

50 lat przeszczepów rodzinnych w Polsce



Minęło pół wieku od pierwszego udanego przeszczepu rodzinnego nerki w Polsce. Pionierski zabieg wykonano we Wrocławiu. Od tego czasu wiele się zmieniło – przeszczep stał się bezpieczny i dla biorcy, i dla dawcy. Marta i Marcin Chocie, pacjenci Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, są jednym z wielu tego przykładów. W lipcu ub. r. pan Marcin oddał nerkę żonie i uważa, że to była najlepsza decyzja w jego życiu. Oboje czują się świetnie, pracują, wychowują dziecko. I przekonują innych do idei przeszczepów rodzinnych.

Czytaj na str. 4-5

Buty, a nie protezy



Odmrożenie, martwica, amputacja, a po wielomiesięcznej rekonwalescencji w najlepszym wypadku możliwość poruszania się wyłącznie dzięki protezom. Taki scenariusz pisany jest najczęściej osobom, które uległy poważnemu odmrożeniu stóp. O tym, że wcale tak nie musi być, świadczy przypadek Grzegorza Włodęckiego, który ma szansę chodzić bez protez mimo amputacji stóp.

Czytaj na str. 3

Zamiast by-passów



W Klinice Kardiologii USK przeprowadzono pierwsze zabiegi przezskórnego udrażniania zamkniętych naczyń wieńcowych nową techniką. Odbłyły się one pod okiem dr Yoshihisy Kinoshity z Toyohashi Heart Center w Japonii, który jest światowym autorytetem w tej dziedzinie. Gość z Japonii szkolił lekarzy USK, co pozwoli wprowadzić kolejną nową metodę.

Czytaj na str. 6

Angiografia OCT



Klinika Okulistyki USK we Wrocławiu jako jeden z nielicznych polskich ośrodków, dysponuje od niedawna urządzeniem do obrazowania, które należy do najnowocześniejszych w świecie. Pozwala ono specjalistom ocenić stan głębszych warstw naczyń siatkówki, co oznacza dokładniejszą diagnozę i możliwość skutecznego leczenia. Jednocześnie jest to metoda nieinwazyjna.

Czytaj na str. 7



fot: Archiwum USK

Błaszczykowski bez błysku fleszy

Pacjentów Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego odwiedził w Wielki Piątek znakomity piłkarz Jakub Błaszczykowski. Wizyta gwiazdy reprezentacji Polski i włoskiej Fiorentiny sprawiła dzieciom wiele radości.

Piłkarz spędził w klinice dwie godziny. W wypełnionej po brzegi sali seminaryjnej odpowiadał na pytania dzieci, pozował do zdjęć oraz rozdał wiele autografów. Później poszedł odwiedzić dzieci, które nie mogły pojawić się na tym spotkaniu.

Kuba Błaszczykowski znany jest z wielu gestów charytatywnych, a jednocześnie z wyjątkowej skromności. Nigdy nie zabiega o nagłośnienie w mediach w takich sytuacjach, co świadczy o tym, że robi to z potrzeby serca. I tym razem jego wizyta w USK odbyła się bez rozgłosu.

Zastrzyk gotówki dla pacjentów „Przylądka Nadziei”

750 tysięcy zł zebranych w jeden wieczór podczas koncertu charytatywnego oraz 1 mln zł od anonimowego darczyńcy – takie kwoty znalazły się na koncie Fundacji na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową w ciągu kilku pierwszych dni kwietnia.

Zorganizowany przez fundację po raz siódmy Koncert Nadziei w tym roku odbył się 4 kwietnia w Narodowym Forum Muzyki we Wrocławiu. Na zebraną podczas koncertu rekordową kwotę 750 tys. zł złożyły się wpływy z biletów oraz aukcji, a także datki od sponsorów.

Tegoroczny koncert miał wyjątkowy charakter, bo podczas wydarzenia fundacja świętowała 25-lecie swojego istnienia. 1400 biletów zostało wyprzedanych w ciągu niespełna dwóch tygodni, a Narodowe Forum Muzyki było wypełnione po brzegi.

Gala na rzecz małych pacjentów wrocławskiej kliniki onkologii dziecięcej jest też wyjątkowa z innego powodu. To jedyny taki koncert

w Polsce, podczas którego na scenie występują Przyjaciele Fundacji – przedstawiciele banków, korporacji i firm, wspierających dzieci chore na raka.

W tym roku swoje talenty muzyczne w najpiękniejszych polskich utworach zaprezentowali przedstawiciele aż 11 firm i instytucji wspierających fundację. Gwiazdami wieczoru byli Krystyna Prońko i Mietek Szcześniak. Artystom towarzyszyła orkiestra symfoniczna „The Film Harmony Orchestra” pod dyktando Marcina Mirowskiego.

W drugiej części koncertu zorganizowano aukcję. Emocje sięgnęły zenitu podczas licytacji figurki Ganesha, czyli hinduskiego boga szczęścia i dobrobytu, podarowa-

nej przez podróżniczkę Martynę Wojciechowską. Cena wywoławcza wynosiła pięć tysięcy złotych, ale ostatecznie osiągnęła 230 tysięcy złotych.

Cały dochód z tegorocznego Koncertu Nadziei zostanie przeznaczony na leczenie maluchów, które walczą z rakiem we wrocławskiej klinice.

Już po koncercie do szefowej kliniki prof. Alicji Chybickiej zgłosiła się kancelaria prawna, reprezentująca osobę, która chciała przekazać fundacji 1 mln zł. Propozycja została przyjęta, pieniądze są już na koncie fundacji. Nie wiadomo, kim jest tajemniczy darczyńca – chciał on pozostać anonimowy.



► Gwiazdą Koncertu Nadziei obok Krystyny Prońko był Mietek Szcześniak.

Chory chłopczyk znalazł rodzinę

Dla małego Oktawiana od urodzenia domem były kolejne szpitale. Od maja ub. r. przebywał w Klinice Nefrologii Pediatricznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Na oddziale obchodził swoje pierwsze urodziny. I wkrótce po nich wreszcie opuścił placówkę – pojechał do prawdziwego domu. Ma już mamę, tatę i siostrę.



Oktawian urodził się w Dzieżoniowie jako wcześniak, ważył zaledwie 820 gramów. Był w stanie ciężkim, a jego biologiczna matka została w go w szpitalu. Do USK trafił z uszkodzeniem wielonarządowym, był niewydolny krążeniowo i oddechowo. Doszło u niego do schyłkowej niewydolności nerek i nieprawidłowości w centralnym układzie nerwowym. Chłopiec wciąż wymaga dializ, ma poważne zaburzenia wzroku. Jednak najbardziej potrzebował kochającej rodziny, która mogłaby się nim troskliwie zająć.

Lekarze i pielęgniarki, a także odwiedzający chłopczyka wolontariusze, robili wszystko, by ich zastąpić. Nosili, przytulali, mówili do niego. Tak ciężko chore i wymagające szczególnej opieki dziecko ma w Polsce znikome szanse na adopcję. A jednak stał się cud.

Nowi rodzice Oktawiana po raz pierwszy zobaczyli go w telewizji. Chociaż mają własną zdrową

3-letnią córeczkę, postanowili zaopiekować się chłopczykiem. Są z Warszawy, ale mimo odległości przyjeżdżali do dziecka raz w tygodniu. Procedura adopcyjna jest długotrwała, w tym przypadku przedłużała ją nieuregulowana sytuacja prawna, bo biologiczna matka zwlekała ze zrzeczeniem się praw rodzicielskich. Ostatecznie decyzję o przyznaniu Oktawiana nowym rodzicom podjął sąd w Łodzi. Po opuszczeniu USK chłopczyk jeszcze na kilka dni trafił do ośrodka medycznego w Warszawie, by rodzice mogli się nauczyć obsługi urządzenia do dializ. Teraz jest już w domu, z rodzicami i siostrą. Smutna historia tego dziecka jest już przeszłością, a jej jedynym śladem pozostanie album ze zdjęciami, wykonany przez pracowników wrocławskiego szpitala w prezencie dla nowych rodziców.

Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016 – zarejestruj się i zacznij trenować!

Ruszyły zapisy na Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016, który odbędzie się w sobotę 1 października b.r. Jego pomysłodawca dr Tomasz Zatoński z USK we Wrocławiu liczy na jeszcze lepszą frekwencję niż w ubiegłorocznej, pierwszej edycji.

– W tym roku nowością będzie klasyfikacja fizjoterapeutów, zorganizowana obok klasyfikacji lekarzy, pracowników USK, studentów i nauczycieli akademickich – mówi dr Zatoński.

Choć do startu pozostało sporo czasu, już teraz warto rozpocząć treningi. Piotr Lepka lekarz ginekolog, który w I Biegu Uniwersytetu Medycznego zwyciężył w kategorii mężczyzn – pracowników USK, radzi początkującym biegaczom, by zaczęli od marszobiegów.

– Minuta biegu, minuta marszu, a potem stopniowe zwiększanie czasu biegu – tłumaczy dr Lepka. – Następnie dokładamy trening interwałowy, podczas którego zmienia się intensywność ćwiczeń. Najlepiej przed właściwym biegiem potruć 10 minut, potem wykonać ćwiczenia rozciągające, powtórzyć je po biegu i ponownie truchtem udać się do domu. Cały trening powinien trwać 40-60 minut.

Dr Piotr Lepka zwraca uwagę, że nie należy trenować codziennie, bo organizm musi mieć czas na regenerację. 3 razy w tygodniu w zupełności wystarczy. Kolejna żelazna zasada, to uzupełnienie płynów i węglowodanów po wysiłku. Najlepsze są węglowodany proste, czyli wystarczy zjeść jabłko lub banana.

– Proszę się nie zniechęcać, gdy pierwsze treningi okażą się męczące – przestrzega dr Lepka. – To normalne, że po zimie trudno wrócić do formy, dotyczy to tak samo początkujących, jak i zawodowych sportowców.

Zapisy na Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016: www.bieg.umed.wroc.pl



Będzie mógł chodzić mimo amputacji stóp

Odmrożenie, martwica, amputacja, a po wielomiesięcznej rekonwalescencji w najlepszym wypadku możliwość poruszania się wyłącznie dzięki protezom. Taki scenariusz pisany jest najczęściej osobom, które uległy poważnemu odmrożeniu stóp. O tym, że wcale tak nie musi być, jeśli ma się szczęście trafić na lekarzy, którzy potrafią działać ponad przeciętnymi standardami, świadczy przypadek pacjenta Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Grzegorz Włodęcki ma 48 lat. Według jego relacji, na skutek awarii samochodu musiał przejechać wiele kilometrów. Była to jedna z nienumerowanych tej zimy nocy, gdy temperatura spadła poniżej – 14 st.C. Gdy trafił do USK we Wrocławiu miał odmrożone stopy z martwicą czwartego stopnia – czyli obejmującą wszystkie tkanki, także kości. W takim stadium jedynym wyjściem jest amputacja. Zwykle w podobnych sytuacjach amputuje się kończynę na wysokości nieco poniżej kolana. W takiej sytuacji pacjent ma szansę na refundację typowej protezy, którą finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku pana Grzegorza finansowy aspekt ma kolosalne znaczenie – nie ma on żadnego stałego dochodu. Protezy na kończyny do odcinka stawu skokowego są znacznie droższe, bo muszą być wykonane indywidualnie, na miarę. Kosztują nawet 15 tys. zł, zaś NFZ refunduje je tylko do kwoty 1700 zł.

Ratować, ile się da

W swoim nieszczęściu pan Grzegorz miał nieco szczęścia, bo mimo tak poważnej martwicy nie doszło do dodatkowych zakażeń. Dlatego lekarze postanowili zmniejszyć zakres amputacji. Pacjent stracił kończynę tylko do wysokości stawu skokowego. I na tym można by poprzestać – pan Grzegorz po wielu tygodniach zostałby wypisany ze szpitala, a potem byłby ska-

zażony wymarzone buty.

Brak standardów

Odmrożenia w Polsce dotyczą głównie specyficznych grup pacjentów – osób bezdomnych, nadużywających alkoholu oraz uprawiających zimowe sporty ekstremalne.

– Choć w swojej praktyce miałem też pacjenta, z zawodu fryzjera, który odmroził sobie dłonie zmieniając koło na autostradzie – zastrzegł dr Domanasiewicz, podkreślając, że problem może dotknąć każdego. – Ten człowiek zdjął rękawiczki, nie chcąc ich pobrudzić. Zmarzł, ale nie przypuszczał, że dozna odmrożenia, bo tego się nie czuje.

Na odmrożenia najbardziej narażone są dłonie, stopy, nos, policzki czy uszy. Wiąże się one z wpływem niskiej temperatury, choć wbrew pozorom niekoniecznie musi to być siarczysty mróz. Przy silnym wietrze ryzykowny jest nawet niewielki mróz, ważny jest także czas przebywania w chłodzie. Organizm broni się przed utratą ciepła, naczynia krwionośne stopniowo się obkurczają, a do tkanek dociera coraz mniej tlenu. W zależności od stopnia odmrożenia, może ono dotyczyć tylko zewnętrznych warstw skóry albo sięgać tkanki podskórnej, a potem mięśni i kości. W skrajnych przypadkach zostają one nieodwracalnie uszkodzone. W odmrożeniach najwyższego stopnia, połączonych z martwicą, konieczna jest amputacja.

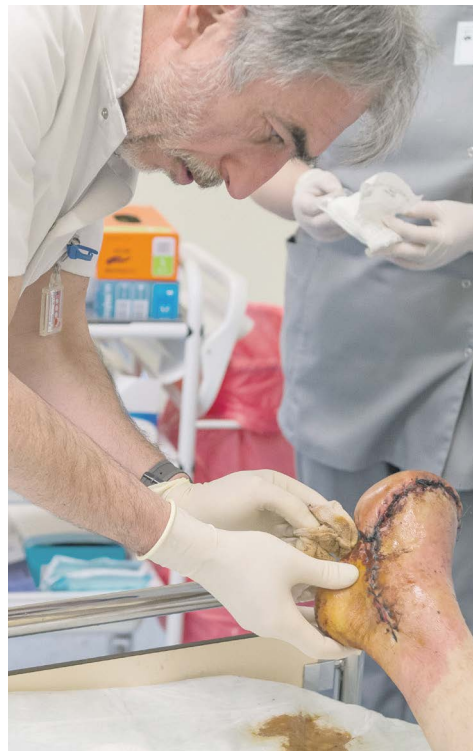
Zdaniem dr Adama Domanasiewicza, jej zakres często można byłoby ograniczyć, dając pacjentom szansę na lepszą jakość życia, łącznie z możliwością uprawiania sportów. Czym innym bowiem jest np. utrata całej stopy, a czym innym jedynie palców, bez których można nawet zdobywać górskie szczyty. Najczę-

ściej leczenie ciężkich odmrożeń polega na odroczonej w czasie amputacji, którą wykonuje się nawet kilka tygodni po wypadku. Dr Domanasiewicz, który jest także prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny i Ratownictwa Górskiego przygotowało schemat postępowania dla lekarzy w leczeniu odmrożeń. Zabiega o to, by stał się on obowiązujący w Polsce w formie wytycznych.

– Podobnie było przed laty z leczeniem oparzeń i zawałów – dodaje dr Domanasiewicz. – Leczone je w różny sposób, ale obecnie wszystkie ośrodki stosują ten sam schemat. Chcemy, by tak samo było w przypadku odmrożeń.

Takie postępowanie z pacjentami z odmrożeniami pozwala znacznie ograniczyć zakres amputacji, a w wielu przypadkach nawet jej uniknąć. Wskazują na to doświadczenia specjalistycznych ośrodków, zajmujących się m.in. leczeniem alpinistów.

Leki trombolityczne są drogie, podobnie jak terapia hiperbaryczna. Dr Domanasiewicz podkreśla jednak, że powinno się szacować wszystkie koszty, a więc także społeczne. Jeśli wziąć pod uwagę, że przy odroczonej amputacji pacjent przebywa w szpitalu wiele tygodni, a po utracie kończyny często nie może pracować, zostaje rencistą korzysta-



► – Po zabiegu pacjent będzie mógł chodzić bez protez – przeprowadza dr Adam Domanasiewicz.



31 marca 1966 r. to w historii polskiej medycyny niezwykle ważna data. Tego dnia chirurg Akademii Medycznej we Wrocławiu prof. Wiktor Bross przeszczepił nerkę 24-letniej kobiecie. Dawcą narządu był jej starszy brat. Było to pierwsze rodzinne przeszczepienie nerki w Polsce, które zakończyło się sukcesem. Wówczas zabieg był traktowany jako eksperyment medyczny, ale dziś specjaliści nie mają wątpliwości – przeszczepy od żyjących dawców są najskuteczniejszym sposobem leczenia chorych ze skrajną niewydolnością nerek, pozwalającym nawet trzykrotnie przedłużyć im życie.

W pionierskiej operacji uczestniczyli także prof. Waldemar Kozuszek, prof. Zdzisław Wiktor, prof. Zenon Szewczyk oraz prof. Tomasz Szepietowski, który jest ostatnim żyjącym członkiem tego zespołu. Profesor wspominał pierwszą w Polsce próbę przeszczepienia nerki ze zwłok, którą także podjął prof. Bross.

– Było to 7 września 1965 r. – opowiada prof. Szepietowski. – Do wrocławskiej kliniki trafiła 9-letnia dziewczynka z objawami ostrego brzucha. Zdiagnozowano u niej



► – Nie wahałam się ani chwili, gdy okazało się, że mogę być dawcą dla mojej siostry – mówi Jadwiga Mruczek (po lewej), która oddała nerkę swojej siostrze Jadwidze Mierzwińskiej. Kobieta jest wyjątkowo schorowana; jest już po trzech przeszczepach, ma za sobą chorobę nowotworową. Po przeszczepie nerki jej stan zdrowia znacznie się poprawił.

► (Od prawej) Prof. Tomasz Szepietowski, prof. Marian Klinger, prof. Maria Boratyńska, prof. Piotr Szyber, dr Dorota Kamińska, dr Paweł Chudoba.

i zdobyć wszelkie konieczne zgody. Do zabiegu przystąpili w nocy. – Niestety, dziewczynka zmarła. Jednak ta pierwsza próba, choć nieudana, pozwoliła przebić się do świadomości społecznej z przekazem o przeszczepach jako metodzie ratowania życia – dodaje prof. Szepietowski. – Kilka miesięcy po nas, w styczniu 1966 r. zespół warszawskich chirurgów przeszczepił nerkę od zmarłego dawcy już z powodzeniem.

Już wkrótce miało się okazać, że wrocławski ośrodek pójdzie o krok dalej. 24-letnia kobieta z Katowic, która pracowała w górnictwie, uległa wypadkowi w pracy. Na skutek upadku z wysokości doznała pęknięcia nerki. Lekarze ją usunęli, ale podczas operacji wyszło na jaw zwyrodnienie drugiej nerki, wcześniej niezdiagnozowane. Kobieta trafiła do Wrocławia, gdzie zespół kierowany przez prof. Wiktora Brossa po raz kolejny podjął się wykonania przeszczepu. Tym razem – od żywego dawcy. – Miał nim być 30-letni brat pacjentki, z zawodu górnik – wspomina prof. Szepietowski. – I znowu napotkaliśmy na poważne problemy. Według ówczesnego prawa chcieliśmy popełnić przestępstwo, doprowadzając zdrowego człowieka do inwalidztwa, bo tak wtedy traktowano pobranie narządu. Dlatego nie wystarczyła zgoda dawcy, musieliśmy także starać się o specjalną zgodę prokuratora i komitetu PZPR. Pamiętajmy jednak, że i w tym przypadku, podobnie jak przy poprzedniej próbie, chodziło o ratowanie życia. Także dla tej pacjentki nie było innej szansy.

Operacja trwała kilka godzin i zakończyła się pełnym sukcesem. Przy okazji udowodniono także coś, co dziś jest oczywiste – dawca nerki nie zostaje inwalidą. Brat chorej kobiety nie tylko wrócił do dobrej formy, ale nawet do pracy pod ziemią.



► Prof. Tomasz Szepietowski jest ostatnim żyjącym członkiem zespołu lekarzy, biorących udział w pionierskim zabiegu.

immunosupresji. W latach 70-tych we Wrocławiu zaprzestano w ogóle przeszczepiania nerek. Po wieloletniej przerwie do idei powrócono dopiero na początku lat 80-tych, we Wrocławiu z inicjatywy profesorów Klemensa Skóry i Zenona Szewczyka. Jednym z pierwszych chirurgów, który na nowo rozpoczął przeszczepianie nerek był prof. Piotr Szyber, obecnie kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej Ogólnej i Transplantacyjnej USK we Wrocławiu.

– Na reaktywację programów transplantacyjnych wpłynęło niewątpliwie odkrycie leku immunosupresyjnego cyklosporyny, która do Polski dotarła w 1985 r. – tłumaczy prof. Piotr Szyber. –To był prawdziwy przełom, wręcz rewolucja w transplantologii. Dzięki zastosowaniu tego leku pacjenci po przeszczepach żyli o wiele dłużej niż wcześniej. Postęp naukowy i rozwój technik chirurgicznych sprawiły, że obecnie przeszczepy stały się zabiegami rutynowymi. W pionierskich czasach transplantologii były największym wyzwaniem dla chirurgów, obecnie ciężar przeniósł się na nefrologów i lekarzy prowadzących immunosupresję.

Kierownik Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu prof. Marian Klinger podkreśla jednak, że zabieg wciąż wymaga wprawnej ręki dobrego chirurga.

– W porównaniu z pionierskimi czasami, poruszamy się dziś jak w warunkach autostradowych – przyznaje prof. Klinger. – Mamy wytyczoną drogę i dziś przeszczepy są zabiegami bezpiecznymi zarówno dla biorcy, jak i dawcy. Zmieniło się przede wszystkim pobranie. Obecnie dawca może wyjść do domu po 2-3 dniach od zabiegu, bo w Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej USK zwykle pobierane są nerki laparoskopowo.

Współcześni transplantolodzy nie muszą też zmagać się z prokuratorami ani żadnymi władzami. Ramy ich pracy określa ustawa transplantacyjna i związane z nią rozporządzenia. Dziś nikt nie traktuje przeszczepiania narządów jak eksperymentu medycznego, osoby po przeszczepach wracają do pracy, uprawiają sporty ekstremalne i cieszą się darowanym życiem. Także dawcy funkcjonują normalnie i nikomu nie przyszkodzi do głowy uważać ich za inwalidów. Okres rekonwalescencji jednych i drugich staje się coraz krótszy.

Zostać dawcą

Nie ma wątpliwości, że czynność i przeżywalność nerki przeszczepionej od żywego dawcy jest lepsza niż w przypadku przeszczepu od osoby zmarłej. Wiąże się to m.in. ze skróceniem czasu oczekiwania na przeszczepienie. Mimo

to polskie statystyki nie napawają optymizmem.

– Przeszczepów od żywego dawcy robi się u nas zaledwie około 5 proc. – zaznacza prof. Maria Boratyńska z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK. – To bardzo niewiele w porównaniu z innymi krajami. Np. w krajach skandynawskich przeszczepy od żywych dawców stanowią 40-50 proc. wszystkich takich zabiegów.

Oddawanie narządu stało się bezpieczne od strony medycznej. Oczywiście, potencjalny dawca jest kwalifikowany po serii specjalistycznych badań, a przed rozpoczęciem kwalifikacji spotyka się z psychologiem. Chodzi o to, by mieć pewność, że podejmuje decyzję dobrowolnie i w pełni świadomie. Bez zgody sądu dawcami mogą być osoby spokrewnione: rodzice, dziadkowie, rodzeństwo, współmałżonkowie, dzieci, wnuki. W przypadku osoby z dalszej rodziny lub w ogóle niespokrewnionej konieczna jest zgoda sądu oraz opinia Komisji Etyki przy Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

Dawcy i biorcy mogą się zgłaszać do Katedry i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK (tel. 71 733 25 43 lub 71 733 25 00, e-mail: klinef@centrum.pl) lub do Biura ds. Transplantacji (Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, tel. 71 733 20 40, btr@usk.wroc.pl).



► Marta Chociej wciąż płacze ze wzruszenia, opowiadając o decyzji swojego męża Marcina, który w lipcu ub.r. oddał jej nerkę. Przeszczep rodzinny zmienił diametralnie ich życie, które wcześniej z powodu choroby żony było piekłem. Choroba wyszła na jaw podczas badań przy powrocie do pracy po urlopie macierzyńskim. Praca, dializy, wyczerpująca terapia, a w domu małe dziecko, którym nie ma siły się zająć – to wszystko sprawiło, że pani Marta była załamana. Dziś wszystko się zmieniło, a Marcin Chociej przekonuje, że oddanie nerki to drobiazg. Po trzech tygodniach wrócił do pracy, a jeśli teraz żyje inaczej, to tylko dlatego, że jego żona się uśmiecha.

PRZESZCZEPY W POLSCE

- Liczba przeszczepów od dawców zmarłych (2015 r.) - 958
- Liczba przeszczepów rodzinnych (2015 r.) - 60
- Liczba osób oczekujących w Polsce na przeszczep to ponad 900, realnie osób oczekujących na zabieg jest dwukrotnie więcej.
- W 2015 r. w USK wykonano 7 przeszczepów od żywych dawców. Na Dolnym Śląsku to największy ośrodek przeszczepiający nerki od żywych dawców.

HISTORIA PRZESZCZEPÓW

Świat

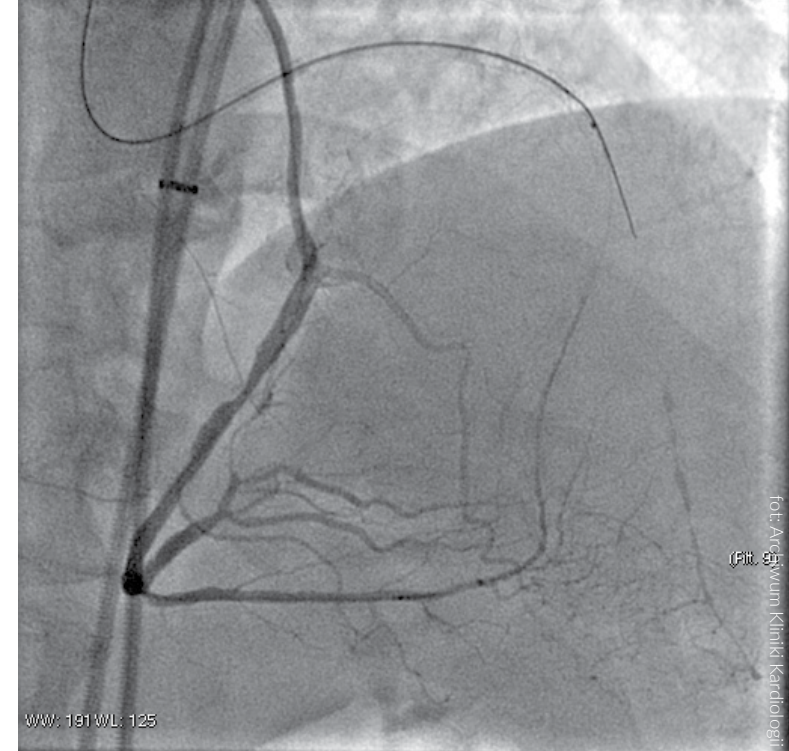
- 1954 – pierwsze przeszczepienie nerki (od brata bliźniaka) – (Joseph Murray i John Merrill – Boston)
- 1963 – pierwsza próba przeszczepu wątroby (Thomas Starzl – Denver)
- 1966 – pierwsze jednoczesne przeszczepienie nerki i trzustki (William Kelly i Richard Lillehei – Minneapolis)
- 1967 – pierwsze udane przeszczepienie wątroby (Thomas Starzl – Denver)
- 1967 – pierwsze przeszczepienie serca (Christiaan Barnard – Kapsztad)
- 1981 – pierwsze jednoczesne przeszczepienie serca i płuca (Bruce Reitz – Stanford)
- 1998 – pierwsze przeszczepienie przedramienia (Jean Michel Dubernard – Lyon)
- 2005 – pierwsze przeszczepienie fragmentu twarzy ze zwłok (Jean Michel Dubernard – Amiens)
- 2008 – pierwsze udane przeszczepienie ponad 80% powierzchni twarzy wraz z podniebieniem, nosem, policzkami, powieką (Maria Siemionow – Cleveland)
- 2010 – pierwszy udany przeszczep całej twarzy, wykonany w Szpitalu Vall d'Hebron w Barcelonie

Polska

- 1965 – pierwsza próba przeszczepienia nerki pobranej ze zwłok (Wiktor Bross, Władysław Wrzeliwicz – Wrocław) (7 września)
- 1966 – pierwsze udane przeszczepienie nerki ze zwłok (Jan Nielubowicz, Waldemar Olszewski, Wojciech Rowiński, Jerzy Szczerbań, Tadeusz Orłowski – Warszawa) (26 stycznia), biorczyni Danuta Milewska
- 1966 – pierwsze przeszczepienie nerki pobranej od żywego dawcy (Wiktor Bross - Wrocław) (31 marca)
- 1969 – pierwsza próba przeszczepienia serca (Jan Moll, Antoni Dziatkowiak, Kazimierz Andrzej Rybiński- kódz) (4 stycznia)
- 1985 – pierwsze udane przeszczepienie serca (Zbigniew Religa, Andrzej Bochenek, Jerzy Wolczyk, Marian Zembała, Bogusław Ryfiński – Zabrze) (5 listopada) biorca Józef Krawczyk
- 1987 – pierwsze przeszczepienie wątroby (Stanisław Zieliński – Szczecin) (3 grudnia)
- 1988 – pierwsze udane jednoczasowe przeszczepienie nerki i trzustki (Jacek Szmidt, Krzysztof Madej, Sławomir Frunze, Sławomir Nazarewski – Warszawa) (4 lutego)
- 1990 – pierwsze udane przeszczepienie wątroby u dziecka (Piotr Kaliciński – Warszawa)(1 marca)
- 1994 – pierwsze udane przeszczepienie wątroby u dorosłego (Jacek Pawlak, Bogdan Michałowicz – Warszawa)
- 1998 - pierwsze przeszczepienie pojedynczego płuca (Marian Zembała - Zabrze)
- 1999 – pierwsze przeszczepienie części wątroby od żywego dawcy (Piotr Kaliciński, Marek Krawczyk – Warszawa)
- 2001 – pierwsze udane jednoczasowe przeszczepienie płuc i serca (Marian Zembała, JJ Perdeus, Roman Przybylski, Jacek Wojarski – Zabrze) (24 października)
- 2002 – pierwsze jednoczasowe przeszczepienie serca i nerek (Marian Zembała, Roman Przybylski, Lech Cierpka) (30 sierpnia)
- 2003 – pierwsze przeszczepienie jednego płuca (Marian Zembała – Zabrze)
- 2004 – pierwsze udane przeszczepienie trzustki u osoby z uprzednio przeszczepioną nerką (Marek Durlik – Warszawa)
- 2005 – pierwsze przeszczepienie obu płuc (Yoshiya Toyoda – Zabrze)
- 2006 – pierwsze przeszczepienie wątroby i jelita (Piotr Kaliciński – Warszawa – Centrum Zdrowia Dziecka) (28 marca)
- 2006 – pierwsze przeszczepienie ręki (Jerzy Jabłecki – Trzebnica) (2 kwietnia)
- 2008 – pierwsze przeszczepienia wysepek trzustkowych w układzie auto i allogenicznym (Andrzej Chmura - Warszawa)
- 2013 – pierwsze przeszczepienie twarzy (Adam Maciejewski - Gliwice)
- 2013 – pierwsze całkowite przeszczepienie twarzy (Adam Maciejewski - Gliwice)

(źródło: Wikipedia)

Nowa metoda udrażniania naczyń wieńcowych



► Zabieg wstecznego udrażniania gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej.

giczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej; nie wszyscy pacjenci się do niej kwalifikują i nie każdy się na to zgadza.

– W takich sytuacjach alternatywą może być udrażnianie przewlekle zamkniętych naczyń wieńcowych – tłumaczy dr hab. Wiktor Kuliczkowski z Kliniki Kardiologii USK we Wrocławiu. – Przed zabiegiem przeprowadzamy badania nieinwazyjne, aby udowodnić, że udrożnienie naczyń przyniesie pacjentowi korzyść kliniczną pod postacią zmniejszenia dolegliwości bólowych i poprawy funkcji serca. Ostatnio w naszej klinice, w ciągu półtora roku, przeprowadziliśmy ponad 30 zabiegów tego typu, ze skutecznością bliską 80 proc. Jednak wciąż zdarzają się pacjenci, u których nie udaje się udrożnić zamkniętego naczynia wieńcowego.

Krajem, którego lekarze jako pierwsi rozpoczęli ten rodzaj zabiegów i mają w nich największe doświadczenie, jest Japonia. Wynika to m.in. z uwarunkowań kulturowych – odsetek osób, które nie godzą się zabiegów chirurgicznych jest tam większy niż w np. w Europie, stąd potrzeba poszukiwania innych zaawansowanych metod kardiologicznych.

Zabieg po japońsku

Pod koniec lutego w Klinice Kardiologii kierowanej przez prof. dr hab. Andrzeja Mysiaka gościł dr Yoshihisa Kinoshita z Toyohashi Heart Center w Japonii, uznany au-

torytet w tych zabiegach. Wspólnie z zespołem Pracowni Hemodynamiki przeprowadzono zabieg przezskórne udrażniania przewlekle zamkniętych naczyń wieńcowych u pacjentów, u których poprzednie próby nie były skuteczne. Metoda, zaprezentowana przez gościa z Japonii, różni się od dotychczas stosowanej szczegółami czysto technicznymi. Polega na odmiennym drożeniu wejścia do udrażnianego naczynia. Jej skuteczność jest wyższa, ale trzeba pamiętać, że także nie jest stuprocentowa; takich metod w medycynie nie ma i nigdy nie będzie. Dlatego lekarze zawsze będą przekonywać, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

Podstawą profilaktyka

Jak zatem nie dopuścić do roz-

woju choroby wieńcowej i zadbać o swoje tętnice, by krew płynęła przez nie bez przeszkód? – Nie palić, zapewnić sobie regularny wysiłek fizyczny, zapobiegać otyłości, kontrolować ciśnienie tętnicze i stężenie cholesterolu we krwi – wylicza dr hab. Wiktor Kuliczkowski. – Przestrzeganie tych prostych zasad pozwala zmniejszyć ryzyko zgonu sercowego nawet o 70 proc.

Prof. Andrzej Mysiak podkreśla przy tym istotną rolę szeroko pojmowanej edukacji społeczeństwa, która obejmuje oprócz zasad właściwego prozdrowotnego trybu życia, również nabywanie umiejętności identyfikowania sygnałów własnego organizmu, w tym objawów które uzasadniają określoną pilność kontaktu z lekarzem.



► Dr Yoshihisa Kinoshita z Toyohashi Heart Center w Japonii z zespołem lekarzy USK we Wrocławiu.



Spójrzmy głęboko w oczy

Klinika Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu jako jeden z nielicznych polskich ośrodków, dysponuje od niedawna urządzeniem do obrazowania, które należy do najnowocześniejszych w świecie. Pozwala ono specjalistom ocenić stan głębszych warstw naczyń siatkówki, co oznacza dokładniejszą diagnozę i możliwość skuteczniejszego leczenia. Jednocześnie jest to metoda nieinwazyjna, a więc całkowicie bezpieczna dla pacjenta.

– Standardem w postępowaniu m.in. u pacjentów z cukrzycą jest wykonywanie angiografii fluoresceinowej – tłumaczy kierownik Kliniki Okulistyki USK, prof. Marta Misiuk-Hojo. – Polega ona na podaniu do żyły łokciowej kontrastu oraz wykonywaniu serii zdjęć. Na ich podstawie diagnosta ocenia, czy siatkówka i naczynia na dnie oka

są prawidłowe. Jednak ta metoda diagnostyczna nie jest obojętna dla pacjenta. Wymaga bowiem podania kontrastu i może spowodować powikłania, jak choćby uczulenie na barwnik, które w najgorszym wypadku mogłoby nawet doprowadzić do wstrząsu, a w konsekwencji do śmierci. Dlatego angiografia fluoresceinowa wykonywana jest zawsze pod nadzorem lekarza, który reaguje natychmiast, gdy pojawiają się niepożądane objawy.

Z powodu tych zagrożeń tej metody nie można stosować u każdego pacjenta, np. wykluczone są z niej kobiety w ciąży. Ponadto angiografia fluoresceinowa pozwala zobrazować tylko stan powierzchownej warstwy naczyń – czyli tam, gdzie dociera światło. Tymczasem nieprawidłowości mogą dotyczyć głębszych warstw, czego nie da się ustalić standardowym badaniem. Angiografia OCT to diagnostyka znacznie bardziej zaawansowana, oparta na innej technologii i pozwalająca dokładnie zbadać mikrokrążenie oraz strukturę drobnych naczyń krwionośnych oka – także w tych warstwach, do których przed wynalezieniem tej metody nie można było dotrzeć.

– Podczas diagnostyki tą metodą uzyskujemy skan naczyń siatkówki – wyjaśnia dr Olaf Fuchs z Kliniki Okulistyki USK. – Ponieważ angiografia OCT jest bezinwazyjna i bezkontaktowa (urządzenie nie dotyka

oka), nie istnieją przeciwwskazania do jej stosowania. Zatem może być wykorzystywana nawet u pacjentek w ciąży. Ponadto badanie można powtarzać bez żadnego ryzyka, co jest ważne przy ocenie skuteczności leczenia.

Taka diagnostyka może być przydatna w wielu schorzeniach okulistycznych, a w USK najczęściej używa się jej w przypadku chorób naczyniowych siatkówki oka u pacjentów z powikłaną cukrzycą (retinopatia) oraz zwyrodnieniem plamki żółtej związanej z wiekiem (AMD). AMD jest chorobą cywilizacyjną – dotyczy w głównej mierze krajów rozwiniętych, a zagrożone nią są osoby powyżej 50 r.ż. Na świecie na zwyrodnienie plamki

żółtej cierpi ok. 50 mln osób, a problem narasta, w związku ze starzeniem się populacji.

Choroba ma charakter postępujący i nieleczone może doprowadzić do całkowitej utraty wzroku. – AMD ma dwie postacie: suchą i wysiękową – mówi dr Olaf Fuchs. – Ta pierwsza występuje częściej, ale też ma łagodniejszy przebieg. W postaci wysiękowej dochodzi do bardzo szybkiego pogorszenia wzroku, więc diagnoza we wczesnym stadium jest niezwykle istotna.

W wysiękowej postaci AMD w siatkówce oka powstają dodatkowe, nieprawidłowe naczynia krwionośne, które ją uszkadzają. W miarę postępu choroby pacjent

► Dr Olaf Fuchs z urządzeniem do angiografii OCT.

widzi coraz bardziej zniekształcony obraz, aż w końcu może w ogóle stracić wzrok. Leczenie polega na podawaniu w formie zastrzyków do oka leków hamujących powstawanie nieprawidłowych naczyń. Chory otrzymuje 20-30 iniekcji w ciągu kilku lat. Dzięki niezmiernie precyzyjnej diagnostyce, jaką umożliwia angiografia OCT, lekarze mogą dokładnie określić, czy istnieją wskazania do takiej terapii, a także zdecydować o doborze leku. Widząc na ekranie komputera każdą warstwę siatkówki, mogą też ocenić skuteczność terapii i ją modyfikować w zależności od efektów.



#775 Julian Jakubowski

POMÓŻ MI, PRZEKAŻ 1%

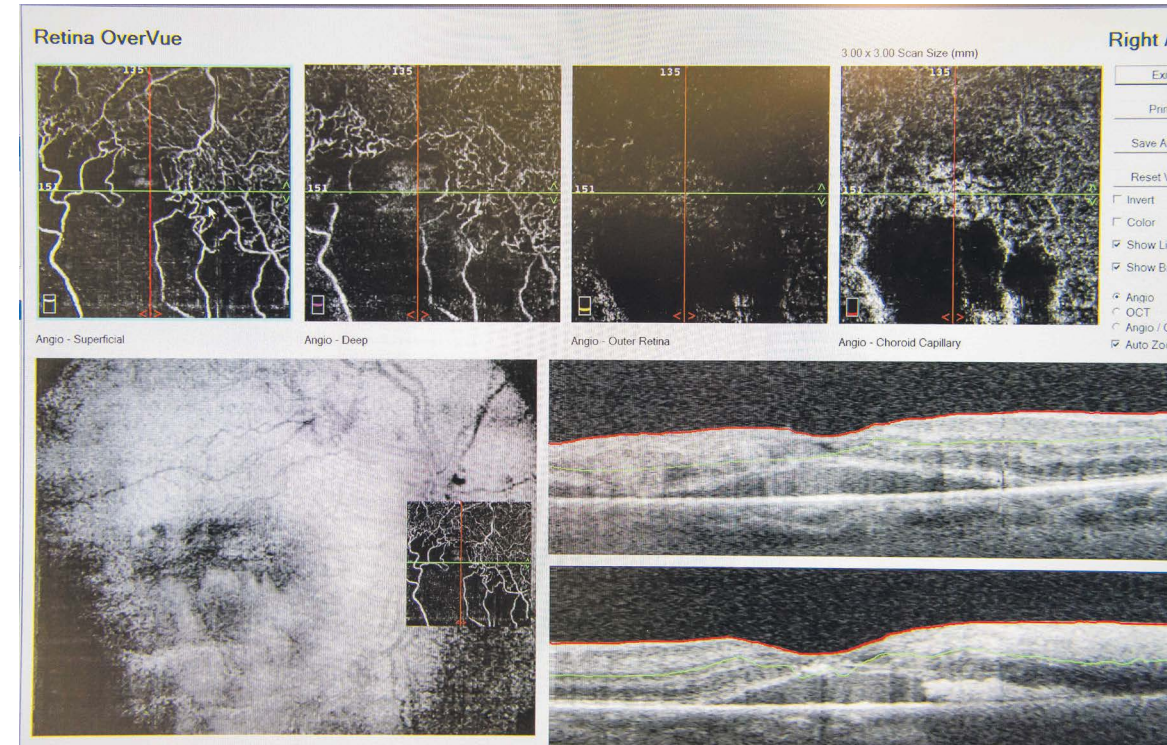
Wpisz w PIT **KRS FUNDACJI JAŚ I MAŁGOSIA 0000127075**
W rubryce CEL SZCZEGÓŁOWY wpisz **#775 Julian Jakubowski**,
zaznacz "Wyrażam zgodę"

lub

Wpłać darowiznę na konto **88 1240 2539 1111 0010 2766 0745**
Z dopiskiem **#775 Julian Jakubowski**



► Kierownik Kliniki Okulistyki USK prof. Marta Misiuk-Hojo.



► Angiografia OCT pozwala dokładniej zbadać mikrokrążenie oraz strukturę drobnych naczyń krwionośnych oka także w głębszych warstwach.

Ciekawostki medyczne

Ruch odmładza mózg

Aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na zachowanie pamięci i funkcji poznawczych mózgu u osób starszych – jedno z wielu badań, które potwierdza tezę o wpływie ruchu na różne aspekty zdrowia przeprowadzili naukowcy z University of Miami na Florydzie. Analizie poddali zdolności pamięciowe i sprawność myślenia u blisko 900 starszych osób. Przeprowadzono u nich testy i badania rezonansem magnetycznym mózgu, następnie powtórzono je po pięciu latach. W tym okresie 90 proc. uczestników ćwiczyło mało lub wcale, a pozostali regularnie byli aktywni fizycznie, choć w różnym natężeniu. Naukowcy porównali wyniki tylko tych osób, które w pierwszej fazie eksperymentu nie miały żadnych problemów z pamięcią. Okazało się, że u tych, którzy w ogóle nie ćwiczyli, funkcje mózgu pogarszały się znacznie szybciej niż u osób aktywnych fizycznie. Zdaniem badaczy, mózgi osób niećwiczących były średnio o 10 lat starsze niż osób bardzo aktywnych.

Słońce na serce

160 pacjentów w wieku 70 lat cierpiących na niewydolność serca uczestniczyło w badaniach, przeprowadzonych przez brytyjskich kardiologów ze szpitala uniwersyteckiego w Leeds. Przez rok części z nich podawano witaminę D, zaś druga grupa otrzymywała placebo. Po roku stwierdzono, że wydolność serca w pierwszej grupie pacjentów wzrosła z 26 do 34 proc., natomiast w drugiej nie było żadnej zmiany. To na razie wstępne badania, naukowcy zapowiadają dalsze prace nad problemem. Jednak już teraz radzą jak najczęściej wystawiać się na słońce, bo to najprostsza i najtańsza metoda, która umożliwia organizmowi absorbowanie witaminy D. Na jej niedobór często cierpią osoby starsze, m.in. dlatego, że rzadziej wychodzą z domu.

Chrupanie zamiast TV

Jeśli podczas posiłku nie słucha się głośnej muzyki ani nie zagłusza naturalnych dźwięków odgłosami płynącymi z telewizji, zjada się znacznie mniej – wynika z eksperymentów w wykonaniu badaczy z Brigham Young University i Colorado State University. Ich uczestnicy zjadali m.in. precle. Jedni słuchali przy tym głośnej muzyki na słuchawkach, inni w ciszy. Okazało się, że ci pierwsi spożyli przeciętnie cztery precle, podczas gdy drugiej grupie do nasycenia wystarczyło średnio po 2,75 tego przysmaku. Jaki stąd wniosek? Zdaniem naukowców, chodzi o to, że na doznania kulinarne mocno wpływa zmysł słuchu. Jeśli słyszymy naturalne podczas jedzenia odgłosy chrupania, szybciej czujemy się najedzeni, w związku z czym zjadamy mniej.

Rybka dla ciężarnej

Sposób odżywiania ciężarnej może mieć jeszcze bardziej długofalowy wpływ na zdrowie jej dziecka, niż do tej pory sądzono. Zespół pod kierunkiem prof. Philipa Caldera z University of Southampton przedstawił wyniki badań, z których wynika, że skutki diety matki mogą się ujawnić nawet w trzecim roku życia dziecka. W badaniu wzięły udział dwie grupy kobiet w ciąży. Jedne od 19. tygodnia ciąży dwa razy w tygodniu jadły łosia lub inne tłuste morskie ryby, których mięso jest bogate w kwasy tłuszczowe omega-3. Kobiety z drugiej grupy w ogóle nie spożywały tych produktów. Gdy dzieci wszystkich uczestniczek eksperymentu skończyły pół roku, poddano je testom na alergię. Jednak większych różnic nie stwierdzono – odsetek alergików był taki sam w obu grupach. Zupełnie inaczej przedstawiała się sytuacja po zbadaniu dzieci między drugim a trzecim rokiem życia. Tu potomstwo matek jedzących w ciąży ryby w znacznie mniejszym stopniu miało stwierdzoną astmę.



Rys. Jerzy Potyrała



Stowarzyszenie „PRO RENIS”

zwraca się z gorącą prośbą o przekazanie
1 % Twojego podatku
na jej działalność:

- wspieranie programu

PRZESZCZEPANIA NEREK

- wspieranie programu

ROZWOJU PRZESZCZEPÓW RODZINNYCH

- dofinansowanie rozwoju

DIALIZOTERAPII w celu poprawy warunków leczenia

- doposażenie w sprzęt oddziałów klinicznych i stacji dializ

- wspomaganie najbardziej potrzebujących chorych

- wspieranie edukacji i rozwoju nauki

Stowarzyszenie na Rzecz Wspierania Dolnośląskiej
Nefrologii, Dializoterapii i Transplantologii
„Pro Renis”

Organizacja pożytku publicznego
zarejestrowana w KRS pod NR 0000229812

www.prorenis.pl

nr konta: ING Bank Śląski 03 1050 1575 1000 0022 9067 0211

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru

Hasło: KONDYCJA

Nagrody (kalendarze) wylosowali: Małgorzata Majda, Ewa Piątek, Michał Pokitko.

PRZEKAŻ 1%

dla Szymona

UR 08.03.2010

PODOPIECZNY
WROCŁAWSKIEJ
FUNDACJI
„POTRAFIĘ POMÓC”



aby przekazać 1% podatku wpisz w formularzu PIT

KRS 0000303590

z dopiskiem Szymon Dawidziak

BOROWSKA 213



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

www.studiomanat.com