ISO 9001:2000

Nasz Szpital

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

w numerze:

- WYDARZENIA: 100×PRZESZCZEP; Warstwowa transplantacja rogówki
- WYWIAD Z... profesorem Waldemarem Plackiem
- INFORMUJEMY: Pediatryczny Oskar w Juraszu
- Z SALI OPERACYJNEJ: Kyfoplastyka i wertebroplastyka
- PRZEDSTAWIAMY: Klinika Chirurgii Dziecięcej, Zakład Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi
- Z HISTORII SZPITALA

kwartalnik medyczny
nr 3 (4)
WRZESIEŃ 2009

Ważne telefony

- **Centrala telefoniczna** (052) 585 40 00
- **Izba Przyjęć** (052) 585 42 22
- **Urazowa Izba Przyjęć** (052) 585 41 22
- **Pediatryczna Izba Przyjęć** (052) 585 43 42
- **Laboratorium** (rejestracja) do godz. 15.00 (052) 585 41 25; po godz. 15.00 i w dni wolne (052) 585 44 92, (052) 585 41 26
- **Pracownik socjalny** (052) 585 41 73
- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii** (sekretariat) (052) 585 47 50
- **Klinika Chirurgii Dziecięcej** (sekretariat) (052) 585 40 15
- **Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej** (sekretariat) (052) 585 47 30
- **Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń** (sekretariat) (052) 585 40 40
- **Klinika Chirurgii Plastycznej** (sekretariat) (052) 585 40 17
- **Klinika Dermatologii** (sekretariat) (052) 585 45 68; **Izba Przyjęć** (052) 585 45 48
- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii** (sekretariat) (052) 585 42 40
- **Klinika Geriatrii** (sekretariat) (052) 585 49 00
- **Klinika Kardiochirurgii** (sekretariat) (052) 585 47 00
- **Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych** (sekretariat) (052) 585 45 74 – **Intensywny Nadzór Kardiologiczny** (052) 585 45 32
- **Klinika Otolaryngologii (sekretariat)** (052) 585 47 10
- **Klinika Medycyny Ratunkowej** (sekretariat) (052) 585 45 70
- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ** (sekretariat) (052) 585 45 40
- **Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii** (052) 585 45 10
- **Klinika Neurologii** (sekretariat) (052) 585 47 40
- **Klinika Chorób Oczu** (sekretariat) (052) 585 45 20
- **Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** (sekretariat) (052) 585 47 20
- **Klinika Pediatrii Alergologii i Gastroenterologii** (sekretariat) (052) 585 48 50
- **Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii** (sekretariat) (052) 585 48 60
- **Klinika Psychiatrii** (sekretariat) (052) 585 42 60
- **Klinika Rehabilitacji** (sekretariat) (052) 585 40 42
- **Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej** (sekretariat) (052) 585 40 44
- **Klinika Urologii** (sekretariat) (052) 585 45 00
- **Oddział Opieki Paliatywnej** (sekretariat) (052) 585 40 84
- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej** rejestracja: RTG (052) 585 46 85, tomografia komputerowa (052) 585 47 85, rezonans magnetyczny (052) 585 46 88, badania naczyniowe (052) 585 46 84
- **Zakład Mikrobiologi Klinicznej** (052) 585 44 80, rejestracja (052) 585 45 80
- **Zakład Patmorfologii Klinicznej** (052) 585 40 48, (052) 585 42 07
- **Zakład Endoskopii Gastroenterologicznej** (052) 585 43 54
- **Pracownia Serologiczna z Bankiem Krwi** (052) 585 40 10

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza
ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel. 052 585 40 00
e-mail: sekretariatszpitala@cm.umk.pl
http://www.szpitaluniwersytecki.bydgoszcz.pl

TÜV CERT
ISO 9001:2000
ZN: 75.100.30754
TÜV Rheinland InterCert

Szanowni Państwo!

Skończyły się wakacje i rozpoczął kolejny etap pracy w Szpitalu. Chciałabym wrócić jeszcze do czasu sprzed wakacji – nie miałam możliwości poinformowania wszystkich pracowników Szpitala, o tym, że Senat UMK nie przyjął przygotowanego przez nas planu rzeczowo-finansowego na rok 2009. Spółka konsultingowa CM UMK została zobowiązana do przygotowania nowego programu restrukturyzacji dla dwóch Szpitali Uniwersyteckich. Nad jego założeniami pracuje zespół pracowników obydwu Szpitali, pod kierownictwem prezesa spółki mgr inż. Jarosława Kozery. Program zostanie przedstawiony na Senacie UMK w październiku tego roku.

Niestety nie mam dobrych informacji dla pracowników. Szpital, jak wszyscy wiemy, od lat boryka się z wielomilionowym zadłużeniem. Ma wielu wierzycieli, którzy starają się za wszelką cenę uzyskać należne im kwoty (stąd zajęcia komornicze). W sierpniu zabrakło pieniędzy na wypłatę części wynagrodzenia dla pracowników zatrudnionych w ramach umów cywilno-prawnych. Po kliku dniach wszystkie zobowiązania wobec pracowników udało się spłacić.

W obecności mediatora z listy przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej 2 września zostało podpisane porozumienie kończące spór zbiorowy pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Zakładową Organizacją Związkową dotyczące wzrostu wynagrodzeń w tej grupie pracowniczej. Pozostali pracownicy Szpitala również wnoszą o wzrost wynagrodzeń. Zgodnie z ustawą o zozach z dnia 30 sierpnia 1991 z późn. zm., art. 59 a, kierownik samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany do przeznaczenia nie mniej niż 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych. 10 września zostało podpisane zobowiązanie, mówiące o tym, że realizacja tego obowiązku nastąpi po zakończeniu okresu rozliczeniowego w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi działającymi przy Szpitalu.

W związku z trudną sytuacją finansową Szpitala i odczuwalnym kryzysem, który dotknął nie tylko Nas, ale również dostawców i naszego głównego płatnika – NFZ, Zarząd podjął działania zmierzające do obniżenia kosztów związanych z funkcjonowaniem jednostki. Musimy oszczędzać na każdym kroku, zaczynając od gaszenia niepotrzebnie zapalonego światła, na oszczędzaniu wody, na artykułach biurowych, na rozmowach telefonicznych, na lekach, środkach jednorazowego użycia itd. Jesteśmy w trakcie analizy związanej z potrzebami w zakresie zasobów ludzkich, biorąc pod uwagę wymagania NFZ oraz te związane z prowadzeniem dydaktyki. Ze względu na zapowiedzi NFZ o braku możliwości zapłaty za nadwykonania nie możemy przyjmować pacjentów ponad zakontraktowane limity! Możemy spodziewać się wielu niezadowolonych pacjentów, którzy niestety nie będą mogli być przyjmowani na planowe zabiegi czy diagnostykę...

Za kilka dni rozpoczyna się nowy rok akademicki – studentom, nauczycielom akademickim – życzę, aby pomimo trudności jakie napotykać będziecie na co dzień w Szpitalu, nauka i praca dawała Wam zadowolenie i satysfakcję.

Wanda Korzycka-Wilińska

ISO 9001:2000 **Nasz Szpital** Czekamy na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Redakcja „Naszego Szpitala”

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

100 × PRZESZCZEP

W dniu 7 kwietnia w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii po raz setny wykonano przeszczepienie komórek hematopoetycznych (tzw. przeszczepienie szpiku kostnego). Leczeni są tu chorzy z całej północnej Polski.

W kierowanej przez prof. Mariusza Wysockiego Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy potrzeba i idea przeszczepiania szpiku kostnego pojawiła się prawie 10 lat temu. Pierwszy przeszczep został wykonany jesienią 2003 r. Przygotowując się do wdrożenia przeszczepów jako opcji terapeutycznej dla dzieci z chorobą nowotworową lekarze przez kilka lat szkolili się w ośrodkach krajowych, jak i w USA. Współpraca z tymi ośrodkami jest nadal podtrzymywana. Klinika jest jednym z pięciu pediatrycznych ośrodków w kraju, w którym wykonywane są tego rodzaju zabiegi i zdobywa coraz większą renomę. Obecnie – rocznie – lekarze wykonują od 20 do 25 zabiegów transplantacji szpiku kostnego na rzecz pacjentów z naszego województwa, a także z ośrodków onkologii dziecięcej w Białymstoku, Gdańsku, Olsztynie i Szczecinie. Przeszczepy wykonywane są u dzieci cierpiących na białaczki, guzy mózgu, nerek, kości i inne nowotwory oraz zespoły niewydolności szpiku.

Czy 100 przeszczepów szpiku w przeciągu ponad 5 lat to dużo? Z jednej strony, dużo: bo pacjent w oddziale przeszczepowym spędza około 5–10 tygodni, a czasami jeszcze dłużej. Jednocześnie, w Polsce rocznie wykonuje się około 120–130 przeszczepień komórek hematopoetycznych u dzieci. Pierwszy polski ośrodek przeszczepowy dla dzieci w Poznaniu, potrzebował ponad 10 lat do wykonania 100 transplantacji. W dniu 1 grudnia br. ośrodek poznański będzie obchodził 20-lecie istnienia. Z drugiej strony, mało: jeśli wziąć pod uwagę, że w maju 2009 w największym ośrodku przeszczepowym w Europie środkowej i wschodniej, w Klinice Hematologii i Transplantacji Szpiku w Katowicach przeprowadzono dwutysięczny przeszczep szpiku. Jednak w żadnym innym polskim ośrodku nie wykonano jeszcze 1000 przeszczepień, nawet w tych, w które prowadzą działalność od 15–20 lat.

Od lewej: dr hab. Jan Styczyński, dr Anna Krenska i dr Robert Dębski

Pierwszy przeszczep szpiku przeprowadzili Polacy! W 1938 r. we Lwowie, Jan Stefan Raszek i Franciszek Groer. Zabieg nie powiódł się, a historia przyznała pierwszeństwo lekarzom z Portland (USA). Pierwszy udany przeszczep szpiku na świecie miał miejsce w połowie lat 50-tych XX wieku w USA. W Polsce pierwszy zabieg przeprowadzono w Poznaniu w 1983 r., natomiast pierwszego udanego przeszczepu dokonał prof. Wiesław Jędrzejczak w 1984 roku w Warszawie. Wszystkie te zabiegi dotyczyły pacjentów (głównie dzieci) z anemiami aplastycznymi. W 1997 roku, kiedy w Katowicach odbył się pierwszy w Polsce przeszczep szpiku od dawcy niespokrewnionego, biorczynią była tancerka Urszula Jaworska, dawczynią – anonimowa do dziś Holenderka. Dzisiaj, po 12 latach takie postępowanie w naszej Klinice jest już standardem leczenia.

Jednocześnie na świecie dochodzi do dalszego rozwoju tej metody. Pojawiły się pierwsze doniesienia o wyleczeniu pacjentów z HIV, z wrodzonym epidermolysis bullosa, z wrodzonymi zaburzeniami metabolicznymi. Wiadomo, że tego typu zabiegi w tych chorobach nie staną się standardem postępowania, ale dla części chorych jest to sprawa uratowania życia.

W naszej Klinice wykonaliśmy już wszystkie rodzaje przeszczepień komórek hematopoetycznych: autologiczne – z użyciem własnego szpiku pacjenta; allogeniczne od dawcy rodzinnego zgodnego w HLA; allogeniczne od dawcy niespokrewnionego (krajowego lub zagranicznego); haploidentyczny – od jednego z rodziców (jak wiadomo, zgodnego pod względem genetycznym tylko w 50% z chorym pacjentem). Wykonujemy przeszczepy ze szpiku, z krwi obwodowej i z krwi pępowinowej.

Dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK

Warstwowa transplantacja rogówki

Lekarze z Kliniki Chorób Oczu pierwsi w regionie przeprowadzili w czerwcu warstwowy przeszczep rogówki. Podczas zabiegu okuliści wymienili jedynie uszkodzoną, tylną część rogówki (keratoplastyka warstwowa tylna). Już 5-tego dnia po zabiegu chora bez okularów odczytywała cztery rzędy znaków z tablicy oceniającej ostrość widzenia. Tymczasem przed keratoplastyką potrafiła policzyć palce dłoni dopiero z odległości pół metra.

„Cały zabieg trwał zaledwie godzinę. Po »zdrapaniu« uszkodzonej tkanki, przez około 4 mm cięcie, umieściliśmy fragment pobranej wcześniej rogówki o średnicy 8 mm. Uprzednio rozwarstwiona tkanka dawcy została podklejona do tylnej powierzchni rogówki pacjenta za pomocą powietrza, nie było więc konieczności szycia. Kilku pojedynczych szwów użyliśmy tylko do »zamknięcia« rany, zakładając je na tzw. tunele rogówkowe" – mówi dr n. med. Barłomiej Kałużny, który zabieg wykonywał.

Operowana przez okulistów z Jurasza 76-letnia chora cierpiała na dystrofię Fuscha, co doprowadziło do uszkodzenia śródbłonka rogówki. Kilka miesięcy wcześniej przeszła też operację zaćmy, która jeszcze bardziej pogorszyła stan jej oka. „Wskazaniem do tego typu operacji są wszystkie choroby, w wyniku których uszkodzony zostaje śródbłonek rogówki – podkreśla Bartłomiej Kałużny – Mogą to być schorzenia o podłożu genetycznym, np. tak jak w przypadku naszej pacjentki – dystrofia śródbłonkowa Fuscha. Drugą, najczęstszą przyczyną uszkodzenia śródbłonka rogówki są choroby jatrogenne, spowodowane innymi zabiegami np. operacją zaćmy. Właśnie jatrogenne uszkodzenie śródbłonka, związane z wcześniejszymi operacjami, a przede wszystkim z fakoemulsyfikacją zaćmy, stanowi wskazanie numer jeden do tego typu operacji."

Technika zastosowana przez specjalistów z Jurasza niesie ze sobą znacznie mniejsze ryzyko odrzutu przeszczepu niż zastosowanie metody klasycznej, gdzie przeszczepia się rogówkę pełnej grubości. Stosuje się tu tylko miejscową immunosupresję, krócej i w mniejszych dawkach, niż przy przeszczepie całej rogówki. Znacznie skraca się też

Oko w siódmej dobie po przeszczepie rogówki

proces gojenia – szwy można usunąć już po miesiącu, a po zastosowaniu techniki klasycznej dopiero po roku. Zabieg może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym.

Teraz okuliści przygotowują się do wykonania przeszczepu obejmującego przednie warstwy rogówki. Takie zabiegi wykonuje się np. w przypadku schorzenia o nazwie stożek rogówki, występującego szczególnie u młodych pacjentów. Wcześniej, od grudnia 2008, wykonano w Juraszu pięć zabiegów mniej zaawansowanych technicznie, stosując tzw. keratoplastykę drążącą, czyli przeszczep rogówki pełnej grubości.

Koszty przeszczepów rogówek do niedawna pokrywało Ministerstwo Zdrowia, teraz za procedury płaci Narodowy Fundusz Zdrowia. Płaci jednak mniej. Za klasyczny przeszczep rogówki pełnej grubości Klinika dostaje ponad 5 tys. (wcześniej było to ok. 8 tys.), warstwową transplantację rogówki wyceniono na ok. 7 tys. W kolejce na zabiegi przeszczepu rogówki jest kilkunastu chorych. Większość czeka na warstwowe przeszczepy rogówki. Czas oczekiwania na operację w bydgoskiej Klinice Okulistyki wynosi około roku. W innych jednostkach okulistycznych w kraju czeka się około 4–5 lat.

(a.b.)

Klinika Okulistyki przyjmuje chorych z całej Polski. Zapisy na wizyty kwalifikacyjne prowadzone są w sekretariacie jednostki – tel.: 52 5854520.

Jak zachować piękno, zdrowie i młodość?*

rozmowa z prof. Waldemarem Plackiem

Na postawione w tytule pytanie odpowiedź chciałby znać chyba każdy. Pan, dermatolog estetyczny, ją zna… Proszę więc zdradzić, jak można „zatrzymać czas"?

Dysponujemy wieloma metodami, które opóźniają proces starzenia się skóry i pozwalają zachować młody wygląd. Wciąż jednak trzy techniki pozostają podstawowe: peeling, toksyna botulinowa i wypełniacze. W tej chwili nastała era nowych wypełniaczy. Najpierw stosowaliśmy kolagen, potem przyszedł czas na kwas hialuronowy, który nie traci popularności także dziś. Ale już wchodzą nowe preparaty – np. kwas polimlekowy. Podawany znacznie głębiej, niż wstrzykiwany powierzchownie kwas hialuronowy, powoduje przebudowę całego szkieletu skóry, odnawiając jej włókna kolagenowe i elastynę. Skóra po 2–3 zabiegach staje się znacznie gładsza. Zmiany zachodzą zupełnie naturalnie, jakby pacjent nagle zaczął używać genialnych kosmetyków. Kolejny przebój wśród wypełniaczy to trójfosforan wapnia – podaje się go dość głęboko śródskórnie. Ja wprowadzam go w sposób „wachlarzykowaty", można też prostopadle. Efekty są doskonałe!

Toksyna botulinowa cały czas nie traci popularności?

Pojawiały się informacje o jej niekorzystnym działaniu m.in. na mózg, ale okazały się plotkami. Toksyna botulinowa stosowana przy pierwszych, mimicznych zmarszczkach, ciągle pozostaje metodą z wyboru. Wtedy, kiedy skóra jest jeszcze młoda, jędrna, a już tworzą się zmarszczki mimiczne musimy tak zadziałać, by zmniejszyć siłę odpowiedzialnych za marszczenie mięśni. Mimika twarzy powinna zostać zachowana, dlatego jestem zwolennikiem tylko ich osłabienia, nie porażenia, po to by ograniczyć zły nawyk. Czasami zamiarem pacjenta niekoniecznie jest tylko wygładzenie skóry, czy odmłodzenie twarzy, ale jak to bywa np. w przypadku tzw. lwiej

Profesor dr hab. n. med. Waldemar Placek jest kierownikiem Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii. Na ostatniej konferencji Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego został wybrany jej przewodniczącym. Jest też przewodniczącym Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

zmarszczki między brwiami – uzyskanie łagodniejszego wyglądu. Warto zaznaczyć, że zabiegi z zastosowaniem toksyny botulinowej w obszarze dolnej część twarzy, np. w celu uniesienia kącików ust, powinni wykonywać tylko bardzo doświadczeni lekarze, bo źle wykonany zabieg może spowodować zupełnie inny od spodziewanego efekt.

Co Pan zaproponuje 45-letniej pacjentce, która chce wyglądać 10–15 lat młodziej?

Jeżeli skóra kobiety ma jednolity koloryt, nie ma żadnych zmian, nie złuszcza się nadmiernie, to właściwie pozostaje wypełnić kwasem hialuronowym pojawiające się pierwsze zmarszczki dolnej części twarzy oraz fałdy nosowo wargowe, lekko unieść kąciki ust i już twarz zaczyna wyglądać o wiele lat młodziej. Można też zastosować toksynę botulinową, by wygładzić zmarszczki mimiczne np. tak zwane lwie, które powstają między brwiami, gdy jesteśmy skupieni czy zdenerwowani lub „śmieszki" wokół oczu – dopóki się rozprostowują,

kiedy człowiek przestaje się śmiać – nic z nimi nie trzeba robić, interweniujemy dopiero wtedy, kiedy przestajemy się uśmiechać, a zmarszczki pozostają. W tym wieku trzeba też zadbać o szyję. Tu bardzo dobrze sprawdza się mezolift – bardzo powierzchowne iniekcje z kwasu hialuronowego. Podaje się go punktowo, miejsce przy miejscu, na głębokość skóry właściwej albo jeszcze płyciej – w naskórek, nawet nie powodując krwawienia (nappage). Takie zabiegi wymagają jednak bardzo częstego powtarzania, nawet cotygodniowego. Świetne efekty daje także wstrzykiwanie trójfosforanu wapnia.

A dla kogo są lasery?

Dla wszystkich, którzy chcą być piękniejsi i młodsi! Lasery odmładzają, wygładzają skórę, używamy ich w leczeniu zmian barwnikowych, zmarszczek i bruzd, wyrównują koloryt skóry, usuwają rozszerzone naczynka oraz nadmierne owłosienie. Jeszcze nie tak dawno dysponowaliśmy laserami działającymi dość inwazyjnie – niszczyły starą tkankę, co powodowało powstanie nowej gładkiej tkanki, pod postacią estetycznej blizny. W efekcie pacjent wyglądał o wiele młodziej. Obecnie lasery „odmładzają" w sposób małoinwazyjny. Właściwie nie zostawiają śladów na skórze pacjenta lub tylko niewielkie, widoczne przez krótki okres czasu. Do tego typu zabiegów wykorzystuje się laser frakcyjny, tzw. fraxel. Ale najnowszą rzeczą jest nieablacyjny laser frakcyjny CO_2, który umożliwia uzyskanie podobnych efektów – jak w przypadku standardowych laserów do głębokiej abrazji – przy krótszym okresie gojenia skóry, przy czym jest bezpieczniejszy, mniej bolesny i zostawia minimalne ślady. W Bydgoszczy takie aparaty posiada już kilka osób.

Panie Profesorze, jak Pan myśli – ludzie powinni starać się „zatrzymać młodość", wspomagając się m.in. medycyną estetyczną i chirurgią plastyczną, czy raczej jak to mówią niektórzy: starzeć się z godnością i spokojnie przyjmować zmiany w wyglądzie, które przynosi czas?

Starzenie się z godnością nie wyklucza stosowania różnego rodzaju zabiegów! Przecież każdy zdrowo myślący człowiek codziennie stosuje kremy, lekarstwa i tak samo, jeżeli tylko go na to stać, powinien pewne oznaki starzenia, które są nieprzyjemne dla oka, starać się usuwać. Przyjemniej spojrzeć w lustro, jak się ma mniej zmarszczek, gładszą twarz i ładniejszy uśmiech.

** Jak zachować piękno, zdrowie i młodość? – pod takim tytułem, od 4 do 6 czerwca 2009, odbywała się w Bydgoszczy V Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii. Przyjechało na nią aż 800 dermatologów estetycznych z całej Polski, byli też goście ze świata.*

Fot. Dariusz Bloch (Express Bydgoski)

Profesor Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii została wyróżniona najwyższym odznaczeniem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego – Oskarem Pediatrii. Wręczono je

Informujemy

Pediatryczny Oskar w Juraszu

podczas ceremonii otwarcia XXX Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów, 23 czerwca w Poznaniu. Wyróżnienie przyznawane za zasługi w dziedzinie pediatrii jest tym cenniejsze, że o tym, kto je powinien otrzymać decydują sami lekarze.

Profesor Szaflarska od 11 lat dba o edukację kolegów-pediatrów, prowadząc Podyplomową Szkołę Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, co zapewne – jak mówi – zadecydowało o przyznaniu cennego Oskara.

Dokończenie na str. 16

Na złamany kręgosłup – najlepsza k y f o p l a s t y k a

Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii jest jedyną jednostką w regionie, gdzie u pacjentów ze złamanymi kręgami kręgosłupa wykonuje się tzw. kyfoplastykę balonową. Na razie tą małoinwazyjną metodą leczono tu około 20 chorych. O wskazaniach do zabiegu i o tym na czym polega operacja, piszą: doktor Tomasz Tykwiński i doktor Maciej Prywiński.

Od lewej: doktor Tomasz Tykwiński i doktor Maciej Prywiński podczas zabiegu

Osteoporoza łamie!

Osteoporoza jest jedną z najczęstszych chorób cywilizacyjnych na świecie, a częstość jej występowania rośnie wraz z wiekiem oraz wydłużeniem się średniej życia populacji. W Unii Europejskiej to 1,4 miliona złamań każdego roku, 3835 każdego dnia, 160 co godzinę i 3 w ciągu minuty!

Związane z osteoporozą złamania niosą ze sobą powikłania obarczone znaczną śmiertelnością – sięgającą od 15% do 20%. Częstość złamań szyjki kości udowej, kości przedramienia oraz objawowych złamań kręgów jest zbliżona, a związane z nimi powikłania występują częściej niż powikłania chorób nowotworowych (nie wliczając nowotworów płuc).

Złamania kręgów kręgosłupa mogą powstać po błahym urazie np. upadku przy potknięciu, kichnięciu, a nawet przy przekładaniu się w łóżku. Urazy te powodują często trudne do opanowania dolegliwości bólowe – związane bezpośrednio z unerwieniem trzonu, a także z zaburzeniem osi kręgosłupa oraz przeciążeniem struktur stawowych i więzadłowych. Pierwotnym postępowaniem jest leczenie przeciwbólowe, odpoczynek oraz gorsety lędźwiowo-piersiowe.

Jak leczyć?

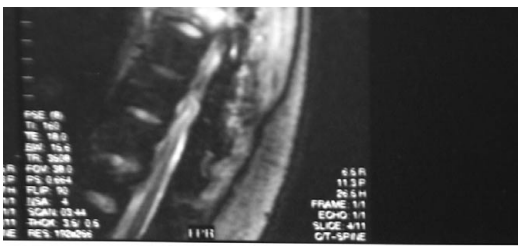
W przypadkach niepoddających się leczeniu do 6 tygodni, należy rozważyć wzmocnienie trzonów cementem akrylowym z dostępu przezskórnego. Wskazaniem do leczenia inwazyjnego może być także zwiększenie zagięcia kręgosłupa powyżej 15 stopni w odcinku piersiowym oraz o 10 stopni w lędźwiowym. Wynika to ze zwiększonego ryzyka kolejnych złamań oraz możliwości narastania bólu stawowego w tej okolicy kręgosłupa (ból pleców).

Pierwszym zabiegiem operacyjnym stosowanym w przypadku osteoporotycznych złamań kręgów była wertebroplastyka. Obecnie, od ponad dekady (od 1997 roku) rozwija się metoda kyfoplastyki balonowej. W obu metodach dostęp do złamanego kręgu jest możliwy przez nacięcie skóry pleców na długości około centymetra. Następnie, pod podglądem zdjęć rentgenowskich, do uszkodzonego trzonu wprowadza się prowadnice, by znowu pod kontrolą rtg, podać cement kostny, który wzmocni uszkodzony trzon i uszkodzi patologiczne zakończenia nerwowe w kości, co znosi ból.

Procedura **kyfoplastyki** różni się od **wertebroplastyki** wprowadzeniem poprzez prowadnice, w miejsce największego zagięcia trzonu kręgosłupa, balonów. Wypełnione środkiem kontrastowym, rozprężając się, unoszą złamaną część trzonu, od-

twarzając jego wysokość. Kolejnym etapem zabiegu jest usunięcie balonów i wypełnienie wytworzonych jam specjalnym cementem kostnym. Korekcja złamania jest tym większa, im uraz jest "świeższy". Całość procedury zajmuje około godziny, a po wybudzeniu chorzy mogą natychmiast chodzić. Do domu są wypisywani w pierwszej dobie po operacji. Dzięki takim działaniom uzyskuje się wzmocnienie kręgu, jak i częściowe odtworzenie balansu kręgosłupa. Zmniejsza się też ryzyko dalszego załamywania się uszkodzonego trzonu. U 90 proc. pacjentów uzyskuje się całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych, a u pozostałej części znaczne ich zmniejszenie.

Ryzyko kolejnych złamań u osób poddanych wertebroplastyce i kyfoplastyce jest mniejsze w porównaniu z osobami leczonymi zachowawczo. Wnioski z kończącego się obecnie badania Fracture Reduction (FREE) potwierdziły znaczne zmniejszenie bólu oraz poprawę funkcji u osób po wzmocnieniu wewnętrznym trzonów, a badania kliniczne udowodniły bezpieczeństwo tych metod.



Wskazania

W celu przygotowania chorego do zabiegu należy wykonać tomografię komputerową złamanego kręgu, by ocenić ścianę trzonu przylegającą do kanału kręgowego. Jej możliwe złamanie, z wpukleniem się odłamów do światła kanału kręgowego, stanowi najpoważniejsze przeciwwskazanie do tej procedury, ponieważ wiąże się z ryzykiem przedostania wiążącego się cementu w sąsiedztwo struktur nerwowych. Proces utwardzania polimeru przebiega z wytworzeniem dużej ilości ciepła, co mogłoby spowodować uszkodzenie struktur kanału i doprowadzić do poważnego deficytu neurologicznego.

W ocenie przedoperacyjnej należy wykonać także badanie rezonansu magnetycznego. Dzięki temu badaniu można zobrazować obrzęk w miejscu złamania, co świadczy pośrednio o czasie jaki upłynął od urazu. Procedura kyfoplastyki wykonana po upływie kilku miesięcy jest praktycznie nieskuteczna, a powyżej 6 miesięcy skuteczność wertebroplastyki również znacznie się zmniejsza.

Należy pamiętać, że kyfoplastykę można stosować także w leczeniu niektórych guzów nowotworowych, złamaniach pourazowych oraz naczyniakach trzonów. Jak wiadomo, ostateczna kwalifikacja do leczenia możliwa jest po zbadaniu chorego oraz ocenie korelacji objawów klinicznych z patologią w badaniach obrazowych.

Najważniejszą przewagą kyfoplastyki nad wertebroplastyką jest szansa przywrócenia prawidłowej osi kręgosłupa, co daje nadzieję na powrót pełnej sprawności pacjenta. Należy nadmienić, że wg wszystkich autorytetów zajmujących się stosowaniem tej metody jest ona bezpieczniejsza – obarczona mniejszym ryzykiem powikłań. Istotną informacją dla pacjenta jest fakt, że liczba odnotowanych powikłań wynosi poniżej 1%.

Więcej informacji można uzyskać w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala, tel. 52 5854510 lub u lekarzy: Maciej Śniegocki, tel.: 501 734 990; Maciej Prywiński, tel. 509 203 707; Tomasz Tykwiński, tel. 513 126 413 lub na www.kyfoplastyka.pl

Klinika Chirurgii Dziecięcej

Tak to się zaczęło...

Historie szpitali i klinik bywają zadziwiające. Czasami nawet potrafią zatoczyć koło. Tak właśnie było z Kliniką Chirurgii Dziecięcej w bydgoskim Szpitalu im. dr. Antoniego Jurasza.

Chirurgia dziecięca od samego początku po II wojnie światowej związana była ze Szpitalem Jurasza. Najpierw były to wydzielone łóżka i pododdział w ramach oddziału dla dorosłych. Potem – od 1960 r. – pełnoprofilowy, samodzielny oddział chirurgii dziecięcej (doktor Czesława Stachowiak-Nowicka, asystent oddziału, a potem kliniki oraz późniejszy ordynator oddziału chirurgii dziecięcej w Szpitalu im. J. Biziela – opisała ten okres w periodyku Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej). Utworzenie w 1975 roku Filii Gdańskiej Akademii Medycznej w Bydgoszczy umożliwiło przekształcenie oddziału w ośrodek akademicki – Klinikę Chirurgii Dziecięcej, której pierwszym kierownikiem została dr n. med. Danuta Dębicka-Małkowska. Klinika liczyła wtedy 60 łóżek i wykonywano w niej ok. 1000 zabiegów chirurgicznych rocznie. Ze względu na remont i rozbudowę Szpitala Wojewódzkiego, jakim był wówczas Szpital im. A. Jurasza, w 1980 roku pojawiła się konieczność zmiany usytuowania Kliniki – przeniesiono ją do nowo wybudowanego Szpitala XXX-lecia PRL im. J. Biziela oraz powiększono do 90 łóżek, co zgodnie ze wzrastającymi potrzebami umożliwiło objęcie leczeniem znacznie większej liczby dzieci. W 1983 roku jej kierownictwo objął dr hab. med. Olgierd Sarrazin. Rok później, wraz z powołaniem niezależnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Klinika uzyskała status Katedry. Oferowała ona już wówczas pełen profil zabiegów z zakresu chirurgii dziecięcej i chirurgii noworodka. Kliniki jednak, tak jak ludzie, mają swoje wzloty i upadki. I tak, po ponad ćwierćwieczu istnienia, działalność Kliniki Chirurgii Dziecięcej w 2002 roku została czasowo zawieszona. Reaktywowano ją po roku. I tu historia zatacza koło – Klinika Chirurgii Dziecięcej wraca do Szpitala im. dr. Antoniego Jurasza. Stanowisko kierownika jednostki obejmuje dr hab. n. med. Andrzej I. Prokurat.

Pięć lat w Juraszu

Na początku nie było łatwo. Trzeba było pokonać braki w wyposażeniu, wypracować bazę doświadczeń, stworzyć a potem scalić współpracujące ze sobą zespoły medyczne chirurgów dziecięcych i anestezjologów, opracować i wdrożyć standardy postępowania. Zadania te przyjęła na siebie grupa pięciu osób, które razem przyjechały do Bydgoszczy z Instytutu – Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W grupie tej były dwie pielęgniarki: Beata Czwerenko i Ewa Wałęsa, jeden anestezjolog dziecięcy: dr Roman Kaźmirczuk oraz dwóch chirurgów dziecięcych: dr Małgorzata Chrupek

i będący rok po habilitacji autor artykułu. Zadanie jakie stało przed nami brzmiało: „stworzyć coś z niczego" i w dodatku jeszcze w miejscu, w którym nikt nie planował usytuowania oddziału dla dzieci. Najpierw była więc szalona praca u podstaw, żeby zaadoptować tzw. „teren". Zmienić trzeba było bardzo dużo, bo oddział pierwotnie przeznaczony był dla dorosłych. Wspólnie projektowaliśmy niezbędne adaptacje i nadzorowaliśmy prace budowlane. Równolegle prowadziliśmy kampanię rekrutacji pielęgniarek i lekarzy, warunkującą możliwość pracy wszystkich zespołów. Wtedy dołączyły do nas panie: Hanna Hryncewicz i Magdalena Michalska, dzięki którym skutecznie zaczęły rozbudowywać się zespoły pielęgniarskie. Stopniowo powiększało się też grono lekarskie. Do grupy chirurgicznej dołączyli byli pracownicy Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu im. Biziela – dr n. med. Irena Daniluk-Matraś i dr n. med. Kazimierz Koziołkiewicz oraz grupka nieco przestraszonych, świeżo upieczonych absolwentów wydziału lekarskiego z dr Małgorzatą Pacholską i dr Przemysławem Gałązką na czele. Wielką odwagę wykazała doktor Magdalena Chrzanowska obejmując stanowisko konsultanta w zakresie pediatrii i neonatologii. Wysiłkiem wszystkich wymienionych osób oraz dzięki pomocy Fundacji Polsat i Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w efekcie możliwe było „stworzenie czegoś z niczego".

Pierwsze operacje podjęliśmy w maju 2004 roku z uczuciem niepewności, czy wobec tak wielu problemów damy sobie radę. Ale daliśmy. Potem zaczęła się codzienna praca i coraz trudniejsze przypadki. Do operacji, z innych szpitali, zaczęto przesyłać noworodki i wcześniaki. Pierwsze sześć miesięcy pracy zamknęliśmy liczbą 48 leczonych noworodków, w następnym roku było już ich ponad 100, a w kolejnych latach już po 200 rocznie. Dzisiaj Klinika Chirurgii Dziecięcej pod względem liczby leczonych noworodków i wcześniaków w Ogólnopolskim Rejestrze Chirurgii Noworodka „ORCHIN" zlokalizowana jest na III miejscu w Polsce.

Po pięciu latach działalności Klinika zdążyła już okrzepnąć i nieco się zmienić. Stało się tak za sprawą restrukturyzacji Szpitala Uniwersyteckiego, powołującej do życia Pododdział Intensywnej Opieki Neonatologicznej i Chirurgii Noworodka, Pracownię Badań Elektromanometrycznych Przewodu Pokarmowego oraz uruchomienia w 2008 roku Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, co spowodowało rozdzielenie się obu zespołów medycznych nadal jednak bardzo ściśle ze sobą współpracujących.

Klinika liczy aktualnie 43 łóżka, posiada (od początku 2009 roku) dwie sale operacyjne i w pełni wyposażoną salę pooperacyjną. Pozwala to na hospitalizację ok. 1600 pacjentów rocznie i zaplanowanie na b.r. ok. 1300 zabiegów operacyjnych. Jednostka zatrudnia 14 asystentów: w tym 5 specjalistów chirurgii dziecięcej, 6 młodych lekarzy będących w trakcie specjalizacji z chirurgii dziecięcej, 2 specjalistów w zakresie pediatrii i neonatologii oraz specjalistę z genetyki i neurologii dziecięcej. Zespół pielęgniarski liczy 45 pielęgniarek, w tym ok. 30% z wyższym wykształceniem. Całą kadrę wspiera także mgr psychologii i mgr rehabilitacji oraz cztery panie sekretarki z niezastąpionym wodzem sekretariatu – Moniką Krauza. Dzięki temu zespołowi możliwa jest realizacja pełnego profilu zabiegów z chirurgii dziecięcej.

Działalność Kliniki

Do szczególnych profilów działania kliniki należy chirurgia noworodka, chirurgia onkologiczna oraz chirurgia endokrynologiczna u dzieci. Przyjmowani są pacjenci nie tylko z regionu, ale także z terenu całej Polski. W ostatnim czasie, dzięki aktywnej współpracy z Kliniką Neurochirurgii, w ramach projektu neuroonkologii i neurotraumatologii dziecięcej, udało się podjąć także realizację leczenia operacyjnego guzów mózgu u dzieci. Przedsięwzięcie jest przygotowaniem do rozwinięcia projektu leczenia urazów wielonarządowych u dzieci w ramach, planowanego w przyszłości w Szpitalu Uniwersyteckim, Centrum Urazów Wielonarządowych. W bieżącym roku w Klinice uruchomiony został także program wideochirurgii u dzieci (laparoskopia i torakoskopia), obejmujący dotychczas już wykonywany szeroki zakres procedur małoinwazyjnych, w tym między innymi rekonstrukcje wad wrodzonych, częściowe resekcje jajników, śledziony, tkanki płucnej, appendektomie, cholecystektomie, usuwanie guzów nadnercza, operacje przepuklin pachwinowych. Docelowo trybem chirurgii małoinwazyjnej objęta zostanie większość wykonywanych procedur operacyjnych.

Od szeregu lat Klinika jest siedzibą Sekcji Chirurgii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa

Chirurgów Dziecięcych, siedzibą prezesa Stowarzyszenia Polska Akcja Onkologii Dziecięcej oraz siedzibą konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii dziecięcej. Za sprawą kierownika jednostki Klinika aktywnie uczestniczy w działalności Polskiej Pediatrycznej Grupy ds. Leczenia Guzów Litych u Dzieci, koordynując Ogólnopolski Program Leczenia Nowotworów Tarczycy oraz Guzów Neuroendokrynnych u dzieci, jak też reprezentuje środowisko pediatryczne na forum Polskiej Grupy Nowotworów Endokrynnych. Zespół Kliniki w ciągu pięciu działalności 3-krotnie był organizatorem międzynarodowego sympozjum naukowego: „Postępy w Diagnostyce Molekularnej i Leczeniu Nowotworów o Podłożu Genetycznym u Dzieci", a w 2008 roku organizował XXXIV Sympozjum PTChDz poświęcone po raz pierwszy postępom w zakresie chirurgii endokrynologicznej u dzieci oraz wdrożeniom nowoczesnych technologii w medycynie. Za sprawą Sekcji Chirurgii Onkologicznej PTChD i jej przewodniczącego kadra naukowa Kliniki współredaguje z Instytutem „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" anglojęzyczny kwartalnik medyczny „Annals of Diagnostic Pediatric Pathology".

Andrzej I. Prokurat

W październiku 2008, na bazie Katedry Otolaryngologii prowadzonej przez profesora Henryka Kaźmierczaka, powstała nowa jednostka. Jej kierownikiem została dr hab. n. med. Katarzyna Pawlak-Osińska.

Zakład Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi...

...stanowi odpowiedź na rosnącą potrzebę diagnostyki i leczenia pacjentów z zaburzeniami równowagi i uszkodzeniami słuchu. Nie mniejszy wpływ na powstanie takiej placówki miało kilkudziesięcioletnie doświadczenie w zakresie otoneurologii rozwijane od 1957 r. – w tych czasach bydgoski ośrodek stał się prekursorem nowatorskiego spojrzenia na uszkodzenie zmysłu równowagi w aspekcie połączonej diagnostyki histopatologicznej, anatomicznej, audiologicznej i błędnikowej (Klinika posiadała swoje własne pracownie o takich profilach).

Badanie videonystagmograficzne na fotelu obrotowym

Zakład Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi jest obecnie najbardziej wszechstronną i najlepiej wyposażoną placówką badania układu równowagi zespoloną z diagnostyką słuchu w Polsce.Wszystkie badania odbywają się w ramach krótkotrwałej hospitalizacji chorego. Jeśli schorzenie wymaga wdrożenia szybkiej terapii – pacjent pozostaje w Klinice na czas leczenia i jednoczesnej rehabilitacji, którą oferuje Zakład.

Czego może spodziewać się pacjent?

Po pobycie szpitalnym w ramach diagnostyki schorzeń otoneurologicznych chory przede wszystkim

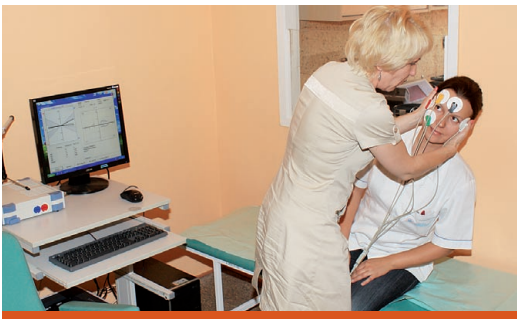
otrzymuje odpowiedzi na pytania: „czy istnieje u niego uszkodzenie zmysłu równowagi lub słuchu" oraz „czy dotyczy ono ucha wewnętrznego (błędnika) czy struktur pozabłędnikowych".

W tym celu chory poddawany jest różnym testom – niektóre z nich wymagają ścisłej współpracy badanego, jego koncentracji; inne są badaniami obiektywnymi, w czasie których oceniane są odruchy bezwarunkowe, na które pacjent nie ma świadomego wpływu. Należy podkreślić, że wszystkie stosowane w Zakładzie metody diagnostyki otoneurologicznej są nieinwazyjne, nie wymagają specjalnego przygotowania chorego i tylko nieliczne z nich mogą być postrzegane jako mniej komfortowe, co dotyczy np. próby kalorycznej pod postacią płukania uszu, testu na fotelu obrotowym czy prób obciążenia hałasem.

Na standardowy przebieg procesu diagnostycznego zaburzeń słuchu i/ lub równowagi składają się:

- **audiometryczne badanie słuchu**
- **badanie rozumienia mowy**
- **badanie tympanometryczne** – pozwalające obiektywnie ocenić stan ucha środkowego
- **testy słyszenia nadprogowego** (stymulowane dźwiękiem ponad granicą słyszenia), odbieranie dźwięków w szumie, po obciążeniu hałasem, po stymulacji tonem ciagłym i przerywanym
- **analiza otoemisji akustycznych** – będących najcenniejszym narzędziem do określenia sprawności ślimaka
- **ocena wywołanych potencjałów słuchowych** – całkowicie obiektywny test, precyzyjnie określający wielkość ubytku słuchu i miejsce uszkodzenia drogi słuchowej powyżej ucha wewnętrznego
- **videonystagmografia (VNG)** – badanie niewątpliwie pierwszego rzutu w zawrotach głowy i zaburzeniach równowagi różnego pochodzenia. Test ten jest jedyną obiektywną metodą oceniającą funkcję błędnika i jego połączeń ośrodkowych. Wbrew dość powszechnemu mniemaniu pacjentów, badania obrazowe głowy (np. tomografia komputerowa, rezonas magnetyczny) nie są ani priorytetowe ani rozstrzygające zarówno, co do istnienia uszkodzenia zmysłu równowagi, jak i jego lokalizacji.
- **elektronystagmografia (ENG)** – badanie niesłusznie uważane za przestarzałe w stosunku do videnystagmografii (VNG), a różniące się od niej tylko sposobem rejestracji ruchów gałek ocznych- w VNG odbywa się to za pomocą maski okularowej, w badaniu ENG przy użyciu elektrod samoprzylepnych rozmieszczonych na skórze wokół gałki ocznej
- **kraniokorpografia (CCG)** – pozwalająca ocenić zachowanie równowagi osoby poruszającej się; test polega na matematycznej analizie marszu pacjenta
- **stabilometria wg Freyssa** – badanie przypomina bujanie się w pozycji stojącej w fotelu na biegunach: utrzymanie równowagi na rozkołysanej platformie jest dużym wyzwaniem dla zmysłu równowagi. Dzięki specjalnemu urządzeniu monitorującemu ruchy głowy, test ten jest szczególnie przydatny dla wykazania zawrotów głowy pochodzenia szyjnego
- **ocena wywołanych potencjałów przedsionkowych miogennych inaczej otolitowych (VEMP)** – duża grupa pacjentów zgłasza zawroty podczas ruchów głowy – schylania się, odwracania, wstawania, także w czasie zmiany wysokości. Dla takich właśnie zaburzeń szczególnie cenna jest ocena funkcji narządów otolitowych, szczególnie wrażliwych na czucie grawitacji a zlokalizowanych w błędniku
- **analiza wywołanych potencjałów somatosensorycznych czyli czuciowych (SEP)** w otoneurologii spełnia dwie zasadnicze role: służy jako

Kraniokorpografia – przystosowanie pacjenta do marszu z czujnikami ruchu umieszczonymi na hełmie i ramionach



Badanie oczopląsu w czasie elektronystagmografii – elektrody notujące ruch oka rozmieszczone wokół niego

badanie obiektywne sprawności przewodzenia impulsów przez rdzeń szyjny oraz jest przydatne w uzyskaniu kontroli nad szumami usznymi poprzez ich modulację

• **badanie wywołanych potencjałów wzrokowych (VEP)** – nieocenione w poszukiwaniu: etiologii zespołu zawrotów głowy oraz w szacowaniu wpływu stanu narządu wzroku, jako jednego z receptorów układu równowagi, na jego sprawność.

Na podstawie wyżej wymienionych, ściśle otoneurologicznych testów, pacjent uzyskuje odpowiedź o uszkodzeniu zmysłu równowagi i/ lub słuchu. Znane staje się także miejsce tego uszkodzenia. Pozostaje kwestia, najważniejsza dla chorego – jak leczyć istniejące zaburzenie.

Tutaj pomocna jest szczegółowa diagnostyka laboratoryjna, począwszy od standardowej analizy krwi po szczegółowe badania gospodarki mikroelementami, lipidowej, hormonalnej, wykładników zapalnych, nowotworowych, a także ocena badań naczyniowych, obrazowych, stanu narządu ruchu, wzroku, układu dokrewnego, chorób ogólnoustrojowych.

Istotna jest również ocena czynników immunologicznych, która wydaje się być podstawą wielu rozpoznań otoneurologicznych, w tym najbardziej stresorodnej dolegliwości, jaką jest nagła głuchota.

Kierunki rozwoju Zakładu

Najtrudniejszy problem otoneurologiczny stanowią w chwili obecnej szumy uszne i nadwrażliwość słuchowa. Odkrycie źródeł generowania szumów jest największym wyzwaniem współczesnej audiologii. Temu celowi służyć ma czynnościowa analiza sprawności neuronalnej mózgowia, którą Zakład zaoferuje już wkrótce.

Jednocześnie – ku uspokojeniu pacjentów – także niedosłuch, jako częsta dolegliwość, przestaje być w chwili obecnej problemem społecznej bezradności. Nawet w tych przypadkach, gdy nie udaje się środkami farmakologicznymi poprawić słyszenia, to postęp w zakresie audiologii jest tak dynamiczny, że każda głuchota nadaje się do korekty. Wszczepy ślimakowe czyli protezy nieczynnego ucha wewnętrznego, doskonała chirurgia kości skroniowej z manipulacjami na nerwie słuchowym, implantowanie generatorów słyszenia do pnia mózgu czy w końcu tradycyjne protezowanie słuchu – oto oferty współczesnej nauki o słyszeniu.

Z kolei problem zawrotów głowy i zaburzeń równowagi wymaga wykorzystania wielu alternatywnych metod leczenia, poza powszechnie realizowaną farmakoterapią. Jedynie nieliczni pacjenci wiedzą o zbawiennym wpływie rehabilitacji zmysłu równowagi na eliminację objawów. Ruch, w tym taniec, aerobik, pływanie, narciarstwo postrzegane są jako przeciwwskazane w przypadku zaburzeń równowagi. Nic bardziej mylnego: po wdrożeniu metod przyspieszenia kompensacji schorzenia, czyli wykształcenia nowego modelu zachowań podczas uszkodzenia któregoś z elementów zmysłu równowagi, pacjent zdolny jest do wszelkiej aktywności. Z wyjątkiem może sytuacji wysokiego ryzyka zawodowego w warunkach nieprzewidywalnych np. w czasie pilotażu. Jednak nawet piloci czy kierowcy ze schorzeniem zmysłu równowagi mogą zapomnieć o zawrotach głowy, albowiem nieliczne są przypadki, gdy po postawieniu właściwego rozpoznania lokalizacyjnego i przyczynowego nie osiąga się pełnej satysfakcji pacjenta z powrotu do stabilnej rzeczywistości.

Dr hab. n. med. Katarzyna Pawlak-Osińska

Tryb przyjmowania pacjentów:

➤ **skierowanie** do Kliniki Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza od dowolnego lekarza z rozpoznaniem zaburzeń otoneurologicznych (zawroty głowy, zaburzenia równowagi, niedosłuch, szumy uszne)

➤ **ustalenie terminu przyjęcia**: bezpośrednio w Zakładzie Patofizjologii Słuchu i Układu Równowagi w Klinice Otolaryngologii, III piętro, w pokoju 3049 (tel. 52 5854713) od 8.00–14.00 lub w czasie sprawowania przyjęć do Kliniki Otolaryngologii przez lekarza dyżurnego Kliniki w godzinach przedpołudniowych (w Ambulatorium Przyklinicznym w budynku poradni od ul. A. Jurasza, IV piętro, pokój 435).

Od Fundacji „Polsat”

Specjalistyczny sprzęt medyczny wart 800 tys. złotych trafił do dwóch jednostek Szpitala Uniwersyteckiego nr 1: na działający od niedawna Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej oraz do Kliniki Chirurgii Dziecięcej. Zakupy były możliwe dzięki wsparciu Fundacji „Polsat”. Organizacja nie po raz pierwszy wspiera chirurgię dziecięcą w Juraszu. Wcześniejsza pomoc to 1,5 mln przekazane na niezbędne wyposażenie w momencie startu Kliniki.

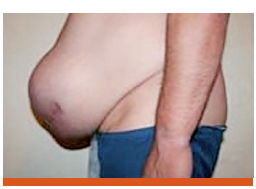
Tym razem za pieniądze od Fundacji zakupiono aparat do znieczulenia: „Do tej pory dysponowaliśmy tylko jednym na każde intensywne stanowisko. W razie awarii, uszkodzonego nie można by było zastąpić sprawnym – mówi prof. Andrzej Prokurat, kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej – Ostatnio jednocześnie popsuły się nam aż trzy aparaty, co mogło być zagrażające dla chorych.” Na oddziały trafiło też 6 materaców przeciwodleżynowych, uniwersalny modułowy stół operacyjny oraz stół zabiegowy i giętki bronchofiberoskop. *(a.b.)*

Aparat do znieczulania

Stół operacyjny

Stół zabiegowy

Przepukliny



Przepuklina to jedno z częstszych schorzeń człowieka. Jest ono być może ceną za przyjęcie przez nas postawy dwunożnej i innego przemieszczenia sił w obrębie jamy brzusznej. Oblicza się, że co trzeci człowiek miał, ma lub będzie miał to schorzenie. – więcej na temat przepuklin w artykule dr. n. med. Wojciecha Szczęsnego w kolejnym numerze „Naszego Szpitala”. Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, w której pracuje autor tekstu, od wielu lat jest jednym z wiodących w kraju ośrodków herniologicznych (od łac. hernia – przepuklina). We wrześniu po raz 10-ty zorganizowała spotkanie Polskiego Klubu Przepuklinowego. Jego honorowym gościem był amerykański chirurg Parviz Amid, uczeń Irwinga Lichtensteina, twórcy podstawowej metody leczenia przepuklin pachwiny.

Wróciły silniejsze i zdrowsze

Jak co roku dzieci – pacjenci Klinki Pediatrii, Hematologii i Onkologii wyjechały na parodniowy biwak. Tym razem, na 14 już wyprawę, wybrało się 35 dzieci. Wróciły silniejsze, zdrowsze z wiarą, że choroba to nie wyrok, a tylko zły, ale przemijający okres w ich życiu – o czym pisze mgr Jolanta Sękowska, pedagog-terapeuta z Kliniki i kierownik wycieczki.

W tym roku postanowiliśmy ponownie pojechać do Zakopanego. Jeszcze wszystkiego nie zobaczyliśmy, a tamtejsze widoki ściągnęły nas po raz drugi. Od 25–30 maja spędziliśmy 5 cudownych dni w Tatrach!

Na początek wybraliśmy najtrudniejszą i najdłuższą trasę na Słowację. Zwiedziliśmy przepiękną Jaskinię Bielską, potem Stary Smokowiec – najstarsze uzdrowisko na Słowacji, wjechaliśmy kolejką na Hrebienok, a następnie udaliśmy się nad Wodospady Zimnej Wody. Widoki zapierały dech w piersiach, a utrudnienia w trasie zmuszały nas do pomocy sobie nawzajem. I tu zdaliśmy egzamin na „szóstkę". Nasze dzieci są cudowne. Rozumieją się bez zbędnych słów. Wspierają się, dopingują, podają pomocną dłoń, kiedy tylko zaistnieje ku temu potrzeba.

W następnych dniach mieliśmy równie bogaty program. Każdy dzień, oprócz zwiedzania, zawierał również elementy sportu i rekreacji. Dzieci tworzyły drużyny, które w różnych dziedzinach sportowych walczyły przeciw opiekunom. Radości było co niemiara. Dni płynęły szybko, przepełnione atrakcjami. Wyciszenie znajdowaliśmy w czasie mszy św. prowadzonej przez naszego kapelana ks. Darka. Podczas mszy staraliśmy się pamiętać o wszystkich tych, którzy pozostali w szpitalu i nie mogli z nami być, ale i o tych, którzy już nigdy z nami nie pojadą…

Nadszedł czas powrotu. Czas pożegnań, czas łez. Razem jest nam bardzo dobrze. Rozumiemy się, pomagamy sobie, razem walczymy ze słabościami. Nabieramy sił do dalszej walki z chorobą oraz wiary, że to, co robimy i jak walczymy prowadzi do sukcesu i do pełnego powrotu do zdrowia. Wracamy z nadzieją, że za rok pojedziemy znowu.

Uczennice przed Szpitalem. Zdjęcie z 1946 roku.

Rok 1946: szkoła dla pielęgniarek w naszym Szpitalu

W latach 1920–1939 pielęgnowaniem chorych w Szpitalu Miejskim zajmowały się głównie Siostry Miłosierdzia św. Wincentego á Paulo z Domu Prowincjonalnego w Chełmnie. Tak było zarówno w starym szpitalu przy ul. Gdańskiej 4 (obecnie Muzeum Okręgowe im. Leona Wyczółkowskiego), jak i od 13 grudnia 1937 r. w nowym – przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 (obecny Szpital Uniwersytecki). Ten ostatni, z braku środków, był do 1939 r. tylko częściowo uruchomionym (250 łóżek w skrzydle zachodnim). W czasie wojny, już w grudniu 1939, siostry zostały zwolnione i zastąpione przez świeckie pielęgniarki niemieckie. W styczniu 1945 r. wraz z wyzwoleniem wróciły. Zastały szpital zmieniony, teraz już z 320 łóżkami rozmieszczanymi także w pospiesznie wykańczanej części wschodniej. Sale szybko zapełniały się rannymi żołnierzami i chorymi cywilami. Trwała nadal wojna. Praca odbywała się w wyjątkowo trudnych warunkach, przy niedostatku podstawowego wyposażenia i bardzo skromnej obsadzie personalnej. Nie wszyscy dawni pracownicy z wojennej tułaczki wrócili. Najszybciej ustabilizowała się sytuacja wśród lekarzy. Znacznie gorzej było w innych grupach, zwłaszcza w pielęgniarskiej. Przyjmowano więc młode kobiety bez kwalifikacji, które pod nadzorem sióstr opiekowały się chorymi i przyuczały się do zawodu. W marcu 1945 r. Magistrat próbował pozyskać dla Szpitala Miejskiego nowe pielęgniarki dyplomowane, akuszerki i sanitariuszy, apelując w tej sprawie na łamach miejscowej prasy. Efekt był niewielki, bo cała Polska przeżywała podobne trudności. Lokalne inicjatywy nie odnosiły skutku, dlatego o pomoc zwrócono się do dr. Jerzego Zasztofta, kierownika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

Po wielu dyskusjach wypracowano pogląd, że jedynym skutecznym rozwiązaniem byłoby szybkie utworzenie własnej szkoły pielęgniarskiej na miejscu w Bydgoszczy. Na początku 1946 r. dr Zasztoft zwrócił się o wsparcie do Ministerstwa Zdrowia. Władze centralne projekt zaakceptowały. Przyznane zbyt skromne środki nie wystarczyły jednak na zbudowanie nowej szkoły. Wówczas zdecydowano, że czasowo zorganizuje się ją na terenie naszego szpitala. W skrzydle wschodnim, stopniowo uruchamianym, istniały nadal wolne pomieszczenia. Tam też utworzono internat, a przy oddziałach szpitalnych powstały specjalne sale ćwiczeń dla uczennic. Skromne wyposażenie uzupełniono darami przekazywanymi przez Organizację Narodów Zjednoczonych do Spraw Pomocy i Odbudowy (UNRRA). Prace przygotowawcze trwały do końca maja 1946 r. W dniu 2 czerwca nastąpiło uroczyste uruchomienie pierwszej w Bydgoszczy Szkoły Pielęgniarsko-Położniczej. Nazwa nieco myląca, w programie bowiem na razie znalazło się tylko pielęgniarstwo. W otwarciu uczestniczył wiceminister zdrowia dr Tadeusz Michejda oraz przedstawiciele władz wojewódzkich i miejskich. Pierwszym dyrektorem szkoły została Maria Siemiątkowska. Obok instruktorek pielęgniarskich wykładowcami byli lekarze pracujący w szpitalu. Naukę, która miała trwać dwa lata, podjęło 35 uczennic. Pod względem lokalizacyjnym rozwiązanie traktowano od początku jako tymczasowe. Dyrekcja Szpitala się zgadzała, bo liczyła, że większość pierwszych absolwentek pozyska dla siebie. Po roku szkołę przeniesiono jednak do dawnego budynku koszarowego przy ul. Mazowieckiej 28. Szpital miał realizować przede wszystkim swe podstawowe zadania statutowe, miał leczyć chorych. Rosnący napływ pacjentów nakazywał wykorzystywanie wszystkich możliwych pomieszczeń na ich potrzeby. Do kwietnia 1947 r. w oddziałach udało się rozmieścić już 555 łóżek.

A Szkoła Pielęgniarska, po wyprowadzeniu ze szpitala, przetrwała w Bydgoszczy jeszcze kilka lat – najpierw przy ul. Mazowieckiej, a potem w bardzo skromnych warunkach przy ul. Stanisława Konarskiego 5. W listopadzie 1951 r. została przeniesiona do Szczecina.

Mieczysław Boguszyński

Pediatryczny Oskar w Juraszu

Dokończenie ze str. 5

„Zmieniają się objawy chorób, rozwija się diagnostyka, dzięki generacji nowych leków inne staje się samo leczenie, a kto nieustannie się nie rozwija, zostaje z tyłu – twierdzi – Dlatego tak bardzo sobie cenię moją Szkołę. Lekarze rzeczywiście przychodzą tu się uczyć. Zawsze staramy się pokazywać – co nowego – w objawach, rozpoznaniu, leczeniu omawianych jednostek chorobowych."

Laureatka jest też od wielu lat prezesem Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz, czwartą kadencję, członkiem Zarządu Głównego PTP.

Mieczysława Czerwionka-Szaflarska jest pediatrą od 36 lat. „To zawód dający bardzo dużo satysfakcji – przyznaje – Najlepszym podziękowaniem jest dla mnie zawsze uśmiech dziecka, którego stan poprawia się po ciężkiej chorobie". W 1997 roku dzieci wyróżniły profesor Szaflarską „Orderem uśmiechu".

Od 20 lat profesor Czerwionka-Szaflarska pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, którą od podstaw organizowała. We wrześniu, (23–24 IX) podczas dwudniowej konferencji, poświęconej nieswoistym zapaleniom jelit i celiakii odbędą się uroczystości jubileuszowe Kliniki.

To drugi „Oskar Pediatrii" dla lekarza z naszego województwa – wcześniej, w 2008 roku, odznaczenie otrzymała prof. Anna Balcar-Boroń. W latach 70-tych Profesor zakładała i kierowała pierwszą Kliniką Chorób Dzieci. Do 2000 roku była kierownikiem Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, którą obecnie prowadzi prof. Mariusz Wysocki.

(a.b.)

ALMED
Sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny

www.almed-bydgoszcz.pl

"ALMED"
Sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny
Aleksandra Lebida
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
tel. (052) 341-51-69

Oferujemy między innymi:

- sprzęt rehabilitacyjny
- sprzęt ortopedyczny
- środki pomocnicze
- odzież i obuwie medyczne
- artykuły higieniczne

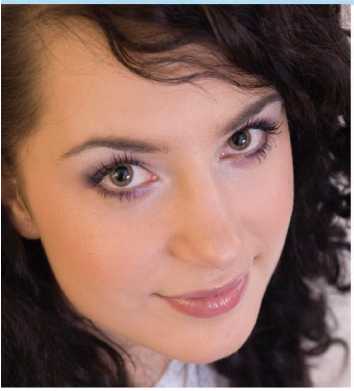
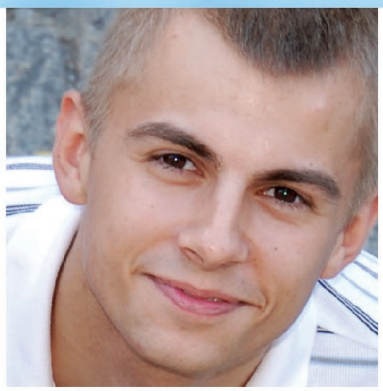
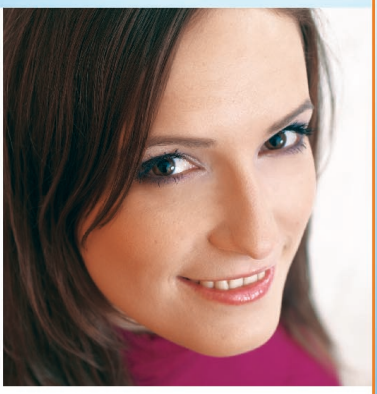
Zapraszamy do naszego sklepu
(w głównym holu szpitala)
Poniedziałek - 9.00 - 16.00
Wtorek-Piątek - 8.00 - 16.00

! Realizujemy wnioski NFZ !

TEB Edukacja

szkoły policealne

Atrakcyjne kierunki, w tym m.in.:

- Technik farmaceutyczny
- Asystentka stomatologiczna
- Technik dentystyczny
- Opiekun medyczny
- Technik masażysta
- Odnowa biologiczna
- Instruktor fitness
- Podstawy psychologii i socjologii

www.teb.pl

Microsoft · openSUSE Linux · Novell · telc Language Tests · ECDL European Computer Driving Licence · PAYOT Paris · OCEANIC Cosmetic

Bydgoszcz, pl. Wolności 9, tel. (052) 321 32 01
Toruń, ul. Rejtana 2-4, tel. (056) 660 91 12

PZU ŻYCIE SA

PZU – kompleksowa oferta ubezpieczeniowa

Zapewniamy spokój i bezpieczeństwo

PZU od ponad 200 lat zapewnia ochronę życia i mienia, oferując nowoczesne fundusze emerytalne oraz inwestycyjne. To, co oferuje Tobie i Twojej rodzinie jako jedna z największych instytucji finansowych w Polsce, to bezpieczeństwo i spokój, a to w życiu każdego liczy się najbardziej.
Podaruj je sobie i bliskim Ci osobom.

PZU Życie SA

INFOLINIA: 0 801 102 102
(koszt jak za połączenie lokalne)
www.pzu.pl