



BIULETYN

Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2
im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

Kwiecień 2016, nr 21 (41)

ISSN 2450-2308

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
PN-N-18001:2004
ISO 27001:2005





Dr n. med.

Wanda Korzycka-Wilińska DYREKTOR NACZELNY



ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
PN-N-18001:2004
ISO 27001:2005

Szanowni Państwo,

Oddajemy do rąk naszych czytelników kolejny Biuletyn z najważniejszymi wydarzeniami, które miały miejsce w ostatnim czasie w Szpitalu.

W marcu i kwietniu odbyły się wybory Rektora, Prorektorów UMK. Na kolejną kadencję wybrano na stanowisko Rektora UMK prof. dr hab. Andrzeja Tretyna, Prorektorem ds. Collegium Medicum została prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Prorektorem ds. Badań Naukowych prof. dr hab. Jacek Kubica, Prorektorem ds. Ekonomicznych i Rozwoju ponownie prof. dr hab. Danuta Dziawgo, Prorektorem ds. Kształcenia ponownie prof. dr hab. Beata Przyborowska, Prorektorem ds. Studenckich i Polityki Kadrowej ponownie prof. dr hab. Andrzej Sokala, Prorektorem ds. Współpracy z Zagranicą i Otoczeniem Gospodarczym prof. dr hab. Wojciech Wysota. Trwają jeszcze wybory na Dziekanów i Przedzikanów Wydziałów CM UMK i UMK.

Wybrano też na kolejną kadencję prof. dr hab. Kornelię Kędziorek-Kornatowską na Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UMK.

A co w Szpitalu? Jesteśmy organizacją rozwijającą się, podejmujemy wiele nowych, ciekawych medycznie i organizacyjnie działań, które wpływają na szybszy powrót do zdrowia i poprawę bezpieczeństwa pobytu pacjenta w Szpitalu. Poddaliśmy się w ostatnim czasie audytowi medycznemu przeprowadzonemu przez firmę ubezpieczeniową. Przedstawione rekomendacje wdrażamy, aby doskonalić wdrożone wcześniej procedury, standardy akredytacyjne.

A to co nas boli. Jak wszyscy wiemy Szpital wymaga modernizacji, rozbudowy co wiążemy także z rozwojem nowych zakresów, nowych dziedzin medycznych niezbędnych do kompleksowej opieki nad pacjentem. Jesteśmy Szpitalem Uniwersyteckim już ósmy rok, staramy się uzyskiwać fundusze na rozwój szpitala w Ministerstwie Zdrowia, w Urzędzie Marszałkowski i z funduszy Unii Europejskiej. Mamy ciągle nadzieję, że przy wsparciu Jego Magnificencji Rektora, Pana Marszałka i posłów z naszego regionu pozyskamy niezbędne fundusze na rozwój Szpitala Uniwersyteckiego.

Zapraszam Państwa do ciekawych doniesień o wizytach znamienitych gości w Szpitalu, do czytania artykułów o nowatorskich zabiegach wykonywanych w naszym Szpitalu, o konferencjach i szkoleniach prowadzonych przez naszych profesjonalistów medycznych.

Dziękuję wszystkim za kolejny rok wspólnej pracy.

Kwiecień 2016 **nr 21 (41)**
BIULETYN

Kwartalnik Szpitala
Uniwersyteckiego Nr 2
im. dr. Jana Bizielea w Bydgoszczy
85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75

WSZELKIE PRAWA ZASTRZEŻONE

kancelaria@biziel.pl
www.biziel.pl

Centrala telefoniczna	52 365 57 99
Sekretariat dyrektora	52 371 26 24
lźba przyjęć	52 371 26 35
Zespół poradni i przychodni (rejestracja)	801 055 029

Podstawowa opieka zdrowotna	52 365 56 25
	fax 52 370 05 31



WYDAWCA
Szpital Uniwersytecki Nr 2
im. dr. Jana Bizielea w Bydgoszczy

DRUK
ZAZ Bydgoszcz

Najnowsza metoda leczenia udaru mózgu już w naszym Szpitalu

Szanowni Państwo. W nocy 14 lutego 2016 r. w Pracowni Radiologii Zabiegowej wykonaliśmy (dr n. med. Grzegorz Meder, mgr piel. Agnieszka Wiśniewska, st. tech. rtg. Małgorzata Gawrońska, piel. lic. Renata Światała) pierwszy zabieg trombektomii u pacjentki ze świeżym udarem mózgu. W ten sposób zainaugurowaliśmy wspólnie z koleżankami i kolegami neurologami działalność utworzonego w naszym szpitalu Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu.

W Polsce co 8 minut jedna osoba doznaje udaru mózgu. Udar jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów oraz najczęstszą przyczyną trwałej niepełności u osób powyżej 40. roku życia. W każdej minucie udaru mózg nieodwracalnie traci prawie 2 miliony neuronów, 14 miliardów synaps

i 12 km włókien nerwowych. Część komórek leżących na terytorium zasilanym przez zamkniętą tętnicę umiera od razu – to rdzeń udaru. Pozostałe leżą w strefie cienia (penumbry). Zginą jeśli krążenie nie zostanie przywrócone. Lecząc udar walczymy właśnie o komórki penumbry, dlatego liczy się każda minuta!

Jak udroźnić tętnicę? Pierwszym przełomem w leczeniu udaru niedokrwiennego było wprowadzenie do leczenia trombolizy dożylniej przy użyciu rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu (r-TPA, atepłaza). Dożylnie zastosowanie r-TPA poprawia rokowanie zwiększając prawdopodobieństwo uzyskania korzystnego stopnia sprawności chorego. Tromboliza dożylna ma jednak szereg ograniczeń. Czas w jakim można ją bezpiecznie stosować to obecnie



Wyjściowy angiogram
lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej.
Niedrożność szczytu tętnicy.



Pozabiegowy angiogram
lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej.
Przywrócone prawidłowe krążenie.



Trombektom Solitaire z fragmentem usuniętej skrzepliny.

4,5 godziny od momentu wystąpienia udaru. Dodatkowo wiemy, że atepłaza nie radzi sobie ze skrzeplinami dłuższymi niż 8 mm. A duże skrzepliny powodują duże udary...

Pomysł mechanicznego usunięcia skrzepliny z tętnicy (trombektomia) w celu jej udrożnienia wydaje się logiczny i oczywisty ale dopiero badania kliniczne najnowszej generacji sprzętu dowiodły jednoznacznie skuteczności mechanicznej trombektomii, a nawet jej przewagi nad trombolizą dożylną. Trombektomia jest szczególnie skuteczna właśnie w niedrożnościach dużych tętnic mózgowych. Bezpieczne okno czasowe jest też dłuższe (6 godzin), niż dla trombolizy dożylnej.

Zabieg przeprowadza się z dostępu przez tętnicę udową. Przy pomocy odpowiednich cewników wewnątrznaczyniowo dochodzi się do zamkniętej tętnicy. Następnie trombektomem, który jest rodzajem zmodyfikowanego stentu lub cewnikiem aspiracyjnym usuwa się skrzeplinę. Jest to metoda leczenia, wprowadzana obecnie w wiodących klinikach udarowych na świecie, a w Polsce wdrażana w zaledwie kilku ośrodkach.

Pierwszy zabieg wykonaliśmy u 72 letniej kobiety, która trafiła do naszego SOR w 2 godziny od wystąpienia objawów udaru. Stan był ciężki: porażenie połowicze prawostronne, sopor, całkowita afazja. W TK i angio-TK stwierdzono niedrożność szczytu tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej. Koleżdy neurologzy wdrożyli dożylnie leczenie trombolityczne i w tym samym czasie wykonaliśmy mechaniczną trombektomię. Angiograficznie leczenie zakończyło się sukcesem – przywrócono prawidłowe krążenie w obrębie niedrożnej tętnicy i jej gałęzi. Jeśli chodzi o efekt kliniczny to pozwolę sobie przytoczyć słowa dyżurnego neurologa, które usłyszałem następnego ranka – „nigdy wcześniej nie widzieliśmy takiej poprawy”. Pacjentka przytomna, rozmawiająca, z niewielkim niedowładem.

Kolejny zabieg: 43 letnia kobieta z olbrzymim zatorom tętnicy szyjnej wewnętrznej. Tym razem bez dożylnej trombolizy. Efekt kliniczny równie spektakularny. Inny przypadek: 71 letni mężczyzna z niedrożną prawą tętnicą mózgu środkową: połowicze porażenie ustępujące w 5 minut po udroż-

nieniu tętnicy. Liczba pacjentów, którym udało się pomóc ciągle rośnie.

Od blisko 10 lat w Pracowni, dzięki współpracy z Oddziałem Neurochirurgii i Neurotraumatologii leczymy wewnątrzczasyniowo pacjentów z tętniakami i malformacjami naczyń mózgowych. W tym czasie wykonaliśmy blisko 350 zabiegów embolizacji w tych chorobach. Teraz będzie-

my mogli wykorzystać nasze doświadczenie by we współpracy z dotychczasowym Oddziałem Udarowym, którego lekarze byli pionierami w stosowaniu dożylnego leczenia trombolitycznego, zaoferować najlepszą dostępną terapię pacjentom z udarami niedokrwiennymi.

Dr n. med. Grzegorz Meder

Wizyta JM Rektora UMK Prof. dr. hab. Andrzeja Tretyna

Na początku lutego nasz szpital odwiedził JM Rektor UMK Prof. dr hab. Andrzej Tretyn.

Zwykle przyjmując gości mamy okazję chwalić się nowo wyremontowanymi od-

ziałami, nowymi pracownikami czy zakupioną nowoczesną aparaturą medyczną. Tym razem było wręcz odwrotnie. Pan Rektor zwiedzał miejsca będące największą bolączką naszej placówki, wymagające grun-



townych remontów i przebudowy, niemodernizowane od kilkadziesiąt lat, miejsca które już dawno przestały spełniać standardy szpitala uniwersyteckiego.

Pan Rektor odwiedził m.in. Blok Operacyjny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej. Podczas spotkania z dyrekcją zadeklarował pomoc w staraniach szpitala o pozyskanie środków finansowych na modernizację i rozbudowę placówki.



Nowoczesne metody leczenia i diagnostyki chorób żył w Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych

W Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych naszego szpitala, u pacjenta z ciężkim zespołem pozakrzepowym kończyny dolnej, po raz pierwszy w województwie kujawsko-pomorskim wy-

konano zbieg wewnątrznaczyniowy z diagnostyką i kontrolą efektu zabiegu przy pomocy ultrasonografii wewnątrznaczyniowej, (ang. in-travascular ultrasound, IVUS).



Ultrasonografia wewnątrznaczyniowa jest jednym z najbardziej precyzyjnych narzędzi przyżyciowego obrazowania naczyń. Obok kardiologii inwazyjnej i diagnostyki stanu naczyń wieńcowych jest ona niemal niezbędnym narzędziem diagnostycznym podczas wykonywania zabiegów stentowania układu żylnego.

Zabieg przeprowadzili: dr n. med. Karol Suppan, konsultant wojewódzki w dziedzinie angiologii, dr hab. n. med. Jacek Buzdyński, kierownik Katedry Chorób Naczyń

i Chorób Wewnętrznych oraz lekarz Artur Mieczkowski w asyście zespołu Elżbiety Kołudkiewicz, Dagmary Niedzielskiej oraz Pawła Zuckarroli'ego.

Wprowadzenie nowej metody leczniczo-diagnostycznej poprzedzone było udziałem lekarzy w licznych warsztatach i kursach, m.in. w Szpitalu Uniwersyteckim w Bernie (Szwajcaria) pod okiem jednego z europejskich autorytetów w zakresie interwencji żylnych, prof. Nilsa Kuchera.

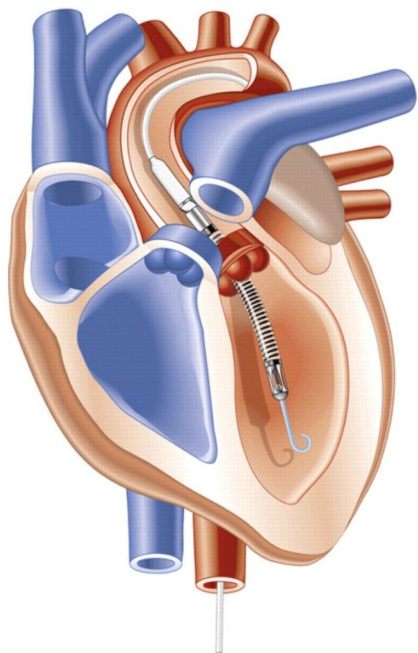
Wizyta wojewody kujawsko-pomorskiego Mikołaja Bogdanowicza

26 lutego nasz szpital odwiedził Wojewoda Kujawsko-Pomorski Mikołaj Bogdanowicz.

Pan Wojewoda chciał dowiedzieć się więcej o działalności, sukcesach, problemach, potencjale oraz planach rozwoju jednego z największych wielospecjalistycznych szpitali w naszym województwie. Po spotkaniu z dyrekcją placówki Pan Wojewoda odwiedził Oddział Kliniczny Noworodków, Wcześnieiaków z Intensywną Terapią Noworodka.



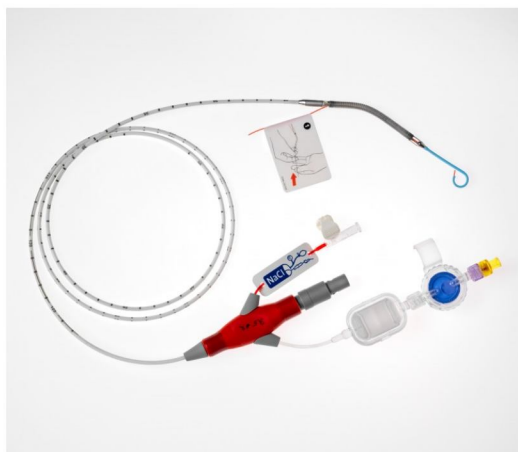
Nowe możliwości w kardiologii inwazyjnej



Kardiologia inwazyjna jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin we współczesnej medycynie. W ostatnim okresie pojawiło się kilka nowości, które są dostępne także w Pracowni Angiografii i Hemodynamiki Kliniki Kardiologii.

Niewątpliwie jednym z największych osiągnięć kardiologii inwazyjnej ostatnich lat jest pompa do wspomagania lewej komory serca implantowana poprzez nakłucie tętnicy udowej. To urządzenie znajduje przede wszystkim zastosowanie u pacjentów ze wstrząsem kardiogenym w przebiegu świeżego zawału serca. Generowany za jej pośrednictwem przepływ krwi z lewej komory do aorty z szybkością do 4 litrów na minutę umożliwia utrzymanie takich pacjentów przy życiu we wczesnym okresie

okołozawałowym, oraz stwarza możliwość regeneracji mięśnia sercowego przez pierwszych kilka dni po zawale. Dzięki temu urządzeniu istnieje także możliwość wykonywania zabiegów angioplastyki wieńcowej tzw. „wysokiego ryzyka” u pacjentów dyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego kardiologicznego. Bez tego urządzenia zabiegi takie są obarczone dużym ryzykiem ciężkich powikłań okołozabiegowych. W najbliższym okresie planowane jest wykonanie w Pracowni Angiografii i Hemodynamiki pierwszych zabiegów z wykorzystaniem tej technologii.



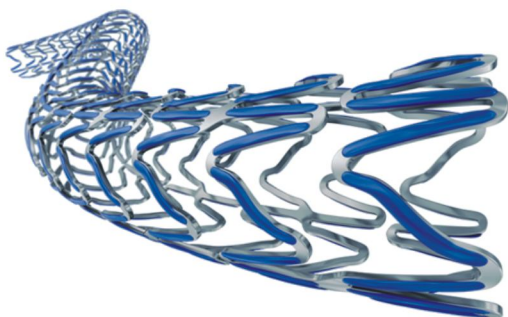
Pompa do wspomagania krążenia.

Także w technologii stentów stosowanych w kardiologii inwazyjnej jest obserwowany intensywny postęp. Od kilku lat w trakcie angioplastyk wieńcowych rutynowo implantowane są stenty uwalniające lek. Przed kilkoma laty pojawiły się stenty bioabsorbowalne – ulegające wchłonięciu po 2–3 latach od zabiegu. Aktualnie dys-

ponujemy kolejnymi nowinkami technologicznymi. Są to stenty wieńcowe samorozprężalne, stenty pokryte bioabsorbowalnym polimerem oraz stenty o podwójnej terapii.

Stenty samorozprężalne przypominają stenty stosowane w zabiegach obwodowych. Są zbudowane z Nitynolu – stopu niklu i tytanu, posiadającego cechy tzw. inteligentnego metalu, który w temperaturze 37 stopni C stara się dopasować do otaczającej przestrzeni, optymalnie przylegając do ściany tętnicy wieńcowej. Dzięki temu unikamy zjawiska malapozycji – która jest jedną z głównych przyczyn zakrzepicy w stencie – śmiertelnie groźnego powikłania zabiegów angioplastyki. Stenty tego typu są implantowane w przypadku:

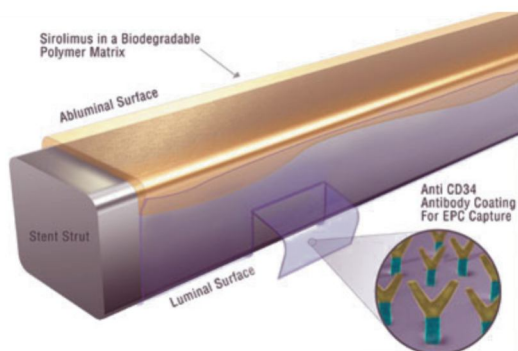
- świeżego zawału serca z obecnością dużych przyściennych skrzeplin w tętnicy,
- tętnic wieńcowych o dużej średnicy,
- obecności ektazji i tętniaków,
- angioplastyki by-passów żylnych,
- zabiegów w obrębie bifurkacji naczyń,
- tętnic wieńcowych o dużej zmienności światła.



Stent pokryty jednostronnie bioabsorbowalnym polimerem uwalniającym lek antymitotyczny.

Stenty pokryte bioabsorbowalnym polimerem są kolejną nowością w kardiologii inwazyjnej. Są to stenty uwalniające lek,

skonstruowane w ten sposób, że polimer zawierający lek antymitotyczny znajduje się tylko na zewnętrznej powierzchni, bezpośrednio przylegającej do ściany naczynia. Lek jest uwalniany przez okres około 3 miesięcy, natomiast polimer z którego on się uwalnia ulega wchłonięciu po okresie 4–9 miesięcy (w zależności od rodzaju stentu). Dzięki takiej konstrukcji stentu znacznie przyspiesza się proces pokrywania stentu prawidłowym śródbłonkiem naczyniowym, a zarazem mniejsza się ryzyko zakrzepicy w stencie.



Budowa stentu COMBO.

Kolejną nowością są stenty wieńcowe typu COMBO o podwójnej terapii. Są to stenty uwalniające lek z bioabsorbowalnego polimeru znajdującego się na ich powierzchni zewnętrznej (przylegającej do ściany naczynia) oraz pokryte od wewnątrz przeciwciałami anty CD34, które przyspieszają pokrywanie śródbłonkiem naczyniowym. Dzięki takiemu rozwiązaniu w przypadku zastosowania tych stentów, już po miesiącu od zabiegu można bezpiecznie przerwać podwójną terapię przeciwplatekową, co jest bardzo istotne w przypadku pacjentów, którzy muszą być poddani zabiegom operacyjnym z jakiegoś pilnego powodu.

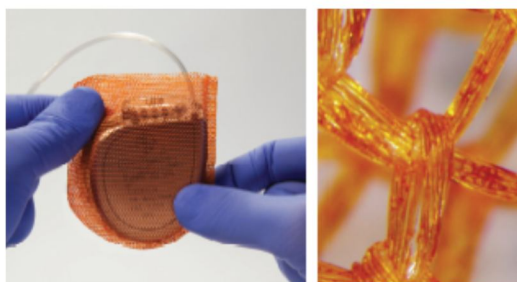
Klinika Kardiologii

– nowości w elektroterapii

Każdego roku w Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 wykonywanych jest około 200 zabiegów z zakresu elektrostymulacji w tym: implantacje kardiostymulatorów jedno- i dwujamowych, kardiowerterów-defibrylatorów w prewencji wtórnej jak i pierwotnej nagłego zgonu sercowego oraz układów resynchronizujących u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca. Zgodnie z najnowszymi standardami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, ESC wszczepień w/w urządzeń dokonuje się u chorych, u których pomimo leczenia farmakologicznego istnieje duże ryzyko wystąpienia groźnych dla życia tzw. „złośliwych” zaburzeń rytmu serca, mogących doprowadzić do nagłego zgonu sercowego. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów z niewydolnością serca o etiologii niedokrwiennej jak i nie-niedokrwiennej z niską frakcją wyrzutową.

W chwili obecnej większość wszczepianych urządzeń, mając na uwadze nowe możliwości diagnostyki obrazowej, to „urządzenia pro MRI”, odporne na działanie pola magnetycznego wytwarzanego w trakcie badania rezonansu magnetycznego (MRI). Dotychczas u pacjentów ze wszczepionymi stymulatorami wykonywano rezonans magnetyczny niezmiernie rzadko, tylko w przypadku bezwzględnej konieczności, gdyż mogło to spowodować uszkodzenie całego układu stymulującego. Nowatorstwo takich aparatów polega na zastosowaniu w ich elementach elektronicznych metali niereagujących na silne pole magnetyczne. Według szacunków 3/4 chorych ze wszczepionymi urządzeniami wspomagającymi pracę serca może wymagać badań rezonansem magnetycznym. Z tego powodu w przyszło-

ści możliwość bezpiecznego wykonywania rezonansu powinna stać się cechą dominującą urządzeń wspomagających pracę serca. Infekcje są jednymi z najpoważniejszych powikłań wszczepiania lub wymiany urządzeń do elektroterapii serca. W naszym kraju w ostatnich latach liczba implantacji kardiowerterów-defibrylatorów wzrosła ponad trzykrotnie, jednocześnie liczba powikłań infekcyjnych, mimo stosowania leków chroniących przed zakażeniami, wzrosła o ponad 120 proc. i zwiększa się szybciej niż początkowo szacowano. Stąd poszukuje się nowych metod zmniejszających odsetek infekcji. W ostatnim miesiącu w naszej Klinice zastosowaliśmy nową metodę, polegającą na użyciu tzw. koperty antybakteryjnej. Jest to siatka polipropylenowa pokryta warstwą wchłaniałnego polimeru uwalniającego antybiotyki, w którą wstawiany jest kar-



Koperta antybakteryjna
z kardiowerterem defibrylatorem.

diowerter-defibrylator. Dodatkowo stabilizuje ona aparat i elektrody, zapobiegając ich przemieszczeniu. Wyniki badań międzynarodowych potwierdzają skuteczność zastosowanej metody. W grupie ponad 1100 pacjentów włączonych do dwóch rejestrów: CENTURIAN i CITADEL wykazano, że stosowanie antybakteryjnej „koperty” pozwala

na zmniejszenie rocznego wskaźnika infekcji podczas wymian o ok. 80% w porównaniu z pacjentami poddanymi wymianie, podczas której nie deponowano antybakteryjnej „koperty”. Podsumowując, ta metod leczenia w chwili obecnej jest wykorzystywana

przede wszystkim u pacjentów z wysokim ryzykiem powikłań infekcyjnych podczas kolejnych zabiegów.

Dr n. med. Piotr Małyška

Nasz Szpital miejscem przełomowych szkoleń dla reumatologów

25 lutego, z inicjatywy Podsekcji Rezonansu Magnetycznego Sekcji Obrazowej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, w naszym Szpitalu odbył się pierwszy ogólnopolski kurs „Standardy i Wykorzystanie Rezonansu Magnetycznego w Reumatologii”.

To historyczne wydarzenie otworzyło nowy rozdział w działalności edukacyjnej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Inicjatorami szkolenia byli dr hab. n. med. Sławomir Jeka – przewodniczący Sekcji Obrazowej PTR oraz dr hab. n. med. Mariusz Korkosz – przewodniczący Podsekcji Rezonansu Magnetycznego. Celem działalności Sekcji Obrazowej PTR jest doskonalenie reumatologów w zakresie dostępnych metod obrazowania wykorzystywanych w reumatologii. Sekcja od kilku lat organizuje kursy USG i kapilaroskopii. Szkolenia odbywają się w kilku głównych ośrodkach reumatologicznych w Polsce, także w tutejszej Klinice Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej. Kurs „Standardy i Wykorzystanie Rezonansu Magnetycznego w Reumatologii” rozpoczynający cykl edukacyjny prowadzili dr Rafał Wojciechowski z Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. J. Bizuela

w Bydgoszczy oraz dr Wadim Wojciechowski z Katedry Radiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prowadzący szkolenie brali wcześniej udział w spotkaniach Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, która wypracowała pierwsze w Polsce wspólne standardy wykorzystania rezonansu magnetycznego w reumatologii, opublikowane w zeszłym roku w „Polish Journal of Radiology” i „Reumatologia” – flagowych czasopismach obu towarzystw naukowych. Wytyczne pozostają w zgodzie z aktualnymi zaleceniami Grupy Roboczej OMERACT EULAR i ACR i precyzyjnie określają rolę rezonansu magnetycznego w diagnostyce, monitorowaniu oraz ocenie stopnia zaawansowania spondyloartropatii oraz reumatoidalnego zapalenia stawów.

Założeniem organizatorów spotkań jest ustawiczne szkolenie reumatologów w dziedzinie metod obrazowania i podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Uczestnikami kursu, który odbył się w Sali Audytoryjnej naszego Szpitala byli zarówno reumatolodzy jak i radiolodzy z wiodących ośrodków reumatologicznych w Polsce. Podczas szkolenie koncentrowano się głównie na aspekcie praktycznym. Sala Audytoryjna została

wcześniej profesjonalnie przygotowana. Kursanci mieli do dyspozycji monitory LCD, ekran główny oraz stanowiska komputerowe z dostępem do specjalnej platformy edukacyjnej. Zaplecze techniczne, wizualizacje przypadków medycznych oraz poziom merytoryczny nie odbiegał od najlepszych tego typu szkoleń prowadzonych w Europie. Każdy uczestnik kursu miał możliwość dokładnej oceny badań rezonansu magnetycznego, a prezentowane obrazy pozwoliły przyswoić wiedzę niezbędną do samodzielnej oceny badań. Całodniowy kurs kończył się egzaminem sprawdzającym nabyte umiejętności oraz zdobyciem certyfikatu uczestnictwa. Współorganizatorem szkolenia była firma UCB, która objęła mecenasem działalność Podsekcji Rezonansu Magnetycznego Sekcji Obrazowej PTR.

Uczestnicy spotkania zgodnie, wysoko ocenili profesjonalizm i kompleksowe przygotowanie inauguracyjnego kursu i zapowiedzieli, że będą ambasadorem tego typu działalności w swoich ośrodkach reumatologicznych na terenie całej Polski.

Klinika Reumatologii i Układowych chorób Tkanki Łącznej jako jedyny podmiot w kraju była także organizatorem pierwszego w Polsce kursu CMKP z diagnostyki obrazowej w reumatologii dla lekarzy odbywających kształcenie specjalizacyjne wg nowego trybu. Szkolenie również odbyło się w Sali Audytornej, w dniach 14–15 marca b.r. Wykładowcy z naszego Szpitala: dr hab. n. med. Sławomir Jeka, dr Kinga Kościńska-Ilczyńska oraz dr Rafał Wojciechowski z Kliniki Reumatologii, a także dr Marta Dura

z Zakładu Radiologii, prezentowali praktyczne aspekty wykorzystania badań radiologicznych, USG, MR, TK, scyntygrafii oraz densytometrii kostnej w diagnostyce i monitorowaniu schorzeń narządu ruchu i układowych chorobach tkanki łącznej.



ALERGOLOGI ZNOWU SPOTKALI SIĘ W BYDGOSZCZY

Bydgoskie Spotkania Alergologiczne organizowane przez Katedrę i Klinikę Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy i Fundację Alergologia Bydgestiensis na trwale wpisały się w kalendarz kongresowy Alergologów z całej Polski. W dniach 11–12 marca odbyła się w łamach tych Spotkań piąte jubileuszowe Sympozjum Alergii na Pokarmy. Sukces poprzednich czterech edycji spowodował, że w tym roku wszystkie miejsca tj. 300 zaproszeń zostały wykupione w ciągu kilku godzin od momentu rozpoczęcia rejestracji. Organizowana pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i przy wsparciu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego skupiła się w swojej tematyce na omówieniu nowości w diagnostyce i leczeniu chorób alergicznych, ze szczególnym uwzględnieniem alergii pokarmowej.

W trakcie dwudniowego sympozjum wiele uwagi poświęcono zagadnieniom mikrobiomu człowieka i jego roli w procesach nadwrażliwości pokarmowej. Okazuje się bowiem, że flora bakteryjna zasiedlająca między innymi przewód pokarmowy, pozostaje w ścisłym związku z organizmem gospodarza poprzez interakcje molekularne z jego komórkami, tworząc kompleksowy interaktywny ekosystem decydujący o wielu różnych procesach biologicznych w tym o zdrowiu i chorobie. W tych wzajemnych relacjach mikrobiomu upatruje się w ostatnich latach szansy na wyjaśnienie wielu zjawisk obserwowanych w przebiegu między innymi alergii pokarmowej, jak choćby na przykład wzrostu częstości występowania alergii pokarmowej, czy cięższego jej przebiegu w postaci coraz liczniej obserwowanych reakcji anafilaktycznych.



Leczeniom reakcji anafilaktycznych i poszukiwaniu czynników ryzyka były poświęcono nie mniej uwagi niż najczęstszej alergii pokarmowej wśród dzieci – alergii na białka mleka krowiego. Zasady diagnostyki i przeprowadzania prób prowokacyjnych omawiała między innymi doc. Andrea Horvath – gość zagraniczny konferencji. Poruszano również problemy prewencji pierwotnej i wtórnej w alergii pokarmowej oraz szczegółowo analizowano w kolejnych sesjach tematycznych alergię na ryby i owoce morza, alergię na pokarmy pochodzenia roślinnego oraz coraz częściej obserwowane i sprawiające dużo problemów natury dietetycznej reakcje krzyżowe między alergenami inhalacyjnymi a pokarmowymi oraz w obrębie różnych pokarmów.

Nie wykluczone, że szereg z tych problemów omawianych w czasie konferencji jest spowodowanych również reakcjami nadwrażliwości niealergiczej na dodatki żywności, na co zwrócił uwagę w swoim wykładzie inauguracyjnym kierownik naukowy i organizator konferencji Prof. Zbigniew Bartuzi, Prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Przewodniczący

Sekcji Alergii na Pokarmy. Nie mniej uwagi poświęcono także skórny manifestacjom alergii pokarmowej, a także nowym metodom leczenia biologicznego astmy oskrzelowej czy krótkoterminowej profilaktyki wrodzonego obrzęku naczyńioruchowego, co powodowało że sympozjum miało także charakter interdyscyplinarny.

Jak zwykle ogromnym zainteresowaniem cieszyły się sesje przypadków klinicznych, w czasie których koleżanki i koledzy dzielili się doświadczeniem opisując ciekawe problemy diagnostyczno-terapeutyczne, z którymi zetknęli się w ostatnim roku w swojej praktyce. Merytoryczna dyskusja z udziałem ekspertów i innych uczestników implikowała ciekawe spostrzeżenia i wnioski, przekształcając sesje w panele dyskusyjne fachowców. Elitarny charakter konferencji, interesujący program i wysoka jakość wykładów miał swój wyraz w postaci pełnej frekwencji uczestników do samego końca trwania Sympozjum Alergii na Pokarmy w ramach Bydgoskich Spotkań Alergologicznych.

Dr n. med. Jacek Gocki



Bardzo wysoka pozycja „Biziela” w ogólnopolskim rankingu finansowym szpitali publicznych

28 stycznia *Dziennik Gazeta Prawna* opublikował ogólnopolski ranking finansowy szpitali publicznych. W kategorii jednostek dużych (których wartość kontraktu z NFZ przekracza 70 mln zł) nasz szpital zajął bardzo wysokie 11 miejsce w kraju.

Oceniając poszczególne placówki służby zdrowia brano pod uwagę trzy zasadnicze wskaźniki finansowe – efektywność

aktywów, rentowność sprzedaży oraz dynamikę kontraktu z NFZ.

Autorem metodologii rankingu i obliczeń jest firma Magellan zaś weryfikacją danych finansowych dokonała spółka Deloitte Polska. Tworząc ranking opierano się na informacjach zawartych w sprawozdaniach finansowych szpitali za rok 2014.

UDARY MÓZGU

– szkolenie dla Ratowników Medycznych i Lekarzy Pogotowia Ratunkowego

12 stycznia pracownicy Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu naszego Szpitala zaprosili Ratowników Medycznych oraz lekarzy zatrudnionych w Pogotowiu Ratunkowym na szkolenie dotyczące udarów mózgu.

Prowadzenia pierwszej części spotkania, poświęconej objawom udaru mózgu i pro-

blemom z ich rozpoznawaniem podjął się dr n. med. Mariusz Baumgart. Wiedzę dotyczącą najnowszych możliwości leczenia udaru niedokrwiennego mózgu – trombolizy dożylniej i trombektomii mechanicznej podzielił się z zaproszonymi gośćmi dr hab. n. med. Adam Kobayashi.



Wtorkowe spotkania z dietetykami

Od kilku miesięcy w naszym Szpitalu odbywają się nieodpłatne, edukacyjne spotkania z dietetykami, kierowane do wszystkich chętnych, zarówno pacjentów hospitalizowanych w placówce jak i osób, które zechcą odwiedzić nas specjalnie w tym celu. Spotkania mają charakter cykliczny i odbywają się we wtorkowe przedpołudnia. Część z nich poświęcona jest dietom zalecanym w przypadku konkretnej jednostki chorobowej, często jednak dietetycy podejmują tematy dotyczące po prostu zdrowego odżywiania, np. umiejętności interpretowania etykiet na produktach spożywczych czy takiemu modyfikowaniu prze-

pisów, aby potrawy nie tracąc na smaku stawały się zdrowsze.

Skąd pomysł na takie spotkania? O tym opowiedziały nam pomysłodawczynie i organizatorki przedsięwzięcia – mgr dietetyki Monika Ameryk i mgr dietetyki Agnieszka Augustyniak z Kliniki Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania:

– *Pomysł narodził się spontanicznie, jednak sama idea spotkań jest dużo głębsza. Zewsząd zalewają nas informacje dotyczące zdrowego odżywiania, niestety w wielu przypadkach wykorzystywanie przez producentów żywności określenia „zdrowa żywność” jest nadużyciem czy wręcz mani-*

pulacją. Oglądamy kolorowe reklamy w telewizji, z piękną muzyką w tle, i aż mamy ochotę od razu pójść do sklepu po kolejne ciasteczka czy batoniki. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w kolorowych gazetach – znajdujemy tam tysiące diet cud oraz porad, niestety nie zawsze rzetelnych. Na wielu stronach internetowych aż roi się od sprzecznych informacji dotyczących żywienia. Dlatego naszym głównym celem jest przekazanie zainteresowanym osobom

sprawdzonych faktów. Dopóki nie poszłyśmy na studia związane z dietetyką nasza świadomość była też dużo mniejsza, teraz wiemy jak często popełnia się błędy żywieniowe nie wiedząc o tym. Chciałybyśmy aby nasze spotkania docierały do jak największej liczby odbiorców. Dieta choć często kojarzy nam się z odchudzaniem, w bardzo wielu przypadkach może wspomóc leczenie i szybki powrót do zdrowia. Choć spotkania często obejmują jeden temat zawsze na



końcu wywiązuje się dyskusja ze słuchaczami co jest niezwykłym doświadczeniem dla każdej z nas. Widoczne zainteresowanie uczestników wtorkowych dyskusji różnymi aspektami tematyki zdrowego odżywiania dodatkowo zachęca nas do przygotowywania kolejnych spotkań. Mamy nadzieję, że wtorki z dietetyką w Szpitalu zagoszczą na dłużej.

„Wszystko dla Pacjenta”

– nowy pawilon handlowy na terenie naszego Szpitala

Pod koniec marca, na terenie naszego Szpitala powstał nowy pawilon handlowy, w ofercie którego znajduje się asortyment przygotowany głównie z myślą o pacjentach: bielizna dla pań i panów, w tym również dla przyszłych mam, piżamy, ręczniki, szlafroki, kaptcie, skarpety itp.

Wysokiej jakości asortyment pochodzi od polskich producentów.





Sklep usytuowany jest przy wyjściu z Budyńku Głównego, w kierunku Pawilonu A.

Godziny otwarcia:
9.00–17.00.

Na prośbę pacjentów, którzy nie mogą opuścić oddziału, istnieje możliwość bezpośredniego dostarczenia towaru na terenie Szpitala – zamówienia pod numerem tel. 660 953 078.

Rola diagnosty laboratoryjnego w szpitalu

Dnia 27 maja będziemy obchodzić Dzień Diagnosty Laboratoryjnego.

Diagnosta Laboratoryjny to zawód, który nie jest wszystkim dobrze znany. Kim jest i jaką rolę pełni w szpitalu?

Diagnosta laboratoryjny to osoba, która wykonuje czynności diagnostyki laboratoryjnej mające na celu;

- określenie właściwości fizycznych, chemicznych i biologicznych oraz składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych do celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych,
- mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych do celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych,
- działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej,
- działalność naukową i dydaktyczną w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.





Badania te wykonywane są przez diagnostów laboratoryjnych, za pomocą specjalistycznych metod i aparatury przy współpracy z technikiem analityki medycznej/laborantem.

Rolą diagnosty laboratoryjnego jest także nadzór nad wykonywaniem badań oraz interpretacja i ocena wyników.

Wynik badania diagnostycznego służy lekarzowi klinicyście do oceny stanu pacjenta i wraz z obrazem klinicznym stanowi podstawę do rozpoznania jednostki chorobowej. Diagnosta bierze udział w postępowaniu diagnostycznym, profilaktycznym i monitorowaniu terapii.

Diagnosty laboratoryjni specjalizujący się w mikrobiologii medycznej, pełnią również rolę w monitorowaniu i zapobieganiu zakażeniom szpitalnym poprzez współpracę z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz udział w Komitecie Kontroli Zakażeń Szpitalnych, jak również poprzez wczesne ostrzeżenie o pojawieniu się szpepu alarmowego, niebezpiecznego patogenu lub ogniska zakażenia i raportowaniu o sytuacji epidemiologicznej szpitala.

Tytuł diagnosty podlega ochronie prawnej. Diagnosty zorganizowani są na zasadach samorządu zawodowego a jednostką posiadającą osobowość prawną jest Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych z siedzibą w Warszawie. Nadzór nad jej działalnością sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Pracę diagnosty laboratoryjnego regulują: ustawa o diagnostyce laboratoryjnej oraz rozporządzenia ministra „w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych” i wiele innych określających w jaki

sposób uzyskuje się tytuł specjalisty czy wymagania jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne itd.

Tytuł diagnosty laboratoryjnego uzyskuje się przede wszystkim po ukończeniu studiów na kierunku analityka medyczna.

Diagnosta laboratoryjny ma prawo i obowiązek pogłębiania, aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w szczególności ma prawo do uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Tytuł specjalisty uzyskuje się po odbyciu kilkuletniego kształcenia specjalizacyjnego ustalonego programem specjalizacji i zdaniu egzaminu państwowego.

Dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w których diagnosta laboratoryjny może odbywać specjalizację: laboratoryjna diagnostyka medyczna, laboratoryjna genetyka medyczna, laboratoryjna immunologia medyczna, mikrobiologia medyczna, laboratoryjna transfuzjologia medyczna, laboratoryjna toksykologia medyczna, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe, laboratoryjna hematologia medyczna, cytomorfologia medyczna, laboratoryjna parazytologia medyczna, epidemiologia, laboratoryjna genetyka sądowa, laboratoryjna diagnostyka sądowa.

W naszym szpitalu diagnosty laboratoryjni pracują w Szpitalnym Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, Szpitalnym Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej, Szpitalnym Zakładzie Patomorfologii, Szpitalnym Zakładzie Krwiolecznictwa oraz Pracowni Immunologiczno-Alergologicznej.

*mgr Katarzyna Muszyńska-Radska
Specjalista mikrobiologii medycznej*



Kto wykonuje Twoje badania?

DIAGNOŚCI LABORATORYJNI

wykonują
i interpretują
badania
laboratoryjne



KRAJOWA IZBA
DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH

Adres:
ul. Konopacka 4
03-428 Warszawa

tel.: +48 22 741 21 55 w. 112
fax: +48 22 741 21 56
e-mail: biuro@kidl.org.pl

www.kidl.org.pl

LEKARZ
leczy i zleca
badania



PIELĘGNIARKA
pielęgnuje i edukuje
pacjenta



