską oraz ogromny ogród botaniczny przeniesiono w roku 1781 do Wilna i włączono w struktury tamtejszego uniwersytetu. Wyposażenie szkoły, zbiory biblioteki i gabinetu przyrodniczego Giliberta transportowano, do Collegium Medicum przy ulicy Zamkowej 24, siedemdziesięcioma wozami.

Na Uniwersytecie Wileńskim działała już wtedy katedra medycyny, w której udzielali się również francuscy lekarze: chirurg-położnik Michał Regnier – od 1774 roku oraz burgundzki prosektor Jacques Antuan Briôtet – od 1776 roku.

Dalsze losy Giliberta

Król Stanisław August Poniatowski mianował uczonego lekarzem nadwor-

cd. na str. 38 ⇨

⇐ *cd. ze str. 37*

nym. W 1780 roku król został ojcem chrzestnym syna Giliberta, Stanisława Augusta Joachima. Zapracowany doktor nie zaważył nawet, że francuski rezydent jego domu – Berluc – zakochał się w jego żonie. Berluc próbował otruć Giliberta, ale jego zamiar uniemożliwił uczeń profesora, Onufry Orłowski. Król nakazał wybić medal, upamiętniający uratowanie uczzonego.

*Lecznictwo w Polsce
zawdzięcza mu
wprowadzenie,
w przypadkach
zarażenia
parazytami,
narecznicy samczej*

Profesor powrócił z Polski do Francji w 1783 roku. Szybko znalazł pracę jako lekarz Hotel-Dieu w Lyonie. Wkrótce został epidemiologiem miejskim i profesorem Collegi de Medicine w Lyonie. Wybrany merem Lyonu w 1793 roku, o mały włos nie został zgilotynowany, chro-

nił się w górach przed terrorem jakobińskim. Zmęczony życiem zmarł w 1814 roku.

Wkład Giliberta w rozwój botaniki jest ogromny. W dowód uznania dla jego dokonań, jedną z roślin, opisanych przez profesora, nazwano – Gilibertia. To jemu zawdzięczamy też pierwszy naukowy opis żubra i podjęcie próby jego hodowli.

Od Grodna po Białystok

Po dotkliwych stratach II wojny światowej większość pracowników naukowych wileńskiego wydziału lekarskiego trafiła do Gdańska. Spore grono wileńskich absolwentów i wykładowców medycyny współtworzyło również akademicki kierunek medyczny w Białymstoku, którego inicjatorem był dr Jerzy Sztachelski, absolwent medycyny Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie

Pierwszą kadrę naukową białostockiej uczelni medycznej tworzyli między innymi: prof. Stanisław Legeżyński (od 1938 r. kierownik Zakładu Mikrobiologii Wydziału Lekarskiego w Wilnie, a od 1952 roku Zakładu Mikrobiologii Akademii Medycznej w Białymstoku, rektor AMB 1955–1959), prof. Jakub Chlebowski (absolwent USB w 1929 roku i asystent Kliniki Chorób Wewnętrznych w Wilnie, kierownik II Kliniki Chorób Wewnętrznych AMB, rek-



Pomnik J.E. Giliberta w Grodnie.

tor AMB w latach 1959–1962), prof. Witold Sławiński (Od 1918 r. członek Komisji Organizacyjno-Rewindykacyjnej do odbudowy Uniwersytetu Wileńskiego, autor znakomitej biografii Giliberta, od 1950 r. kierownik Katedry Biologii Wydziału Lekarskiego w Białymstoku), prof. Marian Jacek Tulczyński (w latach 1933–1934 asystent na USB, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych w Białymstoku w latach 1954–1958), prof. Witold Stasiewicz (Doctor medicinae universae Universitatis Vilnensis, kierownik Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia AMB w latach 1954–1966), doc. Kazimierz Rodziewicz (od 1923 do 1931 r. w Zakładzie Chemii Fizjologicznej, a od 1931 do 1939 r. w Zakładzie Higieny USB, na AMB kierownik Zakładu Chemii Ogólnej, a w latach 1954–1961 Zakładu Higieny AMB), prof. Józef Edward Musiatowicz (absolwent medycyny USB, od 1953 r. związany z Białymstokiem, od 1972 r. profesor w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobiety AMB) czy prof. Zygmunt Kanigowski (w latach 1927–1934 student medycyny USB, wolontariusz, asystent Kliniki Chorób Umysłowych i Nerwowych USB, od 1954 roku kierownik Kliniki Neurologii AMB).

Andrzej Wincewicz

Doktorant w Zakładzie Patomorfologii Lekarskiej UMB.

*Siedziba Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku.
Wcześniejsza rezydencja hrabiów
Branickich herbu Gryf.*





W cieniu kapliczek, pod opieką świętków

MAGDALENA GRASSMANN

Dwór w Sikorach. Stan obecny. Fot. M. Grassmann.

Nad rzeczką Nereślą, we wsi Sikory, stoi jeden z nielicznych, zachowanych do dziś w województwie podlaskim, drewnianych dworów. Cechą wyróżniającą ów osiemnastowieczny dworek jest usytuowanie go na rzucie prawie kwadratowym, przez co zalicza się do budowli bardzo rzadko spotykanych. W opuszczonym dziś dworze jedynym gospodarzem jest natura, która z każdym rokiem zajmuje coraz większą przestrzeń.

Na pograniczu

Majątek Sikory leży na terenie dawnego pogranicza Korony Polskiej i Wielkiego Księstwa Litewskiego. Pierwsze wzmianki o wsi Nereśla-Sikory pochodzą z XVI wieku. Przed 1550 rokiem Sikory były własnością Stanisława Sikory vel Sikorskiego, od którego odkupił je Jan Iwachno Kurzeniecki, skarbnik Mikołaja Mikołajewicza Radziwiłła. Pod koniec XVI wieku, jako jeden z właścicieli wsi, wymieniony był Józef Wołłowicz. Przez kilka stuleci

Sikory były podzielone między kilku właścicieli. Scalenie majątku nastąpiło dopiero w końcu XVIII wieku, za rządów rodziny Świerżbińskich.

Majątek

Budowniczym, istniejącego do dziś, drewnianego dworu był prawdopodobnie Kazimierz Świerżbiński. Za jego sprawą wokół dworu powstał kompleks budynków gospodarczych, zaś cały majątek ozdobiono nowymi nasadzeniami drzew i krzewów. Według inwentarza z 1824 roku, dwór był położony z dala od wsi, która z czasem, w wyniku rozbudowy, wchłonęła siedzibę dworską.

Zbudowany w końcu XVIII wieku dwór jest budowlą parterową, podpiwniczoną z trzytraktowym wnętrzem. Budynek przykrywa dwuspadowy dach naczółkowy. Pierwotnie, wejście do dworu prowadziło przez ganek, który

w trakcie kolejnych remontów budynku, został rozebrany. Wokół dworu zaprojektowano ogród ozdobny. W ogrodzie znajdowała się m.in. lodownia pokryta słomą, w której przechowywano mięsa, przetwory, nabiał.

cd. na str. 40 ⇔



Kapliczka słupowa w okolicach Sikor. Fot. M. Grassmann.



Lamus w Kalinówce Kościelnej. Fot. M. Grassmann.

⇐ *cd. ze str. 39*

Na południe od siedziby dworskiej założono sad, w którym rosło 377 drzew owocowych. W majątku zbudowano również browar, spichlerze, sienik, obory. Przy drodze do Kalinówki Kościelnej stała karczma.

Wiejska szkoła

W połowie XIX wieku majątek Sikory wniosła w wianie Zofia Świerżbińska, córka Kazimierza. Odtąd zarządzał nim Michał Dyżewski, mąż Zofii. Spośród trójki dzieci państwa Dyżewskich, tylko córka Stanisława mieszkała we dworze, aż do swojej śmierci w 1920 roku. Jeden z synów – Edward Leon przeniósł się do Odessy, zaś Antoni Władysław zaginał w Rosji. W roku 1917 powróciła do Sikor żona Edwarda Leona – Jadwiga wraz z ich córką Stefanią. Majątek nie oparł się wojennym losom.

W 1939 roku, po parcelacji majątku, Sowietci utworzyli dwa kołchozy. Dwór stał się siedzibą NKWD. Dwa lata później w Sikorach ulokowała się niemiecka administracja. Po wojnie majątek upaństwowiono. Jeszcze przez parę lat we dworze mieszkała Jadwiga Dyżewska ze Stefanią. Pojawił się jednocześnie nowy plan wykorzystania budynku. Postanowiono umieścić w nim szkołę. W tym celu przeprowadzono kapitalny remont drewnianego dworu, w ramach którego rozebrano

ganek i piec kaflowy, dobudowano betonowe schody, zmieniono pokrycie dachu z dachówki na eternit oraz częściowo przerobiono układ wewnętrzny budynku. Oprócz zajęć szkolnych dla dzieci z okolicznych wsi, we dworze odbywały się różnego rodzaju kursy dla miejscowej ludności.

Strefa niebezpieczna

Od dobrych kilku lat dwór stoi pusty i niszczeje. Pojawiła się inicjatywa, jednego z lokalnych towarzystw naukowych, odremontowania zabytku i umieszczenia w nim domu pracy twórczej dla naukowców, w którym kultywowano by regionalne tradycje, dbano o dziedzictwo kulturowe. Wobec sprzeciwu niektórych polityków, pomysł nie doczekał się realizacji. Natomiast pojawiła się tabliczka „Strefa niebezpieczna. Grozi zawaleniem”.

Opuszczając Sikory, warto odwiedzić pobliską Kalinówkę Kościelną z przepięknym drewnianym kościołem oraz XVIII-wiecznym lamusem. Jeśli akurat trafimy na mszę, przekonamy się jak trwałe bywają obrzędy i zwyczaje religijne. Symbole wiary ludowej można spotkać przy polnych drogach, usianych słupowymi kapliczkami, drewnianymi i metalowymi krzyżami, świętkami umieszczonymi przy strumieniach...

Autorka jest historykiem. Pracuje w Bibliotece Głównej UMB.

Jedno i drugie, łączy je wspólna nazwa, również przeszłość, aktualne bolączki. Do tego dochodzi tajemniczość, rodząca legendy. Wszak trwa nadal spór o kolor wód Narwi, ale i o kilka istotnych faktów z dziejów miasteczka. Można się sprzeczać, co do znaczenia tej córki rzek polskich, tym bardziej co do roli miasta Narew, niegdyś portu, miejscowości odwiedzonej przez władców, dziś – cichej stolicy gminy. Cichej, ale interesującej, godnej polecenia miłośnikom piękną naturalnego.

Królewskie czasy

Rzeka Narew bierze swój początek z Dzikiego Bagna, leżącego na wschodnim (białoruskim) skraju Puszczy Białowieskiej. Od wieków toczyła swe wody przez tereny puszczańskie, także przez Puszcze Narewską.

A kiedy pojawiła się osada o tej samej nazwie? Pewnie na krótko przed powstaniem województwa podlaskiego, czyli przed 1413 rokiem. Rok później Narew miała już prawo chełmińskie, w 1527 roku urząd wójta sprawował Tomek Sawicki. Prawa miejskie magdeburskie, a więc lepsze dla mieszczan, nadał Narwi, w 1529 roku, Zygmunt Stary. Danuta Michaluk napisała, że „Wzmianka o miasteczku zamieszczona została w pracy *Sarmatiae Europaeae descriptio* (*Opisanie Sarmacji Europejskiej*), wydanej drukiem w 1578 r.



Miasto czy rzeka?

przez Włocha Gwagnina: *Miasto drewniane między lasy, nad rzeką Narwią, od Bielska 4 mile leży. W 1616 roku ludność Narwi liczyła ponad tysiąc osób, wśród których było 135 rzemieślników różnych branż i 74 rolników*”.

Warto dodać, że o dużym ruchu podróźnych w tej okolicy, świadczy też funkcjonowanie w 1616 roku 24 karczm piwnych i kilku miodowych. Cennym przywilejem było posiadanie komory celnej i trzech dorocznych jarmarków. Wielce przydatne okazały się: port, służący głównie do spławu kłoców i towarów leśnych oraz most na trzech odnogach rzeki. Najbardziej jednak zasłynęła Narew rzemieślnikami, zwłaszcza branży drzewnej.

Imponująca była, niemal dwukrotna przewaga rzemieślników nad uprawiającymi rolę. Co zaś się tyczy zacytowanego tekstu Włocha, to był on prawdopodobnie plagiatem poczynionym na niekorzyść Polaka – Macieja Strykowskiego.

Okolice

Narew, w stanie rozkwitu, wraz z przedmieściami, wsiami: Kamień



**ADAM CZESŁAW
DOBROŃSKI**

i Wólka oraz folwarkiem Wieżanka, weszła w skład nowego starostwa, właśnie narewskim zwanym. Leżała wówczas na ziemi bielskiej województwa podlaskiego. Niedaleko, bo w odległości około 10 kilometrów na wschód, gdzie łączą się rzeki: Narew i Narewka, schodziły się granice Litwy i Korony Polskiej, a także aż czterech województw: podlaskiego, rozległego trockiego (z Grodnem), nowogrodzkiego

i brzesko-litewskiego. Tu, przez wieki, mieszkańców przed nieprzyjaciółmi chronić miał obronny Gródek.

Śladów po grodziskach jest zresztą w tym rejonie więcej. Napadnięci mogli się chronić i w Ładzkiej Puszczy, i wśród moczarów z odnogami rzeczynymi. Był to raj dla zwierząt, ptaków i ryb, utrudnienie zaś dla wędrowców. Puszcza też na omawianym pograniczu wyliczono kilka, z największych warto wymienić jeszcze: Błudów (stąd i Zabłudów), Wołpiańską (Jałowską), oczywiście Bielską i Białowieską, Świsłocką. Ważną rolę pełniły także wsie bojarskie.

Żyd ofiarą

Również D. Michaluk, w tomiku pt. „Z dziejów Narwi i okolic. W 480 rocznicę nadania prawa chełmińskiego 1514–1994”, opisała historię związaną z Izaakiem Brodawką. Jemu to i Jakubowi Dłukhaczowi, król Zygmunt August wydzierżawił, na cztery i pół roku, prawo warzenia piwa w mieście Narwi. Pewnie budził Brodawka zazdrość innych mieszczan i ci w odwecie zmontowali prowokację. Skutkiem jej w 1564 roku powieszono w Narwi Żyda, Bernata Abramowicza, oskarżonego o zamordowanie dziewczynki chrześcijańskiej na rozkaz swego gospodarza... Izaaka Brodawki. Niešťczęny Bernat, mając pętlę na szyi, przyrzekał że to wszystko nieprawda, zeznania zostały wymuszone torturami, a on i pan jego są niewinni.

Sprawa trafiła do sądu królewskiego, który orzekł, że rzeczywiście obaj Żydzi byli bez winy. Potwierdziło się, że w Narwi i Bielsku wymyślono „pomowy na Żydy”, żeby ich z miast tych wykorzystać. Niestety, raz jeszcze, choć sprawiedliwość miała wziąć górę, to okazała się nierychliwa, bo Abramowicz już dawno ducha na szubienicy wyzionął.

cd. na str. 42 ⇔



Rzeka Narew. Fot. Anna Worowska.



Cerkiew w Narwi. Fot. Anna Worowska.

⇐ *cd. ze str. 41*

Zdeptany rycerz

Helena Kossowska opisała, w dzienniku obozowym z lipca 2000 roku, historię dawną, ale ze współczesnymi odniesieniami.

W 1528 roku królowa Bona ufundowała kościół w Narwi. „Z tegoż samego wieku pochodzi historia rycerza, który nakazał wyrzeźbić swoją postać w płycie piaskowca i umieścić ją u wejścia do kościoła, by ludzie deptali po tej płycie. W ten sposób rycerz chciał odpokutować za swoje grzeszne życie” – napisała Kossakowska. Zwyczaj to znany i z innych miejsc. Niejeden skruszony grzesznik decydował, by jego ciało składano do trumny z nieheblowanych desek i zakopywano właśnie na ścieżce wiodącej do świątyni. Tak postąpił i Pac??? fundatorów przepięknej świątyni pod wezwaniem świętych Piotra i Pawła, na wileńskim Antokolu.

Obecny kościół w Narwi posiada we wnętrzu słynący cudami obraz Matki Bożej i cenne rzeźby. Ze świątyni królowej Bony zachował się fragment ołtarza, przechowywany na strychu. Ubolewała H. Kossowska, że niszczyje ołtarz, jak i płyta grzesznego rycerza. Stwierdza, że: „Mimo to warto zobaczyć świątynię, by poczuć dawną, ludową atmosferę i zwiedzić niespotykany

w innym regionie kościół.” Powtórzmy: kościół p.w. Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny i św. Stanisława Męczennika, ufundowany w 1528 roku przez Bonę i Zygmunta Starego, odbudowany w latach 30.– 40. XVIII wieku, dzięki hojności biskupa Ludwika de Riauncor. Są jednak wątpliwości, czy na wspomnianej płycie, aby na pewno, widnieje rycerz. Może to myśliwy z XVI stulecia, oparty na włóczni, z psem przy nodze? A może dworzanin Zygmunta Augusta, śmiertelnie ranny podczas polowania? Inna jeszcze wersja mówi o banicie, napadającym na podróżnych, który się nawrócił na łożu śmierci.

A po tablicy deptać już nie można, umieszczono ją na zewnętrznej ścianie prezbiterium.

Narew ciężko doświadczana

Poczynając od szwedzkiego „potopu”, często wody Narwi zabarwiała krew żołnierzy, a miasto Narew padało ofiarą pożarów i rabunków. Żołdacy przywlekali tu i epidemie, które dziesiątkowały mieszkańców. W kilkanaście lat po wojnach połowy XVII wieku liczba ludności Narwi, w omawianym mieście, była mniejsza o dwie trzecie w porównaniu do „złotego wieku”, a w tutejszej parafii pozostało ponoć tylko 60 katolików.

Z rzemieślników ostali się jeno rybacy, bo rzeka, mimo wszystko, lepiej znosiła kataklizmy dziejowe i, jak dawniej, pomagała mieszkańcom przetrwać fale głodu. Po Szwedach, Tatarach, Sasach i Moskalach dali się we znaki ludności i starostowie narewscy. Z nich sławę zdobył Stanisław Karwowski, poseł korzystający z protekcji, najpierw białostockiego dobrodzieja Jana Klemensa Branickiego, a następnie jego szwagra, króla Stanisława Augusta Poniatowskiego. Ciężką miał on rękę dla poddanych, ziemię im wydzierał, karczmy za to stawiał, by zyski własne pomnożyć i powinności powiększać.

Po III rozbiorze swe porządku czynili w Narwi Prusacy. Miasteczko na przełomie wieków XVIII i XIX posiadało wprawdzie 12 ulic, ale przy nich tylko 95 domów z około 425 mieszkańcami, a 130 placów pozostawało bez zabudowy. Jako przedmieścia Narwi wymieniono: Makówkę, Waniewo, Skaryszewo, Tyniewiczze Małe i Duże.

Prusacy pozbawili starostwa Andrzeja Karwowskiego, który, z tytułem generała wojsk polskich, pociągnął z podlaskim pospolitym poruszeniem nad środkową Narew, by, na rozkaz naczelnika Tadeusza Kościuszki, zasłonić latem 1794 roku Rzeczypospolitą od wejścia oddziałów pruskich.

Pod prawosławnym krzyżem

Miasteczko Narew pozostało, po 1807 roku, w obwodzie białostockim, tym samym granica państwowa oddzieliła je od Puszczy Białowieskiej. Również rzeka o takiej samej nazwie, ale w swym biegu od Suraża do ujścia Biebrzy, oddzielała Cesarstwo Rosyjskie od Księstwa Warszawskiego, a po 1815 roku od Królestwa Polskiego.

Kolejna istotna zmiana w Narwi zaszła w 1839 roku, kiedy to tutejsza parafia unicka znalazła się pod władzą hierarchów prawosławnych. Prawdą jest jednak, że pierwsza narewska cerkiew, zbudowana prawdopodobnie przez Wiśniowieckich, była „ruską”. Dorota Michaluk wynotowała z archiwum parafialnego opowieść o pobożnym czynniku kniazia Wiśniowieckiego.

Ten, podczas przeprawy przez rzekę Narew, jadąc z Warszawy do Wilna, zauważył płomyczek. Od przewoźnika dowiedział się, że to płonie „łampadka”

przed ikoną św. Antoniego Pieczewskiego. Możny pan zostawił przewoźnikowi 30 czerwońców na wybudowanie kaplicy i zapewnił, że pokryje wszystkie wydatki związane z budową. Po latach, znów będąc nad Narwią koło Narwi, spostrzegł zrab nie małej kaplicy, a świątyni. Słowa dotrzymał, sfinansował to przedsięwzięcie na cześć Podwyższenia Krzyża Świętego.

Po Unii Brzeskiej cerkiew prawosławna stała się unicką, z upływem lat upodobniała się, pod niektórymi względami, do kościoła katolickiego. Jej powrót do wzorców prawosławnych przebiegał powoli, a cennością pozostawał obraz Matki Boskiej Bolesnej. Ostatecznie, stara cerkiew została przeniesiona na cmentarz i zmieniła wezwanie na – Matki Boskiej Kazańskiej. Nową konsekrowano w 1885 roku i ta służy wiernym do dziś.

Upadek

Wiek XIX okazał się bardzo niekorzystnym dla Narwi. Było to już tylko

miasto nadetatowe w powiecie bielskim, oddalone od głównych szlaków, w tym także od kolei, łączących Bielsk z Białymstokiem (dalej do Grajewa), Brześciem i Siedlcami (przez Czeremchę), Białowieżą. Nie powstał w pobliżu przemysł, rolnictwo wegetowało, trochę lepiej miał się lokalny handel, zwłaszcza zbożem i nasionami. W 1814 roku budżet Narwi prezentował się wcale przyzwoicie, bo wynosił, po stronie dochodów i wydatków, po około 235 – 245 rubli. Te pierwsze, pochodziły jednak w dużej części z egzekwowania kwot zaległych i z dzierżawy łąk. Najpoważniejszą inwestycją okazała się wówczas budowa kuchni i komina w karczmie tyniewickiej.

W następnych latach budżet Narwi szybko się skurczył, na wydatki roczne pozostawało kilkadziesiąt rubli, które przeznaczano, przede wszystkim, na pokrycie pensji sekretarza miejskiego, utrzymanie kancelarii i wykonanie najpilniejszych napraw. Zachowała się w aktach prośba mieszkańców, z roku 1827, o zwolnienie z napraw grobli, od-

dalonych więcej niż 4 wiorsty od miasteczka.

Brak polskiego ziemiaństwa i zwartego osadnictwa drobnej szlachty sprawiał, że skromnie wypadły tu próby powstańcze. W miasteczku zadowolili się Żydzi, w okolicznych wioskach przeważała ludność pochodzenia wschodniego, zachowująca swą kulturę ludową.

Ten świat, po części, zawałił się w sierpniu 1915 roku za sprawą kozaków, którzy zmuszali mieszkańców do wyjazdów w głąb Rosji. Ci z bieżenców, którzy przeżyli, wracali do domów po rewolucjach 1917 roku lub dopiero po powstaniu II Rzeczypospolitej. Niektórzy z nich okazali się potem podatni na wpływy komunistyczne.

Przedwojenna Narew

Można się było tam wybrać z przewodnikiem autorstwa dra Miecysława Orłowicza (Białystok 1937 r.). „Dojazd ze wszystkich stron tylko piaszczystymi drogami gruntowymi, szosa z żadnej strony do Narwi nie dochodzi. Miasteczko skupione na niewielkim wzgórzu dominowało nad łąkami. Zamieszkiwało je w latach trzydziestych XX wieku około 1,3 tys. osób; Polacy stanowili 65%, Żydzi – nie więcej jak 27% (z tendencją malejącą ze względu na emigrację), Białorusini – co najmniej 8%. Spóźnieni goście lub letnicy mogli skorzystać z trzech domów noclegowych i dobrze zjeść w karczmie Waldmana. Targi odbywały się we wtorki. Niestety, wciąż brakowało tu pracy, rolnicy dorabiali sobie wozactwem i sezonowymi pracami leśnymi. Fama głosi, że popularnością cieszyło się także kłusownictwo i bimbrownictwo, ale tak było nie tylko w okolicy Narwi”.

Dobrze miała się rzeka Narew, służyła mieszkańcom i cieszyła się coraz większym zainteresowaniem turystów. Można było stąd wyprawić się i do Świsłoczy, miasta o bogatej historii, mocno wpisanego w dzieje Polski, należącego wówczas też do woj. białostockiego.

Autor jest prof. dr. hab. – pracuje na Wydziale Historyczno-Socjologicznym Uniwersytetu w Białymstoku.

*Kościół z XVIII wieku w Narwii.
Fot. Anna Worowska.*



Siostry z Nowogródka



*Błogostawione męczennice
z Nowogródka.*

Nowogródek – stolica przedwojennego województwa, najmniejsze miasto wojewódzkie II Rzeczypospolitej – był dziesięcioletnim, typowym miasteczkiem kresowym, w którym na każdym kroku odczuwało się skutki rusyfikacji. Przed wojną zamieszkiwała go w 50 procentach – ludność żydowska, w 25 procentach – polska, w 20 procentach – białoruska i tatarska.

Odwiedzając tę miejscowość, malowniczo rozłożoną w dorzeczu Niemna, szukamy przede wszystkim pamiątek po naszym wieszczu – Adamie Mickiewiczu. Pisarz spędził tam bowiem dzieciństwo i lata szkolne. Pozostał po nim dworek, wzniesiony w drugiej połowie XIX wieku (na miejscu poprzedniego, który spłonął), gdzie aktualnie znajduje się jego muzeum. Rewaloryzację budynku wykonał w latach 1986 – 1989 Białostocki Kom-

binat Budowlany. Wśród nielicznych pamiątek pozostały tam m.in. fotel poety, notatki, książki, a także akta sądowe ojca.

O wielokulturowości miasteczka świadczą również: ruiny wybudowanego w XIV wieku zamku, gdzie koronował się, jedyny w dziejach Litwy, król Mendog, synagoga, meczet oraz kościół franciszkanów, który od 1846 roku funkcjonuje jako sobór prawosławny.

Stoi tu także zabytkowy kościół farny z XV wieku. W nim znajdują się pamiątki z chrztu Mickiewicza. Obok jest barokowy kościół poddominikański, przy którym prowadzono szkołę, do której uczęszczał razem z Janem Czczotem.

Ślužebnice i służące

W historię nowogródzkiej fary wpięły się losy jedenastu sióstr nazaretanek, które zginęły śmiercią męczeńską w 1943 roku. Do Nowogródka przybyły w 1929 roku na zaproszenie bpa Zygmunta Łozińskiego, by zająć się wychowaniem i edukacją dzieci, a także opieką nad kościołem. Od początku wiernie służyły wielonarodowościowej społeczności miasta. Przyczyniły się do przekształcenia podupadłej fary w ośrodek promieniujący na całe miasteczko.

W latach trzydziestych założyły w Nowogródku szkołę powszechną, do której bardzo chętnie posyłano dzieci. Zainteresowanych było tak wielu, że po dwóch latach trzeba było rozpocząć budowę nowej placówki.

Druga wojna światowa i zajęcie Kresów, najpierw przez Rosjan, potem przez Niemców, zachwiały nowogródzką wspólnotą.

W czasie okupacji, za pierwszych Sowieców, odebrano nazaretankom

szkołę, dom i pomieszczenia klasztorne. Musiały zdjąć habity, zamieszkiwały u ludzi, zatrudnione jako służące i sprzątaczkę. Siostry spotykały się codziennie w kościele na porannej mszy świętej i wieczornym różańcu. Przez gorliwą posługę kościołowi i prowadzenie działalności charytatywnej wspierały Polaków, prześladowanych, tak jak Żydzi, za wiarę i pochodzenie. Nazaretanki wysyłały paczki deportowanym do Rosji, pomagały w szpitalu, zorganizowały chór, który występował podczas nabożeństw. Przygotowały kilka grup dzieci do komunii świętej, prowadziły także w domach tajne nauczanie języka polskiego i historii.

O nazaretankach mówiono:

– Otwarte na potrzeby ludzi w czasie pokoju, tym bardziej pomagały w czasie okupacji, kiedy to trzeba było pocieszać, pomagać, modlić się i współczuć rodzinom prześladowanych, więzionych i mordowanych.

Po wybuchu wojny niemiecko-sowieckiej i wejściu hitlerowców do Nowogródka, siostry wróciły do poprzedniego mieszkania i ponownie założyły habity. Pomieszczenia szkolne zamieniono na koszary.

W czasie terroru okupacyjnego Niemcy przeprowadzili eksterminację Żydów, Cyganów i, na szeroką skalę, aresztowania ludności polskiej. Dokonano zbiorowej egzekucji sześćdziesięciu Polaków, w tym dwóch kapłanów.

W tym czasie Armia Krajowa i partyzantka sowiecka opanowały cały teren nowogródzki. Trwała walka podziemia z okupantem. Nasiliły się represje wśród ludności polskiej. W nocy z 17 na 18 lipca 1943r. gestapo z Baranowic dokonało w Nowogródku aresztowań w prawie każdej polskiej rodzinie (120 osób), z zamiarem ich rozstrzelania. Na liście osób przewi-

dzianych do aresztowania, zgłoszonych przez miejscowych konfidentów, znalazł się również Aleksander Zienkiewicz, jedyny ksiądz nazaretanek. Udało mu się ukryć.

W tej sytuacji siostry, modląc się, złożyły swoje życie w ofierze za aresztowanych członków polskich rodzin i za ukrywającego się kapłana. Siostra Maria Stella, przełożona zakonu, przy spotkaniu z kapłanem powiedziała:

– Mój Boże, jeśli potrzebna jest ofiara z życia, niech raczej nas rozstrzelają, aniżeli tych, którzy mają dzieci i rodziny – modlimy się nawet o to.

Ostatecznie, część osób zwolniono, a skazanym zamieniono karę śmierci na wywóz do pracy w Niemczech. Transport wyruszył na zachód 24.07.1943r. Wszyscy wywiezieni przeżyli wojnę.

W dniu 31 lipca 1943 roku władze niemieckie nakazały siostrom stawić się wieczorem w komisariacie. Tętniącą życiem religijnym i narodowym farę, zwaną kolebką nadziei, ostoją polskości i bastionem katolicyzmu, postanowiono zlikwidować.

Męczennice

Po nabożeństwie różańcowym, jedenaście siostr nazaretanek, ze swoją przełożoną, udało się do siedziby gestapo. Kroczyły przez miasto, jak w procesji, z różańcami w dłoniach, pozdrawiane przez wylęknionych mieszkańców. Parami, w czarnych habitach i w welonach, z białymi krzyżami, siostry: Stella, Imelda, Rajmunda, Daniela, Kanuta, Sergia, Gwidona, Felicyna, Heliodora, Kanizja, Boromea, szły ulicą 3 Maja. W domu pozostała dwunasta z siostr, Maria Małgorzata Banaś, zajmująca się gospodarstwem, pracująca w szpitalu. Nie nosiła habitu. To jej siostra przełożona poleciła wrócić do klasztoru, zaopiekować się kościołem i jedynym, pozostałym w Nowogródku, księdzem kapłanem.

Uważano, że procesja siostr skończy się, w najgorszym wypadku, wywiezieniem na roboty do Niemiec. Stało się inaczej. Siostry spędziły noc na modlitwie, zamknięte w niewielkiej piwnicy komisariatu. Estończyk, pracujący w komisariacie, który widział siostry przed śmiercią i uczestniczył w egzekucji, mówił, że pomieszczenie piwniczne było nieduże. Siostry kładły się kolejno krzyżem, reszta nazareta-

nek modliła się, stojąc. Nowogródzki Tatar, palacz, twierdził, że rano widział na zakurzonej podłodze ślady rozkrzyżowanych postaci i plamy od wilgoci albo od łez.

Więzione kobiety o nic nie zostały oskarżone, nie przeprowadzono nawet dochodzenia. Wyrok był przesądzony.

Wyprowadzono je o świcie. Była godzina trzecia trzydziści. Przed budynkiem gestapo stały samochody: osobowy i ciężarowy. Długie habitury utrudniały siostrom wejście do wozów. Pomagały sobie wzajemnie. Zatrzaśnięto klapę. Konwój ruszył traktem nowojelniańskim. Zatrzymano się pięć kilometrów dalej od miasta, za leśniczą „Batorówką”. Dół wykopany był paręset kroków na lewo od szosy, w niewielkim, brzoźowo-sosnowym lesie. Kobiety poprowadzono w tamtą stronę.

Świt rozciągał, między drzewami, srebrną, połyskującą pajęczynę. Była cisza. Cisza tak wielka, że nawet żandarmi starali się stąpać ostrożnie, by jej nie zakłócić. Szły ze złożonymi rękami, spokojne, pełne godności, naprzeciw słońcu, które, pomarańczowo-czerwonym blaskiem, zapowiadało już swój wschód. Prosiły o to, by mogły zostać w habitach, w pełnym zakonnym stroju. W lesie, tuż przed egzekucją, uklękły, żegnając się ze sobą. Siostra Stella uniosła rękę, błogosławiąc każdą z nich.

Rozległy się strzały. Przełożona zginęła pierwsza. Za nią kolejno jedenaście męczennic. Ofiara złożona Bogu została przyjęta. Do miasta wróciły puste samochody.

W zbiorowej, zamaskowanej, mogile znalazł się również chłopiec, mieszkaniec wsi, sąsiadującej z miejscem egzekucji, który poprzedniego dnia wyszedł z domu i ślad po nim zaginął. Prawdopodobnie to jemu kazano wykopać mogiłę. Jako świadek zbrodni musiał zginąć.

Wstawał dzień 1 sierpnia 1943 roku. Niedziela. W białej farze kłęczniki siostr były puste. Siostra Maria Małgorzata, jedyna, która się ostała, odszukała mogiłę. Ksiądz kapłan potajemnie poświęcił grób oraz leśną ziemię, kryjącą również szczątki innych pomordowanych mieszkańców. Wśród nich byli: nowogródzki dziekan Michał Dolecki i ksiądz Józef Kuczyński.



Nowogródek – kościół farny, ruiny zamku.

Po wojnie, w Nowogródku, pozostało niewielu Polaków. Rozpoczęła się systematyczna akcja wysiedlania za Bug. Kresowianie zostawiali swój dorobek, wspomnienia, ziemię, na której żyli przez całe pokolenia. Wyjeżdżali do Polski. Ci, którzy pozostali, podjęli decyzję o ekshumacji zwłok siostr i przeniesieniu ich do miasta.

W dniu 18 marca 1945 roku, saniami, w białych trumnach, siostry wróciły do fary. Rozbrzmiewały głosy bijących dzwonów. Nazaretanki witała ludność nowogródzka. Trumny wniesiono do kościoła i ustawiono w miejscu kłęczników, które wcześniej zajmowały zakonnice. Mszę Świętą uzupełniły kwiaty, światła i biały ornat. Przed kościołem czekała na nie wspólna mogiła. Prawdę o siostrach oddają słowa kapłana:

– Bo nie masz większej miłości nad tę, kiedy ktoś życie oddaje za braci.

Minęły lata. Historia siostr nazaretanek z Nowogródka dotarła do Watykanu. W niedzielę 5 marca 2000r., Jan Paweł II wyniósł do chwały ołtarzy jedenaście polskich siostr zakonnych ze Zgromadzenia Rodziny z Nazaretu, rozstrzelanych przez hitlerowców. Ojciec Święty postawił wtedy pytanie:

– Skąd miały siłę, aby ofiarować siebie w zamian za uratowanie życia uwięzionym mieszkańcom Nowogródka? Skąd czerpały odwagę, aby ze spokojem przyjąć tak okrutny i niesprawiedliwy wyrok śmierci?

Wojciech Sobaniec

Prof. dr hab., kierownik Kliniki Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej UMB.

45

Informujemy

Decyzją Ministerstwa Zdrowia z dnia 17.07.2008r., zwiększono dotację na działalność dydaktyczną uczelni w 2008 r. o kwotę 2379 196 zł, z przeznaczeniem na podniesienie płac wraz z pochodnymi pracownikom.

Przyznane środki pozwoliły na zwiększenie wynagrodzeń zasadniczych o 3 procent. Ponadto władze Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku postanowiły, na powyższy cel, przeznaczyć dodatkowe środki własne, co umożliwi zwiększenie wynagrodzeń zasadniczych o łącznie około 7 procent.

Organizacje związkowe, działające na uczelni, jednogłośnie zaakceptowały powyższą propozycję (porozumienie z dnia 05.08.2008r.).

Wypłata wynagrodzeń, uwzględniająca podwyżkę płac od 01.01.2008r., dokonana zostanie w terminach wypłaty najbliższych wynagrodzeń (nauczyciele akademicy – 01.09.2008r., pozostali pracownicy – 30.08.2008r., 10.09.2008r.).

Rektor

Prof. dr hab. Jan Górski

Profesor dr hab. Jacek Nikliński, decyzją Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, został ponownie włączony do prac Zespołu Komitetu Sterującego dla priorytetu „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem”, finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego mechanizmu Finansowego.

Na XXIV Zjeździe Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego prof. dr hab. Barbara Malinowska została wybrana na wiceprezesa Zarządu Głównego Towarzystwa.

Profesor dr hab. Jan Górski otrzymał godność Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego oraz medal Napoleona Cybulskiego. *Gratulujemy.*

Zrodziła się koncepcja powołania Klubu Pracowników Naukowych UMB, a w jego ramach utworzenia

Podlaskiej Akademii Profilaktyki. Jej celem będzie działalność opiniotwórcza w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych społeczeństwa.

Inicjatorem przedsięwzięcia jest prof. dr hab. n. med. Stanisław Chodynicki. Swoją myśl oparł na opinii emerytowanych pracowników Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

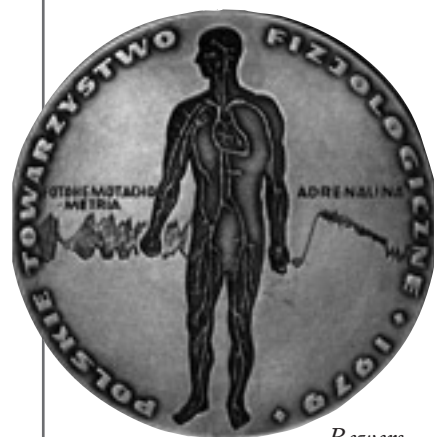
Pielęgniarki-emerytki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku składają podziękowania całemu Zespołowi Oddziału Onkologii Chirurgicznej za opiekę nad ich chorą koleżanką, śp. Zytą Zajkowską.

Była ona pielęgniarką „Gigant”, podjęła pracę wraz z jego otwarciem. Jako oddziałowa pracowała, ponad 20 lat, w Klinice Chirurgii, na Bloku Operacyjnym. Jeśli nazwać ten blok sercem „Gigant”, to z całą pewnością była ona „aortą” tego serca.

Po odejściu na emeryturę musiała zmierzyć się z chorobą. Była osobą silną wewnątrznie, cieszącą się życiem i sympatią współpracowników oraz podwładnych. Wytrwale walczyła do końca. Zmarła 1 VIII 2008r.



Awers.



Rewers.

*Medal Napoleona Cybulskiego.
Fot. Anna Worowska.*

Listy do redakcji

Profesor Lech Chyczewski

Redaktor Naczelny Medyka Białostockiego

Państwowy Szpital Kliniczny im. dr J. Sztachelskiego w Białymstoku został przekształcony w Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Białymstoku na mocy Zarządzenia Nr 10/98 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 grudnia 1998 roku. W owym czasie podmiotem, który utworzył Szpital (tzw. organem założycielskim) był Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, który jako jedyny posiadał kompetencje do podejmowania decyzji strategicznych dla szpitala, w tym zmian rejestrowych. Nazwa podmiotu jest jednym z elementów podlegających zapisom w odpowiednich rejestrach, w związku z czym szpital, jako jednostka przekształcana w podmiot posiadający osobowość prawną, miał znikomy wpływ na przyszłą nazwę, w szczególności zmianę lub pozbawienie go patrona.

Tym nie mniej popiersie dr J. Sztachelskiego oraz tablica pamiątkowa została przez szpital zachowana i zabezpieczona w nienaruszonym stanie i pozostaje w dyspozycji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ze względu na wkład w powstanie Akademii Medycznej w Białymstoku, proponuję, aby popiersie i tablica zostały przekazane do Uniwersytetu, gdzie mogą zostać udostępnione całej społeczności uniwersyteckiej.

*Z up. Dyrektora USK w Białymstoku
Marek Karp*

Wybierz jazdę bez ryzyka

ryzyKOchania

Żyjesz z dnia na dzień, szybko zawierasz nowe znajomości, zdarzają Ci się ryzykowne zachowania seksualne? Jeśli tak, to możesz być jedną z 20 tysięcy osób nieświadomie żyjących z HIV! Bez względu na to jak się ubierasz, jakiej muzyki słuchasz, gdzie mieszkasz, co robisz – HIV może dotyczyć także Ciebie!

Według najnowszych badań European Centre for Disease Prevention and Control (ECDPC), Polska jest krajem z najwyższą liczbą nowych zakażeń (750 rocznie) w centralnej Europie. Co więcej, to właśnie u nas prawie połowa osób zakażonych wirusem HIV nie ma o tym pojęcia!

Skala tego zjawiska niepokoi tym bardziej, że AIDS jest pierwszą przyczyną zgonów osób między 15 a 30 rokiem życia na świecie. W Polsce młodzi ludzie w wieku 15–30 stanowią 50% wszystkich zakażonych osób, których szacunkowo żyje 25- 35 tys.

CZYM JEST HIV?

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) – wirus wywołujący niedobór odporności immunologicznej organizmu. HIV powoduje stopniowe niszczenie układu odpornościowego osoby zakażonej. Upośledzenie odporności wywołane przez wirusa powoduje, iż organizm staje się bezbronny i zagrażają mu drobnoustroje, które nie powodują chorób u osób niezakażonych. Są to tak zwane infekcje oportunistyczne. Rozpoznanie jednej z takich chorób u osoby zakażonej HIV definiuje AIDS.

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) – końcowy etap zakażenia, często **ujawnia się dopiero po wielu latach**.

JAK MOŻNA ZAKAZIĆ SIĘ HIV:

- kontakt seksualny bez zabezpieczenia (bez prezerwatywy)
- przedostanie się zakażonej krwi do naszego krwioobiegu (poprzez wspólne używanie igieł, strzykawek i szczoteczek do zębów, na których została krew osoby zakażonej HIV)
- w czasie ciąży, podczas porodu lub karmienia dziecka piersią – zakażona matka może zakazić dziecko

WIRUSEM HIV NIE ZAKAZISZ SIĘ:

- poprzez dotyk – podanie ręki czy uścisk nie stwarzają niebezpieczeństwa
- w publicznej toalecie czy na pływalni
- korzystając z tych samych sztućców, naczyń, ręczników czy książek co nosiciel
- przez kichnięcie osoby zakażonej. Kaszel, kichnięcie czy łzy nie przenoszą HIV
- poprzez ukąszenie komara czy innego owada. Owady nie przenoszą HIV

JAK ZABEZPIECZYĆ SIĘ PRZED ZAKAŻENIEM?

- zachowaj ostrożność w kontaktach z partnerem, jeśli masz wątpliwości, czy nie ma lub nie miał licznych i przypadkowych partnerów, zapytaj o wynik testu na HIV
- poznaj przeszłość seksualną swojego partnera: rozmawiajcie o niej szczerze i otwarcie
- zawsze zabezpieczaj się w ryzykownych, przygodnych sytuacjach seksualnych
- jeśli przydarzyła Ci się jakaś ryzykowna sytuacja seksualna koniecznie wykonaj bezpłatny test na obecność wirusa HIV

Wraz z rozpoczęciem nowego roku akademickiego rusza ogólnopolska kampania edukacyjna związana z problematyką HIV/AIDS – „RyzyKOchania”, organizowana przez Społeczną Agencję PR oraz Stowarzyszenie Manko. W ramach kampanii czekają Was liczne eventy (w tym podczas Walentynek, Juwenalii) i stoiska interaktywne, na których edukatorzy seksualni odpowiedzą na trudne pytania. Będziecie mogli wykazać się twórczo w licznych konkursach związanych z tematyką HIV/AIDS: zaprojektować koszulkę przeciw HIV czy nagrać reklamę społeczną. Stworzone dzieła pomogą w promocji kampanii. Szczegóły wydarzeń na Twojej uczelni na bieżąco na stronie internetowej www.ryzykochania.pl.

Informacji nt. kampanii udzielają:

Magdalena Petryniak, 604 463 537

Anna Olejczuk, 604 635 890

Izabela Ozaist, 600 111 290

Społeczna Agencja PR
www.sapr.pl

ryzykoKochania



wybierz jazdę bez ryzyka



Co zdarzyło się rano?

szczególne na www.ryzykochania.pl

Organizatorzy:

