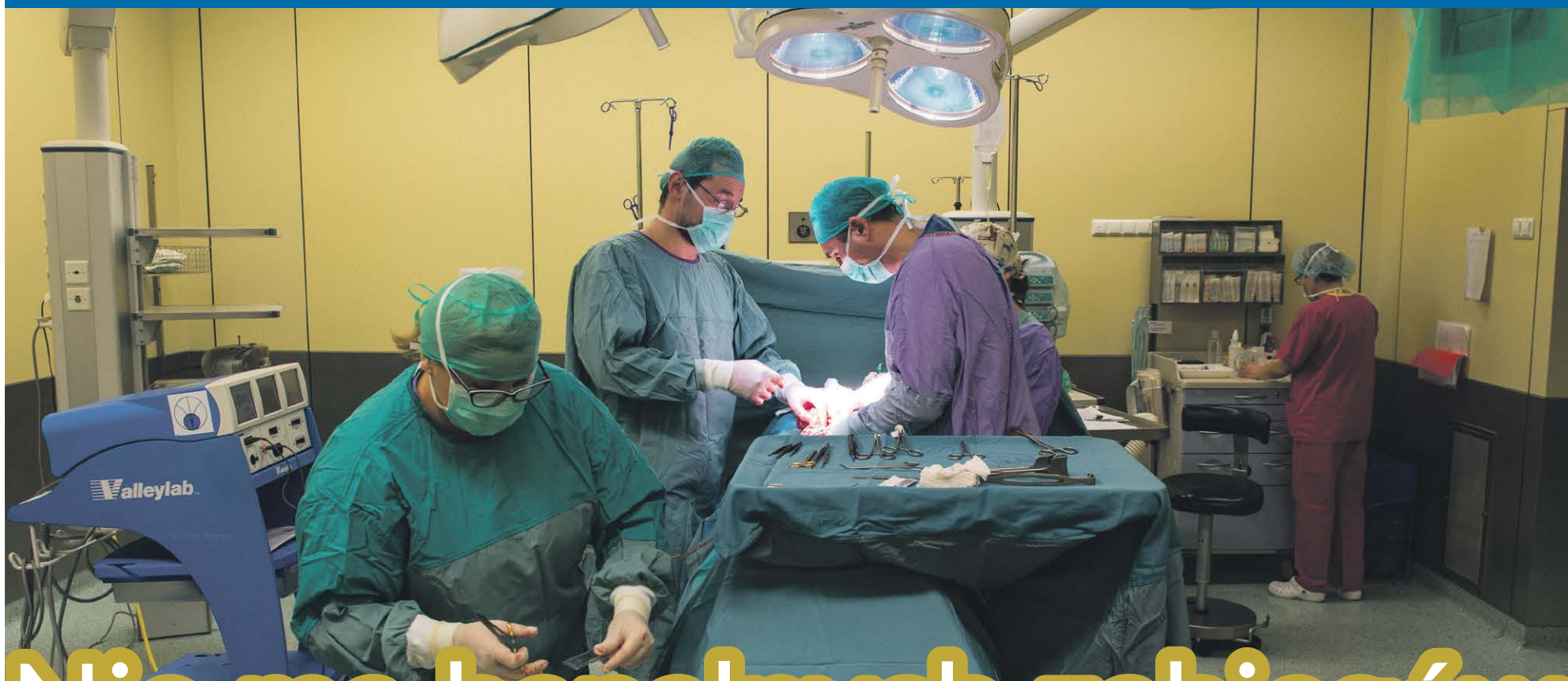




Nie ma banalnych zabiegów

– Każda operacja jest obarczona ryzykiem – przekonuje prof. Zygmunt Grzebierniak, chirurg z 41-letnim stażem i wieloletni szef Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. – Chirurdzy mawiają, że wyrostek jest jak granat w brzuchu. Jeden pacjent może chodzić z nierozpoznanym zapaleniem wyrostka robaczkowego dłuższy czas, ale kilka procent z tego powodu umiera.

Zdaniem profesora, mimo rozwoju technik małoinwazyjnych, np. laparoskopii, klasyczna chirurgia jeszcze długo będzie potrzebna, a w niektórych przypadkach pozostanie jedynym wybawieniem. Nie pomoże laparoskop, gdy trzeba usunąć z jamy brzusznej dwa litry krwi albo gdy konieczne jest wypłukanie jamy brzusznej przy zapaleniu otrzewnej.

Czytaj na str. 4



foto: Archiwum USK

Petarda wybuchła mu w dłoni, groziła amputacja

– Inni chcieli obcinać, we Wrocławiu postanowili powalczyć – powtarza 31-latek z Warszawy, który trafił do USK we Wrocławiu po nieszczęśliwym wypadku. I wszystko wskazuje na to, że palce zostały uratowane.

Mężczyzna w pierwszych dniach nowego roku próbował odpalić petardę, która została mu jeszcze z sylwestra. Miał pecha – petarda niepodzielnie wybuchła, zanim zdążył ją odrzucić na bezpieczną odległość. Powstały rany szarpane i duże ubytki tkanek miękkich. Według lekarzy, którzy konsultowali mężczyznę po wypadku, konieczna była amputacja palców. Ostatnią deską ratunku był wrocławski ośrodek.

Dr Adam Domanasiewicz, który wraz z innymi lekarzami chirurgii urazowej operował pacjenta, przyznaje, że zabieg był dużym wyzwaniem, także z powodu długotrwałego niedokrwienia palców. Pacjent dotarł z Warszawy do Wrocławia po przeszło 12 godzinach od wypadku – jechał karetką, bo transport lotniczy był niemożliwy z powodu pogody.

Po kilku dniach od trwającej 5 godzin operacji można już mówić o tym, że wszystko idzie w dobrym kierunku. Pacjent porusza palcami i mówi o „cudzie”.

Wypadki spowodowane „wystrzałowymi” materiałami najczęściej mają miejsce w czasie sylwestrowej nocy. Zwykle dochodzi do urazów rąk i poparzeń, ale zdarzają się także wypadki śmiertelne.

Podczas witania 2016 r. doszło w Polsce do wielu wypadków spowodowanych eksplozją fajerwerków. Jeden z nich miał miejsce w Oławie – ofiarą był 17-latek, który doznał poparzeń twarzy i brzucha. W Szamotułach 13-letniemu chłopcu petarda wybuchła w dłoni, a lekarze musieli mu amputować palec.

Mariusz dziękuje za życie



Chorzy, którzy wymagają przeszczepu wątroby, zwykle czekają długo na dawcę, bo pozwala na to ich stan. W tym przypadku było inaczej: gdyby 24-letni mężczyzna nie dostał nowego organu, w ciągu doby by zmarł. W swoim nieszczęściu miał dużo szczęścia. Dawca znalazł się dosłownie w ostatniej chwili, a resztę zrobili wrocławscy lekarze.

Czytaj na str. 3

Zawsze w czołówce



Unikalny zabieg wykonali neurochirurdzy z USK we Wrocławiu. Pacjentowi z uszkodzonym stożkiem rdzenia kręgowego wszczepili elektrostymulator, który ma pomóc przywrócić upośledzone funkcje. Choć metoda jest znana od 20 lat, to jednak korzysta się z niej głównie w innych wskazaniach medycznych.

Czytaj na str. 5

Alkohol na ból?



Cudowne tabletki, żele i maści, po których ból znika jak ręką odjął natychmiast po zastosowaniu. Niestety, tak jest tylko w reklamach. W rzeczywistości leczenie bólu to trudne wyzwanie dla specjalistów. Niesienie choremu ulgi w cierpieniu nie zawsze też polega na podawaniu leków, metoda jest znacznie więcej.

Czytaj na str. 7



Ostry dyżur replantacyjny od tego roku także we Wrocławiu

Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu dołączyła do elitarnego grona ośrodków, pełniących ostre dyżury replantacyjne dla pacjentów z całej Polski. W kraju takie dyżury organizowane są w zaledwie sześciu jednostkach. Nasz region ma obecnie dwa ośrodki, gdzie specjaliści pomagają pacjentom, którzy stracili kończyny na skutek urazów czy wypadków.

Dotychczas na Dolnym Śląsku replantacją kończyn w trybie ogólnopolskiego dyżuru zajmował się tylko Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z Pododdziałem Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii i Chirurgii Ręki Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy. Swoją ośrodek replantacyjny ma także Poznań, Szczecin, Kraków i Gdańsk. Są one ujęte w ogólnopolskim grafiku ostrych dyżurów replantacyjnych, polegających na tym, że chirurg ręki jest dostępny 24 godziny na dobę. Pacjent, który stracił kończynę w jakimkolwiek miejscu w Polsce, jest transportowany (najczęściej transportem lotniczym) do ośrodka, w którym tego dnia czeka na niego specjalista. Taki system skraca czas, w jakim poszkodowany może uzyskać fachową pomoc, a przez to szansę na przywrócenie sprawności amputowanej kończyny.

Na początku stycznia tego roku po raz pierwszy w historii ostry dyżur replantacyjny został zorganizowany we wrocławskim USK.

– W ramach dyżuru przyjmowane są ściśle określone przypadki, po spełnieniu medycznych wymogów – tłumaczy prof. Jerzy Gosk, kierownik Kliniki Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki. – Niestety, nie zawsze replantacja jest możliwa. Gdy tkanki są zmiążdżone w dużym stopniu, nie da się przywrócić ich ciągłości. Także nie każda amputacja wymaga replantacji, która jest zabiegiem niezwykle skomplikowanym, wymagającym zespolenia kości, ścięgien, naczyń i nerwów. Np. odcięty mały palec lewej ręki nie jest wskazaniem medycznym do tego zabiegu, bo bez niego pacjent może normalnie funkcjonować. Ale już amputacja kciuka w prawej dłoni kwalifikuje pacjenta do replantacji.

Wskazań i przeciwwskazań do zabiegu jest oczywiście więcej, a wszystkie musi ocenić specjalista. Z pomocą przychodzi nowoczesna technika. Gdy ktoś straci kończynę np. w Gdańsku, dyżurujący chirurg we Wrocławiu oceni wstępnie uraz poprzez obraz wysłany drogą

elektroniczną. Gdy pacjent zostaje zakwalifikowany do replantacji, natychmiast organizowany jest jego transport do dyżurującego ośrodka. O powodzeniu zabiegu decydują nie tylko umiejętności chirurga, ale też wiele innych czynników, na które nie ma on wpływu. Amputacja to poważny uraz, który może nawet zagrażać życiu. Priorytetem dla ratowników czy lekarzy, którzy jako pierwsi docierają do poszkodowanego, jest właśnie ratowanie życia, a nie utracone części ciała. To, czy uda im się odpowiednio zabezpieczyć odciętą kończynę, także zależy od okoliczności.

By pełnić ogólnopolski dyżur replantacyjny ośrodek musi spełniać ściśle określone wymagania dotyczące bazy i sprzętu, a przede wszystkim zatrudniać specjalistów o wysokich kwalifikacjach. Od lutego b.r. w USK we Wrocławiu dyżur replantacyjny będzie pełniony dwa razy w miesiącu.

Policjanci i Policjantki w USK



Korytarz przy Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii stał się 14 grudnia i 12 stycznia planem serialu TV4. Ekipa filmowców realizowała 139 odcinek serialu „Policjantki i Policjanci”, sezon 4, który wyemitowany będzie w marcu 2016 r.

Film cieszy się coraz większą popularnością, przed ekranami gromadzi już ponad 1,9 mln. widzów.

Nowy system wytwarzania pary w USK

Uniwersytecki Szpital Kliniczny zyskał nowoczesny, ekologiczny i bardzo oszczędny system podgrzewania wody oraz wytwarzania pary w urządzeniach medycznych do mycia, dezynfekcji i sterylizacji.

Inwestycja została zrealizowana przy pomocy środków z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej we Wrocławiu. 7 grudnia 2015 r. szpital podpisał umowę z funduszem na dotację w wysokości 266 860 złotych oraz preferencyjną pożyczkę w wysokości 533 720 złotych. Środki pokryją część kosztów, jakie pochłonęła inwestycja, która wyniosła 1 312 951 złotych.

Poprzednio ciepło do wytwarzania pary dostarczała szpitalowi kotłownia miałowa eksploatowana głównie na potrzeby Pralni Max, która została zlikwidowana pod koniec 2014 r.



Wykład naukowca z USK w Parlamencie Europejskim

Profesor Krzysztof Kałwak z Kliniki Transplantacji Szpiku Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK był gościem posiedzenia grupy roboczej ds. Bioetyki i Ludzkiej Godności Parlamentu Europejskiego, która obradowała 16 grudnia w Strasburgu.

Tematem półgodzinnego wykładu było: „Bankowanie publiczne i prywatne krwi pepowinowej w nawiązaniu do najnowszych

osiągnięć transplantologii i medycyny regeneracyjnej”. Po wykładzie dyskusję w dziedzinie transplantacji komórek hematopoetycznych, w tym komórek krwi pepowinowej.

Prof. Krzysztof Kałwak jest ekspertem w dziedzinie transplantacji komórek hematopoetycznych, w tym komórek krwi pepowinowej.

Przeszczep wątroby uratował Mariuszowi życie



Chorzy, którzy wymagają przeszczepu wątroby, zwykle czekają całymi miesiącami, a nawet latami na dawcę, bo pozwala na to ich stan. W tym przypadku było inaczej: gdyby 24-letni mężczyzna nie dostał nowego organu, w ciągu doby by zmarł. W swoim nieszczęściu miał dużo szczęścia. Dawca znalazł się dosłownie w ostatniej chwili, a resztę zrobili lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Po dwóch tygodniach od zabiegu Mariusz jest lekko blady, widać, że wiele przeszedł. Ale jego stan jest na tyle dobry, że zostaje wypisany ze szpitala. Wiadomo już, że przeszczep się przyjął i choć pierwotna choroba nie minęła, mężczyzna może normalnie funkcjonować. Wraca do domu, choć jeszcze nie tak dawno lekarze nie dawali mu większych szans na przeżycie.

Nagle załamanie i śpiączka

– We wrocławskim USK wykonaliśmy dotąd 12 przeszczepów wątroby, ale ten był pierwszym ratującym życie, który trzeba było zrobić w trybie pilnym – przyznaje chirurg transplantolog dr Paweł Chudoba. – Dla życia pacjenta kluczowe było to, że dawca znalazł się w ciągu dwóch dni. On naprawdę nie mógł dłużej czekać.

Mariusz od lat cierpi na wrzodziejące zapalenie jelit. To choroba przewlekła, diagnozowana w Polsce u kilkuset osób rocznie. Jej przyczyna nie jest dokładnie znana, ale lekarze obserwują coraz więcej zachorowań. Leczenie jest długotrwałe, ale można skutecznie łagodzić

objawy. – Jeśli u tych chorych dochodzi do upośledzenia funkcji wątroby, zwykle dzieje się to powoli i stopniowo – wyjaśnia prof. Elżbieta Poniewierka z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii USK we Wrocławiu. – U tego młodego człowieka doszło do nagłego załamania, a w konsekwencji do śpiączki wątrobowej. Śpiączkę taką wywołują toksyny, atakujące centralny układ nerwowy. Mariusz trafił do USK nieprzytomny. Został przyjęty na oddział intensywnej terapii i poddany m.in. dializie albuminowej. Lekarze już nie wiedzieli, że żadne leczenie nie przywróci funkcji jego wątroby i bez przeszczepu nie jest w stanie przeżyć. W dodatku na najlepszą opiekę na oddziale intensywnej terapii nie mogła zagwarantować długiego utrzymania Mariusza przy życiu. Skierowano go na listę do przeszczepu w trybie pilnym. Pozostało czekać, a liczyła się dosłownie każda godzina.

Dawca znalazł się w ostatniej chwili

– Dla mnie i dla całej rodziny

to była trauma – matka Mariusza Dorota Jastrzębska opowiada o tych dramatycznych chwilach łamiącym głosem. – Mariusz leżał z tymi wszystkimi rurkami, nie było z nim żadnego kontaktu. Lekarze nie kryli, że jego stan jest bardzo zły. Dawali mu 20 proc. szansy na przeżycie. Czekaliśmy na informację o dawcy, jak na wyzwanie. I nagle telefon: „Będzie dobrze, jest dawca”. Wstąpiła w nas nadzieja, choć nadal nie było gwarancji, że wszystko się uda.

Mariusz może mówić o wielkim szczęściu. Do USK trafił w piątek, a informacja o dawcy dotarła do szpitala w niedzielę. Chirurg dr Agnieszka Lepieś przyznaje, że dawca znalazł się naprawdę w ostatniej chwili, a tylko dzięki wielkiej pracy anestezjologów pacjenta „jakimś cudem” udało się utrzymać przy życiu do przeszczepu.

Trzeba było działać natychmiast, a dodatkową trudnością był fakt, że dawca znajdował się 500 km od Wrocławia, w jednym z pomorskich szpitali. Transplantolodzy wstępnie ocenili, że wątroba jest odpowiednia dla Mariusza. Zespół lekarzy, specjalizujących się w pobieraniu narządów wyruszył natychmiast w drogę, która zajęła 6 godzin.

– Musieliśmy jechać ambulansem, bo mgła uniemożliwiła transporty lotniczy – opowiada dr Paweł Chudoba. – Pomoc obiecało nam wojsko, ale jadąc na miejsce nie mieliśmy pewności, czy pogoda się poprawi i start samolotu będzie możliwy. Tymczasem w takich sytuacjach czas gra kluczową rolę. Po-

► Szczęśliwy dzień: Mariusz po udanym przeszczepie wątroby opuszcza szpital i jedzie do domu. Na zdjęciu z mamą i chirurgiem transplantologiem dr Pawłem Chudobą.

brany narząd trzeba jak najszybciej przeszczepiać, a każda minuta tzw. zimnego niedokrwienia jest niezwykle istotna. Nie powinno to trwać dłużej niż 8 godzin.

Samo pobranie wątroby wymagało także koordynacji lekarzy, ponieważ od dawcy pobierano jednocześnie także inne organy (serce, płuca i nerki). Ostatecznie wszystko się powiodło, mgła zeszała, samolot wystartował, transportując błyskawicznie zespół wrocławskich lekarzy z pobraną wątrobą do USK.

Zegar stanął

W międzyczasie inny zespół przygotował Mariusza na bloku operacyjnym do zabiegu.

– Lekarze poinformowali mnie, że to skomplikowany zabieg i wszystko się może zdarzyć – wspomina matka Mariusza. – Powiedzieli też, że zadzwonią, gdy coś się stanie. Nie da się opisać, co przeżywałam w ciągu tych dziesięciu godzin trwania operacji. Patrzyłam na zegar, a wskazówka się nie przesunęła. To było najdłuższe 10 godzin w moim życiu.

Chciałam wyłączyć telefon, żeby nie odebrać tej najgorszej wiadomości. Każda kolejna godzina bez telefonu ze szpitala dawała jednak nadzieję, że wszystko idzie dobrze.

Już sama w sobie transplantacja jest skomplikowana, a w przypad-

ku osób z niewydolnością wątroby dochodzi dodatkowe ryzyko. Związane jest ono z zaburzeniem krzepnięcia krwi. O tym, jak bardzo to poważna sprawa, świadczy fakt, że nawet dentyści boją się usuwać zęby pacjentom cierpiącym na niewydolność wątroby i ten banalny z pozoru zabieg zwykle odbywa się w ich przypadku na sali operacyjnej z wszelkimi zabezpieczeniami.

Gdy dziesięciogodzinna operacja się zakończyła, także nie można było mieć pewności, że życie 24-latka jest uratowane. Kolejne traumatyczne godziny oczekiwania i... Mariusz odzyskuje świadomość już w pierwszej dobie po przeszczepie. A potem z każdym dniem jest coraz lepiej.

Dziękuję za syna

Choć pierwotna choroba Mariusza nie zniknęła, a do końca życia będzie musiał przyjmować leki – to jednak żyje.

– Jestem szczęśliwa, że dziś mój ukochany syn siedzi obok mnie – mówi Dorota Jastrzębska. – Dziękuję wszystkim za jego życie. Przede wszystkim dziękuję rodzinie dawcy za zgodę na pobranie narządów. Apeluje do wszystkich, by nie wahali się w takich sytuacjach. Dzięki takiej decyzji mam syna.



► Prof. Elżbieta Poniewierka z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii i koordynator transplantacyjny USK dr Marcin Rychter.

Intuicja lekarza bywa równie ważna, jak jego wiedza



O tym, że sprzęt nigdy nie zastąpi człowieka, a żadnego zabiegu nie można traktować jako prostego rozmawiamy z prof. Zygmuntem Grzebieniakiem, chirurgiem z 41-letnim stażem i wieloletnim szefem Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

W dzisiejszych czasach, gdy techniki diagnostyczne są tak bardzo rozwinięte, chirurg ma chyba ułatwione zadanie – zanim weźmie skalpel do ręki dokładnie wie, z czym ma do czynienia?

Prof. Zygmunt Grzebieniak: To wcale nie jest takie oczywiste i różnie z tym bywa. Zdarzają się sytuacje pełnego zaskoczenia, mimo

wydawałoby się najlepszej diagnostyki. Przykładem może być jedna z pacjentek – starsza pani, która była przez wiele lat leczona przez różnych specjalistów. Wykonywano jej też bardzo różne, specjalistyczne badania. W pewnym momencie wymagała leczenia nefrologicznego, bo miała poważne problemy z nerkami. Była hospitalizowana w Klinice Nefrologii, ale lekarze

mieli wątpliwości, związane z jamą brzuszną. W końcu trafiła do naszej kliniki. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej mogliśmy ją zdiagnozować. Okazało się, że ma zaawansowane zmiany gruczłowe i to one były pierwotnym źródłem jej wszystkich dolegliwości. Jednocześnie nie wykazały ich żadne wcześniejsze badania. Brzuszna postać gruczłicy jest dość rzadka, nie podejrzewałem jej też żaden ze specjalistów, którzy wcześniej leczyli pacjentkę. To tylko jeden z dziesiątków przykładów na to, że w medycynie technika nie zastąpi człowieka, a intuicja lekarza jest czasem równie ważna, jak jego wiedza.

Bez specjalistycznych badań jednak nie da się chyba skutecznie pomóc choremu?

Prof. Zygmunt Grzebieniak: To oczywiste, jednak zawsze powtarzam studentom i młodym lekarzom, że najważniejszy jest porządny wywiad i badanie lekarskie. Zanim sięgniemy po tomograf, rentgen czy rezonans, powinniśmy dokładnie zbadać pacjenta. Kiedyś na nasz oddział ratunkowy trafił mężczyzna z objawami niedrożności przewodu pokarmowego. Ból, wzdęty brzuch, niedrożne jelita. Badanie tomografem mogło nie wykazać tego, co udało się ustalić zwykłym badaniem palpacyjnym. Obraz pokazałby tylko objawy jamy brzusznej, tymczasem u tego człowieka przyczyną niedrożności była

musi mieć umiejętności, by w każdej chwili w razie konieczności przejść na technikę otwartą. Jednak trzeba podkreślić, że małoinwazyjne techniki operacyjne są bardzo korzystne. Powodują mniej powikłań, pacjent jest w mniejszym stopniu narażony na infekcje pooperacyjne, krótszy jest także jego pobyt w szpitalu po zabiegu. To wszystko jest niezmiernie ważne w procesie powrotu do zdrowia. Problem w tym, że nie w każdym przypadku techniki małoinwazyjne są możliwe do zastosowania. Nie pomoże laparoskop, gdy trzeba usunąć z jamy brzusznej dwa litry krwi, która się tam znalazła na skutek uszkodzenia naczynia, albo gdy konieczne jest wypłukanie jamy brzusznej przy zapaleniu otrzewnej.

Czy chorzy często odmawiają zgody na operację?

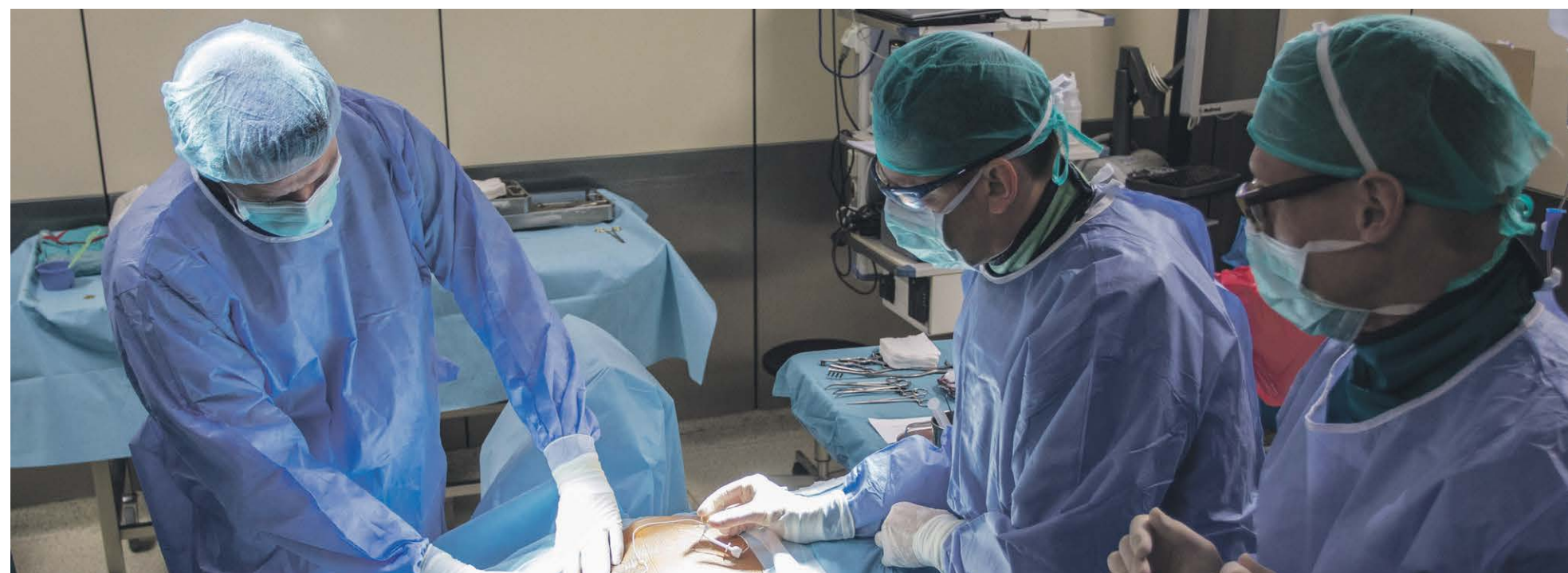
Prof. Zygmunt Grzebieniak: Może nie często, ale zdarza się. Strach przed zabiegiem jest rzeczą naturalną, zawsze też lekarze informują o zagrożeniach z tym związanych i możliwych komplikacjach. Bywa, że pacjent czeka niemal do ostatniej chwili i wyraża zgodę dopiero wtedy, gdy już prawie umiera, przez co zwiększa się ryzyko niepowodzenia.

Strach przed operacją dotyczy też banalnych zabiegów, jak np. wycięcie wyrostka robaczkowego?

Prof. Zygmunt Grzebieniak: Nie ma banalnych zabiegów, każdy jest obciążony ryzykiem. Chirurgi mawiają, że wyrostek jest jak granat w brzuchu. Jeden pacjent może chodzić z nierozpoznanym zapaleniem wyrostka robaczkowego dłużej czas, ale kilka procent z tego powodu umiera. Ludzki organizm jest bardzo odporny, ale w niektórych przypadkach pozostanie jedynym wybawieniem. Wcale nierzadko bywają takie sytuacje, że zaczynamy operację metodą laparoskopową, ale w trakcie zabiegu okazuje się, że trzeba otworzyć pacjenta. Dlatego operujący



Zdaniem prof. Zygmunta Grzebieniaka, klasyczna chirurgia jeszcze długo będzie potrzebna, a w niektórych przypadkach pozostanie jedynym wybawieniem.



Wrocławscy neurochirurdzy znowu w czołówce

Unikalny zabieg wykonali 11 stycznia b.r. neurochirurdzy z USK we Wrocławiu. Pacjenci z uszkodzonym stożkiem rdzenia kręgowego wszczepili elektrostymulator, który ma pomóc przywrócić upośledzone funkcje. Choć tzw. neuromodulacja jest metodą stosowaną od 20 lat, to jednak korzysta się z niej głównie w innych wskazaniach medycznych. Takich zabiegów, jak we Wrocławiu, wykonano dotąd na świecie zaledwie kilka, a w Polsce po raz pierwszy.

Stożek rdzeniowy to najniższy odcinek rdzenia kręgowego. U tego 49-letniego mężczyzny został uszkodzony na skutek wypadku, podczas którego doznał on złamania pierwszego kręgu lędźwiowego kręgosłupa. I choć szybka interwencja lekarzy i rehabilitacja pozwoliła mu w miarę dojść do zdrowia, to jednak pozostały pewne konsekwencje – niezagrożające życiu, ale na pewno wpływające na jego komfort i uniemożliwiające normalne funkcjonowanie w codziennym życiu oraz w pracy.

Inne metody już nie działały

Doszło do problemów z kontrolą oddawania moczu i stolca, zaburzenia funkcji seksualnych, osłabienia czucia w m.in. okolicy krocza, pośladków i ud, a także upośledzenia mięśnia podudzia, co powodowało utrudnione zgięcie podeszwowe stóp – wylicza dr hab. Paweł Tabakow z Kliniki Neurochirurgii USK we Wrocławiu.

Mężczyzna cały czas był leczony farmakologicznie i poddawany za-

biegom rehabilitacyjnym. Jego stan nieco się poprawiał, ale dolegliwości zupełnie nie zniknęły. Po 1,5 roku od wypadku było wiadomo, że dotychczas stosowanymi metodami wiele się już nie zdziało. Terapia w tym przypadku doszła do przysłowiowej ściany. Często lekceważyliśmy takie przypadłości, jak nietrzymanie moczu – tłumaczy dr Krzysztof Tupikowski, urolog z Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej USK, który konsultował pacjenta. – Niesłusznie, ponieważ dla chorych są one bardzo kłopotliwe i powodują wykluczenie społeczne. Naszemu pacjentowi konieczność chodzenia z wkładkami czy zaburzenia erekcji utrudniały życie i powodują jego cierpienie. Ponadto stwierdziliśmy u niego podwyższone ciśnienie we wnętrzu pęcherza, co może powodować określone konsekwencje zdrowotne, łącznie z niewydolnością nerek w dłuższej perspektywie czasu.

We wrocławskiej klinice mężczyzna przeszedł także badania urodynamiczne, pozwalające bardzo dokładnie określić, jakie funkcje i w jakim stopniu są upośledzone. Było

to konieczne przed przystąpieniem do zabiegu.

Prądem w nerwy

Neuromodulacja krzyżowa polega na wszczepieniu w okolicę pośladka niewielkiego stimulatora, który pobudza nerwy krzyżowe za pomocą impulsów elektrycznych. Metoda jest stosowana na świecie od ponad dwudziestu lat w różnych wskazaniach, m.in. w nadreaktywności pęcherza czy zatrzymaniu moczu. – Nie ma jednak do tej pory badań na dużych populacjach, potwierdzających skuteczność tej metody w przypadkach uszkodzenia stożka rdzenia kręgowego – wyjaśnia neurochirurg Krzysztof Chmielak. – W piśmiennictwie naukowym istnieją opisy pojedynczych przypadków pacjentów, którzy zyskali na tej metodzie. Ze względu na wskazanie zabieg wykonany przez nasz zespół jest absolutnie unikalny.

Wrocławscy neurochirurdzy zdecydowali się na zastosowanie neuromodulacji krzyżowej w przypadku tego pacjenta m.in. dlatego,

że jego stożek rdzenia kręgowego nie jest uszkodzony całkowicie, co może korzystnie wpłynąć na rezultaty.

Teraz czas na testy

11 stycznia lekarze z Kliniki Neurochirurgii przeprowadzili pierwszy etap operacji. – Podczas zabiegu wprowadziliśmy elektrody na poziomie trzeciego nerwu krzyżowego, który ma bogaty zakres działania i wpływa na wiele funkcji, w tym na funkcje pęcherza i jelit – wyjaśnia dr hab. Paweł Tabakow. – Zabieg odbywał się pod kontrolą ramienia C, dzięki czemu mogliśmy na bieżąco obserwować położenie elektrody, by umieścić ją precyzyjnie w określonym miejscu. W pierwszym etapie elektrody zostały podłączone do stimulatora zewnętrznego. Jeśli w ciągu ok. 3 tygodni okaże się, że działanie impulsów elektrycznych przyniesie efekty, a objawy ustąpią lub zostaną zredukowane, pacjent będzie miał wszczepiony stimulator na stałe pod skórę.

Konsultantem przy zabiegu w USK był dr Martti Aho z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Tampere w Finlandii, który ma ogromne doświadczenie w neuromodulacji krzyżowej i wiele takich zabiegów na koncie. Jest także wielkim entuzjastą tej metody.

– W wielu przypadkach przynosi ona znakomite efekty, a poza tym należy do metod, którymi z założenia nie możemy pacjentowi zaszkodzić – powiedział dr Aho na konferencji prasowej w USK. – Jest to też metoda odwracalna. Wszczepiając stimulator możemy pacjentowi tylko pomóc.

W Finlandii wykonuje się rocznie ok. 270 takich zabiegów. W Polsce możemy o tym na razie pomarzyć.

Kwestia przyszłości?

Leczenie za pomocą neuromodulacji krzyżowej nie jest refundowane przez NFZ, a koszty wrocławskiego zabiegu (ok. 30 tys. zł) pokryła fundacja. Światelkiem w tunelu jest pozytywna opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dzięki czemu jest szansa, że w przyszłości metoda ta będzie refundowana, a więc także dostępna dla pacjentów. – To także jeden z powodów, dla którego zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie tego zabiegu – dodaje prof. Włodzimierz Jarmundowicz, kierownik Kliniki Neurochirurgii USK we Wrocławiu. – Chcemy być przygotowani do wykonywania neuromodulacji krzyżowych, gdyby stały się one w Polsce bardziej powszechną metodą, na co liczymy.

► Od lewej: prof. Romuald Zdrojowy (chirurg, urolog), prof. Włodzimierz Jarmundowicz (neurochirurg), dr hab. Paweł Tabakow (neurochirurg), dr Martti Aho (urolog), dr Krzysztof Tupikowski (urolog), dr Krzysztof Chmielak (neurochirurg).



► W serialach i filmach o lekarzach prawdziwe jest tylko jedno: mycie oraz dezynfekcja rąk przed operacjami chirurgicznymi.



► Dyrektor USK Piotr Pobrotyn, prof. Alicja Chybicka i rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. Marek Ziętek.

Jak pomóc dzieciom spoza Unii Europejskiej?

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej w swej nowoczesnej siedzibie „Przylądek nadziei” wybudowanej ze środków unijnych nie może wykonywać procedur medycznych, które są finansowane spoza NFZ. Unijna dyrektywa zabrania bowiem leczenia, które jest finansowane komercyjnie np. przez fundacje. Lekarze nie mogą też pomagać pacjentom spoza Unii Europejskiej, np. dzieciom z Ukrainy czy Białorusi, które wcześniej były leczone w klinice. Władze uczelni i szpitala szukają rozwiązania, by zmienić tę sytuację.

Unijna dyrektywa z 2006 r. o wykorzystaniu funduszy strukturalna przewiduje, że w placówkach wybudowanych z unijnych funduszy zabrania się przez pięć lat prowadzenia działalności finansowanej komercyjnie. Z tego powodu szpital może wykonywać jedynie procedury refundowane przez jednostkę publiczną, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dotacja z obwarowaniami

W efekcie w placówce nie mogą być też leczeni pacjenci spoza Unii

Europejskiej np. z Ukrainy czy Białorusi. – Dla mnie osobiście ta sytuacja jest nieprzejrzyta. Ten unijny przepis jest stary. Być może to jest tylko polska nadinterpretacja. Nie wyobrażam sobie sytuacji, że Unia Europejska dając pieniądze na wyrównywanie szans tych biedniejszych regionów, chciałaby ograniczać możliwości leczenia. Rozumiem, że w założeniu mogło chodzić o to, by nie dofinansowywać komercyjnej działalności. Jednak w naszej klinice nic nie idzie do prywatnej kieszeni. To jest szpital publiczny. Gdy

Pani profesor oraz władze uczelni medycznej szukają sposobu, by zmienić tę niekorzystną sytuację. M.in. skierowane zostały listy w tej sprawie do przewodniczącego Rady Europejskiej Donalda Tuska oraz ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła i szefa komisji zdrowia w Sejmie Bartosza Arłukowicza. Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. Marek Ziętek podkreślił, że problemem jest też fakt, że w tego typu placówkach przez przez pięć lat nie można prowadzić żadnych badań klinicznych.

– Uczelnia podpisując umowę na skorzystanie z unijnego dofinansowania miała tego świadomość, ale nie było alternatywy, nie było szans na zbudowanie nowej siedziby z własnych środków bez tych unijnych pieniędzy. Liczymy na to, że może uda się znaleźć formułę, lukę w przepisach, która pozwoli nam leczyć np. dzieci z Ukrainy czy spoza Unii Europejskiej – mówił rektor. Prof. Ziętek poinformował, że dla budżetu uczelni i szpitala utrata pieniędzy z unijnego dofinansowania oznaczałaby katastrofę, ponieważ kwota dotacji wyniosła 85 mln zł, a w najlepszym wypadku chodzi o utratę minimum 23 mln zł.

Niewykorzystany potencjał

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Piotr Pobrotyn wyjaśnił, że brak badań klinicznych zahamuje rozwój innowacyjności uczelni i nie pozwoli w pełni wykorzystać nowoczesne-

za leczenie płaci rząd innego kraju lub fundacja, to te pieniądze trafiają do kliniki – mówiła na konferencji prasowej szefowa kliniki prof. Alicja Chybicka.

Budowa nowoczesnej siedziby otwartej w listopadzie kosztowała 115 mln zł. Klinika „Przylądek Nadziei” zastąpiła siedzibę, która mieściła się w ponad 100-letnim budynku przy ul. Bujwida. Budowa trwała ponad dwa lata. Z unijnych funduszy pozyskano 85 mln zł dotacji, a Ministerstwo Zdrowia przekazało 15 mln zł. Fundacja Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową, która zainicjowała projekt budowy nowej siedziby, w społecznych zbiórkach zgromadziła 10 mln zł.

W nowym budynku jest 17 stanowisk transplantacyjnych oraz 76 łóżek stacjonarnych w salach jednoosobowych i dwuosobowych. Działła również oddział dla pacjentów po przeszczepie. W każdej sali znajdują się również łóżka dla rodziców.

Jest też tzw. szpital dzienny z 10 łózkami dla pacjentów, którzy do kliniki przyjeżdżają na zabiegi czy na chemioterapię. W budynku są wydzielone również części hotelowe dla rodziców. Oprócz pomieszczeń medycznych znajdują się tam także świetlica, biblioteka i dwie sale szkolne.



Inwestycja w pigułkę

Budowa nowoczesnej siedziby otwartej w listopadzie kosztowała 115 mln zł. Klinika „Przylądek Nadziei” zastąpiła siedzibę, która mieściła się w ponad 100-letnim budynku przy ul. Bujwida. Budowa trwała ponad dwa lata. Z unijnych funduszy pozyskano 85 mln zł dotacji, a Ministerstwo Zdrowia przekazało 15 mln zł. Fundacja Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową, która zainicjowała projekt budowy nowej siedziby, w społecznych zbiórkach zgromadziła 10 mln zł.

W nowym budynku jest 17 stanowisk transplantacyjnych oraz 76 łóżek stacjonarnych w salach jednoosobowych i dwuosobowych. Działła również oddział dla pacjentów po przeszczepie. W każdej sali znajdują się również łóżka dla rodziców.

Jest też tzw. szpital dzienny z 10 łózkami dla pacjentów, którzy do kliniki przyjeżdżają na zabiegi czy na chemioterapię. W budynku są wydzielone również części hotelowe dla rodziców. Oprócz pomieszczeń medycznych znajdują się tam także świetlica, biblioteka i dwie sale szkolne.

go wyposażenia.

– Będę się starał pomóc jak to tylko będzie możliwe, by klinika mogła wykonywać te wszystkie procedury, które wykonywała w poprzednich warunkach w poprzedniej siedzibie. Te ograniczenia formalno-prawne wynikające z finansowania z funduszy UE tej inwestycji, to jest teraz główny problem. Chcemy leczyć, jesteśmy w gotowości i teraz chodzi o to, by zweryfikować, czy te ograniczenia formalno-prawne muszą być – powiedział dyrektor Pobrotyn.

Chodzi nie tylko o zwiększenie liczby przeszczepów szpiku finansowanych spoza NFZ, a także o takie procedury, jak m.in. o badania w obszarze nowych leków, które spon-

sorowały firmy farmaceutyczne, czy wykonywanie zleceń przygotowania szpiku do przeszczepu. Chodzi również o procedurę pobierania komórek macierzystych do przeszczepu wykonywaną na zlecenie biobanków oraz badania genetyczne. – To nie jest tak, że my nie mamy co robić. Leczymy dwa tysiące dzieci z całej Polski i wykonujemy rocznie kilkadziesiąt przeszczepów. Mamy też np. unikatowe maszyny terapeutyczne i za te procedury płacą fundacje, więc teraz nie można ich wykonywać. Podobnie jak pobierania komórek macierzystych, ponieważ większość biobanków jest komercyjna – mówiła prof. Chybicka.

Alkohol na ból? Tak, ale nie dla każdego



Cudowne tabletki, żele i maści, po których ból znika jak ręką odjął i to natychmiast po zastosowaniu. Niestety, tak jest tylko w reklamach. Rzeczywistość jest o wiele bardziej skomplikowana, a leczenie bólu to trudne wyzwanie dla specjalistów. Niesienie choremu ulgi w cierpieniu nie zawsze też polega na podawaniu leków, metod jest znacznie więcej.

Jedną z nich to neuroлиза splotu trzewnego, którą w Poradni Leczenia Bólu Przewlekłego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu stosuje się od 2014 roku. – Jest to chemiczne uszkodzenie nerwów odpowiedzialnych za przewodzenie bólu z narządów jamy brzusznej – wyjaśnia dr Jarosław Kędziora z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK we Wrocławiu, który także przyjmuje w poradni. – Nerwy uszkadza się alkoholem o stężeniu 60 proc., wprowadzanym za pomocą igieł biopsyjnych w okolicę splotu trzewnego. Zabieg wymaga dużej precyzji, m.in. dlatego, że igły przeprowadza się w pobliżu aorty. Metoda jest inwazyjna, dlatego nie

może być stosowana w pierwszym rzucie leczenia. Nie nadaje się także do zwalczania każdego rodzaju bólu. Neuroлизę splotu trzewnego stosuje się tylko w określonych przypadkach, a i to dopiero wtedy, gdy inne sposoby walki z bólem są nieskuteczne lub wywołują działania niepożądane. Bywa np., że pacjent nie toleruje jakiegos leku, farmakoterapii towarzyszą nieakceptowalne przez pacjenta działania uboczne lub nie likwiduje ona bólu w takim stopniu, by chory odczuł wyraźną ulgę. Najczęściej neuroлизę wykonuje się u chorych na nowotwory jamy brzusznej lub takie, które dają przerzuty do jamy brzusznej. Często jest to rak trzustki. Cała procedura trwa nawet kilkanaście godzin. Sam

zabieg jest krótkotrwały, ale z uwagi na dużą bolesność pacjent musi być znieczulony podczas jego przeprowadzania. Konieczność znieczulenia powoduje określone konsekwencje – po zabiegu pacjent nie może od razu iść do domu, wymaga kilkugodzinnej obserwacji.

Wysokoprocenowy alkohol skutecznie niszczy osłonki mielinowe nerwów, ale nie „raz na zawsze”. Po jakimś czasie nerwy się regenerują. Jednak zanim to nastąpi, chory ma szansę nie cierpieć przez kilka miesięcy.

Neuroлиза nie dla stawów

Lekarze z poradni USK we Wrocławiu dotychczas wykonali ok. 20 zabiegów neuroлизy splotu trzewnego. Wydaje się to niewiele, zważywszy na to, że mają pod opieką około 700 pacjentów. Jednak większość z nich to pacjenci z nowotworami, którzy są leczeni w ośrodkach medycyny paliatywnej. Z pomocy poradni korzystają najczęściej osoby cierpiące z powodu przewlekłego bólu, spowodowanego zwyrodnieniami narządu ruchu. Gdy ból dotyczy kręgosłupa czy stawów, nie można zastosować destrukcji nerwów.

– Doprowadziłoby to do upośledzenia funkcji ruchu – tłumaczy dr Jarosław Kędziora. – W leczeniu bólu chodzi o to, żeby pacjenta nie bolało, ale też żeby jednocześnie mógł on normalnie funkcjonować.

Problem zwyrodnień narządu ruchu dotyczy głównie osób starszych, z których niemal każda narzeka na dolegliwości bólowe. Lekarze obserwują też w tej grupie

► - Neuroлизę splotu trzewnego wykonuje się pod kontrolą ramienia C – wyjaśnia dr Jarosław Kędziora z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

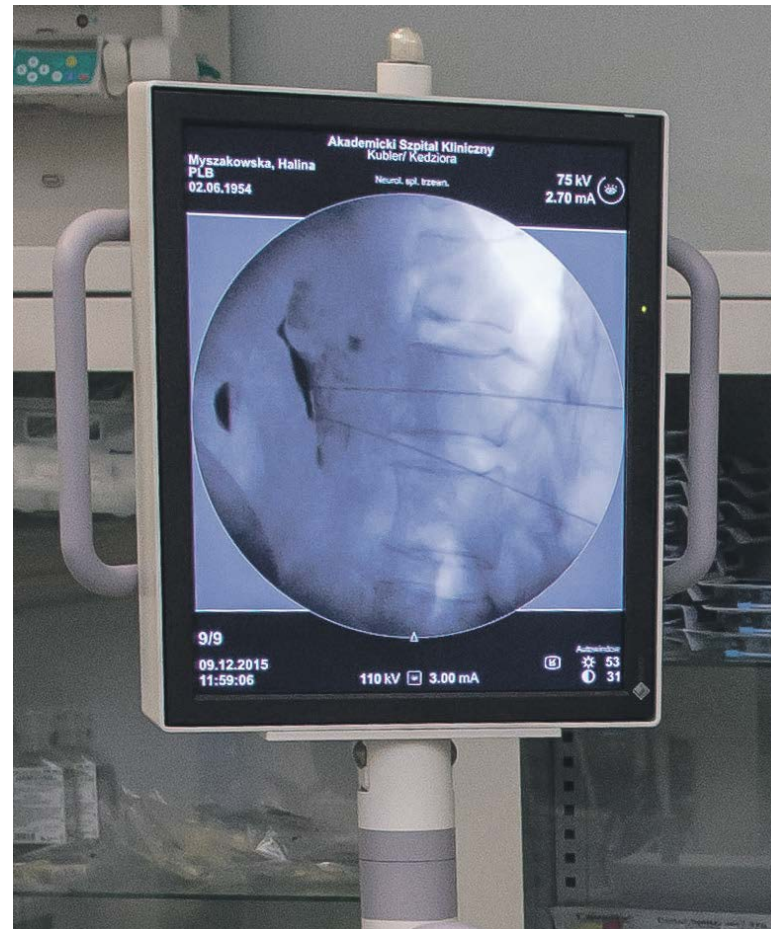
coraz więcej przeciwwskazań do dostępnego przyjmowania powszechnie dostępnych leków przeciwbólowych. Dostępne bez recepty, w każdym sklepie spożywczym czy na stacji benzynowej, często są przyjmowane w nadmiarze. Jednak specjaliści odradzają długotrwałe samoleczenie, przestrzegając przed jego skutkami. – Z jednej strony to ważny przywilej społeczny, że te leki są łatwo dostępne i nie trzeba wielkiego wysiłku, by ulżyć sobie w cierpieniu – uważa dr Kędziora. – Z drugiej strony jednak rodzi to niebezpieczeństwo nadużywania takich specyfików. Pacjenci często nie wiedzą, że pod różnymi nazwami kryje się ta sama substancja, co może doprowadzić do jej przedawkowania. Leki mogą też spowodować uszkodzenie nerek czy przewodu pokarmowego, źle wpływać na serce i układ krążenia, a także we wchodzić w interakcje z innymi równocześnie stosowanymi lekami.

– W Poradni Leczenia Bólu najczęściej mamy do czynienia z chorymi, którzy w dziesięciopunktowych skalach określają swoje dolegliwości bólowe powyżej 6 – tłumaczy dr Kędziora. – Nie zawsze uda się zlikwidować je całkowicie, ale jeśli przy kolejnym badaniu chory oceni poziom swojego bólu na 4, to już można uznać za sukces. Dodatkową komplikacją przy leczeniu bólu jest fakt, że może mieć on wiele źródeł jednocześnie.

Jak w każdej innej medycznej dziedzinie, także tu podstawą jest właściwa diagnoza. Cierpiący z powodu przewlekłych – i różnych – dolegliwości często latami chodzą od lekarza do lekarza, z których każdy skupia się na swojej dziedzinie. Dla nich szansą jest specjalistyczna poradnia, gdzie lekarze koncentrują się na najskuteczniejszych sposobach zwalczania bólu.

Jak zmierzyć ból?

Odczuwanie bólu jest bardzo indywidualne i nie da się określić za pomocą obiektywnych wskaźników, jak mierzenie temperatury ciała czy ciśnienia tętniczego. Jeden chory będzie cierpiał z pozornie banalnego powodu, inny potrafi znieść bardzo wiele. Określając poziom bólu



► Zabieg wymaga precyzji, m.in. dlatego, że igły przeprowadza się w pobliżu aorty. Kontrolne zdjęcie pozwala ocenić ich położenie.

Rekordowy rok 2015



W 2015 roku wrocławska Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej wykonała 81 przeszczepów szpiku. – To nasz rekord – mówi prof. Alicja Chybicka. – Po raz pierwszy przekroczyliśmy liczbę 80. W roku 2009 wykonaliśmy 79 przeszczepów, w kolejnych latach było nieco gorzej.

Profesor podkreśla, że tak znakomity wynik udało się osiągnąć w niesprzyjających warunkach. Przenosiny kliniki w nowe miejsce były bowiem ogromnym przedsięwzięciem logistyczno-organizacyjnym. Jak widać, nie wpłynęło to negatywnie na medyczną stronę działalności kliniki.

Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy

To inicjatywa Europejskiego Stowarzyszenia Raka Szyjki Macicy (ECCA), organizowana już po raz dziesiąty. W tym roku przypada w dniach 24-30 stycznia. Jej celem jest zwrócenie uwagi na wciąż wysoką zachorowalność na raka szyjki macicy – w całej Europie stwierdza się około 60 tysięcy zachorowań rocznie, a blisko 30 tysięcy kobiet umiera z powodu tego nowotworu.

Rak szyjki macicy to nowotwór, który rozwija się stosunkowo powoli, powstaje w wieloetapowym procesie, trwającym nawet kilkanaście lat. Specjaliści podkreślają, że jednej strony jest to „czynnik usypiający”, ale z drugiej strony powolny proces nowotworowy zwiększa szansę na wczesne wykrycie zmian przednowotworowych i wczesnonowotworowych w czasie wizyty u ginekologa. To jeden z tych nowotworów, które mogą być skutecznie leczone, pod warunkiem, że nastąpi to we wczesnym stadium.

– Lepiej zapobiegać niż leczyć, ponadto im wcześniej rak zostanie wykryty, tym większa szansa na wyleczenie – przekonuje prof. Mariusz Zimmer, kierownik Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz wojewódzki konsultant w dziedzinie położnictwa i ginekologii. – Profilaktycznie należy odwiedzać ginekologa i wykonywać badania USG jamy macicy raz na pół roku, a raz na rok wykonać badania cytologiczne. Poza tym każde nieprawidłowe krwawienie z jamy macicy skłania

do szybkiej diagnostyki. Dotyczy to kobiet w każdym wieku.

Prof. Zimmer podkreśla, że przyczyny nieprawidłowego krwawienia są różne. U kobiet w okresie rozrodczym często wynikają z zaburzeń hormonalnych, które także się leczy. Krwawienia u kobiet w okresie okołomenopauzalnym mogą świadczyć o różnych zaburzeniach, ale także o rozwoju choroby nowotworowej.

– Ginekolodzy dysponują obecnie takimi możliwościami diagnostycznymi, że są w stanie szybko postawić właściwą diagnozę – mówi prof. Mariusz Zimmer. – Ultrasonografy są na tyle czułe, że możemy wykryć dzięki nim nawet drobne polipy, mięśniaki czy rozrosty endometrium, sugerujące procesy nowotworowe. Podkreślam tu słowo „sugerujące”, bo USG nie wystarczy do pełnej diagnostyki raka, konieczne są inne badania. Złotym standardem w diagnostyce nowotworowej jest histeroskopia, która pozwala na diagnostykę zmian niedostępnych innymi badaniami. Jej kolejną zaletą jest jednoczesna możliwość pobrania wycinka do badań histopatologicznych, które dają już jednoznaczną

diagnozę.

Jak informuje ECCA, podczas zeszłorocznego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, w całej Europie zorganizowano ponad 5 tysięcy różnych imprez i wydarzeń. Każde z nich miało na celu intensywną edukację dorosłych kobiet i nastolatek w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i zachęcanie ich do korzystania z dostępnych świadczeń medycznych. Adresatami kampanii, organizowanej przez ECCA, są także politycy. To od nich bowiem zależy m.in. wdrażanie programów badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, które według organizacji trzeba traktować priorytetowo.

W Polsce realizowany jest Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, skierowany do kobiet w wieku od 25 do 59 lat, które w ciągu ostatnich 3 lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego w ramach ubezpieczenia NFZ. Kobieta zgłaszająca się na badanie nie musi posiadać skierowania.



► – Lepiej zapobiegać niż leczyć – przekonuje prof. Mariusz Zimmer, kierownik Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii oraz wojewódzki konsultant w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Ciekawostki medyczne

Leczą strach przed pajakami

Wystarczy jedna sesja terapeutyczna i jednorazowe podanie leku, wywołującego amnezję, a paraliżujący strach przed pajakami zniknie jak ręką odjął. Tak przynajmniej twierdzą holenderscy badacze z Uniwersytetu Amsterdamskiego. W czasopiśmie „Biological Psychiatry” opublikowali wyniki swoich eksperymentów nad leczeniem tej częstej fobii. Wzięło w nich udział kilkadziesiąt osób cierpiących na arachnofobię, którym najpierw pokazywano tarantulę, a następnie podano lek „niepamięci”. Okazało się, że ten prosty zabieg pozwolił skutecznie pozbyć się lęku. Badacze przekonują, że to rewolucyjna metoda. Zwykle bowiem zaburzenia lękowe wymagają długotrwałej, nieraz wieloletniej terapii.

Pijany noworodek

Blisko promil alkoholu we krwi miał noworodek, który przyszedł na świat w Zielonej Górze. Oczywiście, urodziła go pijana matka. O sprawie poinformowało tuż przed świętami Bożego Narodzenia radio RMF FM. Według reporterów, po urodzeniu życie dziecka nie było zagrożone, ale w przyszłości najprawdopodobniej będzie się ono wolniej rozwijało, a jego układ nerwowy może być upośledzony. Tak najczęściej dzieje się z dziećmi z alkoholowym zespołem płodowym (FAS).

Umarł z nadmiaru kofeiny

O pierwszym w Japonii stwierdzonym przypadku śmierci z powodu przedawkowania kofeiny poinformowali kilka tygodni temu medycy sądowi z Uniwersytetu Fukuoka. Był to przypadek młodego mężczyzny, pracownika stacji benzynowej, który podczas 24-godzinnych dyżurów w pracy przewycięzał senność, pijąc napoje z kofeiną. Mężczyzna miał 20 lat, nie cierpiał na żadne choroby, ale nagle zmarł. Według wyników sekcji, przyczyną zgonu był nadmiar kofeiny.

Co kryją mumie?

Mumie egipskie ze zbiorów Muzeum Narodowego zostaną dokładnie przebadane, m.in. pod kątem chorób występujących w starożytności. Naukowcy sprawdzą m.in., jakie choroby kości, metaboliczne, zakaźne, naczyniowe oraz nowotworowe gnębiły w tych czasach ludzkość. Warszawski Projekt Interdyscyplinarnych Badań Mumii ruszył w grudniu ub. r. w Międzynarodowym Centrum Onkologii Affidea w Otwocku i jest to największe tego typu na świecie przedsięwzięcie. Mumie będą badane za pomocą tomografii komputerowej i rentgena. Naukowcy mają nadzieję znaleźć tymi metodami ślady chorób. Podczas drugiego etapu projektu analizowane będą niewielkie próbki pobrane z mumii, m.in. zbadane będzie ich DNA. Projekt zakłada także rekonstrukcję wyglądu z mumifikowanych osobników.



Rys. Jerzy Potyrała



Wydawca:
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

Informacja:
tel. (71) 733-1110
fax. (71) 733-1209
e-mail: sekretariat@usk.wroc.pl

Kontakt do redakcji:
tel. 71 733 10 55
e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl

STUDIO MANAT
Skład: 
www.studiomanat.com