BEZPŁATNA GAZETA PACJENTA USK

BOROWSKA 213

NUMER 68

STYCZEŃ 2022

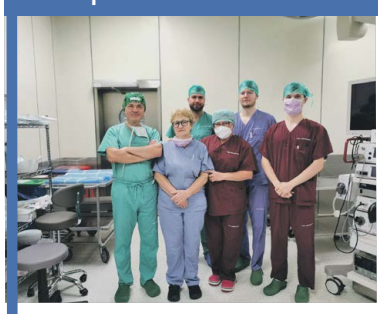
40 transplantacji serca w 2021 roku w USK

fot. Archiwum USK

Kiedy pod koniec lutego ub. r., wkrótce po uzyskaniu zgody ministra zdrowia, kardiochirurdzy z Instytutu Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu przeprowadzili pierwszą transplantację serca na Dolnym Śląsku, z dużą ostrożnością mówili o planach na przyszłość. Nikt nie mógł przewidzieć, jak będzie się rozwijała pandemia, która przecież niejeden plan postawiła na głowie. Mieli nadzieję, że do końca roku zdołają dać drugie serce dwudziestu chorym. Życie zaskoczyło, tym razem pozytywnie: przeszczepień serca u dorosłych pacjentów udało się w USK wykonać dwukrotnie więcej. Tym samym wrocławski ośrodek przyczynił się rekordowej liczby transplantacji serca w Polsce. W minionym roku było ich 200, czyli o kilkadziesiąt więcej niż w poprzednich latach.

Czytaj na str. 3

Przeprowadzka



I Klinika Ginekologii i Położnictwa USK działa w nowej siedzibie. 15 grudnia ub. r. została przeniesiona z ul. Chałubińskiego na ul. Borowską. Dla pacjentek wymagających operacji ginekologicznych oznacza to leczenie w bardziej komfortowych warunkach oraz lepszy dostęp do diagnostyki, oddziału intensywnej terapii i specjalistów z innych dziedzin. Pierwszy planowy zabieg przeprowadzono już 22 grudnia.

Czytaj na str. 2

Rozszczep krtani

Wady wrodzone układu oddechowego są drugą po wadach serca przyczyną śmiertelności noworodków. Rozszczep krtani to jeden z problemów, który może doprowadzić do śmierci dziecka w krótkim czasie. Skomplikowane operacje pozwalają ratować życie tych dzieci i uniknąć późniejszego kalectwa. Centrum Chirurgii Głowy i Szyi USK dołączyło do nielicznych ośrodków w Polsce, w których wykonuje się takie zabiegi.

Czytaj na str. 6

Rodzić z cukrzycą

Kobiety z cukrzycą typu 1 mogą rodzić zdrowe dzieci bez ryzyka powikłań. Muszą jednak zadbać o to jeszcze na etapie planowania ciąży, a podczas jej trwania kontrolować poziom cukru. Pomaga w tym program leczenia osobistymi pompami insulinowymi Fundacji WOŚP, działający w USK. W ramach programu pacjentki dostają pompy do domu i korzystają z nich aż do połogu. To walka o bezpieczeństwo matki i dziecka.

Czytaj na str. 7

CAR-T po raz pierwszy z refundacją

fot. Archiwum USK

4 stycznia br. w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej USK podano kolejnemu dziecku z ostrą białaczką limfoblastyczną komórki CAR-T. Po raz pierwszy zabieg był refundowany.
– Cieszy nas szczególnie podanie pierwszej w tym roku dawki komórek CAR-T, bo ta terapia jest szansą dla dzieci z białaczką oporną na leczenie – wyznaje prof. Krzysztof Kałwak, kierownik kliniki.

8-letni Nikodem czekał na przygotowanie preparatu z własnych komórek około 4 tygodni od dnia pobrania. Kilka dni temu ze Stanów Zjednoczonych przyleciał zamrożony woreczek z 10-cioma mililitrami płynu. Tuż po rozmrożeniu te cenne komórki zostały podane chłopcu. Na pierwsze informacje o reakcji organizmu na preparat trzeba poczekać jeszcze ok. 3 tygodni.
– Nikodem to nasz 11 pacjent, u którego zastosowaliśmy tę unikalną metodę. Niestety, na początku nie była refundowana. Teraz, kiedy klinika i rodzice nie muszą starać się o zebranie tak ogromnej kwoty na leczenie, wierzymy, że uda się pomóc znacznie większej grupie pacjentów – mówi prof. Kałwak.

USK we Wrocławiu jest pierwszym ośrodkiem w Polsce i w Europie Środkowo-Wschodniej, który otrzymał akredytację na terapię CAR-T. Ponadto w I połowie ub.r. naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu otrzymali grant z Agencji Badań Medycznych na produkcję tzw. akademickich CAR-T. Pozwoli to zmniejszyć koszty terapii i da szanse na leczenie również dorosłym pacjentom.

Ginekologia i położnictwo USK w jednym miejscu

fot. Archiwum USK

► Zespół I Kliniki Ginekologii i Położnictwa pracuje już w nowej siedzibie na ul. Borowskiej.

I Klinika Ginekologii i Położnictwa USK 15 grudnia br. została przeniesiona z ul. Chałubińskiego na ul. Borowską. W ten sposób obie wrocławskie kliniki, zachowując swoją odrębność, znalazły się w jednym budynku. Dla pacjentek wymagających operacji ginekologicznych oznacza to leczenie w bardziej komfortowych warunkach oraz lepszy dostęp do diagnostyki, oddziału intensywnej terapii i specjalistów z innych dziedzin, w razie konieczności zasięgnięcia dodatkowych konsultacji. Pierwszy planowy zabieg w nowej siedzibie przeprowadzono już 22 grudnia.

– Do tej pory przypominaliśmy trochę samotną wyspę na oceanie – przyznaje kierownik I Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK prof. Marek Murawski. – Doskonałe zaplecze w postaci diagnostyki obrazowej, oddziału intensywnej opieki medycznej oraz wysokiej klasy specjaliści z zakresu innych dziedzin zabiegowych – to wszystko jest w USK, ale w budynku przy ul. Borowskiej. Stwarza to warunki do pracy w zespole interdyscyplinarnym, co jest szczególnie istotne dla możliwości wykonywania rozległych zabiegów operacyjnych, zwłaszcza onkologicznych. W dotychczasowej siedzibie mieliśmy na miejscu tylko jednego specjalistę anestezjologa. Wystarczyła jego absencja i już powstawał problem z planowymi zabiegami operacyjnymi. Na specjalistyczne badania obrazowe, niezbędne w diagnostyce onkologicznej, pacjentki musiały udawać się transportem sanitarnym na ulicę Borowską. Kłopotliwe były także konsultacje lekarskie z innymi specjalistami. Teraz sytuacja zmienia się diametralnie, wszystko będziemy mieli na miejscu, co z pewnością przełoży się na bezpieczeństwo pacjentek i komfort pracy lekarzy.

Rozwój chirurgii

I Klinika Ginekologii i Położnictwa USK nastawia się przede wszystkim na pełen wachlarz zabiegów z zakresu chirurgii ginekologicznej.

– Nawiązujemy do tradycji jednostki posiadającej profil oddziału ginekologii operacyjnej, będącej flagowym oddziałem na Dolnym Śląsku – dodaje prof. Murawski. – Przeniesienie kliniki do szpitala przy ulicy Borowskiej wypełnia brakujące ogniwo w tej dziedzinie chirurgii, co w tak dużym kompleksie wielospecjalistycznym było szczególnie dotkliwie odczuwalne. Ponadto stwarza możliwość dalszego, intensywnego rozwoju operatywy ginekologicznej, wprowadzania nowych technik operacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem chirurgii małoinwazyjnej miednicy mniejszej.

Podstawowa działalność I Kliniki Ginekologii i Położnictwa jako oddziału ginekologii operacyjnej obejmuje leczenie chirurgiczne w obszarach ginekologii onkologicznej, uro-ginekologicznej i endoskopii ginekologicznej.

W ramach ginekologii onkologicznej w klinice wykonuje się rozległe zabiegi operacyjne nowotworów złośliwych żeńskich narządów płciowych, z możliwością pracy w zespole interdyscyplinarnym. W uro-ginekologii klinika stawia na rozwój operacji „slingowych" w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu oraz pochwowych i laparoskopowych operacji podwieszających w przypadku zaburzeń statyki żeńskich narządów płciowych – jednego z głównych schorzeń cywilizacyjnych naszych czasów. W endoskopii ginekologicznej planowane jest doskonalenie zaawansowanych technik laparoskopowych oraz zabiegów histeroskopowych, umożliwiające znaczne rozszerzenie oferty leczenia operacyjnego w ginekologii o zabiegi małoinwazyjne.

– Rozwój tych kierunków klinika zamierza osiągnąć poprzez wykorzystanie wysokiej klasy sprzętu zabiegowego oraz zaplecza diagnostycznego, a także właściwe szkolenie asystentów klinicznych.

Położnictwo osobno

Po przeprowadzce natomiast w klinice nie będzie już położnictwa. Jednak w rzeczywistości to tylko usankcjonowanie sytuacji, trwającej od października br., gdy zawieszono działanie porodówki przy ul. Chałubińskiego. Głównym powodem był brak lekarzy neonatologów. Pacjentki zgłaszające się do porodu przejęła II Klinika Ginekologii i Położnictwa USK, mieszcząca się przy ul. Borowskiej.

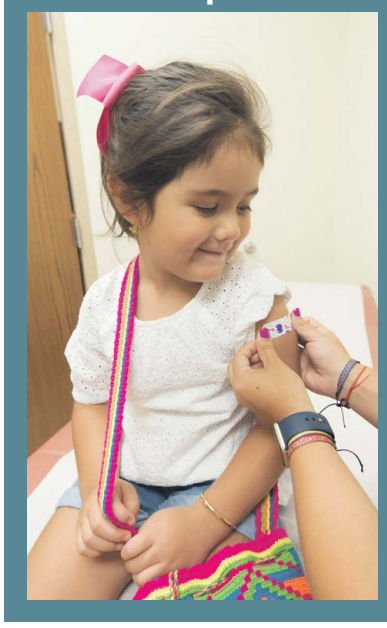
– Powiększyliśmy oddział położniczy i po blisko dwóch miesiącach można już ocenić, że było to wystarczające – zapewnia szef II Kliniki Ginekologii i Położnictwa prof. Mariusz Zimmer. – Nie zdarzyło się, by zabrakło miejsca dla jakiejkolwiek rodzącej. Zlokalizowanie obu klinik w jednym budynku, poza oczywistymi korzyściami dla pacjentek, przyniesie jeszcze jedną dodatkową wartość. Zapewni rezydentom lepszą bazę szkoleniową, bo teraz będą się mogli szkolić ze wszystkich procedur ginekologiczno-położniczych w jednej lokalizacji.

Wraz z kliniką z ul. Chałubińskiego na ul. Borowską przeniesione zostały także przykliniczne poradnie: ginekologiczna, ginekologii onkologicznej oraz ginekologii dziewczęcej. Obie kliniki mają do dyspozycji osobne izby przyjęć.

fot. Archiwum USK

► Pierwszy po przeprowadzce zabieg przeprowadzono 22 grudnia.

Zaszczep dziecko przeciwko COVID-19!



W obecnej fali pandemii dzieci chorują na COVID-19 znacznie częściej niż w poprzednich. Często także przebieg choroby jest u nich ciężki. Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK jest przepełniona, ale większość jej covidowych pacjentów to nieszczepione dzieci nieszczepionych rodziców.

– Chcę zachęcić rodziców, aby zaszczepili swoje dzieci i siebie, szczególnie w rodzinach, w których są osoby obciążone innymi chorobami – przekonuje szef kliniki, prof. Leszek Szenborn. – Z doświadczeń innych krajów wiemy, że szczepionki przeciwko COVID-19 są dobrze tolerowane przez najmłodszych. W USA już 5 mln dzieci w wieku 5-11 lat przyjęło szczepionkę, a 2 mln zaszczepiono drugą dawką. Nie zaobserwowano objawów niepożądanych groźniejszych niż ból ręki, utrzymujący się jeden dzień. Wygląda na to, że dzieci lepiej znoszą szczepienie od dorosłych.

W USK zaszczepiono już ponad 1000 dzieci w wieku 5-11 lat. Codziennie w dwóch lokalizacjach przy ul. Skłodowskiej-Curie i ul. Borowskiej wykonuje się w USK średnio ok. 750 szczepień. Zabiegi odbywają się także w soboty od godz. 8.00 do 18.00.

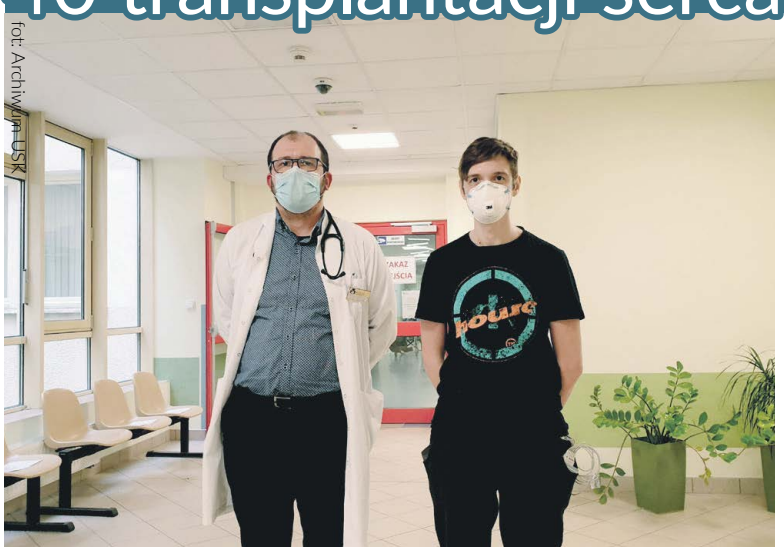
Rejestracja

Przed zgłoszeniem się na szczepienie konieczna jest wcześniejsza rejestracja. Można zrobić to na kilka sposobów:

- osobiście w wybranym punkcie szczepień, przy ul. Borowskiej 213 lub ul. M. Skłodowskiej-Curie 50/52,
- zadzwonić pod numer w naszym szpitalu: 885 853 059 lub 885 853 127,
- zadzwonić na całodobową infolinię 989,
- skorzystać ze strony internetowej pacjent.gov.pl (Ważne! Dziecko można zarejestrować tylko za pomocą tzw. szybkiej rejestracji bez Profilu Zaufanego),
- wysłać SMS o treści SzczepimySie na numer 664 908 556 lub 880 333 333.

Proszę pamiętać o przygotowaniu numeru PESEL dziecka, który jest niezbędny do rejestracji.

40 transplantacji serca w 2021 roku w USK


fot. Archiwum USK

► Prof. Michał Zakliczyński z pierwszym pacjentem po transplantacji w USK.

Kiedy pod koniec lutego ub. r., wkrótce po uzyskaniu zgody ministra zdrowia, kardiochirurdzy z Instytutu Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu przeprowadzili pierwszą transplantację serca na Dolnym Śląsku, z dużą ostrożnością mówili o planach na przyszłość. Nikt nie mógł przewidzieć, jak będzie się rozwijała pandemia, która przecież niejeden plan postawiła na głowie. Mieli nadzieję, że do końca roku zdołają dać drugie serce dwudziestu chorym. Życie zaskoczyło, tym razem pozytywnie: przeszczepień serca u dorosłych pacjentów udało się w USK wykonać dwukrotnie więcej. Tym samym wrocławski ośrodek przyczynił się rekordowej liczby transplantacji serca w Polsce. W minionym roku było ich 200, czyli o kilkadziesiąt więcej niż w poprzednich latach.

Wrocławski USK jest szóstym ośrodkiem medycznym w Polsce, który ma prawo wykonywać transplantacje serca.

– Okazuje się, że nowy, wrocławski ośrodek nie tylko nie ograniczył nikomu liczby transplantacji, ale wydaje się, że nastąpiła pewnego rodzaju mobilizacja, która spowodowała, że transplantacji jest więcej – mówi kierujący Pododdziałem Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspierania Krążenia w Klinice Kardiochirurgii USK prof. Michał Zakliczyński.

Według danych Polstransplantu na serce w Polsce wciąż czeka ponad 400 osób. Potrzebujących w rzeczywistości może być więcej, bo kolejka ta nie obejmuje nagłych przypadków, które mogą pojawić się dosłownie w każdej chwili. Przekrój wieku pacjentów, którzy przeszli transplantację serca we Wrocławiu, jest spory: najmłodszy miał zaledwie 19 lat, najstarszy – 69. Każdy z nich ma swoją historię, naznaczoną dramatycznymi momentami, często o nieoczekiwanym przebiegu. Nowy rozdział w historii wrocławskiej kardiochirurgii otworzyła transplantacja serca 26-letniego pana Pawła. Na serce był chory od urodzenia, ale dzięki dobremu leczeniu całymi latami funkcjonował normalnie. Do chwili, gdy zachorował na COVID-19. Doszło do gwałtownego zaostrzenia choroby, trafił na oddział kardiochirurgii USK i został zakwalifikowany do przeszczepu. Zespół kardiochirurgów, kierowany przed doświadczonego transplantologa dr Romana Przybylskiego, przeprowadził pierwszy w historii USK zabieg 25 lutego ub.r.

Kardiochirurdzy USK nie mieli wiele czasu, by odetchnąć po pierwszym sukcesie. Nie minęła doba, gdy trafiła do nich kolejna młoda osoba, pilnie potrzebująca serca. 20-latka została przekazana do wrocławskiego szpitala w stanie wstrząsu kardiogennego z Wałbrzycha. Zdiagnozowano u niej zapalenie mięśnia sercowego ze znacznym uszkodzeniem serca. Pacjentka dosłownie otarła się o śmierć: konieczne było zastosowanie mechanicznego wspomagania krążenia – ECMO żylno-tętniczego. Wcześniej nie chorowała na serce. Zgłoszono ją do pilnej transplantacji, ale lekarze liczyli się z tym, że pacjentka może jej nie doczekać. Tym razem dawca znalazł się na Mazowszu, a w dostarczeniu serca na czas pomogła policja, która przetransportowała je helikopterem. Od tego czasu wrocławski ośrodek często korzystał z pomocy policji i wojska w transporcie narządu z odległych części kraju.

Ukoronowanie marzeń kardiochirurga

Przy stole operacyjnym zespołem przeszczepowym w USK kierują dr Roman Przybylski, prof. Tomasz Hrapkowicz i dr Maciej Bochenek. Jednak za każdą transplantacją stoi cały sztab zmobilizowanych i zaangażowanych ludzi. Zanim kardiochirurg-transplantolog dotknie skalpelem klatki piersiowej biorcy, wykonują oni gigantyczną pracę.

– Mamy poczucie, że każdy z nas jest ważnym ogniwem całego procesu – mówi kardiochirurg dr Jacek Jakubaszko, którego zadaniem w zespole przeszczepowym jest pobieranie serca od dawców. Ma już na koncie blisko 40 takich pobrań. To praca niezwykła, w której trudno powstrzymać emocje i niczego nie można do końca przewidzieć. Nawet tego, czy wytypowane serce ostatecznie okaże się odpowiednie. Zawsze jest w gotowości. W pracy czeka przygotowana walizka z koniecznym sprzętem. Można się szykować na spokojny dzień z planowymi operacjami i myśleć o tym, co się będzie robić po powrocie do domu, gdy nagle przychodzi wezwanie: trzeba jechać po serce. Albo – jak to się zdarzyło w listopadzie ub. r. – po dwa. I to w odległe miejsca kraju. Po pobraniu narządu w Wielkopolsce, natychmiast musiał wsiąść w karetkę i pojechać na Śląsk po kolejny. Samo pobranie jest przeżyciem, które trzeba umieć oswoić:

– Zawsze staram się dowiedzieć jak najwięcej o dawcy – przekonuje lekarz. – Jakim był człowiekiem, jak zginął. W tej pracy chodzi też o to, by wyciągnąć jak najwięcej sensu z tego, co się stało. Dawcy to najczęściej młodzi ludzie, których nagła śmierć jest szokiem dla rodziny. Mnie osobiście napięcie opada dopiero wtedy, gdy zobaczę, jak pobrane przeze mnie serce, zaczyna znowu bić w innym ciele.

4 stycznia dr Jakubaszko poleciał wojskowym samolotem po serce na Pomorze. Po raz pierwszy zdarzyło mu się poznać rodzinę dawcy.

„Jego Żona czekała pod salą operacyjną gdzie zorganizowano pobranie wielonarządowe. Przez całe jej widoczne cierpienie związane z nagłą i niespodziewaną śmiercią Męża przebijała jakaś pozytywna siła: „To był bardzo dobry człowiek, bierzcie co tylko się da, niech uratuje jak najwięcej osób." Wielki szacunek. Po 3 godz. i 41 min. od zatrzymania serce zabiło nowym życiem na Dolnym Śląsku" – napisał tego dnia na swoim profilu FB.

Dr Jacek Jakubaszko nie ukrywa, że nie może się doczekać chwili, gdy sam przeszczepi serce pacjentowi. Ma nadzieję, że wkrótce się to stanie i ta perspektywa jest ekscytująca.

– Gdyby jeszcze kilka lat temu ktoś mi powiedział, że będę we Wrocławiu pracował w zespole przeszczepowym, nie uwierzyłbym – wyznaje kardiochirurg. – Transplantacja to ukoronowanie marzeń zawodowych, po to zostaje się kardiochirurgiem.

Retransplantacja po raz pierwszy

36-letni kierowca z województwa mazowieckiego Marcin Drab był pierwszym pacjentem, któremu we Wrocławiu wszczepiono serce po raz drugi. Takie zabiegi u dorosłych pacjentów są w Polsce rzadkością, dotyczą zaledwie kilku procent osób po transplantacji. Historia choroby tego młodego mężczyzny jest długa.

– Mógłbym już książkę napisać o swoim zdrowiu – żartuje Marcin Drab. – Od dawna choruję na wrzodziejące zapalenie jelit, ale na serce nie narzekałem. Aż do momentu, kiedy w wieku 29 lat zapadłem na grypę. Nie doleczyłem choroby, poszedłem do pracy i to był duży błąd. Czułem się coraz gorzej, traciłem siły, aż w końcu nie byłem w stanie wejść po schodach do domu. Lekarze zdiagnozowali mi zapalenie mięśnia sercowego i zakwalifikowali do przeszczepu. Trafiłem do Zabrza, ale długo nie było dla mnie serca.

Prawie przez dwa lata o życiu pana Marcina decydowała pompa, wspomagająca pracę jego serca. W 2017 r. w końcu doczekał się przeszczepu.

– Początkowo wszystko było super, czułem się jak nowo narodzony – opowiada. – Jednak radość nie trwała długo. Wróciłem do pracy, wkrótce znowu się przeziębiłem, a potem zacząłem odczuwać duszności i miałem coraz mniej siły. Lekarze stwierdzili, że mój organizm odrzuca nowe serce. Mimo leczenia, było coraz gorzej. Postanowiłem skonsultować się ze specjalistami z Wrocławia, bo słyszałem o nich wiele dobrego. Tak dotarłem do USK.

W obliczu zagrożenia życia jedynym rozwiązaniem było zastąpienie zniszczonego serca nowym. Został więc zakwalifikowany do pilnej transplantacji.

– Rozwinięta u pacjenta przyspieszona miażdżyca naczyń wieńcowych po przeszczepie doprowadziła do niewydolności serca – wyjaśnia dr Roman Przybylski, kierownik Kliniki Kardiochirurgii USK. – Są to sytuacje, których przed transplantacją nie możemy przewidzieć, choć przebieg niektórych chorób autoimmunologicznych, może dyskwalifikować pacjenta do przeszczepu.

Po otrzymaniu trzeciego serca pan Marcin inaczej patrzy na swoje zdrowie. Twardo postanowił, że tym razem będzie się oszczędzał. Jest przekonany, że trzeba szanować niezwykły dar, który stał się jego udziałem.

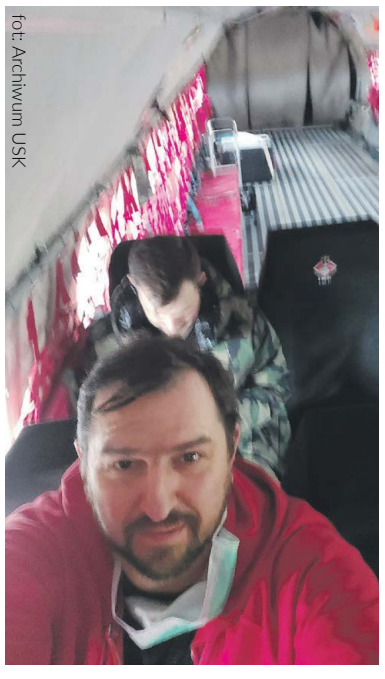
Dr Roman Przybylski często jest pytany przez dziennikarzy o emocje, jakie towarzyszą lekarzowi, który daje komuś drugie życie. Choć transplantacje serca to jego zawodowa specjalność (wykonał ich ponad 300), docenia pracę całego Instytutu Chorób Serca:

– Codziennie dajemy pacjentom drugie życie. Nie tylko przeszczepiając serca, ale też wykonując wszelkie inne zabiegi kardiochirurgiczne.

Nowy rok także zaczął się doskonale dla wrocławskich kardiochirurgów. Na swoje konto mogą zapisać pierwszą transplantację w Polsce AD 2022, którą przeprowadzili 4 stycznia br.

fot. Archiwum USK

► U pana Marcina konieczna była retransplantacja, zabieg się udał.


fot. Archiwum USK

► Dr Jacek Jakubaszko wojskowym samolotem leci po pierwsze w tym roku serce.

Trafić w punkt: stereo-EEG pozwala dokładnie zlokalizować

fot. Archiwum USK

Siedem elektrod zaimplantowanych do mózgu, połączonych kablami z monitorem, uniemożliwia swobodne poruszanie się. Na ekranie widać kolorowe linie fal mózgowych, w nieustannym ruchu, rysujących dynamiczne wzory, które rozszyfrować potrafią tylko wtajemniczeni. Młoda kobieta spędzi w ten sposób w szpitalnym łóżku kilka, może kilkanaście dni, w zależności od tego, kiedy lekarze znajdą w jej głowie źródło problemu. Znosi niewygodę cierpliwie. To dla niej szansa, by pozbyć się napadów, z których powodu cierpi od dzieciństwa. Ma 21 lat i od 11 roku życia choruje na padaczkę lekooporną. Lekarze Kliniki Neurochirurgii i Kliniki Neurologii USK wykonali jej unikatową metodę diagnostyczną, którą dotąd w Polsce nie stosowano: stereo-EEG.

– Żadna inna z dotychczas stosowanych metod nie dorównuje stereo-elektroencefalografii pod względem czułości – mówi prof. Paweł Tabakow, kierownik Kliniki Neurochirurgii USK. – To bardzo ważne w kontekście bezpieczeństwa operacji mózgu. Im dokładniej określimy miejsce, w które chcemy chirurgicznie ingerować, tym lepszy efekt terapeutyczny i mniejsze ryzyko uszkodzenia innych obszarów. W medycynie dążymy zawsze do minimalizowania ryzyka, a w neurochirurgii ma to szczególne znaczenie. Usunąć kilka centymetrów kory mózgowej, a wyciąć pół centymetra – różnica jest kolosalna i może decydować o tym, jak będzie wyglądało dalsze życie pacjenta.

fot. Archiwum USK

► Dr Peter Reinacher (z lewej) z prof. Pawłem Tabakowem gotowi do zabiegu w USK.

Gdy w epilepsji leki nie działają

Jednym ze wskazań do zabiegu operacyjnego mózgu jest padaczka lekooporna. Napady padaczkowe są wywołane nadmierną aktywnością neuronów. Nagłe, zwykle krótkotrwałe wyładowania elektryczne w mózgu powodują różnorodne skutki. Mogą to być skurcze mięśni, drgawki, utrata świadomości, chwilowe niedowłady, „dziwne" zachowanie, trwające chwilę zaburzenia uwagi, a nawet halucynacje. Napady padaczkowe manifestują się bowiem w bardzo różnorodny sposób. Jeśli są częste i gwałtowne, wpływają na codzienne funkcjonowanie, zwłaszcza że zwykle pojawiają się już w dzieciństwie. Utrudniają naukę, pracę, nawiązywanie kontaktów, bliskich relacji, skazując czasem na społeczną degradację. Trudno jest żyć, jeśli nie ma się pełnej kontroli nad własnym ciałem, a atak może się zdarzyć dosłownie w każdej chwili.

► Pierwszy w Polsce zabieg stereo-EEG przeprowadził prof. Paweł Tabakow w asyście dr Petera Reinachera z Kliniki Neurochirurgii Neurocentrum Uniwersyteckiego Szpitala we Freiburgu.

– Padaczka jest jedną z częstszych chorób neurologicznych – tłumaczy dr Monika Służewska-Niedźwiedź z Kliniki Neurologii USK. – W większości przypadków chorym pomagają leki, które hamują wystąpienie napadów lub zmniejszają ich intensywność. Jednak u niektórych pacjentów nie działają. Zmieniamy je na inne, a gdy i to nie pomaga, wprowadzamy kolejne. Jeśli zawiodą dwie próby właściwie dobranej farmakoterapii, możemy rozpoznać padaczkę lekooporną. Dotyka ona ok. jednej trzeciej chorych z epilepsją.

U części tych pacjentów napady są nasilone i zdarzają się często, czasem nawet wielokrotnie w ciągu dnia. W takich sytuacjach lekarze rozważają leczenie operacyjne, które polega na zneutralizowaniu tego obszaru mózgu, gdzie powstają nadmierne impulsy elektryczne. Nie jest to takie proste, bo też nie zawsze jest to jedno określone miejsce. Zabieg ma szansę powodzenia tylko wtedy, gdy padaczka ma postać ogniskową, czyli udaje się zlokalizować konkretny obszar w mózgu odpowiedzialny za powstawanie napadów.

– Ostateczną decyzję o leczeniu operacyjnym musi poprzedzać dokładna diagnostyka z zastosowaniem technik neuroobrazowania – mówi dr Monika Służewska-Niedźwiedź. – Pacjentowi wykonuje się badanie rezonansem magnetycznym. Szukamy m.in. dysplazji, czyli nieprawidłowych struktur kory mózgowej, która jest jedną z przyczyn padaczki. Ponadto konieczna jest video-elektroencefalografia, podczas której jednocześnie nagrywany jest pacjent i to co się z nim dzieje w czasie napadu oraz rejestrowana jest czynność bioelektryczna mózgu. Dzięki temu możemy potwierdzić, że źródłem napadu jest nieprawidłowa struktura uwidoczniona w badaniu rezonansu magnetycznego.

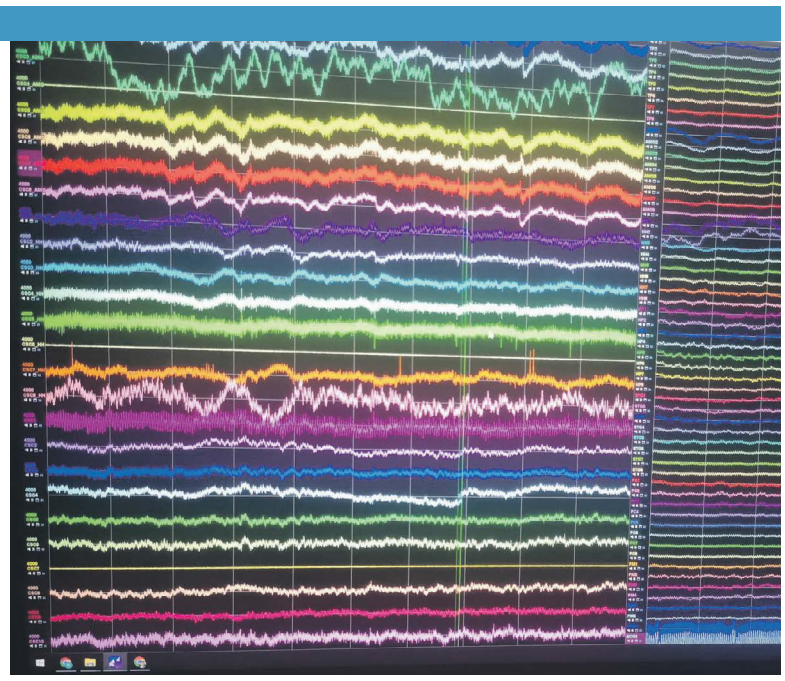
U 21-letniej pacjentki USK padaczkę zdiagnozowano w dzieciństwie. Podczas napadu ma zaburzenia świadomości, wzmożone napięcie mięśni lewej strony ciała, czasem dochodzi do utraty przytomności. Była leczona wieloma lekami, ale kolejne terapie przynosiły niewielkie efekty. Ataki wciąż się pojawiały. Badania wykazały, że ich źródło znajduje się w płacie skroniowym mózgu. To tu dochodzi do nadmiernej, nieprawidłowej aktywności neuronów. Kobieta została zakwalifikowana do operacji, a zabieg ma się odbyć w Klinice Neurochirurgii USK.

W gęstej sieci neuronów

– Chcieliśmy jak najbardziej precyzyjnie określić miejsce powstawania patologicznych wyładowań – tłumaczy prof. Paweł Tabakow.

ognisko padaczki

► – Dzięki współpracy z renomowanymi na świecie neurochirurgami i neurologami budujemy na wiele lat fundamenty neurologii i neurochirurgii XXI wieku – mówi prof. Paweł Tabakow.



► Z graficznego zapisu fal mózgowych można wyczytać m.in., w którym miejscu dochodzi do nieprawidłowych wyładowań i gdzie znajduje się ognisko padaczki.

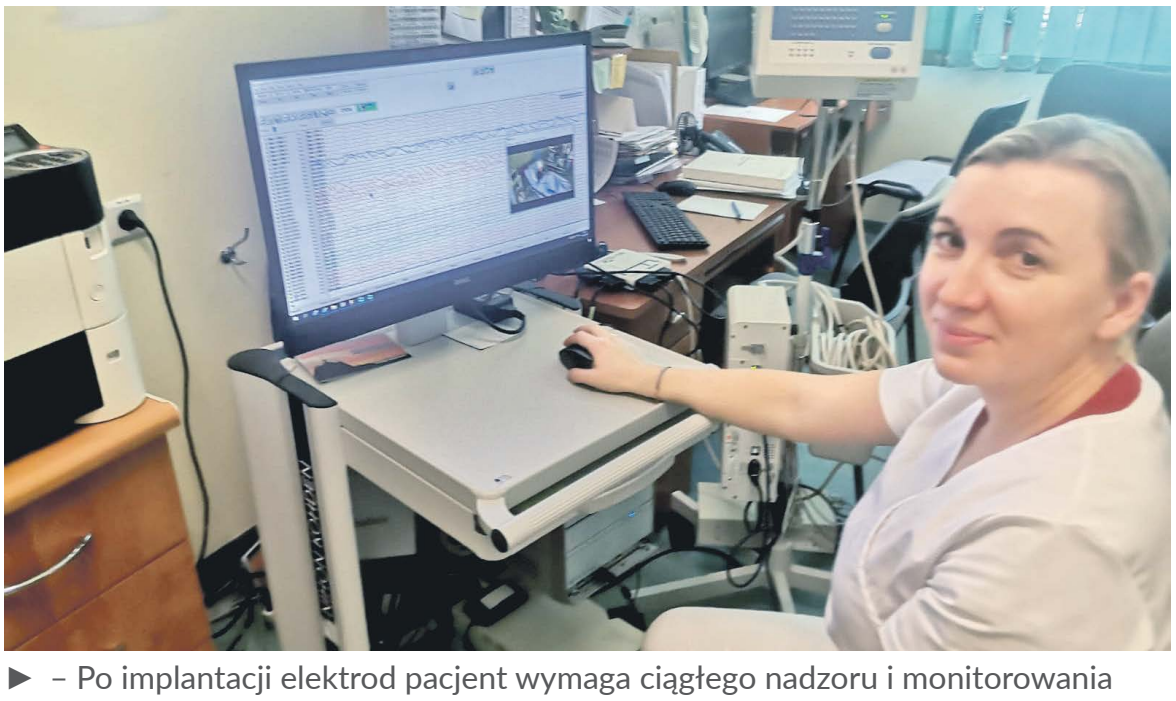
– Zastosowaliśmy więc nowatorską w polskich warunkach metodę stereo-EEG. W przeciwieństwie do klasycznej video-EEG, jest to metoda inwazyjna. Superczułe elektrody musimy bowiem umieścić wewnątrz czaszki. Aby umieścić w mózgu takie elektrody precyzyjnie i bezpiecznie, konieczne jest właściwe zaplanowanie ich trajektorii. Jest to możliwe dzięki zaawansowanej technologii komputerowej planowania nawigacyjnego. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym. W kości czaszki wiercone są 2,5-milimetrowe otwory, przez które wprowadza się elektrody z użyciem dedykowanej ramy stereotaktycznej. Potem pacjent jest monitorowany przez 24 godziny na dobę. Gdy dochodzi do napadu padaczkowego, widzimy to wyraźnie na ekranie. Co najważniejsze, widzimy też z której elektrody pochodzi sygnał, a co za tym idzie – w jakim miejscu powstało wyładowanie. W porównaniu z video-EEG, za pomocą którego uzyskujemy dwuwymiarowy obraz, stereo-EEG to w diagnostyce gigantyczny skok do przodu. Zyskujemy dodatkowy wymiar, dzięki czemu zwężamy pole do operacji wśród gęstej sieci neuronów, z jaką mamy do czynienia w mózgu.

Do tej pory pacjenci wymagający tak dokładnej diagnostyki musieli wyjeżdżać do zagranicznych ośrodków neurochirurgicznych. Teraz jest to możliwe we Wrocławiu. Pierwsza operacja stereo-EEG została wykonana przez prof. Pawła Tabakowa w asyście znanego na świecie specjalisty neurochirurgii funkcjonalnej dr Petera Reinachera z Kliniki Neurochirurgii Neurocentrum Uniwersyteckiego Szpitala we Freiburgu. Dodatkowo neurolodzy z oddziału Epileptologii Neurocentrum wspierali zdalnie pracę wrocławskich neurologów w stosowaniu zaawansowanych metod analizy zapisu fal mózgowych.

– Dzięki aktywnej współpracy i wymiany doświadczenia z renomowanymi na świecie neurochirurgami i neurologami budujemy na wiele lat fundamenty neurologii i neurochirurgii XXI wieku, która będzie łączyć jakość kliniczną i interdyscyplinarne podejście z solidnymi podstawami naukowymi, a dopiero to jest podstawą tworzenia ośrodków o najwyższej referencyjności – dodaje prof. Tabakow.

Kolejny test w badaniu pamięci

Stereo-EEG u pacjentki z padaczką lekooporną było okazją do wykonania kolejnego testu pamięci w ramach projektu „Neurofizjologiczne mapowanie i stymulacja mózgu ludzkiego dla poprawy pamięci: NeuroStim". Projekt prowadzi interdyscyplinarna grupa neurobiologów, inżynierów biomedycznych, neurologów i neurochirurgów z Politechniki Gdańskiej, ośrodka medycznego Mayo Clinic (Rochester, USA) oraz Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. W Klinice Neurochirurgii USK wykonywane są wszystkie zabiegi, stanowiące podstawę badania. Podczas testów stosuje się specjalną, bardzo czułą elektrodę, która rejestruje pracę fal mózgowych oraz sczytuje impulsy z pojedynczych neuronów oraz całych grup komórek nerwowych. Badanie ma na celu poznanie mechanizmów, leżących u podstaw myśli i pamięci. Poprzez zastosowanie najnowszych technologii do pomiaru i stymulacji fal mózgowych, naukowcy chcą się dowiedzieć, czym jest pamięć, gdzie jest skupiona w mózgu i jak można ją skutecznie leczyć w chorobach Alzheimera, Parkinsona, Huntingtona, padaczce i wielu innych, związanych z jej utratą. W Klinice Neurochirurgii USK planowanych jest kilkanaście zabiegów, połączonych z testami pamięci. Dotychczas wykonano je u pacjentów z drżeniem samoistnym, chorobą Parkinsona oraz ostatnio – z padaczką lekooporną.



► – Po implantacji elektrod pacjent wymaga ciągłego nadzoru i monitorowania zapisu EEG przez 7-14 dni – mówi dr Monika Służewska-Niedźwiedź z Kliniki Neurologii USK.

► Dr Michał Kucewicz, szef Laboratorium Elektrofizjologii Mózgu i Umysłu Politechniki Gdańskiej podczas badań we wrocławskiej klinice.

Operacje wad wrodzonych układu oddechowego u dzieci teraz w Centrum Chirurgii Głowy i Szyi USK

fot: Archiwum USK

► Prof. Jarosław Szydłowski (z lewej), dr Monika Morawska-Kochman i prof. Tomasz Zatoński.

Wady wrodzone układu oddechowego są drugą po wadach serca przyczyną śmiertelności noworodków. Dotykają blisko 5 proc. z nich i w większości przypadków wymagają szybkiej interwencji chirurgicznej. Rozszczep krtani to jeden z takich poważnych problemów, który – jeśli jest rozległy – może doprowadzić do śmierci dziecka w krótkim czasie. Obecnie medycyna radzi sobie coraz lepiej z tą wadą. Operacje, choć są skomplikowane, pozwalają ratować życie tych dzieci i uniknąć późniejszego kalectwa. Centrum Chirurgii Głowy i Szyi USK dołączyło do nielicznych ośrodków w Polsce, w których wykonuje się takie zabiegi.

Centrum Chirurgii Głowy i Szyi USK składa się z trzech jednostek Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu: Kliniki Otorynolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi z Oddziałem Otorynolaryngologii Dziecięcej oraz Kliniki Chirurgii Szczękowo - Twarzowej. Z założenia ma zapewniać kompleksową opiekę nad pacjentem laryngologicznym w każdym wieku i z każdym problemem zdrowotnym.

– Dążymy do tego, by oferować pełną diagnostykę i leczenie wszelkich chorób laryngologicznych dorosłych i dzieci – mówi szef Centrum Chirurgii Głowy i Szyi USK prof. Tomasz Zatoński. – Ostatnio poszerzyliśmy zakres naszych zabiegów o rekonstrukcje w obrębie krtani i przełyku u dzieci dotkniętych wadami wrodzonymi w tych obszarach. To zabiegi obarczone wysokim ryzykiem niepowodzenia, wymagające doświadczonego zespołu. Na początek zaprosiliśmy do współpracy specjalistę najwyższej klasy – prof. Jarosława Szydłowskiego z Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który w grudniu tego roku wraz z zespołem Kliniki Otorynolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi wykonał pierwsze tego typu operacje w naszym centrum.

Krtań jest narządem, pozwalającym na bezpieczne skrzyżowanie dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Jeśli rozwój tego narządu w okresie płodowym zostanie zaburzony i dojdzie do jego deformacji, skrzyżowanie to przestaje być bezpieczne. Utrudnione połykanie pokarmów, tendencja do zachłystywania, podatność na infekcje – to najczęstsze zagrożenia związane z nieprawidłowo ukształtowaną krtanią. Gdy dziecko rodzi się z niezrośniętą tylną ścianą krtani, między drogami oddechowymi a przełykiem pojawia się część wspólna. Jest to jedna z tych wad, które mogą być przyczyną zgonu niedługo po urodzeniu. Rozszczep krtani może być bardziej lub mniej rozległy, co określa się w stopniach.

– Najbardziej rozległy rozszczep tylnego odcinka krtani typu IV, rozciągający się aż do tchawicy, jest wadą zagrażającą życiu – tłumaczy prof. Jarosław Szydłowski. – Jednym z objawów jest głośny, dźwięczny oddech, tzw. stridor. Niemowle zachłystuje się pokarmem i jest narażone na zachłystowe zapalenie płuc, które jest chorobą bardzo niebezpieczną. Jeszcze kilkanaście lat temu dzieci urodzone z tą wadą były operowane w zagranicznych ośrodkach, a wiele z nich umierało. Od 2007 r. działa u nas program leczenia tych wad i możemy skutecznie ratować naszych pacjentów.

Prof. Szydłowski ma na koncie ponad setkę wyleczonych dzieci z rozszczepem krtani. To unikalne doświadczenie nie tylko w skali kraju. W pierwszych zabiegach, przeprowadzonych z jego udziałem w Klinice Otorynolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi uczestniczyła dr Monika Morawska-Kochman ordynator Oddziału Otorynolaryngologii Dziecięcej.

– Operacje te polegają na zamknięciu tylnego odcinka krtani – mówi dr Monika Morawska-Kochman. – Przeprowadza się je endoskopowo, przy zachowaniu oddechu własnego pacjenta, bez intubacji. To duża trudność i potrzeba do tego naprawdę dużego doświadczenia chirurgicznego. Warto też podkreślić, że jeszcze kilka lat temu, podczas operacji rozszczepu krtani trzeba było przeciąć szyję, żeby dostać się do tchawicy. Zastosowanie techniki endoskopowej pozwala zminimalizować cięcie, dzięki czemu zabieg jest bezpieczniejszy, a pooperacyjna blizna nieporównywalnie mniejsza.

– Jednym z atutów naszego ośrodka jest wielodyscyplinarny zespół, którym nie może się pochwalić żaden inny oddział w regionie. Mamy doskonałych anestezjologów zarówno dorosłych jak i dziecięcych. Unikalną paletę metod diagnostyki obrazowej z nowoczesnymi tomografami komputerowymi, pozytonową tomografią emisyjną PET, czy rezonansem magnetycznym 3T. Oprócz możliwości konsultacji w każdej dyscyplinie: neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, okulistyce i wielu innych, mamy psychologów i fizjoterapeutów pracujących z naszymi pacjentami. W tym samym budynku znajduje się Ośrodek Terapii Hiperbarycznej wspierającej gojenie się ran także po bardzo rozległych zabiegach. No i współpraca z najlepszymi specjalistami w kraju, to wszystko powoduje, że USK, będący jednostką Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest najlepszym wyborem w diagnostyce i leczeniu najtrudniejszych przypadków – podsumowuje prof. Zatoński.

Bez blizny po usunięciu tarczycy – nowatorska chirurgia w USK

Pionierską operację endoskopowego usunięcia gruczołu tarczowego przez przedsionek jamy ustnej (TOETVA) wykonał zespół chirurgów z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej USK we Wrocławiu.

Zespół chirurgów w składzie: dr Krzysztof Sutkowski, dr hab. Krzysztof Kaliszewski, prof. UMW oraz dr hab. Beata Wojtczak, prof. UMW z kliniki kierowanej przez prof. Jerzego Rudnickiego wykonał pierwszy tego typu zabieg na Dolnym Śląsku, a czwarty w Polsce (obok ośrodka w Łodzi, Krakowie i Warszawie).

– Wykonaliśmy zabieg u 49-letniej pacjentki z szybko rosnącym guzem prawego płata tarczycy o średnicy 3 cm x 2 cm x 2 cm – informuje prof. Beata Wojtczak. – Leczenie endoskopowe umożliwiło pacjentce uniknięcia pooperacyjnej blizny na szyi, co jest nieuniknione podczas tradycyjnej operacji tarczycy z dostępu szyjnego. W trzeciej dobie po operacji tarczycy pacjentka opuściła szpital w stanie bardzo dobrym.

fot: Archiwum USK

► Dla pacjenta największe znaczenie ma fakt, że po operacji nie ma blizny na szyi.

Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej USK od ponad 20 lat specjalizuje się w chirurgicznym leczeniu schorzeń tarczycy. To właśnie tam przeprowadzane są najtrudniejsze operacje tego gruczołu w regionie, zwłaszcza w przypadku nowotworów złośliwych tarczycy, choroby Graves-Basedowa, wola olbrzymiego, zamostkowego i wola nawrotowego.

W styczniu 2019 roku, w ramach projektu „Regionalnej Inicjatywy Doskonałości" (RID) dr hab. Beata Wojtczak, prof. UMW, dr hab. Krzysztof Kaliszewski, prof. UMW oraz dr Krzysztof Sutkowski odbyli praktyczny kurs operacji tarczycy z dostępu endoskopowego w Hongkongu pod okiem prof. Anuwong Angkoonga z Tajlandii, który jako pierwszy opracował metodę usunięcia gruczołu tarczowego przez przedsionek jamy ustnej, wystandaryzował ją, a zarazem wykonał największą liczbę takich operacji na świecie. Szkolenie obejmowało zarówno część teoretyczną, jak i praktyczną. Pandemia opóźniła wdrożenie nowej techniki operacji tarczycy we wrocławskiej klinice, aż do 21 września br., kiedy to chirurdzy po raz pierwszy ją zastosowali w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym.

Co to jest TOETVA?

TOETVA (ang. Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach) to operacja tarczycy wykonana przez przedsionek jamy ustnej. Jest to nowa, endoskopowa technika operacji tarczycy wykonana z niewielkiego nacięcia w jamie ustnej. Po raz pierwszy zastosował ją prof. Anuwong Angkoong z Tajlandii w 2014 roku, i to właśnie ta technika spośród innych dostępów minimalnie inwazyjnych przyjęła się w wielu krajach azjatyckich, gdzie jest szeroko rozpowszechniona; a w ostatnich latach wdrażana w ośrodkach chirurgii tarczycy w Europie i w USA. Wstępne wyniki operacji tarczycy przez przedsionek jamy ustnej są bardzo obiecujące, a ryzyko powikłań praktycznie takie samo, jak w przypadku operacji z dostępu szyjnego. W opracowanej przez prof. Anuwong Angkoonga technice wykonuje się trzy nacięcia w przedsionku jamy ustnej (dwa nacięcia średnicy 5 mm i jedno średnicy 10 mm).

– Główną zaletą metody jest brak blizny pooperacyjnej i doskonały efekt kosmetyczny – wyjaśnia dr Krzysztof Sutkowski. – Ponadto dostęp z przedsionka jamy ustnej umożliwia eksplorację obu płatów tarczycy. Jednocześnie, co jest niemożliwe przy innych dostępach endoskopowych (spod pachy czy dostępu piersiowego) zabieg ten można wykonać narzędziami wideolaparoskopowymi, powszechnie stosowanymi w większości operacji laparoskopowych. Ponadto, w porównaniu do operacji wykonywanych za pomocą robota da Vinci, koszty są dużo niższe.

Prof. Krzysztof Kaliszewski przyznaje, że technika ta ma też pewne ograniczenia i nie można jej zastosowywać u znacznej grupy pacjentów. Wskazaniem do operacji jest wielkość guza nie przekraczająca 4 cm; istotną rolę odgrywają też warunki anatomiczne pacjenta. Jednak dla wybranej grupy chorych TOETVA to szansa na doskonały efekt kosmetyczny.

Bezpieczne macierzyństwo z cukrzycą typu 1

fot. Tomasz Walów, UMW

► Dr Małgorzata Janków zajmuje się pacjentkami, korzystającymi z leczenia osobistymi pompami insulinowymi w okresie ciąży.

Kobiety z cukrzycą typu 1 mogą rodzić zdrowe dzieci bez ryzyka powikłań. Muszą jednak zadbać o to jeszcze na etapie planowania ciąży, a podczas jej trwania kontrolować poziom cukru. Pomaga w tym program leczenia osobistymi pompami insulinowymi Fundacji WOŚP, działający w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu od ponad roku. W USK na świat przyszła już dwójka dzieci matek objętej programem, wkrótce spodziewane są kolejne narodziny.

Kobiety z cukrzycą typu 1 mogą rodzić zdrowe dzieci bez ryzyka powikłań. Muszą jednak zadbać o to jeszcze na etapie planowania ciąży, a podczas jej trwania kontrolować poziom cukru. Pomaga w tym program leczenia osobistymi pompami insulinowymi Fundacji WOŚP, działający w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu od ponad roku. W USK na świat przyszła już dwójka dzieci matek objętej programem, wkrótce spodziewane są kolejne narodziny.

Diabetologiczna poradnia przykliniczna USK ma pod opieką młodych dorosłych z cukrzycą typu 1. Ten typ choroby dotyka ok. 10 proc. wszystkich diabetyków. W przeciwieństwie do cukrzycy typu 2, w kontekście której mówi się o epidemii XXI wieku, na rozwinięcie się cukrzycy typu 1 nie ma się żadnego wpływu. Choroba nie wynika z błędów żywieniowych ani z trybu życia. Jej przyczyną jest stopniowe niszczenie komórek trzustki, produkujących insulinę, a w konsekwencji jej brak.

– Choroba zostaje zdiagnozowana najczęściej w młodym wieku, a nawet w dzieciństwie – wyjaśnia dr Małgorzata Janków z Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii USK. – Pacjentami naszej przyklinicznej Poradni Diabetologicznej są głównie młodzi dorośli, z aktywnymi objawami. Wśród nich wiele kobiet, które pragną zostać matkami. To właśnie z myślą o nich nawiązaliśmy współpracę z Fundacją Wielkiej Orkiestry Pomocy Świątecznej, która od lat realizuje program leczenia ciężarnych z cukrzycą typu 1 osobistymi pompami insulinowymi. Urządzenia te, sprzężone z systemami monitorowania glikemii, są udostępniane pacjentkom na okres planowania i trwania ciąży. Poradnia Diabetologiczna UKS dostała już dziesięć pomp MEDTRONIC 640G. Dzięki programowi możemy pomóc naszym pacjentkom lepiej kontrolować glikemię w trakcie ciąży.

Możliwość korzystania z pomp przez pacjentki z cukrzycą to dobra wiadomość dla położników:

– Optymalna kontrola glikemii w trakcie planowania i trwania ciąży warunkuje prawidłowy rozwój płodu i minimalizuje ryzyko powikłań okołoporodowych – uważa prof. Mariusz Zimmer, kierownik II Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK. – Za pomocą pompy, która podaje insulinę w sposób ciągły, osiąga się najlepsze rezultaty

Pacjentki dostają pompy do domu i korzystają z niej aż do połogu. To jednak tylko jeden z elementów opieki medycznej nad ciężarną z cukrzycą typu 1. W sytuacji idealnej, ciąża u tych chorych powinna być planowana przynajmniej pół roku wcześniej i tak też zaleca się pacjentkom, pozostającym pod opieką Poradni Diabetologicznej USK.

– 6 miesięcy to jest ten czas, gdy możemy kobietę dobrze przygotować do przyszłego stanu – mówi dr Janków. – Chodzi przede wszystkim o wyrównanie metaboliczne cukrzycy i reedukację w zakresie prawidłowej insulinoterapii. Wysoka glikemia zwiększa ryzyko poronienia, retinopatii cukrzycowej, rozwinięcia się choroby nerek. Walczymy nie tylko o bezpieczeństwo matki, ale i dziecka. Wyrównanie glikemii ma kolosalne znaczenie także dla rozwoju płodu, ponieważ wysokie poziomy cukru u matki mogą powodować u dziecka liczne powikłania.

Jednym z najbardziej znanych nawet laikom jest makrosomia, czyli nadmierny wzrost płodu, wynikający ze zbyt wysokiego poziomu cukru w organizmie matki. Dziecko osiąga masę powyżej 4 kg, a znane są przypadki noworodków ważących 6 kg i nawet więcej. Duże dziecko w tej sytuacji to duży kłopot. Nie tylko z powodu trudnego porodu (zwykle musi się kończyć cesarskim cięciem). Noworodek z makrosomią jest obarczony ryzykiem wystąpienia wielu problemów zdrowotnych, w tym kardiologicznych.

– U noworodków urodzonych przez matki z nieuregulowaną glikemią może dojść np. do kardiomiopatii przerostowej (choroba serca polegająca na przeroście lewej komory), ale generalnie ryzyko wystąpienia wad wrodzonych jest u nich 2-3 krotnie większe niż przeciętnie – mówi prof. Barbara Królak-Olejnik, kierownik Kliniki Neonatologii USK. – Niebezpieczna jest sama makrosomia. Z powodu dużej masy ciała dziecka dochodzi często do przedwczesnego porodu. Noworodek mimo, że jest duży, niestety wykazuje objawy wcześniactwa, z wszelkimi tego konsekwencjami zdrowotnymi, w tym niewydolnością oddechową.

Pierwsze dziecko, którego matka korzystała z osobistej pompy insulinowej w ramach programu w USK urodziło się w listopadzie ub.r. Poród odbył się drogą naturalną, a stan maluszka był dobry.

Kobiety z cukrzycą typu 1 planujące w najbliższej przyszłości ciążę chcące wziąć udział w programie WOŚP i wypożyczyć na ten czas osobistą pompę insulinową zapraszamy do kontaktu z sekretariatem Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii (tel. 71-733-22-00).

Screening noworodków w kierunku SMA już dostępny na Dolnym Śląsku

Noworodki urodzone w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu mogą być badane w kierunku rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) w ramach Programu powszechnych badań przesiewowych, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Województwo dolnośląskie dołączyło bowiem do regionów, w których badanie to jest standardem. To szansa na wczesne wykrycie tej ciężkiej choroby i wdrożenie skutecznego leczenia, zanim dojdzie do nieodwracalnych zmian. Wykonanie tekstu nie wymaga dodatkowego pobierania krwi dziecku, ale konieczna jest zgoda rodziców, ponieważ jest to badanie molekularne.

SMA to choroba o podłożu genetycznym, w której przebiegu zanikają neurony ruchowe w rdzeniu kręgowym, a to doprowadza do stopniowego osłabienia mięśni aż do ich zaniku. Wywołuje to szereg powikłań, m.in. ze strony układu oddechowego, pokarmowego, kostno-szkieletowego. W najcięższej postaci może doprowadzić do śmierci w wieku kilku lat. Od czasu opracowania przełomowej terapii nusinersenem, można skutecznie zahamować rozwój choroby, jeśli terapię zastosuje się jak najwcześniej po narodzinach. Problem w tym, że SMA można u noworodka wykryć jedynie za pomocą specjalistycznych testów, bo w początkowym okresie nie daje żadnych objawów. Z tego powodu środowisko neurologów i pacjentów od dawna walczyło o włączenie SMA do standardu screeningu noworodków. Udało się. W lutym 2021 r. Program powszechnych badań przesiewowych u noworodków został poszerzony o badanie w kierunku SMA. Stopniowo obejmowane są nim kolejne województwa, a listopadzie przyszedł czas na Dolnym Śląsk.

– Cieszymy się, że badania w kierunku SMA dołączyły do pakietu przesiewowych badań noworodków – komentuje kierownik Kliniki Neonatologii USK prof. Barbara Królak-Olejnik. – Obejmuje on obecnie 30 pozycji, zatem nie odbiegamy od innych krajów europejskich. Dzięki badaniom przesiewowym udało się wyeliminować skutki wielu chorób, które można leczyć, jeśli tylko terapię zacznie się odpowiednio wcześnie. Jednym ze spektakularnych przykładów jest hipotyreoza (wrodzona niedoczynność tarczycy), nierozpoznana, a więc nieleczona, prowadzi do karłowatości ze znacznym upośledzeniem umysłowym. W przypadku nieleczonej wrodzonej niedoczynności tarczycy objawy kliniczne w okresie noworodkowym są subtelne, ale w miarę upływu czasu narastają. Systematycznie pogłębia się opóźnienie rozwoju psychoruchowego, a od drugiego półrocza życia ujawnia się zahamowanie tempa wzrastania. Objawy biochemiczne i zahamowanie wzrastania są całkowicie odwracalne po wprowadzeniu leczenia, natomiast opóźnienie rozwoju psychoruchowego jest nieodwracalne, jeżeli leczenie nastąpi po okresie noworodkowym. Stopień trwałej niepełnosprawności intelektualnej jest wprost proporcjonalny do stopnia i czasu utrzymywania się niedoboru hormonów tarczycy. Jeszcze w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia w Polsce nie brakowało dzieci z tym schorzeniem, a leczenie rozpoczynano w okresie w pełni nasilonych objawów. Od 1994 r. wszystkie noworodki w Polsce są objęte badaniem przesiewowym w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy. Kolejnym przykładem choroby, której skutkom możemy zapobiec jest fenyloketonuria. Nierozpoznana lub nieleczona prowadzi do uszkodzenia mózgu, postępujących zaburzeń neurologicznych, padaczki, upośledzenia rozwoju. Rozpoznanie choroby po urodzeniu umożliwia prawidłowy rozwój dziecka. Teraz jest szansa, że tak samo stanie się z rdzeniowym zanikiem mięśni i że może także SMA w przyszłości przestanie być problemem.

Prof. Barbara Króla-Olejnik podkreśla, że choć rutynowych badań przesiewowych przybywa, ich wykonywanie nie wiąże się z przysporzeniem maluszkowi dodatkowych uciążliwości.

– W 3-4 dobie po urodzeniu pobierana jest krew kapilarna noworodka na bibułki testowe. Badanie w kierunku SMA nie wymaga dodatkowych ukłuć i pobrań krwi – zapewnia kierownik Kliniki Neonatologii USK. – Jednak konieczna jest pisemna zgoda mamy lub opiekuna prawnego, zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami, dotyczącymi badań molekularnych.

fot. Archiwum USK

► Prof. Barbara Królak-Olejnik podkreśla wagę badań przesiewowych noworodków, bo dzięki nim udało się wyeliminować skutki wielu chorób.

Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK doceniona w Europie

fot. Tomasz Wałów, UMW

Wieloletnie doświadczenie Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK w endoskopowych operacjach, m.in. w obszarze przewodu pokarmowego zostało docenione. Klinika została włączona do europejskiej sieci ośrodków referencyjnych ds. rzadkich wad dziedzicznych i wrodzonych ERNICA (European Reference Network for rare Inherited and Congenital Anomalies).

Znakiem firmowym kliniki, kierowanej przez prof. Dariusza Patkowskiego, są zabiegi zespolenia zarośniętego przełyku techniką torakoskopową. Profesor Patkowski przeprowadził taką operację w Polsce jako pierwszy w 2004 r. Od tego czasu wykonał ponad 200 zabiegów tego typu, w większości we Wrocławiu, ale również za granicą. To imponująca liczba, zważywszy na to, że zarośnięcie przełyku jest dość rzadką wadą wrodzoną – zdarza się u jednego noworodka na ok. 3,5 tys. urodzeń. Operacje są najczęściej konieczne w okresie noworodkowym. Optymalnym postępowaniem dla małego pacjenta pozostaje połączenie obu odcinków własnego przełyku, wykonane bez otwierania klatki piersiowej, przez niewielkie otwory, pozostawiające niemal niewidoczne blizny.

– Zastosowanie endoskopowych technik w zabiegach zespolenia przełyku przynosi znakomite rezultaty, a dodatkowo wiąże się z wielokrotnie mniejszym ryzykiem powikłań w porównaniu z operacjami z otwarciem klatki piersiowej – mówi prof. Dariusz Patkowski. – Z tego powodu coraz więcej ośrodków medycznych interesuje się tymi metodami. Dzielimy się swoim bogatym doświadczeniem, prezentując je podczas konferencji naukowych, organizujemy także liczne szkolenia dla chirurgów dziecięcych. Dzięki temu metoda się rozpowszechnia, na czym korzystają przede wszystkim dzieci, dotknięte tą ciężką i zagrażającą życiu wadą.

Włączeniu kliniki do europejskiej sieci ośrodków referencyjnych ds. rzadkich wad dziedzicznych i wrodzonych to nie koniec aspiracji wrocławskiego ośrodka.

– Moim zawodowym marzeniem jest, by leczenie dzieci z wadami wrodzonymi przełyku koncentrowało się w 2-3 wyspecjalizowanych ośrodkach w Polsce – dodaje szef Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK. – Obecnie jest ono zbyt rozproszone, a o powodzeniu decyduje doświadczenie i umiejętności zespołu ludzi. Ponadto spora część dzieci z zarośniętym przełykiem rodzi się z wieloma innymi wadami, wymagającymi interwencji specjalistów różnych dziedzin. Tacy pacjenci powinni być więc leczeni w ośrodku wielospecjalistycznym, a nie wożeni od szpitala do szpitala na kolejne zabiegi. Przed laty te dzieci najczęściej umierały, dziś potrafimy większości z nich pomóc. Mogą nie tylko przeżyć, ale i cieszyć się zdrowiem w przyszłości, nie pozostając kalekami do końca życia. Trzeba tylko jak najlepiej wykorzystać zdobycze nowoczesnej medycyny i zapewnić do nich dostęp każdemu, kto tego potrzebuje.

Medal prof. Jana Kossakowskiego

W listopadzie br. prof. Dariusz Patkowski otrzymał medal prof. Jana Kossakowskiego. To wyróżnienie, przyznawane od 1994 r. przez kapitułę Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych specjalistom tej dziedziny za wybitne zasługi dla jej rozwoju. Prof. Jan Kossakowski uznawany jest za twórcę chirurgii dziecięcej w Polsce.

fot. Archiwum USK

▶ Medal prof. Jana Kossakowskiego.

Krzyżówka panoramiczna

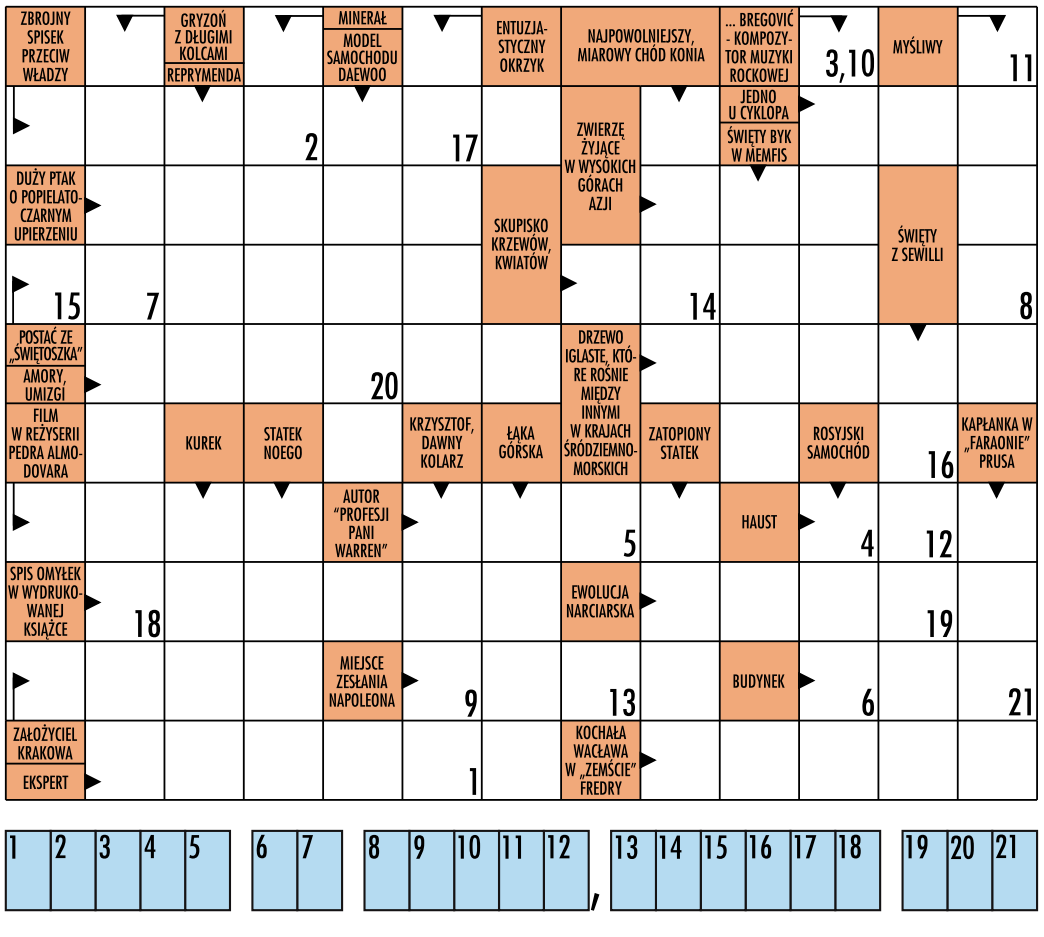
Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru:
„W boju poznasz rycerza."

Krzyżówkowiczów przepraszamy – ze względów bezpieczeństwa w czasie epidemii zawieszamy nagrody. Wrócimy do nich najszybciej, jak to możliwe.

Zadzwoń do kapelana

Kapelan USK ks. Kazimierz Sroka w czasie epidemii zaprasza pacjentów do kontaktu telefonicznego. Jeśli potrzebujesz duchowego wsparcia, zadzwoń do kapelana:

tel. 603 651 214 lub 668 324 130



BOROWSKA 213

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

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

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

Teksty:
Alicja Giedroyć
e-mail: agiedroyc-skiba@usk.wroc.pl

Druk:
Drukarnia Polska Press Sp. z o.o.
41-203 Sosnowiec Milowice
ul. Baczyńskiego 25 A

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU