

W szpitalu tymczasowym trwa walka o życie



fol. Tomasz Golla

W ciągu ponad miesiąca od przyjęcia pierwszych pacjentów liczba dostępnych łóżek w szpitalu tymczasowym przy ul. Rakietowej we Wrocławiu potroiła się. Początkowo uruchomiono 95 stanowisk dla chorych na COVID-19, ale w połowie kwietnia było ich ponad 270. Szczyt trzeciej fali pandemii pokazał jasno, że decyzja o tworzeniu takich jednostek była słuszna. Każdego dnia trafiają tu dziesiątki chorych. Przywożeni są z całego Dolnego Śląska, a niejednokrotnie i spoza regionu. Kiedy szpitale pękają w szwach, ta jednostka okazuje się często jedynym miejscem, gdzie ciężko chorzy ludzie otrzymają pomoc. Na szczęście, nie doszło jeszcze do sytuacji, w której lekarze muszą wybierać, kogo ratować.

[Czytaj na str. 5](#)

Szansa dla pacjentów onkologicznych

Naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, pod kierownictwem prof. Tomasza Wróbla, kierownika Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku USK, otrzymali ponad 15 milionów zł grantu z Agencji Badań Medycznych na badania nad innowacyjną terapią CAR-T. To szansa dla chorych na przewlekłe i agresywne nowotwory.

– Zdobycie grantu ABM umożliwia uruchomienie produkcji akademickich CAR-T na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu i zastosowanie ich u chorych z agresywnymi chłoniakami i ostrą białaczką limfoblastyczną – wyjaśnia prof. Tomasz Wróbel. – Ponadto planujemy stworzenie platformy technologicznej, która pozwoli na wytwarzanie CAR-T w innych wskazaniach hematologicznych i onkologicznych. Polscy pacjenci mają obecnie bardzo ograniczony dostęp do tej innowacyjnej terapii z powodu braku refundacji bardzo wysokich kosztów CAR-T produkowanych przez firmy farmaceutyczne. Badania kliniczne takie jak nasze umożliwiają chorym dostęp tego rodzaju leczenia. Projekt w Klinice Hematologii będzie prowadzić prof. Anna Czyż.

Projekt jest innowacyjny, bo mamy do czynienia z „żywym lekiem” czyli zmodyfikowanymi genetycznie limfocytami pacjenta. Dlatego konieczne jest uzyskanie wielu pozwoleń i akredytacji oraz przygotowanie zaplecza laboratoryjnego.

– Okres pandemii nie ułatwia procedur administracyjnych dlatego spodziewamy się, że pierwszych pacjentów do tego badania będziemy rekrutować w ciągu roku – dodaje prof. Wróbel. – Warto podkreślić, że nasza klinika dysponuje odpowiednim sprzętem laboratoryjnym do produkcji CAR-T dzięki hojnej darowiźnie rodziny jednego z naszych pacjentów. Żona chorego przekazała nam niemal 1,5 mln złotych, zebraną na leczenie męża, który, niestety nie mógł skorzystać z tej terapii.

Terapia CAR-T jest przede wszystkim nadzieją dla pacjentów chorych na przewlekłe, agresywne nowotwory. Obecnie najważniejsze cele to przygotowanie i akredytacja Zakładu Inżynierii Genetycznej, zarejestrowanie badania klinicznego, przeszkolenie personelu w obsłudze urządzeń laboratoryjnych przeznaczonych do produkcji CAR-T. Kolejny etap to rozpoczęcie badania, w którym planowane jest zastosowanie CAR-T u 30 pacjentów – w większości z Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, ale również dzieci z „Przyładka Nadziei”.

Rejestr PIMS



Choroba dotyczy przede wszystkim dzieci w wieku szkolnym. Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 (PIMS) rozwija się w wyniku zaburzeń immunologicznych u niektórych dzieci po przebyciu zakażenia SARS-CoV-2. Tę nową, groźną chorobę poznajemy dzięki projektowi badawczemu, zainicjowanemu m.in. przez specjalistów z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK. Czym ona jest, jak często się zdarza?

[Czytaj na str. 2](#)

Covidowe mamy



Covidowy dyżur II Kliniki Ginekologii i Położnictwa i Kliniki Neonatologii USK przypadł w momencie najbardziej dramatycznego wzrostu liczby zakażeń. Od połowy lutego do końca kwietnia na specjalnie stworzone oddziały szpitala przy ul. Borowskiej przyjmowane są zakażone ciężarne, wymagające hospitalizacji. Urodziło się tu już ponad 80 dzieci matek chorych na COVID-19, przywożonych do porodu z całego regionu.

[Czytaj na str. 4](#)

Badacze umysłu



Czym jest pamięć? Odpowiedź na to pytanie pozwoliłby leczyć deficyty pamięci i funkcji poznawczych, towarzyszące demencji i chorobom degeneracyjnym mózgu. Przełomowe w skali światowej badanie prowadzą gdańscy i wrocławscy naukowcy. W jego ramach w marcu br. w Klinice Neurochirurgii USK przeprowadzono pionierską operację, podczas której zarejestrowano sygnały z elektrod wszczepionych głęboko w mózg pacjenta.

[Czytaj na str. 6-7](#)

Pediatrzy USK pionierami badań nad PIMS



Choroba dotyczy przede wszystkim dzieci w wieku szkolnym. Przypomina infekcję, ale nią nie jest. Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 (ang. Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome, PIMS) rozwija się w wyniku zaburzeń immunologicznych, następujących u niektórych dzieci po przebytych (nawet bezobjawowo) zakażeniu SARS-CoV-2. Może mieć bardzo dynamiczny, ciężki przebieg, prowadząc do powikłań kardiologicznych i wielonarządowej niewydolności. Wtedy życie dziecka jest zagrożone. Ile jest takich przypadków w Polsce? Jaka jest specyfika PIMS w naszym kraju? Jak go skutecznie leczyć? Odpowiedzi na kluczowe pytania, dotyczące tej nowej choroby, poznamy dzięki projektowi badawczemu, zainicjowanemu m.in. przez specjalistów z Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK.

Projekt nosi nazwę MOIS-CoR (Multiorgan Inflammatory Syndrome COVID-19 Related), a jego elementem jest ogólnopolski rejestr chorób zapalnych dzieci, który powstał w maju ub. roku. Wśród inicjatorów tego przedsięwzięcia są głównie lekarze i naukowcy z dwóch ośrodków: Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (prof. Leszek Szenborn, dr Kamila Ludwikowska) oraz Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (dr hab. Ernest Kuchar, dr Magdalena Okarska-Napierała). Jedną z koordynatorek badania dr Kamila Ludwikowska tłumaczy, jak to się stało, że polscy naukowcy zajęli się systematyzowaniem wiedzy o PIMS niemal dokładnie w momencie, gdy w światowym piśmiennictwie naukowym po raz pierwszy opisano tę jednostkę chorobową: – Było to efektem wieloletniego zainteresowania chorobą Kawasaki i otwartości naszych kolegów po fachu z Zachodu, którzy chętnie dzielili się z nami swoimi

doświadczeniami w czasie pandemii – przyznaje dr Ludwikowska. – W 2018 r. powstała grupa robocza, zajmująca się zespołem Kawasaki. To rzadka choroba ogólnoustrojowa dzieci, powodująca zapalenie naczyń krwionośnych, której przyczyny nie są dobrze poznane. Wraz z prof. Leszkiem Szenbornem tworzyliśmy ten zespół. Ówczesny projekt dał podwaliny dla szybkiego stworzenia rejestru w pierwszych miesiącach pandemii, gdy z wielu ośrodków na świecie płynęły doniesienia o zwiększonej liczbie pacjentów z objawami przypominającymi właśnie chorobę Kawasaki. Wprawdzie we wcześniejszych latach także obserwowano fale wzrostowe choroby Kawasaki, ale tym razem przypuszczano, że ma ona związek z zakażeniem SARS-CoV-2 i nieco różni się od znanego nam wcześniej obrazu. Chcieliśmy to zbadać w polskiej populacji. Gdy w maju 2020 r. brytyjscy badacze opublikowali pierwszy opis PIMS, byliśmy prawie gotowi. Wystarczyły kosmetyczne poprawki, dotyczące m.in. kryteriów rozpoznania. 25 maja 2020 r. otrzymaliśmy zgodę komisji bioetycznej i rejestr ruszył. Jak mówi dr Ludwikowska,

► Dr Kamila Ludwikowska jest jedną z koordynatorek pionierskiego polskiego badania, dotyczącego PIMS.

szukamy tego, co znamy. Stąd jeszcze rok temu, zanim PIMS został wyodrębniony jako osobna choroba, lekarze rozpoznawali zespół Kawasaki. Dopiero gdy przypadków przybywało, można było je dokładniej zbadać. Obraz kliniczny PIMS może przypominać nie tylko chorobę Kawasaki, ale też zespół wstrząsu toksycznego i niektóre infekcje. Diagnozując PIMS, trzeba je wszystkie wziąć pod uwagę.

Pierwsze wnioski

Dzieci chorują na PIMS zwykle 2-6 tygodni od zakażenia SARS-CoV-2. Choroba objawia się zazwyczaj wysoką gorączką, dolegliwościami ze strony układu pokarmowego (przede wszystkim bólem brzucha), wysypką, zapaleniem spojówek, czasem bólem głowy i wieloma innymi symptomami. Charakterystyczne dla choroby jest także zajęcie układu krążenia – w ostrym stanie pacjenci rozwijają objawy niewydolności serca, natomiast trwałym powikłaniem może być powstanie tętniaków tętnic wieńcowych. Takie dzieci mają zwiększone ryzyko zawału serca, a także innych poważnych problemów w przyszłości i wymagają leczenia profilaktycznego przez całe życie. Kiedy dziecko zaczyna chorować, na ogół rodzice nie wiążą tego z COVID-19. Wielu nie ma pojęcia o przebytej infekcji, bo przebiegła ona bezobjawowo. Dopiero kiedy dziecko znajdzie się w szpitalu, okazuje się, że choroba ma związek z przebyciem zakażeniem SARS-CoV-2, co potwierdzają testy, wykazujące w organizmie obecność przeciwciał w jego kierunku lub rzadziej samego wirusa.

W ciągu niecałego roku istnienia rejestru (do połowy kwietnia br.) zgłoszono do niego blisko pół tysiąca przypadków, które jeszcze wymagają dodatkowej weryfikacji. W publikacji „Multisystem inflammatory syndrome in European White children – study of 274 cases” (medRxiv 2021.03.30.21254584; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.03.30.21254584>) zespół polskich badaczy opisał 274 potwierdzone (według definicji Światowej Organizacji Zdrowia) przypadki PIMS z kraju zgłoszone do 20 lutego br. Ze względu na dobrowolny charakter rejestru, liczba ta nie odzwierciedla pełnej epidemiologii zachorowań, ale na ich podstawie można wysnuć pierwsze wiarygodne wnioski. Z opracowania wynika, że na PIMS chorują nawet niemowlęta, ale mediana wynosi 8-9 lat. Przebieg PIMS jest w Polsce łagodniejszy niż w USA czy Wielkiej Brytanii. Proporcjonalnie kilkukrotnie mniej dzieci wymagało

mechanicznego wspomaganie oddychania (w USA – ponad 20 proc., u nas 4 proc.) oraz leczenia w warunkach intensywnej terapii. Być może o przebiegu decydują predyspozycje genetyczne i to właśnie będzie przedmiotem kolejnych badań, w których uczestniczą wrocławscy naukowcy.

Narzędzie dla lekarzy

W przeciwieństwie do rejestrów medycznych, powstających w oparciu o rozporządzenia ministra zdrowia, udział w ogólnopolskim rejestrze PIMS nie jest obowiązkowy.

– Dotychczas udało się nam pozyskać do współpracy ok. 150 lekarzy z 45 ośrodków z całego kraju, dodatkowo wspiera nas zespół naukowców z Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Wrocławskiego i to jest budujące, zwłaszcza że wypełnienie kwestionariusza ze szczegółowymi danymi dotyczącymi przebiegu choroby jak i ich opracowywanie jest czasochłonne i nikt za to nie dostaje wynagrodzenia – zauważa dr Kamila Ludwikowska.

Rejestr służy do opracowywania wytycznych medycznego postępowania z pacjentami z PIMS. Zalecenia tworzy i aktualizuje w miarę zbierania nowych danych grupa ekspercka przy Polskim Towarzystwie Pediatrycznym i konsultancie krajowym w dziedzinie pediatrii, z prof. Leszkiem Szenbornem i dr Kamilą Ludwikowską w składzie. W tym kontekście powstanie rejestru zupełnie nowej choroby jest czymś absolutnie bezcennym: daje lekarzom narzędzie do ratowania życia dzieci.

– Przebieg tej choroby bywa dramatyczny, nigdy wcześniej (przynajmniej w erze powszechnych szczepień) nie widzieliśmy w krótkim czasie tylu dzieci, u których występują tak silne i tak gwałtowne zaburzenia krążenia, zagrażające życiu dzieci – mówi dr Kamila Ludwikowska. – W odróżnieniu od przypadków ciężkiego przebiegu ostrego COVID-19, w przypadku PIMS szybkie wdrożenie odpowiedniej terapii (leczenie immunosupresyjne, przeciwpłytkowe i ew. przeciwkrzepliwe) ma zasadnicze znaczenie i powoduje spektakularną poprawę stanu klinicznego w ciągu kilku dni. Do 20 lutego w rejestrze odnotowaliśmy tylko dwa zgony, a dodatku nie ma pewności, czy wynikały z PIMS, czy z ostrego zakażenia koronawirusem – nie zawsze da się postawić jednoznacznie granicę pomiędzy tymi stanami. W obu przypadkach pacjenci mieli dodatni wynik RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, jedno z tych dzieci było dodatkowo obciążone ciężkimi chorobami przewlekłymi. Z jednej strony dobre efekty leczenia mogą napawać optymizmem, ale z drugiej wiemy też, że jeśli w wyniku PIMS dojdzie np. do ostrej niewydolności lewej komory czy powstania tętniaków tętnic wieńcowych, dziecko musi pozostawać jeszcze długo pod opieką kardiologa. Ponieważ obserwujemy naszych pacjentów dopiero przez kilkanaście miesięcy, nie wiemy także czy choroba nie daje odległych powikłań. Pewne jest natomiast to, że w najbliższych tygodniach będziemy w Polsce notować wzrost zachorowań na PIMS. Dotychczas był on bowiem wprost proporcjonalny do liczby zakażeń SARS-CoV-2.



► Dzięki powstaniu rejestru wiemy, ile jest przypadków PIMS w różnych regionach kraju.

Więcej pacjentów, mniej paniki



foto: Archiwum USK

Do Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK przyjmuje się od kilku miesięcy wyłącznie dzieci zakażone SARS-CoV-2 z Dolnego Śląska i Opolszczyzny. Ich liczba w porównaniu z początkiem roku jest ponad dwukrotnie wyższa, ale to nie COVID-19 jest głównym problemem. Pozostają nim inne choroby podstawowe, którym zakażenie jedynie towarzyszy, jak np. świeżo rozpoznane białaczki, cukrzyca lub inne choroby przewlekłe. Z drugiej strony, wśród covidowych pacjentów zdarzają się tacy, którzy z czysto medycznego punktu widzenia nie musieliby być leczeni w warunkach szpitala. Nie zawsze jednak decydują tylko medyczne względy.

► Lekarze z covidowej kliniki dziecięcej starają się zachować optymizm.

W styczniu do kliniki trafiło 116 pacjentów w marcu było ich już ponad 250, a do 15 kwietnia – 128. Dzieci najczęściej przyjmowane są również z zakażonymi opiekunami. Bywają w związku z tym sytuacje, jakie w szpitalu nie zdarzały się nigdy przedtem.

– Mieliliśmy na oddziale 9-letnią dziewczynkę z mamą, obie zakażone – wspomina prof. Leszek Szenborn. – Dziewczynka czuła się nieźle, ale stan matki się pogorszył, rozwinęła się u niej niewydolność oddechowa i musieliśmy zastosować tlenoterapię. I wtedy to dziecko opiekowało się matką, a nie odwrotnie. Mogliśmy wprawdzie przenieść dorosłą pacjentkę na inny oddział, ale dziecka nie można było wypisać do domu, bo nie miał kto się nim zająć. Ta historia skończyła się dobrze, mama wyzdrowiała i razem z córką opuściła klinikę.

Pandemia odsłania różne oblicza ludzkiej natury, albo po prostu widać je w ostrzejszym świetle. Strach o najbliższych: mężczyzna przywozi do szpitala żonę i dziecko, oboje w dobrym stanie. Nie ma potrzeby ich hospitalizacji, ale nie udaje się go przekonać, upiera się, że muszą zostać. Skrajne zachowania: ojciec zjawia się w izbie przyjęć z trójką dzieci. Ich matka w ciężkim stanie leży w szpitalu covidowym na Rakietowej, ale on oświadcza, że ma już inną rodzinę, więc tymi dziećmi się nie zajmie. Trudno też zachować obojętność wobec nierzadkich przypadków, gdy dziecko pozostaje w szpitalu o wiele dłużej niż powinno, tylko dlatego, że nikt nie chce go zabrać do domu. Czasem ze strachu przed zakażeniem, a czasem bez racjonal-

nego powodu.

Z dotychczasowych obserwacji lekarzy Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych USK wynika, że nowe warianty koronawirusa nie wpłynęły negatywnie na przebieg COVID-19 u dzieci.

– Podobnie jak wcześniej, dzieci na ogół przechodzą chorobę łagodnie, jeśli nie mają chorób współistniejących – stwierdza prof. Leszek Szenborn. – W trzeciej fali nie mieliśmy ani jednego przypadku pacjenta z ciężkim przebiegiem sa-

mego „czystego” covidu. Porównując obecny szczyt zachorowań z poprzednimi, możemy zauważyć inną różnicę. Lekarze coraz lepiej radzą sobie z leczeniem zakażonych dzieci, a rodzice rzadziej wykazują oznaki paniki. Mamy zdecydowanie mniej pacjentów, kierowanych przez lekarzy lub przywożonych przez opiekunów z niewielkimi objawami. Byłe katar nie wywołuje już takiego strachu, jak jeszcze przed rokiem.



foto: Tomasz Golla

► Prof. Leszek Szenborn uważa, że lekarze coraz lepiej radzą sobie z leczeniem dzieci z COVID-19.

Kolejny punkt szczepień w USK

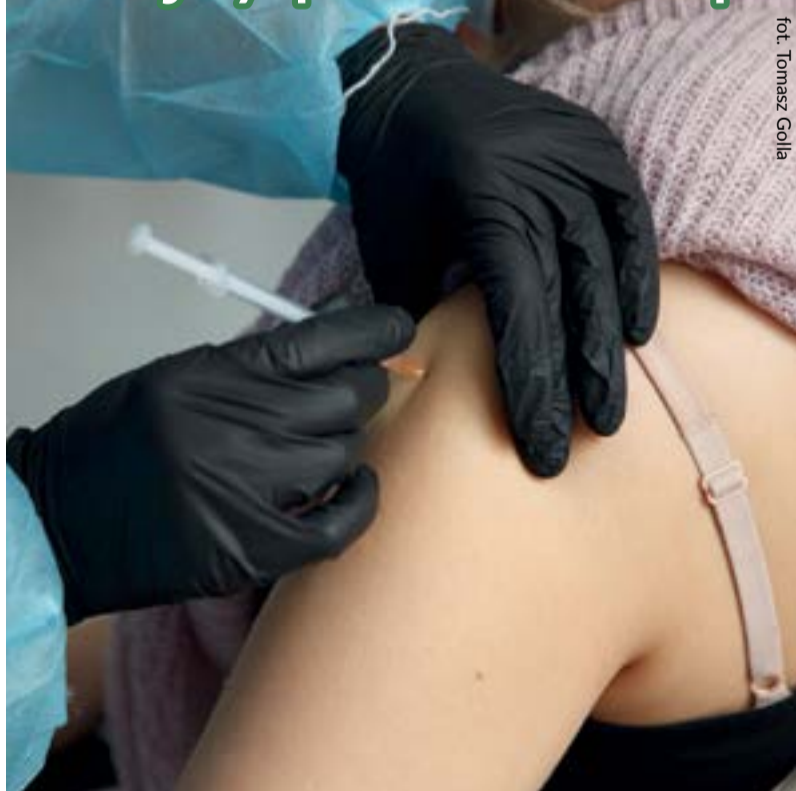


foto: Tomasz Golla

Na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 211 został uruchomiony kolejny punkt szczepień, który poprowadzi Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.

– 12 kwietnia ruszyły zapisy dla roczników 1962-1973. Każdy kolejny dzień to kolejny rocznik – tłumaczy Patrycja Korolewicz, koordynator szczepień USK. – Na szczepienia można zarejestrować się osobiście w punkcie przy Borowskiej 213, przez infolinię Narodowego Programu Szczepień pod nr 989 oraz przez internetowe konto pacjenta. Szczepimy 7 dni w tygodniu. Codziennie jest po kilka wolnych miejsc – podkreśla Patrycja Korolewicz. – Zwiększamy także naszą przepustowość.

W ciągu kilku dni od rozpoczęcia szczepień dla nowych roczników powstał kolejny punkt szczepień, który się mieści na Wydziale Farmaceutycznym UMW w Uniwersyteckim Centrum Wspierania

Badań Klinicznych przy ulicy Borowskiej 211.

– Wychodzimy naprzeciw potrzebom zintensyfikowania szczepień dla społeczności Wrocławia i Dolnego Śląska – mówi Piotr Dzięgiel, prorektor ds. Nauki UMW. – W porozumieniu z dyrekcją Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego postanowiliśmy udostępnić pomieszczenia należące do Uniwersytetu Medycznego, które znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie ze szpitalem.

Kadra nowego punktu szczepień będzie składać się z pracowników szpitala oraz farmaceutów, którzy zostali wcześniej przeszkoleni w zakresie wykonywania szczepień przeciw Covid-19.

W punktach szczepień pro-

wadzonych przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny i Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu dostępne są wszystkie dopuszczone w Polsce szczepionki przeciw zakażeniu Covid-19.

– Szczepimy nimi zgodnie z wytycznymi ministra zdrowia co do danej szczepionki, uwzględniając przedział wiekowy i wskazania medyczne – wyjaśnia Patrycja Korolewicz.

Punkt szczepień na Wydziale Farmaceutycznym będzie trzecim punktem organizowanym przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny, obok funkcjonującego już w szpitalu przy ul. Borowskiej oraz przy ul. Skłodowskiej-Curie.



Macierzyństwo w szczycie trzeciej fali

Covidowy dyżur II Kliniki Ginekologii i Położnictwa i Kliniki Neonatologii USK przypadł akurat w momencie najbardziej dramatycznego wzrostu liczby zakażeń. Od połowy lutego do końca kwietnia na specjalnie stworzone oddziały szpitala przy ul. Borowskiej przyjmowane są zakażone ciężarne, wymagające hospitalizacji. Urodziło się tu już ponad 90 dzieci matek chorych na COVID-19, przywożonych do porodu z całego regionu. Kobiety są w różnym stanie, u części z nich przebieg choroby jest bardzo ciężki, ale na szczęście noworodki przychodzą na świat zdrowe.

I to właściwie jedyna optymistyczna konkluzja po ponad roku obserwacji covidowych porodów. Wiele innych nadziei nie znalazło potwierdzenia w faktach.

– Od początku pandemii uważaliśmy, że SARS-CoV-2 nie przenika przez łożysko, bo o tym świadczyły doniesienia z całego świata – tłumaczy kierownik II Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, prof. Mariusz Zimmer. – Z dzisiejszej, dużo bogatszej perspektywy, widać, że się nie pomylił. Bariera łożyskowa pozostaje utrzymana. Jeśli łożysko funkcjonuje prawidłowo i nie jest uszkodzone, to wirus nie przechodzi na noworodka.

Ciężarne też chorują

Prof. Zimmer przyznaje jednak, że cały medyczny świat pomylił się w innej kwestii. Uważano, że młode ciężarne kobiety są względnie bezpieczne, bo jeśli nawet dojdzie u nich do zakażenia, najczęściej przechodzą chorobę łagodnie. W pierwszych miesiącach pandemii notowano pojedyncze przypadki zachorowań w tej grupie pacjentek. Także polscy specjaliści zastanawiali się, czy konieczne jest tworzenie covidowych oddziałów położniczych, skoro wygląda na to, że koronawirus w gruncie rzeczy omija ciężarne. Trzecia fala zweryfikowała ten pogląd, w wielu przypadkach bardzo boleśnie. Wiadomo już, że na COVID-19 chorują też młode osoby, w tym także ciężarne kobiety. Przebieg choroby jest taki sam jak u nieciężarnych. To znaczy, że część przechodzi

zakażenie bezobjawowo, część ma tylko niewielkie dolegliwości, ale też zdarzają się najcięższe przypadki, w których kobiety walczą o życie na oddziałach intensywnej terapii. Wiadomo już z całą pewnością, że ciąża nie chroni w żaden sposób przed zakażeniem i zachorowaniem. A specjalne covidowe oddziały położnicze okazały się niezbędne dla ratowania młodych kobiet, oczekujących dzieci. Pokazał to wyraźnie blisko trzymiesięczny okres położniczo-ginekologicznego dyżuru covidowego w USK, podczas którego niemal wszystkie z 25 łóżek nieustannie były zajęte. Warto też podkreślić, że na oddział nie są przyjmowane wszystkie ciężarne z dodatnim testem na koronawirusa, a tylko te, które wymagają leczenia i wspomagania oddychania. U większości pacjentek trzeba zastosować tlenoterapię, co nie zawsze wystarcza. – Kilka pacjentek po porodzie musiało trafić na oddział intensywnej terapii z powodu bardzo ciężkiego zapalenia płuc – mówi prof. Mariusz Zimmer. – Obserwujemy przerażający wręcz przebieg choroby, gdy stan pacjentki w krótkim czasie dosłownie się załamuje. Nigdy wcześniej nie mieliśmy tak wielu wstrząsających przypadków. Spory odsetek ciąż z powodu stanu zdrowia matki wymaga też wcześniejszego rozwiązania. Utrzymujemy je tak długo, jak to jest możliwe, ale liczba przychodzących na świat wcześniaków z powodu COVID-19 jest coraz większa.

Po porodzie, jeśli tylko stan pacjentki jest dobry, wypisuje się ją z szpitala nawet wówczas, gdy zakażenie koronawirusem nie usta-

ło. Do domu wraca z dzieckiem covidową karetką w pełnym reżimie sanitarnym. Nie ma innego wyjścia, bo trzeba zwalniać łóżka dla kolejnych pacjentek. Prof. Zimmer ma obawy, czy jeśli trend wzrostowy w zakażeniach koronawirusem się utrzyma, oddział będzie w stanie pomieścić covidowe pacjentki w ciąży z całego regionu. Działają już na granicy swoich możliwości.

Noworodek może być z mamą

Maseczka i restrykcyjne przestrzeganie zasad higieny – to podstawowe środki, służące ochronie noworodka przed zakażeniem. Covidowe mamy, które są w stanie opiekować się swoimi dziećmi, muszą się do nich bezwzględnie stosować. Dzięki temu w USK nie izoluje się ich automatycznie od noworodków, oszczędzając dodatkowych ludzkich dramatów. Po porodzie, jeżeli stan zdrowia matki na to pozwala, może przebywać razem z dzieckiem na sali rooming-in, pielęgnując noworodka i karmiąc go piersią.

– Na szczęście, dzięki odpowiednim warunkom, u nas mamy mogą pozostawać ze swoimi dziećmi od urodzenia do wypisu, w strefie covidowej – mówi kierownik Kliniki Neonatologii USK prof. Barbara Królak-Olejnik. – Nie ma też przeciwskażania do karmienia piersią. Dotychczasowe badania dowodzą, że koronawirus nie przechodzi do mleka zakażonej matki, za to znajdują się w nim przeciwciała, które chronią dziecko przed zakażeniem. Oczywiście, nie wszystkie mamy mogą karmić, bo często nie pozwa-

▶ Z powodu COVID-19 czasem ciążę trzeba rozwiązać przed czasem. Opieka nad noworodkiem wymaga od personelu pełnego zabezpieczenia.

ła na to ogólny stan ich zdrowia. W takich sytuacjach staramy się, by ich dzieci otrzymywały naturalny pokarm, pozyskany od dawczyń banku mleka. Mamy mogą też u nas liczyć na pomoc i rady położnej laktacyjnej.

Najbardziej dramatyczne sytuacje dotyczą noworodków, których mamy walczą o życie na oddziale intensywnej terapii. Jedno z takich dzieci zostało wypisane do domu pod opiekę rodziny już ponad miesiąc temu, a mama nadal jest pacjentką szpitala. Opuszczenie szpitala jest jednak niemożliwe w przypadku wcześniaków, potrzebujących jeszcze specjalistycznej opieki medycznej i pobytu w oddziale intensywnej terapii lub patologii noworodka w Klinice Neonatologii. Ojcowie wcześniaków i dziadkowie po zaszczepieniu przeciwko covid odwiedzają je w szpitalu, kangurują. Kontakt z matką maluszkom nic nie zastąpi, ale wiele dobrego dla tych dzieci

robią zaszczepione studentki, które zgłosiły się do pracy w ramach wolontariatu – pielęgnują, przytulają karmią mlekiem z banku mleka kobiecego.

W USK nie zanotowano przypadku zakażenia się noworodka podczas pobytu w szpitalu. Jednak troje spośród urodzonych tu dzieci po kilku tygodniach od powrotu do domu musiało być ponownie hospitalizowanych właśnie z powodu zakażenia. Prof. Barbara Królak-Olejnik przypuszcza jednak, że nie zarażyły się one od swoich mam, które doskonale poznały zasady bezpieczeństwa i nie ma powodu by sądzić, że w domu przestały je stosować. Bardziej prawdopodobne jest, że źródłem zakażenia były osoby odwiedzające nowego członka rodziny. Wiele osób w dalszym ciągu uważa, że COVID-19 nie dotyczy najmłodszych, co także w miarę rosnącej wiedzy o SARS-CoV-2 należy uznać za szkodliwy mit.



▶ – Nasz dyżur covidowy przypadł na sam szczyt trzeciej fali – ocenia kierownik II Kliniki Ginekologii i Położnictwa USK, prof. Mariusz Zimmer.

W szpitalu tymczasowym trwa walka o życie

fot. Tomasz Golla



W ciągu miesiąca od przyjęcia pierwszych pacjentów liczba dostępnych łóżek w szpitalu tymczasowym przy ul. Rakietowej we Wrocławiu potroiła się. Początkowo uruchomiono 95 stanowisk dla chorych na COVID-19, ale w połowie kwietnia było ich ponad 270. Szczyt trzeciej fali pandemii pokazał jasno, że decyzja o tworzeniu takich jednostek była słuszną. Każdego dnia trafiają tu dziesiątki chorych. Przywożeni są z całego Dolnego Śląska, a niejednokrotnie i spoza regionu. Kiedy szpitale pękają w szwach, ta jednostka okazuje się często jedynym miejscem, gdzie ciężko chorzy ludzie otrzymają pomoc. Na szczęście, nie doszło jeszcze do sytuacji, w której lekarze muszą wybierać, kogo ratować.

Pierwszą falę pandemii, w porównaniu z obecną trzecią, można uznać za niewinny wstęp do tego, co miało nastąpić potem, przynajmniej w Polsce. Rok temu 85 proc. zakażonych przechodziło COVID-19 łagodnie lub bezobjawowo, 10 proc. ciężiej, a 5 proc. bardzo ciężko. Teraz ciężko choruje nawet 15-25 proc. pacjentów i są to ludzie coraz młodszy.

– Tu nie ma osób z lekkim przebiegiem COVID-19 – zapewnia dyrektor szpitala tymczasowego we Wrocławiu dr Janusz Sokołowski. – Około 80 proc. pacjentów wy-

maga tlenoterapii, w tym 25 proc. tlenoterapii wysokoprzepływowej – mówi dyrektor szpitala tymczasowego we Wrocławiu dr Janusz Sokołowski. – Pacjenci, którzy są w stanie o własnych siłach dojść np. do toalety, są rzadkością. Większość potrzebuje całodobowej opieki pielęgniarskiej i opiekunów medycznych. Mamy hospitalizowane całe rodziny. Są tego dobre strony, bo pacjenci w takiej sytuacji czują się mniej osamotnieni w chorobie. Ale bywa to też źródłem dramatów, gdy np. matka, która zaczyna powoli czuć się lepiej, patrzy jak po-

garsza się stan zdrowia syna.

Samotność chorych, brak osobistego kontaktu z najbliższymi, w czasie pandemii jest czymś dotąd niespotykanym. Jednak nie może być inaczej, bo bezpieczeństwo pacjentów, ich rodzin oraz personelu musi pozostać najwyższym priorytetem. W szpitalu tymczasowym chorzy leżą w dużych salach podzielonych na boksy. Pewną intymność zapewniają zasłony wydzielające przestrzeń dla chorych. Każdy ma do dyspozycji internet, gniazdko do ładowania telefonu, ale też nie każdy jest w stanie nawet

▶ Inaczej niż podczas pierwszej fali, obecnie znacznie więcej osób ciężko przechodzi COVID-19.

tą drogą porozmawiać z bliskimi. Chorzy mają zapewnioną pomoc psychologów, opiekę duszpasterską, a wiele dobrego robią też lekarze stażyści i studenci, którzy zgłosili się do pracy w szpitalu w ramach wolontariatu. Rozmowa, potrzymanie za rękę i wszystkie drobne gesty życzliwości są bezcenne i potrzebne jak nigdy przedtem. W takim miejscu objawia się także ta lepsza strona ludzkiej natury. Dr Sokołowski mówi o pacjentach, którzy zaczynają wychodzić z ciężkiego stanu i pomagają, jak tylko mogą, tym bardziej chorym obcym osobom, z którymi połączył ich covid.

Szef szpitala tymczasowego przyznaje, że choć zawsze pasjonował się historią medycyny i wiele czytał o wielkich zarazach dziesiątkujących ludzkość w przeszłości, nigdy nawet mu przez myśl nie przeszło, że przyjdzie mu w czymś podobnym uczestniczyć osobiście.

– Jednocześnie jako specjalista medycyny ratunkowej jestem przygotowany na każdą sytuację – podkreśla. – Pracując na szpitalnym oddziale ratunkowym, stosując zasady triage czy pretriage, byliśmy gotowi także na przyjęcie pacjenta zakaźnego. Teraz przyjmujemy ich bardzo dużo, dbając o właściwy TRIAGE. Pandemia to prawdziwy egzamin dla całej służby zdrowia. To jak praktyczny sprawdzian z przysięgi Hipokratesa.

Egzamin dotyczy także umiejętności korzystania z dostępnych metod leczenia, skoro nadal nie ma leku na COVID-19. Mimo to szef szpitala tymczasowego nie widzi tego w kategoriach lekarskiej bezsilności. Wręcz przeciwnie: podkreśla możliwości szybkiej i pewnej diagnostyki, coraz większe i skuteczniejsze wykorzystanie tlenoterapii. Dotyczy to zwłaszcza

tlenoterapii wysokoprzepływowej, która wcześniej nie była stosowana na taką skalę, ale we wspomaganiu oddychania covidowych pacjentów okazała się nieoceniona i przynosi świetne efekty. Chociaż nie ma celowanego leczenia farmakologicznego, lekarze nauczyli się korzystać z innych technik, i są w tym skuteczni.

– Niestety, nie wszystkim możemy pomóc, nie każde życie może zostać uratowane – mówi dr Janusz Sokołowski, który jednocześnie pracuje jako lekarz w szpitalnym oddziale ratunkowym. – W szpitalu tymczasowym śmiertelność wynosi niecałe 4 proc. Może być wyższa, w np. w oddziałach intensywnej terapii, gdzie hospitalizowani są najciężej chorzy. Należy podkreślić coraz lepsze efekty leczenia chorych z infekcją koronawirusem. Na szczęście, w Polsce nie doszło jeszcze do sytuacji, w której musimy wybierać, kogo leczyć, a komu odmówić pomocy. Ratujemy każdego do samego końca.

Dr Sokołowski dodaje, że początkowo nie był przekonany, czy pomysł tworzenia szpitali tymczasowych jest najszybszym i czy nie lepiej byłoby wykorzystać do leczenia covidowych pacjentów istniejących lecznic, wydzielając w nich oddziały zakaźne. Zmienił jednak zdanie.

– Do tej pory przez cały czas mamy jakiś zapas łóżek, a zatem szpital jest buforem bezpieczeństwa – mówi. – Tylko personel jest już bardzo zmęczony. Od jesieni pracujemy bez przerwy na najwyższych obrotach. Większość z nas marzy o jednym: by wreszcie móc leczyć normalnie, choćby założyć zwykły lekarski fartuch zamiast tego całego rynsztunku, kombinezonu, w którym naprawdę trudno długo wytrzymać.

fot. Tomasz Golla



▶ Minimum intymności zapewniają chorym parawany między łózkami.



fot. Tomasz Golla

▶ Personel marzy tylko o jednym: wreszcie móc leczyć w zwyczajnych fartuchach.

Badacze umysłu na tropie pamięci



fot. Archiwum USK

Czym jest pamięć? W jakim obszarze mózgu znajduje się jej ośrodek? Jakie mechanizmy nią sterują? Odpowiedzi na te pytania pozwoliłyby skutecznie leczyć deficyty pamięci i funkcji poznawczych, towarzyszące m.in. demencji i chorobom degeneracyjnym mózgu. Przełomowe w skali światowej badanie tego problemu prowadzą wspólnie gdańscy i wrocławscy naukowcy. W jego ramach w marcu br. w Klinice Neurochirurgii USK przeprowadzono pionierską operację, podczas której zarejestrowano przy pomocy wysokospecjalistycznej aparatury elektrofizjologicznej sygnały z elektrod wszczepionych głęboko w mózg pacjenta. Takich zabiegów planuje się jeszcze co najmniej kilkanaście.

Projekt „Neurofizjologiczne mapowanie i stymulacja mózgu ludzkiego dla poprawy pamięci: NeuroStim” uzyskał finansowanie w ramach programu First Team Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Realizuje go interdyscyplinarna grupa neurobiologów, inżynierów biomedycznych, neurologów i neurochirurgów z Politechniki Gdańskiej, ośrodka medycznego Mayo Clinic (Rochester, USA) oraz Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

w Wrocławiu. W tutejszej Klinice Neurochirurgii, kierowanej przez prof. Pawła Tabakowa, wykonane zostaną wszystkie zabiegi, stanowiące podstawę badania. Wrocławscy neurochirurdzy są bowiem biegli w technice Głębokiej Stymulacji Mózgu (Deep Brain Stimulation – DBS), mają na koncie ponad sto operacji z jej użyciem, a właśnie ta technika umożliwia rejestrację fal mózgowych w czasie testów pamięci.

Nowatorskie technologie

Kierownikiem projektu jest dr Michał Kucewicz, szef Laboratorium Elektrofizjologii Mózgu i Umysłu Politechniki Gdańskiej. Ten młody naukowiec ma niebagatelne doświadczenie w badaniu ludzkiego umysłu, a jego kariera przebiega niejako na przekór standardowym trendom: nie z Polski na Zachód, ale odwrotnie – ze świata wielkich naukowych możliwości do rodzinnego kraju. Gdańszcza-

► Czy naukowcom uda się odpowiedzieć na fundamentalne pytania, dotyczące funkcjonowania pamięci?

nin z urodzenia, jest absolwentem neurobiologii na Uniwersytecie w Cambridge, pracował kilka lat w elitarnej amerykańskiej Mayo Clinic, a wyniki prac publikował na łamach „Brain: A Journal of Neurology” i „Nature Communications”. Mimo sukcesów wrócił do Polski, to tu przeniósł amerykańskie technologie i kontynuuje badania nad ludzkim umysłem. I nie chodzi w nich jedynie o naukowe fascynacje z odkrywania tajemnic mózgu, ale o to, by je przełożyć na wymiar praktyczny i pomoc pacjentom, których – z powodu starzenia się populacji – zapewne będzie przybywać.

– Jednym z najbardziej fundamentalnych pytań ludzkości jest, jak elektryczna aktywność mózgu ge-

neruje nasz umysł, myśli i pamięć – mówi dr Michał Kucewicz. – Jak to możliwe, że elektryczne impulsy, powodujące fale mózgowo- leżące u podstaw myślenia o wydarzeniach odległych w czasie, jak np. nasze dzieciństwo? Naszym celem jest badanie mechanizmów, leżących u podstaw myśli i pamięci. Poprzez zastosowanie najnowszych technologii do pomiaru i stymulacji fal mózgowych, chcemy się dowiedzieć, czym jest pamięć, gdzie jest skupiona w mózgu i jak można ją skutecznie leczyć w chorobach Alzheimera, Parkinsona, Huntingtona, padaczce i wielu innych, związanych z jej utratą.

Naukowiec wyjaśnia, że istnieje wiele sposobów mierzenia aktywności mózgu, ale najbardziej wia-



fot. Archiwum USK

► Sprzęt, wykorzystywany w projekcie, jest wart w sumie ponad milion zł. To m.in. system „CyberOko”, inteligentne programy komputerowe i superczułe elektrody nowej generacji.



fot. Archiwum USK

► Pierwsza operacja za nami. Podobnych planowanych jest kilkanaście.

rygodne i najdokładniejsze dane uzyskuje się poprzez użycie elektrod, umieszczonych bezpośrednio w mózgu. W projekcie gdańsko-wrocławskim wykorzystuje się innowacyjne technologie, jak śledzenie ruchów oka za pomocą systemu „CyberOko”, inteligentne programy komputerowe i superczułe elektrody nowej generacji, wyposażone w 16 kontaktów (standardowa ma jeden). Sprzęt, wykorzystywany w projekcie, jest wart w sumie ponad milion zł (został zakupiony z grantu) i sam transport tak cennej przesyłki z Gdańska do Wrocławia nie był łatwy, bo firmy kurierskie początkowo nie chciały się go podjąć. Na szczęście, dotarł na czas i 12 marca br. mógł zostać użyty po raz pierwszy w ramach projektu.

DBS w drzeniu samoistnym

Pomiar elektrycznej aktywności zespołów neuronowych kodujących pamięć w czasie ich pracy jest technicznie bardzo trudny, m.in. dlatego, że znajdują się one głęboko w mózgu. Dlatego naukowcy postanowili wykorzystać do tego zabiegi implantacji elektrod u pacjentów z różnymi chorobami, w jakich stosuje się DBS. Zabiegi wykonywane są według planu i niezależnie od projektu, a niejako „przy okazji” można w ich trakcie prowadzić testy pamięci. Nie mają one wpływu na przebieg podstawowego zabiegu i nie powodują dodatkowego zagrożenia dla pacjenta. Żeby je jednak można robić, konieczna była zgoda komisji bioetycznej. Jej uzyskanie zajęło badaczom sporo czasu, bo komisja badała sprawę dogłębnie.

Przełomowe badanie zostało zainicjowane podczas zaplanowanej wcześniej operacji głębokiej stymulacji mózgu u 74-letniej pacjentki, cierpiącej na drżenie samoistne. Specjaliści Kliniki Neurochirurgii USK takich zabiegów przeprowadzili już wiele, uzyskując doskonałe

rezultaty.

– Drżenie samoistne jest uwarunkowane genetycznie – wyjaśnia kierownik Kliniki Neurochirurgii USK prof. Paweł Tabakow. – Polega na niekontrolowanych, szybkich mimowolnych ruchach głowy i kończyn górnych, w skrajnych przypadkach uniemożliwiających normalne czynności. Chory ma problem np. ze zjedzeniem posiłku, napięciem się wody. Nasza pacjentka cierpiała na drżenie samoistne 21 lat, a objawy stale się nasilały, zwłaszcza w sytuacjach stresu. Nie ma na to leku, ale dobre efekty uzyskuje się poprzez głęboką stymulację odpowiednich obszarów mózgu, w tym przypadku jądra brzuszno-środkowego wzgórza. Wszczepia się w to miejsce odpowiednio skonstruowaną elektrodę, która wytwarza impulsy elektryczne, hamujące lub ograniczające objawy choroby. Rezultaty są zwykle spektakularne. Drżenie po prostu ustaje, co jest kluczowe dla poprawy komfortu życia tych chorych.

Testy w czasie zabiegu

Kobieta przeszła standardowy zabieg DBS. Podczas operacji przez cały czas była przytomna. Utrzymywanie pacjentów w stanie świadomości w czasie implantacji stymulatora służy bezpieczeństwu. Chodzi o to, by mieć stuprocentową pewność, że nie dojdzie do przypadkowego uszkodzenia ważnych obszarów mózgu. Potem zaczęło się testowanie pamięci. Neurochirurdzy umieścili w głębokich pokładach mózgu pacjentki, specjalną elektrodę. Dzięki jej 16 kontaktom, można zarejestrować bardzo dokładnie elektryczne impulsy z pojedynczych neuronów i całych grup komórek nerwowych. Dodatkowo, za pomocą zaawansowanej technologii „CyberOko”, śledzono ruchy oka oraz zwężanie i rozszerzanie źrenicy, towarzyszące procesowi zapamiętywania. „CyberOko” to specjalna kamera na podczerwień,

połączona z monitorem komputera. System został opracowany przez zespół prof. Andrzeja Czyżewskiego z Politechniki Gdańskiej. Podczas wcześniejszych testów zaobserwowano, że w trakcie zapamiętywania źrenice najpierw się zwężają, a potem gwałtownie rozszerzają. Zdaniem dr Kucewicza, może to świadczyć o większej koncentracji, jakiej wymaga proces zapamiętywania. Powiedzenie, że oczy są zwierciadłem duszy, dzięki takim badaniom może stać się naukowym faktem.

Tak „wyposażona” pacjentka wykonywała zadania, wymagające zaangażowania pamięci. W kilku próbach zapamiętywała słowa, które wyświetlały się na monitorze w kilkusekundowych odstępach. Na koniec dostała do rozwiązania proste równanie matematyczne. Słów do zapamiętania było 12. Przeciętna osoba, która nie ma problemów z pamięcią, jest w stanie powtórzyć ich ok. siedmiu. Testowana kobieta zapamiętała zaledwie dwa wyrazy. Oznacza to, że jej pamięć jest znacznie upośledzona.

– To idealna kandydatka do poszukiwania przyczyn, dla których dochodzi do zaburzeń procesów poznawczych, a więc do poznania kodu umysłu, odpowiadającego za te procesy – uważa dr Michał Kucewicz. – A kiedy go poznamy, będziemy w stanie poprawiać pamięć przez modulowanie aktywności odpowiednich obszarów mózgu.

Meandry pamięci

Odnalezienie takiego kodu zapewne nie będzie sprawą łatwą. Komplikuje to choćby istnienie rozmaitych rodzajów pamięci.

– To jak nurkowanie w mętnej wodzie w poszukiwaniu jednego, konkretnego gatunku ryby – porównuje prof. Paweł Tabakow. – Istnieje wiele rodzajów pamięci. Mamy pamięć krótko- i długotrwałą jeżeli chodzi o podział



► Prof. Paweł Tabakow tuż przed wszczepieniem elektrody do mózgu pacjentki.

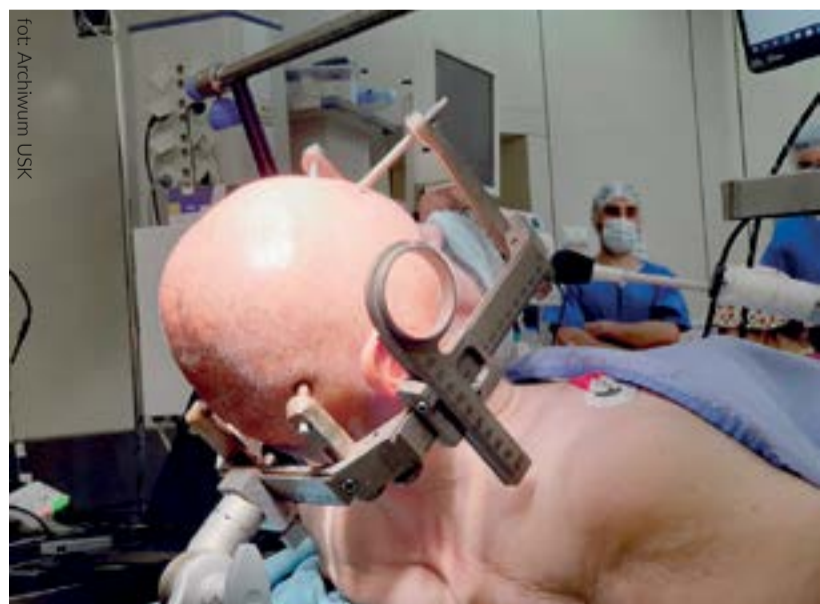
czasowy procesu gromadzenia informacji. Jeżeli chodzi o treść to wyróżniamy pamięć sensoryczną (wzrokowa, słuchowa, dotykowa, ruchowa, węchowa), semantyczną (dotyczy kojarzenia faktów niezależnie od kontekstu) i epizodyczną (określa czas i miejsce zdarzenia, czyli szczegóły zdarzeń które nas dotyczą) itp. Wiemy, że nasz mózg musi katalogować pozyskane informacje i w jakiś sposób potem je odtwarzać, ale nie wiemy, jak to robi. Jeśli poznamy ten mechanizm, będziemy mogli pomóc nie tylko pacjentom z chorobami degeneracyjnymi, ale także pacjentom po urazach mózgu, np. w wyniku wypadków komunikacyjnych, którzy budzą się ze świątą niepamięcią oraz osobom wybudzonym ze śpiączek.

Choroby neurodegeneracyjne, jak np. choroba Parkinsona, choroba Huntingtona itd. prowadzą do kłopotów z koncentracją i pamięcią. Jak podkreśla prof. Tabakow, tych „ubocznych” aspektów choroby zwykle się nie leczy. Obecne

leczenie DBS w tych chorobach skupia się przede wszystkim na poprawie stanu motorycznego pacjentów. Bez pamięci można przecieżyć żyć – ale jaka jest jakość takiej egzystencji, wie chyba każdy, kto choć raz zetknął się z osobą cierpiącą np. na chorobę Alzheimera. Dr Michał Kucewicz dodaje też, że tak naprawdę to badanie nie służy jedynie starszym pacjentom, najbardziej narażonym na upośledzenie pamięci. W rzeczywistości dotyczy ono nas wszystkich, bo skutki coraz dłuższego trwania życia dotyczą całego społeczeństwa.

W kwietniu br. w USK przeprowadzono drugi zabieg, powiązany z badaniem pamięci przy DBS – tym razem u pacjenta z chorobą Parkinsona.

Kolejnym etapem projektu First Team będzie ocena pamięci u pacjentów z padaczką lekooporną w trakcie inwazyjnego monitorowania fal mózgowych metodą stereo-EEG. W tej części badania udział wezmą też lekarze z Kliniki Neurologii USK we Wrocławiu.



► Pacjentka przez cały czas była przytomna. Utrzymywanie w stanie świadomości w czasie implantacji stymulatora służy bezpieczeństwu.



► W czasie operacji pacjentka wykonywała zadania, wymagające zaangażowania pamięci. W kilku próbach zapamiętywała słowa, które wyświetlały się na monitorze w kilkusekundowych odstępach.

Nie przychodź na SOR z urazem palca

fot. Tomasz Gollia



Przez Szpitalny Oddział Ratunkowy przy ul. Borowskiej przewija się po 150 pacjentów każdego dnia. Spośród tych, których przywożą karetki, większość to chorzy na COVID-19, zwykle w ciężkim stanie i wymagający leczenia szpitalnego. są przyjmowani w zależności od stanu na oddziały intensywnej terapii lub inne oddziały covidowe. Jednak wciąż na SOR przychodzi wiele osób z problemami błahymi lub takimi, którymi powinien zająć się lekarz rodzinny lub inny specjalista. To jeden z tych problemów, których pandemia nie rozwiązała.

Dr Goutam Chourasia na SOR przy ul. Borowskiej pracuje od początku jego istnienia, ale nie pamięta okresu, w którym dzień w dzień przez wiele tygodni liczba pacjentów była tu tak ogromna. Dotychczasowy kierownik dyżuru, obecnie kierujący oddziałem w zastępstwie dr Janusza Sokołowskiego (oddelegowanego do szpitala tymczasowego), dostrzega w tym nie tylko efekt pandemii.

– Kilkudziesięciu pacjentów dziennie przywożonych jest przez pogotowie – mówi lekarz. – Średnio 60 proc. z nich to osoby z covidem lub podejrzane o zakażenie. Pozostali z tej grupy najczęściej są poważnie chorzy z innych powodów, wymagający rzeczywiście natychmiastowej interwencji. Zupełnie inaczej wygląda to wśród tych osób, które same przychodzą na oddział. Brzuch boli od dwóch tygodni, głowa zaczęła dzisiaj, ale może to z powodu urazu nosa, jaki się zdarzył dwa tygodnie temu – takich historii nie brakuje podczas każdego dyżuru. Nawet skaleczony palec bywa powodem, dla którego pacjent potrafi godzinami czekać na przyjęcie na SOR.

Wiele można tłumaczyć gorszym dostępem do służby zdrowia. Niektórzy pacjenci twierdzą, że nie mogli się zarejestrować do lekarza albo że leczenie na telefon nie przyniosło rezultatu. Dla nich ostatnią deską ratunku jest SOR, chociaż nie jest to miejsce do leczenia chorób przewlekłych,

tylko do ratowania życia w nagłych przypadkach. Ale czy sytuacja w ochronie zdrowia może usprawiedliwić przychodzenie na oddział z urazem palca? Trudno też zrozumieć tych, którzy mimo próśb i apeli, by nie robić tłoku, stawiają się na SOR w towarzystwie innych, czasem nawet kilku osób. Najwyraźniej minął już strach przed koronawirusem, widoczny jeszcze jesienią. Szczycem drugiej fali był jedynym momentem, gdy na tutejszym oddziale szukali pomocy ci, którzy jej rzeczywiście potrzebowali.

Jest także druga strona medalu: coraz więcej ludzi chorych, których stan nie musiałby być tak bardzo ciężki, gdyby wcześniej trafili pod fachową opiekę. Opóźnianie podjęcia koniecznego leczenia powoduje fatalne skutki, a w niektórych przypadkach nieodwracalne.

– Odnoszę wrażenie, że najbardziej zwlekają z wezwaniem pomocy ci, którzy jej najbardziej potrzebują – stwierdza dr Goutam Chourasia. – Nakłada się na to gorszy dostęp do lekarzy, pacjenci skarżą się ponadto na długie oczekiwanie na karetkę. To z pewnością kolejny skutek pandemii. Chociaż sytuacja jest trudna, wszyscy jesteśmy zmęczeni do granic, to jako lekarze musimy dawać radę. Pamiętajmy, że każda epidemia kiedyś się kończy i żaden kryzys nie trwa wiecznie. Pracujemy z tą myślą i dajemy radę.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru:
„Kto się lubi, ten się czubi.”

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



Zadzwoń do kapelana

Kapelan USK ks. Kazimierz Sroka, proboszcz parafii Św. Franciszka z Asyżu, pełni posługę duszpasterską w szpitalu od wielu lat. W czasie epidemii zaprasza pacjentów do kontaktu telefonicznego. Jeśli potrzebujesz duchowego wsparcia, zadzwoń do kapelana:

tel. 603 651 214 lub 668 324 130

RYCINA PO RYCIU RYLCEM W MIEDZI		CIECZ LABORATORYJNA	SYN PIERWSZA... TO ŻONA PREZYDENTA		POLOWANIE	4	LIBACJA		8	JEZIORO NA GRANICY KANADY I USA	KONIEC REI	24	PORA ROKU	
			20						18				16	
NIEDOPWIEDZENIE STAŁA POSADA					IMIE LESZ, AKTORKI I PIOSENKARKI		ŚRODEK NASENNY NAJEMCA LOKALU						HINDUSKI DRAMAT FILMOWY: WYRAZ Z LITER-AAA,H,K,R,T	
CZART, SZATAN	2					OGÓŁE ŚWIECKICH CZŁONKÓW KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO				13				
	3							UTWÓR LITERACKI IBSENA			MUZA POEZJI MIŁOSNEJ		CZEŚĆ POCIĄGU	
BLIZNA		26	AUTOR ROZPRAW O MORALNOŚCI POLSKA CIĘŻARÓWKA			11					IMIE AKTORKI GAWRYLUK			
					25		ESKIMOSKI SKAFANDER				22		14	
NASZA OJCZYZNA			DAWNY POLSKI APARAT FOTOGRAFICZNY		BABIE JESIEŃ						DOWÓDCA JANCZARÓW		21	
RUDEŁ STĄTKU WODNEGO					17		KRASOMÓWCA	1			9		7	
			5	10	MIASTO Z MAUZOLEUM TADŻ MAHAL		6	23			DAWNY ZESPÓŁ Z AGNIESZKA CHYLIŃSKĄ		12	15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

BOROWSKA 213



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU

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

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

Teksty i redakcja:
Alicja Giedroyc

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