

Ortopedzi przecierają szlaki



foto: Archiwum USK

Zanim okazało się, że cierpi na nowotwór, pacjent łączył ból w kolanie z tym, że dużo jeździ na rolkach. Gdy diagnoza potwierdziła guza, okazało się, że operowanie tradycyjną metodą jest niemożliwe: doprowadziłoby to do usztywnienia kolana. Dlatego ortopedzi z USK podjęli się innowacyjnej operacji. Usunęli rzepkę zajęłą guzem i przeszczepili choremu rzepkę pobraną od zmarłego dawcy. Zrobili to jako drudzy na świecie, a pierwsi w Europie. Pacjent odzyskał nie tylko zdrowie, ale i sprawność w kolanie.

Czytaj na str. 4

19 maja Światowy Dzień Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit Zapraszamy na konsultacje

Indywidualne konsultacje z gastroenterologiem, gastroenterologiem dziecięcym, dietetykiem, psychologiem, fizjoterapeutą, ginekologiem, chirurgiem, reumatologiem i seksuologiem - to wszystko czeka na pacjentów w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii USK 19 maja w Światowym Dniu Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit. Warsztaty organizowane są pod patronatem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii, Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”.

– Przyjść może każdy chory, nie trzeba być pacjentem naszej kliniki - informuje prof. Elżbieta Poniewierka, kierownik Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii USK i konsultant wojewódzki w tej dziedzinie. – Zapewniamy konsultacje z różnymi specjalistami, bo ta choroba wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Jej konsekwencje nie ograniczają się bowiem jedynie do przewodu pokarmowego. Jest to choroba przewlekła, pacjenci cierpią latami, wielu z nich wymaga wielokrotnych operacji, doznają też różnego rodzaju powikłań. Problem jest tym bardziej społecznie poważny, że nieswoiste choroby zapalne jelit dotyczą przede wszystkim ludzi młodych, determinując często całe ich dorosłe życie.

Szacuje się, że choruje 10-15 osób na 100 tys. populacji europejskiej. Sam rejestr Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii USK, która ma wieloletnie doświadczenie w diagnostyce i leczeniu tych chorób, obejmuje ponad 6 tysięcy pacjentów. Nieswoiste choroby zapalne jelit rozwijają się podstępnie: początkowe objawy ze strony układu pokarmowego są nieswoiste, bywają więc lekceważone. Prawidłową diagnozę opóźniają często sami chorzy, podejmując różnego rodzaju działania na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem. Problem „samoleczenia”, zwykle na podstawie pseudowiedzy z internetu, dotyczy także chorych już zdiagnozowanych.

– Najczęściej jest to stosowanie nieprawidłowych zasad diety, co nie tylko nie pomaga, ale i wręcz szkodzi. Tym bardziej ważne są konsultacje ze specjalistami, którzy mają wiedzę i doświadczenie – zachęca prof. Elżbieta Poniewierka. W dniu 19 maja pacjenci mogą się zgłaszać na warsztaty w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii w godz. 9-14. Nie obowiązują wcześniejsze zapisy, skierowania, itp. Wystarczy przyjść.

Odejść godnie



Kilka tygodni temu cała Europa żyła głośną historią ciężko chorego chłopczyka z Wielkiej Brytanii – Alfiego Evansa, który zmarł kilka dni po tym, jak po nakazie sądowym odłączono go od aparatury podtrzymującej życie wbrew woli rodziców. Szczególnie bulwersujący i dla większości niezrozumiały był fakt, że nie pozwolono umierającego dziecka zabrać ani do innego szpitala, ani do domu. Czy w Polsce byłoby to możliwe? O trudnych decyzjach, jakie nieraz muszą podejmować lekarze, mówi prof. Barbara Królak-Olejnik.

Czytaj na str. 3

Pielęgniarska konferencja



„Całościowa opieka nad pacjentem w chorobach nowotworowych w obrębie głowy i szyi” – to tytuł konferencji, zorganizowanej 20 kwietnia br. przez koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego działające przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Podczas spotkania ok. 100 pielęgniarek, nie tylko z USK, ale i innych wrocławskich ośrodków, wysłuchało wykładów specjalistów, m.in. na temat diagnostyki, leczenia i pielęgnacji chorych z nowotworami głowy i szyi. Wiedza o tych chorobach jest wciąż zbyt mała.

Czytaj na str. 6

Laryngologia



Od 1 maja br. do grona dolnośląskich konsultantów wojewódzkich, pracujących w USK, dołączył dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, który został konsultantem w dziedzinie otolaryngologii. Jakże ma plany, związane z nową funkcją? Czy czas pozwoli mu nadal zajmować się prozdrowotnymi kampaniami? Jaki jest związek otyłości z przerostem migdałka podniebiennego u dzieci? I dlaczego nie można lekceważyć chrypki? Odpowiedzi na te m.in. pytania w wywiadzie z nowym konsultantem.

Czytaj na str. 7

RZS wykryte na czas pozwala zachować sprawność

fot. Tomasz Goła



Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła choroba, która atakuje stawy i inne narządy. Nieleczona prowadzi do zniszczenia stawów i inwalidztwa, a nawet przedwczesnej śmierci. Zdaniem ekspertów, RZS nie musi na zawsze uniemożliwiać aktywność zawodową, choć zdarza się to zbyt często. Problem szczególnie dotyczy Polski, gdzie czas oczekiwania na wizytę u specjalisty reumatologa jest wyjątkowo długi. A co za tym idzie, spora część pacjentów otrzymuje pomoc za późno. W USK ruszył specjalny program, który ma temu przeciwdziałać.

– Wszyscy znamy hasło „Ruch to zdrowie”, ale by było ono realne, nasze stawy muszą być zdrowe – mówi dr hab. Jerzy Świerkot z Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych USK, konsultant wojewódzki w dziedzinie reumatologii województwa dolnośląskiego.

Chociaż współczesna medycyna potrafi skutecznie zahamować postęp choroby i zapobiec jej powikłaniom, to jest jeden warunek: leczenie musi być zastosowane na wczesnym etapie. Tymczasem Polska jest jednym z krajów, w których opóźnienia diagnostyczne w RZS są największe w Europie. Czas, jaki mija od pierwszych objawów

choroby do ustalenia rozpoznania i włączenia leczenia to średnio aż 35 tygodni. Szacuje się, że aż 14 proc. chorych zgłasza się do jakiegokolwiek lekarza (w tym lekarza rodzinnego) dopiero wówczas, gdy choroba trwa ponad rok. Kolejny problem to zbyt późne dotarcie do specjalisty. Od momentu pojawienia się u lekarza rodzinnego do czasu otrzymania skierowania do reumatologa mija średnio 12 tygodni. Na dalszym etapie też nie jest lepiej, bo nawet mając skierowanie, na wizytę u reumatologa tzw. pacjent pierwszorazowy czeka przeciętnie od 3 do 6 miesięcy.

Brakuje też tzw. szybkiej ścież-

ki diagnostycznej, czyli konsultacji reumatologicznej w ośrodkach wczesnej diagnostyki (w Polsce dopiero planowane jest stworzenie takich ośrodków). Tę lukę w części kraju wypełni Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, który w partnerstwie z Opolskim Stowarzyszeniem Chorych na Reumatyzm „Milenium” oraz Dolnośląskim Związkiem Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców realizuje projekt „Zapobieganie niepełnosprawności poprzez wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”. Jego celem jest zmniejszenie opóźnień diagnostycznych i poprawa wczesnej wy-

► Dr hab. Jerzy Świerkot z Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych USK, konsultant wojewódzki w dziedzinie reumatologii województwa dolnośląskiego.

krywalności Reumatoidalnego Zapalenia Stawów. A wszystko po to, by chorzy nie musieli rezygnować z pracy albo mogli do niej wrócić po leczeniu. Projekt jest współfinansowany ze środków unijnych, a jego wartość to ponad 1,8 mln zł.

Dla kogo ten program?

Adresatem programu są pacjenci z województw dolnośląskiego, opolskiego i lubuskiego, znajdujący się w grupie ryzyka zachorowania na RZS. Są to osoby w wieku 18 – 67 lat, u których wystąpiły objawy:

- nieurazowy ból i obrzęk stawów trwający co najmniej 3 tygodnie niespowodowany urazem, brak rozpoznanej osteoporozy,
- sztywność poranna stawów trwająca powyżej 30 minut,
- stan podgorączkowy,
- ból mięśni,
- uczucie zmęczenia.

Bardziej szczegółowe kryteria znajdują się w pytaniach kwestionariusza, który pacjenci otrzymują do wypełnienia. Jeśli odpowiadają twierdząco na 6 z 11 pytań, to znaczy, że się kwalifikują do programu. Pierwszym krokiem jest zgłoszenie się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który uczestniczy w programie (kilkadziesiąt podmiotów). Kwestionariusz oraz lista poradni POZ są dostępne na stronie USK w zakładce „Projekty POWER”.

– Korzystanie z dodatkowych środków, w tym ze środków Unii Europejskiej ma wiele zalet. To między innymi możliwość sfinansowania potrzeb inwestycyjnych szpitala,

potrzeb szkoleniowych, czy też sfinansowanie inicjatyw w zakresie profilaktyki zdrowotnej skierowanej na potrzeby pacjentów. Aktywność w ich pozyskaniu przez USK tylko w 2017 r. zaowocowała dodatkowymi środkami dla szpitala na różne cele na kwotę ponad 35 mln zł, a ponad 37,5 mln zł czeka na ostateczne decyzje co do możliwości ich uruchomienia – mówi Mariola Dwornikowska-Dąbrowska, zastępca dyrektora ds. finansowych. – Niektóre programy przewidują możliwość zdobycia dodatkowych funduszy na uruchomienie mechanizmów motywacji dla zaangażowanego personelu w realizację danego projektu. Jeśli taki mechanizm został dopuszczony w projekcie, współpraca z personelem nabiera też innej perspektywy. Dla szpitala najważniejsze jest jednak to, że pracownicy chcą i angażują się w procesy pozyskania środków z dotacji unijnych, bez względu na to, czy otrzymają za to dodatkowe środki, często przedkładając swój własny interes na drugi plan. Środki europejskie dają szansę różnym instytucjom, w tym naszemu szpitalowi na zrealizowanie zadań, na które nie moglibyśmy sobie nigdy pozwolić, a dzięki ich zaangażowaniu dają nam wartość dodaną zarówno dla potencjalnych beneficjentów jak i grup docelowych projektu. Należy też pamiętać, że prawidłowa realizacja projektów, zwłaszcza finansowanych ze środków Unii Europejskiej nie jest łatwa. Dziś jesteśmy na początku tej drogi w tym projekcie. Dziękując za wkład merytoryczny personelowi medycznemu, życzę nam prawidłowej realizacji projektu dla dobra szpitala i jego pacjentów.

Poszukiwanie sposobu na przeszczep doskonały

„Wpływ prekondycjonowania nerki przez odległe niedokrwienie na jej funkcje po przeszczepieniu oraz ocena predykcji markerów NGAL i IL-18 w funkcjonowaniu graftu” – projekt autorstwa prof. dr. hab. Artura Pupki i lek. Agnieszki Lepieszy z Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej USK znalazł się w II etapie konkursu organizowanego przez „Puls Medycyny” na wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia Złoty Skalpel 2017. To jeden z tych projektów badawczych, który ma się przyczynić do poprawy wyników przeszczepienia nerek.

We wrocławskiej klinice wykonano dotychczas przeszło 1500 takich przeszczepów, a prof. Artur Pupka od lat pracuje nad udoskonalaniem metod transplantacji. Jest autorem przeszło 200 publikacji naukowych w czasopiśmie polskich i zagranicznych. Wymyślił i opatentował pojemnik do stałego chłodzenia nerki podczas wykonywania przeszczepu (doceniony m.in. w konkursie Złoty Skalpel 2010), dzięki któremu udało się wyeliminować czas tzw. ciepłego niedokrwienia (jest to czas wykonywania zespoleń pomiędzy naczyniami podczas przeszczepu narządu). W efekcie przeszczepiana nerka może podjąć funkcje wydalinicze bezpośrednio po zabiegu.

Prof. Artur Pupka, choć jest wybitnym naukowcem, znajduje czas na inne pasje. Od 2012 roku trenuje amatorsko triathlon i bieganie. Startował w kilkudziesięciu zawodach triathlonowych i biegowych. Trzykrotnie ukończył dystans Ironmana (3,8 km pływania/180 km jazdy rowerem/42,195 km biegu). Jest też lekarzem Kadry Narodowej Polskiego Związku Triathlonu.



fot. Tomasz Goła



Dziecko może odejść godnie i bez cierpienia

Kilka tygodni temu cała Europa żyła nagłaśnianą przez media historią ciężko chorego chłopczyka z Wielkiej Brytanii – Alfiego Evansa, który umarł kilka dni po tym, jak po nakazie sądowym odłączono go od aparatury podtrzymującej życie wbrew woli rodziców. Szczególnie bulwersujący i dla większości niezrozumiały był fakt, że nie pozwolono umierającego dziecka zabrać ani do innego szpitala, ani do domu. Czy w Polsce byłoby to możliwe?

Rodzice chłopca, który cierpiał na niezdiagnozowaną chorobą neurologiczną, chcieli w międzyczasie przenieść synka do innego szpitala, który podjąłby się próby diagnozy schorzenia, jednak i na to nie zgodzili się ani pracownicy szpitala, ani sąd, do którego się kilkakrotnie odwoływano. Rodzice zmuszeni byli przez kilka dni czekać przy łóżku szpitalnym na śmierć chłopca bez możliwości zapewnienia mu takich warunków i takiej opieki, o jaką bezskutecznie prosili. O tym, gdzie i kiedy miało umrzeć ich dziecko

zadecydował sąd, powołując się na literę prawa i dobro dziecka. W historii Alfiego Evansa, którą znamy co prawda jedynie z doniesień medialnych, dziwi jednak – i to nie tylko zwykłych ludzi, ale i specjalistów: lekarzy, którzy na co dzień stykają się z takimi przypadkami – to, że po stwierdzeniu przez szpital bezsensowności prowadzenia uporczywej terapii, nie pozwolono na przeniesienie dziecka choćby do ośrodka terapii paliatywnej, gdzie chłopczyk mógłby odejść godnie i z poszanowaniem praw dziecka i rodzica.

Czasem nie da się leczyć

– W całej tej sprawie, którą trudno jednoznacznie oceniać, bo nie mamy wystarczających danych, poza doniesieniami medialnymi, zaskakuje mnie to, że po pierwsze to nie lekarze podejmują decyzje, ale odwołują się do sądu. Ponadto wygląda na to, że nie chcą leczyć pacjenta i jednocześnie nie pozwa-

► – Zdarza się, że dzieci po wyjęciu rurki intubacyjnej i odłączeniu od respiratora samodzielnie oddychają – mówi profesor Barbara Królak-Olejnik.

lają wydać go do innego ośrodka wskazanego przez rodziców – mówi profesor Barbara Królak-Olejnik, kierownik Kliniki Neonatologii USK, która podkreśla, że choć w klinice neonatologicznej nie ma tak dużych pacjentów, bo tu trafiają dużo młodsze dzieci z o wiele krótszą historią chorobową, to zdarzają się jednak też przypadki nieuleczalnych chorób, kiedy mali pacjenci wymagają opieki paliatywnej, a nie uporczywego leczenia. Coraz częściej lekarze mają do czynienia z rzadkimi chorobami, które są bardzo trudne, a czasem wręcz niemożliwe do zdiagnozowania, co niesie za sobą brak skutecznego leczenia. Tacy pacjenci wymagają wówczas opieki paliatywnej. A w tego typu sytuacjach najważniejsze stają się długie i skuteczne rozmowy z rodzicami, którzy ostatecznie decydują o tym, gdzie umieścić dziecko, pod warunkiem, że w danym miejscu są do tego stworzone odpowiednie warunki.

– To podczas rozmów z rodzicami

ustalane jest postępowanie paliatywne, wskazujemy hospicjum, które sprawować może dalszą opiekę, ale ostateczna decyzja należy do rodziców – tłumaczy profesor. – W naszym szpitalu mieliśmy np. sytuację wysyłania dziecka na prośbę rodziców do USA. Rodzice pokryli koszty transportu, a my konsultowaliśmy się z personelem, który miał przejąć dziecko, w celu zabezpieczeniu czynności życiowych małego pacjenta.

Umrzeć można w domu

Zarówno w Polsce, jak i w Europie czy na całym świecie istnieją ośrodki opieki paliatywnej. Tam nieuleczalnie chorzy pacjenci, a także ich rodziny otrzymują kompleksową pomoc. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym działa też hospicjum perinatalne, które powstało jako jedno z pierwszych w Polsce. W jego ramach zespół specjalistów zajmuje się profesjonalną opieką także nad dziećmi już urodzonymi z wadami uniemożliwiającymi samodzielne życie.

– Zdarza się, że dzieci po wyjęciu rurki intubacyjnej i odłączeniu od respiratora samodzielnie oddychają – podkreśla profesor Królak-Olejnik, która od kilku lat współpracuje z Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska w ramach hospicjum perinatalnego. – Zdarza się, że w opiece paliatywnej rezygnujemy z upo-

rczywej wentylacji mechanicznej pozostawiając dziecko na wsparciu oddechu czy na nieinwazyjnej wentylacji. Jest wiele takich dzieci, których rodzice decydują się na domową opiekę hospicyjną, czasami także na hospicyjną wentylację domową. To, że dziecko teraz samodzielnie oddycha nie oznacza, że nie będzie potrzebowało za chwilę pomocy specjalistów. Dlaczego w przypadku tego chłopca było inaczej – tego nie wiem.

W ośrodku perinatalnej opieki paliatywnej przy USK w ramach programu RAZEM z Kliniką Ginekologii i Położnictwa oraz Kliniką Neonatologii współpracuje także Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska, fundacja Evangelium Vitae i Fundacja Uniwersytetu Medycznego. W zespole hospicjum koordynowanym przez położną rodzice i mali pacjenci mają do dyspozycji położnika, perinatologa, neonatologa, genetyka, kardiologa, chirurga oraz innych specjalistów, w tym psychologa, w zależności od indywidualnych potrzeb. Tutaj nie tylko dzieci, ale przede wszystkim ich rodzice mają stworzone odpowiednie warunki z poszanowaniem praw i godności człowieka do tego, aby pogodzić się ze zbliżającą się śmiercią, która ma przecież położyć kres cierpieniu ich najbliższych.



fot. Tomasz Gola

Ortopedzi przecierają szlaki



Zanim okazało się, że cierpi na nowotwór, pacjent łączył ból w kolanie z tym, że dużo jeździ na rolkach. Gdy diagnoza potwierdziła guza, okazało się, że operowanie tradycyjną metodą jest niemożliwe: doprowadziłoby to do usztywnienia kolana. Dlatego ortopedzi z USK podjęli się innowacyjnej operacji. Usunęli rzepkę zajęętą guzem i przeszczepili choremu rzepkę pobraną od zmarłego dawcy. Zrobili to jako drudzy na świecie, a pierwsi w Europie. Pacjent odzyskał nie tylko zdrowie, ale i sprawność w kolanie.

Problemy zdrowotne 40-letniego Remigiusza Cedzidło zaczęły się ok. trzech lat temu. Jeździł wówczas intensywnie na rolkach i kiedy pojawiły się pierwsze bóle prawego kolana, sądził, że wiąże się właśnie z tym. Postanowił zrobić przerwę, ale ból nie mijał. Aż w końcu potknął się na schodach i trafił na ostry dyżur. Zdiagnozowano u niego uraz skrajny stawu kolanowego i został odpowiednio zaopatrzony. Zupełnie przypadkowo wykryto u niego zmianę w rzeponce. Wyniki biopsji okazały się dla niego druzgocące. Wtedy po raz pierwszy usłyszał diagnozę: nowotwór, a konkretnie guz

olbrzymiokomórkowy. Przyznaje, że poczuł tylko żal do losu, że coś takiego spotkało go w tak młodym wieku. W dodatku perspektywy nie były obiecujące. W najlepszym razie czekało go życie ze sztywnym kolaniem.

– Pacjent później diagnozował się w poradniach ortopedycznych i na pewien czas zaniechał leczenia – mówi dr Szymon Dragan jr. z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. – Wrócił do naszej kliniki z silnym bólem kolana wynikającym z nowotworu, który znajdował się w rzeponce. Guz był izolowanym

nowotworem, nie przekraczał granic rzepek. Pacjent zakwalifikowany został do leczenia operacyjnego.

Ból był tak silny, że pan Remigiusz nie tylko nie mógł pracować, ale i uniemożliwiał mu to normalne funkcjonowanie. Dlatego nie wahał się, gdy lekarze zaproponowali mu niestandardową operację, która jednak była dla niego szansą.

Szukali innego rozwiązania

Specjaliści podkreślają, że guz olbrzymiokomórkowy występuje dość często w ortopedii, natomiast w tej lokalizacji jest bardzo rzadki. Niewiele takich nowotworów w ciągu ostatniego wieku zostało opisanych. Według medycznej literatury to nie więcej niż 150 przypadków na świecie. Jednocześnie nie było możliwości klasycznego leczenia, typowego dla tego typu nowotworu.

Kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK i ojciec dr. Szymona Dragana prof. Szymon Dragan podkreśla, że standardowo wykonuje się u takich pacjentów wycięcie guza i uzupełnienie łoża po nim przeszczepami kostnymi lub materiałem kościostępującym.

– Czasami stosuje się także endoprotezy porsekcyjne. W tym przy-

► Operacja wymagała od całego zespołu wielomiesięcznych przygotowań i precyzyjnego planu.



► Remigiusz Cedzidło sądził, że przeciążył kolano podczas jazdy na rolkach. Nie spodziewał się, że to nowotwór.



► Dzięki zabiegowi pacjent odzyskał pełną funkcję kolana.

Zabieg wykonywany był przez zespół w składzie: dr Szymon Dragan (ortopeda), dr Krzysztof Zimmer (mikrochirurg), lek. Łukasz Mucha (ortopeda), nadzorujący zabieg - prof. Szymon Dragan (ortopeda), Paweł Mikołajczyk (pielęgniarka instrumentariusz), Krystyna Molka (pielęgniarka instrumentariuszka pomagająca), lek. Hanna Gordziewicz (anestezjolog), Małgorzata Perec (pielęgniarka anestezjologiczna).

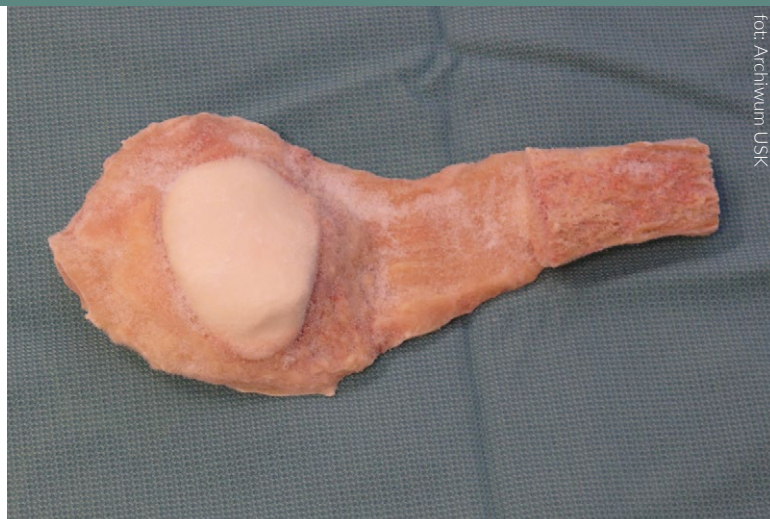


foto: Archiwum USK

► Materiałem do przeszczepu były m.in. wypreparowane ze zwłok: rzepka, więzadło rzepki, ścięgno mięśnia czwórgłowego i fragment kości piszczelowej.

padku było to niemożliwe, trzeba było zrekonstruować tzw. aparat wyprostny, by możliwe było u pacjenta prostowanie stawu kolanowego. W związku z tym podjęliśmy decyzję o przeszczepie – wyjaśnia prof. Dragan.

– Poszukiwaliśmy innowacyjnych rozwiązań: takich, które by pozwoliły pacjentowi na powrót do normalnej funkcji stawu. Zastanawialiśmy się, co możemy dla pacjenta zrobić i doszliśmy do wniosku, że właśnie przeszczep całego aparatu wyprostnego stawu kolanowego – łącznie z rzepką, czyli kością zajęta przez nowotwór, będzie najrozsądniejszym rozwiązaniem. Było tu oczywiście pewne ryzyko, bo zgodnie z naszą wiedzą miał to być drugi tego typu zabieg wykonany na świecie przy tym rozpoznaniu – dodaje dr Dragan.

Czy to się uda?

Lekarze mieli sporo wątpliwości. Problemy mogły być bardzo różnorodne, łącznie z odrzuceniem przeszczepu czy brakiem wygajania się części kostnych. Pacjent mógł też nie zaakceptować tego przeszczepu.

– To była dość długa droga. Nie była to decyzja podejmowana w ciągu kilku dni, tylko kilku miesięcy, z dużymi wątpliwościami, z przesłaniem piśmiennictwa, literatury, z wyjaśnieniem każdego kroku tego zabiegu operacyjnego. Było to duże wyzwanie – przyznaje prof. Dragan. – Mielśmy zastosować przeszczep allogenny, pobrany ze zwłok. Nie wiedzieliśmy, czy się „przyjmie”. Podjęliśmy decyzję, że nie będziemy stosowali żadnej immunosupresji, czyli nie będą osłabiane siły odpornościowe organizmu po to, żeby ułatwić funkcjonowanie przeszczepu. Poza tym nie wiedzieliśmy, jak zachowa się martwa kość – przeszczepiona w „żywy” staw kolanowy i czy osiągniemy założony cel, czyli czy pacjent wróci do pracy i czy będzie normalnie funkcjonował – podkreśla chirurg ortopeda.

Do tego wszystkiego dochodzi-

ła świadomość lekarzy, że podejmują się niestandardowego zabiegu. Wcześniej na świecie wykonano tylko jedną taką udokumentowaną i opisaną w czasopiśmie medycznym operację w guzie olbrzymiokomórkowym, było to kilka lat temu w Indiach. Prof. Dragan podkreśla, że na decyzję o przeszczepie allogennym miał wpływ fakt, że USK jest jednym z najlepszych i najnowocześniejszych ośrodków medycznych, w którym dobrze układa się współpraca interdyscyplinarna. – Podjęliśmy to ryzyko, bo jesteśmy chirurgami, pracujemy w jednym z najlepszych szpitali w Polsce, jeżeli nie w Europie Środkowo-wschodniej. Szpital jest wspaniale wyposażony i jednocześnie dąży do tego, żeby stworzyć tutaj centrum doskonałości w wybranych dziedzinach medycyny, zwłaszcza ortopedycznej – mówi prof. Dragan.

Materiał do przeszczepu został przygotowany przez bank tkanek Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach. Chodziło m.in. o wypreparowaną ze zwłok rzepkę, więzadło rzepki, ścięgno mięśnia czwórgłowego i fragment kości piszczelowej.

Jest sprawny, pracuje

Zabieg przeprowadzono koło roku temu. Lekarze długo czekali na ogłoszenie swojego sukcesu. Chcieli mieć stuprocentową pewność, że wszystko się udało i nie ma żadnych powikłań. Dziś jest to oczywiste.

– Pół roku po operacji wróciłem do pracy – mówi Remigiusz Cedzidło. – Ból minął, świetnie się czuję. Wróciłem do pełnej sprawności fizycznej i staram się być jak najbardziej aktywny, choć lekarze każą mi oszczędzać nogę. Jednak mogę spacerować, a nawet jeździć na rowerze i robić wszystko, byle nie obciążać stawu kolanowego.

Pacjent czasem myśli o ty, że ma w sobie czyjąś rzepkę. Jednak cieszy go, że ktoś mu pomógł i że medycyna ma dziś tak wielkie możliwości. Dzięki nim zachował

sprawność i może normalnie żyć.

Nie tylko samopoczucie pacjenta, ale i wszystkie badania kontrolne wykazują prawidłową funkcję i przebudowę przeszczepionego aparatu. Nowotwór mieścił się w rzepce. Została ona w całości usunięta.

– Na szczęście nie znaleźliśmy żadnych cech „przejścia” nowotworu poza rzepkę – dodaje prof. Szymon Dragan.

Doświadczenia medycyny sportowej

W zespole przeprowadzającym zabieg operował też mikrochirurg, specjalista medycyny sportowej i ortopeda dr Krzysztof Zimmer, który zwrócił uwagę na to, że w tym zabiegu procentowały również doświadczenia z medycyny sportowej – przede wszystkim z przeszczepami allogennymi ścięgien i tkanek miękkich.

– Ta operacja jest przykładem, jak z typowej onkologicznej chirurgii resekcyjnej przechodzimy do bardzo skutecznej chirurgii rekonstrukcyjnej. Następuje nie tylko usunięcie samej podstawowej



foto: Tomasz Goła

► W zespole przeprowadzającym zabieg operował też mikrochirurg, specjalista medycyny sportowej i ortopeda dr Krzysztof Zimmer.

choroby, ale również odbudowanie, przywrócenie funkcji bardzo skomplikowanego mechanizmu, jakim jest aparat wyprostny kolana – wyjaśnia dr Zimmer.

Dodaje, że na tym też polegała trudność i złożoność, a w związku z tym konieczność interdyscyplinarnej współpracy w tej operacji.

– Umieszczenie przeszczepianej rzepki wymaga precyzji i dokładności do jednego milimetra. Prze-

suniecie osi tej rzepki i całego aparatu wyprostnego o jeden milimetr może spowodować, że będzie za luźna albo pojawi się za duże przyparcie. Takiej operacji nie da się zrobić „z biegu”, dlatego musieliśmy się do niej przygotowywać. Stosujemy najnowsze techniki mocowania, m.in. kotwice, które najpierw znalazły zastosowanie w medycynie sportowej – mówi dr Zimmer.



foto: Tomasz Goła

► Świetną tradycję wrocławskiej ortopedii kontynuuje młode pokolenie. Na zdjęciu prof. Szymon Dragan – ojciec i dr Szymon Dragan – syn.

Nowotwory głowy i szyi – nigdy dość edukacji



„Całościowa opieka nad pacjentem w chorobach nowotworowych w obrębie głowy i szyi” – to tytuł konferencji, zorganizowanej 20 kwietnia br. przez koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego działające przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu i kierowane przez Ewę Postowicz. Podczas spotkania ok. 100 pielęgniarek, nie tylko z USK, ale i innych wrocławskich ośrodków, wysłuchało wykładów specjalistów, m.in. na temat diagnostyki, leczenia i pielęgnacji chorych z nowotworami głowy i szyi.

– To już trzecia naukowa konferencja przygotowana przez nasze koło – mówi Małgorzata Gdesz, kierownik Działu Organizacji Opieki nad Pacjentami i sekretarz zarządu koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy USK. – Poprzednie dotyczyły leczenia ran i cukrzycy. Zastanawiając się nad wyborem tematu przewodniego tego rocznej konferencji, doszliśmy do wniosku, że problem nowotworów w obrębie głowy i szyi jest wciąż powszechnie mało znany. Najlepszym dowodem na brak społecznej świadomości są twarde dane medyczne: w Polsce blisko połowa chorych umiera w ciągu pięciu lat od diagnozy. Większość pacjentów zgłasza się do specjalistów dopiero wtedy, gdy choroba jest zaawansowana, nowotwór obejmuje kolejne tkanki i pozostaje już jedynie leczenie paliatywne. Tymczasem, jak wskazują eksperci, podjęcie terapii w odpowiednim momencie, w wielu przypadkach daje szansę na całkowite wyleczenie.

Jak podkreśla Małgorzata Gdesz, edukować trzeba nie tylko pacjentów, ale także personel medyczny. Nowotwory głowy i szyi

rozwijają się podstępnie. Większość z nich potrafi doskonale uspić czujność pacjenta, a nawet personelu medycznego. Takie objawy, jak chrypka czy ból gardła bywają lekceważone. Są bowiem charakte-

bardziej narażone są osoby w wieku 40–69 lat. W ostatnich latach rośnie jednak liczba chorych znacznie młodszych, poniżej 40. r.ż. W tej grupie głównym czynnikiem ryzyka jest wirus HPV.

Trzeba działać!

Nowotwory głowy i szyi rozwijają się w błonie śluzowej górnych dróg oddechowych i przełyku – w jamie ustnej, gardle, krtani, jamie nosowej i zatokach. Mogą one powstawać także w śliniankach, tarczycy i gruczołach przytarczycowych, tkance miękkiej, kościach i skórze. Według danych Ministerstwa Zdrowia, każdego roku rozpoznaje się je w Polsce u 11 tysięcy osób, a u 60 proc. pacjentów diagnozowane są dopiero w 3. lub 4. stadium zaawansowania. Podjęcie skutecznej terapii zależy od wczesnego wykrycia nowotworu. W 1. stadium choroby, szanse na wyleczenie sięgają 95 proc. Ministerstwo szacuje, że w ramach programów profilaktycznych do 2023 r. przebadanych zostanie ok. 70 tys. osób z grupy ryzyka.

O zakwalifikowaniu pacjenta do badań diagnostycznych decyduje lekarz wypełniający ankietę z opisem rozpoznanych objawów. Programem badań przesiewowych są objęte osoby w wieku 40–65 lat, wieloletni palacze, osoby nadużywające alkoholu oraz zagrożone wirusem brodawczaka ludzkiego.

rystyczne dla infekcji wirusowych lub bakteryjnych i nietrudno ich nie skojarzyć z chorobą nowotworową. Głównymi czynnikami ryzyka rozwoju tych nowotworów są: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, oraz wirus HPV, którym możemy się zakażać m.in. poprzez ryzykowne zachowania seksualne. Podobnie jak w większości innych nowotworów, ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem. Naj-

bardziej narażone są osoby w wieku 40–69 lat. W ostatnich latach rośnie jednak liczba chorych znacznie młodszych, poniżej 40. r.ż. W tej grupie głównym czynnikiem ryzyka jest wirus HPV.

– Szerzenie wiedzy na ten temat zapewne przyczyni się do zwiększenia czujności zarówno pacjentów jak i personelu medycznego, co z kolei zwiększy szansę na wczesne wykrycie nowotworu i skuteczne leczenie – dodaje Małgorzata Gdesz.

Podczas konferencji uczestnicy dowiedzieli się min., jakie są przyczyny, objawy oraz metody leczenia nowotworów jamy ustnej i krtani. Zagadnienia te zostały przedstawione przez prof. Hannę Gerber z Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej USK oraz dr Katarzynę Pazdro z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Joanna Marchlewicz – pielęgniarka oddziałowa z Kliniki Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zapoznała uczestników konferen-

► W wykładach przygotowanych podczas konferencji uczestniczyło ok. stu pielęgniarek.

cji z nowoczesną metodą leczenia nowotworów, jaką jest radioterapia protonowa, przedstawiła również problemy pielęgnacyjne związane z zastosowaniem tej terapii.

O opiece pielęgniarskiej nad pacjentem, u którego stosowana jest brachyterapia, opowiedziała Beata Dolecka – pielęgniarka z Dolnośląskiego Centrum Onkologii, natomiast Dominika Żogała, pielęgniarka z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK przedstawiła problemy pielęgnacyjne występujące u pacjentów po laryngektomii. O tym, jak ważna jest i na czym polega rehabilitacja oraz pomoc psychologiczna u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową w obrębie głowy i szyi opowiedzieli Roman Hawro i Anna Dudek z Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Poprawa jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową poprzez zastosowanie czepka chłodzącego u pacjentów onkologicznych to kolejny temat konferencji przedstawiony przez Dorotę Kluczyńską – pielęgniarkę oddziałową Oddziału Onkologii w USK. Dagmara Józefowska, pielęgniarka z wieloletnim doświadczeniem w opiece długoterminowej, opowiedziała o przygotowaniu rodziny do opieki nad pacjentem z rozpoznaną chorobą nowotworową w obrębie głowy i szyi.

Program profilaktyki

„Program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi na terenie województw: dolnośląskiego, lubuskiego i opolskiego” jest realizowany od 1 października 2017 r. przez Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu w partnerstwie z Dolnośląskim Związkiem Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców. Program trwa do końca 2019 roku. Jego głównym celem jest podniesienie świadomości społecznej oraz pracowników ochrony zdrowia na temat nowotworów głowy i szyi. W jego ramach organizowane są specjalistyczne kursy i warsztaty. Celem szczegółowe programu to:

- objęcie badaniami w zakresie nowotworów głowy i szyi minimum 4800 osób zagrożonych zachorowaniem z terenów województwa dolnośląskiego, lubuskiego i opolskiego,
- podniesienie kompetencji w zakresie nowotworów głowy i szyi min. 102 osób kadry medycznej
- wzmocnienie współpracy pomiędzy podmiotami leczniczymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i oraz szpitalem wyspospecjalistycznym.



► Prof. Hanna Gerber kierownik Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej przedstawiła medyczne aspekty nowotworów głowy i szyi.

Konsultant jak centrum dowodzenia

foto: Tomasz Goła



Od 1 maja br. funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie otolaryngologii na Dolnym Śląsku pełni dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK.

Czy ma Pan konkretne plany, związane z nowym stanowiskiem?

Dr hab. Tomasz Zatoński: Tak, na początek chcę poznać dokładnie sytuację otolaryngologii w regionie, by mieć precyzyjny obraz problemów do rozwiązania. W tym celu zamierzam dotrzeć do tych, którzy zajmują się tą dziedziną w praktyce, czyli do szefów szpitalnych oddziałów i przychodni specjalistycznych. Planuję objazd po całym województwie, bo chciałbym wiedzieć, jaki jest naprawdę czas oczekiwania na konsultacje specjalistyczne, jaka jest dostępność do zabiegów, z jakimi problemami borykają się lekarze, itp. w różnych obszarach regionu. Chodzi mi także o mniejsze ośrodki. Jeszcze kilka lat temu mieliśmy w Polsce nadmiar laryngologów, a na Dolnym Śląsku pracowało ich więcej niż w całej Wielkiej Brytanii. Czy jest tak także obecnie i czy sama liczba lekarzy przekłada się na dobrą opiekę nad wszystkimi pacjentami - tego mam nadzieję dowiem się po spotkaniach w terenie. To według mnie najlepszy sposób oceny sytuacji, znacznie skuteczniejszy niż diagnozowanie zza biurka. A diagnoza jest konieczna, pozwoli mi wyznaczyć sobie dalsze działania.

Należy Pan do tych lekarzy i naukowców, którzy są niezwykle aktywni także w działaniach na rzecz promocji zdrowego stylu życia, by wspomnieć choćby Bieg Uniwersytetu Medycznego czy akcję „Uruchamiamy dzieciaki”. Jest Pan ich inicjatorem i, jak widać, nie brakuje Panu pomysłów tego typu. Czy nowa, odpowiedzialna przecież funkcja, nie spowoduje,

że będzie się Pan mniej angażował w takie wydarzenia?

Dr hab. Tomasz Zatoński: Mam nadzieję, że tak się nie stanie, bo przecież wszelkie działania związane z profilaktyką zdrowotną, w które się angażuję, wiążą się z moją pracą zawodową. Można by zapytać, jaki związek z laryngologią ma np. akcja „Uruchamiamy dzieciaki”, której głównym celem jest promocja aktywnego trybu życia wśród dzieci i młodzieży? Tylko pozornie to odległe kwestie. Przypomnę, że podczas ostatniej edycji akcji przeprowadziliśmy badanie 3,5 tysiąca uczniów wrocławskich szkół podstawowych i gimnazjów, także pod kątem zagrożeń laryngologicznych. Bardzo się cieszę, że mamy własne badanie, dotyczące populacji naszych, wrocławskich dzieci, a nie musimy bazować na ustaleniach innych ośrodków. To duża wartość.

Co wynikło z tych badań?

Dr hab. Tomasz Zatoński: Jednym z bardziej niepokojących ustaleń jest wysoki odsetek dzieci z niedosłuchem w najmłodszej z badanych grup, czyli uczniów I-III klas podstawowych. To problem trudny do zdiagnozowania: dziecko samo nie powie, że gorzej słyszy, tym bardziej więc wymaga uwagi dorosłych. Przy braku zainteresowania nietrudno przeoczyć takie symptomy, jak np. to, że dziecko głośno słucha bajki albo nie reaguje na polecenia. Bywa, że się je bierze za objaw nieposłuszeństwa, gdy tymczasem to efekt gorszego słyszenia. Zarówno rodzice, jak i nauczyciele powinni to dostrzegać i nie lek-

cewać, bo możemy mieć potem problem z prawidłowym rozwojem psychofizycznym. Mowa rozwija się u człowieka od ok. 6. miesiąca do 8. roku życia. Gdy dziecko źle słyszy, ten proces może zostać zaburzony. Inny istotny z punktu widzenia naukowego wniosek dotyczy związku chorób laryngologicznych z nadwagą i otyłością. Okazuje się, że istnieje tu bezpośrednia korelacja. Z przerostem migdałka podniebiennego mamy do czynienia znacznie częściej u dzieci z wyższą wagą od prawidłowej. Jak można się spodziewać, z ankiet też wynika wprost zależność między nawykami żywieniowymi i trybem życia a nadwagą. Stąd kolejne przesłanie dla rodziców, jak ważne i jak w wielu aspektach jest dbanie o codzienne nawyki, czyli aktywność fizyczną i prawidłową dietę.

Dla konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie laryngologii zapewne ważnym pozostanie też problem nowotworów głowy i szyi? To także temat, którym zajmował się Pan dotąd, angażując się w kampanie edukacyjne.

Dr hab. Tomasz Zatoński: W tej kwestii jest wciąż wiele do zrobienia. Wieloletnie akcje uświadamiające społeczeństwo o tych zagrożeniach powoli przynoszą efekty, ale nadal zbyt wielu pacjentów trafia do specjalistów w zaawansowanym stadium choroby, gdy możemy im już zaoferować jedynie opiekę paliatywną. Z kampaniami staramy się docierać do różnych środowisk, także do młodych ludzi w szkołach, bo czasem ich uwaga może uratować bliską osobę z rodziny. W kwestii nowotworów nie ma

Konsultanci w USK

Wiedza i doświadczenie lekarzy USK wykorzystywana jest także poza ośrodkiem. Krajowym konsultantem w dziedzinie nefrologii dziecięcej jest prof. Danuta Zwolińska z Kliniki Nefrologii Pediatricznej, a prof. Joanna Maj z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii pełni funkcję krajowego konsultanta z dziedziny dermatologii i wenerologii. Ponadto pracownikami naszego szpitala jest wielu konsultantów wojewódzkich:

- Prof. Bernard Panaszek z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii (alergologia),
- lek. Mirosław Gibek z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii (anestezjologia i intensywna terapia),
- dr Andrzej Dołyk z Kliniki Angiologii i Nadciśnienia Tętniczego (angiologia)
- Prof. Maciej Bagłaż z Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej (chirurgia dziecięca),
- dr hab. Paweł Domostawski z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej (chirurgia ogólna),
- prof. Grzegorz Mazur z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego (choroby wewnętrzne),
- prof. Rajmund Adamiec z Kliniki Angiologii i Nadciśnienia Tętniczego (diabetologia),
- mgr Olga Fedorowicz, kierownik Apteki Szpitalnej (farmacja szpitalna),
- dr hab. Elżbieta Poniewierka z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii (gastroenterologia),
- prof. Barbara Iwańczak z Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia (gastroenterologia dziecięca),
- dr Zbigniew Machaj z Kliniki Geriatrii (geriatria),
- prof. Lidia Usnarska-Zubkiewicz z Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku (hematologia),
- dr Anna Szymańska-Chabowska z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego (hipertensjologia),
- prof. Marek Jasiński z Kliniki Chirurgii Serca (kardiochirurgia),
- dr Ewa Maśłowska z Kliniki Pediatrii, Alergologii i Kardiologii (kardiologia dziecięca),
- prof. Magdalena Krajewska z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej (nefrologia),
- dr hab. Irena Makulska z Kliniki Nefrologii Pediatricznej (nefrologia dziecięca),
- prof. Włodzimierz Jarmundowicz z Kliniki Neurochirurgii (neurochirurgia),
- dr hab. Maria Ejma z Kliniki Neurologii (neurologia),
- dr Ewa Willak-Janc z Kliniki Pediatrii, Alergologii i Kardiologii (pediatria),
- mgr Dorota Milecka (pielęgniarstwo pediatryczne),
- dr hab. Radosław Kaczmarek z Kliniki Okulistyki (okulistyka),
- prof. Bernarda Kazanowska z Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej (onkologia i hematologia dziecięca),
- dr hab. Tomasz Zatoński z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi (otolaryngologia),
- dr hab. Urszula Zaleska-Dorobisz z Zakładu Radiologii Ogólnej i Pediatricznej (radiologia i diagnostyka obrazowa),
- dr hab. Jerzy Świerkot (reumatologia),
- dr Ryszard Smoliński (seksuologia),
- dr Paweł Chudoba (transplantologia kliniczna),
- prof. Romuald Zdrojowy z Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej (urologia),
- prof. Wojciech Apoznański z Kliniki Chirurgii Pediatricznej (urologia dziecięca)
- dr Bogusław Beck (zdrowie publiczne).

już u nas wymówki, że trudno się dostać do specjalisty albo że trzeba czekać długo w kolejce. Obowiązuje szybka ścieżka onkologiczna, a założenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego skutkuje tym, że od podejrzenia choroby do konsultacji specjalistycznej nie może upłynąć więcej niż dwa tygodnie. I to działa. Kłopot w tym, by dotrzeć do ludzi z przekazem, że nie wolno lekceważyć np. długo utrzymującej się chrypki czy guza na szyi. Sporym wyzwaniem

jest też przekonanie, że wszelkie alternatywne, „naturalne” i „cudowne” terapie nie mogą zastąpić medycyny. Jako konsultant dolnośląski chciałbym stworzyć sprawnie działającą sieć kontaktów z laryngologami w całym regionie, także po to, by koordynować wszelkie akcje profilaktyczne i by informacja o nich była powszechnie dostępna. Chodzi o to, aby dotrzeć z edukacją do jak największej liczby pacjentów.

Niezwyciężeni także na boisku

fot. Archiwum prywatne



W rozegranym 14 kwietnia we Wrocławiu Dolnośląskim Turnieju Szóstek Olimpijskich na FC Olimpijskim wygrał zespół, którego kapitanem jest dr hab. Paweł Tabakow, szef Kliniki Neurochirurgii USK. Jego drużyna, w skład której wchodzi też inni lekarze USK, pokonała osiem zespołów z Dolnego Śląska. Ponadto grający w zespole Bartosz Woźniak został najlepszym bramkarzem turnieju, a Filip Inglot MVP meczu finałowego. Trenerem tego zespołu jest Krystian Lamberski.



fot. Archiwum prywatne

► W górnym rzędzie od lewej: Dawid Knopik (grający trener), Adrian Lenek (grający trener), Krystian Lamberski (grający trener), Marcin Protasiewicz (Klinika Kardiologii), Konstanty Gurański (Klinika Neurologii). W dolnym rzędzie od lewej: Bartosz Woźniak (Klinika Neurochirurgii), Paweł Tabakow (Klinika Neurochirurgii), Filip Inglot (student), Wojciech Różański (Klinika Gastroenterologii USK).

RODO zgodnie z wymogami

25 maja br. wchodzi w życie przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).

RODO to duże wyzwanie dla wszystkich, których prawa i obowiązki akt ten reguluje. Jednym z celów przyświecających projektodawcom RODO było zapewnienie skuteczności ochrony danych osobowych w zmieniających się środowiskach: technologicznym, organizacyjnym i gospodarczym w całej Unii Europejskiej. RODO wprowadza szczególne instrumenty prawne i mechanizmy odnoszące się do specyfiki gospodarki cyfrowej. Pojawiają się nowe lub zdefiniowane na nowo prawa, m.in.: prawo do usunięcia danych i prawo do zapomnienia oraz prawo do przenoszenia danych. Ponadto wprowadzono koncepcje, które dotąd były jedynie postulatami o charakterze teoretycznym, m.in.: zapewnienie ochrony danych na etapie projektowania, domyślna ochrona danych i zgłaszanie naruszeń ochrony danych osobowych. Zmodyfikowano również dotychczasowe zasady dotyczące automatycznego podejmowania decyzji opartych przede wszystkim na profilowaniu.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego dostosował swoje przepisy w dziedzinie ochrony danych osobowych i od dnia 25 maja 2018 r. rozpoczyna stosowanie wymogów RODO. W szpitalu funkcjonuje Inspektor Ochrony Danych (IOD), który zastąpił dotychczasowego Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI). Szczegółowe informacje dla pacjentów szpitala związane z RODO znajdują się na stronie internetowej szpitala w zakładce „Dla pacjenta”.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru: Nieznane kusi.

Nagrody (książki „Stulecie chirurgów”) otrzymują: Magdalena Majewska, Leszek Zarzecki, Bożena Włodyga.

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Nagrodzonych wybieramy 7 czerwca

BOROWSKA213

Rozwiązanie krzyżówki:

Imię:

Nazwisko:

Telefon:

PILOT WYCIECZKI	PAŃSTWO W HIMALAJACH	DAWNY DŁUGODYSTANSOWIEC ANGLIJSKI	NAZWISKO POLSKICH MALARZY ODWET	NAPÓJ, NAJCZĘŚCIJ ALKOHOŁOWY	UTWÓR POETYCKI	PIERWSZE DRUKOWANE WYDANIE Z KURANTEM
KABALEA	REGUŁA	8			RE	
	16					11
NOTATKA				WĘGIEŃSKI SKRZYPEK I PEDAGOG MUZYCZNY		
PAŃSTWO NAPOLEONA	5		9			
					DAWNY WYWIACHIACZ PŁAM CZYTA DIALOGI W FILMIE	13
15						
CZEŚĆ WIELKIEJ Brytania			IMIE OLSENA, SZEFA GANGU W FILMACH DUNSKICH	7	WYDOBYWA SIĘ Z WULKANU	
		4	ILHAN, PIĘKARZ TURECKI	2		SALA AKADEMICKA
PIERWIASTEK W WODZIE MORSKIEJ			AUTOR OPOWIADANIA		SREBRZYSTOBIĄŁY METAL	
ODDALENIE		WILHELM AUGUST, PEDAGOG NIEMIECKI	“WILLIAM WILSON”		FILM W REŻYSERII PAWŁA PAWLIKOWSKIEGO, NAGRODZONY OSCAREM	
						3
	6	17		10	W PRAWIE KARNYM: WINA UMYŚLNA	14
ZIELEŃ PIGMENTOWA		UŻYWANA DO POKRYWANIA POWIERZCHNI DREWNA	12	DAWNY STĄTEK ŻAGLOWY	1	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

BOROWSKA213



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU

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

Teksty i redakcja:
Alicja Giedroyc

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

STUDIO MANAT
Skład: www.studiomanat.com