

Precyzja ratująca życie



foto: Archiwum USK

Lekarze Centrum Chorób Serca USK przeprowadzili pierwszy w Polsce zabieg o nazwie BASILICA. To przezcewnikowe przecięcie płata zastawki aortalnej, poprzedzające wszczepienie sztucznej zastawki aortalnej. Zastosowanie nowatorskiej techniki, opracowanej na świecie zaledwie trzy lata temu, pozwoliło uratować życie 76-letniej pacjentce z ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej. W jej przypadku zbyt ryzykowna była zarówno klasyczna operacja na otwartym sercu, jak i standardowy zabieg TAVI.

Czytaj na str. 3

Prof. Piotr Ponikowski rektorem

Elektorzy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wybrali rektora na kadencję 2020-2024. Został nim prof. Piotr Ponikowski, który od 2019 r. jest kierownikiem Centrum Chorób Serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym. Głosowanie odbyło się 21 maja w formie elektronicznej przy 100-procentowej frekwencji. Za wyborem prof. Piotra Ponikowskiego na funkcję rektora były 93 osoby, nikt nie był przeciw i nikt nie wstrzymał się od głosu.

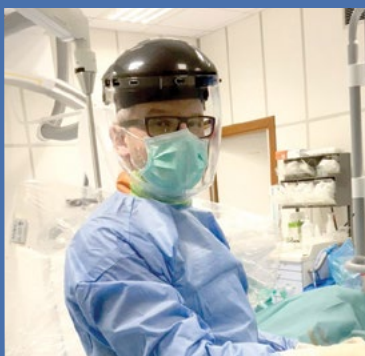
Prof. Piotr Ponikowski ze swoją uczelnią związany jest już blisko 40 lat, był jej studentem, a potem pracownikiem. Od 2016 r. pełni funkcję prorektora ds. nauki, a od sierpnia 2019 r. pełni obowiązki rektora. Jest uznanym kardiologiem – w kadencji 2017-2019 był prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członkiem Zarządu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2012-2014. Kierował licznymi projektami naukowymi – w tym międzynarodowymi – dotyczącymi leczenia niewydolności serca, choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego. Jest współautorem ponad 750 prac ogłoszonych drukiem w recenzowanych czasopismach naukowych, które cytowane były łącznie ponad 95000 razy. Jako jeden z nielicznych reprezentantów Polski, w latach 2016-2019 uwzględniany jest w prestiżowym Thomson Reuters Ranking „The World's Most Influential Scientific Minds – najbardziej wpływowych naukowców świata.

Dziękując za wybór, rektor-elekt podkreślał, że nowa kadencja będzie szczególnym wyzwaniem ze względu na konsekwencje trwającej epidemii.

– Powinniśmy nie tylko radzić sobie z jej skutkami, ale także szukać szans na rozwój – mówił prof. Piotr Ponikowski. W priorytetach wymienił pracę nad nowym programem nauczania, rozwój badań klinicznych, koncentrację bazy klinicznej przy ul. Borowskiej, a przede wszystkim inwestowanie w ludzi.



Oni nie mogą czekać



Udary mózgu, pęknięte tętniaki, krwawienia z guzów nowotworowych – to tylko niektóre tzw. pilne przypadki. Epidemia nie powstrzymała ich fali. W ostatnich tygodniach do USK pacjentów z tymi problemami trafiało nawet więcej, w efekcie wyłączenia innych ośrodków z powodu wykrywanych zakażeń koronawirusem. Pacjenci też mogą być zakażeni. Lekarze ratują ich życie, często nie mając czasu, by poczekać na wynik testu.

Czytaj na str. 4

Uwolnijmy dzieci!



Obecnie wiemy znacznie więcej na temat koronawirusa SARS-CoV-2 niż na początku epidemii. Udowodniono, że choć dzieci odgrywają ogromną rolę w rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, nie dotyczy to zakażeń nowym koronawirusem. Nie tylko same rzadko chorują, ale i ich rola w transmisji SARS-CoV-2 jest duża mniejsza niż zakładano – mówi prof. Leszek Szenborn, kierownik Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK.

Czytaj na str. 5

Rzadki czerniak pod lupą



Czerniak kojarzy się powszechnie ze skórą: słyszymy o zagrożeniu tą chorobą w kontekście promieniowania UV, w ramach licznych kampanii społecznych ostrzega się przed nadmiernym opalaniem i korzystaniem z solarium. Tymczasem wrocławski lekarz z USK naukowo zajął się zupełnie innym rodzajem czerniaka. Co to za choroba, jakie są jej przyczyny i objawy, na czym polega przełomowe odkrycie – wyjaśnia dr hab. Piotr Donizy.

Czytaj na str. 6

Planowe przyjęcia wznowione

fot. Archiwum USK



W maju na oddziały USK ponownie zaczęto przyjmować planowych pacjentów, także na zabiegi odłożone ze względu na epidemię koronawirusa. Po dwumiesięcznej przerwie zajęto średnio ok. 70 proc. łóżek. Nie oznacza to zupełnego zniesienia reżimu, wprowadzonego w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń. Wciąż trzeba przestrzegać wyjątkowych zasad bezpieczeństwa i obowiązuje ściśle określone procedury. Dotyczą one nie tylko personelu, ale także pacjentów. Najprawdopodobniej jeszcze długo nie będzie tak, jak dawniej.

Przez szpitalną strefę buforową, która powstała w połowie marca, w ciągu dwóch miesięcy przeszło kilkuset pacjentów. Obecnie, po wznowieniu planowych przyjęć, jest to ok. dwudziestu osób dziennie. Strefa bowiem nadal działa.

– I będzie działać tak długo, aż epidemia się skończy – zapewnia jej kierownik dr hab. Tomasz

Zatoński, prof. UMW. – Liczba zakażonych w Polsce nie maleje, wciąż pojawiają się nowe ogniska, więc nadal realne jest zagrożenie związane z ryzykiem przyjęcia do szpitala osoby z koronawirusem. Musimy to ryzyko ograniczać do minimum.

Covidowa ankieta, pomiar temperatury przy wejściu, zakaz

odwiedzin i ograniczenie osób towarzyszących pacjentowi – takie procedury bezpieczeństwa obowiązują w USK od początku epidemii. Wznawiając planowe przyjęcia i zabiegi, trzeba było wdrożyć kolejne. Na planowe zabiegi umawiani są w pierwszej kolejności ci pacjenci, którzy stracili termin z powodu epidemii koro-

Wchodzący do szpitala muszą przejść przez punkt weryfikacyjny, gdzie wolontariusze sprawdzają temperaturę i ankietę dotyczącą wywiadu epidemiologicznego.

nawirusa w ostatnich miesiącach. O nowym terminie są informowani przez szpital telefonicznie. – Każdy pacjent jest pytany o stan zdrowia i proszony o to, by przed planowym przyjęciem pozostał w domowej izolacji przez co najmniej 7 dni – mówi dr hab. Tomasz Zatoński. – W przededniu przyjęcia zapraszamy pacjenta do przyszpitalnego punktu pobrań, gdzie ma wykonywany wymaz bez konieczności wchodzenia do budynku szpitala. Następnie udaje się do domu, a jego próbka trafia do naszego laboratorium. Czekamy na wynik testu w kierunku koronawirusa, a jeśli jest ujemny, następnego dnia pacjent może być przyjęty na oddział.

Gdyby test wykazał fakt zakażenia koronawirusem, pacjent zostanie skierowany do szpitala jednoimiennej lub do izolacji domowej – w zależności od jego stanu zdrowia. Nie mógłby natomiast zostać przyjęty na oddział w USK. Dotyczy to pacjentów planowych. Pacjent SOR wymagający nagłej interwencji (np. chirurgicznej) zostanie zaopatrzony w pełnym zabezpieczeniu zespołu i odpowiednio odizolowany. Pracownicy rejestracji dzwonią do pacjentów z kolejki, ale czasem słyszą odmowę. Niektóre osoby

nie kryją obaw przed zakażeniem, do jakiego ich zdaniem mogłoby dojść w szpitalu. Wolą poczekać. W takich sytuacjach muszą sami odpowiedzieć sobie na pytanie, gdzie istnieje większe prawdopodobieństwo „złapania” koronawirusa: w szpitalu, w którym przestrzega się reżimu epidemiologicznego, czy też w sklepie, u fryzjera lub np. na weselu, w tłumie osób bez maseczek i niezachowujących dystansu? – Dzięki wprowadzonym przez nas procedurom bezpieczeństwa, USK wydaje się być teraz najbezpieczniejszym miejscem w mieście – śmieje się dr hab. Zatoński.

Osobny problem to zbyt długie odkładanie w czasie planowego zabiegu. Nawet, jeśli z jakimś problemem zdrowotnym można poczekać, to nie jest wskazane robienie tego w nieskończoność.

Obecnie wymazy i testy w kierunku koronawirusa wykonuje się wszystkim pacjentom, przyjmowanym do USK. Jednak w przypadku chorych, którzy trafiają do szpitala w trybie ostrodyżurowym i wymagają natychmiastowej interwencji, zwykle nie ma czasu, by czekać na wynik. W takich sytuacjach personel szpitala musi traktować pacjenta jako potencjalnie zakażonego i stosować środki zabezpieczenia.

Trwa odmrażanie pracy poradni USK



Poradnie specjalistyczne USK pracowały w czasie epidemii, od połowy marca koncentrując się jednak na pilnych przypadkach, kontynuacji leczenia pacjentów onkologicznych, około transplantacyjnych i poradach udzielanych w formie telefonicznej, z których korzystali głównie pacjenci kontynuujący leczenie. Od 11 maja br. zwiększyły zakres przyjęć planowych, a rejestrować się mogą także pacjenci na pierwszą wizytę. W dalszym ciągu konieczne jest zachowanie szczególnych zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego, więc organizacja pracy przychodni wygląda nadal inaczej niż przed wybuchem epidemii.

W dni powszednie o godz. 7 rano otwierane są dwa wejścia, przez które pacjenci mogą się dostać do rejestracji. Każdy musi przejść przez punkt weryfikacyjny, gdzie wolontariusze sprawdzają temperaturę i ankietę dotyczącą wywiadu epidemiologicznego w kierunku podejrzenia zakażenia koronawirusem. W praktyce często pomagają ją wypełniać – większość pacjentów korzystających z pomocy specjalistów to osoby starsze, często niedowidzące czy niepełnosprawne. – W organizacji pracy poradni w obecnym czasie szczególnie ważne jest ograniczenie kontaktu między pacjentami – tłumaczy kierownik przychodni USK Marzena Mikrut, koordynująca pracę wszystkich poradni specjalistycznych USK. – Dlatego pacjen-

ci rejestrowani są co pół godziny, a osobne wejścia umożliwiają udanie się prosto w wyznaczone miejsce, bez niepotrzebnych wędrówek po budynku. Konieczne było przyjęcie zasady, by nie wpuszczać osób towarzyszących pacjentom. Wyjątek stanowią osoby niepełnosprawne, które wymagają pomocy przy poruszaniu się oraz dzieci. Ale i w tych przypadkach wprowadziliśmy ograniczenia: zarówno osoba niepełnosprawna, jak i dziecko, może wejść do szpitala tylko z jednym opiekunem. Także w poczekalni wyeliminowane zostało co drugie krzeselko, dzięki czemu zapewniamy dystans między osobami oczekującymi w kolejce. Kierownik przychodni wyjaśnia, że takie środki bezpieczeństwa są obecnie konieczne. Im mniej-

sze skupisko ludzi, tym mniejsze ryzyko rozprzestrzeniania się zakażenia. Stan epidemii w Polsce nadal trwa, nie został odwołany, codziennie notuje się kolejne przypadki zakażonych koronawirusem, więc niebezpieczeństwo nie zostało zażegnane.

Poradnia nefrologiczna, ortopedyczna, urologiczna, chirurgii szczękowej – to tylko kilka najbardziej obleganych działających ambulatoriów USK. Kilkutygodniowa przerwa w normalnej pracy specjalistów w całym kraju zapewne jeszcze bardziej wydłuży kolejki oczekujących. Ludzie nie przestali bowiem chorować i tak samo jak wcześniej potrzebują pomocy medycznej.

– Będziemy się starać nadrobić ten czas ograniczonych przyjęć, ale nie będzie to łatwe – dodaje Marzena Mikrut. – Prosimy też pacjentów, by nie obawiali się wizyt w naszych poradniach, bo jest naprawdę bezpiecznie. Mamy też wielką prośbę do osób, które już mają termin wizyty: przychodźcie dokładnie na wyznaczoną godzinę, unikniemy wówczas oczekiwania na swoją kolej i ograniczymy liczbę osób zgromadzonych w poczekalni.



fot: Archiwum USK

Precyzja ratująca życie

Lekarze Centrum Chorób Serca USK przeprowadzili pierwszy w Polsce zabieg o nazwie BASILICA. To przezcewnikowe przecięcie płata zastawki aortalnej, poprzedzające wszczepienie sztucznej zastawki aortalnej. Zastosowanie nowatorskiej techniki, opracowanej na świecie zaledwie trzy lata temu, pozwoliło uratować życie 76-letniej pacjentce z ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej. W jej przypadku zbyt ryzykowna była zarówno klasyczna operacja na otwartym sercu, jak i standardowy zabieg TAVI.

Duszności, niska tolerancja wysiłku, łatwe męczenie się – to główne objawy zwężenia zastawki serca. Z wiekiem zastawka grubieje i wapnieje. Najczęściej wymienia się ją na nową, ale są pacjenci, dla których standardowe metody są zbyt niebezpieczne. Duże ryzyko najcięższych powikłań wyklucza klasyczną metodę kardiochirurgiczną, a także zabieg przezskórny, szczególnie u osób schorowanych, cierpiących na inne dolegliwości. Jednocześnie, gdyby nie robić nic, chory może umrzeć w krótkiej perspektywie. Takim właśnie przypadkiem była pacjentka USK,

która przeszła zabieg BASILICA. Nie można było u niej wymienić zwapniałej zastawki klasyczną metodą kardiochirurgiczną z powodu chorób współistniejących. Operacja wiązałaby się ze zbyt dużym ryzykiem. Dlatego też chora została zakwalifikowana do wszczepienia nowej zastawki metodą przezcewnikową tj. TAVI, która już od kilku lat stosowana jest z powodzeniem w USK. Pojawiły się jednak trudności – budowa anatomiczna sprawiła, że zaplanowany zabieg również mógł okazać się niebezpieczny.

Metoda TAVI polega na wszczepieniu nowej zastawki aor-

talnej bez otwierania klatki piersiowej i jednocześnie bez usuwania zwapniałej i źle funkcjonującej zastawki serca. Podczas zabiegu zwapniałe płatki zastawki własnej zostają rozszerzone przez zastawkę TAVI, w związku z czym muszą się niejako „zmieścić” w obrębie aorty, czyli głównej tętnicy organizmu, wyprowadzającej krew z serca.

– W przypadku naszej pacjentki istniało ryzyko, że płatki zastawki własnej po ich rozepchnięciu, zamkną odejście tętnic wieńcowych czyli tętnic odchodzących od początkowego odcinka aorty i odżywiających samo serce – mówi prof. Krzysztof Reczuch, kierownik Kliniki Chorób Serca USK. – Groziłoby to najpoważniejszymi konsekwencjami, dlatego leczenie ciężko chorej stało pod znakiem zapytania. Jednak po konsylium zespołu kardiologów, kardiochirurgów oraz anestezjologów, zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie pierwszego w Polsce zabiegu określanego w nomenklaturze medycznej zabiegiem BASILICA (Bioprosthetic Aortic Scallop Intentional Laceration to prevent Iatrogenic Coronary Artery obstruction) – dodaje.

Zabieg ten wiąże się z rozcięciem chorego płata zastawki własnej bez otwierania klatki piersiowej – za to z użyciem cewników, wprowadzonych do ciała pacjenta poprzez nakłucie tętnic udowych. Rozcięcie daje możliwość wszczepienia zastawki TAVI tak, że podczas rozepchnięcia zwapniałych płatków zastawki własnej, tętnice odchodzące od aorty są chronione przed zamknięciem.

Operacja wymaga niezwyklej precyzji. Płatek zastawki ma 10-12 mm. Najtrudniejsze jest wykonanie

Zespół przeprowadzający zabieg: dr hab. Marcin Protasiewicz (kardiolog) i dr hab. Piotr Kübler (kardiolog), przy współpracy z dr Jackiem Jakubaszko (kardiochirurg), dr hab. Tomaszem Witkowskim (echokardiografista) oraz dr Tomaszem Kotwicą (echokardiografista).

takiego nacięcia płatków, aby uzyskać kilkumilimetrový prześwit, zapewniający właściwy przepływ krwi do tętnic serca. Wszystko to wykonywane jest przez odległą od serca tętnicę udową przez lekarzy, mających jedynie podgląd przez ekrany monitorów w specjalnie wyposażonej sali hybrydowej.

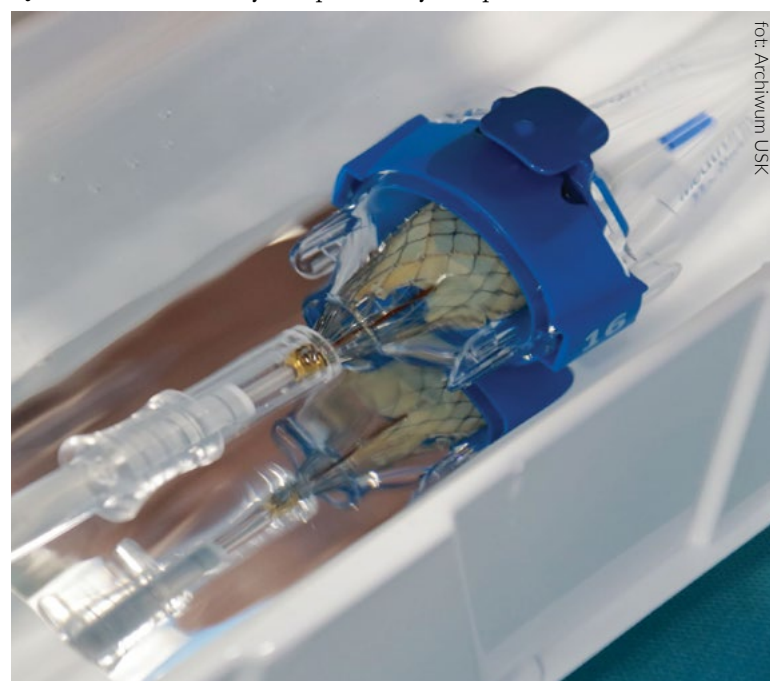
– Cała trudność polega na tym, by wykonać nacięcie w odpowiednim miejscu, a mówimy o polu wielkości kilku milimetrów – mówi dr hab. Marcin Protasiewicz, który także taki zabieg wykonywał po raz pierwszy. – Do zastawki docieramy z dużej odległości, wprowadzając za pomocą specjalnych przewodników nóż do elektrokoagulacji (wykorzystujący prąd).

Kardiolog przyznaje, że podczas wykonywania operacji serce było mu mocno. Ale najważniejsze, że ręka nie zadrżała i wszystko poszło

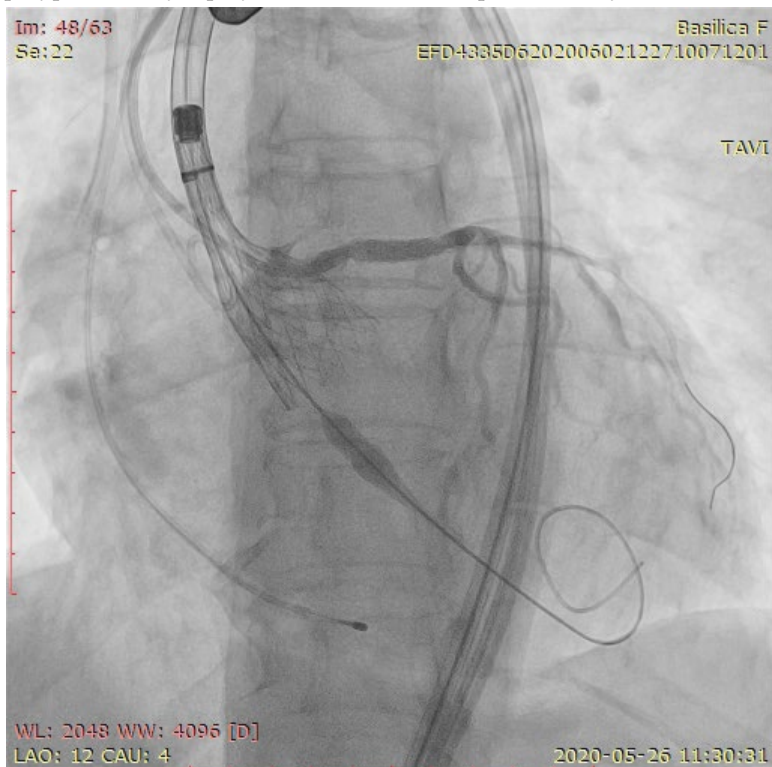
dobrze. Pacjentka, dla której zabieg miał charakter ratującego życie, od razu poczuła się lepiej. Poprawę jej stanu zdrowia potwierdzają też wyniki badań. Szybko mogła opuścić szpital. Zwykle po tego typu zabiegach chorzy mogą wyjść do domu w ciągu 3-5 dni.

Pierwsze zabiegi BASILICA przeprowadzono w lipcu 2017 r. na Uniwersytecie Waszyngtońskim (USA). Od tego czasu na świecie wykonano ich kilkaset. W Polsce dotychczas nikt nie podjął się tego zadania.

– Cieszę się, że nasz szpital dołączył do elitarnego na świecie grona miejsc, gdzie wykonywane są te procedury – mówi prof. Piotr Ponikowski, kierownik Centrum Chorób Serca USK. – Tym bardziej, że zabieg został przeprowadzony mimo trudności wynikających z pandemii Covid-19.



fot: Archiwum USK



► Obraz monitora z sali hybrydowej podczas implantacji zastawki TAVI.

► Sztuczna zastawka serca TAVI przygotowywana do implantacji przezskórnej.

Pacjenci, którzy nie mogą czekać na koniec epidemii



Udary mózgu, pęknięte tętniaki, krwawienia z guzów nowotworowych – to tylko niektóre przypadki zaliczane do pilnych, wymagające szybkiej specjalistycznej interwencji. Epidemia nie powstrzymała fali tych chorób. W ciągu ostatnich miesięcy do USK pacjentów z tymi problemami trafiało nawet więcej, w efekcie czasowego wyłączenia innych ośrodków z powodu wykrywanych zakażeń koronawirusem. Pacjenci też mogą być zakażeni. Lekarze ratują ich życie, często nie mając czasu, by poczekać na wynik testu.

Szczególnie trudna jest sytuacja Kliniki Neurologii USK z pododdziałem udarowym, która dosłownie pęka w szwach. Pogląd, że od początku epidemii szpitale nie pracowały na pełnych obrotach, tutaj jest zupełnie niezgodny z prawdą. Komplet pacjentów, wszystkie łóżka zajęte – tak wygląda rzeczywistość kliniki w dobie koronawirusa. – Dominują pacjenci z udarami niedokrwienymi, właściwie można powiedzieć, że obecnie jesteśmy jednym wielkim oddziałem udarowym – mówi zastępca kierownika kliniki prof. Bogusław Paradowski. – To nie jest tak, że w ostatnich miesiącach zwiększyła się liczba udarów. Opierając się na danych z NFZ można stwierdzić, że jest ich tyle samo, co zwykle. Spiętrzenie problemu w naszej klinice ma związek z pandemią. Wiąże się z tym, że wiele innych szpitali czasowo wstrzymuje przyjęcia na oddziały neurologiczne, ale też wynika z faktu, że jako jedyny ośrodek na Dolnym Śląsku wykonujemy trombektomię mechaniczną. Przywożeni są zatem do nas pacjenci z udarami niedokrwienymi mózgu z całego regionu lub ościennych województw.

Trombektomia mechaniczna polega na udrożnieniu naczynia zamkniętego przez zakrzep, co wy-

wołuje objawy udaru niedokrwienego. Zabieg ten pozwala na wycofanie się lub zmniejszenie objawów neurologicznych. Pozwala zapobiec powstaniu nieodwracalnych zmian, m.in.: niedowładów, lub porażenia kończyn, zaburzenia mowy i widzenia nawet u 60 proc. pacjentów. Jest jednak podstawowy warunek: trombektomia musi być przeprowadzona jak najszybciej. W tym przypadku tzw. okno terapeutyczne wynosi do 6 godzin. Po tym czasie zmiany martwicze w mózgu są na tyle zaawansowane, że ich skutków nie da się już cofnąć tą metodą. Po zabiegu pacjent przebywa na sali intensywnego nadzoru, a jeśli wszystko jest w porządku, po dobie lub dwóch zostaje odesłany do środka, który go skierował do USK. Oczywiście, nie wszyscy pacjenci po udarze niedokrwienym mózgu wymagają zastosowania tej metody. U części z nich udaje się udrożnić zatkane naczynie za pomocą leków trombolitycznych, rozpuszczających powstałe w tętnicach zakrzepy. Nie każdego można także szybko wypisać ze szpitala. Niektórzy muszą być hospitalizowani długie tygodnie, ale też nierzadkie są sytuacje, gdy nie powodują tego względy medyczne, ale społeczne. Czasem nie ma dokąd wypisać człowieka z niedowładem, wyma-

gającego opieki i rehabilitacji, ale już nie leczenia szpitalnego.

– Jeden z naszych pacjentów już dawno powinien znaleźć się w szpitalu rehabilitacyjnym, ale warunkiem jego przyjęcia jest wykupienie leków na miesiąc lub dwa – podaje przykład prof. Paradowski. – Tymczasem przestał dostawać emeryturę i nie ma pieniędzy. Nie możemy go po prostu wypisać ze szpitala, choć dramatycznie brakuje nam miejsc. Każdy nowy dzień oznacza dla nas niepokój: ile dziś jeszcze trafi do nas osób z udarami?

Neuroradiolodzy na posterunku

Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii USK to miejsce, w którym jak w soczewce skupiają się pilne przypadki. I tu nie mogło być mowy o chwili oddechu.

– Na początku epidemii mieliśmy taki jeden tydzień, gdy nie zrobiliśmy żadnej trombektomii – mówi dr Marcin Miś, który wykonuje tego typu zabiegi. Naczynia krwionośne w mózgu to jego specjalność. – Jednak szybko się okazało, że to był wyjątkowy czas, nasza praca niebawem wróciła do normy. Udary niedokrwienne są najpilniejsze, bo dotknięci nimi pacjenci nie mogą

► – Każdego pacjenta traktujemy jak potencjalnie zakażonego i zachowujemy wszystkie procedury bezpieczeństwa – mówi dr Marcin Miś z Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii USK.

czekać, a zabieg trzeba wykonać natychmiast. Ale i poza udarami nie brakuje problemów wymagających szybkiego działania.

Należą do nich m.in. pęknięte tętniaki, ostre niedokrwienia kończyn lub przeciwnie – krwawienia z guzów nowotworowych, z nosa, z układu oddechowego czy przewodu pokarmowego. U części z tych pacjentów wykonuje się w Zakładzie Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii USK zabiegi niejako odwrotne do trombektomii – trzeba nie odetkać zatkane naczynie, ale odciąć przepływ krwi. Dotyczy to zwłaszcza pękniętych tętniaków mózgu oraz silnie unaczynionych guzów nowotworowych, wymagających operacyjnego usunięcia. Zamknięcie naczyń zasilających guza ogranicza krwawienie podczas resekcji, a więc operacja jest dla pacjenta mniej ryzykowna, a dla chirurga łatwiejsza. Zamykanie naczynia od wewnątrz, czyli embolizacja, musi się odbywać pod kontrolą aparatu RTG, by móc dokładnie prowadzić cewnik (zwykle wprowadzany przez tętnicę udową) z materiałem embolizacyjnym i umieścić go we właściwym miejscu.

Dr Marcin Miś wyjaśnia, że technikę tę stosuje się w przypadku wielu rodzajów nowotworów przed interwencją chirurgiczną. Jednym z takich przykładów są złośliwe guzy kości, powodujące ich łama-

nie. Chory wymaga operacji ortopedycznej, której efekty są znacznie lepsze, jeśli przed zabiegiem odetnie się dopływ krwi do guza, połączonego z tkanką kostną mocną wiązką naczyń krwionośnych. Każdy pacjent przyjmowany do USK ma wykonywany wymaz i test na obecność koronawirusa. Dotyczy to także tych, którzy są przyjmowani w trybie ostrodyżurowym i wymagają zabiegu. Jednak w wielu sytuacjach nie ma czasu, by czekać na wynik.

Neuroradiologia zabiegowa także należy do dziedzin, w których konieczny jest bezpośredni, bliski kontakt z pacjentem.

– Każdego pacjenta traktujemy jak potencjalnie zakażonego i zachowujemy wszystkie procedury bezpieczeństwa – dodaje dr Miś, przyznając, że zawsze w takiej sytuacji pojawia się niepokój, czy pacjent, z którym miało się do czynienia, nie okaże się dodatni, a środki ochronne nie zawiodą. – Praca zakładu została zorganizowana na zmiany, tak by w razie zakażenia kogoś z jednego zespołu, kolejny był gotowy go zastąpić i by nie doszło do wyłączenia naszej jednostki. Zgłosiłem się na ochotnika na pierwszy ogień i tak już zostałem do tej pory. Na szczęście, żaden z pacjentów, u którego wykonaliśmy zabieg, dotychczas nie był zakażony.



► – W czasie epidemii Klinika Neurologii jest jak jeden wielki oddział udarowy, dominują pacjenci z udarami niedokrwienymi mózgu – mówi zastępca kierownika kliniki prof. Bogusław Paradowski.

Świat bez barier nie jest bezpieczny

fot. Tomasz Golla



Dzieci odgrywają w transmisji koronawirusa znacznie mniejszą rolę niż zakładano i same rzadko chorują. Można uwolnić je z domów i pozwolić na kontakty z rówieśnikami w żłobkach i przedszkolach, zachowując przy tym rozsądek – mówi prof. Leszek Szenborn, kierownik Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK w rozmowie z Alicją Giedroyc.

Dzieci wróciły do przedszkoli, mogą już korzystać z placów zabaw, nie ma już przeszkód w organizowaniu większych imprez. Czy zniesienie obostrzeń w stosunku do najmłodszych nie jest przedwczesne na obecnym etapie epidemii? Jeszcze kilka miesięcy temu mówiło się, że to właśnie dzieci stanowią największe zagrożenie dla dorosłych, a zwłaszcza dziadków, bo często chorują nie mając żadnych objawów, więc stanowią źródło zakażeń.

Prof. Leszek Szenborn: Obecnie wiemy znacznie więcej na temat koronawirusa SARS-CoV-2 niż na początku epidemii, a naukowcy odkrywają wciąż kolejne związane z nim fenomeny. Udowodniono, że choć dzieci odgrywają ogromną rolę w rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, nie dotyczy to zakażeń nowym koronawirusem. Nie tylko same rzadko chorują, ale i ich rola w transmisji SARS-CoV-2 jest duża mniejsza niż zakładano. Takie wnioski wynikają z wielu badań przeprowadzonych na całym świecie. Jeden z przykładów: w alpejskim pensjonacie we Francji doszło do zakażenia jedenastu z szesnastu przebywających tam narciarzy. Źródłem była jedna osoba. Wśród zakażonych był 9-letni chłopiec, mający bardzo wiele kontaktów. Chodził do kilku szkół, dodatkowo jeszcze do szkoły narciarskiej. Będąc już zakażonym kontaktował się z ok. 300 osobami, w sytuacjach, w których nie mógł zachowywać dystansu. Nie

przekazał wirusa żadnej z tych osób. Podobnych doniesień jest więcej. Nie jest to też zupełna nowość: podczas epidemii SARS 1 także dzieci niemal nie chorowały. Trzeba jednak podkreślić, że mówimy o małych dzieciach. Nastolatki i młodzi dorośli rzeczywiście są poważnym źródłem transmisji koronawirusa, choć sami najczęściej przechodzą chorobę nim wywołaną lekko.

Pojawiły się jednak niepokojące doniesienia o zwiększonej liczbie przypadków choroby przypominającej objawami zespół Kawasakiego właśnie wśród dzieci, a także udarów niedokrwiennych mózgu u osób młodych. Czy nie zweryfikowało to poglądu o tym, że COVID-19 nie jest groźny dla najmłodszych? Takie uspokajające zapewnienia słyszeliśmy na początku epidemii.

Prof. Leszek Szenborn: Nadal są one aktualne, dzieci i młodzi dorośli pozostają w grupie najmniej zagrożonych ciężkim przebiegiem COVID-19 i to się nie zmieniło także teraz, gdy wiedza na temat koronawirusa jest coraz większa. Choroba Kawasakiego, powodująca stan zapalny naczyń krwionośnych, jest znana od lat, dotyczy głównie dzieci w Azji. Większość przypadków dotyczy Japonii, Korei i Chin, a w Europie jest względnie rzadsza, chociaż coraz częściej rozpoznawana. Prawdopodobnie dlatego w Chinach nie zwrócono uwagi na wzrost zachorowań w czasie epidemii ko-

ronawirusa i dopiero gdy pojawił się w Europie, naukowcy zaczęli badać te zależności. Od dawna podejrzewano, że choroba Kawasakiego ma podłoże zakaźne, na co wskazywałyby m.in. fakt, że pojawia się falami oraz występuje głównie u dzieci w pięciu pierwszych latach życia. Jednak nie ma pewności, że ma jakikolwiek związek z koronawirusem. U większości chorych nie stwierdzono obecności zakażenia. Ostatnio udało się potwierdzić obecność przeciwciał przeciw wirusowi SARS-CoV-2 u jednego pacjenta naszej kliniki z chorobą Kawasakiego. Czy ma to ze sobą związek? Nie można tego wykluczyć, ale jakiegokolwiek wnioski byłyby przedwczesne. Na pewno wzrost zachorowań w ostatnim czasie wymaga dalszych badań. W Polsce nawet nie znamy liczby przypadków, dopiero teraz, przed kilkoma tygodniami, pediatri z całego kraju uruchomili ogólnopolski rejestr tej choroby. Dla uspokojenia rodziców dodam, że choć opisy objawów Kawasakiego, jakie można znaleźć w mediach, są niepokojące, potrafimy ją na ogół skutecznie leczyć. Od początku epidemii wiadomo też, że koronawirus atakuje nie tylko układ oddechowy, ale także powoduje stany zapalne naczyń krwionośnych. Z tego powodu do grupy najbardziej narażonych na ciężki przebieg COVID-19 zalicza się osoby, cierpiące na choroby związane z uszkodzeniem naczyń krwionośnych (np. cukrzyca, choroby kardiologiczne). Jest to także przyczyna udarów czy pojawiających

się na skórze zmian naczyniowych.

Skoro dzieci są mniej narażone na zachorowanie i nie stanowią poważnego źródła transmisji, to zamknięcie szkół, przedszkoli i placów zabaw i innych miejsc dziecięcej rozrywki nie miało wpływu na zahamowanie rozwoju epidemii?

Prof. Leszek Szenborn: Miało, ale nie dlatego, że pozamykano dzieci w domach. Zmusiło to do pozostania w nich rodziców, właśnie młodych dorosłych. Wystarczyło, że znaczna ich część nie chodziła do pracy i nie spotykała się z tłumem ludzi. Teraz, kiedy większość dorosłych wróciła do swoich zwykłych zajęć, nie ma sensu więzić dzieci w mieszkaniach i pozbawiać ich kontaktów z rówieśnikami. Taka sytuacja także ma negatywny wpływ na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. Jaki dokładnie – zapewne się kiedyś tego dowiemy, analizując wielorakie skutki epidemii i związanej z nią izolacji.

Rodzice małych dzieci mają więc wrócić bez obaw do normalnego życia, robiąc wszystko to, co przed epidemią?

Prof. Leszek Szenborn: W żadnym razie. Podobnie zresztą jak wszyscy inni, powinni nadal przestrzegać zasad bezpieczeństwa i ograniczonego zaufania. Epidemia przecież nie minęła, a można się spodziewać, że jesienią będzie więcej zakażeń. Warto się do tego przygotować. Nie ma także co liczyć na to, że SARS-CoV-2 po prostu zniknie za jakiś czas. Może zniknie, ale bardziej prawdopodobne jest to, że zostanie i będzie stałym zagrożeniem. Musimy się nauczyć z tym żyć i racjonal-

nie oceniać ryzyko, zawsze w kontekście odnoszonych korzyści. Czy aktywność dziecka na placu zabaw i korzystanie z ogólnie dostępnych urządzeń jest ryzykowne? Tak, ale z zabawy na świeżym powietrzu płynie dla niego korzyść, jest ona potrzebna do rozwoju. Natomiast wizyta w galerii handlowej dziecku nie jest do niczego potrzebna, a naraża je na kontakt z osobami potencjalnie zakażonymi. Jeśli maluch nawet wrócił do przedszkola lub żłobka, nie oznacza to, że można z nim bezpiecznie jechać na wesele do rodziny na Śląsk, gdzie mamy właśnie największe ognisko zakażeń koronawirusem. Uwolnijmy dzieci, ale zachowajmy rozsądek.

Rozsądek przyda się chyba każdemu. Tymczasem wiele osób zachowuje się tak, jakby wirus nagle stał się niegroźny. Wystarczy przejść się do wrocławskiego Rynku i zobaczyć zatłoczone restauracje i młodych ludzi, ściskających się serdecznie na powitanie. Z jakich zachowań nie powinniśmy rezygnować, nawet gdy już nie grozi nam mandat?

Prof. Leszek Szenborn: Zachowywanie dystansu, unikanie ludzkich skupisk (a gdy jest to niemożliwe, korzystanie z maseczek), higiena rąk – to żelazne zasady, które powinny pozostać z nami jeszcze na długo, jeśli nie na stałe. Niedawno opublikowano wyniki bardzo ciekawego badania, które dowodzą, że tylko zachowanie 1 m dystansu aż pięciokrotnie zmniejsza ryzyko zakażenia koronawirusem. Niezbliżanie się do innych wymaga nie tylko nieco koncentracji, ale w niektórych sytuacjach także asertywności. Nie bójmy się zwrócić komuś uwagi, że stanął zbyt blisko i poprosić, by się odsunął. Jeśli spotykamy w tramwaju osobę kaszlącą, jak najszybciej wyjdźmy z pojazdu. Epidemia zmieniła wiele, także w naszych zachowaniach i relacjach z innymi. Pokazała także wyraźnie, że świat bez barier pod wieloma względami nie jest bezpieczny.

Naukowcy są podobno coraz bliżej wynalezienia szczepionki przeciwko koronawirusowi. Czy jej pojawienie i masowe szczepienia zakończą problem?

Prof. Leszek Szenborn: Nie wiemy, jaka będzie jej skuteczność, ani na jak długo zapewni odporność. Na wiele chorób zakaźnych w ogóle nie udało się wyprodukować szczepionki, pomimo ogromnych wieloletnich wysiłków. Jeśli jednak w tym wypadku się uda, w pierwszej kolejności powinno się ją zastosować u osób z grup ryzyka oraz u personelu medycznego. Na razie jednak szczepionki nie ma i musimy chronić się w inny sposób.

Trudne zadania rozwijają lekarzy i naukowców

Grupa badaczy z Uniwersytetu Harvarda i Massachusetts General Hospital oraz 11 innych ośrodków naukowych z całego świata dokonała przełomowego odkrycia, które w przyszłości może pomóc w leczeniu pacjentów z rzadką odmianą czerniaka, jaką jest czerniak błon śluzowych. Naukowcy wykazali, że wzrost ilości dwóch białek (PARP1 i IDO1) w komórkach nowotworowych wiąże się z istotnie gorszym rokowaniem u pacjentów z czerniakiem błon śluzowych. Głównymi wykonawcami i autorami koncepcji badania są prof. Mai P. Hoang z Uniwersytetu Harvarda i dr hab. Piotr Donizy z Zakładu Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej USK i UMW, który na co dzień zajmuje się badaniami histopatologicznymi materiału tkankowego pobranego głównie od pacjentów USK. Pytamy go o to, na czym polega najnowsze odkrycie, jakie ma znaczenie i dlaczego tak rzadka choroba osób stała się przedmiotem jego naukowego zainteresowania.

Czerniak kojarzy się powszechnie ze skórą: słyszymy o zagrożeniu tą chorobą w kontekście promieniowania UV, w ramach licznych kampanii społecznych ostrzega się przed nadmiernym opalaniem i korzystaniem z solariów. Tymczasem Pan naukowo zajął się zupełnie innym rodzajem czerniaka. Co to za choroba i jakie są przyczyny i objawy?

Dr hab. Piotr Donizy: To niezwykle rzadka, źle rokująca odmiana czerniaka, która stanowi mniej niż 2 proc. wszystkich czerniaków występujących u ludzi. Szacuje się, że zapada na nią około 1500-2000 osób rocznie (w Polsce 30-60). Lokalizuje się m.in. w jamie nosowej (i zatokach obocznych), jamie ustnej, końcowym odcinku jelita grubego i w obrębie sromu. Rzadkimi miejscami rozwoju mogą być błony śluzowe gardła, krtani, dróg moczowych, szyjki macicy, przełyku czy pęcherzyka żółciowego. Wciąż nie są znane czynniki ryzyka rozwoju czerniaków błon śluzowych. W przeciwieństwie do czerniaka skóry, promieniowanie UV nie ma tutaj istotnego znaczenia. Wykluczono także związek z infekcją onkogennymi wirusami takimi jak: HPV czy EBV. Czerniaki błon śluzowych wyróżnia bardziej agresywny przebieg kliniczny, a prognoza długoterminowa jest istotnie gorsza w porównaniu z innymi podtypami czerniaków (czerniaki skóry i gałki ocznej). Wskaźnik przeżycia 5-letniego dla czerniaków skóry wynosi średnio 80 proc., a dla czerniaków umiejscowionych w obrębie błon

śluzowych zaledwie 25-30 proc. Oznacza to, że trzy czwarte chorych umiera w ciągu pierwszych 5 lat od postawienia diagnozy. Stąd pilna konieczność poszukiwania nowych form terapii dla tej grupy pacjentów.

Dlaczego rokowania są tak złe?

Dr hab. Piotr Donizy: Gorsze wyniki leczenia i złe rokowanie wynikają z dwóch zasadniczych przyczyn. Po pierwsze, we wczesnym stadium rozwoju nie ma jakichkolwiek objawów lub pojawiają się objawy niespecyficzne. Po drugie, zmiany są zlokalizowane w miejscach trudno dostępnych podczas rutynowego badania fizykalnego. Rozpoznanie dodatkowo utrudniają też relatywnie częste postaci bezbarwnikowe (amelanotyczne).

Jak wyglądają zmiany w tej chorobie?

Dr hab. Piotr Donizy: Klinicznie czerniak błon śluzowych może przybierać bardzo różnorodne formy. Przykładowo, od płaskich, niewielkich zmian barwnikowych w obrębie jamy ustnej we wczesnych fazach rozwoju do dużych guzów utrudniających spożywanie pokarmów w zaawansowanych stadiach. Nierzadko czerniaki lokalizujące się w obrębie dystalnego odcinka jelita grubego są w początkowym etapie rozwoju mylone z guzkami krwawniczymi (hemoroidami). Kluczowa dla rozpoznania jest biopsja (lub całkowite usunięcie) takich niejasnych klinicznie zmian i szczegółowe badanie histopatologiczne

przeprowadzone przez doświadczonego histopatologa, który finalnie postawi bądź wykluczy rozpoznanie czerniaka błon śluzowych. Leczenie ma charakter wielospecjalistyczny (m.in. chirurdzy onkolodzy, chirurdzy szczękowo-twarzowi, laryngolodzy, ginekolodzy-onkolodzy, radioterapeuci, chemioterapeuci i histopatolodzy) i powinno być prowadzone wyłącznie w ośrodkach onkologicznych o najwyższym stopniu referencyjności.

Czym ten czerniak różni się od „zwykłego” czerniaka, poza lokalizacją?

Dr hab. Piotr Donizy: O różnicach w przebiegu klinicznym już mówiliśmy. Także z punktu widzenia biologii molekularnej jest to zupełnie inna jednostka chorobowa. Charakteryzuje się odmiennymi zaburzeniami molekularnymi, które są odpowiedzialne za jego powstawanie w porównaniu z czerniakami skóry i czerniakami błony naczyniowej gałki ocznej. W czerniaku skóry u około 50 proc. pacjentów stwierdza się mutacje w genie kodującym białko BRAF, podczas gdy w czerniakach błon śluzowych zidentyfikowano je jedynie u niewielkiej liczby chorych (3-11 proc. pacjentów posiada mutacje genu BRAF). Jest to o tyle ważne, że dysponujemy lekami (m.in. wemurafenib), które hamują nieprawidłowe białko BRAF. Ale jeśli nie stwierdzamy mutacji w genie BRAF, leczenie takie nie może być zastosowane, bo po prostu będzie nieskuteczne. Jakie inne różnice molekularne? U blisko 40 proc. pacjentów z czerniakiem błon śluzowych stwierdza się mutacje w genie kodującym receptor kinazy tyrozynowej (KIT) – mutacje w tym genie skutkują powstaniem białka o nieprawidłowej aktywności, które możemy zahamować specyficznym lekiem (imatinib). Jest stosowany z powodzeniem w leczeniu innych nowotworów złośliwych.

Skoro chory może nie odczuwać żadnych objawów, to jak w ogóle dochodzi do diagnozy?

Dr hab. Piotr Donizy: Albo przypadkowo, np. podczas rutynowego badania stomatologicznego lub ginekologicznego z zupełnie innych przyczyn, albo kiedy choroba jest



foto: Tomasz Golla

w zaawansowanym stadium i pacjent zgłasza się trudnościami w połykaniu, oddychaniu lub z krwawieniem z nosa, jelita grubego lub dróg rodnych.

Co decyduje o tym, że tę chorobę błon śluzowych zalicza się do czerniaków, bo dla laika wydaje się być ona zupełnie innym problemem?

Dr hab. Piotr Donizy: Dlatego nazywamy go czerniakiem, ponieważ z punktu widzenia histopatologii jego utkanie stanowią komórki nowotworowe złośliwe o cechach morfologicznych, immunohistochemicznych i molekularnych odpowiadającym melanocytom (w których doszło do transformacji nowotworowej). Innymi słowy, są prawidłowe melanocyty, w których doszło do mutacji konkretnych genów i tak powstał czerniak w tych lokalizacjach. Pytanie zasadnicze: dlaczego melanocyty, które kojarzą nam się tylko i wyłącznie ze skórą nagle znajdują się w błonach śluzowych? Otóż, w trakcie embriogenezy komórki prekursorowe, m.in. dla melanocytów migrują z grzebienia nerwowego do obszarów, z których rozwinię się skóra. Mogą one także zawędrować do lokalizacji nietypowych, czyli np. w obręb błon śluzowych. Jest to bardzo skomplikowa-

ne zagadnienie. Również sama rola obecności prawidłowych melanocytów w obrębie błon śluzowych jest wciąż trudna do ustalenia.

Wasze odkrycie dotyczy dwóch białek. Co to za białka?

Dr hab. Piotr Donizy: Białko PARP1 jest zaangażowane m.in. w naprawę uszkodzeń DNA, a IDO1 jest enzymem uczestniczącym m.in. w regulacji odpowiedzi immunologicznej. Należy uwypuklić fakt, że oba te białka pełnią inne, liczne funkcje w komórkach.

Jakie praktyczne znaczenie może mieć to odkrycie, które jest pierwszą na świecie taką analizą?

Dr hab. Piotr Donizy: Może być ono punktem zwrotnym w leczeniu czerniaka błon śluzowych w przyszłości i stać się punktem wyjścia do łączonego testowania klinicznego (już dostępnych) inhibitorów PARP1 i IDO1, czyli podwójnego hamowania aktywności tych dwóch białek. Biorąc pod uwagę dotychczasowe wyniki badań in vitro, potencjalne zahamowanie aktywności obydwu białek mogłoby znacząco ograniczyć potencjał inwazyjny komórek czerniaka błon śluzowych. Nasze badania wykazały, że przeżycie długoterminowe było najkrótsze u pacjentów, u których stwierdzono

To pierwsza na świecie analiza znaczenia prognostycznego obecności białek PARP1 i IDO1 u pacjentów z czerniakiem błon śluzowych w oparciu o jedną z największych na świecie grup pacjentów z tym rzadkim nowotworem złośliwym. Łączna liczba pacjentów zakwalifikowanych do badania obejmuje 192 osoby z 12 ośrodków naukowych: z USA – Harvard Medical School i Massachusetts General Hospital (Boston), University of Texas Southwestern Medical Center (Dallas), University of Arkansas for Medical Sciences (Little Rock), Duke University Medical Center (Durham), University of Chicago (Chicago), Japonii – Wakayama Medical University (Wakayama), Tajwanu – National Cheng Kung University (Tainan), Hiszpanii – Centre of Biomedical Research on Rare Diseases, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Hospital Universitari General de Catalunya, Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona) i Polski – Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku. Wyniki badania zostały opublikowane w prestiżowym czasopiśmie Cells (IF: 5.656). Link do pełnej treści artykułu: <https://www.mdpi.com/2073-4409/9/5/1135>

Terapia epistolarna

jednoczasową wysoką ekspresję PARP1 i IDO1 w komórkach nowotworowych. To uzasadniałoby merytorycznie wykorzystanie podwójnej inhibicji (czyli hamowania) tych dwóch białek i teoretycznie stwarzałoby realne szanse na poprawę wyników leczenia tej źle rokującej grupy pacjentów, dla której w obecnej chwili onkologia ma ograniczony zestaw opcji terapeutycznych.

Skąd zainteresowanie akurat tą chorobą, skoro jest ona tak rzadka? Lubi Pan trudne wyzwania?

Dr hab. Piotr Donizy: Zabrzmi to bardzo patetycznie, ale z czystej chęci pomocy ludziom, dla których współczesna onkologia ma niewiele do zaoferowania. Poza tym tylko trudne zadania rozwijają nas jako lekarzy i naukowców.

Jak to się stało, że tak młody naukowiec (ma Pan 34 lata?) współpracuje z naukowcami ze światowej czołówki?

Dr hab. Piotr Donizy: Muszę przyznać, że jest to efekt ciężkiej pracy i determinacji do realizacji swoich marzeń zawodowych i naukowych. Jednocześnie chciałbym, aby pacjenci leczenia w USK mieli dostęp do najnowocześniejszych metod diagnostyki i leczenia. Nie jest to możliwe bez ścisłej współpracy z najlepszymi szpitalami na świecie. Jestem bardzo dumny, że udało mi się nawiązać we wrześniu 2018 roku, podczas mojej wizyty w Bostonie przy okazji kursu z diagnostyki barwnikowych zmian skórnych, współpracę z jednym z najwybitniejszych na świecie specjalistów z dziedziny dermatopatologii, prof. Mai P. Hoang, która jest kierownikiem Dermatopathology Unit w Massachusetts General Hospital i Harvard Medical School. Obecnie wspólnie pracujemy nad kilkoma projektami naukowymi dotyczącymi między innymi raka skóry z komórek Merkla i czerniaka gałki ocznej.

Ma Pan czas na cokolwiek poza pracą?

Dr hab. Piotr Donizy: Praca to (nie)stety jedna z moich pasji. Jeśli wiem, że wykonuję coś, co ma sens kliniczny i naukowy, to jest to dla mnie największy motywator do dalszej pracy. Moją największą pasją, która jest niezwiązana z medycyną, to podróże i co się z tym nieodłącznie wiąże – poznawanie nowych ludzi i kultur. W zasadzie, gdy tylko nie pracuję, planuję wyprawę albo jestem w jej trakcie.



foto: Archiwum USK

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu przyłączył się do ogólnopolskiej inicjatywy „Napisz List! – TUŁOV”. W ramach akcji wolontariusze piszą listy oraz kartki, które następnie trafiają do pacjentów oraz pracowników placówek medycznych.

Akcję zorganizowała Inicjatywa Społeczna „Korona” z Jaworzna.

– „Napisz list! – TUŁOV” pozwala w prosty, bezpieczny sposób przekazać ciepłe słowo, wyrazy wdzięczności i podnieść na duchu. Jednocześnie jednoczy i solidaryzuje społeczeństwo – mówi Piotr Fijoł, pomysłodawca i organizator

wydarzenia.

Jak akcja wygląda w praktyce? Wolontariusze piszą listy, najpierw ogólne, o sobie, swoich emocjach, planach. Mogą napisać kilka zdań, albo kilka stron. Mogą też wysłać laurkę lub rysunek (akcja dociera również na oddziały dziecięce). Korespondencja trafia losowo do

pacjentów, jest jednak oznaczona numerem wolontariusza i odbiorca może odpisać na wiadomość. Do listów dołączone są wysterylizowane maseczki.

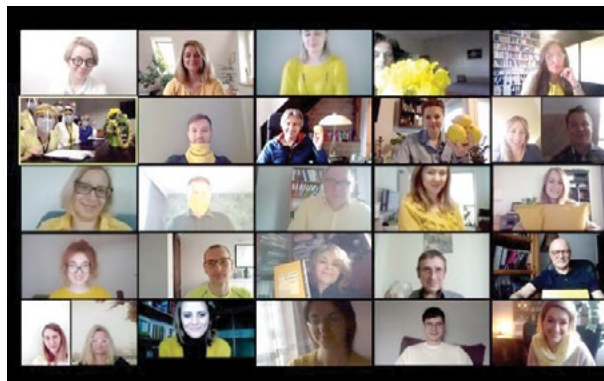
Jeden z pierwszych listów w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym trafił do pani Agaty, pacjentki Kliniki Anestezjologii i Intensywnej

Terapii. Przekazała go koordynatorka akcji w USK, dr Agata Gbylik. – Agatka czekała na mnie. Kiedy jej pokazałam, co przyniosłam zaczęła się uśmiechać – wspomina lekarka. – Poprosiła, żebym przy niej usiadła. Zaczęłam czytać, a ona trzymała w dłoni dołączone do listu kwiaty. Widziałam kątem oka jak płyną jej łzy wzruszenia, rozmawialiśmy o jej pracy, domu, rodzinie. Uśmiechała się i powtarzała, jak mantrę „Będzie dobrze”.

Zdaniem organizatorów akcji pisanie listów działa pozytywnie zarówno na piszących, jak i czytających – łagodzi objawy określonych chorób, wzmacnia układ odpornościowy i może być ważnym elementem terapii. W przypadku zakazu odwiedzin, jaki obowiązuje w szpitalach od początku epidemii koronawirusa, taki list jest też cenną formą kontaktu ze światem zewnętrznym.

– Dbamy przy tym o środki bezpieczeństwa i ochronę danych osobowych – podkreśla dr Agata Gbylik.

Ostatnio listy trafiły do pacjentów Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK. Jak mówi Elżbieta Kołeczek, jedna z wolontariuszek w szpitalu przy ul. Borowskiej we Wrocławiu, chorzy nie ukrywali zainteresowania, radości i wzruszenia.



Wsparli Marsz Żółtej Wstążki

Pracownicy Kliniki Psychiatrii USK wsparli Marsz Żółtej Wstążki, który od 2017 r. 30 maja organizuje Fundacja eF kropka. Jego głównymi celami są reformy i zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz zmiana postrzegania osób z zaburzeniami w społeczeństwie. Marsz o godność osób doświadczających trudności natury psychicznej dotychczas przechodził ulicami Warszawy, a w roku 2020 po raz pierwszy miał być zorganizowany także w innych miastach. Plany te pokrzyżowała jednak epidemia koronawirusa. Z tego powodu tegoroczna akcja miała nietypowy przebieg: odbywała się on-line. Polegała na publikowaniu krótkich filmów i zdjęć z żółtym akcentem i hasztagiem #pogodnosc.

Pilnie zatrudnimy salowe i noszowych

Jeśli chcecie Państwo dołączyć do zespołu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu – zachęcamy do kontaktu. Obecnie potrzebujemy pracowników na stanowiska: salowa oraz noszowy. Oferujemy umowę o pracę.

Osoby zainteresowane, prosimy o przesyłanie danych kontaktowych na adres e-mail: kmetel@usk.wroc.pl lub o zgłoszenie pod numerem tel. 71 733 11 42 (w godz. 8.30 - 15.00)

WESPRZYJ USK W WALCE Z KORONAWIRUSEM

Szanowni Państwo,

Wszystkie instytucje oraz osoby prywatne, chcące się włączyć we wsparcie dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w formie:

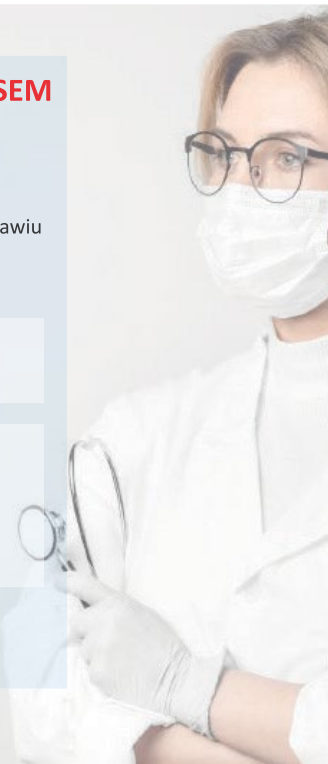
PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Prosimy o przesyłanie wpłat na konto szpitala: 67 1130 1033 0018 8007 3520 0048 z dopiskiem „COVID 19”

PRZEKAZANIA DAROWIZN RZECZOWYCH, np. środków ochrony osobistej, sprzętu medycznego oraz innego asortymentu

Prosimy o kontakt na adres mailowy: darowizny@usk.wroc.pl lub telefonicznie: (71) 784 2092, (71) 784 29 99, (71) 784 20 05

Za każdy rodzaj wsparcia serdecznie Państwu dziękujemy.



Teleporada duchowa też się sprawdza



Kapelanów USK w czasie epidemii obowiązują takie same środki zabezpieczenia, jak każdego innego pracownika szpitala. Maseczki, przyłbice, fartuchy jednorazowe nakładane na sutannę, a nawet zupełnie nowe, dostosowane do reżimu sanitarnego zasady udzielania sakramentów. Ksiądz Kazimierz Sroka, diecezjalny duszpasterz służby zdrowia, proboszcz parafii św. Franciszka z Asyżu, od wielu lat jest kapłanem USK. Wraz z ks. Bartoszem Dulębą w ostatnich tygodniach pełnili swoją posługę codziennie, choć inaczej niż zwykle.

Dla osób wierzących smutnym symbolem epidemii stały się puste kościoły. Także pacjenci USK nie mogli uczestniczyć w codziennych mszach św., odprawianych przez kapelanów w szpitalnej kaplicy. Mimo to, kapelani czynili to regularnie, jednocześnie nie opuszczając chorych, potrzebujących sakramentu lub po prostu duchowego wsparcia.

– Posługiwaliśmy cały czas – mówi ks Kazimierz Sroka. – Miałem tylko dwa tygodnie przymusowej przerwy, po kontakcie z pacjentem, który okazał się zakażony koronawirusem. Musiałem poddać się obowiązkowej izolacji, wykonano mi także testy. Nie zaraziłem się, mogłem wrócić.

Kapelan USK ma wieloletnie doświadczenie w duchowej pracy z chorymi. Po raz pierwszy trafił jako duszpasterz do szpitala w Świdnicy w 1974 roku, czyli blisko pół wieku temu. Jak sam mówi, to wtedy połknął szpitalnego bakcyła i od tej pory nie wyobraża sobie innego miejsca do pełnienia posługi.

Zwykle kapelani USK przychodzą na szpitalne oddziały popołudniami, chyba że wcześniej są wzywani do pacjentów,

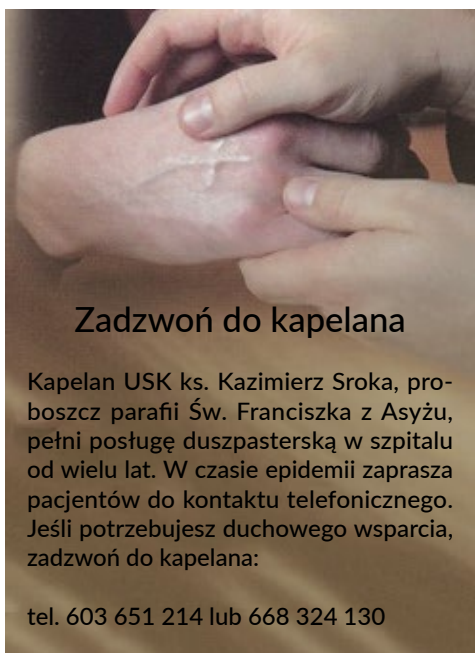
potrzebujących pilnie sakramentu. W okresie epidemii chodzenie od łóżka do łóżka jest wykluczone. Kapłani pojawiają się u chorego tylko na wezwanie jego samego, rodziny albo personelu medycznego, proszonego o to przez bliskich pacjenta. Docierają wszędzie tam, gdzie są potrzebni i gdzie przebywają najciężej chorzy, nie wyłączając z tego sal intensywnego nadzoru czy SOR. Zawsze jednak w taki sposób, by nie przeszkadzać w pracy lekarzom i pielęgniarkom. – Zasady naszej pracy duszpasterskiej w czasie epidemii ustaliliśmy z dyrekcją USK, dostaliśmy też wytyczne Episkopatu – podkreśla kapłan. – Nawet sakrament namaszczenia chorych musi wyglądać inaczej niż dotychczas. By wyeliminować bezpośredni kontakt z chorym, udzielamy go za pomocą bagietki, która zaraz jest utylizowana.

Wiele rozmów z chorymi księża przeprowadzają teraz z konieczności przez telefon. Udostępnili swoje prywatne numery i niosą pomoc także w tej formie. Takie duchowe teleporady dotyczą różnych kwestii, nie tylko religijnych. Ludzie próbują odnaleźć sens życia, zwłaszcza gdy cierpią, ciężko chorują i muszą długo przebywać w szpitalu. Ich także w największym stopniu dotyczą ograniczenia związane z epidemią, choćby fakt, że nie mogą spotkać się z bliskimi. – Nigdy nie bawiłem się w psychologa ani psychoterapeutę, po prostu staram się, by takie rozmowy były dla człowieka wsparciem – dodaje duszpasterz.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru:
„Czas leczy rany.”

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



tel. 603 651 214 lub 668 324 130

CZŁOWIEK SKŁONNY DO USTĘPSTW		SKOS	NIE TYLKO W NIEDZIELĘ W KOŚCIELE	6	NADWORNY PROROK KRÓLA DAWIDA	WOJSKO Tatarskie	7	Stolica Samoa PRZEDPORCIE	GAD Z KOMODO	ZESPÓŁ Z BEATA KOZIADRAK	
PRODUKT WULKANIZACJI KAUCZUKU		5	12		KAT	17				FILM Z AGATĄ TRZEBUCHOWSKĄ	ORZEŁ PRZEDNI
1					11						
PIES MYSLIWSKI DAWKĄ					AWANGARDO- WY RUCH ARTYSTYCZNY FURGONETKA						
							GÓRY Z ACONCAGUA NARTY				
WEZWANIE DO BOGA											20 BIAŁA DAM NA ZAMKU
START WOJAK		KOŃCZY MODLIWĄ	ROŚLINA OZDOBNA I LECZNICZA, DAWNIEJ UŻYWANA NA WIANKI ŚLUBNE		MIEJSCE DLA NIEGRZECNEGO UCZNIA	13	PISARZ ŻYDOWSKI, AUTOR TRYLOGII „PRZED POTOPEM” GŁOS SŁOWIKA				1
				3		8	WYLEGANIE SIĘ ZWIERZĄT		4	PIosenka z repertuaru Artura Sikorskiego	PRZEPLYWA PRZEWURZBURG
STRUS AUSTRALJSKI					MUHAMMAD ... TO DAWNY			IMIE MALARKI I PI-SARKI LIGO-CCKIEJ	9		
2	18			16	BOKSER AMERYKAŃSKI	15	PRZYSZŁY WOJSKOWY				
PŁYNNA PRZYPRAWA DO POTRAW	TRUDNY DO ZWALCZENIA						NAPŁYWA DO UST			14	



UNIWERSYTECKI
SZPITAL KLINICZNY

im. Jana Mikulicza-Radeckiego

WE WROCŁAWIU

Wydawca:

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

Informacja:

tel. (71) 733-1110

fax. (71) 733-1209

e-mail: sekretariat@usk.wroc.pl

Teksty i redakcja:

Alicja Giedroyć

Kontakt do redakcji:

Monika Kowalska

tel. 71 733 10 55

e-mail: kowalskam@usk.wroc.pl

STUDIO 

Skład: MANAT 