

Styczeń
Nr 1 (33) 2021
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





BĄDŹ PRZY MNIE



OGÓLNOPOLSKI PROGRAM *wsparcia*

SPOŁECZNEGO I DUCHOWEGO
DLA CHORYCH HOSPITALIZOWANYCH
Z POWODU COVID-19

Celem programu jest obniżenie poziomu stresu i podniesienie jakości życia chorych leczonych w szpitalach poprzez zapewnienie im wsparcia społecznego i duchowego.

Podpora 1: Porozmawiaj ze mną
Umożliwienie chorym, szczególnie niesamodzielnym, w stanie ciężkim lub w stanie zagrożenia życia, wirtualnego/telefonicznego kontaktu z osobami bliskimi.

Podpora 2: Podnieś mnie na duchu
Umożliwienie chorym osobistego kontaktu z kapłanem.

www.ptodm.org.pl

ORGANIZATOR



POLSKIE TOWARZYSTWO
OPIEKI DUCHOWEJ
W MEDYCYNIE

PATRONAT HONOROWY



PARTNER MERYTORYCZNY



PARTNER PODPORY 1



PARTNERZY PODPORY 2



PATRONAT MEDIALNY



medycyna **praktyczna**



Świąteczny prezent

Pewnie każdy z nas z radością pożegnał pandemiczny rok 2020. Skala zakażeń i w ich konsekwencji zgonów, przerosła wyobrażenia dzisiejszego społeczeństwa na całym świecie. Prawdopodobnie większości z nas wydawało się, że po ponad dwustu latach od wynalezienia pierwszej szczepionki przeciwko ospie, żadna choroba zakaźna nie zagrozi ludzkości naszego globu w takiej skali z jaką przyszło się nam zmierzyć. Wirus SARS-CoV-2 diametralnie zmienił nasze dotychczasowe życie. Zaczynając od rzeczy banalnych, takich jak wszechobecne maseczki na twarzy do znacznie poważniejszych, jak ograniczenia w życiu społecznym, problemy pracowników na rynku pracy, bankrutujące firmy, samotność szczególnie osób starszych, zmniejszona dostępność do ochrony zdrowia, prowadząca niejednokrotnie do śmierci. To wszystko powoduje, że cały świat z nadzieją wypatruje końca tego kataklizmu.



Na szczęście, w końcówce ubiegłego roku otrzymaliśmy wielki prezent od gigantów światowej nauki – szczepionkę. Fakt ten stał się niewątpliwie pięknym światełkiem w tunelu, prowadzącym do zakończenia pandemii. Naukowcy zrobili swoje, teraz tylko od nas zależy czy ten bożonarodzeniowy prezent potraktujemy jak najdroższy zegarek, którego nie będziemy zdejmować z ręki, czy też przysłowiowe skarpetki schowane do szuflady.

W naszym szpitalu chęć zaszczepienia zgłosiło około 60% personelu. Jedni oceniają, że to dużo, dla mnie to liczba zaskakująco niska. Przecież nas, pracowników szpitala walczącego z SARS-CoV-2 od wielu miesięcy nie trzeba przekonywać, że wirus istnieje, i że niejednokrotnie zbiera dramatyczne żniwo. Nam także, jako pracownikom szpitala uniwersyteckiego powinna towarzyszyć wiara w światową naukę i chęć korzystania z jej najnowszych zdobyczy. Jeśli te przesłanki są za słabe, to może przyjmujemy argumenty z kategorii wartości wyższych np. ogólnospołeczna solidarność z najbardziej narażonymi na niebezpieczeństwo zachorowania na COVID-19 Polaków, w tym naszych najbliższych – rodziców i dziadków. Jeśli i to za mało, to może sięgniemy po nutki z kategorii egoizmu i wygody. Przecież fakt posiadania aktualnego szczepienia na pewno zdejmie nam maski z ust i nosa, a także może stać się warunkiem sine qua non wejścia na pokład samolotu celem udania się na zasłużone wakacje w tropikach. O charakterystyce i bezpieczeństwie nowej szczepionki nie piszę, ponieważ w naszym biuletynie znajdują Państwo bardzo interesujący artykuł na ten temat. Myślę jednak, że warto podkreślić jeden fakt – szczepionka jest tak naprawdę jedynym narzędziem ludzkości do pokonania wirusa. Uczy nas tego szczególnie nasza ostatnia ponad 200-letnia historia. W badaniach nad szczepionkami przeciw COVID-19 wykorzystano wiedzę medyczną gromadzoną przez dekady w niezależnych ośrodkach naukowo-badawczych na całym świecie. Szczepionki wektorowe (AstraZeneca) są od lat powszechnie stosowane np. do wygaszania ognisk gorączki krwotocznej ebola w Afryce. Szczepionki oparte na mRNA (Pfizer i Moderna) próbowano wykorzystać już kilka lat temu w przypadku innych koronawirusów, jak SARS, który spowodował epidemię w latach 2002–04, czy MERS z 2012 r.

Dziś nie mamy wiedzy na jak długo szczepionka nas uodporni i w jakim kierunku wirus będzie mutował. Przed naukowcami więc lata wytężonej dalszej pracy i badań nad koronawirusem. Przed nami jako społeczeństwem odpowiedzialne podejście do zagrożenia, które nie minie jeśli większość nie podda się szczepieniu.

Jaki argument użyty w dzisiejszym wstępniku przekona Państwa do poddania się szczepieniu nie wiem, apeluję jednak do wszystkich naszych czytelników – SZCZĘPMY SIĘ!!!

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

Rozpoczęliśmy szczepienia

27 grudnia rozpoczęliśmy w naszym szpitalu szczepienia pracowników przeciw Covid-19. Jako pierwsi zaszczepieni zostali: dr Kinga Grobelska – lekarz SOR, Grażyna Krzeszewska – pielęgniarka SOR oraz Patryk Woźniak – ratownik medyczny SOR. Lekarzem kwalifikującym w tym dniu pacjentów do szczepienia był lek. Przemysław Baranowski, pacjentów szczepiła natomiast Pani Hanna Płóciennik – pielęgniarka poradni Kliniki Nefrologii. Przygotowaniem dokumentów kwalifikacyjnych zajęła się Pani Hanna Mikucka – rejestratorka medyczna z Zespołu Poradni Specjalistycznych. Wsparcie informatyczne zapewnił Pan Piotr Stachowski z Działu Informatyki.

Nad sprawnością całego procesu szczepień czuwały: Pani Irena Słomian – koordynator szczepień p/Covid-19, p.o. kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych, Pani Ewa Dudziak pielęgniarka koordynująca ZPS, Pani Anna Klarkowska – kierownik Apteki Szpitalnej.



Najkrótsza droga do końca pandemii

Skuteczność i bezpieczeństwo szczepień ochronnych zostały potwierdzone już wielokrotnie i w większości krajów wysokorozwiniętych nie ma wątpliwości co do ich stosowania. Udokumentowano eradykację ospy prawdziwej dzięki ich zastosowaniu. Eliminacja kolejnych chorób zakaźnych może nastąpić przez długotrwałe utrzymanie odporności stadnej.

W Polsce realizacja uodpornienia czynnego wg kalendarza szczepień obowiązkowych (finansowanych przez Państwo), jak i rekomendowanych (czyli zalecanych, ale nie refundowanych) bazuje na aktualnej wiedzy opartej na faktach (evidence based medicine – EBM). Oznacza to, że istnieją bardzo mocne dowody na skuteczność i bezpieczeństwo stosowania uodpornienia czynnego.

Zalecenia odnośnie szczepień ochronnych w różnych grupach ryzyka są opracowywane w specjalistycznych zespołach naukowych – np. aktualne zalecenia odnośnie szczepień po transplantacji komórek krwiotwórczych przez European Conference on Infections in Leukemia (ECIL 7), zaś dla chorych z chorobą autoimmunologiczną – przez European League Against Rheumatism (EULAR). Pacjenci ze wszystkich grup ryzyka ujęci są w wytycznych opracowanych przez European Society for Immunodeficiencies (ESID). Ważnym źródłem wiedzy jest Centers for Disease Control and Prevention (CDC). W oparciu o zalecenia międzynarodowe opracowywane są rekomendacje krajowe.

Szczepionka przeciwko COVID-19 wchodzi do historii medycyny dzięki masowemu wykorzystaniu zupełnie nowej koncepcji wytwarzania odporności. Badania nad użyciem m-RNA w procesie uodporniania prowadzone są od wielu lat. Pierwsze doświadczenia zbierano przy próbie opracowania szczepionek przeciwko SARS i MERS, a także CMV, Zika, grypie, wściekliznie, czy malarii.

W przypadku klasycznej szczepionki pacjentowi podawane są antygeny drobnoustroju, a organizm wytwarza przeciwciała skierowane przeciwko nim, a także stymuluje tworzenie komórek pamięci immunologicznej. Umożliwia to wyzwolenie szybkiej odpowiedzi immunologicznej w przypadku kolejnego kontaktu z drobnoustrojem. Szczepienia przeciwko COVID-19 stosowane w Chinach wpisują się w tradycyjny model działania szczepionek: bazują na zastosowaniu chemicznie unieczynnionego wirusa i aplikacji jego białek. Nowa koncepcja szczepionki, oparta na podaniu osobom uodpornianym m-RNA w otoczkach lipidowych opracowana została w Europie, USA i Rosji. m-RNA zawarte w szczepionce dostaje się do komórki, ale nie do jądra komórkowego i nie integruje się z DNA gospodarza. Na jego bazie komórki gospodarza produkują jedno specyficzne

białko wirusa – tzw. białko S-kolca. Jest ono odpowiedzialne za wiązanie wirusa z komórką docelową. Sam m-RNA ulega degradacji w ciągu kilku (1–3) dni, natomiast wytworzone dzięki niemu białko, które jest dla układu immunologicznego gospodarza obce, będzie stanowiło antygen. Zatem układ odpornościowy zaszczepionej osoby będzie reagował nie na podane m-RNA, ale na białko, wytworzone na jego bazie. Od tego momentu zachodzą dobrze poznane reakcje immunologiczne, z wykorzystaniem odpowiedzi T zależnej (czyli współpracy limfocytów T pomocniczych z limfocytami B). Ten rodzaj odporności humoralnej jest najbardziej efektywny: skutkuje produkcją przeciwciał oraz indukcją odporności komórkowej, ale również powinien zapewnić pamięć immunologiczną.

Ze względu na mechanizm działania konieczne jest zastosowanie dwudawkowego schematu immunizacji. Wykonanie drugiego szczepienia w ciągu 3–4 tygodni po pierwszym wzmacnia pierwotną odpowiedź immunologiczną i zapewnia odpowiedni poziom przeciwciał zabezpieczający przed infekcją. Z dotychczasowych danych wynika, że pożądany poziom przeciwciał może utrzymywać się przez około rok, a następnie należy podjąć kolejny cykl szczepienia. Skuteczność ochrony przed zachorowaniem wynosi około 95%.

Wg wielu naukowców szczepionki m-RNA są przyszłością wakcynologii ze względu na wysoki profil bezpieczeństwa. Dużo wskazuje na to, że szczepionka przeciwko COVID-19 będzie najbezpieczniejszą szczepionką w historii.

Aktualnie nie zaleca się kojarzenia szczepienia przeciwko COVID-19 z innymi szczepieniami, gdyż brak danych potwierdzających, jak i zaprzeczających jednoznacznie bezpieczeństwu takiego postępowania, ze względu na różne mechanizmy działania preparatów. Rekomendowane jest zachowanie minimum 7-dniowego odstępu od innych szczepień, np. przeciwko grypie.

Ze względu na stosunkowo słabą i krótkotrwałą odpowiedź układu odpornościowego po przechorowaniu COVID-19, szczepienia są jednoznacznie rekomendowane dla ozdrowieńców. Jednak nie zdefiniowano jeszcze optymalnego czasu realizacji szczepienia po przebyciu infekcji. W prowadzonych badaniach klinicznych zachowany był 60-dniowy

odstęp od infekcji do szczepienia, lecz było to raczej uwarunkowane uzyskaniem jednolitych grup badawczych niż innymi względami. Aktualnie zaleca się prowadzenie szczepień u wszystkich osób niezależnie od faktu przechorowania infekcji COVID-19 z zachowaniem co najmniej 30-dniowego odstępu od infekcji.

U osób cierpiących z powodu chorób przewlekłych zaleca się prowadzenie szczepień poza okresami zaostrzenia choroby podstawowej. Ze względu na fakt, że omawiana szczepionka należy do leków biotechnologicznych, zarejestrowana charakterystyka leku jest odpowiednio oznaczona, a sam lek podlega szczególnemu nadzorowi.

Zgodnie z komunikatem Ministra Zdrowia z dnia 23. grudnia 2020 roku, aktualnie nie ma konieczności uzyskiwania specjalnych uprawnień celem prowadzenia szczepień ochronnych. Art. 17 ust. 2. ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określa konieczność przeprowadzenia lekarskiego badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego. Badanie takie musi być przeprowadzone przed każdym szczepieniem i uprawniona jest do jego wykonania każda osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza. Nie znajduje uzasadnienia żądanie posiadania dodatkowych szkoleń.

Problemem w realizacji szczepień przeciwko COVID-19 może okazać się nieuzasadniony lęk przed ich zastosowaniem. Ogromną rolę w podsycaniu strachu odgrywają przeciwnicy szczepień, działających w ruchach antyszczepionkowych. Rozpowszechniają oni nieprawdziwe, często zmanipulowane informacje na temat szczepień ochronnych

w ogóle, a przeciwko COVID-19 w szczególności. Powoduje to zupełnie niezrozumiałą sytuację, w której niektórzy ludzie mniej boją się choroby, zbierającej tak straszne żniwo, aniżeli szczepień uchodzących za nieporównywalnie bezpieczniejsze.

Trudno zwalcza się mity, które w Polsce trafiają na bardzo podatny grunt. Pewne jest, że szczepionka jest bezpieczna, nie zawiera żadnych „chipów”, ani składników o potencjalnie niebezpiecznym działaniu, nie wbudowuje się w nasz materiał genetyczny, zatem nie zostanie przekazana kolejnym pokoleniom. Jej bezpieczeństwo jak i skuteczność w świetle już prowadzonych szczepień jest wysoka. Spośród działań niepożądanych dominują objawy miejscowe takie jak ból w miejscu wkłucia, zaczerwienienie, obrzęk oraz zmęczenie. U nieco ponad 20% osób mogą pojawić się także stany podgorączkowe, gorączkowe, dolegliwości bólowe kostno-mięśniowo-stawowe. Poważne reakcje alergiczne, zwłaszcza anafilaktyczne opisano zaledwie u kilku osób (ostatnie dane: 8 osób na ponad 1 200 000 podanych dawek). Ważną informacją jest, że osoby te wcześniej doznały podobnych reakcji po ekspozycji na alergeny. W chwili obecnej po zaszczepieniu sporej grupy osób można stwierdzić, że ilość działań niepożądanych nie jest istotna, a szczepionka wypada bezpiecznie.

Zdrowie jest potrzebą społeczną, a szczepienia to zdrowie zapewniają. Nie można więc rezygnować ze zrównoważenia bilansu pomiędzy ryzykiem wiążącym się z zachorowaniem i jego powikłaniami, a szansą jaką daje szczepienie.

*Zespół immunologiczny Kliniki Pediatrii,
Hematologii i Onkologii
Elżbieta Grzešek, Anna Dąbrowska,
Anna Urbańczyk, Sylwia Kołtan*

Liderzy zarządzania. Najlepiej zarządzane szpitale publiczne według rankingu BFF Banking Group

Z ogromną przyjemnością informujemy, że Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy zajął III miejsce w zestawieniu „Liderzy zarządzania. Najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF Banking Group” w kategorii „szpitale z kontraktem z NFZ powyżej 89 mln zł”.

Celem rankingu jest ocena placówek medycznych i wyłonienie w drodze konkursu najlepszych szpitali pod kątem efektywności aktywów, rentowności sprzedaży i dynamiki kontraktu z NFZ.

Kapituła rankingu uzasadniając swój wybór wskazała, że nagrodzone szpitale wykazują się wysoką jakością opieki medycznej idącą w parze z efektywnością ekonomiczną. Wydarzenie to było doskona-



łą okazją do konstruktywnej dyskusji na temat ich przyszłości oraz rozwiązań, które mogą poprawić ich działanie.

Ten niewątpliwie duży sukces bardzo mnie zaskoczył, ponieważ analiza danych na podstawie których powstał ranking dotyczyła najtrudniejszego w wymiarze finansowym okresu w ostatnich latach naszej działalności czyli lat 2018–2019. Wydaje się że może to być dowodem na to, że pewne zarządzające instrumenty wdrożone przez 6 laty w naszym szpitalu zostały ugruntowane, co pozwoliło nam w cudzysłowie z marszu przejść ten trudny dla całej ochrony zdrowia czas – podkreśla dr inż. Jacek Kryś, dyrektor szpitala – Zajęcie tak wysokiej pozycji w rankingu nie byłoby możliwe bez zaangażowania w codzienną pracę personelu szpitala. Mam wspinały zespół, na który nawet w trudnych czasach można zawsze liczyć.



Ranking „Liderzy zarządzania. Najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF Banking Group”, organizowany jest we współpracy z dziennikiem Rzeczpospolita, to projekt mający na celu promocję najlepszych praktyk w publicznej służbie zdrowia oraz sprawdzenie, które szpitale osiągają najlepsze wyniki zarządcze i finansowe.

SZPITALA Z KONTRAKTEM NFZ POWYŻEJ 89 MLN ZŁOTYCH

Miejsce	Pełna nazwa	Rentowność sprzedaży 2018	Dynamika kontraktu NFZ 2018/2017	Przychyłość 2018/2017	Suma punktów 2018
1.	Szpital Powiatowy w Radomsku	3,60	1,60	3,15	8,35
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	3,15	1,60	3,15	7,90
3.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	3,15	0,80	3,15	7,10
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach	3,60	0,60	2,80	7,00
5.	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	2,25	1,20	3,15	6,60
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	1,80	1,60	3,15	6,55
7.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	3,60	1,80	1,05	6,45
8.	Instytut Hematologii i Transfuzji w Warszawie	2,70	1,80	1,75	6,25
9.	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	1,80	1,40	2,80	6,00
10.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku	1,80	1,40	2,80	6,00

Szpital Jurasza nagrodzony Statuetką i Certyfikatem Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego

Miło nam poinformować, że Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza otrzymał Statuetkę i Certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego”. Jest to nagroda przyznawana placówkom medycznym, które w szczególnie sposób dbają o standardy żywienia klinicznego pacjentów.



Organizatorem programu „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie” jest Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN), a swoim patronatem program objęli: Narodowy Fundusz Zdrowia, Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego, Polska Federacja Szpitali, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Polska Unia Szpitali Klinicznych, Sekcja Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego Towarzystwa Chirurgów Polskich oraz Stowarzyszenie Apetyt na Życie.

Do udziału w I edycji programu zgłosiły się 64 placówki z całej Polski. Rada ekspertów, po przeprowadzeniu certyfikacji nagrodziła 27 szpitali. Otrzymanie certyfikatu potwierdza przestrzeganie przez placówkę najwyższych standardów w zakresie leczenia żywieniowego oraz możliwość zapewnienia każdemu pacjentowi z ryzykiem żywieniowym odpowiedniej opieki hospitalizacyjnej.

Celem programu było upowszechnianie w polskich szpitalach dobrych praktyk żywienia klinicznego, ponieważ każdy pacjent ma prawo do oceny stanu

odżywienia i otrzymania prawidłowego leczenia żywieniowego. Podjęcie takiej terapii zwiększa jego szanse w walce z chorobą.

Program Certyfikacji

Ostatnie lata pokazały wyraźnie zarysowany problem w polskich szpitalach, polegający na niewykorzystaniu refundacji na diety poza i dojelitowe. Dotychczas pacjent, który nie był w stanie przyjmować pokarmu doustnie, najczęściej po prostu głodował, przez brak prowadzenia żywienia klinicznego. „Jeżeli pacjent nie jest w stanie samodzielnie przyjmować pokarmów, powinien otrzymać leczenie poza i dojelitowe. Preparaty te są refundowane w ramach leczenia pacjenta” – podkreśla prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Z odsieczą powstał program, który miał na celu upowszechnienie żywienia klinicznego poprzez wprowadzenie certyfikacji szpitali spełniających kryteria Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego, które zostały

opracowane i zaakceptowane przez Radę Ekspertów. Zgodnie z założeniami programu określone zostały zasady niezbędne do wdrożenia dobrej praktyki leczenia żywieniowego w każdym szpitalu starającym się o certyfikat. Dla realizacji tych zasad niezbędne jest w szczególności dokonanie rzetelnej i regularnej oceny stanu odżywienia pacjenta oraz udostępnienie leczenia żywieniowego dla każdego pacjenta ze wskazaniami. Celem leczenia żywieniowego jest poprawa stanu odżywienia, utrzymanie prawidłowego rozwoju, poprawa rokowania, przyspieszenie wyleczenia i umożliwienie zastosowania innych metod leczenia.

Jako korzyści takiej praktyki wymienia się m.in. wzrost masy ciała i masy mięśniowej, szybszy powrót do normalnej aktywności oraz generalną poprawę samopoczucia i wzrost jakości życia. Ma to znaczenie szczególnie w przypadku pacjentów, którzy przechodzą poważne operacje i są leczeni onkologicznie.

Aby otrzymać certyfikat, szpitale musiały spełnić liczne wymagania oraz przejść oficjalną certyfikację pod okiem zespołu rady ekspertów. W tym roku ze względu na obostrzenia i wciąż trwającą pandemię COVID-19 wszelkie spotkania certyfikujące odbyły się w formie internetowej. Po licznych spotkaniach ze zgłoszonych 64 placówek zespoły certyfikujące wyłoniły 27 szpitali.

Uroczyste wręczenie

Podczas wręczenia certyfikatów eksperci podsumowali przebieg certyfikacji, podczas których można było wyciągnąć wiele ciekawych wniosków. „Certyfikacje szpitali pokazały, że deklaracje szpitali odnośnie prowadzenia leczenia żywieniowego często nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. Do najsłabszych punktów certyfikacji należą poradnictwo ambulatoryjne, indywidualne diety doustne, informacje dla pacjenta z zakresu wskazań, zasad i metod terapii oraz dostęp do kompletnych mieszanin. Najlepiej z kolei wypadły diagnostyka laboratoryjna, dostęp do leków, diet medycznych, preparatów do żywienia i sprzętu”



– komentuje dr n. med. Michał Jankowski, Adiunkt Katedry Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Leczenie Żywniowe

Leczenie żywieniowe (żywienie kliniczne) jest niezwykle istotną częścią leczenia wielu chorób, które podejmuje się by poprawić lub utrzymać stan odżywienia pacjenta. Leczenie żywieniowe obejmuje ocenę stanu odżywienia pacjenta, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia. Choć polska służba zdrowia korzysta z refundacji żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego, a lekarze coraz częściej zwracają uwagę na prawidłowe odżywianie i występowanie zaburzeń metabolicznych u pacjentów leczonych w szpitalu, problem niedożywienia szpitalnego wciąż dotyczy dużej liczby pacjentów. „Wprowadzenie działań mających na celu poprawę efektywności terapii żywieniowych stosowanych w szpitalach jest niezbędnym elementem niosącym za sobą pozytywne konsekwencje zarówno dla pacjenta, jak i samej placówki. Efektywna terapia żywieniowa w leczeniu pooperacyjnym pacjenta pozwala na ograniczenie powikłań, co przekłada się na koszty leczenia i czas pobytu w szpitalu. Niestety nadal powszechne jest niedożywienie szpitalne. Wielokierunkowe konsekwencje niedożywienia przekładają się nie tylko na efekty leczenia, ale także stan zdrowotny po zakończeniu terapii”

wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Stosowanie terapii żywieniowej w polskich szpitalach, pomimo konieczności lub wskazań do przeprowadzenia u części pacjentów nadal jest procesem nieuregulowanym i problematycznym dla wielu placówek, dlatego ze szczególną inicjatywą poprawy sytuacji pacjentów, ich jakości leczenia żywieniowego oraz ułatwienia kadrze medycznej korzystania z refundowanego potencjału leczenia żywieniowego wyszło Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu tworząc program „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie”.

www.leczenieprzezzywienie.org

Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej – dr hab. n. med. Magdalena Krintus, prof. UMK

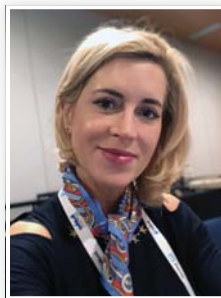
Z dniem 1 stycznia Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powołał na stanowisko Kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Panią dr hab. n. med. Magdalенę Krintus, prof. UMK.

Pani dr hab. Magdalena Krintus urodziła się 29 stycznia 1974 roku w Toruniu. Ukończyła VI Liceum Ogólnokształcące im. J.J. Śniadeckich w Bydgoszczy. Jest absolwentką analityki medycznej na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Bydgoszczy, którą ukończyła w 2000 roku. Od 2004 roku jest związana z Katedrą i Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej kierowaną przez Prof. Grażynę Odrowąż-Sypniewską. W 2008 roku obroniła na Wydziale Lekarskim pracę doktorską, której promotorem była Prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska i uzyskała tytuł dr nauk medycznych w dziedzinie biologii medycznej. Od 2008 roku zatrudniona jako asystent, a od 2012 roku jako adiunkt w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej. W roku 2018 otrzymała stopień naukowy doktora habilitowanego na podstawie osiągnięcia naukowego pt: „Wybrane biomarkery w diagnostyce i stratyfikacji ryzyka ostrych zespołów wieńcowych: aspekty analityczne i kliniczne”. W 2019 roku uzyskała tytuł profesora UMK. Działalność naukowa dr. hab. n. med. dotyczy szerokiego zakresu z tematyki medycyny laboratoryjnej i opiera się m.in. na prowadzeniu badań naukowych dotyczących zarówno aspektów analitycznych, jak i klinicznych biomarkerów chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych.

W Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej pracuje od 2015 roku, początkowo na stanowisku młodszego asystenta, od 2020 roku na stanowisku starszego asystenta. Jest diagnostą laboratoryjnym, specjalistą laboratoryjnej diagnostyki medycznej. Współpracuje

naukowo i badawczo z wieloma klinikami naszego Szpitala. Bardzo ceni sobie pracę w zespole ZDL, która sprawia jej wiele satysfakcji. Jest autorem i współautorem 78 publikacji i doniesień naukowych o łącznej punktacji Impact Factor 80,886 oraz MNiSW 1193.

Wygłosiła 19 wykładów na konferencjach polskich i zagranicznych. Odbiła 3-miesięczny staż naukowy oraz praktyczny w klinicznym laboratorium diagnostycznym Szpitala Uniwersyteckiego Sacco w Mediolanie (University of Milan, Italy). Z ośrodkiem tym aktywnie współpracuje naukowo. Za działalność naukowo-badawczą i organizacyjną otrzymywała wielokrotnie nagrody m.in. nagrody Rektora UMK w latach 2015–2017 (1 stopnia) i 2018 (2 stopnia) oraz nagrodę Prezesa Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej za współudział w organizacji międzynarodowego kongresu EFLM-IFCC Congress „Laboratory Medicine at the Clinical Interface” w Warszawie w 2016 roku. Jest aktywnym członkiem Międzynarodowej Federacji Chemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej (IFCC) gdzie od roku 2008 pełni funkcję oficera w Komitecie ds. PR. Jest Przewodniczącą Komisji Promocji w Kolegium Medycyny Laboratoryjnej (KML) oraz członkiem Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL) i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL). Prowadzi działalność dydaktyczną ze studentami polsko i anglojęzycznymi na kierunku analityka medyczna, lekarskim i biotechnologii.



Habilitacja – dr hab. n. med. Janusz Tyloch

Miło nam poinformować, że uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK z dnia 24.06.2020 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu otrzymał dr hab. med. Janusz Tyloch – lekarz Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej naszego szpitala.

Dr hab. med. Janusz Ferdynand Tyloch, urodził się 9 października 1956 w Bydgoszczy. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku ukończył w 1981r. Po rocznym stażu podyplomowym, w 1982 r.,

rozpoczął pracę w oddziale Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego, który z chwilą utworzenia Akademii Medycznej w Bydgoszczy, w 1985 r., został przekształcony w Klinikę Urologii. Od 1985 r. zatrudniony na etacie asystenta w Katedrze i Klinice Urologii. W tym samym roku uzyskał pierwszy stopień specjalizacji



w zakresie chirurgii ogólnej, a w roku 1990 drugi stopień specjalizacji w zakresie urologii. W 1992 r. otrzymał Certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, będący świadectwem umiejętności samodzielnego wykonywania badań ultrasonograficznych. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1992 r. na podstawie pracy pt. „Przydatność badania ultrasonograficznego do pomiaru pojemności pęcherza moczowego i oceny ilości zalegającego moczu”. Rozprawa doktorska nagrodzona została Nagrodą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego w 1994 r. Od 1992 r. zatrudniony na etacie adiunkta Kliniki Urologii, a od 2003 r. objął funkcję starszego wykładowcy. Główne zainteresowania zawodowe profesora koncentrują się na zastosowaniu ultrasonografii w diagnostyce i leczeniu chorób urologicznych. Jest autorem jednych z pierwszych w Polsce doniesień o zastosowaniu małoinwazyjnych zabiegów wykonywanych pod kontrolą USG w urologii [1986], a w szczególności zalet przezskórnej przetoki nerkowej i powikłań mogących wystąpić w trakcie jej wykonywania [1986], zastosowaniu przezskórnej przetoki nerkowej jako długoterminowego odprowadzenia moczu u chorych z naciekającym rakiem pęcherza moczowego [1987], jak i leczeniu ropni nerek i ropni okołonerkowych [1988]. Dorobek naukowy obejmuje 134 publikacje drukowane, w tym 106 artykułów opublikowanych w polskich i zagranicznych recenzowanych czasopiśmie naukowych, 16 rozdziałów w książkach. 6 rozdziałów doczekało się powtórnego wydania oraz monografii pt. „Zastosowanie ultrasonografii endorektalnej trójwymiarowej z wykorzystaniem własnej modyfikacji akwizycji danych w ocenie stopnia miejscowego zaawansowania raka gruczołu krokowego”, która stała się podstawą awansu naukowego. Dorobek uzupełnia 12 prac popularno-naukowych. Dorobek naukowy obejmuje także 164 referaty wygłoszone na polskich i zagranicznych Kongresach Towarzystw Naukowych. Był członkiem Komitetów Naukowych i Organizacyjnych Zjazdów: Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego i Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Działalność dydaktyczną rozpoczął z chwilą zatrudnienia, w 1982 r. Skupiała się ona na prowadzeniu ćwiczeń, wykładów i seminariów z urologii. W 1998 r. utworzył Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Urologii, które działało do 2002 r. Zostało ono reaktywowane w 2013 r. i działa do chwili obecnej. W 2016 r. był inicjatorem powstania przy Klinice Urologii drugiego Studenckiego Koła Naukowego – Koła Ultrasonografii. Dla potrzeb tego Koła, zorganizował drugą w Polsce Studencką Pracownię Edukacji Ultrasonograficznej. Dzięki wsparciu firmy produkującej aparaty ultrasonograficzne, która zaangażowała się w projekt, studenci mają do dyspozycji nowoczesny sprzęt z najwyższej półki. Dwa aparaty ultrasonograficzne przeznaczone są tylko do zajęć

dydaktycznych. Już na początku swojej działalności zajął się popularyzacją ultrasonografii i jej rozwojem. W 1992 r. powołany został do Komitetu Redakcyjnego czasopisma naukowego „Ultrasonografia Polska”, a w 2000 r. do Komitetu Redakcyjnego czasopisma naukowego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego „Ultrasonografia”, które w 2012 r. zostało przekształcone w „Journal of Ultrasonography”, w którym jest członkiem Komitetu Recenzentów. W 1999 r. został wybrany Przewodniczącym Komisji Rewizyjnej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, gdzie działał do 2012 r. W 2012 r. został wybrany do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. W ramach Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego powołany został do Zespołu Ekspertów ds. Standardów Badań Ultrasonograficznych. Wielokrotnie wyróżniany Nagrodami Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy [1989, 1990, 1991], Nagrodą Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika [2010], oraz nagrodami za prace przedstawiane na kongresach naukowych [1990, 1990, 1991]. Jest członkiem Związku Nauczycielstwa Polskiego przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, a do 2019 r., przez dwie kadencje był członkiem Zarządu. Jest jednym z inicjatorów powstania w 1999 r. i od początku Zastępcą Redaktora Naczelnego „Wiadomości Akademickich” – do 2005 r., pisma Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a od 2005 r., pisma Collegium Medicum. Jest Pierwszym Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Za zasługi dla rozwoju polskiej ultrasonografii, w 2010 r. odznaczony został Medalem nr 12, przyznawanym przez Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne, a w 2012 r. uzyskał tytuł Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Sukces Roku w Ochronie Zdrowia

Miło nam poinformować, że Pani Prof. Małgorzata Krajnik, Kierownik Katedry Opieki Paliatywnej oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie otrzymała nagrodę w konkursie Sukces Roku 2020 w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny w kategorii: działalność charytatywna.



Nagroda została przyznana za zainicjowanie programu „Bądź przy mnie”, który ma na celu wsparcie chorych na COVID-19 w szpitalach. Szpital Uniwersytecki nr 1 przystąpił do programu w grudniu 2020 r. Gratulujemy!

Grażyna Węclewska – Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii

Z dniem 1 grudnia br., Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powołał na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii Panią mgr Grażynę Węclewską. Pani Grażyna jest magistrem pielęgniarstwa i specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Posiada kilkunastoletnie doświadczenie zawodowe, obejmujące praktykę pielęgniarstwa na oddziale intensywnej terapii, stanowiskach znieczulenia oraz oddziałach zabiegowych. Nieustannie podnosi

swoje kwalifikacje uczestnicząc w wielu kursach, szkoleniach i konferencjach. Wchodzi w skład zespołu zakładającego kujawsko-pomorski oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki którego do dziś jest aktywnym członkiem. Wolne chwile spędza aktywnie jeżdżąc na rowerze i biegając.



Katarzyna Zaborowska – Pielęgniarka Oddziałowa Kliniki Kardiochirurgii

Z dniem 1 grudnia br., Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powołał na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Kliniki Kardiochirurgii Panią mgr Katarzynę Zaborowską. Pani Katarzyna jest absolwentką Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Ukończyła studia magisterskie na Wydziale Nauk o Zdrowiu, kierunku – Pielęgniarstwo. Jest specjalistą w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego. Ukończyła również studia podyplomowe Zarządzanie w Ochronie Zdrowia w Wyższej Szkole Gospodarki w Bydgoszczy. Od początku kariery zawodowej jest związana ze Szpitalem im. dr. A. Jurasza w Bydgosz-

czy. Swoją pracę rozpoczęła w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych. Od 2006 roku związana jest z Kliniką Kardiochirurgii. W 2015 roku objęła obowiązki pielęgniarki koordynującej Bloku Operacyjnego Kliniki Kardiochirurgii. Zainteresowania naukowe – prewencja i leczenie zakażeń ran pooperacyjnych. W wolnych chwilach gra w tenisa i poznaje świat.



Ćwiczenia w Kancelarii Szpitala

6 listopada w Kancelarii Szpitala przeprowadzono ćwiczenie nt. „Postępowanie w przypadku odebrania przesyłki pocztowej, której wygląd i zewnętrzne cechy mogą świadczyć o obecności wewnątrz broni biologicznej”. Ze względu na panującą sytuację epidemiologiczną i wynikające stąd ograniczenia, Dyrektor Szpitala podjął decyzję o nieangażowaniu w przedsięwzięcie służb miejskich i polecił przeprowadzić ćwiczenie z personelem Kancelarii Szpitala w formie sprawdzenia realizacji czynności wynikających z Procedury „ZAGROŻENIE BIOTERRORYSTYCZNE”. Pracownicy Kancelarii podczas przeprowadzania ćwiczenia wykazali się autentycznym zaangażowaniem oraz

doskonałą znajomością czynności wynikających z ww. procedury.

Andrzej Szyszka



Laser w oku

W chwilach wzruszenia zawsze dobrze mieć przy sobie chusteczkę do otarcia oczu i oczyszczenia nosa.. to łzy, które spływają po policzkach i pojawiają się w nosie dzięki istnieniu skomplikowanemu systemowi łączącemu oko z jamą nosa.

Niestety, nadmierne łzawienie to nie tylko wzruszenia, to także szeroki problem dotyczący dużej grupy pacjentów, związany z niedrożnością woreczka łzowego oraz przewodów łzowych. Wśród przyczyn niedrożności znajdują się nawracające infekcje bakteryjne, urazy kości twarzoczaszki, a w grupie pacjentów najmłodszych – wrodzone nieprawidłowości dróg łzowych.

Technika leczenia niedrożności woreczka łzowego jest znana i dobrze opisana od lat, jednak rozwój technologii, możliwości miniaturyzacji sprzętu pozwalają obecnie na wykonanie operacji z minimalnym narażeniem pacjenta na ból i dyskomfort.

18 listopada 2020 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy wykonano po raz pierwszy zabiegi udrożnienia dróg łzowych z wykorzystaniem technologii laserów światłowodowych. Zabieg przeprowadzili Pan prof. UMK Maciej Wróbel z Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Bydgoszczy oraz Pan dr Albert Włodarczyk z Kliniki Chorób Oczu.



Laserowe udrożnienie woreczka łzowego to minimalnie inwazyjna technika operacyjna polegająca na wprowadzeniu wiązki światłowodu przez dolny punkt i kanalik łzowy do woreczka łzowego przez przewód łzowy i wykonanie połączenia z jamą nosa, tak by łzy swobodnie odpływały z worka spojówkowego do nosa w przypadku zaburzeń odpływu łez drogą naturalną.

Technika wykorzystana w leczeniu to minimum obciążenia dla pacjenta przy maksymalnej skuteczności leczenia. W porównaniu do klasycznego dostępu endoskopowego związanego z koniecznością usunięcia części kości łzowej i nacięcia woreczka łzowego, laserowe połączenie woreczka łzowego i jamy nosa jest znacznie szybsze. Wiąże się to również z dużo mniejszym uszkodzeniem tkanek powodując szybsze gojenie, mniejsze dolegliwości bólowe.

Wiązkę światłowodu wprowadza przez naturalny otwór, czyli punkt łzowy średnicy 0,2–0,3 mm. Dzięki tej technice możliwe jest wykonanie operacji bez pozostawienia blizn na twarzy pacjenta. U części pacjentów zabiegi mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym, redukując do minimum konieczność pobytów na oddziałach szpitalnych.

Sama technologia opiera się na wykorzystaniu światłowodu o średnicy rdzenia 600 um oraz generatora



wiązki światła laserowego o długości 980 nm oraz 1470 nm. Dzięki precyzyjnemu pozycjonowaniu wiązki lasera z uwidocznieniem miejsca połączenia woreczka łzowego i jamy nosa w obrazie endoskopowym, połączenie wykonywane jest bez ryzyka uszkodzenia otaczających tkanek.

Operacje laserowe niedrożności woreczka łzowego stanowią istotną alternatywę dla dostępów klasycznych szczególnie w przypadkach pourazowych niedrożności, np. po złamaniach w zakresie kości twarzoczaszki, gdzie minimalizowanie ryzyka okołoperacyjnego jest kluczowym aspektem. Oczywiście istnieją ograniczenia dla takiej techniki operacyjnej głównie w zakresie anatomii nosa i zatok, z tego względu pacjenci oprócz konsultacji okulistycznej wymagają wcześniejszego przygotowania laryngologicznego.

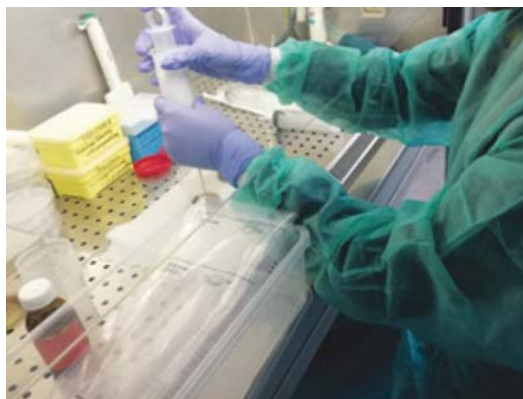
Obecnie przy odpowiedniej kwalifikacji pacjentów leczenie niedrożności dróg łzowych jest bezpieczniejsze, szybsze, tańsze, bardziej efektywne dzięki wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi – takich jak lasery diodowe.

Prof. UMK Maciej Wróbel
Dr Albert Włodarczyk
Fot. Sylwia Stolke

Transfery mikrobioty jelitowej w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Transfer mikrobioty jelitowej jest zabiegiem leczniczym polegającym na przeniesieniu drobnoustrojów znajdujących się w przewodzie pokarmowym (treść jelitowa) zdrowego człowieka do przewodu pokarmowego osoby chorej. Zabieg ten jest wykonywany u osób z nawracającymi zakażeniami przewodu pokarmowego o etiologii *Clostridiol* (*Clostridium*) *difficile* (CDI), a w ostatnim czasie również

u osób w immunosupresji, skolonizowanych wieloopornymi drobnoustrojami, u których dochodzi ciężkich zakażeń bakteriami pochodzącymi z przewodu pokarmowego (nawracające zapalenie jelit, posocznica, zakażenia układu moczowego). Określenie to jest nowoczesnym określeniem przeszczepienia stolca (faecal microbiota transplantation, FMT).



Bakterie wielooporne (MDR, multidrug resistance; lub ARB, antibiotic resistant bacteria) z którymi obecnie świat medyczny ma największe problemy to oprócz CDI: *Klebsiella spp.* posiadające mechanizm oporności NDM (New Delhi Metalloprotease) oraz enterokoki oporne na wankomycynę (VRE, GRE). Jednak w naszym otoczeniu pojawia się coraz więcej bakterii MDR/ARB. Szerokie stosowanie antybiotyków, nie tylko w medycynie, ale też w produkcji żywności, sprzyja narastaniu oporności bakterii, a pojawienie się nowego antybiotyku jest aktualnie rzadkością. Wprowadzenie programów ochrony antybiotyków takich jak Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, czy odpowiednie zarządzanie antybiotykoterapią (ang. *antibiotic stewardship*) spowodowało, lecz nie zahamowało nasilania oporności bakterii.

Etapy procedury obejmują: wytypowanie i kwalifikację dawcy, uzyskanie świadomej zgody rodziców na wykonanie procedury u dzieci, przygotowanie materiału (w laboratorium) oraz gastroduodenoskopię (w znieczuleniu), podczas której przez endoskop lub sondę podaje się materiał do dwunastnicy (transfer treści jelitowej). Ze względu na źródło materiału i sposób podania, wydaje się, że właściwym określeniem jest „transfer” a nie „przeszczepienie”.

Kwalifikacja dawcy: musi być młody (<35 rż) i zdrowy, niezwiązany z ochroną zdrowia (w celu uniknięcia kontaktu z ARB/MDR). W praktyce takiemu dawcy stawia się wyższe wymagania niż dawcom szpiku kostnego.

Drogi podaży: do dwunastnicy, dojelitowo (w trakcie gastroskopii). Natomiast głęboka wlewka doodbytnicza w trakcie kolonoskopii nie jest zalecana, zwłaszcza u dzieci. Atrakcyjną formą wydawało się być zastosowanie liofilizatu w postaci kapsułek, jednak okazało się, że znacznie lepsze efekty przynosi materiał świeży, ew. krótkoterminowo mrożony. Zabieg jest powtarzany 2–4-krotnie w odstępach kilkudniowych.

Ocena skuteczności FMT: najlepszym wskaźnikiem jest subiektywne odczucie pacjenta, w tym nieobecność nawrotów objawów zakażenia, poprawa tolerancji posiłków, subiektywna poprawa jakości życia. U części pacjentów dochodzi do eradykacji patogenów alarmowych, jednak zazwyczaj nie udaje się to w przypadku kolonizacji szczepów MBL+ (metallo- β -lactamazy, karbapenemazy) lub bardzo szybko dochodzi do nawrotu kolonizacji.

Sprawą do dyskusji jest dobór i kwalifikacja dawcy (istnieją już banki komercyjne), ustalenie optymalnych wskazań do zabiegu, wybór optymalnego materiału. FMT jako metoda terapeutyczna została zarejestrowana w 2013 r. przez FDA.



W naszej Klinice dotychczas przeprowadziliśmy 4 takie zabiegi u dwojga pacjentów z nawracającymi wielolekoopornymi zakażeniami zagrażającymi życiu. Materiał do transferu pochodził od dawcy wytypowanego w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Gdańsku, gdzie za projekt eradykacji bakterii MRD u pacjentów hematologicznych odpowiada dr hab. Ninela Irga-Jaworska. Cała procedura nie mogłaby się odbyć, gdyby nie udział endoskopistów z Zakładu Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego: prof. Anny Szaflarskiej-Popławskiej i dr Moniki Parzęckiej oraz udziału anestezjologów z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci. Oczywiście, zabiegi nie doszłyby do skutku, gdyby nie zaangażowanie całego zespołu Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Już teraz, widzimy że metoda ta jest skuteczna i bezpieczna. W nadchodzącym czasie planujemy wykonanie większej liczby procedur u kolejnych pacjentów, którzy mogą odnieść korzyść z tego sposobu leczenia.

Krzysztof Czyżewski, Jan Styczyński
Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Jedna na milion. Matka oddała nerkę synowi

17 listopada 2020 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy zespół Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej pod kierownictwem prof. Tomasza Drewy we współpracy z zespołem Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej pod kierownictwem prof. Zbigniewa Włodarczyka, zespołem anestezjologicznym i pielęgniarek operacyjnych oraz dzięki wsparciu radiologów pobrał laparoskopowo nerkę od dawcy żywego. 2 godziny i 59 minut później nerka została przeszczepiona 33-letniemu synowi dawczyni, który był leczony i przygotowywany do przeszczepienia przez zespół Stacji Dializ w Nakle n. Notecią kierowany przez dr n. med. Renatę Naruszewicz.

- Do końca listopada 2020 roku w Polsce przeszczepiono 31 nerek od dawców żywych. W listopadzie tylko 1 – w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy.
- Dotychczas (2000–2020) w bydgoskim ośrodku przeszczepiono 1262 nerki, w tym 32 pobrane od dawców żywych. Wykonano 2 przeszczepienia krzyżowe (2016, 2017) spośród 6 przeprowadzonych w Polsce.
- W 2015 r. przeszczepiono w Polsce 60 nerek pobranych od dawców żywych – dotychczas najwięcej w skali roku,¹ osiągając wskaźnik 1.55 na milion mieszkańców (pmp). W Turcji w 2015 r. wskaźnik ten wyniósł 33.78 pmp., a w 2019 – 36.64 pmp². Aktualnie w Polsce wskaźnik ten wynosi 1.35 pmp – można więc powiedzieć, że żywy dawca jest wyjątkowo osobą – jedną na milion.

Nie minął jeszcze miesiąc od operacji – laparoskopowego pobrania nerki i jej przeszczepienia. Jak się Państwo dziś czują?

Syn i ja czujemy się bardzo dobrze pod względem fizycznym i psychicznym. Wszyscy wspaniale się czujemy, cała rodzina odżyła.

Był ósmy miesiąc pandemii, piątek trzynastego. Dzień, w którym zostali Państwo poinformowani o wyniku decydującego badania – próby krzyżowej wykonanej w Pracowni Zgodności Tkankowej i tym samym zakwalifikowani do pobrania i przeszczepienia nerki. Jak go Państwo wspominają?

Obawy były, gdyż miesiąc wcześniej w Warszawie wyniki wyszły złe. Tym razem badanie odbyło się w Gdańsku. Strach nam towarzyszył. W piątek 13. listopada Pani zadzwoniła do nas z dobrą wiadomością. Była wielka radość i niedowierzanie – udało się!!!

To prawda, były także łzy szczęścia. Próbę krzyżową poprzedziła kwalifikacja Pani jako kandydatki na dawcę żywego i Pana – potencjalnego biorcy. Wykonane zostały badania laboratoryjne, obrazowe, mikrobiologiczne, immunologiczne i liczne konsultacje specjalistyczne. Pan był przygotowywany przez stację dializ, zaś Pani przez nasz ośrodek transplantacyjny. Jak zapamiętali Państwo proces kwalifikacji do operacji?

Część badań ja jako biorca miałem zrobionych w Szpitalu Wojskowym w Bydgoszczy, część w Szpitalu Jurasza w Bydgoszczy i resztę badań w Nakle. Będąc na spotkaniu w Nakle na stacji dializ skontaktowałam się z Panią koordynator. I od tego momentu rozpoczęła się nasza współpraca. W myślach na-



¹ Antoszkiewicz K., Mańkowski M., Czerwiński J., Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2015 r., Poltransplant Biuletyn Informacyjny 1(24), maj 2016

² www.irodac.com

zywałam Panią aniołem na ziemi. Badania wszystkie przeszedłam pozytywnie i dość sprawnie. Nie mieliśmy żadnych poślizgów. Tylko ta pandemia...

Przy Pana łóżku na sali pooperacyjnej stał narysowany dziecięcą ręką kolorowy obrazek z dedykacją „Będzie dobrze”. Taki też był nasz wspólny cel – wydłużyć życie i poprawić jego jakość. Jak wyglądało Pana codzienne życie – pacjenta dializowanego, oczekującego na Krajowej Liście Oczekujących?

To był najgorszy okres w moim życiu. Wiecznie zmęczony i obolały. Życie toczyło się między stacją dializ a domem. I tak dzień za dniem minął prawie rok.

Przez długi czas była Pani świadkiem radzenia sobie syna z chorobą. Co było największym wyzwaniem dla Matki?

Największym wyzwaniem było dla mnie, żeby zakwalifikować się do oddania nerki.

Dr Ingela Fehrman-Ekholm jest szwedzkim lekarzem nefrologiem i dawcą nerki dla męża. W Skandynawii wielu biorców otrzymuje przeszczep nerki od dawców żywych (2019 r. – Islandia 22.05 na milion mieszkańców, Dania 14.66 pmp, Szwecja 14.24 pmp, Norwegia 12.51 pmp). Najwięcej przeszczepień od żywych dawców wykonuje się w Turcji – 38.64 pmp, Arabii Saudyjskiej 29.37 pmp i Holandii 28.99 pmp. Jest Pani wyjątkową osobą, bo w Polsce dosłownie jedną na milion (1.35 pmp). Z jakimi opiniami na temat deklaracji oddania nerki i po pobraniu spotkała się Pani w swoim otoczeniu?

Wiedzieli tylko najbliżsi i kilku znajomych. Opinie były różne, np. „czy nie boję o swoje życie” lub „jesteś w naszym bloku bohaterką”. Ja odpowiadałam wszystkim: jestem matką, która kocha dzieci ponad wszystko.

W ubiegłym roku (2019) uczestniczyli Państwo w spotkaniu edukacyjnym dla pacjentów i członków ich rodzin zorganizowanym w Stacji Dializ w Nakle nad Notecią w ramach Kampanii Ministerstwa Zdrowia „Zgoda na życie” pod hasłem „Transplantacja jako solidarna metoda leczenia”. Co Państwa zdaniem powinni wiedzieć na temat przeszczepień od dawców żywych chorzy z przewlekłą chorobą nerek i ich najbliżsi? Co chcieliby Państwo przekazać osobom, którzy zastanawiają się, czy i jak zrobić pierwszy krok, by wejść na drogę, którą Państwo przeszli?

Przede wszystkim nie bać się, próbować robić wszystko co w naszej mocy, aby pomóc osobie ciężko chorej. Oby mieli szczęście spotkać na swojej dro-



dze właściwe osoby. Ja trafiłam na takie. Może i oni trafią.

Jaki był dla Państwa rok 2020?

To był ciężki rok, wiele badań, wiele wątpliwości, strachu i obawy czy to się uda. Ale dzięki determinacji i zaangażowaniu Pani koordynator Aleksandry Woderskiej-Jasińskiej i dr Marii Tomczak życie całej mojej rodziny zmieniło się diametralnie w pozytywnym tego słowa znaczeniu. Dla Pana Profesora Zbigniewa Włodarczyka i całej Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Pana Profesora Tomasza DREWY i Kliniki Urologii, wszystkich lekarzy, pielęgniarek i pozostałych osób zaangażowanych w przygotowania i nasze operacje składamy podziękowania. Rafał i Grażyna Golacik

dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska,
koordynator transplantacyjny
Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

*Zespół Kliniki Transplantologii
i Chirurgii Ogólnej życzy Pacjentom
oraz Współpracownikom
zdrowego i szczęśliwego
Nowego Roku.*

Nowatorska terapia komórkowa w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

W Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii przeprowadzono nowatorską terapię komórkową u 14-letniego pacjenta z wrodzonym niedoborem odporności i rzadkim typem chłoniaka T-komórkowego zależnego od wirusa EBV. Niezwykłość choroby polega na patologicznej proliferacji komórek T aktywowanych przez wirusa EBV, co opisano dotychczas u zaledwie około 200 pacjentów na świecie. Choroba była oporna na typowe metody leczenia chłoniaków.

Pacjentowi podano allogeniczne (tj. pochodzące od innej osoby) cytotoksyczne limfocyty o swoistości anty-EBV (tzw. VST, tj. viral specific T-cells). Według dostępnej literatury medycznej, takich terapii przeprowadzono dotychczas mniej niż u 100 pacjentów. Zastosowane w Klinice limfocyty allogeniczne miały charakter off-the-shelf, czyli produktu gotowego, dostarczanego przez wyspecjalizowaną firmę biotechnologiczną z USA. Największa trudność to dobór w zakresie antygenów HLA, ale w tym przypadku dopisało szczęście. Dotychczas pacjent otrzymał 3 dawki tej terapii komórkowej. Pacjent tolerował leczenie dobrze, nie wystąpiła choroba przeszczep-przeciwko-gospodarzowi. W związku z poprawą kontroli choroby, realizowane są dalsze etapy terapii komórkowej.

Metoda terapii cytotoksycznymi limfocytami ukierunkowanymi przeciwko wirusom jest znana na świecie od dwóch dekad, jednak stosowane są limfocyty własne (autologiczne) pacjenta. Jednak i tych



terapii wykonano na świecie dotychczas tylko kilkadziesiąt, w tym dwie w Polsce. Natomiast zastosowanie terapii cytotoksycznymi allogenicznymi limfocytami o specyficzności przeciwwirusowej wykonano po raz pierwszy w Polsce. W związku z wyjątkowością sytuacji, preparaty komórek otrzymaliśmy za darmo z USA na zasadzie „compassionate-use”.

Zespół który zorganizował i przeprowadził terapię (w grudniu 2020) to: prof. Jan Styczyński, prof. Sylwia Kołtan, dr Robert Dębski, dr Krzysztof Czyżewski oraz pielęgniarki: Agnieszka Brzezińska, Anna Ożóg, Grażyna Damrat, Aneta Zreda, Klaudia Kaczmarek. Dziękujemy też za pomoc Dyrektorowi Szpitala, paniom z Działu Organizacji i Nadzoru, Aptece Szpitalnej oraz Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i całemu personelowi Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Jan Styczyński

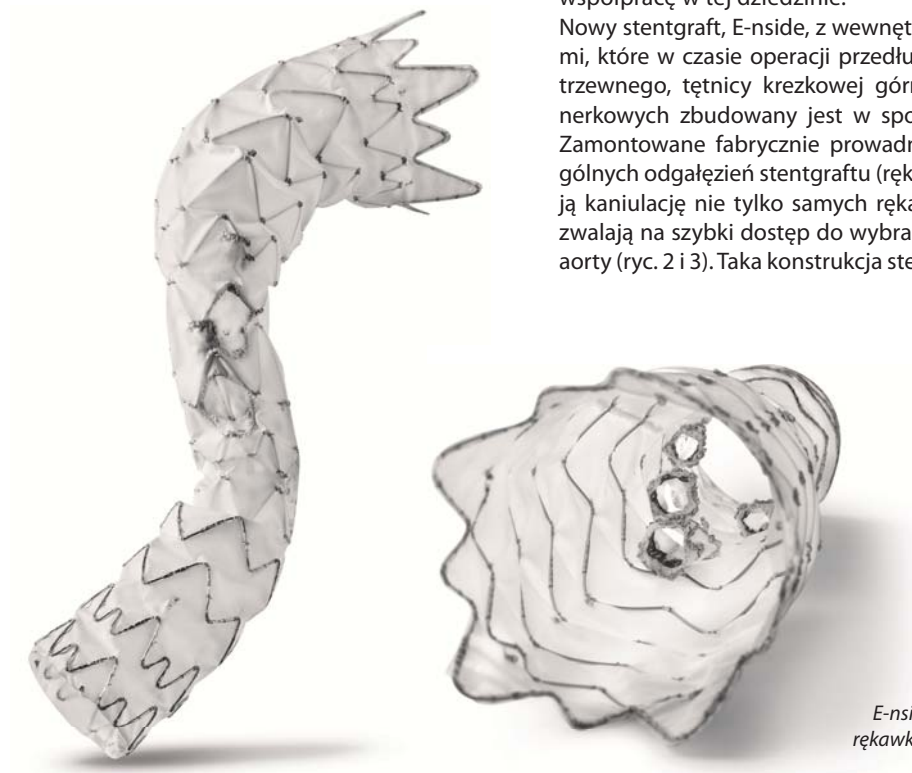


Nowy stentgraft z wewnętrznymi rękawkami już w Bydgoszczy

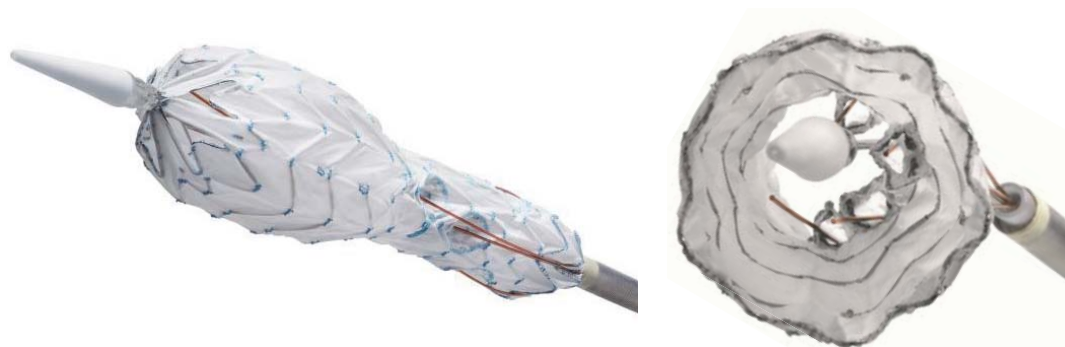
W dniach 12.11., 17.11. i 2.12.2020 zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w składzie prof. Arkadiusz Jawień i dr med. Łukasz Woda – chirurdzy oraz Bolesława Hałajczak – instrumentariuszka, przeprowadził trzy pionierskie w Polsce operacje tętniaków okołonerkowych za pomocą stentgraftu E-nside z wewnętrznymi rękawkami

firmy CryoLife® (ryc. 1). Były to nie tylko pierwsze operacje w Polsce, ale i jedne z pierwszych na świecie. Do chwili obecnej ośrodek bydgoski wykonał tych zabiegów najwięcej, a kolejni chorzy planowani są do podobnych operacji w roku 2021. W planach jest opisanie techniki operacyjnej wspólnie z zespołem chirurgów z Uniwersytetu Medycznego z Bern (Szwajcaria), z którym nawiązano ostatnio współpracę w tej dziedzinie.

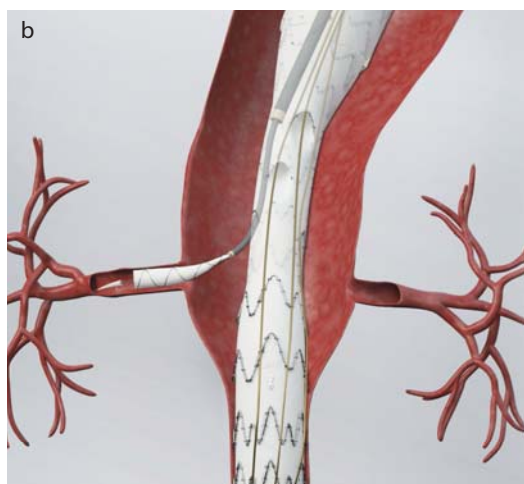
Nowy stentgraft, E-nside, z wewnętrznymi rękawkami, które w czasie operacji przedłużane są do pnia trzewnego, tętnicy kręzkowej górnej i obu tętnic nerkowych zbudowany jest w sposób szczególny. Zamontowane fabrycznie przewodniki do poszczególnych odgałęzień stentgraftu (rękawków) ułatwiają kaniulację nie tylko samych rękawków, ale i pozwalają na szybki dostęp do wybranych odgałęzień aorty (ryc. 2 i 3). Taka konstrukcja stentgraftu pozwa-



Ryc. 1. Stentgraft E-nside z wewnętrznymi rękawkami firmy CryoLife®



Ryc. 2. Stentgraft z zamontowanymi fabrycznie przewodnikami do rękawków wewnętrznych



la na skrócenie czasu potrzebnego do przedłużenia rękawków do poszczególnych tętnic odchodzących od aorty za pomocą krótkich stentgraftów łączących. Przeprowadzone zabiegi wykazały ponadto, że zastosowany stentgraft i technika jego implantacji skutkuje zmniejszeniem ilości zużytego w trakcie zabiegu kontrastu oraz czasu naświetlania chorego i zespołu.

Wydaje się, że pierwsze doświadczenia w implantacji stentgraftu E-nside są bardzo korzystne, stąd należy przypuszczać, że zarówno sam stentgraft, jak i technika jego implantacji zyska uznanie wśród chirurgów naczyniowych i stanie się procedurą szeroko stosowaną w leczeniu tętniaków piersiowo-brzusznych.

prof. Arkadiusz Jawień



Ryc. 3. Technika kaniulacji rękawków stentgraftu i przedłużania ich stentgraftem

a – widoczny cewnik wychodzący z rękawka wewnętrznego stentgraftu; b – rozprężanie stentgraftu łączącego tętnicę nerkową lewą z rękawką stentgraftu; c – końcowy wynik połączenia wszystkich rękawków stentgraftu z odgałęzieniami aorty

Webinarium on-line

Organizatorzy cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych pn. Anestezjologia Interdyscyplinarna zapraszają do udziału w webinarium pt. „Transplantologia interdyscyplinarnie – współpraca zespołów anestezjologicznych, chirurgicznych, nefrologicznych, hematologicznych, okulistycznych, patomorfologicznych, radiologicznych i urologicznych”, które odbędzie się w formie on-line dn. 26 stycznia 2021 r. Termin i tematyka szkolenia nie są przypadkowe, ponieważ tego dnia przypada 55. rocznica pierwszej w Polsce transplantacji narządu, zakończona powodzeniem i obchodzony jest z tej okazji Dzień Transplantacji w Polsce.

Prelegenci omówią interdyscyplinarne programy transplantacyjne realizowane w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, województwie kujawsko-pomorskim i w skali kraju oraz wybrane zagadnienia związane z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, także w czasie pandemii SARS-COV-2.

Program oraz sposób rejestracji na webinarium zostaną wkrótce opublikowane m.in. na stronie internetowej Szpitala.



Najciekawszy jest przegrany

Teraz napiszę coś pozytywnego. I koniecznie nie o epidemii. Mam jej serdecznie dosyć, jak wszyscy. Ale ona jest wszędzie, jest obecnie naszą codzienną rzeczywistością i nie da się w żaden sposób zaprzeczyć.

Pomyślałam więc po cichu, że trzeba w tym corona-kryzysie znaleźć jakiś sens, bo przecież każdy kryzys jest po coś i czegoś nas uczy. Mnie nauczył tego, że czas na pokorę, że nie jesteśmy panami świata, tak jak nam się to wcześniej wydawało, że potrzebujemy mniej, możemy żyć skromniej, a najważniejszą wartością w życiu jest ZDROWIE (czego wszystkim Państwu życzę!), a naszą życiową bazą są nasi najbliżsi i grono naszych przyjaciół.

Po lekarsku rzecz ujmując corona-kryzys to nasz egzamin zawodowy, może najważniejszy w życiu. Egzamin dotyczący naszego lekarskiego Ja. Każdy musi go zdać po swojemu i po raz pierwszy od wielu lat nie będzie to ani test, ani nie będzie to egzamin ustny. Będzie to nasz własny egzamin z lekarskiego życia.

Najtrudniejszy.

Takie po prostu jest życie.

Dedykuję więc wszystkim Państwu felieton, który pisałam z głęboką wiarą, że kryzysy są potrzebne, ba... niezbędne dla rozwoju.

A więc wygranej z corona-wirusem życzymy sobie wszyscy i zapraszam do lektury!

*„Nie zawsze mamy wpływ na to, co nam się przydarza,
ale zawsze mamy wybór, co z tym zrobimy”.*

Paulo Coelho

Bohdan Tomaszewski, sławny telewizyjny komentator meczów tenisowych, zwykł mawiać: „Najciekawszy jest przegrany”. Nie on jeden w porażkach upatrywał źródło sportowych sukcesów. „Grać, aby przegrać” – czy wiecie, kto napisał prowokującą do myślenia książkę pod takim właśnie tytułem? Martina Navratilowa, jedna z najsłynniejszych tenisistek świata!

Sposób przepracowania porażki, walka ze słabością ciała i duszy, potyczka ze swoim ja, analiza błędów, ich naprawa i następny mecz... Czy sportowiec podniósł się z upadku i jak szybko to uczynił, czy da radę, czy jest silny, jaką opracował technikę, ile trenował? To fascynuje. Inni znawcy sztuki sportowej walki mawiali wręcz, iż nie istnieje przegrana, jest tylko brak wygranej, który stanowi naturalną drogę do zwycięstwa, rozwija i wznosi zawodnika na wyższy poziom rozwoju. W dobie kultu sukcesu, kiedy liczy się wyścig szczurów i miejsce na podium, to

ciekawa teoria... Jednak czy nie aż nazbyt życiowa i prawdziwa?

Kilka lat temu potrzebowałam materiałów źródłowych do artykułu naukowego, będących w posiadaniu mojej wieloletniej przyjaciółki. Jej historia jest bardzo ciekawa i poruszająca. W młodości jej pasją była wspinaczka wysokogórska. Po odpadnięciu od skały podczas treningu doznała w wieku 17 lat ciężkiego urazu kręgosłupa, z wtórnym porażeniem kończyn dolnych. Już poruszając się na wózku inwalidzkim, z ogromną siłą woli i determinacją zdała maturę, a następnie skończyła studia i wyszła za mąż. Uwierzycie?

Kiedy wpadłam do niej po kilku latach przerwy w naszych kontaktach i zapukałam do drzwi usłyszałam ciche kwilenie niemowlęcia. Oniemiałam: czyżby jeszcze dała radę urodzić dziecko?! Otworzyła mi drzwi uśmiechnięta i spełniona, zapraszając, żebym weszła do środka i szybko pojechała, sprytnie kręcąc kołami swego pojazdu, do pokoju dziecięcego, by zmienić dziecku pieluszkę... Ja zaś zawstydziłam się, że w pełni władz swoich czterech kończyn robiłam wrażenie zmęczonej, niewydolnej i całkowicie bez energii. Jakże ta wizyta na mnie podziałała! Poczułam nagły przypływ wewnętrznej siły, o którą bym siebie nie podejrzewała jeszcze godzinę temu. Po powrocie do domu błyskawicznie skończyłam swój artykuł, pomimo nieprzespanej nocy dyżurowej i opadających już powiek. To ona ze wszystkim daje radę, a ja nie? – brzmiało mi w mózgu jak zacinająca się płyta.

Dziś moja przyjaciółka piastuje wysokie stanowisko na uczelni wyższej, bo oczywiście dała jeszcze radę wyhabilitować się. Kiedy pytam ją, skąd w tajemniczy sposób czerpie energię do takiej dramatycznej walki o siebie odpowiada, że codziennie w myślach i swojej podświadomości przepracowuje najtrudniejszy moment swojego życia, gdy wspinając się po skale spuściła się, poluzowując bloczki w dół, nie sprawdzając należycie zabezpieczenia zgodnie z obowiązującymi we wspinaczce zasadami bezpieczeństwa. Młodzieńcza szarża, brak wyobraźni i doświadczenia... Wszystko to zaważyło na całym jej życiu. Mimo potężnej traumy, jaką przeszła, zrobiła ze swego życia prawdziwy SUKCES. Rozwija się nieustannie.

Działa w fundacji pomagającej chorym dzieciom, nurkuje sportowo i rekreacyjnie, uczy studentów. Kryzysy w życiu: zdrowotne, ekonomiczne, finansowe, emocjonalne, są stałym jego elementem, niezbędnym do życia i przemiany duchowej. Mają wielką, ukrytą moc. Wyrzucają nas, a czasem wręcz

dramatycznie „wykatapultowują” ze strefy komfortu, w której tkwimy latami z wygodnictwa, niechęci do nowego oraz lęku przed zmianami. Czasem to beztrosny i nieprzewidywalny los pcha nas nagle, wbrew naszej woli, na nowe drogi, ale jak mawiał Einstein „nie ma mowy o nowej jakości tkwiąc w starych koleinach”.

Nagła choroba burzy dotychczasowy porządek w życiu tej osoby, którą dotknęła. Przewartościowuje cele, uczy, co w życiu najważniejsze, pokazuje dotychczasowe zaniedbania i to, czego nie zdążyliśmy zrobić, chociaż tak bardzo tego pragnęliśmy. W niektórych przypadkach całkowicie przekierowuje drogę życiową, zupełnie jak pociąg na zwrotnicy kolejowej – nagle, z ostrym zgrzytem metalu, zmienia kierunek swojego biegu, a pasażerów wyrzyna z drzemki, w którą wbiła ich monotonna jazda po prostych szynach. Ludzie z choroby często wychodzą odmienieni, bywa, że doznają głębokiej inspiracji, by pomagać innym ludziom w potrzebie. Kryzys tym samym przenosi nas w inny wymiar naszej osobowości, często na wyższy poziom duchowy i emocjonalny, poszerza naszą perspektywę.

Robert Kubica, po życiowym krachu, kiedy nikt nie rokował mu powrotu do zdrowia, a co dopiero do sportu, powrócił po 10 latach od wypadku do jazdy wyścigowej jako kierowca rajdowy „Formuły 1”. Trudno w to wprost uwierzyć. To się nazywa SUKCES!

Wszyscy wspomniani ludzie walczyli z losem i upadali, ale prawdziwego bojownika poznajesz nie po tym, jak często upada, ale jak szybko się po upadku podnosi. To wielka sztuka wytrwałości w czasie wycieńczającego wyścigu jakim jest życie. Wszystko zależy od odporności psychicznej – trzeba tylko przetrwać złą passę i znaleźć metodę, by porażkę przekuć w sukces.

Bo najciekawszy jest przegrany...

Kryzysy to też czas na refleksję, zastanowienie nad sobą i światem. Czy spełniamy swoje pasje i marzenia? Czy jesteśmy we właściwym miejscu swojego życia? Elikzir sukcesu znieczula, nie sprzyja głębokiemu odczuwaniu, pcha często w ślepe uliczki, które wiodą donikąd. Choć trudne i bolesne, kryzysy niosą więc ze sobą bardzo ożywczą energię i zmieniają wiele zakodowanych dotychczas informacji. Kiedy spróbujesz wsłuchać się w siebie, pokierujesz się wewnętrzną busolą, ustawianą tylko przez twoją podświadomość, wskoczysz z pewnością na nową trajektorię – jedyną drogę do dalszego, kreatywnego rozwoju. Trzeba tylko przeskoczyć ten głęboki ciemny rów, chwilę „zawisnąć w powietrzu”, uchwycić się nowej życiowej burty i odważnie wsiąść do nowego statku w dalszej podróży przez świat. A że się boimy? Tym większy rozwój, im większy lęk bu-

dzi w nas nowe wyzwanie. Jednak w żaden sposób tym lękiem nie możemy dać się zniewolić. To właśnie najtrudniejsza tajemnica tego procesu. Lęk paraliżuje i nie pozwala się rozwijać, trzyma nas za wszelką cenę w owym „czarnym rowie”. Nie znam kryzysu, który przetoczyłby się na „gorszą stronę”. Każda nowa jakość okazuje się w końcu lepsza niż stara, nie bójmy się więc zmian.

I nas lekarzy na co dzień nie omija syndrom porażki. Nasze lekarskie błędy i niedopatrzienia... To nimi usłana jest nasza droga zawodowa. Nie możemy ich uniknąć, choć tak bardzo się ich boimy. Paradoksalnie na nich właśnie najbardziej uczymy się medycyny. W zawodzie lekarza mądrze przepracowana porażka to źródło pokory, oręż do dalszego rozwoju, odwaga do śmiałego sięgania po nowe, światłe cele. Skoro już musi być, niech zawsze nas czegoś nowego nauczy.

Sukces jest zjawiskiem o dwóch twarzach. Jest dla nas kolosalnie ważny, ale jednocześnie męczący, narzuca ciśnienie wewnętrzne, by zdobywać kolejne sukcesy. Zjawisko to zaś pociąga za sobą presję utrzymania się na szczycie, a to jest bardzo obciążające. Widmo porażki w takim przypadku jest znacznie ciemniejsze i mroczne, niż w zwykłych okolicznościach.

W przegranej jest więcej refleksji, harmonii i po czasie dobrej perspektywy na przyszłość, bo jak jest złe, a chwilowo nie może być inaczej, to jedno jest pewne: będzie lepiej! A co będzie, jak będzie, kiedy będzie – nie wiadomo. I to jest właśnie najciekawsze. Jedno jest pewne – przegrana jednoczy. Wobec niej wszyscy jesteśmy równi, wszyscy jej bowiem kiedyś zazналиśmy, a już z sukcesem bywa różnie... Sukces przecież osiągają nieliczni. Nie bójmy się więc być *ludźmi porażki*, a nie tylko *ludźmi sukcesu*. Z tego pierwszego czerpie się bowiem znacznie więcej siły i mądrości niż z drugiego.

Dziękuję wszystkim moim Koleżankom i Kolegom, rozgrywającym swój życiowy mecz, za inspirację do napisania tego felietonu.



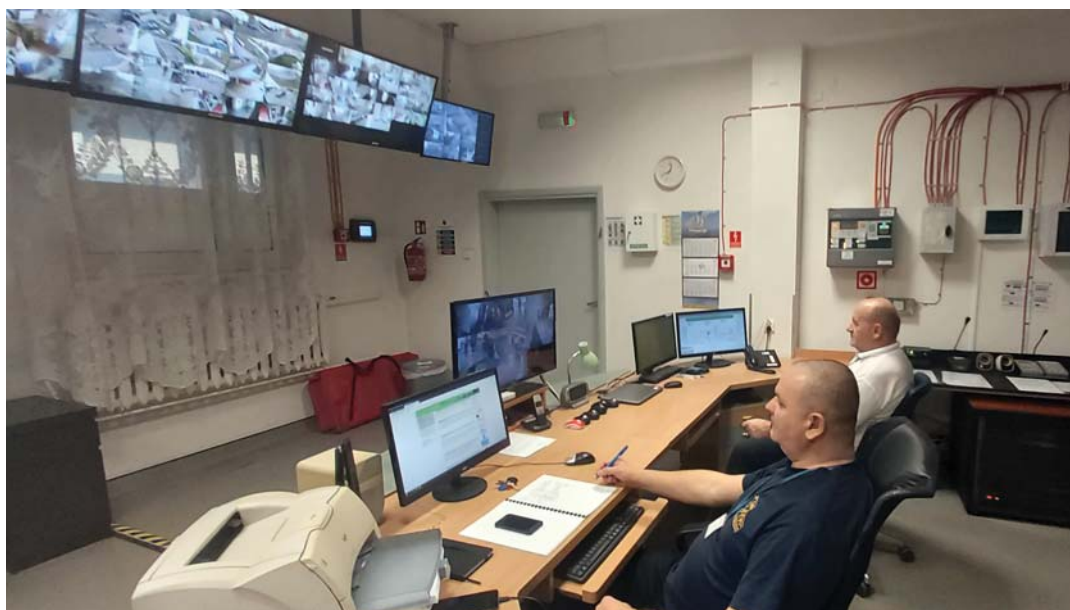
dr hab. n. med. Beata Januszko-Giergielewicz – specjalistka chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej, z zamiłowania felietonistka medyczna, autorka zbioru felietonów „Lekarz w sieci”

Alarm? Awaria? Zespół Dyspozytorów Szpitala zawsze na stanowisku!

Zespół Dyspozytorów Szpitala został powołany przez Dyrektora ds. Technicznych i Eksploatacji w celu zapewnienia całodobowego nadzoru nad bezawaryjnym funkcjonowaniem szpitala. Szefem zespołu dyspozytorskiego jest st. inspektor Dariusz Konsorski, który jednocześnie pełni funkcję inspektora ds. ochrony przeciwpożarowej. Nadzoruje on prace zespołu dyspozytorskiego oraz funkcjonowanie systemów sygnalizacji pożaru zabezpieczających szpital. *Należy mieć na uwadze że szpital wyposażony jest w ponad 6 tysięcy czujek przeciwpożarowych, 240 hydrantów i ponad 500 gaśnic i tyle samo drzwi przeciwpożarowych, które zabezpieczają bezpieczeństwo szpitala* – podkreśla Pan Dariusz Konsorski. Dyspozytor szpitala przyjmuje zgłoszenia o awariach zagrażających ciągłości pracy w jednostkach szpitala, przyjmuje zgłoszenia o zagrożeniach w sytuacjach nadzwyczajnych i podejmuje czynności zgodnie z ustalonymi procedurami, dotyczącymi takich zdarzeń jak podłożenia ładunku wybuchowego, użycie broni biologicznej, pożaru, ataku terrorystycznego itp. Zespół dyspozytorów współpracuje z służbami ochrony, które całodobowo monitorują systemy sygnalizacji pożaru oraz służbami technicznymi, które informuje o powstałych awariach. Pracownicy szpitala corocznie uczestniczą w praktycznych ewakuacjach oraz ćwiczeniach mających na celu sprawdzenie



obowiązujących procedur alarmowych w teorii i praktyce. Dyspozytor jest tu kluczowym ogniwem scalającym działania. Można powiedzieć że nasz zespół jest na pierwszej linii frontu.



Doktor w pracy

Praca na Oddziale Diennej Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży, oraz na Oddziale Stacjonarnym dla Dzieci i Młodzieży Kliniki Psychiatrii jest mocno angażująca i często wymaga nietuzinkowych rozwiązań. Ja sama nieustannie poszukuję nowych form działania z moimi podopiecznymi. Staram się być na bieżąco z ich językiem i zainteresowaniami. Dotarcie do młodych ludzi jest kluczowe w procesie terapeutycznym. Stąd też pomysł pracy z psem na oddziale. Te sympatyczne czworonogi przecież potrafią budzić pozytywne emocje. Jeśli jest to dodatkowo mała puchata kulka to nie ma szans by spotkać się z chłodnym przyjęciem. Oczywiście wszystko zaczęło się od rozmów z prof. dr hab. n. med. Aleksandrem Araszkiwiczem – Kierownikiem Kliniki. Pies na oddziale? Nie miał nic przeciwko. Później decyzja dyrekcji szpitala i zasady współpracy przedstawione przez pion epidemiologiczny i stało



się. Na naszym oddziale pojawił się u mego boku nowy terapeuta. Doktor, bo tak nazywa się piesek, to 5 miesięczny maltańczyk. Rasa psa nie jest przypadkowa. Są to niemożliwe „słodziaki” o bardzo pozytywnym i radosnym usposobieniu. Doktor ma włosy co minimalizuje problem z ewentualnym uczuleniem na sierść moich podopiecznych. Ponadto jest malutki, co dodatkowo ułatwia pracę na oddziale. Od pierwszych dni Doktor podbił serca zarówno moich podopiecznych jak i całej załogi. Rozładowuje napięcie spowodowane koniecznością hospitalizacji, daje dużo pozytywnej energii w walce z depresją, motywuje do pracy trudniejszych młodych ludzi, zachęca do zażycia leków kiedy pojawia się opór. Na chwilę potrafi wyciszyć pacjenta w niepokoju. Budzi ciekawość naszych gości. Jest już równoprawnym terapeutą choć jeszcze jest szczeniakiem i najchętniej tylko się bawi. Teraz nas wszystkich broni szczekając kiedy ktoś nowy wchodzi na oddział. Nie ma się jednak czego bać bo to tylko na przywitanie.

Myślę sobie, że mam dużo szczęścia mogąc realizować swoje pomysły na pracę z młodym pacjentem psychiatrycznym przy takim wsparciu zarówno dyrekcji szpitala jak i moich koleżanek i kolegów. Doktor to terapeuta na czterech łapach oddany całym sercem temu co robi, nawet jeśli nie ma jeszcze świadomości jaka to ciężka i ważna praca.

*Marta Kozłowska
terapeuta zajęciowy Kliniki Psychiatrii
i nauczyciel pozalekcyjnych zajęć wychowawczych*

Onko-niespodzianka

Stowarzyszenie Łatwo Pomagać przy wsparciu Darczyńców zapaliło pod oknami małych pacjentów „świećka”, które mogą podziwiać z okien. Macha do nich św. Mikołaj, pięknie mruga kolorowymi świećkami bałwanek, widzą również reniferka z saniami a także piękną dużą choinkę. Wolontariusze również pod oknami szpitala w kolorowych przebraniach zatańczyli i wykonali mini koncert. Mali pacjenci w oknach machali, razem z wolontariuszami świećli świećkami, było czuć duże emocje i mega pozytywną energię.

Stowarzyszenie Łatwo Pomagać bardzo dziękuje Dyrekcji Szpitala, za możliwość organizowania takich akcji. Doskonale wiemy, że nie wynagrodzi pacjentom to zamknięcia na święta w szpitalu z daleka od rodziny, ale może chociaż troszeczkę poprawi im ten widok nastrój.

Wioletta Górską



Uchwycone w kadrze...



Wojciech Brzeziński,
ślusarz z Działu
Utrzymania
Infrastruktury



Marlena Miklas, Kinga Wesołowska i Jolanta Gackowska
z Kliniki Neurochirurgii z odwiedzinami u Pani Anny Smolińskiej,
koordynator opieki pielęgniarstwa naszego szpitala

Podziękowania Pacjentów

Podziękowanie

W dniach od 25 do 26 września 2020 roku
przebywałem na oddziale kardiologii inwazyjnej
Kliniki Kardiologii w związku z wymianą elektrostymulatora.

Tą drogą pragnę wyrazić moje podziękowanie
panu doktorowi Ryszardowi Dobosiewiczowi
za profesjonalne przeprowadzenie zabiegu.

Dziękuję jego asystentce na sali operacyjnej za słowa otuchy.

I wreszcie dziękuję personelowi na oddziale,
a szczególnie siostrze Reni.

Przy takiej opiece aż chce się chorować.

Pozdrawiam,
wdzięczny pacjent Stefan Kraskowski

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

Marta Laska

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

PODZIĘKOWANIA
DLA
NASZYCH
BOHATERÓW



Szkolny Klub Wolontariusza
Pacystyczny Zespół Szkół Mistrzów Bydgoszczy



Dziękujemy
że
jesteście!



DZIĘKUJEMY



Dziękujemy Wam za ciężką
pracę i odwagę, którą się
wykazujecie, stawiając czoła
wirusowi

Szkolny Klub Wolontariusza
PZSM w Bydgoszczy



DZIĘKUJEMY ZA POMOC



MAZDA CX-30 IMPONUJE WYPOSAŻENIEM

Za kierownicą Mazdy CX-30 jesteś zawsze w centrum uwagi, a jej imponujące wyposażenie pozwala skupić się na przyjemności prowadzenia. Kompaktowy SUV monitoruje ruch poprzeczny podczas cofania, rozpoznaje znaki drogowe, wykrywa znużenie kierowcy, a w razie potrzeby sam hamuje przed przeszkodą. Bogate wyposażenie to dla nas standard. Mazda Standard.

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

MAZDA CX-30 JUŻ OD 557 ZŁ NETTO MIESIĘCZNIE*

KASAI MOTORS BYDGOSZCZ

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

*Przykładowa kalkulacja leasingu dla przedsiębiorców oferowanego przez Santander Consumer Multirent Spółka z o.o. z siedzibą we Wrocławiu: cena pojazdu 82 845,53 zł netto, opłata wstępna 30%, czas obowiązywania umowy: 48 miesięcy, deklarowany przebieg kilometrów 15 tys. rocznie. Produkt Mazda SkyPremium Go obejmuje administrowanie czynnościami serwisowymi. Niniejsza propozycja nie jest ofertą w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegóły u Doradcy.

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 5,9–7,3 l/100 km i 133–165 g/km. Samochody Mazda są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdują się na mazda.pl