

Styczeń
Nr 1 (37) 2022
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





**NIE CZEKAJ,
ZADBAJ
O SWOJE
ZDROWIE!**

Przyjdź do sali obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia i skorzystaj z darmowych pomiarów i porad. Na specjalnym stanowisku czekają na Ciebie:

**DORADCA
DS. PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA**

**KIOSK
PROFILAKTYCZNY**

Umów się już dziś na konsultację i pomiary w siedzibie swojego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia!



800 190 590



formularz na stronie nfz-bydgoszcz.pl/rezerwacja



Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ
ul. Łomżyńska 33, 85-863 Bydgoszcz



Pomóżcie nam walczyć z pandemią...

Za nami już drugi pandemiczny rok. Zaczęliśmy go 3., a kończymy 4. falą zakażeń koronawirusem. Jeszcze nie uporaliśmy się z wariantem Delta, a na horyzoncie pojawia się Omikron. Dzisiaj jest to już pewne, że raczej mieli ci specjaliści, którzy przewidywali, że z wirusem Sars-CoV-2 przyjdzie nam żyć długo. Na razie trudno jest oszacować, jak wysoki może być kolejny szczyt wywołany mutacją Omikrona i czy wariant ten doprowadzi do większej liczby hospitalizacji i zgonów niż Delta. Istotne jest jednak, że posiada on – jak mówią specjaliści, umiejętność omijania bariery związanej z odpornością po szczepieniu, w przypadku gdy druga dawka została podana ponad pół roku wcześniej. Dlatego tak ważna jest dawka przypominająca. Zwracam na to uwagę nie dlatego, że uważam się za specjalistę od epidemiologii czy też leczenia chorób zakaźnych, ale dlatego, że na chwilę obecną jednak nie wszyscy pracownicy naszego szpitala poddali się szczepieniom – w tym także trzecią dawkę. W tym miejscu warto przytoczyć statystyki zachorowań wśród naszych pracowników po rozpoczęciu szczepień, które jednoznacznie pokazują diametralne ich zmniejszenie w wiosennej i jesiennej fali ubiegłego roku, dowodząc w ten sposób skuteczności szczepień. Przed nami następne etapy „koronawirusowej” walki, tak więc wszystkim namawiam na 3. dawkę, a skromny procent naszych pracowników niezaszczepionych do niezwłocznie zaszczepienia się. Pewnym motywatorem w tym względzie może być Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień personelu medycznego oraz innych osób wykonujących czynności zawodowe w podmiotach leczniczych. Pomimo tego, że ostateczny termin zaszczepienia wyznaczono – tak na marginesie – z niezrozumiałych dla mnie względów dopiero na 1 marca 2022 r. namawiam wszystkich, aby obowiązek ten zrealizować niezwłocznie. Kto, jak nie pracownik szpitala powinien być w tym względzie wzorem do naśladowania dla pozostałej części społeczeństwa.

Rozporządzenie o którym wspomniałem, pojawiło się jak prezent pod choinkę dla walczącej z wirusem ochrony zdrowia, która niestety, trudno oprzeć się wrażeniu, została sama na polu bitwy. Myślę, jednak, że dla większości z nas jasne jest, że decyzja ta została podjęta zbyt późno oraz nie obejmuje innych ważnych z punktu widzenia walki z pandemią grup zawodowych. Sceptycy obowiązku szczepień twierdzą, że po co wprowadzać rozporządzenia, których nie da się skutecznie wyegzekwować... Ale przecież niezaszczepionych można skutecznie motywować poprzez stosowanie dla nich różnego rodzaju szczególnych obostrzeń, lub inaczej – stosowanie preferencji dla zaszczepionych. Zastanawiam się co się takiego wydarzyło w polskiej mentalności, że wiosną 2020 roku wszyscy karnie akceptowaliśmy ogólnopolski lockdown np. zakaz wyjścia na spacer do lasu, a dzisiaj rządzący boją się zakazać niezaszczepionym wejścia do kina, restauracji czy na koncert? Przecież oczywistym jest, że jednym z powodów dla których pewna część z nas się zaszczepiła była swoboda podróżowania czyli certyfikat covidowy, będący warunkiem wejścia na pokład samolotu. Nikt tego typu ograniczeń dzisiaj nie kontestuje! Z przykrością stwierdzam, że kościół także w tej mierze nie pomaga, zachowując niejednoznaczne stanowisko w sprawie szczepień.

Według danych mijającego roku, umiera nas na Covid-19 zdecydowanie więcej, niż statystycznie w innych krajach, co niewątpliwie jest pewną pochodną aktualnej sytuacji polskiej ochrony zdrowia, ale przede wszystkim wynika z faktu braku starodawnego pospolitego ruszenia całego społeczeństwa. Dlatego zwracam się do rządzących, wszystkich instytucji i stowarzyszeń mających wpływ na kształtowanie opinii społecznych, a także i może przede wszystkim do osób jeszcze nie zaszczepionych – **POMÓŻCIE NAM W WALCE Z PANDEMIĄ!**

Walka z pandemią trwa

Czwarta fala pandemii niestety przyniosła zatrważającą liczbę zachorowań i zgonów. Dane statystyczne zarówno w skali kraju, jak i naszego województwa potwierdziły założenia ekspertów. Scenariusz dotyczący zwiększonej liczby chorych pacjentów, którzy nie są zaszczepieni, widzimy na co dzień w naszym szpitalu.



Sala z terapią ECMO

9 listopada w Klinice Kardiologii został utworzony Oddział Izolacyjny nr 4, posiadający 15 łóżek w tym 5 respiratorowych. Następnie, już 18 listopada powstał kolejny Oddział Izolacyjny nr 5, zlokalizowany w strukturze Kliniki Rehabilitacji, który składa się z 23 łóżek w tym 5 respiratorowych. Tego samego dnia rozpoczął działalność Oddział Izolacyjny nr 6 w Klinice Geriatrii, początkowo z 8 łózkami, a od 17 grudnia zwiększony do 16 łóżek dla pacjentów z COVID-19. W związku z pogarszającą się sytuacją, związaną z dużą liczbą pacjentów w stanie bardzo ciężkim, 1 grudnia w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardio-

anestezji uruchomione zostały 3 stanowiska ECMO dla pacjentów wymagających pozaustrojowego wspomagania pracy narządów. Od 7 grudnia uruchomiony został również 36 łóżkowy (w tym 5 łóżek respiratorowych) Oddział Izolacyjny nr 7, zlokalizowany w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej. Łącznie zatem nasz szpital posiada 93 łóżka dla pacjentów z COVID-19 w tym 15 łóżek respiratorowych i 3 stanowiska ECMO. Dodatkowo w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym znajdują się 3 stanowiska dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Wiąże się to niestety z ograniczeniem przyjęć planowych pacjen-



Terapia ECMO



Oddział Izolacyjny nr 6



Oddział Izolacyjny nr 5

tów z innymi schorzeniami, wydłużając tym samym czas oczekiwania na zabieg, a to może przełożyć się na znaczące pogorszenie stanu u części pacjentów. Ich leczenie będzie zatem trudniejsze, dłuższe, a co za tym idzie – niestety kosztowniejsze dla systemu. Dr Magdalena Mackiewicz-Milewska, która koordynuje pracę Oddziału Izolacyjnego nr 5 wskazuje na ogromne wyzwanie organizacyjne, przed jakim stanął personel Kliniki Rehabilitacji – Nasí dotychczasowi pacjenci przebywali w klinice do 17 listopada. Chorzy, którzy nie mogli zostać wypisani do domu zostali przeniesieni do Kliniki Okulistyki gdzie stworzono 10 łózek dla naszych pacjentów. Do pracy w Oddziale Izolacyjnym zostało zaangażowanych większość pielęgniarek Kliniki Rehabilitacji, wspieranych przez dodatkowe osoby z innych oddziałów, za co jesteśmy bardzo wdzięczni. Lekarzami prowadzącymi pacjentów jest wspianały i zaangażowany w pracę zespół, stworzony z młodych lekarzy rezydentów klinik internistycznych: nefrologii, endokrynologii i geriatry, a także lekarzy specjalistów rehabilitacji, którzy pełni obaw z powodu braku doświadczenia internistycznego stanęli do opieki nad chorymi z Covid-19 i zdali egzamin znakomicie. Nie można pominąć także zasług rehabilitantów, którzy zaangażowani są w proces rehabilitacji oddechowej naszych chorych. Nieocenioną pomoc niosą także dr Iwona Urbanowicz oraz prof. Beata Januszko-Giergielewicz, które dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu w walce z chorymi zakażonymi wirusem Sars-CoV-2 są dla nas ogromnym wsparciem i źródłem wiedzy za co serdecznie dziękuję. Praca zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy w warunkach Oddziału Izolacyjnego jest bardzo ciężka, zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Warunki pracy są zgoła inne dla większości niż w oddziałach macierzystych, a jednak mimo tych trudów i zmęczenia dzielnie walczą o zdrowie i życie pacjentów, mogą



Oddział Izolacyjny nr 7

tylko powiedzieć „chapeau bas”, czyli „czapki z głów” dla wszystkich pracujących w Oddziale Izolacyjnym 5. Oddział Izolacyjny nr 6 powstał na bazie Kliniki Geriatrii. Prof. dr hab. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska, kierownik kliniki i koordynator oddziału podkreśla, że w IV fali przebywają w nim nie tylko seniorzy – Mamy pacjentów po 60 roku życia, którzy w normalnych warunkach stanowią większość pacjentów Kliniki Geriatrii, jak i pacjenci należący do młodszych grup wiekowych. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu personelu Kliniki Geriatrii, szczególnie dzięki Pani Oddziałowej Ilonie Grzeszczak – organizację i wyposażenie oddziału zakończono pomyślnie w trzy dni. Oddział posiada wysokiej jakości sprzęt i aparaturę niezbędną do pracy z pacjentem z Covid-19, między innymi: aparaty do terapii High Flow, aparaty do nieinwazyjnej wentylacji, analizator parametrów krytycznych. Personel lekarski stanowią pracownicy Kliniki Geriatrii. W ciągu dnia do godziny 15.00 obecnych jest trzech lekarzy, a w czasie dyżuru obecny jest jeden lekarz. Personel pielęgniarski z Kliniki Geriatrii wspomagają pracownicy Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Oddziału Chirurgii Plastycznej. Pielęgniarki



Oddział Izolacyjny nr 6

ką koordynującą jest Pielęgniarka Oddziałowa z Kliniki Geriatrii pani mgr Ilona Grzeszczak. Leczenie chorych na Covid-19 przebiega zgodnie z zaleceniami diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z dnia 12.11.2021 r. Zgodnie ze specyfiką Kliniki Geriatrii, szczególną uwagę zwraca się na niespecyficzny przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u seniorów. Układ odpornościowy u osób starszych działa mniej efektywnie, dlatego zakażenie jest zwykle skąpoobjawowe, bardzo często występuje majaczenie, upadki, brak podwyższonej temperatury. Bardzo często pacjenci po 60. roku życia zgłaszają jedynie postępujące osłabienie. A z powodu odwodnienia częstego u osób starszych, zmiany osłuchowo są słyszalne dopiero po odpowiednim nawodnieniu chorych. Oddział korzysta również z niezbędnej pomocy anestezjologów.

I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii przygotował 3 miejsca dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 wymagających terapii ECMO. Stanowi to podtrzymanie i rozwinięcie działalności oddziału w obszarze terapii ECMO która była już prowadzona podczas poprzednich fal pandemii. Działalność w tym zakresie jest możliwa dzięki największej bazie aparaturowej szpitala w województwie – ocenia dr Przemysław Jasiewicz, kierownik Oddziału – mamy wydzielony słuzami obszar z 3 miejscami izolowanymi gdzie są przyjmowani pacjenci zakażeni koronawirusem. Miejsca te są w pełni wyposażonymi stanowiskami intensywnej terapii zapewniającymi szerokie możliwości lecznicze i diagnostyczne. Niezbędnym elementem jest doświadczony personel, gdyż oprócz samej terapii ECMO, chorzy prezentują często objawy niewydolności wielonarządowej. Na oddział przyjmowani są chorzy z naszego szpitala, jak i z innych szpitali z Bydgoszczy i województwa kujawsko-pomorskiego.



Oddział Izolacyjny nr 4



Oddział Izolacyjny nr 4

Oddział Izolacyjny nr 7 powstał jako ostatni, ale zarazem największy – Zaskakująca rozmowa z Dyrektorem Naczelnym o planach związanych z nowymi poleceniami wojewody nie była łatwa – wspomina prof. dr. hab. n. med. Maciej Śniegocki, koordynator Oddziału Izolacyjnego nr 7 – Nowy oddział, nowe wyzwania, zupełnie inny rodzaj działalności, ale z drugiej strony oczywiste potrzeby, przed którymi nie uciekniemy. Zwyciężyła wiara w siłę zespołu Kliniki Neurochirurgii. Dziś po kilku już tygodniach funkcjonowania wiem, że moja opinia o całym zespole była uzasadniona. Lekarze, mimo zacięcia chirurgicznego okazali się biegli w terapii zapalenia płuc, burzy cytokinowej, niewydolności wielonarządowej. Wspierający nas lekarze z innych klinik szpitala od początku funkcjonowali, jako koledzy z zespołu, aktywnie tworząc zręby organizacji, a później normalnie pracowali przy chorych, którzy często swoim profilem całkowicie odbiegali od ich macierzystej specjalności. Pielęgniarki podolały opiece nad nową, nieznaną im grupą chorych całkowicie innych od pacjentów neurochirurgicznych. Masa badań, inny rytm pracy, a przede wszystkim kiepski komfort wymuszony noszonymi strojami izolacyjnymi, to tylko niektóre z codziennych niedogodności. Opiekunki medyczne i pozostały personel od pierwszego dnia zaangażowali się na rzecz powstawania nowego oddziału, jak później jego funkcjonowaniu i opieki nad chorymi. Koniecznie trzeba podkreślić rolę „szefowej” – pielęgniarki oddziałowej, która spięła i zorganizowała całą stronę logistyczną i bieżącą funkcjonowania oddziału. Słyszymy o nowej „fali” wirusa – omikron. Nie wiemy jak będzie, ale jestem pewien, że w takim zespole mamy szansę wygrać tę batalię.

Nowa Kierownik Kliniki Rehabilitacji – dr Magdalena Mackiewicz-Milewska



Z dniem 1 stycznia 2022 r. dyrektor szpitala powierzył stanowisko Kierownika Kliniki Rehabilitacji Pani dr Magdalenie Mackiewicz-Milewskiej. Pani Doktor ukończyła studia na kierunku lekarskim Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 1991 roku. Pracę w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy rozpoczęła w 1993 roku w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych. Od 1996 roku do chwili obecnej związana jest z Kliniką Rehabilitacji. Pracę w szpitalu Uniwersyteckim łączy od początku z pracą nauczyciela akademickiego, początkowo w Akademii Medycznej w Bydgoszczy, później Collegium Medicum UMK. Dyplom dr n. med. uzyskała w 2001 roku. Pani Doktor posiada specjalizację I stopnia z interny oraz jest specjalistą rehabilitacji medycznej. Prywatnie żona, mama 3 dorosłych synów. Wielbicielka języka francuskiego i włoskiego. Pasjonatka narciarstwa alpejskiego.

Kierownik Zespołu Sal Operacyjnych

30 grudnia 2021 r., dyrektor szpitala dr Jacek Kryś powierzył stanowisko Kierownika Zespołu Sal Operacyjnych Pani mgr Grażynie Kociałkowskiej. Pani Grażyna Kociałkowska jest absolwentką Medycznego Studium Zawodowego w Bydgoszczy. Ukończyła studia magisterskie w Kujawsko-Pomorskiej Szkole Wyższej w specjalności psychopedagogika. Jest specjalistką w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego. Od początku kariery zawodowej jest związana z naszym szpitalem. Swoją pracę rozpoczęła w 1979 roku na Sali Operacyjnej Ginekologicznej, a po reorganizacji szpitala w Zespole Sal Operacyjnych. Na przestrzeni wielu lat pracy zawodowej pełniła funkcję Zastępcy Kierownika ZSO i Pielęgniarki Koordynującej Zespołu Sal Operacyjnych. Za motto swojej pracy przyjęła: „Dobro chorego najwyższym prawem”.



Na emeryturę nadszedł czas...



29 grudnia 2021 r. zakończyła 40-letnią pracę w naszym szpitalu Pani mgr Izabela Gumańska – Kierownik Zespołu Sal Operacyjnych. W imieniu swoim oraz całej społeczności szpitala serdeczne życzenia zdrowia i pomyślności na nowym etapie życia złożyli Dyrektor Szpitala dr Jacek Kryś, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Mirosława Ziółkowska oraz Dyrektor ds. Lecznictwa dr Ahmad El-Essa.

Roboty we współczesnej medycynie – technologia w służbie pacjenta



13 października 2021 r. z inicjatywy profesora Tomasa Drewy, kierownika Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej oraz dr. Przemysława Gałązki kierownika Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży odbyła się prezentacja najnowocześniejszych technologii wykorzystywanych we współczesnej medycynie.

W pierwszej części spotkania polska firma Med App z Krakowa przedstawiła system **Carna Life Holo**. CarnaLife Holo to przełomowa technologia trójwymiarowej wizualizacji obrazowej danych diagnostycznych, wspierająca planowanie i przeprowadzanie zabiegów medycznych. Rozwiązanie CarnaLife Holo umożliwia tworzenie dokładnego i interaktywnego środowiska rzeczywistości mieszanej (MR) z wykorzystaniem gogli HoloLens Microsoftu. Na podstawie tomografii komputerowej (CT), rezonansu magnetycznego (MRI), angiografii (angio-CT, angio-MRI), echokardiografii (ECHO), USG, a także innych modal-

ności dostępnych w standardzie obrazowania DICOM tworzy się wirtualny, trójwymiarowy obraz pacjenta. Z pomocą gogli HoloLens 2 firmy Microsoft lekarz widzi w przestrzeni rzeczywistej trójwymiarowy hologram, odwierciedlający strukturę obrazowanego obszaru anatomicznego. CarnaLife Holo pozwala lekarzowi widzieć wirtualne obrazy organów i tkanek na tle pacjenta oraz daje możliwość interakcji z tymi obrazami w trakcie zabiegu medycznego. Użytkownik może wchodzić w interakcję z wyświetlanym hologramem, między innymi obracając go, skalując, przemieszczając, czy też wchodząc we wnętrze struktur anatomicznych – przy pomocy gestów i komend głosowych, bez utraty sterylności i konieczności współpracy z dodatkowym technikiem. Możliwość wykorzystania CarnaLife Holo na etapie przygotowań do zabiegów onkologicznych jest szczególnie istotne w sytuacjach, gdy podejście do guza/zmiany nowotworowej jest trudne z uwagi na umiejscowie-





nie. Nie bez znaczenia jest również możliwość wykorzystania systemu w nowoczesnym prowadzeniu dydaktyki dla studentów kierunków medycznych.

W drugiej części spotkania zaprezentowano najnowszą generację robota chirurgicznego Versius, produkowanego przez firmę **CMR Surgical** (Cambridge Medical Robotics, UK). Produkt medyczny został zaprezentowany przez przedstawiciela firmy CMR z Cambridge (UK), zaś po prezentacji uczestnicy spotkania mieli możliwość praktycznego zapoznania się z mechaniką i warunkami w których przeprowadza się zabiegi chirurgiczne z użyciem robota zasiadając przy konsoli sterującej.

Jak wynika z szerokiego doniesień (także z literatury fachowej) dzięki zastosowaniu robota chirurgicznego, pacjenci i lekarze uzyskują dostęp do nowoczesnego i innowacyjnego rozwiązania, które umożliwia przeprowadzanie operacji z minimalną ingerencją w ciało człowieka. Innowacyjny robot chirurgiczny Versius składa się z konsoli chirurga, mobilnej kolumny endoskopowej z kamerą oraz maksymalnie trzech mobilnych kolumn narzędziowych. Versius pasuje praktycznie do każdej sali operacyjnej, bezproblemowo integrując się z istniejącą infrastrukturą szpitala. W sali operacyjnej sama konfiguracja systemu zajmuje średnio 15 minut, co pozwala na jego częste wykorzystanie, a zespół chirurgiczny przy wykorzystaniu jednego robota, jest w stanie wykonać setki operacji rocznie.

System Versius umożliwia chirurgowi przeprowadzanie operacji z możliwie jak najmniejszą ingerencją w ciało człowieka. Średnica otworu, przez który operujący lekarz uzyskuje dostęp do wnętrza ciała pacjenta wynosi zaledwie sześć milimetrów, co pozwala na zastosowanie tych metod operacyjnych także w grupie pacjentów pediatrycznych. Dla pacjentów oznacza to szereg korzyści zdrowotnych: zmniejszenie krwawienia, redukcję bólu, minimalizację ryzyka infekcji oraz szybszą rehabilitację po zabiegu. W efekcie, pacjenci mogą skrócić swój pobyt w szpitalu i szybciej wrócić do codziennych zajęć, czy obowiązków zawodowych.

Z perspektywy zespołu chirurgicznego Versius jest ergonomicznym rozwiązaniem, które – dzięki obrazowi 3D w rozdzielczości HD oraz łatwemu sterowaniu narzędziami – pozwala zmniejszyć stres i zmęczenie operatora. Technologia umożliwia chirurgowi korzystanie tylko z takiej liczby ramion, jaka jest potrzebna do skutecznego przeprowadzenia konkretnego zabiegu. Skonstruowane są one w taki sposób, aby precyzyjnie odtwarzały ruchy ręki i ramienia operującego chirurga. Podczas wykonywania operacji, chirurg nie jest obecny przy stole operacyjnym, ale steruje robotem chirurgiczny za pomocą konsoli, mając do wyboru pozycję siedzącą lub stojącą. Niewielki rozmiar narzędzi, w które wyposażony jest Versius, pozwala lekarzowi operować z większą precyzją i chronić delikatne struktury anatomiczne.

Robot Versius® może być wykorzystywany do **minimalnie inwazyjnej chirurgii onkologicznej w zakresie leczenia urologicznego, ginekologicznego i ogólnochirurgicznego, także w odniesieniu do chirurgii onkologicznej dzieci i młodzieży**. W asyście robota mogą być wykonywane operacje raka prostaty, guzów nerek, pęcherza, a także nowotworów jajnika. Robot może być przydatny również w leczeniu pacjentów z nowotworami żołądka, jelit, tarczycy oraz schorzeniami płuc, wymagającym leczenia torakochirurgicznego. Dzięki niskiej inwazyjności **operacje robotem Versius® potencjalnie przyniosą korzyść szczególnie tym, którzy nie kwalifikują się do tradycyjnych operacji chirurgicznych** ze względu na ich rozległość i wysokie ryzyko powikłań.

Podsumowując, mimo obiektywnie stosunkowo wysokich kosztów wprowadzania tych nowoczesnych narzędzi nie ma wątpliwości, iż to właśnie nowe technologie wyznaczają aktualne kierunki postępu w medycynie zabiegowej. Sukcesem opisywanego wydarzenia jest niewątpliwie obecność i aktywne zaangażowanie w uzyskanie szczegółowych informacji na temat możliwości klinicznego i dydaktycznego zastosowania prezentowanych zdobyczy techniki przez obecnych na spotkaniu członków Rady Uniwersytetu: Przewodniczącej – Pani Justyny Morzy, Pana Henryka Dulanowskiego, Dziekana Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum – Pana Profesora Zbigniewa Włodarczyka oraz Zarządu naszego Szpitala – Dyrektora Naczelnego – Pana dr n. o zdr. inż. Jacka Krysia oraz Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana dr n. med. Ahmada El-Essy. Natomiast obecność i czynne zaangażowanie w praktyczne ćwiczenia na prezentowanym sprzęcie, lekarzy asystentów klinik zabiegowych dowodzą gotowości merytorycznej i praktycznej do potencjalnego wprowadzenia nowych technologii do codziennego stosowania w medycynie zabiegowej w naszym szpitalu.

dr Przemysław Gałgózka

XIX Forum Szpitali za nami



W dniach 18–19 listopada 2021 r. w Poznaniu odbyło się już po raz dziewiętnasty Forum Szpitali. To ogólnopolskie wydarzenie współorganizowane przez Polską Unię Szpitali Klinicznych (PUSK) oraz Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego przyciągnęło ponad 200 uczestników z całej Polski. W wydarzeniu uczestniczył Minister Zdrowia Pan dr Adam Niedzielski oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Pan Filip Nowak. Na zaproszenie organizatorów, jako ekspert z zakresu ochrony zdrowia obradom przysłuchiwał się, a także brał udział w dyskusji były Minister Zdrowia Pan Piotr Gryza. Podczas dwudniowej konferencji wśród poruszanych tematów znalazły się m.in.: jakość w ochronie zdrowia, wizja ochrony zdrowia, sytuacja finansowa szpitali. Przedstawiciele poszczególnych szpitali członkowskich PUSK prezentowali dobre praktyki zarządcze. Jedną z takich praktyk zaprezentował Pan Dyrektor dr n o zdr. inż. Jacek Kryś – członek Zarządu PUSK. Podczas swojej prezentacji pt. „Elektroniczny formularz badania opinii pacjentów jako odpowiedź na pandemiczne ograniczenia” zelektryzował zebranych w sali przeprowadzając na żywo ankietę on-line, demonstrując w ten sposób łatwość i przydatność tego typu rozwiązań w analizowaniu codziennej pracy oraz wdrażaniu ulepszeń wynikających z wniosków ankietowych. Pierwszy dzień zakończył się Walnym Zjazdem PUSK, podczas którego ustalono kontynuację działalności Zarządu w obecnym składzie, do czasu przeprowadzenia kolejnych wyborów. Drugi dzień Forum poświęcony był m.in. wymianie doświadczeń związanych z prowadzeniem przez



szpitale kliniczne szpitali tymczasowych. Ponadto w udział w Forum aktywnie włączyła się Pani Joanna Adasik – Dyrektor Departamentu Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia, która przedstawiła prezentację nt. instrumentów wsparcia inwestycji sektora ochrony zdrowia, a także poprowadziła warsztaty w zakresie aplikowania o środki na realizację inwestycji. Prócz ww. warsztatów w drugiej części dnia odbyły się również warsztaty dla kierowników aptek szpitalnych oraz warsztaty dla dyrektorów medycznych i ordynatorów.

*Agata Michalak
Kierownik Biura Zarządu Polskiej Unii Szpitali Klinicznych
Kierownik Biura Dyrekcji Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu*

10 lat Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Szpitalu Jurasza

2 stycznia 2012 roku otwarto w naszym szpitalu Klinikę Chirurgii Naczyniowej i Angiologii. Powstała ona w wyniku przejścia zespołu chirurgów naczyniowych z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 do Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy.



Zespół Kliniki 2022 r.

W skład kliniki wchodzi dodatkowo Poradnia Chirurgii Naczyń i Poradnia Stopy Cukrzycowej oraz Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, którą kieruje prof. dr hab. med. Maria Szewczyk. W klinice wykonywany jest pełen zakres procedur chirurgii naczyniowej wraz z szerokim wachlarzem zabiegów wewnątrznaczyniowych. Rocznie hospitalizowanych jest około 1200 chorych i wykonywanych prawie 1000 zabiegów operacyjnych, z czego około 70 proc. zabiegów stanowią operacje wewnątrznaczyniowe. Wykonywane od momentu powstania kliniki zabiegi wszczepiania stentgraftów z powodu tętniaka aorty brzusznej osiągnęły obecnie liczbę 120 operacji rocznie. Dwunastego listopada 2015 r. wszczepiony został pierwszy w Polsce stentgraft nowej generacji InCraft o najmniejszej średnicy przekroju systemu wprowadzającego, co otworzyło możliwość całkowicie przeszłonowego wszczepiania takich protez do tętniaków, jeszcze bardziej zmniejszając uraz i pozwalając obniżyć, i tak już niskie, ryzyko powikłań okołoperacyjnych. Od 2014 r. wprowadzono także leczenie wewnątrznaczyniowe tętniaków aorty piersiowo-brzusznej z użyciem stentgraftów fenestrowanych i branchowanych.

Takich operacji wykonuje się w klinice 40–50 rocznie, co stawia nas w gronie trzech wiodących na tym polu ośrodków w kraju. W roku 2020 dokonano implantacji nowego stentgraftu branchowanego z tzw. rękawkami wewnętrznymi o nazwie E-side i zespół Kliniki został zaproszony do europejskiego badania klinicznego tych stentgraftów, jako jedyny ośrodek w Polsce. W roku 2021, po raz pierwszy w naszym regionie wszczepiono u chorego z rozwarstwieniem łuku aorty specjalnie skonstruowany stentgraft zabezpieczający rozwarstwienie i umożliwiający rewaskularyzację odchodzących od łuku naczyń.

Zespół Poradni Leczenia Ran Przewlekłych i Kliniki Chirurgii Naczyniowej uzyskał w roku 2015 bardzo znaczący grant naukowy z NCBiR na prowadzenie badań nad tropokolagenem w ranach przewlekłych u chorych z owrzodzeniem goleni, w ramach projektu „Collran”. Pozwoliło to na zakupienie unikatowej aparatury termowizyjnej i skanerów 3D do oceny ran przewlekłych. W roku 2020 uzyskano kolejny grant z NCBiR w ramach projektu „SANCOLL” na zastosowanie tropokolagenu rybiego w formie opatrunku bezpośrednio na ranę. Stawia to zespół Kli-



Zespół
lekarzy
w 2012 r.

niki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w czołówce ośrodków zajmujących się leczeniem ran przewlekłych w kraju.

Aktualnie Katedrę i Klinikę Chirurgii Naczyniowej stanowi 12 lekarzy, 26 pielęgniarek, 4 sekretarki, 3 opiekunów medycznych i 2 sanitariuszy.

Zespół lekarski i pielęgniarski systematycznie podnosi swoje kwalifikacje. W roku 2021 dr med. Arkadiusz Migdalski uzyskał stopień dr habilitowanego i został mianowany na prof. CM UMK. Dodatkowo w zespole lekarskim 4 osoby posiadają stopień dr n. med., 9 osób posiada specjalizację z chirurgii naczyniowej, w trakcie specjalizacji jest 1 osoba i 2 osoby są rezydentami.

W zespole pielęgniarskim 16 osób posiada stopień mgr, 20 osób legitymuje się posiadaniem specjalizacji chirurgicznej i po trzy osoby są w trakcie studiów magisterskich oraz specjalizacji.

Wszystkim członkom naszego zespołu składamy serdeczne podziękowania za dotychczasową trudną i wymagającą wielu wyrzeczeń pracę na rzecz chorych naczyniowych i społeczności naszego Szpitala oraz życzymy dalszych możliwości realizacji swoich planów zawodowych i prywatnych.

mgr Mariola Wandowska
Pielęgniarka Oddziałowa Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
prof. dr hab. med. Arkadiusz Jawień
Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii

Teresa Świątkowska *ponownie konsultantem wojewódzkim* *w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego*

Miło nam poinformować, że Pani mgr Teresa Świątkowska, pielęgniarka oddziałowa Kliniki Endokrynologii i Diabetologii naszego szpitala, została ponownie powołana na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego. Pani Teresa Świątkowska jest pielęgniarką z 37-letnim stażem pracy. Absolwentka Studium Medycznego oraz kierunku Pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Posiada specjalizację z zakresu pielęgniarstwa diabetologicznego od 2013 roku. Ukończyła również studia podyplomowe w zakresie „Zarządzanie i organizacja jednostkami ochrony zdrowia” na Wydziale Nauk Ekonomicznych i Zarządzania w Toruniu. Doświadczenie zawodowe zdobyła jako pielęgniarka pracująca na Oddziale Dziecięcym w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy. W Klinice En-

dokrynologii i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy pracuje od 2000 roku. Początkowo jako pielęgniarka, a obecnie jako Pielęgniarka Oddziałowa. Czas zawodowy poświęca pracy edukacyjnej z pacjentami chorującymi na cukrzycę. Przygotowuje inne pielęgniarki do roli Edukatora w cukrzycy. Jej życiowa myśl to słowa Jana Pawła II: „Człowiek jest wielki nie przez to co ma, nie przez to kim jest, lecz przez to czym dzieli się z innymi”.



Prof. Tomasz Drewa Prezesem-Elektem Polskiego Towarzystwa Urologicznego

23 października 2021 r. Walne Zgromadzenie Członków Polskiego Towarzystwa Urologicznego podczas 51 Kongresu PTU powierzyło profesorowi Tomaszowi Drowie pełnienie zaszczytnej funkcji Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego w kadencji 2022–2026. Zgodnie z statutem PTU do czasu objęcia funkcji Pan profesor pełni zadania Prezesa-Elekta PTU, nadal pozostając Vice Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, a także Przewodniczącym Komitetu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz ex-officio członkiem Zarządu PTU, jako redaktor naczelny „Central European Journal of Urology”, pisma naukowego wydawanego przez Polskie Towarzystwo Urologiczne. Serdecznie gratulujemy.



Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Tomaszem Drową, Kierownikiem Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Jurasza, Prezesem-Elektem Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Marta Laska: Proszę na początku przyjąć gratulacje z okazji wyboru Pana Profesora na kolejnego Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Spodziewał się Pan Profesor tej nominacji?

Prof. Tomasz Drewa: Trudno odpowiedzieć na tak postawione pytanie. Pracowałem dla Polskiego Towarzystwa Urologicznego od początku mojej kariery „urologicznej”. W 2001 roku byłem sekretarzem Kongresu PTU organizowanego w przez Klinikę Urologii Szpitala Jurasza. W 2013 objąłem funkcję redaktora naczelnego pisma „Central European Journal of Urology”, które jest pismem naukowym PTU i urologów Europy środkowej. Redaktor jest wybierany i nominowany przez Zarząd Główny PTU zgodnie z statutem, więc wówczas już władze PTU pokładały we mnie nadzieje na konstruktywną współpracę. W 2015 zostałem członkiem Zarządu Głównego PTU i wybrany wiceprezesem oraz przewodniczącym Komitetu Naukowego PTU. Po trzech latach w wyniku wyborów ponownie objąłem te funkcje. Myślę, że nic nie dzieje się przez przypadek, wręcz przeciwnie, karierę kształtuję się pracą przez całe życie. Jestem z pochodzenia Kaszubem, więc awans przez rzetelną pracę nie jest mi obcy. Odpowiedzi na pytanie czy się spodziewałem nominacji brzmi tak, gdyż Profesor Piotr Chłosta, obecny prezes PTU, jak i członkowie obecnego Zarządu wielokrotnie dawali mi do zrozumienia, iż pokładają we mnie nadzieje

dotyczące rozwiązywania poważnych zagadnień dotyczących Polskiej Urologii. Osobną kwestią jest czy brałem te sygnały „na poważnie”? Każdy stara się odsuwać od siebie poważne i mocno angażujące zadania. To ludzkie. To zwykła obawa i strach przed nowymi i trudnymi zadaniami. Z drugiej strony jesteśmy zobowiązani wobec środowiska urologicznego, aby zapewnić kontynuację doświadczeń polskich urologów. Trzeba to zrozumieć i oddać się pracy na rzecz przeszłych i kolejnych pokoleń.

W jakim miejscu jest dziś polska urologia, jakie są jej największe zagrożenia, a jakie mocne strony?

Urologia Polska jest w zwrotnym momencie swojej historii. Byliśmy przez 20 lat pomijaną specjalnością, mimo iż zajmujemy się leczeniem 1/5 nowotworów w tym kraju, a poza tym leczeniem kamicy moczowej, przerostu prostaty, który dotyczy co drugiego mężczyzny, nietrzymania moczu kobiet i problemów ginekologicznych, chorób endokrynologicznych nadnerczy i układu rozrodczego, problemów związanych z identyfikacją płci, transseksualizmu i rozrodczości. Urologia jest szeroką specjalnością, której wiele procedur nie zostało uwzględnione w ramach refundowanej opieki zdrowotnej w Polsce, a te które są uwzględnione nie doczekały się racjonalnej rewaloryzacji od około 20 lat. Niestety z tego powodu mogą i bankru-

tużą instytucje zajmujące się leczeniem pacjentów z tymi problemami.

Mocne strony? Wiele. Żadna specjalność w Polsce nie ma tylu specjalistów mogących pochwalić się tytułem naukowym i zawodowym europejskiego specjalisty w swojej dziedzinie. W urologii tytuł FEBU, czyli Fellow of European Board of Urology posiada ponad połowa urologów w Polsce. Wiele Zarządów PTU ciężko pracowało nad kształceniem urologów w kraju. Inicjatorem takiego kształcenia był prof. Andrzej Borówka. Polscy urolodzy są niezwykle aktywni i skuteczni w ramach działalności komercyjnej i pochwalam ten trend. Niestety aktywność uniwersytecka i naukowa jest zupełnie niezauważalna i zmarginalizowana ze względu na całkowity brak wsparcia ze strony jednostek centralnych Państwa dla jednostek uniwersyteckich. Urologia jest dziedziną zabiegową i nauka w tej dziedzinie nie będzie się rozwijać bez infrastruktury, którą powinna zapewnić Uczelnia i Szpitale Uniwersyteckie. W wielu polskich jednostkach uniwersyteckich działają prężni urolodzy, którzy zostają pozbawieni nowoczesnych narzędzi i sprzętów. Oni nie będą w stanie rozwijać działalności naukowej na europejskim poziomie i prawdopodobnie odejść do jednostek komercyjnych.

Pandemia w dotkliwy sposób spowolniła lub wręcz czasowo wstrzymała zarówno diagnostykę jak i leczenie pacjentów – jak ta sytuacja wygląda w urologii?

Wstrzymanie diagnostyki i leczenia w wielu zakresach medycyny w mojej ocenie było decyzją administracyjną, która nie powinna mieć miejsca, gdyż zarówno leczenie zakażenia SARS-CoV-2 jak i innych chorób, w tym urologicznych powinno odbywać się równolegle, bo wszystko to są choroby człowieka i powinny być rozwiązywane na bieżąco. Nie zgadzam się z poglądem, że pandemia powinna wymagać od nas zaniechania leczenia innych chorób, no może z wyjątkiem takich, w których można zastosować obserwację. W czasie pandemii operowaliśmy wszystkich pacjentów z chorobami nowotworowymi oraz w stanie zagrożeniu życia, głównie z powodu sepsy pochodzenia urologicznego. Czuję jednak wyrzuty sumienia w stosunku do chorych, którym administracja państwowa nie zapewniła miejsc leczenia ich dolegliwości w okresie pandemii. Przez cały okres pandemii mój zespół był gotowy leczyć wszystkich pacjentów, zgodnie z ich planami hospitalizacji. Mam wiele podobnych informacji z Polski. Sam jako doktor nie opuściłem ani jednego dnia w pracy w tym trudnym okresie i nie uchylałem się od osobistego kontaktu z pacjentami, chorymi i ich rodzinami.



Jakie są plany i jakie wyzwania stawia sobie Pan Profesor w związku z objęciem funkcji Prezesa PTU

Chciałbym doprowadzić do ściślejszych kontaktów między naszą specjalnością, a bardzo nam pokrewnymi dyscyplinami, czyli onkologią kliniczną, ginekologią, endokrynologią oraz inkorporowania do urologii polskiej europejskich specjalistów w dziedzinie andrologii, gdyż ta ostatnia często nie funkcjonuje w ramach urologii, a bywa domeną ginekologów, których wiedza praktyczna dotycząca diagnostyki i leczenia operacyjnego w zakresie męskiego układu rozrodczego w mojej ocenie nie jest wystarczająca. Istotnym zagadnieniem jest również transplantologia kliniczna w zakresie pobierania i przeszczepiania nerek w ramach dawców żywych. Polskie Towarzystwo Urologiczne mocno angażuje się w tę działalność z powodu kompetencji nabytych i dotyczących laparoskopowego i endoskopowego pobierania nerek do przeszczepienia. Urolodzy jednak nie mają administracyjnej możliwości kształcenia w dziedzinie transplantologii. Myślę, że to szkoda dla polskiej transplantologii i chciałbym naprawić ten błąd. Celem jest również utrzymanie na obecnym poziomie kształcenia urologów w Polsce. Nie jest to proste zadanie, gdyż PTU wzięło na siebie ciężar finansowy opłat z kształcenie i egzaminy w ramach europejskiego „curriculum vitae”, które jest w Europie całkowicie komercyjne, przy czym polska ustawa nakazuje kształcenie tzw. „darmowe”. PTU wydało ponad pół miliona euro na kształcenie polskich urologów. Jako Towarzystwo naukowe dbamy jednak o jakość wiedzy doktorów w naszej dziedzinie i dołożymy wszelkich starań, aby kształcenie urologów odbywało się na poziomie europejskim.

Co zdaniem Pana Profesora będzie przyszłością polskiej i światowej urologii.

Jednym słowem? Robotyka! Nie uciekniemy od tego i polska urologia dała temu wyraz prężnie rozwijając

się w tym kierunku, niestety poza centrami uniwersyteckimi. Miałem okazję kształcić się jako urolog w okresie przejściowym, okresie przełomu wieków oraz możliwość operowania każdej jednostki chorobowej zarówno sposobem klasycznym, laparoskopowym i robotycznym. Konkluzja jest taka, iż nie chcę już wracać do operacji tzw. otwartych gdzie chirurg może „pomacać i zobaczyć”. Laparoscopia i robotyka dają lepsze pole widzenia, mniejsze krwawienie, lepsze możliwości pracy w polu operacyjnym, a co za tym idzie lepsze wyniki onkologiczne, czynnościowe. To już udowodniono naukowo (statystycznie)! Nie istnieje przypadłość urologiczna, której nie można operować z asystą robota chirurgicznego. Szkoda, że nie rozumieją tego decydenci kreujący politykę lecznictwa zarówno na poziomie szpitali, central NFZ jak i Ministerstwa Zdrowia. Jaki

jest trend? Każdy świadomy pacjent chciałby być operowany narzędziami robotycznymi przez wyszkolonego chirurga robotycznego. Ja też w przypadku takiej potrzeby.

Myślę, że to jest zadanie Prezesa, przekonać tych, którzy nie wierzą w rewolucję technologiczną. Nie było prosto przekonać piszącego na klasycznej maszynie „Erika” do pisania w aplikacji „Word”. To stało się oczywiście kwestią czasu, tylko dlaczego tak późno? Dlaczego nie natychmiast? Bo takie decyzje wymagają odwagi! Jako urologi oczekujemy odważnych decyzji od naszych dyrektorów szpitali. Zainwestujcie w robotykę! Wygramy wszyscy!

To moje przesłanie jako prezesa elekta PTU.

Dziękuję za rozmowę.

Spotkanie na szczycie Funduszu Medycznego



W dniu 1 grudnia w Pałacu Prezydenckim odbyło się spotkanie Rady Funduszu Medycznego z udziałem Prezydenta RP Andrzeja Dudy, Premiera RP Mateusza Morawieckiego, Ministra Zdrowia Adam Niedzielskiego, Wiceministra Zdrowia Sławomira Gadomskiego. Tematem spotkania było podsumowanie pierwszego roku działalności oraz zaplanowanie dalszej działalności Funduszu Medycznego. Ze względu na potrzeby rozwoju diagnostyki molekularnej w onkologii dziecięcej i chorobach rzadkich, w spotkaniu wzięli udział w charakterze ekspertów, prof. Jan Styczyński, Konsultant Krajowy w dziedzi-

nie onkologii i hematologii dziecięcej oraz prof. Olga Haus i prof. Anna Latos-Bieleńska.

Prof. Jan Styczyński przedstawił konieczność kontynuacji weryfikacji centralnej w postaci pakietu diagnostycznego w referencyjnej sieci laboratoriów dającej kontrolę jakości w onkologii dziecięcej oraz zapotrzebowanie na badania molekularne, zwłaszcza w zakresie badań NGS, co staje się standardem postępowania w Europie Zachodniej. Badania dotyczą białaczek, chłoniaków, guzów mózgu oraz pozostałych guzów litych. W podsumowaniu spotkania, zaplanowano szybkie procedowanie projektów.

Habilitacja

dr hab. n. med. Krzysztof Czyżewski

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu z dnia 20 października 2021 r., dr Krzysztof Czyżewski, adiunkt w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. Podstawą wniosku habilitacyjnego było osiągnięcie naukowe, udokumentowane cyklem publikacji naukowych zatytułowane: „Analiza powikłań infekcyjnych u pacjentów pediatrycznych leczonych z powodu chorób onkologicznych lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych”.

Dr hab. Krzysztof Czyżewski urodził się w Bydgoszczy w 1981 r. W 2000 r. ukończył V Liceum Ogólnokształcące w klasie o profilu biologiczno-chemicznym. W 2006 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu uzyskując dyplom lekarza (tytuł Najlepszy Absolwent Uniwersytetu roku 2006). W latach 2006–2007 odbył staż podyplomowy w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Od samego początku swojej pracy zawodowej jest związany z Kliniką Pediatrii Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, początkowo jako lekarz rezydent, młodszy asystent, starszy asystent a obecnie lekarz zatrudniony na umowie cywilno-prawnej. W 2013 r. uzyskał tytuł specjalisty w zakresie pediatrii, w 2017 r. specjalizację z onkologii i hematologii dziecięcej, a w 2021 r. specjalizację z transplantologii klinicznej.

Działalność naukowa dr hab. Krzysztofa Czyżewskiego od samego początku była związana z Katedrą Pediatrii, Hematologii i Onkologii, początkowo w ramach Studenckiego Koła Naukowego, a następnie jako uczestnika Studiów Doktoranckich. W 2010 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny na podstawie rozprawy „Mechanizmy oporności komórek białaczkowych na selektywne inhibitory kinazy tyrozynowej” (promotor. prof. Jan Styczyński; rozprawa wyróżniona Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego CM UMK).

Działalność naukowo-badawcza dr hab. Krzysztofa Czyżewskiego skupiona jest wokół tematyki: oporności na cytostatyki, mechanizmów oporności komórkowej, powikłań infekcyjnych w onkohematologii dziecięcej oraz szeroko pojętej transplantologii komórek krwiotwórczych, ze szczególnym



uwzględnieniem nowoczesnych technik terapii komórkowych.

Dr hab. Krzysztof Czyżewski jest współautorem ponad 90 artykułów pełno tekstowych (Impact Factor wynosi ponad: 80, punktacja MNiSW: ponad 2200) ponad 100 opublikowanych doniesień zjazdowych oraz 1 rozdziału książkowego. Obecnie współpracuje naukowo z wieloma jednostkami, w tym z niemal wszystkim krajowymi ośrodkami onkologii i hematologii dziecięcej, wszystkimi polskimi i wieloma zagranicznymi ośrodkami przeszczepiania komórek krwiotwórczych u dzieci. Odbył liczne szkolenia oraz staże naukowe w ośrodkach zagranicznych.

Dr hab. Krzysztof Czyżewski jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (Oddział Bydgoski, funkcja: członek Komisji Rewizyjnej), Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej, The European Society for Blood and Marrow Transplantation oraz The European Society for Pediatric Oncology.

W codziennej pracy opiekuje się pacjentami głównie po transplantacji komórek krwiotwórczych w ramach Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci oraz Poradni Transplantacji Szpiku Kostnego. Jest jedną z dwóch osób w naszym szpitalu, wykonujących zabiegi fotoferezy pozaustrojowej wykorzystywanej w terapii opornych postaci choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi u pacjentów po transplantacji komórek krwiotwórczych.

Biała suknia ślubna – na zawsze...

Za oknami mroźna grudniowa pogoda. Trwa przedświąteczna gorączka zakupów, gonitwa za choinką, szykowanie potraw świątecznych i planowanie prezentów dla najbliższych.

W szpitalach to też specjalny okres – trafiają tu teraz ci, którzy naprawdę tego potrzebują. W transplantologii zaś, jak wiadomo, kalendarz jest wyjątkowo wymagający i mało przewidywalny, nie kieruje się żadną czerwoną świąteczną kartką.

I w tym właśnie szczególnym momencie roku przypomniała mi się historia pacjentki – wyjątkowo wzruszająca i przyprawiająca mnie do dziś o dreszcz emocji. Historia o specjalnej bombce choinkowej, spełnianiu marzeń pomimo wszystko i białej sukni ślubnej, przywdzianej na zawsze.

A było to tak...

W trakcie dyżuru transplantologicznego, w trakcie akcji przeszczepowej na liście typowania do przeszczepienia nerki na pierwszym miejscu znalazła się młoda pacjentka z cukrzycą, z licznymi zaawansowanymi jej powikłaniami, niewidoma, która z pełną determinacją zespołu transplantacyjnego i swoją własną została zakwalifikowana do transplantacji nerki. W dokumentacji lekarskiej znalazłam mnóstwo wpisów, dokonanych przez nefrologów, o świadomości pacjentki groźących jej powikłań sercowo-naczyniowymi podczas tego zabiegu. Z całej karty zgłoszenia, poza danymi merytorycznymi wynikała wyraźna chęć pacjentki uzyskania przeszczepienia nerki za wszelką cenę, pomimo istniejącego ryzyka. Gdy przyjechała do naszego ośrodka zwrócił moją uwagę jej szczególny stan radości. Promieniała wręcz uśmiechem i jakąś bliżej nieokreśloną świeżą energią. Prowadziła ją pod rękę troskliwa, nie mniej radosna matka – jej towarzyszka i opiekunka. Opowiadały obie historie, jak walczyły o przeszczepienie: koronarografia, zabiegi interwencyjne, liczne konsultacje chirurgów naczyniowych wobec zaawansowanej miażdżycy i wątpliwości konsultantów: przeszczepiać czy nie przeszczepiać? Czy ryzyko groźnych dla życia powikłań naczyniowych nie przewyższa nad zyskiem, jakim będzie dla pacjentki zaprzestanie dializoterapii?

Kwalifikacja była wyjątkowo wnikliwa, ale też stonkowo szybka. Z góry było wiadomo, że czas działa na niekorzyść pacjentki. Pomimo moich lęków i obaw zabieg przeszczepienia nerki przebiegł całkowicie bez powikłań. Już w pierwszej dobie po zabiegu nerka podjęła funkcję, wydawało się, że wszyscy odnieśliśmy sukces, a pacjentka spełni tym samym swoje wielkie marzenie – miała kochającego narzeczonego, który bardzo wspierał ją w chorobie. Przyrzekli

sobie obydwoje, że dopiero po udanym przeszczepie wezmą ślub. Taki sobie postawili cel i warunek.

Przy wypisie z oddziału otrzymałam od matki pacjentki na pamiątkę tego wydarzenia piękną, własnoręcznie wykonaną bombkę choinkową, którą powiesiłam na świąteczną choinkę w swoim domu, a po świętach umieściłam ją nad swoim biurkiem jako symbol tamtych szczególnych chwil – sama byłam nimi wzruszona i usatysfakcjonowana. Po Nowym Roku, kilka tygodni od przeszczepienia, rozległ się nagle pełen niepokoju telefon od matki teźże pacjentki. Ta w domu gorączkowała wysoko pomimo stosowanego antybiotyku, funkcja nerki pozostawała zadawalająca, wstępnie wszystko wskazywało na typowe powikłanie infekcyjne. Jednak kolejny telefon był bardziej dramatyczny – pojawił się silny ból w pachwinie po stronie przeszczepionego narządu, po wykonaniu badań obrazowych stwierdzono krwiak w miejscu zespolenia tętniczego, prawdopodobnie zapalny. Pacjentkę hospitalizowano i poddano intensywnemu leczeniu. Niestety, doszło nagle do masywnego krwotoku z miejsca, gdzie utworzył się krwiak, następnie wstrząsu krwotocznego i ostatecznie zgonu pacjentki – w sumie 3 miesiące po przeszczepieniu nerki.

Gdy matka zadzwoniła do mnie z tą smutną wiadomością, była dziwnie spokojna. Tłumaczyła mi, że choć dramatycznie przeżyła stratę córki, z którą była bardzo związana, to jednak wie, że wszystko co w ludzkiej mocy było zrobione, by pomóc córce. Mimo licznych chorób spełniła ona swoje wielkie marzenie: o przeszczepieniu nerki i choć bardzo krótkim, to jednak nowym życiu bez cienia dializoterapii. Marzenia... Spełniają się w nieoczekiwanych, czasem dramatycznych okolicznościach.

Pochowano ją w białej sukni ślubnej, którą sobie wymarzyła. Zostanie w niej... na zawsze.

Rozumiem więc spokój wewnętrzny tej matki walczącej o szczęście córki, bo przecież łatwiej jest pogodzić się ze stratą najbliższej osoby i zakończeniem jej życia w sytuacji, kiedy się wie, że marzenia zostały spełnione. Dla nas wszystkich zaś ta wzruszająca historia może być drogowskazem, że trzeba o ich spełnienie walczyć ile się tylko da i z całych sił.

Dlatego też owa symboliczna, pamiątkowa bombka choinkowa wisi do dziś nad moim biurkiem – nie tylko w grudniu, lecz przez cały rok, właśnie po to, bym o tej prawdzie życiowej nawet na chwilę nie zapomniała.

Beata Januszko-Giergielewicz



Niecodzienne rozwiązania, czyli przepis na audyt jakościowy w czwartej fali pandemii COVID-19

Celem utrzymania wdrożonych certyfikacji ISO, pomimo trudnej sytuacji epidemicznej oraz narastającej kolejnej fali pandemii COVID-19, w grudniu 2021 r. na terenie naszego szpitala odbył się audyt zewnętrzny, przeprowadzony przez Centrum Certyfikacji Jakości Wojskowej Akademii Technicznej im. Jarosława Dąbrowskiego w Warszawie.



Ocena dotyczyła zgodności funkcjonowania szpitala z wymaganiami norm ISO, przepisami prawa oraz wdrożonymi zapisami wewnętrznymi, w tym z obowiązującymi procedurami, instrukcjami i zarządzeniami. Ocenie podlegały również działania, które szpital wdrożył w związku z uwagami z poprzedniej kontroli. Audytorzy także analizowali decyzje zarządcze podjęte w konsekwencji trwającej pandemii COVID-19. Zgodnie z zakresem certyfikacji oceną objęto obszary medyczne, diagnostyczne, administracyjne oraz techniczne. Uwzględniając bezpieczeństwo sanitarno-epidemiczne, forma przeprowadzonego audytu zależała przede wszystkim od decyzji kierownika danego obszaru funkcjonowania szpitala. W części klinik/oddziałów audyt zrealizowano w formie zdalnej. Wówczas kolejnym etapem kontroli było dostarczenie do wglądu wymaganej dokumentacji. Z kolei w innych obszarach audyt przebiegał w sposób bezpośredni, w miarę możliwości ograniczając się do oceny dokumentów i rozmowy z kierownictwem danej komórki organizacyjnej szpitala.

Ostatecznie audyt okazał się sukcesem, nie tylko w zakresie utrzymania certyfikacji ISO, ale przede wszystkim współpracy i determinacji – za co Państwu serdecznie dziękuję.

W podsumowaniu wyników kontroli jako „mocne strony” szpitala audytorzy podkreślili, m. in. wyko-

rzystanie kwestionariuszy internetowych w celu intensyfikacji procesu monitorowania satysfakcji pacjenta oraz efektywny system przeciwdziałania transmisji zakażeń COVID-19.

Moim zdaniem, osiągnięty sukces to efekt stawiania „małych kroków”, w których planowanie, opracowanie i wdrażanie rozwiązań z czasem staje się istotną częścią codziennej, utrwalonej praktyki.

Przeprowadzony audyt ISO zakończył trzyletni okres wynikający z zawartej umowy, w związku z powyższym w przyszłym roku przyjdzie nam się zmierzyć z nową certyfikacją z zakresu normy ISO 9001 (zarządzanie jakością), 14001 (zarządzanie środowiskowe), 45001 (zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy) oraz 27001 (zarządzanie bezpieczeństwem informacji). Ponadto wiosną 2022 r. w szpitalu odbędzie się audyt akredytacyjny, który prawdopodobnie po raz ostatni będzie realizowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Za sprawą projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz mając na względzie wymagania ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, nowy rok będzie obfitował w dotąd nieznanne wyzwania, które przy trwającej pandemii staną się przede wszystkim sprawdzianem na współdziałanie.

dr Teresa Branicka-Bonusiak

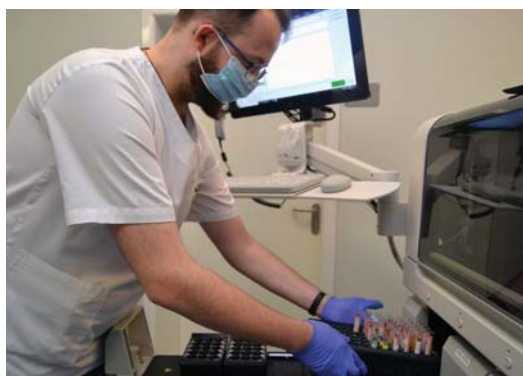
Obiecująca trzecia dawka szczepionki: wstępne wyniki badania obserwacyjnego

W 2021 roku w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej naszego szpitala wykonaliśmy ponad 3000 oznaczeń stężenia przeciwciał anti-SARS-CoV-2-IgG metodą chemiluminescencyjną ilościową przy użyciu testu Atellica IM SARS-CoV-2 na analizatorach Siemens, zarówno dla celów badawczych jak i komercyjnych. Wykrywanie przeciwciał anti-SARS-CoV-2-IgG skierowanych przeciwko domenie wiążącej receptor (RBD) na białku S1 koronawirusa testem ilościowym pozwala na miarodajną, szybką i ogólnie dostępną ocenę naszej odpowiedzi immunologicznej zarówno poszczepiennej, jak i po przebiegu choroby Covid-19. W marcu tego roku z inicjatywy prof. Jacka Kubicy z Kliniki Kardiologii oraz we współpracy z Collegium Medicum UMK rozpoczęliśmy oznaczanie stężenia przeciwciał w ramach badania klinicznego o charakterze obserwacyjnym pt. „Wpływ przechorowania Covid-19 na nasilenie objawów klinicznych i poziomu przeciwciał anti-SARS-CoV-2 po szczepieniu”. Do badania przystąpiło około 800 osób głównie pracowników naszego szpitala. Do badania przystąpiły osoby, które zakończyły pełny 2-dawkowy cykl szczepień szczepionką Pfizer/BioNTech i u których wykonano oznaczenia stężenia przeciwciał anti-SARS-CoV-2-IgG w zdefiniowanych wcześniej punktach czasowych, tj. 3 miesiące po przyjęciu drugiej dawki szczepionki oraz kolejno po 6 i 12 miesiącach. Decyzja o przyjęciu 3 dawki spowodowała modyfikację badania jednocześnie dostarczając nowych, interesujących danych. Wyniki pierwszej fazy badania wykazały, że po około 3 miesiącach stężenie przeciwciał nadal utrzymuje się na wysokim poziomie, jednak spada w postępie wykładniczym, po około 6 miesiącach obserwowane stężenie przeciwciał anti-SARS-CoV-2-IgG było już czterokrotnie niższe a po 9 miesiącach ponad 15-krotnie niższe



(w porównaniu do maksymalnego obserwowanego stężenia). Niskie stężenie przeciwciał może okazać się niewystarczające, by zapewnić ochronę przed infekcją SARS-CoV2. Przyjęcie trzeciej dawki szczepionki Pfizer powodowało jednak ponad 20-krotny wzrost przeciwciał w stosunku do ich poziomu obserwowanego po upływie 9 miesięcy. Co więcej, stężenie to było ponad dwukrotnie wyższe niż obserwowane w analogicznym okresie po przyjęciu drugiej dawki szczepionki. Wydaje się zatem, że generowanie większej ilości przeciwciał zapewni nam większą i dłuższą ochronę. Niemniej jednak nie jest dotychczas znane miano ani stężenie przeciwciał, zapewniające nam optymalną ochronę. Należy również pamiętać, że zarówno odpowiedź humoralna (związana z syntezą przeciwciał), jak i komórkowa (związana z aktywacją limfocytów Th1), wzajemnie się uzupełniają, ale też charakteryzują się dużą zmiennością międzypersonalną. Zidentyfikowano mnóstwo czynników, które mogą wpływać na indywidualną odpowiedź immunologiczną od najbardziej klasycznych, takich jak wiek, płeć, aktywność układu immunologicznego, poprzez bardzo specyficzne, związane z rodzajem szczepionki, miejscem i czasem jej podania. Wstępne wyniki badania obserwacyjnego wykazały, że silnym i niezależnym czynnikiem wpływającym na stężenie przeciwciał po 3 mies. od przyjęcia drugiej dawki szczepionki Pfizer jest wcześniejsze przebycie zakażenia SARS-CoV-2. Jakie czynniki wpływają na dynamikę zmian stężenia przeciwciał po 6 i 9 miesiącach jest przedmiotem aktualnej analizy. Biorąc jednak pod uwagę dynamikę zmian przeciwciał z czasem jaki upłynął od przyjęcia kolejnej dawki wydaje się wielce prawdopodobne, że program szczepień będzie kontynuowany.

dr. hab. med. Magdalena Krintus, prof. UMK



„Dry Run” do terapii CAR-T w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

W dniach 27–28 października w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii odbył się Dry Run do zastosowania terapii CAR-T (czytaj: kar-ti) w naszym szpitalu. CAR-T jest produktem terapii zaawansowanej (ATMP, Advanced Therapy Medicinal Product), łączącej terapię komórkową, immunoterapię i terapię genową. Jest przełomowym i największym osiągnięciem terapeutycznym w hematologii i onkologii w ostatnich latach.

Co to jest Dry Run: To „próba na sucho”, czyli przetestowanie od A do Z całości procesu zastosowania zaawansowanej metody terapeutycznej, w tym przypadku komórek CAR-T. W „Dry Run” nie używa się produktu terapeutycznego, lecz sól fizjologiczną i oczywiście nie podaje się jej pacjentowi.

Jakie są etapy w technologii CAR-T: Od pacjenta pobierane są limfocyty T w procesie leukaferezy. Komórki te są wysyłane do firmy farmaceutycznej wytwarzającej CAR-T (aktualnie wyłącznie za granicę: USA, Holandia, Szwajcaria). W zależności od firmy, komórki są wysyłane w formie płynnego materiału tkankowego lub w formie krioprezerwowanej. Firma farmaceutyczna metodami terapii genowej wytwarza komórki CAR-T, co zajmuje około 3–4 tygodni. Wytworzone komórki CAR-T, w świetle prawa już będąc lekiem, są przesyłane do ośrodka w którym leczony jest pacjent. Ten preparat komórkowy, będący „żywym lekiem”, będzie podany pacjentowi.

Na czym polegał Dry Run: Pierwszy kluczowy element to przygotowanie komórek do transportu i ich wysłanie do firmy produkującej CAR-T, według ściśle określonych procedur zapewniających maksymalne bezpieczeństwo jakości komórek pacjenta. Drugi kluczowy element to odebranie preparatu CAR-T dostarczonego z USA w formie krioprezerwowanej, bezpieczne jego przechowanie oraz przygotowanie do podania pacjentowi.



To uczestniczył w Dry Run: Lekarze i pielęgniarki zespołu terapii komórkowych w Klinice, zespół aferez komórkowych i zespół banku komórek w RCKiK (Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa), farmaceuta kliniczny z RCKiK. Poszczególne czynności były koordy-



nowane przez dr Monikę Richert-Przygońską z naszej Kliniki oraz mgr Ewę Marquardt z RCKiK. Dzięki ich przygotowaniu i zaangażowaniu Dry Run przebiegł bezbłędnie!

Przebieg Dry Run: Całość procesu wyglądała jak egzamin praktyczny na szczelbu międzynarodowym. Gościliśmy 2 przedstawicieli firmy zajmującej się wytwarzaniem komórek CAR-T, którzy przyjechali do nas z Anglii. Dodatkowo, całość procesu była przekazywana on-line (przez tablet dr. Roberta Dębskiego) do przedstawicieli firmy weryfikującej różne aspekty związane z procesem transportowania komórek. Wideoprzekaz na żywo odbywał się do Anglii, Portugalii i USA.

Jaka była rola RCKiK: Znaczna część Dry Run odbyła się w miejscu, gdzie wykonywane są aferezy komórkowe i znajduje się bank komórek krwiotwórczych. W Bydgoszczy wypracowaliśmy ten model współpracy pomiędzy naszym szpitalem i RCKiK. Taki sprawdzony model funkcjonuje w wielu miastach w Niemczech, dlatego nazywamy go „modelem niemieckim”. RCKiK zapewnia najwyższe standardy postępowania z preparatami komórkowymi, przeznaczonymi do stosowania u pacjentów.

Co oznacza „zaliczenie” Dry Run: Uzyskaliśmy akredytację do stosowania technologii CAR-T wytwarzanej przez tę firmę farmaceutyczną. Oczywiście, jeśli będziemy chcieli stosować komórki CAR-T wytwarzane przez inną firmę, będziemy musieli przejść ich proces akredytacyjny. Ale stara zasada mówi, że „najtrudniejszy pierwszy raz”.

Co dalej: Niezależnie od współudziału w konsorcjum CAR-NET na wytworzenie i zastosowanie polskich CAR-T, otworzyliśmy drugą drogę do terapii CAR-T w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza. Umowa została podpisana i wkrótce będziemy mogli stosować terapię CAR-T w Bydgoszczy.

prof. Jan Styczyński
Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Zmiany w patomorfologii

Patomorfologia jest częścią medycyny łączącą warsztat nauk podstawowych oparty o wizualizację mikroskopową, szereg testów diagnostycznych i badania molekularne z potrzebami kliniczno-diagnostycznymi wielu specjalności medycznych. W oparciu o materiał tkankowy i komórkowy zastosowanie powyższych metod daje możliwość rozpoznania i monitorowania przebiegu całego spektrum chorób nowotworowych i nienowotworowych. W oparciu o precyzyjne rozpoznanie i szczegółową charakterystykę konkretnego procesu chorobowego umożliwiają to klinicytom wybór optymalnego, częstokroć spersonalizowanego postępowania leczniczego dającego oczekiwany efekt terapeutyczny przy minimalizacji skutków ubocznych dla pacjenta.

Badanie patomorfologiczne to ściśle określony zakres czynności, zapoczątkowany pobraniem materiału komórkowego (aspirat, rozmaz, wymaz, płyny ustrojowe) lub tkankowego (oligobiopat, wycinek, materiał operacyjny) w celu wykonania badania mikroskopowego zakończonego ustaleniem rozpoznania patomorfologicznego (autoryzowana ekspertyza) oraz zarchiwizowanie materiału biologicznego i dokumentacji zgodnie z rozporządzeniem (Dz.U. poz. 2435 z 2017 r.). Rutynowo, materiał tkankowy pobierany jest przez lekarzy klinycystów i przekazywany do jednostki patomorfologii. Przygotowanie materiału do oceny mikroskopowej i ostateczna ekspertyza mają miejsce wyłącznie w jednostkach patomorfologii (zdefiniowanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia Dz.U. poz. 2435 z 2017 r.), tj.: pracowni histopatologii/zakładzie patomorfologii. Badanie patomorfologiczne obejmuje czynności od momentu pobrania materiału (cytologicznego, tkankowego) poprzez kolejne etapy, tj.: 1) utwralenie – jeżeli materiał tego wymaga, 2) transport do zakładu patomorfologii, 3) przyjęcie do badania i zarejestrowanie, 4) przygotowanie materiału do oceny mikroskopowej (tj.: ocena makroskopowa, pobranie wycinków i ich przeprowadzenie przez proces technologiczny w celu uzyskania bloczków parafinowych, a następnie wykonanie skrawków parafinowych i ich barwienie), 5) wykonanie badań dodatkowych (np. histo- i immunohistochemicznych i/lub z zakresu technik biologii molekularnej). Bada-



nie patomorfologiczne jest zakończone ustaleniem rozpoznania patomorfologicznego i jego autoryzacją przez lekarza patomorfologa. Materiał, który stanowi podstawę rozpoznania patomorfologicznego podlega archiwizacji i wraz ze stosowną dokumentacją musi być odpowiednio przechowywany. Po wykonaniu badania patomorfologicznego, pozostały materiał biologiczny podlega utylizacji po co najmniej 28 dniach od dnia autoryzacji rozpoznania patomorfologicznego.

W ciągu ostatnich kilku lat rosnące wymagania dotyczące informatywności, zakresu i precyzji badania patomorfologicznego spowodowały szereg zmian, które mają na celu podniesienie jakości i sprawności prowadzonej diagnostyki patomorfologicznej, która jest wielokrotnie kluczowym elementem w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu i powodzeniu leczenia. W sierpniu 2020 r. w wyniku zakończenia pierwszego etapu programu POWER pt. „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi” realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia opublikowane zostały standardy i wytyczne dotyczące przeprowadzania badań patomorfologicznych. Przedstawiona dokumentacja obejmuje między innymi zasady i warunki akredytacji jednostek oraz jest pierwszym krokiem w kierunku wyceny procedur patomorfologicznych w ramach procedur





NFZ. Dzięki opracowaniu wytycznych określony został standard opisu wyniku badania patomorfologicznego, który dostarcza informacji niezbędnych do zaplanowania leczenia pacjenta. Powstały także szczegółowe wytyczne, dotyczące pobierania i opracowania materiału, a także postępowania z nim tak by nie uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu. W związku z powyższym, zmiany w patomorfologii dotyczą nie tylko patologów, ale także lekarzy zaangażowanych w proces leczniczy pacjentów oraz wszystkie osoby mające kontakt z materiałem, który wymaga postawienia rozpoznania patomorfologicznego. W związku z wprowadzonymi wytycznymi współpraca patologów z klinicystami nabiera większego znaczenia. Postęp medycyny spersonalizowanej stawia przed specjalistami coraz to nowsze wyzwania, szczególnie w zakresie ustalenia leczenia, co z kolei wymaga odpowiedniej jakości opracowania materiału pacjenta. Następnym ogłoszonym wytycznym było opublikowanie dnia 24 września 2021 r. w Dz.U. MZ Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej.

Obecnie Zakład Patomorfologii Klinicznej naszego Szpitala wdraża standardy akredytacyjne czego wynikiem jest opracowanie nowych procedur i instrukcji, które będą sukcesywnie udostępniane pracownikom szpitala. Powstałe standardy akredytacyjne są bardzo szczegółowe i kładą nacisk na jakość wykonywanych procedur oraz kompletność wyniku histopatologicznego. Nakłada to na Zakład w całości, a także poszczególnych członków zespołu laboratorium oraz lekarzy szereg wymagań i zwiększonego nakładu pracy. Wymagania akredytacyjne dotyczą także zaplecza sprzętowego. W latach 2020–2021 Zakład Patomorfologii Klinicznej został wyposażony w spe-

cialistyczny sprzęt dzięki dofinansowaniu z projektu pt.: „Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie leczenia i diagnostyki chorób nowotworowych poprzez remont i doposażenie Klinik i Zakładów Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Dr. A. Jurasza w Bydgoszczy”. Było to ogromne wsparcie naszej jednostki i całego szpitala, które umożliwiło sprostanie wymogom akredytacyjnym. Aktualnie w naszym Zakładzie i w szpitalu trwają prace umożliwiające pełne wdrożenie obowiązujących standardów. Wprowadzenie skierowań w formie elektronicznej, wydłużenie czasu pracy w celu monitorowania utrwalań materiału, rutynowo wykonywane pomiary pH 10% buforowanej formaliny, kontrasygnata rozpoznaw onkologicznych, wielośrodkowe konsultacje (także z wykorzystaniem preparatów wirtualnych) – to jedne z wielu zmian, jakie zaszły w naszej jednostce w ostatnim czasie. Podnoszenie jakości badań patomorfologicznych jest dla nas kluczowym elementem sprawowania opieki nad pacjentem. Nasz zespół składa się z wysoko wykwalifikowanych specjalistów patomorfologii, diagnostów laboratoryjnych, techników, a także pracowników naukowo-badawczych pracujących „za kulisami” procesu leczniczego. Współpracują oni ściśle z szeregiem jednostek klinicznych naszego szpitala i ośrodków pozaszpitalnych gdzie diagnostyka patomorfologiczna nowotworów wraz z określeniem czynników prognostycznych i predykcyjnych stanowi kluczowy etap w wyborze odpowiedniego leczenia pacjenta. Sprawna diagnostyka i stosowany w Zakładzie szeroki panel przeciwciał, a także możliwość przeprowadzenia analiz na poziomie biologii molekularnej pozwala sprostać potrzebom wynikającym z rozwoju medycyny spersonalizowanej, a co za tym idzie przyczynia się do polepszenia jakości leczenia w naszym szpitalu.

Neuromodulacja krzyżowa z użyciem systemu CarnaLife Holo



28 grudnia 2021 r., system medyczny do holograficznego obrazowania danych pacjenta CarnaLife Holo został użyty podczas zabiegu neuromodulacji krzyżowej. Procedura polega na wszczępieniu elektrody do przestrzeni S3 w kości krzyżowej i identyfikacji odpowiednich nerwów krzyżowych na podstawie wywołania odruchów nerwowych. Lokalizacja elektrody kontrolowana jest przy pomocy zdjęć rentgenowskich. Pan dr Jan Adamowicz z Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej użył CarnaLife

Holo w procesie planowania zabiegu, określając na modelu 3D miejsca oraz kąty wkłucia. Następnie, podczas samego zabiegu wykorzystał mieszaną rzeczywistość, aby model holograficzny nanieść na pacjenta. Dzięki CarnaLife Holo istnieje możliwość zwiększenia precyzji wkłucia oraz zmniejszenia liczby wykonanych zdjęć rentgenowskich, co redukuje niekorzystny wpływ promieniowania na zdrowie pacjenta. To wszystko skutkuje również krótszym czasem zabiegu.



Profesor Mariusz Wysocki złożył swój Autograf



27 listopada odsłonięto trzy kolejne autografy przy ul. Długiej. Kapituła Bydgoskich Autografów zdecydowała, że w tym roku na wyróżnienie zasłużyli Iga Baumgart-Witan, Piotr Salaber i profesor Mariusz Wysocki. Profesor dr hab. n. med. Mariusz Wysocki, jest kierownikiem Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii naszego szpitala. Twórca jednego z największych ośrodków przeszczepu szpiku kostnego dla dzieci

w Polsce północnej. Członek Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. Współpracował z fundacją Iskierka – organizacją pożytku publicznego działającą na rzecz dzieci z chorobą nowotworową. Był zaangażowany w działalność 17. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, której tematem było wczesne wykrywanie chorób nowotworowych u dzieci. Wyróżniony nagrodą Bydgoszczanin Roku. Gratulujemy!



Dzień Transplantacji 2022. Programy transplantacyjne w bydgoskich Szpitalach Uniwersyteckich

Z okazji Dnia Transplantacji 2022, który obchodzony jest 26 stycznia, na pamiątkę pierwszego w Polsce udanego przeszczepienia narządu (1966 r.), interdyscyplinarny zespół autorów opracował charakterystykę pięciu programów transplantacji komórek krwiotwórczych, tkanek oka i narządów unaczynionych (nerek i wątroby) realizowanych w bydgoskich ośrodkach transplantacyjnych. Programy transplantacyjne opierają się na multidyscyplinarnej współpracy lokalnej i wieloośrodkowej – z zespołami ze szpitali na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i kraju oraz dzięki przychylności społeczeństwa. Jednym z 21 polskich szpitali z największą aktywnością donacyjną w latach 2017–2019 był Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, który w 2021 r. został nagrodzony przez Ministra Zdrowia.

W latach 1966–2021 (stan na 30.11.) w Polsce przeszczepiono 36793 narządy pobrane od dawców żywych i zmarłych. W czasie pandemii – w 2020 roku liczba pobrań i przeszczepień narządów w Polsce spadła o ok. 20% w porównaniu z 2019 r., co statystycznie wpisało się w europejski i światowy trend. Do końca listopada 2021 r. narządy pobrane od 367 dawców zmarłych przeszczepiono 1183 chorym, zaś rogowki 1174 pacjentom. Pomimo tego, ostatniego dnia listopada na transplantację narządów oczekiwało 1742 chorych, na przeszczepienie rogowki – 3041, zaś 16 chorych na przeszczepienie kończyny górnej. W 2021 r. najmłodszy chory aktywnie oczekujący na Krajowej Liście Oczekujących miał 6 miesięcy (przeszczepienie serca w trybie pilnym), zaś najstarszy 99 lat (przeszczepienie rogowki).

Transplantacje szpiku w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Kierownik Kliniki:

prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki

Kierownik Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej:

prof. dr hab. med. Jan Styczyński

Program transplantacji komórek krwiotwórczych (potocznie nazywany transplantacją szpiku kostnego) w Juraszu został rozpoczęty w 2003 r. W roku 2021 przeprowadzono 30 transplantacji komórek krwiotwórczych, w tym 8 allogenicznych i 22 autologicznych, w tym 14 od dawców niespokrewnionych. Wśród ośrodków pediatrycznych stawia to nasz



Solidarnie dla transplantacji

Poinformuj bliskich o Twojej decyzji!

zgodanazycie.pl

Ministerstwo Zdrowia

Projekt realizowany w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia.

szpital niezmiennie na drugim miejscu w Polsce i jako główny pediatryczny ośrodek przeszczepowy w Polsce północnej. W dniu 30 kwietnia 2021 r. w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii wykonano pięćsetne przeszczepienie. W ramach terapii komórkowych wprowadziliśmy do naszej Kliniki produkty terapii zaawansowanej (ATMP, *Advanced Therapy Medicinal Product*) i przeprowadziliśmy w tym roku po raz pierwszy w Polsce terapię indukowanymi specyficznymi alogenicznymi limfocytami cytotoksycznymi u pacjenta z zespołem limfoproliferacyjnym. Rozpoczęliśmy też przygotowania do terapii CAR-T. (o tym w oddzielnym artykule na str. 20). W czasie pandemii nie zmniejszyliśmy liczby przeszczepień, chociaż w skali całej Polski, liczba przeszczepień autologicznych w 2020 r. zmniejszyła się o około 10%, a allogenicznych o około 8%. Liczba pobrań komórek krwiotwórczych dla biorców polskich nieznacznie wzrosła, natomiast o 15% zmniejszyła się liczba pobrań dla biorców zagranicznych. Wstępne analizy pokazują, że rok 2021 będzie liczbowo podobny do roku 2020. W roku 2021 liczba zarejestrowanych dawców komórek krwiotwórczych w Polsce przekroczyła 2 mln, co daje Polsce piąte miejsce na

świecie, po USA, Niemczech, Brazylii i Wielkiej Brytanii. Na całym świecie zarejestrowanych jest 39,5 mln osób. Przy obecnym trendzie najprawdopodobniej w 2022 liczba dawców komórek krwiotwórczych na świecie przekroczy 40 mln.

Programy transplantacji tkanek oka

Klinika Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza

Kierownik Kliniki:

prof. dr hab. n. med. Grażyna Malukiewicz

Klinika Okulistyki i Optometrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela

Kierownik Kliniki:

prof. dr hab. n. med. Bartłomiej Kałużny

Program transplantacji rogówek w Bydgoszczy realizowany jest w dwóch ośrodkach. Klinika Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza rozpoczęła przeszczepianie rogówek w roku 2008, Klinika Okulistyki i Optometrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Biziela w roku 2020.

Przeszczepiane rogówki pobierane są od dawców zmarłych (z rozpoznaną śmiercią mózgu) razem z innymi narządami i tkankami w trakcie pobrania wielonarządowych. Specyfika tkanki (brak unaczynienia) pozwala także na jej pobranie maksymalnie do 24 godzin po zatrzymaniu krążenia. Daje to możliwość wykorzystania rogówek od pacjentów zmarłych w szpitalu, którzy za życia nie wyrazili sprzeciwu na pobranie od nich tkanek lub narządów. Po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań rogówki są pobierane i wysyłane do Banku Tkanek Oka w Warszawie w celu oceny i dalszej dystrybucji. Następnie są one przekazywane ośrodkowi transplantacyjnemu w celu przeszczepienia w ciągu maksymalnie 14 dni od pobrania. Specyfika tkanki oznacza utratę funkcji oka po jej pobraniu, stąd nie są możliwe pobrania od dawców żywych. Głównym wskazaniem do przeszczepienia rogówki jest utrata jej funkcji załamywania światła polegająca na zmniejszeniu przejrzystości bądź nieregularności kształtu. Prowadzi to do znacznego utrudnienia codziennego funkcjonowania pacjenta, zwłaszcza w aspekcie pracy zawodowej. Niektóre choroby wiążą się także z przewlekłymi silnymi dolegliwościami bólowymi. W zależności od zakresu patologii, będącej wskazaniem do transplantacji operacje obejmują przeszczepienia rogówki pełnej grubości (drażące), warstwowe przednie (DALK) oraz warstwowe tylne (DSEK). Najczęściej występujące wskazania to stożek, blizna, perforacja, keratopatia pęcherzowa, oraz dystrofia uwarunkowane genetycznie. Liczba wykonanych zabiegów przedstawiona jest w tabeli.

	SU nr 1		SU nr 2	
	PK/DALK	DSEK	PK/DALK	DSEK
2009	5	5		
2010	10	5		
2011	13	4		
2012	11	1		
2013	24	5		
2014	16	5		
2015	21	5		
2016	18	6		
2017	20	9		
2018	6	9		
2019	17	18		
2020	12	16	12	9
2021	8	5	5	14
razem	181	93	17	23

Obie Kliniki we współpracy z miejscowymi Zakładami Patomorfologii wykonują pobrania rogówek od dawców zmarłych na terenie szpitali. Każdego dnia zgony z minionej doby są analizowane pod kątem braku przeciwwskazań do pobrania. Najczęstsze przyczyny dyskwalifikacji dawcy to zakażenie Covid-19, posocznica oraz rozsiany proces nowotworowy. Nawet w przypadku tkanki spełniającej wymogi medyczne istotnym problemem jest zgłaszanie ustnego sprzeciwu za życia podawane przez rodzinę zmarłego znacząco częściej niż w przypadku pobrania innych tkanek i narządów. Warto w tym miejscu wspomnieć, że po pobraniu pozostała część gałki ocznej i zawartości oczodołu zabezpieczana jest protezą, zatem nie ma ryzyka żadnego defektu estetycznego.

W chwili obecnej w obu ośrodkach na przeszczepienie oczekują łącznie 543 osoby, w tym część pacjentów zakwalifikowana jest do operacji obucocznej. Czas oczekiwania na operację jest trudny do określenia i zmienny, zwłaszcza w dobie pandemii Covid-19 zależy przede wszystkim od dostępności tkanek, czyli liczby zgłaszanych dawców. Dla trybu planowego liczony jest w latach, dla trybu pilnego najczęściej jest to kilka miesięcy.

Program transplantacji nerek od dawców żywych i zmarłych w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

Kierownik Kliniki:

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk

Pierwszą nerkę przeszczepiono w 2000 r. Do końca 2021 r. dzięki wieloosrodkowej współpracy, szczególnie z oddziałami anestezjologii i intensywnej

terapii, neurologii, neurochirurgii i stacjami dializ w regionie, pobrano i przeszczepiono 1290 nerek, w tym 33 od dawców żywych. Do końca listopada 2021 r. przeszczepiono nerki 28 chorym, w tym jedną od dawcy żywego. Dzięki współpracy z ośrodkami nefrologicznymi, transplantacyjnymi i Poltransplantem wykonano także 2 przeszczepienia krzyżowe (Bydgoszcz, 2016; Bydgoszcz–Wrocław 2017) spośród 6 przeprowadzonych dotychczas w Polsce. Od 2013 r. nerki od dawców żywych pobierane są metodą laparoskopową, pierwotnie we współpracy z zespołem Oddziału Urologii Laparoskopowej, Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr J. Bizuela, zaś od 6 lat dzięki współpracy z zespołem Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza. Przykliniczna Poradnia Transplantacyjna udziela porad ok. 750 pacjentom po przeszczepieniu narządów. Prowadzimy także działania edukacyjno-szkoleniowe i informacyjno-promocyjne w zakresie transplantologii klinicznej o zasięgu lokalnym, regionalnym i międzynarodowym (np. EUDONORGAN „*Training and Social awareness for increasing organ donation in the European Union and neighbouring countries*”) dla uczniów, studentów, ogółu społeczeństwa oraz personelu medycznego (m.in. w ramach rozpoznawalnego w Europie programu szkoleniowego ETPOD – *European Training Program on Organ Donation*). Z inicjatywy Kliniki w 2018 r. z okazji Dnia Transplantacji w Polsce, dzięki wsparciu Poltransplantu, do każdego egzemplarza Gazety Pomorskiej w nakładzie 35 tysięcy sztuk dołączono druk oświadczenia woli. W 2019 r. w ramach kampanii Ministerstwa Zdrowia „Zgoda na życie” pod hasłem „Transplantacja jako solidarna metoda leczenia” zorganizowanej w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, dzięki współpracy ze szkołami w regionie przeprowadziliśmy 14 spotkań edukacyjnych, w których uczestniczyło 793 uczniów. W 2018 r. Klinika została zaproszona do współpracy w realizacji autorskiego projektu edukacyjnego dr hab. Katarzyny Sierakowskiej, prof. UMK pn. „Anestezjologia Interdyscyplinarna”, organizowanego pod patronatem Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu przez zespół Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii we współpracy z jednostkami Uczelni i Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza, innych ośrodków akademickich, towarzystw naukowych i instytucji w Polsce. Pierwsza konferencja nosiła tytuł „Transplantologia – punkt widzenia anestezjologa, chirurga i prawnika”, w 2020 r. przeprowadzono warsztaty w Centrum Symulacji Medycznych CM pt. „Autoryzacja pobrania narządów i tkanek”, zaś w Dniu Transplantacji 2021 odbyło się webinarium

pt. „Transplantologia interdyscyplinarnie – współpraca zespołów anestezjologicznych, chirurgicznych, nefrologicznych, hematologicznych, okulistycznych, patomorfologicznych, radiologicznych, urologicznych i prawnych”.

Program transplantacji wątroby

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej

Kierownik Kliniki:

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

Bydgoski Ośrodek Transplantacji Wątroby w roku 2022 obchodzi swoje piąte urodziny. Pierwsze udane przeszczepienie wątroby w Bydgoszczy wykonano 27 stycznia 2017 roku. Była to młoda dziewczyna, obecnie pracownik naukowo-dydaktyczny UMK, która dzięki temu zabiegowi może być aktywna zawodowo, założyła rodzinę i marzy w niedalekiej przyszłości o macierzyństwie. Podobnie inna młoda kobieta zyskała drugie życie po transplantacji wątroby, i to aż dwukrotnie, jest bowiem jedną z dwóch osób, u których przeprowadzono zabieg retransplantacji w tym ośrodku. Ta druga również planuje powiększenie rodziny. Na tych dwóch przykładach widać jak wielką szansę na udane życie niesie ze sobą przeszczepienie wątroby. W naszym ośrodku wykonano dotychczas 34 zabiegi transplantacji wątroby. W 2020 roku było to 10 zabiegów, w 2021 ze względu na panującą pandemię udało się przeprowadzić ich 8. W roku 2020 otrzymaliśmy również akredytację Poltransplantu na następne 5 lat, uprawniającą nas do realizacji tej trudnej procedury transplantacyjnej. Mamy nadzieję, że jubileuszowy dla naszego ośrodka rok 2022 będzie czasem końca pandemii, co uruchomi nowe szanse na rozwój bydgoskiej transplantologii wątroby.

Procedury pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów są centralnie koordynowane przez zespół Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant oraz Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w Warszawie pod kierownictwem dr hab. med. Artura Kamińskiego.

Autorzy:

dr hab. med. Beata Januszko-Giergielewicz, prof. UMK,

prof. dr hab. Bartłomiej Kałużny,

prof. dr hab. Grażyna Malukiewicz,

dr n. med. Ilona Piotrowiak-Słupska,

dr med. Małgorzata Serejka-Burduk,

dr hab. med. Katarzyna Sierakowska,

prof. UMK, dr hab. med. Maciej Słupski,

prof. UMK, prof. dr hab. Jan Styczyński,

prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk,

dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska

Pomoc ma moc

Kolorowy papier, ozdobna wstążka, karnećki z życzeniami i błyszcząca kokardka... Na Mikołajki i na święta, dla dużych i dla małych... W tym roku w rolę Świętego Mikołaja wcielił się funkcjonariusze Służby Więziennej okręgu bydgoskiego. Zamiast czapki służbowej założyli czapki św. Mikołaja – wszystko po to, aby wywołać uśmiech na twarzach dzieci z bydgoskiego szpitala Jurasza. Funkcjonariusze i pracownicy cywilni z jednostek penitencjarnych okręgu bydgoskiego po raz kolejny pokazali, że mają serca i chcą się nimi dzielić z innymi. W tym roku z okazji „Mikołajek” funkcjonariusze Grupy Interwencyjnej Służby Więziennej z Bydgoszczy zainicjowali wspólną akcję wśród funkcjonariuszy zaprzyjaźnionych jednostek penitencjarnych, które odbiorcami są dzielni pacjenci z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. W wyniku połączonych sił mundurowych z Aresztu Śledczego w Bydgoszczy, Oddziału Zewnętrznego w Bydgoszczy-Fordonie, Grupy Interwencyjnej Służby Więziennej z Bydgoszczy, Zakładu Karnego w Potulicach, Stowarzyszenia Oficerów Więziennictwa – Koła Terenowego w Potulicach oraz Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Bydgoszczy, we współpracy ze Stowarzyszeniem Uśmiech Nadziei Dzieciom zorganizowano wspólną akcję mikołajko-



wą, bo każdy lubi dostawać prezenty i czuć, że jest dla kogoś ważny!

Pokolorowanie dziecięcego świata, w którym dziecko musi się zmierzyć z poważną chorobą wyzwoliło wiele pozytywnych emocji wśród mundurowych. Funkcjonariusze Służby Więziennej najpierw zorganizowali zbiórkę środków finansowych, a następnie dokonali zakupu upominków, aby finalnie przekazać 60 okazałych paczek z podarunkami dla pacjentów bydgoskiego szpitala wraz z życzeniami powrotu do zdrowia.

Panująca pandemia nie pozwoliła na osobiste odwiedziny dzieci w szpitalu, ponieważ konieczne jest dbanie o ich bezpieczeństwo. W związku z powyższym delegacja funkcjonariuszy wraz ze Świętym Mikołajem w asyście mundurowych z Grupy Interwencyjnej Służby Więziennej w Bydgoszczy autem wypełnionym po brzegi prezentami pojawiła się w szpitalu na kilka dni przed mikołajkami. Funkcjonariusze przekazali upominki personelowi szpitala, które zostały poddane kwarantannie, aby finalnie 6 grudnia mogły zostać przekazane dzieciom. Do upominków został dołączony także list i kartka od płk. Andrzeja Gniota – Dyrektora Okręgowego Służby Więziennej w Bydgoszczy z życzeniami spokojnych świąt i wytrwałości w walce o zdrowie.

Tekst: kpt. Agnieszka Wollmann
Zdjęcia: sierż. sztab. Dariusz Kwaśniewski



Światowy Dzień Pluszowego Misia!

Wolontariusze z Bursy nr 1 w Bydgoszczy pod opieką Pani Agnieszki Grabowskiej zorganizowali przed naszym szpitalem Światowy Dzień Pluszowego Misia w ramach Projektu „Pokoloruj ze mną świat”. Młodzież przebrana w bajkowe stroje zagościła na dziedzińcu Kliniki Pediatrii Szpitala Uniwersyteckiego im dr A. Jurasza w Bydgoszczy. W klimacie muzycznym flagowy Miś Marianek wspólnie z wolontariuszami rozdawał dzieciom maskotki misie. Następnie młodzież przemaszerowała do budynku Kliniki Psychiatrii i tam wręczyła zakupione i zebrane w akcji instrumenty muzyczne na Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Na Oddział trafiła kolumna nagłośniająca z mikrofonem, ukulele, keyboard, instrumenty akustyczne, kołatki, janczary, cymbały, flet i tamburyn oraz parę instrumentów wykonanych przez



dzieci ze Szkoły Podstawowej nr 66 w Bydgoszczy. Wszystko niezbędne do przeprowadzenia zajęć z muzykoterapii. Z całego serca dziękujemy!

Zaczarowany Ogród w zimowej odświeżeniu



1 grudnia ogród na dachu rozbłysnął magicznym światłem, a to wszystko za sprawą czarodziejskiej różdżki małej pacjentki onkologii Agatki. A to wszystko, co się wydarzyło było możliwe dzięki Stowarzyszeniu Łatwo Pomagać i firmie Blachere Polska Piękne widowisko mogą obserwować mali pacjenci aż do 10 piętra. Było jak zawsze cudow-



nie. Barwna ekipa łatwopomagaczy mogła chociaż na odległość przesłać buziaczki małym pacjentom onkologii i innych oddziałów Były tańce i śpiewy. Kolejną niespodziankę stowarzyszenie szykuje na 17 grudnia.

Wioletta Górską
Fot. T. Czachorowski



Podziękowania Pacjentów



Serdeczne podziękowanie dla człowieka o wielkim sercu,

dr. n. med. Przemysława Gałązki

*i całego zespołu Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży
za danie nam nadziei i szansy na nowe lepsze życie naszego syna.*

Profesjonalizm, dobre podejście wsparcie i pomoc lekarzy jest nieoceniona.

Pielęgniarki zawsze dodawały otuchy i siły do walki z chorobą.

Dziękujemy Wam za wszystko.

Jędrzej Lewandowski z rodziną.



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: biuletyn@jurasza.pl

Fotografia na okładce

Przemysław Jasiewicz

Projekt, skład i druk

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

Mikołajkowe prezenty od serca

Mikołajkową niespodzianką dla małych pacjentów naszego szpitala przygotowali członkowie Klubu honorowych dawców krwi „Dar Serca”, który działa przy Miejskich Zakładach Komunikacyjnych. Kierowcy i motorniczowie w czapkach Mikołaja, w towarzystwie elfów i bohaterów dziecięcych bajek, zajechali przed szpital miejskim autobusem.

Oczywiście przywieźli ze sobą prezenty, które wcześniej zebrali wśród pracowników MZK.

Z całego serca dziękujemy!



W imieniu całego zespołu Rejestracji Dziecięcej chcielibyśmy podziękować wszystkim pracownikom naszego szpitala, którzy dołączyli do tegorocznej edycji ONKO-Mikołaje.



Nie mogło również zabraknąć w tym roku również naszych Motomikołajów. Tradycyjny przejazd przez miasto oraz wizyta w naszym szpitalu to ogromna atrakcja dla wszystkich pacjentów – małych i dużych!





MAZDA 2022 Z GWARANCJĄ CENY*

Składając zamówienie na dowolną Mazdę z roku produkcyjnego 2022

zyskujesz gwarancję ceny obowiązującej w chwili zamówienia.

Promocja obowiązuje na zamówienia złożone do 31.01. 2022 r.

Nie zwlekaj, zarezerwuj produkcję swojej wymarzonej Mazdy.

ZAMÓW JUŻ TERAZ

KASAI MOTORS BYDGOSZCZ

ul. Fordońska 307 | tel. +48 52 33 907 33 | www.mazda-bydgoszcz-kasaimotors.pl

*Sugerowana akcja specjalna trwa od 1 do 31 stycznia 2022 r. Podane informacje prezentują sugerowane (rekomendowane) warunki akcji specjalnej dotyczącej samochodów produkcyjnych, na które Klient złoży zamówienie (tj. zawrze umowę sprzedaży) u autoryzowanego dealera Mazda w okresie akcji specjalnej. Sugerowana (rekomendowana) akcja specjalna dotyczy wyłącznie samochodów fabrycznie nowych i nie obejmuje samochodów demonstracyjnych ani zastępczych.