1/43/2013

nakład 17 000 ISSN 2081-3422 www.cxnews.pl

CX NEWS

MAGAZYN MEDYCZNY

PIERWSZA W EUROPIE PEDIATRYCZNA SALA HYBRYDOWA

S. 5

eurolot.com

BYDGOSZCZ
GDAŃSK
SZCZECIN
POZNAŃ
WARSZAWA
RZESZÓW
WROCŁAW
KATOWICE
KRAKÓW

Partner of POLSKIE LINIE LOTNICZE LOT
A STAR ALLIANCE MEMBER

Polska w godzinę!

• oferty dla firm • rezerwacje grupowe • elastyczne warunki taryfy Premium
• dostęp do salonów business lounge • bagaż rejestrowany w cenie biletu
• iPady na pokładzie • bezpłatny poczęstunek dla pasażerów

Szczegóły na www.eurolot.com

Od redakcji

Drodzy Czytelnicy,

czy wiecie, że w tym roku po raz pierwszy w Polsce wszczepiono sztuczną tęczówkę? Taki cud miał miejsce w Klinice Okulistycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Cud, bowiem w Europie, którą ciągle gonimy, takich zabiegów robi się około 50 rocznie. Relację z pierwszej implantacji sztucznej tęczówki w Polsce możecie przeczytać w niniejszym numerze. Pani dr n. med. Agnieszka Ćwiklińska w ciekawy i szczegółowy sposób opisuje przypadek z lublińskiej sali operacyjnej, a także omawia po kolei etapy operacji.

Wspominam o tym nie bez powodu, a mianowicie, dostawcą wszczepionej tęczówki byliśmy my, czyli Consultronix. Dlatego z dumą i satysfakcją czytaliśmy artykuły, które ukazywały się w gazetach i wielu portalach internetowych. Niestety, brak refundacji takich operacji przez NFZ nie spowoduje nagłego wzrostu wszczepiania tęczówek w Polsce. Jednakże, miło mi Was poinformować, że kolejny zabieg wszczepiania sztucznej tęczówki odbędzie się już niedługo w Warszawie, na który czekamy z niecierpliwością.

Poza tym, polecam Wam artykuł o pierwszej dziecięcej sali hybrydowej w Europie, która powstanie w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, dzięki środkom z Fundacji Radia ZET. W okulistyce dr n. med. Iwona Filipecka opisuje akcję „Okuliści dla Afryki", której sama była pomysłodawcą. W dziale dermatologii zapraszam do przeczytania wywiadu z panią prof. dr hab. n. med. Lidią Rudnicką na temat dermoskopii w Polsce. Dalej w diagnostyce obrazowej możecie się zapoznać ze zmianami w ofercie firmy Siemens. W urologii dr Albert Gugała dzieli się swoimi doświadczeniami w pracy z aparatem Thermaspec. Serwis tym razem radzi nam jak skutecznie ładować akumulatory, by dłużej żyć. Na końcu, znajduje się fotorelacja z obchodów 25-lecia istnienia naszej firmy Consultronix.

Życzę miłej lektury.

Urszula Wszołek
uwszolek@cxsa.pl

Wydawca:
Consultronix SA
ul. Racławicka 58, 30-017 Kraków
tel. 12 290 22 22
cxnews@cxnews.pl
www.cxnews.pl

Redaktor naczelny:
Urszula Wszołek
uwszolek@cxnews.pl

Sekretarz redakcji:
Marta Klimek
Przemysław Piątek
Ewa Wesołowska-Kiełb

Reklama:
Anna Wachowska
reklama@cxnews.pl

Opracowanie graficzne:
Urszula Wszołek

Skład:
Anna Wachowska
awachowska@cxnews.pl

Spis treści

Kompletacja	5
Produkcja	6
Okulistyka	7
Dermatologia	13
Diagnostyka obrazowa	18
Urologia	19
Serwis	20
Kultura i nauka	21
Szkolenia	27

Zarządzanie Jakością ISO 9001:2008 Systematycznie monitorowany DEKRA Certification DEKRA certyfikat

Finansowanie modernizacji infrastruktury szpitalnej oraz zakupów sprzętu medycznego

Jesteśmy stabilnym i skutecznym partnerem oferującym rozwiązania finansowe dla branży medycznej.
Nieustannie doskonalimy naszą ofertę dla gabinetów lekarskich oraz szpitali.
Dbamy o to, aby klienci mogli wybrać bezpieczne, najwygodniejsze dla nich rozwiązanie, a decyzja o udzieleniu finansowania zapadła jak najszybciej.

Zachęcamy do kontaktu:

Siemens Finance Sp. z o.o.

Marcin Czebotariunas
tel.: 606 895 432
e-mail: marcin.czebotariunas@siemens.com

Michał Porycki
tel.: 608 689 456
e-mail: michal.porycki@siemens.com

www.siemens.pl/leasing

SIEMENS

Kraków wyprzedził Europę

pierwsza w Europie pediatryczna sala hybrydowa

Piotr Smolarski
psmolarski@cxsa.pl

W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie powstaje pierwsza w Europie pediatryczna sala hybrydowa. Ten niezwykły projekt, realizowany dzięki środkom z Fundacji Radia ZET, ma szansę **uratować życie wielu małym pacjentom** oraz pozytywnie wpłynąć na dalszy rozwój kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej. Sala wyposażona będzie w ultranowoczesny dwupłaszczyznowy angiograf Artis zee biplane firmy Siemens. Sprzęt ten pozwoli na precyzyjne, a dzięki temu jeszcze bardziej skuteczne diagnozowanie oraz operowanie dzieci z najcięższymi wadami serca. Daje on możliwość przeprowadzenia wszystkich niezbędnych zabiegów podczas jednej operacji, skraca czas hospitalizacji pooperacyjnej oraz znacząco zwiększa szanse powodzenia leczenia.

„Dziś spełnia się moje marzenie – powiedział profesor Janusz Skalski, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej – Mogę powiedzieć, że nasza klinika będzie dysponować **najnowocześniejszą w Europie salą operacyjną do leczenia wad serca u dzieci**. Powstająca sala hybrydowa umożliwi również przeprowadzanie skomplikowanych zabiegów z zakresu neurochirurgii, ortopedii czy chirurgii ogólnej. Dzięki temu planowane jest znaczące zwiększenie liczby przeprowadzanych operacji."

Fot. 1. Sala hybrydowa z aparatem Artis zee biplane firmy Siemens

Dwupłaszczyznowy angiograf **Artis zee biplane**, w który zostanie wyposażona sala hybrydowa łączy wysoką jakość obrazowania oraz, co niezwykle istotne na sali operacyjnej, elastyczność pozycjonowania. Angiograf ten zapewnia lekarzom swobodny dostęp do głowy pacjenta i jednocześnie duży obszar badania bez konieczności zmiany ułożenia pacjenta na stole, co czyni go idealnym systemem do zabiegów hybrydowych w kardiologii dziecięcej. Obraz z drugiej płaszczyzny dostarcza lekarzom dodatkową informację diagnostyczną bez konieczności podawania, małym pacjentom kolejnej porcji nieobojętnego dla zdrowia w dużych ilościach, środka kontrastowego. System wyposażony jest w dwa detektory półprzewodnikowe różnej wielkości oraz dwie lampy RTG wykorzystujące unikatową technologię płaskiego emitera. Zapewniają one wysoką rozdzielczość i umożliwiają obrazowanie w najbardziej wymagających sytuacjach. Jednocześnie szereg rozwiązań sprzętowych (w tym automatyczny dobór dodatkowych filtrów eliminujących miękką, nieużyteczną diagnostycznie część widma promieniowania, w zależności od przepuszczalności pacjenta; czy wyzwalanie promieniowania sygnałem EKG) i działających w czasie rzeczywistym algorytmów komputerowych, pozwala uzyskiwać doskonałej jakości obrazy przy minimalnej dawce promieniowania. Angiograf wyposażony jest w stół operacyjny umożliwiający pochylanie przepuszczalnego dla promieniowania blatu w dwóch kierunkach. Komfort i większą higienę zapewnia także bezprzewodowy nożny włącznik ekspozycji.

Obraz w sali hybrydowej będzie wyświetlany na dwóch 56" monitorach umożliwiających podłączenie i jednoczesną prezentację wielu sygnałów wizyjnych. Wybór sposobu prezentacji odbywa się z umieszczonego przy stole pacjenta pulpitu dotykowego. Ten sam pulpit umożliwia jednocześnie sterowanie komputerem obrazowym angiografu, stacją hemodynamicznoelektrofizjologiczną i stacją roboczą do rekonstrukcji 3D. Integracja ma miejsce także w sterowni. Całość można obsługiwać za pomocą jednej wspólnej klawiatury i myszy, a obrazy ze wszystkich urządzeń wyświetlane są na dwóch monitorach 30" wysokiej rozdzielczości.

Szczególnie interesujące i widowiskowe są te aplikacje, które umożliwiają uzyskiwanie trójwymiarowych obrazów serca na podstawie obrazów zebranych w trakcie tzw. **angiografii rotacyjnej**. Polega ona na jednoczesnym obrocie ramienia C wokół interesującego lekarza obiektu (serca) i akwizycji obrazów z dużą szybkością. Rekonstrukcja 3D pozwala uzyskać obrazy „CT-podobne" od razu w sali operacyjnej, bez konieczności przenoszenia pacjenta do tomografu komputerowego, za to z odzwierciedleniem rzeczywistej anatomii pacjenta na stole. Błyskawiczne wyekstrahowanie interesujących operatora struktur ze zrekonstruowanej objętości 3D możliwe jest za pomocą dosłownie jednego kliknięcia myszą. Ich nałożenie na dwuwymiarowy obraz z prześwietlenia stanowi doskonałą pomoc nawigacyjną dla operatorów tak podczas zabiegów kardiochirurgicznych, jak i w elektrofizjologii. Cała procedura (wliczając w to rotację) zajmuje mniej niż minutę.

Niezwykle miło nam ogłosić, że **dostawcą wyposażenia sali hybrydowej Szpitala Uniwersyteckiego w Prokocimiu jest firma Consultronix**. Wspólnie z naszym partnerem – Siemens – dołożymy wszelkich starań aby ten nowatorski, na skalę światową, projekt spełnił pokładane w nim nadzieje i wspomógł pracę niezrównanej ekipy kardiochirurgów dziecięcych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Consultronix idzie w świat!

produkcja lokalna - dystrybucja globalna

Piotr Barański
pbaranski@cxsa.pl

Mijają cztery lata od momentu kiedy objąłem stery nad działem produkcyjnym firmy Consultronix. Dla tych z Państwa, którzy nie wiedzą, informuję, że nasza firma produkuje stoliki okulistyczne „na miarę". Początki jak zawsze były ciężkie, ale wraz ze wsparciem kolegów i koleżanek z zespołu powiem szczerze: osiągnęliśmy międzynarodowy sukces!!!

Dziś świętujemy sprzedaż egzemplarza numer 4000!!! Nasza sieć dystrybucyjna obejmuje 23 państwa, na czterech kontynentach w sprzedaży bezpośredniej. Według nieoficjalnych statystyk kontrolujemy blisko 6.5% światowego rynku stolików okulistycznych. Dzięki najwyższym standardom zarządzania produkcją przez ostatnie cztery lata otrzymaliśmy tylko dwie oficjalne reklamacje, co stanowi zaledwie 0.05% naszych wyrobów. Średnio, tygodniowo* nasz zakład produkcyjny opuszczają 24 nowe egzemplarze, które często są skierowane w różne strony świata. Produkt jako jedyny wyróżnia się możliwością indywidualnego dopasowania do oczekiwań klienta, co zostało docenione przez naszych obecnych partnerów, zarówno lekarzy jak i wielu uznanych światowych marek w branży diagnostyki okulistycznej, optyki i optometryki. Mamy nadzieję, że utrzymamy obecne, dynamiczne tempo wzrostu produkcji i za rok będziemy mogli pochwalić się jeszcze większymi sukcesami.

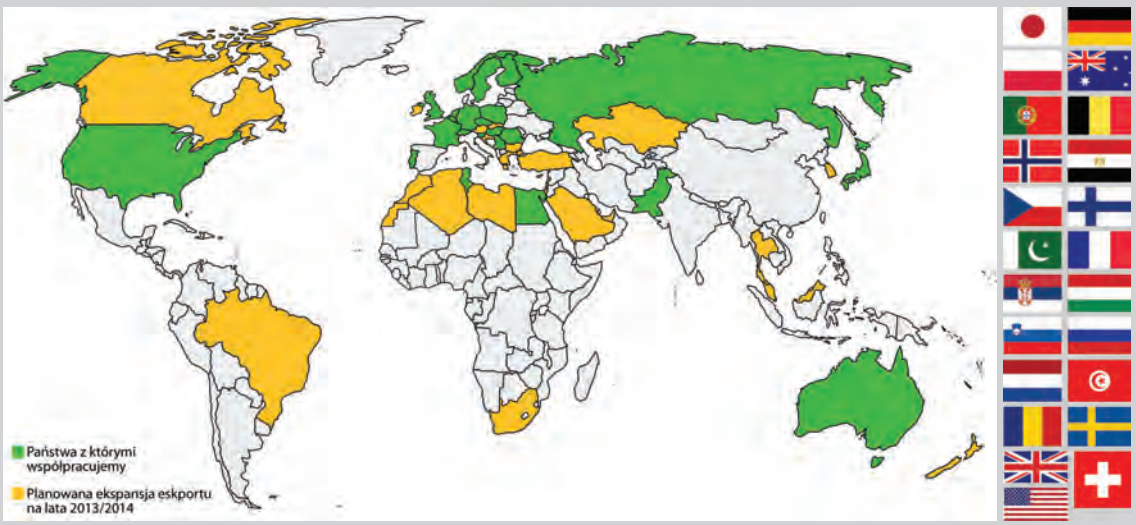
Kiedy zaczynaliśmy przygodę z eksportem w naszej ofercie znajdowały się jedynie dwa stoliki TAVO-s i TAVO-b. Obecnie posiadamy całą gamę produktów z możliwością indywidualnego dopasowania każdego z nich do szczególnych wymagań konkretnego klienta. Podzespoły naszych produktów są niczym klocki LEGO i pozwalają się dowolnie łączyć tak aby mieć dużą łatwość w przygotowywaniu modeli zgodnych z oczekiwaniami zamawiającego. Możemy żonglować rozmiarami, mobilnością, kształtami a nawet rodzajem napięcia zasilającego urządzenie. Na specjalne życzenia tworzymy niestandardowe rozwiązania, zapewniające funkcjonalność w nietypowych warunkach pracy lub oryginalny wygląd będący wizytówką naszych klientów.

Oprócz naszej niezłomnej wytrwałości w dążeniu do osiągnięcia celu, kluczowe okazało się wsparcie finansowe Unii Europejskiej w zakresie rozwoju eksportu. Podjęte działanie 6.1 w ramach POIG „Paszport do Eksportu" – pozwoliło nam podróżować i wystawiać swoje produkty na takich imprezach jak ESCRS, AAO, WOC czy MIDO. W planach mamy pojawić się również w Amsterdamie – ESCRS 2013 i Tokio – WOC 2014.

Poniżej przygotowaliśmy dla państwa poglądową mapę, na której oznaczyliśmy rynki objęte w większym lub mniejszym stopniu naszą siecią dystrybucyjną oraz regiony, w których intensywnie poszukujemy partnerów do współpracy.

Kto wie co przyniesie przyszłość, może to właśnie Ty, drogi Czytelniku, przyczynisz się do dalszego rozwoju naszego eksportu. Więcej informacji na temat stolików znajduje się na stronie: www.consultronix.pl/oferta/produkcja/

* licząc w stosunku do czasu pracy firmy – 251 dni w roku po 8 godzin na dobę



Fot. 1. Mapa świata z flagami Państw do których wysyłamy nasze produkty

Sztuczna tęczówka

pierwsza implantacja w Polsce

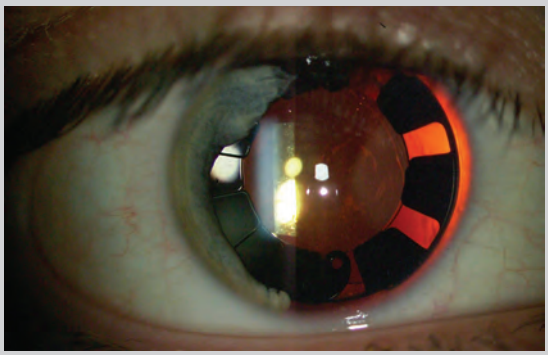
prof. dr hab. n. med. Tomasz Żarnowski

dr n. med. Dariusz Haszcz

dr n. med. Agnieszka Ćwiklińska

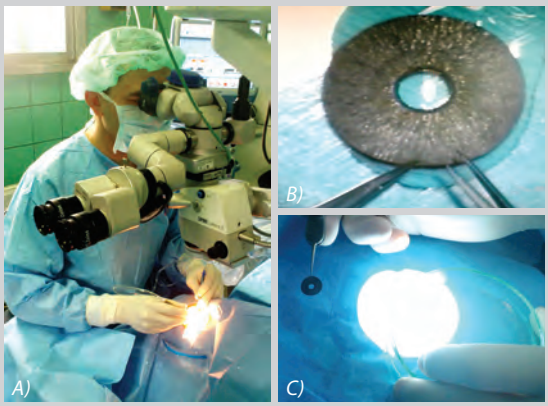
Katedra i Klinika Okulistyki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W dniu 12 stycznia 2013 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie, dzięki staraniom pana prof. Tomasza Żarnowskiego (kier. Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry) oraz pana dr Dariusza Haszcza (Klinika Okulistyki Ogólnej, kier. prof. Robert Rejdak), miałam przyjemność asystować przy **pierwszej w Polsce implantacji sztucznej tęczówki firmy Dr. Schmidt Intraocularlinsen**. Zabieg był dla operatora (dr Haszcz) ogromnym wyzwaniem. Cała procedura prezentowana była jako chirurgia na żywo, w trakcie odbywającego się w tym czasie w Klinice Międzynarodowego Kursu „Strategie postępowania w urazach gałki ocznej".



Fot. 1. Oko chorego przed zabiegiem

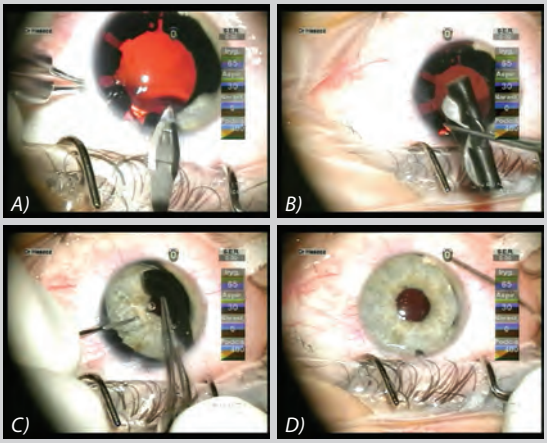
Pacjentem był młody mężczyzna, który kilka lat wcześniej doznał pourazowego uszkodzenia oka, na skutek uderzenia pięścią. Implantacja sztucznej tęczówki nie była u niego pierwszym zabiegiem okulistycznym. Do czasu tej procedury u chorego wykonano m.in. usunięcie zmętniałej soczewki i wszczepienie torycznej soczewki wewnątrzgałkowej oraz czarnych pierścieni imitujących tęczówkę (fot. 1). Jednak zarówno efekt kosmetyczny jak i dolegliwości subiektywne tj.: światłowstręt, olśnienie i halo wokół źródeł światła zmusiły lekarzy naszej Kliniki i samego chorego do poszukiwania alternatywnych metod rekonstrukcji przedniego odcinka oka.



Fot. 2. Dr Dariusz Haszcz w trakcie zabiegu (A), sztuczna tęczówka przed implantacją (B)(C)

Zanim przystąpiono do procedury wszczepienia sztucznej tęczówki, chory był poproszony o przygotowanie kilku fotografii drugiego zdrowego oka, w dużym powiększeniu, na kilka tygodni wcześniej. Na podstawie koloru tęczówki tego oka, firma **Dr. Schmidt Intraocularlinsen** wykonała indywidualny projekt materiału z rysunkiem imitującym ludzką tkankę. Dzięki temu kolor obojga oczu pacjenta, po implantacji, jest niemal identyczny. Co więcej, materiał ten jest nieprzepuszczalny dla światła, co pozwala na znaczne zmniejszenie dolegliwości odczuwanych do tej pory przez chorego.

Zabieg był wykonany w znieczuleniu miejscowym, okołogałkowym. Polegał na wykonaniu cięcia w przezroczystej rogówce wielkości ok. 3.2 mm, zwinięciu sztucznej tęczówki i wprowadzeniu jej do komory przedniej oka, a następnie, po delikatnych manipulacjach, na precyzyjnym umieszczeniu jej w bruździe rzęskowej. Pomimo faktu, iż był to pierwszy tego typu zabieg w Polsce, operacja przebiegła bardzo sprawnie, bez komplikacji. Satysfakcję odczuł cały zespół na bloku operacyjnym, a według pacjenta już kilka dni po zabiegu dolegliwości znacznie się zmniejszyły, a efekt kosmetyczny przekroczył jego oczekiwania (fot. 2-3).



Fot. 3. Zabieg wykonania implantacji tęczówki, cięcie rogówkowe (A), zwinięcie tęczówki (B), implantacja do komory przedniej (C), umieszczenie tęczówki w bruździe rzęskowej (D)

Informacje techniczne

Sztuczna tęczówka (ARTIFICIAL IRIS) jest produktem medycznym zaprojektowanym przez Dr. Schmidt Intraocularlinsen we współpracy z prof. H-R. Koch/Bonn. Pierwsze próby kliniczne rozpoczęły się w 2002 roku. Rocznie na świecie jest wszczepianych kilkadziesiąt tęczówek tego typu. Sztuczna soczewka jest wytworzona z mieszaniny polimerowych włókien i barwników pokry-

tej materiałem silikonowym, obojętnym dla oka, podobnie jak soczewki wewnątrzgałkowe. Ma średnicę 12.8 mm, w centrum z otworem imitującym źrenicę o śr. 3.4 mm i grubości 0.2-0.4 mm. Występuje w dwóch wersjach: z usztywnianymi włóknami i bez nich. Pierwsza jest przeznaczona do implantacji w oczach bezsoczewkowych do podszycia do twardówki i takich, w których ze względu na obecność fragmentów tęczówki własnej chorego, będzie wykorzystywana tylko odpowiednio wycięta część sztucznego materiału. W przypadku implantacji sztucznej tęczówki w Lublinie wykorzystano tęczówkę bez wzmacniających włókien. Materiał ten jest wystarczająco plastyczny i elastyczny by swobodnie mieścił się w bruździe rzęskowej i zazwyczaj nie wymaga zastosowania żadnych szwów. Omawiana tęczówka ma dwie ogromne zalety. Po pierwsze jest zwijalna, co umożliwia wprowadzenie jej do komory przedniej przez niewielkie cięcie rzędu <3.5 mm. Drugą ważną cechą jest niezwykle staranne odtworzenie rysunku tęczówki, który w kolorze, kształcie krypt i włókien przypomina tęczówkę drugiego oka chorego. Pozwala to na uzyskanie bardzo dobrego efektu wizualnego.

Fot. 4. Zespół bloku operacyjnego

Kliniczne zastosowanie tego produktu dotyczy chorych z częściową lub całkowitą beztęczówkowością wrodzoną jak i nabytą - pourazową czy pooperacyjną. Obecnie na rynku medycznym firmy oferują kilkanaście różnych rodzajów blend imitujących tęczówkę, ale zazwyczaj są one jednobarwne i dostępne w kolorze czarnym (najczęściej), niebieskim, zielonym i brązowym. Niestety, im kolor i faktura sztucznego materiału bardziej imitują prawdziwą tkankę, tym cena jest odpowiednio wyższa.

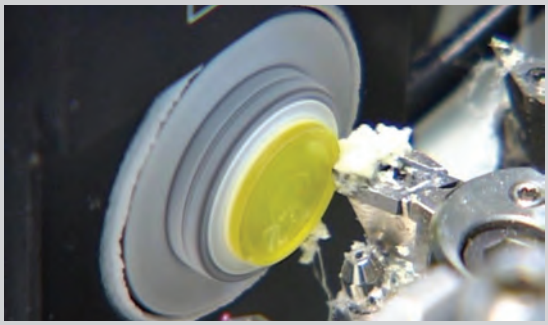
Miejmy nadzieję, że powyższy zabieg nie będzie tylko wyjątkiem, ale podobne procedury będą coraz bardziej dostępne dla chorych w Polsce.

Soczewka PodEye

hydrofobowa rewolucja

Agnieszka Gawin
agawin@cxsa.pl

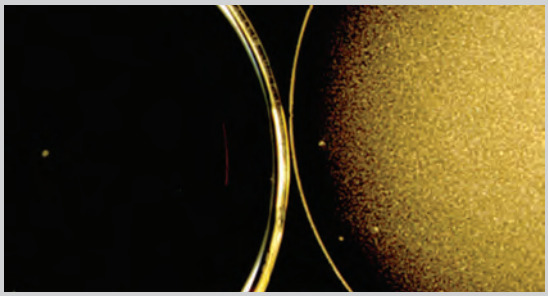
Szeroka oferta soczewek dostępnych w portfolio naszej firmy, skupiała się dotychczas na modelach wykonanych z trzech materiałów: akrylu hydrofilnego, silikonu oraz PMMA. Jednak oferta w tej konfiguracji nie zaspokajała potrzeb wszystkich chirurgów. Nie mieliśmy popularnych na naszym rynku soczewek z akrylu hydrofobowego. Szukając firmy, która mogłaby wypełnić lukę w naszym asortymencie, postanowiliśmy w 2010 roku rozpocząć współpracę z belgijskim producentem soczewek wewnątrzgałkowych, firmą **PhysIOL**. Oprócz doskonałych soczewek do mikrocięcia w systemie implantacji preloaded - MICRO 123, soczewek trzyogniskowych FineVision posiadają, jakże pożądaną przez nas, soczewkę hydrofobową **PodEye**.



Fot. 1. Proces wycinania soczewki z bryły akrylu

Rewolucja produkcji

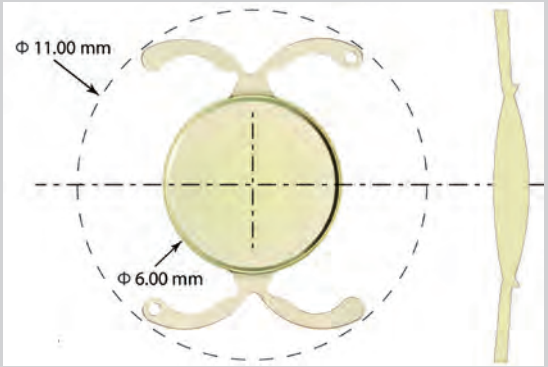
Cryomilling, czyli innowacyjna technologia produkcji soczewki *PodEye*, oparta jest na procesie wycinania soczewki z bryły akrylu oraz jej diamentowej obróbce (fot. 1). Proces ten eliminuje ryzyko powstawania w optyce soczewki mikroporów, w których gromadząca się woda może powodować tworzenie się negatywnego dla pacjenta zjawiska „olśnienia" (fot. 2). Ten sposób produkcji soczewek hydrofobowych jest unikalny i wyróżnia nas spośród popularnych na rynku soczewek akrylowych o niskim stopniu uwodnienia, produkowanych metodą wtłaczania masy akrylowej do gotowej formy. Ponadto stopień uwodnienia, wyższy niż dotychczasowe standardy rynkowe, jest przemyślanym i celowym działaniem. 4.9% wody w akrylu hydrofobowym jest wynikiem umieszczenia soczewki w pojemniku wypełnionym płynem fizjologicznym. To dzięki temu soczewka przed wszczepieniem do gałki ocznej, w której panuje środowisko wodne, lepiej adaptuje się do panujących tam warunków. Ostatecznie przekłada się to na szybszą adaptację akrylu w oku i daje pacjentowi lepszy komfort widzenia, bez dodatkowych zniekształceń obrazu czy niepożądanych „olśnień".



Fot. 2. Porównanie soczewki PodEye (z lewej) z popularną soczewką hydrofobową (z prawej) pod kątem „olśnienia"

Rewolucyjny kształt

Podwójna ostra krawędź na części optycznej i haptycznej, dodatkowa pięciostopniowa angulacja, dwuwypukłość, asferyczna optyka korygująca aberację sferyczną - to dziś standard w wysokiej klasy soczewkach wewnątrzgałkowych. Dlatego skupmy się na tym, co jeszcze posiada soczewka PodEye, a czego nie mają soczewki konkurencyjne. Unikatowy kształt haptenów przypominający kotwicę, zapewnia lepszą stabilizację soczewki oraz jej centrację w miejscu implantacji (fot. 3). Znacznik poprawności wszczepu w postaci dwóch otworów w przeciwległych haptenach, daje chirurgowi kontrolę podczas procesu implantacji. Kształt soczewki ma również wpływ na łatwość umieszczenia jej w injectorze oraz implantację przez cięcie 2.0 mm.



Fot. 3. Soczewka hydrofobowa PodEye firmy Physiol

Rewolucja na rynku

Wypełnienie niszy w naszej ofercie soczewką hydrofobową sprawia, że jesteśmy w chwili obecnej firmą, która odpowie na większość wymagań klientów. Mając do dyspozycji portfolio soczewek najwyższej jakości, wykonanych z doskonałych materiałów, jesteśmy przekonani, że sprostamy potrzebom wszystkich oddziałów i chirurgów operujących w polskich ośrodkach.

Soczewka PodEye staje się dziś rewolucją na europejskim rynku mikrochirurgicznym, a dzięki naszej firmie rewolucja ta ma szansę zmienić sytuację w polskich oddziałach okulistycznych. Czy pozwolimy jej na to? To zależy tylko od Państwa.

PhysIOL®

Katena na sali operacyjnej

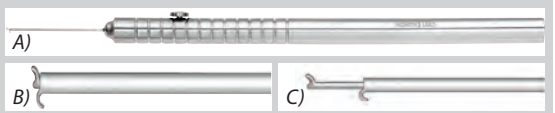
trudne przypadki mikrochirurgiczne

Ewelina Soczek
esoczek@cxsa.pl

Mała źrenica pacjenta podczas operacji zaćmy jest dużym utrudnieniem mogącym prowadzić do nierównej i zbyt małej kapsuloreksji oraz do zniszczenia tęczówki.

Katena wychodząc naprzeciw oczekiwaniom chirurgów, proponuje narzędzia, które są niezbędne w takich przypadkach, a szczególnie wtedy kiedy zawodzą mydriatyki.

Rozszerzacz źrenicy Keuch, dzięki swojej specjalnej budowie pozwala na łatwe i szybkie jej rozszerzenie. Na wewnętrznej stronie, stacjonarny hak utrzymuje jeden brzeg źrenicy podczas gdy hak przedni sterowany kciukiem lekarza, wydłuża się powiększając tym samym średnicę źrenicy. Wprowadzenie narzędzia zarówno przez cięcie główne jak i przez paracentezę prowadzi do uzyskania niezbędnej widoczności, aby przystąpić do zabiegu zaćmy.



Fot. 1. Rozszerzacz źrenicy Keuch K3-4950, rękojeść (A), końcówka (B)(C)

Fot. 2. Szpatuła Fukasaku-Lieber K3-2365, końcówka (A), rękojeść (B)

Phaco szpatuła Fukasaku-Lieberman to dwustronne narzędzie, przeznaczone do fragmentacji jądra przy małej źrenicy. Jeden z końców, oprócz standardowej wewnętrznej krawędzi tnącej, posiada na swojej zewnętrznej powierzchni rowek, który umożliwia odepchnięcie tęczówki. Takie rozwiązanie pozwala uzyskać wystarczającą przestrzeń, aby bez ryzyka uszkodzenia tęczówki, sprawnie i bezpiecznie manipulować narzędziem wewnątrz oka. Drugi koniec czopera o wydłużonym, tępo zakończonym tipie i wewnętrznej powierzchni ostrej, idealnie nadaje się do horyzontalnego podziału miękkich jąder. Ponadto okrągła, lekko karbowana rękojeść, pozwala operatorowi łatwo i sprawnie obracać narzędziem wewnątrz oka.

Już od kwietnia **Consultronix** wyłącznym dystrybutorem mikroskopów Leica

Leica MICROSYSTEMS

Soczewki do zadań specjalnych

Ewa Wesołowska-Kiełb
ewesolowska@cxsa.pl

Blumenthal Suturelysis
Soczewka przeznaczona do usuwania szwów przy pomocy lasera. Posiada unikalną, szpiczastą końcówkę, która pozwala na redukcję dyskomfortu pacjenta przy wizualizacji szwów, a duże powiększenie umożliwia dotarcie do tych głęboko osadzonych.

Capsulotomy Lens, Iridectomy Lens
Soczewki te posiadają opatentowaną, podwójnie asferyczną optykę zapewniającą zwiększone obrazowanie, a także wyposażone są w technologię LASER WINDOW®, która chroni przed zanieczyszczeniem obrazu zapewniając precyzyjne umieszczenie plamki lasera.

Przeznaczenie:
Kapsulotomia laserowa - Zapewnia precyzyjne umieszczenie skoncentrowanej wiązki laserowej na torebce.

Irydektomia laserowa - umożliwia wysokie powiększenie obrazu tęczówki.

Blumenthal Suturelysis
Powiększenie: 2x - 3x
Plamka lasera: 0.50x – 0.33x
Cena specjalna:
1100 zł netto + grawer gratis

Capsulotomy Lens
Powiększenie: 1.57 x
Plamka lasera: 0.63 x
Cena specjalna:
1370 zł netto + grawer gratis

Iridectomy Lens
Powiększenie: 1.7 x
Plamka lasera: 0.58 x
Cena specjalna:
1370 zł netto + grawer gratis

Okuliści dla Afryki

odsłona pierwsza

Okuliści dla Afryki, to spontaniczna akcja zorganizowana z potrzeby serca i odrobiny rozumu. Gdyby było go więcej, pewnie nigdy nie doszłaby do skutku. W czerwcu 2012 roku po 5 min. rozmowy z organizatorem akcji „Dentysta w Afryce" doktorem Konradem Rylskim zadałam pytanie: Nie potrzebujecie okulisty? A potem się zaczęło. Po rozmowach z misjonarkami w Kamerunie okazało się, że potrzeby są ogromne. Zaproponowałam Agnieszce Lembowicz, optometrystce z prowadzonej przeze mnie Kliniki Okulus, aby pojechała ze mną. Razem zrobimy więcej. Sama nie przebadałabym 1700 dzieci i ponad 100 dorosłych w 6 misjach w niecałe trzy tygodnie. Pomysł był taki, że jedziemy na polskie misje we wschodniej, najbiedniejszej części Kamerunu.

Czasu na przygotowania było niewiele, ale dzięki pomocy ludzi, firm i dobrym zbiegom okoliczności już 27 września ze 120 kg bagażu leciałyśmy do Jaunde, stolicy Kamerunu. W tym bagażu były leki i sprzęt, naszych osobistych rzeczy po 5 kg na osobę i to głównie w bagażu podręcznym. Kropli, maści okulistycznych, środków dezynfekujących, rękawic, masek miałyśmy ogromne ilości. Tak nam się wydawało. Na koniec okazało się, że zabrakło wszystkiego.

Fot. 1. Bogaci jeżdżą motorami

Przed wyjazdem przygotowywałyśmy się po europejsku czytając o malarii, pchle piaskowej, wężach i innych, wtedy, istotnych sprawach. Wszystko okazało się mało ważne już pierwszego dnia, kiedy jechałyśmy do Nguelemenduka przez las tropikalny. Tak zwana droga, w kolorze czerwonym nie przypominała niczego po czym do tej pory jeździłam. Szeroka na 4/5 naszej Toyoty. Okna nie można otworzyć, bo dostaje się gałęziami po twarzy. Dziury do pół metra trudno było omijać, bo musielibyśmy wjechać kołami w las tropikalny. Ten las jest piękny na zdjęciach... I niebezpieczny w rzeczywistości. Ściana zieleni, gęstej, nieprzeniknionej, ciernistej w niższych partiach i zanurzonej w bagnie!!

Jest pora deszczowa, około godziny 18 w kwadrans robi się CIEMNO. Koszmarnie ciemno. I nagle słyszymy grzmoty, dookoła błyskawice, po kilka naraz, z każdej strony. Zaczyna padać. Najpierw pojedyncze, duże krople deszczu, a potem bardziej i bardziej. Nam wydaje się, że to już ulewa tropikalna, ale okazało się, że nie - w Kamerunie ulewa to ściana deszczu tak głośna, że dwie osoby nie słyszą się siedząc obok siebie.

Fot. 2. Obwoźny sklep

Droga zrobiła się bardzo śliska. Konrad ściska kierownicę obiema rękami, jedziemy z prędkością 5 km/h a i tak co jakiś czas wpadamy w poślizg na czerwonej brei, w którą zmieniła się droga. My z Agą milczymy, zapierając się rękami i nogami o co się da. Inaczej na wybojach uderzamy głowami o sufit. Tylko z tyłu spokojna Siostra Immakulata informuje nas, że jeszcze tylko kawałek do „wypasionej" drogi nam został. Za kilkanaście kilometrów droga była faktycznie „wypasiona" - szersza o 40 cm i w końcu gałęzie przestały walić po karoserii.

Dojeżdżamy do misji, wjeżdżamy do garażu i dopiero teraz zaczyna się prawdziwa ulewa tropikalna. Ale my już jesteśmy przekonane, że nic gorszego nas nie może spotkać. Teraz będzie tylko lepiej. Przed nami praca, ale na razie polska kolacja. Siostry przyjęły nas całym sercem…

Sami lekarze nie wystarczą, by skutecznie nieść pomoc. Aby ich obecność w Afryce miała większy sens potrzebują sprzętu, lekarstw i materiałów medycznych. Oto poszukiwany sprzęt okulistyczny do Afryki:
- tablice Snellena do dali i bliży,
- kasety okulistyczne,
- oprawy okularowe próbne,
- ręczne lampy szczelinowe,
- oftalmoskopy bezpośrednie i pośrednie,
- sprzęt podstawowy dla chirurga:
Hak Langenbeck 14x33mm (HH-241-033-PMK) - 2szt / Peany małe krzywe 13cm (KN-412-130-EZMK) - 2 szt. / Peany średnie krzywe Crile 16cm (KN-074-160-EZMK) - 2 szt. / Kochery proste 13cm (KN-158-130-PMS) - 1 szt. / Preparatory Heiss 20cm (KN-054-200-UMS) - 1 szt. / Imadło Hegar 16cm (IM-135-160-PMK) - 1 szt. / Nożyczki Lexer 16,5cm (NN-087-165-ZMK) - 1 szt. / Pensety chirurgiczne -1 szt. / Pensety anatomiczne - 1 szt. /Spinaki do serwet Backhaus 13,5cm (HO-133-135-EPMK) - 2 szt. / Trzonek 13cm (TH-096-004-PMK) - 1 szt.

Kontakt: Klinika Okulus / www.okulus.pl/ tel. 33 816 25 78

FIrma CONSULTRONIX SA dołącza do akcji i oferuje darmowe przeglądy sprzętom dostarczonym na wymieniony cel, kontakt: biuro@cxsa.pl.

dr Iwona Filipecka – kierownik medyczny OKULUS PLUS oraz pomysłodawca akcji „OKULIŚCI DLA AFRYKI" z lekarzem naczelnym szpitala w Nguelemenduka

Cd. w „Odsłonie drugiej"

Daytona

dopasowana do twoich potrzeb

Dariusz Łagan
dlagan@cxsa.pl

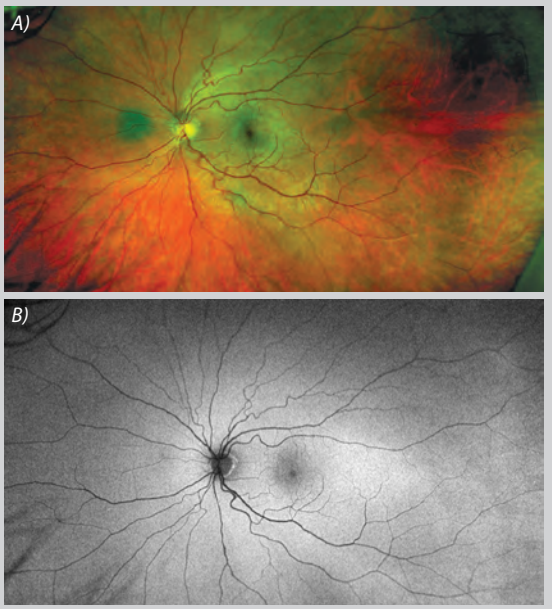
Technologia **optomap** od samego początku jej istnienia wzbudziła zachwyt użytkowników. Możliwość wykonywania **szerokokątnych zdjęć dna oka, w zakresie aż 200⁰**, stworzyła nowe spojrzenie na diagnostykę zmian zlokalizowanych na peryferiach siatkówki. Geneza wspaniałego wynalazku, jakim jest system obrazowania optomap, ma smutny początek. W roku 1990 pięcioletni Leif, syn Douglasa Andersona (założyciela Optos'a) stracił wzrok w jednym oku z powodu zbyt późnego wykrycia odwarstwienia. Stało się tak mimo regularnie przeprowadzanych badań wzroku. Konwencjonalne testy były uciążliwe, szczególnie dla małego dziecka. Ideą zbudowania nowego urządzenia było znalezienie sposobu ułatwienia badań siatkówki oraz zmniejszenie skali problemu utraty wzroku, spowodowanego zbyt późnym wykryciem chorób.

Fot. 1. System Daytona

Unikalny, wyjątkowo szeroki obraz **optomap** zwiększa szansę wykrycia nawet najwcześniejszych objawów choroby. Możliwość jednoczesnego obserwowania tak dużej powierzchni siatkówki daje kompleksowy obraz ułatwiający wystawienie prawidłowej diagnozy oraz podjęcie właściwego leczenia. Dzięki temu zyskujemy czas, który jest bezcenny. Użyteczność funduskamer szerokokątnych została wykazana w licznych badaniach klinicznych. Tradycyjne filtry zostały zastąpione przez selektywne stosowanie odpowiednich fal laserowych. Dzięki temu, w przypadku pacjentów z zaćmą, uzyskujemy lepsze obrazy, niż w przypadku zastosowania konwencjonalnych aparatów wykorzystujących pełne spektrum światła białego oraz filtry optyczne. Co więcej, dzięki technologii virtual point bez używania mydriatyków (minimalna średnica źrenicy to zaledwie 2 mm) uzyskujemy szerokokątny obraz obejmujący 200⁰, przy zdolności rozdzielczej 14 µm. Laser czerwony i zielony dostarczają informacji niezbędnych dla interpretacji i diagnozy. Światło zielone (532 nm), „bezczerwienne" dostarcza informacji o unerwionej części siatkówki oka do RPE (Retinal Pigment Epithelium), natomiast światło czerwone (633 nm) obrazuje głębsze struktury siatkówki oka (RPE do naczyniówki). Pozwala to na separacje obrazów podstruktur siatkówki na różnych głębokościach.

Dodatkowo, zastosowanie zielonego lasera umożliwia szerokokątną autofluorescencję. Dzięki niej łatwiej zauważymy pojawienie się zaburzeń nabłonka barwnikowego siatkówki oraz druzów. Do tej pory na polskim rynku przełomowa technika obrazowania *optomap* była dostępna w modelu **200Tx**. To unikalne urządzenie poza opisanymi trybami wyposażone jest w moduł ultraszerokokątnej angiografii *optomap fa* oraz rozbudowane funkcje *optomap plus*, znacznie wzbogacające potencjał badawczy klinik i poradni specjalistycznych.

Idąc z duchem czasu projektanci szkockiego Optos'a poczynili ukłon w stronę szerszego grona użytkowników, tworząc nowy, modernistyczny model **Daytona**. Już na pierwszy rzut oka wrażenie robi niepowtarzalne wzornictwo i zwartość urządzenia. Daytona to kompaktowa, niezwykle łatwa w obsłudze szerokokątna funduskamera, oferująca wszystkie zalety technologii *optomap* oraz autofluorescencji w zakresie kątowym obejmującym aż 200⁰. Dzięki zredukowanej masie i gabarytom urządzenie mieści się na standardowym blacie stolika okulistycznego, przez co bez problemu znajdzie miejsce nawet w gabinetach o niewielkiej powierzchni. Nowa konstrukcja zwiększyła mobilność systemu. Warta podkreślenia jest prosta, intuicyjna obsługa urządzenia, realizowana za pomocą tabletu. Również duży nacisk położono na ergonomiczną postawę w trakcie badania oraz komfort pacjenta.



Fot. 2. Zdjęcia wykonane aparatem Daytona w trybie optomap (A) i optomap af (B)

Od chwili wprowadzenia systemu *optomap*, na całym świecie przeprowadzono ponad 24 miliony badań. Daytona sprawia, że niezwykła technologia staje się bardziej dostępna i przyjazna dla użytkowników.

Dermoskopia w Polsce

wywiad z profesor Lidią Rudnicką

Dermoskopia i trichoskopia stają się coraz popularniejszymi badaniami w Polsce. Jakie warunki powinny być spełnione aby dobrze wykonać badanie? W jaki sprzęt powinien być wyposażony gabinet dermatologiczny? I wreszcie jakie są zalety wideodermoskopów? Na te i inne pytania odpowiada prof. Lidia Rudnicka, kierownik Klinikii Dermatologii CSK MSWiA w Warszawie.

prof. dr hab. n. med. Lidia Rudnicka Klinika Dermatologii CSK MSWiA w Warszawie

Pani Profesor gratulujemy wydania książki „Atlas of Trichoscopy", czy możemy prosić o kilka słów o tym wydaniu?

Bardzo się cieszę, że ta książka się ukazała. Minęło bardzo dużo czasu od pomysłu na napisanie tego podręcznika do momentu, gdy pierwsze egzemplarze pojawiły się na półkach księgarni internetowych. Książka jest efektem pracy ponad 30 autorów z różnych ośrodków. Jest to praktycznie pierwszy podręcznik trichoskopii na świecie, więc jest dla mnie ważne, że powstał z dużym udziałem polskich dermatologów. Myślę, że firmę Consultronix może zainteresować, że wiele fotografii w tym atlasie zostało wykonanych przy pomocy zakupionego od Państwa wideodermoskopu FotoFinder dermoscope.

Czy trichoskopia staje się popularnym badaniem w Polsce?

Myślę, że choroby włosów i skóry owłosionej głowy stanowią dość wąską dziedzinę dermatologii. Wielu dermatologów nie zajmuje się tymi chorobami na codzień. Natomiast dla tych lekarzy, którzy zajmują się chorobami włosów, trichoskopia (dermoskopia włosów i skóry głowy) jest oczywistością. Nie da się obecnie dobrze zdiagnozować pacjenta z chorobą włosów bez trichoskopii. Zwracam jednak uwagę, że w ostatnich latach rozwój dermoskopii spowodował zwiększenie wśród dermatologów zainteresowania zmianami barwnikowymi skóry i czerniakiem. Może rozwój trichoskopii spowoduje, że niektórzy koledzy zainteresują się chorobami włosów. Warto podkreślić, że wielu lekarzy używa zwykłego dermoskopu ręcznego do tych badań. Wideodermoskopy bardzo ułatwiają pracę, ale też kosztują znacznie więcej.

Jakie warunki muszą zostać spełnione, aby dobrze wykonać i zinterpretować badanie trichoskopowe?

Musi być lekarz i musi być dermoskop. Każdy lekarz kiedyś zaczyna uczyć się nowej metody i potrzebuje trochę czasu, aby nabrać doświadczenia. Najłatwiej zacząć od oglądania zdrowych włosów, a potem powoli poszerzać wiedzę o różne choroby. Ogólna wiedza medyczna jest zawsze niezbędna, żeby prawidłowo interpretować to co się widzi i nie przeoczyć poważnych chorób ogólnoustrojowych, które mogą manifestować się łysieniem. Do trichoskopii można użyć dowolnego dermoskopu. Takiego, jakiego używa się do oglądania nowotworów skóry. Nie są potrzebne żadne dodatkowe elementy wyposażenia.

Jak ocenia Pani Profesor rozwój „polskiej" dermoskopii?

Bardzo dobrze. Myślę, że Polska jest jednym z przodujących krajów europejskich pod tym względem. W Polsce, w ostatnich latach rozpoznaje się czerniaki na coraz wcześniejszym etapie zaawansowania. Około połowa rozpoznawanych czerniaków, to czerniaki *in situ*. To w bardzo dużej mierze zasługa popularyzacji dermoskopii wśród dermatologów w ostatnich kilkunastu latach. Warto też zwrócić uwagę, że dermoskopia dawno już wykroczyła poza metodę służącą rozpoznawaniu nowotworów. Dermoskopy teraz używa się do diagnostyki różnicowej wielu różnych chorób dermatologicznych, od włosów na głowie do paznokci stóp.

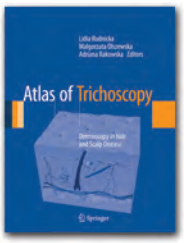
W jaki sprzęt z zakresu dermoskopii powinien być wyposażony gabinet dermatologiczny?

Dermoskop jest podstawowym wyposażeniem gabinetu dermatologicznego. Wybór nowego dermoskopu może być równie trudny jak wybór nowego samochodu, bo każdy z nas ma inne preferencje. Nie ma jednego leadera. W naszej książce, o którą Pan przed chwilą pytał, krótko opisujemy wady i zalety różnych rodzajów dermoskopów: kontaktowych i bezkontaktowych, polaryzacyjnych i nie polaryzacyjnych, dermoskopów ręcznych i wideodermoskopów. Każdy musi sam podjąć decyzję jaki dermoskop najlepiej sprawdzi się w jego pracy.

Jaka jest przydatność wideodermoskopu w codziennej pracy?

Kupiliśmy od Państwa już trzy wideodermoskopy FotoFinder dermoscope, więc nie budzi wątpliwości, że jesteśmy zadowoleni z możliwości jakie oferują wideodermoskopy. Do zalet sprzętu wideodermoskopowego należy możliwość dokumentacji fotograficznej zmian i ich monitorowania, a także możliwość powiększenia wybranego fragmentu obrazu oglądanej zmiany. Możliwość zapisania obrazu dermoskopowego jest też ważna, bo można go jeszcze raz na spokojnie obejrzeć po wyjściu pacjenta z gabinetu lub pokazać fotografię koledze i wymienić poglądy.

Rozmawiał Paweł Katarzyński



Atlas of Trichoskopy

- Szczegółowa, kompleksowa prezentacja aktualnej wiedzy o trichoskopii
- Informacje o diagnostyce zróżnicowanych grup pacjentów
- Napisany przez ekspertów posiadających wiedzę i doświadczenie w trichoskopii
- Pierwsza książka poświęcona w pełni tematyce trichoskopii

Springer

DERMATOLOGIA *i kosmetologia* praktyczna

W każdym numerze piszemy m.in. o:

- etiopatogenezie / leczeniu / pielęgnacji
- starzeniu / fotostarzeniu
- toksynie botulinowej
- nieinwazyjnych / małoinwazyjnych technikach zabiegowych
- dermatochirurgii
- laserach i IPL w dermatologii
- fotodermatologii i fototerapii
- psychodermatologii

roczna prenumerata tylko 90 zł

Czy przedłużyłeś już prenumeratę na 2013 rok?

Tylko zamówienie prenumeraty gwarantuje otrzymanie każdego numeru

Prenumeratę można zamówić wpłacając należność (90 zł) na konto redakcji w banku, na poczcie:
Medical Publishing House Sp. z o.o., 02-384 Warszawa, ul. Włodarzewska 57d/10,
Nr konta w BPH Warszawa 88 1060 0076 0000 3200 0112 5097 lub na stronie www.medph.pl
W sprawie prenumeraty prosimy kontaktować się telefonicznie: 22 824 02 68 lub mailem: redakcja@medph.pl

Przełom w diagnostyce czerniaka

VivaScope 1500 - biopsja in vivo

Tradycyjne metody obrazowania skóry to w większości inwazyjne, czasochłonne procedury diagnostyczne. Skaningowy mikroskop konfokalny oferowany przez firmę **Mavig** pozwala w innowacyjny sposób zobrazować struktury skóry, krok po kroku, z mikroskopową dokładnością. Mikroskopia konfokalna znajduje zastosowanie w wielu obszarach badawczych, tj. diagnostyka raka skóry, chorób zapalnych skóry, a także w przemyśle kosmetycznym.

Fot. 1. Mikroskop VivaScope 1500

Skanujący, laserowy mikroskop konfokalny to nowoczesna odmiana mikroskopu fluorescencyjnego, w którym źródłem światła jest laser. Mikroskop ten umożliwia dokonywanie tzw. przekrojów optycznych preparatu, analizuje bowiem światło pochodzące z jednej jego płaszczyzny, eliminując światło docierające z warstw położonych wyżej lub niżej. Mikroskopia konfokalna bazuje na detekcji wypromieniowanego światła po wcześniejszej absorpcji przez daną substancję. Światło emitowane charakteryzuje się zawsze większą długością fali w stosunku do światła absorbowanego. Mikroskopia konfokalna opiera się zatem na pomiarze fluorescencji związków chemicznych, (tzw. barwników fluorescencyjnych) wiążących się z pewnymi typami komórek, strukturami subkomórkowymi lub grupami chemicznymi. W tym przypadku to melanina i keratyna stanowią naturalny kontrast, ponieważ cechują się wysokim współczynnikiem refrakcji. Pozwala to na obserwację struktur cytologicznych oraz architektury komórki. Komórkowe mikrostruktury skóry mogą zostać przedstawione w określonych horyzontalnych przekrojach o grubości poniżej 5 mikrometrów.

Wczesne rozpoznanie czerniaka złośliwego jest sprawą najwyższej wagi, ponieważ jest czynnikiem decydującym w obniżaniu śmiertelności. Tymczasem rzeczywistość jest taka, że wiele łagodnych zmian barwnikowych musi być usuniętych, aby znaleźć pojedyncze zmiany nowotworowe. Użycie systemu **VivaScope 1500** znacznie poprawia trafność diagnozy w dermatologii onkologicznej, jak również pomaga lepiej poznać biologię skóry. „Procedura umożliwia szybkie, bezbolesne i niezawodne rozpoznanie różnych nowotworów złośliwych skóry", potwierdza dr Julia Welzel ze szpitala w Augsburgu. „Dodatkowo oszczędza pacjentom biopsji i niepokoju związanego z długim oczekiwaniem na diagnozę histologiczną".

Urządzenie generuje obrazy czarno-białe skóry w optymalnej jakości. **VivaScope 1500** bardzo dobrze nadaje się do wielu różnych zastosowań medycznych i kosmetycznych. Oprócz zdjęć konfokalnych mikroskop VivaScope wyposażony jest w kamerę VivaCam, która daje nam makroskopowy obraz o rozdzielczości pięciu megapixeli. Ten powiększony widok umożliwia badanie zróżnicowanych obszarów skóry i pozwala na korelację zdjęć makroskopowych i konfokalnych. Dodatkowo mikroskop **VivaScope 1500** oraz 1500 Mulitlaser mogą zostać wyposażone w przenośny mikroskop konfokalny VivaScope 3000. Ułatwia on sprawdzenie trudno dostępnych obszarów skóry tj. nosa lub pod kolanem, dostarczając tym samym stabilny i wyraźny obraz in vivo.

Fot. 2. Mikroskop VivaScope 1500

Wierzymy mocno, że powyższe systemy w przyszłości będą stanowiły integralną część standardowego wyposażenia klinik dermatologicznych oraz ośrodków badawczych z branży kosmetycznej.

Serdecznie zapraszamy na stoisko firmy Mavig podczas Sympozjum EADV w Krakowie 23-26 maja 2013. My również tam będziemy!

Ewa Majewska
emajewska@cxsa.pl

MAVIG

Alma Lasers®
Wellbeing Through Technology®

NOWE SOPRANO ICE

Cooler > Lighter > Smoother

Nowe Soprano ICE

lżejsza o 50% głowica zabiegowa
częstotliwość do 10 Hz
jeszcze bardziej efektywne chłodzenie naskórka
elegancki i intuicyjny panel sterowania
technologia IN-Motion

Specjalna limitowana oferta cenowa! Skontaktuj się z nami!

wyłączny dystrybutor laserów Soprano w Polsce: **Consultronix SA** | www.cxsa.pl | biuro@cxsa.pl

ClearLift

laserowy lifting w 5 minut!

W numerze 4/42/2012 mieliście już Państwo okazję zapoznać się z niektórymi możliwościami nowej głowicy laserowej, Q-Switch Pixel, dostępnej z systemem Harmony XL. Tym razem chciałabym przybliżyć zabieg ClearLift, o który warto wzbogacić ofertę swojego gabinetu.

Fot. 1. Rezultaty uzyskane po przeprowadzeniu serii zabiegów ClearLift, usunięcie zmarszczek, zdjęcie przed zabiegiem(A) i po(B) oraz przebarwień, zdjęcie przed zabiegiem(C) i po(D)

ClearLift wykorzystuje działanie pierwszego na rynku medycznym, nieablacyjnego lasera frakcyjnego Q-Switch. Rezultaty zabiegów z jego działaniem dają efekty podobne do mocnego peelingu chemicznego, czy resurfacingu laserowego. Zabieg natomiast jest praktycznie bezbolesny i nie ma absolutnie żadnego okresu widocznego gojenia się skóry (poza lekkim zaczerwienieniem), co czyni go pierwszym zabiegiem laserowym do wrażliwych części ciała, w tym rąk, szyi, klatki piersiowej i obszaru wokół oczu.

Wskazania:

- Korekta zmarszczek oraz zmian pigmentacyjnych
- Blizny i rozstępy
- Fotostarzenie
- Brak elastyczności skóry
- Przebarwienia
- Usuwanie tatuaży, grzybicy paznokci

Wyjątkową cechą zabiegu ClearLift jest frakcyjna technika działania, która nie powoduje ablacji skóry. Uniknięcie uszkodzeń zewnętrznej warstwy skóry sprawia, że zabieg jest praktycznie bezbolesny i co ważne, pozwala pacjentowi wrócić do codziennej aktywności. Pierwszy frakcyjny, nieablacyjny laser Q-Switched.

Dane techniczne	Wartość
Długość fali	1064 nm
Przepływ energii	do 1200 mJ/impuls
Czas trwania impulsu	20 ns
Częstotliwość	do 4 Hz
Rozmiar plamki	3 i 5 mm (standard)
	5 i 5 mm (pixel)

Marta Klimek
mklimek@cxsa.pl

Alma Lasers
Wellbeing Through Technology

ZMIANY, ZMIANY, ZMIANY…

w ofercie firmy Siemens

Piotr Wawrzyńczyk
pwawrzynczyk@cxsa.pl

Rok 2013 dla każdego wydaje się tajemniczy - dla jednych przez „pechową" 13 w dacie, dla innych bo nie ma go w kalendarzu Inków, a dla mieszkańców dalekiego wschodu będący Rokiem Węża wielką niewiadomą z szeregiem przepowiedni o niepewnej przyszłości. W przypadku polskiej medycyny nie potrzebujemy mędrców, którzy by nam wróżyli jutro ze znakiem zapytania – my mamy NFZ. Jednak właśnie na ten rok, inżynierowie z Erlangen przygotowali szereg zmian w ofercie aparatów rentgenowskich.

Fot. 1. Aparat Multix Fusion

W ofercie aparatów kostno–płucnych modyfikacje wprowadzono w aparacie, którego premiera miała miejsce równo rok wcześniej. **Multix Fusion**, bo to o nim mowa, zyskał możliwość pracy z mobilnym detektorem bezprzewodowym (Wi–Fi). Takie rozwiązanie zapewnia użytkownikowi jeszcze większą swobodę i komfort wykonywania badań. Drugą z wprowadzonych zmian, jest możliwość wyposażenia aparatu w dwa panele cyfrowe. Dzięki temu otrzymujemy w pełni cyfrowy aparat z dwoma stałymi detektorami, oddzielnie dla każdego stanowiska. Umożliwia to jeszcze lepsze dopasowanie konfiguracji urządzenia do potrzeb użytkownika.

Zmiany zaszły również w segmencie aparatów RTG typu telekomando. **Luminos Fusion** dotychczas dostarczany ze wzmacniaczem obrazu, od roku 2013 może opcjonalnie być wyposażony w detektor cyfrowy. Unowocześnienie to pozwoliło na pojawienie się w ofercie podstawowego aparatu typu telekomando w pełnej wersji cyfrowej. Modyfikacjom uległ również topowy model tego segmentu – Luminos dRF. Firma Siemens wprowadziła trzy funkcje: **SmartMove, SmartTouch i SmartView**. Pierwsza z nich pozwala na automatyczne ustawienie aparatu w odpowiedniej pozycji poprzez wybór programu anatomicznego. Dzięki SmartTouch wyeliminowana została możliwość przypadkowej zmiany położenia aparatu. Dzięki odpowiednim czujnikom aparat zmieni swoje położenie tylko w przypadku obsługi joysticków za pomocą dłoni, a nie np. przy omyłkowym położeniu gazety na pulpicie sterowniczym. Ostatnią funkcją jest SmartView umożliwiający podłączenie i wyświetlanie obrazu z zewnętrznego źródła np. endoskopu na drugim monitorze w sali badań. Zwiększono również funkcjonalność opcjonalnego pakietu Ortho, który pozwala wykonywać na stole zdjęcia kości długich techniką ze skręceniem lampy, co jest rzadko spotykane w aparatach typu telekomando.

Największa rewolucja zaszła jednak w segmencie cyfrowych mammografów. Od tego roku wprowadzony został aparat **MAMMOMAT Inspiration z technologią PRIME** wyposażony w najnowszy typ detektora, który pozwala na wykonanie standardowych projekcji (np. CC, MLO) z użyciem wirtualnej kratki przeciwrozproszeniowej. Specjalny algorytm usuwa artefakty powstałe na skutek padania promieniowania rozproszonego, a pacjentka otrzymuje dawkę promieniowania zredukowaną nawet o 30%. Należy również podkreślić ulepszenia w adaptacyjnym algorytmie AEC, biopsji stereotaktycznej oraz tomosyntezie. Aparat ten otwiera zupełnie nowy rozdział w diagnostyce mammograficznej.

W marcu 2013 na ECR Siemens zaprezentuje szerszej publiczności swój najnowszy mobilny aparat RTG z ramieniem C wyposażony w cyfrowy detektor. Model został nazwany **Cios Alpha**. Więcej informacji na jego temat znajdziecie Państwo w kolejnym numerze CX News.

Fot. 2. Aparat MAMMOMAT Inspiration

SIEMENS

Chrońmy nasze oczy

to nasz najważniejszy zmysł

Zabiegi interwencyjne z wykorzystaniem fluoroskopii są szeroko stosowane zarówno w Europie jak i Stanach Zjednoczonych. Liczba tego typu procedur wzrastała regularnie w ciągu ostatnich 20 lat. Fluoroskopia wiąże się z wieloma korzyściami dla pacjenta, jednak to o czym jeszcze część lekarzy zapomina to fakt, iż łączy się jednocześnie z generowaniem promieniowania rentgenowskiego. Jest to szczególnie dotkliwe właśnie w przypadku lekarzy, którzy ze względu na charakterystykę swojej pracy są narażeni na promieniowanie w znacznie większym stopniu niż pacjent. Dlatego bardzo istotne jest jak największe obniżenie dawki promieniowania pochłanianej przez operatora. Efekt ten można uzyskać dzięki zastosowaniu odpowiednich tarcz i ekranów ochronnych oraz akcesoriów ochrony osobistej. Do tej ostatniej grupy można zaliczyć takie elementy jak osłony tarczycy, fartuchy, okulary i rękawice ochronne.

Fot. 1. Okulary firmy Mavig

Źródłem największych dawek promieniowania pochłanianych przez operatora oraz personel, jest promieniowanie rozproszone od pacjenta. W 2008 roku na Uniwersytecie Complutense w Madrycie przeprowadzono badania. Ich wyniki pokazały, że dla typowego lekarza przeprowadzającego zabiegi przy użyciu skopii, **dawka promieniowania pochłonięta przez gałki oczne może przekroczyć progowe wartości wystąpienia efektów deterministycznych (tj. zmętnienia soczewki lub zaćmy) już po kilku latach pracy!** Ma to miejsce w przypadku, gdy nie stosuje się odpowiednich środków ochrony radiologicznej. Co więcej badania na Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku wykazały, że zmętnienie soczewek można zaobserwować już przy dawkach znacznie niższych niż wskazywane jako wartości progowe wystąpienia zmian.

W celu skutecznej eliminacji tego problemu firma **Mavig** stale udoskonala swoje produkty. Efektem tych prac jest powstała w zeszłym roku nowa linia okularów chroniących przed promieniowaniem jonizującym **„State of the ART Eye Protection"**. Charakteryzują się one **ergonomicznym kształtem** i **niewielką wagą** (już od 55 g), dzięki czemu ich używanie nawet podczas długich zabiegów nie jest uciążliwe. Okulary te posiadają szkła z dwoma wielkościami ekwiwalentu ołowiu, do wyboru: 0.75 mm Pb lub 0.5 mm Pb. Oprawki zostały wykonane z materiału syntetycznego wysokiej jakości, ułatwiającego czyszczenie i dezynfekcję. Wszystkie te właściwości połączono z ciekawym, nowoczesnym wyglądem. W ofercie firmy Mavig znajduje się również seria **okularów tradycyjnych**. Charakteryzują się one metalowymi, galwanizowanymi oprawkami, wartością ekwiwalentu ołowiu równą 0.75 mm Pb i dodatkowymi panelami **chroniącymi przed promieniowaniem bocznym**. Większość modeli obydwu linii posiada możliwość zamówienia soczewek korekcyjnych jednoogniskowych, dwuogniskowych oraz progresywnych.

Dzięki bogatej historii sięgającej 1921 roku, firma Mavig oferuje jedynie sprawdzone rozwiązania gwarantujące bezpieczeństwo użytkowania oraz trwałość materiałów. Dzięki temu możemy wyjść na przeciw najbardziej wymagającym klientom i zaoferować Państwu nowoczesne rozwiązania na miarę XXI wieku.

Grzegorz Krawczyk
gkrawczyk@cxsa.pl

Wykaz bibliografii dostępny na stronie www.cxnews.pl

Thermaspec do termoterapii BPH

doświadczenia w pracy

Benign prostatic hyperplasia, czyli BPH – łagodny rozrost gruczołu krokowego to najczęstszy problem urologiczny z którym mężczyźni zgłaszają się do poradni urologicznej szukając pomocy. Obecnie dysponujemy szerokim wachlarzem terapeutycznym, zmniejszającym objawy dolegliwości dolnych dróg moczowych - LUTS (low urinary tract symptoms). Począwszy od obserwacji, poprzez leczenie farmakologiczne (alfa-blokery, finasteryd, dutasteryd, leki antycholinergiczne, inhibitory PDE5 itd.), leczenie zabiegowe, małoinwazyjne, operacje endoskopowe i klasyczną chirurgię. My urolodzy jesteśmy chirurgami, dlatego zwykle skłaniamy się ku rozwiązaniom szybszym, bardziej radykalnym, ale i przynoszącym wymiernie lepsze korzyści dla pacjenta. Nie należy zapominać, że wraz ze stopniem skuteczności leczenia wzrasta jego inwazyjność i towarzysząca temu możliwość powikłań. Chcąc leczyć wszystkich pacjentów cierpiących na dolegliwości LUTS w przebiegu BPH, należy zatem stosować wszystkie możliwe formy leczenia dostępne i zaaprobowane przez swoistą biblię urologiczną jaką są wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego.

Albert Gugała
NZOZ Szpital Mazovia

W Szpitalu Mazovia, w którym mam ogromną przyjemność pracować, oferujemy taką możliwość. W 2011 roku uzupełniliśmy nasz sprzęt o Thermaspec 1000 – aparat do termoterapii mikrofalowej stercza. Do zabiegów zakwalifikowaliśmy w naszej Poradni ponad 50 pacjentów z umiarkowanymi dolegliwościami LUTS. Leczenie farmakologiczne nie przynosiło w ich przypadku zadowalających efektów, a pacjenci ci nie mieli wskazań do leczenia bardziej inwazyjnego. Natomiast mieli oni przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego lub sami nie wyrażali zgody na leczenie bardziej radykalne. Nie ma obecnie sztywnych zaleceń jakich pacjentów kierować do zabiegu termoterapii, dlatego sami stworzyliśmy takie wytyczne i ściśle ich przestrzegamy.

Procedura termoterapii aparatem Thermaspec 1000 jest dosyć prosta, nie wymaga wielu przygotowań czy badań. Można ją wykonać „od ręki" jeśli mamy pacjenta zdiagnozowanego. Zabieg jest możliwy do wykonania w warunkach ambulatoryjnych, trwa ok. 90 min (w tym czas zabiegu 60 min). Przed procedurą zabiegową stosujemy dożylną profilaktykę antybiotykową, którą przedłużamy na okres utrzymywania cewnika w pęcherzu moczowym.

W pozycji leżącej, w znieczuleniu miejscowym (żel lignocainowy) wprowadzamy do pęcherza moczowego pacjenta cewnik roboczy. Do światła cewnika instalujemy aplikator, który podłączamy do aparatu. Dalszą część zabiegu kontrolujemy na monitorze komputera, gdzie ustalamy czas zabiegu i temperaturę. Zabieg zwykle zaczynamy od temperatury 40°C, stopniowo ją zwiększając w zależności od tolerancji pacjenta. Pacjent podczas zabiegu nie odczuwa dolegliwości bólowych. Niektórzy pacjenci zgłaszają uczucie parcia na mocz, tym większe im wyższa temperatura. Po zabiegu pozostawiamy w pęcherzu cewnik Foleya na okres 2-3 dni, z uwagi na możliwość całkowitego zatrzymania moczu związanego z obrzękiem pozabiegowym gruczołu krokowego.

Nie odnotowaliśmy żadnego przypadku powikłania związanego z zabiegiem. Wszyscy pacjenci odczuwali subiektywną poprawę w zakresie dolegliwości przeszkodowych i podrażnieniowych, a poprawa w zakresie badań obiektywnych jest znamienna statystycznie. Zabieg termoterapii refundowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Naładuj swoje akumulatory

Szymon Jurdziak
sjurdziak@cxsa.pl

Proszę sobie wyobrazić sytuację, że Panowie Volt, Edison i Tesla zmarnowali swoje talenty. Wszystkie urządzenia w Państwa Szpitalach i Klinikach mogłyby wtedy wziąć udział w reklamie pewnego koncernu samochodowego. Zaraz po ich uruchomieniu pojawiłyby się kłęby dymu i charakterystyczny warkot (oczywiście jeśli Panowie Diesel i Benz nie poszliby w ślady wspomnianych wcześniej). Na szczęście w XXI wieku korzystamy ze zdobyczy techniki Wielkich Wynalazców, dzięki czemu nie tylko nie wdychamy tak wiele spalin, ale i urządzenia, przez nas wykorzystywane, stały się mobilne. Zawdzięczamy to w dużej mierze bateriom oraz akumulatorom. Zwłaszcza te ostatnie są przyszłością, mimo że w telewizji co chwilę zadają temu kłam biegające różowe króliki.

Akumulatory znamy przede wszystkim z samochodów, ale także z laptopów, no i oczywiście tak popularnych ostatnio smartfonów. Również zaawansowana aparatura medyczna, coraz częściej korzysta z tego typu źródeł zasilania. Spośród różnego typu urządzeń, które znajdziecie Państwo w naszej ofercie oraz w swoich gabinetach, wszystkie fotele i stoły operacyjne firmy UFSK są zasilane akumulatorami. Dzięki temu na sali operacyjnej w trakcie całego dnia zabiegowego, nie plączą się żadne kable. Użytkownicy natomiast mogą w każdej chwili zmienić położenie stołu. Ten niemiecki producent zdecydował się na wykorzystanie akumulatorów żelowych, które gwarantują długotrwałą żywotność przy zastosowaniu się do pewnych zasad dotyczących obsługi. Aby obecni użytkownicy mieli pewność właściwego obchodzenia się ze swoim sprzętem, nowi natomiast zobaczyli jakie to proste, poniżej zamieszczamy krótką instrukcję:

1. Zaleca się podłączenie akumulatora do ładowania po każdym zakończonym dniu zabiegowym.
2. Pełne ładowanie akumulatora trwa około **15 godzin**. Po całkowitym naładowaniu kontrolka ładowania zaświeci się na zielono.
3. Akumulator posiada wbudowany układ zapobiegający przeładowaniu. Oznacza to, że można bez obaw ładować go dłużej.
4. Jeżeli akumulator zostanie całkowicie rozładowany, uruchomi się sygnał dźwiękowy (piszczenie). W tej sytuacji należy natychmiast podłączyć akumulator do ładowania na co najmniej **42 godziny**, aż kontrolka ładowania zaświeci się na zielono.

Uwaga! Całkowite rozładowanie znacznie skraca żywotność akumulatora, więc należy tego unikać.

Uwaga! Brak eksploatacji urządzenia przez dłuższy okres (powyżej 1 miesiąca) niekorzystnie wpływa na żywotność akumulatora i może doprowadzić do nieodwracalnego zużycia. W takiej sytuacji należy skontaktować się z serwisem.

Wskazania kontrolki ładowania:
Kontrolka świeci się na zielono-pomarańczowo – akumulator ładuje się.
Kontrolka miga na pomarańczowo – akumulator jest prawie naładowany.
Kontrolka świeci się na zielono – akumulator został naładowany.

Uznać swą niezdolność

bp Tadeusz Pieronek

Szerokim echem w światowej opinii publicznej odbiła się wiadomość o rezygnacji papieża Benedykta XVI z posługi biskupa Rzymu z którą związana jest nierozłącznie najwyższa władza w Kościele katolickim. W dziejach Kościoła zdarzało się to kilkakrotnie, ale na ogół były to rezygnacje wymuszone przez władzę świecką. Jak dotąd dwóch papieży zrzekło się urzędu z własnej woli, pap. Celestyn V w 1294 r. i pap. Grzegorz XII w 1415 r. Obydwie były podyktowane dobrem Kościoła. Celestyn, wiekowy pustelnik szybko zauważył, że nie podoła zadaniu, Grzegorz ustąpił, by ratować jedność wspólnoty w obliczu schizmy zachodniej i rysującej się ostro walki o władzę.

Benedykt XVI, motywując swoją decyzję odejścia, po blisko ośmiu latach trudnego pontyfikatu, nie mógł powiedzieć, że nie potrafi prowadzić Kościoła, uznał jednak, i tu warto powołać się na Jego wypowiedź podczas ostatniej audiencji generalnej w Środę Popielcową: „Nie jestem już w stanie pełnić posługi Piotrowej z taką siłą fizyczną, jakiej ona wymaga". Taka decyzja, zwłaszcza u człowieka, który przez dziesiątki lat jest autorytetem naukowym i moralnym, następcą św. Piotra i pasterzem Kościoła powszechnego, zadziwia i budzi wielki szacunek dlatego, że ludzie ze świecznika bardzo często nie chcą znać, a tym bardziej wypowiedzieć prawdy o sobie i wyciągnąć z niej konsekwencji. Nikogo nie powinno dziwić, że od człowieka chorego, który za trzy miesiące kończy 86 lat, nie można wymagać takich działań, do których trzeba więcej sił niż ktoś posiada. Uznanie własnej niezdolności jest aktem wielkiej skromności, pokory, odwagi i odpowiedzialności za powierzone obowiązki, ale także wskazaniem drogi i zachętą dla tych, którzy na różnych stanowiskach duchownych i świeckich, znaleźli się w podobnej sytuacji.

Wdarcie się nowoczesności do tradycyjnego Kościoła, jak określają niektórzy decyzję papieską, powoduje jednak dyskusje, czy była najlepszym wyjściem, bo przecież Jan Paweł II wybrał, mimo choroby, inne rozwiązanie, polegające na trwaniu w posłudze do końca, jak długo Bóg zechce. Za wyborem jednego lub drugiego sposobu odejścia stoją poważne racje teologiczne i praktyczne. Nie sądzę, by można je było klasyfikować, nie biorąc pod uwagę konkretnych uwarunkowań każdej z nich, że mianowicie z góry wiadomo, która z nich jest lepsza, a która gorsza, bo obydwie, podejmowane z rozwagą i zgodnie z sumieniem, służą dobru wspólnoty i mogą być jednakowo ważne. Niemniej jednak pytanie, czy lepiej trwać na krzyżu, czy raczej zejść z niego, stanie się dylematem do rozstrzygnięcia, ponieważ rezygnacja Benedykta XVI wprowadziła nową jakość w myśleniu o służbie Kościołowi, nawet na najwyższych szczeblach władzy. Jedni uznają ją za wskazówkę, inni pójdą drogą tradycji. Można żywić nadzieję, że będzie to raczej wzbogacenie, niż zubożenie.

Kraków, 14 luty 2013

Errata

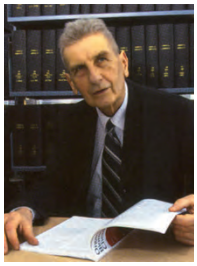
Krzysztof Piasecki

Kiedy napisałem ten tytuł zdałem sobie sprawę, że dawno nie widziałem erraty i może ona już nie występuje. Jeśli tak, to młodsi ode mnie (o co w końcu nie tak trudno) mogą w ogóle nie wiedzieć o co chodzi. Wyjaśniam więc: w czasach kiedy czytało się książki często na stronie tytułowej była przyklejona karteczka zatytułowana „errata". Zawierała ona wykaz błędów, najczęściej wykrytych podczas druku, które występowały w książce. Było napisane, na przykład, tak: „na stronie 21 wiersz 12 jest: „kochał" winno być: "nie kochał". Teraz natykamy się na komunikat „Error!" w komputerze i to jest dziecko erraty. Przechodzę do meritum.

Ostatnio chodzę na spacery. Bez kijków. Głupio to wygląda. Gdybym biegł – w porządku, ale ja idę. Inna sprawa, że gdybym biegł musiałbym być przebrany za biegacza. Już dawno nie widziałem takiego co by biegł w normalnym ubraniu. Jakby ktoś taki się pojawił wzięliby go za złodzieja, który nie biegnie tylko ucieka. No więc ja idę bez kijków w normalnym ubraniu i bez psa. Tylko pies usprawiedliwia chodzenie w normalnym ubraniu. Lub przynajmniej smycz. Inni chodzą z psami. Właściwie za psami. Pies biegnie pierwszy. Jeśli w zasięgu wzroku widzi się kogoś ze smyczą można odetchnąć. Przynajmniej na chwilę. Jeśli nie widać nikogo takiego może być różnie. No więc idę. Widzę psa. Ogromne bydlę. On też widzi mnie. I wiem, że mnie widzi. Z tyłu za nim pani ze smyczą w jednej ręce a z komórką przy uchu w drugiej. Rozmawia. Chyba to ważna rozmowa, bo jest zaaferowana. Nie patrzy na psa. On patrzy na mnie. Zaczynam słyszeć rozmowę tej pani: -„co ty powiesz? I on to przyjął normalnie? To przecież idiotyczne! On jej uwierzył!… Czekaj, czekaj muszę zawołać Arnolda, bo namierzył jakiegoś faceta…" To o mnie. Pani woła do psa: „Arnold, Arnold… chodź piesku". Piesku do niego mówi. Do takiego bydlaka. Arnold chyba też nie zrozumiał, bo nie reaguje na głos pani. A pani kontynuuje do komórki: „słuchaj a jakbyś mu powiedziała, że to ściema to jak myślisz, co by on zrobił?... poczekaj, bo gość się boi Arnolda muszę go zawołać… Arnolda! Przecież nie tego faceta. Ja go nie znam. Nie wiem, no jakiś taki…" I nagle do mnie: „Niech się pan nie boi. Pies jak wyczuje, że się ktoś boi to może zaatakować". I do komórki: „jakiś histeryk. Przecież Arnold jeszcze nikogo nie ugryzł. Arnold! Arnold nie gryź pana! Mówiłam, żeby pan się nie bał. Był pan szczepiony? I do komórki: „wiesz, że go ugryzł? Broni pani".

Errata: w pierwszym zdaniu jest: chodzę na spacery, winno być: chodziłem na spacery.

Wspomnienie



prof. dr hab.
Andrzej Barański
baranski@chemia.uj.edu.pl

Teczka dokumentów mojego pradziadka. Zwykłe informacje o życiu urzędnika w imperium Franciszka Józefa, w drugiej połowie XIX wieku. Wśród papierów kartka, wyrwana z zeszytu i zapisana ołówkiem, ukazuje dramatyczne losy człowieka, których oficjalne papiery dokumentować nie mogły.

Fot. 1. Leon Zubrzycki (1841-1886)

Wspomnienie o śp. Leonie Zubrzyckim(1) powstańcu 63 roku aby jego pamięć czczona była w rodzinie jako bohatera żołnierza i dobrego człowieka. Oto krótkie wiadomości jakie zapamiętałam, gdy jako 13 letnia dziewczynka(2) zostałam osierocona przez najlepszego z ojców…

…Ojciec mój Leon był w szkole oficerskiej w Petersburgu i stamtąd uciekł do powstania- W Krakowie pracował w fabryce naboi, podobno pod sceną w teatrze był skład prochu i broni. Piec ominął przed wybuchem prochowni przy ul. Szewskiej(3), opuścił fabrykę- Brał udział w bitwie pod Miechowem - Gdy Moskale zajęli Miechów Ojciec schronił się do swej ciotki w Miechowie a stamtąd w stosownej chwili za granicę – świadectwa z kantonu Szwajcarii, Francji i Włoch opowiadają jak ciężko pracował po fabrykach. Na emigracji był przeważnie razem z bratem Piotrem. Stęskniony za ojczyzną wraca przemieściwszy się przez granicę. Rząd austrjacki prześladował powstańców - na peronie w Krakowie żandarmi wyłapywali przyjeżdżających młodych ludzi, którzy nie mogli się wylegitymować. Ojciec mój miał zwyczaj nosić zarzutkę, na ramionach zarzuconą (ja go tak zawsze pamiętam). Gdy przybył do Krakowa, na dworzec, zaraz żandarmi schwycili go a raczej za zarzutkę, która została w ich rękach a ojciec umknął. Przed swoich towarzyszów powstańców, których było kilku w Chrzanowie przyjechał tam, najpierw dostał posadę w kancelarii notariusza Niemczewskiego, a później u notariusza Horwatha w Chrzanowie. Tu ożenił się z Mamą a Waszą babcią(4). Niestety nie miał spokojnego życia po latach tułaczki i pracy. Nie mógł dostać obywatelstwa Polskiego. Jak ja się urodziłam, w tę noc, musiał uciekać zawiadomiony potajemnie przez starostę Zborowskiego, który posłał karteczkę „Panie Zubrzycki jest na pana donos muszę posłać żandarmów, proszę uciekać." Wtenczas pojechał do Jass, był tam pół roku, dostał posadę zaraz, a wróciwszy do domu przywiózł nam woreczek z dukatami-. Dopiero hr. Artur Potocki w Krzeszowicach, poznawszy ojca wystarał mu się o obywatelstwo austrjackie i posadę sekretarza Rady Powiatowej w Chrzanowie(5). Był człowiekiem zacnym, uczynnym, dobrym ojcem i mężem - Tylko się nie szanował. Musiał już mieć zdrowie nadwątlone ciężką pracą zagranicą przyczem był zapalonym myśliwym – i zagorzałym naczelnikiem straży pożarnej, którą zorganizował. Umarł w 46 roku życia. -

Zawsze zapewniał że nie wie jakim sposobem ale Polska powstać musi. A jego wnuk, a mój syn Władzio(6), przelewał i krew z tym samym gnębicielem Moskalem za co otrzymał Krzyż - Virtuti.

Żyjemy w czasach gdy tylko emeryci pamiętają czas wojny i wierzymy że Zjednoczona Europa będzie gwarancją spokoju. Inne były losy poprzednich pokoleń. W 150 rocznicę Powstania Styczniowego winni jesteśmy im pamięć.

1. L. Zubrzycki, 1841 – 1886, syn Benedykta (ur.1786) oficera armii napoleońskiej, uczestnika kampanii moskiewskiej.
2. Zofia z Zubrzyckich Barańska (1873 – 1946)
3. Do wybuchu tajnej prochowni doszło 7 sierpnia 1863r w domu przy zbiegu ulic Szewskiej (nr 9) i Teatralnej (dziś Jagiellońskiej), nr 6a. Internetowe Archiwum Gazety Wyborczej, Kraków, Wydanie 27/06/1998
4. Teofila Chowaniec (1845 – 1916)
5. Informacje o karierze urzędniczej nie są ścisłe. Notariat Niemczewskiego znajdował się w Oświęcimiu. Leon Zubrzycki był Sekretarzem Rady Powiatowej od roku 1876 aż do śmierci. Obywatelstwo austriackie otrzymał w roku 1880.
6. Władysław Barański (1898 – 1944)

Pożegnanie z Afryką
kawa • herbata • akcesoria

Kraków ul. św. Tomasza 21
ul. Pawia 5 (Galeria Krakowska)
Białystok ul. Waryńskiego 4
Jelenia Góra Plac Ratuszowy 4
ul. 1 Maja 27 (Galeria Karkonoska)
Kielce ul. Leśna 18
Kołobrzeg ul. Giełdowa 8c/2
Lublin ul. Złota 3
Lublin ul. Złota 3
Opole ul. Książąt Opolskich 22
Poznań ul. Szkolna 15
Warszawa ul. św. Bonifacego 92
ul. Freta 4/6
ul. Krakowskie Przedmieście 62
Zamość ul. Moranda 3

www.pozegnanie.com www.sklep.pozegnanie.com http://www.facebook.com/pozegnaniezafryka

Jak bardzo podróże kształcą

Krzysztof Smolarski
ksmolarski@cxsa.pl

... przekonałem się będąc na Kubie. Moja wiedza o Kubie brała się z propagandy najpierw komunistycznej, a potem antykomunistycznej: zły komunista Fidel, dramatyczna sytuacja gospodarcza kraju, represje wobec licznej opozycji i generalnie bieda i dziadostwo.

Po przyjeździe mieliśmy szczęście spotkać kilka bardzo ciekawych osób: Polkę - emerytkę, która za mężem wyemigrowała na Kubę, tam spędziła całe życie i w żadnym przypadku nie chce wracać do Polski (choć mąż ją dawno opuścił, a dzieci studiują w Hiszpanii); Iwana, naszego przewodnika - przedstawiciela sceptycznie nastawionej do Fidela nowej klasy świetnie wykształconych biznesmenów, którzy powoli biorą sprawy w swoje ręce i czekają na rozszerzenie swobód politycznych i gospodarczych z gotowym planem na rozwój własnych firm; profesora uniwersytetu w Hawanie - przyjaciela poznanego 35 lat temu podczas zlotu młodzieży na Kubie, gdy przypłynęliśmy Zawiszą Czarnym; oraz 102 letniego opozycjonistę, który 25 lat spędził w reżimowym więzieniu i pozbawiony emerytury egzystuje tylko dzięki ofiarności ludzi tj. my i Iwan. Przejechaliśmy wypożyczonymi autami około 2 tys. km, byliśmy w Hawanie Vinaren, Sinfuego, Zatoce Świń oraz w Trynidadzie. Nie mieszkaliśmy w hotelach tylko w „casach" - prywatnych pensjonacikach, które wszędzie powstają, tam gdzie tylko docierają turyści. Cała nasza arcyciekawa wyprawa pokazała mi Kubę kompletnie inną niż moje wyobrażenia.

Zły komunista Fidel - gdy obalił w 1959 r. panującego dyktatora Fulgencio Batistę, bynajmniej nie szedł pod sztandarami komunizmu, ani Związku Radzieckiego. Z dużym poparciem Kubańczyków walczył z chyba jeszcze gorszą dyktaturą niż sam potem zaprowadził, o to by Kuba opanowana, w dużym stopniu przez mafijny kapitał amerykański, przestała być wielkim burdelem dla Majami i by kariera Kubańczyków nie ograniczała się do bycia służącym czy prostytutką. Dopiero gdy w 1961 roku Amerykanie za sprawą ówczesnego szefa CIA pana Hoovera zorganizowali desant w Zatoce Świń, po czym nałożyli na Kubę embargo gospodarcze, wpychając ją w objęcia Związku Radzieckiego i komunistycznej retoryki. Od tego czasu Związek Radziecki płacił 1 mln USD dziennie na utrzymanie bratniego zalążka rewolucji światowej. Dopiero Michaił Gorbaczow zakręcił kurek i gospodarka kubańska się rozsypała.

Sytuacja gospodarcza Kuby jest niewątpliwie fatalna (kartki na cukier - skąd my to znamy!!), ale na tle innych państewek karaibskich, wcale nie najgorsza. Represje wobec opozycji (w latach 70 i 80 były bardzo dotkliwe, z rozstrzeliwaniem włącznie), teraz też oczywiście są, ale jak w Polsce lat 80, natomiast opozycja jest nieliczna i słabo zorganizowana. Generalnie bieda i dziadostwo - no niekoniecznie - na Kubie jest 14 prowincji i każda ma Akademię Medyczną. Jest blisko 70 tys. lekarzy, w miarę przyzwoicie zorganizowana służba zdrowia. Kuba to jedyny kraj na świecie z darmowymi operacjami chirurgii refrakcyjnej - na 10 mln ludności mają 21 laserów excimerowych (notabene prezent od Hugo Chaveza), a na całą Polskę jest ich 29! Kuba jest eksporterem lekarzy (20 tys.) do Ameryki Łacińskiej, przy czym państwo zabiera przy tym 60% ich wynagrodzenia - pamiętacie Państwo Polservis? W miarę przyzwoita infrastruktura drogowa i telekomunikacyjna, budynki są prywatne, ale przede wszystkim widać te państwowe w opłakanym stanie - w Hawanie radzono nam chodzić środkiem ulicy, ponieważ balkony mogą spaść. Na Kubie, jako jednym z nielicznych państw karaibskich istnieje obowiązek szkolny, a każde dziecko do ósmego roku życia dostaje szklankę mleka dziennie. Mleko jest reglamentowane do tego stopnia, że za zabicie krowy z cielakiem można dostać i 30 lat więzienia, podczas gdy za człowieka tylko 7. Nieodparcie nasuwa się analogia do Polski lat 80. Wynagrodzenia profesora uniwersytetu w Hawanie - 20 $/miesiąc, średnia emerytura 8$/miesiąc. Oficjalna waluta Peso za którą prawie nic nie można kupić (mnie się udało 60 cm maczetę za równowartość 2 zł), a jeśli już to na kartki - miesięcznie jeden Kubańczyk może kupić 10 jajek, ale wszędzie gdzie mieszkaliśmy były pełne lodówki jaj. Równolegle funkcjonują KUKI = dolary za które można kupić praktycznie wszystko. Nie można kupić jedynie używanego auta, dlatego cena 20-letniego przegniłego na wylot Moskwicza wynosi 15 tys. $, natomiast wielkiego Amerykanina z lat 50 - 25 tys. USD, podczas gdy cena domu nad morzem to około 10 tys. $.

Kilka lat temu zniesiono zakaz podróży po wyspie, a teraz zlikwidowano wizy wyjazdowe i właściwie prawie otwarto granicę. Po wizycie Jana Pawła II w 1998 roku zezwolono na prowadzenie pensjonatów, restauracji, małych straganów z owocami i punktów usługowych (fryzjer, tipsy itp). Zezwolono na zakup domów i mieszkań, ale tylko po 1 na Kubańczyka przez co doskonale rozwija się instytucja „słupa". Restauracje państwowe są brudne, a jedzenie paskudne, prywatne - małe, schludne i ze świetnymi rybami, homarami, ale niczego z importu spodziewać się nie można - import praktycznie nie istnieje. Dom w Hawanie, w którym mieszkał Nasz Papież - jest bardzo pięknie odnowiony i sprawia wrażenia punktu odniesienia dla wszystkich, którzy o zmianach na Kubie myślą, a zmiany te wydają się być nieodległe, bo tak jak w Polsce ludzie zaczynają podróżować, stają się ekonomicznie niezależni od władzy. Podobnie jak w Polsce lat 80, władza murszeje bo straciła polityczne i ekonomiczne oparcie w Związku Radzieckim/Rosji, równocześnie kościół katolicki stanowi oparcie dla rosnącej opozycji. Ciekawe, czy analogie Polsko Kubańskie pójdą dalej i po zrzuceniu dyktatury Fidela, opozycja skoczy sobie do gardeł i w następnych wyborach legalnie i demokratycznie do władzy dojdzie Raul Castro?

O tym, jak niebyt byt ukształtował

Zbigniew Mazgaj
zmazgaj@cxsa.pl

Wielce Szanowni Państwo!

Czy zastanawialiście się ile drzew jest marnowanych na wypracowania w rodzaju *Jak samolot zmienił świat*? Po co pisać o rzeczach oczywistych? Czyżby lakoniczne: „**Koń - jaki jest, każdy widzi**" wiktoriańskich encyklopedystów miało być łabędzim śpiewem epoki rozumu? Dlatego postanowiłem pochylić się nad dziejową rolą wynalazków jeszcze niedokonanych. Tak, tak, wiem! Powiecie, że to czysta mniemanologia... A może jednak...

Cofnijmy się do owego lipcowego dnia roku 1588, w którym na wodach Kanału Angielskiego pojawiła się *Grande y Felicísima Armada* Jego Katolickiej Mości Filipa II. Prowadzeni przez księcia Medina-Sidonia i opatrzeni papieskim błogosławieństwem Hiszpanie ochoczo płynęli wyzwolić Anglików spod tyranii. W każdym razie taka była wersja oficjalna. Anglicy najwyraźniej jej nie znali, gdyż wyszli w morze i zaczęli ostrą kanonadę. Tyle, że z nader mizernym skutkiem. Armada płynęła bowiem w szyku obronnym, cyzelowanym podczas konwojowania do Europy bogactw zagrabionych w Nowym Świecie. Trzeba było ich bronić przed zakusami piratów pokroju Francisa Drake'a. Zaczynał on jako pirat, sorry!, korsarz w służbie Jej Królewskiej Mości, łupiąc Hiszpanów ile wlezie na lądzie i na morzu. Łupiąc niemiłosiernie skutecznie. Ładunek tylko jednego z zagrabionych statków oszacowano na 114 tysięcy funtów, podczas gdy roczne przychody korony wynosiły 200 tysięcy. Nic dziwnego, że Drake dochrapał się szlachectwa i admiralskich szlifów. Był zresztą znakomitym żeglarzem, jako drugi opłynął Ziemię, przy czym w odróżnieniu od Magellana nie dał się zabić tubylcom.

Teraz jednak sir Francis pluł sobie w brodę, bowiem Armada zawinęła do Calais by zaokrętować armię inwazyjną księcia Parmy. Na szczęście dla Anglików Mości Książę raczył się spóźnić, co skwapliwie wykorzystał Drake i w nocy zaatakował Hiszpanów branderami. Były to statki bez załogi, które podpalone kierowano na wroga. Dla stłoczonych w porcie drewnianych żaglowców były istnym *el fuego del infierno*, toteż Hiszpanie w panice odcinali liny kotwiczne i wypływali w morze. Armada wyszła bez szwanku, została wszakże odcięta od armii lądowej, rozproszona i utraciła kotwice.

Nazajutrz zaś doszło do bitwy morskiej. Szybsze i zwrotniejsze angielskie okręty usilnie starały się zepchnąć przeciwnika na mielizny Flandrii. Po południu, kiedy formacja Hiszpanów zaczęła pękać, synom Albionu zabrakło amunicji. Gdy opadł dym okazało się, że zatonął tylko jeden okręt. Armadzie znów się upiekło, ale wieczorem prąd pływu zaczął znosić ich ku brzegowi. Pozbawieni kotwic zaczęli masowo odprawiać msze błagalne, bowiem w Niderlandach trwała właśnie rebelia przeciw Hiszpanii. Znając zaś okrucieństwo z jakim ich ziomkowie traktowali powstańców, doskonale wiedzieli co ich czeka. I wówczas południowy wiatr wypchnął okręty na Morze Północne. Wyglądało na to, że Armada jest nie do zdarcia! Ale oznaczało również koniec inwazji. Powrót do Calais - pod wiatr i bez kotwic za to w asyście Anglików - byłby samobójstwem. Pozostało wrócić do domu opływając wyspy od wschodu i północy. Prawdziwe kłopoty zaczęły się, kiedy Armada opłynąwszy Szetlandy skręciła na zachód. Hiszpanie nie wiedzieli bowiem, że Golfstrom sięga tak daleko na północ.

Pozwólę sobie na małą dygresję dotyczącą ówczesnej nawigacji morskiej. Ustalenie szerokości geograficznej było łatwe. Jako, że oś Ziemi jest z grubsza nieruchoma (w skali Galaktyki), wystarczy znajomość kąta pod jakim widać Gwiazdę Polarną nad horyzontem i podstaw geometrii. Inaczej jest w przypadku długości geograficznej, gdyż ruch wirowy Ziemi sprawia, że w przestrzeni nie ma punktów odniesienia. Na szczęście tempo owego obrotu jest stałe i wynosi dokładnie 360° na dobę. Wystarczy zatem ustalić moment astronomicznego południa i sprawdzić jaka różnica czasu dzieli nas od miejsca o znanych współrzędnych. Pod warunkiem, że mamy zegar idący według czasu owego miejsca. Zegar bardzo dokładny, o błędzie chodu rzędu minuty na rok. Na takie cudo, zwane chronometrem morskim, trzeba było poczekać jeszcze 200 lat. Na razie żeglarze musieli polegać na doświadczeniu, intuicji i szczęściu nawigatorów.

A szczęście w końcu ich opuściło. Żeglując pod prąd Golfstromu, źle oszacowali przebytą odległość. Nie mogąc zaś dokładnie ustalić długości geograficznej zbyt wcześnie skręcali na południe masowo pakując się na klify Szkocji i Irlandii. Ze 130 okrętów powróciło zaledwie 60. Co gorsze ich załogi były tak wycieńczone i chore z powodu braku wody i żywności, że większość ocalałych marynarzy zmarła. To była klęska. Czy jednak podważyła pozycję Hiszpanii? Nie! Stała ona wówczas u szczytu potęgi, jej władza rozciągała się od Meksyku i Peru po Filipiny. Ale pozostał strach. Mimo iż jeszcze dwukrotnie planowano inwazję Anglii, nigdy do niej doszło.

Tak, tak, Moiściewy! Gdyby Medina-Sidonia miał chronometr, zapewne nie byłoby dzisiaj protestantów, świat mówiłby po hiszpańsku zaś wyroki ostateczne ferowałoby Święte Oficjum pod wezwaniem Tomása de Torquemady. Brrr... Takie myśli nachodzą mnie czasem, kiedy patrzę na zegarek.

Quod erat demonstrandum.

Życzę Państwu Wesołych Świąt
Z.M.

Tak weszliśmy w drugie ćwierćwiecze!

Przywitaliśmy dostojnych gości

Wysłuchaliśmy licznych komplementów i ciepłych słów

Otrzymaliśmy wiele nietuzinkowych prezentów, a grupa Boba Jazz Band bawiła nas do rana

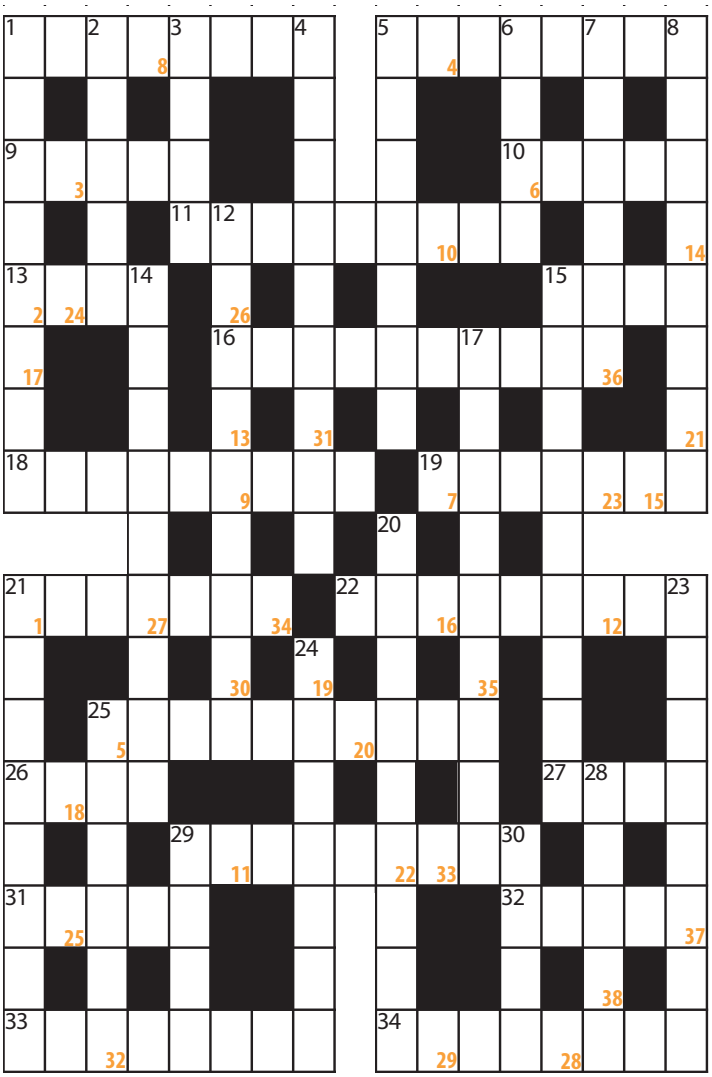
Szczęściarze polecą z EUROLOTEM

To była nasza „Zemsta"

Fotografował nas całą noc
Krzysztof Pach
tel. 693 605 615

Krzyżówka

z Pożegnaniem z Afryką

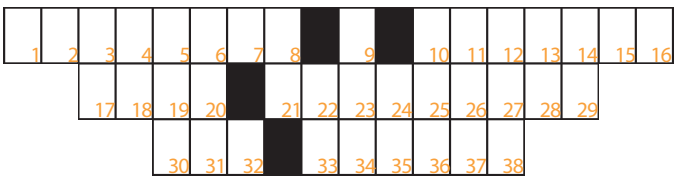


POZIOMO:

1. tam zadecydują o twoim zdrowiu; 5. profesor kierujący pracą doktoranta; 9. kap, kap z zasmuconych ocząt; 10. miłosna pompa; 11. masyw lądowy Europy /bez Anglii/; 13. republika z Tygrysem i Eufratem; 15. odzienie do zgrabnych nóg; 16. pić się chce; 18. biurowy dyrygent; 19. władczyni Palmyry, którą pokonał cesarz Aueralian; 21. tańczy Podkomorzy z Zosią; 22. tradycyjny dodatek do bryzolu; 25. facetka odsiadująca karę; 26. posiadłość Scarlet O'Hara; 27. różnobarwnie wstęgowany, półszlachetny kamień; 29. rośnie z kolbą; 31. ... do zupy; 32. oręż snycerza; 33. u niej tanio kupisz; 34. nie zwraca uwagi na szczekającego psa

PIONOWO:

1. na nim serwujesz pieczeń; 2. jeden z atrybutów św. Mikołaja; 3. też świnia; 4. odległy kontynent; 5. z masywem Trzech Koron; 6. był na rzece Kwai; 7. zależy m.in. od rodzaju stykających się powierzchni; 8. pani Piastowa; 12. zwykła riposta; 14. mała miejscowość w Łódzkiem niedaleko Łowicza; 15. chorobliwa skłonność do zmyślania; 17. lubi wywierać wrażenie; 20. rodzinny fukullus; 21. do zbicia z; 23. szkło udające brylant; 24. włoski region ze stolicą Genuą; 25. prawdę z kart ci powie; 28. literackie określenie Francji; 29. na ławę!; 30. flagowy okręt Noego



Litery z oznaczonych na pomarańczowo pól stanowią rozwiązanie krzyżówki. Rozwiązania należy przesyłać mailowo, na adres: cxnews@cxnews.pl, lub umieszczać na stronie internetowej www.facebook.com/CXNews. Osoba, która dobrze rozwiąż krzyżówkę, oraz jako pierwsza prześle rozwiązanie zostanie nagrodzona upominkiem ufundowanym przez firmę Pożegnanie z Afryką, natomiast kolejne 3 osoby dostaną kupon rabatowy do wykorzystania w sklepie z aromatyczną kawą i nie tylko - Pożegnanie z Afryką. Zapraszamy do zabawy!

Z przyjemnością informujemy, iż pierwszą osobą, która nadesłała rozwiązanie krzyżówki z numeru CX News 4/42/2012 jest Pani Jolanta Rosin. Zwycięzcy serdecznie gratulujemy!

Szkolenia

harmonogram*

Data	Temat szkolenia	Prowadzący
02 marca 2013	USG okulistyczne	dr Paweł Lewandowski
09 marca 2013	OCT	dr n. med. Joanna Gołębiewska
16 marca 2013	Dermatoskopia i wideodermatoskopia	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
23 marca 2013	Dermatoskopia dla zaawansowanych	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
06 kwietnia 2013	Dermatoskopia i wideodermatoskopia	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
11 maja 2013	USG okulistyczne	dr Paweł Lewandowski
25 maja 2013	UBM	dr Paweł Lewandowski
08 czerwca 2013	OCT	dr n. med. Joanna Gołębiewska
15 czerwca 2013	Dermatoskopia dla zaawansowanych	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
07 września 2013	Dermatoskopia i wideodermatoskopia	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
21 września 2013	OCT	dr n. med. Joanna Gołębiewska
12 października 2013	USG okulistyczne	dr Paweł Lewandowski
19 października 2013	Dermatoskopia dla zaawansowanych	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
26 października 2013	UBM	dr Paweł Lewandowski
16 listopada 2013	OCT	dr n. med. Joanna Gołębiewska
22 listopada 2013	Wetlab Fako	prof. Robert Rejdak, prof. Anselm Junemann
23-24 listopada 2013	Wetlab Witrektomia	dr Aleksandra Mikulska-Cholewa, dr Jacek Szendzielorz
23 listopada 2013	USG okulistyczne	dr Paweł Lewandowski
07 grudnia 2013	Dermatoskopia i wideodermatoskopia	dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek

Za udział w szkoleniu przyznawane są punkty edukacyjne

Magdalena Grzesiak
mgrzesiak@cxsa.pl

**Consultronix SA zastrzega sobie prawo do odwołania lub zmiany terminu kursu w przypadku braku zgłoszeń minimalnej liczby uczestników*

V edycja Wetlab

Fako/Witrektomia

już jesienią...

Zapraszamy 22-24 listopada 2013 roku do Krakowa
na V jesienną edycję warsztatów Fako/Witrektomia

Consultronix SA | www.cxsa.pl