

Kwiecień
Nr 2 (42) 2023
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





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

PIKNIK RODZINNY

dla pracowników Szpitala Jurasza

3 czerwca 2023 r.

godz. 14.00-20.00

W programie:

zabawy i konkursy
dla dorosłych i dzieci,
dmuchane atrakcje, animacje,
strefa relaksu, grill bar,
zawody sportowe, kasyno,
symulatory, warsztaty,
wieczorna potańcówka
i wiele innych niespodzianek



Oko w oko z da Vinci



Leonardo da Vinci to znany, nie tylko koneserom sztuki włoski, renesansowy artysta i uczony: malarz, rzeźbiarz, architekt, inżynier, a także wynalazca i projektant. Większość z nas na pewno kojarzy jego prace, takie jak Mona Lisa czy Ostatnia Wieczera, bo to właśnie one należą do najslawniejszych dzieł światowego malarstwa. Talent malarski niewątpliwie przysporzył mu największej popularności, warto jednak wspomnieć, że pozostałe zawodowe umiejętności artysty znacząco przyczyniły się także do rozwoju dziedzin nieartystycznych. Mało kto dziś pamięta, że opracował m.in. koncepcje czołgu oraz śmigłowca oraz że to właśnie jemu przypisuje się pierwszy w dziejach projekt robota.

Długi wstęp - ale myślę, że ostatnie zdanie wyjaśnia wszystko – to nie na sztuce dzisiaj chciałbym się skoncentrować, ale na aktualnych trendach w światowej medycynie. Tak się złożyło, że dzień 8 marca br. zapamiętamy nie tylko jako Międzynarodowy Dzień Kobiet, ale także, jako dzień pierwszej operacji robotycznej w naszym szpitalu. Jestem dumny, że w ten sposób dołączyliśmy do elitarnego grona ośrodków wykorzystujących tego typu technikę. Na co dzień staram się naszym chirurgom nie przeszkadzać w pracy, ale tym razem nie mogłem oprzeć się pokusie, aby osobiście nie doświadczyć, jak w praktyce wygląda praca przy wykorzystaniu robota Da Vinci, którego nazwa jest nieprzypadkowa i pochodzi oczywiście od nazwiska sławnego artysty i architekta. Ostatni, i jak do tej pory jedyny mój udział w zabiegu operacyjnym miał miejsce w roku 2012 w Klinice Chorób Oczu w trakcie operacji witrektomii, kiedy to jako ówczesny dyrektor ds. technicznych oceniałem wskazywane przez personel problemy techniczne sprzętu.

Wracając jednak do 8 marca 2023 r., pierwsza operacja przy wykorzystaniu robota Da Vinci obejmowała procedurę usunięcia prostaty, realizowaną przez personel Kliniki Urologii z Profesorem Tomaszem DREWĄ na czele, pełniącym funkcję operatora. Tak na marginesie szkoda, że jest to jedyna procedura w katalogu świadczeń NFZ, którą określono mianem „zastosowaniem systemu robotowego” i w ślad za tym właściwie wyceniona, adekwatnie do ponoszonych kosztów.

Pozwolę sobie w kilku słowach opisać moje doświadczenia, które przyniósł mi udział w tym zabiegu. Kiedy po przejściu „labiryntu” zaułków bloku operacyjnego, przy dochowaniu wszystkich procedur, dotarłem na salę, zobaczyłem pośrodku główną część robota z 4 ramionami zakotwiczonym nad pacjentem. Pod ścianą stała konsola chirurgiczna, przy której po chwili zasiadł operator. Pomiędzy konsolą, a stołem operacyjnym ustawiony był wózek wizyjny, zapewniający operatorowi obrazowanie 3D. Formuła wstępniaka oczywiście nie pozwala na podanie większej liczby szczegółów technicznych dlatego skoncentruję się tylko na moich pierwszych wrażeniach. **Wyjątkowa biegłość operatora** - śledząc postępy zabiegu na dużym monitorze wszystko wydawało się takie łatwe i proste choć przyznam, że nie do końca wiedziałem na jakim etapie zabiegu jesteśmy. Dopiero pakowanie usuniętej prostaty do foliowego worka w ciele pacjenta sygnalizowało, że to chyba powoli koniec. **Profesjonalizm i zgranie zespołu** – chwilami czułem się jak w samolocie, każdy wiedział co ma robić, a komunikacja sprowadzała się do wymiany czasami pojedynczych słów, z których rozumiałem może połowę np. „mycie kamery”. **Bolące nogi na koniec** – choć zabieg trwał tylko 2,5 h muszę przyznać, że czułem moje wydawałoby się niezłe wysportowane nogi, z zazdrością patrząc na wygodnie usadowionego za konsolą operatora. Pozostali członkowie zespołu już tak dobrze nie mieli. Tak przy okazji, czapki z głów dla wszystkich naszych zespołów operacyjnych za ich wysiłek przy stole operacyjnym, z którego nie wszyscy zdają sobie sprawę.

Na koniec chciałbym podziękować personelowi Bloku Operacyjnego i Kliniki Urologii za możliwość bezpośredniej obserwacji zabiegu, który mam nadzieję przejdzie do historii naszego szpitala.

dr Jacek Kryś
Dyrektor Szpitala

Za nami pierwsze operacje z użyciem robota Da Vinci

Z końcem lutego br. w Szpitalu Jurasza rozpoczęliśmy użytkowanie robota chirurgicznego najnowszej IV generacji Da Vinci X. Dzięki tej inwestycji nasz szpital dołączył do elitarnego grona 25 ośrodków w kraju, które wyposażone są w ten system i mogą zaoferować pacjentom leczenie chirurgiczne XXI wieku. Głównym obszarem zastosowania robota Da Vinci są operacje z zakresu urologii onkologicznej. To właśnie operacje urologiczne na czele z prostatektomią radykalną przyczyniły się do rozpowszechnienia chirurgii robotowej w medycynie. Poza urologią planowane jest wykorzystanie robota Da Vinci w celu przeprowadzania zabiegów kardiochirurgicznych, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej oraz chirurgii głowy i szyi.

Robot chirurgiczny Da Vinci umożliwia poprawienie komfortu pracy operatora, co bezpośrednio przekłada się na mniejsze zmęczenie po zabiegu i wyższą powtarzalność wyników operacji. Wizualizacja pola operacyjnego jest uzyskiwana przy pomocy dwukanałowej kamery generującej przestrzenny, 10-krotnie powiększony obraz wysokiej rozdzielczości. Sterowanie narzędziami odbywa się przy zastosowaniu ergonomicznej konsoli, której zadaniem jest odwzorowanie ruchów chirurga przez wieloprzegubowe ramiona robota. System Da Vinci jest szczytowym osiągnięciem technologii inżynierii medycznej w chirurgii, a działanie robota Da Vinci jest kontrolowane



przez układ sprzężonych wysokowydajnych 160 komputerów i algorytmów wykorzystujących sztuczną inteligencję. Najważniejsze zalety systemu Da Vinci, czyli doskonała wizualizacja miejsca operowanego i wysoka precyzja ruchów narzędzi wyznaczają nowe standardy w chirurgii i przesuwają granice możliwości wykonania operacji. Zainstalowany w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza robot Da Vinci jest jednym z dwóch certyfikowanych systemów w Bydgoszczy. Certyfikat amerykańskiego producenta firmy Intuitive Surgical gwarantuje niezawodne działanie, profesjonalne wyszkolenie zespołu i powtarzalną wysoką jakość każdej operacji. Głównym pomysłodawcą i koordynatorem programu chirurgii robotowej w Szpitalu Jurasza jest prof. Tomasz Drewa. Profesor jest pierwszym urologiem





w Polsce, który w 2016 roku w Toruniu, rozpoczął wykonywanie zaawansowanych operacji w urologii onkologicznej, takich jak cystektomia radykalna czy prostatektomia radykalna przy pomocy systemu Da Vinci. Z tego powodu powszechnie uznawany jest w naszym kraju za prekursora i osobę, która wdrożyła i upowszechniła technologię robotową w urologii. Dzięki ogromnej ilości wykonanych operacji, prof. Tomasz Drewa jest najbardziej doświadczonym w Polsce operatorem Da Vinci. Jednym z problemów, które stoją przed szpitalami rozpoczynającymi pracę z robotem jest długa, wielomiesięczna i żmudna krzywa uczenia się chirurgów. Natomiast nasi pacjenci dzięki unikalnemu doświadczeniu i kompetencjom prof. Dreywy będą poddawani zabiegom wykonywanym na najwyższym światowym poziomie. Gwarantuje to

krótki czas zabiegu, małą inwazyjność i fenomenalny efekt czynnościowy, niemożliwy do osiągnięcia przy pomocy klasycznej czy nawet laparoskopowej chirurgii. Operacje urologiczne będą wykonywane przez Prof. Dreywę z asystą dr hab. Jana Adamowicza. Z biegiem czasu będą szkolone kolejne zespoły operatorów, tak aby pokryć pełne zapotrzebowanie pacjentów. Klinika Urologii i Andrologii jest jednostką uniwersytecką, która wykonuje najwięcej zaawansowanych zabiegów endoskopowych i laparoskopowych w regionie. Teraz, po wielu latach starań potencjał leczniczy Kliniki, dzięki dostępowi do robota chirurgicznego Da Vinci, ulegnie zwiększeniu i dostosowaniu do najlepszych światowych standardów.

prof. Tomasz Drewa, dr hab. Jan Adamowicz



Czy roboty zmieniają oblicze medycyny?

Nie obawiamy się – roboty nie zastąpią człowieka – lekarza, pielęgniarki czy diagnosty. Przynajmniej nie za naszego życia. Są jednak od wielu lat znaczącym wsparciem w procesie leczenia pacjentów. Czy może jednak jesteśmy w trakcie robotycznej rewolucji?

Roboty chirurgiczne zrewolucjonizowały zabiegi operacyjne na świecie. W Polsce wg danych firmy Synektik (oficjalny dostawca robotów Da Vinci) dostępnych jest 26 autoryzowanych systemów Da Vinci. Łącznie wykonanych zostało ponad 8 tys. zabiegów chirurgicznych, z czego tylko w 2022 r. aż 3,5 tys. Przeszkolonych jest ponad 80 zespołów, gotowych do wykonywania operacji.

W miarę zwiększania liczby procedur dostępnych w ramach finansowania z NFZ, wykorzystanie urządzeń będzie większe i skorzysta na tym szersza grupa pacjentów. W naszym szpitalu rozpoczęliśmy wykonywanie refundowanych zabiegów prostatektomii radykalnej w leczeniu raka gruczołu krokowego z użyciem robota Da Vinci.

Prof. Tomasz Drewa jest głównym pomysłodawcą i koordynatorem programu chirurgii robotowej w naszym szpitalu - *Najważniejsze zalety systemu Da Vinci, czyli doskonała wizualizacja miejsca operowanego i wysoka precyzja ruchów narzędzi wyznaczają nowe standardy w chirurgii i przesuwają granice możliwości wykonania operacji. Zainstalowany w naszym szpitalu robot Da Vinci jest jednym z dwóch certyfikowanych systemów w Bydgoszczy. Certyfikat amerykańskiego producenta firmy Intuitive Surgical gwarantuje niezawodne działanie, profesjonalne wyszkolenie zespołu i powtarzalną wysoką jakość każdej operacji.*

Nasz personel posiada duże doświadczenie w zakresie zabiegów robotycznych. Operacje z zastosowaniem chociażby trójwymiarowej wizualizacji obrazowych danych diagnostycznych, od kilku lat z powodzeniem wykonują np. chirurdzy dziecięcy. - *Możliwości jakie daje robot Da Vinci np. w chirurgii dziecięcej są bardzo duże - ocenia dr Przemysław Gałązka kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży - Zakupienie robota Da Vinci to niewątpliwie potwierdzenie kultury innowacyjnej w naszym szpitalu. Mimo konieczności poniesienia kosztów wprowadzenia i rozwoju wielodyscyplinarnego programu chirurgii robotycznej w mojej ocenie zysk będzie oczywisty. Jest to pozyskiwanie nowych pacjentów do przeprowadzania kompleksowych procedur medycznych, z których nasz szpital słynie i które wykonujemy bardzo dobrze, są to również możliwości pozyskiwania najwyższej klasy kapitału ludzkiego, aktywi-*

zacja w zakresie rozwoju naukowego oraz korzyści wizerunkowe, takie jak popularyzacja nauki przez lekarzy ośrodka przez odczyty i prelekcje, organizacja kursów i szkoleń.

Planujemy te zaawansowane technologie robotyczne wykorzystywać również w innych specjalnościach. Jako szpital o najwyższym stopniu referencyjności mamy możliwości logistyczne, zaplecze techniczne, ale przede wszystkim wysokowykwalifikowaną kadrę medyczną, która z powodzeniem wykonuje najbardziej skomplikowane operacje w regionie: przeszczepienia wątroby, nerek, rogówek, komórek krwiotwórczych, operacje kardiochirurgiczne, zabiegi z zakresu chirurgii naczyniowej, dziecięcej. Dysponujemy także największym w regionie 40 łóżkowym zapleczem intensywnej terapii, zarówno dla pacjentów dorosłych, jak i dzieci.

- *W przypadku robotycznej chirurgii trzustki tak zwana dystalna resekcja trzustki wraz z usunięciem śledziony stanowi postępowanie w wyborze w liczących się w Europie ośrodkach – zauważa prof. Maciej Słupski, Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej - W chirurgii wątroby pełen zakres resekcji w ośrodkach mających doświadczenie jest obecnie wykonywany. W porównaniu z chirurgią laparoskopową godnym podkreślenia jest o wiele niższy odsetek konwersji (11% vs 30%), niższy koszt operacji robotycznej w porównaniu z laparoskopową, krótszy czas pobytu pacjenta w szpitalu oraz znacząco mniejszy odsetek istotnych powikłań (12% vs 23%). Opisano już pojedyncze przypadki transplantacji wątroby przy użyciu tej techniki. W naszym ośrodku, po odpowiednim przygotowaniu realnym jest już w tym roku przeprowadzanie robotycznych resekcji trzustki oraz wątroby, a celem powinno być pobranie części wątroby od żywego dawcy celem przeszczepienia.*

Z dużym zainteresowaniem o możliwościach wykorzystania technik robotycznych w naszym szpitalu wypowiadają się również lekarze otolaryngolodzy - *Chirurgia robotowa, to technologia, która obecna jest w medycynie od lat osiemdziesiątych – zauważa prof. Maciej Wróbel, Kierownik Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej - W otolaryngologii wykorzystanie tego narzędzia rozpoczęło od testów przy operacjach endoskopowych szyi już w 2002 roku, natomiast pierwsze zabiegi przeprowadzono w 2005 roku, wykorzystując je do usunięcia zmian chorobowych części krtaniowej gardła. Dalszy rozwój technologii i nabywanie doświadczeń doprowadziło do opracowania procedury chirurgicznej określanej jako TORS (ang.*

transoral robotic surgery) – chirurgia robotowa przez jamę ustną. Obecnie procedury TORS wykorzystywane są głównie w onkologii do leczenia nowotworów nasady języka, migdałków, zmian zlokalizowanych w obrębie jamy ustnej i gardła. Wraz ze wzrostem dostępności technologii wskazania również ulegają poszerzeniu, m.in. o leczenie pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym, pacjentów z chorobami ślinianek. Chirurgia robotowa coraz szerzej znajduje zastosowanie w oto-

chirurgii - leczeniu operacyjnym chorób ucha oraz w chirurgii podstawy czaszki.

W naszym szpitalu mamy to co najważniejsze – potencjał ludzki – lekarzy, pielęgniarki i pozostały personel, który chce pracować na najnowocześniejszym sprzęcie, chce się uczyć, szkolić i poznawać możliwości wykorzystania robotów. Ten potencjał z pewnością wykorzystamy dla dobra pacjentów.

Marta Laska

Kolejne miliony dla Szpitala Jurasza na zakup nowoczesnej aparatury medycznej

20 mln zł otrzyma Szpital Jurasza na zakup nowoczesnej aparatury i doposażenie klinik i zakładów diagnostycznych. Fundusze pozyskano w ramach organizowanego przez Ministerstwo Zdrowia konkursu dla szpitali ponadregionalnych, oddziałów onkologicznych i pracowni diagnostycznych w ramach REACT-EU, działanie: Wspieranie naprawy i odporności systemu ochrony zdrowia. Środki przeznaczone zostaną na zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia pacjentów. Po niedawno zakończonych pracach remontowych i wymianie większości wyposażenia Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, sfinansowanych ze środków UE oraz budżetu Państwa, obecnie zostanie on doposażony w rezonans magnetyczny 3T za kwotę ponad 7 mln. zł. Jest to sprzęt najnowszej generacji, pozwalający na wszechstronną diagnostykę kardiologiczną i neurologiczną umożliwiającą m.in. ocenę ewentualnych skutków COVID-19. Możliwe będzie także przeprowadzanie diagnostyki onkologicznej obszaru całego ciała w trakcie jednego badania. Warto podkreślić, że Szpital Jurasza jest jednym z nielicznych ośrodków, które podejmują się wykonywania badań u dzieci, które przebiegają w znieczuleniu ogólnym. Co ważne dla pacjentów – wymiana rezonansu zapewni krótszy czas badania oraz większy komfort – nowy aparat jest bardziej przestronny, lepiej oświetlony i wentylowany, a poziom generowanego w nim hałasu jest niższy. Zakład otrzyma także nowy aparat RTG.

Szpital inwestuje również w rozwój Kliniki Kardiologii – na przestrzeni ostatnich 4 lat klinika doposażona została w 2 nowoczesne angiografy cyfrowe. Obecnie przyznana dotacja pozwoli na wymianę kolejnego angiografu, który zostanie uruchomiony w Pracowni Elektrofizjologii, zajmującej się diagnostyką i leczeniem zaburzeń rytmu serca.

Kolejnym sukcesem jest pozyskanie środków w wysokości łącznej około 1 mln zł dla Zakładu Mikrobiologii, który jest obecnie jednym z najnowocześniejszych w regionie. Dotacja obejmuje m.in. zakup analizatora PCR umożliwiającego równoczesne wykrywanie wirusów, bakterii, drożdżaków, pasożytów i / lub genów oporności na antybiotyki w czasie około jednej godziny w odniesieniu do zakażeń krwi, układu oddechowego, pokarmowego i nerwowego, szczególnie istotną w przypadku pacjentów pediatrycznych. Ponadto do szpitala trafią m.in.: USG, EKG, systemy monitorowania funkcji życiowych, respiratory, inkubatory hybrydowe, kolonoskopy, gastroskopy, a także sprzęt chirurgiczny dla Zespołu Sal Operacyjnych.



Jeden z aparatów MRI na obecnym wyposażeniu Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Niedługo Zakład wzbogaci się o kolejne urządzenie najnowszej generacji.

Centrum Zdrowia Psychicznego

Szpital Jurasza w ramach pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego uruchomił Centrum Zdrowia Psychicznego, jako środowiskowy model opieki psychiatrycznej.

Centrum Zdrowia Psychicznego to miejsce dla osób dorosłych, które doświadczają kryzysu zdrowia psychicznego lub cierpią z powodu choroby psychicznej – podkreśla dr Przemysław Grudzka, kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego – Tu otrzymają bezpłatną kompleksową pomoc medyczną, psychologiczną i społeczną. Na wsparcie psychologiczne mogą liczyć również rodziny i bliscy osób doświadczających choroby psychicznej. Z pomocy naszego Centrum skorzystać mogą mieszkańcy Bydgoszczy oraz gmin Solec Kujawski, Nowa Wieś Wielka i Dąbrowa Chełmińska. Do Centrum można zgłosić się bez skierowania i wcześniejszych zapisów.

By uzyskać pomoc można zgłosić się osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej do Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych, w których dyżurują specjaliści (pielęgniarka, lekarz, psycholog) gotowi do udzielenia wsparcia i przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych, na podstawie których zostanie opracowany wstępny plan pomocy i leczenia. Pomoc będzie udzielana według indywidualnych potrzeb osoby zgłaszającej się. Formy pomocy w Centrum Zdrowia Psychicznego to: oddział psychiatryczny całodobowy; oddział dzienny psychiatryczny, poradnia zdrowia psychicznego (w tym porady lekarskie, porady psychologiczne, sesje psychoterapii) oraz zespół leczenia środowiskowego (domowego), w ramach którego pacjent będzie mógł uzyskać poradę lekarza, psychologa, pracownika socjalnego czy wizytę terapeuty środowiskowego. Dodatkowo w Fordonie działać będzie Klub Pacjenta, którego zadaniem będzie organizowanie i prowadzenie zajęć o charakterze rehabilitacyjnym, a w szczególności rozwijanie umiejętności współżycia społecznego, przełamanie izolacji społecznej osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, przygotowanie osób z zaburzeniami psychicznymi do powrotu i prawidłowego funkcjonowania w życiu społecznym, kształtowanie współpracy w grupie, pogłębianie zainteresowań i wypełnianie wolnego czasu. Spotkania Klubu Pacjenta prowadzone są przez Asystenta Zdrowienia przy nadzorze organizacyjnym terapeuty. Uczestnictwo w Klubie jest bezpłatne



i dobrowolne. Szpital zatrudnił również Asystentów Zdrowienia czyli osoby, które doświadczyły kryzysu psychicznego, poradziły sobie z nim, przeszły szkolenie przygotowujące do roli asystenta zdrowienia i wspierają osoby w kryzysie i ich bliskich. Są przykładem na to, że z załamaniem psychicznym można sobie poradzić. Są inspiracją w tym, jak o siebie dbać, by kryzys nie powrócił. Mogą pomóc np. w rozpoznawaniu objawów, które go zwiastują takich jak bezsenność, utrata apetytu, odczuwanie nieuzasadnionego lęku.

Punkty Zgłoszeniowo-Koordynacyjne:

Poradnia Zdrowia Psychicznego

ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
(Budynek G) Psychiatryczna Izba Przyjęć
czynne od poniedziałku do piątku
w godz. 8.00-18.00
tel. 52/ 585 7251, 52/ 585 4255
e-mail: czp1@jurasza.pl

Poradnia Zdrowia Psychicznego

ul. Jarużyńska 9, 85-790 Bydgoszcz (Fordon)
czynne od poniedziałku do piątku
w godz. 8.00-18.00
tel. 887 772 877, 887 339 517
e-mail: czp2@jurasza.pl

www.czp.jurasza.pl



CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Uniwersyteckie Centrum Terapii Pozaustrojowych

Uniwersyteckie Centrum Terapii Pozaustrojowych powstało w odpowiedzi na potrzeby pacjentów z Bydgoszczy i województwa kujawsko-pomorskiego, którzy w przebiegu ciężkiej choroby rozwijają niewydolność wielonarządową, wymagającą wsparcia terapiami pozaustrojowymi.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza to miejsce, które zajmuje się leczeniem najcięższych chorych pacjentów, wymagających wysokospecjalistycznej wiedzy oraz najnowocześniejszego sprzętu. Multidyscyplinarne zespoły Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii posiadają najwyższe kwalifikacje oraz wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu tych innowacyjnych, niezwykle prężnie rozwijających się i zaawansowanych terapii. Wielospecjalistyczne wsparcie kadrą m.in. Kliniki Kardiochirurgii, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej oraz Kliniki Kardiologii pozwala na holistyczną diagnostykę i leczenie najcięższych chorych. Uniwersyteckie Centrum Terapii Pozaustrojowych jest miejscem, które jako jedyne w regionie posiada możliwość zastosowania pozaustrojowej oksygenacji membranowej w konfiguracji żyłno-żyłnej lub żyłno-tętnicznej (w szpitalu dostępne są obecnie 4 aparaty ECMO), zaawansowanych technik wspomagania funkcji wątroby (dializa albuminowa wraz z systemem recykulacji adsorbentów molekularnych, MARS), pozaustrojowego usuwania dwutlenku węgla, zaawansowanych technik oczyszczania krwi (w tym



plazmaferazy) i ciągłych technik nerkozastępczych (w tym z wykorzystaniem kolumn adsorbencyjnych). Terapie te ratują życie najcięższym chorym pacjentom, wspomagając lub zastępując funkcję uszkodzonego narządu. Umożliwiają leczenie pacjentów z niewydolnością krążeniowo-oddechową, niewydolnością wątroby, głęboką hipotermią, sepsą, niewydolnością nerek, ciężkich zatruc czy z oporną na farmakologiczne leczenie chorobą autoimmunologiczną. Posiadamy bardzo duże doświadczenie w leczeniu najcięższych chorych pacjentów, wynikające m.in. z przeprowadzenia największej w regionie ilości terapii ECMO, w tym w przebiegu SARS-CoV-2 oraz po zabiegach kardiochirurgicznych oraz z faktu, że w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej naszego szpitala stworzono pierwszy w regionie program przeszczepiania wątroby i od 2017 roku wykonano ponad 40 transplantacji. Kompleksowa opieka nad pacjentami sprawowana jest na ponad 30 w pełni wyposażonych stanowiskach intensywnej terapii.

Uniwersyteckie Centrum Terapii Pozaustrojowych to także możliwość pomocy chorym dla których prowadzone leczenie jest „terapią pomostową” do np. przeszczepu serca, płuc lub wątroby.

Centrum posiada również karetkę przystosowaną do transportu pacjentów w trakcie terapii ECMO, a także zespół wyjazdowy przygotowany do rozpoczęcia terapii pacjenta wymagającego ECMO hospitalizowanego w innym szpitalu i transportu do Uniwersyteckiego Centrum Terapii Pozaustrojowej, celem dalszego leczenia.

dr Przemysław Jasiewicz

Kontakt:

Koordynator: 52/ 585 7134, 52/ 585 4666

Kontakt do Zespołu ECMO:

52/ 585 4600, 52/ 585 4440

www.uctp.jurasza.pl

e-mail: uctp@jurasza.pl



Dr hab. Jan Zabrzyński – nowy Kierownik Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Z dniem 1 lutego dyrektor szpitala powierzył funkcję Kierownika Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dr. hab. n. med. i n. o zdr. Janowi Zabrzyńskiemu.

Dr hab. Jan Zabrzyński ukończył studia wyższe na kierunku lekarskim CM UMK w 2012 r. ze średnią ocen 4.5. W latach 2011-2012, brał udział w wymianie studenckiej w ramach programu ERASMUS, gdzie zainteresował się ortopedią. Swoją pracę naukową rozpoczął w 2009 r., będąc jeszcze studentem kierunku lekar-



skiego CM UMK. Pierwsze kroki w zakresie prowadzenia badań naukowych stawiał w ramach zajęć dodatkowych z zakresu Patomorfologii Klinicznej pod kierownictwem wybitnego nauczyciela akademickiego – dr n. med. Jacentego Szukalskiego. Stopień doktora nauk medycznych otrzymał w 2018 r., na podstawie zbioru powiązanych tematycznie prac naukowych pod wspólnym tytułem rozprawy doktorskiej pt. „Ocena patologii ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia w przebiegu procesu tendinopatii z wykorzystaniem ultrasonografii, artroskopii, mikroskopii świetlnej oraz elektronowej”. Pracę doktorską zrealizował pod kierunkiem prof. dr hab. Dariusza Grzanki – kierownika Katedry Patomorfologii Klinicznej. Rozprawa została wyróżniona przez Radę Wydziału Lekarskiego CM UMK. Jest autorem 36 publikacji w czasopismach naukowych o łącznym współczynniku oddziaływania IF ponad 100. Jego prace były cytowane ponad 250 razy, a indeksy Hirscha oraz i-10 wynoszą odpowiednio 10 punktów. Głównie zainteresowania naukowe dotyczą patologii w obrębie tkanki ścięgnistej, głównie etiopatogenezy chorób ścięgien, a także małoinwazyjnych metod leczenia ścięgien oraz łokotek. Prowadzi również badania nad wpływem palenia na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, urazami sportowymi układu narządu ruchu oraz mechaniką i trwałością endoprotez stawów biodrowych oraz kolanowych. Stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu otrzymał decyzją Rady Dyscypliny Nauki Medyczne CM UMK w 2022 r. na podstawie cyklu 5 powiązanych tematycznie prac, opublikowanych w czasopismach naukowych pod wspólnym tytułem: „Badania nad przewlekłymi

chorobami ścięgien z uwzględnieniem roli palenia tytoniu w ich patogenezie oraz oceną przydatności aktualnych metod diagnostycznych i terapeutycznych”.

W ramach współpracy ustanowionej z inicjatywy profesora powstał interdyscyplinarny zespół badawczy łączący ośrodki naukowe krajowe i zagraniczne (Poznań, Kraków, Ankara, Mediolan, Baltimore). Współpracuje również z otoczeniem gospodarczym w zakresie endoprotezoplastyki biodra oraz kolana.

Po ukończeniu szkolenia rezydenckiego w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Szpitala w Inowrocławiu, jako wolontariusz rozpoczął pracę w Klinice Ortopedii Ogólnej, Onkologicznej i Traumatologii UM w Poznaniu (pod kierownictwem prof. Jacka Kruczyńskiego). Równolegle prowadził zajęcia dydaktyczne w Klinice Ortopedii Ogólnej, Onkologicznej i Traumatologii UM w Poznaniu i Katedrze Patomorfologii CM UMK oraz dodatkowe wykłady dla zainteresowanych studentów, związane z mechanizmami patologicznymi w obrębie tkanki ścięgnistej w ramach współpracy z Katedrą Histologii i Embriologii CM UMK.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii, Polskiego Towarzystwa Artroskopowego, European School for Training in Orthopaedics, European Society for Surgery of the Shoulder and the Elbow, European Society of Sports Traumatology Knee Surgery & Arthroscopy. Pełnił funkcję recenzenta w 16 zagranicznych czasopismach naukowych. W 2022 r. pod kierownictwem prof. Gazi Huri odbył staż kliniczny z zakresu chirurgii barku i medycyny sportowej na Hacettepe University (Ankara, Turcja).

Szczególne obszary zainteresowań w ortopedii to leczenie artroskopowe stawów (staw kolanowy, bark, staw skokowy) oraz małoinwazyjne rekonstrukcje w obrębie kolana, stawu skokowego i barku. Dodatkowo zajmuje się leczeniem korekcyjnym wad stóp, leczeniem operacyjnym ostrych urazów oraz chorób przeciężeniowych ścięgien (tendinopatii) i przyczepów ścięgien (entezopatii), leczeniem operacyjnym złamań oraz endoprotezoplastyką stawów (głównie staw biodrowy i kolanowy).

Kierownik Sekcji Realizacji Projektów Inwestycyjnych

Z dniem 2 stycznia 2023 r. dyrektor szpitala powierzył Pani Emilii Dermont-Należytej stanowisko Kierownika Sekcji Realizacji Projektów Inwestycyjnych. Emilia Dermont-Należyta jest absolwentką Akademii Techniczno-Rolniczej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich w Bydgoszczy na Wydziale Budownictwa i Inżynierii Środowiska – specjalność urządzenia sanitarne. Karierę zawodową rozpoczęła w 1999 roku w Ogólnokrajowym Przedsiębiorstwie Ekologiczno-Inżynieryjnym EKOBUD w Bydgoszczy jako Asystent Projektanta z branży sanitarnej, specjalizując się głównie w projektowaniu obiektów związanych z oczyszczaniem ścieków oraz sieci wodociągowo-kanalizacyjnych. W kolejnych latach pracowała w Miejskich Wodociągach i Kanalizacji w Bydgoszczy, jako specjalista w zakresie warunków



kontraktowych FIDIC, gdzie brała czynny udział przy realizacji pierwszych w Polsce projektów inwestycyjnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Po uzyskaniu uprawnień budowlanych w specjalności instalacyjnej w zakresie sieci, instalacji i urządzeń cieplnych, wentylacyjnych, gazowych, wodociągowych i kanalizacyjnych bez ograniczeń podjęła pracę na stanowisku Kierownika Jednostki Realizacji Projektów w Zakładzie Wodociągów i Kanalizacji w Żninie nadzorując największą w mieście inwestycję budowlaną, związaną z modernizacją i przebudową oczyszczalni ścieków. Od wielu lat zaangażowana jest w tworzenie założeń, realizację i rozliczanie projektów inwestycyjnych, głównie współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.

6 konsultantów w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

W Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii pracuje 6 osób pełniących funkcje konsultantów. Funkcje Konsultantów Krajowych pełnią: prof. dr hab. Jan Styczyński w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej oraz dr hab. prof. UMK Sylwia Kołtan w dziedzinie immunologii klinicznej. Funkcje konsultan-

tów wojewódzkich pełnią: dr hab. prof. UMK Krzysztof Czyżewski w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, dr n. med. Elżbieta Grzešek w dziedzinie immunologii klinicznej, dr n. med. Jolanta Czajkowska-Fesio w dziedzinie pielęgniarstwa oraz dr n. med. Andrzej Kołtan w dziedzinie pediatrii.



Na zdjęciu od lewej:
dr hab. prof. UMK Krzysztof
Czyżewski, prof. Jan Styczyński,
dr n. med. Elżbieta Grzešek,
dr hab. prof. UMK Sylwia Kołtan,
dr n. med. Jolanta Czajkowska-Fesio,
dr n. med. Andrzej Kołtan

Chirurgia plastyczna to często ostatnia „deska ratunku”

Rozmowa z dr hab. n. med. Arkadiuszem Jundziłłem, prof. UMK, Kierownikiem Kliniki Chirurgii Plastycznej

Marta Laska: Minęło kilka miesięcy od kiedy kieruje Pan Profesor Kliniką Chirurgii Plastycznej. Jak się Pan czuje w nowej roli?

dr hab. n. med. Arkadiusz Jundziłł, prof. UMK: Powiem szczerze, że ilość spraw organizacyjnych do załatwienia przerosła moje najśmielsze oczekiwania. Nowa rola wymagała ode mnie przeorganizowania swojej pracy tak, abym miał czas zarówno na rozwijanie swojej pasji zawodowej, jaką jest chirurgia plastyczna, jak i czas na kierowanie oddziałem. Uważam, że nie byłoby to możliwe bez ogromnej życzliwości i wyrozumiałości pracujących w Oddziale Pielęgniarek, Lekarzy, jak i sekretarki Aliny.

Jaki zakres świadczeń proponujecie pacjentom, jakie zabiegi są najczęściej wykonywane?

Nasza klinika oferuje szeroki wachlarz zabiegów począwszy od chirurgii onkologicznej, leczenia wad wrodzonych, kończąc na szeroko rozumianej chirurgii rekonstrukcyjnej. Głównym zakresem naszych działań jest chirurgia twarzy i piersi. Najwięcej operujemy pacjentów z nowotworami skóry twarzy. Najczęściej są to bardzo zaawansowane onkologicznie przypadki, wymagające rozległych plastyk płatowych.

Jak ocenia Pan rozwój i możliwości naszej kliniki?

Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej planuje dalszy rozwój w kierunku poprawy jakości leczenia pacjentów onkologicznych. W celu realizacji tego zamierzenia pragniemy poszerzyć wachlarz wykonywanych zabiegów z zakresu mikrochirurgii rekonstrukcyjnej. Szczególnie nowoczesnym leczeniem rekonstrukcyjnym (wolne i zrotowane płaty) chcielibyśmy objąć pacjentki po mastektomiach z powodów onkologicznych. Naszym drugim celem jest rekonstrukcyjne leczenie pacjentek po profilaktycznych mastektomiach z powodu BRCA1 i BRCA2. Ponadto zastosowanie rekonstrukcji wolnymi płatami u pacjentów po wycięciu rozległych nowotworów twarzoczaszki pozwoli na uzyskanie lepszej jakości życia oraz szybszy ich powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Największą przeszkodą w realizacji tych celów jest brak wystarczających ilości



łóżek. Jesteśmy ograniczeni lokalowo - mamy 4 sale chorych - w sumie 12 łóżek. Ponadto plany rozwoju Kliniki zależą od zwiększenia zatrudnienia kadry lekarskiej i pielęgniarskiej.

Chirurg plastyk to zawód czy powołanie?

Jest to temat rzeka, ale każdy kto pracuje jako lekarz czy pielęgniarka wie, że pracy w publicznej służbie zdrowia nie wykonuje się w celach zarobkowych. Motywacją jest pasja i powołanie do leczenia i opieki nad chorymi,

a często bardzo chorymi pacjentami. Pracę lekarza plastyka można podzielić na tę w sektorze publicznym i prywatnym. Obszary te mają odmienną specyfikę. Uważam, że praca w jednym i drugim sektorze pozwala chirurgowi plastycznemu na znalezieniu równowagi między wykonywaniem zawodu, a realizowaniem powołania do leczenia pacjenta.

Jak wspomina Pan swoją pierwszą operację plastyczną?

Pierwszym było poczucie spełnienia zawodowego. Robiłem specjalizację starym trybem tzn. musiałem zrobić specjalizację z chirurgii ogólnej. Wymagało to ode mnie naprawdę ogromnego poświęcenia i dużo nieprzespanych nocy. Drugim to poczucie ogromnej odpowiedzialności za efekt wykonywanego zabiegu.

Co jest największą trudnością w chirurgii plastycznej?

Największą trudnością w chirurgii plastycznej jest fakt oceniania efektów leczenia, a nie procesu leczniczego. Efekty naszego leczenia są szeroko komentowane a każda niedoskonałość jest szeroko krytykowana. Kolejnym wyzwaniem jest niesienie pomocy ofiarom oparzeń, nowotworów, wypadków lub osób z wadami wrodzonymi. W wielu wypadkach chirurgia plastyczna jest ostatnią deską ratunku. Jest to nobilitujące, ale wiąże się z ogromną odpowiedzialnością za życie pacjenta.

Jak będzie wyglądała chirurgia plastyczna przyszłości? Czy będzie to li tylko skupienie na „poprawianiu natury”, czy jednak ważniejsza będzie pomoc pacjentom których leczenia nikt inny nie chce się podjąć, chorzy ze zniekształceniami po urazach, z ubytkami po nowotworowych, dzieci z wadami rozwojowymi itp.

Przyszłość chirurgii plastycznej będzie ściśle związana z dalszym rozwojem medycyny w tym rozwoju technologicznego ludzkości. Ma Pani rację, że poprawianie natury, medycyna estetyczna staje się mocno dominującą gałęzią chirurgii plastycznej. Sprzyja temu szeroka popularyzacja w programach telewizyjnych, internecie i prasie. Obserwując rozwój chirurgii plastycznej na przestrzeni lat, widzę, że chirurgia rekonstrukcyjna rozwija się bardzo obiecująco, a efektem tego są spektakularne zabiegi przeszczepiania twarzy i rąk. Uważam, że bardzo dużym wyzwaniem jest diagnostyka i kompleksowe leczenie nowotworów skóry. Obecnie prowadzi się badania nad możliwością wczesnego wykrywania raka skóry, jak również próbuje się znaleźć markery odpowiedzialne za ocenę złośliwości nowotworów. Kolejną dziedziną jest medycyna regeneracyjna i inżynieria tkankowa. Dzięki nim jesteśmy w stanie rekonstruować coraz bardziej rozległe i złożone ubytki tkankowe. Sądzę, że dalszy rozwój wykorzystania potencjału komórek macierzystych pozwoli na kierunkową regenerację tkanek a nawet całych narządów.

Dziękuję za rozmowę



Pierwszy transport ECMO

22 marca 2023 r. odbył się pierwszy w naszym szpitalu transport karetką pacjenta w trakcie terapii ECMO. Pacjenta przebywającego na Oddziale Kardiologii przekazano do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, celem wykonania przeszczepu serca. Transport był możliwy dzięki posiadanym urządzeniom ECMO oraz doposażeniu i dostosowaniu jednej ze szpitalnych karetek do przewozu pacjentów w trakcie tej terapii.

Doświadczenie zespołu oraz posiadany sprzęt będą podstawą do utworzenia w ramach Uniwersyteckiego Centrum Terapii Pozaustrojowych pierwszego w regionie Mobilnego Zespołu ECMO, zdolnego do wdrożenia terapii ECMO poza naszym szpitalem i kontynuowania jej w ramach naszego ośrodka. Pierwszy transport pacjenta w trakcie terapii ECMO wykonali dr n. med. Przemysław Jasiewicz, pielęgniarki z Oddziału Kardiologii mgr Grażyna Węclewska i mgr Kamila Ostaniewicz oraz Pan Krzysztof Kobusiński i Pan Marek Stachowiak.

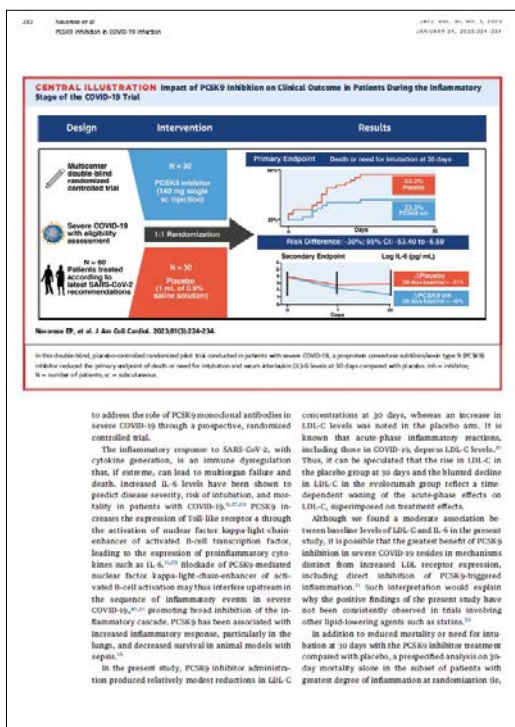
Przemysław Jasiewicz



Czy to przełom w leczeniu ciężkiej postaci COVID-19?

16 stycznia w Journal of American College of Cardiology opublikowano wyniki badania IMPACT SIRIO-5. To randomizowane badanie kliniczne, przeprowadzone pod kierunkiem prof. Jacka Kubicy i prof. Eliano Navarese testowało hipotezę, że inhibitory PCSK9 (*proprotein convertase subtilisin/kexin 9*) - leki stosowane w leczeniu zaburzeń lipidowych, są także skuteczne w leczeniu pacjentów z burzą cytokinową w przebiegu COVID-19. Ta ciężka postać zakażenia SARS-CoV-2 obarczona ok. 50% śmiertelnością stanowi od początku pandemii największe wyzwanie dla lekarzy. Badacze wykazali, że jednorazowe podanie inhibitora PCSK9 (evolocumab) wiązało się ze zmniejszeniem ryzyka zgonu lub konieczności intubacji aż o 30% w porównaniu z placebo. W grupie pacjentów ze szczególnie nasiloną reakcją zapalną śmiertelność była niższa w grupie aktywnie leczonej o 37,5%. - *Leki, które stosujemy do leczenia zaburzeń lipidowych, do leczenia hipercholesterolemii, okazały się jednocześnie bardzo silnymi lekami działającymi przeciwwapalnie, a istotą burzy cytokinowej w przebiegu COVID-19 jest nasilone zapalenie, które zaczyna niszczyć człowieka, z którym zwyczajnie sobie nie radziłyśmy* – tłumaczy prof. dr hab. Jacek Kubica Kierownik Kardiologii. Tak wysokiej skuteczności leczenia nie odnotowano dotąd w przypadku żadnego z dotychczas testowanych leków. Te wyniki potwierdziły opublikowane kilka miesięcy wcześniej założenia badania IMPACT SIRIO-5. Badacze uważają, że inhibitory PCSK9 mogą stanowić nową ścieżkę terapeutyczną obok obecnie zalecanych metod leczenia COVID-19 o ciężkim przebiegu. Jednak badanie IMPACT SIRIO-5 zaplanowano i przeprowadzono jako pilotaż sprawdzający hipotezę w grupie 60 chorych. Dlatego, aby jednoznacznie i twierdząco odpowiedzieć na pytanie „Czy to przełom w leczeniu ciężkiej postaci COVID-19?” konieczne jest potwierdzenie tych wyjątkowo zachęcających wyników w większej populacji. - *Do tej pory przebadaliśmy 60 pacjentów w bardzo ciężkim stanie z COVID-19. Żeby dowieść jednoznacznie, potwierdzić nasze znaleziska, te bardzo pozytywne, zachęcające wyniki, potrzebowalibyśmy zrobić badania w populacji 300 osób* – dodaje prof. dr hab. Jacek Kubica.

Tę opinię podzielają autorzy artykułu redakcyjnego (Sascha Goonewardena, University of Michigan i Robert Rosenson, Mount Sinai Icahn School of Medicine, New York City) komentujący badanie przeprowadzone w Collegium Medicum UMK na łamach Journal of American College of Cardiology. Publikacja wyników



badania IMPACT SIRIO-5 spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem międzynarodowych agencji informacyjnych - w ciągu zaledwie 2 dni od publikacji wywiady z autorami oraz komentarze innych naukowców ukazały się w: TCTMD Daily News, MEDPAGE TODAY, CRT online News, Tittle Press, Les Actualites. Przeprowadzenie badania IMPACT SIRIO-5 było możliwe dzięki osobistemu zaangażowaniu członków personelu medycznego Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza oraz Szpitala Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy leczących chorych na COVID-19. Badanie to w całości było finansowane ze środków Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

prof. Jacek Kubica, prof. Eliano Navarese



JACC®
Journals

Pierwsze operacje endoprotezoplastyki stawu biodrowego z wykorzystaniem dostępu MIS-DSA

Lekarze ortopedzi z naszego szpitala wykonali pierwsze operacje endoprotezoplastyki stawu biodrowego z wykorzystaniem dostępu MIS-DSA.

U pacjentów zastosowano metodę endoprotezoplastyki stawu biodrowego z dostępu małoinwazyjnego MIS-DSA (z ang. Minimally Invasive Surgery Direct Superior Approach), który jest modyfikacją dostępu klasycznego tylnego, oszczędzającą pasmo biodrowo-piszczelowe i rotatory zewnętrzne krótkie stawu biodrowego. Technika ta przyspiesza okres rekonwalescencji po zabiegu. Co więcej, przy mniej rozległym dostępie, uzyskuje się mniejszą traumatyzację tkanek z zachowaniem pełnej ekspozycji stawu. Dzięki użyciu specjalnych haków operacyjnych oraz tzw. offsetowych narzędzi możliwe jest prawidłowe osadzenie implantu nawet z niewielkiego dostępu. Dodatkowo poprzez redukcję rozmiaru dostępu operacyjnego uzyskuje się mniejsze krwawienie śródoperacyjne oraz potrzebę przetaczania krwi w okresie pooperacyjnym. Cięcie chirurgiczne do klasycznego tylnego dostępu w endoprotezoplastyce stawu biodrowego wynosi około 15-20 cm, a w technice małoinwazyjnej MIS-DSA tylko 6-9 cm.

Dostęp MIS-DSA zmniejsza również ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych i pozwala na redukcję czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Finalnie, skraca się również okres rehabilitacji pooperacyjnej dzięki rekonstrukcji torby stawu biodrowego oraz rotatorów. Rekonstrukcja struktur przy wykorzystaniu techniki MIS-DSA (torby tylnej oraz ścięgna mięśnia gruszkowatego) wiąże się z mniejszym ryzykiem powikłań w postaci zwichnięcia endoprotezy oraz mniej restrykcyjnymi zaleceniami pooperacyjnymi dla pacjenta. Operacja przeprowadzana jest w ułożeniu pacjenta na boku, a cięcie chirurgiczne (6-9 cm) poprowadzone jest pod kątem ok. 60 stopni z tylnej części krętarza większego. Następnie preparuje się kolejno powięź mięśnia pośladkowego większego i rozdziela włókna mięśniowe wzdłuż jego przebiegu. W dalszej kolejności odcina się ścięgna mięśnia gruszkowatego, podwiesza na lejkach, przecina się tylną torbę stawu. Dalej, następuje ekspozycja stawu z wykonaniem niezbędnych procedur, aż po implantację elementów

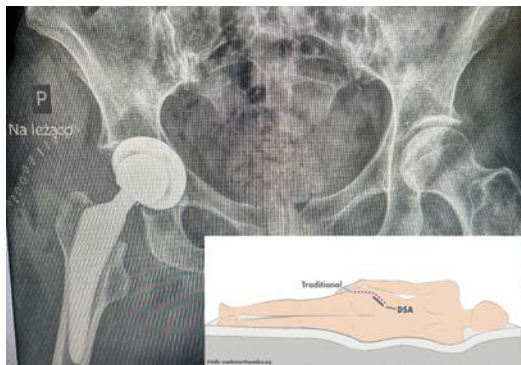


endoprotezy z wykorzystaniem specjalnych haków małoinwazyjnych oraz narzędzi dedykowanych do MIS.

Przeciwwskazaniami do tego rodzaju małoinwazyjnej techniki są: ciężkie deformacje biodra, konieczność wykonania dodatkowych procedur, skomplikowane rewizje endoprotez.

Dr hab. Jan Zabrzyński nabywał doświadczenia w przeprowadzeniu operacji MIS-DSA w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi, współpracując z zespołem prof. Jacka Kruczyńskiego, m.in. z dr hab. Łukaszem Łapajem i dr. Waldemarem Woźniakiem. Zaangażowany był również w prace nad nowoczesną endoprotezą stawu biodrowego polskiej produkcji oraz instrumentarium do jej małoinwazyjnej procedury wszczepiania.

dr hab. Jan Zabrzyński



Endoproteza stawu biodrowego uważana jest za jedno z największych osiągnięć medycyny ubiegłego stulecia. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest zabiegiem operacyjnym mającym na celu zastąpienie naturalnego stawu, zniszczonego chorobą zwyrodnieniową, tzw. sztucznym stawem, czyli endoprotezą. Endoprotezoplastyka jest stosowana w głównie leczeniu zmian zwyrodnieniowych pierwotnych, ale także wtórnych do urazów, chorób metabolicznych, jałowej martwicy, którym towarzyszy ból oraz znaczne ograniczenie możliwości wykonywania aktywności fizycznej.

Alergia – choroba cywilizacyjna XXI wieku



i orzechy drzew. Mamy doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu dzieci z alergią na „wypiekane mleko i jajko”. Zajmujemy się także dziećmi po przebytych reakcjach anafilaktycznych. W leczeniu pacjentów z alergią pokarmową wykorzystujemy klasyczne metody, jak również unikalne w skali Polski, czy Europy, tj. odczulanie doustne.

Kolejna alergiczna jednostka chorobowa, którą zajmujemy się w Klinice to atopowe zapalenie skóry (AZS). Jest to jedna z najczęstszych chorób alergicznych

Choroby alergiczne, zaliczane do chorób cywilizacyjnych, to schorzenia szeroko rozpowszechnione, w dodatku o narastającym trendzie występowania. Dotyczą zarówno dzieci, jak i dorosłych. Pewne fenotypy są typowe dla populacji dziecięcej, inne dla dorosłych. Choroby te mogą przebiegać łagodnie lub ciężko, stanowiąc niekiedy zagrożenie życia.

W Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii zajmujemy się diagnozowaniem i leczeniem różnych chorób alergicznych u dzieci, takich jak: atopowe zapalenie skóry, alergia pokarmowa, astma, alergiczny nieżyt nosa i spojówek, pokrzywka ostra i przewlekła, obrzęk naczynioruchowy oraz alergia na leki.

Jesteśmy ośrodkiem wiodącym w Polsce w zakresie diagnozowania i leczenia alergii pokarmowej. Zajmujemy się różnymi postaciami alergii pokarmowej u dzieci w każdym wieku, począwszy od okresu niemowlęcego. Jest to najtrudniejsza diagnostycznie postać alergii. Wykorzystujemy tu różne metody, zaczynając od punktowych testów skórnych, poprzez testy molekularne (test ALEX), aż do doustnych prób prowokacyjnych. Mimo że, doustne próby prowokacyjne są pracochłonne, kosztowne i obciążone ryzykiem wystąpienia anafilaksji, czyli reakcji zagrażającej życiu, to stanowią niezastępowalny złoty standard diagnostyczny. Pracownicy Kliniki nie tylko mają doświadczenie w ich przeprowadzaniu, ale także w prawidłowej interpretacji jej wyników. Warto podkreślić, że zajmujemy się klasycznymi postaciami alergii pokarmowej, takimi jak: alergia na białka mleka krowiego, alergia na jajko, jak również rzadkimi, np. alergią na mak, pestki dyni czy na dodatki do żywności (np. erytrytol). Klinika specjalizuje się także w leczeniu dzieci uczulonych/i lub z alergią na orzeszki ziemne

u dzieci. Dzięki najnowszemu tewametrii, Tewameter® TM HEX, pozwalającemu na precyzyjne i odtwarzalne pomiary przeznaskórkowej utarty wody (TEWL), możemy obiektywnie oceniać funkcję barierową skóry, mającą kluczowe znaczenie w rozwoju marszu alergicznego. Klinika ma duże doświadczenie w leczeniu różnych postaci AZS, w tym ciężkich, z zastosowaniem standardowych, jak również najnowocześniejszych metod, takich jak leczenie biologiczne dupilumabem (w ramach programu lekowego refundowanego przez NFZ).

Zajmujemy się także złożonym problemem związku alergii pokarmowej z atopowym zapaleniem skóry, co stanowi kluczowe zagadnienie w alergologii populacji pediatrycznej. W tym zakresie prowadzimy wieloośrodkowe badanie kliniczne na temat rozwoju alergii na orzeszki ziemne, orzechy drzew i sezam u dzieci z grupy wysokiego ryzyka alergii pokarmowej, tj. dzieci z atopowym zapaleniem skóry o postaci umiarkowanej lub ciężkiej i/ lub IgE-zależną alergią na jajo kurze. W ramach grantu OPUS NCN pt. „Wpływ mikrobiomu mleka matki i mikrobiomu przewodu pokarmowego oraz skóry dziecka na przebieg kliniczny, rozwój naturalnej tolerancji oraz zmiany metylacji wybranych genów związanych z regulacją immunologiczną u dzieci z alergią pokarmową” prowadzimy wieloośrodkowe badanie dotyczące badań mikrobiomu przewodu pokarmowego i skóry dziecka oraz mleka matki u dzieci z alergią pokarmową i AZS. Celem badania było określenie możliwego związku między mikrobiotą jelit i skóry u niemowląt z objawami alergicznymi i bez nich. Mikrobiom dwóch kompartmentów (skóry i stolca) oceniany jest za pomocą sekwencjonowania genu 16S rRNA.

Tematem naszych zainteresowań są także problemy z pogranicza alergologii i gastroenterologii, takie jak eozynofilowe zapalenie przełyku. Jest to choroba o bogatym obrazie klinicznym o wciąż narastającym znaczeniu. Celem prowadzonego badania, oprócz analizy klinicznej, jest znalezienie nowych biomarkerów mających istotny wpływ na patomechanizm rozwoju choroby.

Mamy również możliwość diagnozowania i leczenia schorzeń alergicznych układu oddechowego, takich jak astma i alergiczny nieżyt nosa, z wykorzystaniem spirometrii, spirometrii w połączeniu z próbą wysiłkową, prób prowokacyjnych z metacholiną czy analizy FeNO w powietrzu wydechowym. Prowadzimy

również immunoterapię swoistą, zarówno metodą podskórną, jak i podjęzykową/doustną.

Do rzadszych zagadnień, którymi zajmujemy się w Klinice, jako jeden z nielicznych ośrodków w Polsce, należy alergia na leki oraz dodatki do żywności (barwniki, słodziki). Pomogliśmy już wielu pacjentom potwierdzając lub wykluczając u nich nadwrażliwość na leki, w tym na antybiotyki oraz leki p/bólowe i p/zapalne (paracetamol, ibuprofen). W przypadku rozpoznania nadwrażliwości na dany lek nie pozostawiamy pacjenta bez możliwości leczenia alternatywnego, wskazujemy zawsze tzw. lek bezpieczny. Wśród naszych pacjentów znajdują się także dzieci z wrodzonym obrzękiem naczyń ruchomym.

dr hab. n. med. Aneta Krogulska, prof. UMK

Klinika Kardiochirurgii liderem w przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej (TAVI)

W dniach 13-14.03.2023 r. w Katowicach odbyła się doroczna Transcatheter Heart Team Conference, na której przedstawiono najbardziej doświadczone w procedurze TAVI ośrodki kardiochirurgiczne. Z wielką radością odnotowaliśmy fakt, że Klinika Kardiochirurgii naszego szpitala w 2022 r. leczyła tą metodą największą liczbę pacjentów w Polsce – 207 chorych. Procedurę TAVI stosujemy już od 2011 r. i w naszym dorobku jest już blisko 700 przeprowadzonych tą metodą operacji.

Jesteśmy jednym z nielicznych ośrodków w Polsce, który wykorzystuje wszystkie możliwe dostępności chirurgiczne. Największą liczbę zastawek wszczepiliśmy przez tętnicę udową w znieczuleniu miejscowym, bez konieczności intubacji i stosowania respiratora. U znacznej liczby pacjentów warunki anatomiczne uniemożliwiają dostęp przezudowy. W tych przypadkach wszczepiamy przezcewnikowo zastawki przez tętnicę szyjną, podobojczykową, aortę z dostępu przez sternotomię i torakotomię, jak również przez koniuszek serca. Dlatego też nigdy nie została podjęta decyzja o odstąpieniu od operacji z powodu braku możliwości przeznaczeniowego dostępu do wprowadzenia zastawki TAVI.

Tym większa jest nasza satysfakcja, że wyniki te zostały ogłoszone w roku, w którym nasza Klinika będzie obchodziła dwudziestą piątą rocznicę powstania. Wzrastająca liczba operacji ich zakres oraz

technologiczne zaawansowanie świadczą o ciągłym rozwoju Kliniki. Pozwala to na optymistyczne postrzeganie przyszłości, a możliwość zastosowania najnowszych technologii na miarę XXI wieku pozwoli bezpiecznie pomagać jeszcze większej liczbie chorych.

dr hab. Wojciech Pawliszak, prof. UMK



Zabiegi ratujące wzrok

Witrektomia jest techniką operacyjną stosowaną w okulistyce od ponad 50 lat. Po raz pierwszy została przeprowadzona w Stanach Zjednoczonych przez pioniera światowej okulistyki, doktora Roberta Machamera. Przez kolejne kilkadziesiąt lat nastąpił dynamiczny rozwój zabiegów witrektomii, a coraz więcej ośrodków w Polsce zaczęło przeprowadzać tę udoskonaloną technikę operacyjną. W najbliższych tygodniach będzie ona operacją dostępną dla większej grupy polskich pacjentów, u których może przyczynić się do znacznej poprawy widzenia, a nawet uratowania wzroku.

Czym jest witrektomia?

Witrektomia jest zabiegiem okulistycznym, który polega na leczeniu schorzeń ciała szklistego (żelowej substancji wypełniającej środek oka) i siatkówki (jednego z najważniejszych elementów oka odpowiadającego za odbieranie bodźców wzrokowych i proces widzenia). Jest to operacja mikrochirurgiczna, mająca na celu przywrócenie prawidłowego funkcjonowania wewnętrznych elementów gałki ocznej i bardzo często jest jedynym sposobem mogącym przyczynić się do znacznej poprawy widzenia u pacjenta.

Jakie choroby oczu możemy leczyć za pomocą witrektomii?

- **Odwarstwienie siatkówki** - jest to choroba polegająca na odklejeniu siatkówki od pozostałych elementów oka. Nieleczona może przyczynić się do trwałej utraty widzenia. W momencie nagłego pojawienia się ciemnej zasłony przed okiem należy pilnie skontaktować się z okulistą.
- **Krwotok do wnętrza gałki ocznej** - jest to choroba polegająca na wydostaniu się krwi z naczyń krwionośnych do środka gałki ocznej. Krwotok może nastąpić z powodu chorób przewlekłych m.in. cukrzycy lub urazu. Pacjenci często zgłaszają znaczne obniżenie ostrości wzroku oraz „muszki” w polu widzenia.



- **Otwór w plamce żółtej** - jest to choroba polegająca na powstaniu otworu w miejscu na siatkówce, które odpowiada za najostrejsze widzenie. Powstaje on w momencie silnego pociągnięcia siatkówki przez wspomniane wyżej ciało szkliste. Bardzo często pacjenci obserwują nieostre widzenie pod postacią krzywienia prostych linii, a w środkowej części pola widzenia może pojawić się ciemny punkt.
- **Błona przedsiatkówkowa** - jest to choroba polegająca na tworzeniu się cienkiej, włóknistej błony na siatkówce. Pacjenci często zgłaszają zniekształcenia obrazu pod postacią krzywienia oraz przymglenia.
- **Inne choroby wewnętrznych części gałki ocznej**, takie jak obrzęk plamki po zakrzepie żyły środkowej siatkówki, niektóre przypadki zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem, zaawansowane postaci retinopatii cukrzycowej.

Jak wygląda witrektomia?

Zabieg przeprowadzany jest najczęściej w znieczuleniu miejscowym i trwa od około 30 minut do nawet 2 godzin w zależności od choroby podstawowej. Zabieg ten polega na wykonaniu małych nacięć w ścianie gałki ocznej, przez które do środka oka wprowadzane są narzędzia wykorzystywane w trakcie operacji. W zależności od rodzaju choroby podstawowej i warunków w trakcie zabiegu operacyjnego oko na koniec wypełnia się jałowym płynem, gazem lub olejem silikonowym. Gaz wchłania się samoistnie w ciągu kilku tygodni, natomiast olej silikonowy, stosowany najczęściej w zaawansowanych stadiach chorób oczu, usuwa się po kilku miesiącach. Najczęściej pobyt w szpitalu jest jednodniowy i tego samego dnia po operacji pacjent wraca do domu. Pierwsza kontrola odbywa się w dniu następnym, a kolejne przeprowadzane są po kilku tygodniach.

lek. Tomasz Charytoniuk
Klinika Chorób Oczu



Leczenie udaru metodą trombektomii mechanicznej

Od 1 marca 2023 r. w naszym szpitalu przywrócona została procedura leczenia chorych z udarem niedokrwiennym mózgu metodą trombektomii mechanicznej.

Trombektomia mechaniczna jest uznaną i skuteczną metodą leczenia specyficznego (reperfuzyjnego) udaru niedokrwiennego mózgu. Wspólnie z leczeniem trombolitycznym stanowi złoty standard postępowania u pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu i daje najlepsze efekty terapeutyczne i realną szansę na powrót do zdrowia. W największym skrócie istota zabiegu trombektomii polega na mechanicznym usunięciu skrzepliny zalegającej w dużym naczyniu mózgowym, która blokując dopływ krwi do danego obszaru mózgu powoduje jego niedokrwienie, a następnie martwicę. Niestety, dość restrykcyjne kryteria kwalifikacji, a zwłaszcza czas od wystąpienia objawów wynoszący standardowo do 6 godzin, sprawiają, że potencjalnymi beneficjentami tej metody leczenia może być tylko 5-10 % wszystkich chorych. Dodatkowo, w indywidualnych przypadkach, możliwe jest poszerzenie okna terapeutycznego nawet do 24 godzin po spełnieniu dodatkowych kryteriów radiologicznych. Mimo, że trombektomia pozostaje opcją terapeutyczną dla wyselekcjonowanej grupy, to dane literaturowe jednoznacznie wskazują, że przynosi ona wymierne korzyści i istotnie poprawia rokowanie, nawet u pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. Lekarz specjalista neurolog prowadzący chorego odpowiada za kwalifikację do tej metody leczenia, a sam zabieg trombektomii jest przeprowadzany przez radiologa interwencyjnego.

Leczenie udaru metodą trombektomii mechanicznej od kilku lat odbywa się w ramach pilotażu Ministerstwa Zdrowia w wybranych ośrodkach w Polsce (aktualnie w 27), w szczególności w ośrodkach akademickich. Co najmniej drugie tyle ośrodków (dysponujących niezbędną infrastrukturą i personelem) wykonuje trombektomię poza pilotażem zapewniając swoim pacjentom najwyższe standardy opieki i najbardziej skuteczne leczenie, zbierając przy tym doświadczenie, które w przyszłości może zaowocować dołączeniem do pilotażu. Jednak z uwagi głównie na koszty całej procedury zdecydowana większość oddziałów udarowych w Polsce pozbawiona



jest jakiegokolwiek możliwości takiego leczenia, co wiąże się z koniecznością przekazywania chorych do ośrodków referencyjnych. Wyniki badań jednoznacznie pokazują, że prowadzenie całości leczenia w jednym szpitalu

wiąże się z lepszym rokowaniem niż w sytuacji transportowania między ośrodkami udarowymi, często w ciężkim stanie klinicznym.

W związku z faktem, że ponad 2 milionowe województwo kujawsko-pomorskie dysponuje wyłącznie 1 ośrodkiem w ramach pilotażu (Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Bizziela w Bydgoszczy) uznałem za konieczne i priorytetowe podjęcie działań mających na celu implementację tej metody leczenia udaru mózgu w Klinice Neurologii naszego szpitala w ścisłej współpracy z Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Kierownik każdej szanującej się kliniki, zwłaszcza z tradycjami, potencjałem i zmotywowanym do działania, wykwalifikowanym zespołem, a w szczególności ośrodka akademickiego, ma obowiązek wdrażania najnowocześniejszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Jestem przekonany, że podjęta inicjatywa przyniesie przede wszystkim zauważalne korzyści dla pacjentów i znacząco podniesie pozycję i prestiż naszego szpitala w zakresie udzielanych świadczeń z zakresu neurologii. Ufam, że to pierwszy krok milowy Kliniki Neurologii w podążaniu ścieżką rozwoju i nowoczesności ku stałemu miejscu wśród elitarnych jednostek referencyjnych w leczeniu udaru mózgu w Polsce.

Niestety, leczenie metodą trombektomii mechanicznej wciąż nie znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych, stąd procedura będzie obowiązywała w godzinach pracy radiologa interwencyjnego, od poniedziałku do piątku, w godz. 8-15.

Z tego miejsca ogromne wyrazy uznania za pomoc, zaangażowanie, otwartość oraz znakomitą współpracę dla Kolegów z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej (w szczególności prof. Zbigniew Serafin, dr Przemysław Ratajczak, dr Piotr Strzeżniewski), bez których aktywnego udziału leczenie metodą trombektomii mechanicznej nie byłoby możliwe.

*dr hab. Adam Wiśniewski, prof. UMK
Kierownik Kliniki Neurologii*

Marzec dla słuchu - badania profilaktyczne w Klinice Otolaryngologii

3 marca obchodzony jest Światowy Dzień Słuchu - globalne wydarzenie zainicjowane przez Światową Organizację Zdrowia, mające na celu rozpowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat profilaktyki słuchu oraz promowanie dobrych nawyków pomagających dbać o słuch i zmniejszyć ryzyko jego utraty.

Z tej okazji Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej zorganizowała w marcu profilaktyczne badania słuchu dla mieszkańców regionu. Z zaproszenia skorzystało ponad 140 pacjentów.

Według raportu WHO problemy ze słuchem stały się obecnie schorzeniem cywilizacyjnym i dotyczą coraz młodszych grup wiekowych. Z poważnym niedosłuchem boryka się ponad 460 milionów ludzi na świecie, a na różne zaburzenia słuchu, które negatywnie wpływają na komfort w codziennej komunikacji cierpi ponad 1 miliard ludzi. Szacuje się, że do 2050 r. prawie 2,5 miliarda ludzi na całym świecie – czyli 1 na 4 osoby – będzie miało pewien stopień ubytku słuchu. Utrata słuchu u dzieci często jest następstwem chorób, takich jak różyczka lub zapalenie opon mózgowych. Odpowiednie szczepienia oraz badania przesiewowe mogą pomóc znacznie zniwelować te przyczyny. U dorosłych natomiast ważne jest, aby dbać o profi-



laktykę – kontrolować hałas w otoczeniu, dbać o higienę ucha oraz regularnie wykonywać kontrolne badania słuchu. W przypadku zdiagnozowania choroby kluczowa jest wczesna interwencja umożliwiająca podjęcie odpowiedniego postępowania terapeutycznego. U części pacjentów zadowalające rezultaty osiąga się stosując leczenie chirurgiczne. W przypadku, gdy utrata słuchu jest nieodwracalna dostępny jest szereg

nowoczesnych technologii słuchowych, takich jak aparaty słuchowe oraz implanty kostne i ślimakowe, pozwalające na zachowanie dotychczasowej jakości życia zarówno u dzieci jak i dorosłych.

Tegoroczna edycja Światowego Dnia Słuchu odbywa się pod hasłem: „Pielęgnacja uszu i słuchu dla wszystkich! Uczyńmy to rzeczywistością”.

dr Kinga Romanowska



Cyberzagrożenia w placówkach medycznych



23 marca 2023 r. w bydgoskim hotelu Holiday Inn odbyła się konferencja poświęcona tematyce cyberzagrożeń w placówkach ochrony zdrowia. W spotkaniu wzięli udział dyrektorzy i przedstawiciele szpitali z województwa kujawsko-pomorskiego. Organizatorem konferencji był nasz szpital oraz EiB SA. Konferencja była okazją do spotkania i wymiany doświadczeń pomiędzy placówkami ochrony zdrowia z naszego regionu.

Polska jest jednym z najbardziej atakowanych przez hakerów krajem Europy. W trzecim kwartale 2022 r. co najmniej jedna na 42 organizacje z sektora opieki zdrowotnej doświadczyła wpływu ransomware - jest

to 5% wzrost w skali roku - informują Eksperci Check Point Research. Skutki cyberataku, takie jak wyciek poufnych danych, czy długotrwałe uszkodzenie systemów informatycznych krytycznie wpłyną na działalność podmiotu leczniczego, który przetwarza ogromne ilości danych szczególnie chronionych.

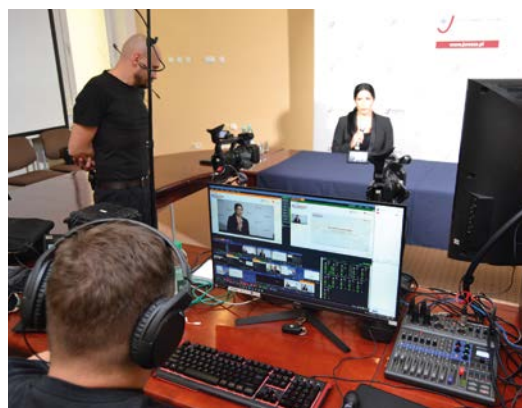
W pierwszej części konferencji dr Jacek Kryś, Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, przedstawił uczestnikom spotkania wybrane aspekty cyberbezpieczeństwa na przykładzie rozwiązań szpitala. W drugiej części konferencji mec. Aneta Sieradzka, specjalistka prawa medycznego i ochrony zdrowia, prawa nowych technologii, ochrony danych osobowych oraz prawa konstytucyjnego kompleksowo omówiła zagadnienia dotyczące m.in. odpowiedzialności cyfrowej w placówkach ochrony zdrowia oraz roli personelu medycznego i administracyjnego w cyberbezpieczeństwie podmiotu leczniczego. Przedstawiła uczestnikom konferencji zagadnienia związane z robotyką medyczną i sztuczną inteligencją w medycynie a bezpieczeństwem prawnym szpitala, a także jak chronić dokumentację medyczną w przypadku cyberzagrożenia.

Łączy nas transplantologia

29 marca Szpital Jurasza zorganizował konferencję w formie webinaru „Bydgoska transplantologia – podsumowanie i plany na przyszłość”. Spotkanie rozpoczął prof. Jarosław Czerwiński dyrektor medyczny Poltransplantu, który przedstawił założenia szpitalnego systemu jakości dawstwa narządów i tkanek od osób zmarłych do przeszczepienia oraz narzędzie e-Transplant.

Kolejny temat „Od zgłoszenia potencjalnego dawcy do pobrania narządów” zaprezentowała dr Beata Kościółkowska, konsultant wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Prof. Jan Styczyński, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej przedstawił program przeszczepiania komórek krwiotwórczych. Następnie dr Dorota Urbaniak i prof. Bartłomiej Kałużny zaprezentowali interdyscyplinarny program przeszczepiania rogówek w naszym szpitalu oraz w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2. Prof. Maciej Słupski, konsultant wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej przybliżył uczestnikom spotkania program przeszczepień wątroby realizowany w naszym szpitalu. Prof. Zbi-

gniew Włodarczyk organizator i twórca bydgoskiej transplantologii omówił program przeszczepień nerek od dawców żywych i zmarłych. Spotkanie prowadziła dr Aleksandra Woderska-Jasińska, wojewódzki koordynator Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant. Profesjonalny przebieg transmisji był możliwy dzięki firmom SansSouci oraz Astellas.



Medyczna Racja Stanu to przedsięwzięcie społeczne, powstałe w 2016 r. z inicjatywy niezależnych środowisk eksperckich, skupionych wokół problematyki zdrowia w Polsce. Jej celem jest łączenie opiniodawczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywanie zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Jest to przedsięwzięcie o charakterze „think tank” (dosłownie: zbiornik myśli), czyli niezależnego komitetu doradczego, typu organizacji non-profit, zajmującego się badaniami i analizami dotyczącymi spraw publicznych.

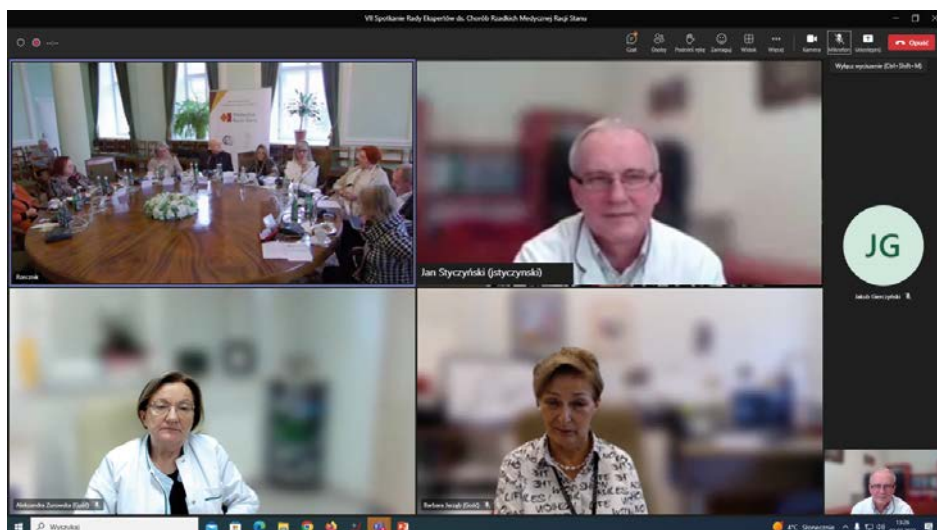
Zostałem zaproszony do udziału w dwóch ostatnich spotkaniach Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu. W lutym br. spotkanie odbyło się pod hasłem „Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot”. Punktem wyjścia debaty był projekt o tej nazwie kierowany od 2016 r. przez ówczesnego Wiceprezydenta USA, Joe Bidena, którego misją było przyspieszenie tempa postępu w walce z rakiem. Na początku 2022 r. Joe Biden, już jako Prezydent USA w ramach projektu „Cancer Moonshot” wyznaczył nowy cel narodowy: „Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka, o co najmniej 50% w ciągu następnych 25 lat poprawiając przeżycie oraz jakość życia chorych na raka”. W tym kontekście w Polsce jest bardzo dużo do zrobienia. W ostatnich tygodniach ukazał się raport Europejskiej Unii Zdrowotnej, który pokazuje, że wyleczalność w onkologii w naszym kraju jest niższa niż średnia europejska. Z jedynym wyjątkiem, jakim są białaczki dziecięce. W Polsce osiągnęliśmy wyleczalność o kilka procent lepszą niż

średnia europejska. Na ten sukces składa się wiele czynników.

W marcu Rada Ekspertów Medycznej Racji Stanu zajmowała się tematyką chorób rzadkich. Omawiano wybrane choroby rzadkie oraz propozycje rozwiązań systemowych w zakresie optymalizacji opieki medycznej nad chorymi. W czasie tego spotkania przedstawiałem niezaspokojone potrzeby pacjentów z neurofibromatozą typu 1, w przebiegu której powstają w różnych miejscach nerwiakowłókniaki spłotowate, niezłośliwe guzy osłonek nerwów obwodowych, które powodują jednak wiele dolegliwości. Choroba ogranicza poruszanie się, zniekształca ciało i oszpeca, upośledza wzrok lub słuch, powoduje niedrożność dróg oddechowych, dysfunkcję innych narządów. Wygląd klasycznego pacjenta można porównać do literackiej postaci Quasimodo z powieści Victora Hugo „Dzwonnik z Notre-Dame”. Jedną z pacjentek w Polsce miała z tego powodu wykonane przeszczepienie twarzy. W ostatnim okresie pojawił się pierwszy lek łagodzący przebieg choroby: selumetinib, który został uznany w 2022 r. przez Ministerstwo Zdrowia za technologię przełomową i znalazł się na liście leków o wysokim poziomie innowacyjności.

Ideą Medycznej Racji Stanu było rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia. Medyczna Racja Stanu służy zainteresowaniu polityków i innych środowisk problemami ochrony zdrowia.

*prof. Jan Styczyński
Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii*



Neurochirurdzy ze Szpitala Jurasza wykonali 20 operacji w Etiopii

W dniach 25.02 – 05.03.2023 r. dr n. med. Zygmunt Siedlecki i dr. n. med. Sebastian Grzyb (przez wiele lat związany z naszym szpitalem) oraz rezydent neurochirurgii lek. Kajetan Hadzik wzięli udział w w misji medycznej „Polish Medical Team – Helping Hand” w Etiopii.

Przeprowadzili około 20 zabiegów stabilizacji kręgosłupa systemem minimalnie inwazyjnym - przezskórnym w odcinku piersiowym i lędźwiowym, głównie u chorych którzy doznali urazów w wyniku działań wojennych.

Dr Zygmunt Siedlecki - *Jesteśmy bardzo zadowoleni. Zrealizowaliśmy plan, który zakładaliśmy. Oprócz nas operowali również ortopedzi i urolodzy, którzy również wykonali bardzo dużą liczbę zabiegów w tak krótkim czasie. Nasz zespół przeprowadził przede wszystkim operacje stabilizacji deformacji kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego, wkręciliśmy techniką przezskórną śruby, jednocześnie szkoląc kadrę medyczną w Addis Abebie. Wykonaliśmy zabiegi w obszarze kręgosłupa szyjnego, bardzo rozległe zabiegi deformacji trwające 5-6 godzin. Przeprowadziliśmy także zabiegi kranioplastyki z użyciem protez kości i tytanowych fiksatorów, co również dla kolegów z Etiopii było nowością.*

„Polish Medical Team – Helping Hand” jest misją medyczną w Etiopii organizowaną po raz drugi z rzędu i wpisującą się w coroczny kalendarz tego typu wydarzeń. Organizatorem i kierownikiem misji jest Doktor Bizuayehu Mengesha Tegene, anestezjolog



pracujący na co dzień w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Ks. Popiełuszki we Włocławku. Doktor Tegene posiada liczne kontakty, wpływy oraz rozeznanie w problemach etiopskiej służby zdrowia, dzięki czemu nasze misje medyczne niosą realną pomoc dla chorych w Etiopii, w szczególności osób poszkodowanych w wyniku działań wojennych. „Polish Medical Team – Helping Hand” jest inicjatywą wieloosrodkową i wielospecjalistyczną. Niesie pomoc medyczną dla Etiopii w dziedzinie: neurochirurgii, ortopedii, urologii, okulistyki oraz neurologii. W naszej misji uczestniczy personel medyczny (lekarze, instrumentariuszki, pielęgniarki, rehabilitanci) ze szpitali we Włocławku, Bydgoszczy Toruniu, Łodzi oraz innych placówek medycznych. Kolejna misja już za rok.



Elektroradiolodzy - podstawą funkcjonowania szpitala...?

Większość z Państwa zapewne zapyta - ale jak to, Oni tylko naciskają guziczki, a badanie samo się robi, więc jak to podstawa funkcjonowania szpitala?

Droży Państwo, diagnostyka obrazowa zajmuje w szpitalu to samo miejsce, co diagnostyka laboratoryjna. W dzisiejszych czasach diagnostyka i terapia w dużej mierze opierają się na diagnostyce obrazowej. Dlatego radiologia (zespół elektroradiologów, lekarzy i pielęgniarek) jest ważnym ogniwem w funkcjonowaniu tak dużej placówki jak nasz szpital.

A wyjaśniając dalej: badanie samo się nie robi!

Na czym polega praca Elektroradiologa? Podstawą jest pacjent i aparatura radiologiczna. Każda pracownia ma inny charakter, ale każda jest równie ważna. Mamy do czynienia z promieniowaniem jonizującym, polem elektromagnetycznym, z lekarzami i pielęgniarkami ;-)

Naszą podstawą prawną jest Prawo atomowe. W nim znajdują się wytyczne do pracy z promieniowaniem jonizującym. Badania z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego wymagają skierowania. Lekarz wypisując prawidłowo skierowanie powinien określić rodzaj badania, okolice badaną, cel badania oraz rozpoznanie.

Pracownia konwencjonalna (tradycyjne zdjęcia rentgenowskie) bazuje na aparatach rentgenowskich bezpośrednich cyfrowych. Wykonujemy cały wachlarz badań u pacjentów od 0 do 100 lat albo i więcej. Inne podejście mamy do małych pacjentów (i ich rodziców), czy do osób starszych o ograniczonej sprawności, niedosłyszących, czy mających problem ze zrozumieniem naszych poleceń.

Praca Elektroradiologów wykonywana jest zarówno na aparatach stacjonarnych, mobilnych-przyłóżkowych, a także aparatach śródoperacyjnych – mobilnych „ramionach C”, angiografach, czy tomografii komputerowej.

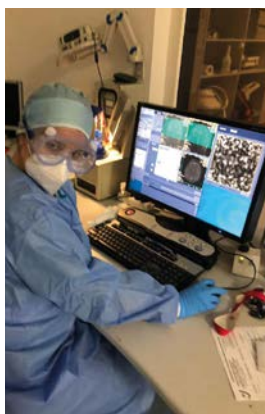
Zanim wykonamy badanie do nas należy prawidłowe zidentyfikowanie pacjenta, wyjaśnienie na czym polega badanie i w jaki sposób ma się do niego przygotować. Następnie musimy ułożyć pacjenta w sposób dostosowany do jego stanu i do wymogów ze skierowania, zadbać o ochronę radiologiczną pacjenta np. zakładając fartuch ołowiany, dobrać prawidłowe warunki prześwietlenia i nacisnąć ten „magiczny” guziczek. Kolejnym naszym krokiem jest ocena jakościowa i dopiero potem możemy zwolnić pacjenta i odesłać go do lekarza. Takich pacjentów szpitalnych, ambulatoryjnych i SORowych w ciągu roku mamy ponad 80 000.

Nasza obecność z aparatami rentgenowskimi na salach operacyjnych pozwala na wykonywanie mniej inwazyjnych zabiegów. Nie ma potrzeby „rozcinać” pacjenta, a tylko wykonać pojedyncze zdjęcie lub obrazowanie w czasie rzeczywistym. Współpracujemy głównie z ortopedami, neurochirurgami, chirurgami dziecięcymi, urologami. Innym specjalizacjom w razie potrzeby też pomagamy, np. gdy po zakończeniu zabiegu są wątpliwości w liczbie narzędzi czy obłożeniu.

Nasza praca poza Zakładem Radiologii to oprócz bloku operacyjnego, badania na oddziałach. Badania przyłóżkowe przysługują pacjentom w ciężkim stanie, podłączonym do specjalistycznej aparatury, której



Pracownia TK



Pracownia MR w Covidzie



Badanie śródoperacyjne



Pracownia MR



Pracownia rentgenowska



Nasza praca dydaktyczna na kierunku
Elektroradiologia

nie można transportować z pacjentem, aby przewieźć go do Zakładu Radiologii. Niestety dość często zdarzają się sytuacje, że jedziemy do pacjenta na oddział, a pacjent jest w stanie sam się poruszać – wtedy jest to nieuzasadnione badanie przyłóżkowe, które nie powinno się odbyć w warunkach oddziałowych. W przypadku „ciężkich” pacjentów pracujemy z zasadą: nie dotykamy pacjenta bez personelu oddziałowego. Nie znając historii pacjenta, samodzielnie ruszając możemy zrobić mu większą krzywdę. Naszą „przepustką” do wykonania procedur poza Zakładem Radiologii jest wystawione i zarejestrowane skierowanie.

Gdy zdjęcie rentgenowskie nie wystarczy, obsługujemy również aparaty wysokospecjalistyczne, wykonując badania angiograficzne, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, z i bez środka kontrastującego. Nasza wiedza z różnych dziedzin pozwala wykonać badanie, które będzie jakościowo dobre a przede wszystkim diagnostyczne. Gdy doło-

żymy do tego dobrze zebrany z pacjentem wywiad, radiolog otrzymuje pakiet informacji o pacjencie, co ułatwia opis badania.

Nie boimy się trudnych technicznie badań. Jesteśmy otwarci na współpracę. Chętnie pogłębiamy naszą wiedzę szkoląc się i biorąc udział w kursach i konferencjach.

W przypadku pacjentów z podejrzeniem COVID-19 tak samo jak lekarze, pielęgniarki czy ratownicy staliśmy i stoimy na pierwszej linii frontu.

Zgodnie z misją szpitala uczymy kolejne pokolenia. W naszym zespole są specjaliści z dziedziny tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, rentgenodiagnostyki czy angiografii. Zajęcia odbywają się w pracowniach w których student „może dotknąć pacjenta” i w ten sposób praktycznie uczy się przyszłego zawodu.

Podsumowując, wspomniany we wstępie guziczek jest tylko kroplą tego, co wykorzystujemy w ramach pracy Elektroradiologa.

Elżbieta Zawada i „Promieniści” elektroradiolodzy

ZAGADKA

W zagadkach chodzi o to, żeby w obrazach anatomicznych wyteżyc wyobraźnię i zobaczyć coś czego nie widzą inni.

Oto zdjęcia z rezonansu magnetycznego na których widać komory mózgowia – specjaliści wiedzą – ale co widzicie Wy?

Czekamy na Wasze odpowiedzi do 31 maja br. Można je przesłać na adres poczty wewnętrznej (ezawada@su-med.local). Na autorów najoryginalniejszych odpowiedzi czekają nagrody niespodzianki.



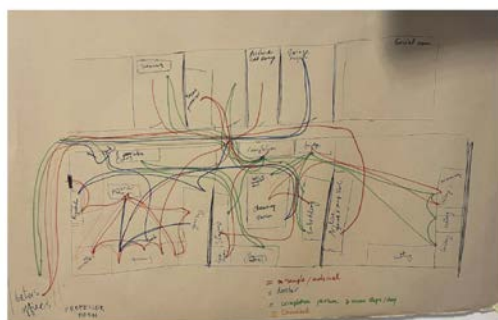
Rapid Improvement Event w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej

Koncepcja zarządzania LEAN rozwinęła się po II wojnie światowej w sektorze motoryzacyjnym. Pionierem nowego podejścia była spółka Toyota Motor Company, która z niewielkiej spółki produkcyjnej stała się globalnym koncernem i jednym z największych producentów samochodów na świecie. Zasady LEAN management zostały wykorzystane także w sektorze medycznym w celu poprawy jakości świadczonych usług. Metodologia LEAN oparta jest na elastyczności, wysokiej jakości, eliminowaniu marnotrawstwa i ciągłym doskonaleniu w celu polepszenia jakości oferowanych usług, jednocześnie skupiając się na pełnym wykorzystaniu zasobów oraz dostosowaniu organizacji pracy do aktualnych warunków.

Szkolenie Rapid Improvement Event oparte na zasadach LEAN zostało przeprowadzone w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej dzięki uprzejmości firmy Roche Diagnostics Polska, która była sponsorem tego wydarzenia. Warsztaty zostały przeprowadzone w języku angielskim przez grupę Healthcare-konsultantów, w której skład wchodził specjaliści z krajów europejskich. Podczas cyklu spotkań pracownicy Zakładu zapoznali się z podstawowymi zasadami LEAN management, aby następnie wypracowane pomysły optymalizacji pracy wcielić w życie. Trwające 5 dni warsztaty, w których brali udział diagnosty laboratoryjni oraz lekarze miały na celu zoptymalizowanie czasu opracowania materiału tkankowego przysyłanego do Zakładu. Według wytycznych akredytacyjnych Ministra Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Patologów czas opracowania materiału tkankowego jest uzależniony od jego wielkości, w przypadku małego materiału tj. < 5 cm czas utrwalania tego materiału powinien wynosić od 6 do 48 godzin, natomiast dużego materiału tj. > 5 cm od 24 do 72 godzin. W tym czasie po otrzymaniu materiału zespół pracowników jest zobowiązany do prawidłowego opracowania materiału tj. zmierzenia wartości pH 10% formaliny buforowanej (utrwalacza), wymiany odczynnika w przypadku jego zabrudzenia lub niewłaściwych parametrów, wykonania opisu makroskopowego materiału oraz w przypadku niektórych materiałów, co bardzo istotne przekrojeniu i/lub nacięciu tkanek w celu lepszej penetracji utrwalacza do materiału. (Przypominamy, nieprawidłowe postępowanie z materiałem skutkuje m.in. obniżeniem jego immunoreaktywności oraz fragmentacji DNA, co w dobie medycyny personalizowanej, może przekreślić szansę

pacjenta na dobór odpowiedniego dla niego leczenia). W pierwszej kolejności nasi goście zostali zapoznani z specyfiką Zakładu oraz zostały omówione czynniki, które mogą mieć negatywny wpływ na działanie jednostki. Następnie przeprowadzono analizę błędów oraz podjęto próbę ich rozwiązania. Konkretnie zadania przypisano poszczególnym pracownikom oraz ustalono szacowany termin realizacji czynności. Proces myślowy został przedstawiony w formie wizualnej za pomocą poniższych planszy.

Spaghetti diagram



Root-Cause Analysis 1/2



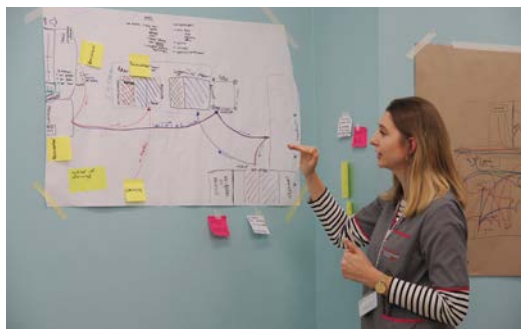
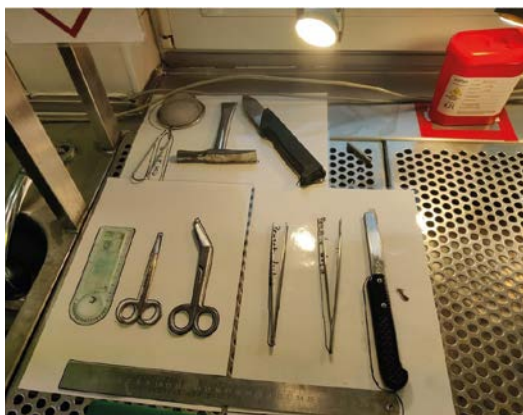
Co ciekawe na podstawie Analizy Spaghetti wynioskowano, że w Zakładzie jest wykonywana nadprogramowa liczba kroków, a ścieżki pracowników często się krzyżują. Zmiana lokalizacji poszczególnych stanowisk pozwoliła zmniejszyć liczbę kroków, a tym samym zwiększyć ergonomię pracy. Po teoretycznych rozważaniach przyszedł czas na praktykę, czwartego dnia warsztatów zostały wprowadzane liczne zmiany.

Stanowiska pracy zostały odpowiednio oznaczone za pomocą taśm, a rutynowo wykorzystywane produkty posegregowane i opisane. W laboratorium wprowadzono system prioryteżacji badań oraz uruchomiono drugi stół formalinowy, służący do pobierania materiału tkankowego.



Ostatniego dnia szkolenia odbyła się prezentacja wyników przed całym zespołem oraz Panią Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości dr Teresą Branicką-Bonusiak. W wyniku przeprowadzonych warsztatów zoptymalizowano czas opracowania oraz pobrania materiału tkankowego, zwiększono ergonomię stanowisk pracy, wprowadzono wiele ułatwień wizualizacyjnych, wyeliminowano procesy marnotrawstwa. Wprowadzone zmiany przyczyniły się do polepszenia jakości wykonywanych świadczeń oraz wpłynęły pozytywnie na satysfakcję pracowników Zakładu. Warsztaty zakończyły się wspólnym świętowaniem osiągniętych sukcesów.

mgr Wiktoria Strassenburg, dr n. med. Paulina Antosik



Z kart historii

Wybuch drugiej wojny światowej szybko zmienił sytuację w bydgoskim lecnictwie. Swoje tragiczne piętno odcisnął i na naszym szpitalu. Spośród kilku dziesięciu lekarzy pracujących w Bydgoszczy przed wojną, po kampanii wrześniowej wróciło tylko kilku. Część przedostała się na zachód Europy i walczyła w Armii Polskiej, niektórzy zamieszkali w Generalnym Gubernatorstwie. Ci nieliczni, którzy wrócili tracili pracę, byli prześladowani, mordowani, trafiali do obozów koncentracyjnych. Nasz szpital stracił dwóch ordynatorów – dr. Antoniego Tomickiego ordynatora oddziału wewnętrznej, jednocześnie kierownika pracowni rentgenowskiej, oraz dr. Pawła Chojnackiego ordynatora oddziału chorób oczu.

Dr Antoni Tomicki (1898-1942) urodził się w Toruniu. Studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. W Bydgoszczy pracował od 1926 r. początkowo w Szpitalu Płucnochorych, a od 1935 r. do wybuchu wojny, w naszym szpitalu. Odpowiadając za organizację nowego zakładu radiologii, odbył roczne szkolenie specjalistyczne w Instytucie Radiologii u znanego specjalisty prof. Holzknechta w Wiedniu. Po kampanii wrześniowej wrócił do pracy w szpitalu. Po dwóch miesiącach został pozbawiony prawa wykonywania zawodu, a w maju 1940 r. aresztowany przez Gestapo i wywieziony do obozu koncentracyjnego w Oranienburgu. Tam przeżył 2 lata. Jako lekarz, w miarę możliwości, pomagał współwięźniom. Według zeznań świadków był poddawany eksperymentom medycznym. Zmarł 8 marca 1942 r. – zdaniem władz obozu z powodu osłabienia serca i ogólnego zakażenia. W załączonym obok dokumencie przekazanym rodzinie w 1976 r. z Międzynarodowego Biura Poszukiwań w Szwajcarii jest też szereg innych informacji, m. in., że urna nr 4583 z prochami dr Tomickiego, tak jak i urny wielu innych zadreczonych w obozie,

została umieszczona w wydzielonej kwaterze cmentarza w Güterfelde.

Dr Paweł Chojnacki (1903-1943) urodził się w Wilhelmshaven. Naukę w Gimnazjum klasycznym rozpoczął w Niemczech, a kończył w Poznaniu. Studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Po uzyskaniu dyplomu w 1926 r. dwa lata pracował w Klinice Okulistycznej u prof. W. Kapuścińskiego. Ze względów materialnych przeniósł się do Borku WLKP jako lekarz ogólny. W 1933 r. wrócił do kliniki, ukończył specjalizację z okulistyki i doktoryzował się. W 1937 r. z polecenia profesora, został ordynatorem Oddziału Okulistycznego w naszym, wówczas nowym szpitalu. W czasie okupacji niemieckiej wprawdzie stracił prawo wykonywania zawodu, potem był kolejno lekarzem dla ludności polskiej, zastępował w czasie choroby lekarza niemieckiego w Szpitalu Dziecięcym, a w styczniu 1942 r. przeniesiony do Torunia. Tu w lipcu został aresztowany przez Gestapo z powodu działalności konspiracyjnej w Z.W.Z. i w Gryfie Pomorskim; po rozprawie sądowej osadzony w obozie koncentracyjnym Stutthof, gdzie 14 czerwca 1943 r. zmarł na dur płamisty.

Moje pokolenie pamięta, bo przeżyło pełną okrucieństw drugą wojnę światową. Pamiętamy też to zawołanie „Nigdy więcej wojny” głoszone w Europie po 1945 r. Czy uwierzyliśmy? Minęły lata i mamy potworkę okrucieństw, gwałtów, niszczenia, odbierania dzieci rodzicom w Ukrainie.

Mieczysław Boquszyński



dr Paweł Chojnacki



dr Antoni Tomicki

		SERVICE INTERNATIONAL DE RECHERCHES INTERNATIONALE TRACING SERVICE INTERNATIONALES SUCHDIENST	
EXTRAIT DE DOCUMENTS		EXCERPT FROM DOCUMENTS	
Form No.	701002	Form No.	70 - 102 660
Date de l'original	29-10-1939	Date de l'original	
Nom de la personne	Edmund von Helwig, ex. DEUTSCHLAND	Nom de la personne	
Religion	katholisch	Religion	
Adresse	Brummen, Blumengraben 17	Adresse	
Statut	nicht angeführt	Statut	
Profession	nicht angeführt	Profession	
Etat civil	nicht angeführt	Etat civil	
Autres renseignements		Autres renseignements	
Notes		Notes	
Signature		Signature	
Stempel		Stempel	
Observations		Observations	

Verstorben am 7. März 1942 um 9.15 Uhr in Konzentrationslager Sachsenhausen, Todesursache: Herz-Kreislaufer, Grund-
 ursache allgemeine Infektion. Die Frau Nr. 4365 wurde am
 10. Mai 1942 auf das weibliche Überlebens-Überführungs-Kreis
 Lager Buchenwald, Zusammenhangs-Abteilung 2 - zusammenge-
 bracht.

Die in obiger angegebene Hilfsnummern-Liste ist ebenfalls nicht in der
 hier vorliegenden unvollständigen Unterlage des Konzentrationslagers
 Sachsenhausen. Nach dem Personalbogen, der wir trotzdem nicht in der
 erwähnte Hilfsnummern-Liste am 10. April 1942 ausgegeben, wurde die
 Konzentrationslagers-Unterlage des Konzentrationslagers Sachsenhausen
 (Friedrichshagen) des Städtischen Waldkrankenhaus-Überlebens-Überführungs-
 Dienstes.

Frau
 Dr. Maria Tomiska
 Bydgoszcz

Am 11. Februar 1976

A. A. COCARIU
 Director

A. C. C. C.
 (for signature)

Książki na receptę

Polecamy nowości wydawnicze
Wydawnictwa Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Thomas Browne, Religio Medici. Religia lekarza, przekład: Justyna Czeka-jewska i Adam Grzeliński, przekład fragmentów po-etyckich: Marcin T. Zdren-ka, Toruń 2022, ss. 196.

To najbardziej znane dzieło XVII-wiecznego angielskiego lekarza, filozofującego eru-dyty i pisarza, sir Thomasa Browne'a, Stanowi ono osobiste wyznanie żywionych przezeń przekonań religijnych, które należy odczytywać w kontekście literackim, teologicznym i filozo-ficznym. Osią Religii lekarza jest egzystencjalny mo-tyw autentyzmu własnych przeżyć religijnych, który decyduje o wyjątkowości dzieła Browne'a; jego twór-czość pozostaje bowiem świadectwem czasów – cza-sów nie tylko politycznego i wojennego zamętu, ale też intelektualnego przesilenia – które sprawiały, że we własnym wnętrzu poszukiwano stałego punktu oparcia.

Ze Słowa od tłumaczki

Marek Szulakiewicz, Czło-wiek i jego sprawy. Eseje filozoficzne, Toruń 2022, ss. 448.

Powroty określają naszą egzystencję. Uprawianie filo-zofii jest zawsze stawianiem siebie samego pod znakiem zapytania, co oznacza, że myślenie nigdy się nie kończy. Problemy w niniejszej książce są rezultatem powrotów do spraw i pytań, o których już się kiedyś mówiło, lecz po latach dostrze-gają się, że całość należy poddać ponownej interpretacji, ponieważ zmieniliśmy się i świat wokół nas. Oczywiście nie jest to książka o wszystkich problemach współczesnego człowieka, może nawet nie o tych najważniejszych, lecz o tych, które dotyczą każdego z nas. Problemy z tożsamością, idea nowego czło-wieka, zagubienie w istnieniu, kryzys rozumności, pytania o Boga, wolność i demokrację, choroby kul-tury i niejasności wokół osoby. Nie jest to łatwy czas, aby mówić o naszych sprawach i zachęcać do myślenia.

Od Autora

Marian Chachaj, Mikołaj Kopernik. Czasy studenc-kie. Kraków, Bolonia, Rzym, Padwa i Ferrara (1491–1503). Miejsca – lu-dzie – książki, Toruń 2023, ss. 310.

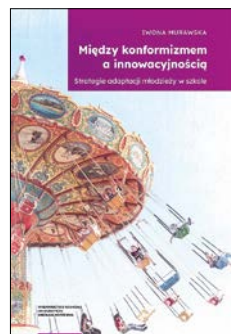
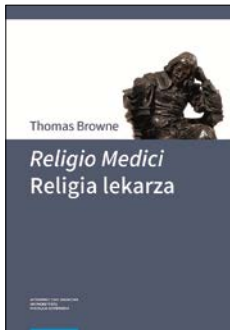
Po raz pierwszy w historio-grafii autor w odrębnym opracowaniu przedstawia studenckie czasy Mikołaja Kopernika, przybliżając realia pobytu torunianina w Krakowie, Bolonii, Rzymie, Padwie i Ferrarze. Ze względu na skąpe informacje o samym Koperniku opisano środowisko, w którym przebywał, czyli miasta, uniwersytety, wspomniano o ludziach, z którymi się spotkał lub mógł spotkać, omówiono także książki, które w tym czasie nabył lub czytał. Dużo miejsca poświęcono przedstawieniu problematyki wykładów podejmowanych przez profesorów na poszczególnych uniwersytetach: sztuk wyzwolonych w Krakowie, prawa w Bolonii i Padwie oraz medycyny w Padwie. Omówiono wiele spornych kwestii, jak: pogląd o zdo-byciu przez Kopernika w Padwie doktoratu z filozofii i medycyny, miejsce nauki języka greckiego, prowa-dzenie przez astronoma wykładów w Rzymie czy jego kontakty z malarzem Giorgionem. Całość roz-ważań została oparta na analizie źródeł i krytycznym wykorzystaniu wielojęzycznych opracowań.

Od wydawcy

Iwona Murawska, Między konformizmem a innowa-cyjnością. Strategie ada-ptacji młodzieży w szkole, ss. 268.

W publikacji podjęto temat strategii przystosowania młodzieży oraz próbę udzie-lenia odpowiedzi na pytanie o to, jakie strategie adaptacji stosuje badana młodzież względem szkoły i roli ucznia. Do celów badawczych autorka wykorzystwała autorską, pięciostopniową skalę do pomiaru strategii uczniowskich, opracowaną na podstawie modelu adaptacji autorstwa R.K. Mertona. Badaniem została objęta reprezentatywna grupa uczniów w wieku 13–17 lat, w ostatnim roku szkolnym funkcjonowania wszystkich klas gimnazjalnych. Wyniki badań niejako demityzują społeczne postrzeganie nastolatka, wskazując na przewagę innowacji i kon-formizmu nad buntem, rutyną czy wycofywaniem się.

Od wydawcy



Podziękowanie



W piątek 20 stycznia 2023 roku
przebyłem operację zaćmy lewego oka
w Klinice Chorób Oczu Szpitala Jurasza,
poprzedzoną specjalistycznymi badaniami okulistycznymi.
Jestem bardzo zadowolony z efektów leczenia,
moje widzenie zdecydowanie się poprawiło, nie spodziewałem się aż takiej zmiany.

W związku z tym chciałbym bardzo serdecznie podziękować
całemu zespołowi, który otoczył mnie fachową i troskliwą opieką.

Szczególne podziękowania kieruję
do doktora **Alberta Włodarczyka**,
za sprawne i skuteczne przeprowadzenie operacji.

Dziękuję także lekarzom, którzy otoczyli mnie opieką przed i pooperacyjną:

**Przemysławowi Zabłowi, Joannie Stafiej,
Zuzannie Prymas, Joannie Stachurze,**
a także przeżyłym paniom pielęgniarkom.

Jestem zachwycony serdeczną atmosferą
i ciepłym podejściem do pacjenta
oraz pełnym profesjonalizmem na każdym etapie leczenia.

Waldemar Piotrowski

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 4226
Czekamy na Państwa opinie, uwagi i propozycje
pod adresem: biuletyn@jurasza.pl

Fotografia na okładce

Jacek Kryś

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



Medicalia 2023





CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Pomoc dla Ciebie lub Twoich bliskich

Obraz autorstwa Razool_studio na Freepik



- ✓ **Zadzwoń**
- ✓ **Przyjdź**
- ✓ **Zapytaj**



Centrum Zdrowia Psychicznego

Udzielamy wsparcia osobom dorosłym, cierpiącym z powodu kryzysu psychicznego lub choroby psychicznej.

Pomoc medyczna, psychologiczna oraz społeczna udzielana jest bezpłatnie na podstawie kontraktu z NFZ, według potrzeb osoby zgłaszającej się.

Można przyjść do nas z każdym problemem o podłożu psychicznym. Udzielamy pomocy w zakresie trudności własnych lub osoby bliskiej.

Pomagamy mieszkańcom Bydgoszczy oraz gmin: Solec Kujawski, Nowa Wieś Wielka i Dąbrowa Chełmińska.

Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny

Jest to miejsce, w którym dyżurują nasi specjaliści - pielęgniarka, lekarz, psycholog, gotowi do przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych osoby zgłaszającej się do punktu, poprzez informację, wsparcie w formie rozmowy oraz ułożenie wstępnego planu pomocy i leczenia.

Pomoc będzie udzielana według indywidualnych potrzeb osoby zgłaszającej się.

Może odbywać się w warunkach stacjonarnych (oddział psychiatryczny całodobowy); dziennych psychiatrycznych, ambulatoryjnych (porada lekarska, porada psychologiczna, sesja psychoterapii, wizyta domowa) oraz leczenia środowiskowego (domowego), w ramach której pacjent będzie mógł uzyskać poradę lekarza, psychologa, pracownika socjalnego czy wizytę terapeuty środowiskowego.

Gdzie możesz się zgłosić

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza

PUNKTY ZGŁOSZENIOWO-KOORDYNACYJNE:

1. Poradnia Zdrowia Psychicznego

ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz (Budynek G)
czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-18.00

tel. 52/ 585 7251

tel. 52/ 585 4255

e-mail: czp1@jurasza.pl

2. Poradnia Zdrowia Psychicznego

ul. Jarużyńska 9, 85-790 Bydgoszcz (Fordon)
czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-18.00

tel. 887 772 877

tel. 887 339 517

e-mail: czp2@jurasza.pl

Nie oceniamy • Wspieramy • Doradzamy • Pomagamy • Leczymy

www.czp.jurasza.pl