



To oni diagnozują raka

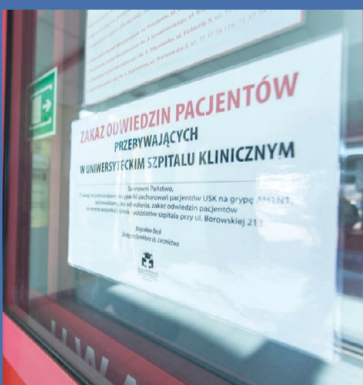
Fot. Tomasz Golla



Jest nowotwór czy go nie ma? Ma charakter łagodny czy złośliwy? Jeśli to już przerzut, to gdzie jest jego źródło? To tylko niektóre z pytań, na jakie patolodzy muszą odpowiadać dziesiątki razy każdego dnia. Choć dla pacjentów zwykle pozostają anonimowi, to od nich często zależy ludzkie życie. Wynik badania histopatologicznego decyduje bowiem nie tylko o prawidłowej diagnozie, ale i wyborze terapii. Zajrzyjmy do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej USK.

Czytaj na str. 4

Jak uniknąć grypy?



Najlepiej się zaszczepić. Poza tym w sezonie grypowym warto przestrzegać także kilku prostych zasad profilaktyki i pamiętać, że grypą można się zarazić nie tylko na skutek bezpośredniego kontaktu z osobami kaszlącymi czy kichającymi. Trzeba nie tylko często myć ręce. Jak się ustrzec przed chorobą? Kto powinien szczególnie uważać?

Czytaj na str. 2

Narty bez urazu



Tegoroczna pełna śniegu zima wyjątkowo cieszy narciarzy i martwi ortopedów. Oni już wiedzą, że pacjentów im nie zabraknie przynajmniej do kwietnia, gdy kończy się sezon. Złamania, zwichnięcia, zerwanie więzadeł – to tylko niektóre urazy, których jak zwykle o tej porze roku będzie więcej. Poprzez odpowiedni trening można ich uniknąć.

Czytaj na str. 3

Szanse dla chorych z depresją



Głęboka stymulacja mózgu i przezczaszkowa stymulacja magnetyczna to dwie nowe metody, które Klinika Psychiatrii USK wprowadza do leczenia osób cierpiących na depresję w ramach projektów naukowych. W klinice rusza także II faza badania klinicznego z zastosowaniem leku, który jest nowością w leczeniu tej choroby. Rusza nabór pacjentów.

Czytaj na str. 7



Fot. I. Malow/Unimed

Wrocław szkoli dermatologów z całego świata

Młodzi lekarze z 18 krajów wzięli udział w dwudniowym kursie wiedzy o trądziku odwróconym, prowadzonym przez Klinikę Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK, organizowanym przez Europejską Akademię Dermatologii i Wenerologii. Kurs poprzedził 8. Międzynarodową Konferencję EHSF (European Hidradenitis Suppurativa Foundation), zajmującej się tym zagadnieniem od wielu lat, która odbyła się we Wrocławiu w dniach 6-8 lutego br. Przewodniczył jej prof. Jacek Szepletowski.

Trądzik odwrócony jest poważnym problemem dermatologicznym.

– To choroba przewlekła, zapalna, nawrotowa i bardzo uciążliwa, zaliczana do jednej z najbardziej upośledzających codzienne funkcjonowanie w całej dermatologii. Zmiany mogą pojawić się w rejonie pach, genitaliów, podbrzusza, biustu, szyi czy karku. Dużym wyzwaniem jest właściwa diagnoza, przez co średni czas rozpoznania choroby wynosi aż 7 lat – tłumaczy prof. Jacek Szepletowski, kierownik Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii USK, prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Podczas kursu młodzi lekarze nie tylko poznawali teorię na temat choroby, ale też brali udział w warsztatach chirurgicznych obejmujących standardowe techniki operacyjne oraz zabiegi laserowe. Konferencja, w której uczestniczyli specjaliści z całego świata, poświęcona była m.in. postępowi w rozumieniu patofizjologii trądziku odwróconego, potrzebie medycznej i psychologicznej opieki nad chorymi, oraz celom badawczym i leczniczym na kolejne lata. Naukowcy rozpatrywali zagadnienie w różnych aspektach, m.in. z punktu widzenia genetyki, immunologii, epidemiologii oraz efektywności poszczególnych sposobów leczenia.

Instrukcja obsługi grypy



fot. Tomasz Golla

Pod koniec stycznia br. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu wprowadził zakaz odwiedzin pacjentów na wszystkich oddziałach z powodu zagrożenia grypą. W szpitalu stwierdzono kilka przypadków tej choroby wśród pacjentów. Czasowy zakaz odwiedzin jest normalną procedurą bezpieczeństwa wprowadzaną przede wszystkim po to, by chronić chorych przebywających w szpitalu przed wirusami z zewnątrz. Osoby osłabione chorobami są bowiem bardziej podatne na zakażenia.

Pierwsze przypadki grypy zdiagnozowano u ośmiorga pacjentów Kliniki Kardiologii USK ok. połowy stycznia. Natychmiast zamknięto oddział kardiologiczny dla odwiedzających, a chorych odizolowano. Na oddziale zostały zastosowane procedury związane z zagrożeniem epidemiologicznym. – Ponadto wstrzymaliśmy przyjmowanie planowych pacjentów na oddział kardiologiczny i poprosiliśmy pogotowie ratunkowe, aby nagle kardiologiczne przypadki kierowano do innych szpitali – informował zastępca dyrektora ds. leczenia USK dr Bogusław Beck. Grypę stwierdzono także u jednego pacjenta Kliniki Nefrologii. Jak

wyjaśniał naczelny epidemiolog USK prof. Jarosław Drobniak, chory trafił już do szpitala z objawami grypy i został odizolowany. Prof. Drobniak jednocześnie podkreślał, że stan wszystkich pacjentów lekarze oceniają jako dobry, a sytuacja jest pod kontrolą.

Początkowo zakaz odwiedzin dotyczył tylko jednego oddziału, ale po kilku dniach lekarze USK stwierdzili kolejne przypadki grypy u pacjentów oddziału nefrologicznego. Wówczas zapadła decyzja o środkach bezpieczeństwa i na tym oddziale. Także tu przestano przyjmować chorych. Jednocześnie dla bezpieczeństwa wszystkich pacjentów wprowadzono do odwo-

łania zakaz odwiedzin dla całego szpitala. To działanie prewencyjne, by z powodu odwiedzin nie rozprzestrzeniać zakażeń w rozpoczynającym się sezonie wzmrożonych zachorowań na grypę. W Polsce trwa on zwykle do marca.

Szczepienia najlepszą ochroną

Badania laboratoryjne wykazały, że u pacjentów USK mamy do czynienia z typem wirusa AH1N1, potocznie nazywanym świńską grypą, którego pojawienie się w 2009 r. w USA i Meksyku spowodowało wręcz panikę, a Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła

pandemię. Tymczasem eksperci przekonują, że nie ma powodów do niepokoju, bo dziś ten typ nie jest bardziej niebezpieczny od każdego innego wirusa grypy. Nie oznacza to jednak, że można go lekceważyć. Grypa jest ostrą chorobą zakaźną przenoszona drogą kropelkową. Wywołuje objawy głównie ze strony górnych dróg oddechowych, a jej powikłania mogą być groźne. Najczęstsze z nich to zapalenia ucha środkowego oraz angina paciorkowcowa. Grypa może prowadzić również do ciężkich powikłań, m.in. zapalenia płuc, zapalenia mięśnia sercowego, mózgu i opon mózgowych. Najskuteczniejszą ochroną przed zachorowaniem jest szczepienie, które zabezpiecza także w przypadku wirusa AH1N1. Choć najlepiej zabezpieczyć się przed szczytem zachorowań, czyli jesienią, to zdaniem ekspertów nawet w pełni sezonu nie jest jeszcze za późno.

– Warto jeszcze się zaszczepić – radzi kierownik Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK prof. Leszek Szenborn. – Pamiętajmy jednak, że szczepienie nie jest wystarczającym środkiem profilaktycznym, jeśli już miało się kontakt z osobą zakażoną. W takim wypadku jeszcze przez kilka dni należy przyjmować lek przeciwwirusowy.

Szczepienia przeciwko grypie są zalecane w szczególności: osobom chorym na choroby przewlekłe, zdrowym dzieciom w wieku od 6 miesięcy do 18 roku życia, osobom w wieku powyżej 55 lat, pracownikom ochrony zdrowia i wykonującym zawody wymagające ciągłego kontaktu z ludźmi. Pracownicy USK w obu kampusach szpitala zostali zaszczepieni.

Nie kaszleć w dłoń, otwierać drzwi łokciem

Poza szczepieniami w sezonie grypowym warto przestrzegać także kilku prostych zasad profilaktyki. Grypą można się zarazić nie tylko na skutek bezpośredniego kontaktu z osobami kaszlącymi czy kichającymi. Wirusy mogą przetrwać wiele godzin na powierzchniach, np. klamek, poręczy w środkach komunikacji czy nawet przyciskach w windzie. Nie unikniemy wprawdzie dotykania wszystkiego, ale możemy radzić sobie inaczej niż zawsze i np. otwierać drzwi łokciem. Bez względu na to, czy kaszlesz, najlepiej częściej niż zwykle i dokładnie myć ręce, najlepiej ciepłą wodą z mydłem. Skuteczne są także preparaty odkażające, które kupuje się w aptekach. Nieumytymi rękami nie należy dotykać twarzy, szczególnie nosa i ust. Osoby, które już zachorowały, powinny pomyśleć o tym, by nie zarażać innych, unikając przebywania w skupiskach ludzi. Najlepiej pozostać w domu, zachowując dystans wobec bliskich, można też nosić maseczki. Pamiętajmy, że kaszleć i kichać rozprzestrzenia wirusy. Należy to robić zasłaniając usta i nos – ale uwaga! – nie dłońmi, ale wewnętrzną stroną łokcia albo chusteczką, którą trzeba potem wyrzucić do kosza.

Na zachorowanie najbardziej narażone są osoby z osłabionym układem immunologicznym. Wzmacnia go właściwa dieta, aktywność fizyczna, dobry sen i unikanie używek. Łatwiej o zakażenie u kogoś, kto nie dosypia i nadużywa alkoholu. Na odporność pracuje się zatem cały rok, nie tylko podczas grypowego sezonu.



fot. Archiwum USK

Nowy ultrasonograf

Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu zyskała nowy wyspecjalizowany sprzęt do diagnostyki chorób układu dokrewnego oraz cukrzycy. Zakup ultrasonografu był możliwy dzięki wsparciu finansowemu w wysokości 30 tys. zł Fundacji PGE oraz środkom własnym USK (70 tys. zł). We wrocławskiej klinice hospitalizowanych jest rocznie 2500 pacjentów – wielu z nich musi mieć przeprowadzone badanie USG tarczycy oraz innych narządów.

WIEM,
CO TO ZNACZY,
WALCZYĆ DO UTRATY TęCH.

W Polsce średni wiek chorych na mukowiscydozę w momencie śmierci to zaledwie 21 lat

Twój 1% pomaga wydłużyć im życie

KRS: 0000064892

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą

www.oddechaj.pl

Z górki... prosto na salę operacyjną



Wreszcie nikt nie narzeka, że brakuje śniegu, bo jest go mnóstwo nawet w Polsce. Tegoroczna zima wyjątkowo cieszy narciarzy i martwi ortopedów. Oni już wiedzą, że pacjentów im nie zabraknie przynajmniej do kwietnia, gdy kończy się sezon. Złamania, zwichnięcia, zerwanie więzadeł – to tylko niektóre urazy, których jak zwykle o tej porze roku będzie więcej. Narciarstwo jest coraz bardziej popularne, ale większość miłośników tego zimowego sportu nie jest fizycznie przygotowana do jego uprawiania. Żeby szusowanie po stokach nie skończyło się przykrymi konsekwencjami, nie wystarczy dobry sprzęt i profesjonalny strój.

– Największym problemem są mężczyźni w średnim wieku, którym wydaje się, że wciąż mają 18 lat, co udowadniają brawurą i brakiem wyobraźni – zauważa prof. Szymon Dragan, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK. – To oni właśnie stanowią większość tych pacjentów, którzy trafiają do nas z powodu urazów narciarskich.

Zdaniem ortopedy, tylko niewielki procent wyruszających tłumnie na stoki to osoby, które są do tego przygotowane kondycyjnie. Brak wytrzymałości, elastyczności, koordynacji, nieumiejętność upadania, a do tego nierozciągnięte mięśnie – oto prosty przepis na połamane nogi i zwichnięte barki. A taka jest, niestety, polska norma. Oczywiście, nie każdy upadek na górze musi się skończyć poważnym urazem, ale wiele zależy nie tyle od szczęścia, ile od organizmu.

Dzieci i starców mniej

Powszechnie uważa się, że na urazy najbardziej narażone są dzieci i osoby starsze. Tymczasem na oddziałach ortopedycznych się to nie potwierdza. Są to dwie najmniej liczne grupy wśród ofiar białego szaleństwa, jakie trafiają do szpitali. – U dzieci najczęściej dochodzi do złamań „zielonej gałązki”, bez przerwania okostnej i bez przemieszczenia – wyjaśnia prof. Szymon Dragan. – Elastyczne kości młodego organizmu szybko się zrastają. Poważniejsze urazy, np. złamania otwarte, należą do rzadkości.

W przypadku seniorów jest dokładnie odwrotnie: elastyczność stawowa z racji samego wieku staje się ograniczona, a mięśnie stają się zanikłe i mało rozciągliwe. Wzrasta podatność na urazy, a przede wszystkim są to złamania, niejednokrotnie skomplikowane. Mimo to, narciarze w podeszłym wieku

są nielicznymi pacjentami ortopedów. Może się to wydawać dziwne, bo przecież w dzisiejszych czasach wiek jest coraz mniejszym ograniczeniem i nie brakuje starszych osób aktywnych fizycznie. Spotykamy ich także na stokach, gdzie wcale nie są marginesem. Zdaniem prof. Dragana wyjaśnienie jest proste. Seniorzy jeżdżą na nartach najlepiej technicznie. I bez szaleństwa. O tym, jak duże znaczenie ma właśnie to „szaleństwo”, świadczy pewna prawidłowość, znana lekarzom z wieloletnim doświadczeniem. Najczęściej do narciarskich urazów dochodzi na początku i na końcu pobytu. Pierwszego dnia nad rozumem zwycięża entuzjazm, a czasami i alkohol, zaś ostatniego dnia – pragnienie wykorzystania urlopu na maxa. Rozsądek schodzi na plan dalszy.

Mięśniak na stoku

Wśród narciarzy szpitalne łóżka

oddziałów ortopedycznych zasila ją przede wszystkim mężczyźni w wieku 40–60 lat. Profesor przyznaje, że część z nich jest nawet wysportowana, choć lepiej byłoby powiedzieć, że za takich się uważa. Dla nich sport to przede wszystkim mięśnie i siła, więc na tym się koncentrują. Jednak mięśniak na stoku się nie sprawdza.

– Z wiekiem traci się naturalną elastyczność i gibkość, same rozbudowane mięśnie tu nie pomogą – mówi szef Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK. – Do tego rodzaju wysiłku, jakim jest jazda na nartach, konieczne są rozwinięte więzadła i stawy, a szczególnie stabilizacja kolan, bez której trudno utrzymać równowagę. A o tym najczęściej panowie trenujący na siłowniach nie pamiętają.

Jednocześnie jeżdżą coraz ostrzej, a upadek przy dużej prędkości tym bardziej zagraża urazem. Do najczęstszych, wynikających z upadku należą urazy stawu ramiennego, barku, złamania kości ramiennej i obojczyka. Dobrze, gdy w takiej sytuacji wystarczy 2–3 tygodniowe unieruchomienie. Konieczna jest jednak dobra diagnoza. Np. czasami przy zwichnięciu w stawie ramieniowym dochodzi do zerwania mięśni stabilizujących staw, urywa się dolny przedni brzeg wydrążenia panewkowego, a wówczas bez operacji się nie obejdzie.

– Powszechny wśród narciarzy jest brak umiejętności upadku – dodaje prof. Dragan. – Wymaga ona nie tylko znajomości techniki upadania (jaką np. stosują judocy), ale konieczna jest także wydolność fizyczna oraz równowaga ciała, którą również trzeba ćwiczyć przed sportowymi wyczynami.

Bo buty były rozpięte

Częste urazy narciarskie dotyczą kolan. Choć rzadko dochodzi tu do złamań, to groźne są uszkodzenia więzadeł i łąkotki przysrodkowej, a także chrząstki stawowej. Zwykle wymagają one leczenia operacyjnego, czasem łącznie z rekonstrukcyjnym. Zimą mamy też do czynienia z urazami, które, jak mówi prof. Dragan, są wynikiem postępu technicznego w połączeniu z brakiem wyobraźni. To złamania podudzia zlokalizowane mniej więcej w połowie kości. A wszystko przez dobre buty narciarskie, doskonale stabilizujące staw skokowy i kostkę. Wydaje się, że zabezpieczają przed urazem i rzeczywiście tak jest. Problem w tym, że narciarze je rozpinają, np. na wyciągu lub gdy przemieszczają się piechotą z miejsca na miejsce. Każdy nieostrożny ruch może wówczas skutkować złamaną kością. Co gorsza, jest niemal pewne, że będzie to złamanie skomplikowane.

– To miejsce jest źle ukrwione i fatalnie się goi – tłumaczy prof. Szymon Dragan.

Krażenia ramion, bioder, kolan, wymachy, przysiady, przeskoki, skręty, marsz – zestawy ćwiczeń przygotowujących organizm do sezonu narciarskiego bez trudu można znaleźć w internecie, jeśli ktoś nie ma czasu lub pieniędzy, by ćwiczyć pod okiem fachowca. Jedno jest pewne: nie da się wytrenować koordynacji, wzmocnić mięśni używanych podczas zjazdów i stawów w kilka dni. Według ekspertów potrzeba na to minimum 6 tygodni. Jeśli więc ktoś planuje wypad na narty wiosną, ma jeszcze szansę zdążyć z treningiem. Pozostali powinni raczej pomyśleć o przyszłej zimie albo przynajmniej nie szaleć.



fol. Tomasz Golla

► Prof. Szymon Dragan przestrzega przed uprawianiem narciarstwa bez przygotowania.

To oni diagnozują raka

fot. Tomasz Golla



fot. Tomasz Golla

► Mgr Patryk Nowak, podczas archiwizacji bloczków parafinowych zawierających materiał tkankowy.

► – Klinicyści oczekują od nas nie tylko rozpoznania tysięcy różnych nowotworów, ale także informacji, jak choroba będzie przebiegać i jak ją leczyć – mówi szef zakładu prof. Michał Jeleń.

Jest nowotwór czy go nie ma? Ma charakter łagodny czy złośliwy? Jeśli to już przerzut, to gdzie jest jego źródło? To tylko niektóre z pytań, na jakie patolodzy muszą odpowiadać dziesiątki razy każdego dnia. Choć dla pacjentów zwykle pozostają anonimowi, to od ich gigantycznej wiedzy, wnikliwości i najwyższej uwagi często zależy ludzkie życie. Wynik badania histopatologicznego decyduje bowiem nie tylko o prawidłowej diagnozie, ale i wyborze terapii.

70 tysięcy – tyle rocznie preparatów przechodzi przez ręce wielkiego zespołu pracowników Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej przy ul. Borowskiej. Trafia tu materiał tkankowy pobierany podczas licznych badań endoskopowych, biopsji narządów mięsistych i dużych zabiegów operacyjnych. Histopatolodzy badają dosłownie wszystko: wycinki z gastrokopii czy kolonoskopii, materiał pochodzący z biopsji guzów mózgu, biopsji nerek własnych i przeszczepionych, usunięte żołądki, jelita, płuca, pęcherze moczowe, wyrostki robaczkowe, itd. Dzień w dzień do zakładu w specjalnych pojemnikach przywożone są dzie-

siątki fragmentów ludzkiego ciała: od najmniejszych, liczących milimetry, do nawet kilkumetrowych, jak jest w przypadku usuniętych fragmentów jelit.

Klinicysta podejrzewa, rozpoznaje patolog

Lwia część pracy zakładu dotyczy histopatologii onkologicznej. To właśnie na jej efekty pacjenci z podejrzeniem nowotworu czekają najbardziej niecierpliwie, często jak na wyrok. Nie każdy ma świadomość, że standardowy czas oczekiwania (ok. trzech tygodni) to konieczność.

– Kiedy wiele lat temu zaczynałem

swoją pracę, klinicyści oczekiwali od nas jedynie informacji, czy jest nowotwór i jaki jest stopień jego zaawansowania – mówi kierownik Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej USK prof. Michał Jeleń. – Dziś rzeczywistość jest o wiele bardziej skomplikowana. Są tysiące różnorodnych nowotworów łagodnych i złośliwych, a my musimy je precyzyjnie zdiagnozować. Klinicyści oczekują od nas nie tylko ich rozpoznania, ale także informacji, jak choroba będzie przebiegać (opisując czynniki prognostyczne) i jak ją leczyć (opisując czynniki predykcyjne).

Najczęstszym powodem pobierania materiału do badania histopatologicznego jest obecność guza lub nieprawidłowości morfologiczno-laboratoryjnych danego narządu. Na podstawie obrazu makroskopowego i badań obrazowych lekarze mogą jedynie podejrzewać naturę biologiczną danego guza. Jednoznaczna odpowiedź daje wyłącznie badanie histopatologiczne materiału pobranego od pacjenta.

– To patolodzy, a nie onkolodzy czy chirurdzy diagnozują nowotwory – podkreśla dr Piotr Donizy z Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej USK. – Patolog rozpoznaje, czy nowotwór jest łagodny (bez naciekania podścieliska, bez możliwości tworzenia przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach odległych), czy też złośliwy (naciekający otaczające tkanki, z możliwością wystąpienia przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach odległych). Diagnoza wymaga oceny bardzo

licznych, szczegółowych parametrów morfologicznych badanych komórek stanowiących masę guza oraz szeregu cech morfologicznych otaczających tkanek. Cała terapia w onkologii opiera się na wyniku badania histopatologicznego, który jest swoistą receptą dla lekarzy wielu specjalności zajmujących się onkologią i leczących pacjentów z chorobami nowotworowymi.

Dr Donizy dodaje, że pacjent z reguły nie ma pojęcia o tym, że to nie chirurg i onkolog są odpowiedzialni za postawienie ostatecznej diagnozy. Najczęściej dowiaduje się o istnieniu lekarza, jakim jest patolog, dopiero kiedy przebieg kliniczny leczonej choroby odbiega od „książkowego”. Wtedy to właśnie jest kierowany do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej, do patologa diagnozującego.

Błąd ma wysoką cenę

W tej pracy dokładność, umiejętność koncentracji i odpowiedzialność są równie ważne, jak wiedza. Gdy chodzi o ludzkie zdrowie każda pomyłka może mieć dramatyczne skutki. Precyzja jest konieczna na każdym etapie, zaczynając od właściwego opisanie materiału przekazywanego do badań. Pracownicy Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej muszą najpierw sprawdzić, czy materiał jest zgodny z dokumentacją, czy w opisie nie pomyłono pojemników z fragmentami tkanek albo nazwisk pacjentów. Takie błędy się zdarzają i trzeba je wychwycić, by nie dopuścić do sytuacji, gdy pacjent dostaje wynik kogoś innego.

Na patologach spoczywa ogromna odpowiedzialność. Błędne rozpoznanie nowotworu łagodnego u pacjenta, który w istocie jest nowotworem złośliwym, może się okazać zabójcze w sensie dosłownym. Nie ma podstawy do dalszego

leczenia, więc nie jest ono wdrażane, a choroba postępuje. Innym dramatycznym przykładem błędu patologa jest rozpoznanie nowotworu złośliwego, podczas gdy ma on w rzeczywistości łagodny charakter. Pacjent jest wówczas poddawany niepotrzebnie agresywnej terapii, łącznie z nieodwracalnym okaleczeniem. Świadomość tych konsekwencji towarzyszy każdemu patologowi podczas wielogodzinnego ślęczenia przed mikroskopem. Tu nie ma miejsca na pośpiech.

Długa droga do diagnozy

Laikowi może się wydawać, że trzy tygodnie oczekiwania na wynik badania histopatologicznego to bardzo długo. Jednak to nie jest tak, że patolog popatrzy chwilę przez mikroskop na pobrany wycinek i wszystko wiadomo.

– Na „cito” robimy wprawdzie diagnozy śródoperacyjne (badanie skrawków mrożonych), ale trzeba mieć świadomość, że jest to badanie bardzo ogólne, o obniżonej jakości obrazu mikroskopowego, pozwalające tylko odpowiedzieć na pytanie, czy jest nowotwór złośliwy, czy go nie ma – tłumaczy prof. Michał Jeleń. – Pozwala to chirurgowi podjąć decyzję w trakcie zabiegu o ograniczeniu bądź rozszerzeniu jego zakresu. Zawsze jednak trzeba potem wykonać właściwe badanie histopatologiczne.

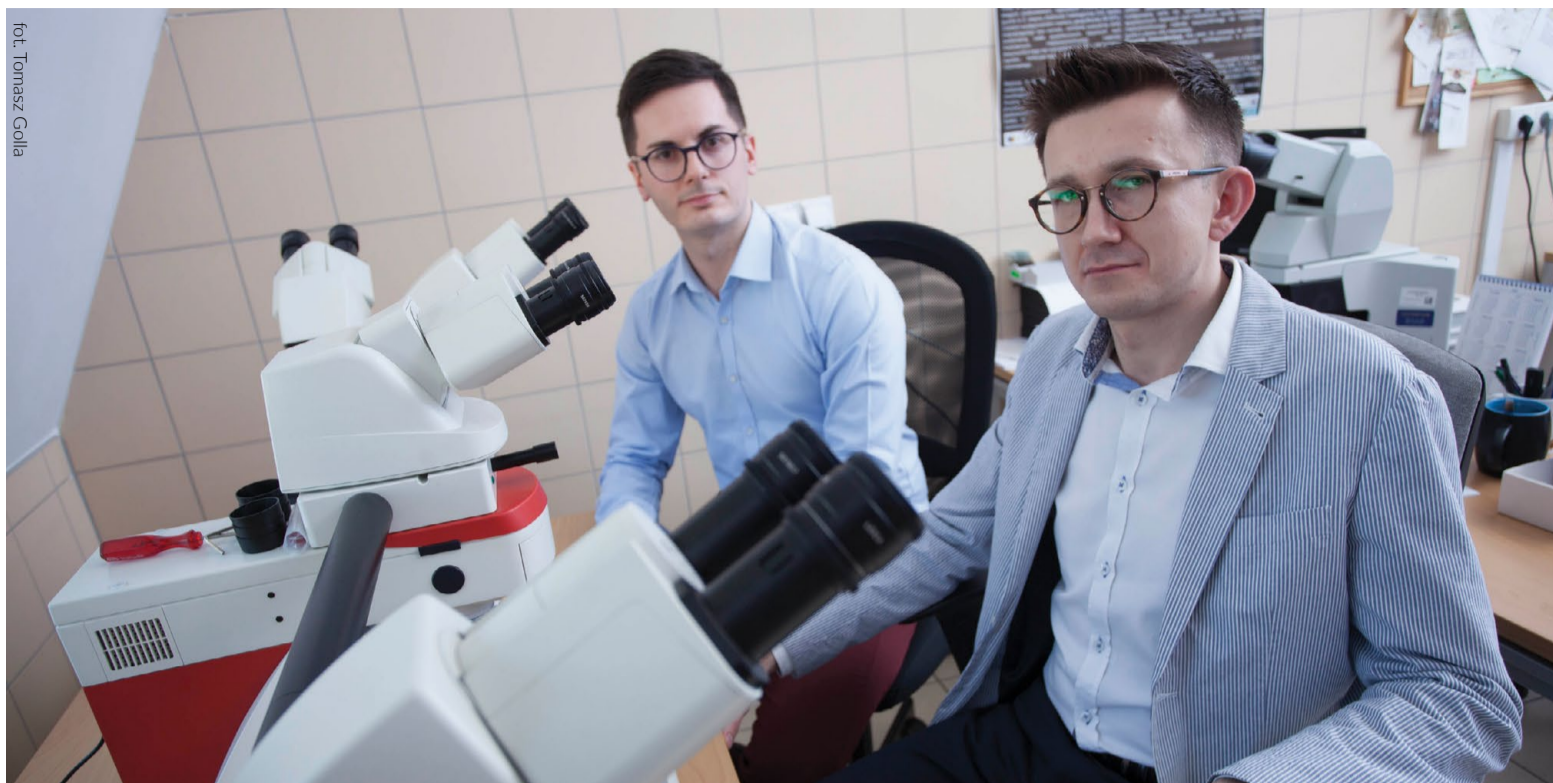
Pobrane do badań tkanki, zanim trafią pod mikroskop patologa, przechodzą żmudny proces przygotowania. By uzyskać formę właściwego preparatu do badań, poddawane są wielu procesom technologicznym. Odwadnianie, przepajanie parafiną, krojenie na skrawki o grubości kilku mikrometrów – to tylko niektóre elementy obróbki, która trwa ok. trzech dni. A to dopiero początek.

Mało kto zdaje sobie sprawę,



► Makroskopowe badanie materiału tkankowego z pobraniem wielu wycinków (lek. Agata Kamińska).

fot. Tomasz Golla



jak trudną i rozległą dziedziną medycyny jest patomorfologia. Dr Donizy pokazuje podręcznik do nefropatologii, który liczy ponad 1,5 tys. stron.

– A to tylko jeden z wielu działów narządowych histopatologii – mówi lekarz. – Mamy jeszcze neuropatologię, uropatologię, dermatopatologię, hepatopatologię, hematopatologię, patologię transplantacyjną, patologię przewodu pokarmowego, patologię narządów głowy i szyi, patologię płuc i śródpiersia, patologię guzów tkanek miękkich i kości, patologię gruczołu piersiowego, cytopatologię oraz patologię ginekologiczną. Nie wspominając już o bardzo ważnej gałęzi patologii jaką jest patologia molekularna, która bazuje na najnowszych osiągnięciach biologii molekularnej. Jej obecność jest absolutnie podstawową kwestią w wielu narządowych działach histopatologii.

W krajach zachodniej Europy i USA z takim ogromem wiedzy poradzono sobie wprowadzając w patologii specjalizacje narządowe. Jeden specjalista zajmuje się tylko nerkami, inny tylko skórą, itd. W Polsce takich specjalizacji

nie ma, od patologa wymaga się, by znał się na wszystkim.

Pasja doceniona

Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej prowadzi także działalność naukową i zapewnia rozwój młodym lekarzom. Ostatnio dwóch z nich odniosło spektakularny sukces: wyróżnienie w konkursie na najlepsze prace naukowe dotyczącą nowotworów skóry, organizowanym przez Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej oraz firmę Roche. Dr Piotr Donizy i lek. Maciej Kaczorowski opublikowali dwie prace, które zdobyły ex aeqo II miejsce. Obie dotyczą czerniaka – nowotworu złośliwego skóry, który także w Polsce zbiera coraz większe żniwo.

– W naszych publikacjach zajęliśmy się czynnikami prognostycznymi w czerniaku – tłumaczy lek. Maciej Kaczorowski. – Markery prognostyczne to substancje wykrywane w komórkach nowotworowych, które mogą być pomocne w określeniu rokowania długoterminowego w momencie diagnozy nowotworu. Jest to niezwykle ważne

zagadnienie w onkologii, ponieważ wykazanie obecności białka, które jest potwierdzonym markerem złego rokowania, jest niezwykle cenną informacją dla onkologów. Może się wiązać się albo z wdrożeniem bardziej agresywnego leczenia, albo co najmniej zwiększenia częstości wizyt kontrolnych, by szybciej wykryć potencjalną wznowę.

Młodzi naukowcy wzięli pod lupę białka strukturalne aparatu Golgiego oraz białko PLK-1, wykazując związek ich ekspresji z rokowaniem oraz ryzykiem powstawania przerzutów w węzłach chłonnych w czerniaku. Jeden z opublikowanych artykułów (dotyczący białek aparatu Golgiego) był pierwszym raportem w piśmiennictwie światowym, opisującym szczegółowo badane zagadnienie.

Nie tylko nowotwory

Pracownicy Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej zajmują się nie tylko nowotworami, ale także histopatologią niezwiązaną z onkologią. Najczęściej są to badania na potrzeby klinik USK. Wykonują np. diagnostykę histopatologiczną chorób nerek własnych i przeszczepionych pacjentów hospitalizowanych w Klinice Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej czy diagnostykę histopatologiczną chorób wątroby pacjentów z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii, opierając się o badanie materiału tkankowego pochodzącego z biopsji tych narządów. Dobra komunikacja między wszystkimi specjalistami jest tu niezmiernie ważna.

– Praca histopatologa wymaga ścisłej współpracy z lekarzami prowadzącymi i leczącymi danego pacjenta. Bez właściwej komunikacji pomiędzy patologami a klinicystami w większości przypadków nie jest możliwe postawienie precyzyjnej diagnozy – podsumowuje dr Donizy.

Patolodzy są także odpowie-

dzialni za wykonywanie sekcji zwłok osób, które zmarły w USK. Autopsje są bardzo pracochłonne, przeciętnie wraz z napisaniem protokołu zajmują ok. czterech godzin. Przy ograniczonej liczbie personelu to także wpływa na czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego.

Warto podkreślić, że poprawna

► Wyróżnieni naukowcy dr Piotr Donizy (z prawej) i lek. Maciej Kaczorowski: – Chcieliśmy podziękować naszym mentorom w codziennej pracy diagnostycznej: prof. Agnieszce Hałoń, prof. Michałowi Jeleniowi oraz dr. Przemysławowi Kowalskiemu, na których pomoc w trudnych przypadkach diagnostycznych zawsze możemy liczyć. Bez ich olbrzymiego wsparcia i zaangażowania nasz rozwój jako lekarzy nie byłby możliwy.

diagnostyka histopatologiczna jest wynikiem ogromnej pracy i zaangażowania całego zespołu pracowników Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej, w skład którego wchodzi m.in. laboranci dbający o najwyższą jakość wykonywanych preparatów mikroskopowych, lekarze-rezydenci oraz sekretarki, które dbają o prawidłowe funkcjonowanie obsługi administracyjno-logistycznej zakładu.



Nagrodą udział w kongresie

Dr Piotr Donizy oraz lek. Maciej Kaczorowski zajęli ex aeqo II miejsce w konkursie na najlepsze prace naukowe dotyczącą nowotworów skóry organizowanym przez Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej oraz firmę Roche. Przewodniczącym Kapituły Konkursowej był prof. Piotr Rutkowski, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Nagrodą dla zwycięzców był wyjazd na 14th EADO Congress & 9th World Meeting of Interdisciplinary Melanoma/ Skin Cancer Centers, który odbył się w dniach 6-9 listopada 2018 r. w Barcelonie.



► Krojenie skrawków tkankowych przy użyciu mikrotomu (mgr Helena Moskalczuk).



Leczenie i nauka

Kolejne międzynarodowe szkolenie, zorganizowane w Klinice Chirurgii Serca USK - Europejskim Centrum Szkoleniowym Implantacji Konduktów Aortalnych odbyło się w styczniu. Uczestnicy z różnych krajów Europy (m.in. z Danii) obejrzeni na sali hybrydowej dwa zabiegi, związane z technikami implantacji biologicznych konduktów do zastawki aortalnej i protezy aorty wstępującej, wykonane u pacjentów, u których wystąpiły jednocześnie patologie zastawki, jak i aorty.

To złożone, rozległe operacje, trwające ok. czterech godzin, wykonywane w krążeniu pozaustrojowym z wykorzystaniem technologii quantum, która pozwala po bezpiecznym zatrzymaniu pracy serca na dokładną i ciągłą śródoperacyjną analizę parametrów życiowych. Zabiegi przeprowadzone w USK miały charakter szkoleniowy, ale przede wszystkim pomogły ciężko chorym pacjentom, u których trzeba było przeprowadzić operacje jak najszybciej.

– Podczas szkolenia operowaliśmy dwie osoby w wieku ok. 60 i 40 lat – mówi kierownik Kliniki Chirurgii Serca USK prof. Marek Jasiński. – U jednego z pacjentów mieliśmy

do czynienia z zaawansowaną wadą zarówno zastawki, jak i aorty. Istotne było też przeciwwskazanie do leczenia przeciwkrzepliwego. Drugi z operowanych pierwotnie przygotowywany był do naprawy zastawki, ale okazało się to niemożliwe z powodów anatomicznych. W obu przypadkach musieliśmy działać szybko. Szczególnie niebezpieczne są powikłania nieleczonej choroby aorty, łącznie z jej pęknięciem, co prowadzi do szybkiej śmierci.

Oba zabiegi przebiegły bez komplikacji, a w ich rezultacie stwierdzono przywrócenie prawidłowej pracy serca. Chorzy odczuli poprawę już po kilku dniach po zabiegu.

Prof Jasiński podkreśla, że występujące jednocześnie patologie zastawki aortalnej i samej aorty nie są rzadkością.

– Często pierwotna jest patologia zastawki, do której w miarę upływu czasu dołącza się patologia aorty – tłumaczy kardiochirurg. – U części chorych występuje też pierwotnie zarówno wada zastawki, jak i aorty. W dobie nowoczesnej diagnostyki i rozwoju specjalistycznej wiedzy takie przypadki są coraz częściej rozpoznawane. Najważniejsze, że mamy metody ratowania tych chorych, potrafimy je stosować, dysponujemy odpowiednim sprzętem, a także mamy możliwości dzielenia się tym doświadczeniem z innymi.

Skóra nie dla raka

Specjaliści Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu będą szkolić lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w kierunku rozpoznawania znamion, mogących świadczyć o rozwoju nowotworów skóry. To pierwszy element programu profilaktycznego w ramach projektu „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się!” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego pod hasłem „Skóra nie dla raka” przez Ministerstwo Zdrowia. Jest on przewidziany na dwa lata.

Ruszył już nabór placówek POZ z województwa dolnośląskiego, śląskiego i opolskiego, chętnych do współpracy. Kolejne etapy projektu będą już dotyczyć bezpośrednio pacjentów, którzy zostaną zakwalifikowani do udziału przez swojego lekarza rodzinnego. W razie stwierdzenia niepokojących zmian na skórze, pacjenci będą kierowani na konsultację do specjalistów USK. Program jest adresowany do osób bez zdiagnozowanego nowotworu. Chodzi w nim o to, by „wylapać” chorobę w jak najwcześniejszym fazie.

Jednym z kilkudziesięciu nowotworów złośliwych skóry jest czerniak. Należy on jednak do tych najbardziej agresywnych. Spośród wszystkich nowotworów skóry, diagnozowanych u młodych ludzi, to właśnie czerniak jest jednym z najczęściej spotykanych. Charakteryzuje się agresywnym wzrostem oraz możliwością tworzenia przerzutów, które są trudne w leczeniu. Uleczalne są jedynie wczesne fazy choroby.

– Leczenie podjęte wtedy, gdy nastąpiły już przerzuty, najczęściej kończy się niepowodzeniem – mówi onkolog dr Barbara Freier, kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej USK. – Rokowania są w tym przypadku znacznie gorsze niż np. w raku skóry, który zwykle występuje miejscowo i jego leczenie jest skuteczniejsze. Jednocześnie liczba zachorowań na czerniaka rośnie, niestety także w Polsce. Dlatego tak ważne są działania profilaktyczne i wczesne wykrywanie zmian skórnych, które mogą świadczyć o początkowej fazie choroby. Ogromną rolę mogą w tym odegrać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, bo to oni mają najczęstszy kontakt z pacjen-

tem i przez to największą szansę na zauważenie niepokojących znamion, wymagających konsultacji onkologicznej.

Opalanie się nie służy

Długotrwała ekspozycja skóry na słońce i nadmierne korzystanie z solariów – to główne czynniki rozwoju czerniaka. Związek przyczynowy jest tu bezdyskusyjny, ale mimo ostrzeżeń wielogodzinne opalanie się na plaży pozostaje najczęstszym sposobem spędzania wakacji, a utrzymywanie opalenizny zimą w solariach dla niektórych jest normą.

– Na szczęście w końcu w Polsce udało się wprowadzić ograniczenia w korzystaniu z solariów przez dzieci, choć zajęło to wiele lat – dodaje dr Freier. – Oczywiście, to nie jest tak, że każda wizyta pod lampami od razu kończy się czerniakiem. Jednak należy pamiętać, że choroba może się rozwinąć nawet po kilkudziesięciu latach.

Onkolog podkreśla jednocześnie, że blokery promieni UV A i UV B nie są idealnym zabezpieczeniem przed ich szkodliwym działaniem. Wciąż niewiele wiadomo, jakie są długofalowe skutki stosowania takich preparatów.

– Blokery fizyczne „wylapują” promienie UV, ale gdzieś to ciepło oddają, najprawdopodobniej także do skóry – wyjaśnia kierownik Oddziału Onkologii Klinicznej USK we Wrocławiu. – Z kolei blokery chemiczne zawierają substancje, które także nie są obojętne dla organizmu. Nie wiemy jeszcze wszystkiego na ten temat, dlatego zalecamy zdrowy rozsądek także w stosowaniu tego rodzaju ochrony.



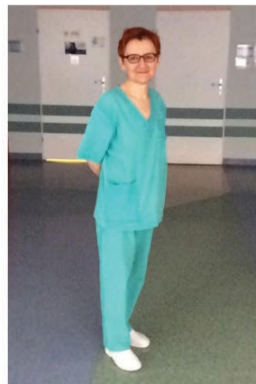
Nazywam się Bożena Huczka i choruję na stwardnienie rozsiane. Proszę o przekazanie 1% podatku na moje leczenie i rehabilitację.

Prośbienie o pomoc jest dla mnie bardzo trudne. Pracując jako pielęgniarka, zawsze pomagałam innym. Tym razem walczę o siebie i swoje zdrowie.

KRS: 0000 33 88 78

Cel szczegółowy: **BOŻENA HUCZKA**

www.dobropowraca.pl



PRZEKAŻ 1%

dla Szymona z rozszcepem kręgosłupa

Ur. 08.03.2010

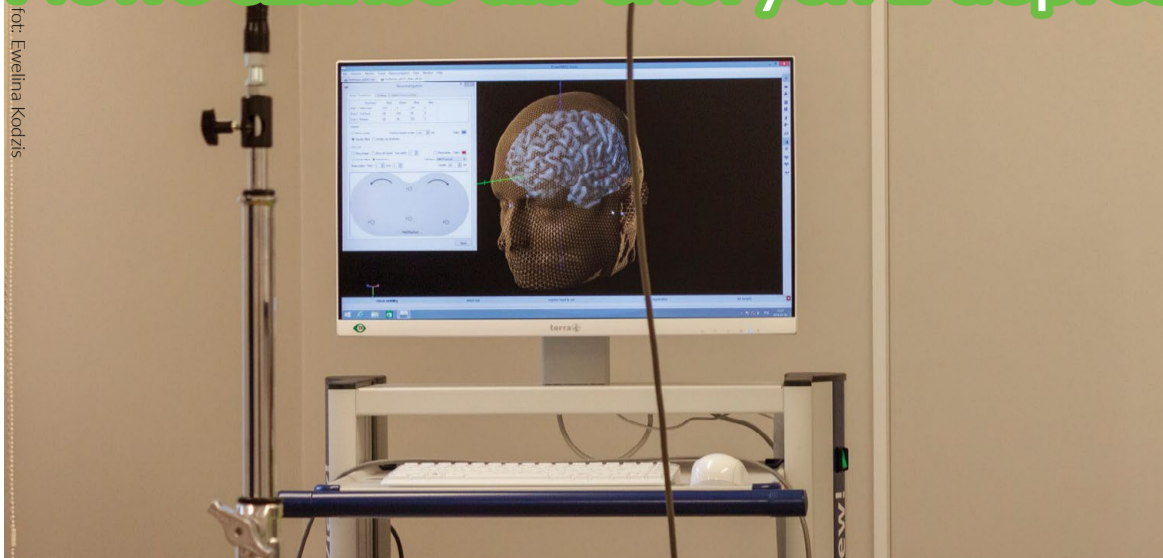
Podopieczny wrocławskiej fundacji „Potrafię Pomóc”

Aby przekazać 1% podatku, wpisz w formularzu PIT: **KRS 0000303590** z dopiskiem **Szymon Dawidziak 240-009**



Nowe szanse dla chorych z depresją

fot. Ewelina Kodzis



Głęboka stymulacja mózgu (Deep Brain Stimulation, DBS) i powtarzalna przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS) to dwie nowe metody, które Klinika Psychiatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wprowadza do leczenia osób cierpiących na depresję w ramach projektów naukowych. To nie koniec dobrych wiadomości dla pacjentów latami zmagających się z tą chorobą. W klinice rusza także II faza badania klinicznego z zastosowaniem leku, który jest nowością w leczeniu depresji. Nabór pacjentów do tych projektów rozpoczął się już w lutym br. – zupełnie przypadkiem jest to miesiąc, w którym przypada Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją (23 lutego).

Standardowe leczenie depresji opiera się na farmakoterapii i psychoterapii, które w większości przypadków przynoszą dobre efekty.

– W ostatnich latach spektrum stosowanych leków o różnych mechanizmach działania bardzo się poszerzyło – mówi kierownik Kliniki Psychiatrii USK prof. Joanna Rymaszewska. – Farmakoterapia, połączona z psychoterapią, jest skuteczna u ok. 70 proc. pacjentów. Wciąż jednak pozostaje spora grupa osób, u których nie uzyskuje się w ten sposób długoterminowych efektów i trzeba sięgać po inne sposoby, m.in. polegające na neurostymulacji. Jednym z nich są elektrowstrząsy, często w powszechnej świadomości demonizowane i owiane złą sławą. Zupełnie niepotrzebnie, bo dziś, dzięki rozwojowi technologii, precyzyjnie dobiera się wszelkie parametry, przez co jest to metoda bezpieczna i przynosząca dobre rezultaty. Ma ona jednak swoje ograniczenia i nie u każdego pacjenta można ją wykorzystać.

Elektrodą w źródło problemu

Elektrowstrząsy stosowane są z powodzeniem od wielu lat i jest to procedura refundowana przez NFZ. Na świecie pojawiają się jednak zupełnie nowe obiecujące metody neurostymulacyjne, które w Polsce na razie mogą być dostępne jedynie w ramach projektów badawczych. Tak jest np. z głęboką stymulacją mózgu, polegającą na wszczepieniu elektrod, stymulujących pracę odpowiednich obszarów mózgu, odpowiadających za dane zaburzenie. Podczas operacji umieszcza się w wybranym miejscu elektrodę, która połączona

zostaje podskórnie ze stymulatorem implantowanym w okolicy podbojczykowej. Po zabiegu stymulator jest uruchamiany i powoduje emisję ładunków elektrycznych do elektrody umieszczonej w mózgu. W ten sposób pobudza komórki nerwowe jedynie w niewielkim obszarze mózgowia, odpowiedzialnym za objawy psychopatologiczne będące podstawą dolegliwości psychicznych.

W USK DBS jest stosowana od lat, m.in. w leczeniu choroby Parkinsona. W ramach badań naukowych, realizowanych wspólnie przez Klinikę Psychiatrii i Klinikę Neurochirurgii (dr hab. Paweł Tabakow wraz zespołem), przeprowadzono też już kilka takich zabiegów u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – cierpiącymi na lekooporną nerwicę natręctw. Teraz pojawia się nowość: DBS wrocławscy specjaliści po raz pierwszy w Polsce stosują u chorych z depresją. Klinika Psychiatrii otwiera projekt pilotażowy i wnioskuję o grant naukowy, dlatego już rozpoczyna rekrutację kandydatów do zabiegów. Będą oni musieli spełnić ściśle określone kryteria, wśród których najistotniejszym jest potwierdzona oporność na dotychczasowe leczenie. O ostatecznej kwalifikacji zdecyduje zespół składający się z psychiatry, neurochirurga i anesteziologa, który ustali, czy istnieją wskazania i przeciwwskazania do wdrożenia leczenia tą metodą. Ewentualnymi przeciwwskazaniami mogą być towarzyszące inne zaburzenia psychiczne, niektóre choroby neurologiczne oraz inne poważne obciążenia somatyczne. Profesor Rymaszewska podkreśla, że DBS w leczeniu depresji w Polsce wprawdzie jest nowością, ale nie ma obaw: to nie są

medyczne eksperymenty.

– To metoda zatwierdzona przez Federalny Urząd Żywności i Leków w USA już w 2008 r., a w zagranicznych ośrodkach jest ona powszechnie zarejestrowana m.in. w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – dodaje szefowa Kliniki Psychiatrii USK. – Charakteryzuje się wysoką skutecznością terapeutyczną, a jednocześnie niewielkim ryzykiem powikłań okołoperacyjnych i długoterminowych działań niepożądanych.

Szczegółowe informacje dla kandydatów dostępne pod adresem: <http://www.psych.umed.wroc.pl/pl/gleboka-stymulacja-mozgu>

Fale wyciszą albo pobudzą

Mimo swej udowodnionej skuteczności DBS prawdopodobnie jeszcze długo nie będzie stosowana rutynowo, bo jest to technika inwazyjna, wymagająca dużego doświadczenia wykonujących ją specjalistów i możliwa do przeprowadzenia tylko w nielicznych ośrodkach. W tym kontekście przezczaszkowa stymulacja elektromagnetyczna, skuteczna w wielu schorzeniach neurologicznych oraz psychiatrycznych, z punktu widzenia pacjenta może się wydawać samą przyjemnością. Żadnej operacji, żadnych uciążliwości związanych z wielodniowym pobytem w szpitalu. Wystarczy usiąść w wygodnym fotelu i poddać się trwającemu pół godziny zabiegowi, który jest zupełnie bezbolesny. Sesje są powtarzane codziennie przez sześć tygodni.

Jak to działa? Urządzenie do rTMS emituje fale elektromagnetyczne, które przenikają przez skórę głowy i wnikają do tkanek mózgu. Dzięki neuronawigacji i współpracy

► Nowy sprzęt do rTMS czeka na pierwszych pacjentów Kliniki Psychiatrii.

z neuroradiologami docierają do tych komórek nerwowych, do których jest to konieczne, w zależności od problemu, z jakim zmagają się pacjenci.

– Fale elektromagnetyczne mogą służyć do aktywizacji neuronów lub przeciwnie, do ich wyciszenia – tłumaczy prof. Joanna Rymaszewska. – Wszystko zależy od tego, co chcemy osiągnąć. Np. w depresji konieczne jest pobudzenie pracy określonych rejonów mózgu, a w zaburzeniach odżywiania trzeba je wyłączyć.

Właśnie oporna na leczenie farmakologiczne depresja będzie jednym z tych schorzeń, które we wrocławskiej klinice będzie można leczyć za pomocą rTMS – na razie także jedynie w ramach naukowego grantu. Poza tym projekt obejmuje jeszcze dwie inne grupy chorych: z zaburzeniami odżywiania oraz z zaburzeniami funkcji poznawczych, w tym pamięci, mogących prowadzić do otępienia. Podobnie jak w przypadku DBS, kryteria do udziału w badaniach są ściśle określone, więc nie każdy będzie mógł w nich wziąć udział. Nabór już rusza, a szczegóły z nim związane będzie można znaleźć także na stronie Kliniki Psychiatrii.

Nadzieja dla cierpiących

Metody neurostymulacyjne się



fot. Ewelina Kodzis

► Zabieg przezczaszkowej stymulacji magnetycznej jest dla pacjenta zupełnie nieuciążliwy.

rozwijają, ale to farmakoterapia wciąż pozostaje podstawą leczenia depresji. W swoich projektach badawczych Klinika Psychiatrii USK o tym nie zapomina, prowadząc badania z zastosowaniem nowych leków. Jedno z nich wkroczyło właśnie w II fazę, która odbywa się już z udziałem pacjentów. Chodzi o lek wcześniej stosowany w anestezjologii, którego działanie okazało się skuteczne także przy innych problemach. Klinika Psychiatrii ma już wszystkie konieczne w takich wypadkach zgody i będzie prowadzić kwalifikację do udziału w badaniach osób w dwóch grupach: ciężkiego, lekoopornego epizodu depresyjnego w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających oraz ciężkiego, lekoopornego epizodu depresyjnego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. W najbliższym czasie ukażą się szczegółowe informacje na stronie www.psych.umed.wroc.pl.

– Nauka poszukuje wciąż nowych metod leczenia depresji, która mimo postępu psychiatrii pozostaje poważnym problemem klinicznym – podkreśla prof. Rymaszewska. – Dotyka bowiem ok. 3-5 proc. populacji, a jeśli liczyć nie tylko depresję biologiczną, ale także incydenty z objawami depresyjnymi (z których część także trzeba leczyć), liczba ta jest szacowana nawet na 20 proc.

