



**„Ciśnij na wiosnę”  
– III Spacer  
dla Zdrowia**

str. 5-6

**Nadciśnienie nie boli,  
ale uszkadza cały  
organizm**

str. 7-11

**Zapraszamy na  
wykład, ale taki  
nie za długi**

str. 27-29

# Egzamin Pre-OSCE na położnictwie



Studentki III roku położnictwa na początku kwietnia, przez dwa dni, zdawały egzamin praktyczny w standardzie OSCE. Był to rodzaj powtórzenia wiadomości przed praktycznym egzaminem dyplomowym, który czeka je na koniec semestru.

Dyplomowe egzaminy OSCE będą standardem na studiach na kierunku położnictwo za dwa lata. Jednak już teraz studentki utrwalają tak swoją wiedzę. Ćwiczą także prowadzący zajęcia, dopasowując procedury egzaminacyjne.

Sam egzamin odbył się w warunkach wysokiej wierności w Centrum Symulacji Medycznych UMB. Przygotowano sześć stacji (dyplomowy OSCE będzie ich miał 12-18). Każda oznaczała osobne zadanie, które trzeba było wykonać w czasie 5 lub 10 minut. Trzeba było m.in. przyjąć poród miednicowy, pobrać krew do analiz laboratoryjnych, podać lek drogą dożylną oraz pobrać wymaz

na badanie mikrobiologiczne, przygotować narzędzia do zabiegu. Konieczne czynności do wykonania były opisane w zadaniu oraz zleceniu lekarskim, po wszystkim wykonane procedury należało udokumentować w komputerowym systemie szpitalnym.

Prowadzący egzamin mieli tablety, na których były checklisty, gdzie odznaczano czynności, które wykonywały studentki. Niewykonanie pożądanej czynności również było odznaczane. Całość egzaminu jest też nagrywana na potrzeby jego późniejszego omówienia, ewaluacji procesu i rozwiązywania ewentualnych sytuacji spornych.

Ciekawostka: egzamin został przeprowadzony zgodnie z zasadami zielonej transformacji i oszczędnego dysponowania zasobami naturalnymi. Do jego przeprowadzenia nie została zużyta ani jedna kartka papieru.

# Dorota Sawicka



## Medyk Białostocki

Nr 3 (221)  
MARZEC  
2026

### SKŁAD REDAKCJI:

**Redaktor naczelna:**  
Dorota Sawicka

**Sekretarz redakcji:**  
Magdalena Świącicka

**Redakcja:**  
Wojciech Więcko  
Piotr Suszczyński  
Adam Ludwiczak




**Współpracownicy:**  
Magdalena Muskała  
Hanna Sarosiek  
Aneta Łukowska

**Korekta:**  
Justyna Kurcewicz

**Skład i druk:**  
LIBRA-PRINT Daniel Puławski  
ul. Poznańska 36, 18-400 Łomża  
**Projekt okładki:**  
LIBRA-PRINT Daniel Puławski

### ADRES REDAKCJI:

**Biuro Komunikacji  
i Popularyzacji Nauki UMB**  
15-089 Białystok  
ul. Kilińskiego 1,  
tel. (85) 748 54 85,  
email: medyk@umb.edu.pl  
www.medyk.umb.edu.pl  
Redakcja nie odpowiada  
za treść reklam  
oraz zastrzega sobie prawo  
do zmian i skrótów  
nadesłanych artykułów.

 / MEDYK BIAŁOSTOCKI  
 / MEDYKBIAŁOSTOCKI1956  
 / MEDYK BIAŁOSTOCKI

Co mi podnosi ciśnienie? Brak szacunku do drugiego człowieka, niezależnie od stanowiska i statusu. Chamstwo, cwaniactwo, kawa... i samo „ciśnienie”. Precyzując: problem, jaki my Polacy mamy z ciśnieniem, właściwie z mierzeniem ciśnienia. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na ok. 10 mln osób z nadciśnieniem tętniczym, szacunki ekspertów mówią o nawet 11-12 mln chorych. Gdy zestawimy to z 38 mln mieszkańców tego pięknego kraju nad Wisłą, to okaże się, że co trzeci dorosły Polak (częściej niż Polka) ma nadciśnienie tętnicze. „Natoomiast wiele osób nie jest jeszcze naszymi pacjentami, bo nie wie, że ma nadciśnienie” – opowiada w wywiadzie udzielonym Medykowi Białostockiemu prof. Edyta Zbroch, szefowa Kliniki Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, członkini zarządu Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Stąd misja PTNT doprowadzenia do poprawy kontroli ciśnienia tętniczego wśród pacjentów w Polsce, tak aby uzyskać prawidłową kontrolę u co najmniej 50 proc. pacjentów do 2030 roku. Misja 50/30 skierowana jest do lekarzy, by mierzyli ciśnienie pacjentom w swoich gabinetach. Nasz wywiad skierowany jest do pacjentów, by pokazać jak prawidłowo mierzyć ciśnienie. Mierzenie jest w sumie proste i nie boli, tak jak długo nie boli nadciśnienie. Zdarsza się, że udar jest pierwszym

objawem nadciśnienia. A przecież większość naszych organów odpowiadających za funkcje życiowe jest zależna od prawidłowego ciśnienia.

Nam w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, we współpracy z NFZ, udało się namówić młodych ludzi do zmierzenia ciśnienia w ramach akcji „Ciśnij na wiosnę”. Okazuje się bowiem, że wspomaganie się popularnymi „energetykami” coraz częściej kończy się na szpitalnym oddziale. W ramach trzeciej edycji akcji „Spacer dla Zdrowia” namawialiśmy w pierwszy dzień wiosny także do aktywności fizycznej. Podziękowania za współdziałanie Gabrielowi Piotrowskiemu. To on od lat w mediach społecznościowych uparcie i z poczuciem humoru (i misji) przekonuje, że lepiej żyje się w ruchu.

Zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie pod wpływem aktywności fizycznej czy np. żywienia badane będą w Ośrodku Wsparcia Badań Klinicznych UMB w uruchomionych właśnie dwóch komorach metabolicznych. To pierwsze tego typu specjalistyczne urządzenia w Polsce. W całym kraju ostatnio głośno było o naszym Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, a to dzięki niesamowitemu wysiłkowi lekarzy i pielęgniarek, którzy przez kilka dni walczyli heroicznie o życie ciężarnej pacjentki. Takie historie też mi podnoszą ciśnienie i pokazują, że lekarz to ciągle zawód z misją.

## Spis treści

5-6 | „Ciśnij na wiosnę” – III Spacer dla Zdrowia

7-11 | Nadciśnienie nie boli, ale uszkadza cały organizm

13 | Z matematyką z matury „na medycynę”

14 | In vitro: wizyta wiceminister zdrowia w USK

15-16 | Heroiczna walka o życie pacjentki i dziecka w USK

16-17 | Komory metaboliczne w UMB

23 | UMB z dwoma nowymi patentami

25 | Nerki nie bolą, kiedy na nie zachorujesz

31 | Zapraszamy na wykład,  
ale taki nie za długi



Prof. Agnieszka Tycińska



Prof. Alina Kułakowska



Katarzyna Zajkowska



## Kobiety Rynku Zdrowia 2026, także z UMB

Podczas Gali XI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach (12 marca 2026 r.) ogłoszono listę laureatek konkursu „Kobieta Rynku Zdrowia”. Wśród stu wyróżnionych pań znalazły się trzy związane z naszą Uczelnią: prof. Alina Kułakowska, prof. Agnieszka Tycińska oraz Katarzyna Zajkowska.

Lista obejmuje kobiety, które realnie wpływają na system ochrony zdrowia na różnych płaszczyznach: w administracji publicznej, sektorze medycznym, biznesie, nauce, organizacjach społecznych oraz obszarze innowacji. To już czwarta edycja konkursu.

Laureatkami konkursu zostały m.in. Jolanta Sobierańska-Grenda – minister zdrowia, Marta Golbik – Przewodnicząca Komisji Zdrowia, jedna z kluczowych postaci kształtujących politykę zdrowotną w polskim

parlamencie, dr Beata Małeczka-Libera – Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia (zabiega o rozwój i finansowanie programów profilaktycznych). Kapituła konkursu dostrzegła również działalność pań związanych z UMB:

– prof. Aliny Kułakowskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz zastępczyni kierownika Kliniki Neurologii UMB,

– prof. Agnieszki Tycińskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej, zastępczyni dyrektora ds. klinicznych w OUBK UMB,

– Katarzyny Zajkowskiej – dyrektor Biura Ministra Zdrowia, a jeszcze do niedawna szefowej Działu ds. Klinicznych i Szkolenia Zawodowego UMB.

## Wyróżnienia w konkursie „Perspektywy Medycyny”

Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko oraz Prorektor ds. szpitali klinicznych i kształcenia podyplomowego UMB prof. Janusz Dzieciół zostali laureatami konkursu „Perspektywy Medycyny”. Wydarzenie odbyło się w Senacie RP 16 marca 2026 r.

W kategorii „Lider – Edukacja dla Zdrowia” nagrodzeni zostali Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko i Prorektor prof. Janusz Dzieciół, który został wyróżniony za łączenie doświadczenia lekarza, naukowca i menadżera akademickiego oraz przyczynianie się w sposób szczególny do rozwoju UMB jako nowoczesnego ośrodka kształcenia podyplomowego oraz liderów ochrony zdrowia. Profesor Dzieciół został także wyróżniony za nadanie spójnego kierunku opartego na jakości, interdyscyplinarności i ścisłym powiązaniu teorii z praktyką kliniczną.

## Prof. Alina Kułakowska z „Omnia pro infirmis”

Prof. Alina Kułakowska, zastępca Kierownika Kliniki Neurologii w szpitalu USK w Białymstoku, odebrała (3 marca 2026 r.) prestiżową nagrodę „Omnia pro infirmis” (łac. wszystko dla chorych).

Wyróżnienie przyznawane jest w ramach plebiscytu „Wizjonerzy Zdrowia”, organizowanego przez redakcje Wprost i NewsMed. Nagroda honoruje pracowników ochrony zdrowia za wyjątkową etykę zawodową, profesjonalizm oraz szczególne oddanie pacjentom. Promuje postawy oparte na empatii, zaangażowaniu i trosce o najwyższą jakość leczenia.

Prof. Alina Kułakowska jest Konsultantem wojewódzkim ds. neurologii oraz Prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

## Studenci UMB ze stypendiami Ministra Zdrowia



Mateusz Zwierz



Filip Bossowski

Filip Bossowski i Mateusz Zwierz, obaj z VI roku kierunku lekarskiego, otrzymali stypendia Ministra Zdrowia za znaczące osiągnięcia naukowe.

Stypendium otrzymali studenci wykazujący się znaczącymi osiągnięciami naukowymi związanymi ze studiami lub osiągnięciami sportowymi. Ze wszystkich uczelni medycznych rektorzy przedstawili ministrowi do oceny 120 wniosków. Wyróżniono tylko 40 osób. Samo stypendium to jednorazowa wypłata kwoty 22 tys. zł.

# „Ciśnij na wiosnę” – III Spacer dla Zdrowia

W pierwszy dzień astronomicznej wiosny (20 marca) zaprosiliśmy białostockich licealistów do udziału w III edycji akcji „Spacer dla Zdrowia”, która tym razem odbyła się pod hasłem „Ciśnij na wiosnę”. Wydarzenie połączyło aktywność fizyczną, sportową rywalizację i edukację zdrowotną, zwracając uwagę na problem nadciśnienia tętniczego u młodych ludzi.

Według danych aż 10 proc. osiemnastolatków ma nadciśnienie, a wśród chłopców jest to nawet 16 proc. Co więcej, jak wynika z badania populacyjnego Białostok Plus, blisko 1/3 Białostoczan nie wie, że zmagają się z tym problemem. To o tych liczbach na konferencji prasowej poprzedzającej wydarzenie (18 marca 2026 r.) mówili prof. Edyta Zbroch – Kierownik Kliniki Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych UMB oraz prof. Karol Kamiński – Prorektor ds. medycyny prewencyjnej i otwartej nauki UMB.

Do udziału w akcji od samego początku zachęcał Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko, gorący orędownik profilaktyki i podejścia opartego na zapobieganiu zamiast późniejszego leczenia. Rektor wspiera wydarzenie od pierwszej edycji i konsekwentnie podkreśla znaczenie codziennej troski o zdrowie oraz budowania dobrych nawyków już od najmłodszych lat.

Rektor Moniuszko przywitał uczestników na dziedzińcu Pałacu Branickich wspólnie z wizytującą tego dnia Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku wiceminister zdrowia Katarzyną Kęcką, która także zwróciła się do uczestników z apelem o zdrowy tryb życia.

– Sama swój dzień zaczynam bardzo wcześnie, bo już o godzinie 5 rano i to właśnie od aktywności fizycznej, od treningu, jeszcze zanim zacznę dzień wypełniony pracą – mówiła wiceminister, zachęcając młodzież do codziennego ruchu.

Do hasła III edycji spaceru „Ciśnij na wiosnę” nawiązała prof. Edyta Zbroch. Zachęciła do regularnego mierzenia ciśnienia, które ma ogromne znaczenie i może pomóc wcześniej



Profilaktyka zdrowotna i zabawa - to najlepsze połączenie

wykryć problem, jeszcze zanim pojawią się poważniejsze konsekwencje zdrowotne.

– To nie jest problem osób starszych – tłumaczyła. – Niemal codziennie przyjmujemy na oddział młode osoby z bardzo wysokim ciśnieniem, nie tylko zagrażającym ich zdrowiu, czasem także życiu, dlatego bardzo serdecznie was zachęcamy: badajcie się, dbajcie o siebie, o swoje zdrowie, o aktywność fizyczną.

Wydarzenie rozpoczęło się od pierwszego pomiaru ciśnienia przed wysiłkiem. Potem był czas na rozgrzewkę na dziedzińcu Pałacu Branickich, którą poprowadzili wspólnie dr hab. Zofia Dziecioł-Anikiej z Kliniki Rehabilitacji i Gabriel Piotrowski (finalista You Can Dance i promotor aktywnego trybu życia). Następnie uczestnicy wspólnie przeszli na Stadion Lekkoatletyczny BOSiR im. Wojciecha Nowickiego (trasa spaceru wyniosła ok. 2 km), gdzie czekały na nich konkurencje sportowe i... kolejny pomiar ciśnienia. W programie rywalizacji znalazły się konkurencje znane z dawnych „olimpijek”, m.in. slalomy, skakanka, rzuty

piłką lekarską, bieg przez płotki i pod płotkiem oraz biegi tyłem.

Zawody przygotował i poprowadził Gabriel Piotrowski, który swoją niespożytą energią zaraził uczestników.

Dla najlepszych były voucher-y na mecze Jagiellonii Białostok (dla całej klasy), za drugie miejsce – zwiedzanie Stadionu Chorten Arena z przewodnikiem, a za miejsce trzecie – specjalne zwiedzanie Muzeum UMB i Pałacu Branickich.

Na podium stanęli:

- drużyna Białych z IV LO
- drużyna z III LO
- drużyna z „Ekonomika”

Udział w zmaganiach wzięli także: drużyna Czerwonych z IV LO (4. miejsce) oraz drużyna z Zespołu Szkół Mechanicznych (miejsce 5.)

Przyznano także nagrody za wyniki indywidualne w burpeesach (tzw. „padnij-powstań”) oraz w rzucie piłką lekarską, ufundowane przez partnerów wydarzenia.

To trzeci, lecz na pewno nie ostatni „Spacer dla Zdrowia”. W planach są kolejne edycje akcji, która – przed edycją dla młodzieży („Spacer dla serca”



Gabriel Piotrowski, finalista You Can Dance, zagrzewał uczestników marszu do większej aktywności

w czerwcu 2025 r. i „Spacer dla zdrowia” w październiku 2025 r.) – skradła serca także białostockich seniorów i rodzin.

**Organizatorzy wydarzenia:** Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Biuro Komunikacji i Popularyzacji Nauki), Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ oraz SKN Propfi i SKN przy Klinice Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych. Partnerzy III edycji: Zespół Szkół Handlowo-Ekonomicznych im. Mikołaja Kopernika w Białymstoku, Miasto Białystok, Stadion BOSiR im. Wojciecha Nowickiego.

**Nagrody dla najlepszych klas ufundowali:** Jagiellonia Białystok, Stadion Chorten

Arena oraz Muzeum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Pałacu Branickich. Pozostałe nagrody ufundowali: Centrum Wspinaczkowe Flash, N50 Centrum Treningowe, Wodociągi Białostockie. Kino Helios Alfa przygotowało dla uczestników bilety na pokazy premierowe filmu „Projekt Hail Mary” oraz książki wydawnictwa Agora.

Wsparcia udzieliła także firma Diagnosis, która użyczyła ciśnieniomierzy.

W akcję włączyli się również studenci UMB kierunku fizjoterapia oraz kierunku ratownictwo medyczne UMB. ■

Magda Świącicka

### Jak prawidłowo mierzyć ciśnienie tętnicze

- Przed pomiarem odpocznij co najmniej 5 minut. Usiądź wygodnie, oprzyj plecy i załóż mankiety na ramię. Pomiar wykonuj w spokojnym, cichym miejscu.
- Co najmniej 30 minut przed pomiarem nie pij kawy i nie pal papierosów.
- Za pierwszym razem zmierz ciśnienie na obu rękach. Kolejne pomiary wykonuj na tej ręce, na której ciśnienie było wyższe.
- Mankiet zakładaj bezpośrednio na odsłonięte ramię. Ręka powinna być swobodnie oparta, a ubranie nie może jej uciskać.
- Mankiet powinien znajdować się na wysokości serca, niezależnie od pozycji ciała.
- Przed wizytą należy wykonywać 2 pomiary rano i 2 pomiary wieczorem przez 7 kolejnych dni. Z porannych i wieczornych wyników należy obliczyć średnią.
- Wyniki zapisuj w dzienniczku samokontroli.
- Do domowego pomiaru najlepiej używać automatycznego ciśnieniomierza z mankietem zakładanym na ramię. Warto wybrać aparat z potwierdzoną dokładnością pomiaru.
- Ważne! Pomiaru porannego nie należy wykonywać bezpośrednio po wstaniu z łóżka, ale co najmniej po upływie pół godziny.

**Dorota Sawicka: Pani Profesor, kiedy ostatni raz zmierzyła Pani ciśnienie?**

**Prof. Edyta Zbroch:** Sobie? O, wstyd się przyznać.

**Czyli szwec bez butów chodzi?**

– Ja mierzę ciśnienie, czasami mierzę (śmiech). Najczęściej, niestety, gdy trochę gorzej się czuję – czasami profesor też miewa takie stany... Ale to jest wbrew temu, co zalecam wszystkim. Pacjentom mówię, aby mierzyć ciśnienie nie tylko wtedy, kiedy ktoś czuje się słabiej, bo wówczas nie wiemy, czy to gorsze samopoczucie jest wynikiem podwyższonego ciśnienia tętniczego, czy podwyższone ciśnienie jest spowodowane gorszym samopoczuciem. Trzeba więc mierzyć wtedy, kiedy ma się chwilę spokoju.

**To może przyjąć zasadę: raz w tygodniu mierzę ciśnienie.**

– Jeżeli ktoś nie ma nadciśnienia, nie ma rozpoznanych chorób serca, nerek, cukrzycy – raz na pół roku naprawdę wystarczy.

### Misja 50/30

**Ale ja częściej chodzę do lekarza rodzinnego. I on za każdym razem mówi: „zmierzę pani ciśnienie”. Poddać się, nie dyskutować?**

– Właśnie na tym polega nasza akcja Misja 50/30. Jak sama nazwa wskazuje, jest to misja, której patronuje Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, w zarządzie, którego pracuję, mająca na celu poprawę kontroli ciśnienia tętniczego wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w naszym kraju, tak aby uzyskać prawidłową kontrolę u co najmniej 50 proc. pacjentów do 2030 roku.

**A tych pacjentów w Polsce jest aż 11 milionów. To ambitny plan.**

– Wiemy o 11 milionach, natomiast wiele osób nie jest jeszcze naszymi pacjentami, bo nie wie, że ma nadciśnienie tętnicze. Stąd też my w Klinice Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych co roku prowadzimy akcję prozdrowotną na rynku naszego miasta: uświadamianie ludzi,

# Nadciśnienie nie boli, ale uszkadza cały organizm

Zacznijmy od zmierzenia ciśnienia – rozmowa o misji i z misją z prof. Edytą Zbroch – Kierownik Kliniki Hipertensjologii, Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

żeby mierzyli ciśnienie tętnicze. Natomiast Misja 50/30 ściśle skierowana jest do lekarzy. Lekarz, który przystąpi do tej akcji, otrzyma certyfikat – taki jak mój, bo ja już przystąpiłam do akcji, co oznacza, że lekarz bierze na siebie określone zobowiązania.

A gdy pacjent trafia do takiego gabinetu, widzi certyfikat i wie, że to jest lekarz, który bardziej zwróci uwagę na ciśnienie tętnicze. Przystępujący do akcji zobowiązują się mierzyć ciśnienie u wszystkich pacjentów, którzy się zgłoszą. Przede wszystkim chodzi o lekarzy rodzinnych, ale nie tylko. Także o kardiologów, diabetologów, nefrologów, de facto wszystkich specjalności, bo z racji tych 11 milionów z nadciśnieniem – praktycznie wszyscy lekarze z takim pacjentem się spotkają. A mierzyć ciśnienie można przy okazji szczepienia, gdy np. pacjent trafia z bólem gardła, czyli nie tylko wtedy, kiedy ktoś przychodzi i mówi: mam ostatnio wysokie ciśnienie.

Nadciśnienie tętnicze – nawet bardzo wysokie – często nie daje objawów i taka osoba może nie wiedzieć, że ma wysokie, źle kontrolowane ciśnienie. Należy dodać, że lecząc pacjentów, dążymy do uzyskania wartości, które aktualnie są zalecane, czyli niższych. Jeszcze niedawno wartości ciśnienia, do których dążyliśmy lecząc pacjentów z nadciśnieniem, to było 140 na 90 mmHg.

Natomiast od zeszłego roku wszystkie towarzystwa, które nadciśnieniem tętniczym się zajmują, tj. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym (bo my ściśle współpracujemy), ale również z Polskim Towarzystwem Nefrologicznym, także z europejskimi towarzystwami



Prof. Edyta Zbroch

– kardiologicznym czy nadciśnieniowym – wszyscy mówią, że mamy dążyć do wartości poniżej 130 na 80 mmHg u większości osób. Są pewne przypadki, szczególnie u osób starszych, kiedy aż tak nie obniżamy ciśnienia. Natomiast większość osób w wieku do 80 lat powinna mieć ciśnienie tętnicze poniżej 130 na 80 mmHg.

I po to jest ta akcja, aby uświadomić wszystkim medykom, lekarzom, którzy mają kontakt z pacjentem, żeby zwracali uwagę na te wartości. Sama łapię się na tym, że zdarza się, kiedy przychodzą pacjenci, mierzą ciśnienie, jest wartość 150, myślę: „No dobrze, pacjentka jest zdenerwowana”, a pamiętajmy, że czynnik psychiczny, emocjonalny jest bardzo istotny przy pomiarze ciśnienia. Ale w takiej sytuacji trzeba uświadomić pacjentów, żeby pomierzyli ciśnienie tętnicze w domu częściej.

## 11 mln z nadciśnieniem

**No tak, przecież można mieć wyższe ciśnienie na sam widok lekarza (śmiech).**

– No właśnie, albo uciekł nam autobus, a mieliśmy wizytę umówioną na konkretną godzinę. Ważne, żeby już nam za-

paliała się ta „lampka” w głowie, że może rzeczywiście ciśnienie jest źle kontrolowane. Nawet jeśli ktoś się długo leczy, nie znaczy, że już wszystko jest dobrze. Nasza akcja Misja 50/30 jest skierowana głównie do lekarzy, ale też uświadamiamy pacjentów, żeby idąc do lekarza z innym problemem, zechcieli zmierzyć ciśnienie, bo nie każdy ma odpowiedni aparat w domu ...

**No właśnie, czy my Polacy potrafimy mierzyć ciśnienie? I czym właściwie powinniśmy mierzyć to ciśnienie?**

– No i to jest ta druga rzecz: lekarz zmierzy ciśnienie w sposób prawidłowy. Swoim pacjentom przygotowałam taką specjalną instrukcję. Dostają ją pacjenci, którzy przychodzą do poradni, którzy leżą w klinice szpitalnej, jak prawidłowo zmierzyć ciśnienie tętnicze. Czyli nie od razu po wstaniu z łóżka, po co najmniej 5 minutach odpoczynku – trzeba odpocząć, trzeba się troszkę zrelaksować, założyć mankieta ciśnieniomierza i posiedzieć. Aparat musi być już jednak automatyczny, w tej chwili nie stosujemy aparatów na pompkę – to już jest niezalecane. Mierzymy ciśnienie raz i nie zdejmujemy mankieta. Po



Jeżeli samodzielnie chcemy mierzyć ciśnienie, warto korzystać z automatycznych urządzeń

minucie, dwóch mierzymy drugi raz. Jeżeli jest duża różnica – mierzymy trzeci. I ten pierwszy pomiar w ogóle odrzucamy. Nigdy nie bazujemy tylko na pierwszym pomiarze, bo on bardzo często jest wyższy. Tu gra rolę czynnik emocjonalny, często trochę denerwujemy się. **Zazwyczaj zapracowany lekarz rodzinny mierzy tylko raz, bo ma mało czasu na pacjenta. Idźmy dalej: prawa, lewa ręka, gdzie ten mankieta powinien być?**

– Doskonale pytanie. Prawa, lewa ręka – może być różnica. Dlatego trzeba pierwszy raz zmierzyć na jednej i na drugiej ręce. Ja zawsze mówię pacjentom, żeby w domu „pobawili się” – pomiary domowe są często bardziej miarodajne niż gabinekowe. I trzeba sprawdzić, czy mamy różne odczyty na różnych stronach. Jeżeli tak, to na co dzień trzeba mierzyć na tej ręce, gdzie ciśnienie jest wyższe. Jeżeli jest naprawdę duża różnica, to już lekarz musi postawić diagnozę, co jest przyczyną. Natomiast bardzo często zdarza się, że te 10 mm słupa rtęci jest różnicy między kończynami i wtedy trzeba mierzyć na tej ręce, gdzie pomiar jest wyższy.

Dlatego, gdy do mnie przychodzi pacjent, zawsze pytam, czy jest różnica w pomiarze na obu rękach. Zawsze też prosimy naszych pacjentów, żeby zgłaszali się do specjalisty z pomiarami z tygodnia: tydzień pomiarzone regularnie ciśnienie, rano i wieczorem, dlatego, że ciśnienie wykazuje rytm w ciągu dnia. Pacjenci często opo-

wiadają potem: „Pani ma rację, bo rano zmierzę, jest wyższe, a potem się obniża”. Dlaczego tak się dzieje? Rano budzimy się do życia i ciśnienie się budzi, podnosi się i potem samo spada. Jeżeli więc mierzymy ciśnienie tylko wtedy, kiedy „wyskoczmy z łóżka”, wtedy „łapiemy” to wyższe ciśnienie. Zalecenia mówią, żeby mierzyć ciśnienie rano, co najmniej po pół godziny od wstania z łóżka i wieczorem, bo ciśnienie w ciągu dnia się obniża, a na koniec wieczorem trochę się podnosi. My te dwa piki chcemy wyłapać. Co się dzieje w nocy? Jeżeli ktoś normalnie śpi – ma prawidłowy rytm ciśnienia, w nocy ciśnienie jest niższe.

*Za niskie ciśnienie: ciśnienie skurczowe, czyli to górne poniżej 110, a dolne - poniżej 60, to już jest zdecydowanie za niskie*

Dlatego mówimy, żeby leki od ciśnienia stosować rano, teraz są leki długodziałające. Też zalecamy, aby stosować leki wieloskładnikowe. I tego pacjenci mogą domagać się od lekarzy, żeby nie było tak, że biorą dużą ilość leków. Chodzi o to, by była jedna tabletką, a w niej maksymalnie dużo substancji leczniczych.

**...bo często niestety tabletki oddziałują na siebie negatywnie.**

– Dokładnie. Te interakcje są bardzo ważne, tak jak nośniki. Wiemy, że często te same substancje lecznicze działają inaczej zależnie od nośnika. Poza tym ważny jest komfort pacjenta. Tak jak mówiłam, to są leki

długo działające, rano łatwiej jest nam pamiętać o nich. Tymczasem czasami przychodzą do mnie pacjenci i rozkładają leki: „O, to ja biorę rano, to przed śniadaniem, to po śniadaniu, to w południe, to wieczorem, to przed snem”. Jak to wszystko spamiętać i zastosować? Oczywiście są pacjenci, którym nie da się przepisać jednej tabletki, szczególnie jeżeli mają więcej chorób. Ale jeżeli da się ułatwić i połączyć substancje lecznicze – trzeba to robić. I takie podejście – leki wieloskładnikowe – promujemy wśród lekarzy rodzinnych, bo do nich trafiają informacje od wielu specjalistów, to oni „zawiadują” potem tym pacjentem.

Poza tym warto podkreślić, że według statystyk, po roku od rozpoznania i od zalecenia leczenia, ponad 50 proc. pacjentów – to też zależy od wieku – przestaje się leczyć.

**Nudzi im się leczenie?**

– Nudzi się albo się czują dobrze, mówią: „A ja już mam dobre ciśnienie”. Mam takich pacjentów, którzy nagle znikają i po kilku latach się pojawiają, bo znowu jest źle. Pytam o leki, a oni odpowiadają: „Dobrze było, no to ja już nie biorę”. Albo może gdzieś ktoś coś poczytał, w internecie jest dużo różnych niesprawdzonych informacji. To też jest zmora naszych czasów.

**Ból głowy**

**Niestety często pacjenci korzystają z porad „doktora Google”. Co oznacza nieleczone wysokie ciśnienie dla pacjenta?**

– Może oznaczać bardzo wiele, ponieważ najprościej tłumacząc, ciśnienie tętnicze zaopatruje w krew całego człowieka, cały nasz organizm. Tętnice biegną przez wszystkie nasze organy. Większość z naszych organów odpowiadających za funkcje życiowe jest zależna od ciśnienia. Przy nadciśnieniu może dojść do uszkodzenia – zaczniemy od najgorszych przypadków – mózgu. Nadciśnienie może doprowadzić do udaru i to naprawdę się zdarza, że udar

jest pierwszym objawem nadciśnienia. Osoby, które czasem przychodzą właśnie po udarze, opowiadają, że było jakieś podwyższone ciśnienie. „No ja wiedziałem, że tam coś jest, trochę głowa pobolewała”, aż w końcu doszło do udaru. To może być udar zarówno niedokrwienny, jak też i krwotoczny, czyli tak zwany wylew.

Idąc dalej, nadciśnienie może spowodować wszelkie choroby serca – zaburzenia rytmu serca, migotanie przedsionków, niewydolność serca, choroba niedokrwienna, zawał też może być związany ze źle leczonym nadciśnieniem. De facto nadciśnienie tętnicze to taka mała kropeczka, która dalej rozszerza się do wielkiej plamy, powoduje szereg powikłań.

Idąc niżej – nerki, bardzo ważny narząd parzysty. Jestem nefrologiem, więc zawsze też staram się zwracać uwagę na to, że nadciśnienie powoduje uszkodzenie nerek. Z drugiej strony osoby, które mają pierwotną chorobę nerek są bardziej narażone na wystąpienie nadciśnienia. Więc u tych osób też trzeba częściej ciśnienie mierzyć niż w ogólnej populacji. Idąc dalej – miażdżycę tętnic kończyn dolnych też może być związana z nadciśnieniem, a może doprowadzić nawet do konieczności amputacji.

Już nie mówię o takich rzeczach jak bóle głowy, zaburzenia koncentracji, drobne zaburzenia pamięci, a nawet demencja naczyniopochodna, podobna do choroby Alzheimera. Naprawdę nadciśnienie nie boli, często nie daje objawów, a powoduje spustoszenie w całym organizmie. Poza tym jest tak powszechne, że my się trochę do niego przyzwyczajamy. „Mam nadciśnienie, nie jest to przecież choroba śmiertelna natychmiast...”. Tylko trzeba pamiętać, że ta choroba nieleczona, postępująca, naprawdę może dać bardzo szerokie i groźne powikłania. Potem pacjenci przechodzą na renty, przedwczesne emerytury, ale też pojawiają się problemy z potencją, z rozrodem.



Aktywność fizyczna, to coś, czego nasz organizm bardzo potrzebuje

### I to też może być związane z nadciśnieniem?

– Może. Gdy rozglądałam się po oddziale i pacjentach, którzy tu leżą – nie ma pacjenta, który ma jedną chorobę. Wszystko jest ze sobą powiązane.

*Nadciśnienie tętnicze – nawet bardzo wysokie – często nie daje objawów i taka osoba może nie wiedzieć, że ma wysokie, źle kontrolowane ciśnienie. Jeszcze niedawno wartości ciśnienia, do których dążyliśmy lecząc pacjentów z nadciśnieniem, to było 140 na 90 mmHg. Natomiast od zeszłego roku wszystkie towarzystwa, które nadciśnieniem tętniczym się zajmują, mówią, że mamy dążyć do wartości poniżej 130 na 80 mmHg u większości osób.*

### A co nas powinno zaalarmować? Pytam z perspektywy pacjenta.

– Bóle głowy – ja wiem, że to jest bardzo duży worek, ale część jest spowodowana właśnie nadciśnieniem, szczególnie w okolicy potylicznej, z tyłu głowy. Do tego jakieś zaburzenia koncentracji, zaburzenia myślenia. Miałam ostatnio notariusza, który opowiadał o problemach z koncentracją, z trudnością w napisaniu opinii, kiedy wcześniej robił to bardzo sprawnie. Nagle się okazuje, że to jest trudność. Trzeba zwrócić uwagę na różnice w naszym samopoczuciu – nagle coś się dzieje, np. pogorszenie wydolności wysiłkowej, problem z wejściem na piętro po schodach. To już może być związane nawet z powikłaniem nadciśnienia, z rozwijają-

cą się chorobą niedokrwienną. Nie mówię już o bólach serca, bo na ogół wtedy pacjent już do kardiologa pójdzie.

### A czy niskie ciśnienie może być groźne dla nas?

– Co znaczy „niskie ciśnienie”? Czasami są osoby, które mają niskie ciśnienia i sobie dobrze całkiem funkcjonują.

### Kawa i energetyki

#### Na przykład piją często kawę ...

– Kawa generalnie ma bardzo dobrą prasę teraz – wróciła do łask. Wiemy, że działa przeciwko demencji, przeciwko Alzheimerowi.

Natomiast jeżeli leczymy pacjentów lekami od nadciśnienia, to my dążymy do tych niższych wartości, ale też nie do zbyt niskich, szczególnie u osób starszych. Do nas, do kliniki często trafiają pacjenci, którzy mają za niskie ciśnienie. Tutaj też jest prośba, by pacjenci zwracali uwagę: ciśnienie skurczowe, czyli to górne poniżej 110, a dolne – poniżej 60, to już jest zdecydowanie za niskie. Często ci pacjenci mówią, że mają zawroty głowy, szczególnie przy pionizacji. Starsze osoby często mają tak zwaną hipotonię ortostatyczną (red. niedociśnienie ortostatyczne), czyli jak siedzą, to jest dobrze, ale kiedy wstają – spada ciśnienie i wtedy może dojść do upadku, omdlenia, utraty świadomości. My prawie na każdym dyżurze mamy takiego pacjenta z rozbitą głową.

Też pewna grupa leków bardziej powoduje te hipotonie – trzeba na to zwracać uwagę. Prośba do lekarzy rodzinnych, by zwracać uwagę szczególnie



Spacer to tylko pretekst. Podczas wydarzenia chodziło o połączenie dobrej zabawy, aktywności fizycznej oraz edukacji zdrowotnej

w przypadku osób starszych. W naszym kraju jest tak niestety, że jedna substancja lecznicza występuje pod wieloma nazwami. A pacjent tego nie wie i stosuje np. dwa leki z tej samej grupy. Jeden lekarz zaleci to, drugi to. I tutaj też jest bardzo ważna rola lekarza rodzinnego. Ja zawsze proszę pacjentów, by przynosili opakowania leków, a nie nazwy pospisywane na kartce, bo czasami te nazwy też i mi nie są nieznane. Jeżeli widzę, jaka tam jest substancja lecznicza, wiem wtedy, co to jest za preparat. Także zabieramy do lekarza opakowania leków.

### **I bądźmy dobrzy dla siebie, czyli znajdziemy czas na to, żeby zmierzyć ciśnienie.**

– Zdecydowanie. I to w czasie spokoju, komfortu, w dobrym samopoczuciu. Często osoby młodsze mówią: „Ja nie mam

aparatu”. Ale może mama ma, może teściowa?

### **Rodzinne mierzenie ciśnienia?**

– Dokładnie. Warto też zwracać uwagę, jaki to jest aparat, żeby to był aparat z walidacją (lista takich aparatów znajduje się na stronie Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego). No i żeby to były aparaty naramienne, w pełni automatyczne. Mankiety musi być dostosowany do obwodu ramienia. Osoby dorosłe bardzo szczupłe muszą używać czasem dziecięcych mankietów. To wszystko jest bardzo ważne, są różne wielkości mankietów. Ważna jest też pozycja ciała przy pomiarze. Siedzimy prosto, plecy oparte o oparcie, ręka oparta np. na stole. Podczas mierzenia nie rozmawiamy – rozmowa też podnosi ciśnienie. Po obfitym posiłku z kolei ciśnienie obniża się.

### **Po kawie?**

– Kawa szybko podnosi ciśnienie, które szybko się obniża. Wystarczy 5 minut odczekać. Ważny jest odpoczynek, by nie było tak, że chodzimy po domu, po schodkach, siadamy i od razu mierzymy ciśnienie. Trzeba dać sobie odpocząć.

### **I nie oglądamy polityki przed mierzeniem ciśnienia ani meczu. Komedia romantyczna?**

– Może być. Dobrze się zawsze kończy (śmiech).

### **Nie tak, jak picie energetyków popularnych wśród młodych ludzi.**

– Ostatnio mieliśmy 20-letniego pacjenta, który przyjechał z bólem w klatce. I w końcu przyznał się, że dziennie wypija sześć energetyków. Mamy coraz młodszych pacjentów, dobrze wyglądających, regularnie chodzących na siłownię, pijących energetyki i stosujących diety wysokobiałkowe. Diety wysokobiałkowe uszkadzają nerki. Nasza dieta powinna być zbilansowana. Jest taka dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) mająca na celu obniżenie ciśnienia krwi oraz profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych. Jest podobna do diety śródziemnomorskiej (bazuje na spożyciu warzyw, owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych, chudego nabiału, ryb i orzechów, przy jednoczesnym ograniczeniu soli, czerwonego mięsa i cukru - red). Duże badanie klinicz-





Ekipa III LO w Białymstoku

ne potwierdziło, że dieta ta już powoduje obniżenie ciśnienia. My, lecząc pacjentów nawet tabletkami, nigdy nie możemy zrezygnować z tak zwanej szeroko pojętej modyfikacji stylu życia. Po pierwsze dieta, po drugie aktywność fizyczna. Sama aktywność fizyczna obniża ciśnienie – bez tabletek. Leczenie nadciśnienia to nie jest od razu farmakoterapia, zwłaszcza jeżeli jest to tzw. nadciśnienie umiarkowane. Rozpoczynamy

od edukacji, od wytłumaczenia pacjentowi, jak i co zmienić. Jeżeli np. pacjent schudnie, spada ciśnienie i można zmniejszyć ilość przyjmowanych leków, a nawet je odstawić. Tylko oczywiście to musi być pod kontrolą. Tego nie można zrobić samemu z dnia na dzień. Ale ... zacznijmy od zmierzenia ciśnienia... ■

**Rozmawiała**  
**Dorota Sawicka**

III Spacer dla Zdrowia:  
zobacz, co się działo



## Dla Medyka Białostockiego



**Gabriel Piotrowski**

*finalista You Can Dance, promotor aktywnego stylu życia.*

**Nie zaczynaj od planu treningowego. Zaczynaj od ruchu.**

Zaczynaj od najprostszej rzeczy: od ruchu, który jesteś w stanie – niezależnie od kondycji, stanu zdrowia, wieku czy płci – naprawdę zrobić.

Nie zawsze musi to być trening, siłownia, basen czy półtorej godziny zaplanowanych ćwiczeń. To wszystko jest świetne,

ale aktywność fizyczna zaczyna się dużo wcześniej. Czasem to spacer, wejście po schodach zamiast windy, pójście pieszo do sklepu, kilka krążeń ramion w pracy albo chwila rozciągania ciała w ciągu dnia.

Jestem dużym zwolennikiem takiej aktywności nietreningowej, czyli ruchu, który w sposób naturalny wplatamy w codzienność.

Bardzo polecam tak zwany „poranny rozruch”. Nie trening, nie wycisk, nie coś, po czym mamy być zmęczeni. Raczej 5, 10 albo 15 minut prostych ćwiczeń po przebudzeniu. Kilka skłonów, krążeń ramion, rotacji kręgosłupa, kocich grzbietów, lekkie strzepywanie ciała, może parę przysiadów. Każdy robi tyle, ile może i tak, jak może. Przysiad może być pełny, ale może być też zwykłe siadanie i wstawanie z krzesła.

Z mojego doświadczenia taki poranek potrafi naprawdę ustawić cały dzień. Człowiek szybciej się budzi, ma więcej energii i łatwiej mu „nie zgaśnąć” po pracy.

I jeszcze jedna rzecz: warto słuchać swojego ciała w ciągu dnia. Ono często podpowiada, że potrzebuje ruchu. Może trzeba rozruszać kark, zrobić skłon, poruszać barkami, wyprostować plecy, na chwilę spojrzeć w górę albo opuścić głowę i rozluźnić szyję.

To nie muszą być wielkie rzeczy. Czasem wystarczy 30 sekund. Ważne, żeby robić to regularnie, bez czekania na idealny moment, nastrój czy motywację. Ruch może być prosty. I właśnie od takiego najłatwiej zacząć i przy nim najdłużej zostać.

**Polecam!**



## Próbna Matura na UMB

**Sala Kolumnowa UMB, arkusze z biologii i chemii, egzaminacyjna atmosfera i prawie 150 maturzystów, którzy postanowili sprawdzić swoją wiedzę przed majowym egzaminem. 14 marca 2026 roku odbyła się kolejna Próbna Matura na UMB.**

Uczestnicy pisali dwa egzaminy: biologię o godz. 9:00 oraz chemię o godz. 13:00. Arkusze przygotowały egzaminatorki z licencją OKE, związane z naszą Uczelnią: dr Justyna Brańska-Januszewska z Zakładu Biologii i Farmakognozji UMB, która odpowiadała za biologię, oraz dr Monika Tomczyk z Zakładu Chemii Organicznej UMB, autorka arkusza z chemii. Obie też później sprawdzały prace uczestników.

Najwięcej maturzystów przyjechało z Białegostoku, było ich 125. Byli też uczniowie z Su-

wałk, Augustowa, Ciechanowa, Moniek, Warszawy, Łomży, Hajnówki, Ostrołęki, Wysokiego Mazowieckiego, a nawet z Homla na Białorusi.

Dla maturzystów była to okazja zarówno do przetestowania swojej wiedzy, jak również do sprawdzenia się w warunkach zbliżonych do egzaminacyjnych. Z rozmów po egzaminach wynikało, że pytania były ciekawe, a udział w akcji pomoże im lepiej zaplanować ostatnie tygodnie nauki.

25 marca każdy uczestnik otrzymał e-mailem swój wynik, klucze odpowiedzi oraz zaproszenie do odbioru pracy w Biurze Promocji i Rekrutacji UMB.

Wyniki: w tym roku były wyraźnie lepsze niż w poprzednim. Do egzaminu z biologii przystąpiło 113 osób. Najwyższy wynik wyniósł 92 procent, najniższy 22 procent, a średnia

64 procent. Dla porównania, w ubiegłym roku średni wynik z biologii wynosił 42 procent.

Z chemią zmierzyły się 102 osoby. Najlepszy wynik to aż 95 procent, najniższy 25 procent, a średnia 69 procent. W ubiegłym roku średnia była na poziomie 48 procent.

Najlepsi uczestnicy otrzymali zestawy promocyjne UMB, a osoby z najwyższą punktacją dodatkowo bluzy UMB. Łącznie nagrodzono 12 osób: 5 z biologii i 7 z chemii. Aż 11 laureatów pochodziło z I Liceum Ogólnokształcącego im. Adama Mickiewicza w Białymstoku, a jedna osoba z III Liceum Ogólnokształcącego im. K.K. Baczyńskiego w Białymstoku i to właśnie przedstawiciel tej szkoły uzyskał najwyższy wynik z biologii. ■

ms

# Z matematyką z matury „na medycynę”

„Żeby dostać się na medycynę, trzeba zdawać na maturze biologię i chemię” – to powszechna teza, która od dawna ma niewiele wspólnego z zasadami rekrutacji na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Choć kierunek lekarski stereotypowo wielu osobom kojarzy się właśnie z tym zestawem przedmiotów maturalnych, dziś droga „na medycynę” (czyli do studiowania na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym w UMB) może prowadzić także przez matematykę. Wynik z matury z matematyki jest traktowany tak samo, jak wynik z biologii, chemii czy fizyki.

Zasady rekrutacji na kierunek lekarski zmieniły się kilka lat temu. Dawniej biologia była przedmiotem obowiązkowym, a drugi przedmiot kandydat wybierał spośród zestawu: chemia, fizyka i później także matematyka. Obecnie kandydat na studia w UMB wybiera dowolne dwa przedmioty spośród czterech: biologia, chemia, matematyka i fizyka. Wszystkie są na poziomie rozszerzonym i traktowane są tak samo.

– W praktyce oznacza to, że na kierunek lekarski można aplikować nie tylko z klasycznym zestawem biologia plus chemia. Równie dobrze kandydat może zdawać na maturze dowolną kombinację: chemię i matematykę, fizykę i chemię albo fizykę i matematykę. Co ważne, wszystkie te przedmioty są traktowane równorzędnie. Wynik przeliczany jest według zasady: 1 procent z matury to 1 punkt rankingowy. Nie ma więc znaczenia, czy kandydat wybrał biologię, chemię, fizykę czy matematykę. Liczy się tylko wynik końcowy – wyjaśnia Ewa Ratasiewicz z Biura Promocji i Rekrutacji UMB.

Ta zmiana otworzyła kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny także na osoby o bardziej ścisłych zainteresowaniach. UMB w ostatnich latach mocno stawia na nowoczesne technologie, sztuczną inteligencję w medycynie czy technologie bioinformatyczne. Uczelnia wychodzi w ten sposób naprzeciw kandydatom z predyspozycjami matematyczno-fizycznymi.



Studentem UMB można zostać bez zdawania na maturze biologii lub chemii

– Z perspektywy naszego Uniwersytetu to cenna grupa studentów – zaznacza Ewa Ratasiewicz.

W ubiegłym roku (rok 2025) spośród 186 osób przyjętych na kierunek lekarski – 57 zdawało na maturze matematykę (31 proc. przyjętych).

Najwyższy odsetek osób przyjętych z matematyką odnotowano na dietetyce – 66 proc.). Duża liczba zeszłorocznych maturzystów z egzaminem z matematyki studiuje – co nie dziwi – na biostatystyce klinicznej (58 proc.).

Kandydaci ze zdaną maturą z matematyki często wybierali

także m.in. ratownictwo medyczne (60 proc.) oraz logopedię z fonaudiologią (75 proc.). Porównywalnie duży odsetek osób odnotowaliśmy na kosmologii (63 proc.).

Warto podkreślić, że w przypadku innych kierunków niż lekarski i lekarsko-dentystyczny, w rekrutacji brany może być pod uwagę wynik z matury na poziomie rozszerzonym lub podstawowym (poziom rozszerzony 1% – 2 punkty, poziom podstawowy 1% – 1 punkt rankingowy).

mś

## Studuj w UMB!

Najważniejsze informacje na temat rekrutacji na studia w UMB:

- **4 maja – uruchomienie systemu do rejestracji kandydatów na studia** prawie 1500 miejsc czeka na studiach jednolitych i pierwszego stopnia 18 różnorodnych kierunków do wyboru  
2 nowości w ofercie: psychologia i bioinformatyka medyczna

1 pałac – w zabytkowym Pałacu Branickich mieści się Biblioteka UMB  
15 minut – cały kampus UMB jest w jednym miejscu, w kwadrans przejdiesz z jednego jego końca na drugi (rowerem będzie jeszcze szybciej)  
UMB to najlepsza uczelnia medyczna w kraju (ex aequo z uczelniami w Gdańsku i Łodzi) wg. Rankingu Perspektyw  
6200 studentów – tyle osób kształci się obecnie w UMB  
50 – z tylu krajów pochodzą studenci uczący się obecnie w uczelni  
[www.umb.edu.pl/rekrutacja](http://www.umb.edu.pl/rekrutacja) – tu znajdziesz wszystkie potrzebne informacje na temat studiów w UMB

Kontakt: **Biuro Promocji i Rekrutacji**

ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok (lewe skrzydło Pałacu Branickich)

e-mail: [brip@umb.edu.pl](mailto:brip@umb.edu.pl)

czynne od poniedziałku do piątku w godz. 7:30-15:30

tel. 85 748 54 73, 85 748 55 05, 506 374 319

# In vitro: ministerialna wizyta w USK

Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej szpitala USK ma najwyższą w Polsce skuteczność procedury in vitro wśród publicznych placówek realizujących rządowy program refundacji in vitro na lata 2024–2028. To właśnie dlatego 20 marca klinikę odwiedziła wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka.

To w tej klinice w listopadzie 1987 roku przyszło na świat pierwsze dziecko w Polsce z zapłodnienia pozaustrojowego (dziewczynka o imieniu Magda). Kierownikiem zespołu, który tego dokonał był prof. Marian Szamatowicz. Kiedy zaczął obowiązywać rządowy program wsparcia na lata 2024-2028 („Tak dla in vitro”), to też w tej klinice urodziło się pierwsze w Polsce dziecko, którego rodzice skorzystali z refundacji tej procedury.

Wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka wraz z Magdaleną Kramską – zastępcą dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia zostały wprowadzone po klinice ścieżką, którą na co dzień pokonują pacjentki. Przewodnikiem był prof. Sławomir Wołczyński, który pracował 39 lat temu w zespole prof. Szamatowicza. Dodatkowo każdy etap procedury in vitro omawiał specjalista za nią odpowiedzialny.

– Temat jest szalenie emocjonujący, bo dotyka nadziei i chęci posiadania dziecka. On zawsze będzie istniał w naszej świadomości jako temat bardzo ważny społecznie – powiedziała podczas wizyty minister Katarzyna Kęcka.

Statystyki kliniki dotyczące realizacji rządowego programu (stan na 28 lutego 2026 r.) wyglądają tak: 427 zakwalifikowanych par, 282 ciąży, 86 urodzonych dzieci (ciekawostka: równo po 43 dziewczynek i chłopców), 35 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności. Dane pokazują, że klinika osiąga nawet 40 proc. skuteczności przy pojedynczych transferach. Szanse na ciążę wzrastają nawet do 60 proc., kiedy para może skorzystać z kilku refundowanych zabiegów w ramach programu.



Wiceminister Zdrowia Katarzyna Kęcka (3 z prawej) przyjechała do szpitala USK, żeby osobiście sprawdzić jak realizowane są tu procedury in vitro

Prof. Wołczyński szacuje, że od 1987 roku do teraz, w jego klinice, na świat, dzięki metodzie in vitro, mogło przyjść nawet 9 tys. dzieci.

– Białystok jest bardzo ważnym ośrodkiem na mapie polskiego in vitro, bo charakteryzuje się najwyższą skutecznością procedur wśród publicznych placówek. Stąd moja obecność tutaj i chęć zapoznania się z całym procesem, który jest niezwykle istotny – dodała minister Kęcka. Resort zdrowia pracuje obecnie nad usprawnieniem programu refundacji zapłodnienia pozaustrojowego. Chce premiiować ośrodki, które mają wysoką skuteczność, ale też zapewniają kompleksowość w opiece nad kobietami i rodzinami starającymi się o potomstwo, np. wspierają pacjentki z wielochorobowością, albo też zabezpieczają płodność.

– Czekają na nas jeszcze spotkania robocze w tej sprawie, także jeśli chodzi o szersze spojrzenie na kryteria skuteczności, efektywności procedur czy też kompleksowości w opiece nad pacjentem – podkreśliła minister Kęcka.

Rządowy program „Tak dla in vitro” (2024-2028) wspiera pary starające się o potomstwo,

refundując do czterech procedur. Wymagania wiekowe dla pań – do 45 lat (lub do 42 lat przy zapłodnieniu własnymi komórkami), panowie – 55 lat. Pary muszą mieć udokumentowany okres co najmniej 12-miesięcznego leczenia niepłodności przed zgłoszeniem do programu. To, że para już wcześniej korzystała z in vitro lub ma dzieci, nie dyskwalifikuje jej z możliwości udziału w programie.

Dodatkowo dzięki programowi pacjenci z chorobami onkologicznymi (lub w trakcie leczenia onkologicznego) mogą zabezpieczyć płodność na przyszłość poprzez pobranie i przechowywanie gamet. W tym wypadku program obejmuje kobiety do 40. roku życia i mężczyzn do 45. roku życia.

Po wizycie w klinice, pani minister spotkała się z Rektorem Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. Marcinem Moniuszką. Wzięła także udział w otwarciu III „Spaceru dla Zdrowia” pod hasłem „Ciśnij na wiosnę”. W wydarzeniu promującym profilaktykę nadciśnienia tętniczego szczególnie wśród osób młodych wzięli udział uczniowie białostockich szkół średnich. ■

bdc



Pani Justyna i część zespołu medyków, który ją ratował

## Heroiczna walka o życie pacjentki i dziecka w USK

**11 marca – ten dzień pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz kilku klinik Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku zapamiętają na długo. W dramatycznych okolicznościach, walczyli o życie ciężarnej pani Justyny. Podczas reanimacji kobiety, wykonano jej śródre-suscytacyjne cięcie cesarskie.**

– Ta walka o życie pacjentki była bardzo heroiczna – powiedziała podczas specjalnej konferencji prasowej dr Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz, kierownik SOR, a także zastępca dyrektora ds. leczenia USK. – Wykorzystaliśmy wszystkie techniki, wszystkie nowoczesne metody leczenia, które są dostępne w naszym szpitalu. Dzięki temu możemy mówić o sukcesie. Nasza pacjentka przeżyła, żyje człowiek, kobieta, mama, żona. Zespół naszego szpitala potrafił zareagować we właściwy sposób na każdym etapie leczenia.

### 70 bohaterów

Jak przyznała dr hab. Wojewódzka-Żeleznikowicz, pacjentkę ratowało około 70 osób: lekarze i ratownicy z SOR, kardiochirurdzy, położnicy, ginekologodzy, anestezjologodzy, ale też osoby, które zajmują się podawaniem krwi.

Pani Justyna była w 36. tygodniu ciąży. 11 marca, po południu, pomagała mężowi skręcać łóżeczko. Po godzinie 15 nagle poczuła duszność i zemdlała. Mąż natychmiast wezwał pogotowie.

Zespół ratownictwa medycznego zbadał pacjentkę. Jej stan (niska saturacja oraz podwyższone tętno) wskazywał na poważne problemy medyczne. Karetka przywiozła pacjentkę na SOR w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym około godziny 16:33. Pacjentka była przytomna, ale już z zaburzeniami świadomości i silną dusznością. Po kilku minutach doszło do nagłego zatrzymania krążenia – rozpoczęła się akcja ratunkowa. Podjęto decyzję o natychmiastowym wykonaniu cięcia cesarskiego. Natychmiast wezwano położników i neonatologów. Zespół SOR prowadził reanimację, pacjentkę zaintubowano, podłączono do respiratora i przewieziono na salę operacyjną SOR.

Po 7 minutach od nagłego zatrzymania krążenia zespół położników wykonał cesarskie cięcie. W tym czasie nieprzerwanie trwała akcja ratunkowa – masaż serca, za pacjentkę oddychał respirator. W trakcie cięcia cesarskiego kobietę czterokrotnie poddano defibrylacji. Dodatkowo wystąpiło krwawienie – jeszcze na SORze przetoczono jej krew i czynniki krzepnięcia.

Noworodek również był w stanie zatrzymania krążenia, dlatego drugi zespół (neonatologów) podjął jego reanimację. Po przywróceniu krążenia dziecko zostało przekazane na Oddział Intensywnej Terapii Noworodka w Klinice Neonatologii (dziecko jest tam nadal).

Stan matki jednak się nie poprawiał. Serce wznawiało pracę,

by po chwili znów przestać bić. Kardiochirurdzy zakwalifikowali pacjentkę do terapii ECMO, czyli podłączenia do sztucznego płuco-serca (urządzenie to przejmuje funkcje płuc i serca). Chorą przewieziono na Oddział Intensywnej Terapii. Tam wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej, jamy brzusznej i głowy. Badanie nie pozostawiało wątpliwości – pani Justyna miała masywny zator płuczny typu „jeździec”, blokujący dopływ krwi do obu tętnic płucnych. Dodatkowo okazało się, że pacjentka krwawi do jamy brzusznej.

Na sali intensywnej terapii specjaliści z Kliniki Perinatologii oraz Kliniki Ginekologii wykonali operację – zatamowali krwawienie i usunęli ponad litr krwi z jamy brzusznej. W trakcie operacji pacjentka ponownie była reanimowana, ponieważ doszło do kolejnego zatrzymania krążenia.

Gdy stan kobiety się ustabilizował, do działania przystąpili kardiochirurdzy. Przeprowadzili małą inwazyjną embolektomię płucną. Przez nakłucie żyły udowej, bez otwierania klatki piersiowej, usunęli z tętnicy płucnej masywny zator. Mimo wykonanego zabiegu przez kolejne dwa tygodnie trwała walka o życie pacjentki. Dopiero 27 marca jej stan ustabilizował się na tyle, że mogła zostać przeniesiona do Kliniki Kardiologii. 1 kwietnia – opuściła Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

– Pacjentka była we wstrząsie

krwotocznym, we wstrząsie obrotacyjnym – mówił podczas konferencji prasowej dr Sławomir Czaban, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym. – Pani otrzymała kilkukrotną transfuzję wymienną. Mój zespół Kliniki Anestezjologii skoncentrowany był na tym, by utrzymać pacjentkę przy życiu, ale też na stabilizacji układu hemostazy, opanowaniu zaburzenia krzepnięcia i uzupełnieniu niedoborów krwi krążącej. W pani nie krąży ani kropla własnej krwi, dostała jej pani tyle, że można byłoby oddzielić kilka osób.

Dr Czaban przyznał, że choć anestezjologią zajmuje się 42 lata, nigdy nie miał tak skomplikowanego przypadku klinicznego.

### Groźny zator płucny

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa wikała do 0,2 proc. wszystkich ciąż. W większości przypadków choroba ma przebieg łagodny lub umiarkowany, jednak co piąta ciężarna umierająca na świecie, umiera właśnie z powodu zatoru płucnego. Do rozwoju zatorowości w ciąży przyczyniają się m.in. zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety.

Objawy zatorowości płucnej (czyli nagłego zablokowania tętnic płucnych przez skrzeplinę) u kobiet w ciąży mogą być podstępne, bo część z nich przypomina typowe dolegliwości ciążowe. Mimo to są pewne sygnały alarmowe, których nie wolno lekceważyć.

### Najczęstsze objawy:

nagła duszność (uczucie braku powietrza, nawet w spoczynku), przyspieszony oddech i tętno, ból w klatce piersiowej (często nasilający się przy oddychaniu), kaszel, czasem z krwią, osłabienie, zawroty głowy lub omdlenie, niepokój, uczucie „lęku bez powodu”, sinica (zasinienie ust, palców – przy ciężkim przebiegu)

### Objawy ciężkiego przebiegu:

nagle zatrzymanie krążenia, znaczny spadek ciśnienia, utrata przytomności

Zator płucny często wynika z zakrzepicy żył głębokich, dlatego wcześniej mogą wystąpić: ból łydki lub uda (często jednostronny), obrzęk jednej nogi, zaczerwienienie i ocieplenie kończyny.

opr. ds

## Komory metaboliczne w UMB: pierwsze i jedyne takie w Polsce

Wyglądają jak mały pokój w hotelu. Wchodzi się tam zazwyczaj na 24 godziny. Można wtedy czytać książki, oglądać telewizję albo ćwiczyć. Dla naukowców to czas na zbadanie tego, jak funkcjonuje organizm człowieka: co wydycha, co wydalą, jak się zmienia. Nikt w tej części Europy tak jeszcze nie bada metabolizmu.

Dwie komory metaboliczne – bo o nich mowa – zainstalowano w Ośrodku Wsparcia Badań Klinicznych UMB. Ich budowa została sfinansowana z grantu Agencji Badań Medycznych, który wart był 7,5 miliona złotych (fundusze z Krajowego Planu Obudowy) oraz dodatkowego 1,5 miliona ze środków Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wszystko po to, by jeszcze dokładniej poznać metabolizm człowieka. Jak zachowuje się w określonych warunkach, po określonych posiłkach, jak po przyjęciu konkretnych leków, a jak wpływa na niego wysiłek, temperatura czy nasłonecznienie.

Pomieszczenia są całkowicie wyizolowane. Kontrolowane są w nich wszystkie parametry. Są specjalne dopływy wody, specjalne urządzenia badające wydychane powietrze. Nawet to, co pacjenci wydalają, trafia do specjalnej analizy. Badanie może trwać od kilku godzin do kilku dni (w zależności od potrzeb).

– Jest to bardzo skomplikowane nowoczesne urządzenie, dzięki któremu możemy zbadać metabolizm energetyczny. Po prostu badamy to, co spalamy w naszym organizmie, ile tłuszczu, ile węglowodanów, jaka jest szybkość tego metabolizmu. Często pacjenci mówią: nie mogę schudnąć, bo mam wolny metabolizm. Nikt nie wie, co to znaczy, bo nikt tego nie bada. Dzięki temu urządzeniu możemy zbadać w liczbach, jaki ten metabolizm faktycznie jest – tłumaczy prof. Adam Krętowski, Prorektor ds. medycyny cyfrowej i badań klinicznych

UMB, który jest inicjatorem przedsięwzięcia. Jak dodaje, to kolejny element w uczelnianym ekosystemie naukowym, zajmującym się badaniem zdrowia człowieka pod kątem chorób cywilizacyjnych.

Takich urządzeń w Polsce nie ma nikt, w Europie jest ich ledwie kilkanaście.

Komory metaboliczne zostały pokazane dziennikarzom 24 marca 2026 r. Tego samego dnia naukowcy zorganizowali dodatkowo specjalną konferencję naukową dotyczącą badań metabolicznych pt. „Metabolizm pod kontrolą: nowe możliwości badań klinicznych i medycyny spersonalizowanej”. Wśród uczestników sympozjum, oprócz znakomitych naukowców (m.in. prof. Klaas Westerterp z Maastricht University, prof. Steen Larsen z Copenhagen University i UMB), byli także przedstawiciele firm farmaceutycznych i producentów żywności zainteresowani prowadzeniem wspólnych badań.

– Dzisiaj będziemy mogli powiedzieć, że w Białymstoku, że w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku bije już nie tylko takie „genomiczne serce Polski”, ale także „metaboliczne serce Polski” – podkreślał na konferencji prof. Marcin Moniuszko, Rektor UMB.

I dodał: – Większość współczesnych chorób cywilizacyjnych jest związanych z dietą, ze zmniejszoną aktywnością fizyczną i albo prowadzi do zaburzeń metabolizmu, albo jest wprost związanych z zaburzeniami metabolizmu. My o tym wiemy, ale często brakuje nam precyzyjnej informacji, jak

to wygląda na bardziej szczegółowym poziomie.

Dzięki nowym urządzeniom badawczym można szczegółowo i bardzo precyzyjnie badać zależności w takich chorobach, jak m.in.: otyłość, cukrzyca, stany przedcukrzycowe, ale też w zakresie związanym z dietą czy aktywnością fizyczną – ich wpływem na metabolizm. Rektor Moniuszko zastosowanie nowej technologii widziałby także w badaniach klinicznych nad żywnością funkcjonalną, nad którymi w ostatnim czasie intensywnie pracuje się w UMB. Obecna na konferencji prasowej Ewa Kowalczyk, p.o. kierownika Działu Rozwoju Polskiej Sieci Badań Klinicznych ABM, poinformowała, że inwestycja zrealizowana w Ośrodku Wsparcia Badań Klinicznych UMB jest jednym z 18 projektów wybranych w konkursie z 2024 r. na rozwój Centrów Badań Klinicznych. Ich łączny budżet to 110 mln zł, z czego 7,5 miliona przypadło na realizację projektu naukowców z UMB pt. „Zwiększenie potencjału badawczo-rozwojowego Ośrodka Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dzięki stworzeniu pierwszego w Polsce centrum badań w komorach metabolicznych”.

W komorach metabolicznych trwają już badania pierwszych pacjentów. ■

**mś, bdc**

Zobacz, jak wyglądają komory metaboliczne



Wnętrze komory metabolicznej



Prof. Adam Krętowski - pomysłodawca wybudowania komór metabolicznych



Konferencja naukowa pt. „Metabolizm pod kontrolą: nowe możliwości badań klinicznych i medycyny personalizowanej”

Działania w ramach projektu nr KPOD.07.07-IW.07-0328/24 pt. „Zwiększenie potencjału badawczo rozwojowego Ośrodka Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dzięki stworzeniu pierwszego w Polsce centrum badań w komorach metabolicznych” finansowanego ze środków Krajowego Planu Odbudowy w ramach konkursu Agencji Badań Medycznych nr 2024/ABM/7/KPO



## Graduacja na studiach MBA

Trzy semestry wymagającej nauki, ponad 400 godzin zajęć, unikalne moduły dotyczące badań klinicznych i biobankowania w praktyce i... koniec. 14 marca w Auli Magna Pałacu Branickich zakończyła się pierwsza edycja studiów podyplomowych: MBA w ochronie zdrowia zintegrowane z badaniami klinicznymi i biobankowaniem.

To były pierwsze w Polsce studia łączące w sobie problematykę zarządzania w ochronie zdrowia z badaniami klinicznymi i biobankowaniem. To wspólny projekt Agencji Badań Medycznych i UMB.

Chętnych do studiowania było siedem razy więcej niż miejsc. Nie dziwi więc, że w rolę studentów wcielili się m.in.: profesorowie, dziekani, dyrektorzy i kierownicy różnych jednostek medycznych. Dało to niesamowity efekt, bo teoria na zajęciach od razu była odnoszona do praktycznych przykładów pochodzących od studentów.

– To wspaniałe studia z unikalnym programem – podkreślił w swoim wystąpieniu Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko. – Obejmuje to, co jest w centrum dzisiejszego systemu ochrony zdrowia, to co jest bardzo potrzebne nowoczesnej medycynie. Bardzo Was proszę, byście teraz tę wiedzę wykorzystywali jak najlepiej. Pamiętajcie też, że bycie liderem nie polega na konkurencji, na dominacji nad innymi, a raczej na wyścigu o to, kto jest bardziej zaangażowany w dany temat.

Katarzyna Zajkowska, Dyrektor Biura Minister Zdrowia powiedziała: – Gratuluję Państwu przede wszystkim odważnej decyzji wyjścia ze strefy komfortu i podjęcia trudu ucze-

nia się. Mam też prośbę od pani minister (Jolanta Sobierańska-Grenda – red.) – nie osiadajcie na laurach, zdobywajcie dalej świat i wiedzę, bo medycyna nie pozwala stać w miejscu.

Dyrektor Zajkowska na ręce kierowniczkę studiów dr hab. Wioletty Ratajczak-Wrony przekazała list gratulacyjny od Minister Zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy. To studia od początku wymyślone i opracowane w UMB. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku jest liderem w tej części Europy w technologii biobankowania. Oprócz typowych tematów dla MBA dotyczących zarządzania w ochronie zdrowia, wzbogacono je o moduły dotyczące badań klinicznych i biobankowania. Wszystko dlatego, że nowoczesna medycyna to już coś więcej niż wizyta pacjenta u lekarza i konieczność organizacji tego procesu czy kontraktacji usługi w NFZ. To ogromne badania naukowe, które realnie wpływają na lepszą diagnostykę i sam proces leczenia. Kto będzie w tym liderem, ten zyska najwięcej. Dzięki temu, że projekt studiów jest realizowany wspólnie z Agencją Badań Medycznych, nauka dla studentów była bezpłatna. Obecnie w UMB trwa już druga edycja tych studiów.

Nim wręczono dyplomy zakończenia nauki, z ostatnim wykładem wystąpiła prof. Joanna

Ejdys – Dziekan Wydziału Inżynierii Zarządzania Politechniki Białostockiej. Opowiedziała o kompetencjach przyszłości, o zmianach, na jakie musimy być ciągle gotowi i o umiejętności komunikacji. Okazuje się, że jest to ważniejsze niż fachowa wiedza, bo tę zawsze można nabyć.

– Wierzę, że będziecie Państwo godnie reprezentowali naszą Uczelnię, posługując się tym dyplomem w różnych sytuacjach życiowych. Pamiętajcie o nas. Pamiętajcie, gdzie nabyliście tę wiedzę i umiejętności – zakończył całą uroczystość prof. Janusz Dzieciół, Prorektor ds. szpitali klinicznych i kształcenia podyplomowego, który nadzoruje studia podyplomowe w UMB.

Tradycyjnie, tuż po wręczeniu dyplomów, birety studentów poleciały wysoko, aż pod sufit Auli Magna. ■

bdc

*„Studia MBA w Ochronie Zdrowia zintegrowane z Badaniami Klinicznymi i Biobankowaniem” zostały sfinansowane ze środków budżetu państwa przez Agencję Badań Medycznych w ramach konkursu nr ABM/2023/6 na opracowanie i realizację autorskiego programu studiów podyplomowych z zakresu nauk biomedycznych.*

# Przeciw dezinformacji – wspólne zajęcia NASK i UMB dla przyszłych lekarzy

Studenci pierwszego roku kierunku lekarskiego UMB 25 i 27 marca 2026 r. uczestniczyli w specjalnym seminarium, podczas którego eksperci z Ośrodka Analizy Dezinformacji NASK prezentowali techniki związane z dezinformacją.

Zajęcia poświęcone były rozpoznawaniu dezinformacji zdrowotnej oraz weryfikacji treści z wykorzystaniem wiarygodnych źródeł naukowych. Skierowane zostały do przyszłych lekarzy i lekarek, którzy w codziennej praktyce zawodowej mogą mierzyć się z fałszywymi informacjami dotyczącymi zdrowia – zarówno w internecie, jak i w bezpośrednim kontakcie z pacjentami.

To konkretny efekt podpisanego w październiku ubiegłego roku porozumienia między UMB i NASK o wspólnym przeciwdziałaniu dezinformacji.

– Skupiamy się przede wszystkim na umiejętnościach wstępnego rozpoznawania treści, które mogą być dezinformacyjne, a następnie weryfikowania takich treści w oparciu o wiarygodne źródła – powiedziała Natalia Grunepeter z NASK, która właśnie zakończyła zajęcia ze studentami w budynku Centrum Badań Innowacyjnych UMB.

– Jakie tematy są głównie dotknięte problemem dezinformacji? Są to te problemy, które są bardzo trudne do zrozumienia dla osoby bez wykształcenia medycznego. Jeżeli ktoś złamie nogę i ta noga go boli, to on nie pyta AI, co mam zrobić. Ta sytuacja jest dla nas zrozumiała – tłumaczyła podczas spotkania z dziennikarzami dr hab. Małgorzata Chlabicz – Pełnomocniczka Rektora UMB ds. przeciwdziałania dezinformacji medycznej, Prodziekan ds. nauki i ewaluacji Wydziału Lekarskiego. Docent Chlabicz zwraca uwagę, że dezinformacja dotyczy tematów złożonych, wymagających głębokiej wiedzy, kiedy efekty leczenia (np. statynami chorób sercowo-naczyniowych) są odległe i trudne do wyobrażenia – w tych obszarach



Natalia Grunepeter z NASK poprowadziła zajęcia z przyszłymi lekarzami, którzy z dezinformacją będą spotykali się także w bezpośrednim kontakcie z pacjentem

generowane są nieprawdziwe informacje.

Zajęcia o tej tematyce zostały włączone do programu kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w 2021 r. w ramach przedmiotu Podstawy medycyny prewencyjnej z elementami telemedycyny realizowanego przez Zakład Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Cywilizacyjnych na I roku kierunku lekarskiego. SeminaRIA przygotowane przez NASK pt. „Źródło i analiza informacji w sieci” mają na celu poszerzenie kompetencji z zakresu korzystania ze źródeł wiedzy o zdrowiu w przestrzeni cyfrowej, rozumienia zasad współczesnej komunikacji naukowej i mechanizmów zapewniających jej wysoką jakość i integralność, a także rozpoznawania nadużyć oraz form niewłaściwego i zmanipulowanego powoływania się na wyniki badań.

Uczestniczący w zajęciach student Michał Repela tak podsumował: – Te zajęcia pokazały nam ze strony praktycznej, w jaki sposób możemy dojść do prawdy, w jaki sposób możemy

zweryfikować, czy dane informacje nie mają poparcia w źródłach naukowych, (...) w jaki sposób wyszukać to, co jest prawdziwe i co pozwoli nam się dalej kształcić jako przyszłym medykom.

Dzięki współpracy z NASK zajęcia zostały wzbogacone o doświadczenie i wiedzę ekspertów w tej dziedzinie, a także posłużą do zbadania z jakimi treściami dezinformacyjnymi studenci i studentki spotykają się na co dzień, z jakich kanałów komunikacji korzystają oraz jakie zagadnienia budzą ich największe zainteresowanie lub wątpliwości. W przyszłości pozwoli to na rozwijanie oferty edukacyjnej i dostosowanie jej do realnych potrzeb odbiorców. Prof. Adrian Chabowski, Prorektor ds. kształcenia UMB mówił: – My musimy z jednej strony uświadomić studentów, że istnieje takie zjawisko jak dezinformacja, fałszywy przekaz, a z drugiej strony musimy pokazać, w jaki sposób rozpoznać to zjawisko, a po trzecie wskazujemy, jak istotne jest to, żebyśmy mieli świadomość dezinformacji zdrowotnej. To nie jest wina

pacjenta, że on czyta różne źródła internetowe i będzie wierzył w różne informacje, które nie są potwierdzone. My musimy nauczyć przyszłych lekarzy rozmowy z pacjentem, żeby lekarz nie denerwował się tym, że pacjent narzuca mu swoją wiedzę, słysząc o cudownych terapiach albo cudownej diagnostyce. Z drugiej strony lekarz musi umieć wytłumaczyć pacjentowi, dlaczego to jest dezinformacja, informacja oparta nie na wiedzy, nie na badaniach.

Uczelnia planuje przygotowanie na kolejnych latach studiów zajęć fakultatywnych dotyczących dezinformacji. Projekt będzie rozszerzany poza Wydział Lekarski i realizowany także na Wydziale Farmaceutycznym.

Współpraca UMB i NASK staje się elementem codziennej praktyki akademickiej oraz odpowiedzialnością na rosnącą potrzebę wzmacniania odporności społeczeństwa na fałszywe treści, które mogą realnie zagrażać zdrowiu publicznemu. Dezinformacja dotycząca medycyny, wyników badań naukowych czy instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia prowadzić może nie tylko do błędnych decyzji pacjentów, lecz także do osłabienia zaufania do specjalistów, dlatego szczególnie ważne jest przygotowanie przyszłych lekarzy do świadomego i odpowiedzialnego reagowania na tego typu zjawiska. ■

mś

Razem przeciw dezinformacji – wspólne zajęcia NASK i UMB dla przyszłych lekarzy



## Zimowy Zjazd Doktoranckiego Forum Uczelni Medycznych w UMB

**Na przełomie lutego i marca Pałac Branickich stał się sceną dla młodych naukowców. Wszystko za sprawą odbywającego się tu Zimowego Zjazdu Doktoranckiego Forum Uczelni Medycznych.**

Forum skupia w sobie wszystkie samorządy doktoranckie działające przy uczelniach należących do Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), a także przy innych jednostkach prowadzących kształcenie w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. DFUM angażuje się w procesy legislacyjne dotyczące środowiska młodych naukowców, ale też w konsultacje projektów rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotyczących kształcenia. Aktywnie współtworzy także akademickie środowisko uczelni medycznych.

Zjazd oficjalnie otworzył prof. Adrian Chabowski, Prorektor ds. kształcenia UMB. Wykład inauguracyjny „Choroba Alzheimera – wczoraj i dziś” wygłosiła prof. Barbara Mroczo, Dyrektor Szkoły Doktorskiej UMB, ale też ekspertka zajmująca się rozwojem diagnostyki tej choroby. Część zaplanowanych wystąpień dotyczyła pozyskiwania środków zewnętrznych na realizację projektów badawczych oraz umiejętności tworzenia wniosków aplikacyjnych po granty.

W Zjeździe uczestniczyli doktoranci z uczelni medycznych z całej Polski.

– Zjazd był dla mnie dużym wyzwaniem organizacyjnym, ale jednocześnie niezwykle inspirującym doświadczeniem. Najbardziej zależało mi na stworzeniu przestrzeni do otwartej rozmowy i wymiany różnych perspektyw – i mam poczucie, że to się naprawdę udało. Spotkanie ludzi z odmiennymi doświadczeniami pokazało, jak bardzo potrzebujemy takich inicjatyw – komentowała Dominika Dobiecka, jedna z organizatorek spotkania, Przewodnicząca Samorządu Doktorantów UMB.

Patronat honorowy nad przedsięwzięciem objęli: Marcin Kulasek – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko, Prezydent Białegostoku Tadeusz Truskolaski, Marszałek Województwa Podlaskiego Łukasz Prokorym, Wojewoda Podlaski Jacek Brzozowski, Krajowa Reprezentacja Doktorantów i Doktoranckie Forum Uczelni Medycznych.

Główni organizatorzy: doktoranci III roku Szkoły Doktorskiej UMB: Dominika Dobiecka i Mikołaj Krupa.

Działy włączone w organizację wydarzenia: Biuro Szkoły Doktorskiej, Biuro Komunikacji i Popularyzacji Nauki, Biuro Promocji i Rekrutacji UMB, Dział Spraw Studenckich, Dział Współpracy Międzynarodowej. ■

mś



## Stomatologia – zwycięzcą Turnieju w cztery ognie

Emocje od pierwszej piłki. Dynamika taka, że jak mrugniesz okiem, to możesz przegapić kluczowe zagranie. Drugi w historii UMB Turniej w cztery ognie padł łupem drużyny Stomatologia.

Najprościej tłumacząc zasady: są dokładnie, jak w grze „w dwa ognie” (zbiłak), tylko że zamiast jednej „matki” są aż trzy! Jedna stoi przy linii końcowej boiska, pozostałe dwie przy liniach bocznych. Dodatkowo każda zbита w polu osoba, wchodzi na pozycję „matki”, a ta wchodzi na boisko. Tempo gry i jej dynamika jest ogromna.

W turnieju grano do jednego wygranego seta, liczonego do 11 punktów.

Zgłosiło się dziesięć ośmioosobowych zespołów (minimum dwie panie w ekipie). Drużyny podzielono na dwie grupy, w których trwała rywalizacja każdy z każdym. Najlepsi w grupach zagrali o złote medale, ci z drugich miejsc – o brąz (były też inne nagrody).

Mistrzostwa odbyły się 18 marca w Hali Sportowej UMB.

Klasyfikacja końcowa:

1. miejsce – Stomatologia – kapitan: Zofia Rowińska

2. miejsce – Ręczna 1 – kapitan: Albert Łuszcz

3. miejsce – Słoki – kapitan: Oskar Obuchowski

4. miejsce – Fizjoteam – kapitan: Amanda Kostro

Organizatorzy wydarzenia byli: KU AZS UMB, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu UMB, Biuro Promocji i Rekrutacji UMB. ■

bdc

# OneTick i UMB

**12 instytucji z dziesięciu krajów Europy – w tym Uniwersytet Medyczny w Białymstoku – rozpoczyna współpracę w ramach projektu OneTick, jednego z najbardziej prestiżowych przedsięwzięć badawczych realizowanych obecnie w naszej uczelni.**

W ramach projektu naukowcy będą analizować m.in. wpływ zmian klimatycznych na rozmieszczenie kleszczy w środowiskach miejskich i podmiejskich – takich jak parki, ogrody czy place zabaw. Jednym z istotnych rezultatów projektu będzie opracowanie narzędzia TickPacket, umożliwiającego ujednolicone gromadzenie danych pacjentów – obejmujących wywiad, dane demograficzne, obraz kliniczny, reakcję na leczenie oraz powikłania. Rozwiązanie to ma przeciwdziałać rozproszeniu danych i wspierać rozwój badań nad chorobami odkleszczowymi.

Oficjalne rozpoczęcie projektu miało miejsce 12 marca podczas spotkania inauguracyjnego w formule online (kick-off meeting). Spotkanie otworzyła

i poprowadziła kierownik projektu, prof. Anna Moniuszko-Malinowska, Prodziekan ds. nauki i ewaluacji Wydziału Lekarskiego UMB oraz kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji UMB, witając uczestników oraz podkreślając znaczenie współpracy międzynarodowej w obszarze badań nad chorobami zakaźnymi.

Rektor UMB prof. Marcin Moniuszko zwrócił uwagę na znaczenie projektów europejskich dla rozwoju nauki oraz umacniania pozycji uczelni w międzynarodowej przestrzeni badawczej.

Podczas spotkania głos zabrał również Frederico Miranda, Project Officer z European Research Executive Agency (REA), który przedstawił założenia programu MSCA Staff Exchanges oraz zasady realizacji projektów finansowanych przez Komisję Europejską.

Założenia naukowe projektu zaprezentował dr Michał Burdukiewicz, główny autor wniosku grantowego, omawiając cele badawcze oraz koncepcję narzędzia TickPacket.

Kick-off meeting był także okazją do przedstawienia partnerów projektu, omówienia harmonogramu działań oraz zasad współpracy, w tym planowanych mobilności i wymiany doświadczeń pomiędzy instytucjami.

Obsługę administracyjną projektu zapewnia Dział Współpracy Międzynarodowej UMB – Marta Jemieljańczuk oraz Jakub Wszeborowski, odpowiedzialni za koordynację działań organizacyjnych oraz współpracę z partnerami zagranicznymi. ■

*Projekt, finansowany w ramach programu Horizon Europe – Marie Skłodowska-Curie Actions (MSCA) Staff Exchanges, koncentruje się na interdyscyplinarnych badaniach nad chorobami przenoszonymi przez kleszcze. Kluczowym elementem podejścia badawczego jest koncepcja One Health, łącząca perspektywę zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska.*



Finansowane przez  
Unię Europejską

## Hydrożele wspomogą leczenie chorób przyzębia

**Dr Magdalena Wróblewska otrzymała grant Miniatura 9 z Narodowego Centrum Nauki. Naukowcy z UMB pracują nad innowacyjną metodą walki z infekcjami jamy ustnej i przyzębia.**

Infekcje bakteryjne jamy ustnej oraz przyzębia należą do schorzeń często diagnozowanych w praktyce lekarzy. Choć standardowo stosuje się w takich przypadkach antybiotyki, tradycyjne tabletki oddziałują na cały organizm, co może wywoływać niepożądane skutki uboczne. Dr Wróblewska z Zakładu Farmacji Stosowanej UMB opracuje rozwiązanie, które pozwoli dostarczyć lek precyzyjnie tam, gdzie rozwija się infekcja.

Głównym problemem w le-

czeniu miejscowym jest obecnie niska dostępność preparatów, które utrzymałyby się na wilgotnej błonie śluzowej jamy ustnej. Zespół badawczy postanowił wykorzystać do tego celu termowrażliwe polimery. Taki preparat aplikuje się w formie płynnej, co pozwala mu dotrzeć do najtrudniej dostępnych miejsc objętych zakażeniem, jak na przykład kieszonki dziąsłowe. Po podaniu, pod wpływem temperatury w ustach pacjenta, forma płynna zmienia się w żel. Dzięki temu lek nie spływa, lecz pozostaje w miejscu aplikacji przez dłuższy czas, stopniowo uwalniając substancję leczniczą – fosforan klindamycyny.

W ramach projektu dr Magdalena Wróblewska sprawdzi,

jak różne mieszaniny polimerów wpływają na przyleganie i skuteczność nowego nośnika. Prace obejmują między innymi testy na modelowej błonie śluzowej oraz badania nad tym, jak skutecznie preparat radzi sobie z wybranymi bakteriami.

Tytuł projektu: Ocena właściwości termowrażliwych hybrydowych układów hydrożelowych z fosforanem klindamycyny w aspekcie zastosowania w terapii infekcji bakteryjnych jamy ustnej i chorób przyzębia.

Dofinansowanie NCN: 48 950 zł  
Czas realizacji:

do 12 listopada 2026 r.

Obsługą administracyjną projektu zajmuje się Dział Rozwoju i Ewaluacji UMB. ■

mś



# UMB z dwoma nowymi patentami

Zespoły badawcze Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na przełomie 2025 i 2026 r. uzyskały dwa nowe patenty (Pat. 247904 i Pat. 249333).

Innowacyjne rozwiązania zatwierdzone przez Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej dotyczą farmacji i stomatologii oraz diagnostyki udaru mózgu. Oba wynalazki zostały również skierowane do Europejskiego Urzędu Patentowego (EPO) i są obecnie procedowane.

Pierwszy uzyskany patent dotyczy wynalazku pt. „Kompozycja farmaceutyczna o właściwościach mukoadhezyjnych oraz jej zastosowanie” (Pat. 247904). To innowacyjny system dostarczania leku na błonę śluzową jamy ustnej, opracowany przez naukowców z UMB. Nośnik w postaci emulżelu cechuje się wysoką zdolnością przylegania do błony śluzowej, co wydłuża czas kontaktu leku z miejscem zmienionym chorobowo. Rozwiązanie może znaleźć zastosowanie zarówno w leczeniu schorzeń stomatologicznych, jak i w pielęgnacji jamy ustnej.

W pracy nad wynalazkiem zaangażowani byli: prof. Małgorzata Pietruska, dr hab. Emilia Szymańska, prof. Katarzyna Winnicka, prof. Marcin Baranowski, dr hab. Magdalena Sulewska oraz dr Joanna Potaś-Stobiecka.

Drugi patent dotyczy projektu pt. „Zastosowanie ślinowej oksydazy ksantynowej jako biomarkera w diagnozowaniu,

różnicowaniu i ocenie neuropsychologicznej in vitro pacjentów z udarem mózgu” (Pat. 249333). Opracowany biomarker ślinowy może wspierać wczesne wykrywanie i różnicowanie typów udaru mózgu, a także ocenę zaburzeń poznawczych u pacjentów. Technologia opiera się na prostych i dobrze zwalidowanych technikach laboratoryjnych, co daje szansę na jej praktyczne zastosowanie w diagnostyce.

Patent powstał we współpracy naukowców z UMB i Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W pracy nad jego uzyskaniem zaangażowani byli: prof. Anna Zalewska i dr hab. Mateusz Maciejczyk z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a także prof. Karolina Gerreth i prof. Katarzyna Hojan z poznańskiej uczelni.

## Jak patentować?

Przed wszystkim – jeszcze przed przygotowaniem publikacji naukowej czy referatu do wygłoszenia na konferencji naukowej – warto skontaktować się z uczelnianym Biurem Transferu Technologii UMB (tel. 85 686 5122, e-mail: [btt@umb.edu.pl](mailto:btt@umb.edu.pl)). Chodzi o sprawdzenie potencjału danego odkrycia. Jeżeli pominiemy ten krok i zgłosimy się dopiero po publikacji w czasopiśmie naukowym lub wystąpieniu konferencyjnym, bezpowrotnie tracimy swoją szansę.

Co ważne, ubieganie się o patent nie wyklucza publikacji naukowych. Warunkiem jest jednak wcześniejsze wysłanie zgłoszenia patentowego. ■

Szczegóły dotyczące zgłoszeń patentowych można znaleźć na stronie: [www.umb.edu.pl/ctt](http://www.umb.edu.pl/ctt)

mś

### Każdy wynalazek musi spełniać łącznie 3 warunki:

- **Nowość** – rozwiązanie nie jest powszechnie znane, nie zostało nigdy ujawnione ani upublicznione w jakiegokolwiek formie.
- **Poziom wynalazczy** – przedmiot wynalazku nie jest oczywisty dla specjalisty w danej dziedzinie.
- **Możliwość zastosowania w przemyśle.**
- **Nie jest sprzeczny z prawem ani obowiązującym stanem wiedzy** – np. nie można opatentować perpetuum mobile lub urządzenia, którego przeznaczenie będzie naruszało prawo.

# Operacja na zaawansowanym raku trzustki

61-letni pacjent skarżył się na bóle brzucha. Tłumaczył to niestrawnością i ciężkostrawną dietą. Okazało się, że potrzebna była bardzo poważna operacja.

Pan Jan, mieszkaniec podbiałostockiej miejscowości, na początku marca zaczął odczuwać silny ból brzucha. Leczył się domowymi sposobami. Jednak dolegliwości nie ustępowały. Wkrótce pojawiła się także żółtaczka, a badania wykazały obecność dużego guza trzustki uciskającego drogi żółciowe.

W tym przypadku guz głowy trzustki był zaawansowany – naciekał struktury naczyniowe jamy brzusznej, w tym spływ żyły wrotnej. Jeszcze kilkanaście lat temu taki stopień zaawansowania wykluczał leczenie operacyjne. Dzięki rozwojowi technik chirurgicznych tacy pacjenci mają szansę na leczenie radykalne.

Operację przeprowadził z zespołem dr Aleksander Tarasik, zastępca lekarza kierującego I Kliniką Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej USK.

– Trudność polegała na tym, że zamknięcie tego układu żylnego bez odtworzenia przepływu skutkowałoby zaburzeniem dopływu krwi do wątroby i jej niewydolnością. Każdy etap operacji wymagał dużej precyzji – tłumaczy lekarz.

Dodaje, że pozostawienie guza bez leczenia zamykałoby drogę do leczenia radykalnego – w takich przypadkach możliwe jest jedynie leczenie systemowe o charakterze paliatywnym. Istotnym problemem pozostaje także ból związany z tym nowotworem.

– To są bardzo ciężkie dolegliwości. Wielu pacjentów, mimo zaawansowanego leczenia przeciwbólowego, nadal cierpi – podkreśla dr Aleksander Tarasik.

Operacje raka głowy trzustki należą do wymagających zabiegów w chirurgii onkolo-



Ostatnia kontrola przed wypisem do domu - pan Jan i dr Aleksander Tarasik

gicznej. W tej okolicy przebiega wiele kluczowych naczyń krwionośnych odpowiedzialnych za dopływ krwi do wątroby i jelit. Często nie można ich po prostu zamknąć – konieczne jest ich precyzyjne odtworzenie.

Dzięki współpracy z zespołem chirurgii naczyniowej oraz odpowiedniemu zapleczu technicznemu u pacjenta przeprowadzono radykalny zabieg. Obejmował on rozległą resekcję guza wraz z fragmentami nacieczonych przez nowotwór naczyń żylnych.

Kluczowym elementem operacji była rekonstrukcja układu wrotnego, która pozwoliła zachować prawidłowy przepływ krwi do wątroby.

Równie istotnym etapem było odtworzenie odpływu żylnego ze śledziony i pozostałej części trzustki. W tym celu wykonano zespolenie żyły śledzionowej z żyłą nerkową, co pozwoliło uniknąć usunięcia tych narządów.

– To technika, z którą mieliśmy okazję zapoznać się podczas szkoleń międzynarodowych i staramy się przenosić te doświadczenia do naszej praktyki – mówi dr Aleksander Tarasik.

– To rozwiązanie stosowane dość rzadko i głównie w wyspecjalizowanych ośrodkach. Pozwala ograniczyć powikłania, poprawić jakość życia pacjenta, zmniejszyć ryzyko zaburzeń metabolicznych, w tym cukrzycy, oraz umożliwia zachowanie śledziony – dodaje chirurg.

Operacja trwała niemal 10 godzin. Radykalne usunięcie guza daje pacjentowi szansę na dalsze leczenie i poprawę rokowania.

– Oprócz najważniejszego aspektu, jakim jest usunięcie nowotworu, tego typu zabiegi dają pacjentowi również dużą ulgę psychiczną i szansę na dalsze życie – podkreśla lekarz.

Pan Jan momentalnie odczuł ulgę po operacji. 3 kwietnia opuścił szpital. ■

# Nerki nie boją, kiedy na nie zachorujesz

11 procent polskiego społeczeństwa może cierpieć na przewlekłą chorobę nerek. Na dziesięć osób z tej grupy wie o tym tylko jedna! 12 marca obchodziliśmy Światowy Dzień Nerek.

Powodów do świętowania raczej nie ma. Świadomość społeczna chorób nerek jest jeszcze niewystarczająca. Dlatego na specjalnej konferencji prasowej, przed Kliniką Nefrologii UDSK, stanęły obok siebie ekspertki z dwóch szpitali klinicznych UMB: Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Wspólnie chciały przypomnieć jak dbać o zdrowie nerk, bo pierwsze stadia choroby przebiegają zwykle w ciszy, przy skąpych objawach czy wręcz ich braku. Nawet nas nie będzie bolało.

– U małych dzieci gorączki bez określonej przyczyny zawsze powinny skłonić do wykonania badania moczu. U starszych dzieci, które zgłaszają objawy typu zaburzenia mikcji, częstomocz, popuszczanie moczu, bóle brzucha, bóle okolicy lędźwiowej – to już są sygnały, że możemy się spodziewać zakażenia układu moczowego – mówiła dr Agnieszka Rybi-Szumińska, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii dziecięcej.

Niepokojące mogą być także wszelkie obrzęki na ciele czy opuchlizny, które czasami błędnie interpretowane są jako odzyny alergiczne. Nagła zmiana koloru moczu także może być sygnałem, że dzieje się coś niedobrego. Nawet niespodziewane pogorszenie zachowania dziecka, jego apatyczność czy nawet pogorszenie ocen w szkole – to także może wskazywać na to, że coś dzieje się z nerkami.

– Obecnie mamy dużo otyłości, z czym wiąże się nadciśnienie. Ono również może być pochodzenia nerkowego, zmieniać funkcję nerek. Gros dzieci ma problemy z zaburzeniami oddawania moczu, które poja-



Konferencja prasowa w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku dotycząca Światowego Dnia Nerek

wiają się zarówno w dzień, jak i w nocy – dodaje prof. Katarzyna Taranta-Janusz, zastępca kierownika Kliniki Pediatrii i Nefrologii UDSK.

Jak dodaje pani profesor rośnie społeczna świadomość chorób nerek, rośnie także jakość diagnostyki w tym kierunku. Zaleca także raz w roku profilaktyczne badanie moczu.

Jak dbać o nerki u dzieci? Przede wszystkim zdrowa dieta – posiłki powinny być ubogie w tłuszcze zwierzęce i glukozę, która obecnie zbyt często dodawana jest do wielu produktów spożywczych. Druga rzecz to wysiłek fizyczny – racjonalny, nie ekstremalny. Lepszy jest spacer lub basen, niż mocne ćwiczenia na siłowni wsparte suplementacją produktów białkowych.

Nefrolodzy bardzo często prowadzą swoisty wyścig z czasem, by swoich pacjentów uchronić przed zmianami strukturalnymi w nerkach. Jeśli chorobę uda się wykryć na wczesnym etapie, bardzo często udaje się uniknąć najgorszego. Jeśli pojawia się białko w moczu, rośnie poziom kreatyniny, to ryzyko powikłań bardzo wzrasta.

– Dializa dla nefrologa jest porażką – stwierdziła wprost prof. Beata Naumnik, Kierownik I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ w szpitalu USK w Białymstoku.

Profesor Naumnik, wspólnie z kilkoma ośrodkami w Polsce, realizuje program profilaktyczny dla pełnoletniej młodzieży pod hasłem „Nerki bez usterki”. Odwiedza uczniów klas maturalnych w wybranych szkołach w Białymstoku i okolicach, by rozmawiać o profilaktyce chorób nerek. Jednocześnie zachęca młodzież do wykonywania przesiewowych badań moczu. Każdy z uczestników spotkania otrzymuje pojemnik na mocz i zestaw pasków diagnostycznych, by w warunkach domowych wykonał stosowne badanie (ogóle badanie moczu, pokazujące jego pH, obecność białka, erytrocytów, leukocytów, bilirubiny, ketonów itd.). Wynik badania można sprawdzić w specjalnej aplikacji – gdyby wyszło coś niepokojącego, uczniowie mogą zgłosić się od razu do specjalisty. Badanie będzie trwało jeszcze do 2027 roku. Wspólnie z prof. Naumnik prowadzą je dr Anna Bieryło-Dolengiewicz i dr Joanna Szczykowska-Miller.

Jak podkreśla prof. Naumnik, młodzież bardzo serio podchodzi do tematu. Naukowcy otrzymali wyniki od większej liczby osób, niż rozdali pojemników do badań (107 proc.). Po prostu nastolatki podzieliły się paskami diagnostycznymi z domownikami. ■

# Nowoczesne pompy żywieniowe w UDSK

W Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii UDSK 30 marca odbyło się przekazanie specjalistycznego sprzętu medycznego. Wszystko w ramach tegorocznej współpracy Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy z firmą Nutricia Polska.



Pompa do żywienia dojelitowego



Prof. Dariusz Lebensztejn (w środku): - Prawidłowe żywienie jest warunkiem właściwego rozwoju, ale też budowania odporności u pacjentów leżących

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku otrzymał siedem nowoczesnych pomp do żywienia dojelitowego Flocare® Infinity™ III, które podniosą standard opieki nad najmłodszymi pacjentami.

UDSK w Białymstoku jest jedną z siedmiu placówek w Polsce, do których trafiły te urządzenia. W sumie przekazano łącznie 50 sztuk sprzętu, między innymi do szpitali w Białymstoku, Warszawie, Poznaniu, Katowicach i Łodzi. Koszt pojedynczej pompy wynosi około 5400 złotych.

Pompy Flocare® Infinity™ III to urządzenia przeznaczone dla pacjentów, którzy z powodu choroby, operacji lub niewydolności przewodu pokarmowego nie są w stanie przyjmować pokarmów drogą doustną. Urządzenia te dawkuje dietę z precyzją do 5%. U najmłodszych dzieci ma to bezpośredni wpływ na realizację założeń dietetycznych, tempo wzrostu oraz proces regeneracji organizmu.

Jak podkreśla prof. Dariusz Lebensztejn, kierownik kliniki, otrzymany sprzęt jest kluczowy

dla pacjentów wymagających żywienia dojelitowego, czyli podawania pokarmu bezpośrednio do żołądka lub jelita. Dotyczy to zarówno dzieci z ostrymi stanami (np. zapalenie trzustki), jak i pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi, którzy wymagają takiego wsparcia przez całe życie.

– Prawidłowe żywienie jest warunkiem właściwego rozwoju, przyrostu masy ciała, ale też budowania odporności, co jest kluczowe u pacjentów leżących, narażonych na częste infekcje – mówi prof. Dariusz Lebensztejn. Nowe pompy to także ogromna pomoc dla rodziców i opiekunów. Dzięki nim proces karmienia jest bardziej efektywny i zajmuje mniej czasu, który można poświęcić na bezpośrednią pielęgnację dziecka. Obecnie w naszej poradni mamy około 30 pacjentów w programie żywienia domowego, a pompy w klinice są w stałym użyciu, dlatego ten dar w pełni zabezpiecza nasze obecne potrzeby.

Konstrukcja pomp charakteryzuje się niską wagą

i kompaktowymi wymiarami. W praktyce klinicznej pozwala to pacjentom na zachowanie większej mobilności podczas hospitalizacji. Dzieci mogą swobodnie poruszać się po oddziale i uczestniczyć w aktywnościach, a przy stabilnym stanie zdrowia konstrukcja sprzętu umożliwia także krótkie spacery po terenie szpitala.

W oficjalnym przekazaniu sprzętu uczestniczyli przedstawiciele UDSK: prof. Dariusz Marek Lebensztejn oraz dr Urszula Chrzanowska – specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. Stronę firmy Nutricia reprezentowali: Michał Chrobociński, Anna Brejnak oraz Karol Jaskółka. Podczas spotkania prof. Lebensztejn wyraził nadzieję, że to nie ostatnie wsparcie w ramach tegorocznej akcji WOŚP, wskazując na dalsze potrzeby kliniki w zakresie wyposażenia pracowni endoskopii oraz diagnostyki czynnościowej przewodu pokarmowego. ■

ms

# Zapraszamy na wykład, ale taki nie za długi

Centrum Doskonałości Dydaktycznej działa na naszej uczelni już trzy lata. To w tym miejscu rodzą się nowe metody uczenia studentów, ale też rozwoju samych wykładowców.

**Wojciech Więcko: Czy współczesne wykłady, trwające 90 minut, kiedy za katedrą stoi profesor i na slajdach prezentuje dany temat, mają jeszcze sens?**



**Prof. Adrian Chabowski, Prorektor ds. kształcenia UMB, Dyrektor Centrum Doskonałości Dydaktycznej UMB:** – To z jednej strony i łatwe, i bardzo trudne pytanie. Tak, takie wykłady mają sens, jeżeli grupy studentów nie są zbyt liczne i jednocześnie mówimy o dużej aktywności studenta podczas takich zajęć.

**Tylko, że to nie będzie wtedy wykład, a bardziej seminarium lub ćwiczenia?**

– Ja wyobrażam sobie to tak: wykład powinien wprowadzić w temat, zainteresować studentów i spowodować, by potem łatwiej czytało się im podręcznik, albo jakąś inną książkę dotyczącą tego tematu.

**A studenci czytają książki?**

– Chyba niekoniecznie... Musimy sobie uświadomić jedną rzecz: treści teoretyczne – szczególnie w naukach podstawowych, jak: chemia, anatomia, fizjologia, patofizjologia, histologia – są mniej więcej takie same od lat. To jest ten sam zasób wiedzy. Naszym zadaniem jest przekazać tę wiedzę pokoleniu, które nie jest pokoleniem czytającym na co dzień książki. To jest pokolenie cyfrowe, obrazkowe, patrzące jak szybko zmienia się otoczenie. Oni nie wytrzymują wykładu trwające-

go 90 minut i pokazu slajdów.

Wykłady nagrywane i oglądane później przez studentów mają tę przewagę nad tradycyjnymi, że nawet po 15 minutach słuchania, studenci mogą sobie zrobić przerwę. A potem można kontynuować oglądanie – to jest jakieś rozwiązanie.

Natomiast ja się ciągle zastanawiam, w jaki sposób zmienić też świadomość naszej kadry, żeby dostarczała studentom tę samą wiedzę, co wcześniej, ale w bardziej przystosowany do percepcji młodych ludzi sposób.

**Do tego zmierzam: kto komu ma stawiać warunki? Czy to my jako uczelnia musimy się dostosować do wymagań nowego pokolenia studentów, czy to jednak oni muszą przyjąć, że w UMB obowiązują pewne zasady?**

*Czasy zmieniają się bardzo szybko. Jeszcze niedawno nowością były rzutniki multimedialne czy tablice interaktywne. Bardzo fajnie wspomagały dydaktykę. Teraz to ani nowość, ani coś fajnego. Same oglądanie slajdów na wykładzie to za mało. Wykład na YouTube to też jest za mało.*

– Mogą być dwa podejścia. Z jednej strony my stawiamy warunki: macie taką, a nie inną wiedzę przyswoić w nasz „staromodny” sposób. Całe pokolenia medyków tak się uczyły i tak mogą dalej się uczyć. Ale pozostaje podstawowe pytanie: na ile ta wiedza w nich zostanie?

Bardziej zależy mi na tym, żebyśmy tę samą wiedzę spróbowali pokazać od innej strony, z większym zainteresowaniem studenta, z większą aktywnością odbiorców.

**To znaczy, że uczelnia musi się zmienić?**

– Uczelnia nie musi się uginać, bo tu nie chodzi o to, kto wygra, kto przegra. Tutaj chodzi o zrozumienie, że tę samą wiedzę – jako wykładowca – mogę przekazać w sposób, który zainteresuje przynajmniej większą część studentów. Czy zrobimy to w postaci diagramów, grywalizacji czy jakiś innych metod – to już inna sprawa. To jest kwestia tego, czy my chcemy się zmienić, czy nie. Jeżeli pójdziemy tą mocno klasyczną drogą dydaktyki, to niestety duża część studentów może być wypalona już na początku swojej drogi zawodowej. Chodzi o to, żeby student nie czuł się zmęczony na początku swojej drogi.

**To odwróć pytanie: czy idąc mocno w technologie medyczne, sztuczną inteligencję, centra symulacji, nawet te wszystkie wykłady na YouTube, czy my nie zatracimy umiejętności kontaktu lekarz-chory człowiek? Tej umiejętności prostej rozmowy człowieka z człowiekiem?**

– To my jako kadra mamy pokazać naszym studentom, w jaki sposób korzystać z tych technologii. Chodzi o to, żeby ten przyszły pracownik medyczny umiał znaleźć potrzebne informacje w bazach danych, wiedział, że można podpytać kolegów, korzystać ze szkoleń, a nie tylko bazować na samym podręczniku. Te wychodzą zawsze ze sporym opóźnieniem i zawarta tam wiedza nie zawsze jest tą najbardziej na czasie. Szczególnie kiedy mówimy o przedmiotach klinicznych – tu wiedza zmienia się dość szybko, nowe technologie wchodzą dość szybko. W naukach podstawowych jest inaczej.

Teraz potrzebujemy otwartych studentów, którzy będą

chcieli poszukiwać różnych informacji w różnych miejscach, próbować wyciągać logiczne wnioski.

**To kolejne pytanie o to, czy na koniec semestru egzamin będzie z wiedzy, czy raczej będzie to sprawdzian z umiejętności szukania informacji?**

– Musimy mieć egzaminy z wiedzy – nie podlega to dyskusji. Z drugiej strony ten nasz nacisk na komunikację, nacisk na możliwość wyszukiwania informacji, łączenia informacji też musi być. Już teraz część egzaminów zawiera pytania, na które odpowiedzi opierają się nie tylko na tym, jaki mam zasób wiedzy, ale również na tym, w jaki sposób łączymy pewne fakty. To są zagadnienia diagnostyki różnicowej, interakcje leków, które można, a które nie można łączyć itd...

**Centrum Doskonałości Dydaktycznej UMB działa już 3 lata. Wcześniej w UMB nie było jednostki, która zajmowała się tym, w jaki sposób wykładowca ma uczyć studenta. Mam wrażenie, że jeszcze niedawno obowiązywała zasada: dajemy doktorantowi godziny dydaktyczne i „wrzucamy go na głęboką wodę, licząc, że może wypłyć”. Co udało się Wam wymyślić, opracować, zmienić?**

– Centrum Doskonałości Dydaktycznej jest takim miejscem, które wyszukuje możliwości szkoleniowe, warsztatowe, które podnoszą kompetencje kadry – przede wszystkim – dydaktycznej. Z drugiej strony mamy wyłonionych liderów (w dziedzinach dydaktycznych i cyfrowych – red.). Popatrzmy na jeden z naszych z projektów „Od adepta do lidera”. W tym projekcie mamy szkolenia onboardingowe, czyli pokazujące meandry uczelni dla nowej kadry, jakie działy czym się zajmują, jest tam samouczek potrzebnych pojęć. Jest onboarding dla studentów – z jaką sprawą, gdzie trzeba się udać.

**Relacjonowaliśmy w „Medyku” warsztaty z tworzenia gier edukacyjnych albo z kreatywnego**



*Szkolenie z tworzenia gier edukacyjnych realizowane w ramach projektu „Od Adepta do Lidera”*

**prowadzenia zajęć. Kto wyznacza kierunek tych zmian, bo to nietypowe w nauczaniu?**

– To wynika z rozmów z naszymi liderami albo z kadrą dydaktyczną, która mówi, że brakuje nam szkoleń na dany temat. Prosta sprawa: jest student trudniejszy, ze szczególnymi potrzebami: jak z nim postępować, do kogo zwrócić się o wsparcie? Inna kwestia: studenci nie chcą aktywnie uczestniczyć w zajęciach. Ile można ich straszyć, że nie zaliczą tych zajęć? To z takich sytuacji rodzą się tematy szkoleń czy warsztatów. Mi chodzi o to, żebyśmy jako uczelnia nie utknęli w jednym miejscu. Teraz jako UMB mamy dobry czas. Mamy wielu studentów i jeszcze więcej kandydatów na studia. Jest niezłe, ale czy to nam już wystarcza?

**Szacuje się, że niż demograficzny połączony ze spadkiem chętnych na studia w ogóle, za dwa-trzy lata bardzo mocno dotknie wszystkie uczelnie wyższe w kraju.**

– Dlatego, patrząc perspektywnie, musimy pokazywać, że nasza uczelnia nie tylko gwarantuje wysoką jakość dyplomu, ale gwarantuje również przyjazne środowisko do jego zdobycia. Pokażmy, że w UMB dobrze się studiuje, że fajnie się tu spędza czas, odpoczywa. Zaprezentujmy różne organizacje studenckie, ale też pochwalmy się tym, że zajęcia są tu prowadzone w sposób ciekawy i angażujący, a nie że są one tylko do odhaczenia.

**Czyli to nowe pokolenie już wymusiło na nas zmianę?**

– Nie ma wyjścia. Czasy zmieniają się bardzo szybko. Jeszcze niedawno nowością były rzutniki multimedialne czy tablice interaktywne. Bardzo fajnie wspomagały dydaktykę. Teraz to ani nowość, ani coś fajnego. Same oglądanie slajdów na wykładzie to za mało. Wykład na YouTube to też jest za mało. Ale jak pomyślimy o możliwości transmisji na żywo obrazów z sali chirurgicznych czy endoskopii – to już brzmi ciekawie.

**Studenci właśnie o to pytali Rektora prof. Marcina Moniuszkę podczas ostatniego spotkania.**

– Jak najbardziej idziemy w tym kierunku. W tej chwili wszystkie kliniki chirurgii, łącznie z neurochirurgią, gastrologią, gastroenterologią dziecięcą, mają już tory wizyjne. Czyli będzie możliwość przekazywania na żywo obrazu wraz z komentarzem operatora. Tak współcześnie powinno to funkcjonować, nie mamy co do tego wątpliwości.

Ktoś powie, że lepiej jeśli student zobaczy to wszystko, kiedy będzie się wszystkiemu przyglądał na sali operacyjnej. Tylko gdy jest wiele osób przy stole operacyjnym, to on rzadko widzi pole operacyjne. Ten sprzęt do teletransmisji jest mobilny, możemy go też ustawić nie tylko w sali operacyjnej, ale też w sali przygotowawczej i podglądać jak chirurg przygotowuje się do zabiegu. Wtedy student nie tylko z podręcznika będzie wiedział, w jaki sposób chirurg powinien się przygotować do operacji. Jeżeli zainteresujemy go tematem, to później jeszcze sobie coś doczyta.

Tu chodzi o to, żebyśmy jako



*Klasyczny wykład czy interaktywny?*

społeczność akademicka, jako kadra dydaktyczna, zrozumieli, że nie powinniśmy prowadzić zajęć tylko w taki sposób, jak robiliśmy to 10 czy 20 lat temu.

**Czy teraz w planie zajęć studenta będzie wpisany wykład na YouTube?**

– Nie, tu się nic nie zmieni. Za to w ramach przygotowania do danych zajęć będzie możliwość zadania przez prowadzącego interaktywnych zadań do wykonania na któreś z platform edukacyjnych. Student przychodzi wtedy na takie zajęcia, mając zaliczone zadanie domowe, i podczas zajęć pogłębia swoją wiedzę. Opowiem na przykładzie wykładanej przeze mnie fizjologii: jeżeli będziemy omawiać pracę serca, jego cykl hemodynamiczny, to w ramach tego ćwiczenia przygotowawczego będziemy mogli zobaczyć, jak zmieniają się frakcje wyrzutowe serca w zależności od tego, jakie jest ciśnienie, jakie jest obciążenie następcze, jakie jest obciążenie wstępne. Podczas tej symulacji można modyfikować te wartości i obserwować, jak one wpływają na serce. A dodatkowo – jako prowadzący mogę skontrolować każdego studenta, czy on wykonał te zadania, a wprost – czy przygotował się na ćwiczenia. I wtedy na ćwiczeniach mamy szansę rozwinąć te tematy.

**Kiedyś udawało się przemknąć przez takie ćwiczenia bez przygotowania, teraz nie będzie na to szans.**

– Nie sędzę. Ta interaktywność zapewnia pewien rodzaj zaangażowania i ciekawości. „Przeklikam”, zobaczę, jak to się zmieni i czy mój „teoretyczny pacjent”

ma szansę to przeżyć. To może się studentom spodobać.

**A Panu podoba się taka zmiana? Wychodzi na to, że współczesny wykładowca będzie kimś na kształt animatora i wodzireja. Zajęcia będą musiały być dynamiczne, zmienne, żeby stale się coś na nich działo.**

– Nie idźmy w tę stronę, ale prowadzący musi być jednak zaangażowany. Jeżeli zaszczepi studentom ciekawość do przedmiotu, to naprawdę jest to dużo. Oczywiście nadal też będą prowadzący zajęcia w sposób klasyczny, bo tacy też muszą być. Chodzi o to, żeby nie wszyscy zostali na etapie kredy i tablicy.

Dużo rozmawiam ze studentami, pytam ich o to, jak się uczą, co jest dla nich wygodne. Wielu z nich korzysta z aplikacji z fiszkami, z flashcards. Mają tam krótkie pytania i krótkie odpowiedzi. Zaznaczają co potrafią, czego nie, a aplikacja im później przypomina co mają powtórzyć. Takie rzeczy też powinniśmy robić. Każdy sposób na zaangażowanie studenta jest mile widziany.

**Znowu muszę odwrócić pytanie: jak zaangażować do takiego nauczania wykładowcę z wieloletnim stażem?**

– W klinikach nie będzie z tym w ogóle problemu, bo to kliniki napędzają wszelkie zmiany w metodach leczenia, diagnostyce, jest tam ogrom konferencji naukowych, tam w ogóle dużo się dzieje.

Trudniej jest w naukach podstawowych. Tu ciężko wymyślić jakieś nowości, bo budowa człowieka jest jaka jest i tyle. Mechanizmy fizjologiczne też się nie zmieniają. Podręczniki są obszerne, bo to ogromny obszar wiedzy. Osobiście też mam zagwozdkę, co zrobić dalej. Większość wykładów mam już nagranych. Myślę o tym, żeby część z nich poprzedzić quizami, ewentualnie pytaniami dotyczącymi danego obszaru wiedzy. Coś na zasadzie: obejrzałem 15 minut, to teraz pojawiają się trzy pytania kontrolne i sprawdzamy co przyswoiłem. Student odpowie dobrze, może dalej oglądać wykład. Już teraz możemy robić takie rzeczy w ramach platformy dydaktycznej, którą posiadamy w uczelni. Niewątpliwie czeka nas sporo wyzwań. ■

**Rozmawiał  
Wojciech Więcko**

Centrum Doskonałości Dydaktycznej UMB wspiera rozwój nowoczesnego nauczania na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Pomaga wykładowcom, doktorantom i studentom w korzystaniu z nowoczesnych metod dydaktycznych oraz narzędzi cyfrowych (w tym AI).

**Główne zadania:**

- wsparcie dydaktyczne i techniczne dla prowadzących zajęcia,
- rozwój e-learningu i platform edukacyjnych,
- organizacja szkoleń i warsztatów,
- promocja nowoczesnych metod nauczania,
- podnoszenie jakości kształcenia na UMB.

**Kontakt**

Centrum Doskonałości Dydaktycznej UMB, ul. Jana Kilińskiego 1, Białystok  
tel. +48 85 748 54 09

# Bóbr się bada – a Ty co, bobrzysz?

V Liceum Ogólnokształcące im. Jana III Sobieskiego w Białymstoku realizuje grant dotyczący profilaktyki onkologicznej wśród młodych osób. Osobami zaangażowanymi w jego realizację są m.in. diagnostyci laboratoryjni z UMB.



*Walka z nowotworami, to przede wszystkim poprawa świadomości na temat ich wczesnej diagnostyki*

Na początku roku V LO w Białymstoku zdobyło ONKOgrant Fundacji Polskiej Ligi Walki z Rakiem na działania profilaktyczne dotyczące wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych wśród uczniów szkół średnich. Na bohatera akcji wybrano bobra i wokół niego przygotowano bardzo zabawną komunikację całego przedsięwzięcia. Stąd „bobrzeńie” i wiele innych nawiązań do młodzieżowej gwary.

19 marca w sali gimnastycznej V LO oficjalnie zainaugurowano kampanię „Bóbr się bada – a Ty co, bobrzysz?”. Do udziału w wydarzeniu zaproszono kilkuset nastolatków oraz przedstawicieli władz oświatowych i samorządowych, m.in. Podlaską Kurator Oświaty Agnieszkę Krokos-Janczyło i Zastępcę Prezydenta Białegostoku Tomasza Klimę.

Antoni Ćwikliński, Dyrektor V LO w Białymstoku, inicjator projektu: – W XXI wieku jest bardzo dużo chorób, a nowotwory są tak naprawdę wszędzie. Dotyczą one zarówno dzieci, jak i osób starszych. Dlatego też jest wielka potrzeba, żeby uświadamiać społec-

zeństwu, a tym bardziej młodzieży, że wczesna diagnostyka nowotworowa jest naprawdę bardzo ważna.

Podczas inauguracji wygłoszone zostały dwa wykłady dotyczące profilaktyki onkologicznej. Pierwszy – z perspektywy lekarza, drugi – z punktu widzenia diagnosty laboratoryjnego (poprowadziły go dr hab. Olga Martyna Koper-Lenkiewicz i dr hab. Joanna Kamińska z Zakładu Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej UMB).

Konkluzja obu wystąpień była taka sama: trzeba być świadomym możliwych objawów nowotworów, warto samemu badać się oraz warto okresowo wykonywać badania profilaktyczne.

– To kolejna akcja prozdrowotna w naszym liceum. Na początku ze strony młodzieży jest takie myślenie: „nas to nie dotyczy”. Dopiero jak zaczynamy o tym więcej rozmawiać, to wtedy pojawiają się głosy, że u kogoś w rodzinie był taki przypadek choroby, albo podobny. Ta wiedza do nich dociera powoli, ale ich świadomość rośnie – podkreśla dyrektor Antoni Ćwikliński.

Mitów i fake newsów na temat nowotworów wśród nastolatków krąży bardzo dużo.

## Warto pamiętać, że:

- przede wszystkim młode osoby są zagrożone tym typem chorób
- nowotwory zaczynają boleć (dawać silne objawy), kiedy są już mocno rozwinięte, na wczesnym etapie rozwoju choroby zwykle nie dają znać o sobie,
- podwyższone markery nowotworowe nie zawsze oznaczają chorobę, o prostu czasami trzeba się dokładniej zbadać
- badania profilaktyczne są dostępne także dla młodych osób, warto też obserwować swoje ciało, kontrolować pojawiające się w nim zmiany

Statystyki są bezwzględne. 180 tys. Polaków co roku słyszy diagnozę: rak. Co trzeci z nas będzie chory na nowotwór. Wczesne jego wykrycie spowoduje, że w 50 procentach przypadków będzie można powiedzieć, że zostaliśmy wyleczeni. ■

# AIDStruction – „zwolnieni z teorii” w UMB

Czwórka uczniów z III LO w Białymstoku w ramach Olimpiady „Zwolnieni z teorii” realizowało ogromny projekt prozdrowotny dotyczący upowszechniania wiedzy o AIDS i HIV wśród swoich rówieśników. 16 marca zorganizowali finał akcji w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.



*Osoby dorosłe są bardziej świadome zagrożeń związanych z AIDS i HIV niż osoby młode*

Maria Kamińska (kierownik projektu), Gracjan Zawadzki, Oliwia Domanowska oraz Anna Maria Jasińska to uczniowie II klasy biologiczno-chemicznej w białostockiej „Trójce”. W ramach konkursu wymyślili projekt, który będzie promował prawdziwą wiedzę dotyczącą zakażenia HIV i jego zaawansowanej postaci, czyli AIDS. Dlaczego? Bo wśród młodych ludzi panuje wiele mitów i błędnych przekonań dotyczących choroby. Skąd to wiedzą? Zrobili ankiety wśród rówieśników.

– Z naszych ankiet wynika, że dorośli są bardziej świadomi zagrożeń i lepiej poinformowani niż młodzi ludzie. Wśród młodzieży temat ten bywa traktowany powierzchownie, często pojawia się też niechęć do rozmowy lub przekonanie, że jest on zbyt trudny. Chcemy to przełamać. Zależy nam również na zwróceniu uwagi na stygmatyzację osób zmagających się

z tymi chorobami oraz na ich wykluczanie społeczne – komentuje Marysia Kamińska.

Gracjan Zawadzki: – Spotykamy się z naszymi rówieśnikami w szkołach i podczas różnych prelekcji rozmawiamy o AIDS i HIV. Prelekcje takie mieliśmy już w pięciu liceach w Białymstoku. A dzisiaj na tym wydarzeniu chcemy wszystko podsumować. Przy czym projekt jeszcze się nie kończy, bo będziemy go realizować aż do maja.

Sam projekt jest realizowany z ogromnych rozmachem. Są sponsorzy, partnerzy, patroni honorowi, są patroni medialni. Na finałowym spotkaniu wśród gości była Podlaska Kurator Oświaty Agnieszka Krokos-Janczyło i odpowiedzialny za edukację w Białymstoku Zastępca Prezydenta Białegostoku Tomasz Klim. Wśród prelegentów był m.in. prof. Robert Flisiak – Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatolo-

gii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

To właśnie prof. Flisiak opowiedział o historii HIV i AIDS w Polsce. Jak wspominał, doskonale to pamięta, bo to on leczył pierwszego pacjenta z AIDS w naszym kraju. Był to 1986 rok, prof. Robert Flisiak zaczynał dopiero pracować jako lekarz. Chory przyjechał do Białegostoku aż ze Szczecina, ponieważ po drodze nigdzie nie mógł uzyskać pomocy. A wówczas cała wiedza o AIDS mieściła się w 40-stronicowej książce. Pacjentowi niestety nie udało się pomóc.

Na szczęście obecnie sytuacja diametralnie się zmieniła. AIDS jest chorobą przewlekłą, ale już nie śmiertelną. Dzięki nowoczesnej terapii można ją kontrolować i żyć z nią bardzo długo.

Patronat honorowy nad projektem objął Rektor UMB, prof. Marcin Moniuszko. ■

bdc