

Kwiecień
Nr 2 (38) 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





MEDYCZNA XXXI EDYCJA Środa

- 02.03.2022 r. **Dziwne kuracje, straszne operacje i lekarstwa, czyli ciemniejsze karty medycyny**
dr hab. Wojciech Szczęsny, prof. UMK
- 09.03.2022 r. **Choroby mitochondrialne – wyzwaniem medycyny**
dr Marek Jurgowiak
- 16.03.2022 r. **Ocena ryzyka kontuzji w sporcie**
dr Wojciech Smuczyński
- 23.03.2022 r. **W jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynęła na naszą psychikę?**
dr hab. Wiktor Dróżdż, prof. UMK
- 30.03.2022 r. **Cykl reakcji seksualnej – czy my kobiety inaczej to przeżywamy niż mężczyźni?**
dr Dorota Rogala
- 06.04.2022 r. **Patogeneza i homeostatyczne wartości gorączki**
dr hab. Dariusz Soszyński, prof. UMK
- 13.04.2022 r. **Nadwrażliwość na leki – czy to zawsze alergia**
dr Renata Kuczyńska
- 20.04.2022 r. **Badania genów i nowoczesne techniki w służbie medycyny**
dr hab. Tomasz Dziaman, prof. UMK
- 27.04.2022 r. **Urazy u dzieci oczami chirurga dziecięcego**
lek. Natalia Masur
- 04.05.2022 r. **Otyłość – choroba XXI w. Nowoczesna farmakoterapia nadwagi i otyłości**
lek. Mateusz Ozorowski
- 11.05.2022 r. **Znaczenie psychobiotyków we wspomaganiu leczenia zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego**
dr hab. Krzysztof Skowron, prof. UMK
dr Katarzyna Grudlewska-Buda
- 18.05.2022 r. **Nasz wspólny cel: chory wymagający leczenia nerkozastępczego. Rola zespołu terapeutycznego - co mogą zrobić medycy, a co rodzina pacjenta**
dr Aleksandra Woderska-Jasińska
- 25.05.2022 r. **Endokrynologiczne powikłania po COVID-19**
lek. Szymon Suwała

W każdą środę o godz. 18.00 zapraszamy na premierową transmisję wykładów na oficjalnym kanale Collegium Medicum w serwisie YouTube. Wykłady będzie można oglądać bez konieczności tworzenia konta czy rejestracji.

ONLINE

Tym razem, w miejscu tradycyjnego słowa wstępnego zamieszczamy wywiad z dyrektorem szpitala dr. Jackiem Krysiem, który ukazał się w wydaniu specjalnym „Menedżera Zdrowia”, poświęconym liderom medycyny – laureatom konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2021. Zapraszamy do lektury.

Redakcja Biuletynu

Filozofia małych kroków



Lubi pan mówić, że w Juraszowym DNA jest innowacja. W jaki sposób wdrażana?

Jest mi bardzo bliska filozofia kaizen, ciągłego doskonalenia i usprawniania, inaczej mówiąc: małymi kroczkami do przodu. W mojej opinii ta filozofia idealnie pasuje do organizacji, takiej jak szpital. Po pierwsze dlatego, że za innowacje nie ma niestety, żadnych dodatkowych bonusów finansowych. W związku z tym, istotne jest, by rozwój szpitala planować małymi kroczkami, ponieważ małe kroczki to małe koszty. Z drugiej strony wiemy, że polska medycyna od kilkudziesięciu lat próbuje zmieniać swoje oblicze. Ma jednak utarte zwyczaje, a to przekłada się na trudności we wprowadzaniu jakichkolwiek zmian organizacyjno-zarządczych. Należy więc wprowadzać je powoli, tak aby nie wywołać poczucia braku stabilności i bezpieczeństwa wśród pracowników oraz pacjentów. Konsekwentna realizacja polityki małych kroków pozwoliła nam po 10 latach sukcesywnie je powiększać. A początki były trudne - kiedy rozpocząłem pracę na stanowisku dyrektora, spotkałem się z ordynatorami, pielęgniarkami oddziałowymi i pozostałymi kierownikami komórek organizacyjnych i powiedziałem: „Sytuacja szpitala jest trudna, nie stać nas na to, żeby nim tylko administrować. Musimy działać w każdym obszarze: zarządzającym, medycznym, organizacyjnym, finansowym czy jakościowym, wspólnie szukając efektywności

i innowacyjności naszych rozwiązań”. Pracując wcześniej jako programista, często mówiłem swojemu zespołowi, że dzień bez napisania jednej linii kodu źródłowego programu, to dzień stracony. Trawestując tamto powiedzenie mówię teraz: „Dzień bez małego kroku w kierunku efektywności, w kierunku innowacyjności, to dzień stracony”. Staramy się po prostu podążać za wyzwaniem dzisiejszej ochrony zdrowia. Wracając do początku - zaproponowałem kadrze kierowniczej, żebyśmy spotykali się dwa razy w miesiącu, w ramach „wtorków finansowych” i „wtorków procesowych”, dotyczących nowych rozwiązań organizacyjnych. Nasza uwaga skoncentrowana była i nadal jest nie tylko na finansach szpitala, lecz także na doskonaleniu naszych procesów wewnętrznych. Dzisiaj mogę śmiało powiedzieć, że jesteśmy na zupełnie innym etapie rozwoju organizacyjnego. Nasza dbałość o efektywność, innowacyjność i finanse niewątpliwie przyczyniła się do wyższej jakości udzielanych świadczeń medycznych, co ma odzwierciedlenie chociażby w wynikach badań satysfakcji pacjenta. Z drugiej strony dla mnie osobiście bardzo ważny jest komfort pracy personelu. Chciałbym, aby nasi pracownicy, niezależnie od pełnionej funkcji, przychodząc codziennie do szpitala mogli się rozwijać i realizować swoje zawodowe pasje, aby każdy dzień był dla nich nowym wyzwaniem.

Program „Drogowskaz” to holistyczne podejście do pacjenta. To nie jest wycinek, zabieg, czy leczenie, tylko szereg działań, żeby senior funkcjonował możliwie sprawnie.

Autorami tego projektu są pracownicy dwóch klinik - anesteziologii i intensywnej terapii, oraz geriatрії. Program to odpowiedź na wyzwanie jakim jest nadchodzące geriatryczne tsunami.

Jesteśmy szpitalem uniwersyteckim, wykonujemy kilkanaście tysięcy zabiegów w roku. Chcemy minimalizować ryzyko powikłań poprzez lepsze przygotowanie mentalne i fizyczne pacjenta do operacji. Edukujemy pacjentów w zakresie stosowania określonych diet, zmiany trybu życia, zaopatrujemy w pakiet informacji i zaleceń oraz umożliwiamy stały kontakt z opiekunem projektu.

Powstał panel zarządczy, w jaki sposób on był zmieniany przez epidemię?

Moja koncepcja systemu wspierającego zarządzanie polega na tym, że to nie użytkownik sięga po dane, to dane mają absorbować uwagę użytkownika. Już wchodząc do gabinetu, obserwuję na włączonym telewizorze, jakie dziś mamy obłożenie, ilu przyjęto pacjentów w ciągu ostatnich 24 godzin [*dyrektor pokazuje ekran telewizora za swoimi plecami – przyp. red.*]. Nie włączając komputera, już znam podstawowe liczby i wskaźniki dotyczące funkcjonowania szpitala. Informacje odświeżają się na bieżąco, co określony czas. Nie chcę powiedzieć, że mam najlepszy panel zarządczy w Polsce, ale niewątpliwie odpowiada on na nasze potrzeby. Czasami przychodzi do mnie kierownik kliniki i prosi o pomoc, bo ma łóżka na korytarzu. Wtedy odpowiadam: „Wiem, obserwuję to od trzech dni”. W czasie pandemii istotną stała się szybka informacja o liczbie pacjentów zakażonych, przyjętych do naszego szpitala. Już na dwa, trzy tygodnie przed przyjęciem pierwszego pacjenta, nasze systemy były przygotowane, do prezentowania tych informacji. Bardzo wcześnie zakupiliśmy aparat wykonujący testy w kierunku identyfikacji wirusa SARS-CoV-2. Pozwoliło to na szybkie izolowanie zakażonych pacjentów i zwiększyło poczucie bezpieczeństwa naszego personelu. Jesienią 2020 r. pojawiły się

pierwsze zakażenia pracowników. Zaczęły się absencje, kwarantanny. Ważną informacją zarządczą była więc bieżąca analiza sytuacji kadrowej. Śmiało mogę powiedzieć, że od 2020 r. nie oglądam tak często słupków finansowych, ale właśnie słupki pandemiczne, czyli pokazujące na bieżąco, ile wykonaliśmy badań w kierunku w kierunku SARS-CoV-2, ile było wyników dodatnich na tle wszystkich, jaki był procent zakażenia naszych pacjentów. Dziś pytanie, dziś odpowiedź. To między innymi jest dowód rozwiewający wątpliwości, na ile efektywne jest utrzymywanie własnego zespołu programistycznego. Dobrze wiemy, że nie jest to powszechna praktyka w polskich szpitalach. Poza wymienioną działalnością, programiści projektują oraz dbają o utrzymanie systemów, między innymi umożliwiających naszej kadrze naukowej i studentom wieloaspektową analizę danych. Jest to szczególnie istotne w uczelni badawczej, jaką jest Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Mam nadzieję, że wkrótce pochwalimy się znowu wynikami ich pracy.

Przechodzimy do trzeciego obszaru, czyli do zamówień publicznych.

Bardzo lubię ten obszar, bo w nim także można zastosować zasadę małych kroków. Wciąż rozliczamy się z przeszłości i spłacamy historyczne długi. Pojawiały się problemy w bieżącym zaopatrzeniu, związane np. z brakiem terminowych regulacji należności. Taka sytuacja wywoływała brak zaufania personelu co do terminów kolejnych dostaw, a to skutkowało nadmiernym magazynowaniem np. materiałów medycznych w poszczególnych klinikach. Odpowiedzmy sobie na pytanie, co robi szpital, który od lat jest w trudnej sytuacji finansowej. Odpowiedź brzmi: oszczędza. Trzeba to jednak zrobić tak, aby nie miało to wpływu na jakość leczenia pacjentów i nie skutkowało utratą zaufania personelu do dyrekcji. W zmniejszaniu zaopatrzenia apteczek oddziałowych nie pomagały prośby, ani groźby. Wymyśliliśmy więc system informatyczny, który co do zasady miał wspierać proces zaopatrywania, klinik w potrzebne środki. Ten system zautomatyzował proces zamawiania, jednak przede wszystkim zaimplementowaliśmy w nim jedną ważną rzecz, tzw. portmonetkę, czyli limit finansowy na określone środki w ramach konkretnego obszaru zamówieniowego. Początki były trudne i nie wierzono, że to zadziała - nadal miało miejsce nadmierne magazynowanie, bo „limity limitami, ale trzeba w magazynku coś mieć.” Teraz, gdy od stworzenia systemu minęło już kilka lat, mogę powiedzieć, że pracownicy zaakceptowali nowe zasady i reguły, szczególnie tę najważ-



Panel zarządczy w smartfonie

niejszą, że dostają na czas to, co zamówią. System był naszym dużym osiągnięciem ponieważ zmiana mentalności to ogromne wyzwanie, które zrealizowaliśmy - znowu - metodą małych kroków.

Następny obszar, infrastruktury.

W ostatnich latach realizujemy ogromny projekt finansowany z Unii Europejskiej - poprawa dostępności i jakości usług w zakresie leczenia chorób nowotworowych, poprzez remont, doposażenie oddziałów. Koszt - 20 milionów złotych. Staramy się aktywnie pozyskiwać fundusze europejskie, czy ministerialne. Nasz szpital ma 85 lat, a ostatni remont, taki kluczowy, był w latach 80., w związku z tym mamy jeszcze dużo do zrobienia, jeśli chodzi warunki hospitalizacji naszych pacjentów oraz komfort pracy personelu. Sięgamy po pieniądze, gdzie się da. Z różnym skutkiem, choć we wspomnianym projekcie akurat z dobrym, bo dzięki temu realizujemy kompleksowy remont klinik urologii, laryngologii, chirurgii wątroby i chirurgii ogólnej oraz zakładu radiologii. Wykonujemy również wiele remontów ze środków własnych, bo tego wymaga poziom leczenia w XXI wieku.

Które działania ocenia Pan Dyrektor jako najbardziej spektakularne w minionych 2 latach?

Niewątpliwie błyskawiczną decyzję w marcu 2020 r. o zakupie ze środków własnych wspomnianego wcześniej aparatu pozwalającego na szybkie wykrywanie wirusa SARS-CoV-2. Gdy pojawiły się pierwsze doniesienia o pandemii wszyscy byliśmy bardzo zaniepokojeni, zastanawialiśmy się, w jakim kierunku będzie rozwijała się sytuacja w Polsce i na świecie. Choć na co dzień oglądam każdą złotówkę, wówczas zakup tego urządzenia był dla mnie priorytetowy. Byliśmy jednymi z pierwszych w Bydgoszczy, rozpoczęliśmy testowanie naszych pacjentów oraz pacjentów z innych szpitali w całym regionie. Co to spowodowało? Zyskaliście wreszcie jakieś narzędzie, oręż do walki z epidemią. Personel szpitalnego oddziału ratunkowego nie musiał czekać 2 doby lub dłużej na wynik testu. Średni czas jego uzyskania skrócił się do 3 godzin. Nasi pracownicy zyskali poczucie bezpieczeństwa, ponieważ bardzo szybko wiedzieli, który pacjent jest zakażony i mogli wdrożyć odpowiednie procedury. To diametralnie zmieniło układ sił w walce z wirusem. Szanse się wyrównały. Oczywiście później



Aparat do wykrywania wirusa SARS-CoV-2
Na zdjęciu dr Tomasz Bogiel

szczepionki spowodowały kolejny przełom. Był to też sukces finansowy, bo koszty szybko nam się zwróciły i to wielokrotnie. Decyzja o zakupie tego aparatu była więc odważna, ale dobra. W dobie pandemii bardzo szybko także zmodernizowaliśmy system informatyczny, tak aby dostosować go do leczenia pacjenta z COVID-19. Zanim w naszym szpitalu pojawił się pierwszy zakażony pacjent, system już umożliwiał rejestrowanie i udostępnianie informacji o jego statusie (niebadany/w trakcie badania, ujemny/dodatni,

itp.) Wraz z upływem czasu dodaliśmy funkcję statusu ozdrowieńca, połączoną z informacjami o ewentualnej dalszej terapii. W naszym szpitalu każda klinika ma zaprojektowany, zindywidualizowany interfejs dokumentacji medycznej, tak więc gdy w drugiej połowie 2020 r. decyzją wojewody rozpoczęliśmy tworzenie oddziałów izolacyjnych, nasz system został natychmiast rozszerzony o elementy przeznaczone do opisu procesu leczenia pacjentów covidowych. Dziś z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że ten trudny czas pokazał, że zespół z którym mam przyjemność pracować, zarówno medyczny, jak i niemedyczny, wspaniale sprawdza się w krytycznych warunkach. Nawyki i zwyczaje organizacyjne, które wypracowaliśmy w ostatnich latach, dały nam wszystkim solidne podstawy do dobrej współpracy. Rozumiemy się bez zbędnych słów. Udowodniliśmy, że jesteśmy gotowi do podejmowania i realizacji największych wyzwań, które przyniesie nam przyszłość.

Dziękuję za rozmowę

Rozmawiała Iwona Konarska, wydawnictwo Termedia



Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2021 - Liderzy Medycyny



Laureaci konkursu w Zamku Królewskim

26 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie wręczono po raz 21. statuetki Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny. Uroczystości towarzyszyła konferencja „Priorytety w ochronie zdrowia 2022”, która poświęcona była tematowi zdrowia publicznego w dobie pandemii, polityce lekowej, roli sektora prywatnego w polskim systemie ochrony zdrowia oraz priorytetom w wybranych obszarach terapeutycznych.

Nagrodę w kategorii Innowacyjny Szpital otrzymał (ex equo) Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Statuetkę z rąk członkiń Kapituły dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego oraz Anny Janczewskiej – minister ds. systemu ochrony zdrowia Gospodarczego Gabinetu Cieni BCC odebrał dyrektor szpitala dr Jacek Kryś.

Sukces Roku w Ochronie Zdrowia to nagroda za wysiłek i zaangażowanie wszystkich pracowników naszego szpitala. Innowacyjność jest wpisana w nasze Juraszowe DNA, realizujemy ją małymi krokami, ale we wszystkich możliwych obszarach: zarządczych, organizacyjnych, medycznych czy infrastrukturalnych - mówi dr Jacek Kryś, dyrektor szpitala. Trwająca od dwóch lat pandemia niestety nie sprzyja wprowadzaniu innowacyjnych rozwiązań czy radykalnych zmian, tym bardziej cieszę się, że Kapituła Konkursu doceniła nasz nieustanny wysiłek na rzecz poprawy funkcjonowania szpitala oraz jakości udzielanych świadczeń.

Członkowie Kapituły, dokonując trudnych wyborów, promowali konsekwencję, tak ważną w rozchwytanym pandemią systemie ochrony zdrowia, odwagę, ale i pozytywizm działań. Kapituła Konkursowa doceniła nasz szpital za szereg innowacji wprowadzonych w ostatnich 2 latach. Było to wdrożenie panelu zarządczego do monitorowania m.in. obłożenia łóżek, informacji o przyjęciach i wypisach w danym dniu. Na bieżąco przekazywane są też informacje o pacjentach przebywających w SOR i czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w poszczególnych grupach triażowych. Gdy ogłoszono pandemię rozszerzono funkcjonalność panelu o rejestr zakażeń COVID-19, liczby wykonywanych testów, liczby zakażeń wśród personelu. Na początku kwietnia 2020 r. w szpitalu rozpoczęto testowanie pacjentów na



obecność wirusa SARS-CoV-2 za pomocą testów Real Time PCR, a w grudniu 2020 r. przeprowadzono zakrojoną na szeroką skalę akcję szczepień przeciwko COVID-19. W obszarze medycznym innowacją jest program prehabilitacji „DROGOWSKAZ”. Jego celem jest prawidłowe przygotowanie zarówno fizyczne, jak i psychiczne pacjentów w wieku podeszłym do leczenia operacyjnego. Ma to zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań oraz skrócenie czasu hospitalizacji i szybszy powrót do satysfakcjonującej sprawności. W dobie pandemii unowocześniono również system zamówień publicznych szpitala. Wdrożono system dwugłosu (przedstawiciel branży plus specjalista szybciej określa zapotrzebowanie i możliwości), wprowadzono zabezpieczenie logistyczne oraz nowy Regulamin Zamówień Publicznych, autorski program „Zapotrzebowania” do obsługi i realizacji umów przetargowych, a także wprowadzono podpis elektroniczny również w zakresie umów przetargowych. W szpitalu z informatyzowano też proces Badania Satysfakcji Pracowniczej. W obszarze infrastruktury wykonano m.in. remont i doposażenie Zakładu Patomorfologii Klinicznej wraz z wprowadzeniem systemu informatycznego zintegrowanego z systemem akwizycji obrazu makroskopowego i mikroskopowego.

Skład Kapituły Konkursowej: Marek Balicki, Maciej Bogucki, Szczepan Cofta, Jarosław Fedorowski, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Romuald Holly, Anna Janczewska, Jadwiga Kamińska, Halina Kutaj-Wąsikow-



ska, Andrzej Mądrala, Arkadiusz Nowak, Mieczysław Pasowicz, Witold Rużyło, Andrzej Wojtyła, Andrzej Sokołowski, Krystyna Wechman oraz Tomasz Zdrojewski.

Organizatorem konkursu są: Wydawnictwo Medyczne Termedia oraz redakcja „Menedżera Zdrowia” i „Kurier Medyczny”.

Prof. Jan Styczyński konsultantem krajowym na drugą kadencję

Prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński został powołany na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Nominację wręczył wiceminister zdrowia Piotr Bromber. Profesor Jan Styczyński jest absolwentem kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z roku 1989 r. Od 1990 r. jest zatrudniony w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy. W latach 2012-2016 pełnił funkcję Prorektora ds. Collegium Medicum. Obecnie jest zatrudniony na stanowisku



profesora zwyczajnego. Jest lekarzem nadzorującym pracę Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego w Klinice Pediatrii Hematologii i Onkologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz Kierownikiem Zakładu Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Zainteresowania zawodowe i naukowe Profesora Jana Styczyńskiego obejmują tematykę hematologii i onkologii dziecięcej oraz przeszczepiania komórek krwiotwórczych.

Habilitacja - dr hab. n. med. Jan Adamowicz

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medycznej Collegium Medicum z dnia 24.11.2021 r., dr Jan Adamowicz, adiunkt w Katedrze Urologii i Andrologii, uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. Podstawą wniosku były osiągnięcia naukowe, udokumentowane cyklem publikacji i zatytułowane: „Zastosowanie nowoczesnych interdyscyplinarnych rozwiązań inżynierii tkankowej do opracowania nowych metod odprowadzenia moczu – badania eksperymentalne”.

Dr hab. Jan Adamowicz urodził się w Bydgoszczy w 1985 r. W 2004 r. ukończył I Liceum Ogólnokształcące. W 2010 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim CM UMK w Bydgoszczy. Od początku pracy zawodowej związany jest z Kliniką Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, początkowo jako lekarz rezydent, a następnie specjalista. Większość szkolenia specjalizacyjnego odbył w Szwajcarii. Pracował jako asystent w Klinice Urologii Uniwersytetu w Bernie i Klinice Chirurgii Uniwersytetu w Bazylei. W 2019 r. uzyskał specjalizację z zakresu Urologii i międzynarodowy tytuł FEBU (Fellow of the European Board of Urology).

Działalność naukowa dr. hab. Jana Adamowicza koncentruje się od samego początku na zastosowaniu inżynierii tkankowej w eksperymentalnej rekonstrukcji układu moczowego. Pracę naukową rozpoczął na drugim roku studiów w Kole Naukowym przy Zakładzie Inżynierii tkankowej pod kierunkiem prof. Tomasza Drewy. W 2016 r. obronił pracę doktorską pt. „Próba odtworzenia środowiska dla prawidłowej regeneracji ściany pęcherza moczowego, badania eksperymentalne” (promotor prof. Tomasz Drewa).

Działalność naukowo-badawcza dr. hab. Jana Adamowicza skupiona jest głównie wokół tematyki terapii medycyny regeneracyjnej w urologii z wykorzystaniem biomateriałów i komórek macierzystych. W ramach wieloletnich badań zostały opracowane innowacyjne rozwiązania o wysokim potencjalnie translacyjnym.

Prace naukowe były wielokrotnie nagradzane przez Polskie Towarzystwo Urologiczne i Europejskie Towarzystwo Urologiczne. Jest autorem koncepcji wytworzenia biocybernetycznego pęcherza moczowego, która jest aktualnie przedmiotem grantów badawczych. Dr hab. Jan Adamowicz jest współautorem ponad 90 artykułów i współautorem wielu publikacji książkowych. Aktualny IF wynosi ponad



130 i współczynnik Hirscha 15. Odbył liczne staże i szkolenia naukowe w ośrodkach w Szwajcarii, Niemczech, Francji i Kanadzie. Z uwagi na interdyscyplinarny charakter prac badawczych regularnie współpracuje z naukowcami z Politechniki Bydgoskiej i Politechniki Warszawskiej.

Dr hab. Jan Adamowicz jest członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. W ramach Europejskiego Towarzystwa Urologicznego dr hab. Jan Adamowicz został wybrany na członka prestiżowej grupy badawczej Young Academic Urologists, która skupia najlepszych urologów młodego pokolenia z różnych krajów Europy.

W praktyce klinicznej dr hab. Jan Adamowicz zajmuje się neurourologią, chirurgią laparoskopową i robotyczną, jak i onkologią urologiczną. Wraz z prof. Jerzym Gajewskim jest twórcą programu terapii neuromodulacji krzyżowej, dedykowanej dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego i pęcherzem neurogennym. Dr hab. Jan Adamowicz wykonał dotąd najwięcej zabiegów neuromodulacji krzyżowej w Polsce.

Rzeczywistość 3D w służbie medycyny



27 stycznia 2022 r. w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży wykonano zabieg z użyciem nowatorskiej technologii u pacjenta, któremu w trakcie diagnostyki wryto guz umieszczony w przestrzeni zaotrzewnowej.

- Guz nie należał do największych, ale był usytuowany w bardzo trudnym miejscu – ocenia dr. n. med. Przemysław Gałązka, kierownik oddziału – pomiędzy żyłą główną dolną, aortą, naczyniami triady wątrobowej oraz naczyniami pnia trzewnego. Dzięki systemowi CarnaLife mamy możliwość lepszego zobrazowania pola operacyjnego w warunkach trójwymiarowych, możemy z każdej strony spojrzeć na warunki topografii guza. Jesteśmy ośrodkiem akademickim, dlatego w trakcie zabiegu możliwy był udział przyszłych lekarzy

chirurgów, którzy mogli również zapoznania się z wizualizacjami podczas zabiegu. Ma to duży walor edukacyjny dla młodego chirurga.

Śródoperacyjnie wykorzystano technologię CarnaLife Holo firmy MedApp - opierającą się na wykorzystaniu rzeczywistości mieszanej. Operator oraz cały zespół operacyjny kilkakrotnie w czasie zabiegu mógł własną ocenę tzw. krytycznych struktur anatomicznych, wspomóc zrekonstruowanym w 3D dobrej jakości obrazowaniem rzutowanym na pole operacyjne. Technologię tę wykorzystano do oceny głównie naczyń krwionośnych oplatających guz, których uszkodzenie mogłoby skutkować wystąpieniem u pacjenta poważnych powikłań.



Lek dzielony w aptece szpitalnej

Lek dzielony jest wykonywany w Pracowni Leku Dzielonego Apteki Szpitalnej, która ma takie same wymagania, jak Pracownia Leku Parenteralnego. Jedną z usług farmaceutycznych w Aptecze Szpitalnej jest wykonywanie leku jałowego, do których zalicza się lek dzielony. Leki dzielone przygotowywane przez farmaceutę w Pracowni gwarantują bezpieczeństwo pacjentowi, dla którego dedykowany jest określony lek w podzielonej dawce oraz generują racjonalną gospodarkę antybiotykiem w szpitalu. Pracownia leku dzielonego wymaga odpowiednich warunków pracy, które gwarantują bezpieczeństwo i jakość przyrządzanych leków dla pacjentów. Sporządzanie leku dzielonego podlega specjalnym wymaganiom opartym na „Dobrej Praktyce Wytwarzania”, mającym na celu zminimalizowanie ryzyka zakażeń mikrobiologicznych cząstkami stałymi i pirogenami. Dobra Praktyka Wytwarzania zapewnia, że leki dzielone są sporządzane w aptekach szpitalnych w sposób powtarzalny i kontrolowany, spełniając farmakopealne wymagania stawiane lekom do podania dożylnego. Z uwagi na aseptyczny sposób sporządzania leku dzielonego, pomieszczenia muszą odpowiadać standardom pomieszczeń czystych, których środowisko jest kontrolowane i tylko osoby upoważnione powinny mieć do nich dostęp. Zespół pomieszczeń przeznaczonych do sporządzania leku dzielonego powinien stanowić zamknięty kompleks, oddzielony od reszty Apteki.

Lek dzielony jest przygotowywany w łożu laminarnej w boksie aseptycznym, w którym wymagana jest klasa czystości B, natomiast w łoży musi być spełniona klasa czystości A. Przed rozpoczęciem pracy wszystkie powierzchnie należy umyć i zdezynfekować odpowiednim środkiem, według wewnętrznej procedury szpitala. Do dezynfekcji powierzchni w klasie czystości A należy stosować preparaty jałowe, zgodnie z wymaganiami GMP. Urządzenia i powierzchnia robocza powinna być myta i dezynfekowana każdorazowo po ukończonej pracy oraz w trakcie w miarę potrzeb. Przed rozpoczęciem pracy w boksie aseptycznym należy uruchomić przepływ jałowego powietrza według procedury. Przy sporządzaniu leków jałowych



Farmaceutka wykonująca lek dzielony

w warunkach aseptycznych muszą być zatrudnione osoby wykwalifikowane. Zakres obowiązków i odpowiedzialności powinien być w pełni zrozumiały i określony w formie pisemnej w postaci procedur i instrukcji. Pracownicy biorący udział w wytwarzaniu produktów sterylnych muszą znać instrukcję postępowania we wszystkich przypadkach, które mogą stanowić dodatkowe źródło zanieczyszczenia mikrobiologicznego. Osoba chora na chorobę zakaźną lub mająca otwarte zmiany na odkrytej powierzchni ciała, nie może zostać dopuszczona do wytwarzania produktów leczniczych. Zmiana odzieży i mycie powinno przebiegać zgodnie z pisemnymi procedurami, celem zminimalizowania zanieczyszczenia odzieży stosowanej w pomieszczeniach czystych, a także celem zapobiegania wprowadzeniu zanieczyszczeń do pomieszczeń czystych. W pomieszczeniach czystych zabrania się noszenia zegarków i biżuterii. Rodzaj odzieży i jej jakość powinny być dostosowane do rodzaju procesu i klasy czystości miejsca pracy.

W pomieszczeniach klasy A/B nakrycie głowy powinno całkowicie przykrywać włosy na głowie. Twarz powinna być osłonięta maską ochronną. Pracownik powinien być ubrany w jałowy kombinezon lub fartuch ochronny z długimi rękawami zakończonymi ściągaczami. Należy nosić jałowe, bezpudrowe rękawice chirurgiczne, które należy naciągać na mankiety rękawów. Zaleca się zmianę rękawic w trakcie sporządzania leku dzielonego co 1,5 godziny lub częściej w zależności od potrzeb higieny.

Farmaceuta wykonujący lek dzielony powinien przygotować potrzebne produkty lecznicze oraz wyroby medyczne, poprzez właściwe skompletowanie, ocenę wizualną i zdezynfekowanie ich zgodnie z obowiązującymi procedurami. Do pobierania leków z ampulek szklanych stosuje się takie wyroby medyczne, które zapobiegają przedostaniu się zanieczyszczeń mechanicznych (odłamów szkła) do przygotowywanych leków dzielonych. Zaleca się stosowanie akcesoriów z filtrami do aseptycznego pobierania produktów leczniczych, a dezynfekcję opakowań wszystkich potrzebnych preparatów i wyrobów medycznych wykonywać pod wyciągiem.

Recepta lekarska musi być wypisana na formularzu szpitalnym elektronicznie lub czytelnie ręcznie i zawierać wszystkie dane, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Na recepcie powinny znajdować się nazwy handlowe zleconego leku dzielonego. Sprawdzona merytorycznie przez farmaceutę recepta musi być wpisana do dokumentacji pracowni i następnie przekazana do wykonania, a dokumentacja musi umożliwić identyfikację osoby sporządzającej dany lek.

Nr antybiotyku	Nazwa leku	Ilość wykonanych dawek na różnych oddziałach	Udział wykonanych dawek w %
1	Ambisome	751	12,26
2	Cancidas	240	3,92
3	Meronem	1339	21,85
4	Mycamine	2295	37,46
5	Vfend	190	3,10
6	Zyvoxid	761	12,42
7	Tobramycyna	8	0,13
8	Fungizone	2	0,03
9	Zavicefta	91	1,48
10	Abelcet	450	7,34
Łącznie		6127	100

Udział % wykonanych dawek z 10 różnych antybiotyków



Dawki przygotowane do podania chorym

Etykieta sporządzonego leku dzielonego oznacza się czarnym napisem na białym tle otoczonym czarną obwódką. Na etykiecie powinny znajdować się dane, które przejrzystość podają informacje potrzebne dla lekarza i pielęgniarki podającej antybiotyki.

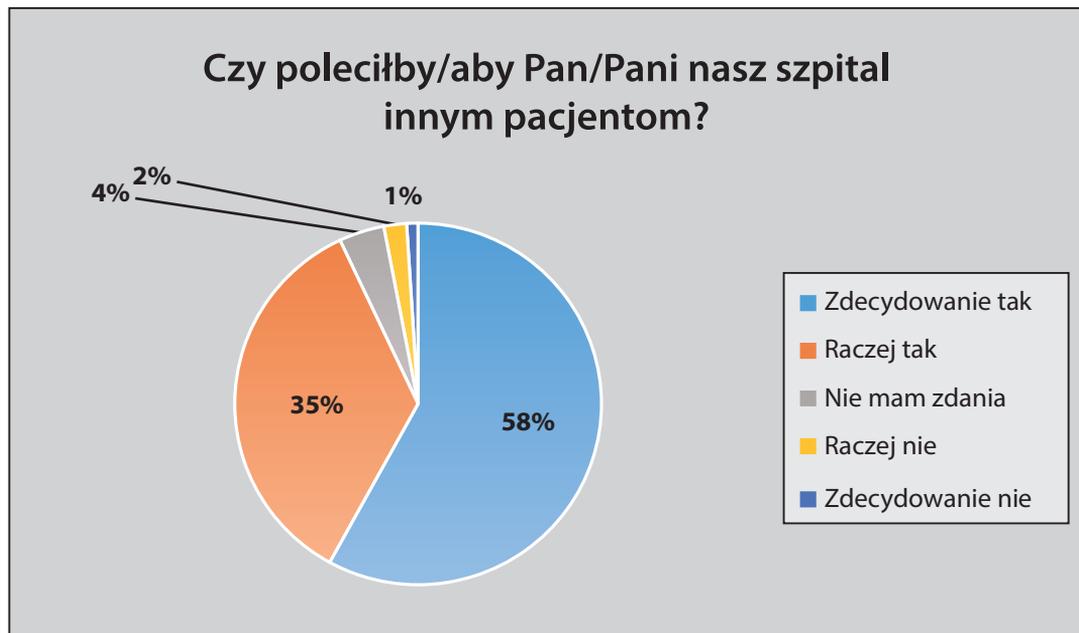
Zaleca się, aby opakowanie zewnętrzne (osłonka chroniąca przed światłem) było dodatkowo opisane nazwą oddziału, dla którego wykonano lek dzielony. Przygotowując lek dzielony w Aptece w Pracowni farmaceuta gwarantuje najwyższą jakość sporządzanego leku, a także przyczynia się do obniżenia kosztów farmakoterapii.

W 2021 roku w naszym szpitalu wykonano łącznie 6127 dawek leku dzielonego w Pracowni Leku Dzielonego. Wykonano antybiotyki na następujące oddziały:

1. Chirurgia Dziecięca- 733 dawki
 2. Neurochirurgia – 8 dawek
 3. Noworodki – 104 dawki
 4. OIT- 40 dawek
 5. OIOM dziecięcy – 1754 dawki
 6. Pediatria i Alergologia – 123 dawki
 7. Hematologia Dziecięca – 1950 dawek
 8. Transplantologia – 24 dawki
 9. Oddział Przeszczepu Szpiku Kostnego – 1391 dawek.
- Choroby nowotworowe pacjentów pediatrycznych wymagają podania określonych dawek antybiotyków, celem prawidłowej farmakoterapii i szybszej remisji choroby. Na oddziałach hematologicznych wykonano 648 dawek Mycaminy a także 438 dawek Ambisome i 342 dawki Abelcetu, z kolei oddział przeszczepu szpiku kostnego zlecił 248 dawek Ambisome i aż 988 dawek Mycaminy. Zabiegi chirurgiczne pacjentów pediatrycznych, w tym noworodków wymagały 370 dawek Meronemu i 81 dawek Mycaminy, a dzieci znajdujące się na oddziale intensywnej terapii potrzebowały aż 723 dawki Meronemu i 575 dawek Mycaminy. Pacjenci pediatryczni oddziału gastroenterologicznego wymagali 115 dawek Meronemu.

mgr farmacji Aleksandra Pankowska
mgr farmacji Anna Klarkowska

Pacjenci ocenili nasz szpital



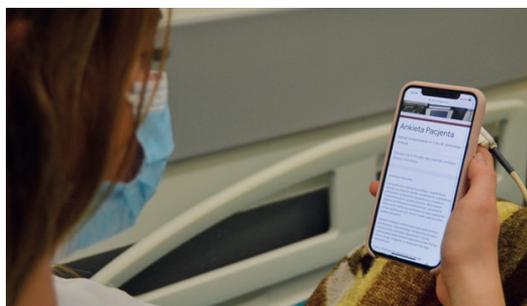
Satysfakcja pacjenta ze sprawowanej opieki i leczenia w szpitalu to niezwykle istotny element, stosowany w ocenie jakości usług medycznych. Przeprowadzanie regularnych badań satysfakcji pacjentów pozwala nie tylko na otrzymywanie opinii świadczeniobiorców, ale także pomaga w zdefiniowaniu tych obszarów, w których zakresie działania podmiotu leczniczego wymagają wprowadzenia modyfikacji. Pacjenci z kolei mogą wykorzystać opublikowane wyniki, jako pomoc w podjęciu świadomej decyzji, dotyczącej wyboru miejsca leczenia.

W naszym szpitalu ustawicznie podejmowane są różnorodne działania, mające na celu podnoszenie jakości świadczonych usług medycznych, respektowanie praw pacjenta i szeroko rozumianą poprawę warunków pobytu w szpitalu. Aby poznać oczekiwania, opinie i preferencje hospitalizowanych w naszym

szpitalu pacjentów, po raz kolejny przeprowadziliśmy badanie satysfakcji pacjentów. W ostatnim roku ze względu na pandemię Covid-19 i związane z nią ograniczenia opracowaliśmy autorski, elektroniczny formularz badania opinii. Informację o badaniu pacjent/opiekun pacjenta otrzymuje w dniu przyjęcia do szpitala, podczas zakładania historii choroby. W drugiej dobie hospitalizacji na wskazany numer telefonu wysyłany jest SMS z linkiem do ankiety. Ponadto uwzględniając potrzeby pacjentów z ograniczeniami psychomotorycznymi w każdej klinice/oddziale ankieta dostępna jest również w wersji papierowej. Systematyczne, coroczne badanie satysfakcji pacjentów stanowi dla nas istotne źródło wiedzy, które obszary naszej działalności musimy udoskonalić, a w których należy utrzymać dotychczasowy poziom. Z uzyskanych podczas badania danych wynika, że 58% hospitalizowanych w naszym szpitalu pacjentów jest zadowolonych z jakości świadczonych usług i poleciliby nasz szpital innym pacjentom.

W porównaniu do lat ubiegłych znacząco poprawiła się ocena funkcjonowania Izby Przyjęć.

Ankietowani 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.



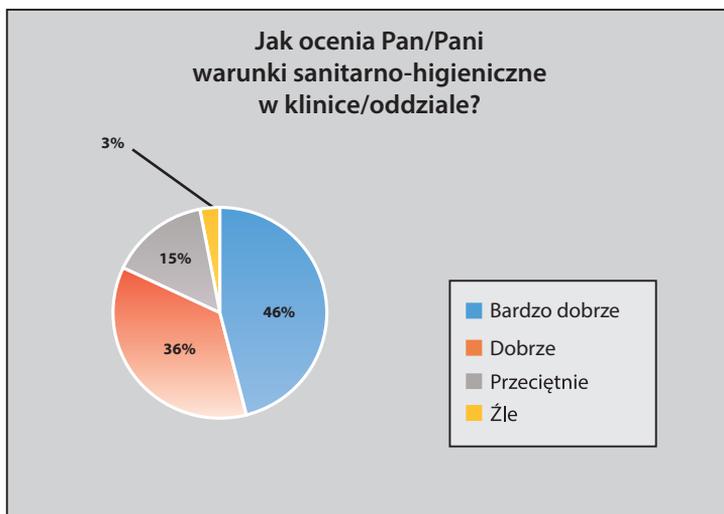
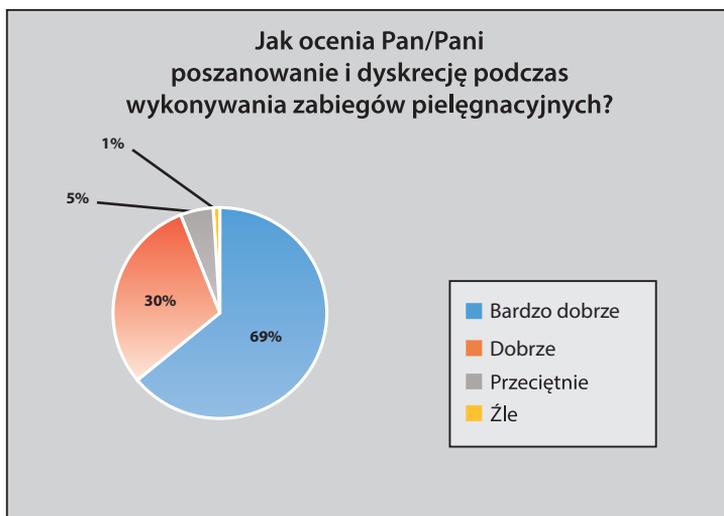
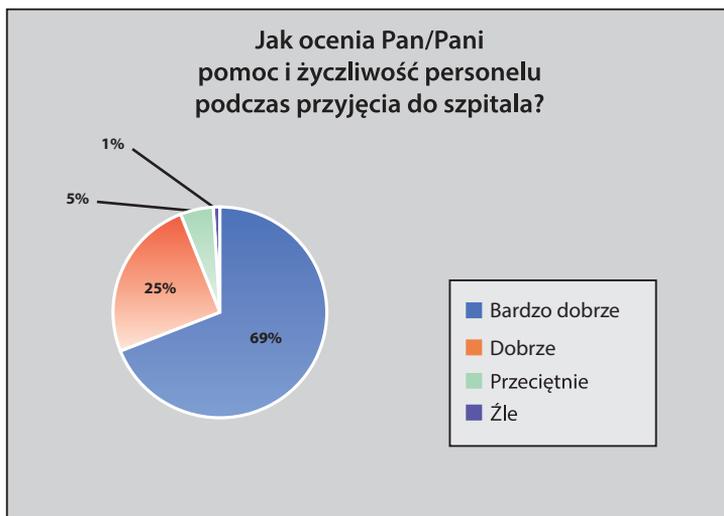
W klinikach/oddziałach pozytywne oceny zostały wystawione całemu personelowi medycznemu, który zdaniem respondentów nie tylko wykazał się dużą wiedzą merytoryczną, ale przede wszystkim empatią oraz życzliwością wobec chorych. O każdej porze dnia i nocy był on dostępny na wezwania pacjentów, a także w sposób zrozumiały przekazywał im informacje na temat stanu zdrowia, zaś świadczenia medyczne były udzielane w sposób dyskretny, z poszanowaniem godności i intymności pacjentów.

Ankietowani pozytywnie ocenili warunki sanitarno-higieniczne panujące w klinikach/oddziałach. Jednak mimo wielu pozytywnych opinii istnieją również kwestie, które według ankietowanych należy poprawić. Taką kwestią był zbyt długi czas oczekiwania na wynik badań przesiewowych w kierunku SARS-CoV-2. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów wymazy na badanie w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 są pobierane w przeddzień przyjęcia do szpitala, natomiast pacjent oczekuje na wynik w domu.

Szanowni Państwo, dziękujemy za zaangażowanie pracowników naszego szpitala w to, aby zachęcić jak najliczniejszą grupę hospitalizowanych chorych do udziału w badaniu satysfakcji pacjentów oraz za doskonalenie narzędzia służącego do przeprowadzenia badania.

Uzyskane w wyniku przeprowadzonych badań ankietowych informacje są dla nas cenną wskazówką, jakie działania należy podejmować w celu uzyskania poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Anna Smolińska



Konferencja w Senacie RP z okazji obchodów Ogólnopolskiego Dnia Transplantacji



27 stycznia 2022 r. w Senacie RP odbyła się konferencja w ramach obchodów Dnia Transplantacji. Wydarzeniu towarzyszyła wystawa pt. „Bioniczna rewolucja. Fascynująca opowieść o powstaniu 3D bionicznej trzustki”, przygotowana przez Fundację Badań i Rozwoju Nauki.

Nasz szpital reprezentowali dr hab. n. med. Beata Januszko-Giergielewicz, prof. UMK z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, która przedstawiła prezentację nt. „Cyfryzacja edukacji społecznej przyszłością transplantologii” oraz on-line prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, który przedstawił prezentację pt.: „Transplantacje szpiku w Polsce”.

Konferencję prowadziła senator prof. Alicja Chybicka, która jest przewodniczącą Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantacji i Parlamentarnego Zespołu ds. dzieci w Senacie. Otwierając posiedzenie marszałek Senatu prof. Tomasz Grodzki podkreślił, że zostało ono zorganizowane z inicjatywy organizacji pacjentów po przeszczepach. „Pacjenci, którzy doświadczyli zdobyci transplantologii, są najlepszymi jej ambasadorami” – podkreślił.

Pierwsza część posiedzenia poświęcona była działalności organizacji pozarządowych, wspierających pacjentów po przeszczepach czy promujących transplantację. W drugiej części spotkania wystąpili specjaliści z dziedziny transplantologii. Przedstawili informacje na temat prowadzonych w reprezento-

wanych przez nich ośrodkach programach transplantacji serca, płuc, nerek, wątroby i szpiku. Zaprezentowali nowoczesne rozwiązania, takie jak bioniczna trzustka czy przeszczepy transgeniczne.

Eksperti zastanawiali się też, w jaki sposób można zwiększyć liczbę przeszczepów. Dr hab. Jarosław Czerwiński z Poltransplantu poinformował, że w Polsce w latach 1966–2021 wykonano 37 tys. przeszczepów. W ciągu ostatnich

10 lat pobierano średniorocznie 1,5 tys. narządów. Zaznaczył, że w związku z ograniczeniami spowodowanymi pandemią COVID-19 zmniejszyła się nie tylko liczba dawców, ale także szpitale pobierających narządy do przeszczepu. Na przykład o 30% zmniejszyła się liczba narządów pobranych od osób zmarłych, a o 40% – osób kwalifikowanych do przeszczepienia. Mimo tych trudności w 2021 r. wykonano więcej przeszczepów niż w 2020 r.; łącznie w 2021 r. przeszczepiono 1338 narządów. Dr hab. Jarosław Czerwiński podkreślił też, że wyniki dotyczące przeżycia osób po przeszczepie w Polsce są bardzo dobre. 10 lat przeżywa 50–70% biorców nerki, 60–80% – wątroby, a około 50% – serca.

Z kolei prof. Roman Danielewicz z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zwrócił uwagę na problem zbyt małej liczby organów od dawców żyjących. Jego zdaniem przyczynia się do tego szereg mitów na temat żywego dawstwa, także w środowisku medycznym. Wskazał na potrzebę edukacji pacjentów, personelu medycznego, społeczeństwa i decydentów.

Na zakończenie posiedzenia przewodnicząca parlamentarnych zespołów ds. transplantacji i ds. dzieci senator prof. Alicja Chybicka poinformowała, że zespoły ponownie zwrócą się do ministra zdrowia w sprawie 4. dawki szczepień przeciw COVID-19 dla chorych po przeszczepach.

Źródło: www.senat.gov.pl

Fot. Łukasz Kamiński, Kancelaria Senatu

Cyfryzacja edukacji społecznej przyszłością transplantologii

Skąd taki pomysł?

Edukacją społeczną w transplantologii zajmuję się już ponad 15 lat, odkąd mierzę się z problematyką transplantologii narządów unaczynionych, tj. nerki i wątroby. Właściwie realizowałam tę ścieżkę zainteresowań w medycynie znacznie wcześniej, już jako internistka, a następnie nefrolog, przygotowujący biorców nerki do przeszczepienia tego narządu w stacji dializ i poradni nefrologicznej, a więc praktycznie od początku swojej pracy zawodowej. Prowadziłam przez wiele lat rozliczne akcje społeczne, na dużą i małą skalę, promujące ideę transplantacji narządów w szkołach, instytucjach państwowych, jednostkach medycznych.

Niestety obserwuję, że pomimo wielkiego wysiłku całego środowiska transplantologów, włożonego w podnoszenie społecznej świadomości w tej trudnej kwestii na wyższy poziom, odnotowuje się w ostatnich latach słabnący (a nie rosnący!) czynnik wiedzy, a za to panoszący się czynnik niewiedzy w zakresie podstawowych tez prawa transplantacyjnego i roli przeciętnego „Kowalskiego” w tej wielkiej narodowej „Akcji przeszczep”.

Punktem zwrotnym w mojej ocenie aktualnej sytuacji były zajęcia ze studentami Wydziału Lekarskiego CM UMK (rok IV) w grudniu 2021 roku, kiedy to po moim pytaniu „Co to jest „Oświadczenie woli” zapadła cisza... Po raz pierwszy to cisza, a nie słowa, były dla mnie inspiracją...

Aby potwierdzić smutne obserwacje „z życia wzięte”, z udziałem swojego Interdyscyplinarnego Koła Internistycznego CM UMK (któremu to Kołu za to zaangażowanie bardzo dziękuję), przeprowadziłam błyskawiczną ankietę elektroniczną, której wyniki (63 respondentów) równie błyskawicznie obliczył i ubrał w tzw. „torty statystyczne” Paweł Niewiadomski, Przewodniczący Koła.

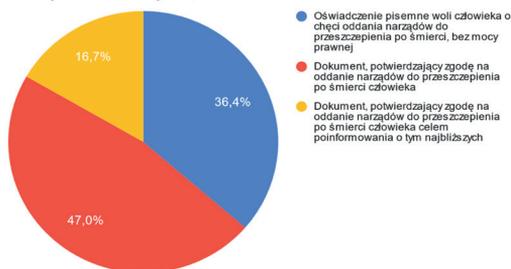
I proszę! Okazało się, że jedynie 36% ankietowanych dokładnie rozumie istotę „Oświadczenia woli”, a pozostałe ponad 60% posiada błędną świadomość, że jest to dokument o mocy prawnej, co nie jest przecież prawdą (pytanie 6). Prawo polskie dopuszcza jedynie sprzeciw za życia, oznaczający odmowę oddania narządów przez daną osobę po jej śmierci dla celów transplantacji. Innych zapisów prawnych w tej kwestii w polskim prawie nie ma.

Jak wynika więc z ankiety, ponad 60% świetłej młodzieży medycznej, przyszłych lekarzy (w niedalekiej

przyszłości), nie zna podstaw polskiego prawa transplantacyjnego i płynących z niego implikacji społecznych. Nasuwa się w sposób nieunikniony myśl, co na te trudne i złożone tematy wie przysłowiowy Kowalski, jeśli taki problem z interpretacją prawa w obszarze transplantologii ma przyszła medyczna elita intelektualna naszego kraju?

Najbardziej poruszający dla mnie wśród wyników ankiety był fakt nieznaności prawa, co do roli rodziny potencjalnego dawcy w procesie pozyskiwania narządów do przeszczepienia (ok 30% odpowiedzi nieprawidłowych – pytanie 9). Ten bowiem punkt dyskusji społecznej i nieprawidłowej interpretacji prawnej są nagminnym źródłem nieporozumień i fake newsów, podczas prowadzonych w Polsce akcji transplantacyjnych. Wyniki tej prostej ankiety to świetnie obrazują.

6. Czy wiesz co to jest „Oświadczenie woli”?



9. Rodzina potencjalnego dawcy po jego śmierci:

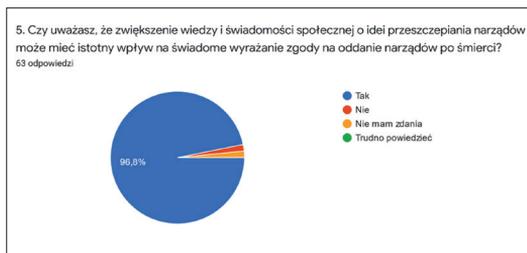


Dlaczego tak ważna jest edukacja społeczna?

Narząd do przeszczepienia to wartość społeczna. Nie można go przepisać na receptę, wyprodukować w laboratorium. Transplantologia może się rozwijać tylko i wyłącznie przy akceptacji społeczeństwa i z jego udziałem. Wiemy o tym wszyscy, że lęk i nieświadomość pozostawia obszar dla domysłów i niepewności, a nabyta wiedza ten lęk niweluje, daje

racjonalne podłoże dla podejmowania właściwych decyzji.

Potwierdziły to wyniki ankiety wśród studentów (pytanie 5), że edukacja sprzyja wiedzy i świadomości społecznej. Z żartem komentują to, że zmęczeni zaliczeniami i edukacją studenci po raz pierwszy w mojej praktyce nauczyciela akademickiego wołają: „Więcej edukacji!”. Tak jakby wołali zbiorowo: „Więcej światła!”.



Dlaczego właśnie cyfryzacja?

Powodów jest kilka.

Po pierwsze warto wykorzystać powszechne „przyspawanie się” do smartfona członków naszego społeczeństwa w różnych grupach wiekowych, w tym głównie tych młodszych, w celach pogłębienia świadomości społecznej w obszarze transplantologii. Jeśli już po prostu musimy „klikać”, to może warto zamiast zakupów na Allegro zrobić „klik” i zadeklarować tą współczesną metodą swoją gotowość do uczestnictwa w zbiorowym, społecznym potencjale, jakim jest donacja narządów do przeszczepienia dla osób potrzebujących. Na potwierdzenie tego trendu ankietowani studenci wskazali właśnie internet (obok spotkań z pacjentami) oraz nowoczesne aplikacje, jako przyszłościowe narzędzie edukacji (pytanie 13).

Oczywiście, jak wszędzie zawinił też powszechnie znany szkodnik o nazwie Covid-19, który jak kornik drąży i podgryza nasze drzewo edukacji, również w tym obszarze. Obostrzenia pandemiczne wprowadziły ograniczenia w liczbie zbiorowisk ludzkich, nie ma (póki co) mowy o edukacji podczas spotkań, koncertów.

Zmniejszenie liczebności medycznych zespołów transplantacyjnych, poprzez zachorowania na infekcje Covid-19, powstanie oddziałów izolacyjnych, a co za tym idzie przesterowanie tradycyjnych zadań medycznych na potrzeby pandemii oraz związana z tym relokacja personelu medycznego, uderzyła boleśnie w inicjatywy edukacyjne w transplantologii. Nastąpiło też z przyczyn oczywistych prawie całkowite wyzarcie problematyki transplantacyjnej z szeroko rozumianej przestrzeni medialnej.



Dlatego też właśnie na ogólnopolskiej konferencji, poświęconej Ogólnopolskiemu Dniu Transplantacji, która odbyła się w Senacie RP dnia 27 stycznia 2022 roku zaproponowaliśmy po raz pierwszy rodzimy, bydgoski prototyp aplikacji do celów edukacji, który mógłby służyć w szkołach, internatach, urzędach, uczelniach wyższych i w domach Polaków, jako wygodne, atrakcyjne i współczesne narzędzie do krzewienia powszechnej wiedzy w społeczeństwie na tematy transplantacyjne. Nadaliśmy jej nazwę „e-przeszczep”, sygnalizując nasz nowy kierunek: przeniesienie punktu ciężkości z metod tradycyjnych na cyfrowe w edukacji transplantacyjnej. Naszym zdaniem to prawdziwa przyszłość! Świat wokół nas się zmienia w zastraszającym tempie. Musimy w związku z tym zmieniać się i my, dostosowywać nasze formy i metody edukacji i interakcji ze społeczeństwem po to, by w tych nowych warunkach osiągnąć zamierzone cele. Zacytuję tu znane obiegowe, ale jakże prawdziwe stwierdzenie: „Jedno jest pewne: będą zmiany!”

Beata Januszko-Giergielewicz

Podziękowania

Dziękuję Firmie „Agemit” z Bydgoszczy za pomoc w opracowaniu prototypu aplikacji „e-przeszczep”



Anestezjologia Interdyscyplinarna.

Współczesne zastosowania systemów sztucznej inteligencji w medycynie



Termin „sztuczna inteligencja” (AI, *artificial intelligence*) powstał w 1956 r. Utworzył go John McCarthy - amerykański matematyk i informatyk, laureat nagrody Turinga.

Jeden z pionierów sztucznej inteligencji, Marvin Minsky, autor wielu prac z zakresu sztucznej inteligencji, współzałożyciel laboratorium AI w Massachusetts Institute of Technology, pionier robotów bazujących na sztucznej inteligencji (a także konsultant filmu 2001: Odyseja kosmiczna, w reżyserii Stanleya Kubricka), w 1970 r. wypowiedział się na łamach magazynu Life, że w ciągu 8 lat pojawią się maszyny o inteligencji porównywalnej z ludzką. Maszyny takie nie pojawiły się jednak ani w przewidywanym terminie, ani do dziś - przez ponad pół wieku. Spekulacje na ten temat podjęto ponownie w 2015 r., gdy podczas konferencji poświęconej sztucznej inteligencji zadano pytanie ekspertom: kiedy z prawdopodobieństwem 50%, sztuczna inteligencja osiągnie ludzki poziom? Połowa ekspertów odpowiedziała, że najwcześniej w 2045 r., ale niektórzy byli zdania, że za co najmniej sto lat.

Jednakże sztuczna inteligencja niewątpliwie zmienia nasz świat. Jej dynamiczny rozwój objął zasięgiem różnicowany zakres aktywności (np. poprzez stosowanie robotów i samochodów autonomicznych, chatbotów, programów tłumaczących) i nauki, w tym medycyny. Podczas konferencji pt. „Sztuczna Inteligencja w medycynie” zorganizowanej dn. 13.10.2021 r. w ramach cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych pn. „Anestezjologia Interdyscyplinarna” zaprezentowano wybrane zagadnienia teoretyczne i współczesne zastosowania systemów sztucznej inteligencji w medycynie. Grono interdyscyplinarnych wykładowców stanowili eksperci z dziedziny medycyny i informatyki - reprezentanci zespołów Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy CM UMK oraz Katedry Informatyki Stosowanej, Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. „Wprowadzenie do tematu sztucznej inteligencji w medycynie” zostało omówione przez dr hab. med. Katarzynę Sierakowską, prof. UMK oraz dr hab. Rafała Adamczaka, prof. UMK, który wyjaśnił także „Jak przygotować dane treningowe dla problemów medycznych”.



Zespół Katedry Informatyki Stosowanej, Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego pracują nad stworzeniem systemu eksperckiego wspomagającego lekarza w sterowaniu respiratorem

Prezentowano cechy zbiorów treningowych, które składają się z przykładów reprezentujących problem, który ma być rozwiązany (np. obrazów RTG klatki piersiowej, sygnałów) oraz scharakteryzowano zbiory testowe, które są potrzebne do oszacowania dokładności przewidywań maszyn uczących się. „Maszyny uczące się” stanowiące procesy (algorytmy) tworzenia modeli na podstawie jak największej ilości danych (stąd Big Data), których celem jest wytrenowanie komputerów tak, by były w stanie podejmować najbardziej zoptymalizowane decyzje (np. w zakresie nastaw respiratora) zostały omówione przez dr hab. Krzysztofa Grąbczewskiego. „Systemy ekspertowe” rozwiązujące złożone problemy na podstawie analizy rozbudowanych baz danych, które znajdują zastosowanie m.in. w diagnozowaniu chorób, zaprezentował prof. dr hab. inż. Oleksandr Sokolov. „Głębokie sieci neuronowe do klasyfikacji sygnałów medycznych”, czyli wybrany rodzaj architektury sieci neuronów i połączeń przekazujących sygnały zaprezentował mgr Michał Joachimiak. Dr n. med. Michalina Kołodziejczak w wykładzie pt. „Sztuczna inteligencja w intensywnej terapii – terażniejszość i przyszłość w erze COVID-19” przedstawiła wyniki prac oraz przykłady zastosowania AI w praktyce klinicznej: w Szpitalu El Camino w Dolinie Krzemowej w 6 miesięcy po wdrożeniu technologii AI o 39% zmniejszyła się liczba upadków pacjentów, w IBM Watson for Oncology wykazano 95% zgodności rekomendacji leczenia onkologicznego w porównaniu z lekarzem z University of Texas

MD Anderson Cancer Center, w New York University's Langone Medical Center funkcjonuje system AI przewidywania wystąpienia sepsy, zaś w Partners HealthCare (Brigham, Women's i Massachusetts General w Bostonie) w ciągu 10 lat planowane jest włączenie AI do każdego obszaru opieki nad pacjentem, aby usprawnić zadania administracyjne lekarzy. Wkrótce po ogłoszeniu pandemii COVID-19 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zasygnalizowała, że AI może być ważną technologią do zarządzania kryzysem wywołanym przez wirusa. Wyniki prac opublikowanych w latach 2020-2021 wykazały jednak, że „zapotrzebowanie na interwencje technologiczne szybkiego reagowania może utrudniać odpowiedzialne projektowanie i użytkowanie sztucznej inteligencji. Ponad 100 proponowanych modeli COVID-19 do diagnozy i prognozowania były obciążone wysokim ryzykiem błędu statystycznego, słabo raportowane i nadmiernie optymistyczne; do tego momentu

autorzy zalecali, aby żaden z modeli nie był stosowany w praktyce medycznej.”

Zastosowanie sztucznej inteligencji wymaga także refleksji. Profesor Marvin Minsky, we wspomnianym wyżej wywiadzie dodał: “If we're lucky, they might decide to keep us as pets.” Dlatego AI nie jest próbą zastąpienia personelu medycznego, lecz wsparciem jego postępowania.

W czerwcu 2022 r. planowana jest konferencja z cyklu „Anestezjologia Interdyscyplinarna”, która będzie poruszać także zagadnienia sztucznej inteligencji. Więcej informacji wkrótce na stronach internetowych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza, Collegium Medium UMK i Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zapraszamy!

*dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska,
dr n. med. Michalina Kołodziejczak,
dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, prof. UMK*

Kolejne trudne doświadczenie

Z dniem 07.12.2021 r. zespół pielęgniarek Kliniki Otolaryngologii, z całą mocą swojego doświadczenia, zaangażowany został do pracy w kolejno tworzonych oddziałach izolacyjnych. Wspomagając oddział izolacyjny nr 5 i nr 6, największe siły, skierowano do 36-lóżkowego oddziału nr 7, gdzie wspólnie z zespołem pielęgniarek Kliniki Neurochirurgii, zaopiekowano się pacjentami w różnym stanie klinicznym i z różnymi problemami pielęgnacyjnymi, niejednokrotnie bardzo odbiegającymi od tych, które na co dzień rozwiązywano w naszej macierzystej klinice. To nowe doświadczenie, jakże trudne mentalnie, fizycznie i organizacyjnie, nie zmniejszyło naszego zaangażowania w procesie pielęgnowania. I tu wybrzmieć muszą wielkie podziękowania dla pań pielęgniarek za ich trud i oddanie. Najtrudniejsze były pożegnania, nikt nie jest obojętny wobec cierpienia i umierania, a koronawirus okrutnie upominał się o swoje ofiary. Myślę, że te bolesne doświadczenia na długo pozostaną w naszej pamięci.

Obserwując wycofującą się powoli piątą falę pandemii zdajemy sobie sprawę, że jest ona ciągle groźna, ale nie gaśnie w nas nadzieja na wytchnienie i powrót do normalności. W imieniu zespołu pielęgniarek Kliniki Otolaryngologii łączę wyrazy szacunku dla WSZYSTKICH, z którymi przyszło nam współpracować w tym trudnym okresie i serdecznie za tę współpracę dziękuję.

dr Izabela Matuszewska



Pandemia Covid-19, refleksja psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej

Pandemia COVID-19 w sposób nagły i nieprzewidywalny zmieniła życie młodych ludzi. Pomimo pierwszych zapewnień medialnych i naukowych, że wirus SARS-CoV-2 nie będzie dotyczył naszego kraju, rzeczywistość okazała się zupełnie inna. W związku z rozprzestrzenianiem się choroby zaczęto wprowadzać rygorystyczne środki zaradcze w celu spowolnienia transmisji oraz zapobieganiu załamania się struktury systemów zdrowotnych. Zamknięto szkoły, wprowadzono pracę w domu, izolację, kwarantannę. Podjęte działania, uzasadnione ze strony merytorycznej, miały znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie dzieci i młodzieży. Zmieniły się możliwości spędzania wolnego czasu, kontaktów społecznych, w sposób wymuszony zmieniły się realia rodzinne.

Wirtualny, oddalony dotychczas problem ciężkiej choroby, śmierci, nieprzewidywalności codziennego funkcjonowania stał się dla młodych osób wyzwaniem emocjonalnym, sytuacją nową, której nigdy wcześniej nie doświadczali. W mediach zaczął panować przekaz strachu, snucia wątków spiskowych i szpiegowskich. Doniesienia medialne zwiększały poczucie zagrożenia, zwiększały dyskomfort emocjonalny u odbiorców małoletnich.

Dzieci i młodzież nagle pozostały w domu, w zmienionych warunkach rodzinnych, gdzie rodzice lub opiekunowie zaczęli pełnić funkcje nie tylko rodzicielskie, lecz również zostali nauczycielami, weryfikatorami sytuacji epidemiologicznej, pracownikami zdalnymi. Doszło do nagłego zakłócenia dotychczasowej rutyny, członkowie rodziny zostali zmuszeni do stałego przebywania ze sobą. Na tym podłożu okazywało się często, że najbliżsi nie znają siebie emocjonalnie, nie znają swoich potrzeb, nagłe obcowanie doprowadzało do nieporozumień, żądań, drażliwości, niestabilności emocjonalnej.

Pomimo początkowego zadowolenia z sytuacji „lockdown”, realia w sposób szybki zweryfikowały konsekwencje stanu. Dystans społeczny, izolacja, pokazały, iż aktualne rozwiązania technologiczne nie są w stanie zastąpić bezpośrednich kontaktów, wręcz przeciwnie, doprowadziły do pogłębienia się poczucia osamotnienia.

Dzieci i młodzież zaczęły protestować przeciwko sytuacji. Oczekiwali możliwości spotkań, bezpośrednich kontaktów, jednocześnie subiektywnie oddalając możliwość konsekwencji zdrowotnych. Wzrosła ilość zaburzeń dezadaptacyjnych, lękowych, zachowań

autoagresywnych i samobójczych. Dyskomfort emocjonalny kompensowany został przez używanie substancji psychoaktywnych.

Ograniczony dostęp do profesjonalnej opieki psychiatrycznej i psychologicznej dla dzieci i młodzieży dodatkowo skomplikował problem możliwości terapeutycznych.

W okresie pandemii wprowadzono „ambulatoryjną terapię zdalną”, nie spełniło to jednak oczekiwanych efektów. Zwiększyło się zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczno-psychologiczną, potrzebę interwencji kryzysowych, potrzebę pilnych weryfikacji stanu psychicznego.

Na podłożu kryzysu dostępności do specjalistycznych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży zwiększyło się obciążenie naszego oddziału. Zwiększyła się w sposób istotny dezadaptacja młodych ludzi, pojawiły się nasilone zaburzenia zachowania, zachowania dysforyczne, autoagresywne, agresja allopsychiczna. Nasileniu uległy ruminacje samobójcze, zachowania samobójcze w tym w sposób bezpośredni zagrażające życiu dzieci i młodzieży. Personel oddziału w sposób nagły został zmuszony do weryfikacji postępowania i funkcjonowania. Poza funkcją terapeutyczną zaczął pełnić elementy rodzicielskie, społeczne, wychowawcze.

Interwencja ambulatoryjna sprowadziła się do zalecenia leczenia stacjonarnego i przeniesienia w ten sposób odpowiedzialności za dalsze losy emocjonalne młodych ludzi. Codziennie weryfikuje się stan emocjonalny dzieci i młodzieży w zakresie interwencji kryzysowej z powodu autoagresji, gotowości samobójczej, nasilonych zaburzeń nastroju i zachowania. Pomimo ograniczeń w zakresie możliwości nasz oddział w sposób profesjonalny realizuje swoje zadanie, odczuwany jednak potrzebę dalszego rozwoju systemowego pomocy dla dzieci i młodzieży, poszerzenia interdyscyplinarnego interwencji terapeutycznej.

Aktualnie skupieni jesteśmy na nowym, zbrojnym czynniku reaktywnym. Wirus SARS-CoV-2 nadal jednak zbiera swoje żniwo emocjonalne, szczególnie od „naszej przyszłości”.

*dr n. med. Marcin Lepak
specjalista psychiatra
specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży*

Choroby nerek mogą być podstępne: brak objawów pozwala im się rozwijać

10 marca obchodziliśmy Światowy Dzień Nerek. Nie wiele osób ma świadomość, jak podstępne mogą być schorzenia nerek. Jednym z nich jest przewlekła choroba nerek. Pacjent najczęściej dowiaduje się o niej przypadkowo, kiedy jest już zaawansowana lub bardzo zaawansowana i potrzeba dializ. Dowiedz się, co można zrobić, by nie znaleźć się w takiej sytuacji. Z badania przeprowadzonego przez Instytut Badań Rynkowych i Społecznych IBIIRS wśród tysiąca mieszkańców Polski powyżej 40. r. ż. wynika, że aż 70 proc. z nich nie słyszało o przewlekłej chorobie nerek (PChN), a jedynie co piąty wie, z jakimi powikłaniami może się wiązać to schorzenie. W odpowiedzi na tak zatrważająco niską świadomość dotyczącą tej choroby Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej powołało do życia koalicję, której celem jest promowanie wiedzy na temat przewlekłej choroby nerek, w tym jej profilaktyki oraz wczesnej diagnostyki. - *PChN jest ważnym schorzeniem z punktu widzenia kondycji całego społeczeństwa. Uświadomienie pacjentom, szczególnie z grup ryzyka, że „nerki nie bolą”, czyli że poważne choroby nerek pozostają bardzo długo bezobjawowe, co może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i życia, to ważny cel kampanii. Bardzo istotnym elementem działań koalicji będzie również wypracowanie standardu postępowania w przewlekłej chorobie nerek dla lekarzy rodzinnych* – mówi prof. Andrzej Fal, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.

Przewlekła choroba nerek ze względu na brak objawów diagnozowana jest najczęściej przypadkowo i to na ogół na zaawansowanym etapie, gdy dochodzi już do znacznego uszkodzenia nerek. Tymczasem rozwój tego schorzenia przebiega powoli i obejmuje aż pięć etapów – wystarczająco długo, by nie dopuścić do poważnych powikłań, kiedy robi się już bardzo niebezpiecznie i często leczenie polega na dializach. Warto pamiętać, że PChN zwiększa wielokrotnie ryzyko zgonu z powodów sercowo-naczyniowych (zawał, udar, niewydolność serca) oraz prawdopodobieństwo choroby nowotworowej. Według badań, PChN powoduje znaczne skrócenie spodziewanej długości życia 40-latk: wykryte w trzecim stadium (G3) – o 15, w czwartym – o 25, a w piątym – aż o 30 lat! Niestety choroba, zwłaszcza na początkowym etapie, może przebiegać bezobjawowo. Co gorsza, nawet w zaawansowanych stadiach powolne narastanie objawów pozwala się do nich przyzwyczajać i pacjent przez długi czas trwania choroby może sobie

pozwolić na bagatelizowanie niepokojących dolegliwości.

W Polsce znaczna część chorych na PChN diagnozowana jest w momencie zaawansowanego, ostatniego stadium choroby, gdy musi już rozpocząć dializoterapię. Schyłkowa niewydolność nerek wiąże się z bardzo wysoką śmiertelnością, zachorowalnością na choroby współistniejące i obniżoną jakością życia. Szacuje się, że w naszym kraju z powodu PChN co roku umiera przedwcześnie aż 80 tys. osób.

Im bardziej zaawansowana progresja choroby nerek, tym szybciej chory wymaga leczenia nerkozastępczego – czyli hemodializy, dializy otrzewnowej lub przeszczepienia nerki. Koszty takiego leczenia są ogromne. Dlatego tak ważne jest szybkie i prawidłowe rozpoznanie przewlekłej choroby nerek przez lekarza rodzinnego i dalsze pokierowanie pacjenta do nefrologa.

Jakie badania należy wykonać? W wielu przypadkach w celu rozpoznania PChN wystarczy wykonać dwa proste badania laboratoryjne - oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi i ogólne badanie moczu. Takie badania warto wykonywać raz w roku, także wtedy, kiedy nie odczuwamy żadnych dolegliwości. Zdaniem ekspertów częste wykrywanie PChN już w zaawansowanym stadium jest wynikiem m.in. braku świadomości przede wszystkim wśród pacjentów, ale też i lekarzy POZ.

Źródło: Serwis Zdrowie (zdrowie.pap.pl)



9 maja 2022 - Dzień Okulistów i Okulistyki.

Pobieranie i przeszczepianie tkanek oka w bydgoskich Szpitalach Uniwersyteckich

Na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie tkanek oka w lutym br. czekało 3134 chorych. To niemal tyle, ile liczy populacja miasta Łasin w powiecie grudziądzkim.

W ubiegłym roku w bydgoskich Szpitalach Uniwersyteckich pobrano 16 rogówek od dawców zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu. W Szpitalu Jurasza pobrano 6 rogówek, podczas pobrań wielonarządowych oraz 2 rogówki w prosektorium Zakładu Patomorfologii Klinicznej, gdy z powodów medycznych zdyskwalifikowano narządy z pobrania, lecz zakwalifikowano tkanki oka. Podczas pobrań wielonarządowych w Szpitalu Bizuela pobrano także 8 rogówek. Również w innych szpitalach regionu, podczas prawie wszystkich pobrań narządów od dawców zmarłych zostały pobrane tkanki oka. Jednakże pobrania tkanek oka odbywają się nie tylko podczas pobrań narządowych od dawców zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu, lecz także w trybie prosektoryjnym. W Szpitalu Jurasza została opracowana procedura pt. „Pobieranie od dawców zmarłych tkanek oka przeznaczonych do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi - pobrania prosektoryjne.”

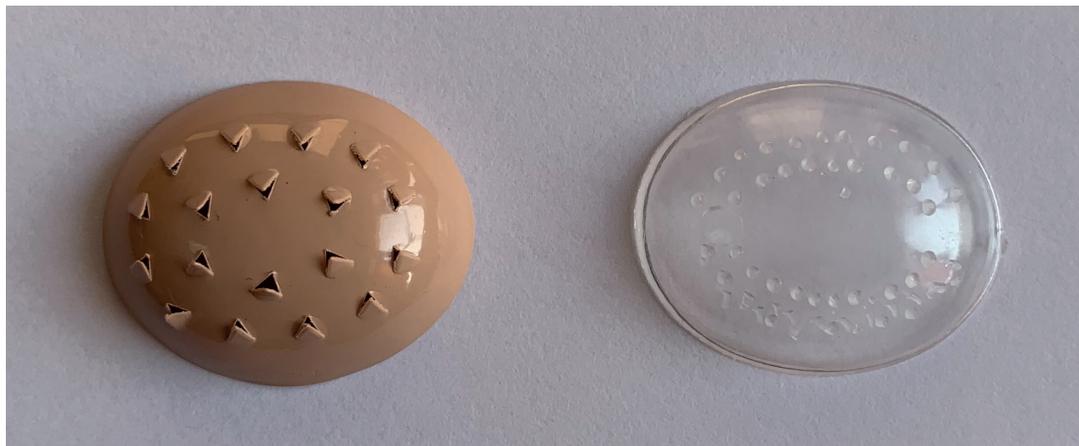
Rogówki pobierane są od zmarłych do 20 godzin od chwili zgonu. Wstępną kwalifikacją i organizacją pobrania zajmuje się koordynator. Po uzyskaniu informacji o zgonie pacjenta następuje kwalifikacja medyczna na podstawie historii choroby oraz kontakt z Bankiem Tkanek Oka (BTO) w Warszawie w celu autoryzacji pobrania - uzyskania informacji z Centralnego Rejestru Sprzeciwów (CRS) oraz obliczenie hemodylucji. Następnie przeprowadzana jest dalsza autoryzacja - rozmowa z rodziną zmarłego w celu ustalenia wyrażonej za życia woli zmarłego wobec pobierania narządów i tkanek oraz pozyskania dodatkowych danych medycznych. Warto więc ustalić z najbliższymi, jaka jest nasza decyzja w tym względzie. Jeżeli nie stwierdzono obecności sprzeciwu (w CRS i w wyniku rozmowy z rodziną zmarłego) oraz zostały wyjaśnione wszystkie wątpliwości medyczne i formalno-prawne, wówczas z przeszkolonym w Banku Tkanek Oka lekarzem okulistą (osobą pobierającą) i preparatorami ustalana jest godzina pobrania rogówek w prosektorium szpitala.

W czasie pobrania wycięta zostaje wyłącznie rogówka (przezroczysty krążek tkanki średnicy ok. 12 mm) oraz okalający ją rąbek twardówki (pierścień białej



Procedura pobrania rogówki

tkanki szerokości ok. 2 mm). Pozostała część oka pozostaje w oczodole. Zabezpieczona zostaje plastikową protezą, która zapobiega wydostaniu się szklistki na zewnątrz oraz odtwarza kształt przedniej powierzchni gałki. Na protezie znajdują się drobne wypustki, pozwalające na utrzymanie powiek w pozycji zamkniętej. Po tak zakończonym pobraniu twarz dawcy nie ma żadnych oznak interwencji i nie różni się od osoby zmarłej, od której nie pobrano rogówek. Wygląd twarzy osoby zmarłej ma często znaczenie dla rodziny, która obawia się znacznego oszpecenia. Pojawiają się wtedy wątpliwości odnośnie stanowiska krewnego za życia w kwestii ustnego sprzeciwu wobec pobrania tkanek po śmierci. Nierzadko zdarza się, że staje się to przyczyną odstąpienia od pobrania. Ważne jest zapewnienie bliskich osoby zmarłej, że pobranie rogówek nie zmienia wyglądu twarzy i nie wpływa na możliwość wystawienia ciała, jeśli jest takie życzenie.



Proteza do zabezpieczenia tkanek oka po pobraniu rogówki

Po pobraniu rogówki (przechowywane w płynie prezerwacyjnym) są wysyłane do Banku Tkanek Oka w Warszawie w celu kwalifikacji do przeszczepienia. W BTO dokładnie sprawdzana jest jakość i stan tkanek oraz przeprowadzane są dodatkowe badania serologiczne z krwi. Zakwalifikowane i opracowane tkanki przekazywane są zwrótnie do szpitala, gdzie zostają przeszczepione.

Rogówka jest przezroczystą częścią ściany gałki ocznej, która przepuszcza światło oraz odpowiada za jego załamanie i skupienie w tylnej części oka, przez co umożliwia wyraźne widzenie. Jeżeli ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu przez chorobę, może bardzo zmienić i ograniczyć jakość życia. W takiej sytuacji wykonuje się zabieg keratoplastyki (przeszczepienia rogówki), który polega na zastąpieniu patologicznie zmienionej tkanki rogówkowej chorego (biorcy) zdrową, odpowiednio konserwowaną tkanką, pobraną od dawcy. Próby przeszczepienia rogówki podejmowane były już w XIX w. Rogówka była pierwszą litą tkanką, którą udało się z powodzeniem przeszczepić. Obecnie liczba przeszczepień rogówki nieustannie rośnie, co ma niewątpliwie związek

z rozwojem mikrochirurgii oraz z wprowadzeniem procedur bankowania tkanek (wcześniej konieczne było natychmiastowe przeszczepianie tkanek po pobraniu od dawcy). Dzięki temu rozszerzył się również zakres wskazań do przeszczepiania rogówki, który początkowo ograniczał się tylko do najtrudniejszych przypadków, a zakres terytorialny był niezwykle ograniczony. W 2021 r. w Polsce przeszczepiono 1321 rogówek.

** W 2021 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 zgłoszono 17 potencjalnych dawców zmarłych, w tym 6 dawców rzeczywistych, od których pobrano i przeszczepiono 19 narządów: płuca, 3 serca, 5 wątroby, 10 nerek oraz 8 rogówek. W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 pobrano 17 narządów: trzustkę, 2 serca, 2 płuca, 4 wątroby, 8 nerek oraz 8 rogówek od 4 dawców zmarłych, u których stwierdzono śmierć mózgu.*

*piel. lic. Beata Błaszkwicz
prof. Grażyna Malukiewicz
dr n. med. Ilona Piotrowiak-Słupska
prof. Bartłomiej Kałużny
dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska*

*fol. dr Ilona Piotrowiak-Słupska
fol. dr Aleksandra Woderska-Jasińska*



Dzień Okulistów i Okulisty obchodzony jest każdego roku 9 maja w rocznicę urodzin Ferdinanda Monoyera, francuskiego okulisty, profesora fizyki medycznej w Lyonie. Stworzył on tablicę używaną do badania ostrości wzroku. Litery wykresu czytane od dołu do góry po lewej stronie dają nazwisko Monoyer i skrót DM (docteur en médecine – doktor medycyny), a po prawej imię Ferdinand. Monoyer wynalazł również dioptrię, która umożliwia określenie zdolności zbierającej soczewek w okularach.

Setny zabieg fotoferezy pozaustrojowej w naszym szpitalu



Od lewej: pacjent po zabiegu ECP, mama pacjenta, dr hab. K. Czyżewski, prof. UMK, mgr Kamila Marchewka oraz prof. Jan Styczyński

15 lutego 2022 r. w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii przeprowadzono setny zabieg fotoferezy pozaustrojowej. Fotofereza pozaustrojowa (*extracorporeal photopheresis, ECP*) jest uznaną opcją terapeutyczną w przypadku sterydoopornej postaci choroby przeszczep-przeciwko-gospodarzowi (*graft-versus-host disease, GVHD*). Zabieg polega na pobraniu od pacjenta krwi, odseparowaniu leukocytów (limfocytów), uwrażliwieniu psoralenami na promieniowanie, a następnie pozaustrojowym napromienieniu promieniami UVA. Naświetlone komórki wracają do pacjenta i w jego organizmie ulegają apoptozie. Apoptoza indukuje liczne zmiany biochemiczne, dostarczając komórkom prezentującym antygen sygnałów przeciwzapalnych, dzięki czemu u biorcy przeszczepu komórek krwiotwórczych wytwarzana jest immunotolerancja – komórki pochodzące od dawcy „uczą się” żyć z biorcą.

Szpital Jurasza posiada urządzenie CELLEX, przekazane w maju 2019 r. przez fundację DKMS. Podczas 2,5 rocznego okresu użytkowania, zabiegowi fotoferezy pozaustrojowej w leczeniu GVHD poddano 7 pacjentów, z których najmniejszy miał 8 kg. W tym czasie w Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego

przeprowadzono około 60 transplantacji allogenicznych. Czas terapii, tą powtarzaną wielokrotnie metodą to ok. 6-12 miesięcy. U dotychczasowych pacjentów przeprowadzono od 4 do 32 zabiegów ECP, obserwując znaczącą poprawę stanu klinicznego i pełne wyleczenie u prawie wszystkich pacjentów.

W chwili obecnej Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii jest jedynym ośrodkiem w Polsce północnej, leczącym pacjentów pediatrycznych tą metodą. Lekarze i pielęgniarki, przeprowadzający zabiegi ECP zostali przeszkoleni przez zagranicznych instruktorów i posiadają uprawnienia do przeprowadzania najbardziej skomplikowanych odmian procedury ECP (zabiegów z primingiem krwią u bardzo małych dzieci).

Leczenie metodą fotoferezy pozaustrojowej nie byłoby możliwe do przeprowadzenia, gdyby nie współpraca z Oddziałem Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci oraz Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, gdyż pacjenci każdorazowo wymagają dożylnych dostępów centralnych.

*dr hab. n. med. i n. o zdr. Krzysztof Czyżewski, prof. UMK
dr n. med. Monika Richert-Przygońska
prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński*

Świetlica w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Stowarzyszenie Uśmiech Nadziei Dzieciom od wielu lat współpracuje z kliniką, organizując co roku akcję Onko-Mikołaje oraz na bieżąco wspierając małych pacjentów onkologicznych i ich rodziców. W ubiegłym roku zakupiliśmy dla szpitala sprzęt rehabilitacyjny oraz stoliki przyłóżkowe za kwotę 16 tys. zł. Dowiedzieliśmy się, że przydałby się remont szpitalnej świetlicy.

To miejsce nie było odnowione od kilku lat, a dzieci lubią spędzać tam czas, bawiąc się i ucząc. I tak członkowie naszego Stowarzyszenia Uśmiech Nadziei Dzieciom przystąpili do działania, pragnąc pokolorować to miejsce i sprawić uśmiech na twarzach małych pacjentów. Zbiórka pieniędzy na remont świetlicy rozpoczęła się 4 września 2021 r. podczas zorganizowanego przez nas festynu „Gramy dla Onko”, który odbył się na osiedlu Kapuściska. Udało nam się zebrać ok 18 tys. zł. Bardzo się z tego ucieszyliśmy, ale na przeprowadzenie remontu to była wciąż za mała kwota. Dlatego kontynuowaliśmy zbiórkę. Objęła ona naszą grudniową akcję Onko-Mikołaje, którą organi-



zujemy już od 5 lat. Byliśmy obecni 6 grudnia 2021 r. na Jarmarku Świątecznym na ul. Mostowej oferując w namiocie charytatywnym piękne rękodzieła i smaczne pierniki. Odbyła się również zbiórka do puszek, która trwała do końca stycznia 2022 r. I udało się! 10.02.2022 r. rozpoczęliśmy prace remontowe. Odświeżone zostały ściany, wymienione oświetlenie i wszyst-

kie rolety. W świetlicy pojawiły się nowe, piękne i kolorowe meble pod wymiar, stoły i krzesła oraz wygodna kanapa. Dostarczyliśmy organizery do nowych szuflad oraz „wyprawkę” do świetlicy. Łącznie remont wyniósł nas ok. 30 tys. zł. Chcielibyśmy bardzo podziękować naszym wszystkim Darczyńcom i Przyjaciołom Stowarzyszenia Uśmiech Nadziei Dzieciom za zaufanie jakim nas obdarzacie i każdą dołożoną cegiełkę do tej pięknej inicjatywy. Wspólnie ponownie wywołałmy uśmiechy na twarzach małych pacjentów szpitala.

Dziękujemy! Razem możemy więcej!

Sandra Siernicka

Grant ABM dla Zespołu Medycyny Regeneracyjnej

Dofinansowanie w wysokości blisko 10 mln zł otrzyma Zespół Medycyny Regeneracyjnej (REGEN) wchodzący w skład Centrum Doskonałości Naukowej „W Kierunku Medycyny Spersonalizowanej” na realizację niekomercyjnego badania klinicznego pn.: „Ocena skuteczności i bezpieczeństwa somatycznej terapii komórkowej

w leczeniu nietrzymania moczu u pacjentów poddanych prostatektomii radykalnej” z Agencji Badań Medycznych w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób cywilizacyjnych. Projekt realizowany będzie w Zakładzie Medycyny Regeneracyjnej, Banku Komórek i Tkanki oraz Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Katedry Urologii i Andrologii. Celem projektu jest ocena bezpieczeństwa i skuteczności leczenia wysiłkowego nietrzy-



mania moczu przy pomocy badanego produktu leczniczego terapii zaawansowanej (ang. Advanced Therapy Investigational Medicinal Products, ATIMP)- mezenchymalnych komórek macierzystych (ang. Mesenchymal Stem Cells, MSCs). Będzie to bardzo spersonalizowana terapia, jako że komórki MSCs izolowane będą

z tkanki tłuszczowej pacjenta poddawanego leczeniu. Projekt zarządzany będzie przez Komitet Zarządzania Merytorycznego w składzie: prof. dr hab. Tomasz Drewna (specjalista urolog), prof. dr hab. Marta Pokrywczyńska (specjalista inżynierii tkankowej i medycyny regeneracyjnej), dr hab. Jan Adamowicz (specjalista urolog), dr Arkadiusz Jundziłł (specjalista chirurgii ogólnej oraz chirurgii plastycznej). Gratulujemy.

Juraszowe Serce dla Ukrainy



Rosyjska agresja na Ukrainę sprawiła, że nasza dotychczasowa rzeczywistość uległa zmianie. Od pierwszych dni na bieżąco śledzimy sytuację zarówno dotyczącą walk na froncie, ale w szczególności tę związaną z prognozowanym przyjazdem do Polski kilku milionów uchodźców z ogarniętej wojną Ukrainy. Zdajemy sobie sprawę, jak wielkim wyzwaniem organizacyjnym będzie pomoc, w tym również pomoc medyczna. Pracownicy naszego szpitala wykazali się ogromną empatią i przekazali w zbiorce organizowanej przez Czerwony Krzyż mnóstwo najpotrzebniejszych rzeczy dla uchodźców z Ukrainy. Dodatkowo powstało wiele oddolnych inicjatyw m.in. w Pediatricznej Izbie Przyjęć, Klinice Kardiologii, Klinice Geriatrii, Zakładzie Medycyny Pracy, w ramach których zbieraliśmy materiały opatrunkowe, leki, odzież, żywność i produkty pierwszej potrzeby. Zebraliśmy ponad pół tony!

Dziś wojna uniemożliwiła leczenie dzieci onkologicznych w kijowskim szpitalu. Wielu z nich musiało wyjechać na dalsze leczenie do innych ośrodków w Polsce. Zaangażowaliśmy się w natychmiastową pomoc i zorganizowaliśmy na początku marca przyjęcia pacjentów do naszego szpitala. Aktualnie w naszym szpitalu przebywa już kilkunastu pacjentów, w tym trójka, która przeszła już zabieg przeszczepienia w Kijowie, a u nas ma szansę kontynuować swoje leczenie. Powołaliśmy również specjalny zespół ds. wspierania komunikacji z pacjentami ukraińskimi, pomagając nam również ukraińscy studenci CM UMK. Umożliwiamy medykom ukraińskim pracę na stanowisku opiekuna do czasu uzyskania prawa wykonywania zawodu na terenie Polski. Jesteśmy świadomi, że to kropla w morzu potrzeb, ale tylko razem, wspólnymi siłami możemy naprawdę pomóc.



Katarzyna Jareńko z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii podczas pracy na dworcu kolejowym w Przemyślu



Przekazanie darów zebranych w naszym szpitalu dla Ukrainy



Magdalena Michułka-Kuraś z Kliniki Medycyny Ratunkowej podczas pracy w punkcie medycznym

Konwój Polskiego Czerwonego Krzyża z Bydgoszczy do Lwowa wyruszył 4 marca. Razem z nim do Przemyśla pojechała grupa siedmiu pracowników naszego Szpitala: lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, którzy są wolontariuszami Grupy Ratownictwa Medycznego PCK w Bydgoszczy. Przez blisko dwa tygodnie pełnili oni dyżury w punktach recepcyjnych na dworcu w Przemyślu i na przejściu granicznym w Krościenku.

Od 2016 r. współpracujemy z Ministerstwem Ochrony Zdrowia Ukrainy w zakresie konsultowania i leczenia dzieci chorych onkologicznie. W ciągu 6 lat około 30 ukraińskich dzieci miało możliwość leczenia w naszym szpitalu. W 2020 r. Ukraina rozpoczęła program przeszczepiania szpiku u dzieci w szpitalu w Kijowie. Jednym z pierwszych lekarzy, który na miejscu szkolił ukraiński personel był prof. dr hab. Jan Styczyński.

Pracownicy Szpitala, którzy brali udział w działaniach na granicy polsko-ukraińskiej:

- Zbigniew Ambrosiewicz – ratownik medyczny z Kliniki Medycyny Ratunkowej
- Daniel Duchañ-Ogrodnik – lekarz z Kliniki Medycyny Ratunkowej
- Katarzyna Jareńko – lekarz z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Magdalena Michułka-Kuraś – pielęgniarka z Kliniki Medycyny Ratunkowej
- Marta Pilarska – ratownik medyczny z Kliniki Medycyny Ratunkowej
- Ewa Rozmarynowicz – pielęgniarka z Kliniki Urologii
- Agata Stejbach – ratownik medyczny z Kliniki Medycyny Ratunkowej

Podziękowanie



W imieniu swoim, jak i całej rodziny
chciałbym na Państwa ręce złożyć ogromne podziękowania
i pochwałę za obywatelską postawę godną naśladowania

dla Pani Agnieszki Staniul,

która z naszych informacji pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy w Zespole Sal Operacyjnych.

W dniu 20 stycznia około godziny 6:50 Pani Agnieszka w drodze do pracy
udzieliła pierwszej pomocy naszej babci, która została potrącona
na przejściu dla pieszych przy skrzyżowaniu ulic Chłodna - Nakielska.

Stan babci był bardzo poważny, a Pani Agnieszka widząc,
że wydarzyło się coś niedobrego, pospieszyła na ratunek,
zapewniając prawidłową drożność dróg oddechowych, pozycję
oraz zapewniając opiekę do czasu przybycia karetki pogotowia,
przekazując tym samym wszelkie niezbędne informacje
na temat obecnego na tamtą chwilę stanu zdrowia babci.

Koło takiej postawy nie można przejść obojętnie,
a zaistniała sytuacja pozwala nam wierzyć
w dobro drugiego człowieka.

Pan Michał 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

Med App

Projekt, skład i druk

BORA Artur Fellmuth
ul. Świecka 8, 85-040 Bydgoszcz
biuro@bora.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

Teleplatforma Pierwszego Kontakt

TPK

800 137 200



Jeśli...

Twój POZ zakończył już pracę, a jest:

- ▶ **PONIEDZIAŁEK – PIĄTEK** (między 18:00 a 8:00),
- ▶ **SOBOTA, NIEDZIELA, LUB INNY DZIEŃ WOLNY OD PRACY.**

A Ty...

- ▶ nagle chorujesz,
- ▶ potrzebujesz porady medycznej, ale Twój stan zdrowia nie zagraża życiu.

Skorzystaj z...

Teleplatformy Pierwszego Kontakt
od NFZ bez wychodzenia z domu.

Zadzwoń pod numer
800 137 200*

*połączenie bezpłatne

Otrzymasz przez telefon:

- ▶ profesjonalną poradę medyczną pielęgniarki, położnej lub lekarza.

Zapisz numer

800 137 200

i dowiedz się więcej na:

www.nfz.gov.pl

Bezpłatna i fachowa porada jest dostępna w Polsce, w czterech językach:

- ▶ polskim,
- ▶ angielskim,
- ▶ rosyjskim,
- ▶ ukraińskim.

Z Teleplatformy Pierwszego Kontakt
mogą korzystać osoby niesłyszące.

ZESKANUJ KOD



Ministerstwo Zdrowia



Narodowy Fundusz Zdrowia

Nowe horyzonty. Nowe inspiracje.

Nowa Kia Sportage.



Movement that inspires

Niepowtarzalny styl. Wnętrze, jakiego jeszcze nie było. Wiele odmian jednostek napędowych, w tym klasyczne wersje hybrydowe oraz plug-in. Nowa Kia Sportage. Dla miłośników najnowszych technologii. Dla ciekawych świata. Dla Ciebie.

MAKAREWICZ
AUTORYZOWANY DEALER
KIA POLSKA
ul. Fordońska 353
85-766 Bydgoszcz
T: +48 52 384 58 37
E: sprzedaz.makarewicz@kiamotors.pl
www.kiamakarewicz.pl

Gwarancja Kia obejmuje okres 7 lat od daty pierwszej rejestracji lub 150 000 km, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej. Szczegółowe okresy gwarancji oraz jej warunki (np. dotyczące akumulatorów, powłoki lakierowej lub wyposażenia) określone są w książce gwarancyjnej. Zużycie paliwa i emisja CO₂ (cykl mieszany): 5,0 - 7,2 l/100 km, CO₂ 125 - 163 g/km.

Wartości zużycia paliwa i emisji (cykl WLTP) wynikają z wersji/wariantu pojazdu oraz z jego wyposażenia. Dane zużycia paliwa mają charakter porównawczy i zostały uzyskane na stanowisku pomiarowym zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia (WE) 715/2007. Wartości rzeczywiste mogą być inne w zależności od warunków i stylu jazdy.

