

Kwiecień
Nr 2 (30) 2020
ISSN 2545-0336

 **SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1**
IM. DR. ANTONIEGO JURASZA
W BYDGOSZCZY **1937**

NASZ SZPITAL

www.jurasza.pl

Biuletyn Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy



KORONAWIRUS powoduje gorączkę, kaszel, duszności, bóle mięśni i zmęczenie.

Przenosi się drogą kropelkową, a więc podczas kaszlu, kichania czy mówienia.

Jak zapobiegać zakażeniu?



Często myj ręce, używając mydła i wody.



Kiedy kaszlesz lub kichasz, **zakrywaj usta i nos**.



Zachowaj co najmniej 1 metr odległości od osób, które kaszlą i kichają.



Jeśli **wracasz z regionu**, gdzie występuje koronawirus i **masz objawy** choroby lub miałeś **kontakt z osobą zakażoną**, powiadom telefonicznie o tym stację sanitarno-epidemiologiczną lub zgłoś się do oddziału obserwacyjno-zakaźnego.

Infolinia NFZ

800 190 590

www.gov.pl/koronawirus

Czas próby

No i stało się, wirus SARS-CoV-2 zdomowił się w naszym kraju. Wszyscy pewnie pamiętamy styczniowe obrazki z Wuhan w Chinach, które w pierwszych dniach po ujawnieniu epidemii docierały do nas za pośrednictwem środków masowego przekazu. Przypominały one sceny z najlepszych filmów katastroficznych, jakie wyprodukowała światowa kinematografia. I niestety, przez większość z nas były traktowane jako ciekawy news ze świata. Bardzo szybko okazało się, że to nie fikcja ani sen, ale bardzo realne zagrożenie dla ludzkości całego globu. W ciągu kilku tygodni pojawiły się jeszcze bardziej dramatyczne obrazy z Europy – Włochy, Hiszpania i in. No i niestety w napięciu oczekiwany przez Polaków pierwszy wykryty w naszym kraju przypadek koronawirusa – noc 3/4 marca br. Podaję tę datę ponieważ kiedyś będziemy do tego często wracać w różnego rodzaju opracowaniach naukowych, publicystycznych i in.



Dzisiaj, kiedy liczba aktualnych oraz planowanych zachorowań przerasta możliwości opieki zdrowotnej nawet najbardziej rozwiniętych krajów świata, przychodzi się z tym problemem zmierzyć również nam. W jakim zakresie rozwinię się pandemia w Polsce trudno na chwilę obecną przewidzieć, natomiast łatwo przewidzieć jak niebezpiecznie może się rozwinąć. Od wszystkich nas oczekiwana jest z jednej strony obywatelska postawa stosowania się do zaleceń rządzących z drugiej zaś, jako pracownicy ochrony zdrowia powinniśmy jeszcze bardziej wzmoczyć czujność w walce z tym „niewidzialnym terrorystą”. Dzisiaj jak nigdy dotąd przyszedł czas próby naszego profesjonalizmu, jakości i innych przymiotów, którymi lubiliśmy epatować (ja także) chwalcąc się osiąganymi sukcesami. Na chwilę obecną, kiedy piszę te słowa na pulpicie informacyjnym w moim gabinecie wyświetla się komunikat 0/4/28 co oznacza: zero pozytywnych, cztery w trakcie badania i 28 negatywnych wyników testów w kierunku COVID-19. Nie ma to jednak większego znaczenia, ponieważ za chwilę stan naszych liczników ulegnie zmianie. Jednak warto podkreślić, że los daje nam czas. To jest ten moment, kiedy w oczekiwaniu na pierwszego „pozytywnego” pacjenta możemy jeszcze w miarę bezpiecznie doskonalić nasze procedury i umiejętności.

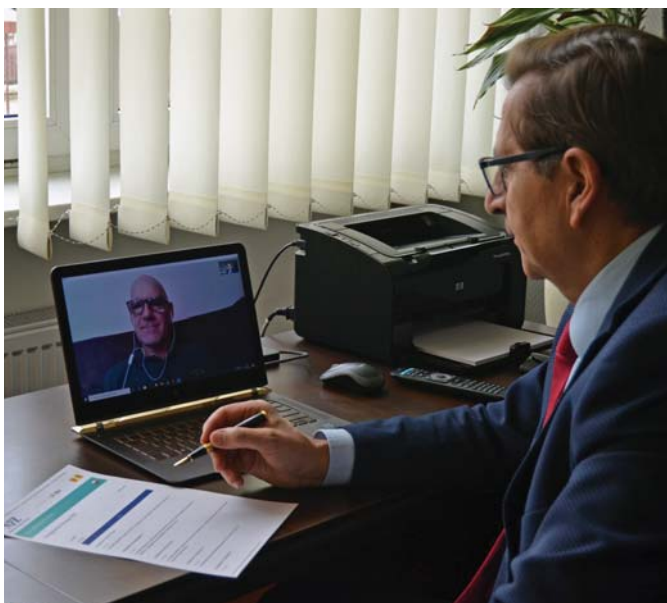
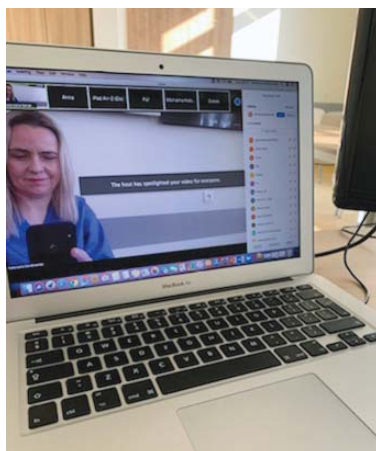
Muszę przyznać, że pisanie wstępu w tak dynamicznie zmieniającej się sytuacji jest nie lada wyzwaniem, ponieważ prawdopodobnie jak Państwo będziecie czytać te słowa, sytuacja epidemiczna kraju, w tym i naszego szpitala będzie inna – oby lepsza. Jedno co będzie na pewno aktualne to słowa podziękowań dla wszystkich Państwa za duże zaangażowanie w tej trudnej, kryzysowej sytuacji. Słowa te kieruję przede wszystkim do kadry medycznej – naszej „pierwszej linii frontu”, tych którzy na co dzień zajmują się opieką i leczeniem pacjentów, do pracowników sekcji antybiotykoterapii i kontroli zakażeń. Dziękuję także pozostałym grupom zawodowym dzięki, którym szpital cały czas ma możliwość realizacji swoich zadań, w tym pracownikom logistyki, którzy wyciągają spod ziemi środki ochrony osobistej dla naszego personelu. Życzę Państwu wytrwałości i sił na polu walki z tym niewidzialnym wrogiem.

Na nadchodzący czas Świąt Wielkanocnych życzę wszystkim Czytelnikom zdrowia, pogody ducha i nadziei na lepsze jutro.

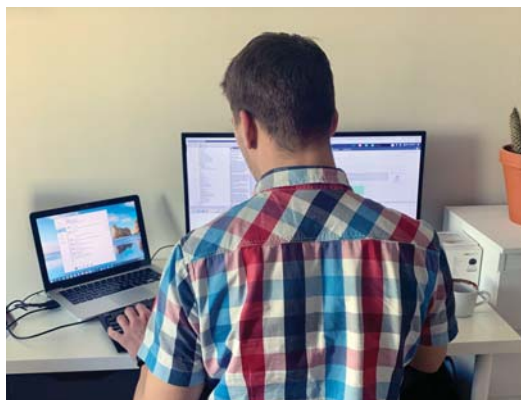
dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś
Dyrektor Szpitala

Szpital w czasach koronawirusa...

W czasach pandemii wszystkie szpitale w Polsce i na świecie zostały postawione w stan najwyższej gotowości. To czas trudny dla wszystkich – lekarzy, pielęgniarek i ratowników, diagnostów laboratoryjnych, całego personelu medycznego i wszystkich pozostałych pracowników, których na co dzień nie widać, ale wykonują swoje obowiązki tak, aby całość mogła bezpiecznie funkcjonować.



Wprowadziliśmy wszystkie obowiązkowe i zalecane procedury w przypadku postępowania z pacjentem podejrzanym o zakażenie koronawirusem. Wszystkie te dokumenty są na bieżąco aktualizowane, wraz ze zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną i napływającymi informacjami od organów nadrzędnych. Dyrektor Szpitala wydał szereg zarządzeń regulujących organizację pracy szpitala zarówno w zakresie opieki nad pacjentem, jak również funkcjonowanie pozostałych komórek organizacyjnych szpitala. Część pracowników również pracuje zdalnie – zarówno administracja, jak i kliniki, które prowadzą poranne raporty on-line.



Na pierwszej linii frontu personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, który nieustraszenie przyjmuje pacjentów z zagrożeniem życia i zdrowia, często nieprzytomnych, po wypadkach lub z ciężkimi schorzeniami nie wiedząc przecież czy dana osoba nie jest zakażona.



Szpitalny Oddział Ratunkowy		05.07.2020
ChOROBY WYKAZUJĄCE	LICZBA PACJENTÓW	
COVID-19	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	
CHOROBY ZWIĄZANE	0	



Pełna mobilizacja również w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Personel przygotowuje się do ewentualnego przyjęcia pacjenta z podejrzeniem koronawirusa.



Sekcja ds. Antybiotykoterapii i Kontroli Jakości Zakażeń pracuje bez wytchnienia, aby zapewnić wszystkim nam bezpieczne warunki pracy.



Na co dzień w szpitalu pusto – widok niecodzienny – nie ma pacjentów, nie ma studentów, puste parkingi... Choć może wygląda to na opuszczone miejsce my pracujemy – w każdej chwili jesteśmy gotowi, aby nieść pomoc potrzebującym.



Wspierają nas pracownicy i wolontariusze – studenci Collegium Medicum, którzy przeszli odpowiednie szkolenie wewnętrzne i dokonują pomiaru ciepłoty ciała u osób wchodzących do szpitala oraz udzielają niezbędnych informacji o bieżącej organizacji pracy szpitala.



Bardzo cieszą nas słowa wsparcia osób z zewnątrz, które chcą nam w tej walce pomagać. Każdy drobny gest – posiłki dla ratowników, kremy na wysuszoną popękaną skórę ich rąk to dla nas ogromne wsparcie. Najważniejsze jednak jest zrozumienie i odzew na nasze apele – zostańcie w domu! Bądźcie zdrowi...



Prof. dr hab. Andrzej Sokala wybrany na Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika na kadencję 2020–2024

Na spotkaniu wyborczym, które odbyło się 12 marca w Auli UMK, obecnych było 199 elektorów. Głosów ważnych oddano 196. Prof. Andrzej Sokala otrzymał 181 głosów poparcia, 10 elektorów było przeciw jego kandydaturze, 5 wstrzymało się od głosu.

Przez dwie ostatnie kadencje prof. Andrzej Sokala pełnił funkcję prorektora UMK ds. studenckich i polityki kadrowej.

Prof. dr hab. Andrzej Jan Sokala urodził się 12 maja 1955 r. w Kamienicy Polskiej pod Częstochową. W latach 1974–1978 studiował prawo na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Studia ukończył z wynikiem bardzo dobrym. Po uzyskaniu dyplomu pracował w Narodowym Banku Polskim, a następnie w Kombinacie Państwowych Gospodarstw Rolnych w Wysokiej (dawne woj. piłskie) – jako urzędnik. W latach 1980–1981 odbył aplikację sądową w Sądzie Wojewódzkim w Bydgoszczy i zdał egzamin sędziowski z wynikiem bardzo dobrym.

W 1981 r. został zatrudniony w Katedrze Prawa Rzymskiego UMK w Toruniu. W roku 1989 uzyskał stopień naukowy doktora nauk prawnych, a jego praca doktorska uzyskała wyróżnienie w prestiżowym konkursie „Państwa i Prawa”. W 1999 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk prawnych, a w 2011 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał mu tytuł profesora nauk prawnych. Zajmuje się prawem rzymskim i prawem wyborczym. Kieruje Katedrą Prawa Rzymskiego UMK (od 2000 r.) oraz Centrum Studiów Wyborczych UMK (od 2008 r.), którego jest pomysłodawcą i założycielem. Obecnie pełni funkcję Kierownika Katedry Prawa Rzymskiego, Historii Prawa i Ustrojów Państwowych.

Profesor Andrzej Sokala ma duże doświadczenie organizacyjne. W latach 2000–2005 pełnił funkcję prodziekana (przez dwie kadencje), zaś w latach 2005–2012 – funkcję dziekana Wydziału Prawa i Administracji UMK (również przez dwie kadencje). Krótko pełnił także funkcję kierownika Katedry Prawa Kanonicznego (w 2000 r.). Obecnie jest prorektorem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu ds. Studenckich i Polityki Kadrowej.

Wypromował ośmiu doktorów oraz około 230 magistrów i licencjatów z zakresu prawa, administracji i europeistyki. Opiekuje się kolejnymi doktorantami. Był wielokrotnie recenzentem w przewodach o tytuł profesora oraz stopień doktora habilitowanego i doktora. Za swoją działalność edukacyjną uzyskał Medal Komisji Edukacji Narodowej przyznany przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w 2005 r.



Fot. A. Romański

Jest członkiem kilku towarzystw naukowych. W poprzedniej kadencji (2011–2015) był z wyboru członkiem Komitetu Nauk o Kulturze Antycznej Polskiej Akademii Nauk (w Komitecie pełnił funkcję Przewodniczącego Komisji Wyborczej). Odbył staże naukowe, m.in. w Rzymie, Padwie i Perugii. Był stypendystą Centro Incontri e Studi Europei w Rzymie.

W latach 1991–2001 pełnił funkcję Dyrektora Delegatury Krajowego Biura Wyborczego w Toruniu. Obecnie ściśle współpracuje z Państwową Komisją Wyborczą, z Krajowym Biurem Wyborczym, z Rzecznikiem Praw Obywatelskich oraz z Biurem Informacyjnym Parlamentu Europejskiego w Polsce. W maju 2000 r. Prezydent RP odznaczył go Złotym Krzyżem Zasługi „za zasługi w działalności na rzecz demokratyzacji prawa wyborczego i przeprowadzanych wyborów”.

Dodać wypada, że prof. Andrzej Sokala wybierany był do ważnych organów państwowych Rzeczypospolitej. W grudniu 2003 r. Sejm wybrał go na sędziego Trybunału Stanu, zaś w październiku 2015 r. – na stanowisko sędziego trybunału Konstytucyjnego. Tego ostatniego urzędu nie objął z powszechnie znanych – pozamerytorycznych – powodów.

Rektor-elekt jest żonaty, ma troje dzieci. Uprawia turystykę i wspinaczkę górską (zdobył m.in. Matterhorn), zbiera stare pocztówki o tematyce tatrzańskiej, jest fanem bluesa i blues-rocka (ulubiony zespół to ZZTOP), interesuje się sztuką abstrakcyjną (ulubiony malarz to Henryk Stażewski) i sportem (zwłaszcza tenisem kobiecym i speedway'em).

Trzy lata minęły...

W styczniu 2020 r. minęły trzy lata od kiedy w Klinice Chirurgii Wątroby, Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej przeprowadzono pierwsze w regionie przeszczepienie wątroby. Miało to miejsce 27 stycznia 2017 r., a pierwszą pacjentką, której przeszczepiono wątrobę od dawcy zmarłego w bydgoskim ośrodku była młoda 23-letnia kobieta Joanna Feldheim, obecnie aktywnie zaangażowana w społeczne promowanie idei transplantacji narządów.

Kierownikiem Kliniki i inicjatorem powstania programu przeszczepiania wątroby w bydgoskim ośrodku jest dr hab. n. med. Maciej Słupski, prof. UMK – specjalista chirurg i transplantolog kliniczny.



Dr. hab. n. med. Maciej Słupski, prof. UMK

W pionierskiej pracy organizacyjnej, przy współudziale i silnym wsparciu Dyrekcji Szpitala i Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, udało się zbudować interdyscyplinarny Zespół ds. Transplantacji Wątroby.

Osobami, których zaangażowanie administracyjne i osobiste w zorganizowanie i funkcjonowanie ośrodka wymaga szczególnego wyróżnienia są: dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś – Dyrektor Naczelny Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy oraz prof. dr hab. n. med. Jacek Manitus, aktualnie pełniący funkcję prorektora ds. Collegium Medicum UMK. Wspierają oni aktywnie rozwój programu przeszczepiania wątroby, a ich rola w budowaniu

bydgoskiego ośrodka transplantacji tego narządu jest nie do przecenienia.

Z dziedziny chorób zakaźnych osobą wspierającą pionierską pracę u podstaw był dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG, specjalista chorób zakaźnych, hepatolog, obecnie konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych województwa kujawsko-pomorskiego. Początki, jak zawsze, były trudne... Pierwsza akredytacja ośrodka przez Poltransplant. Pierwsza transplantacja, prowadzona przy współudziale kadry medycznej z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Szpitala przy ulicy Banacha w Warszawie: dr. ab. n. med. Krzysztofa Dutka (chirurga) oraz dr. n. med. Grzegorza Niewińskiego (anestezjologa). Pierwszy zabieg przeprowadzono również ze wsparciem rodzimej Kliniki Transplantologii.

Codzienna, mozolna praca przy kwalifikacji biorców, cotygodniowe ich omawianie przez interdyscyplinarne konsylium kwalifikacyjne, ciężkie, wielogodzinne zabiegi przeszczepiania, zaangażowanie zespołu anestezjologicznego w znieczulenie oraz opiekę nad biorcą – to nasza codzienna praca. Dr Andrzej Ko-



*Anestezjology w akcji
– na pierwszym planie dr Z. Szkulmowski*

bryń i dr Karolina Horbacka w większości dźwigają ciężar wypraw samochodowych w teren (z kierowcą Krzysztofem Kobusińskim) celem pobrania i dowiezienia do bydgoskiego ośrodka wątroby dawcy. Proces transplantacji nie przebiegałby sprawnie bez wnikliwej oceny histopatologicznej narządów dawcy i biorcy, prowadzonej w Zakładzie Patomorfologii naszego szpitala oraz byłby niemożliwy bez zabezpieczenia dużej ilości krwi i preparatów krwio-pochodnych przez Bank Krwi. Nieocenioną rolę pełni tu kierownik dr n. med. Małgorzata Sadkowska wraz z Zespołem.



Od lewej dr K. Horbacka i dr A. Kobryń w trakcie opracowywania wątroby dawcy na tzw. zimnym stole



Faza hepatektomii – usunięcia chorej wątroby biorcy – dr S. Pierściński

Na miejscu na pobrany narząd oczekuje już zespół dedykowany do fazy jej wszczepienia na bloku operacyjnym. Tę fazę zabiegu prowadzi prof. M. Słupski, często w asyście dr. S. Pierścińskiego, dr. A. Shevchuka oraz reszty Zespołu. Wszyscy chirurdzy z Kliniki oczywiście wymieniają się w swoich zadaniach i wzajemnie wspierają, powyższy opis więc ma na celu przykładowe zobrazowanie faz zabiegu operacyjnego. Team chirurgiczny nie jest liczny i bardzo obciążony na co dzień pracą kliniczną i dyżurową, wzajemna współpraca i życzliwość w takiej sytuacji staje się niezbędna dla zapewnienia ciągłości procesu przeszczepowego.

Nasza praca transplantacyjna sprawia nam wielką radość i satysfakcję. Uczucia te są tym silniejsze, im bardziej losy naszych pacjentów przebiegają bez powikłań. Bywa jednak, że niesie ona czasem troskę i smutek, gdy proces leczenia nie przebiega pomyślnie. Transplantacja narządów bowiem to nie tylko dziedzina sukcesów i rozwoju, ale w znacznej mierze walka z powikłaniami infekcyjnymi, sercowo-naczyniowymi, odrzucaniem przeszczepionego narządu. Co przynosi nam dzień dzisiejszy?

Od początku swojej działalności wykonaliśmy 19 transplantacji wątroby od dawców zmarłych. W 2019 roku wykonaliśmy 4 transplantacje wątroby, a od początku 2020, na przestrzeni pierwszych 2 miesięcy tego roku, przeprowadziliśmy już 3 udane zabiegi. Przygotowujemy się do ponownej, planowej akredytacji ośrodka przez Poltransplant.



Faza wszycia wątroby dawcy – od lewej instrumentariuszka mgr B. Grabowska, dr A. Shevchuk, Prof. M. Słupski



Instrumentariuszka mgr Barbara Grabowska

Rozwijamy i dopracowujemy organizacyjnie wnikliwą kwalifikację medyczną biorców przeszczepu, celem szybkiego wpisania ich na krajową listę oczekujących. Cały proces kwalifikacji prowadzimy w obrębie ww. jednostki, jak również na bazie przyklinicznej Poradni Transplantacji Wątroby. Osobą odpowiedzialną za koordynację procesu kwalifikacji jest dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz, specjalista chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej, w ścisłej współpracy z koordynatorką ds. transplantacji wątroby mgr Moniką Siekierką oraz sekretarką Kliniki mgr Małgorzatą Kosmal. Kwa-



Zespół w trakcie transplantacji

lifikacja ostateczna odbywa się po wnikliwej analizie wyników badań i konsultacji przez konsylium interdyscyplinarne, w którym uczestniczą chirurdzy, interniści, anestezjologzy, transfuzjologzy i wielu innych specjalistów. Zespół anestezjologiczny pod kierownictwem dr hab. n. med. Katarzyny Sierakowskiej, prof. UMK, aktywnie i z wielkim zaangażowaniem rozwija techniki znieczulenia, umożliwiające optymalne przeprowadzenie biorcy przez długi ok. 6–8-godzinny zabieg operacyjny, który należy do zabiegów najwyższego ryzyka operacyjnego oraz najwyższej trudności chirurgicznej. Nieodczynnym elementem powodzenia zabiegu jest praca wysoko wykwalifikowanych instrumentariuszek, które perfekcyjnie panują nad skomplikowanym instrumentarium zabiegu.

Nad całością organizacyjną tego skomplikowanego „organizmu” czuwa pod telefonem koordynatorka ds. transplantacji wątroby, spinając wszystkie ogniwa systemu w jedną spójną całość. Znajduje też czas na rozmowy z pacjentami i ich rodzinami, co rozładowuje wśród nich stres i napięcie, którego nie sposób uniknąć przy procedurach ratujących życie, do których transplantacja wątroby należy.

Po zabiegu przeszczepienia pacjent pierwsze doby spędza w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie jest poddany ścisłemu monitorowaniu funkcji życiowych i podlega intensywnej opiece medycznej, a następnie przekazywany jest do naszej Kliniki.

Na podkreślenie i uznanie zasługuje ofiarna praca pielęgniarek w Klinice Chirurgii, które przy dużym obciążeniu codziennymi zadaniami szczególną opieką otaczają pacjentów po przeszczepieniu wątroby. Pielęgniarka oddziałowa mgr Teresa Sojka wkłada tu wiele wysiłku organizacyjnego, by znaleźć warunki do opieki nad nimi w jednostce obłożonej przyjęciami pacjentów ogólnochirurgicznych, co stanowi jej główną oś działalności medycznej.

Wizytówką tej ponad trzyletniej pracy niech będą zdjęcia naszych pacjentów, którzy dostają drugie życie po transplantacji wątroby – życie dla nich samych, powrót do życia w ich rodzinach oraz szansę na pełne funkcjonowanie w społeczeństwie.

*Pragniemy podziękować wszystkim
Pracownikom Szpitala oraz wszystkim innym
współpracującym z nami Osobom
z terenu całego regionu, za trud,
wysiłek i zaangażowanie w rozwój
Bydgoskiego Ośrodka Transplantacji Wątroby
w Szpitalu Uniwersyteckim
nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy*

Dziękujemy!

Zespół ds. Transplantacji Wątroby

Zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza:

Kierownik kliniki: dr hab. n. med. Maciej Słupski, prof. UMK

Z-ca kierownika kliniki: dr hab. n. med., Wojciech Szczęsny, prof. UMK

Sekretariat kliniki: mgr Małgorzata Kosmal

Pielęgniarka Oddziałowa: mgr Sojka Teresa

Koordynator ds. transplantacji wątroby: mgr Monika Siekierka

Asystenci specjaliści:

dr n. med. Januszko-Giergielewicz Beata – specjalistka chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej.

dr n. med. Stanisław Pierściński – specjalista chirurgii ogólnej.

dr n. med. Horbacka Karolina – specjalistka chirurgii ogólnej, w trakcie specjalizacji z transplantologii klinicznej.

lek. Andrzej Kobryń – specjalista chirurgii ogólnej i transplantologii klinicznej.

lek. Andrii Shevchuk – specjalista chirurgii ogólnej, w trakcie specjalizacji z transplantologii klinicznej.

Rezydenci:

lek. Eduard Cemaga, lek. Marta Flisińska, lek. Jakub Krymer, lek. Agata Motyka

Drugie życie po przeszczepie – pacjenci



Habilitacja – dr hab. n. med. Rafał Donderski

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu z dnia 15.01.2020 r. Rafał Donderski – adiunkt w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. Dr hab. n. med. Rafał Donderski urodził się 17.12.1969 r. w Toruniu. Ukończył IV Liceum Ogólnokształcące w Toruniu. Jest absolwentem Akademii Medycznej w Bydgoszczy, którą ukończył w 1994 r. uzyskując dyplom lekarza. W tym samym roku rozpoczął staż podyplomowy. W 1995 r. rozpoczął pracę zawodową na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego im. Kopernika w Toruniu oraz w podstawowej opiece zdrowotnej. W maju 1999 r. uzyskał I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. Od czerwca 1999 r. rozpoczął pracę w Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych SU nr 1 w Bydgoszczy w której pracował na stanowisku asystenta, a od stycznia 2014 r. na stanowisku adiunkta. W 2003 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny na podstawie rozprawy: „Ocena czynności śródbłonna u chorych dializowanych otrzewnowo i jej związek z zaburzeniami odżywiania” napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. med. Jacka Manitiusa. W 2004 r. uzyskał II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, w 2008 r. tytuł specjalisty w dziedzinie nefrologii a w 2012 r. tytuł specjalisty w dziedzinie hipertensjologii. Działalność naukowa dr hab. n. med. Rafała Donderskiego dotyczy roli różnych czynników biorących udział w progresji przewlekłej choroby nerek (PChN) w tym roli metabolizmu fruktozy oraz kwasu moczowego czy też oceny profili ekspresji wybranych genów odgrywających rolę w procesach włóknienia tkanki cewkowo-śródmieższowej nerki. Ponadto zainteresowania naukowe dotyczą również powikłań sercowo-naczyniowych u chorych z PChN oraz aspektów diagnostyki nefrologicznej opartej na analizie jakościowej białkomoczu czy też analizie micro-RNA w surowicy krwi i moczu u chorych z chorobami nerek. Jest autorem i współautorem ok. 80 prac i doniesień publikowa-

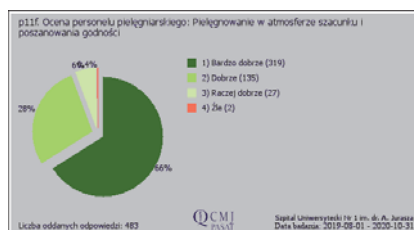


nych w czasopiśmie krajowym i zagranicznych oraz 4 rozdziałów w podręcznikach nefrologii. Nawiązał współpracę naukową z ośrodkami nefrologicznymi zarówno krajowymi oraz zagranicznymi m.in. z Division of Renal Diseases and Hypertension kierowanym przez prof. Richarda Jonsona z Denver (USA). Odbił szkolenia naukowe w ośrodku naukowym Baxter Novum przy Karolinska University w Sztokholmie kierowanym przez prof. Bengta Lindholma. W 2011 r. otrzymał nagrodę Prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN) za najlepszy abstrakt nadesłany na XIX Konferencję Naukowo-Szkoleniową PTN. Jest członkiem towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN), Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT), Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) oraz European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA). Ponadto aktywnie uczestniczył w pracach Zarządu Oddziału Gdańsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w latach 2012–2016 r. Od wielu lat prowadzi działalność dydaktyczną. W codziennej pracy zawodowej sprawuje opiekę lekarską nad chorymi hemodializowanymi oraz dializowanymi otrzewnowo. Zajmuje się również zagadnieniami dotyczącymi leczenia nerkozastępczego u chorych w wieku podeszłym.

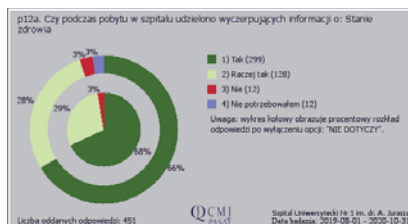
Pacjenci ocenili nasz szpital

Respektowanie praw pacjenta w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy zawsze stanowiło priorytet zarówno zarządzających jak i pracowników naszej placówki. Codziennie stawiamy sobie kolejne wyzwania, mające na celu podnoszenie jakości świadczonych przez placówkę usług. Wsluchujemy się w potrzeby naszych pacjentów aby dowiedzieć się z jakich aspektów pobytu w szpitalu są zadowoleni, a co chcieliby poprawić. Priorytetem jest dla nas, aby pacjenci oprócz fachowej i skutecznej pomocy medycznej znaleźli również ciepło, życzliwość i zrozumienie. W tym celu od 2012 r. przeprowadzamy badanie satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w naszym szpitalu. Do przeprowadzenia badań korzystamy z narzędzia jakie proponuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Za pomocą Pakietu Pasat corocznie przeprowadzamy ankietację wśród pacjentów hospitalizowanych w wybranych klinikach. Celem przeprowadzonego badania jest uzyskanie informacji czego oczekują nasi pacjenci. Ankieta zawiera około 70 pytań za pomocą których pacjenci dokonują oceny m.in. pobytu w izbie przyjęć i na oddziale szpitalnym oraz oceniają opiekę lekarską i pielęgniarzką. Wiele z pytań zawartych w ankiecie bardzo ściśle związanych jest z kwestią praw pacjenta. Również w ubiegłym roku po raz kolejny w okresie od sierpnia do października 2019 r. przeprowadziliśmy badanie wśród pacjentów hospitalizowanych w naszym szpitalu. Ankiety w ilości 800 sztuk rozdano w 22 klinikach. Do analizy danych otrzymaliśmy 516 ankiet. Wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł 64,5%.

Dzięki przedmiotowemu badaniu jesteśmy świadomi, które obszary naszej pracy musimy udoskonalić, a w których należy utrzymać dotychczasowy poziom. Z uzyskanych danych wynika, iż pacjenci przebywający w naszym szpitalu w zdecydowanej większości zadowoleni są z jakości świadczonych usług. Pozytywne oceny zostały wystawione całemu personelowi medycznemu, który zdaniem respondentów nie tylko wykazał się dużą wiedzą merytoryczną, ale przede wszystkim empatią, poszanowaniem godności oraz życzliwością wobec chorych.



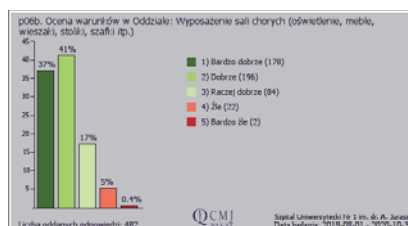
O każdej porze dnia i nocy personel był dostępny na wezwania pacjentów, a także w sposób zrozumiały przekazywał im informacje na temat stanu zdrowia oraz planowanych metod leczenia.



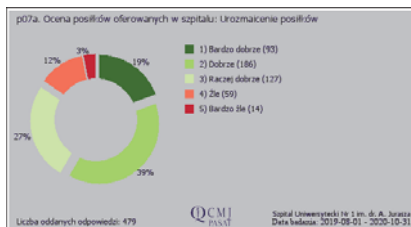
W porównaniu do lat ubiegłych znacząco poprawiła się ocena funkcjonowania Izby Przyjęć. Respondenci podkreślają, iż znacznie skrócił się czas pobytu w Izbie Przyjęć, dobrze postrzegają jej wyposażenie i czystość a przede wszystkim bardzo wysoko oceniają postawę personelu, jego życzliwość i postępowanie zapewniające pacjentom respektowanie ich praw.



Pomimo wielu pozytywnych opinii istnieją również kwestie, które należy udoskonalić. Grupa ankietowanych pacjentów zasygnalizowała konieczność poprawy wyposażenia sal chorych oraz toalet i przystosowania ich do potrzeb osób z niepełnosprawnością.



Według respondentów poprawy wymagają również posiłki, które otrzymują pacjenci, zwłaszcza w zakresie ich urozmaicenia oraz utrzymania właściwej temperatury.

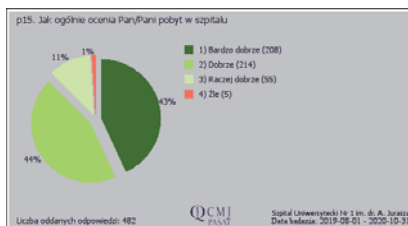


Nie ulega wątpliwości, że pobyt w szpitalu jest dla chorego dużym stresem. W takich sytuacjach pacjent potrzebuje wsparcia oraz rozmowy. O ogromnym zaufaniu jakim darzą nas pacjenci świadczą to, że w tak trudnych momentach jakimi są choroba i pobyt w szpitalu, wielu z nich chętnie zwracało się do lekarzy, pielę-



gniarek, psychologów z prośbą o rozmowę i wsparcie. W Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy na pierwszym miejscu stawiamy dobro pacjentów. Dlatego podejmujemy ustawiczne i różnorodne działania mające na celu respektowanie praw pacjenta, podnoszenie jakości świadczo-

nych usług oraz szeroko rozumianą poprawę warunków pobytu chorych w szpitalu. Przeprowadzone w 2019 r. badania satysfakcji pacjentów są dowodem, że nasze działania przynoszą oczekiwane efekty ponieważ ankietowani pacjenci w zdecydowanej większości bardzo pozytywnie ocenili pobyt.



Potwierdzenie tego faktu znajdujemy w deklaracji respondentów, iż poleciliby nasz szpital osobom bliskim.



Szanowni Państwo zachęcamy naszych pacjentów do udziału w badaniach satysfakcji pacjentów aby określać ważność ich opinii dla poprawy jakości opieki.

Anna Smolińska

Szanowny Panie Dyrektorze,

Byłem po raz pierwszy w życiu hospitalizowany i trafiłem do szpitala, w którym Pan zarządza. Trafiłem do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej w dniu 02.01.20 do 11.01.20. Tak zdarzyło się w moim życiu, że w wieku 63 lat jak zachorowałem to od razu bardzo poważnie. Byłem zdruzgotany i jednocześnie przerażony. Rak trzustki, operacja całkowitego usunięcia tego narządu. Wiele nasłuchałem się od moich znajomych na temat pobytów w szpitalach, były różne doświadczenia, czasami bardzo smutne.

Ja natomiast pragnę serdecznie podziękować, podziękować i jeszcze raz podziękować za profesjonalną i bardzo życzliwą opiekę, za okazaną życzliwość, wsparcie, troskliwość, empatię, za ciepłe słowa po trudnym zabiegu. Jestem pod ogromnym wrażeniem szefa Kliniki Pana Profesora Macieja Słupskiego oraz dr Stanisława Pierścińskiego wysokiej klasy lekarzy i jednocześnie cudownych ludzi.

Jestem bardzo wdzięczny pielęgniarkom i całemu personelowi na tym oddziale. Życzliwość, uśmiech, zawsze chęć pomocy i niesamowita troska o pacjenta oraz wielki szacunek.

Zauważyłem wraz z żoną, która codziennie mnie odwiedzała, ich bardzo ciężką pracę. Jestem im ogromnie wdzięczny, to wyjątkowy zespół ludzi.

Panie Dyrektorze GRATULUJĘ!!! takiego personelu, może Pan być dumny.

Pozdrawiam serdecznie
Leszek Michalewski



Szpital Jurasza ze statuetką Dnia Przedsiębiorczości

27 lutego w siedzibie Ministerstwa Rozwoju odbyła Uroczysta Gala podsumowująca 16. już odsłone „Dnia przedsiębiorczości”. Po raz kolejny nasz szpital znalazł się w gronie najaktywniejszych instytucji biorących udział w tym przedsięwzięciu. Warto podkreślić że wśród 11 laureatów kategorii Firmy i Instytucje Regionalne jesteśmy jedyną placówką medyczną. Co roku w ramach akcji nasz szpital przez jeden dzień gości młodzież szkół średnich, która poznaje tajniki zawodu lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, diagnosty w laboratorium itp. Ma możliwość poznać naszą pracę „od kuchni”, zapytać o wszelkie tajniki pracy w szpitalu a także poczuć się jak student medycyny uczestnicząc w wykładzie na auli Collegium Medium. W imieniu dyrekcji szpitala nagrodę odebrał dr Maciej Jaskulski, kierownik Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi.



dr Maciej Jaskulski odbiera statuetkę

„Dzień przedsiębiorczości” jest organizowany przez Fundację Młodzieżowej Przedsiębiorczości pod honorowym patronatem Prezydenta RP Andrzeja Dudy. Coroku w Gali Przedsiębiorczości bierze udział ok. 150 osób – przedstawiciele nagrodzonych szkół oraz firm i instytucji. Inicjatywa została pomyślana jako sposób na spotkanie młodych ludzi ze światem dojrzałej przedsiębiorczości. Służy jako doskonała okazja do promocji przedsiębiorczości wśród młodzieży i poznania tajników pracy potencjalnych pracodawców. W 16. edycji Programu „Dzień przedsiębiorczości” uczestniczyło 36 469 uczniów z 712 szkół ponadpodstawowych z całej Polski oraz 29 175 wolontariuszy z 12 768 instytucji i firm. Ideą „Dnia” jest umożliwienie uczniom szkół ponadpodstawowych jednodniowych praktyk w wybranej firmie lub instytucji. Program pomaga uczniom w zweryfikowaniu ich wyobrażeń o wymarzonej profesji, zapoznaje ich – w praktyce – ze specyfiką konkretnych miejsc pracy, uświadamia młodym ludziom konieczność dostosowywania się do zmieniających się warunków na rynku pracy. Pomaga też zdobyć informacje o wymaganym wykształceniu, umiejętnościach czy predyspozycjach niezbędnych do wykonywania danej profesji. W ciągu „Dnia” uczeń towarzyszy wolontariuszowi – pracownikowi danej firmy czy instytucji – przez kilka godzin. W tym czasie zapoznaje się ze specyfiką wybranego przez siebie stanowiska pracy, zakresem obowiązków, wykonuje proste zadania, pozyskuje informacje na temat predyspozycji, wymaganego wykształcenia, ukończonych kursów czy niezbędnych umiejętności.



Program kompleksowego leczenia klatki piersiowej lejkowatej u dzieci

Opracowany przez Zespół Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Szpitala Jurasza program leczenia klatki piersiowej lejkowatej u dzieci pozwala zapewnić pacjentowi i jego rodzicom ciągłość specjalistycznej opieki koniecznej do prawidłowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku wrodzonych wad deformacji klatki piersiowej u dzieci.

Klatka piersiowa lejkowata (inaczej nazywana szewską) – łac. *pectus excavatum*, jest najczęstszą wrodzoną deformacją ściany klatki piersiowej. Polega na zniekształceniu przedniej powierzchni klatki piersiowej z zagłębieniem w obrębie mostka i przednich odcinków żeber. Nie poznano nadal czynników powodujących powstanie tej wady. Obserwuje się występowanie rodzinne wady oraz w niektórych przypadkach zespołów genetycznych np. zespołu Marfana (lub innych chorobach z zaburzeniem budowy tkanki łącznej). Deformacja klatki piersiowej zwykle nie jest widoczna u małych dzieci (lub ma postać niewielkiego zagłębienia), nasilenie deformacji obserwuje się w okresie dojrzewania. Występowanie klatki piersiowej lejkowatej nie jest zawsze związane z obecnością objawów podmiotowych tj. duszność, pogorszenie wysiłku fizycznego, omdlenia, kołatanie serca. Dlatego wyróżniane 2 główne wskazania do leczenia chirurgicznego:

1. postać objawowa

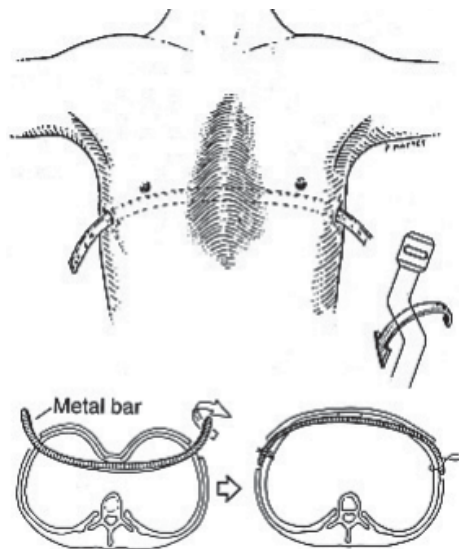
2. postać bezobjawowa – defekt kosmetyczny

Defekt kosmetyczny jest znacznym problemem dla dziecka z klatką piersiową lejkowatą. Może mieć to związek z niższą samooceną, unikaniem kontaktów z rówieśnikami oraz unikaniem aktywności fizycznej lub uczęszczaniem na basen lub plażę.

Leczenie klatki piersiowej lejkowatej

Stosowane są metody leczenia zachowawczego lub operacyjnego. Optymalnym wiekiem leczenia operacyjnego jest okres między 10–14. rokiem życia. Leczenie zachowawcze

- intensywna rehabilitacja – ćwiczenia usprawniają i wzmacniają górną połowę ciała, jednak nie korygują wady układu kostno-stawowego
- terapia podciśnienia (vacuum-bell) – specjalnej konstrukcji pompka, która generuje podciśnienie mające na celu „unieść” deformację klatki piersiowej
- terapia magnetyczna – przyciąganie między magnesem implantowany w mostek a magnesem noszonym w specjalnej uprząży na klatce piersiowej pacjenta
- implanty silikonowe lub z własnej tkanki tłuszczowej – zabiegi korekcyjne chirurgii plastycznej, nie wpływają
- na zmniejszenie deformacji klatki lejkowatej



Metody leczenia zachowawczego stosowane są powszechnie, jednak nie ma jednoznacznych wyników badań potwierdzających skuteczność ww. metod.

Leczenie operacyjne

Pierwszą metodą stosowaną powszechnie była metoda Ravitcha. Polega ona na wykonaniu pionowego lub poziomego nacięcia skóry nad mostkiem oraz obustronnym wycięciu fragmentów chrząstek żebrowych w okolicy przymostkowej, przełamaniu mostka i ustawieniu przedniej ściany klatki piersiowej we właściwej, skorygowanej pozycji.

Aktualnie najczęściej stosowaną metodą leczenia operacyjnego klatki piersiowej lejkowatej jest metoda Nussa. Jest to małoinwazyjna metoda polegająca na wprowadzeniu pod mostek łukowato wygiętej płyty metalowej, która swoją wypukłością obraca jest o 180 stopni, pozwalając zniwelować deformację przedniej ściany klatki piersiowej. Małoinwazyjność wynika z faktu, iż wykonywane są niewielkie nacięcia w obrębie skóry i cały zabieg przeprowadzane są pod kontrolą kamery torakoskopowej. W zależności od postaci wady zakładana jest 1 lub 2 płyty stabilizujące. Po 3 latach płyta jest usuwana w trakcie krótkiego



Pacjent z nawrotem wady po operacji metodą otwartą Ravitcha

zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym. Operacja metodą Nussa jest najczęściej wykonywanym zabiegiem korekcyjnym klatki piersiowej lejkowatej. Pozwala uzyskać dobry i trwały efekt kosmetyczny, krótszy czas hospitalizacji pooperacyjnej i mniejsze dolegliwości bólowe. Mamy doświadczenie także w stosowaniu metody małoinwazyjnej w przypadku nawrotów deformacji po operacjach metodą otwartą. W naszym Oddziale opracowaliśmy autorski program opieki okołoperacyjnej pacjentów leczonych metodą Nussa z powodu klatki piersiowej lejkowatej. Uwzględnia on konieczność odpowiedniego przygotowania przedoperacyjnego pacjenta, standaryzowany tryb leczenia (w tym leczenie p/bólowe) oraz ścisły nadzór chirurgiczno-rehabilitacyjny w okresie pooperacyjnym.

Przebieg leczenia wady

Okres przedoperacyjny

W okresie przedoperacyjnym pacjent zostanie skierowany z Poradni Chirurgii Dziecięcej do wykonania badania spirometrycznego, badania tomografii komputerowej klatki piersiowej oraz konsultacji kardiologicznej. Po otrzymaniu wszystkich wyników nastąpi ostateczna kwalifikacja do zabiegu operacyjnego. Udzielony zostanie instruktaż przez specjalistów fizjoterapii odnośnie trybu rehabilitacji w okresie przedoperacyjnym – jest to element przygotowania do zabiegu operacyjnego.

Okres okołoperacyjny

W dniu przyjęcia do szpitala pacjent nie musi być na czczo. Ten dzień mamy na podsumowanie wyników badań dodatkowych, pobranie badań laboratoryjnych do zabiegu operacyjnego oraz przedoperacyjną ocenę wydolności oddechowej. W kolejnym dniu zostanie przeprowadzony zabieg w znieczuleniu ogólnym. Po zabiegu zostaniesz przez kilka dni w Oddziale Chirurgii Dziecięcej. Zwykle do 2–3. doby utrzymamy dren w klatce piersiowej. Pacjent dostaje



Pacjent po torakoskopowej korekcji wady metodą Nussa

specjalnie dostosowane leki p/bólowe i rozpoczyna rehabilitację oddechową. Wypis zwykle przypada na 5–7 dobę pooperacyjną.

Okres pooperacyjny

Po wypisie do domu, nie ma przeciwwskazań do łagodnej aktywności fizycznej, tj. spacerów. Oszczędzający tryb życia zalecany jest przez pierwsze 6 miesięcy po zabiegu operacyjnego. Codziennie należy pielęgnować ranę zgodnie z zaleceniami chirurga. Pierwsza kontrola w Poradni Chirurgii Dziecięcej następuje po 7–10 dniach od wypisu – wówczas oceniony zostanie stan ogólny pacjenta oraz usunięte szwy w przypadku prawidłowego gojenia ran. Zwolnienie z zajęć szkolnych będzie trwało przez ok. 14–30 dni, natomiast z zajęć wychowania fizycznego przez 6 miesięcy. Zakazane jest leżenie na boku oraz pochylenie się w pierwszych 2–3 miesiącach pooperacyjnych – wiąże się to z dużym ryzykiem przemieszczenia płyty i innych powikłań pooperacyjnych! Cały czas w trakcie pobytu w domu należy wykonywać ćwiczenia oddechowe zgodnie z programem ćwiczeń rehabilitacyjnych otrzymanym od nas w Oddziale.

Plan wizyt poszpitalnych

Po zabiegu operacyjnym, pierwsza kontrola w Poradni Chirurgii Dziecięcej odbędzie się po ok. 7 dniach od wypisy. Kolejna zostanie wykonana po 4 tygodniach od wypisy – wówczas wykonanie zostanie kontrolne RTG klatki piersiowej celem sprawdzenia prawidłowego ustawienia płyt/y. Kolejne wizyty zostaną zaplanowane w kolejnych 3., 6., 9. i 12. miesiącach po zabiegu operacyjnego. Wówczas odbędą się kolejne konsultacje rehabilitacyjne i testy oceniające sprawność fizyczną oraz wydolność oddechową.

Pełnomocnik ds. Zarządzania Ryzykiem

1 marca Dyrektor Szpitala powołał na stanowisko Pełnomocnika ds. Zarządzania Ryzykiem Arkadiusza Matczyńskiego. Arkadiusz Matczyński – mgr ekonomii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Certyfikowany trener Microsoft. Przez trzynaście lat pracował w Dziale Informatyki w największej firmie kolportażowej – RUCH S.A. awansując na Kierownika Działu, a następnie na Koordynatora na 3 regiony sprzedaży (Bydgoszcz, Poznań i Gdańsk). W roku 2013 rozpoczął pracę w Szpitalu Jurasza, początkowo jako główny administrator systemów informatycznych, później jako Koordynator Działu i ASI (Administrator Systemów Informatycznych). Pełnił również funkcję audytora wewnętrznego, jest współtwórcą wielu procedur związanych z Bezpieczeństwem In-

formacji Szpitala. O swoich nowych zadaniach: – *Jestem przekonany, że ten ważny temat wymaga wielu wspólnych działań i mam nadzieję, że dobre relacje jakie zbudowałem przez lata swojej pracy przełożą się także na tę płaszczyznę. Zarządzanie ryzykiem, to nie jedna osoba, to zespół, wspólne rozmowy i działania. Dlatego też mam nadzieję, że poświęćcie mi Państwo nieco swojego czasu, tak będziemy wszyscy czuli się bezpieczni.*



Nasi pracownicy w Polskiej Akademii Nauk

Miło nam poinformować, że Pani prof. dr hab. n. med. Olga Haus, lekarz Poradni Genetycznej, dr hab. Sylwia Kołtan, prof. UMK, lekarz Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Pani dr hab. Aldona Kubica, prof. UMK, kierownik Zakładu Promocji Zdrowia zostały powołane do komitetów Polskiej Akademii Nauk na kadencję 2020–2023. Komitety Polskiej Akademii Nauk są krajową reprezentacją różnych środowisk i dyscyplin naukowych, pełniąc funkcje ciał doradczych i opiniodawczych PAN. Pani profesor Olga Haus została powołana do Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej, Pani profesor Sylwia Kołtan została powołana do Komitetu Immunologii i Etiologii Zakażeń Człowieka, natomiast Pani profesor Aldona Kubica do Komitetu Zdrowia Publicznego. Serdecznie gratulujemy!

Komitety Polskiej Akademii Nauk będąc krajową reprezentacją różnych środowisk i dyscyplin

naukowych są wybierani są przez środowiska naukowe poszczególnych dziedzin. Poza członkami PAN zasiadają w nich naukowcy z niezwiązanych z Akademią innych instytutów badawczych oraz szkół wyższych, a także przedstawiciele instytucji i organizacji gospodarczych i społecznych. Służą oni jako doradcy w sprawach dotyczących technologii, inżynierii, biologii, medycyny, nauk o Ziemi, nauk społecznych, humanistycznych, rolniczych i ścisłych. Komitety pełnią funkcje ciał doradczych i opiniodawczych. Opracowują stanowiska i ekspertyzy naukowe dla administracji państwowej, pomagają w rozwiązywaniu określonych kwestii naukowych. Opiniują akty normatywne dotyczące nauki, jej zastosowań oraz kształcenia. Zajmują się także upowszechnianiem i wprowadzaniem wyników badań, oraz wspierają rozwój poszczególnych dyscyplin.

Biuletyn Nasz Szpital

Kwartalnik Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza

Wydawca

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza,
85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
Nr ISSN 2545-0336

Redakcja

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza
Dział Organizacji i Nadzoru
tel. 52/585-43-53
Czekamy na Państwa opinie, uwagi i propozycje
pod adresem: rzecznik@jurasza.pl

Fotografia na okładce

Magdalena Michułka-Kuraś

Projekt, skład i druk

Oficina Drukarska Jacek Chmielewski
ul. Sokołowska 12a, 01-142 Warszawa
info@oficina-drukarska.pl, www.oficina-drukarska.pl

Nakład

1200 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania
materiałów oraz zmian w tytułach.
Za treść reklam nie odpowiadamy.
e-mail: sekretariat@jurasza.pl, www.jurasza.pl

Na zdjęciach sprzed lat...

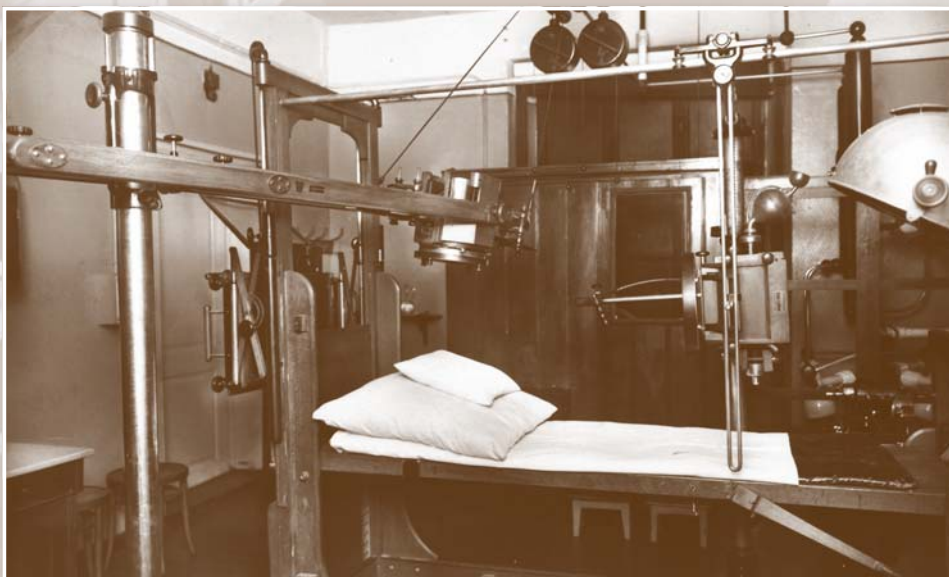
Tym razem niecodzienny materiał w naszym stałym cyklu historycznym. Dzięki uprzejmości Pań Elżbiety Czarnowskiej i Marii Wienczek – córki i wnuczki pierwszego dyrektora szpitala dr. Edwarda Soboczyńskiego, otrzymaliśmy piękną pamiątkę dawnych czasów – album ze zdjęciami szpitala z czasów kiedy mieścił się jeszcze w budynku przy ul. Gdańskiej (obecne Muzeum im. L. Wyczółkowskiego).

Obok prezentujemy kilka zdjęć z albumu. Na wyróżnienie zasługuje fotografia sali operacyjnej/zabie-

gowej, piękne starodawne pomieszczenie szpitalnej kuchni, oraz dość osobliwie wyglądający aparat diagnostyczny. Interesująco wygląda również sala chorych a na uwagę zasługuje fakt pojawienia się tam pięknej rzeźbionej szafy. Dziś w nowoczesnych szpitalach nie do zobaczenia. Dobrze, że przetrwały choć na starych fotografiach, i że są osoby, które pamięć o dawnych czasach pielęgnują. Dziękujemy serdecznie za przesłane materiały z pewnością wzbogacą nasze szpitalne archiwum pamiątek.



*Pamiątkowy album
wraz z dedykacją*





Walentynki dla transplantacji

14 lutego b.r. na Starym Rynku w Bydgoszczy odbyło się wydarzenie pn. „Zakochaj się” – Uniwersyteckie Walentynki zorganizowane przez Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy we współpracy z Departamentem Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu. Uczestników powitali przedstawiciele władz województwa kujawsko-pomorskiego, miasta Bydgoszcz i Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich w Bydgoszczy.

Spotkanie miało na celu promocję profilaktyki zdrowotnej w zakresie chorób sercowo-naczyniowych, poprzez m.in. zachęcanie do aktywności fizycznej, stąd prezentacje par i grup tanecznych z tematyczną oprawą muzyczną w wykonaniu uczniów bydgoskich szkół oraz pokaz zumbi i piłki siatkowej. Z uwagi na połączenie aspektów zdrowotnych, naukowych i kulturowych, także w kontekście relacji i więzi międzyludzkich, do uczestnictwa w spotkaniu została zaproszona Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, w której od 20 lat wykonywane są przeszczepienia nerek od dawców żywych i zmarłych. O miłości, solidarności dla transplantacji i nerkach, które są da-



rem serca opowiedzieli kierownik Kliniki prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk, koordynator transplantacyjny dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska oraz para rodzinna: matka i syn – wyjątkowi, bo w skali kraju jedyni na milion*, pacjenci naszego Szpitala.

Dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska
Fot. www.utp.edu.pl

* Liczba pobrań i przeszczepień narządów od dawców żywych w Polsce w 2019 r. wynosiła 1.9 na milion mieszkańców.

Autoryzacja pobrania narządów i tkanek Warsztaty w Centrum Symulacji Medycznych CM

Dnia 21 lutego br. w Centrum Symulacji Medycznych CM UMK odbyły się warsztaty pt. „Autoryzacja pobrania narządów i tkanek” w ramach zapoczątkowanego w 2018 r. cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych pn. Anestezjologia Interdyscyplinarna, pod honorowym patronatem Prorektora ds. Collegium Medicum UMK Prof. dr hab. Jacka Manitiusa, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji POLTRANSPLANT i Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

• **Autoryzacja pobrania** – uzyskanie zgodnego z prawem przyzwolenia na pobranie komórek, tkanek i narządów od dawcy; *Załącznik do Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 czerwca 2019 r. (poz. 1405) Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.*

Dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, prof. UMK, dr n. med. Mirosława Felsmann i dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska rozpoczynając sesję plenarną wprowadziły do tytułowego zagadnienia.

• W Polsce odstąpienie od pobrania z powodu **braku autoryzacji pobrania** następuje **częściej** niż na skutek obecności **przeciwwskazań medycznych**.

• Ponad **50%** Polaków **zgadza się** na pobranie swoich narządów po śmierci

• Ponad **50%** Polaków **nie zna** obowiązujących ich podstawowych **przepisów prawa**

• **80%** Polaków **nie zna woli** swoich najbliższych
Centralny Rejestr Sprzeciwów został omówiony przez dr hab. med. Artura Kamińskiego – Dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji POLTRANSPLANT, Dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w Warszawie.

Sytuacja prawna w związku z autoryzacją pobrania została scharakteryzowana przez dr hab. Monikę Wałachowską, prof. UMK, Kierownika Katedry Prawa Ubezpieczeniowego i Medycznego UMK w Toruniu.



Zasady rozmowy z rodziną o donacji narządów i tkanek, w tym protokół EMPATIA przedstawiła dr n. med. Aldona Katarzyna Jankowska, Kierownik Zespołu Naukowo-Dydaktycznego Komunikacji Medycznej Katedry Kardiologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

Stanowisko Kościoła wobec transplantacji omówił ks. Jarosław Zieliński CM.

Druga część spotkania – sesja praktyczna „Rozmowa z rodziną o donacji narządów i tkanek” odbyła się z udziałem aktorów: Pani Joanny Juchy – absolwentki PWST we Wrocławiu, która od 2016 roku nieprzerwanie współpracuje z Teatrem Syrena w Warszawie, aktualnie gra również w spektaklach Krakowskiego Teatru Komedia, jest współzałożycielką i aktorką grupy Retrospekcja oraz Pana Adriana Gawlika – absolwenta PWST we Wrocławiu, który współpracował z Teatrem Łażnia Nowa, zaś obecnie związany jest z Krakowskim Teatrem Komedia oraz grupą Retrospekcja.

Scenariusz odgrywany z udziałem aktorów i uczestników warsztatów wcielających się odpowiednio w role członków rodziny zmarłego i medyków został opracowany przez dr n. med. Aldonę Katarzynę Jankowską na podstawie konsultacji z zespołem lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii Szpitali Uniwersyteckich w Bydgoszczy oraz psychologiem klinicznym, którzy w praktyce klinicznej uczestniczą w autoryzacji pobrania. Wyjątkowe środowisko nauczania, jakim jest Centrum Symulacji Medycznych CM, umożliwiło realizację scenariusza w warunkach niemal odzwierciedlających rzeczywistość, zaś uczestnikom szkolenia pozwoliło na obserwację i analizę przebiegu rozmowy przez lustro weneckie oraz transmisję obrazu i dźwięku.

Istotną część spotkania stanowiła dyskusja, wymiana opinii, doświadczeń i emocji zarówno z sesji praktycznej jak i praktyki klinicznej oraz interaktywne podsumowanie w postaci przygotowanych przez prelegentów pytań z wykorzystaniem systemu do głosowania.

Zapraszamy do sprawdzenia swojej wiedzy na temat autoryzacji pobrania:

1. W przypadku sprzeciwu złożonego w imieniu małoletniego w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów:
 - A. zawsze wyłącznie sprzeciw przedstawiciela ustawowego jest skuteczny w stosunku do pozostałych,
 - B. sprzeciw jednego przedstawiciela ustawowego lub małoletniego, jest skuteczny w stosunku do pozostałych,
 - C. sprzeciw jednego przedstawiciela ustawowego lub małoletniego powyżej lat szesnastu, jest skuteczny w stosunku do pozostałych,

D. sprzeciw małoletniego poniżej lat szesnastu, jest skuteczny w stosunku do pozostałych.

2. Sprzeciw na pobranie narządów wyrażony przez osobę 17-letnią:
 - A. może być podważony przez jej przedstawicieli ustawowych
 - B. nie może być podważony przez jej przedstawicieli ustawowych
 - C. może być podważony przez sąd
 - D. może być złożony w dowolnej formie, o ile małoletni wyraża swoją wolę w sposób dostatecznie pewny
3. Najczęstsze przyczyny braku autoryzacji pobrania wynikają z:
 - A. braku zaufania do personelu medycznego
 - B. względów religijnych
 - C. braku wiedzy na temat procedur transplantacyjnych
 - D. względów emocjonalnych
4. Oto 4 cytaty z Pisma Świętego. Tylko jeden jest właściwy odnośnie do transplantacji organów, trzy pozostałe prawdziwe cytaty z Biblii w kontekście transplantacji to manipulacja lub pomylenie pojęć. Który?
 - A. (jako zakaz transplantacji narządów płciowych) Gdy bowiem powstaną z martwych, nie będą się ani żenić, ani za mąż wychodzić, ale będą jak aniołowie w niebie. Mk 12,25
 - B. Błogosławieni miłosierni, albowiem oni miłosierdzia dostąpią. Mt 5,7
 - C. Lepiej bowiem jest dla ciebie, gdy zginie jeden z twoich członków, niż żeby całe twoje ciało miało iść do piekła. Mt 5,30
 - D. Ponieważ bowiem przez człowieka [przyszła] śmierć, przez człowieka też [dokona się] zmartwychwstanie. 1 Kor 15,21
5. W 2018 r. do biura koordynacji Poltransplantu wpłynęło 638 zgłoszeń potencjalnych zmarłych dawców narządów. W 498 przypadkach (78%) doszło do pobrania narządów, w 140 natomiast (22%) nie było pobrania. Odstąpienia od pobrania wynikały:
 - A. w 56 % przypadków z powodów medycznych oraz w 44% przypadków powodu braku autoryzacji pobrania
 - B. w 56 % przypadków z powodu braku autoryzacji pobrania oraz w 44% przypadków z powodów medycznych
 - C. z nieznanых powodów
 - D. z powodów organizacyjnych

Organizatorzy dziękują uczestnikom, patronom, prelegentom i aktorom, konsultantom i moderatorom sesji praktycznej oraz wszystkim, którzy przyczynili się do realizacji szkolenia i zapraszają do udziału w kolejnych spotkaniach.

*Dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, prof. UMK
Dr n. med. Katarzyna Jankowska
Dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska*

Cukier – biały zabójca

W ciągu ostatnich 10 lat aż o blisko 12 kg rocznie wzrosła przeciętna ilość cukru spożywanego przez jednego mieszkańca Polski. Choć jemy mniej cukru tradycyjnego (białego), wzrasta konsumpcja cukru w napojach i wysokoprzetworzonych produktach. Prognozy nie są optymistyczne – szacuje się, że w 2025 r. w Polsce otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Dlatego wprowadzenie podatku cukrowego jest jak najbardziej zasadne i potrzebne. Ma przede wszystkim cel prozdrowotny, a nie fiskalny. Zależy nam na efektach, które osiągnięto w innych państwach, czyli trwałej zmianie zwyczajów żywieniowych. Wpływy z tej opłaty zostaną przeznaczone na leczenie, ale przede wszystkim będą oddziaływać na zachowania konsumenckie istotne dla zachowania zdrowia, na czym nam najbardziej zależy.



Poniżej zapraszamy do lektury wywiadu z Panią dr Zofią Ruprecht – Konsultantem Wojewódzkim ds. Diabetologii w województwie kujawsko-pomorskim, lekarzem specjalistą w Klinice Endokrynologii i Diabetologii Szpitala Jurasza.

Cukier krzepi – hasło wymyślane przez Wańkowicza jest kłamstwem?

Sławna reklama „Cukier krzepi” Melchiora Wańkowicza, zdobiąca dworce i ulice niemal wszystkich miast przedwojennej Polski propagowała ówczesny przemysł cukrowniczy. Reklama jak to reklama została sówicie opłacona pomysłodawcy. Niewątpliwie reklama ta propagowała niezdrowe żywienie i położyła podwaliny pod przyszłą plagę otyłości. Chociaż niewątpliwie cukier spożywczym w tamtych czasach mógł uchodzić za rarytas. Cukry to węglowodany, które występują w różnej postaci i są podstawowym źródłem energii dla naszego organizmu, zwłaszcza dla naszego mózgu. Najzdrowszy jest cukier występujący w formie węglowodanów złożonych natomiast najbardziej szkodliwe są węglowodany proste, czyli takie, które ulegają szybkiemu wchłonięciu z przewodu pokarmowego.

Jak to się dzieje, że cukier zamienia się w naszym organizmie w tłuszcz?

Cukier, który przyjmujemy z pokarmem jest źródłem glukozy, która jest podstawowym paliwem dla

większości procesów metabolicznych zachodzących w ustroju zdrowego człowieka. Glukoza jest odkładana w wątrobie w formie glikogenu jako zapas na okresy pomiędzy posiłkami, aby zapewnić ustrojowi stały dopływ glukozy. Nie wszyscy ludzie są świadomi, że nadmiar spożywanych cukrów prowadzi do karmienia nimi komórek tłuszczowych i odkładania się ich w postaci nadmiaru tkanki tłuszczowej. Jest to skutkiem złożonych procesów metabolicznych.

Jakie choroby grożą nam z powodu nadmiernego spożycia cukru?

W dłuższej perspektywie prowadzić może do wystąpienia wielu zaburzeń i schorzeń metabolicznych. Zwiększenie masy ciała do nadwagi i otyłości, insulinooporność, cukrzyca typu 2, próchnica zębów, wzrost poziomu cholesterolu we krwi, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, zapalenie pęcherzyka żółciowego to konsekwencje nadmiaru cukru w diecie. Każdy świadomy swego stanu zdrowia człowiek, powinien znać swój wskaźnik masy ciała (BMI body mass index), który mówi nam czy nasza masa ciała jest prawidłowa czy też mamy już nadwagę lub otyłość.

Które produkty są najbardziej podstępne?

Należą do nich pieczywa zawierające miód, karmel, słód jęczmienny, ciasta biszkoptowe, kruche, francuskie, ucierane, drożdżowe, ciepłe pieczywa pszenne pod postacią tostów, zapiekane, bułeczki na ciepło, chipsy, rozgotowane makarony, ryż, kasze. Podstępne są wszelkiego rodzaju słodczyce typu light, które zawierają słodkie dodatki zamiast cukru, ale są bardzo kaloryczne, produkty tzw. bez cukru, które naturalnie są bardzo słodkie i zawierają dużą ilość cukrów prostych, np. daktyl. Wszelkiego rodzaju słodzone cukrem napoje gazowane i niegazowane zawierają niebezpieczny dla zdrowia ładunek glikemiczny. Batony zawierające syrop fruktozowo-glukozowy, jogurty, desery mleczne, serki homogenizowane, soki wyciskane jednodniowe, soki z kartonów. Lista jest, niestety, bardzo długa i nie sposób wymienić wszystko. Należy zwracać

uwagę na etykiety produktów i patrzeć co się je i ile spożywa kalorii, aby nie być zdziwionym wzrastającą z tygodnia na tydzień masą ciała. Należy unikać produktów o wysokim indeksie glikemicznym i wybierać produkty o niskim indeksie glikemicznym i z dużą zawartością błonnika.

Czy jedzenie cukru grozi cukrzycą?

Jeżeli mówimy o cukrze mając na myśli cukry proste, to pośrednio tak, prowadząc do rozwoju nadwagi, otyłości i insulinooporności, która jest konsekwencją nadwagi lub otyłości leży u podstaw patofizjologicznych cukrzycy typu 2 obok defektu wydzielniczego komórki Beta trzustki.

Cukrzycę typu 2 określa się mianem choroby cywilizacyjnej, co to oznacza?

Choroby cywilizacyjne (choroby XXI wieku) to choroby szerzące się globalnie, powszechnie znane, spowodowane rozwojem cywilizacji i odpowiadające za ponad 80% zgonów. Częstotliwość ich występowania zależy od stopnia rozwoju cywilizacyjnego społeczeństwa. Cukrzyca typu 2 obok nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, otyłości i wielu innych jest jej przykładem. Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana ponad 10 lat temu przez Organizację Narodów Zjednoczonych za epidemię XXI wieku. Według Światowej Organizacji Zdrowia na cukrzycę choruje na świecie 415 mln ludzi, a do 2035 ich liczba może wzrosnąć do ponad 600 mln. Cukrzyca to choroba, na którą obecnie choruje około trzech milionów osób w Polsce. Zdecydowana większość z nich 80–90% to pacjenci z cukrzycą typu 2, około 200000 to pacjenci z cukrzycą typu 1. Wśród nich jest kilkaset tysięcy osób z cukrzycą jeszcze nie rozpoznaną. Są to oczywiście głównie pacjenci z cukrzycą typu 2, którzy po prostu nie mają oczywistych, ewidentnych objawów i u których nie uchwycono tej choroby, bo nie zostali poddani badaniom przesiewowym. Prognozy na przyszłość nie wyglądają niestety optymistycznie. Społeczeństwo nam się starzeje, a wiek jest w ścisłym związku z zapadalnością na cukrzycę typu 2, wzrasta liczba osób otyłych, zbyt mało się ruszamy, niezdrowo odżywiamy się.

Czy istnieje profilaktyka cukrzycy

Cukrzyca jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się wysokim stężeniem glukozy (cukru) we krwi, który jest konsekwencją defektu wydzielania i lub

działania insuliny. Insulina jest hormonem wydzielanym przez komórki Beta trzustki i jedynym hormonem w naszym organizmie obniżającym poziom cukru we krwi. Utrzymujący się przewlekłe wysoki poziom cukru we krwi prowadzi do uszkodzenia i niewydolności różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Zgodnie z klasyfikacją WHO istnieje wiele typów cukrzycy. Odnosnie cukrzycy typu 1 obecnie nie istnieje żadna skuteczna i wprowadzona do praktyki klinicznej metoda zapobiegania tej chorobie zarówno w populacji ogólnej, jak i u osób z grup ryzyka. Podobnie jest w przypadku różnych innych typów cukrzycy np. uwarunkowanych genetycznie. Natomiast prewencja i opóźnianie rozwoju cukrzycy jest możliwa w odniesieniu do cukrzycy typu 2, która występuje w populacji najczęściej i jest ciągle zbyt późno rozpoznawana. Nadal zbyt często pierwszym objawem cukrzycy jest zawał serca, albo udar mózgu i sposobem na to, by uniknąć takiego niekorzystnego scenariusza jest aktywne poszukiwanie tej choroby. Należy przede wszystkim przeprowadzać regularnie badania przesiewowe w kierunku cukrzycy za pomocą oznaczania glukozy na czczo pobranej z żyły lub za pomocą doustnego testu tolerancji glukozy (krzywej cukrowej) z użyciem 75 g glukozy. Te badania znajdują się w gestii lekarza rodzinnego i to właśnie nie kto inny jak lekarz rodzinny powinien prowadzić badania przesiewowe w kierunku cukrzycy w grupach ryzyka.



Osoby obciążone wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2 powinny być poddane odpowiedniej edukacji na temat zasad zdrowego stylu życia (zbilansowanej diety, wysiłku fizycznego, zaprzestania palenia papierosów). Udowodniona jest skuteczność redukcji masy ciała i jej utrzymania, aktywności fizycznej minimum 150 min/tydzień w zapobieganiu zachorowaniu na jawną cukrzycę (np. chodzenie, jazda na rowerze, pływanie). Pacjentom charakteryzującym się już obecnością stanu przedcukrzycowego (nieprawidłowa glikemia na czczo i lub nietolerancja glukozy) należy zalecać zmniejszenie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej (przynajmniej 150 min tygodniowo. U osób tych oraz u kobiet po przebytej cukrzycy ciąży należy rozważyć prewencję farmakologiczną cukrzycy w postaci stosowania metforminy. Korzyści ze zwiększenia aktywności fizycznej odnoszą wszystkie osoby, bez względu na wiek. Udowodniono najwyższą skuteczność takiej interwencji u osób po 60 r. ż., a więc na ruch nigdy nie jest za późno.

Zmiany w orzekaniu śmierci mózgu

17 stycznia 2020 r. weszło w życie Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.



W związku z wprowadzonymi zmianami regulacji prawnych dotyczących wytycznych organizacyjnych, technicznych i kwalifikacyjnych w zakresie postępowania diagnostycznego śmierci mózgu, 18.02.2020 w sali konferencyjnej Szpitala, z inicjatywy Konsultanta Wojewódzkiego ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii lek. med. Beaty Kościalkowskiej i Konsultanta Wojewódzkiego ds. Transplantologii dr hab. med. Macieja Słupskiego, prof. UMK przy współpracy z Regionalnym koordynatorem pobierania i przeszczepiania narządów dr n. med. Aleksandrą Woderską-Jasińską, odbyło się zebranie kierowników oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, specjalistów zaangażowanych w praktyce klinicznej w diagnostykę śmierci mózgu i pobieranie i przeszczepianie narządów oraz koordynatorów transplantacyjnych z województwa kujawsko-pomorskiego. „Rozpoznanie śmierci mózgu. Uwagi praktyczne do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 04.12.2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu” zostały przedstawione przez dr n. med. Wojciecha Sauchę, specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, członka zespołu specjalistów opracowujących kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, reprezentującego Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant, Śląskie Centrum Chorób Serca, Śląski Uniwersytet Medyczny i Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych.

- Treść obowiązującego Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu jest opublikowana w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej Monitor Polski.
- Materiały edukacyjne o charakterze wyłącznie pomocniczym pt. „Rozpoznanie śmierci mózgu. Uwagi praktyczne do „Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 04.12.2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu” dostępne są m.in. na stronie www.poltransplant.org.pl

Dane dotyczące działalności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2015–2019 w aspekcie stwierdzenia śmierci mózgu, stosowania wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli oraz dawstwa narządów zostały omówione przez lek. med. Beatę Kościalkowską.

W 2019 roku w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 rozpoznano śmierć mózgu u 11 pacjentów. Od 3 zmarłych dawców pobrano narządy i tkanki (6 nerek, 2 wątroby, 4 rogówki) w celu przeszczepienia.

dr Beata Kościalkowska,
dr hab. med. Maciej Słupski, prof. UMK,
dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska



pacjent.gov.pl


Ministerstwo Zdrowia



Internetowe Konto Pacjenta

Bezpłatna aplikacja Ministerstwa Zdrowia

Tutaj szybko i bezpiecznie sprawdzisz informacje o zdrowiu:
swoim, swoich dzieci lub osoby, która Cię do tego upoważniła

Dzięki IKP

- otrzymasz e-receptę SMS-em lub/i e-mailem
- sprawdzisz, jak przyjmować lek i w jakiej dawce
- masz dostęp do danych swoich dzieci do 18 roku życia
- sprawdzisz historię wizyt sfinansowanych przez NFZ

Korzystaj z e-recepty

- nie ma ryzyka, że otrzymasz w aptece nieprawidłowy lek
- możesz wykupić każdy lek z e-recepty w innej aptece i nie utracisz refundacji
- jeśli chorujesz przewlekle, to po ustaleniu z lekarzem dostaniesz kolejną e-receptę bez konieczności wizyty w gabinecie



Fundusze
Europejskie
Polska Cyfrowa



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego





MAZDA 3

Z SYSTEMEM MAZDA M HYBRID

Witaj w nowej erze Mazdy. Poznaj samochód, który wyznacza standardy wyposażenia i wyciszenia.

Odkryj Skyactiv-X – pierwszy na świecie silnik łączący największe zalety benzyny i diesla.

Zobacz, jak system Mazda M Hybrid poprawia osiągi, zwiększa płynność jazdy
i obniża zużycie paliwa oraz emisję CO₂.

A ponieważ łączymy przyjemność prowadzenia z łatwością finansowania,
w ramach programu Mazda Finance czeka na Ciebie

MAZDA 3 NAWET ZA 1% JEJ WARTOŚCI MIESIĘCZNIE.

NORDIC MOTOR BYDGOSZCZ

ul. Fordońska 307 | tel. 52 339 07 33 | www.mazda-bydgoszcz-nordicmotor.pl

Rata 1% netto od wartości brutto samochodu w finansowaniu Mazda SkyPremium Lease. Przykładowa kalkulacja leasingu dla przedsiębiorców oferowanego przez Santander Consumer Multirent Spółka z o.o. z siedzibą we Wrocławiu: cena zakupu 81 219,51 zł netto, opłata wstępna 15,21%, czas obowiązywania umowy 48 miesięcy, deklarowany przebieg kilometrów 15 tys. rocznie. Produkt zawiera pakiet usług serwisowych. Niniejsza propozycja nie jest ofertą w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegóły u Doradcy.

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 5,4–6,9 l/100 km i 122–157 g/km. Samochody Mazda są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdują się na mazda.pl

mazda.pl

DRIVE TOGETHER

