



Szanowni Państwo!

Jak ten czas szybko „płynie”, to już trzeci numer „Naszego Szpitala”...

Niestety, z przykrością stwierdzam, że nie udało się zakończyć w Szpitalu procesu wartościowania stanowisk pracy i standaryzacji zatrudnienia. To zadanie okazało się bardzo dużym wyzwaniem dla wszystkich zaangażowanych w ten projekt pracowników.

Zespół opracowujący narzędzia dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi, przekazał opracowane ścieżki kariery zawodowej i karty oceny pracownika do zaopiniowania związkowi zawodowemu. Wszystkim osobom biorącym czynny udział w zespołach roboczych chciałabym bardzo podziękować za włożoną pracę, wysiłek i cenne uwagi. Myślę, że prace związane z tym projektem zostaną ukończone do końca czerwca.

Zgodnie ze statutem Szpitala, na rok 2009 przygotowany został plan rzeczowo-finansowy, który zakłada znaczne zmniejszenie strat z działalności podstawowej w porównaniu z rokiem 2008. Jest to więc rok trudny, wymagający podjęcia nowych, często trudnych i niepopularnych działań. Nie tylko możemy mieć wpływ na zwiększenie przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, ale również na zmniejszenie kosztów. Liczę na zrozumienie i pomoc w tym zakresie wszystkich pracowników Szpitala.

W maju uczestniczyłam w ogólnopolskiej konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, zorganizowanej już po raz 15-ty przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce. Podsumowując to spotkanie, mogę z satysfakcją powiedzieć, że w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza jest podejmowanych wiele działań w zakresie: poprawy skuteczności leczenia, lepszej opieki, budowania komunikacji i relacji z pacjentem, zorientowania na jego potrzeby, poprawy bezpieczeństwa chorych, metod doskonalenia i podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Chciałabym, za rok, na 16-ej konferencji, przedstawić nasze osiągnięcia, kolejne cele i zadania, które sobie wyznaczymy, w trosce o dobro naszego najważniejszego klienta – pacjenta.

Na koniec informacja z Ministerstwa Zdrowia, gdzie trwają prace nad nowymi sposobami pozyskania dodatkowych pieniędzy na służbę zdrowia – Ministerstwo planuje wprowadzić od przyszłego roku polisy zdrowotne dla pacjentów, co da im prawo do ulgi podatkowej.

Kolejny kwartalnik dostępny będzie dla Czytelników już po wakacjach, w związku z tym życzę wszystkim pracownikom Szpitala wspaniałej pogody, udanego wypoczynku i szczęśliwych powrotów z urlopów.

Wanda Korzycka-Wilińska



Nasz Szpital

Szpital Uniwersytecki im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy

Czekamy na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Redakcja „Naszego Szpitala”

tel. 601 59 22 91 • kontakt e-mail: naszszpital@szpitaluniwersytecki.bydgoszcz.pl

Prezes Elekt Towarzystwa



Dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej został Prezesem Elektem Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

Wybory odbyły się podczas IX Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, w maju, w Krakowie. Nowy Prezes przejmie obowiązki obecnego szefa PTT (aktualnie tę funkcję sprawuje prof. Magdalena Durlik, wcześniej prof. Wojciech Rowiński, przed nim prof. Zbigniew Religa) w 2011 roku.

Zbigniew Włodarczyk planuje „ekspansję” Towarzystwa w dwóch geograficznych kierunkach – na zachód i wschód. „Zbyt mało naszych kolegów przystępuje do europejskich egzaminów z chirurgii transplantacyjnej. Szkoda, bo jeżeli zdali polski egzamin, na pewno dysponują odpowiednią wiedzą. Kolejną istotną sprawą jest uzyskiwanie akredytacji przez polskie ośrodki transplantacyjne, co dałoby im możliwość szkolenia m.in. lekarzy z Europy Zach. – mówi o swoich „zachodnich” planach prof. Włodarczyk.

„Wschodnie” działania Towarzystwa mają skupić się na wsparciu, głównie Białorusi i Ukrainy, we wdrażaniu programów transplantacyjnych, a także na pomocy stypendialnej lekarzom-transplantologom z tych rejonów.

PTT będzie się też musiało zmierzyć ze spadającym wśród polskich lekarzy zainteresowaniem specjalizacją z chirurgii transplantacyjnej. Problem wyraźnie widać już w Anglii, która boryka się z kłopotami kadrowymi, bo lekarze nie chcą zajmować się dziedziną, nie tylko trudną, ale też niemożliwą do uprawiania w praktyce prywatnej. „Polskie ośrodki transplantacyjne są w większości nadal kierowane przez osoby, które je zakładały. Młodych ludzi brakuje – niepokoi się Zbigniew Włodarczyk – Nie wystarczy młodym kolegom zaproponować tylko szansy na rozwój naukowy, by „ściągnąć” ich do zawodu, ta dziedzina medycyny musi być lepiej finansowana.”

(a.b.)

Profesor Zbigniew Włodarczyk ma 53 lata. Od 2000 r. pracuje w Katedrze i Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala, którą od podstaw zorganizował. W 2003 roku Klinika wykonała największą liczbę przeszczepień nerek w Polsce. Do tej pory jednostka przeprowadziła 650 transplantacji nerek. Prof. Włodarczyk jest także członkiem Krajowej Rady Transplantacyjnej, działającej przy Ministrze Zdrowia oraz członkiem Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Pełni także funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. transplantologii.

Honorowe członkostwo Paryskiego Kolegium Naczyniowego

W marcu 2009 roku, w Paryżu, podczas międzynarodowego kongresu *College Francaise de Pathologie Vasculaire* profesor Zygmunt Mackiewicz (na zdj. trzeci od lewej) został mianowany członkiem honorowym tego Towarzystwa, skupiającego angiologów i chirurgów naczyniowych Francji.

Zaszczytne wyróżnienie profesora Mackiewicza było związane z 15-leciem Polsko-Francuskiego Stowarzyszenia Angiologicznego (*Association Franco-Polonaise de Angiologie*), któ-

rego założycielem i prezesem w latach 1994–2001 był profesor Mackiewicz. APFA jest członkiem *College Francaise de Pathologie Vasculaire*. Obecnie siedzibą Stowarzyszenia jest Warszawa, a prezesem profesor dr hab. Piotr Ciostek.



Nowa siedziba Katedry i Kliniki Psychiatrii

Jeszcze w tym roku ma ruszyć budowa Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego. Inwestycja jest kolejnym projektem Collegium Medicum UMK, który powstaje w ramach „Wieloletniego Programu Rozbudowy i Modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza”, finansowanego ze środków budżetowych. Także w tym roku, dzięki temu samemu Programowi, rozpocznie się budowa obiektu, w którym znajdzie się 12 sal operacyjnych, klinika anestezjologii i intensywnej terapii, oddział ratunkowy oraz centralna sterylizatornia, a na dachu lądowisko dla helikopterów.



Nowa siedziba Kliniki Psychiatrii CM UMK powstanie na terenie ogródków działkowych, położonych przy głównym gmachu Szpitala Uniwersyteckiego. Obiekt ma składać się z trzech, dwu-kondygnacyjnych pawilonów, połączonych patiami rekreacyjno-rehabilitacyjnymi i ma być dosłownie „zatoniony w zieleni”. Centrum zajmie prawie 10 000 m² powierzchni. Budowa nowej Psychiatrii będzie realizowana w dwóch etapach. W pierwszym, w nowych obiektach znajdą się: 31. łóżkowy Oddział Psychoz I i 29. łóżkowy Oddział Psychoz II z pododdziałem wzmożonego nadzoru (4 łóżka), 25. łóżkowy Oddział Dziecięcy z 12. miejscami pobytu dziennego, Oddział Uzależnień – 32 łóżka, izba przyjęć z zadaszonym podjazdem dla karet, pomoc doraźna, poradnia dziecięca i poradnia przykliniczna oraz laboratorium. Łącznie nowa Klinika Psychiatrii będzie wtedy liczyć 117 łóżek. Drugi etap zakłada budowę Oddziału Rehabilitacyjnego, Oddziału Psychogeriatricznego oraz Pododdziału Intensywnego Nadzoru Psychiatrii – liczba łóżek wzrośnie do 183., zwiększy się też do 140. liczba miejsc dla pobytu dziennego i rehabilitacji psychiatrycznej.

Obecnie Klinika Psychiatrii mieści się w byłym hotelu pielęgniarstwie. Obiekt w złym stanie technicznym i sanitarnym zupełnie nie nadaje się na placówkę szpitalną, a z uwagi na małą ilość miejsc nie pokrywa potrzeb mieszkańców Bydgoszczy. Nowy obiekt na pewno poprawi komfort leczenia i da możliwość leczenia większej ilości chorych. Sale będą tu jedno i dwu-osobowe, wszystkie z węzłami sanitarnymi.

„Zmieniły się standardy opieki nad osobami z chorobami psychicznymi i my musimy się do nich dostosować – tłumaczy konieczność szybkiej realizacji inwestycji Elżbieta Krzyżanowska, zastępca dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych – Projekt Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego jest bardzo nowoczesny. Zupełnie nie przypomina typowego budynku szpitalnego, przeznaczonego dla chorych psychicznie. To będzie wyjątkowe miejsce. Nie ma jeszcze podobnego obiektu w Polsce – i dodaje – Centrum będzie służyło pacjentom z całego województwa, mamy więc nadzieję, że w przyszłości, może w realizację drugiego etapu, włączy się Urząd Marszałkowski.”

(a.b.)

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii



Z dokumentów źródłowych wynika, że Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w liczbie 12 stanowisk został powołany w naszym Szpitalu w 1981 roku. Wraz z usamodzielnieniem się struktur uczelnianych i powołaniem Akademii Medycznej w Bydgoszczy, na Wydziale Lekarskim tej uczelni powstała Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a jej strukturą organizacyjną w ramach szpitala była powołana do życia Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych.

Od stycznia 2009 w Szpitalu Uniwersyteckim obok Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii (kierownik Kliniki dr hab. n. med. Krzysztof Kusza, prof. UMK), do życia powołano niezależne administracyjnie i merytorycznie oddziały kliniczne, które ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń zdrowotnych przyjęły następujące nazwy: I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii (ordynator oddziału dr n. med. Andrzej Koło-

wrotkiewicz) i Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci (ordynator dr n. med. Roman Kaźmirczuk). W Szpitalu Uniwersyteckim w związku z tym działają trzy niezależne oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, które w strukturach Collegium Medicum UMK wchodzi w skład Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Kierownikiem Katedry jest dr hab. n. med. Krzysztof Kusza, prof. UMK.

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii poprzez swoich 21 specjalistów oraz 10 lekarzy rezydentów i 73 pielęgniarki, wraz z pielęgniarką oddziałową mgr Beatą Walecką, udziela świadczeń zdrowotnych na terenie całego szpitala. Zadania z zakresu znieczuleń ogólnych i regionalnych realizujemy podczas procesu diagnostyczno-leczniczego prowadzonego przez wszystkie Kliniki i Oddziały oraz w pracowniach i zakładach diagnostycznych, w szczególności jednak na salach operacyjnych, wobec chorych pochodzących

z właściwych naszemu Szpitalowi klinik zabiegowych. Aktywność w tym zakresie skutkuje realizacją prawie 15 tysięcy znieczuleń w roku. Dotyczą one chorych we wszystkich przedziałach wiekowych, często obciążonych chorobami, z powodu których od znieczulenia, diagnostyki i operacji odstąpiono w innych miejscach naszego miasta, regionu i kraju. W Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii hospitalizowani są chorzy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia z naszego Szpitala, jak również w bardzo znaczącej części, z Bydgoszczy, województwa kujawsko-pomorskiego oraz z Polski i z poza jej granic. Mając do dyspozycji tylko 11 stanowisk intensywnej terapii hospitalizujemy na nich około 400 chorych w przeciągu jednego roku, co niestety nie w pełni zabezpiecza potrzeby ciągle rozwijających się nowych struktur organizacyjnych Szpitala.

Aktualnie Klinika dysponuje wysoko rozwiniętą, opartą o najnowsze technologie, bazą diagnostyczno-leczniczą. Dzięki niej jesteśmy w stanie realizować wszystkie zadania terapeutyczne uznane w Unii Europejskiej i w USA za referencyjne w naszej dziedzinie medycyny. Niestety, w ślad za tym oraz za społecznymi, ciągle rosnącymi oczekiwaniami wobec jakości świadczeń udzielanych chorym znajdujących się w stanie zagrożenia życia, nie posuwa się powszechnie oczekiwane odpowiednie ich finansowanie (czego najlepszym przykładem jest polityka finansowania świadczeń zdrowotnych, realizowana przez regionalny oddział NFZ). Klinika rozwinęła z powodzeniem umiejętność prowadzenia procesu leczniczego w oparciu o wytyczne europejskich towarzystw i boardów, posługując się w procesie diagnostyczno-leczniczym inwazyjnymi i mało inwazyjnymi technologiami monitorowania dynamiki układu krążenia i oddychania, obrazowania struktur jam ciała, monitorowania procesów metabolicznych i zachodzących w obrębie OUN oraz realizowania w szerokim zakresie ciągłych technik leczenia nerkoza-

stępczego we wszystkich ich wymiarach. Umiejętności te pracownicy Kliniki przekazywali i przekazują podczas warsztatów szkoleniowych innym lekarzom anestezjologom z naszego województwa i kraju, wpływając w ten sposób na podnoszenie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych we wszystkich jednostkach naszego regionu. W celu lepszej organizacji struktury udzielanych świadczeń zdrowotnych nasi pracownicy biorą udział w prestiżowym przedsięwzięciu dotyczącym zarządzania jakością – znanym na świecie pod nazwą Six-Sigma. Jego wartość doceniły tak potężne przedsiębiorstwa i koncerny jak: Mitsubishi, Bank of America, Sony, Nokia, GE, Glaxo i inne. Aktualnie wdrażany jest program wspomagający skrócenie hospitalizacji w OIT.

W skład struktur organizacyjnych Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii wchodzi także Poradnia Leczenia Bólu, Poradnia Anestezjologiczna oraz Szpitalny Zespół Żywnieniowy, który rozwija się dynamicznie i ze swoją ofertą wychodzi poza struktury Szpitala, świadcząc usługi dla innych szpitali oraz chorych poddanych leczeniu żywieniowemu w domu. W oczekiwaniu na pojawienie się w obrębie Szpitala nowego bloku operacyjnego oraz nowego 23. stanowiskowego oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii będziemy nadal realizować zadania medyczne w obszarze, który często nie jest w stanie sprostać dynamicznie rosnącemu zapotrzebowaniu na świadczenia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Jednocześnie zdając sobie sprawę z misji, jaką mają do spełnienia uniwersytety oraz szpitale uniwersyteckie, pełniąc ją poprzez organizowanie szkoleń i konferencji, zapraszamy wszystkich naszych współpracowników i Zarząd Szpitala do wzięcia udziału w kolejnym już III. Polsko-Amerykańskim Forum Bydgoszcz-Cleveland „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii”, które odbędzie się w dniach 3–5 września 2009 w Operze Nova w Bydgoszczy. www.3polsko-amerykanskieforum.pl

Kierownik Działu Informatyki



Od stycznia 2009 obowiązki kierownika Działu Informatyki w Szpitalu pełni Mariusz Orkisz.

Zgodnie z nowym schematem organizacyjnym Dział Informatyki jest podle-

gły dyrektorowi ds. ekonomiczno-finansowych i jednocześnie, zgodnie z najnowszymi decyzjami Rady Społecznej Szpitala, ściśle współpracuje z pełnomocnikiem dyrektora ds. informatyzacji Szpitala – mgr inż. Jackiem Krysiem. Mariusz Orkisz zajmuje się głównie realizacją zadań związanych z eksploatacją i rozwojem sieci teleinformatycznej Szpitala, m.in. wszystkimi urządzeniami współpracującymi z komputerami (z wyłączeniem aparatury medycznej, chociaż Dział coraz częściej, z racji silniejszego z informatyzowania techniki medycznej, jest angażowany i w takie prace).

Głównym celem, jaki chciałby osiągnąć nowy kierownik Działu Informatyki jest modernizacja sieci i usług w niej oferowanych, tak aby Szpital mógł być postrzegany jako silny ośrodek informatyki medycznej. Do tej pory – ze względu na ogromne rozproszenie usług w sieci, brak centralizacji zarządzania nią oraz bezpieczeństwem danych i usług – Szpital nieefektywnie korzystał z sieci. Dopiero „otwarcie się na informatykę” pod koniec ubiegłego roku pozwoliło planować i realizować dostęp do nowych usług sieciowych. Uruchomiony niedawno PISZ (Portal Informacyjny Szpitala) oraz poczta wewnętrzna, to tylko początki, ale i te działania zostały poprzedzone długą pracą całego Działu, związaną z wieloma czynnościami, jakie należało podjąć i wykonać, aby każdy komputer w sieci Szpitala mógł szybko i sprawnie uzyskać do nich dostęp. Dalsze etapy prac są ukierunkowane na rozwój usług takich, jak na przykład dyski sie-

ciowe dla każdego użytkownika, aby dane były bezpiecznie przechowywane na serwerach Szpitala, a nie na awaryjnych komputerach w klinikach i działach. Dodatkowo Informatyka zrobi wszystko, aby dostęp do sieci był bezpieczny (ściśle polityka bezpieczeństwa teleinformatycznego) i aby elektroniczna wymiana informacji z wykorzystaniem sieci stała się normalnym i oczywistym elementem pracy w Szpitalu.

Do roku 2009 roku Mariusz Orkisz był zatrudniony w Zespole Wdrożeniowym nr 2 w Bydgoszczy na stanowisku Szefa Sekcji Sieci. ZW nr 2 jest bezpośrednio podległy pod Departament Informatyki i Telekomunikacji MON. W czasie dotychczasowej kariery zajmował się tworzeniem aplikacji internetowych i intranetowych oraz administracją sieciami i systemami informatycznymi. Od roku 2006 kierował komórką zajmującą się zarządzaniem siecią i serwerami z oprogramowaniem Microsoft na obszarze północnej Polski. Brał też udział w projektowaniu i budowaniu systemu teleinformatycznego powstałego w Bydgoszczy Centrum Szkolenia Sił Połączonych (JFTC) oraz portalu medycznego Clinika.pl

Nowy kierownik Działu Informatyki ma 38 lat, ukończyłienne studia magisterskie na Wydziale Cybernetyki WAT ze specjalizacją: systemy komputerowe. Jest absolwentem studiów podyplomowych na Wydziale Telekomunikacji Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, na kierunku Informatyka Stosowana. Od prawie trzech lat jest posiadaczem międzynarodowego certyfikatu Microsoft Certified Professional, a od ponad roku Microsoft Certified Systems Administrator z rozszerzeniem Security (ilość certyfikatów w Polsce – około 300, na świecie nieco ponad 28000!). Mariusz Orkisz jest żonaty, ma dziewięcioletniego syna. Jego pasją jest informatyka oraz taekwondo, które uprawia syn.

Od maja 2009 obowiązki kierownika działu BHP i ochrony przeciwpożarowej sprawuje w Szpitalu mgr Barbara Dróżyńska.

Swój związek ze sprawami bezpieczeństwa pracy Barbara Dróżyńska datuje od 1988 r., od kiedy rozpoczęła pracę w ELANA S.A., kierując przez wiele lat Laboratorium Badań Środowiskowych (w 2000 r. Laboratorium uzyskało certyfikat akredytacji przyznany przez Polskie Centrum Akredytacji w Warszawie). Brała także czynny udział we wszystkich pracach i przedsięwzięciach związanych z wdrażaniem, a później utrzymaniem Zintegrowanego Systemu Zarządzania w ELANA S.A., w tym w szczególności Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy.

W roku 2001 Barbara Dróżyńska uzyskała w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy w Warszawie certyfikaty kompetencji we wszystkich wówczas możliwych kategoriach: wykładowcy BHP, audytora SZ BHP, specjalisty ds. pomiarów parametrów środowiska pracy oraz specjalisty BHP. W 2009 r. uzyskała jeszcze certyfikat kompetencji eksperta – konsultanta w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Nowa kierownik działu BHP od 2004 roku współpracuje z Zakładem Systemów Jakości i Zarządzania w Warszawie, biorąc udział w procesach certyfikacji i nadzoru zintegrowanych systemów zarządzania, w tym systemów zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy w przedsiębiorstwach różnych branż.

W latach 2005–2009 współpracowała z Wydawnictwem FORUM Sp. z o.o. w Poznaniu, przygotowując m.in. informacje w zakresie nowości w przepisach prawnych z dziedziny BHP. Od stycznia 2009 r. współpracuje z Wydawnictwem Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie w zakresie przygotowywania publikacji z dziedziny BHP.

Rola wykładowcy w zakresie BHP i ergonomii zaczęła dominować w działalności zawodowej Barbary Dróżyńskiej od roku 2005, kiedy została starszym specjalistą naukowo-technicznym Działu Szkoleń UMK w Toruniu.

Ma satysfakcję, że wielu samodzielnych pracowników nauki, dotąd niezbyt przekonanych, że BHP i ergonomia to poważne dyscypliny, ostatnio zmieniło zdanie.



Obecne działania nowej kierownik działu BHP w obszarze Ochrony Pracy w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza będą ukierunkowane na wdrożenie systemu zarządzania BHP w ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością, Ochroną Środowiska oraz Bezpieczeństwem i Higieną Pracy.

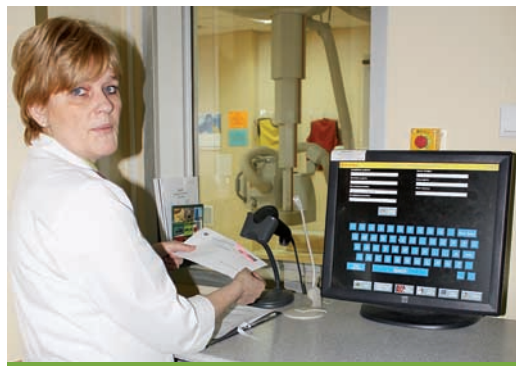
Barbara Dróżyńska jest absolwentką Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, gdzie na Wydziale Matematyki, Fizyki i Chemii ukończyła studia na kierunku chemii. Jest absolwentką studiów podyplomowych w zakresie bezpieczeństwa pracy i ochrony środowiska w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, ukończyła także studia podyplomowe związane z bezpieczeństwem systemów: człowiek – technika – środowisko, organizowane przez Politechnikę Warszawską wspólnie z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy. Kolejne studia na Politechnice Łódzkiej dotyczyły bezpieczeństwa procesów przemysłowych. Barbara Dróżyńska jest członkiem Stowarzyszenia Ochrony Pracy. W 2008 r. została uhonorowana wyróżnieniem „Złote Szelki”, przyznany decyzją Kapituły miesięcznika „ATEST – Ochrona Pracy” za osiągnięcia dydaktyczne w dziedzinie bezpieczeństwa pracy i ergonomii, realizowane zarówno w ośrodkach szkoleniowych zakładów przemysłowych, jak i w środowisku pracowników nauki i studentów. Wyróżnienie to zostało wręczone podczas I Ogólnopolskiej Konferencji miesięcznika „ATEST – Ochrona Pracy”, poświęconej ryzyku nieakceptowanemu. Nowa kierownik działu BHP najlepiej wypoczywa na działce i żartuje, że ostatnio specjalizuje się... w hodowli trawy.

Cyfrowy rentgen wreszcie w Juraszu!

Dwa nowe, cyfrowe aparaty rentgenowskie zainstalowano w Zakładzie Radiologii. Wykorzystywane będą do wszystkich rodzajów badań konwencjonalnych, m.in. prześwietleń płuc, czaszki, kości długich (takich jak cała noga) czy kręgosłupa – przy czym w tym wypadku obrazy będą automatycznie scalane, a miejsca łączenia zdjęć niewidoczne.

Dzięki specjalnemu oprogramowaniu rtg jest też bezpieczny dla dzieci. Stary, wyżużony i często psujący się sprzęt wreszcie można było odłożyć do lamusa. Nowe urządzenia działają dopiero od stycznia, a do 15 maja, wykonano na nich już 18 tys. zdjęć! Dwa cyfrowe aparaty kosztowały ponad 1 mln 900 zł.

„Nasi technicy są zachwyceni nowym sprzętem. Aparaty automatycznie dobierają odpowiednie warunki ekspozycji, a otrzymane obrazy w zależności od potrzeb, można modyfikować – mówi prof. Władysław Lasek, kierownik Zakładu Radiologii – A to dopiero pierwszy etap modernizacji Zakładu Radiologii. Zakończyliśmy przetarg na rezonans magnetyczny. Urządzenie będzie wykorzystywane m.in. do badań serca, tętnic wieńcowych, perfuzji i dyfuzji mózgu. Planujemy, że do końca czerwca, Pracownia z zainstalowanym nowym sprzętem, roz-



Specjalny czytnik odczytuje kod kreskowy ze skierowania pacjenta, a dane chorego, już ze wskazaniem jakiego rodzaju badanie powinno zostać wykonane, natychmiast pojawiają się na pulpicie komputera. Na zdjęciu: Maria Baczyńska, kierownik zespołu techników.

pocznie normalną pracę. Teraz jesteśmy w trakcie przetargu na 64 rzędowy tomograf komputerowy”.

Cyfrowa pracownia rentgenowska dyżuruje całą dobę. Pacjentów planowych przyjmuje codziennie do godziny 22. Chory jest teraz rejestrowany na określoną godzinę, a na wynik badania, otrzymany na płycie, czeka zaledwie 5 minut. Od czerwca, w związku z rozwojem sieci informatycznej szpitala, ma być jeszcze łatwiej – lekarz na każdym oddziale, ze swojego komputera, zyska możliwość odczytu zdjęcia wykonanego przed chwilą w Zakładzie Radiologii. Taki system funkcjonuje już np. w Centrum Pulmonologii, Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizuela i Centrum Onkologii.

Tekst i zdjęcia: a.b.

Zobaczą każdą patologiczną zmianę!

Szpitalny Zakład Endoskopii Gastroenterologicznej jest po kapitalnym remoncie połączonym z zakupem nowoczesnego sprzętu. W odnowionych pomieszczeniach pracuje teraz 14 nowych endoskopów.

„Wszystkie aparaty mają możliwość obrazowania w systemie NBI, co pozwala na rozpoznanie nawet bardzo drobnych zmian o charakterze nowotworowym – podkreśla kierownik



Zakładu dr hab. n. med. Cezary Popławski (na zdj.) – Dysponujemy też unikatowym, drugim w Polsce, urządzeniem umożliwiającym badanie w systemie AFI, ze specjalnym źródłem światła stroboskopowego. Podczas endoskopii błona śluzowa oświetlana jest różnymi długościami światła, następnie odbity przez tkanki obraz zostaje przetworzony i cyfrowo zabarwiony w pamięci komputera. Jeżeli świeci na zielono, wszystko jest w porządku, ale jeżeli odbija światło i barwi się na różowo, to istnieje duże prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia ze zmianami dysplastycznymi lub nowotworowymi. Urządzenia mają wbudowany mikroskop, co pozwala oglądany obraz powiększyć do 100 razy i uzyskać wgląd w systemy wewnątrzkomórkowe.”

Kolonoskop i gastroskop, pracujące w systemie AFI, nie będą wykorzystywane do rutynowych, przesiewowych badań m.in. ze względu na wysoki koszt samej aparatury – kolonoskop, gastroskop i źródło światła kosztowały razem 800 tys. Na takie badania skierowani zostaną pacjenci, u których podczas endoskopii górnego lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego stwierdza się konieczność weryfikacji badania. Wówczas, natychmiast, wykonuje się badanie z użyciem systemu AFI.

Dzięki modernizacji Zakładu pacjenci zyskali nie tylko dostęp do najlepszej diagnostyki

ki, ale też większy komfort. Teraz w specjalnie przygotowanym pomieszczeniu z łazienką mogą przygotować się do badania, przebrać w jednorazową odzież. Zadbano też o intymność – wszelkich informacji na temat przebiegu krępujących dla większości badań, lekarz udziela teraz nie na korytarzu, ale w oddzielnym gabinecie.

Jednostka diagnozuje pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych. Czas oczekiwania na badanie w przypadku chorych z zewnątrz wynosi maksymalnie 14 dni. Zakład ma oddzielną rejestrację, gdzie przyjmowane są zapisy chorych i wydawane wyniki. Można tu zgłosić się ze skierowaniem od każdego typu lekarza specjalisty, bez konieczności wcześniejszej wizyty w poradni chirurgicznej czy gastroenterologicznej. Wykonywane są także badania płatne dla chorych nieubezpieczonych lub tych bez skierowania (czas oczekiwania wynosi maks. 14 dni). Zakład pełni też 24 h dyżury telefoniczne dla wymagających natychmiastowej interwencji chorych z krwawieniem z przewodu pokarmowego.

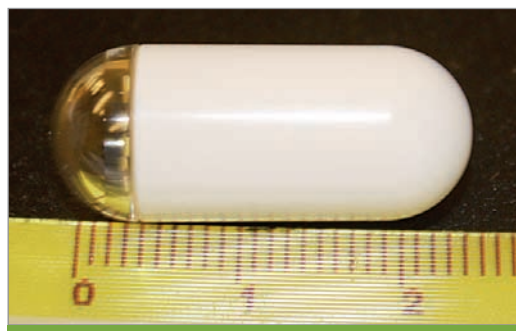
Inwestycję – zakup aparatury i modernizację Zakładu – sfinansowało Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Jej łączny koszt wyniósł 2 mln złotych.

Tekst i zdjęcia: a.b.

Zastosowanie kapsułki endoskopowej

● Co to jest kapsułka endoskopowa i do czego służy?

Najnowszym osiągnięciem nowoczesnej diagnostyki gastroenterologicznej jest metoda endoskopii kapsułkowej, która ocenia jelito cienkie. Zyskuje ona coraz większą akceptację na całym świecie. Jest wymieniana jako najskuteczniejsza i najszybsza nieinwazyjna metoda diagnostyczna, nieoceniona szczególnie w przypadkach niemożliwych do zdiagnozowania metodami tradycyjnymi. Badanie kapsułką nie służy do oceny przełyku, żołądka i jelita grubego i nie zastępuje gastroskopii ani ko-



lonoskopii. Natomiast z powodzeniem zastępuje i wyprzedza takie badania, jak: badanie endoskopii dwubalonowej, enteroskopii typu

push oraz badania radiograficzne, bo w przeciwieństwie do nich nie wymaga sali operacyjnej, ani zespołu anestezjologicznego czy radiologicznego.

Endoskopia kapsułkowa jest obecnie wykorzystywana głównie do diagnostyki patologii jelita cienkiego, niedostępnego tradycyjnymi badaniami endoskopowymi.

● Wskazania do endoskopii kapsułkowej przewodu pokarmowego

– krwawienie przewlekłe z przewodu pokarmowego o niejasnej etiologii (zmiany naczyniowe i miejsca krwawienia w jelicie cienkim)

– zespoły polipowatości przewodu pokarmowego (lokalizacja w jelicie cienkim)

– w podejrzeniu choroby Leśniowskiego-Crohna (ch. L-C) (jeżeli endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego i kolonoskopia z illeoskopią nie wykryją zmian charakterystycznych dla ch. L-C, to wg zaleceń światowych należałoby wykonać badania obrazowania takie jak: enterokliza klasyczna, enterokliza z tomografią komputerową lub rezonansem magnetycznym, „push”enteroskopię, endoskopię z podwójnym balonem lub **badanie z pomocą kapsułki endoskopowej**).

W światowym piśmiennictwie gastrologicznym ukazują się prace, które udowadniają decydującą rolę metody kapsułkowej w rozpoznawaniu choroby Leśniowskiego-Crohna. Argumentem świadczącym o znacznej przydatności metody kapsułkowej jest fakt, że w badaniach poświęconych skuteczności w rozpoznawaniu ch. L-C w korelacji z wynikami radiologicznymi, endoskopowymi i histologicznymi wykazano, że czułość i specyficzność tej metody wynosi odpowiednio 89,6% i 100% w porównaniu z badaniem radiologicznym (odpowiednio 27,6% i 100%).

Nie bez znaczenia jest aspekt finansowy tego typu badań. W piśmiennictwie podkreśla się, że przed rozpoznaniem metoda kapsułkowa pacjenci mieli wykonywanych średnio ok. 7 badań metodami alternatywnymi, byli w związku z tym często hospitalizowani, co zwiększało koszty diagnostyki.



Pacjentka po połknięciu kapsułki z założonym rejestratorem

Bezwzględne przeciwwskazania do endoskopii kapsułkowej: obecność zwężenia przewodu pokarmowego, zaburzenia połykania, wszczepiony stymulator serca i kardioverter, ciąża.

Względny przeciwwskazaniem są: obecność przetok, dużych uchyłków, zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego czy operacje brzuszne w wywiadzie.

Powikłaniem endoskopii kapsułkowej jest utknięcie kapsułki w przewodzie pokarmowym.

● Zasada badania i budowa zestawu kapsułki endoskopowej

W skład zestawu do badania wchodzi: kapsuła endoskopowa z wbudowaną baterią i diodą oświetleniową oraz z urządzeniem aktywującym kapsułkę; zestaw elektrod, które umiejscawia się odpowiednio na skórze całego brzucha; rejestrator zapisu obrazów endoskopowych; urządzenie podglądu bieżącego; podstawka, ładowarka do rejestratora; uprząż do rejestratora, którą zakłada się pacjentowi; system komputerowy do zapisywania danych, opracowywania wyników.

Kapsułka jest połykana przez pacjenta, a następnie przemieszcza się biernie przez przewód pokarmowy. W tym czasie kamera znajdująca się w kapsułce wykonuje liczne zdjęcia (2 zdjęcia/sek., łącznie ponad 50 tys.

zdjęć), które za pomocą fal radiowych są przekazywane do anten przyklejonych na brzuchu pacjenta, a stąd do rejestratora umieszczonego na pasku. Po wykonaniu badania wszystkie zdjęcia są przetwarzane przez system komputerowy i analizowane przez lekarza. Kapsułka zostaje wydalona drogą naturalną.

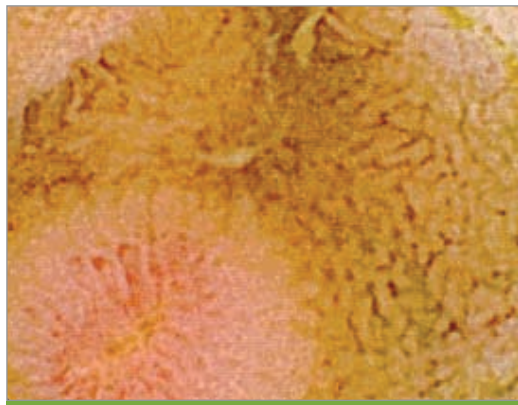
● Nasze doświadczenia

W naszej Pracowni wykonaliśmy dotychczas 7 badań (4 u dorosłych, a 3 u młodzieży), które pozwoliły nam na pełne rozpoznanie kliniczne.

Przypadek 1

Dziewczynka 16-letnia, u której potwierdzono rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna za pomocą kapsułki endoskopowej.

*W wywiadzie u dziewczyny od ponad jednego roku występowała niedokrwistość niedobarwliwa oporna na leczenie preparatami żelaza (matka wiązała to z obfitymi miesiączkami), nawracające owrzodzenia opuszki dwunastnicy (2-krotnie leczona), zakażenie *Helicobacter pylori* w pełni wyleczone trójlewkową, 7-dniową terapią eradykacyjną. Podejrzewając chorobę Leśniowskiego-Crohna wykonano kolonoskopię w której nie stwierdzono zmian makroskopowych, a z pobranych biopatów typowych zmian histopatologicznych. Dziewczynkę zakwalifikowano do badania metodą endoskopii kapsułkowej, gdzie stwierdzono liczne, drobne owrzodzenia w jelicie*



Owrzodzenie w jelicie cienkim rozpoznane za pomocą kapsułki

cienkim (granica jelita czczego i krętego). Na podstawie całości wywiadu, badania przedmiotowego, wyników badań laboratoryjnych, a przede wszystkim obrazu jelita cienkiego uzyskanego za pomocą kapsułki endoskopowej rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna.

Przypadek 2

Kobieta 55 letnia z krwawieniem z przewodu pokarmowego o nieustalonej etiologii (bez miejsc i cech krwawienia w wykonanym tradycyjnym badaniu endoskopowym i kolonoskopowym). W wywiadzie u pacjentki cechy nadciśnienia wrotnego z żyłakami przełyku, które wcześniej wyeradykowano. Pacjentkę zakwalifikowano do badania metodą endoskopii kapsułkowej, na podstawie której rozpoznano krwawienie powierzchowne ze śluzówki jelita cienkiego.

*Pomimo, że system kapsułki endoskopowej ma swoje wady (brak możliwości wykonania biopsji, duża czasochłonność analizy zapisu, koszty), to nie do oceny są korzyści płynące z zastosowania tej metody diagnostycznej. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków uznała kapsułkę endoskopową za **metodę z wyboru w diagnostyce jelita cienkiego.***

Należy podkreślić, że system do kapsułkowej endoskopii może służyć zarówno dzieciom, młodzieży jak i pacjentom dorosłym Szpitala Uniwersyteckiego. Problemem jest jedynie to, że procedura endoskopii kapsułkowej nie jest wykazana w zabiegach refundowanych przez NFZ, ale dyrekcja Szpitala widząc jej korzyści dla chorego sama pokrywa koszty badania.

Pracownia Czynnościowa Przewodu Pokarmowego Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dysponuje systemem kapsuły endoskopowej firmy Olympus.

*dr n. med. Grażyna Mierzwa
prof. dr hab. med. Mieczysława
Czerwionka-Szaflarska
Katedra i Klinika Pediatrii,
Alergologii i Gastroenterologii
klped@cm.umk.pl*

Kręgosłup odzyskał fizjologiczną oś!

Wyjątkowo trudny i rzadki zabieg odtworzenia osi złamanego kręgosłupa w odcinku piersiowym przeprowadzono 10 marca 2009 roku w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii.

U 50-letniej chorej po upadku z wysokości 15 metrów doszło do wielopoziomowego złamania trzonów kręgów 3, 4 i 6 w odcinku piersiowym, z 45. stopniowym zagięciem kątowym kręgosłupa ku przodowi. Pacjentka zgłaszała silne dolegliwości bólowe, przeczulicę skóry oraz stałe uczucie duszności, co utrudniało jej normalne poruszanie się i oddychanie.

Przed operacją wykonano szereg badań dodatkowych: rezonans magnetyczny kręgosłupa, angio-CT naczyń klatki piersiowej, tomografię komputerową kręgosłupa, spirometrię. Odbyło się także konsylium, w którego skład weszli specjaliści z dziedziny torakochirurgii, neurochirurgii, psychiatrii i anestezjologii. Dodatkowo drogą elektroniczną poproszono o opinię dr. Williama D. Toblera, specjalizującego się w chirurgii deformacji kręgosłupa z Mayfield Clinic w Stanach Zjednoczonych.

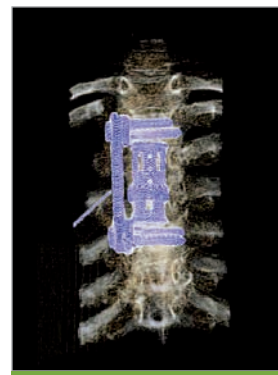
Celem zabiegu było usunięcie dwóch złamanych trzonów kręgów Th3 i Th4 i zastąpienie ich tytanową protezą, odbarczenie



Od prawej: dr hab. n. med. Maciej Śniegocki, doktor Maciej Prywiński, doktor Tomasz Tykwiński podczas zabiegu

kanалу kręgowego oraz odtworzenie osi kręgosłupa. W drugiej kolejności zaplanowano wzmocnienie wewnętrzne trzonu Th6 przy użyciu cementu kostnego. Dostęp do kręgosłupa na tej wysokości uzyskano poprzez otwarcie klatki piersiowej wraz z odsunięciem łopatki oraz częściową resekcją żeber III i IV. W tym etapie operacji uczestniczyli torakochirurdzy z Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. Następnie rozpoczął się drugi etap zabiegu polegający na uwidocznieniu złamanych trzonów i ich wycięciu przy użyciu wiertarki szybkoobrotowej. Dodatkową trudność na tym etapie stanowiła praca w okolicy fizjologicznie najgorszego ukrwienia rdzenia oraz sąsiadującego łuku aorty i przełyku. W kolejnym etapie dopasowano i zamontowano protezę trzonów. Całość stabilizacji dodatkowo zabezpieczono poprzez zamocowanie na bocznej powierzchni kręgosłupa płytki, którą dokręcono zestawem czterech śrub.

Efektem operacji było znaczące zmniejszenie dolegliwości bólowych i całkowite zniesienie uczucia duszności u chorej, nie odnotowaliśmy deficytu ruchowego. Fizjologiczna oś kręgosłupa została odtworzona. Celem dalszego leczenia usprawniającego, samodzielnie poruszającą się pacjentkę przekazaliśmy do Oddziału Rehabilitacji Szpitala w Inowrocławiu. Planujemy drugi etap leczenia – wzmocnienie cementem kostnym stabilnego złamania trzonu Th6, co pozwoli na całkowite usunięcie dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjentkę.



Maciej Prywiński
Katedra i Klinika Neurochirurgii
i Neurotraumatologii

Czy jesteś zagrożony?



Dbaj o swoje niskie ciśnienie tętnicze

- Czy masz nadciśnienie tętnicze?
- Czy masz cukrzycę?
- Czy masz nadwagę?
- Czy palisz papierosy?
- Czy masz ponad 50 lat?
- Czy w Twojej rodzinie ktoś chorował na nerki?
- Czy cierpisz z powodu innych chorób nerek?

Jeśli odpowiedziałeś **TAK** na jedno lub więcej z tych pytań, proszę porozmawiaj ze swoim lekarzem.

W 2003 roku Joel Kopple, założyciel Międzynarodowej Federacji Fundacji Nefrologicznych, wpadł na pomysł zorganizowania Światowego Dnia Nerki. Zainspirowały go do tego następujące fakty: przewlekła choroba nerek (PChN), która stanowi powszechne zagrożenie zdrowia, znajduje się na szarym końcu listy priorytetów władz odpowiedzialnych za ochronę zdrowia; choroba nerek może zostać wykryta za pomocą prostych i tanich testów, jednak ogólnokrajowe akcje propagujące te badania są rzadkie i ponad 90% z występujących przypadków PChN pozostaje nierozpoznana; ponadto uwidoczniła się rozbieżność pomiędzy łatwo dostępnymi i efektywnymi terapiami przewlekłej choroby nerek a opieką medyczną, jaką w rzeczywistości otrzymują pacjenci.

W tym roku Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych przy współudziale Zakładu Lekarza Rodzinnego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Fundacji NERKADAR i Hypertension Excellence Centre Bydgoszcz już po raz trzeci, w dniu 12 marca, włączyła się do poparcia tego ogólnoswiatowego projektu.

Rozesłaliśmy plakaty informacyjne do Praktyk Lekarzy Rodzinnych, Stacji Dializ i Szpitali

w naszym regionie. Mamy nadzieję, że umieszczone na nich pytania zachęcą pacjentów do wizyty u lekarza, celem wykonania prostych badań przesiewowych i sprawdzenia czy nie są w grupie ryzyka chorób nerek. Hasło tegorocznych obchodów brzmi „**Utrzymuj niskie ciśnienie tętnicze**”. Ma ono zwrócić uwagę na problem nadciśnienia tętniczego, które może być przyczyną, a także następstwem przewlekłej choroby nerek. Zobowiązuje ono do kontroli ciśnienia tętniczego i utrzymywania jego wartości na jak najniższym poziomie. Pragniemy zachęcić naszych pacjentów do kontroli ciśnienia tętniczego krwi i leczenia nadciśnienia tętniczego.

Nasze działania mają ogromne znaczenie, ponieważ problem przewlekłej choroby nerek wciąż narasta. Ponad 500 milionów osób na całym świecie – czyli w przybliżeniu jedna na dziesięć – cierpi z powodu przewlekłej choroby nerek, a każdego roku miliony ludzi umiera przedwcześnie na skutek zawału serca i udaru mózgu, chorób mających ścisły związek z przewlekłą chorobą nerek. Wiemy, że następstwem nieleczonej PChN może być ich niewydolność, która będzie wymagać leczenia nerkozastępczego. Liczba chorych leczonych w ten sposób rośnie w błyskawicznym tempie. W Polsce liczba dializowanych chorych zwiększyła się z 497 w 1981 r. do 13 513 w 2004 r., co oznacza ponad 27-krotny wzrost. Szacuje się, że w 2010 r. dializami objętych będzie 27 500 chorych. Będzie to dwukrotnie więcej niż w roku 2005. Do roku 2015 przewlekła choroba nerek i choroby serca mogą zabić 36 milionów ludzi.

Obchody Światowego Dnia Nerki zyskały w tym roku poparcie organizatorów Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego. Obchodzony był 17 maja pod hasłami: „Ogranicz sól w diecie” oraz „Sól i wysokie ciśnienie tętnicze – dwóch cichych zabójców”. Te dwie ogólnoswiatowe kampanie połączył wspólny problem, jakim jest nadciśnienie tętnicze.

Dokończenie na str. 16

Profesor Antoni Stanisław Jurasz – patron Szpitala

Prof. Antoni Jurasz – współtwórca polskiej laryngologii – urodził się 24 listopada 1847 r. w Spławiu pod Poznaniem. Rodzina Profesora mieszkała w Poznańskim od kilku pokoleń. Wybór wybitnego Wielkopolanina na patrona szpitala w Bydgoszczy nie był przypadkowy. Bydgoskie środowisko lekarskie od lat utrzymywało żywe kontakty z kolegami poznaniakami. Starsze pokolenia studiowały w czasie zaboru pruskiego na tych samym uniwersytetach niemieckich. Młodsze zdobywały wiedzę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Kiedy więc w 1953 r. wybierano patronów szpitali, dla lekarzy związanych od lat z Bydgoszczą było oczywiste, że powinna to być wybitna postać związana z tym regionem. Prof. Antoni Jurasz odpowiadał tym kryteriom najpełniej.

Program szkoły elementarnej przerobił w domu z ojcem, nauczycielem. Wykształcenie średnie zdobył w najbardziej polskiej szkole poznańskiej – w Gimnazjum im. św. Marii Magdaleny. Przed maturą podawał, że chce studiować teologię. Ostatecznie w 1867 r. wybrał medycynę na Uniwersytecie w niezbyt odległym Greifswaldzie, gdzie studiowali też Polacy. Skromną pomoc materialną rodziców uzupełniał wsparciem finansowym ze strony hrabiego Jana Działyńskiego. Dyplom lekarza, wraz z doktoratem, otrzymał w 1871 r. Chciał pracować na Uniwersytecie Jagiellońskim. Niestety, asystentury nie otrzymał. Wrócił więc do Niemiec. Zamieszkał w Heidelbergu. Tu pracował nieprzerwanie 35 lat. Był asystentem w uniwersyteckiej poliklinice, w dziale pediatrii. Polecono mu zajęcie się niedostatecznie wówczas opanowanym badaniem laryngoskopowym. Jako jeden z pierwszych podjął się usunięcia polipa krtani. Operacja zakończyła się pełnym sukcesem – pacjent pozbył się uciążliwej chrypki. Odegrało to istotną rolę w dalszej karierze dr. Jurasza. Zamiast pediatrii, której początkowo zamierzał się poświęcić, zajął się laryngologią i stał się jednym z czołowych twórców i pionierów w tym zakresie. Obok praktyki klinicznej uczestniczył aktywnie w działalności naukowej i dydak-

tycznej. Habilitował się w 1877 r. Trzy lata później, jako jeden z nielicznych Polaków w Rzeszy, został profesorem nadzwyczajnym. Był autorem ponad 100 prac i kilku podręczników, w tym dzieła najważniejszego – „Choroby górnych dróg oddechowych”. Znane też były liczne instrumenty laryngologiczne jego pomysłu. Podstawowe prace prof. Jurasza z zakresu fizjologii i patologii nosa i narządu głosowego zapewniły mu wysoką pozycję naukową na świecie.

Zawsze zaznaczał swe przywiązanie do polskości i wraz żoną Karoliną w duchu tym wychowywał siedmioro dzieci. W domu Juraszów skupiała się nie tylko miejscowa Polonia, ale bywali tam też przedstawiciele innych narodów słowiańskich.

W 1908 r. wrócił do kraju, powołany na Katedrę Laryngologii Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Był kilkakrotnie wybierany na dziekana Wydziału Lekarskiego. Podczas pierwszej wojny światowej pełnił funkcję rektora uniwersytetu. W 1919 r. przeniósł się do Poznania i na prośbę rektora powstającego Uniwersytetu Poznańskiego dr. Heliodora Święcickiego zorganizował kolejną klinikę laryngologii. Mimo swoich 72 lat nadal bardzo aktywny, nie ustawał w pracy naukowej, dydaktycznej i społecznej. Był m.in. kuratorem Koła Medyków i naczelnym redaktorem „Nowin Lekarskich”.

Zmarł 12 sierpnia 1923 r.

Mieczysław Boguszyński

Na podstawie art. Antoniego Łączkowskiego – „Profesor Antoni Jurasz senior – jeden z twórców laryngologii światowej”

PS. Przy okazji zwracam się z prośbą do wioletoleńskich pracowników Szpitala im. dr. A. Jurasza o udostępnienie starych zdjęć i dokumentów związanych z pracą w tym szpitalu. Chciałbym je wykorzystać w przygotowywanym opracowaniu historycznym.





Mamy nowe windy!

Zakończyła się wymiana 12 z 29 szpitalnych wind, pozostałe dźwigi zyskały nowe napędy. Nowymi zastąpiono m.in. stare urządzenia przy poradniach przyklinicznych, dyrekcji i w holu głównym (windy 1, 6 i 2). Prace zostały przeprowadzone w ramach programu modernizacji szpitala – ich koszt to 4 mln zł.

Europejskie Dni w Szpitalu



Na zdjęciu dzieci z Zespołu Szkół nr 21, które odwiedziły małych pacjentów z anglojęzycznym przedstawieniem

W Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego (1 kwietnia 2009) odbyła się impreza poświęcona krajom Unii Europejskiej. Uroczystość została przygotowana w ramach „Dni europejskich”. W spotkaniu wzięli udział uczniowie przebywający w klinikach: hematologii i onkologii, ortopedii, okulistyki oraz chirurgii dziecięcej.

Organizatorzy:
Anna Osowska, Anna Szopa,
Barbara Boniecka,



Remigiusz Tomczyk podczas zwycięskiego meczu

Złoty medal dla doktora Remigiusza Tomczyka z Katedry i Kliniki Kardiochirurgii w IV Zimowych Igrzyskach Lekarskich!

Miejsce igrzysk: Zakopane – Nowy

Targ (marzec 2009). Patronat: Naczelna Izba Lekarska, Gazeta Lekarska i Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie. W ramach igrzysk odbył się turniej hokeja na lodzie.

Wyniki:

- 1 miejsce – Bydgoszcz: Dariusz Możdżeń (chirurg szczękowy), Remigiusz Tomczyk (Katedra i Klinika Kardiochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza), gościnnie w drużynie z Bydgoszczy wystąpili: Paweł Wołęjsza – Krosno (chirurg), Grzegorz Masternak – Oleśnica (stomatolog)

- 2 miejsce – Gdańsk

- 3 miejsce – Nowy Targ.

Wyniki turnieju finałowego:

- Bydgoszcz – Gdańsk 4:1 (bramki: D. Możdżeń – 2, R. Tomczyk – 2),

- **Bydgoszcz – Nowy Targ 3:0 (bramki: R. Tomczyk – 3).**

Muzycynie na Hematologii



Dzieci-pacjenci z Kliniki Pediatrii Hematologii i Onkologii witały wiosnę. Impreza została zorganizowana 2 kwietnia przez Wojewódzki Ośrodek Kultury w Bydgoszczy. Młodzi wokaliści z zespołu „Sweet Boom Boom” pod kierunkiem A. Żółkosia rozweselili naszych podopiecznych.

W trakcie występów dzieci zjadały się przepyszными słodyczami. Dyrektor WOK mgr Marzena Makowska przekazała upominki na potrzeby oddziału. Było radośnie i wesoło. W muzycznych rytmach powitaliśmy wiosnę.

mgr Jolanta Sękowska

Zapowiadamy

Na złamany kręgosłup – kyfoplastyka

Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii z naszego Szpitala jest jedyną jednostką w regionie, gdzie u pacjentów ze złamanymi kręgami kręgosłupa wykonuje się tzw. **kyfoplastykę balonową**. Na razie tą małoinwa-

zyjną metodą leczono 8 chorych. O wskazaniach do zabiegu i o tym na czym polega operacja w następnym numerze biuletynu w artykule doktora Tomasz Tykwińskiego i doktora Macieja Prywińskiego.



Dokończenie ze str. 13

Czy jesteś zagrożony?

W Polsce na nadciśnienie cierpi około 8 mln ludzi, z tego połowa nie wie o swojej chorobie, lecz się zaledwie 2 mln, a prawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego udaje się uzyskać tylko u 1 mln osób. Chcemy także zwrócić uwagę na problem spożycia soli w diecie, której nadmiar jest czynnikiem ryzyka nadciśnienia tętniczego i jego powikłań. Wg badań Instytutu Żywności i Żywienia codzienne spożycie soli ogółem na osobę około trzykrotnie przekracza zalecenia. Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia zaleca zmniejszenie spożycia soli do 5 g NaCl na osobę na dzień, co stanowi odpowiednik 2 g sodu.

Mamy nadzieję, że nasze działania pomogą we wczesnym rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego, co pozwoli przerwać prawdopodobny tok zdarzeń prowadzących m.in. do rozwoju przewlekłej choroby nerek. Regularne proste badania – **pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badanie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, badanie ogólne moczu oraz zdrowy tryb życia, to niezawodne metody, by ustrzec się chorób**, które długo przebiegają bez objawów, a mogą prowadzić do śmierci.

*lek. Joanna Wiechecka-Korenkiewicz
prof. dr hab. med. Jacek Maniutis*