

Implanty słuchowe wreszcie we Wrocławiu



fol: Tomasz Golla

Pacjenci z głębokim niedosłuchem z Dolnego Śląska nie muszą już szukać pomocy poza regionem. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu dołączył do ośrodków wszczepiających implanty ślimakowe. Realizowany w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK Dolnośląski Program Implantów Słuchowych obejmuje nie tylko wszczepianie urządzeń, ale także rehabilitację po zabiegu, która jest niezmiernie ważnym elementem w powrocie ze świata ciszy. We Wrocławiu na pomoc mogą liczyć wszystkie grupy pacjentów: od małych dzieci do najstarszych osób. Planuje się wykonywanie ok. stu takich zabiegów rocznie.

Czytaj na str. 3

Prof. Piotr Ponikowski z Dolnośląskim Kluczem Sukcesu



fol: Archiwum USK

Uroczysta gala wręczenia nagród XXIII edycji Dolnośląskiego Klucza Sukcesu odbyła się 19 września br. w Arboretum w Wojsławicach. Prof. Piotr Ponikowski otrzymał tytuł Największej Osobowości w Promocji Dolnego Śląska.

Dolnośląski Klucz Sukcesu to tytuł, przyznawany w kilku kategoriach corocznie od 1997 r. przez Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Dolnego Śląska. Cieszy się on dużym zainteresowaniem i uznaniem w środowiskach gospodarczych, kulturalnych i samorządowych regionu. W ocenie zgłaszanych kandydatów Kapituła Wyróżnienia, której przewodniczy dr Bogdan Cybulski, bierze pod uwagę nie tylko dokonania osób nominowanych, ale także ich funkcjonowanie w najbliższym otoczeniu. Liczy się m.in., czy kandydat spełnia swoje powinności publiczne, czy współpracuje z władzami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi. W dwudziestu dwóch poprzednich edycjach wręczono ponad 250 kluczy, a nominowanych do wyróżnienia było ponad 970 podmiotów. Prof. Piotr Ponikowski pełni obowiązki rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Jest także kierownikiem Centrum Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Ratować przed amputacją



Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych, obrzęk limfatyczny, przewlekłe owrzodzenia kończyn – to niektóre schorzenia, z jakimi trafiają pacjenci do Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii USK. Łączy je ryzyko inwalidztwa a nawet utraty kończyny. Nowy szef kliniki chce w jak największym stopniu ograniczyć niepełnosprawność oraz amputacje, będące dla chorego zawsze dramatem.

Czytaj na str. 4

Jak milion dolarów



Milion dolarów – na tyle wycenili lekarze w USA operację kręgosłupa u 4-letniego chłopczyka z Polski z rzadkim zespołem wad genetycznych. Bez tej operacji dziecko mogłoby umrzeć. Zdeformowany kręgosłup dosłownie miażdżył jego narządy wewnętrzne, m.in. płuca. Trudnego zabiegu podjęli się lekarze z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK, którzy zrobili to po prostu w ramach swojej pracy.

Czytaj na str. 5

Zabójcza opalenizna



Wizyta u dermatologa raz w roku, nielekceważenie powiększających się lub zmieniających kształt znamion na skórze, a przede wszystkim unikanie nadmiaru słońca i solarium – to podstawowe zasady profilaktyki nowotworów skóry. Niestety, moda na opaleniznę nie przemija, a w niektórych środowiskach pozostaje ona synonimem urody. Jej cena jest jednak wysoka. To cena zdrowia, a w wielu przypadkach nawet życia.

Czytaj na str. 6

Gdy profesor odchodzi na emeryturę...



W październiku USK uroczysto pożegnał aż trzech profesorów, którzy zakończyli pewien etap swojej pracy. Na emeryturę odeszli wybitni w swoich dziedzinach i zasłużeni na polskiej nauce profesorowie: Zygmunt Grzebieniak, Rajmund Adamiec i Michał Jeleń.

Dorobek naukowy prof. Zygmunta Grzebieniaka liczy 320 publikacji, w tym 197 prac oryginalnych, ogłoszonych w czasopismach polskich i zagranicznych oraz redakcja 2 podręczników dla studentów. Jest promotorem 18 doktoratów i ponad 45 prac magisterskich. Do jego głównych kierunków badawczych należą: chirurgia zapalenia otrzewnej, chirurgia onkologiczna, zwłaszcza przewodu pokarmowego

oraz chirurgia endoskopowa.

Za swoją działalność naukową, dydaktyczną i organizatorską otrzymał liczne nagrody, w tym m.in. Złotą Odznakę Zasłużony dla Województwa i Miasta Wrocławia, Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty i Srebrny Krzyż Zasługi oraz Medal Komisji Edukacji Narodowej. Jak zauważył w swojej laudacji

Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa Bogusław Beck, choć chirurgi mają wśród innych specjalności opinię gruboskórnych, tej tezie najlepiej zaprzeczał prof. Grzebieniak. – W stosunku do wszystkich: począwszy od kolegów, podwładnych, studentów i pacjentów wykazywał się szczególną empatią i umiejętnością nawiązywania serdecznego kontaktu. Zwykle dodatkowo obdarzał ich uśmiechem, co sprawia-

► Wspólne pożegnalne zdjęcie. Od lewej: dr Bogusław Beck, prof. Michał Jeleń, prof. Rajmund Adamiec, dr Piotr Pobrotyn, prof. Zygmunt Grzebieniak.

ło, że jest postacią powszechnie szanowaną i lubianą – powiedział Bogusław Beck.

Prof. Rajmund Adamiec jest specjalistą z zakresu nefrologii, angiologii, diabetologii i hipertensjologii. Był stypendystą licznych ośrodków naukowych, m.in.: Institut für Biotechnologische Forschung w Hanowerze, Institut für Genbiologische Forschung w Berlinie, Goethe University Frankfurt/Main. Główne kierunki jego badań: aktywność dezoksyrybonukleaz, sekwencji SAR/DNA oraz polimeraz RNA limfocytów w układowych chorobach tkanek łącznej i w zapaleniu naczyń, immunopatologia śródbłonna naczyń, insulinooporność w kontekście ekspresji syntezy i polimorfizmu genu syntazy aldosteronu, receptorów PPARγ oraz białek PAR – przezbłonowych receptorów trombiny, trombofilia, cukrzyca typu MODY na Dolnym Śląsku. Otrzymał m. in. odznaczenia: Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski i Oficerski Orderu

Odrodzenia Polski, Medal Komisji Edukacji Narodowej, Medal Sapientia Corporationis.

Prof. Michał Jeleń, wybitny ekspert w zakresie patomorfologii jest autorem 515 publikacji, był promotorem 15 doktoratów i opiekunem 1 przewodu habilitacyjnego. Głównymi obszarami działalności naukowej profesora są: cytologiczna diagnostyka onkologiczna, czynniki prognostyczne i predykcyjne w nowotworach i nowotwory układu chłonnego. Jako pierwszy na Dolnym Śląsku w początkach lat osiemdziesiątych na podstawie schematu igły Yamshidi opracował wspólnie z Januszem Marciniśnym igłę do trepanobiopsji szpiku kostnego i wprowadził to badanie do rutynowej diagnostyki szpiku kostnego, początkowo sam wykonując biopsje. Od 2012 r. pełnił funkcję kierownika Zakładu Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej, który po wybudowaniu obiektu przy ul. Borowskiej 213, tworzył od podstaw.

45-lecie pracy wybitnego chirurga



Prof. Zygmunt Grzebieniak świętował jubileusz 45-lecia swojej pracy naukowej, dydaktycznej i chirurgicznej w nadzwyczajnej oprawie. Dokonaniem jubilatowi poświęcona została konferencja naukowa, zorganizowana w październiku br. przez Klinikę Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej USK oraz Dolnośląski

Oddział Towarzystwa Chirurgów Polskich. Znakomitymi gośćmi było wielu. Szef Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej USK prof. Wojciech Kielan przedstawił najważniejsze dokonania zawodowe swojego poprzednika, oczywiście w telegraficznym skrócie, bo dorobek naukowy profesora jest tak imponujący, że mógłby nim obdzie-

► Po sesji naukowej poświęconej 45-leciu pracy prof. Zygmunta Grzebieniaka jubilat odbierał gratulacje, m.in. od dyrektora USK.

lić kilka osób. Wzruszającymi, osobistymi, a momentami zabawnymi wspomnieniami na temat swojego następcy podzielił się prof. Bogdan Łazarkiewicz, nestor polskiej chirurgii, po którym prof. Grzebieniak objął funkcję kierownika kliniki. Krajowy konsultant w dziedzinie chirurgii prof. Grzegorz Wallner mówił o typach liderów, a Prezydent Wrocławia wręczył jubilatowi medal „Zasłużony dla Wrocławia”. Prawdziwą furorę zrobił jednak film autorstwa jednego z synów jubilatów pod wdzięcznym tytułem „Nie kręć”. Zabawny montaż scenek nakręconych amatorską kamerą przez kilkulatka, wywołał salwy śmiechu. Taki jubileusz zapewne chciałby mieć każdy naukowiec.

Szczepią się dla bezpieczeństwa pacjentów



Coroczne szczepienie przeciwko grypie wzmacnia odporność, znacząco redukuje ryzyko zachorowania, ale przede wszystkim zabezpiecza przed poważnymi zagrożeniami związanymi z powikłaniami grypy. Tymczasem zaledwie kilka procent pracowników służby zdrowia w Polsce szczepi się przeciwko tej chorobie. Te statystyki, stawiające nas w ogonie Europy, nie dotyczą Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. W tym sezonie zaszczepiło się już ponad 700 pracowników szpitala, a akcja jeszcze trwa. Pracownicy mogą się bezpłatnie zaszczepić do 10 grudnia. Dyrektor USK Piotr Pobrotyn własnym przykładem zachęca do tej formy profilaktyki wszystkich pracowników. Są oni bowiem bardziej niż ktokolwiek narażeni na kontakt z chorymi. Szczepienie zabezpieczy ich samych, ale także pacjentów USK.

Pamiętamy o zmarłych dzieciach



Już po raz 18. w niedzielę 3 listopada w kościele pod wezwaniem Świętego Krzyża na Ostrowie Tumskim odbyła się Msza Święta w intencji dzieci i pracowników „Przylądka Nadziei”, którzy odeszli od początku istnienia kliniki, czyli od 1973 roku.

Przed nabożeństwem 40-osobowa orkiestra ze Stowarzyszenia „Muzyczna Wisznia Mała” zagrała „Ave Maria”. Odczytano nazwiska zmarłych lekarzy z kliniki oraz 710

pacjentów, którzy przegrali walkę z chorobą nowotworową. Bliscy zmarłych postawili przed ołtarzem zapalone znicze. Eucharystię celebrował ks. Prałat Paweł Cembro-

wicz, proboszcz parafii katedralnej we Wrocławiu wraz z ks. Kazimierzem Sroka, kapłanem USK. Ofiarę z nabożeństwa (ponad 1300 zł) ks. Cembrowicz przekazał na rzecz Fundacji „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową”. Serdecznie dziękujemy. W przyszłym roku spotkamy się ponownie 8 listopada.

Implanty słuchowe wreszcie we Wrocławiu



foto: Tomasz Golla

Pacjenci z głębokim niedosłuchem z Dolnego Śląska nie muszą już szukać pomocy poza regionem. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu dołączył do ośrodków wszczepiających implanty ślimakowe. Realizowany w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK Dolnośląski Program Implantów Słuchowych obejmuje nie tylko wszczepianie urządzeń, ale także rehabilitację po zabiegu, która jest niezmiernie ważnym elementem w powrocie ze świata ciszy. We Wrocławiu na pomoc mogą liczyć wszystkie grupy pacjentów: od małych dzieci do najstarszych osób. Planuje się wykonywanie ok. stu takich zabiegów rocznie.

Dlaczego akurat taka liczba? Szef Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK prof. Krzysztof Morawski wyjaśnia, że tylu osobom z naszego regionu co roku dolnośląski NFZ refunduje zabiegi, wykonywane dotychczas w 13 ośrodkach w Polsce. Teraz już pacjenci nie będą musieli pokonywać setek kilometrów. – Naszym celem jest zaopatrzenie wszystkich mieszkańców Dolnego Śląska, którzy potrzebują implantów – mówi prof. Krzysztof Morawski.

Słuch ważny dla rozwoju



foto: Tomasz Golla

► 14-miesięczna Iga czeka na drugi implant, umożliwiający jej stereofoniczne słyszenie. Już teraz jednak może uczyć się mówić, jak inne dzieci w jej wieku.

Zabieg polega na wszczepieniu do ucha wewnętrznego elektrody, odbierającej impulsy elektryczne wysyłane przez nadajnik – procesor mowy umieszczony za uchem. Od lipca br. protezę słuchu otrzymało w USK w ramach programu jednemu pacjentów. Pierwszy implant ślimakowy w USK wszczepiono młodej kobiecie, matce dwójki dzieci, która ogłuchła po zapaleniu opon rdzeniowo-mózgowych. Dzięki szybkiej interwencji może teraz znowu komunikować się ze światem. Jedne z pierwszych wrocławskich zabiegów dotyczyły dzieci, u których głuchota lub niedosłuch mają kolosalne znaczenie,

zaburzając prawidłowy rozwój. 14-miesięczna Iga ze Stronia Śląskiego jest już dwa miesiące po zabiegu i na pierwszy rzut oka nie różni się od rówieśników. Biega, interesuje się otoczeniem, a przede wszystkim reaguje na dźwięki. – Przez pierwsze miesiące nie wiedzieliśmy, że Iga jest głucha – opowiada jej mama. – Była żywym niemowlęciem, nic nie wskazywało na to, że nie słyszy. Chodziliśmy z nią na rehabilitację z innego powodu i dopiero rehabilitantka zauważyła, że Iga wydaje dziwne, piszczące dźwięki. W domu rzuciłam na podłogę drewnianą zabawkę. Iga nie drgnęła. Poszliśmy na badania, które wykazały obustronną głuchotę.

Dziecko początkowo dostało aparaty słuchowe, ale według relacji mamy, nadal nie reagowało na dźwięki. Tuż przed pierwszymi urodzinami w USK wszczepiono jej implant. Efekt był spektakularny: nawet częściowe, jednostronne odzyskanie zmysłu zmieniło życie dziewczynki, która ma szansę choćby na normalny rozwój mowy. – Wierzę, że nie będzie się różnić od innych dzieci – dodaje mama, mając także nadzieję na szybkie wszczepienie córeczce drugiego implantu, co zapewni słyszenie stereofoniczne. Tego, jak jest ono ważne do normalnego funkcjonowania, doświadczyła kolejna pacjentka wrocławskiej kliniki, 7-letnia Alina. Dziewczynka borykała się z problemami ze słuchem

► Alinka po wszczepieniu drugiego implantu chodzi do masowej szkoły, nie ma problemu z porozumiewaniem się z rówieśnikami, słyszy nawet szept, śpiewa.

od urodzenia, a od trzeciego roku życia w jednym uchu miała wszczepiony implant, zaś drugie wspomagał aparat. Po kilku latach okazał się on jednak zawodny.

– Przestała słyszeć na jedno ucho, nie wiedziała z której strony dobiega dźwięk, więc przestała się bawić z dziećmi – mówi mama Alinki. – Zaczęła coraz bardziej się wycofywać, już nie śpiewała, co wcześniej tak lubiła. Po wszczepieniu implantu do drugiego ucha ponownie stała się dawną, radosną dziewczynką. Chodzi do masowej szkoły, nie ma problemu z porozumiewaniem się z rówieśnikami, słyszy nawet szept. I znowu śpiewa.

Koniec z wykluczeniem

Implantowanie słuchu nie ma praktycznie granic wieku. Protezy wszczepia się już 10-miesięcznym dzieciom. Zdaniem ekspertów, u najmłodszych pacjentów ważne jest obustronne zakładanie implantów, bo stereofoniczne słyszenie jest istotne dla ich rozwoju. Zmysł słuchu jest jednak ważny dla życia na każdym jego etapie.

– Poważnym problemem społecznym jest niedosłuch wśród najstarszych osób – podkreśla prof. Morawski. – U wielu z nich powoduje odcinanie się od ludzi i wykluczenie z codziennego życia.

Sam zabieg wszczepienia implantów to tylko wstęp do odzyskania słuchu. Równie ważna jest rehabilitacja, dzięki której można nauczyć się w pełni korzystać z możliwości technicznych urządzeń. W USK jest ona zagwarantowana w ramach Dolnośląskiego Programu Implantów Słuchowych. Szef Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK podkreśla także rolę rodziców, w przypadku najmłodszych pacjentów z implantami słuchowymi. To oni są najbardziej zaangażowani w pracę nad poprawą mowy swoich dzieci. Efekt jest taki, że często nie tylko nie słychać różnicy w stosunku do dzieci słyszących, ale te niesłyszące wydają się bardziej elokwentne i „wygadane” od swoich zdrowych rówieśników.

Powstanie w USK Dolnośląskiego Programu Implantów Słuchowych wspierał samorząd województwa i wojewoda dolnośląski. Wicemarszałek województwa dolnośląskiego Marcin Krzyżanowski podczas konferencji prezentującej program gratulował USK wprowadzenia nowej w regionie formy pomocy pacjentom:

– Z perspektywy regionu to bardzo dobra informacja – powiedział Krzyżanowski. – W ten sposób kończymy z jeszcze jednym wykluczeniem mieszkańców Dolnego Śląska. Wszystkim nam zależy,

by pacjenci mieli na miejscu dostęp do wyspecjalizowanych usług medycznych i tak już się dzieje w przypadku wszczepienia implantów słuchowych.

Dyrektor USK Piotr Pobrotyn podkreślił ponadto wsparcie dla przedsięwzięcia ze strony Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz potencjał intelektualny i sprzętowy USK do podejmowania kolejnych wyzwań medycznych.

Niedosłuch jest coraz większym problemem społecznym, uważanym już za chorobę cywilizacyjną. W Polsce dotyczy ok. 5 mln osób. Z implantów korzysta już u nas ok. 10 tys. chorych, a tylko w tym roku wykonano w kraju ponad 600 zabiegów ich wszczepienia. W tych statystykach jesteśmy daleko za najbardziej zamożnymi krajami europejskimi, jak np. Niemcy, Holandia czy państwa skandynawskie. – Na razie pod względem liczby wszczepionych implantów jesteśmy na poziomie Węgier i Czech, ale powoli zaczynamy doganiać takie kraje, jak Portugalia czy Grecja – dodaje szef Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi USK. – Jest to w naszym zasięgu. Chcemy też, by nasz dolnośląski program, który ma nie tylko charakter kliniczny, ale i naukowy, stał się „perełką” w skali kraju.

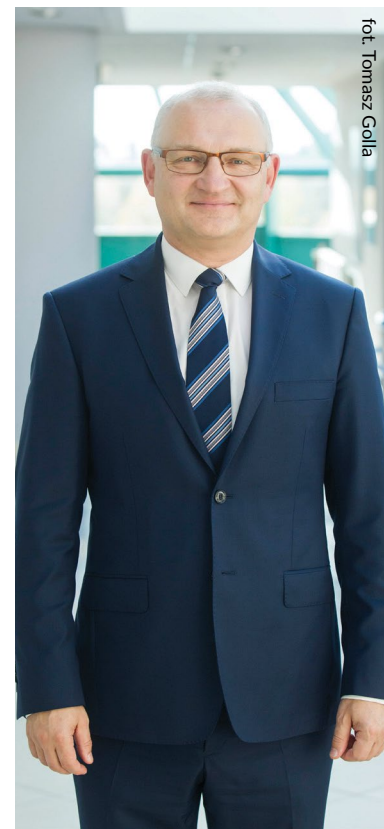


foto: Tomasz Golla

► Prof. Krzysztof Morawski zajmuje się problematyką ucha środkowego i leczeniem głuchoty za pomocą implantów ślimakowych od piętnastu lat.

fot. Tomasz Golla



Za wszelką cenę ratować przed amputacją

Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych, obrzęk limfatyczny, przewlekłe owrzodzenia kończyn - to tylko niektóre schorzenia, z jakimi trafiają pacjenci do Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii USK. Mają różne przyczyny, inaczej się je leczy, ale łączy je ryzyko inwalidztwa, a nawet utraty kończyn. Nowy szef kliniki podejmuje działania, które mają na celu w jak największym stopniu ograniczyć niepełnosprawność oraz amputacje, będące dla chorego zawsze dramatem.

Od października br. Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii USK ma nowego szefa. Jej dotychczasowy kierownik prof. Rajmund Adamiec odszedł na emeryturę, a zastąpił go prof. Andrzej Szuba. Jakże ma plany w związku z objęciem tej funkcji? Co zamierza kontynuować, jakie działania rozwijać? Prof. Andrzej Szuba podkreśla, że choć od niedawna kieruje kliniką, nie jest tu „nowy”. Z ośrodkiem był związany od czasów studiów, więc po prostu wrócił do macierzystej kliniki po latach pracy w innych miejscach. Nowa funkcja zobowiązuje także ze względu na tradycję: to właśnie we Wrocławiu powstawała polska angiologia, której pionierem był prof. Józef Kaniak, m.in. twórca pierwszej Poradni Cukrzycowej i Chorób Naczyń Obwodowych, którą założył w 1953 r. Choć od tego czasu minęło ponad pół wieku, leczenie wielu pacjentów z chorobami naczyń pozostawia nadal wiele do życzenia i zbyt często skazani są oni na najbardziej drastyczną metodę - amputację.

Gorzej niż

Eksperci szacują, że na cukrzycę choruje ok. 2 mln Polaków powyżej 35. r.ż. Połowa z nich wcześniej czy później będzie cierpieć z powodu niegojących się ran, zakażeń i deformacji stóp. W Polsce padają kolejne rekordy amputacji kończyn

w wyniku jednego z najczęstszych powikłań cukrzycy, czyli stopy cukrzycowej. Co roku z tego powodu tracą nogi tysiące chorych. – Rośnie liczba chorych na cukrzycę, ale powodem tych zatrważających statystyk jest także fakt niewystarczającej wyceny procedur leczenia stopy cukrzycowej przez NFZ oraz to, że pacjenci zgłaszają się za późno – wylicza prof. Szuba. – Stopie cukrzycowej towarzyszy polineuropatia: chory nie czuje bólu, nawet gdy ma infekcję lub duże owrzodzenie. Jedną z naszych pacjentek dosłownie spaliła sobie stopę, usiłując je ogrzać w piekarniku. Ten przykład pokazuje, jak bardzo ci chorzy mają zaburzone odczuwanie bólu i jak bardzo odczuwanie bólu jest potrzebne. Trafiają do nas pacjenci ze znacznym stopniem zaawansowania choroby: częściową martwicą stopy, destrukcją kości stopy, zakażeniem tkanek miękkich i kości stopy. Wówczas na leczenie, pozwalające zachować kończynę, może być już za późno. Dlatego tak ważna w cukrzycy jest edukacja pacjenta. Musi się on nauczyć pewnych zachowań, jak choćby sprawdzanie wnętrza buta przed jego założeniem, by nie narażać się na zranienia prowadzące do infekcji.

Codziennie nawyki higieniczne, szczególne zasady obcinania paznokci stóp to tylko jedno z wielu zasad, które powinien przyswoić chory na cukrzycę, by zapobiec

powstaniu stopy cukrzycowej lub ograniczyć jej skutki, jeśli już się pojawi. Samą edukacją można wiele zdziałać, o czym świadczy sukces Tanzanii, gdzie dobrze działający program edukacyjny, oparty na wolontariacie, pozwolił na wielokrotne zmniejszenie liczby amputacji w ciągu kilku lat. Poprawa opieki nad chorymi ze stopą cukrzycową i krytycznym niedokrwieniem to wyzwanie, jakie postawił przed sobą nowy szef Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii USK.

– Planujemy rozwinąć przy klinice poradnię stopy cukrzycowej, w której pacjenci uzyskają specjalistyczną pomoc – mówi prof. Andrzej Szuba. – Poza zaopatrzeniem ran i zmianami opatrunków, pacjenci otrzymają pomoc wielu specjalistów, a także fachową edukację. Tego typu poradni bardzo brakuje, a według wszelkich prognoz epidemia cukrzycy będzie narastać.

Gigantyczny zaniedbany problem

Kolejny poważny problem, który jest ogromnym wyzwaniem m.in. dla angiologów, to choroby układu limfatycznego z obrzękiem limfatycznym. „Ogromne” także w sensie dosłownym.

– Obrzęki prowadzą niejednokrotnie do inwalidztwa. Gdy obwód łydki dochodzi do metra, a noga waży kilkadziesiąt kilogramów,

trudno normalnie funkcjonować – tłumaczy angiolog. – Chorzy zostają uwięzieni w domach albo są skazani na wózek, popadają w depresję. Dochodzą kolejne dolegliwości: nawracające zakażenia skóry kończyn, owrzodzenia z wyciekami chłonnymi. Pacjenci często nie otrzymują właściwej pomocy specjalistycznej. Bywają źle leczeni lub nieleczeni wcale, bo nawet od lekarzy zdarza się im słyszeć, że „nic się z tym nie da zrobić”. Zbyt często są także kwalifikowani do amputacji, zanim wyczerpie się wszystkie możliwości leczenia. Tymczasem los pacjenta po amputacji kończyny jest dramatyczny. Według danych z map potrzeb zdrowotnych w Polsce jedna trzecia pacjentów umiera w ciągu pierwszych 90 dni po takim zabiegu.

Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii USK będzie pomagać pacjentom z obrzękiem w sposób bardziej systemowy. Poza kompleksową diagnostyką i leczeniem tych chorych, we współpracy z Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu powstaje pilotażowy program profilaktyki i leczenia obrzęków limfatycznych u pacjentów onkologicznych. Dlaczego właśnie ośrodek leczenia nowotworów? Szef kliniki wyjaśnia, że choć istnieją różne przyczyny obrzęku limfatycznego, to znaczącą grupę pacjentów z tym problemem stanowią chorzy onkologicznie. Patologiczny obrzęk pojawia się u nich jako powikłanie po usunięciu nowotworu wraz z węzłami chłonnymi. U części kobiet po operacji raka piersi, u których usunięto także węzły pachowe, dochodzi do obrzęku kończyny górnej. Z kolei operacje onkologiczne nowotworów miednicy z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych, powodują obrzęki

kończyn dolnych.

Podstawą leczenia obrzęków limfatycznych jest kompresjoterapia – w pierwszym okresie leczenia stosuje się bandażowanie kompresyjne i masaż pneumatyczny. Po redukcji obrzęku stosowane są płaskodziałające wyroby uciskowe – rękawy lub pończochy. Jednak ich koszt (nawet do 2 tys. zł) jest dla wielu pacjentów zbyt wysoki, a częściowa refundacja NFZ obejmuje zaledwie jeden taki wyrób rocznie. To za mało, by leczenie było w pełni skuteczne. Co więcej: wyroby uciskowe spełniają swoją rolę nie tylko przy zmniejszaniu istniejących obrzęków, ale także w zapobieganiu ich powstawaniu. Według zaleceń Światowego Towarzystwa Limfologicznego, którego prezesem jest prof. Andrzej Szuba, w ramach profilaktyki pacjent zagrożony powstaniem obrzęku limfatycznego (po operacji onkologicznej) powinien raz na kwartał być badany przez specjalistę oraz stosować rękaw uciskowy już w przypadku pojawienia się minimalnego obrzęku (1-go stopnia).

– Wyroby uciskowe mogą być stosowane w profilaktyce obrzęków limfatycznych u pacjentów onkologicznych. O skuteczności profilaktyki świadczą wyniki badania kobiet po operacjach nowotworów ginekologicznych prowadzonego w Polsce – mówi prof. Andrzej Szuba. – Obrzęk kończyn dolnych pojawił się w czasie rocznej obserwacji u jednej trzeciej z tych, które nie stosowały pończoch po zabiegu i u żadnej spośród tych, które go nosiły. Poprzez utworzenie pilotażowego programu profilaktyki i leczenia obrzęków limfatycznych na Dolnym Śląsku chcemy pomóc jak największej liczbie pacjentów w regionie.

Operacja warta milion dolarów



fot. FB

Milion dolarów – na tyle wycenili lekarze w USA operację kręgosłupa u chłopczyka z Polski z rzadkim zespołem wad genetycznych, bez której dziecko mogłoby umrzeć. Zdeformowany kręgosłup dosłownie miażdżył jego narządy wewnętrzne, m.in. płuca, które nie mogły prawidłowo się rozwijać. Trudnego zabiegu podjęli się lekarze z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK, którzy zrobili to po prostu w ramach swojej pracy. W październiku br. w zdeformowany kręgosłup 4-lątka wszczepili stabilizator w formie rozsuwanych prętów, które można bez ponownych zabiegów rozciągać w miarę wzrastania dziecka za pomocą pilota. Była to już dziesiąta taka operacja wykonana w USK od 2016 r., gdy tutejsi lekarze jako pierwsi w Polsce zastosowali tę metodę.

O historii małego Karola z Opola słyszała cała Polska. Chłopiec z zespołem Bealsa, na który cierpi zaledwie kilka osób w kraju, był pod opieką jednej z fundacji. Na jego rzecz organizowano liczne zbiórki, koncerty charytatywne i akcje, wspierały go gwiazdy estrady. „Naszego synka zabija nie choroba, ale jego własne ciało. Najgorszym, najbardziej śmiertelnym wrogiem Karolka jest jego własny kręgosłup... Deformacja pogłębia się z każdym dniem. Kręgosłup miażdży narządy w klatce piersiowej. Zniszczeniu uległa już tchawica, powoli nie ma już miejsca dla płuc. Ratunkiem dla naszego dziecka jest tylko operacja! Siódma tego typu operacja na

świecie, koszmarnie droga, ale od której zależy to, co nie ma ceny – życie naszego synka. Inaczej Karolka czeka wkrótce respirator i powolna śmierć w męczarniach, a wtedy nie będzie już kogo ratować...” – pisali rodzice w dramatycznych apelach o pomoc. Podkreślali przy tym, że umysł dziecka jest zupełnie zdrowy, a chłopiec jest bystry i ciekawy świata. Choroba ma u niego jednak wyjątkowo ciężki przebieg. W wieku 8 miesięcy doszło do ucisku tchawicy, konieczne było założenie rurki tracheotomijnej. Dziecko nie mogło więc mówić ani normalnie jeść.

Pokonać trudności

Dramat chłopczyka i jego rodziców poruszył ludzkie serca i w krótkim czasie udało się zebrać ponad 3 mln zł na jego operację w USA. Chodziło o rekonstrukcję górnych dróg oddechowych, co na tym etapie było najpilniejsze. Zabieg przebiegł pomyślnie, Karolek wrócił do kraju bez rurki tracheotomijnej, zaczął uczyć się mówić i jeść. Cały czas był rehabilitowany, ale bez operacji kręgosłupa w dalszym ciągu jego życie było zagrożone.

Tym razem nie trzeba było zbierać milionów. Chłopiec został pacjentem Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK, której lekarze mają doświadczenie w trudnych przypadkach, także związanych z operacjami u dzieci. U Karolka wrocławscy ortopedzi zdecydowali się zastosować tytanowe implanty „Magec”, mające wbudowany elektroma-

gnes, dzięki któremu wydłuża się je bezinwazyjnie (bez konieczności kolejnych operacji), za pomocą indywidualnie programowanego stymulatora. Działa to na zasadzie pilota, przykładanego do skóry w odpowiednim miejscu. Rozciąganie prętów trwa kilka minut i odbywa się po prostu w gabinecie. Ten rodzaj nowoczesnych implantów wrocławscy lekarze zastosowali jako pierwsi w Polsce w 2016 r. u 8-letniej dziewczynki, od urodzenia cierpiącej na rozszczep kręgosłupa z ogromną deformacją, uniemożliwiającą przyjęcie pozycji pionowej.

Karolek miał być dziesiątym pacjentem Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK, u którego zdecydowano się na ten typ prętów.

– Przypadek tego pacjenta był trudny nie tylko chirurgicznie, ale także anestetycznym, z powodu całego zespołu wad wrodzonych – przyznaje dr Wiktor Urbański Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK, który przeprowadził zabieg. – Jednocześnie korekcja kręgosłupa miała w jego sytuacji charakter ratującej życie. Płuca intensywnie się rozwijają do ok. 6. r. z. i jeśli w tym czasie nieprawidłowo się wykształcą, uniemożliwiają w przyszłości aktywne życie. U tego chłopca skrzywienie kręgosłupa przekraczało 110 stopni i bez operacji nie miałby szans na prawidłowy rozwój.

Dodatkową trudność stanowiła tzw. kyfoza, czyli wygięcie pleców w łuk. Najpierw trzeba było ją skorygować, by uelastyczyć kręgosłup przed właściwą operacją. Wro-

clawscy lekarze umieścili malucha w specjalnej konstrukcji: założonej na głowę metalowej obręczy przymocowanej do wózka i obciążonej ciężarkami na wyciągu. W ten sposób głowa jest nieustannie ciągnięta do góry. W takiej konstrukcji Karolek spędził ponad 3 tygodnie, a w tym czasie sukcesywnie dokładano odważników. W końcowej fazie chłopiec nosił na sobie ponad 8 kg. Mimo takiego dyskomfortu, rozpierała go energia, dosłownie biegał po oddziale z „koroną” – jak to nazywał – na głowie, ciągnąc za sobą wózek, do którego był przymocowany. „Moje wkręty do czaszki wkręcone wyglądają okrutnie, tak trochę średniowiecznie. Ale dla Wojownika przelana krew to nie pierwszozna. W sumie znoszę to chyba nieźle. Lepiej niż mi się wydawało, że będzie” – takie relacje z pobytu w szpitalu przy ul. Borowskiej zamieszczali rodzice chłopca na jego profilu w portalu społecznościowym, obserwowanym przez tysiące osób.

Można ratować więcej dzieci

W końcu lekarze uznali, że jego kręgosłup jest na tyle uelastyczniony, by można było przystąpić do wszczęcia implantów. Podczas kilkugodzinnej operacji przez dwa kilkunastocentymetrowe cięcia na plecach do kręgosłupa chłopca wprowadzono dwa pręty. Warto podkreślić także ogromne znaczenie pracy anestezjologów dziecięcych: dr Anny Kubicy-Cielińskiej, która gładko przeprowadziła pacjenta przez zabieg oraz całego zespołu dr Marzeny Zielińskiej, szefowej oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej. Także od strony chirurgicznej wszystko poszło według planu. „Lekarze mówią, że „jest planowo”. Sytuację dobrze oddaje stwierdzenie, że Karol jest obecnie w takim stanie jakby „zderzył się z ciężarówką”. Ciężarówka

poszła oczywiście do kasacji...” – czytamy w relacji z pierwszej doby po zabiegu. Nie obyło się jednak bez innych komplikacji, chłopiec musiał być poddany antybiotykoterapii, ale ostatecznie po 10 dniach od operacji opuścił szpital.

– Skrzywienie udało się skorygować do ok. 70 stopni, co jest wystarczającym rezultatem na tym etapie – mówi dr Wiktor Urbański. – Co 3-4 miesiące będziemy wydłużać pręty o kilka centymetrów, ale już bezinwazyjnie.

Chłopiec wrócił do domu, ale przed nim jeszcze długa droga, m.in. mozolnej rehabilitacji. Najgorsze ma już jednak za sobą.

Dla prof. Szymona Dragan, kierownika Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK, udana operacja Karolka to kolejny dowód na to, że także w Polsce można skutecznie pomagać najciężej chorym, zamiast wysyłać ich za granicę za gigantyczne pieniądze.

– Każdego roku NFZ wydaje miliony zł na operacje dzieci z wrodzonymi wadami narządów ruchu, przeprowadzane za granicą. Nie wiadomo, ile pieniędzy na takie zabiegi pochodzi ze społecznych zbiorów. Gdyby zsumować te wszystkie środki, okazałoby się, że można pomóc nie kilkorgu, ale setkom dzieci, gdyby operacje przeprowadzać w Polsce. Mamy świetnych specjalistów, potrafimy stosować najnowocześniejsze metody.

Prof. Szymon Dragan od lat postuluje wprowadzenie narodowego programu rozwoju leczenia wad wrodzonych narządu ruchu, co pozwoliłoby na uruchomienie dodatkowych środków na ten cel. Wrodzone wady narządów ruchu są bowiem poważnym problemem społecznym. Rocznie dotyczą 2-4 proc. noworodków i pod względem częstotliwości występowania są na drugim miejscu po wadach serca. To także najczęstsza przyczyna niepełnosprawności dzieci w kraju.



► Prof. Szymon Dragan od lat postuluje wprowadzenie narodowego programu rozwoju leczenia wad wrodzonych narządu ruchu.



fot. Tomasz Golla

► – Skrzywienie udało się skorygować do ok. 70 stopni, co jest wystarczającym rezultatem na tym etapie – mówi dr Wiktor Urbański, który operował chłopca.

„Współczesne problemy w medycynie i pielęgniarstwie”



„Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić kadry i rozwijać wiedzę medyczną” – tak formułuje swoją misję Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. W tę myśl wpasowała się idealnie konferencja szkoleniowo-naukowa skierowana do personelu pielęgniarstwa i położniczego, zorganizowana we wrześniu br. pod tytułem „Współczesne problemy w medycynie i pielęgniarstwie”, z inicjatywy zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa mgr Violetty Magiery, która jednocześnie poprowadziła całe spotkanie.

W konferencji udział wzięło 160 osób – głównie pielęgniarek i położnych z USK i z kilku innych szpitali regionu. Prorektor ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. Romuald Zdrowy, prof. Alicja Chybicka – Kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej oraz Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa otwartego USK Barbara Korzeniowska zgodnie podkreślali wagę zadań, jakie wypełniają pielęgniarki i położne uczestnicząc w procedurach medycznych na rzecz pacjenta. Podkreślali, że pielęgniarki i położne są najbliższymi chorych, a tym samym stanowią nieocenione źródło wiedzy o ich sytuacji zdrowotnej. Powtarzający się wątek stanowiła konieczność tworzenia rzeczywistych zespołów terapeutycznych, w których współpraca opierałaby się na wzajemnym szacunku i wykorzystaniu potencjału zawodowego poszczególnych jego członków.

Prowadząca spotkanie Violetta Magiera podkreślała, że współczesność dla USK to przenikanie praktyki klinicznej z wiedzą uniwersytecką. Kadre medyczną szpitala stanowią zarówno mi-

strzowie, którzy przekazują swoją wiedzę i umiejętności następcom, jak i adepci zawodów medycznych. Wszystko to predestynuje szpital do wdrażania nowatorskich rozwiązań. Jako jednostka wieloprofilowa USK ma szczególny przywilej obserwowania postępu na wielu polach wiedzy medycznej. Dlatego dobór tematów konferencji jest przemyślaną propozycją ukazania różnorodności, z jaką mają do czynienia członkowie zespołów terapeutycznych.

Pielęgniarka „niewydolności serca”

Dr Marcin Drozd z Centrum Chorób Serca mówił o nowoczesnych metodach leczenia niewydolności krążenia. Niewydolność krążenia jako problem pielęgnacyjny, wymagający intensywnych działań edukacyjnych omówiła w swoim wykładzie pt. „Przygotowanie pacjenta z niewydolnością krążenia do samoopieki – edukacja pacjenta” prof. Izabella Uchmanowicz z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego. W ścisłej współpracy Uniwersytetu Medycznego i Centrum Chorób Serca

powstają nowatorskie sposoby postępowania w przypadku pacjentów z niewydolnością krążenia. Dużą nadzieję na poprawę jakości edukacji pacjenta i przygotowanie go do samoopieki wiąże się z pielęgniarstwem „niewydolności serca”. Jej zadaniem byłaby edukacja pacjentów w zakresie zaleceń dotyczących dalszego leczenia i rehabilitacji, prowadzenie szkoleń pielęgniarstkich z zakresu opieki nad pacjentami z NS w ramach POZ. Przekazywane pacjentowi informacje powinny być przygotowane zrozumiałym językiem i wielokrotnie powtarzane. Taka opieka dawałaby szansę na skuteczną edukację, a tym samym świadomą samopielęgnację, co wiąże się z unikaniem hospitalizacji i wyższą jakością życia.

Pielęgniarki w transplantologii

Do przedstawienia kolejnego tematu: „Przeszczepianie nerek od żywych dawców z uwzględnieniem systemu wymiany par” zaproszona została dr hab. Dorota Kamińska z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK, zaś rolę pielęgniarki w przygotowaniu bior-

cy i dawcy do przeszczepu rodzinnego, krzyżowego i łańcuchowego omówiła w swoim wystąpieniu mgr Renata Kłak – pielęgniarka pracująca w Stacji Dializ USK. Do przeszczepu przygotowuje się zarówno biorcę, jak i dawcę, przy czym ten ostatni poddawany jest szczególnie drobiazgowej ocenie stanu zdrowia, ze względu na minimalizowanie ryzyka powikłań po pobraniu narządu. Procedura przeszczepowa wyklucza podejrzenia nacisków osób trzecich na dawcę. Dawca na każdym etapie może się wycofać. Po przeszczepieniu zarówno biorca, jak i dawca pozostają pod ścisłą opieką poradni specjalistycznej. Nowością w Polsce jest powołanie zespołu ds. transplantacji od dawców żywych, w którego skład wchodzi 19 lekarzy, 11 pielęgniarek i 2 psychologów. Właściwa koordynacja ma wpłynąć na wzrost liczby przeszczepów. Przedstawiciele USK weszli w skład tego zespołu.

Szczepienia personelu medycznego

U progu sezonu przebiegniowego prof. Leszek Szenborn, kierownik Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK podjął temat roli zakażenia wirusem grypy wśród personelu medycznego i aktualnych strategii profilaktyki. Wykład oparty był na wynikach badań ukazujących łatwość transmisji wirusa. Ma to szczególnie duże znaczenie dla pracowników ochrony zdrowia. Środowisko szpitalne sprzyja przenoszeniu wirusa a jest to szczególnie niebezpieczne dla pacjentów ze zmniejszoną odpornością, chorych przewlekle, osób w podeszłym wieku, noworodków i małych dzieci. Istnieje również niebezpieczeństwo transmisji wirusa na rodziny pracowników. Świadomość jest wciąż niedostateczna, zważywszy że szacunkowo około 5-6 proc. pracowników medycznych poddaje się szczepieniu, co jest jednym z najniższych wskaźników w Europie.

Profilaktyka chroni przed zakażeniem i powoduje zmniejszenie ryzyka ciężkości następstw zachorowania. Jak podkreślał profesor Szenborn, skuteczna profilaktyka, oprócz przestrzegania zasad higienicznych to także szczepienia ochronne przeciwko grypie, z których mogą nieodpłatnie korzystać pracownicy USK.

Antybiotyki i zioła

„Początek ery poantybiotykowej? Jak ograniczyć zakażenia MDRO”, na to pytanie odpowiedziała w swoim wykładzie dr Małgorzata Fleischer, mikrobiolog Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Wyjaśniła etiologię problemu: era antybiotyków zmieniła oblicze medycyny, pozwoliła na skuteczną walkę z zakażeniami, poprawiły się rokowania pacjentów operowanych, ograniczyła rozprzestrzenianie chorób zakaźnych wywoływanych przez bakterie. Ze względu jednak na zbyt lekkomyślne stosowanie antybiotyków, już w latach pięćdziesiątych XX wieku odkryto pierwsze lekooporności. Przez lata problem narastał. Zakażenia wywołane przez wielooporne bakterie stanowią poważne zagrożenie dla światowego zdrowia publicznego. Wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością oraz trudnościami w leczeniu, a także mają istotne znaczenie ekonomiczne dla systemu opieki zdrowotnej. Wykład zawierał praktyczne rady związane z izolacją chorego, readyacją bakterii i filozofią leczenia.

Doktor Izabella Wróblewska z Uniwersytetu Medycznego z kolei przedstawiła działanie wybranych ziół oraz ich możliwe interakcje z lekami przyjmowanymi przez pacjenta. Zwróciła uwagę na fakt, że stosowanie ziół może być w pewnych sytuacjach niekorzystne. Przyjmowanie preparatów ziołowych bez znajomości wszystkich ich działań może prowadzić do nasilenia już istniejących objawów lub pojawienia się nowych, stąd tak ważne, aby zapytać pacjenta czy stosuje systematycznie preparaty ziołowe i w jakiej ilości. W wielu przypadkach jednak mądrze stosowane ziołolecznictwo może stanowić uzupełnienie standardowego leczenia – najważniejsza jest wiedza i świadomość.

Dagmara Wąsowska podjęła ważny dla pracowników medycznych temat ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał. Przedstawiła skalę problemu i jego następstwa, podkreślając, że stosowanie w codziennej praktyce bezpiecznego sprzętu jest dodatkowym zabezpieczeniem dla personelu.

Ewa Jabłońska, asystent w dziedzinie pielęgniarstwa, pracownik Działu Jakości i Bezpieczeństwa Opieki nad Pacjentami USK.



► Dr Marcin Drozd z Centrum Chorób Serca.



► Mgr Renata Kłak, pielęgniarka ze Stacji Dializ USK.



► Prof. Leszek Szenborn, kierownik Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK.



► Dr Izabella Wróblewska z wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego.

fot. Tomasz Golla



Zabójczo piękna opalenizna

Wizyta u dermatologa raz w roku, nielekceważenie powiększających się lub zmieniających kształt znamion na skórze, a przede wszystkim unikanie nadmiaru słońca i korzystania z solarium – to podstawowe zasady profilaktyki nowotworów skóry. Niestety, moda na opaleniznę nie przemija, a w niektórych środowiskach pozostaje ona synonimem zdrowia i urody. Ciemna karnacja, uzyskana poprzez godziny leżenia na plaży albo pod lampą w solarium, może i według pewnych kanonów pięknie wygląda, ale jej cena jest wysoka. To cena zdrowia, a w wielu przypadkach nawet życia.

Rak podstawnokomórkowy i kłaczystokomórkowy oraz czerniak to najczęściej występujące nowotwory skóry. I choć to różne choroby, przebiegające w odmienny sposób i wymagające rozmaitego leczenia, łączy je jedno: ryzyko zachorowania rośnie wraz z przyjętą dawką promieni UV.

– Czynniki etiologiczne rozwoju raków skóry i czerniaka jest wiele. Zapewne są takie, których jeszcze nie znamy – tłumaczy dr Iwona Chlebicka z Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK, koordynator merytoryczny ds. dermatologii programu profilaktycznego „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się”, realizowanego przez USK. – Jednak istnieją niezbita dowody, potwierdzone różnymi badaniami prowadzonymi w wielu ośrodkach na świecie, że na powstanie tych chorób kluczowy wpływ ma ekspozycja na promienie UV. I to niezależnie od tego, czy przyjmujemy je przez opalanie się na Słońcu, czy też w solarium. To kwestia bezdyskusyjna, takie są fakty.

Najgroźniejsze poparzenia

Mimo, że sprawa jest oczywista, liczba wszystkich nowotworów skóry rośnie. Także w Polsce, choć przecież w naszym klimacie słonecznych dni w roku nie jest najwięcej. Jednak solaria mają największe powodzenie właśnie jesienią i zimą, a ponadto Polacy coraz częściej (również w jesienne i zimowe miesiące) podróżują do gorących krajów. Podczas krótkich wakacji starają się często maksymalnie wykorzystać świetną pogodę, by wrócić z piękną opalenizną.

– I to jest właśnie najgorsze dla na-

szej skóry – przestrzega dr Chlebicka. – Już mniejsze szkody wyrządza sukcesywne naświetlanie promieniami słonecznymi niż narażanie się na nagłe poparzenia. Czerniak, który jest chorobą niezwykle inwazyjną, szybko się rozwijającą i powodującą odległe przerzuty, to choroba dotykająca również młodych, aktywnych ludzi. Wśród pacjentów z nowotworami skóry całkiem sporą grupę stanowią także 50-latkowie, którzy byli dziećmi w latach, gdy jeszcze tak wiele nie było wiadomo o szkodliwości promieni UV. Biegali po plażę bez żadnej ochrony, a ich rodzice nie mieli pojęcia, że narażają ich zdrowie. Tymczasem dowiedziono, że najgroźniejsze w skutkach są poparzenia słoneczne w dzieciństwie. Ich skutki mogą się pojawić nawet po wielu latach.

Dziś, na szczęście, świadomość szkodliwości promieniowania UV jest znacznie większa, ale wciąż pozostawia wiele do życzenia. Stosowanie kremów z filtrami podczas ekspozycji słonecznej stało się wprawdzie powszechne, jednak często w praktyce nie stosuje się ich w odpowiedni sposób. Nie wystarczy posmarować skóry rano, by potem przez cały dzień bezkarnie plażować. Trzeba tę czynność powtarzać (w zależności od filtra, ale najczęściej co dwie godziny), po wyjściu z wody – także wówczas, gdy użyliśmy kremu „wodoodpornego”.

– Nawet, jeśli jest odporny na wodę, to nie jest odporny na ręcznik, którym po kąpieli go ścieramy – zauważa dermatolog, która zaleca także „odporność” na pseudowiedzę dotyczącą preparatów chroniących przed promieniowaniem UV. – W internecie można znaleźć informacje o ich szkodliwości, roz-

powszechniane często przez osoby, niemające na ten temat wiedzy – dodaje. – Oczywiście, zdarzają się reakcje alergiczne na kremy z filtrami UV, podobnie jak zdarzają się reakcje na inne kosmetyki i leki miejscowe. Generalnie jednak nie ma wątpliwości, że chronią one skórę przed szkodliwym promieniowaniem. Jeśli ktoś ma alergię na jeden krem, powinien zastosować inny (zwłaszcza filtr fizyczny). Albo po prostu unikać Słońca, które poza nowotworami powoduje też wiele innych niepożądanych reakcji na naszej skórze.

Z przeciwnikami filtrów UV jest trochę tak, jak z ruchem antyszczepionkowym. Fakt, że zdarzają się odczyny poszczepienne, nie oznacza, że należy negować całą ideę szczepień jako najskuteczniejszej metody zabezpieczenia przed chorobami zakaźnymi, która okazała się zbawienna dla ludzkości.

Może to tanoreksja?

Niewątpliwym postępowaniem dla profilaktyki nowotworów skóry było wprowadzenie kilka lat temu w Polsce zakazu korzystania z solarium dla dzieci i młodzieży. To ich skóra jest bowiem najbardziej wrażliwa na promieniowanie UV. Czy jednak zakaz ten jest zawsze bezwzględnie przestrzegany, a każdy nastolatek proszony o pokazanie dowodu osobistego? Można mieć co do tego wątpliwości. Tu ważna jest także rola rodziców, którzy powinni zwracać uwagę, czy ich wiecznie opalona córka nie naraża swojego zdrowia. A może cierpi na tanoreksję, czyli uzależnienie od opalania? Osobom, które dotyka to zaburzenie, wydaje się, że są blade, wyglądają nieatrakcyjnie.

Zbadaj się w USK

Wciąż można się zgłaszać na bezpłatne badania do USK, w ramach programu „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się”. Adresowany jest on do mieszkańców województwa dolnośląskiego, śląskiego i opolskiego, którzy:

- są w wieku 50-64,
- w wieku 15-49 (w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion),
- po 65 r. ż. (w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion), nie mają zdiagnozowanego nowotworu skóry i nieleczących się z tego powodu.

Zapraszamy osoby spełniające te kryteria oraz osoby z grup ryzyka, ale także pacjentów chcących skontrolować swoją skórę i uzyskać wiedzę na temat profilaktyki nowotworów skóry.

Osoba do kontaktu:
Agnieszka Wasilewska, Kierownik Projektu
tel: 71 784 20 92
mail: awasilewska@gmail.com

Opalanie się staje obsesyjnym przymusem i wymaga pomocy specjalistów. Pacjentami dermatologów i onkologów bywają także osoby, które w swoim mniemaniu ogóle się nie opalają. One tylko przebywają całymi dniami na słońcu bez żadnej osłony, np. na działce. Promienie UV nie odróżniają ich jednak od tych leżących godzinami plackiem na plaży. Działają tak samo, powodując raka na skórze odkrytych części ciała.

Do różnych nieporozumień związanych z promieniowaniem UV dorzucić można też temat witaminy D. Jej niedobory są bardzo częste w naszej strefie klimatycznej, co m.in. związane jest z brakiem Słońca. Czy zatem najlepszym sposobem w takich sytuacjach jest zapomnienie o groźbie czerniaka i korzystanie do woli z kąpiei słonecznej?

– Absolutnie nie – mówi dr Iwona Chlebicka. – Po pierwsze, przyczyny niedoboru witaminy D są bardziej złożone, a ponadto można ją uzupełnić poprzez suplementację. Jeśli, oczywiście, jest ona konieczna. Najpierw należy zawsze sprawdzić, czy rzeczywiście brakuje nam

tej witaminy.

Lepiej narażać się na nowotwór skóry czy wziąć tabletkę? Ten dylemat jest chyba prosty do rozwiązania. Co jednak zrobić, gdy dostrzeżemy na swojej skórze jakąś zmianę? Czy z każdym nowym pieprzykiem powinniśmy natychmiast biec do lekarza? Dr Iwona Chlebicka radzi nie wpadać w panikę i nie przesadzać, ale zachować czujność. Jeśli to jednak jest nowotwór skóry, to im szybciej zostanie zdiagnozowany, tym większe szanse na wyleczenie.

– Konsultacji lekarskiej wymaga każde znamie, z którym zaczyna się coś dziać: powiększa się, zmienia kształt, zmienia kolor, zaczyna swędzieć – wylicza dermatolog. – To nie musi być nowotwór, ale warto, by obejrzał to lekarz. Może to być dermatolog, ale także lekarz rodzinny, który oceni, czy jest powód do niepokoju i w razie podejrzenia skieruje pacjenta do dermatologa, chirurga lub onkologa. Warto także raz w roku odwiedzać dermatologa, nawet gdy nie dostrzegamy nic niepokojącego. Niektórych zmian nie da się ocenić gołym okiem, wymaga to użycia dermoskopu.

fot. Tomasz Golla



► Dr Iwona Chlebicka z dermatoskopem, dzięki któremu można ocenić, czy zmiana na skórze jest niebezpieczna.

Mamo, nie płacz w szpitalu



fot. Tomasz Golla

Kiedy 38 lat temu Maria Hatamnejad zaczynała pracę jako pielęgniarka pediatryczna, rodzice mogli odwiedzać swoje chore dzieci w szpitalu raz dziennie, o wyznaczonej porze. Do dziś ma w głowie przeraźliwe krzyki maluchów, gdy za ich mamami i tatusiami zamykały się drzwi oddziału. Dla tych dzieciaków, które musiały spędzić wiele dni, a czasem tygodni w szpitalnym łóżku, to pielęgniarki stawały się rodziną. Teraz dzieci już rzadko mówią do nich „ciociu”, bo większość ma przy sobie mamę lub tatę podczas długiej choroby.

– Na szczęście – mówi Maria Hatamnejad, pielęgniarka z Kliniki Nefrologii i Pediatrycznej USK. – Dziś to nie do pomyślenia, by małe dziecko pozostawało bez stałej obecności i opieki rodziców. Tak jest znacznie lepiej dla dziecka, choć zmieniły się relacje między nami a naszymi pacjentami. Wiąż jest mniejsza i to my, pielęgniarki, jesteśmy tymi „niedobrymi”, które pobierają krew i wykonują róż-

ne inne nieprzyjemne dla dziecka czynności. Kiedyś jedna z pielęgniarek kłutła, a druga przytulała. Teraz tulą rodzice, i to jest dla dziecka lepsze.

Nie zawsze jednak rodzice są przy dziecku. Jak mały Oktawianek, porzucony przez matkę zaraz po urodzeniu. Dla ciężko chorego dziecka przez ponad rok domem był szpital, a pielęgniarki i lekarze jedyną rodziną, jaką miał. Cały

personel angażował się w znalezienie dla niego nowych rodziców, a kiedy się udało, radość była ogromna. Na oddział trafiają także pacjenci z różnych ośrodków opiekuńczych. Nikt ich nie odwiedza. – Takie sytuacje, gdy maluch jest osamotniony w chorobie, zawsze mocno przeżywamy, jakby to były nasze własne dzieci – mówi pielęgniarka. Maria Hatamnejad zawsze pracowała z dziećmi, i zawsze na

nefrologii. Nie zamieniłaby pediatrii na żadną inną dziedzinę, choć przyznaje, że tu pacjent jest niejako podwójny. Poza dzieckiem, są jeszcze rodzice. Zestresowani, niejednokrotnie przerażeni. Do nich także trzeba mieć morze cierpliwości. – Według psychologów, rodzice chorego dziecka przyswajają zaledwie 50 proc. informacji na temat stanu zdrowia swojego dziecka – tłumaczy pani Maria. – Tak działa

na nich stres. Jesteśmy przyzwyczajeni, że trzeba im czasem wielokrotnie powtarzać jedno i to samo, nieustannie coś wyjaśniać, a często także uspokajać. Zabieramy dziecko do gabinetu zabiegowego na jakieś rutynowe badanie, a mama zaczyna płakać. Takie sytuacje nie są rzadkie, a przecież emocje mamy natychmiast działają na dziecko, które zaczyna się niepokoić, że dzieje się coś złego.

Kiedy mama płacze, pielęgniarki proszą, by poszła na spacer, uspokoiła się i dopiero wówczas wróciła na oddział, by dziecko nie widziało jej łez. Pobyt w szpitalu jest dla niego wystarczająco dużym przeżyciem i bez widoku zapłakanej twarzy najbliższej osoby. Niektóre procedury, jak np. cewnikowanie, USG, badania urodynamiczne, czy biopsje nerki, są dla małych pacjentów wyjątkowo nieprzyjemne. Żeby choć trochę im ulżyć, pielęgniarki puszczały im bajki. To chyba jedyne miejsce w USK, gdzie podczas zabiegu można sobie pooglądać telewizję.

Nieustanne obcowanie z cierpieniem dzieci jest psychicznie obciążające, ale ma też swoje dobre strony:

– U naszych pacjentów od razu widać nawet najmniejszą poprawę stanu zdrowia – wyjaśnia Maria Hatamnejad. – Kiedy choć trochę lepiej się poczują, natychmiast chcą się bawić, śmieją się, rozpiera ich energia. To jest bardzo fajne, napawa optymizmem i nadaje naszej pracy dodatkowego sensu.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówek z poprzedniego numeru:

„Co kto życzy, to i prorokuje.”
Nagrody otrzymują: Krystyna Gniatkowska,
Bogdan Piasecki, Krystyna Jasińska.

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Nagrodzonych wybieramy 6 grudnia.

BOROWSKA 213

Rozwiązanie krzyżówki:

Imię:

Nazwisko:

Telefon:

LEKARZ CHOROBY KOBIECYCH WIERZGANIE	10	BAŻANT, PAW LUB KUROPATWA	URZĄDZENIE DO ŁĄDOWANIA TELEFONU KOMÓRKOWEGO	SOLENI- ZANTKA Z 31 MAJA	SUROWIEC NA CHŁEB	KOLARZ W ŻÓŁTEJ KOSZULCE	2	MIASTO W EGIPCIE, Z WIELKĄ TAMĄ
WYNIK BEZCZYNNOŚ- CI	4	PRZEWLEKŁA CHOROBA ZAKAZNA; LEPRA	BOCZNA W KOŚCIELE	WOŁOWINA	9	OSOBA CZĘSTO PRZE- BYWAJĄCA GDZIEŚ	24	JEZIORO NA WĘGRZECH
23	WYTWÓRCA SERÓW ... CZY HERBATA?	PRYMITYWNY INSTRUMENT DETY	PRAWY DOPŁYW ODRY	POTRAWA TURECKA	13	19	11	6
SSAK MORSKI	POJAZD KOLARZA CHODNIK W KOPALNI	WIERZBA	8	17	KOŚCIOŁ	14	18	18
7	20	PTAK MORSKI	16	22	SPOIWO DO LUTOWANIA	21	21	21
JAMES, ODKRYWCA	IMIE	CZĘŚĆ PSYCHIKI CZŁOWIEKA; ŚWIADOMOŚĆ	5	15	1	1	1	1
DRZEWO LIŚCIASTE	3	AKTORA DOROCIŃSKIEGO	5	15	1	1	1	1

BOROWSKA 213

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.plTeksty i redakcja:
Alicja Giedroyc

Kontakt do redakcji:

Monika Kowalska
tel. 71 733 10 55
e-mail: kowalskam@usk.wroc.plSTUDIO
Skład: MANAT

www.studiomanat.com