

WA nr 100 Wiedomości Akademickie

nr 100
grudzień 2019
ISSN 2083-2100

Pismo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wydarzenia / Medyczna Środa / Medycyna /
Historia/ Konferencje / Studenci/ Biblioteka

Bydgoszcz, Boże Narodzenie 2025 r.

*Życzę Świąt pełnych harmonii i bliskości,
a w Nowym Roku – zdrowia,
siły i jasnych kierunków rozwoju.
Niech ten czas doda Wam odwagi
w budowaniu mądrego jutra.
Razem kształtujemy zdrową przyszłość.*

*Prorektor ds. Collegium Medicum
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
Prof. dr hab. Dariusz Grzanka*





Wiadomości Akademickie

NR 100

Wiadomości Akademickie
wydaje Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszczy Uniwersytetu
Mikołaja Kopernika w Toruniu
za zgodą Prorektora UMK
ds. Collegium Medicum.



Wywiad numeru

- 4 O nowym kierunku lekarsko–dentystycznym i jego siedzibie rozmawiają prof. dr hab. Paweł Burduk, pełnomocnik rektora ds. rozwoju kierunku lekarsko–dentystycznego, kierownik Katedry Otolaryngologii, Foniatrii i Audiologii CM UMK oraz dr Krzysztof Nierzwicki, redaktor naczelny „Wiadomości Akademickich”

Kronika CM

- 12 Bydgoski Festiwal Nauki 2025
- 14 „Montaż” budynku Centrum Stomatologii CM UMK
- 15 Międzyzjazd japoński na Rok Jubileuszy
- 15 Międzynarodowy Dzień Studenta
- 16 Dyplomatorium Wydziału Farmaceutycznego
- 17 Współpraca Wydziału Farmaceutycznego z Muzeum Mydła w Bydgoszczy
- 17 Ogromny sukces studiów podyplomowych na Wydziale Farmaceutycznym
- 18 Innowatorzy z Collegium Medicum wyróżnieni Złotym Skalpelem
- 19 Nowi konsultanci wojewódzcy
- 20 Naukowiec z Collegium Medicum na czele Stacji Naukowej PAN w Paryżu
- 21 Dr Tomasz Wybranowski z Katedry Biofizyki beneficjentem grantu MINIATURA 9
- 22 Lider Innowacji Pomorza i Kujaw
- 22 Helper's Generation

Medycyna

- 23 Pierwszy zabieg ablacji częstoskurczu komorowego od strony osierdzia po zabezpieczeniu dwutlenkiem węgla

Historia

- 24 Farmakologia

Medyczna Środa

- 29 Żywnienie, które leczy psychikę – „Dobry posiłek w szpitalu”
- 32 Kiedy trauma nie kończy się w domu rodzinnym

Konferencje

- 38 Medyczne dziedzictwo Kujaw i Pomorza... na Światowym Kongresie Kopernikańskim
- 40 Podsumowanie I Międzynarodowej i X Jubileuszowej Konferencji PTPA
- 42 Pierwsza nagroda na Europejskim Kongresie Leczenia Ran
- 43 Nursing Power to Change the World
- 43 Medical Research Club Poland
- 44 XCIX Zjazd Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP
- 45 XVIII Ogólnopolski Zjazd Prezydiów studenckich towarzystw diagnostów laboratoryjnych

Studenci

- 46 Farmacja w międzynarodowym wydaniu – semestr Erasmus+ w Stambule
- 47 Rozwój w zabiegach oprawy oka

Biblioteka

- 48 Przegląd systematyczny – współpraca naukowca z bibliotekarzem
- 51 Książki na platformie IBUK Libra

O nowym kierunku lekarsko-dentystycznym i jego siedzibie

rozmawiają prof. dr hab. Paweł Burduk, pełnomocnik rektora ds. rozwoju kierunku lekarsko-dentystycznego, kierownik Katedry Otolaryngologii, Foniatrii i Audiologii CM UMK oraz dr Krzysztof Nierzwicki, redaktor naczelny „Wiadomości Akademickich”

Krzysztof Nierzwicki: Panie Profesorze, obok kierowania Katedrą Otolaryngologii, Foniatrii i Audiologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. J. Biziela, przypadał Panu w udziale organizacja zupełnie nowego kierunku w Collegium Medicum, a w ślad za tym nowej jednostki tej części Uczelni. A zatem proszę powiedzieć, jak to się stało, że Rektor UMK zaproponował Panu Profesorowi przygotowanie całego procesu powołania nowego kierunku – stomatologii?

Paweł Burduk: Pomysł stworzenia stomatologii – jak wiemy – nie był nowy. Jeszcze w czasie istnienia Akademii Medycznej rozważano powołanie takiego kierunku. Potem niejednokrotnie do tego wracano, ale istotnie nigdy nie przekuto tych planów w czyn. Powód był prosty, przede wszystkim brakowało środków na przygotowanie siedziby dla kierunku wraz z niezbędnym wyposażeniem. Nowa perspektywa finansowania ze środków Unii Europejskiej skłoniła jeszcze poprzednie władze UMK z ówczesnym Rektorem prof. Andrzejem Sokalą do podjęcia takich

decyzji. Wybór mojej osoby był podyktowany faktem kierowania przeze mnie Kliniką, której działalność lecznicza stanowiła w perspektywie element procesu dydaktycznego i naukowego kadry nowego kierunku lekarsko-dentystycznego. Myślę o chirurgii szczękowo-twarzowej, która jako przedmiot znajduje się w cyklu kształcenia na wspomnianym kierunku. Prof. Sokala i prof. Kornelia Kędziora-Kornatowska – ówczesna prorektor UMK ds. Collegium Medicum uznali, że będzie to w jakiejś formie łatwiej do zorganizowania czy przeprowadzenia dla osoby, która ma kontakt z chirurgami szczękowymi. I stąd padła propozycja.

KN: Czy to była dla Pana prosta decyzja? Czy już wówczas miał Pan jakiś pomysł, jakąś wizję działania kierunku i jego rozwoju? Wierzył Pan, że ta misja się powiedzie?

PB: Jak już wspomniałem, próby otwarcia kierunku lekarsko-dentystycznego – zarówno w ramach niegdysiejszej Akademii Medycznej w Bydgoszczy,



Projekt budynku Centrum Stomatologii przygotowany przez firmę 3R Modular sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Michałowicach

jak i później w Collegium Medicum UMK — były podejmowane kilkakrotnie. Pierwszym inicjatorem, który myślał o wzbogaceniu kierunku lekarskiego o studia lekarsko-dentystyczne, był nieżyjący już twórca i rektor AMB, profesor Jan Domaniewski. Wówczas jednak takie możliwości nie zaistniały. Później, już w ramach Collegium Medicum, próby uruchomienia kierunku lekarsko-dentystycznego także nie doczekały się urzeczywistnienia. Brakowało pieniędzy, ale również i przychylności władz ministerialnych. Czy zatem zadanie, które mi zaproponowano było zaskoczeniem? Po części tak. Naturalnie, że miałem wątpliwości. Przede wszystkim zastanawiałem się czy dam radę, a w zasadzie czy damy radę, ponieważ już od samego początku myślałem o zespole, który de facto z czasem został powołany. Ostatecznie, rozważywszy wszystkie argumenty za i przeciw, podjąłem się tego zadania, mając pełną świadomość, jak trudnym może się ono okazać. W rezultacie powiedziałem „tak” — i w ten sposób w Uczelni powstał nowy kierunek: powołany i otwarty.

KN: Mogę rozumieć, że jednak miał Pan Profesor przeświadczenie, że jest to zadanie wykonalne?

PB: Tak — wierzyłem w szansę powodzenia tej misji, choć nie miałem jeszcze żadnego doświadczenia, nie znałem realiów ani osób, które mogłyby podjąć współpracę, a także — poza moimi kolegami chirurgami szczękowymi i chirurgami stomatologicznymi — nie znałem środowiska lekarzy dentystów.

KN: A jednak musieli mieć Państwo pewne rozeznanie — czy w najbliższym środowisku, w Bydgoszczy i Toruniu, a może szerzej: w całym województwie kujawsko-pomorskim, a nawet w skali kraju — znajdują się potencjalni wykładowcy, przynajmniej część niezbędnej kadry?

PB: Oczywiście, jakiś zamysł był, chociaż z nieoficjalnych rozmów wiedziałem, że poprzednie próby powołania kierunku nie spotykały się ze zbyt dużą przychylnością samego środowiska stomatologicznego. Miałem zatem obawy, że i ja mogę tej przychylności nie znaleźć. Tymczasem bardzo miło się rozczarowaliśmy. Faktycznie środowisko, które do tej pory, nie do końca widziało konieczność stworzenia nowego ośrodka kształcenia stomatologów, bardzo pozytywnie odpowiedziało na nasze zapytania, na nasz apel, oraz na nasze poszukiwania potencjalnych przyszłych nauczycieli akademickich i klinicznych. Dziś ta współpraca — już na poziomie Uczelni, z nauczycielami akademickimi pozyskanymi w procesie powoływania kierunku — układa się bardzo dobrze. Widać ogromne zaangażowanie, a perspektywy, jakie stoją przed tymi ludźmi, dodają im energii.



Prof. dr hab. Paweł Burduk

KN: A jak zareagowała Okręgowa Izba Lekarska?

PB: W odpowiednim czasie wystąpiliśmy do Izby Lekarskiej, która obok lekarzy zrzesza również lekarzy stomatologów. I tu również doczekaliśmy się pozytywnych reakcji, ponieważ środowisko to pisemnie poparło ideę powołania kierunku, obiecując również pomoc w realizacji tego celu.

KN: A zatem, jak słyszymy pierwsze kroki poczyniono — powołano osobę, której zadaniem było poprowadzenie tego przedsięwzięcia, dokonano rozeznania w środowisku, które zareagowało przychylnie, uzyskano akceptację Izby Lekarskiej. Jakie kolejne działania musieliście Państwo podjąć, żeby uruchomić kierunek lekarsko-dentystyczny?

PB: Tak, od chwili kiedy zapadła ostateczna decyzja, rozpoczął się wyścig z czasem. Pracowaliśmy w iście olimpijskim tempie. W normalnych warunkach taki wniosek przygotowuje się i proceduje przynajmniej przez rok. My mieliśmy niespełna dwa miesiące zarówno na sformułowanie wniosku, złożenie go do Komisji Nauki Collegium Medicum, a następnie przejście całej ścieżki, od uzyskania pozytywnej akceptacji Komisji, poprzez głosowanie w Senacie, jak i później złożenie dokumentacji do Ministerstwa.

KN: Pozostaje serdecznie pogratulować Panu Profesorowi...

PB: Och, sam niczego bym nie dokonał. Tak jak wspominałem, nic nie odbyłoby się bez udziału wielu zaangażowanych osób. Podejmując decyzję przyjęcia propozycji Rektora, rozpocząłem budowanie zespołu, który rozpoczął pracę nad stworzeniem programu studiów. W jego skład wchodził wódcze Collegium Medicum i Wydział Lekarski – Pani Prorektor, prof. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. Zbigniew Włodarczyk – dziekan Wydziału Lekarskiego oraz z-ca Kanclerza UMK – Pani dr Marzena Ruczyńska. Ogromną pomoc uzyskałem od koleżanki stomatolog dr Aleksandry Perczak, która jest z nami do tej pory. Razem staraliśmy się pozyskiwać lekarzy stomatologów, osoby z naszego środowiska lokalnego, ale również z całej Polski. Poza tym ogromną pracę wykonała pani dr Julita Soczywko – kierownik Pracowni Dydaktyki Medycznej – która koordynowała nasze działania związane z tworzeniem programu, a także wiele innych osób, dziś już trudnych do wymienienia z pamięci, niezwykle zaangażowanych w jego przygotowanie. Poprosiliśmy oczywiście o pomoc i wsparcie również wielu nauczycieli akademickich z CM, którzy przyjęli zajęcia na kierunku i dla których stworzyli sylabusy. Bez tej pracy nie uzyskalibyśmy akceptacji Komisji i Senatu. Odrębną kwestią były środki na funkcjonowanie kierunku. Z założenia jest on bowiem bardzo kosztochłonny, my zaś nie wiedzieliśmy jeszcze, skąd pozyskać finansowanie – nie mówiąc już o odpowiedniej bazie dydaktycznej. Startowaliśmy praktycznie od zera, pocieszając się faktem, że pierwsze dwa lata kształcenia są tożsame z kierunkiem lekarskim, co dawało nam pewną rezerwę czasową, by stworzyć zaplecze, w którym faktycznie mogła się rozpocząć dydaktyka o charakterze stricte klinicznym.

KN: Rozumiem, że przy konstruowaniu programu studiów wzorowaliście się Państwo w jakiś sposób na innych kierunkach lekarsko-dentystycznych w Polsce?

PB: Zasadniczo trzeba podkreślić, że jest to program autorski, choć nie ukrywam, iż – nie dysponując wówczas własną bazą dydaktyczną – sięgaliśmy do rozwiązań funkcjonujących na uczelniach w Gdańsku, Poznaniu i Szczecinie. Korzystaliśmy również z doświadczenia nauczycieli akademickich z innych ośrodków, których pozyskaliśmy w celu zapewnienia minimum kadrowego wymaganego przez Ministerstwo Nauki, niezbędnego do uruchomienia kierunku. Osoby te w bardzo dużym stopniu zaangażowały się w tworzenie programu Collegium Medicum.

KN: Proces formowania kadry dydaktycznej kierunku nie był – jak wspominał Pan Profesor – łatwy, choć – jak można przypuszczać – pierwsze dwa lata nie były w tym zakresie wymagające, ponieważ mogliście Państwo posilkować się zasobami personalnymi CM.

PB: Tak. Bez wątplenia to nam ułatwiło zadanie. Muszę przy tej okazji podkreślić dużą przychylność władz rektorskich, zarówno poprzednich, jak i obecnych, w tym JM Rektora UMK, prof. Andrzeja Tretyna oraz Prorektora ds. Collegium Medicum, prof. Dariusza Grzanki, którzy bardzo nam kibicowali i wspierali na każdym etapie, tak aby przedsięwzięcie to zakończyło się powodzeniem. To zaangażowanie Władz UMK przełożyło się bardzo na sprawność procesu powołania kierunku. Pierwsze dwa lata – jak już wspominałem – były w praktyce tożsame z kierunkiem lekarskim. Oczywiście pojawiały się już pojedyncze przedmioty dedykowane stricte kierunkowi lekarsko-dentystycznemu, takie jak chociażby ergonomia w stomatologii, nie były to jednak zajęcia o znaczącym wymiarze godzinowym. Prowadzili je nauczyciele akademicki zatrudnieni wraz z uruchomieniem kierunku. W szybkim czasie uzyskaliśmy zgody na zatrudnienie lekarzy stomatologów jako nauczycieli akademickich. Skompletowanie minimum kadrowego było wymogiem ministerialnym. Kadre stanowią lekarze głównie z Bydgoszczy, Torunia i regionu oraz nauczyciele akademicki ze stopniem doktora, czy też doktora habilitowanego i profesora, pozyskani z innych uczelni.

KN: A dzisiaj jak wygląda sytuacja? Czy jesteście już całkowicie zabezpieczeni, czy też nabór ciągle trwa?

PB: Obecnie realizujemy dopiero dwa pierwsze lata studiów, a zatem nie mamy jeszcze tak dużo zajęć typowo klinicznych. Zaczynają się zajęcia przedkliniczne. Posilkujemy się ponad trzydziestką nauczycieli akademickich zatrudnionych w katedrach Collegium Medicum. Dodatkowo powołaliśmy pięć katedr dedykowanych poszczególnym specjalnościom realizowanym na studiach lekarsko-dentystycznych. Na tym etapie zajęcia w nich o niewielkim wymiarze godzinowym prowadzone są w oparciu o już zatrudnioną kadre. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że w momencie, kiedy zacznie się kształcenie kliniczne, potrzeby będą dużo większe. Zajęcia takie zaczną się od trzeciego roku, od semestru zimowego, nasilą się od semestru letniego. Czwarty i piąty rok wypełnione będą w przeważającej mierze zajęciami klinicznymi, co oznacza bardzo dużą liczbę godzin pracy przy fotelu stomatologicznym. Do tego czasu zespół dydaktyczny na pewno trzeba będzie powiększyć.

KN: Rozumiem, że poczyniliście Państwo plany, gdzie pozyskać tak sporą liczbę kadry klinicznej? Czy dostrzega Pan Profesor w tym procesie jakieś zagrożenia?

PB: Już na etapie pozyskiwania nauczycieli z innych uczelni zetknęliśmy się z pewnymi zagrożeniami i trudnościami. Trzeba bowiem pamiętać, że na rynku edukacyjnym istnieje znacząca konkurencja, a kierunki medyczne należą dziś do najczęściej uruchamianych w wielu ośrodkach. To nie ułatwia nam zadania, dlatego nastawiamy się bardziej na pozyskiwanie młodej kadry lokalnie. Prowadzimy już wstępne rozmowy z osobami, które wyraziły chęć współpracy.

KN: Kiedy ogłosili Państwo nabór na pierwszy rok nowo utworzonego kierunku lekarsko-dentystycznego i jaka była odpowiedź ze strony kandydatów?

PB: Nabór kandydatów na kierunek ogłosiliśmy w roku akademickim 2024/2025. Z racji konieczności uzyskania wszystkich pozwoleń, zaczęliśmy rekrutację dość późno, bo we wrześniu, kiedy większość uczelni praktycznie zakończyła już rekrutację. Nie okazało się to problemem. Od momentu jej ogłoszenia, praktycznie w ciągu kilku dni zgłosiło się do nas ponad 680 kandydatów. Jak widać, to bardzo dobry odzew. W rezultacie na pierwszy rok zrekrutowaliśmy 48 studentów — zgodnie z przyznanym nam limitem. Jako Uczelnia również uznaliśmy, że jest to liczba właściwa na rozpoczęcie kształcenia na kierunku

lekarsko-dentystycznym, porównywalna z naborem prowadzonym w wielu innych polskich ośrodkach. Oczywiście istnieją uczelnie przyjmujące większą liczbę studentów, są to jednak zazwyczaj uniwersytety o ugruntowanej pozycji i wieloletnim doświadczeniu w kształceniu stomatologów. Jak na początek, nasz nabór można więc uznać za w pełni satysfakcjonujący.

KN: Jeśli dobrze policzyłem, zgłosiło się kilkanaście osób na jedno miejsce?

PB: Tak, zgadza się.

KN: A czy prowadzili Państwo rozeznanie dotyczące pochodzenia kandydatów — czy zgłaszali się z całej Polski, czy raczej dominowali kandydaci z regionu?

PB: Raczej z całej Polski, nie tylko z naszego województwa. Niejednokrotnie były to osoby, które już studiowały albo skończyły jeden kierunek i chciały rozpocząć studia na kierunku lekarsko-dentystycznym.

KN: Mogliście być Państwo zadowoleni — odzew był bardzo dobry, a wybór kandydatów rzeczywiście szeroki. Podsumowując ten etap, można więc powiedzieć, że wszystko, co zostało zaplanowane, udało się zrealizować, a kierunek faktycznie ruszył. Problemem jednak pozostaje baza lokalowa. Gdzie ulokowano zajęcia stomatologiczne na pierwszym roku studiów?



Uroczyste wmurowanie aktu erekcyjnego pod budowę budynku dydaktycznego Centrum Stomatologii, 29.09.2025 r., na pierwszym planie Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Dariusz Grzanka, fot. Krzysztof Fabisiak

PB: Jak wiemy Collegium Medicum nie dysponowało żadnym budynkiem, który można by przeznaczyć na lokalizację dla nowego kierunku. Do zadań jakie stanęły przed nami doszło zatem również poszukiwanie siedziby dla stomatologów. Dzięki przychylności władz miasta i prezydenta miasta Bydgoszczy, Rafała Bruskiego, na Radzie Miejskiej przegłosowano darowiznę na ten cel budynku na ulicy Przemysłowej. Wykonaliśmy wstępne aranżacje i projekty, jednak w toku dalszych prac okazało się, że podjęcie próby realizacji inwestycji w oparciu w dużej mierze o środki KPO nie pozwala na wykorzystanie tego obiektu. Budynek przy ul. Przemysłowej nie spełniał bowiem wymogów związanych z tzw. zieloną transformacją, określonych w konkursach KPO, czego nie udało się zmienić również po adaptacji. Odrębną kwestią były również finanse. Adaptacja okazała się znacząco droższa niż wybudowanie czegoś od podstaw. W związku z tym na szybko szukaliśmy innych rozwiązań, innych możliwości. Wówczas pojawiła się koncepcja budowy odrębnego obiektu dedykowanego stomatologii. Duże

szanse dawała technologia modułowa – rozwiązanie szybkie w realizacji, a jednocześnie jakościowo nieodlagające od klasycznych standardów budownictwa medycznego. Kiedy doszliśmy do takiego przekonania, pojawił się kolejny problem – gdzie budować? Prowadziliśmy różne poszukiwania i miejscem docelowym, za zgodą dyrekcji Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, została działka przed budynkiem głównym Szpitala przy ulicy Ujejskiego.

KN: A pierwsze zajęcia gdzie się odbywały?

PB: Z zajęciami teoretycznymi nie mamy problemu. Mogą się odbywać w salach dydaktycznych Collegium Medicum. Inaczej jest z w przypadku zajęć praktycznych. Pierwsze takie zajęcia prowadziliśmy w wynajętych przez Uczelnię pomieszczeniach, gabinetach w Centrum Medycznym Lux Med. Tam miało miejsce pierwsze zapoznanie się studentów z fotelem stomatologicznym i ergonomią pracy, czyli usadowieniem lekarza i pacjenta – pierwsze przymiarki do przyszłej pracy na fotelu stomatologicznym. Pozostałe zajęcia, głównie w formie seminariów i wykładów odbywają się – jak zaznaczyłem – w ogólnodostępnych salach wykładowych i salach seminaryjnych, na razie gościnne, głównie przy ul. Karłowicza oraz ul. Sandomierskiej.

KN: Wracając na chwilę do rozmowy o przyszłej siedzibie stomatologii. Jak już Pan Profesor powiedział, w wyniku pozyskania środków unijnych zapadła decyzja o rezygnacji z przebudowy budynku przy ul. Przemysłowej i pobudowaniu obiektu przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 na ul. Ujejskiego. Czy to były jeszcze alternatywne lokalizacje?

PB: Władze Collegium Medicum poszukiwały lokalizacji w obrębie zasobów lokalowych i terytorialnych, będących w posiadaniu Uczelni, ale niestety nie było odpowiedniego miejsca na naprawdę sporą inwestycję, taką, która pomieściłaby wszystkie katedry i kliniki stomatologiczne. Z drugiej strony, wiedząc, że dobrze byłoby mieć w niedalekiej odległości zaplecze szpitalne, zrodziła się myśl, że dobrym miejscem byłaby lokalizacja przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. Tam jednak są już prowadzone inne inwestycje, jak choćby budowa Centrum Leczenia Dzieci, dlatego wybrano Szpital Uniwersytecki nr 2. Jedynym rozsądnym, wpisującym się w projekt miejscem okazała się działka z przodu Szpitala, na której właśnie został posadowiony budynek.

KN: Kto zaprojektował i buduje budynek – bo jak się domyślamy, przyjęto rozwiązanie „zaprojektuj i wybuduj”? Jak doszło do wyboru tego a nie innego projektu?



Budowa Centrum Stomatologii, listopad 2025 r.

PB: Tak, ogłoszono przetarg w trybie „zaprojektuj i wybuduj”. Najlepszym rozwiązaniem dla nas byłby projekt w trybie „zaprojektuj, wybuduj i wyposaż”, jednak wiadomo, że z racji różnych źródeł finansowania i prawdopodobnie z przyczyn prawnych nie było to możliwe. W wyniku konkursu wyłoniono firmę zajmującą się budownictwem modułowym – 3D Modular, która złożyła najbardziej korzystną ofertę. Po wygraniu przetargu firma, po uzgodnieniach z władzami Uczelni, rozpoczęła proces projektowania, a później realizację projektu. Mieliliśmy bardzo mało czasu, bo środki z KPO zostały późno przeznaczone do wydatkowania. Oczywiście, zarówno władze Uczelni, jak i my wszyscy boiliśmy nad tym, że jako Collegium Medicum UMK środków dostaliśmy dużo mniej niż uniwersytety medyczne, gdzie te kwoty były dużo, dużo wyższe. Od początku więc wiedzieliśmy, że inwestycja musi być ograniczona, trzymać się określonych ram. Ponadto dysponowaliśmy bardzo ograniczonym czasem – praktycznie do końca marca następnego roku, a więc zaledwie około 300 dni – co początkowo wydawało się zadaniem niemal niemożliwym do zrealizowania. Tymczasem, gdy dziś patrzymy na postępy prac, kiedy od rozpoczęcia robót budowlanych minęło zaledwie 100 dni, to trudno uwierzyć, że budynek w zasadzie stoi w stanie surowym, przy jednocześnie prowadzonych intensywnych pracach wykończeniowych we wnętrzach.

KN: Pozostając przy kosztach, to o jakich kwotach w ogóle mówimy? Jaka była dotacja i jaki jest koszt wybudowania takiego obiektu?

PB: Może nie odpowiem precyzyjnie, ale koszty budowy budynku przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 są dużo niższe, niż ewentualna adaptacja z wyposażeniem i przebudową obiektu na ul. Przemysłowej. Tam to były kwoty rzędu 130–150 milionów złotych. Tutaj inwestycja ze środków KPO to niezupełnie 70 milionów na wybudowanie i częściowe wyposażenie. Natomiast pozostałe wyposażenie realizowane będzie ze środków własnych Uczelni oraz z projektu unijnego.

KN: Czyli całość zamknie się w okolicach około 100 milionów złotych?

PB: Tak, prawdopodobnie w tych granicach, choć może wyniesie troszeczkę mniej, bo w nowym budynku, zgodnie z wymaganiami KPO, na czwartym piętrze Centrum Stomatologii będzie się mieściło centrum egzaminów medycznych, jak również ogólnodostępne sale wykładowe i seminaryjne, co nie jest tak kosztowne jak przestrzenie przeznaczone dla działalności klinicznej.

KN: Jak Pan Profesor sądzi – czy ten budynek wystarczy, czy też to tylko pierwszy etap czegoś większego w perspektywie?

PB: Już na etapie projektowania, analizując potrzeby, jak i przewidywaną liczbę studentów w cyklu kształcenia, uważamy, że na ten moment budynek będzie odpowiedni i wystarczający, nawet jeśli weźmiemy pod uwagę perspektywę zwiększenia naboru, czy ewentualnego uruchomienia kierunku kształcenia w języku angielskim, na co bardzo liczy dyrektor Centrum Kształcenia w Języku Angielskim, prof. Arkadiusz Jawień.

KN: A jest taka perspektywa?

PB: Odrobinę zwlekamy z myślą o studiach anglojęzycznych, bo chcemy, by najpierw w pełni rozwinięto się kształcenie studentów polskojęzycznych na kierunku lekarsko-dentystycznym, by nauczyciele nabrali doświadczenia. Wtedy niewykluczone, że jeżeli zaistnieje takie zapotrzebowanie, pomyślimy o uruchomieniu naboru na studia anglojęzyczne.



Budowa Centrum Stomatologii, listopad 2025 r.

KN: Doskonale. A kiedy pierwsi studenci kierunku lekarsko-dentystycznego staną przy fotelach dentystrycznych, czy też przyjmą pierwszych pacjentów? Jak to Pan Profesor widzi, kiedy nastąpi otwarcie Centrum Stomatologii?

PB: Obiekt musi być oddany do końca marca 2026 roku, łącznie z wyposażeniem sal symulacyjnych, które są wyposażane w ramach projektu z KPO. Natomiast pozostałe wyposażenie planowane jest do końca sierpnia 2026 roku, tak żeby z początkiem października i nowym rokiem akademickim budynek mógł być eksploatowany, a studenci mieli w nim zajęcia.

KN: To nieprawdopodobne tempo.

PB: Tak, iście olimpijskie, tak jak przy powołaniu kierunku. Mieliśmy pewne obawy, ale budynek już stoi. Kiedy w połowie listopada wizytowali budowę Rektor UMK i Prorektor ds. Collegium Medium byli bardzo zadowoleni z postępu prac. De facto zostało tam nie-dużo prac adaptacyjnych, bo moduły już na etapie konstrukcji i budowy są wyposażone w większość elementów. Pozostaje kwestia połączenia wszystkiego w jedną całość.

KN: Brzmi to bardzo obiecująco. A docelowo ilu studentów będzie studiowało na kierunku lekarsko-dentystycznym?

PB: Na razie – jak wspomniałem – zgodnie z limitem mamy 48 studentów.

KN: A jesteście gotowi na ewentualnie ilu? 60?

PB: Prawdopodobnie byłoby to realne. Jednak, jak wspominałem, stoimy przed wyborem kierunku działań – czy dążyć do zwiększania liczby studentów polskojęzycznych, jeżeli Ministerstwo się na to zgodzi, a Uczelnia wyrazi chęci, czy faktycznie nie uruchomić kierunku komercyjnego, tj. anglojęzycznego.

KN: A perspektywa finansowa, bo o tym jeszcze nie rozmawialiśmy? Czy Uczelnia sobie poradzi? Jak wyobrażamy sobie utrzymanie tego kierunku i jakie mniej więcej koszty roczne bierze się pod uwagę? Czy przygotowaliście takie symulacje?

PB: Przyznam, że mniej się temu przyglądałem, chociaż jedno co wiemy to to, że kierunek lekarsko-dentystyczny jest najbardziej kosztochłonnym kierunkiem medycznym. Byłoby wspaniale, gdyby wzrosła nam dotacja, jednak na razie to wielka niewiadoma. W przypadku podobnych kierunków chodzi bardziej o to, by nie generować większych strat. Na razie to początek, dopiero uruchomiliśmy

kierunek. Uczelnia musi się liczyć z tym, że prawdopodobnie w pierwszych latach funkcjonowania być może trzeba będzie do niego nieco dopłacać. Oby tak się nie stało. Oczywiście, powstające Centrum Stomatologii będzie także świadczyło usługi w ramach NFZ-u, bo wiadomo, żeby aby mogło funkcjonować, muszą pojawić się pacjenci, by studenci i lekarze mogli ich leczyć.

KN: Właśnie o to chciałem zapytać. Czy w związku z powstaniem Centrum Stomatologii w Bydgoszczy powstanie nowa jakość, nowy zakres usług, które będzie świadczyło NFZ za waszym pośrednictwem? Na jaką to skalę, ile planujecie np. miejsc w przychodni czy szpitalnych? Czy przeliczaliście to Państwo?

PB: Staramy się, choć z pewnością będziemy uzależnieni od płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. W tej chwili przygotowujemy się do rozmów z dyrekcją kujawsko-pomorskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, by realnie ocenić perspektywy utworzenia Centrum dla pacjentów. Wiadomo, że chcielibyśmy, by nastąpiło to jak najwcześniej, ale jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że prawdopodobnie będzie to możliwe dopiero w styczniu 2027 r. Tak byśmy planowali, bo wiemy, że po oddaniu budynku Centrum musimy uzyskać wszelkiego rodzaju pozwolenia, a aplikowanie czy występowanie w konkursie na świadczenia w ramach NFZ-u we wrześniu pozwoli na zakontraktowanie usług od nowego roku 2027. Mamy taką nadzieję, wiedząc, że będziemy dużym graczem, oferującym świadczenia w pełnym zakresie, czyli od stomatologii dziecięcej po stomatologię dorosłych, w tym również osób niepełnosprawnych. Liczymy na przychylność ze strony Funduszu i możliwość zakontraktowania usług tak jak zamierzamy.

KN: Czy wiemy już kto zostanie dyrektorem Centrum Stomatologii? Domyślamy się, że Pan Profesor?

PB: Nie, broń Panie Boże. Na tym etapie jeszcze chyba tego nie ustalono, tym bardziej, że Centrum Stomatologii będzie funkcjonowało jako spółka, jak postanowiły władze Uczelni, z uwagi na to, że w przyszłości będzie realizowało świadczenia komercyjne, co przy innym charakterze prawnym byłoby niemożliwe.

KN: Może jeszcze powiedzmy kilka słów o wyposażeniu budynku Centrum Stomatologii. Czy obok standardowych sal wykładowych i seminaryjnych planowane są jakieś sale operacyjne, w których można będzie przeprowadzać zabiegi?

PB: Jeśli chodzi o wyposażenie przedklinicznej dydaktyki, chcemy pójść z duchem czasu i sprawić, by w momencie uruchomienia było to jedno

z najnowocześniejszych centrów stomatologii w kraju. Już obecnie realizujemy te założenia w praktyce – przygotowujemy postępowania przetargowe na zakup unitów symulacyjnych, w tym m.in. unitów haptycznych, wykorzystujących rozwiązania rzeczywistości wirtualnej. Umożliwiają one prowadzenie ćwiczeń bez konieczności stosowania tradycyjnych odlewów czy wydruków 3D, w pełni w środowisku wirtualnym, obsługiwanych za pomocą dedykowanych konsol. Równolegle planujemy zakup klasycznych unitów symulacyjnych wyposażonych w fantomy. Oczywiście zakupione zostaną również unity kliniczne, na których studenci będą się realnie uczyć na pacjentach zawodu w asyście lekarzy. Chcemy zapewnić wysoką jakość kształcenia i opieki medycznej przy nowoczesnych rozwiązaniach technologicznych, pełnej integracji z cyfrową radiologią, w tym radiologią stomatologiczną. Chcielibyśmy przy tym zapewnić sprawny przesył danych cyfrowych, takich jak obrazy diagnostyczne, zdjęcia tomograficzne czy fantomograficzne, bezpośrednio do poszczególnych gabinetów zabiegowych – radiologia cyfrowa jako wyznacznik nowoczesnych standardów. Jednocześnie cały system będzie zcentralizowany i obejmie wszystkie unity, tak aby nauczyciel mógł na bieżąco monitorować przebieg zajęć, a studenci pracujący na unitach symulacyjnych mieli dostęp do zaplanowanych zadań oraz demonstracji wykonywanych przez prowadzącego. Nie przewidujemy jedynie klasycznych sal operacyjnych do zabiegów z znieczuleniu ogólnym, bo to domena chirurgii czy chirurgii szczękowej, specjalności typowo szpitalnej. W Centrum Stomatologii będziemy prowadzić w większości leczenie w znieczuleniu miejscowym, ewentualnie, jeżeli będzie taka konieczność,

w krótkiej sedacji, głównie w przypadku dzieci czy pacjentów z niepełnosprawnościami.

KN: Studenci dopiero co rozpoczęli drugi rok kształcenia, a wielu z nich jest mocno zaangażowanych naukowo, prawda?

PB: Tak, mamy już studentów mocno zaangażowanych naukowo – poszczególne katedry powołują studenckie koła naukowe. Przy mojej Katedrze również działa koło naukowe z zakresu chirurgii szczękowej. Studenci odnoszą już pierwsze sukcesy, otrzymując nagrody na kongresach, gdzie przedstawiają swoje prace. Widać ogromną chęć ze strony studentów w realizowaniu się nie tylko dydaktycznie, ale również w pracy naukowej. Z drugiej strony widzimy też głębsze zaangażowanie nauczycieli akademickich z mniejszym czy większym doświadczeniem, ale z wielką chęcią do pracy.

KN: Panie Profesorze, wszystko to rysuje się niezwykle obiecująco. Dziękujemy za przybliżenie Czytelnikom „Wiadomości Akademickich” perspektyw rozwoju nowego kierunku studiów w Collegium Medicum. Życzymy, aby wszystkie przedstawione plany zostały w pełni zrealizowane, z niecierpliwością oczekując na pierwszych absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, podobnie jak kilka lat temu wyczekiwaliśmy pierwszych lekarzy weterynarii, którzy dziś z powodzeniem zasilają rynek tej specjalności.

Dziękujemy za rozmowę.

ze strony Redakcji rozmowę z prof. dr. hab. Pawłem Burdukiem prowadził redaktor naczelny, dr Krzysztof Nierzwicki



Bydgoski Festiwal Nauki 2025

W dniach 14–16 listopada 2025 r. odbył się Bydgoski Festiwal Nauki. Przez trzy dni organizatorzy, czyli pięć bydgoskich uczelni, które kolejny raz połączyły siły (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Politechnika Bydgoska, Collegium Medicum UMK, Wyższa Szkoła Gospodarki oraz Bydgoska Szkoła Wyższa) zapewniło uczestnikom moc atrakcji. W programie jubileuszowej edycji znalazło się aż 240 wydarzeń.

W piątek (14 listopada) w ramach Lab Day w kampusach wspomnianych uczelni odbyło się ponad 140 warsztatów i laboratoriów. Obowiązywały zapisy, ale chętnych do udziału w zajęciach nie brakowało. Dla uczestników była to doskonała okazja, by zajrzeć do laboratoriów i pracowni badawczych, uczestniczyć w eksperymentach oraz zobaczyć, jak wygląda nauka od kuchni.

W kolejnych dniach odbyło się niemal 100 aktywności w ramach wyjątkowego ScienceWeek w Młynach Rothera (15–16 listopada). Na uczestników czekały interaktywne stoiska, warsztaty, pokazy, wystawy oraz spotkania z popularyzatorami nauki. Od

fizyki przez biologię, aż po sztukę i nowe technologie – każdy mógł znaleźć coś dla siebie.

Aktywnym uczestnikiem tegorocznej edycji było Collegium Medicum UMK, które przygotowało bogaty program dla mieszkańców naszego regionu.

W Młynach Rothera można było odwiedzić stoiska popularnonaukowe przygotowane przez Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych (pomiar glikemii czy ciśnienia krwi), Kosmetologiczną Organizację Studencką (analiza skóry, stanu nawodnienia i natłuszczenia skóry oraz poziomu złuszczenia naskórka), Studenckiego Koła Naukowego Ultrasonografii działającego przy Katedrze Urologii i Andrologii CM UMK (podstawy badania ultrasonograficznego – co naprawdę widzi lekarz) czy Neurofunu (mózg w akcji).

Podczas Bydgoskiego Festiwalu Nauki odbyło się wiele warsztatów prowadzonych przez nauczycieli akademickich z Collegium Medicum UMK („Mały naukowiec”, mgr inż. Karina Szabłowska, dr Ewelina Wędrowska, mgr Arkadiusz Goede; „Magia doświadczeń chemicznych”, dr hab. Renata Kołodziejka, prof.



Przedstawiciele Collegium Medicum i uczestnicy Bydgoskiego Festiwalu Naukowego

UMK, dr Ewa Kopkowska, dr hab. Hanna Pawluk, prof. UMK, dr Marcin Wróblewski, Antoni Godlewski, Julia Kuk; „DNA, czyli Dzieło Natury w Akcji. Genetyka dla smyka”, dr Karolina Hołub, mgr Dominika Mlicka, mgr Izabela Reinholz; „Podstawy badania ultrasonograficznego – co naprawdę widzi lekarz”, dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK, przedstawiciele Koła Ultrasonografii; „Tajniki chromosomów”, dr Ewelina Łazarczyk, dr Anna Repczyńska, „Zobaczyć niewidzialne: tajemnice tkanek ludzkiego ciała”, pracownicy Katedry Histologii i Embriologii, „Gray’s Hospital Simulation”, mgr Zofia Tekień-Jankowska, pracownicy i technicy Centrum Symulacji Medycznych; „Poznaj skład swojego ciała”, dr Blanka Dwojaczny, dr Piotr Złomańczuk, mgr Monika Siekierka; „Spirometria – podstawowe badanie w diagnostyce układu oddechowego”, dr Wieńczysława Adamczyk, dr Mirosława Cieślicka, dr Monika Zawadka-Kunikowska, mgr Monika Bejtka, mgr Joanna Fanslau, Zofia Adamczyk; „Mała receptura apteczna”, prof. dr hab. Wojciech Kaźmierczak, dr Mirosława Cieślicka, dr Monika Zawadka-Kunikowska, dr Wieńczysława Adamczyk, mgr Monika Bejtka, mgr Monika Filipiak, „Podróż do wnętrza roślin”, dr Dorota Gawenda-Kempczyńska, dr Iwona Paszek; „Zakochany mózg – co się dzieje w głowie, gdy tracimy głowę”, Antonina Wójtowicz; „Biochemiczne rewolucje: białka w laboratorium i na talerzu”, dr Jarosław Nuskiewicz, dr Joanna Wróblewska, mgr inż. Ewelina Marciniak, mgr inż. Gabriela Barlik; „Postępowanie ratunkowe w wybranych obrażeniach wynikających ze zdarzeń komunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem wypadków na hulajnodze”, dr Julita Soczywko, lek. Dorota Rutkowska, dr Maria Marzec; „DIY Cream – Ukręć swój kosmetyk”, mgr inż. Katarzyna Piechowska, mgr inż. Magdalena Sławińska; „Tajemnice alergenów – odkryj molekuly, które decydują o Twojej alergii”, dr hab. Natalia Ukleja-Sokołowska, prof. UMK, lek. Magdalena Rydzynska, lek. Bernadetta Kosztulska, lek. Magdalena Grześk-Kaczyńska; „Od chaosu do spokoju – jak rozpoznać i zredukować codzienny stres”, Patryk Budziak; „Zadbaj o kość, zanim ona powie dość. Ćwiczenia zapobiegające osteoporozie”, dr Katarzyna Strojek, dr Agnieszka Radziwińska; „Jak zmusić komórkę nowotworową do samobójstwa, czyli tajemnice apoptozy. Analiza na żywo z wykorzystaniem mikroskopii holograficznej”, dr Maciej Gawroński; „Odkryj z nami tajemnice tkanek człowieka”, dr Jakub Jóźwicki, dr Paulina Antosik, dr Anna Klimaszewska-Wiśniewska, mgr Wiktoria Strassenburg; „Anatomia przyszłości – odkryj ludzkie ciało w wirtualnej rzeczywistości”, dr Angelika Klimek, mgr Hanna Tabisz, mgr Aleksandra Modlińska.

W Centrum Symulacji Medycznych CM UMK miało miejsce Gray’s Hospital Simulation.

– *Zajęcia odbywają się w kilku salach. W warsztatach bierze udział głównie młodzież licealna, która pod okiem naszych specjalistów i studentów może*



Gray’s Hospital Simulation, fot. Arkadiusz Wojtasiewicz

ćwiczyć na тренаżerach, a także zobaczyć jak wyglądają zabiegi na symulatorach – mówiła Agnieszka Milik z Działu Promocji i Komunikacji Collegium Medicum UMK.

Była zatem symulacja medyczna (pokaz z instruktażem oraz aktywnym uczestnictwem) w ramach, której młodzież mogła dowiedzieć się, jak współcześnie wygląda kształcenie metodą symulacji medycznej dla studentów na kierunkach medycznych. Dodatkowo uczestnicy mogli wcielić się w rolę operatorów przy zabiegach laparoskopowych na zaawansowanych тренаżerach. Podczas warsztatów poculi też na własnej skórze pod jaką presją pracują medycy na bloku operacyjnym.

W sali Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz sali z ambulansem odbyły się z kolei warsztaty poświęcone postępowaniu w przypadku udarów mózgu.

– *Uczestnicy zdobyli praktyczną wiedzę na temat rozpoznawania objawów udaru, zasad udzielania pierwszej pomocy oraz znaczenia szybkiej reakcji w ratowaniu życia i zdrowia pacjentów – wyjaśniała Agnieszka Milik. – Ponadto w sali pediatrycznej młodzież dowiedziała się, czym jest skala APGAR.*

Również ScienceWeek w Młynach Rothera nie mógł się obyć bez wykładowców z Collegium Medicum UMK. I tak wykłady poprowadzili: dr n. społ. Anna Baruch (Niepłodność – medycznie problem globalny, edukacyjnie wciąż marginalny), dr Marek Jurgowiak (Mózg i my – dlaczego jesteśmy mądrzy?), dr n. med. Tadeusz Tadrowski, mgr Małgorzata Grochocka, prof. dr hab. n. med. Rafał Czajkowski, dr n. med. Kaja Męcińska-Jundziłł, Ignacy Klemens Młodzianowski (Wyzwania genetyczne w leczeniu łusienia androgenowego), dr n. med. Wojciech Smuczyński, dr n. med. Agnieszka Nowacka (Czy ból można zmierzyć? Wynalazek ułatwiający obiektywną ocenę odczuć bólowych), mgr Dagmara Depka-Radzikowska, mgr Zuzanna Kraszevska, mgr Mateusz Rzepka (Samodiagnostyka zakażeń – fakty i mity o domowych testach kasetkowych), dr n. med. Aleksandra Chrzęstek (Rewolucja w leczeniu raka płuc).

oprac. Monika Kubiak na podstawie doniesień prasowych (m.in. tekst Małgorzaty Pieczyńskiej z „Expressu Bydgoskiego”) oraz programu Bydgoskiego Festiwalu Naukowego

„Montaż” budynku Centrum Stomatologii CM UMK



Bydgoszcz zyskuje nowoczesne Centrum Stomatologii Collegium Medicum UMK. Trwa intensywny etap budowy strategicznej inwestycji, która podniesie standard kształcenia studentów kierunku

lekarsko-dentystycznego i wzmocni bazę kliniczną Uczelni. Nowe centrum ma szansę stać się jednym z najnowocześniejszych ośrodków stomatologicznych w regionie.

W nocy z 23 na 24 października, na placu budowy na terenie Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy, rozpoczął się montaż modułów prefabrykowanych budynku Centrum Stomatologii. Moduły są wyposażone w izolacje, okna i wewnętrzne instalacje. Transport i montaż odbywa się w nocy z uwagi na fakt, że obiekty tej wielkości mogą poruszać się po drogach publicznych wyłącznie w godzinach nocnych.

Inwestycja realizowana jest w ramach przedsięwzięcia „Modernizacja i doposażenie bazy dydaktycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”, współfinansowanego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Inwestycja D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne.

Umowa o objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego nr KPOD.07.05-IP.10-0003/25/KPO/5052/2025/208.



Miłorząb japoński na Rok Jubileuszowy

14 listopada br. przed budynkiem Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, odbyło się uroczyste zasadzenie miłorzębu japońskiego, drzewa o bogatej symbolice, wybranego na pamiątkę Roku Jubileuszowy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Miłorząb, uznawany za symbol długowieczności, odporności i odrodzenia, idealnie wpisał się w charakter wydarzenia. Jako „żywa skamieniałość”, która przetrwała epoki i kataklizmy, stał się metaforą trwałości akademickiej, tradycji oraz siły współpracy uniwersyteckiej.

Jego wachlarzowate liście, interpretowane jako znak harmonii i jedności, przypominają o połączeniu różnych etapów historii naszej Uczelni w jedną spójną całość.

Zasadenie drzewa upamiętniło trzy ważne jubileusze: 80-lecie istnienia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, 40-lecie powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy oraz 20-lecie jej połączenia z UMK oraz powołania Collegium Medicum UMK.

W uroczystości udział wzięły władze Uniwersytetu Mikołaja Kopernika oraz przedstawiciele samorządu miasta i województwa.



Od lewej stoją: prof. dr hab. Dariusz Grzanka, Prorektor UMK ds. Collegium Medicum, Elżbieta Rusielewicz, wiceprzewodnicząca Miasta Bydgoszczy prof. dr hab. Andrzej Tretyn, Rektor UMK, dr hab. Marek Foksiński, prof. UMK, dziekan Wydział Farmaceutycznego, dr hab. Iwona Sadowska-Krawczenko, prof. UMK, dziekan Wydziału Lekarskiego

Międzynarodowy Dzień Studenta

Dnia 17 listopada br. o godz. 15:00 uroczystie obchodziliśmy Międzynarodowy Dzień Studenta w gronie studentów anglojęzycznych z Collegium Medicum.

Podczas uroczystości Prorektor ds. Współpracy Międzynarodowej dr hab. Magdalena Barwiołek, prof. UMK, Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Dariusz Grzanka oraz dyrektor Centrum Kształcenia w Języku Angielskim prof. dr hab. Arkadiusz Jawień wręczyli nagrody studentom w pięciu kategoriach: dla najlepszego studenta programów anglojęzycznych

z najwyższą średnią ocen w roku akademickim 2024/2025, dla najbardziej aktywnych organizacji studenckich, za szczególne osiągnięcia sportowe, za zaangażowanie w organizację Dnia Wielokulturowego oraz w szczególnej kategorii „Studenci na których zawsze można liczyć”, przyznawanej przez pracowników Centrum Kształcenia w Języku Angielskim. Widok radości i zaskoczenia na twarzach wyróżnionych studentów był dla wszystkich niezwykle poruszający.

Po wręczeniu nagród prof. Arkadiusz Jawień wygłosił inspirujący wykład poświęcony patronowi Collegium Medicum – Ludwikowi Rydygierowi, zatytułowany „Człowiek z charakterem – czyli jak odwaga i ciężka praca pomagają przejść do historii”. Oficjalną część programu dopełnił koncert Anny Hnatowicz, która wprowadziła w auli ciepłą i przyjazną atmosferę.

Następnie wszyscy obecni na uroczystości goście zaproszeni zostali do wspólnego zjedzenia tortu. Chwila krojenia i częstowania ciastem stała się okazją do rozmów, śmiechu i spokojnego świętowania tego dnia razem ze studentami. Oficjalna część uroczystości zakończyła się ok. godz. 17:00, ponieważ studenci udali się na specjalnie dla nich przygotowane warsztaty w Centrum Symulacji Medycznych.

Dziękujemy wszystkim studentom za obecność, entuzjazm i otwartość. Świętowanie Międzynarodowego Dnia Studenta razem z Wami było dla nas prawdziwą przyjemnością.



Dyplomatorium Wydziału Farmaceutycznego

Dnia 18 października 2025 roku pod przewodnictwem dziekana Wydziału Farmaceutycznego, dr. hab. Marka Foksińskiego, prof. UMK, odbyło się uroczyste Dyplomatorium absolwentów kierunków analityka medyczna i kosmetologia. W trakcie ceremonii, z udziałem władz akademickich, znakomitych gości oraz Chóru Collegium Medicum, absolwenci złożyli ślubowanie i otrzymali dyplomy ukończenia studiów. Uroczystość obejmowała wręczenie nagród za znakomite osiągnięcia

naukowe, najlepsze prace dyplomowe oraz działalność na rzecz społeczności akademickiej. Przemówienia wygłosili przedstawiciele władz państwowych, samorządowych oraz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Dyplomatorium, stanowiące doniosłe zwieńczenie procesu kształcenia, zakończyło się koncertem chóru oraz złożeniem absolwentom gratulacji i życzeń sukcesów zawodowych.



Na pierwszym planie pośrodku od lewej stoją: obecny dziekan Wydziału Farmaceutycznego, dr. hab. Marek Foksiński, prof. UMK, dziekan Wydziału Lekarskiego, dr. hab. Iwona Sadowska-Krawczyńska, prof. UMK oraz poprzedni dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr. hab. Stefan Kruszewski

Współpraca Wydziału Farmaceutycznego z Muzeum Mydła w Bydgoszczy

W dniu 05.11.2025 r. Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy zawarło porozumienie o współpracy z Muzeum Mydła Kierszewicz Bujny Spółka Komandytowa.

Celem współpracy jest organizacja zajęć dodatkowych dla studentek kierunku *kosmetologia*, które pozwolą poszerzyć wiedzę praktyczną o procesy związane z produkcją i wprowadzaniem kosmetyków na rynek.

Dzięki porozumieniu studentki należące do Kosmetologicznej Organizacji Studenckiej będą mogły poznać realia pracy w manufakturze kosmetycznej oraz zdobyć cenne doświadczenie zawodowe.

Ta współpraca to przykład połączenia nauki, pasji i praktyki, które otwiera przed studentkami nowe możliwości rozwoju oraz zdobywania doświadczenia w branży kosmetycznej.



Ogromny sukces studiów podyplomowych na Wydziale Farmaceutycznym

Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy może pochwalić się wyjątkowo intensywnym i owocnym początkiem roku akademickiego. W październiku 2025 roku aż 109 osób rozpoczęło naukę na czterech kierunkach studiów podyplomowych, co potwierdza nieustannie rosnące zainteresowanie ofertą kształcenia podyplomowego oraz wysoki poziom merytoryczny prowadzonych zajęć.

Trzy z realizowanych kierunków są częścią projektu EDUKACJA MEDYCZNA Agencji Badań Medycznych, którego kierownikiem jest dr hab. Joanna Kwiecińska-Piróg, prof. UMK. W ramach projektu prowadzone są następujące studia podyplomowe:

- Zasady racjonalnej antybiotykoterapii i kontroli zakażeń, których koordynatorem jest dr hab. Aleksander Deptuła, prof. UMK;

- Nowoczesne metody molekularne w medycznych laboratoriach diagnostycznych, pod kierunkiem dr. n. med. Tomasza Bogiela;

- Zasady organizacji i realizacja zadań zespołów interdyscyplinarnych w opiece medycznej, których koordynatorem jest dr hab. Iga Hołyńska-Iwan, prof. UMK.

Czwarty kierunek – *trychologia medyczna*, prowadzony we współpracy z firmą OnlyBio.life

– kierowany jest przez dr Magdalenę Woźniak. Program ten cieszy się dużym zainteresowaniem zarówno wśród absolwentów kierunków medycznych, jak i osób związanych z branżą kosmetyczną.

Zajęcia na wszystkich kierunkach prowadzone są przez uznanych ekspertów z kraju i z zagranicy, co gwarantuje wysoki poziom kształcenia i praktyczne przygotowanie uczestników do pracy w dynamicznie rozwijającym się sektorze ochrony zdrowia.

W tym samym czasie, 18 października 2025 r., rozpoczęło się szkolenie specjalizacyjne farmaceutów w dwóch dziedzinach – farmacji klinicznej i farmacji szpitalnej. W szkoleniu uczestniczy 48 osób, a cały trzyletni program jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach projektu FERS.01.13-IP.07-0002/24 pn. „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Równolegle Katedra Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego zrealizowała pierwsze zajęcia w ramach projektu „Lifelong Learning na Uniwersytecie Otwartym UMK”. Były to warsztaty przygotowujące do egzaminu specjalizacyjnego dla diagnostów laboratoryjnych z mikrobiologii medycznej, w których

uczestniczyło 12 osób. Kolejna edycja warsztatów planowana jest na początek przyszłego roku.

Od 2022 roku Wydział Farmaceutyczny prowadzi także kształcenie specjalizacyjne diagnostów laboratoryjnych, w ramach którego obecnie szkoli się 110 osób.

Na sukces wszystkich tych przedsięwzięć ogromny wpływ ma zespół Studium Kształcenia

Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego, w skład którego wchodzi Laura Kooths, Marta Bukańska oraz dr hab. Joanna Kwiecińska-Piróg, prof. UMK. To właśnie dzięki ich zaangażowaniu, profesjonalizmowi i doskonałej organizacji możliwe jest sprawne prowadzenie tak szerokiego zakresu kształcenia podyplomowego oraz ciągłe rozszerzanie oferty.

Innowatorzy z Collegium Medicum wyróżnieni Złotym Skalpelem

Innowacyjny projekt „Sztuczna wstawka do odprowadzenia moczu po resekcji pęcherza”, opracowany przez zespół pod kierownictwem prof. dr. hab. Tomasza Drewy, kierownika Katedry Urologii i Andrologii Collegium Medicum UMK, zdobył wyróżnienie w konkursie „Złoty Skalpel 2025”. Opracowana przez naukowców bioinżynieryjna wstawka moczowa może stanowić przełom w chirurgii rekonstrukcyjnej.

Tegoroczna, 17. edycja konkursu „Złoty Skalpel” po raz kolejny udowodniła, że polscy lekarze należą do światowej elity innowatorów. Gala „Złoty Skalpel 2025” zgromadziła wybitnych lekarzy, naukowców i innowatorów systemu ochrony zdrowia. Wydarzenie było nie tylko okazją do uhonorowania autorów przełomowych projektów, lecz także spotkaniem pokoleń, które wspólnie kształtują przyszłość medycyny.

Sztuczna wstawka do odprowadzenia moczu po resekcji pęcherza to projekt, który powstał

w odpowiedzi na jedno z największych wyzwań współczesnej urologii, konieczność skutecznego i trwałego odprowadzenia moczu po cystektomii. Zespół pod kierownictwem prof. Tomasza Drewy, opracował innowacyjną bioinżynieryjną wstawkę moczową, stanowiącą potencjalny przełom w chirurgii rekonstrukcyjnej.

Urządzenie składa się z rurki z siatki polipropylenowej pokrytej nanowłóknistą osłoną z warstw modyfikowanego hialuronianu sodu i kolagenu wieprzowego. Całość powstaje w procesie elektropięczenia, sieciowania chemicznego i suszenia sublimacyjnego, co zapewnia wysoką biouzgodność, trwałość i bezpieczeństwo stosowania w warunkach in vivo.

Projekt jest efektem wieloletnich prac naukowych i doświadczeń klinicznych prof. Drewy, który jako pierwszy w kraju wprowadził laparoskopową cystektomię i chirurgię robotyczną z wykorzystaniem systemu da Vinci, a obecnie koncentruje się na rozwoju



Prof. dr hab. Tomasz Dreda podczas gali wręczenia nagród „Złoty Skalpel 2025”

zaawansowanych rozwiązań bioinżynieryjnych. Opracowana przez niego wstawka może zrewolucjonizować leczenie pacjentów po usunięciu pęcherza moczowego, oferując alternatywę dla klasycznych metod urostomii.

Wynalazek został zgłoszony do ochrony patentowej (P435503), pomyślnie przeszedł testy

biozgodności i trwałości in vitro oraz in vivo, a obecnie jest gotowy do translacji klinicznej i wdrożenia w praktyce operacyjnej. Projekt wpisuje się w ideę chirurgii personalizowanej, ograniczając ryzyko powikłań i znacząco poprawiając jakość życia pacjentów z nowotworem pęcherza.

Nowi konsultanci wojewódzcy

W Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim odbyła się uroczystość wręczenia aktów powołania nowym konsultantom wojewódzkim w ochronie zdrowia. Konsultanci wspierają wojewodę w działaniach związanych z organizacją systemu ochrony zdrowia w swoich dziedzinach.

Rolą konsultanta jest również analiza jakości i dostępności świadczeń medycznych oraz formułowanie rekomendacji w zakresie rozwoju opieki zdrowotnej w regionie. Konsultanci wojewódzcy pełnią funkcję doradczą, kontrolną i opiniującą na rzecz administracji rządowej, a także Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta.

W skład wojewódzkiego grona konsultantów weszli specjaliści z CM UMK:

- dr hab. Krzysztof Pałgan, prof. UMK – konsultant wojewódzki w dziedzinie alergologii, kierownik Katedry Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych CM UMK, zastępca kierownika Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy,
- prof. dr hab. Maria Kłopotcka – konsultant wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii, kierownik Katedry Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania CM UMK, kierownik Kliniki Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy,
- dr Michał Graczyk – konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej, adiunkt w Katedrze Opieki Paliatywnej, koordynator

Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Szpitalu MSWiA w Bydgoszczy,

- dr Grażyna Gebuza – konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, adiunkt w Katedrze Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej CM UMK,

- lek. dent. Marta Kodzik – konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, asystent w Katedrze Otolaryngologii, Foniatrii i Audiologii CM UMK,

- prof. dr hab. Łukasz Szyłberg – konsultant wojewódzki w dziedzinie patomorfologii, naukowiec z Katedry Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej CM UMK, kierownik Zakładu Patologii Nowotworów i Patomorfologii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy,

- dr Ewa Szykiewicz – konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, adiunkt w Katedrze Pielęgniarstwa Zachowawczego CM UMK, pielęgniarka oddziałowa w klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy,

- prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk – konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej, kierownik Katedry Transplantologii i Chirurgii Ogólnej CM UMK, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy,



Nowi konsultanci wojewódzcy podczas spotkania w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim



Nowi konsultanci wojewódzcy podczas spotkania w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim

• prof. dr hab. Krzysztof Roszkowski – konsultant wojewódzki w dziedzinie radioterapii onkologicznej, kierownik Katedry Onkologii CM UMK, kierownik Zakładu Radioterapii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

W imieniu całej społeczności akademickiej składamy serdeczne gratulacje i życzymy pomyślności w realizacji zadań związanych z pełnionymi funkcjami.

Naukowiec z Collegium Medicum na czele Stacji Naukowej PAN w Paryżu

Dr hab. Aldona Jankowska, prof. UMK objęła stanowisko dyrektora PAN Stacji Naukowej w Paryżu na najbliższą 4-letnią kadencję. Stacja Naukowa PAN w Paryżu (Centre Scientifique à Paris Académie Polonaise des Sciences) pełni istotną rolę jako przedstawicielstwo polskiej nauki w stolicy Francji.

Stacja Naukowa PAN w Paryżu (Centre Scientifique à Paris Académie Polonaise des Sciences) jako



Dr hab. Aldona Jankowska, prof. UMK

ważny ośrodek polskiego środowiska naukowego we Francji, zainicjowała działalność przy Bibliotece Polskiej w Paryżu 3 maja 1893 roku. Obecnie Stacja Naukowa PAN w Paryżu koncentruje się na promocji polskiej nauki poprzez organizację konferencji, sympozjów oraz innych wydarzeń naukowych. Instytucja wspiera rozwój współpracy badawczej pomiędzy Polską a Francją, a także udziela pomocy naukowcom, stypendystom i studentom z Polski, którzy przyjeżdżają do Francji, by kontynuować swoją edukację.

Dr hab. Aldona Jankowska, prof. UMK jest założycielką i kierownikiem Katedry Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej CM UMK. Jest też przedstawicielką Polski w Międzynarodowym Centrum Badawczym Komunikacji w Ochronie Zdrowia (International Research Centre for Communication in Healthcare), a także Międzynarodowym Stowarzyszeniu Komunikacji w Ochronie Zdrowia. Zasiadła również w zarządzie Federacji Polskich Towarzystw Medycznych (International Association for Communication in Healthcare).

Zespół merytoryczny Stacji Naukowej PAN w Paryżu wraz z dr hab. Jankowską, prof. UMK tworzą dr inż. Zuzanna Łacny, specjalistka inżynierii środowiska z Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie i Karolina Siekierka – analityczka do spraw praw człowieka, bezpieczeństwa międzynarodowego oraz polityki wewnętrznej i zewnętrznej Francji.

Dr Tomasz Wybranowski z Katedry Biofizyki beneficjentem grantu

MINIATURA 9

W konkursie Miniatura 9, organizowanym przez Narodowe Centrum Nauki, wśród laureatów znalazł się dr Tomasz Wybranowski z Katedry Biofizyki Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK. Otrzymał on dofinansowanie w wysokości 49 974 zł na realizację projektu pt. „Izolacja osoczowych egzozosomów i charakterystyka ich autofluorescencji w celu stratyfikacji ryzyka zgonu w pozaszpitalnym zapaleniu płuc”.

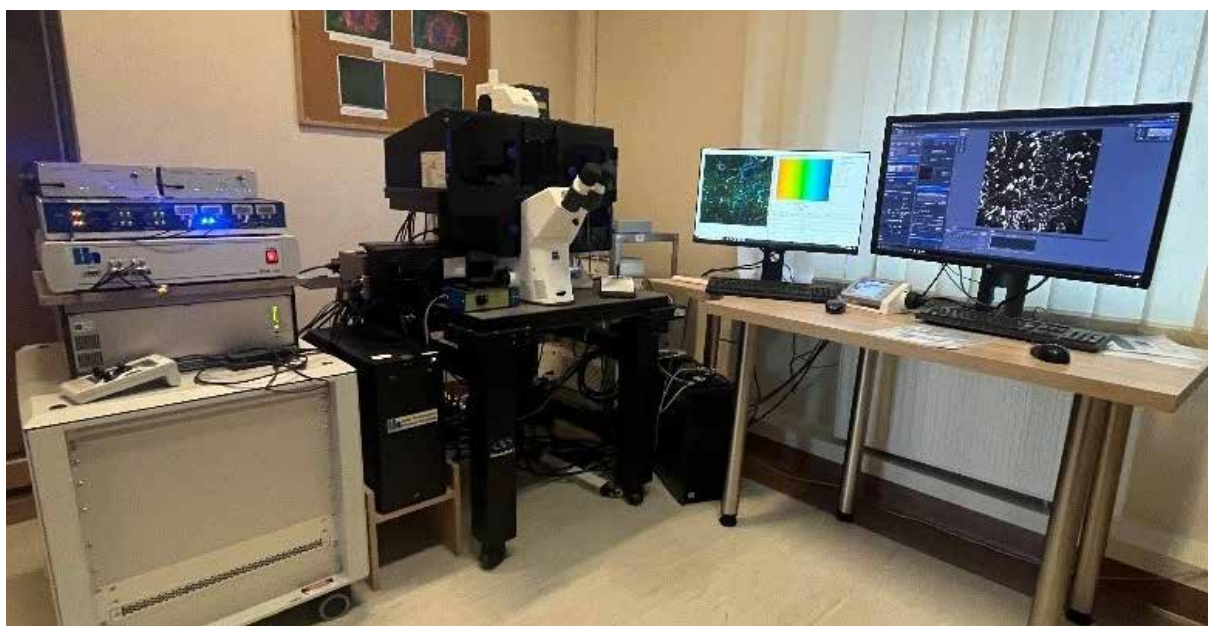
Planowane w ramach pozyskanego grantu badania mogą przyczynić się do identyfikacji nowych biomarkerów prognostycznych w pozaszpitalnym zapaleniu płuc oraz do lepszego zrozumienia mechanizmów metabolicznych związanych z ciężkością i śmiertelnością tej choroby. Zostanie przeprowadzona analiza fluorescencji egzozosomów wyizolowanych z osocza za pomocą kulek magnetycznych sprzężonych z przeciwciałami anti-CD63, z wykorzystaniem czasowo-rozdzielczej spektroskopii fluorescencyjnej (TRFS) oraz mikroskopii FLIM.

Ze względu na tzw. efekt Warburga, polegający na nasilonej glikolizie w komórkach nowotworowych mimo prawidłowej dostępności tlenu, badania nad egzozosomami izolowanymi z krwi pacjentów z zapaleniem płuc mogą również otworzyć drogę do opracowania nieinwazyjnych metod wczesnego wykrywania raka i monitorowania jego przebiegu.



Dr Tomasz Wybranowski wygłasza wykład na seminarium 40-lecia Katedry Biofizyki CM UMK

Przewidziany do realizacji projekt naukowy dobrze wpisuje się w rozwijany przez dr. Tomasza Wybranowskiego i zespół Katedry Biofizyki obszar badań nad zastosowaniem metod spektroskopii i mikroskopii fluorescencyjnej w diagnostyce i prognozowaniu ciężkości chorób układu oddechowego.



Super rozdzielczy mikroskop fluorescencyjny FLIM (Fluorescence Lifetime Imaging Microscopy)

Lider Innowacji Pomorza i Kujaw



Spółka akademicka typu spin-off CTR LAB sp. z o.o., założona przez dr. hab. Macieja Gagata, prof. UMK oraz dr. hab. Jana Zabrzyńskiego, prof. UMK, zdobyła tytuł Lidera Innowacji Pomorza i Kujaw 2025 w kategorii „przedsiębiorstwo akademickie”.

Doceniono rozwiązanie „Interaktywny Atlas Histologiczny” – największe na świecie repozytorium preparatów histologicznych, dostępne jako aplikacja webowa atlashistologiczny.pl, wspierające nauczanie biologii komórki, histologii i embriologii.

W tegorocznej edycji konkursu Liderzy Innowacji Pomorza i Kujaw wyróżniono także zespół badawczy Katedry Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UMK w Bydgoszczy za projekt „Urządzenie do oceny bólu – adapter dolorymetryczny do dynamometru dłoniowego”.

Laureatów zaprezentowali się podczas uroczystej gali zorganizowanej 6 listopada br. w ramach Kujawsko-Pomorskiego Forum Innowacji, Nauki, Biznesu i Samorządu (FINBiS) w Toruniu.

Konkurs Liderzy Innowacji Pomorza i Kujaw (LIPiK), organizowany przez Toruńską Agencję Rozwoju Regionalnego S.A., od lat wyróżnia przedsiębiorstwa, które swoją działalność opierają na wiedzy, nowoczesnych technologiach i twórczym myśleniu. Jego celem jest promowanie firm z województwa kujawsko-pomorskiego, które poprzez innowacyjne rozwiązania przyczyniają się do rozwoju gospodarczego regionu i budują jego konkurencyjność w skali kraju i Europy.

Konkurs służy również wspieraniu współpracy pomiędzy nauką a biznesem, zachęcając do wdrażania wyników badań naukowych w praktyce gospodarczej i rozwoju nowatorskich przedsięwzięć technologicznych.

Nieodłącznym elementem idei LIPiK jest promocja województwa kujawsko-pomorskiego jako regionu przyjaznego innowacjom – miejsca, w którym nauka, przedsiębiorczość i samorząd działają wspólnie, tworząc sprzyjające warunki do powstawania nowoczesnych produktów, usług i technologii.

Helpers' Generation

W dniach 1–5 grudnia 2025 r. na terenie Collegium Medicum odbyła się kolejna edycja studenckiej akcji Helpers' Generation, organizowanej we współpracy z Fundacją DKMS. Jako społeczność akademicka Collegium Medicum, przyszli medycy i pracownicy ochrony zdrowia, mają szczególną świadomość tego, jak ważna jest walka z nowotworami krwi.

Misją Fundacji DKMS jest znalezienie dawcy dla każdego pacjenta potrzebującego przeszczepienia szpiku lub komórek macierzystych. Często jest to jedyna szansa na życie dla chorych na białaczkę i inne nowotwory układu krwiotwórczego. Im więcej osób w bazie, tym większa szansa na znalezienie „bliźniaka genetycznego”.



Pierwszy zabieg ablacji częstoskurczu komorowego od strony osierdzia po zabezpieczeniu dwutlenkiem węgla

Wojciech Krupa



W Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych kierowanej przez prof. Jacka Kubicę został przeprowadzony po raz pierwszy zabieg ablacji nawracającej zagrażającej arytmii serca z dostępu przez osierdzie po wcześniejszym podaniu dwutlenku węgla. Zabieg został wykonany w Pracowni Elektrofizjologii Kliniki Kardiologii przez zespół elektrofizjologów pod kierunkiem dr. Wojciecha Krupy (dr n. med. Wojciech Krupa, dr n. med. Tomasz Fabiszak, personel pielęgniarski Pracowni – mgr piel. Alicja Kokoszewska, mgr piel. Marzena Majcherczak).

Zabieg wykonano u pacjenta z nawracającymi wyładowaniami wszczepionego kardiowertera – defibrylatora z powodu napadów częstoskurczu komorowego. W sierpniu 2025 r. wykonano klasyczny przeznaczony zabieg ablacji od strony światła lewej komory, jednakże nie udało się usunąć podłoża groźnej arytmii. Taka sytuacja może występować u pacjentów, gdy blizna po zawale serca albo innej chorobie zlokalizowana jest na zewnątrz ścian serca, wtedy dostęp od środka serca jest niewystarczający. Alternatywą jest ablacja od zewnątrz, po przezskórnym nakłuciu worka osierdziowego. Procedura taka niesie za sobą jednakże ryzyko uszkodzenia ścian serca, podczas nakłucia ściany klatki piersiowej – jej bezpieczeństwo można istotnie zwiększyć poprzez wcześniejsze podanie niewielkiej ilości dwutlenku węgla (CO²) do worka osierdziowego.

Nie wiąże się to z koniecznością otwierania klatki piersiowej. W celu bezpiecznego nakłucia worka osierdziowego do jego światła podaje się niewielką objętość dwutlenku węgla (CO²). Powoduje to oddzielenie od siebie blaszek osierdzia i wytwarza bezpieczną przestrzeń do nakłucia i wprowadzenia cewników do ablacji na powierzchnię serca od zewnątrz.

Przebieg ablacji w/w sposobem u naszego chorego pozwolił na skuteczne usunięcie substratu arytmii, bez istotnego ryzyka zabiegu.

Wydaje się, że taka metoda pozwoli rozszerzyć zakres ablacji u chorych z groźnymi komorowymi zaburzeniami rytmu, dla których dostęp klasyczny (przez żyłę albo tętnicę) do ablacji jest niewystarczający. Aktualnie zespół elektrofizjologów ze Szpitala Jurasza rozpoczyna wielośrodkowe, prospektywne, randomizowane badanie ablacji endo-epikardialnej w porównaniu do ablacji endokardialnej w leczeniu częstoskurczów komorowych na podłożu kardiomiopatii niedokrwiennej.

dr n. med. Wojciech Krupa, specjalista z zakresu kardiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza



Farmakologia

Wojciech Szczęsny

Omnia sunt venena, nihil est sine veneno. Sola dosis facit venenum (Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną. Tylko dawka czyni, że dana substancja jest trucizną)

Phillippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (Paracelsus) (1493–1541)

Jeśli by zapytać kogolwiek z czym kojarzą mu się wizyty u lekarza, to prócz badania, zapewne wymieni otrzymaną receptę. Dzisiaj stanowi ona kod cyfrowy, który w powizaniu z numerem PESEL umożliwia w aptece jej realizację. Słowo „recepta” pochodzi od łacińskiego czasownika *recipere*, oznaczającego „przyjmować”. Skrót Rp. widywany na dawnych pisanach czy gotowych drukach do wypełnienia oznacza „weź”. Otóż pierwotnie były one przepisem (stąd angielska nazwa „*prescription*”) dla farmaceuty. Zatem „weź” tyle tego, tyle owego i jeszcze tego. Na końcu lekarz zlecał (po łacinie rzecz jasna) co z owymi składnikami zrobić należy. A więc „*misce, fiat solutio*”, „*misce, fiat pulvis*” (zmieszaj, aby powstał roztwór czy proszek). Wskazywał też ilość leku dla pacjenta pisząc: „*dentur tales doses (daj takich dawek)*”. Żeby zbyt wiele nie pisać, powstały odpowiednie skróty:



Galen, aut. P. R. Vigneron (ok. 1820)

m. f. s.; m. f. pulv. czy d. t. d. Musiałem się kiedyś ich nauczyć. Najbardziej zapamiętałem „q.s – quantum satis”, czyli ile trzeba. Do dziś nie wiem ile....

Ze słynnych recept jakie powstały przez wieki należy przypomnieć te pisane ręką naszego największego astronoma. 32 takowe druki znajdują się w Bibliotece Uniwersyteckiej w Uppsali. Znalazły się tam wraz z innymi księgami Mikołaja w wyniku kradzieży podczas potopu szwedzkiego. Dotyczyły one remediów na różne przypadłości. Kanonik nie do końca był jednak przekonany o słuszności doboru składników, gdyż dopisywał zdanie: „jeżeli Bóg zechce, to napój pomoże”.

W języku polskim „lek” i „lekarstwo” to obecnie synonimy. Jednak przed wiekami znaczyły każdy co innego. Lek był istotnie środkiem farmakologicznym, natomiast lekarstwo oznaczało pierwotnie „sztukę lekarską, leczenie”, a także zawód lekarza lub znachora. Dawne słowniki (z XVI w.) zamieszczają taki oto cytat: „Paraliżem zrażony, do Krakowa jechał dla lekarstwa” – czyli udawał się na kurację.

Pozostajmy jeszcze na chwilę przy rozważaniach etymologicznych. W medycynie są one doprawdy ciekawe. Skąd wzięło się słowo farmakologia? Jak prawie zawsze źródłosłów jest grecki. *Pharmakon* – miał początkowo dwa znaczenia „lek” i „trucizna”, przy czym to pierwsze zaczęło przeważać; *logia* – nauka. Zwróćmy uwagę na fakt, że język antycypował to, o czym wspominał Paracelsus, autor motta tego wykładu. Jeszcze ciekawsze jest to, że języku staroegipskim „*Ph-ar-ma-ki*” znaczyło „obdarowujący bezpieczeństwem” i kojarzone było z bogiem Thotem, patronem lekarzy.

Wydaje się, że we wszystkich kulturach na całym globie, medycyna miała swój początek w chirurgii obrażeń oraz leczeniu innych chorób za pomocą preparatów pozyskiwanych z roślin. Według mitologii greckiej bogiem medycyny był Apollo. Takie słowa włożył w jego usta Owidiusz (43 p.n.e.–18 n.e.) w „*Metamorfozach*”: „Sztuka medycyny jest moja, znam wszystkie zioła i rośliny, które rosną na polach i w lasach, znam ich moc i jestem wielkim lekarzem zwanym Apollo”.

W zasadzie we wszystkich starożytnych tekstach medycznych znajdujemy opisy zarówno lekarstw, jak i ich przeznaczenia. Wiedzę na temat roli roślin i substancji powstałych na ich bazie gromadzono przez tysiące lat. W epoce wspólnoty pierwotnej leczeniem i przyrządzaniem leków zajmowały się kobiety, a następnie funkcję tę przejęli znachorzy – szamani. Była to wiedza dość pilnie strzeżona. W wielkich kulturach

starożytnych (sumeryjskiej, babilońskiej, w Indiach, Chinach i Egipcie) całokształt problemów związanych z lecnictwem i przyrządzaniem leków pozostawał w gestii kapłanów. Wśród artefaktów archeologicznych z tego okresu znajdowane są pierwsze wzmianki o stosowaniu leków. Wzory recept znalazły się na tabliczkach (z ok. 3000 p.n.e.) z sumeryjskiego miasta Nippur; opis leków występuje w Kodeksie Hammurabiego, indyjskich Wedach (ok. 1500 p.n.e.) i słynnych egipskich papirusach „medycznych” Ebersa (ok. 1550 p.n.e.) i Smitha (ok. 1350 p.n.e.).

Na przełomie I i II w. n.e. w Chinach powstało dzieło *Shennong Bencaojing* przypisywane Shennongowi (Boski Rolnik), który był mitycznym cesarzem chiński i bohaterem mitologii chińskiej. Jakkolwiek tekst nie zachował się, zawierał ponoć opis około 360 roślin leczniczych wraz z ich zastosowaniem. W Grecji i Rzymie, zawód lekarza i farmaceuty, choć dotąd nierozrwalny, zaczął się rozdzielać.

W Wiecznym Mieście (na przeł. I w. p.n.e. i I w. n.e.) sprzedają leków zajmowali się domokrażcy oraz kupcy sprzedający je w kramach w wyznaczonych miejscach. I właśnie tam powstała nauka o lekach. Jej twórcą był najślynniejszy w tym czasie lekarz pochodzenia greckiego Galen (Claudius Galenus) (129–216). Jego zasługi dla medycyny są nie do przecenienia. Anatomia, którą opisał, choć obarczona błędami, przetrwała 1500 lat do czasów odrodzenia. Stworzył on podwaliny farmakologii stosowanej. Zbudował całościową teorię leku, powiązaną z patologią i terapią. Wprowadził do medycyny szereg form leków, takich jak proszki, wyciągi, nalewki na wodzie, winie, occie lub miodzie, a także stosował odwary, napary, pastylki, pigułki, maści i mazidła. Do dziś istnieją „laboratoria galenowe”, które zajmują się wytwarzaniem leków, często bazując na tradycyjnych metodach i surowcach roślinnych, zgodnie z zasadami opracowanymi przez wielkiego Rzymianina.

Upadek Imperium Romanum spowodował przymieszczenie się ośrodków nauki i kultury na wschód do świata arabskiego. Pierwsze apteki pojawiły się w Bagdadzie około 754 r. n.e. Z czasem profesja lekarza i farmaceuty zaczęły się oddzielać. Przyczynił się do tego edykt cesarza Fryderyka II (1194–1250) z 1231 r. Precyzował on zakres czynności i obowiązków aptekarzy. Ich sklepy mogły być otwierane tylko za zgodą władz. Zawierał także m.in. normy dotyczące sporządzania leków według lekospisów oraz zasady kontroli aptek przez lekarzy.

W następnych wiekach zaczęto tworzyć spisy preparatów stosowanych w leczeniu. Były to tzw. farmakopee, czyli kodeksy apteczne – urzędowy spis leków dopuszczonych w danym kraju lub na danym terenie do obrotu, oraz obwarowany tymi samymi zastrzeżeniami spis surowców służących do ręcznego

sporządzania niektórych z tych preparatów w aptece (leków recepturowych).

Samo słowo farmakopea oczywiście ma źródłośw grecki i pochodzi od starogreckiego *pharmakopoiia* – „wytwarzanie leku”. Jest to połączenie słów *pharmakon* – „lek” (lub „trucizna”), oraz *poiein* – „wytwarzać”. Pierwszy taki spis pojawił się we Florencji w 1498 r. pod nazwą *Nuovo Receptario Composto*. *Farmakopea Dispensatorium Brandenburgicum* z 1698 r. obowiązywała w całej Brandenburgii, a po powstaniu Królestwa Pruskiego na mocy rozporządzenia Fryderyka I (1657–1713) na terenie całego państwa. Prekursorem farmakopei było pięciotomowe dzieło greckiego lekarza i farmaceuty Pedaniosa Dioskurydesa (ok. 40–ok. 90) *De Materia Medica*. Ów pracujący w Rzymie uczoney opisał w nim ponad 500 gatunków roślin leczniczych.

Oczywiście farmakologia rozwijała się na całym świecie, nie tylko w kulturach europejskich. Znakomitym przykładem jest tu *Manuskrypt Badinusa*. Dzieło pochodzące z Ameryki Południowej, odkryte w Bibliotece Watykańskiej w 1929 r. przez amerykańskiego historyka Charlesa Upsona Clarka (1875–1960). Jest najwcześniejszym traktatem o meksykańskich roślinach leczniczych i rodzimych środkach leczniczych, jaki kiedykolwiek przetrwał do naszych czasów. Jest to praca dwóch Indian Azteków: Martinusa de la Cruza, miejscowego lekarza, który ją napisał w języku azteckim, a przetłumaczona na łacinę przez Juana Badiano (1484–po 1552). Tekst książki, która jest zielnikiem, traktuje o farmakologicznym leczeniu chorób.

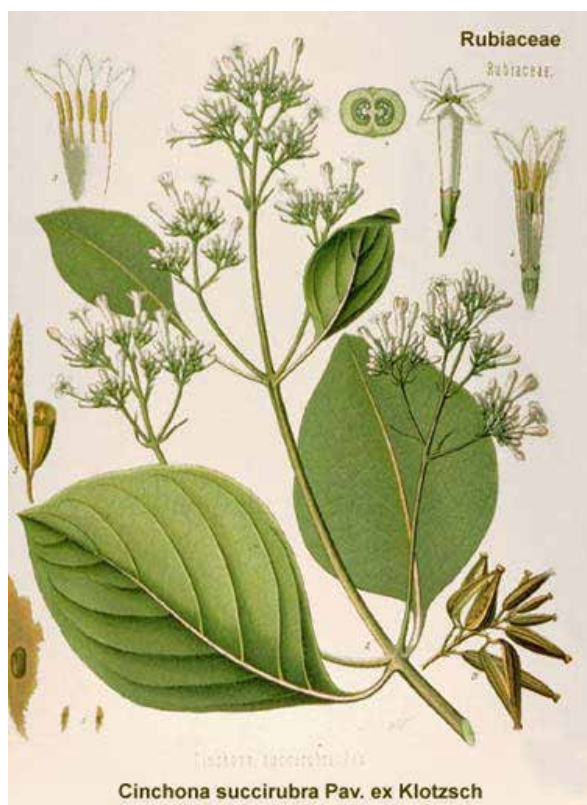


Paracelsus, aut. Quinten Massys



Mak lekarski (*Papaver somniferum* L.)

Cytowany już wyżej autor motta tego wykładu Phillippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (Paracelsus) (1493–1541) był jednym z najwybitniejszych farmakologów w dziejach. Ten prominentny przedstawiciel jatročemii badał wiele substancji chemicznych pod kątem wykorzystania



Chinina (*Cinchona succirubra*)

ich jako leku. Zdanie, które zawarłem w motto czyni go patronem hormezy, czyli zjawiska polegającego na tym, że czynnik występujący w przyrodzie, szkodliwy dla organizmu w większych dawkach, w małych działa na niego korzystnie. Nie koniec na tym jego zasług. Rozwinął starą naukę o sygnaturze. Cóż to takiego? Otóż uważał on, że Bóg dał ludziom lek (arcanum) na każdą chorobę i aby ułatwić im szukanie dodał odpowiednie znaki zewnętrzne (sygnatury). W związku z tym ordynował rośliny o liściach nerkowatych na choroby nerek, surowce żółte na żółtaczkę, a makówki na bóle głowy. Opracował też metody przetwarzania surowców roślinnych tak, aby wydobyć z nich owe arcanum, czyli według dzisiejszej nomenklatury aktywny składnik. Z tego względu uważa się go za ojca farmakognozji (gr. pharmakon – lek i gnosis – wiedza). To dział farmacji będący nauką o substancjach pochodzenia naturalnego, które są wykorzystywane jako leki.

Skoro już poruszyliśmy temat arcanum. Staro-dawni medycy i farmaceuci znali „moc” roślin i ich pochodnych, suszu, nalewek, odwarów (decocta) i wywarów (infusa). Co więcej, wiedzieli na jakie choroby należy je zastosować. Można stwierdzić, że do końca XVIII w. używano roślin pod wieloma postaciami, nie znając substancji czynnej powodującej takie, a nie inne reakcje organizmu. Trzeba było dziesiątek czy nawet setek lat, by poznać co zawierają i jaka substancja jest owym arcanum.

Jedną z najważniejszych roślin w historii medycyny to mak lekarski (*Papaver somniferum*). Jego działanie przeciwbólowe i nie tylko, było znane od tysięcy lat. Wysuszony sok to opium, substancja która powodowała zarówno śmierć i ulgę, a o kontrolę nad handlem nią toczono wojny. Jego działanie wynika z zawartości około 20 alkaloidów, a wśród nich morfiny, kodeiny czy papaweryny. Te ostanie wyizolowane metodami chemii organicznej stanowią do dziś podstawę leczenia wielu schorzeń.

Podobnym przykładem jest wyizolowanie chininy. Zapewne większość czytelników pamięta, że lek ten ocalił życie Nel, bohaterki „W pustyni i w puszczy”. Dzielný Staś otrzymał cenne remedium od obozującego nieopodal podróżnika Lindego, który wraz z ze swoimi ludźmi, chorymi na śpiączkę, sam będąc ranny dożywał swoich dni. Przeciwwgorączkowe działanie kory chinowca było znane rdzennym mieszkańcom Peru. Europejczycy poznali je w 1636 r. dzięki wyleczeniu przez miejscowego szamana z „ciężkiej gorączki” wysokiego urzędnika Juana Lopeza de Canizares. Wypił on wyciąg z owej kory. Dwa lata później na podobną przypadłość zaniemogła hrabina de Cinchon doña Francisca Henriquez de Ribera, żona wicekróla Luisa Jeronimo Fernandez de Cabrera y Bobadilla. Okazało się, że jest ona chora na malarię. Juan Lopez pospieszył jej na pomoc przywożąc do Limy specyfik. Nim podano go hrabinie, przeprowadzono próby. Kuracja

zakończyła się pełnym sukcesem. Nazwisko wielkiej damy uwiecznił w swej systematyce Karol Linneusz (1707–1778), opisując cudowne drzewo utworzył nowy rodzaj *Cinchona*, oddając w ten sposób hołd wicekrólowej. Sproszkowana kora robiła zatem karierę, ale nadal nie znano arcanum. Substancję czynną, czyli chininę wyizolowali dwaj farmakolodzy francuscy Pierre Joseph Pelletier (1788–1842) i Joseph Caventou (1795–1877). Jadąc do Afryki kupił ją nieszczęsny Linde, którego zabił dzik, a nie malaria.

Jak się okazuje, warto wracać do starych zielników i farmakopei. W 2015 r. Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny otrzymała chińska uczona Tu Youyou (1930–). W swoich badaniach skupiła się na analizie tradycyjnej medycyny chińskiej. W 1971 r. jej zespół otrzymał wyciąg z bylicy rocznej (*Artemisia annua* L.), a rok później odkrył w nim artemeter, organiczny związek chemiczny, który znalazł zastosowanie w leczeniu malarii.

Nikogo nie zdziwię pisząc, że podstawą farmakologii jest chemia. Nauka ta wywodzi się z alchemii, która magna pars zajmowała się poszukiwaniem „kamienia filozoficznego”, czyli substancji przemieniającej ołów w złoto, szkło w diamenty itp. Za „ojców” współczesnej chemii uważa się Roberta Boyle’a (1627–1691), Antoine Lavoisiera (1743–1794) i Johna Daltona (1766–1844), którzy rozpoczęli badania z użyciem metody naukowej. Zaczęto, dzięki coraz to nowym metodom, wyodrębniać związki chemiczne, odkrywano nowe pierwiastki i uporządkowano je według systemu rosyjskiego geniusza. Do 1828 r. uważano, że związki chemiczne występujące u istot żywych są zbyt złożone, by można było je otrzymać na drodze syntezy chemicznej wychodzącej od prostych związków nieorganicznych. Panowało również przekonanie, że do takich reakcji potrzebna jest niedookreślona „siła życiowa” (łac. *vis vitalis*, fr. *élan vital*). Człowiekiem, który obalił ten mit był niemiecki chemik Friedrich Wöhler (1800–1882). Przeprowadził syntezę mocznika (produkowanego przez żywe organizmy) z wykorzystaniem cyjanianu amonu NH_4OCN .

Kiedy wiedzieliśmy już co działa, pozostało pytanie jak? Jedną z pierwszych odpowiedzi była koncepcja SAR (Structure–Activity Relationship), czyli zależność aktywności od struktury związku. Wprowadził ją James Blake (1815–1893). Oznacza to związek między strukturą chemiczną a jej właściwościami lub efektem biologicznym. Współcześnie, zwłaszcza w dziedzinie farmacji, jest to badanie, w jaki sposób zmiany w strukturze cząsteczki wpływają na jej działanie, jak np. w przypadku projektowania nowych leków.

Przykładem może być tragedia związana z Talidomidem, lekiem nasennym i przeciwwymiotnym stosowanym na przełomie lat 50. i 60. XX w. przez kobiety w ciąży. Powodował on tragiczne deformacje płodu lub śmierć dziecka. Okazało się, że zawierał on dwa

enancjomery (był, jak to nazywa nauka, racematem), czyli cząstki chemiczne, które są wzajemnymi odbiciami lustrzanymi. Jedna z nich miała działanie teratogenne (uszkadzające płód). Mała zmiana konfiguracji chemicznej stała się przyczyną tragedii.

Wiemy dzisiaj, że działanie leku nie zależy tylko od jego struktury, ale też od dawki, czy drogi podania. Część farmakologii zajmującą się tym problemem nazywamy farmakokinetyką. Jej twórcą był szwedzki uczony Torsten Teorell (1905–1992). Dzięki tym pracom wiemy jaki jest czas rozkładu i wydalania leku, co powoduje potrzebę podawania następnych dawek. Ma to za zadanie osiągnięcie tzw. poziomu terapeutycznego, a więc takiego stężenia substancji we krwi i tkankach, aby rzeczywiście działała.

Nieco podobnymi problemami zajmuje się farmakodynamika, badająca wpływ leków na organizm, w tym odpowiedzi na ich działanie oraz czasem trwania i wielkością tejże. Oba te pojęcia wprowadził niemiecki uczony Oswald Schmiedeberg (1838–1921). Oczywiście farmakologia czerpała (i czerpie nadal) z rozwoju innych dziedzin nauki i medycyny. Wielki wpływ miały tu odkrycia z dziedziny fizjologii dokonywane przez takich tytanów tej nauki jak Claude Bernard (1813–1878) czy François Magendie (1783–1855).

Za ojca nowoczesnej farmakologii uważany jest niemiecki uczony Rudolf Buchheim (1820–1879). Wprowadził on eksperymentalne metody badawcze, w tym



R. Buchheim

Rudolf Buchheim, *Begründung der wissenschaftlichen Arzneimittellehre und Pharmakologie* (1911)



Caspar Bauhin, Uniwersytet w Bazylei, 1598 r.

testy na zwierzętach, co umożliwiło systematyczne badanie mechanizmów działania leków i zastąpiło dawne, oparte na tradycji metody. Był pierwszym profesorem farmakologii w Dorpacie (obecnie Tartu w Estonii), a później został profesorem na Uniwersytecie w Giessen.

Trudno nawet po części wymienić ludzi, którzy tworzyli i badali przez ostatnie stulecia leki. Jednym z największych geniuszy był niemiecki farmakolog Paul Ehrlich (1854–1915), laureat Nagrody Nobla z 1908 r. Stworzył między innymi (przed erą antybiotyków) pierwszy skuteczny preparat w leczeniu syfilisu pod nazwą „Salvarsan”. To on jest twórcą pojęcia chemioterapii, czyli leczenia chorób za pomocą substancji chemicznych. Każdy wie, że farmacja to nie tylko nauka, ale i potężny biznes.

Odkrycia z drugiej połowy XIX w. spowodowały wzrost zapotrzebowania na substancje lecznicze. Odpowiedzią było powstanie zakładów chemiczno-farmaceutycznych, a następnie czysto farmaceutycznych. Jednym z nich była fabryka barwników a następnie leków założona przez Friedricha Bayera (1825–1880). To tu powstała słynna aspiryna.

Dziś koncerny farmaceutyczne obracają bilionami dolarów. Oczywiście budzi to zazdrość wielu. Powstają teorie spiskowe. Według mojej ulubionej, leki na najcięższe choroby już dawno opracowano, ale gdyby wszystkich ludzi wyleczono, firmy i siedzący w ich kieszeniach lekarze zbankrutowaliby. Druga to taka, że lekarzom nie wolno zapisywać innych leków niż te, za ordynowanie których ciężkie pieniądze płacą im koncerny. To zdaniem „przebudzonych” wyjaśnia marki samochodów na szpitalnych parkingach. No

cóż, popełniłmy gdzieś błąd w edukacji społeczeństwa. Ale to tak na marginesie.

Ze względów oczywistych istnieją związki pomiędzy lekarzami a przemysłem farmaceutycznym. Dawniej też były. Otóż jedną z najczęściej stosowanych kuracji na wszelkie dolegliwości w dawnych wiekach była lewatywa. Stosowali ją chłopci i królowie, przy czym ci ostatni używali złotych strzykawek z hebanowymi rączkami. Dość powiedzieć, że Król Słońce (Ludwik XIV [1638–1715]) w czasie swego dość długiego życia miał takich zabiegów kilka tysięcy. W tym okresie aptekarze wytwarzali płyny do enemy na bazie wielu produktów. Król Francji Ludwik XIII (1601–1643) gustował w mleku migdałowym. W owych roztworach znajdowały się też cukier, mleko, rosół, wino i podobne. Powstał zatem problem natury teologicznej, czy wolno wykonywać zabiegi w dniach nakazanych przez Kościół postów, a było ich w ciągu roku całkiem sporo (wszystkie piątki, Wielki Post i jeszcze kilka innych dni). Czy substancje odżywcze nie dostają się do ciała, niszcząc w ten sposób ideę postu? Jako, że apteki produkowały owe ingrediencje w dużych ilościach, proceder był zaś nader opłacalny, odpowiedź na owo pytanie miała swoją realną cenę. Bazylejscy farmaceuci zwrócili się zatem z nim do Gasparda Bauhina (1560–1624). Jak wiadomo, substancje odżywcze wchłaniają się w jelicie cienkim a nie w grubym. Miejsce ich połączenia jest tzw. zastawka krętniczo-kątnicza. Jej odkrywcą (w wieku 19 lat!) był właśnie Bauhin. Działa ona w ten sposób, że przepuszcza treść tylko w stronę jelita grubego. Uczony anatom orzekł, że nie, gdyż wlewane do jelita grubego substancje nie wchłaniają się, a odkryta przez niego zastawka zapobiega przechodzeniu ich do jelita cienkiego. Uradowani tym werdyktem aptekarze nagrodzili go całkiem pokaźną sumką. Tak oto wykonano pierwsze badania kliniczne na potrzeby przemysłu farmaceutycznego.

Wiele dziesiątek tysięcy lat minęło od sporządzenia pierwszego leczniczego wywaru do leków do projektowania indywidualnie dobranych preparatów z pomocą AI. Po drodze były sukcesy, ale też zbrodnie w postaci eksperymentów na ludziach. Nie wyobrażamy sobie życia bez leków. To one utrzymują przy życiu cukrzyków, łagodzą objawy wielu przewlekłych chorób czyniąc życie ludzi chorych znośnym. To za ich pomocą jesteśmy znieczulani do zabiegów, wreszcie w wielu dziedzinach onkologii dokonały one przełomu, o których nasi poprzednicy nie mogli nawet marzyć. Jeszcze wiele przed nami. Wiele dobrego, wiele zwycięstw. Ale zawsze pamiętam rzymską maksymę: „Contra vim mortis non est medicamen in hortis” (Przeciw sile śmierci nie ma ziela w ogrodzie).

dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK, Katedra Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej CM UMK

Żywność, które leczy psychikę – „Dobry posiłek w szpitalu”

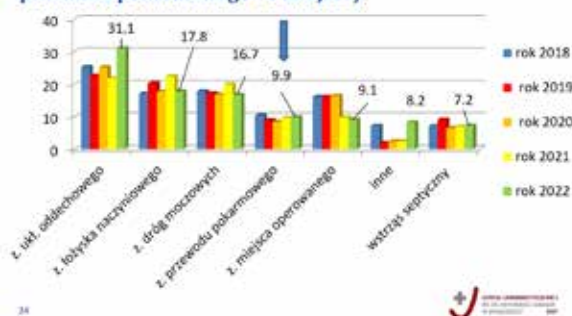
Joanna Nowak-Rut

„Żywność to leki. Zanim podasz leki,
podaj jedzenie”
Majmonides XII w.

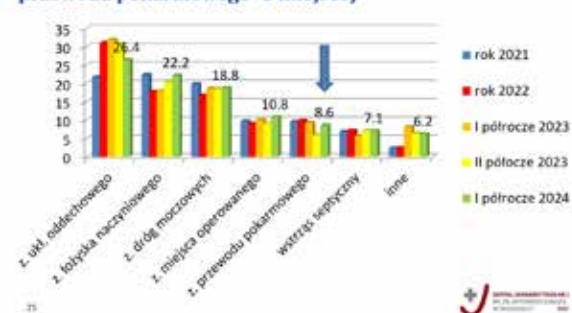
Odżywianie i psychika są ze sobą ściśle powiązane – to co jemy niewątpliwie wpływa na nasz nastrój, poziom energii, koncentrację, a nawet podatność na stres czy depresję. Nasza dieta może wspierać mózg lub systematycznie zaburzać jego działanie. Jednocześnie stan psychiczny oddziałuje na nasze nawyki żywieniowe (np. jedzenie emocjonalne, brak apetytu przy stresie). Dlatego to jak się czujemy zależy w dużej mierze od tego jak trawimy. Ponadto, to co jemy kształtuje także naszą mikrobiotę. Jelita nazywane są „drugim mózgiem”, gdyż produkują większość serotoniny, czyli hormonu szczęścia (aż w 90%). Produkcja serotoniny jest zależna m.in. od tryptofanu, który znajduje się np.: w bananach, jajkach, nasionach czy rybach. Stosując dietę ubogą w błonnik, z dużą ilością konserwantów lub często po antybiotykoterapii doświadczamy zjawiska dysbiozy. Jest to stan, który wpływa na zmniejszenie produkcji serotoniny, co w konsekwencji skutkuje zwiększonym ryzykiem depresji i stanów lękowych.

Sposób żywienia wpływa także na psychikę pacjenta hospitalizowanego w szpitalu, który oprócz wielu obciążeń związanych ze swoją jednostką chorobową, pragnie wsparcia ze strony personelu medycznego. Dlatego smaczny, ciepły i estetycznie podany posiłek poprawia jego nastrój, daje poczucie „normalności” w trudnym czasie. Natomiast monotonne, mało atrakcyjne jedzenie może pogłębiać poczucie bezradności, frustracji, a nawet sprzyjać stanom depresyjnym. Dobrze zorganizowane żywienie to sygnał, że pacjent jest traktowany z szacunkiem. Należy pamiętać, że niedobory żywieniowe (np. witaminy B, magnezu, cynku, żelaza, kwasów omega-3) mogą wpływać m.in. na pogorszenie koncentracji, pamięci, a co za tym idzie nasilenie drażliwości i lęku oraz spadek motywacji. Pacjenci przewlekle chorzy są szczególnie narażeni na depresję. Nieadekwatne żywienie (np. brak białka, tłuszczów nienasyconych, witamin) może nasilać objawy depresyjne. Odpowiednia dieta wspierająca oś jelitowo-mózgową (błonnik, kiszonki itp.) może poprawiać samopoczucie psychiczne.

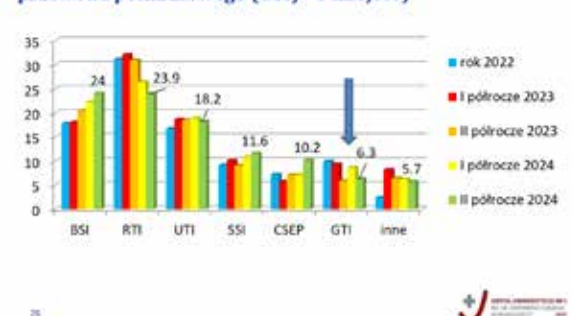
Postaci zakażeń (%) 2022 (szpitalne zakażenia przewodu pokarmowego - 4 miejsce)



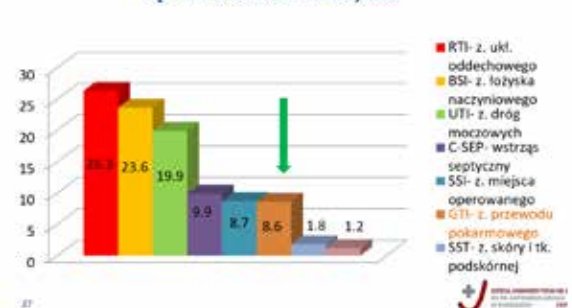
Postaci zakażeń (%) I półrocze 2024 (zakażenia przewodu pokarmowego- 5 miejsce)



Postaci zakażeń (%) II półrocze 2024 (zakażenia przewodu pokarmowego (GTI) - 6 miejsce)



Szpitalne zakażenia przewodu pokarmowego (%)
I półrocze 2025- 6 miejsce!



Zakażenia szpitalne przewodu pokarmowego o etiologii *Clostridioides difficile*

Rok	Liczba zakażeń - Klinika I	Liczba zakażeń - Klinika II
2022	34	75
2024	16	43



Liczba ognisk epidemicznych o etiologii *C. difficile*

Rok	Ogniska epidemiczne
2022	12
2024	4!



Żywnienie w szpitalu stanowi istotny element leczenia, gdyż nie tylko wspomaga powrót do zdrowia, ale może decydować o skuteczności terapii oraz czasie rekonwalescencji. Jest to interwencja medyczna i psychologiczna jednocześnie. Dobre posiłki poprawiają nastrój, zwiększają poczucie bezpieczeństwa i współpracę z personelem. Żywnienie w szpitalu to nie tylko

paliwo dla organizmu, ale też ważny element wsparcia psychicznego. Prawidłowy stan odżywienia/nawodnienia przekłada się na szybsze gojenie się ran pooperacyjnych i mniejsze ryzyko powikłań, a pacjent odczuwa większą nadzieję i sens leczenia. Natomiast dieta niebilansowana utrudnia powrót do zdrowia. Więcej komplikacji jest dla chorego źródłem frustracji, stresu oraz poczucia, że "leczenie nie działa".

Otyłość i niedożywienie są ogromnymi problemami żywieniowymi. Niebywały problem właściwego odżywienia występuje przy otyłości, gdzie psychika chorego potrzebuje największego wsparcia. Chęć pozbycia się nadmiaru kilogramów nie idzie w parze z chęcią pozbycia się złych nawyków żywieniowych, a szczególnie zmniejszenia ilości oraz wielkości posiłków. Im większy nadmiar kilogramów, tym większe nieprawidłowe zachowania żywieniowe. Przede wszystkim jest to ogromne cierpienie dla pacjenta, ale doświadczeniem bolesnym jest dla całej jego rodziny. Nie można też zapomnieć o wyzwaniach personelu medycznego, dla którego ogromny wysiłek fizyczny wkładany w opiekę nad pacjentem z otyłością przekłada się również na obciążenie psychiczne.

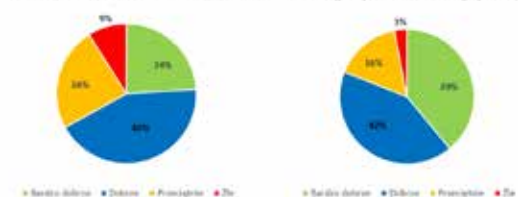
Z kolei niedożywienie prowadzi do szeregu niekorzystnych zmian zdrowotnych, wśród których wymienia się m.in.: zaburzenia funkcji układu pokarmowego (osłabienie perystaltyki jelit, zaburzenia trawienia i wchłaniania, namnażanie się bakterii w jelitach), podatność na powstawanie odleżyn czy upośledzenie gojenia ran pooperacyjnych. Jednym z następstw niedożywienia jest znaczne obniżenie odporności, a w konsekwencji zwiększenie ryzyka występowania zakażeń.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy w 2023 roku przystąpił do ogólnopolskiego programu „Dobry posiłek w szpitalu”. Jest to program pilotażowy wprowadzany przez szpitale zgodnie z wytycznymi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. Poza wdrożeniem optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców założeniem programu jest również zwiększenie dostępności porad żywieniowych w szpitalach. Dzięki niemu pozyskałszy dodatkowe środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia na poprawę jakości żywienia pacjentów podczas ich pobytu w szpitalu. Zgodnie z wytycznymi, tygodniowy jadłospis jest umieszczany na bieżąco na stronie internetowej Szpitala w zakładce ABC Pacjenta – „Dobry posiłek w szpitalu – pilotaż”. Wszystkie posiłki są przygotowywane w oparciu o jadłospis opracowany przez dietetyka, zapewniający urozmaicenie potraw i zbilansowanie wartości składników odżywczych w diecie. Wprowadzenie programu „Dobry posiłek w szpitalu” spowodowało szereg pozytywnych zmian w żywieniu chorych. Jest to m.in. rozszerzenie menu naszych chorych o dodatkowy posiłek wieczorny, np. serek homogenizowany, jogurt owocowy bądź naturalny, w zależności od diety,

Analiza badania satysfakcji pacjentów

Jak ocenia Pan/Pani jakość posiłków- urozmaicenie/smak?

2022 r. (przed wprowadzeniem dobrego posiłku) 2024 r. (po wprowadzeniu dobrego posiłku)



Analiza badania satysfakcji pacjentów

Jak ocenia Pan/Pani jakość posiłków- ilość?

2022 r. (przed wprowadzeniem dobrego posiłku) 2024 r. (po wprowadzeniu dobrego posiłku)



deser z musem, drożdżówkę, babkę piaskową. Dodatkowym atutem jest zapewne zwiększona porcja mięs na obiad (z 90 g na 120 g). Codziennie do obiadów serwowane są napoje (kompoty, soki). Znaczącą zmianą jest wprowadzenie owoców i warzyw każdego dnia, naprzemiennie do śniadań i kolacji. Na śniadanie każdy chory otrzymuje dodatkowo zupę mleczną.

Jednak poprawa jakości żywienia pacjentów wpłynęła również na inny obszar działalności szpitala. Mianowicie, posiadając wiedzę, że niedożywienie/kacheksja jest jednym z czynników ryzyka predysponującym do wystąpienia zakażenia szpitalnego postanowiliśmy przyrzeć się bliżej żywieniu chorych w naszym szpitalu. W związku z powyższym Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przystąpił do obserwacji wpływu zmiany modelu żywienia na obniżenie występowania zakażeń przewodu pokarmowego u hospitalizowanych chorych. Prowadząc od wielu lat monitorowanie sytuacji epidemiologicznej Szpitala – Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych nie zanotował tak korzystnego trendu w walce z zakażeniami nigdy wcześniej (przed wprowadzeniem programu „Dobry Posiłek w Szpitalu”), czyli widocznego spadku szpitalnych zakażeń przewodu pokarmowego. W 2022 roku notowaliśmy w szpitalu najwięcej zakażeń układu oddechowego w stosunku do wszystkich zgłoszonych i zarejestrowanych zakażeń. Na miejscu drugim uplasowały się zakażenia układu moczowego. Trzecimi pod względem występowania w szpitalu były zakażenia łóżyska naczyniowego. Natomiast czwarte w kolejności były zakażenia przewodu pokarmowego. W 2024 roku zaobserwowaliśmy, że udział tej postaci zakażeń w stosunku do pozostałych znacząco się zmniejszył. Przesunięcie z miejsca czwartego w 2022 roku na szóste miejsce w 2024 roku potwierdziło spadek szpitalnych zakażeń przewodu pokarmowego. Dowodzi to zatem, że wprowadzenie programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalu”, a co za tym idzie poprawa jakości żywienia chorych wpłynęła na obniżenie odsetka szpitalnych zakażeń przewodu pokarmowego. Podsumowanie I półrocza 2025 r. potwierdziło, że tendencja nadal utrzymuje się na tym poziomie.

Najczęstszym czynnikiem etiologicznym zgłaszanych w naszym szpitalu zakażeń przewodu pokarmowego jest *Clostridioides difficile* (CDI). To bakteria wywołująca poważne w skutkach zakażenie. Czynniki predysponujące do wystąpienia tego zakażenia to m.in. antybiotykoterapia, długi pobyt w szpitalu bądź zakładzie opiekuńczo-leczniczym, osłabiona odporność, wiek chorego oraz choroby współistniejące. Zakażenie wywołane tym drobnoustrojem jest chorobą zakaźną podlegającą zgłoszeniu do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i wymagające hospitalizacji pacjenta w odosobnieniu (izolacji) – co ma ogromny wpływ na jego psychikę. Zakażenie dotyczy najczęściej pacjentów hospitalizowanych na oddziałach internistycznych i geriatrycznych z powodu ich



wieku i obciążeń chorobowych. Dlatego przenieśliśmy liczbę szpitalnych zakażeń CDI w klinikach chorób wewnętrznych. W związku z powyższym zanotowaliśmy tam spektakularny spadek szpitalnych zakażeń CDI o około 40–50%.

Natomiast w sytuacji pojawienia się dwóch lub więcej przypadków zakażenia CDI, na oddziale stwierdzone było ognisko epidemiczne. I tak w roku 2022 wykryto 12 ognisk epidemicznych zakażeń przewodu pokarmowego o etiologii *Clostridioides difficile*, natomiast w roku 2024 liczba ognisk spadła do czterech.

Dodatkowo otrzymujemy pozytywne opinie pacjentów na temat serwowanych posiłków. Podczas prowadzenia porad dietetycznych pacjenci doceniają urozmaicenie dań, które zachęcają do ich spożywania. Szczególnie podkreślana jest wielkość i smak posiłków. Po przeanalizowaniu wyników ankiety satysfakcji pacjentów, dla przykładu bardzo dobre oceny w zakresie wielkości posiłków wzrosły z poziomu 28% w 2022 roku do 45% w 2024 roku. Natomiast



wskaźnik niezadowolonych pacjentów (źle oceniających posiłki w szpitalu) zmniejszył się z 7% do 2%.

Jako Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych wspieramy inicjatywę poprawy żywienia chorych. Mamy nadzieję na możliwość kontynuowania programu i w dalszej perspektywie wprowadzenia go na stałe. Chcielibyśmy w przyszłości obserwować wpływ prawidłowego odżywiania chorych na zminimalizowanie występowania innych postaci zakażeń, a w konsekwencji ograniczenie stosowania antybiotykoterapii. Mamy nadzieję, że swoimi obserwacjami zachęcimy innych do dalszych rozważań na ten temat. Inwestycja we właściwe odżywianie chorych może przynieść wiele korzyści, w tym również wpływać na dobrostan psychiczny pacjentów (oraz personelu medycznego). Linus Pauling – dwukrotny laureat nagrody Nobla

powiedział że „Właściwe odżywianie będzie medycyną jutra”. Przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia podczas akcji promocyjnych przytaczają jego słowa zachęcając do zmiany nawyków żywieniowych. Nigdy nie było tak wielu chorób występujących na tle nieodpowiedniego żywienia, jak obecnie. Zbilansowana dieta jest cenną profilaktyką, ale też sposobem hamowania rozwoju wielu chorób, w tym również o podłożu psychicznym, co bezpośrednio przekłada się na dłuższe i lepsze życie.

mgr Joanna Nowak-Rut, specjalista ds. epidemiologii, Sekcja Antybiotykoterapii i Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy, Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego CM UMK (studia podyplomowe w zakresie edukacji medycznej – zasady racjonalnej antybiotykoterapii i kontroli zakażeń)

Kiedy trauma nie kończy się w domu rodzinnym

Zdrowie psychiczne współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików

Anna Baruch

Zespół uzależnienia od alkoholu od dawna rozumiany jest jako choroba – z jasno określonymi kryteriami diagnostycznymi, odrębnym miejscem w klasyfikacjach ICD [1] i DSM [2], siecią instytucji, programów terapeutycznych i profilaktycznych oraz kampanii społecznych. Ten rozwój naukowego myślenia o alkoholizmie jako chorobie społecznej był uzasadnionym krokiem naprzód. Jednocześnie przez długi czas uwaga systemu ochrony zdrowia i debaty publicznej koncentrowała się głównie na osobie uzależnionej: to ona jest pacjentem, to ona ma problem i to jej powrót do zdrowia psychicznego jest celem terapii. Ci, którzy żyli obok – współmałżonkowie, partnerzy, dzieci, wspólnie zamieszkujący rodzice, rodzeństwo – pozostawali w tle, jakby ich cierpienie było tylko „dodatkiem” do głównego problemu.

Współuzależnieni i dorosłe dzieci alkoholików funkcjonowali na dalszym planie, często niezauważeni. A to ich zdrowie psychiczne i fizyczne często jest naznaczone konsekwencjami przewlekłego, relacyjnego stresu wynikającego z wieloletniego, codziennego życia z osobą uzależnioną od alkoholu. Z perspektywy zdrowia psychicznego stanowi to istotny obszar nadal

niewystarczająco uwzględniany w dotychczasowych działaniach. Dane epidemiologiczne wskazują, że uzależnienie od alkoholu dotyczy 583 tysięcy osób, które spełniają kryteria diagnostyczne [3]. Jednak już 1,6–2,5 mln osób pije w sposób ryzykowny lub szkodliwy, czyli używa alkoholu w sposób prowadzący do szkód zdrowotnych lub społecznych, ale jeszcze bez pełnych objawów uzależnienia [4]. Uzależnienie zatem dotyczy setek tysięcy osób, ale już miliony piją w sposób, który zagraża ich zdrowiu psychicznemu, fizycznemu i relacjom.

Tak jak w przypadku jakiejkolwiek choroby przewlekłej w rodzinie, nie jest to tylko problem jednostki – to zawsze jest wydarzenie systemowe [5], które wymusza modyfikację dotychczas pełnionych ról, wpływa na komunikację, granice oraz klimat emocjonalny. Szacuje się, że jedna osoba pijąca w sposób uzależniony lub szkodliwy oddziałuje bezpośrednio na funkcjonowanie czterech–pięciu bliskich jej osób, takich jak partnerzy, małżonkowie, dzieci czy rodzice. W konsekwencji oznacza to, że znaczna część społeczeństwa – szacowana nawet na 10 milionów – żyje w warunkach przewlekłego stresu, nieprzewidywalności i obciążenia związanego z problemem alkoholowym w rodzinie. Z perspektywy

zdrowia publicznego jest to jedna z najbardziej niedoszacowanych grup ryzyka, mimo że konsekwencje psychiczne i społeczne współzależnienia oraz dorażania w rodzinie z problemem alkoholowym są dobrze udokumentowane. Zjawisko to ma charakter szeroko rozpowszechniony i pozostaje w korelacji z podwyższonym ryzykiem występowania również u osób współzależniowanych i dorosłych dzieci alkoholików zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości oraz objawów psychosomatycznych, a to wiąże się z konsekwencjami dla funkcjonowania rodzin, rynku pracy i systemu opieki zdrowotnej.

W podejściu systemowym rodzinę traktuje się jako całość, w której problemy jednej osoby wpływają na wszystkich jej członków. Kiedy kobieta decyduje się pozostać z partnerem nadużywającym alkoholu, ta decyzja staje się początkiem kształtowania się całego alkoholowego systemu rodzinnego. Rodzina nieświadomie zaczyna działać według nowych, niepisanych zasad podporządkowanych uzależnieniu: wszyscy uczą się omijać wybuchy, ukrywać problem, dopasowywać się do nastrojów osoby pijącej. Z czasem te wzorce zaczynają kierować zachowaniem wszystkich domowników i utrwalają niezdrowy sposób funkcjonowania całej rodziny [6].

Osoba uzależniona jako „hipopotam w pokoju stołowym”

Metafora „hipopotama w pokoju stołowym” [7] jest szczególnie trafnym opisem sytuacji rodzinnej, w której jedna osoba pije w sposób szkodliwy lub jest uzależniona od alkoholu. W tym ujęciu osoba pijąca

staje się centralnym, dominującym elementem systemu rodzinnego, zarówno w sensie symbolicznym, jak i – co podkreśla siła tej metafory – w sensie analogicznym do zajmowania realnej, fizycznej przestrzeni.

Hipopotam jest ogromny, nieprzewidywalny, dominujący, jest niebezpiecznym mieszkańcem domu. Tak jak prawdziwy hipopotam, który jest jednym z najbardziej agresywnych i nieprzewidywalnych ssaków, osoba uzależniona potrafi zajmować całą emocjonalną przestrzeń rodziny: bywa impulsywna, wybuchowa, głośna, chaotyczna, rozpychająca się swoją obecnością. Jej zachowania wymuszają na otoczeniu ciągłe czujne dostosowanie, pozostali domownicy uczą się „chodzić na palcach”, omijać konfliktowe sytuacje i ukrywać swoje potrzeby. Centralne miejsce w domu – przestrzeń, która powinna dawać rodzinie poczucie wspólnoty i bezpieczeństwa – zostaje zawłaszczona przez chorobę i jej konsekwencje. Członkowie rodziny zaczynają funkcjonować „na obrzeżach” systemu: wycofują się, ograniczają swoją ekspresję, „chowają się po kątach” – nie tylko dosłownie, ale przede wszystkim psychologicznie i relacyjnie. Ich potrzeby, emocje i aktywność zostają zredukowane, aby nie zakłócać kruchej, choć dysfunkcyjnej równowagi. To właśnie ten element – nieprzewidywalność i dominacja „hipopotama” – uruchamia kolejne procesy systemowej destabilizacji. Funkcjonowanie całej rodziny podporządkowane obecności „hipopotama” prowadzi do utrwalenia trzech niepisanych zasad: nic nie mówić, nikomu nie ufać i niczego nie odczuwać. Milczenie ma chronić rodzinę przed wstydem, brak zaufania – przed kolejnymi zranieniami, a odcięcie od emocji – przed bólem, który wydaje się nie do zniesienia.



Współzależnienie jako próba stabilizacji chaosu

W pierwszej kolejności reorganizacji ulega funkcjonowanie partnera osoby uzależnionej. W reakcji na narastające napięcie, niepijący rodzic zaczyna przyjmować nadmierną odpowiedzialność: kontroluje, wycisza konflikty, reguluje emocje partnera, ukrywa jego zachowania przed otoczeniem, wyręcza go i chroni przed konsekwencjami [8]. W literaturze opisuje się to jako współzależnienie – proces, w którym osoba bliska uzależnionemu pełni rolę regulatora systemu, starając się utrzymać względną równowagę i zapobiec eskalacji przemocy, chaosu czy zaniedbania. W tym kontekście trafna jest definicja Melibrudy i Sobolewskiej, według której „współzależnienie to utrwalona forma uczestnictwa w długotrwałej i trudnej sytuacji życiowej, ograniczającej w sposób istotny wybór postępowania, prowadzącej do pogorszenia własnego stanu i utrudniającej zmianę na lepsze” [9]. Definicja ta podkreśla, że współzależnienie nie jest cechą charakteru ani „wadą”, lecz skutkiem chronicznego funkcjonowania w niestabilnym i obciążającym emocjonalnie systemie rodzinnym. W praktyce oznacza to, że zachowania osoby współzależnionej są raczej reakcją adaptacyjną na długotrwały stres, niż przejawem zaburzenia osobowości. Dorosły partner, podobnie jak dzieci, podejmuje działania mające utrzymać równowagę systemu, często kosztem siebie, swoich granic i zdrowia psychicznego.

Wraz z rozwojem uzależnienia partnera funkcjonowanie matki ulega głębokiej zmianie. Coraz bardziej koncentruje swoją uwagę i energię na osobie pijącej. Ma silne poczucie, że „traci męża”, dlatego podejmuje walkę o niego za wszelką cenę, nie dostrzegając, że w tym samym czasie zaczyna tracić kontakt z własnymi dziećmi. Jej działania przesuwają się z troski o rodzinę na ustawiczne „ratowanie” alkoholika, co stopniowo pochłania większość jej zasobów emocjonalnych i fizycznych. W rezultacie matka wycofuje się z własnych potrzeb, traci zdolność adekwatnego reagowania na potrzeby dzieci i zaniedbuje ich opiekę, nie wynika to jednak z braku miłości, ale z przeciążenia sytuacją. Rodzina zaczyna funkcjonować wokół osoby uzależnionej, a matka – pochłonięta próbami utrzymania pozorów normalności – nie zauważa, że dzieci przejmują obowiązki dorosłych. W ten sposób dzieci, które najpierw „straciły” ojca z powodu jego uzależnienia, stopniowo tracą także matkę, pochłoniętą walką o partnera. To tworzy warunki sprzyjające późniejszemu odwróceniu ról w systemie rodzinnym [7].

Odwrócenie ról w rodzinie z problemem alkoholowym

W rodzinie dotkniętej uzależnieniem ma miejsce głębokie zaburzenie ról i granic. Zjawisko to określane

jest jako odwrócenie ról, w którym dzieci zaczynają pełnić funkcje ochronne wobec dorosłych, zamiast otrzymywać od nich wsparcie i regulację emocjonalną. Proces ten prowadzi do parentyfikacji – sytuacji, w której dziecko przejmuje odpowiedzialność, która wykracza poza jego możliwości rozwojowe, zarówno instrumentalne (obowiązki domowe, organizacja codzienności), jak i emocjonalne (łagodzenie napięć, opieka nad nastrojem rodzica). Dziecko służy rodzicowi jako powiernik, rozjemca lub mediator. W obu przypadkach stanowi to formę zaniedbania i/lub przemocy emocjonalnej, ponieważ dziecko zostaje pozbawione możliwości przeżywania własnych potrzeb i rozwijania się zgodnie ze swoim etapem życia, co nie wpływa na dobrostan psychiczny, ani w czasie rzeczywistym ani w przyszłości. Przemoc ta nie musi mieć formy krzyku czy agresji – polega na obciążeniu dziecka emocjami i obowiązkami, których nie jest w stanie unieść [6]. Wyniki wielu badań dowodzą, że dzieci sparentyfikowane mogą cierpieć na depresję, zarówno w dzieciństwie, jak i dorosłości [10].

Ukazany na kolejnej stronie schemat „odwróconego parasola” ilustruje opisywaną dynamikę: w rodzinie funkcjonalnej parasol trzymany przez dorosłych osłania dzieci i zabezpiecza ich potrzeby. W rodzinie dysfunkcyjnej parasol symbolicznie odwraca się – to dzieci podtrzymują konstrukcję rodziny, próbując chronić rodzica uzależnionego i łagodzić konsekwencje jego zachowań [11].

Te dzieci nie mają zaspokojonego fundamentalnego poczucia bezpieczeństwa. Zamiast doświadczać opieki i przewidywalności, muszą nieustannie monitorować zachowania dorosłych, przewidywać zagrożenia, odczytywać nastroje „hipopotama” i „ratować sytuację”. Ich rozwój przebiega w warunkach chronicznej mobilizacji i czujności, a dzieciństwo zostaje podporządkowane przetrwaniu.

Wbrew pozorom system rodzinny działa sprawnie, ale tylko w jednym sensie: jest wyspecjalizowany w przetrwaniu, nie w rozwoju. Działa jak dobrze naoliwiony mechanizm, którego celem jest wewnętrzne podtrzymanie iluzji i zaprzeczenia, a jego zewnętrznym wyrazem jest mechanizm kamuflażu po to, aby ukryć prawdę o hipopotamie przed światem. Dorośli utrzymują fasadę „normalności” wobec otoczenia, dzieci przyjmują role pozwalające utrzymać kruchą równowagę.

Strategie przetrwania dzieci w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym

W rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym dzieci rozwijają różnorodne strategie przystosowawcze, pozwalające im funkcjonować w warunkach chronicznego stresu, zaburzonej przewidywalności i niejasnych granic. W systemie, który nie zapewnia

im podstawowych warunków bezpieczeństwa, stają się one częścią mechanizmów regulacyjnych, pomimo że nie są do tego przygotowane emocjonalnie ani rozwojowo. Strategie te pełnią ważną funkcję adaptacyjną w dzieciństwie, ale niosą za sobą znaczące koszty psychiczne, a ich ślady wyraźnie obecne są w dorosłości – w postaci zwiększonego ryzyka zaburzeń lękowych, depresyjnych, osobowościowych, problemów w relacjach i trudności w regulacji emocji.

Najczęściej wymienia się cztery podstawowe strategie: bohater rodziny, kozioł ofiarny, niewidzialne dziecko i maskotka. Bohater rodziny to dziecko odpowiedzialne, to rodzic dla rodziców, to „wizytówka rodziny”. Najczęściej jest nim najstarsze dziecko w rodzinie. Ono przejmuje obowiązki wykraczające ponad jego wiek, osiąga sukcesy, pełni funkcję opiekuna młodszego rodzeństwa lub emocjonalnego stabilizatora dla dorosłych. Swoją postawą chce kompensować chaos i utrzymać obraz rodziny jako funkcjonującej „w normie”. Rozwija perfekcjonizm, nadmierną odpowiedzialność i skłonność do rezygnacji z własnych potrzeb. W dorosłości może doświadczać chronicznego napięcia, trudności w odpoczynku oraz przekonania, że wartościowy jest jedynie poprzez działanie i kontrolę.

Kolejną strategią jest rola kozła ofiarnego, określanego także jako czarna owca. Dziecko manifestuje zachowania takie jak bunt, agresję, łamanie zasad, które absorbują uwagę rodziny i często stają się „widocznym problemem”, zasłaniającym właściwe źródło dysfunkcji, jakim jest uzależnienie. Na to dziecko nakładana zostaje odpowiedzialność za napięcia

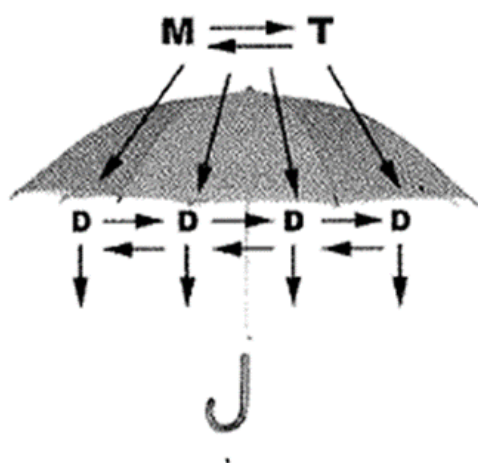
i konflikty, co wzmacnia poczucie winy i odrzucenia. W dorosłości osoby te mogą zmagać się z impulsywnością, niską samooceną, trudnościami w regulacji emocji i powtarzaniem autodestrukcyjnych wzorców.

Rola maskotki, nazwanej również błaznem, polega na rozładowaniu napięcia poprzez humor, lekkość i „odciążenie” emocjonalne rodziny. Dziecko staje się źródłem ulgi i chwilowej harmonii. Za tą jego wesołością kryje się jednak głęboki lęk przed konfliktem. W dorosłości osoby te często mają trudności w wyrażaniu emocji, unikają konfrontacji i bywają skłonne do bagatelizowania własnego cierpienia.

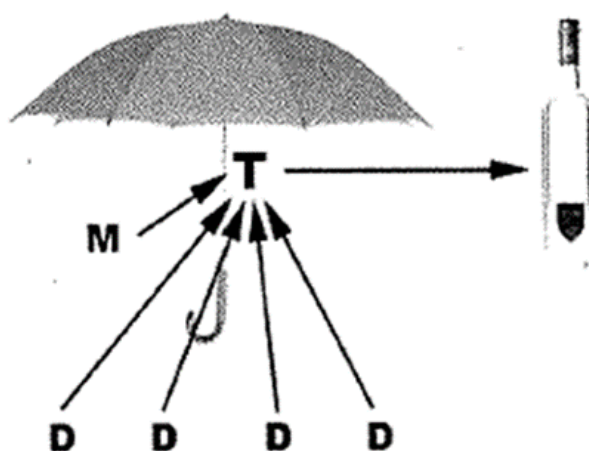
W wielu rodzinach pojawia się rola dziecka niewidzialnego, to „aniotek”, nikomu nie przeszkadza. To strategia wycofania, minimalizowania swoich potrzeb i redukcji swojej obecności. Często ucieka w świat marzeń i fantazji. To dziecko stara się „nie przeszkadzać” nikomu, żyje w swoim świecie, unika napięć. W dorosłości prowadzi to do trudności w bliskości, braku asertywności i lęku przed byciem zaważonym [11].

Natomiast James Anthony wymienia dzieci żelazne, plastikowe i szklane. Dziecko żelazne nie pozwala sobie na słabość ani na wyrażanie emocji. Ono uważa, że musi być silne, bo nikt inny w jego rodzinie nie jest. Emocje kumulują się w ciele, co w dorosłości zwiększa ryzyko somatyzacji, przewlekłego stresu i wypalenia. Dziecko plastikowe dopasowuje się do każdego nastroju dorosłych, rezygnując z własnej tożsamości, aby utrzymać względną stabilność systemu. W dorosłości prowadzi to do problemów z granicami, zależności od relacji oraz

schemat rodziny funkcjonalnej



schemat rodziny dysfunkcyjnej



M – mama T – tata D – dziecko

współzależnienia. Dziecko szklane jest wyczułone na nastroje i mikrokomunikaty dorosłych. Ono monitoruje atmosferę w domu, przewiduje zagrożenia i reaguje nadmiernie na emocjonalne sygnały otoczenia. Jego tożsamość buduje się wokół wrażliwości, uważności i ciągłej gotowości do zapobiegania kryzysom. W dorosłości może to prowadzić do nadmiernej empatii, lękliwości, problemów



Strategie przetrwania dzieci w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym: bohater rodziny, kozioł ofiarny, niewidzialne dziecko i maskotka

z odróżnianiem własnych emocji od cudzych, a także przeciążenia psychicznego.

Chociaż wyżej wymienione strategie różnią się formą, to wszystkie mają jeden cel: utrzymać funkcjonowanie rodziny w warunkach, w których podstawowe potrzeby dziecka nie są zaspokajane. Są one adaptacją do chaosu, która pozwala przetrwać, ale nie pozwala się rozwijać zgodnie z potencjałem. Te strategie w dorosłości stają się źródłem charakterystycznych trudności, które opisuje się w literaturze dotyczącej funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików [12].

Kim są i jak funkcjonują DDA?

Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA) to osoby wychowane w rodzinach z problemem alkoholowym, które w dorosłości nadal noszą skutki tamtych doświadczeń — w postaci trudności emocjonalnych, relacyjnych i somatycznych. To osoby, które dorastając w rodzinie naznaczonej uzależnieniem, musiały dopasować się do chronicznego stresu, chaosu emocjonalnego i odwróconych ról. Strategie przetrwania, które wykształciły w dzieciństwie pomagały utrzymać względną równowagę. Jednak w dorosłości te same mechanizmy utrudniają funkcjonowanie generując trudności w relacjach, w pracy i w obszarze zdrowia psychicznego. Badania wskazują, że dorosłe dzieci alkoholików są także szczególnie podatne na wczesną inicjację alkoholową oraz powielanie nałogu swoich rodziców [13].

Role przyjmowane w dzieciństwie zachowują swoją psychologiczną strukturę, ale zmieniają formę. Bohater rodziny, który jako dziecko ratował system, osiągając ponadprzeciętne wyniki i biorąc na siebie obowiązki dorosłych, staje się perfekcjonistą, nadmiernie odpowiedzialnym i kontrolującym. To prowadzi do pracoholizmu, chronicznego napięcia i zwiększonego ryzyka depresji, wypalenia czy zaburzeń lękowych. Z zewnątrz odnosi sukcesy, ale wewnątrz żyje w stałej mobilizacji, niezdolny do odpoczynku i odczuwania satysfakcji.

Kozioł ofiarny w dorosłości może kontynuować buntownicze, autodestrukcyjne wzorce: impulsywność, konflikty, trudności z regulacją emocji. Jako dziecko przyjmował na siebie napięcia systemu rodzinnego, odciągał uwagę od problemu uzależnienia. W dorosłym życiu może prowadzić to do zwiększonego ryzyka zaburzeń osobowości — zwłaszcza typu borderline lub antyspołecznych wzorców zachowania. W relacjach często sam się izoluje lub wywołuje konflikty.

Niewidzialne dziecko w dorosłości ma trudność w odczuwaniu własnej wartości, stawianiu granic, wyrażaniu potrzeb. Już jako dziecko stało się „przeżręczyste”, aby nie obciążać rodziców. W dorosłości wybiera rolę obserwatora, a nie uczestnika. Często doświadcza lęku społecznego, poczucia wyobcowania

i chronicznej samotności, nawet w bliskich relacjach. Jego dominującą strategią staje się unikanie – zarówno konfliktów, jak i intymności.

Maskotka – dziecko, które swoją lekkością i humorem łagodziło niegdyś napięcia – w dorosłości kryje zranienie pod fasadą uśmiechu. To osoby z jednej strony towarzyskie, błyskotliwe, ale z drugiej mające trudność w budowaniu głębokiej, intymnej relacji. Humor i dystans pozostają dla nich formą obrony przed bliskością, którą kojarzą z zagrożeniem. Często doświadczają trudności w regulacji emocji oraz uzależnień behawioralnych (zakupy, jedzenie, internet), pełniących rolę mechanizmów ukojenia.

W dorosłym życiu powyższe strategie łączą się jeszcze z innymi, wykształconymi w odpowiedzi na dziecięce doświadczenia. Joanna Wawerska-Kuś [14] wymienia „Zosię Samosię” – to nadmierna samodzielność i nieumiejętność proszenia o pomoc; „Protezę emocjonalną” – to wybieranie partnerów, których trzeba ratować, tak jak kiedyś ratowało się rodzica; „Rodzinę Zastępczą” – poszukiwanie „przyszywanych rodziców” w partnerach, przyjaciółach lub własnych dzieciach, to poszukiwanie tego, co nie zostało zaspokojone w dzieciństwie. Wszystkie te strategie, mimo różnic, mają wspólny rdzeń: powstały po to, aby zapewnić dziecku namiastkę poczucia bezpieczeństwa. Kiedy dziecko dorasta i opuszcza dom rodzinny, te strategie pozostają, pomimo że kontekst się już zmienił. To co kiedyś pozwalało przetrwać, w teraźniejszości utrudnia funkcjonowanie.

Te utrwalone wzorce przyczyniają się do zwiększonego ryzyka zaburzeń depresyjnych, lękowych i zaburzeń osobowości, a także chorób psychosomatycznych. Badania wskazują, że dorosłe dzieci alkoholików charakteryzują się częstszym występowaniem trudności w regulacji emocji oraz tendencją do wchodzenia w relacje odtwarzające znane z dzieciństwa wzorce – nawet jeśli są one krzywdzące.

Podsumowanie

Współzależnienie i syndrom dorosłego dziecka alkoholika (DDA) nie figuruje w obowiązujących klasyfikacjach ICD ani DSM, a więc nie są traktowane i definiowane jako jednostki chorobowe czy zaburzenia psychiczne. Nie oznacza to jednak, że nie wywołują szkód w zakresie dobrostanu psychicznego i nie powodują cierpienia. Zarówno współzależnienie, jak i doświadczenia wyniesione z dorastania w rodzinie z problemem alkoholowym stanowią istotny czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego, gdyż zwiększają podatność na zaburzenia lękowe, depresyjne, zaburzenia osobowości, trudności w regulacji emocji oraz problemy w relacjach interpersonalnych.

Skala zjawiska sprawia, że jest to wyzwanie, którego system ochrony zdrowia publicznego nie może

pomijać. Miliony osób w Polsce żyją lub dorastały w warunkach chronicznego stresu, nieprzewidywalności i zaburzonej komunikacji emocjonalnej. Z tego powodu współzależnienie i doświadczenia DDA powinny być traktowane jako priorytetowy obszar działań profilaktycznych, ukierunkowanych na wzmacnianie dobrostanu psychicznego, zwiększenia dostępności wsparcia oraz rozwijania programów wczesnej interwencji.

Zrozumienie powyższych procesów nie służy stygmatyzowaniu, ale umożliwia adekwatną pomoc, tak aby osoby, które przez lata żyły w cieniu uzależnienia, mogły skorzystać z profesjonalnej pomocy i odzyskać poczucie sprawczości, bezpieczeństwa oraz pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym.

dr Anna Baruch,
Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego CM UMK

Piśmiennictwo

1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11, aktualizacja WHO 2025)
2. Piąta edycja Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5-TR, 2022) wydanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA)
3. Raport 2023 Uzależnienia w Polsce, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa 2023, s. 25-26; Instytut Psychiatrii i Neurologii, EZOP II – Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, Warszawa 2022
4. Jakubczyk A., Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne – podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacyjnych (w) Marcin Wojnar (red.) Medyczne aspekty leczenia uzależnienia od alkoholu, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów alkoholowych, Warszawa 2017, s. 9-11
5. Rolland J., Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework, Fam Proc 1987, 26: p. 203-221; Rolland J., Helping Couples and Families Navigate Illness and Disability: An Integrated Approach, New York, Guilford, 2018; Rolland J., Chronic Illness and Disability: A Multisystemic Practice Model, Fam Nurs 2025, 31(2): p. 63-74
6. Cierpiatowska L., Grzegorzewska I., Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2016, s. 100, 124-125
7. Hellsten T., Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików, Wydawnictwo Feeria, Łódź 2004, s. 41-43, 39-40
8. Klimczak W., Współzależnienie. Doświadczenia żon alkoholików w perspektywie biograficznej, Difin SA, Warszawa 2019, s. 27-28.
9. Mellibruda J., Sobolewska Z., Koncepcja i terapia współzależnienia” (w) Alkoholizm i Narkomania nr 3/28 1997, s. 424
10. Schier, K. (2018). Formy pomocy niewidzialnym dzieciom, czyli tym, które doświadczyły odwrócenia ról w rodzinie. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 17(4), 28-50, s. 33
11. Biernacki C., Seweryńska A., DDA czy to ja? Wydawnictwo Helion S.A. Gliwice 2024, s. 46, 48-56
12. Kałdon B., Wybrane aspekty funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików w życiu społecznym, Seminare. Poszukiwania naukowe t. 36, 2015, nr 3, s. 103-104
13. Witkowska M., Powielanie nałogu – trudności w funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików, Zeszyty naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne, XVII (2)/2021, s. 57
14. Wawerska-Kus, J., Dzieciństwo bez dzieciństwa. Wydawnictwo: Dywiz, Warszawa 2009

Medyczne dziedzictwo Kujaw i Pomorza... na Światowym Kongresie Kopernikańskim

Marek Jurgowiak

*„Intuicja jest czynnikiem
istotnie cennym”*
Albert Einstein

Intuicję utożsamiamy często z gwałtownym, nie poprzedzonym świadomym rozumowaniem pojawieniem się nowej myśli, ale i koncepcjami zjawiającymi się w czasie świadomego rozważania problemu naukowego odkrycia, nawet opartymi na uprzednio uzyskiwanych wynikach. Stosuje się także w tych przypadkach określenia – olśnienie, natchnienie, czy też przecucie. Koncepcje, genialne odkrycia naukowe mogą przyjść do głowy tak niespodziewanie, jak i w wyniku mozolnych starań naszego wyjątkowego, ludzkiego umysłu. Pozostają ostatecznie zdobycze nauki, które wraz z osiągnięciami szeroko pojętej sztuki stanowią o postępie ludzkości, a nam w indywidualnym życiu osobniczym pozwalają cieszyć się



Światowy Kongres Kopernikański, od lewej: dr Marek Jurgowiak oraz dr hab. Wojciech Szczęśny, prof. UMK

coraz wygodniejszym (choć wymagającym intensywnego uczenia się) i zdrowszym życiem. Przypominanie i utrwalanie w naszej pamięci tych osobistości naukowych, dzięki którym odczuwamy dumę wymawiając



Uczestnicy Sesji Lekarskiej Światowego Kongresu Kopernikańskiego w Collegium Maximum UMK

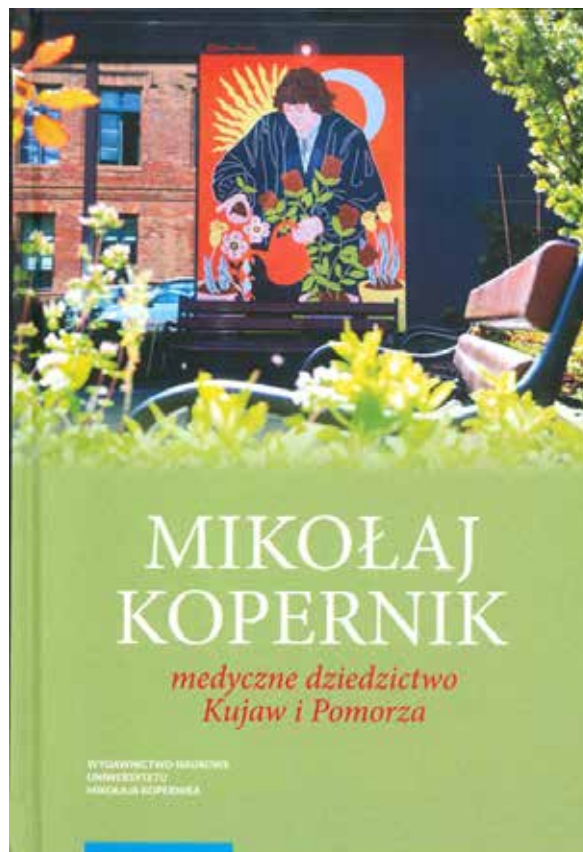
słowa *Homo sapiens* staje się zadaniem tak zatem istotnym, jak i niosącym olbrzymią satysfakcję, gdy pomyślimy o dziedzictwie, z którego czerpiemy i które stanowi o kondycji świata, w którym tworzymy nową rzeczywistość i w którym żyjemy. Swoisty genius loci Pomorza i Kujaw przejawia się w wielu postaciach osobistości nauki, a są wśród nich oczywiście Mikołaj Kopernik, a także Jan Czochralski, bracia Jan i Jędrzej Śniadeccy, Ludwik Rydygier, Tadeusz Reichstein, Albert Abraham Michelson i wielu innych.

Rok 2023 upłynął w polskiej i międzynarodowej nauce pod znakiem obchodów 550. rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika.

Z tej okazji zorganizowany został Światowy Kongres Kopernikański (ŚKK) przez trzy uczelnie: Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Uniwersytet Jagielloński oraz Uniwersytet Warmińsko-Mazurski we współpracy z Instytutem Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk.

Kopernik praktykował jako lekarz, stąd wątek ten znalazł odzwierciedlenie w konferencjach zorganizowanych w ramach ŚKK. Sekcja Lekarska (współorganizowana przez Collegium Medicum, koordynatorem w CM UMK był dr Marek Jurgowiak) „Od Kopernika do współczesności” odbyła się 15 września 2023 r. w gmachu Collegium Maximum UMK w Toruniu. Obradom przewodniczył dr Krzysztof Nierzwicki. Celem było przypomnienie sylwetek wybitnych przedstawicieli świata medycyny związanych z regionem Kujaw i Pomorza, od czasów Kopernika po XXI wiek.

Inspiracją była postać Kopernika, który po odbyciu studiów medycznych w Padwie praktykował jako lekarz. Tom, który ukazał się nakładem Wydawnictwa Naukowego UMK (listopad 2025) jest pokłosiem Sekcji Lekarskiej i przyjął tytuł: „Mikołaj Kopernik: Medyczne dziedzictwo Kujaw i Pomorza. Śladami lekarzy przez wieki”. Samą sesję, jak i publikację zadedykowano pamięci profesora Waldemara Jędrzejczyka (1933–2023) wybitnego chirurga i nauczyciela



Okładka książki „Mikołaj Kopernik. Medyczne dziedzictwo Kujaw i Pomorza. Śladami lekarzy przez wieki” (red. Mikulski K., Nierzwicki K.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2025

akademickiego związanego przez wiele lat z Akademią Medyczną w Bydgoszczy oraz Collegium Medicum UMK.

Wśród autorów tomu (jedenaście studiów poświęconych postaciom lekarzy i uczonych związanych z Kujawami i Pomorzem) są pracownicy Wydziałów Farmaceutycznego, Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika: dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK („Zygmunt



Światowy Kongres Kopernikański, od lewej: dr Marek Jurgowiak, dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK oraz dr hab. Jarosław Sobolewski, prof. UMK



Światowy Kongres Kopernikański, od lewej: prof. dr hab. Janusz Małek oraz dr Marek Jurgowiak

Mackiewicz – lekarz, chirurg, szef”), dr hab. Wojciech Ślusarczyk, prof. UMK („Jędrzej Śniadecki. O fizycznym wychowaniu dzieci – czas i dziecko”), dr n. med. Marek Jurgowiak („Intelektualista z medycznym noblem – Tadeusz Reichstein”), zaś dr Krzysztof Nierzwicki (Dyrektor Biblioteki Uniwersyteckiej w Toruniu w latach

2010–2024, obecnie Biblioteki Uniwersyteckiej w Warszawie) w swoim tekście przywołuje sylwetkę wybitnego patomorfologa, organizatora kształcenia medycznego w Bydgoszczy, czterokrotnego rektora Akademii Medycznej, profesora Jana Domaniewskiego (1928–2009).

Publikacja stanowi nie tylko dokumentację sesji naukowej, lecz również trwały zapis zainteresowania historią medycyny oraz jej najwybitniejszymi przedstawicielami. Wpisuje się w nurt refleksji nad dziedzictwem kopernikańskim obejmującym nie tylko astronomię, lecz także humanizm – naukę o człowieku i jego leczeniu. Łączy także intelektualnie wiele pokoleń osób, które stanowiły i nadal stanowią o naszej tożsamości... i przyszłości tworzonej tu i teraz.

dr Marek Jurgowiak, Katedra Biochemii Klinicznej CM UMK

Mikołaj Kopernik. Medyczne dziedzictwo Kujaw i Pomorza. Śladami lekarzy przez wieki (red. Mikulski K., Nierzwicki K.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2025

Podsumowanie I Międzynarodowej i X Jubileuszowej Konferencji PTPA

Paulina Mościcka, Maria T. Szewczyk

W dniach 28–29 maja 2025 roku w Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy odbyła się wyjątkowa uroczystość naukowa: X Jubileuszowa i zarazem I Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego (PTPA). Konferencję współorganizowała Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, zaś partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy nad wydarzeniem objęło Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego. Organizatorem logistycznym spotkania było Wydawnictwo Termedia. Patronat honorowy nad konferencją objęli Prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu prof. dr hab. Dariusz Grzanka oraz dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. n. med. Paweł Zalewski. Natomiast w Komitecie Honorowym zaszczylicili nas Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, prof. Andrzej Tretyn, Prof. Eugenia Gospodarek-Komkowska, kierownik Katedry Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, prof. dr hab. n. med.

Arkadiusz Jawień, doctor honoris causa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prof. dr hab. n. med. Maria Kózka, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz prof. dr hab. Leszek Kubisz, kierownik Katedry Biofizyki, Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

W konferencji udział wzięło 170 uczestników z całej Polski i z zagranicy, w tym pielęgniarki różnych specjalności, lekarze, mikrobiolodzy, fizjoterapeuci oraz studenci. W konferencji wzięły udział osoby reprezentujące aż dziewięć uczelni z całej Polski. Uroczystego otwarcia konferencji dokonała przewodnicząca Komitetu Naukowego, redaktor naczelna czasopisma „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” oraz wiceprezes Zarządu Towarzystwa – prof. Maria T. Szewczyk oraz prezes – dr hab. Paulina Mościcka, prof. UMK.

Gośćmi honorowymi byli przedstawiciele władz Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu:

Prorektor UMK ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy – prof. Dariusz Grzanka, prof. Eugenia Gospodarek-Komkowska, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy – mgr Katarzyna Florek, dyrektorzy ds. pielęgniarstwa Szpitali Uniwersyteckich: mgr Mirosława Ziółkowska oraz dr Aleksandra Popow, pracownicy naukowo-dydaktyczni Wydziału Nauk o Zdrowiu CM w Bydgoszczy, członkowie i sympatycy PTPA. W programie konferencji znalazło się aż 9 sesji naukowych, obejmujących 61 prezentacji, w tym 43 referaty z Polski i 18 z zagranicy.

Po uroczystym otwarciu konferencji prof. Maria T. Szewczyk przedstawiła historię Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego. Prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień został poproszony o wygłoszenie wykładu inauguracyjnego na temat możliwości wykorzystania sztucznej inteligencji w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej.

Z okazji jubileuszu działalności PTPA, Komitet Naukowy postanowił uhonorować osoby szczególnie zasłużone dla rozwoju Towarzystwa i prof. Maria T. Szewczyk wręczyła wyróżnienia, dyplomy w następujących kategoriach:

- Lekarz: prof. dr hab. Arkadiusz Jawień, dr h.c. UMP
 - Mikrobiolog: prof. dr hab. Eugenia Gospodarek-Komkowska
 - Fizjoterapeuci: dr n. med. Anna Spannbauer
 - Pielęgniarki:
 - prof. dr hab. Maria Kózka
 - prof. dr hab. Dorota Kozieł
 - dr hab. Mariola Sznepka, prof. AG
 - dr n. med. Katarzyna Cierzniańska
 - dr n. med. Izabela Kuberka
 - mgr Anna Szumska
- Ponadto, tytuł „Przyjaciel PTPA” otrzymali:
- prof. dr hab. Alina Borkowska
 - prof. dr hab. Maria Kłopotcka
 - dr hab. Krzysztof Tojek, prof. UMK
 - dr hab. Dariusz Bazaliński, prof. UR
 - mgr Rafał Jastrzębski
 - mgr Michał Macudziński

Podczas 1 sesji „Żywienie chorych, co i jak?” za stołem prezydialnym zasiedli: prof. Maria T. Szewczyk, dr hab. Krzysztof Tojek, prof. UMK, mgr Anna Szumska, dr hab. Paulina Mościcka, prof. UMK. W sesji zaprezentowanych zostało sześć prac. Doniesienia dotyczyły istotnej roli żywienia chorych z ranami przewlekłymi, u chorych hospitalizowanych, u pacjentów ze stomią jelitową i osób starszych. Dr hab. Krzysztof Tojek, prof. UMK przedstawił bardzo interesujący przypadek pacjentki w ciąży odżywianej drogą dojelitową. Podczas przerwy na kawę, uczestnicy mieli możliwość przywitania się, a także wymiany doświadczeń.

Druga sesja nosiła tytuł „Interdyscyplinarna opieka okołoooperacyjna” i przewodniczyli jej prof. Dorota Kozieł, prof. Arkadiusz Jawień, dr Katarzyna

Cierzniańska, dr Anna Spannbauer. W sesji zaprezentowano 13 prac, w tym dwie anglojęzyczne. Prof. Thomas Crawford z Uniwersytetu w Michigan ze Stanów Zjednoczonych zaprezentował bardzo interesującą pracę dotyczącą migotania przedsionków u pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym niekardiologicznym. Drugim zagranicznym prelegentem był prof. Hakan Uncu z Uniwersytetu w Ankarze, który przedstawił temat „Jak zapobiec amputacji”. Poruszono również zagadnienia związane z rehabilitacją chorych po przebytych ostrym niedokrwieniu kończyny dolnej, a także omówiono błędy w kompresjoterapii w angiologii. Po merytorycznej dyskusji uczestnicy konferencji udali się na obiad, po którym rozpoczęła się kolejna sesja.

W trzeciej sesji zatytułowanej „Zarządzanie procesem leczenia ran o różnej etiologii” przewodniczyli prof. Eugenia Gospodarek-Komkowska, dr hab. Dariusz Bazaliński, prof. UR, dr Joanna Przybytek-Mita i dr Karolina Filipowska-Blejder. W sesji zaprezentowanych zostało dziewięć bardzo ciekawych prac. Tematyka dotyczyła m.in.: wiedzy studentów w zakresie profilaktyki odleżyn, a także wskaźników monitorowania odleżyn na przykładzie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, jakości życia chorych z zespołem stopy cukrzycowej, specyfiki leczenia ran krocza i wiele innych.

Po przerwie na kawę rozpoczęto czwartą sesję, zatytułowaną „Trudne, rzadkie przypadki z punktu widzenia lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty”, tym razem przewodniczyli jej: prof. Dorota Kozieł, dr Aleksandra Popow, dr Tomasz Piątek i dr hab. Paulina Mościcka, prof. UMK. W tej sesji przedstawiono dziesięć bardzo ciekawych prac, w tym dwie wygłoszone przez dr Michaelę Bobkowską ze Słowacji, dotyczące opieki



Sesja „Żywienie chorych, co i jak?” od prawej: prof. dr hab. Maria T. Szewczyk oraz prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

nad cewnikami do żył centralnych. Pozostałe tematy dotyczyły zagadnień związanych m.in. ze zmianami skórnymi w przebiegu obrzęku limfatycznego, ranami chirurgicznymi, przedstawiono także ciężki przypadek chorego z trądzikiem odwróconym oraz opisano sposób leczenia rany powstałej w przebiegu świerbiączki guzowatej.

Po kolejnej przerwie kawowej za przyczyną wybitnych artystów muzycznych mgr. Rafała Jastrzębskiego i mgr. Michała Maciudzińskiego uczestnicy zostali przeniesieni w świat muzyki. Artyści zagrali przepiękny koncert zatytułowany „Z sercem do muzyki – muzykoterapia”.

Ostatnia w tym dniu sesja „Varia” odbyła się pod przewodnictwem dr hab. Justyny Cwajdy-Białasik, prof. UMK, dr hab. Marioli Sznepki, prof. AG, dr Renaty Jabłońskiej, dr. Grzegorza Ulenberga. W tej sesji przedstawionych zostało sześć tematów w języku polskim i dwa w języku angielskim. Tematyka wygłoszonych prac dotyczyła aspektów związanych np. z kształceniem z zakresu pielęgniarstwa w pierwszej połowie XX wieku na terenie obecnej Słowacji, a także przekrojowych badań opisowych dotyczących występowania cierpienia i depresji wśród studentów pielęgniarstwa na terenie Słowacji.

Tego dnia równocześnie z wykładami odbywały się warsztaty dotyczące postępowania miejscowego i istotnej roli opatrunków specjalistycznych. Po zakończeniu wszyscy uczestnicy zostali zaproszeni na uroczystą kolację.

Drugi dzień konferencji rozpoczął się warsztatem z termografii, który przeprowadził prof. Marcos Leal Brioschi z Brazylii. Po zaprezentowaniu możliwości wykorzystania termografii w medycynie, odbyła się część praktyczna, która cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem. Zaraz po przerwie odbywały się kolejne warsztaty tym razem poświęcone tematyce kompresjoterapii i jednocześnie rozpoczęto sesję 7

zatytułowaną „Zaawansowane technologie w diagnostyce naczyniowej i ran”. Sesji przewodniczyli: prof. Marcos Leal Brioschi, dr hab. Justyna Cwajda-Białasik, prof. UMK, dr Paweł Brazis, dr hab. Paulina Mościcka, prof. UMK. W sesji zaprezentowane zostały trzy bardzo interesujące prace. Podczas sesji omówiono zagadnienia związane z podczerwienią w wykrywaniu infekcji i powikłań gojenia ran, a także wykorzystanie sztucznej inteligencji w procesie gojenia ran z perspektywy pielęgniarstwa.

Sesja 8 odbyła się po przerwie kawowej, której moderatorami byli prof. Andrea pokorna i prof. Sebastian Probst. Moderatorzy zaprezentowali zagadnienia związane z aspektami etycznymi w badaniach leczenia ran, a także w zarządzaniu ranami z perspektywy pielęgniarstwa. Ostatni temat dotyczył opieki przeciwdrobnoustrojowej.

Ostatnia, 9 sesja, moderowana była przez prof. Roberto Casino, prof. Andree Pokorną oraz mgr Lenkę Krupową. Sesja zatytułowana była „Rany – temat, który trudno wyczerpać” i zaprezentowano w niej siedem bardzo interesujących prac. Prof. Brioschi przedstawił unikalne podejście do leczenia głębokich, jamistych ran. Pozostała tematyka skupiona była wokół oczyszczania rany, zarządzania obrzękiem limfatycznym w praktyce pielęgniarstwa, a także praktycznych wskazówek zapobiegania uszkodzeniom skóry związanym z cewnikiem.

Na zakończenie dr hab. Paulina Mościcka, prof. UMK i dr hab. Justyna Cwajda-Białasik, prof. UMK podsumowały konferencję, dziękując wszystkim byłym gościom za obecność, prelegentom za wysoce poziom merytoryczny wykładów, a partnerom za wsparcie i pomoc w organizacji wydarzenia.

dr hab. Paulina Mościcka, prof. UMK, prof. dr hab. Maria T. Szewczyk, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego CM UMK

Pierwsza nagroda na Europejskim Kongresie Leczenia Ran

Europejski Kongres Leczenia Ran (European Wound Management Association EWMA), odbył się w dniach 26–28 marca 2025 r. w Barcelonie. Skupił ponad 6 tys. profesjonalistów, zajmujących się leczeniem ran przewlekłych, o różnej etiologii.

Na Kongres zgłoszonych zostało 2 tysiące abstraktów z całego świata, spośród których, wyłoniono tylko jedną zwycięską pracę autorstwa dr hab. Justyny Cwajdy-Białasik, prof. UMK, dr hab. Pauliny

Mościckiej, prof. UMK i prof. Marii T. Szewczyk z Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego WNoZ CM UMK oraz Poradni Leczenia Ran Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy – „Results of a pilot study of diabetes related foot disease (DFD) screening in an at-risk group”.

Serdecznie gratulujemy i życzymy wielu dalszych sukcesów.

oprac. red.

Nursing Power to Change the World

W dniach 8–13 czerwca 2025 roku w Helsinkach odbył się Światowy Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses, ICN); jedno z najważniejszych wydarzeń dla środowiska pielęgniarskiego na świecie. Kongres zgromadził siedem tysięcy pielęgniarek i pielęgniarzy z różnych krajów, reprezentujących wszystkie kontynenty, specjalizacje i poziomy zawodowego doświadczenia. Hasłem Kongresu był „Nursing Power to Change the World”. Motyw przewodni Kongresu podkreślał ogromny wpływ, jaki pielęgniarki mają na współczesny świat jako liderki, edukatorki, innowatorki i rzeczniczki zmian systemowych. Prelekcje i panele dyskusyjne skupiały się na roli pielęgniarek w kształtowaniu polityki zdrowotnej, zwiększaniu dostępności do opieki, walce o równość i promocji zdrowia publicznego.

Z dumą informujemy, że wśród uczestników kongresu znalazły się dr Agnieszka Pluta oraz dr Marzena Humańska, które reprezentowały Uniwersytet Mikołaja Kopernika poprzez prezentację swoich prac naukowych w formie e-plakatów. Obecność naszych reprezentantek była również okazją do promocji polskiego pielęgniarstwa na arenie międzynarodowej.

oprac. red.



Od lewej: dr Marzena Humańska oraz dr Agnieszka Pluta

Medical Research Club Poland

Wspólna wizja, interdyscyplinarność oraz poczucie odpowiedzialności za przyszłość polskiej nauki dały początek Medical Research Club Poland (MRCP) – ogólnopolskiej społeczności skupiającej badaczy, lekarzy, farmaceutów, biotechnologów oraz ekspertów systemu ochrony zdrowia.

Inicjatywa, która narodziła się rok temu w Bostonie, właśnie weszła w nowy etap rozwoju. To tam blisko stu uczestników programu Clinical Scholars Research Training (CSRT) na Harvard Medical School, realizowanego z inicjatywy Agencji Badań Medycznych, podjęło decyzję, że energia, współpraca i wzajemna inspiracja towarzyszące projektowi nie mogą się zakończyć wraz z ostatnimi zajęciami.

Pierwsza konferencja MRCP

– nowy rozdział we współpracy naukowej

W dniach 22–23 listopada 2025 r. w Bydgoszczy odbyła się pierwsza konferencja MRCP, która zgromadziła absolwentów programu CSRT z całej Polski.

Wydarzenie stało się wyjątkową okazją do prezentacji innowacyjnych projektów badawczych, wymiany doświadczeń oraz dyskusji nad aktualnymi wyzwaniami medycyny. Uczestnicy przedstawili dorobek minionego roku, dzieląc się wynikami badań, sukcesami projektowymi oraz planami na kolejne etapy kariery naukowej.

Program konferencji obejmował szerokie spektrum tematów – od nowoczesnych technologii monitorowania pacjentów i innowacji w medycynie precyzyjnej, przez zagadnienia kardiologiczne, nefrologiczne i metaboliczne, aż po przyszłe kierunki rozwoju farmakoterapii i badań klinicznych. Ważnym elementem były sesje poświęcone perspektywie klinicystów – ich praktycznym potrzebom, obserwacjom i doświadczeniom wynikającym z codziennej pracy z pacjentem.

Wykład prof. Piotra Trzonkowskiego

– naukowy punkt kulminacyjny

Szczególnie doniosłym momentem konferencji był wykład prof. Piotra Trzonkowskiego, który nadał



Plakat Konferencji

wydarzeniu zarówno naukową głębię, jak i inspirujący kierunek na przyszłość. Wystąpienie podkreśliło znaczenie transferu wiedzy, interdyscyplinarności oraz odwagi w podejmowaniu nowych wyzwań badawczych – wartości, które stanowią fundament MRCP.

Finansowanie badań

– żywa i konstruktywna dyskusja

Dużym zainteresowaniem cieszyła się również sesja dotycząca finansowania projektów naukowych w Polsce, z udziałem dr Justyny Kutyby z Agencji Badań Medycznych. Rozmowy dotyczyły zarówno dostępnych ścieżek wsparcia, jak i praktycznych aspektów przygotowywania wniosków, barier systemowych oraz możliwości, jakie otwiera rosnący potencjał badań niekomercyjnych. Była to jedna z najbardziej dynamicznych części konferencji, potwierdzająca, że młode środowisko badawcze jest gotowe do aktywnego współtworzenia zmian w systemie.

MRCP – społeczność, która rośnie

Pierwsza konferencja MRCP potwierdziła, że klub rozwija się jako aktywna i inspirująca platforma współpracy. Organizatorzy zapowiadają dalsze działania, nowe inicjatywy oraz cykliczne spotkania naukowe. Z entuzjazmem oczekują także na dołączenie kolejnych absolwentów przyszłych edycji CSRT, którzy wzmocnią społeczność i przyczynią się do budowy nowej jakości w polskiej nauce.

Konferencja odbyła się pod honorowym patronatem Agencji Badań Medycznych oraz prof. dr. hab. Dariusza Grzanki, Prorektora ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

oprac. red.

XCIX Zjazd Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP

W dniach 24–26 października 2025 r. w Bydgoszczy odbył się XCIX Zjazd Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP. Obecni byli dr hab. Bogumiła Kupcewicz, prof. UMK, pełnomocnik ds. kształcenia i spraw studenckich w Collegium Medicum UMK, oraz dr hab. Artur Słomka, prof. UMK, prodziekan ds. studenckich Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy.

Pierwszy dzień zjazdu zainaugurował panel dyskusyjny „Edukacja medyczna wobec wyzwań XXI wieku”. W dyskusji uczestniczyli prof. dr hab. n. med. Kamil Torres, wiceprzewodniczący Polskiej Komisji Akredytacyjnej, mgr Kamila Gólc, sekretarz Naczelnej

Rady Pielęgniarek i Położnych, oraz lek. Patryk Groszyk, członek Zarządu Porozumienia Rezydentów OZZL, a samorząd lekarski reprezentował lek. Paweł Wojciechowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej i członek Komisji ds. Młodych Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej. Obecna była również dr hab. Natalia Ukleja-Sokołowska, prof. UMK, prodziekan ds. studenckich i dydaktyki Wydziału Lekarskiego.

Podkreślono, że jakość kształcenia medycznego stanowi fundament bezpieczeństwa pacjentów i stabilności systemu ochrony zdrowia. Omówiono kluczowe wyzwania, w tym rozwój telemedycyny



Uczestnicy XCIX Zjazdu Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP, od prawej: dr hab. Artur Słomka, prof. UMK, prodziekan ds. studenckich Wydziału Farmaceutycznego oraz dr hab. Bogumiła Kupcewicz, prof. UMK, pełnomocnik ds. kształcenia i spraw studenckich w Collegium Medicum UMK

i zastosowań sztucznej inteligencji, zmiany demograficzne oraz narastającą wielochorobowość. Studenci zwracali uwagę na potrzebę dalszego uprzączynienia

końcowych lat studiów w kontekście likwidacji stażu podyplomowego.

oprac. red.

XVIII Ogólnopolski Zjazd Prezydiów studenckich towarzystw diagnostów laboratoryjnych

15 listopada 2025 roku na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy odbył się XVIII Ogólnopolski Zjazd Prezydiów studenckich towarzystw diagnostów laboratoryjnych.

Gospodarzem spotkania było Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych CM UMK. W Zjeździe uczestniczyli przedstawiciele prezydiów studenckich towarzystw diagnostów laboratoryjnych



Uczestnicy XVIII Ogólnopolskiego Zjazdu Prezydiów studenckich towarzystw diagnostów laboratoryjnych

z uczelni z całej Polski. Wydarzenie otworzył prodziekan ds. studenckich, dr hab. Artur Słomka, prof. UMK, który powitał gości i podkreślił znaczenie współpracy oraz integracji środowiska młodych diagnostów.

Następnie dr Katarzyna Bergmann wygłosiła wykład „Laboratoryjne wskaźniki gospodarki żelazowej a ryzyko kardiometaboliczne”, stanowiący wprowadzenie do dalszych obrad. Kolejne godziny

poświęcono na dyskusję, wymianę doświadczeń oraz planowanie wspólnych inicjatyw na rzecz rozwoju diagnostyki laboratoryjnej i aktywności studenckiej.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za obecność, zaangażowanie i inspirujące rozmowy. Do zobaczenia na kolejnych spotkaniach w Bydgoszczy.

oprac. red.

Farmacja w międzynarodowym wydaniu – semestr Erasmus+ w Stambule

Amelia Pelc



Amelia Pelc

Wyjeżdżając kilka miesięcy temu na wymianę Erasmus+ do Stambułu, zastanawiałam się, czy poradzę sobie w nowym środowisku i czy będę w stanie wyjść ze swojej strefy komfortu, aby nawiązać nowe znajomości i przełamać barierę językową. Miałam co do tego wątpliwości – do momentu, w którym po prostu spróbowałam.

Pobyt w ramach programu Erasmus+ okazał się jednym z najcenniejszych doświadczeń w moim życiu. Już od pierwszych dni ogromne wrażenie zrobiła na mnie uczelnia przyjmująca – Acibadem University – której pracownicy byli życzliwi, pomocni i dostępni w każdej sytuacji.

Początkowo obawiałam się, ponieważ jako jedna z nielicznych zostałam przydzielona do grupy złożonej wyłącznie z tureckich studentów, którzy znali się od lat. Z czasem okazało się jednak, że to właśnie oni pomogli mi najlepiej poznać lokalną kulturę, dzięki



czemu zdobyłam wyjątkowe doświadczenia i nowe spojrzenie na świat.

Uczelnia była bardzo nowoczesna i przypominała kampusy znane z amerykańskich filmów. Oferowała znakomite warunki do nauki i rozwoju, a zajęcia prowadzone w języku angielskim były interesujące i angażujące. Prowadzący traktowali studentów z dużym szacunkiem i otwartością – jest to podejście, z którego wiele uczelni mogłoby czerpać inspirację.

Stambuł, dawny Konstantynopol, to miasto silnych kontrastów, które budzi skrajne emocje. Z czasem całkowicie je pokochałam. To ogromna, tętniąca życiem metropolia, w której niemal nigdy nie jest cicho ani nudno. Wielokulturowość miasta widoczna jest na każdym kroku – meczet, kościół i cerkiew potrafią stać obok siebie, tworząc symbol spotkania różnych tradycji, wyznań i historii.

Turcy okazali się niezwykle życzliwi i gościnni. Mimo że nie wszyscy mówią płynnie po angielsku, ich serdeczność i otwartość sprawiały, że komunikacja – nawet przy użyciu gestów – nie stanowiła problemu.

Z bardziej wymagających aspektów warto wspomnieć, że Turcja nie należy do Unii Europejskiej, co



więzało się z dodatkowymi formalnościami i stresem związanym z uzyskaniem pozwolenia na pobyt.

Podsumowując, wyjazd ten był dla mnie ważną lekcją samodzielności, odwagi i otwartości na świat. Poznałam wspaniałych ludzi z różnych krajów, rozwinęłam umiejętności językowe i przełamałam wiele wewnętrznych barier.

Teşekkürler za ten wyjątkowy czas i za wspomnienia, które na zawsze pozostaną w mojej pamięci.

Amelia Pelc, studentka V roku kierunku farmacja, Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, uczestniczka programu Erasmus+ w Acibadem University w Stambule (Turcja)

Rozwój w zabiegach oprawy oka

23 listopada 2025 r. Kosmetologiczna Organizacja Studentek zorganizowała szkolenie „Rozwój w zabiegach oprawy oka” dla studentek kierunku kosmetologia.

Spotkanie poprowadziła specjalistka z Lash Design, prezentując techniki stylizacji brwi i rzęs oraz

laminacji brwi. Program obejmował część teoretyczną i praktyczną, w której uczestniczki mogły doskonalić swoje umiejętności.

oprac. red.



Uczestnicy szkolenia „Rozwój w zabiegach oprawy oka”

Przegląd systematyczny

– współpraca naukowca z bibliotekarzem

Warsztaty w Centrum Informacyjno-Bibliotecznym
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Monika Kubiak

W dniach 20–21 listopada 2025 roku w Centrum Informacyjno-Bibliotecznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbyły się warsztaty związane z tworzeniem systematic reviews, omawiające istotę przeglądów systematycznych, opracowanie właściwych strategii wyszukiwawczych, pracę nad materiałem badawczym (np. deduplikację, ocenę ilościową i jakościową), a przede wszystkim rodzaje współpracy bibliotekarzy z naukowcami oraz sugestiami, w jaki sposób mogą oni wesprzeć autorów przy opracowaniu artykułów typu „systematic review”.

Warsztaty okazały się niezwykle rozbudowane, konkretne, merytoryczne i poszerzające wiedzę. Nic w tym dziwnego, biorąc pod uwagę, że bibliotekarze z łódzkiego Centrum Informacyjno-Bibliotecznego (Bogumiła Bruc, Kamila Przeglasińska, Anna Sikorska, Karolina Wójcikowska) są prawdziwymi ekspertami w tej dziedzinie. Jako pierwsi w Polsce opracowali kompendium wiedzy na temat przeprowadzania przeglądów systematycznych i innych form syntezy wiedzy – <https://systematicreview.umed.pl/>.

Zacznijmy od początku. Czym są przeglądy systematyczne? Otóż „przegląd systematyczny jest również znany jako synteza dowodów naukowych, ponieważ gromadzi informacje z różnych źródeł, aby odpowiedzieć na konkretne pytanie badawcze. Różni się od tradycyjnego przeglądu literatury tym, że ma na celu dokonanie syntezy i analizy badań w sposób bezstronny, rzetelny i systematyczny, tak aby można było wykorzystać do wspierania praktyki opartej na dowodach naukowych” (Systematic Reviews, [w:] Dermody K., Farnum C., Jakubek D., Petropoulos J. A., Schmidt J., Steinberg R., Advanced Research Skills: Conducting Literature and Systematic Reviews, Toronto, Toronto Metropolitan University Library 2022).

Opracowanie przeglądu systematycznego jest procesem rzetelnym, ale wymagającym czasu i sporego wkładu pracy, by zminimalizować ewentualną stronniczość i subiektywizm.

Proces syntezy wiedzy można podzielić na kilka lub kilkanaście etapów: sformułowanie pytania przeglądowego, określenie kryteriów włączenia/

wyłączenia, opracowanie powtarzalnych strategii wyszukiwania i lokalizacja badań, selekcja badań, ekstrakcja danych, ocena jakości badań, analiza i interpretacja wyników oraz rozpowszechnienie wyników w formie przeglądu systematycznego.

Przed rozpoczęciem prac nad nowym przeglądem systematycznym warto sprawdzić, czy protokół na ten sam lub podobny temat nie został już zarejestrowany, dzięki czemu łatwiej będzie podjąć decyzję, czy przygotowanie kolejnego będzie uzasadnione. Do sprawdzenia tematów systematic reviews (lub rejestracji własnego protokołu) służą m.in. PROSPERO (międzynarodowy prospektywny rejestr przeglądów systematycznych, prowadzony przez ośrodek upowszechniania przeglądów systematycznych z Uniwersytetu w Yorku), PubMed Clinical Queries lub baza przeglądów systematycznych Cochrane.

Wyszukiwanie publikacji stanowi fundamentalny krok w procesie tworzenia przeglądu systematycznego. Opracowując systematic review, warto sięgnąć do zalecanych baz bibliograficznych: PubMed (Medline), Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane, baz specjalistycznych (np. Health Source w przypadku badań z dziedziny nauk o zdrowiu), a także do tzw. szarej literatury (źródła drukowane, nieopublikowane dysertacje magisterskie i doktorskie, materiały konferencyjne, rejestry badań, dostępne m.in. na platformach OpenGrey lub ClinicalTrials.gov).

W naukach biomedycznych najczęściej stosuje się formaty pytań, które ułatwiają ukierunkowane wyszukiwanie. Podstawowym modelem jest model PICO, który najlepiej sprawdza się odnośnie do pytań klinicznych, często dotyczących skutków interwencji/terapii/leczenia.

Sformułowanie pytania według PICO:

- people/population/problem – populacja osób badanych – określa grupę uwzględnioną w badaniu, obejmuje także charakterystykę choroby/zaburzenia,
- intervention – interwencja/terapia lub leczenie zastosowane w grupie badanej,

PICO	Zastanów się...	Przykład
Population	Jak opisać grupę pacjentów?	Do perimenopausal women,
Intervention	Jaką podstawową interwencję/terapię należy rozważyć?	who take hormon-replacement therapy,
Comparator	Jaka jest podstawowa alternatywa do porównania z podaną interwencją/terapią?	compared with those taking nonhormonal therapy,
Outcome	Co można osiągnąć, zmierzyć, poprawić lub na co mogą wpłynąć?	have increased or decreased mortality 5 years later?

Model pytania badawczego PICO

- comparison/control – alternatywa dla głównej interwencji (np. zastosowanie placebo, brak leczenia, terapia standardowa),

- outcome – rezultat interwencji lub konsekwencje działania terapeutycznego, zmienna, na którą chcemy wpłynąć.

Dzięki pytaniu badawczemu można wyodrębnić poszukiwane koncepty badawcze, a następnie dokonać właściwego doboru terminów wyszukiwawczych, które w sposób wyczerpujący opiszą poszczególne koncepty. Będą nimi zarówno słowa pochodzące z języka naturalnego (wyszukiwane w obrębie tytułu, abstraktu, słów kluczowych, autora i w polach tekstu wskazanych w strategii wyszukiwawczej), jak i medyczne hasła przedmiotowe (wykorzystywane przez bibliograficzne bazy danych do opisywania treści każdego indeksowanego artykułu). Należy pamiętać, że hasła przedmiotowe różnią się w poszczególnych bazach danych, dlatego musimy ustalić właściwe hasła dla każdej bazy, którą chcemy przeszukać.

Wstępne wyszukiwanie obejmuje wprowadzenie wszystkich opracowanych terminów wyszukiwawczych do określonej bazy danych, połączenie ich za pomocą odpowiednich operatorów logicznych (AND, OR, NOT) oraz przeanalizowaniu liczby wyników dla poszczególnych terminów wyszukiwawczych (wyszukiwanie zerowe będzie oznaczało, że wybrany termin wyszukiwawczy był nieprzydatny lub błędnie zapisany, z kolei zbyt duża liczba wyników będzie świadczyła o tym, że użyto zbyt obszernego terminu) i rezygnacji z niepasujących terminów wyszukiwawczych.

Po dokonaniu wstępnego wyszukiwania, autorzy we współpracy z bibliotekarzami mogą wybrać kryteria włączenia, definiujące, jakie cechy muszą mieć badania, by zostały uwzględnione w przeglądzie, np. populacja, interwencja, język publikacji oraz kryteria wyłączenia, określające cechy, które automatycznie eliminują badania, nawet jeśli spełniają inne warunki, np. nieodpowiedni projekt badania, niekompletne dane, niestandardowy format.

Jak wspomniano wcześniej, proces syntezy wiedzy jest procesem żmudnym i długotrwałym, niemniej satysfakcjonującym. Po dokonaniu selekcji badań (m.in. deduplikacji artykułów z różnych źródeł), ekstrakcji danych, oceny jakości badań, analizie i interpretacji wyników nadchodzi moment rozpowszechnienia wyników w formie przeglądu systematycznego, a tym samym przedstawienia raportu. Warto wykorzystać w tym celu jeden ze standardów raportowania z systematycznego przeglądu literatury, np. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Diagram PRISMA przedstawia wszystkie etapy wyszukiwania i selekcji badań – od liczby rekordów zidentyfikowanych w bazach danych, przez etapy odrzucania, aż po finalną liczbę badań włączonych do przeglądu. Zapewnia przejrzystość, umożliwia ocenę potencjalnych błędów i jest uznawany za złoty standard dokumentowania procesu selekcji badań.

Warsztaty w Centrum Informacyjno-Bibliotecznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi podkreśliły możliwości współpracy bibliotekarzy (pracowników naukowej informacji medycznej) z naukowcami

opracowywanymi artykuły typu przeglądu systematycznego. Rolą bibliotekarza może być zarówno informowanie o dostępnych narzędziach, pomoc w poszukiwaniu odpowiedniego narzędzia (źródeł i zasobów) czy przygotowanie wstępnego wyszukiwania, konceptów wyszukiwawczych i właściwej strategii wyszukiwawczej, jak i wsparcie autora w jego pracy badawczej oraz dbałość o rygor związany z odpowiednim raportowaniem wyników. Należy podkreślić, że pracownicy Centrum Informacyjno-Bibliotecznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na co dzień wspomagają autorów w procesie tworzenia przeglądów systematycznych, proponując m.in.: doradzenie, jaki rodzaj przeglądu będzie odpowiedni dla pytania badawczego, doprecyzowanie pytania badawczego, wybór odpowiednich baz danych do przeszukiwania, stworzenie strategii wyszukiwawczej do pytania

badawczego, przeprowadzenie wyszukiwania w bazach bibliograficznych, zaprezentowanie wyników wyszukiwania, zmodyfikowanie strategii wyszukiwawczej, jeżeli po wstępnym wyszukiwaniu pojawi się potrzeba zmian, pomoc w przeszukaniu szarej literatury, wskazanie innych dostępnych źródeł informacji, przeprowadzenie deduplikacji otrzymanych wyników przy pomocy menadżerów bibliografii EndNote i Mendeley oraz tworzenie bibliografii publikacji wykorzystanych w przeglądzie systematycznym. To bardzo wysoki standard współpracy pomiędzy bibliotekarzami a naukowcami pracującymi nad artykułami typu systematic review, któremu niełatwo będzie dorównać innym bibliotekom medycznym.

mgr Monika Kubiak, Oddział Informacyjno-Bibliograficzny, Biblioteka Medyczna CM UMK, <https://systematicreview.umed.pl/>

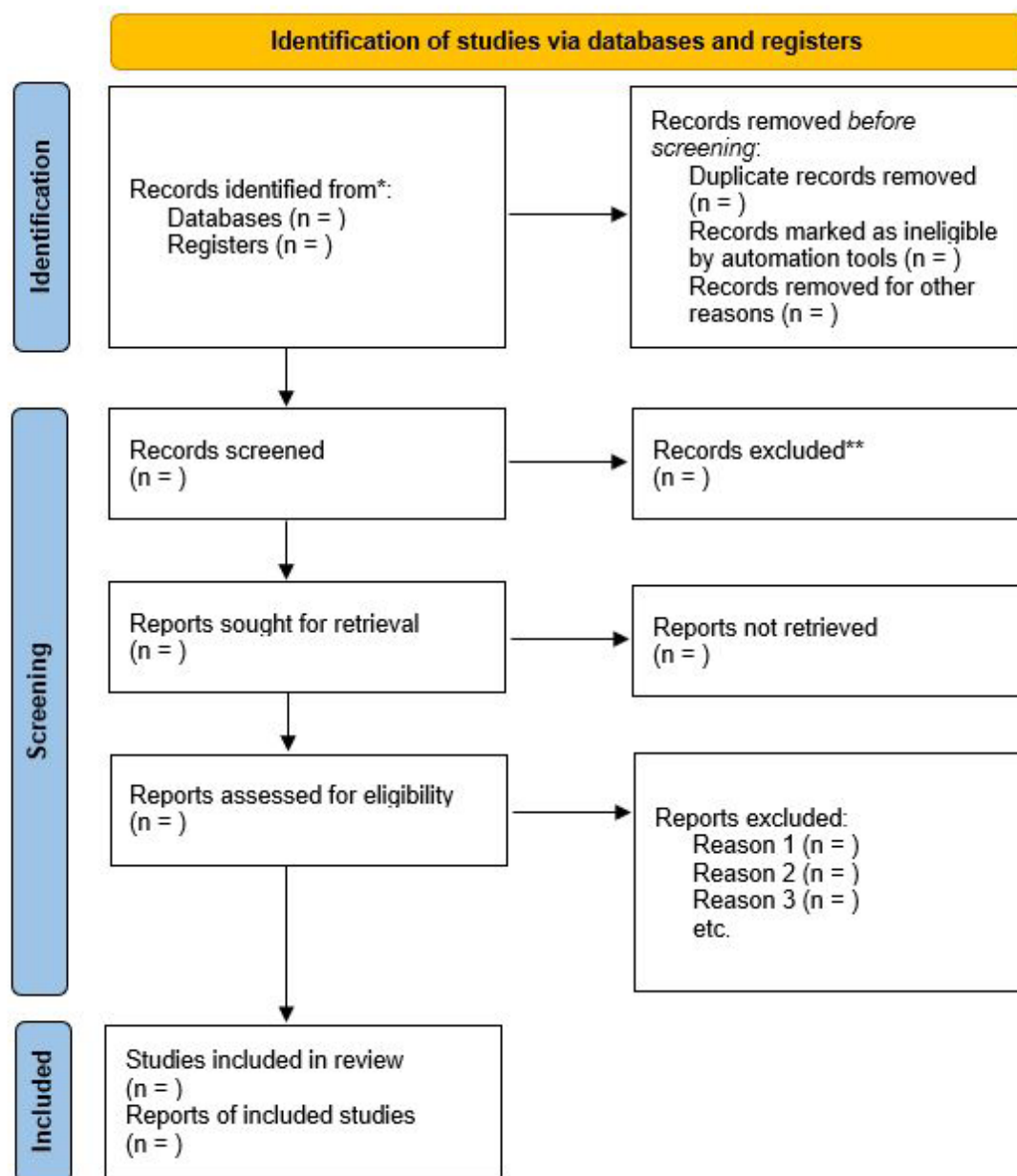


Diagram standardu raportowania PRISMA

Książki na platformie IBUK Libra

Teresa Krzyżaniak

W listopadzie 2025 r. odnowiliśmy na kolejny rok subskrypcję na 344 książki, głównie Wydawnictwa PZWL, w sumie na platformie dostępnych jest 3 540 tytułów z których zainteresowani mogą korzystać zarówno z komputerów podłączonych do sieci UMK, jak i przy wykorzystaniu Proxy po zalogowaniu przez Centralny Punkt Logowania.

Chcielibyśmy zwrócić uwagę, że platforma jest przystosowana do pracy z czytnikiem NVDA i większością narzędzi adaptujących tekst, np. linijka brajlowska, syntezy mowy.

Zwracamy również uwagę, że licencja umożliwia jednoczesny dostęp dla pięciu użytkowników.

W zakończonej umowie największym zainteresowaniem cieszyły się:

1. *Fizjologia człowieka:*

Hanna Krauss, Magdalena Gibas-Dorna

2. *Położnictwo i ginekologia:*

Grzegorz H. Bręborowicz

3. *Anatomia człowieka:*

Adam Bochenek, Michał Reicher

4. *Immunologia:* Jakub Gołąb, Dominika Nowis,

Witold Lasek, Tomasz Stokłosa

5. *Chemia piękna:* Marcin Molski

Przygotowując listę książek do kolejnej umowy wzięliśmy pod uwagę tytuły, które były szeroko wykorzystywane, zakupiliśmy dostęp do tytułów zgłoszonych przez czytelników:

1. *Fizjologia dla ratowników medycznych:*

Bogumiła Wołoszczuk-Gębicka

2. *Procedury TEAM-u:* Jakub Nożewski

3. *Opieka skoncentrowana na pacjencie dorosłym w intensywnej terapii:*

Wioletta Anna Mędrzycka-Dąbrowska

4. *Choroby zapalne gałki ocznej – poradnik lekarza praktyka:*

Karolina Czajor, Marta Misiuk-Hojło

5. *Autyzm u dzieci. Wiedza kliniczna:*

Ewa Emich-Widera, Beata Kazeł, Justyna Paprocka oraz nowości:

1. *Immunologia kliniczna:*

Dariusz Sołdacki, Izabela Toczyska

2. *Diabetologia wieku rozwojowego:*

Małgorzata Myśliwiec, Przemysław Jarosz-Chobot, Agnieszka Szadkowska

3. *Biomechanika kliniczna:*

Janusz Wiesław Błaszczak

4. *AMD Zwyródnienie plamki żółtej związane z wiekiem:*



Katarzyna Michalska-Małecka

5. *Parazytologia w obrazach:*

Joanna Hildebrand, Katarzyna Buńkowska-Gawlik, Weronika Hildebrand

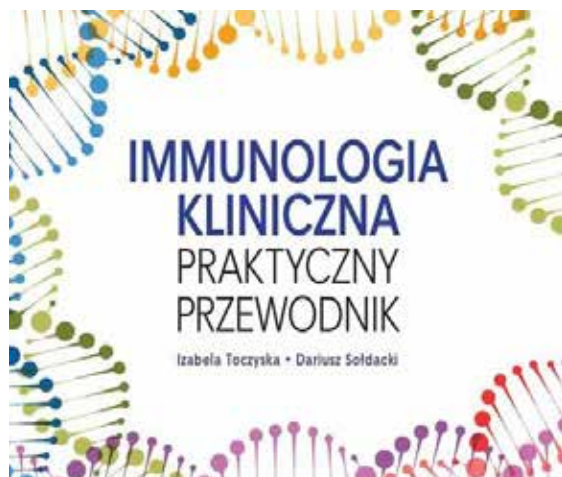
Zachęcamy do zaglądania na stronę BM:

<https://bm.cm.umk.pl/>

oraz do zakładki Czytelnia Ogólnej:

<https://bm.cm.umk.pl/czytelnia-online/>

mgr Teresa Krzyżaniak, Oddział Informacyjno-Bibliograficzny,
Biblioteka Medyczna CM UMK



Bogumiła Wołoszczuk-Gębicka

Fizjologia
dla ratowników
medycznych



Wiadomości Akademickie

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania adiustacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.
© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Adres Redakcji

Biblioteka Medyczna CM UMK
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
tel.: 048 052 585-3509
e-mail: biblio@cm.umk.pl

Wersje on-line wszystkich numerów „Wiadomości Akademickich” są dostępne na stronie Biblioteki Medycznej CM UMK

Rada Programowa

Przewodniczący Rady Programowej

prof. dr hab. Zbigniew Wolski

Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej

prof. dr hab. Gerard Drewa

Członkowie Rady Programowej

prof. dr hab. Eugenia Gospodarek-Komkowska
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Marek Jurgowiak
dr hab. Bogumiła Kupcewicz, prof. UMK
dr Krzysztof Nierzwicki
dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK
prof. dr hab. Maria Szewczyk
dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Zespół Redakcyjny

Redaktor naczelny

dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego

dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Sekretarz redakcji

mgr Monika Kubiak

Redaktorzy

mgr Marta Brzezińska
mgr Justyna Gapska
mgr Agnieszka Milik

Adiustacja

mgr Joanna Hładoń-Wiącek

Projekt graficzny

dr Radosław Staniec

Skład komputerowy

mgr Monika Kubiak

Redakcja merytoryczna

dr Krzysztof Nierzwicki
dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Korekta

mgr Anna Kaszewska

Druk

Drukarnia Salus
Szosa Chełmińska 50
87-100 Toruń

Wszystkie teksty zaprezentowane w dziale „Kronika CM” zostały opracowane przez Dział Promocji i Komunikacji CM UMK oraz Redakcję „Wiadomości Akademickich”

Fotografie wykorzystane w numerze

Andrzej Romański, Mariusz Kowalikowski, Krzysztof Fabisiak, Aleksander Niemielewski

Fotografia na okładce

Wigilijne spotkanie Rady Programowej „Wiadomości Akademickich”, aranżacja: Joanna Hładoń-Wiącek, fot. Krzysztof Nierzwicki



UNIWERSYTET
MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU

Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

MEDYCZNA środa

XXXVIII EDYCJA (online i na żywo)

- | | |
|-----------------------------|--|
| 15.10.2025
online | Różne twarze depresji
dr hab. Wiktor Dróżdż, prof. UMK |
| 22.10.2025
Młyny Rothera | „Nazywam się Legion, bo jest nas wielu”, czyli historia psychiatrii
dr hab. Wojciech Szczęśny, prof. UMK |
| 29.10.2025
Młyny Rothera | Między ciałem a umysłem, czyli Mens sana in corpore sano
dr Marek Jurgowiak |
| 05.11.2025
Młyny Rothera | Psychofizjologia oddechu - jak oddychanie kształtuje nasz nastrój i myśli
dr Łukasz Leksowski |
| 12.11.2025
online | Odżywianie, które leczy psychikę - dobry posiłek w szpitalu
mgr Joanna Nowak-Rut |
| 19.11.2025
Młyny Rothera | „Mamo, boję się, że to ciastko mnie zabije”- anafilaksja i jej psychiczne konsekwencje
dr Julia Tworowska |
| 26.11.2025
online | Kiedy trauma nie kończy się w domu rodzinnym - zdrowie psychiczne współzależnych
dr Anna Baruch |
| 03.12.2025
Młyny Rothera | Demencja – „czasem zapominam” czy potrzebuję już pomocy?
lek. Artur Kujawa |
| 10.12.2025
Młyny Rothera | Asertywny język relacji
dr Joanna Rajang |
| 17.12.2025
online | Neurochirurgia w leczeniu zaburzeń psychicznych - dawniej i dziś
lek. Magdalena Jabłońska |
| 07.01.2026
online | Psychologiczne aspekty hospitalizacji
mgr Monika Siekierka |
| 14.01.2026
Młyny Rothera | Między przymusem a wolnością - jak mózg uczy się uzależnienia
dr Inga Dziembowska |
| 21.01.2026
Młyny Rothera | Medyczne i psychologiczne aspekty zaparć przewlekłych u dzieci
dr hab. Przemysław Gałązka, prof. UMK |
| 28.01.2026
Młyny Rothera | Hormony wpływają na naszą psychikę i vice versa!
dr Szymon Suwała |



Wykłady online dostępne na kanale Collegium Medicum UMK w serwisie YouTube o godz. 18:00. Medyczne Środy będzie można oglądać bez konieczności tworzenia konta czy rejestracji. Wykłady na żywo odbywają się w Młynach Rothera o godz. 18:00. Wstęp wolny.

WA

Wiadomości Akademickie

Pismo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu