3/37/2011

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

MAGAZYN MEDYCZNY

# CX NEWS

## DZIAŁAMY Z CHIRURGICZNĄ PRECYZJĄ

# Która firma leasingowa umożliwi nam dostęp do najnowszych rozwiązań technologicznych?

Siemens Financial Services. Unikalność naszych rozwiązań polega na połączeniu technologicznego know-how oraz doświadczenia z dziedziny finansów.

Naszą odpowiedzią na wyzwania stawiane instytucjom działającym w sektorze medycznym są przygotowane specjalnie dla nich rozwiązania finansowe: pożyczka, leasing oraz wykup wierzytelności. Poprzez umiejętne wykorzystanie instrumentów finansowych nasi klienci uzyskują dostęp do najnowszych technologii a jednocześnie rozkładają inwestycję w czasie, dzięki czemu ich finanse pozostają zdrowe.

Answers for finance.

SIEMENS

# Od redakcji

Drodzy Czytelnicy,

z radością oddajemy w Wasze ręce kolejny numer Magazynu Medycznego CX News. Mam nadzieję, że znajdziecie w nim dużo ciekawych i interesujących artykułów.

W tym numerze dowiecie się o nowościach pojawiających się w okulistyce, dotyczących nowatorskich metod leczenia współistniejącej zaćmy i jaskry – fakosklerothalamotomii, oraz o przełomowym produkcie firmy HumonOptics. Oprócz tego, w dziale poświęconym dermatologii możecie przeczytać o metodzie wykrywania nowotworów skóry, oraz o skuteczności lasera diodowego EPI w bezbolesnej epilacji. Chcemy Was również zainteresować wciąż poszerzającą się ofertą firmy Philips w zakresie diagnostyki obrazowej.

Kursy i szkolenia, które organizujemy, cieszą się wśród Was coraz większą popularnością. Mam wielką nadzieję, że kolejne szkolenia również spełnią Wasze oczekiwania. Ich aktualny harmonogram, możecie znaleźć w niniejszym numerze.

Na miłe zakończenie, niezastąpiony Krzysztof Piasecki zadba o poprawienie Wam humoru swoim, jak zawsze, dowcipnym felietonem. Po takiej lekturze, w wesołym nastroju możecie zmierzyć się z intrygującą krzyżówką.

Bardzo dziękuję wszystkim Czytelnikom, którzy swoimi sugestiami i krytyką przyczynili się do zmian w CX News'ie. Gorąco zachęcam Was do dzielenia się z nami opiniami na temat nowego wizerunku naszego magazynu.

Życzę miłej lektury

*Urszula Wszołek*
*uwszolek@cxnews.pl*

**Wydawca:**
Consultronix SA
ul. Racławicka 58 30-017 Kraków
tel. 12 290 22 22
fax 12 290 22 23
cxnews@cxnews.pl
**www.cxnews.pl**

**Redaktor naczelny:**
Urszula Wszołek
uwszolek@cxnews.pl

**Sekretarz redakcji:**
Marta Klimek
Przemysław Piątek
Ewa Wesołowska

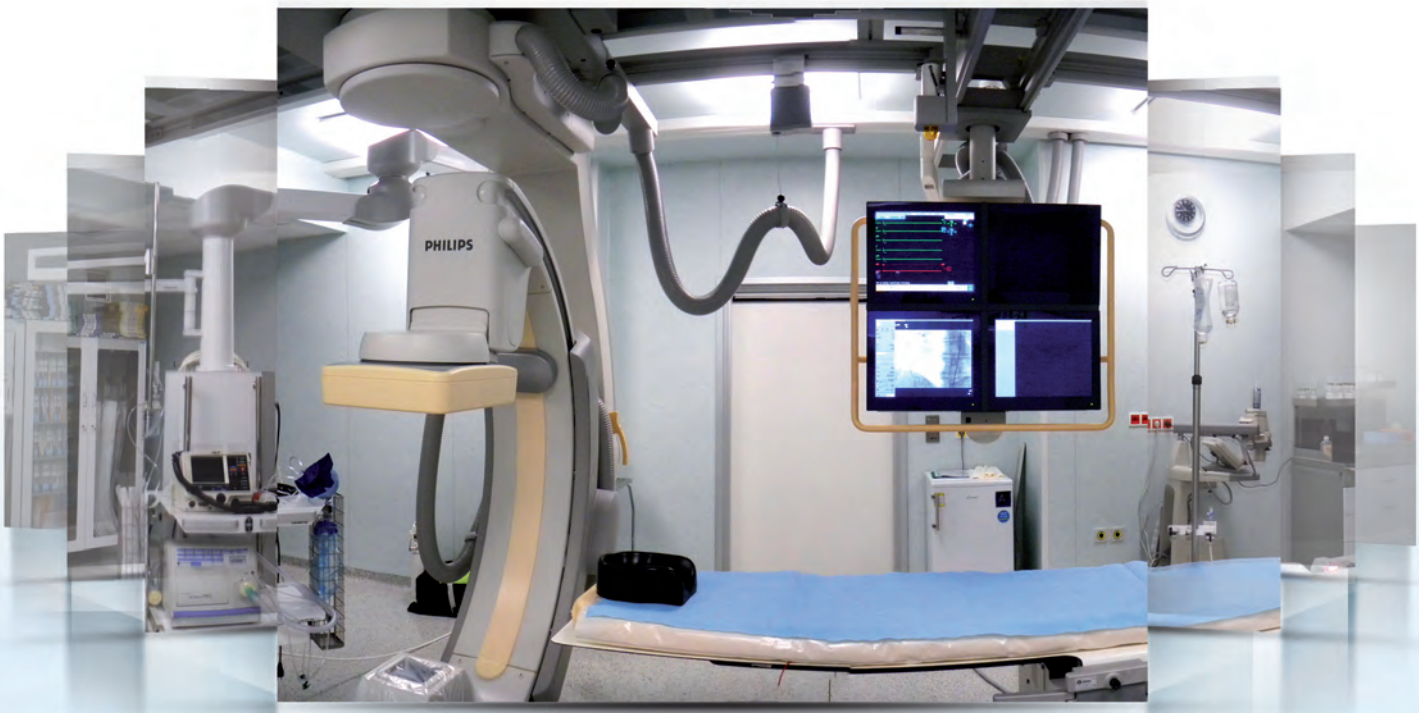
**Reklama**
Anna Żądło
reklama@cxnews.pl

**Skład i opracowanie graficzne:**
Urszula Wszołek

## Spis treści

| | |
|---|---|
| Kompletacja | 4 |
| Okulistyka | 5 |
| Dermatologia | 10 |
| Diagnostyka obrazowa | 15 |
| Kultura i nauka | 19 |
| Szkolenia | 26 |

# Kompleksowa realizacja inwestycji medycznych




*We do care*

## PROJEKTOWANIE

wybór optymalnego wyposażenia medycznego i niemedycznego
wskazanie potencjalnych źródeł finansowania
przygotowanie harmonogramu prac
sporządzenie projektów
zorganizowanie wszelkiej dokumentacji wykonawczej

## WDRAŻANIE

nadzór inwestorski
generalne wykonawstwo
odbiory robót

## DOSTAWY MEDYCZNE I NIEMEDYCZNE

zarządzanie dostawami
nadzorowanie instalacji urządzeń
organizacja szkoleń
odbiory powykonawcze

CONSULTRONIX®

Consultronix SA | ul. Racławicka 58 30-017 Kraków
tel. +48 290 22 22 | fax +48 12 290 23 | www.cxsa.pl

# Fakosklerothalamotomia

## chirurgicznego leczenia współistniejącej zaćmy i jaskry - istota techniki operacyjnej

*dr hab. n. med. Piotr Jurowski*
*Kierownik Zakładu Diagnostyki Chorób Oczu, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Neuropatia jaskrowa stanowi jeden z najistotniejszych problemów terapeutycznych współczesnej okulistyki. Procesowi jaskrowemu może towarzyszyć zaćma, której częstość w populacji osób powyżej 40 roku życia oceniana jest na 4% do 5%[1]. Metody chirurgicznego leczenia współistniejącej jaskry i zaćmy są tematami licznych badań od wielu lat i jak dotąd nie doprowadziły do jednoznacznego określenia algorytmu postępowania w tych przypadkach[2][3]. Wydaje się, że wykonanie łączonego zabiegu operacyjnego należy rozważyć w przypadkach stwierdzenia progresji neuropatii jaskrowej z ciśnieniem wewnątrzgałkowym (c.w.) wyższym niż 20 mmHg, mimo stosowania „maksymalnego" leczenia farmakologicznego oraz zmętnienia soczewki, obniżającej ostrość wzroku i/lub jakość życia chorego[4]. Z kolei, Europejskie Towarzystwo Jaskry (EGS) zaleca by w przypadku współistniejącej zaćmy i JPOK, decyzja o wykonaniu zabiegu chirurgicznego oparta była o analizę zaawansowanych zmian jaskrowych i efektywności kontroli c.w. metodami zachowawczymi. W przypadku zaawansowanych zmian perymetrycznych i morfologicznych nerwu wzrokowego oraz wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego, mimo stosowania leków obniżających c.w., sugeruje się wykonanie zabiegu przeciwjaskrowego w pierwszej kolejności i odroczenie usunięcia zaćmy do czasu normalizacji ciśnienia i wytworzenia prawidłowego pęcherzyka filtracyjnego. W przypadkach nieznacznych zmian jaskrowych, względnie normalnego ciśnienia i monoterapii, proponuje się wykonanie fakoemulsyfikacji w pierwszym etapie[3]. Niektóre prace donoszą o trwałym obniżeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego nawet o 40% wartości wyjściowej u chorych z JPOK po wykonaniu fakoemulsyfikacji z implantacją sztucznej soczewki do torebki[5]. Prawdopodobny mechanizm obniżenia c.w. po wykonaniu fakoemulsyfikacji wynika z rozszerzenia kąta przesączania oraz zmiany położenia części naczyniówkowo - twardówkowej i rogówkowo - twardówkowej beleczkowania. Uzyskany efekt przypomina działanie leków parasympatykomimetycznych i może sugerować szczególną skuteczność tej metody operacyjnej w przypadkach jaskry, zamykającego się kąta. Podkreśla się także potencjalny wpływ stosowanej energii ultradźwiękowej podczas fakoemulsyfikacji na wzrost stężenia IL-1 w cieczy wodnistej i zwiększenie współczynnika odpływu[6]. Obserwowane korzystne wyniki łącznego zastosowania fakoemulsyfikacji z trabekulektomią sprawiają, że w przypadku współistnienia zaćmy i braku uzyskania docelowego c.w. metodami zachowawczymi, wspomniana operacja stanowi metodę z wyboru. Pomimo dużej skuteczności operacji wieloproceduralnych (57-100%), wskazuje się jednak na znaczną liczbę towarzyszących powikłań sród i pooperacyjnych[7].

Argumentami przemawiającymi za stosowaniem trabekulektomii w operacjach wieloproceduralnych jest fakt, że schemat techniki operacji jest dobrze znany, nie wymagane jest stosowanie specyficznych mikronarzędzi i co najważniejsze, trabekulektomia jest operacją skuteczną. Z kolei, przeciw stosowaniu trabekulektomii w procedurze potrójnej z usunięciem zaćmy i wszczepem sztucznej soczewki przemawiają liczne, wczesne powikłania operacji jak: spłycenie lub zniesienie komory przedniej, odłączenie naczyniówki, krwawienia do komory przedniej, czy powikłania późne, w tym między innymi: przewlekła hipotonia, włóknienie pęcherzyka filtracyjnego, przeciek z pęcherzyka filtracyjnego, zapalenie wnętrza gałki ocznej. Próba zminimalizowania powikłań operacji wieloproceduralnych leży u podstaw wprowadzania do praktyki chirurgicznej licznych modyfikacji w tym np. wykonania fakoemulsyfikacji i zabiegu przeciwjaskrowego w oddzielnym miejscu dla każdej z procedur, stosowanie mikroimplantów drenujących (microshunt devices) oraz poprawy przepływu cieczy wodnistej w obszarze kanału Schlemma (wiskokanalostomia, cewnikowanie[3]. **Fakosklerothalamotomia** jest metodą, która łączy operację usunięcia zaćmy z małego otwarcia komory przedniej z innymi korzystnymi elementami wspomnianych wcześniej technik operacji przeciwjaskrowych. W efekcie pozwala to na usprawnienie odpływu cieczy wodnistej drogą zasadniczą przez beleczkowanie, drogą alternatywną - nadnaczyniówkową i co najważniejsze wytwarza nową, trzecią drogę odpływu tzw. drogę środtwardówkową.

Można sądzić, że mechanizm działania sklerothalamotomii wynika z faktu wytworzenia dla cieczy wodnistej „bypassu" z komory przedniej do kanału Schlemma, omijającego utrudnienia odpływu w obszarze beleczkowania[8][9]. Uważa się, że podobny mechanizm leży także u podstaw działania głębokiej, niepenetrującej sklerektomii i/lub wiskokanalostomii[10]. Konsekwencją badań analizujących lokalizację ograniczeń w odpływie cieczy wodnistej są nowatorskie rozwiązania chirurgiczne wszczepów mikroimplantów drenujących od wewnątrz komory przedniej do kanału Schlemma. Są to między innymi: techniki mikrocewnikowania i poszerzania kanału Schlemma czy sięgające do rozwiązań nanotechnologii implantacje mikrokapilar wewnątrz kanału Schlemma, wzdłuż których drenaż cieczy wodnistej modyfikowany jest działaniem lasera tytanowo – szafirowego 790 nm[8]. Użycie w naszych przypadkach igły diatermicznej o częstotliwości 500 kHz, pozwoliło dodatkowo na wytworzenie ab interno głębokich, nieprzebijających sklerotomii (thalami), przylegających do zewnętrznej ściany kanału Schlemma. Powstające w pobliżu ciała rzęskowego rezerwuary

cieczy wodnistej w twardówce ułatwiają jej odpływ drogą nadnaczyniówkową. Można sądzić, że śródtwardówkowe rezerwuary cieczy wodnistej ułatwiają także jej absorpcję przez ciało rzęskowe oraz naczynia limfatyczne i/lub krwionośne, wnikające z czasem w ten obszar.

Stosowana przez autora metoda operacyjna: Przed operacją worek spojówkowy wypłukiwano 20 ml 0.9% NaCl oraz wkroplono 0.5 ml 5% roztworu Betadine. Rozszerzenia źrenicy uzyskano przez zakroplenie 1% Tropicamidu i 10% Neosynephriny. Do znieczulenia powierzchni oka stosowano 3 krotne zakroplenie roztworu Alcainy co 5 minut na 15 minut przed operacją oraz podspojówkową iniekcję 2% roztworu Lignokainy w okolicy rąbka rogówki, w rzucie planowanych aplikacji igły STT. Za pomocą noża MVR lub noża „side port" wykonano boczną paracentezę 1.2 mm. Komorę przednią otwierano w czystej rogówce od góry keratomem trapezoidalnym 2.2–2.4 mm. Struktury komory przedniej znieczulano, stosując dokomorową iniekcję 0.5 ml 1% roztworu Lignocaine hydrochloride. Komorę przednią wypełniano dyspersyjnym preparatem wiskoelastycznym. Okrężną kapsuloreksję o śr. 5–6 mm prowadzono z użyciem pincetki Utraty. Fakoemulsyfikację jądra soczewki wykonywano metodą „phaco chop".

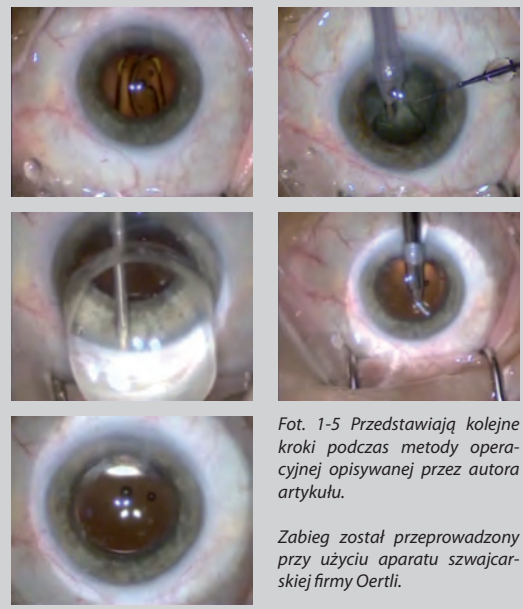
Stosowane parametry pracy fakoemulsyfikatora: tryb pracy: burst mode, moc ultradźwięków: 50%, podciśnienie: 250-350 mmHg. Zwijalną soczewkę wewnątrzgałkową implantowano do torebki soczewki za pomocą iniektora.

W celu zwężenia źrenicy przez boczną paracentezę do komory przedniej wstrzykiwano acetylocholiny (Miostat). Komorę przednią wypełniano wiskoadaptacyjnym preparatem wiskoelastycznym. Przez główne lub boczne otwarcie wprowadzono do komory przedniej igłę diatermiczną STT (STT probe) podłączoną do konsoli sterującej diatermii (Oertli). Pozycję igły diatermicznej w odniesieniu do struktur kąta przesączania kontrolowano za pomocą soczewki do goniotomii lub gonioskopu.

Do oświetlenia kąta przesączania użyto światła z mikroskopu operacyjnego lub stosowano oświetlenie światłowodowe wprowadzane przez boczną paracentezę do komory przedniej. Bezpośrednio przed umieszczeniem igły STT w obszarze beleczkowania włączano przepływ prądu w igle przełącznikiem nożnym. W czasie operacji wykonywano 4-6 wkłuć igły diatermicznej, przechodzących przez przednie i tylne beleczkowanie, kanał Schlemma, w głąb twardówki. Czas aktywnej pracy igły diatermicznej wynosił ok. 1-3 sekundy, w zależności od obserwowanego zagłębiania się igły. Wybór miejsc wkłucia igły, określono wstępnie podczas wykonywanej przed operacją gonioskopii, zwracając uwagę na szerokość kąta, dobrą widoczność elementów jego budowy oraz brak widocznych naczyń u podstawy tęczówki. Po usunięciu igły diatermicznej preparat wiskoelastyczny aspirowano z komory przedniej.

Nie zakładano szwów na ranę operacyjną. Postępowanie pooperacyjne obejmowało stosowanie, 6x w ciągu doby przez 30 dni, kropli złożonych z antybiotyku ze steroidem oraz niesteroidowego leku przeciwzapalnego.

*Parametry pracy igły diatermicznej (Oertli):* tryb pracy micro – 1.0 do 2.0 W. Igła diatermiczna wysokiej częstotliwości zbudowana jest z wewnętrznej, platynowej elektrody (średnicy 0.3 mm i długości 1 mm) otoczonej zewnętrzną, metalową obsadką. Zewnętrzna średnica sondy wynosi 0.9 mm. Pomiędzy oboma elementami znajduje się warstwa izolacyjna.



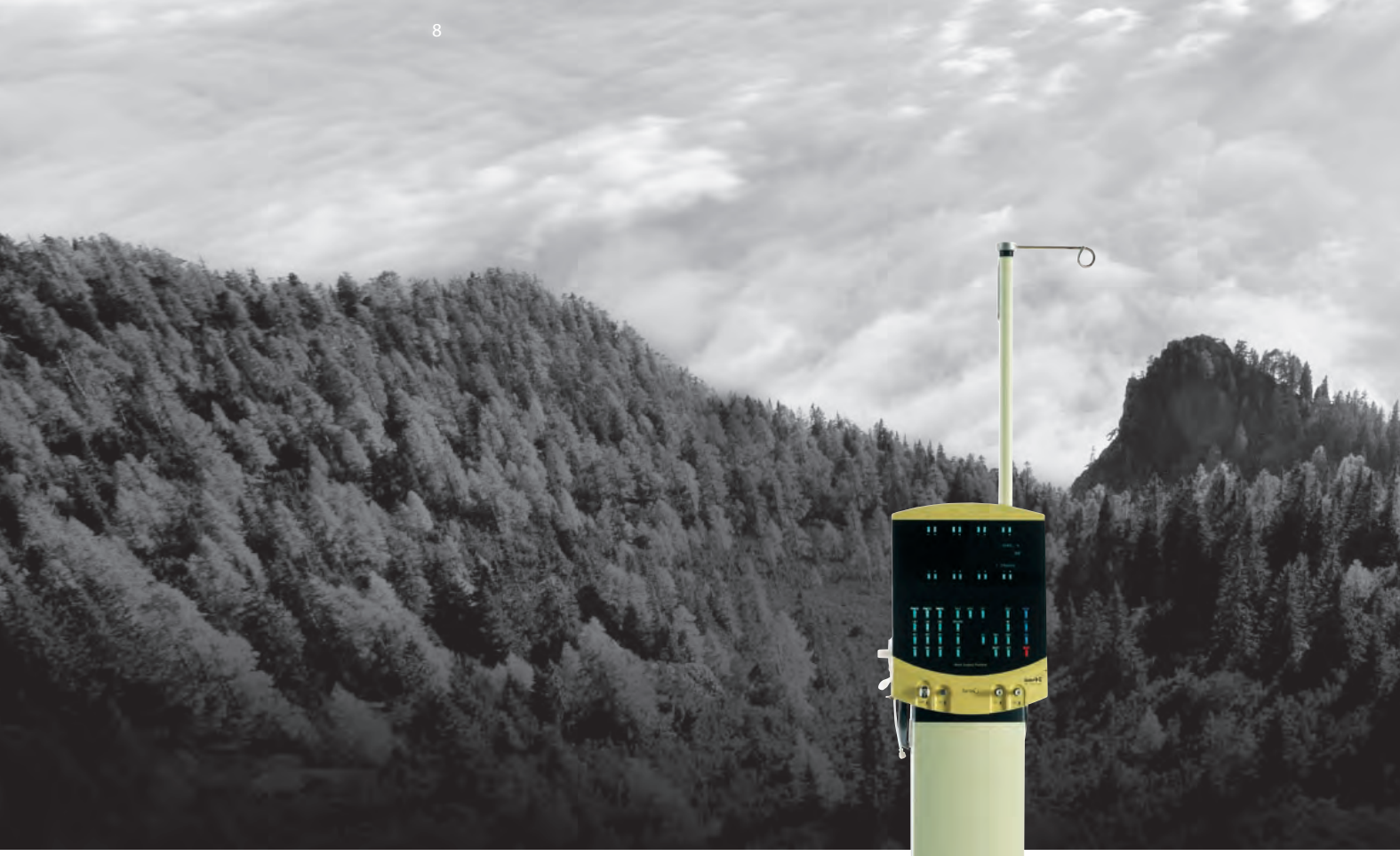
*Fot. 1-5 Przedstawiają kolejne kroki podczas metody operacyjnej opisywanej przez autora artykułu.*

*Zabieg został przeprowadzony przy użyciu aparatu szwajcarskiej firmy Oertli.*

Włączenie generatora w konsoli sterującej powoduje wzbudzenie i przepływ prądu elektrycznego o wysokiej częstotliwości (500 kHz) pomiędzy oddzielonymi od siebie elementami końcówki igły diatermicznej STT. Wynikiem przepływu prądu jest energia cieplna o temperaturze 130ºC, powstająca w najbliższym obszarze dwóch biegunów igły. Istotnym elementem konstrukcyjnym igły STT jest jej nieznaczna długość (1 mm) i szersza, okalająca igłę od zewnątrz obsadka, która ogranicza głębokość wkłucia i chroni ścianę gałki ocznej przed perforacją.

Podsumowując, można stwierdzić, że fakosklerothalamotomia wydaje się względnie bezpieczną metodą chirurgicznego leczenia współistniejącej zaćmy i jaskry. Niewątpliwą korzyścią łącznego zastosowania obu procedur są dobre wyniki czynnościowe usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji, która może być wykonana każdą z technik w tym zarówno z normalnego jak i mikro cięcia, metodą koaksjalną jak i bimanualną. O skuteczności zabiegu świadczy trwałe obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego u wszystkich, dotychczas zoperowanych tą techniką chorych (26 chorych/26 oczu), zmniejszenie współczynnika stosowania leków przeciwjaskrowych z 2.5 do 0.5 oraz uniknięcie większości potencjalnych powikłań związanych z wykonaniem filtrującego zabiegu przeciwjaskrowego. Metoda operacyjna wiąże się jednak z zastosowaniem generatora prądu wysokiej częstotliwości i specyficznej igły diatermicznej SST.

*Wykaz bibliografii dostępny na stronie www.cxnews.pl*



# faros™

## Wiodąca technologia w Twoich rękach

bezpieczeństwo i komfort pracy
wysoka stabilność przedniej komory
trzy programy fakoemulsyfikacji
możliwość dostosowania do preferencji 50 chirurgów

Wyłączny dystrybutor: Consultronix SA | www.consultronix.pl

OS3 faros™ CataRhex® swisstech

oertli® SWITZERLAND

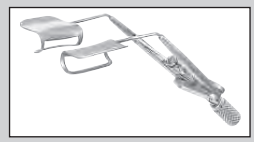
# Katena na sali operacyjnej

## czyli trudne przypadki mikrochirurgiczne

*Joanna Zapiór*
*jzapior@cxsa.pl*

**Problem:** Rozwórka, której obecnie używasz nie zabezpiecza przed gromadzeniem się skóry powiek oraz rzęs.

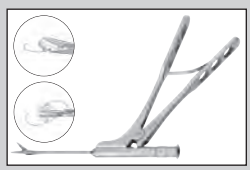
**Rozwiązanie:** Budowa rozwórki Ginsberg eliminuje ten problem. Łopatki górne rozszerzają się ku dołowi, dzięki temu fałdy skóry powiek oraz rzęsy swobodnie na nie opadają minimalizując przy tym ciśnienie w gałce ocznej.



*Fot.1. K1-5679 Ginsberg Lid Speculum*

**Problem:** Potrzebujesz wyciągnąć zwijalną soczewkę wewnątrzgałkową.

**Rozwiązanie:** Aby rozciąć i wyciągnąć miękką soczewkę wewnątrzgałkową sugerujemy użycie Katena IOL Cutter. Na rynku dostępnych jest wiele narzędzi tego typu, jednakże często są one za duże, do małych cięć lub są na tyle małe, że wchodzą przez cięcie ale jakość cięcia nie jest satysfakcjonująca. Ostrza oraz wąski uchwyt IOL Cutter'a firmy Katena bez problemu wchodzą przez cięcie 3 mm, podczas gdy specjalny mechanizm zapewnia odpowiednią moc cięcia. Dodatkowo delikatne ząbki umieszczone na ostrzach precyzyjnie chwytają i stabilizują soczewkę podczas jej przecinania.



*Fot.2. K4-5571 Katena IOL Cutter*

**Problem:** Podczas transplantacji rogówki masz problem w jej dostosowaniu i stabilizacji podczas przyszywania.

**Rozwiązanie:** Aby odpowiednio ustabilizować i ułożyć przeszczepioną rogówkę zaleca się użycie pęsety fiksacyjnej Polack z końcówką dwuramienną. Pozwoli to na precyzyjne ułożenie igły pomiędzy dwoma ramionami bez zniekształceń tkanki, minimalizując przy tym potencjalny astygmatyzm.

*Fot.3. K5-1560 Polack Double Corneal Fixation Forceps*

*Katena Products INC. to amerykańska firma, która od 1975 roku jest światowym producentem najwyższej klasy narzędzi mikrochirurgicznych stosowanych w okulistyce. Narzędzia wykonane są ze stali nierdzewnej, a niektóre modele dostępne są również w wersji tytanowej.*

katena products, inc.

# MicroShooter

## przełomowy produkt HumanOptics

Na tegorocznym zjeździe okulistycznym ESCRS, który miał miejsce w Wiedniu, firma HumanOptics zaprezentowała system implantacyjny MicroShooter®. Nowy injector i cardrige z fabrycznie zapakowaną soczewką, dzięki technologii „Pick'n'Click", umożliwia łatwą i niezawodną implantację soczewek wewnątrzgałkowych z rodziny Aspira. Technologia „MiniIN" pozwala na zachowanie jednakowego cięcia bez konieczności jego poszerzania na etapie implantacji.

Więcej informacji na temat najnowszego produktu niemieckiej firmy HumanOptics przedstawimy Państwu w kolejnym numerze.

*Fot.1. Nowy system implantacyjny MicroShooter firmy HumanOptics*

*Agnieszka Gawin*
*agawin@cxsa.pl*

# MonoBlue

## najczystszy błękit trypanu

Francuska firma Arcadophta w swojej ofercie, oprócz olejów silikonowych i gazów okulistycznych, posiada również znakomity pod względem właściwości błękit trypanu - MonoBlue. Służy on do wybarwiania struktur na rogówce i w tylnych częściach oka. Preparat ten oferowany jest w dwóch stężeniach – 0.055% przy usuwaniu zaćmy oraz 0.25% do witrektomii.

### Co wyróżnia ten preparat od pozostałych?

MonoBlue to najlepszy preparat na rynku pod względem czystości - posiada ponad 95% barwnika przy najmniejszej ilości substancji toksycznych. Konkurencyjne, standardowe preparaty posiadają ok. 81% barwnika i proporcjonalnie więcej substancji toksycznych, co przekłada się na jakość wybarwiania poszczególnych struktur. Ponadto toksyczność preparatu jest niebezpieczna dla pacjenta.

### Wskazania do używania Monoblue:

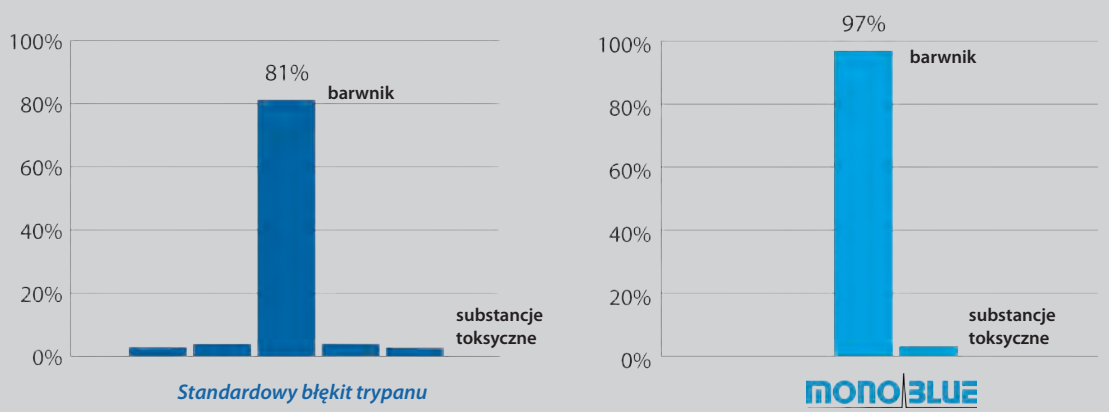
Tymczasowe barwienie tkanek rogówkowych, barwienie błon, barwienie tkanek biorcy podczas operacji keratoplastyki, tymczasowa wizualizacja cieczy wodnistej, barwienie torbieli, pęcherzyka filtracyjnego w celu jego oceny oraz barwienie antymetabolitów do wizualizacji powierzchni leczenia. Wskazany jest również do wybarwiania mas krystalicznych i tylnej części torebki, w celu sprawdzenia jej czystości, barwienia ciała szklistego, oraz torebki Tenona podczas enukleacji i wszczepienia protezy ocznej.

Preparat MonoBlue występuje w dwóch pojemnościach – 1ml ampułkostrzykawki dla stężenia 0.25% oraz 0.75ml dla stężenia 0.055%.

Preparat zatwierdzony przez Francuskie Władze Zdrowia.

*Karolina Stożek*
*kstozek@cxsa.pl*

*Wykres 1. Procentowa zawartość barwnika oraz substancji toksycznych w standardowym błękicie trypanu oraz w MonoBlue*



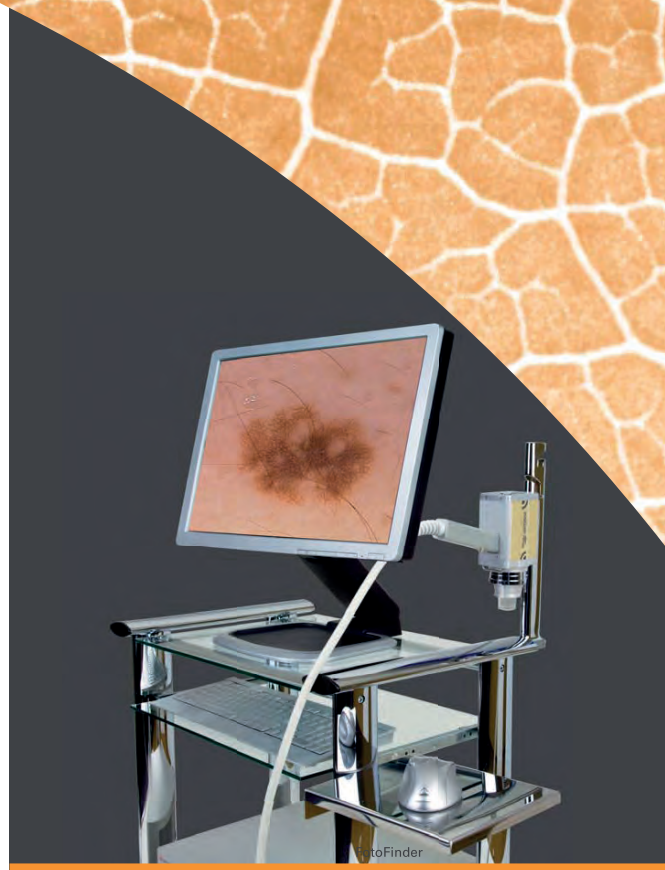

ARCAD OPHTA®

FotoFinder®
*dermoscope dynamic*

High Definition
Video Dermoscopy
and Mole Mapping

## Światowy lider w cyfrowej dokumentacji medycznej prezentuje:

- Zestaw wideodermatoskopowy pozwalający na:
  - badania dermatoskopowe w zakresie prewencji raka skóry
  - prowadzenie obserwacji makroskopowych i mikroskopowych zmian skórnych
  - cyfrową archiwizację obrazów video
  - kontrolę zmian barwnikowych
  - porównywanie obrazów zmian skórnych w czasie
  - kompletną dokumentację procesu leczenia, zdjęcia „przed i po"
  - rozbudowę systemu o moduły kapilaroskopii, trichoskopii i analizę fluorescencyjną skóry



## Nowość - już w sprzedaży!

- Nowa kamera ***medicam 800$_{HD}$***
  - Doskonały obraz w rodzieloczści ***Full HD 1920x1080*** pikseli
    - Nowa era dermatoskopii cyfrowej

Wyłączny dystrybutor:

**Consultronix S.A.**
ul. Racławicka 58 | 30-017 Kraków
tel. 122902222 | **www.consultronix.pl**

# Znamię Spitz u dzieci

## obraz kliniczny i dermoskopowy

*Dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek*
*www.dermatologiacyfrowa.pl*

Dzieci, podobnie jak dorośli, bardzo często trafiają do gabinetów dermatologicznych w celu rutynowej oceny znamion melanocytowych. Najczęściej jednak główną przyczyną konsultacji lekarskich jest ocena znamion melanocytowych, które ulegają bądź gwałtownemu powiększaniu się, wybarwieniu, odbarwieniu lub pojawiają się *de novo*. Obecnie odnotowuje się wzrost liczby zachorowań na czerniaka wśród dzieci, aczkolwiek liczba ta jest ciągle znamiennie niższa niż wśród dorosłych, a odsetek nowych przypadków czerniaka u osób poniżej 20 r.ż. waha się od 1 do 4%. Znajomość obrazów dermoskopowych wśród lekarzy wielu specjalności potencjalnie zwiększa częstość wykrywania czerniaka we wczesnej fazie jak i również pozwoli uniknąć niepotrzebnych zabiegów wycięcia chirurgicznego wybranych zmian.

*Fot.1. Wzorzec wybuchu gwiazdy w znamieniu Spitz*

**Znamię Spitz** (*naevus Spitz*) jest najczęstszym symulatorem czerniaka pod względem klinicznym, dermoskopowym i histopatologicznym. Znamię Spitz pojawia się zazwyczaj u pacjentów poniżej 15 r.ż., z równą częstością u dziewcząt i chłopców (1:1). Znamię Spitz u dzieci najczęściej lokalizuje się w obrębie kończyn dolnych, na tułowiu, a także na głowie i szyi. Występuje w kilku postaciach klinicznych – początkowo jako jasnoróżowy guzek, najczęściej na skórze twarzy u dzieci (klasyczne znamię Spitz). Następnie może przechodzić w blaszkę. Czasem występuje też jako szaroniebieska plamka (znamię Reeda) – najczęściej stwierdzana u młodych osób dorosłych w obrębie górnej części klatki piersiowej, która często może wykazywać tendencję do guzkowego wzrostu, z tworzeniem nierównej powierzchni o różnorodnej barwie. W dermoskopii znamię Spitz przypomina w 50% przypadków charakterystyczny objaw wybuchu gwiazdy (*straburst pattern*) (fot.1.), czasem cechuje go wzorzec globularny. W bardzo rzadkich przypadkach tzw. wysiewnej postaci znamienia Spitz, w obrębie różowych guzków stwierdza się wzorzec naczyniowy z licznymi naczyniami typu kropek, linijnych oraz przecinkowatych, natomiast w zmianach barwy brązowej widoczna jest siateczka zwężająca się obwodowo. Nino i wsp. sugerują obserwację znamion o wzorcu typu wybuchu gwiazdy u dzieci poniżej 12 roku życia co 6 miesięcy w ciągu pierwszych 2-3 lat, a następnie co 12 miesięcy. Znamię Spitz powinno być chirurgicznie usunięte w przypadkach szybkiego wzrostu, zmiany kształtu i zabarwienia, pojawienia się u osób dorosłych, mimo typowego obrazu w badaniu dermoskopowym. Obecnie u dzieci zaleca się również szczególną ostrożność podczas monitorowania znamion Spitz, przede wszystkim w przypadku jego nietypowego obrazu dermoskopowego. Ferrara i wsp. proponują wycięcie znamion o wzorcu spitzoidalnym zawsze w przypadku zmian guzkowych (bez względu na barwę różową czy też niebieską), zarówno u dzieci jak i dorosłych, szczególnie w przypadkach o średnicy przekraczającej 1 cm oraz z towarzyszącym owrzodzeniem, jak i również zmiany spitzoidalne płaskie lub w postaci blaszki – u młodzieży po okresie dojrzewania oraz przed okresem dojrzewania, jeśli wykazują atypowy wzorzec spitzoidalny.

*Wykaz bibliografii dostępny na stronie www.cxnews.pl*

FotoFinder® dermoscope dynamic | High Definition Video Dermoscopy and Mole Mapping

Kongres EADV w Lizbonie
20-24 października 2011

Serdecznie zapraszamy na stoisko firmy FotoFinder podczas kongresu EADV w Lizbonie w dn. 20-24.10.2011

Hala 1, stoisko # 59-60

# 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

## Nie przeocz żadnego z nich!

**Tylko zamówienie prenumeraty gwarantuje otrzymanie każdego numeru**

Prenumeratę można zamówić wpłacając należność (78 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**

# LEDA EPI 808 nm

## efektywna epilacja w krótszym czasie

*Ewa Majewska*
*emajewska@cxsa.pl*

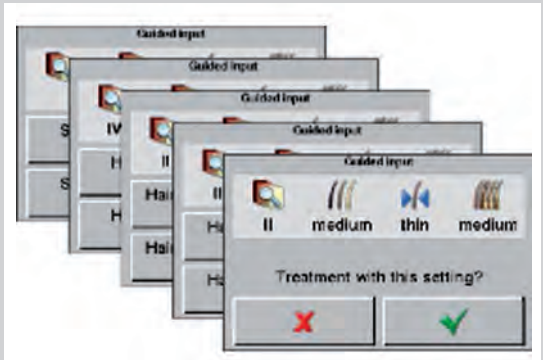
Epilacja laserowa stała się jednym z najbardziej popularnych zabiegów medycyny estetycznej. Szeroka oferta laserów, przeznaczonych do epilacji, dostosowana jest zarówno do potrzeb klientów jak i operatorów. Systemy różnią się między sobą pod względem technologii, czasu trwania zabiegu, zastosowanego chłodzenia oraz designu. Wybierając z powyższej listy szybkość epilacji, warto zwrócić uwagę na laser **LEDA EPI** z oferty niemieckiego producenta Quantel Derma. Laser LEDA to, w odróżnieniu od innych laserów, platforma multiaplikacyjna, która daje możliwość rozbudowy o dodatkowe aplikatory, służące między innymi do leczenia trądziku, czy fotoodmładzania skóry.

*Fot.1. Leda EPI 808 firmy Quantel Derma*

LEDA EPI jest laserem diodowym o długości fali 808 nm. Wyróżnia się też wielkością zastosowanej plamki zabiegowej, dzięki której czas trwania zabiegu znacznie się skraca. Powierzchnia plamki zabiegowej wynosi 50x12mm, czyli jest aż trzykrotnie większa niż standardowa. Rewelacyjnie sprawdza się na dużych obszarach, takich jak nogi, plecy czy tors. Do miejsc bardziej wrażliwych czy trudno dostępnych, producent oferuje mniejszą stopkę 12x12mm. Dodatkowe zastosowanie skanera, pozwala na skrócenie epilacji nawet o 50%.

Laser **LEDA EPI** wyposażony został w inteligentne i proste w obsłudze oprogramowanie, które ułatwia dobór parametrów zabiegu. Operator poprzez wybór fototypu, koloru, gęstości i rodzaju włosa otrzymuje sugerowane parametry, odpowiednie dla danego pacjenta.

Ponadto, poza standardowymi ustawieniami epilacji, **LEDA EPI** dysponuje dodatkowymi trybami pracy. Moduł Low Fluence to gwarancja bezpieczeństwa dla skóry o wyższym fototypie. Pozwala on na dwukrotne zdeponowanie niższej energii na tym samym obszarze zabiegowym. Kolejny tryb Fractional FHR umożliwia podział wiązki skanującej na 2-4 części, bez utraty




*Fot.2. Przykładowy kreator ustawień parametrów*

poziomu energii. Dzięki modułowi FHR, zabieg staje się bardziej komfortowy i bezbolesny dla wrażliwych pacjentów. Istotne także jest zastosowane chłodzenie. Rozwiązaniem jest tu połączenie lasera LEDA z chłodziarką Zimmer Cryo6, co znacznie zwiększa komfort pacjenta podczas zabiegu.

Laser LEDA to urządzenie dedykowane dla wszystkich, którzy cenią sobie czas i przyjazne warunki pracy.

**Rekomendacje:**

*Epilo Instytut Depilacji Laserowej powstał w Poznaniu w końcu ubiegłego roku. Obecnie, po kilku miesiącach pracy laserem Leda Epi, mamy już blisko 1000 Klientów. Osoby, które korzystają z naszych usług, a mają już jakieś wcześniejsze doświadczenia na tym polu, podkreślają przede wszystkim, że depilacja w naszym instytucie jest nieporównanie mniej bolesna, niż gdzie indziej. Chłodziarka, którą wykorzystujemy schładza skórę w miejscu zabiegu i dzięki temu, Klient nie musi znosić bólu. To bardzo ważne, podobnie, jak dwie głowice, z których większa pozwala na znaczne skrócenie czasu trwania zabiegów na większych obszarach ciała. Osoby, które cenią swój czas mogą być pewne, że w Epilo dobrze go wykrzystały. Klienci są też zadowoleni ze skuteczności zabiegów, a to podstawa do budowania marki w naszej branży.*

epilo
INSTYTUT DEPILACJI LASEROWEJ

*Katarzyna Waller*
*Manager Epilo*
*Instytutu Depilacji Laserowej*

*Jestem zafascynowany szybkością usuwania włosów laserem LEDA. Oferuje on naprawdę krótkie impulsy do delikatnych włosów. FHR® czyli technologia „frakcyjnego" usuwania owłosienia jest bardzo obiecującą koncepcją.*

*Dr. Maurice Adatto, Geneva, Switzerland*

Quantel derma

# Harmonia w Twoim Gabinecie

## HarmonyXL - głowica iPixel ER Er:YAG 2940 nm

*Marta Klimek*
*mklimek@cxsa.pl*

**iPixel ER** to najnowsza i najszybsza głowica lasera Er:YAG firmy Alma Lasers. Została zaprojektowana do użytku z platformą **Harmony XL**, dla takich zabiegów jak rejuwenacja skóry, resurfacing, likwidacja zmarszczek czy blizn.

### Szybszy zabieg

Nowością w technologii iPixel ER są dwie małe rolki, umieszczone na końcu modułu, które umożliwiają równomierny i bardziej precyzyjny ruch końcówki lasera, po obszarze zabiegowym. W odróżnieniu od tradycyjnych laserów, wykorzystujących technikę „stemplowania" lub skanowania, moduł iPixel ER pozwala na wykonanie zabiegu z wysoką skutecznością, w znacznie krótszym czasie.

### Wydajność

Częstotliwość z jaką pracuje końcówka iPixel ER wynosi 4 Hz, co przy rzędzie 7 mikrourazów oznacza agresywniejsze, a także szybsze działanie, niż w przypadku standardowej, kwadratowej plamki. Porównując iPixel ER do tradycyjnego, stacjonarnego Pixela erbowego o plamkach 7x7 lub 9x9, energia, przypadająca na jeden pixel w przypadku iPixel ER jest dziesięciokrotnie wyższa. Większa moc iPixel ER pozwala na zwiększenie strefy termicznej oraz ablacji dookoła mikrourazu dokonanego w skórze, co w konsekwencji przełoży się na lepsze rezultaty pozabiegowe.

### Krótszy czas rekonwalescencji

Odpowiedniej wielkości przestrzenie między mikrourazami stanowią rezerwuar nieuszkodzonej skóry, który znacznie ułatwia gojenie się leczonej powierzchni i powoduje przebudowę kolagenu. Wpływa to korzystnie na efektywność zabiegu, a także znacznie skraca czas rekonwalescencji.

### Zalety głowicy iPixel ER:

- Wysoka moc
- Lepsze rezultaty pozabiegowe
- Minimalny okres rekonwalescencji
- Praca na wszystkich fototypach

### Specyfikacja techniczna końcówki iPixel ER

Typ lasera – Er:YAG 2940 nm
Liczba pixeli – 7 w jednym rzędzie
Maksymalna energia impulsu – 2500mJ
Maksymalna energia pixela – 350 mJ

### Multitechnologiczny i multiaplikacyjny system Harmony XL:

- Najbardziej wszechstronna platforma laserowa na rynku
- Technologia Plug&Play
- Ponad 20 różnych procedur medycznych
- 11 różnych technologii
  - AFT
  - UV
  - FD Q-Switched 532
  - LP Nd:YAG 1320
  - Pixel Er:YAG 2940
  - Alexandrite 755
  - Near-infrared lite (NIR)
  - LP Nd:YAG 1064
  - **Er:YAG 2940**
  - SHR
  - LED
- Ponad 60 procedur z aprobatą FDA, m. in.:
  - **rejuwenacja skóry**
  - leczenie trądzika
  - zmiany naczyniowe
  - hypopigmentacja
  - resurfacing skóry
  - likwidacja tatuaży
  - **frakcyjny ablacyjny resurfacing skóry**
  - epilacja
  - **blizny potrądzikowe**
  - zmiany pigmentacyjne
  - **peeling laserowy**
  - ujędrnianie skóry
  - **zmarszczki**
- Gwarancja szybkiego zwrotu inwestycji
- Łatwy w obsłudze, bezpieczny i wszechstronny

Alma Lasers®
Wellbeing Through Technology®

# Digital Diagnost 3.0

*Piotr Wawrzyńczyk*
*pwawrzynczyk@cxsa.pl*

Dzięki doświadczeniu zdobytemu podczas 10 lat produkcji i prac badawczych nad cyfrowymi systemami kostno-płucnymi, holenderscy inżynierowie dokonali kolejnego przełomu w diagnostyce obrazowej. Firma Philips wprowadza właśnie na rynek nową generację cyfrowego aparatu kostno-płucnego – **Digital Diagnost 3.0.**

Wersja 3.0 daje użytkownikowi możliwość wyboru 1 z 5 wyjściowych konfiguracji. Każda z nich może być rozbudowana, np. o dodatkowe detektory cyfrowe. Wszystkie zestawy posiadają lampę RTG na zawieszeniu sufitowym, co pozwala na wykonywanie zdjęć w każdym miejscu pracowni, utrzymanie czystości oraz łatwy dostęp do pacjenta. Lampa ta została wyposażona w nowy wyświetlacz LCD, pozwalający na podgląd parametrów ekspozycji oraz sterowanie systemem. Każda z dostępnych lamp posiada system ognisk pośrednich (Variofocus), dzięki któremu wielkość ogniska jest dobierana automatycznie spośród 5 możliwych wartości. Rozwiązanie to pozwala na zwiększenie żywotności lampy oraz podwyższenie jakości pozyskiwanych obrazów. W aparatach Digital Diagnost 3.0 wykorzystuje się dwa typy detektorów: detektor stacjonarny o rozdzielczości matrycy 3000 x 3000 i wielkości piksela 143 µm oraz detektor bezprzewodowy o matrycy 3000 x 2372 i wielkości piksela 144 µm. Parametry detektorów umożliwiają uzyskanie doskonałej jakości obrazów, nawet przy dużych powiększeniach. Każdy z systemów został wyposażony w stację przeglądową ELEVA oraz zaawansowane oprogramowanie do przetwarzania obrazów UNIQUE, znacznie ułatwiające proces diagnostyki. Urządzenie posiada również, znany z poprzedniej wersji systemu, przycisk w uchwycie lampy, zwalniający hamulce wszystkich jej ruchów.

## High Performance Room

W tym zestawie znajdują się dwa detektory – jeden umieszczony w stole, drugi w stojaku płucnym. Istnieje możliwość wyboru detektora bezprzewodowego, który może zastąpić detektor stały w stole lub może zostać użyty do zdjęć wykonanych w dowolnej pozycji. Stół do zdjęć kostnych posiada elektromechaniczną regulację wysokości oraz pływający blat. Stojak płucny może być opcjonalnie wyposażony w mały ekran, wyświetlający informacje dotyczące pacjentów oraz pilot do zmiany położenia detektora. System posiada wiele nowoczesnych rozwiązań, m. in.: funkcja tracking, umożliwiająca podążanie lampy za detektorem. Dodatkowo aparat można wyposażyć w funkcję stitching, odpowiedzialną za automatyczne wykonanie zdjęć długich kości (całego kręgosłupa, kości udowej). High Perfor-

*Fot.1. Badanie wykonywane przy użyciu nowego cyfrowego aparatu rentgenowskiego Digital Diagnost 3.0 firmy Philips*

mance Room powstał z myślą o dużych ośrodkach medycznych, wykonujących bardzo dużą ilość zdjęć.

### Flex Room

Jest to bardzo wszechstronna konfiguracja aparatu, umożliwiająca wykonywanie pełnego spektrum badań. System wyposażony został w jeden detektor umieszczony w ruchomym i uchylnym stojaku płucnym oraz jednostronnie podparty stół. Dzięki możliwości przemieszczenia stojaka płucnego istnieje możliwość wykonania zdjęcia bezpośrednio na wózku pacjenta. W standardowej wersji tej konfiguracji znajduje się funkcja tracking – podążanie lampy za detektorem. Opcjonalnie system może zostać wyposażony w dodatkowy, bezprzewodowy detektor oraz funkcję stitching. Flex Room powstał z myślą o ośrodkach medycznych, gdzie wykonywana jest duża ilość zdjęć.

### Value Room

Zestaw składający się z dwóch stanowisk: stołu kostnego oraz statywu do zdjęć płucnych oraz jednego detektora bezprzewodowego. Dzięki takiemu rozwiązaniu za niewielkie pieniądze otrzymujemy zaawansowaną pracownię RTG kostno-płucną. Wykorzystując technologię komunikacji bezprzewodowej w detektorze, możemy w łatwy sposób wykonywać zdjęcia w dowolnej pozycji - także na łóżku pacjenta. Opcjonalnie system może zostać wyposażony w stiching, podążanie lampy za detektorem / detektora za lampą. System ten został zaprojektowany z myślą o średniej wielkości ośrodkach medycznych oraz szpitalach z mniejszym budżetem. W przyszłości aparat ten może zostać rozbudowany do najwyższej wersji poprzez zakup dodatkowych detektorów.

### Emergency Room

System przeznaczony jest na SOR. Zestaw składa się z zawieszonej na suficie lampy RTG oraz bezprzewodowego detektora wraz ze specjalnym uchwytem. Dzięki niemu wszystkie niezbędne projekcje możemy wykonać bez konieczności przemieszczania pacjenta.

### Chest Room

Zestaw składa się ze ścianki płucnej oraz lampy na zawieszeniu sufitowym. Poprzez rozbudowę o wózek jezdny, niewielkim kosztem uzyskuje się w pełni cyfrowy, jednodetektorowy system kostno-płucny. Opcjonalnie pracownię można wyposażyć w dodatkowy detektor bezprzewodowy do wykonywania zdjęć na wózku pacjenta.

Pragnąc spełnić najwyższe wymagania Klientów, firma Philips przygotowała grupę cyfrowych aparatów RTG o nazwie Digital Diagnost Release 3.0 z możliwością dalszej rozbudowy. Dzięki zastosowaniu detektorów o największych dostępnych na rynku, rozmiarach matrycy, najmniejszych wielkościach pikseli oraz oprogramowaniu do poprawy obrazów UNIQUE®, uzyskiwane obrazy posiadają najlepszą jakość i najwyższą wartość diagnostyczną. Całość tworzy solidny i ergonomiczny system, który sprosta wszystkim, nawet najtrudniejszym postawionym przed nim zadaniom.

PHILIPS

# Essenta DR Compact

*Przemysław Piątek*
*ppiatek@cxsa.pl*

**Essenta DR Compact** firmy **Philips** jest przystępnym cenowo, w pełni cyfrowym aparatem rentgenowskim. Jego konstrukcja oparta jest na regulowanym ramieniu U, zainstalowanym na nieruchomej kolumnie. Aparat umożliwia wykonywanie wszystkich ogólnych badań radiograficznych – zarówno w pozycji pionowej/poziomej jak i poprzeczno-bocznej. Dzięki zmiennej wartości SID aparat może być wykorzystywany także jako stojak płucny. Wszystkie ruchy aparatu realizowane są manualnie, dzięki czemu łatwiej osiągnąć pożądaną pozycję ramienia, jednocześnie skracając czas badania. Obrotowy detektor Essenty DR Compact został wyposażony w 4 komory jonizacyjne z których 3 są wykorzystywane w każdej projekcji. Kompaktowe wymiary predestynują aparat do wykorzystania go w niewielkich pomieszczeniach o standardowej wysokości. Zastosowanie mobilnych wózków dla pacjenta zamiast nieruchomego stołu, pozwala w pełni wykorzystać możliwości urządzenia. Do wyboru dostępne są 3 wózki:

- podparty jednostronnie z blatem pływającym oraz regulacją wysokości (występuje także w wersji bariatrycznej)
- podparty jednostronnie z boku, z regulacją wysokości oraz możliwością pochylania
- podparty pośrodku

Aparat wyposażony jest standardowo w system ognisk pośrednich – rozwiązanie unikalne dla rentgenów firmy Philips. System automatycznie dobiera optymalne ognisko, z szeregu dostępnych, co zwiększa żywotność lampy i pozwala ograniczyć dawkę zaabsorbowaną/pochłoniętą przez pacjenta. Aparat może być wyposażony w generatory o mocy od 50 do 80 kW oraz jedną z trzech dostępnych szybkoobrotowych lamp.

W aparacie wykorzystano oprogramowanie do przetwarzania obrazów UNIQUE®. Dzięki któremu uwydatnione zostają szczegóły anatomiczne, a kontrast jest bardziej jednolity, przy jednoczesnym zachowaniu naturalnego wyglądu zdjęcia. W zestawie wraz z aparatem dostarczana jest stacja robocza Eleva z 19" kolorowym monitorem TFT (dotykowym lub klasycznym). Intuicyjna obsługa bazy danych pacjentów oraz obrazów pozwala na przyspieszenie badań i optymalne wykorzystanie urządzenia w czasie jego eksploatacji.

Essenta DR Compact jest atrakcyjną propozycją zarówno dla placówek prywatnych jaki i niewielkich ośrodków publicznych. Przystępna cena, bardzo dobra jakość obrazowania, niskie koszty eksploatacji oraz wysoka niezawodność pozwolą być o krok przed konkurencją na lokalnym rynku usług medycznych.

PHILIPS

# Mobilnie cyfrowo....

W tym roku firma Philips wprowadziła na rynek w pełni cyfrowy, przewoźny aparat rentgenowski z bezprzewodowym, płaskim detektorem do badań radiograficznych - Mobile Diagnost wDR. Aparat ten dzięki swojej wszechstronności i doskonałej jakości cyfrowego obrazowania, znakomicie sprawdza się w obrębie całej kliniki: na szpitalnych oddziałach ratunkowych, salach operacyjnych oraz innych oddziałach wymagających dostępu do zdjęć rentgenowskich.

*Fot.1. Cyforwy aparat przyłóżkowy Mobile Diagnost wDR firmy Philips*

Aparat wyposażony jest w bezprzewodowy, płaski detektor cyfrowy o wymiarach 35 x 43 cm, umożliwiający operatorowi wykonanie dowolnej projekcji w łatwy i szybki sposób. Philips wyposażył swój aparat w generator o mocy 40 kW oraz zakresie napięć od 45 do 150 kV, umożliwiając wykonywania ekspozycji w czasie do 0,001s do 10s. System posiada 600 pre-definiowanych programów anatomicznych, dzięki nim aparat może być znacznie szybciej gotowy do przeprowadzenia ekspozycji, przy parametrach optymalnych dla danej projekcji. Mobile Diagnost wDR posiada lampę z wirującą anodą oraz dwoma ogniskami (małe ognisko o wielkości 0,7 mm oraz duże 1.3 mm). Kolimator wyposażony jest w oświetlenie w technologii LED, wskaźnik laserowy do wyznaczania odległości SID oraz automatyczny wybór filtrów. Kolumna aparatu ma możliwość obrotu w zakresie +/-315º, a sama lampa +/-180º. Dzięki temu w łatwy i szybki sposób można ustawić aparat w pożądanej pozycji.

Mobile Diagnost wDR wyposażony jest w silnik elektryczny umożliwiający przemieszczanie aparatu z prędkością do 4 km/h oraz stację roboczą Eleva z 17" monitorem typu touch-screen o rozdzielczości 1280 x 1024. System posiada wbudowany dysk o pojemności 340 GB na którym zapisywane są wykonywane zdjęcia. Aparat może komunikować się z siecią szpitalną za pomocą modułu łączności bezprzewodowej lub kabla.

Niewielkie wymiary aparatu: szerokość 67 cm, długość 137 cm oraz wysokość 198 cm czynią go wyjątkowo mobilnym, zapewniając szybki i łatwy dojazd do pacjenta w obrębie całego szpitala. Aparat wyposażony jest także w system antykolizyjny, który w momencie wykrycia przeszkody automatycznie go zatrzymuje. Zestaw baterii w który wyposażony jest aparat wystarcza na pełny dzień pracy.

Dzięki zastosowaniu technologii bezprzewodowej system doskonale sprawdza się w środowisku wymagającym wysokiej sterylności. Technologia cyfrowa w znaczący sposób skraca czas badania oraz obniża dawkę absorbowaną przez pacjenta, przy zachowaniu doskonałych parametrów obrazu. System ten stanowi więc idealne rozwiązanie zarówno dla małych i dużych placówek medycznych chcących w pełni wykorzystywać możliwości radiografii cyfrowej.

*Adam Bunsch*
*abunsch@cxsa.pl*

PHILIPS

**APA Baza Architekci sp. z o. o.**

30-252 Kraków, ul. Herzoga 5
tel. 012 429 71 39
studio@apa.pl
**www.apa.pl**

APA baza ARCHITEKCI

Siedziba TIM S.A., Siechnice k. Wrocławia

Siedziba CONSULTRONIX S.A., Balice k. Krakowa

## Oferujemy pełen zakres usług architektonicznych:

– Budynki biurowe

– Budynki usługowe

– Obiekty przemysłowe

– Centra logistyczne

– Budynki mieszkaniowe wielorodzinne

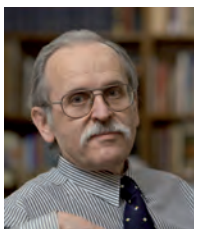
– Domy i rezydencje

Siedziba INTERSPORT Polska S.A., Cholerzyn k. Krakowa

Zakłady LENKO S.A., Wilkowice k. Bielska–Białej

Apartamentowiec, ul. Wrocławska Kraków

# Początki chirurgii
## w najdawniejszych czasach



*prof. Janusz H. Skalski*
*Klinika Kardiochirurgii Dziecięcej w Krakowie Prokocimiu*

Chirurgia była zawsze podstawową gałęzią medycyny. Była niezbędna dla leczenia, wszechobecnie towarzyszących człowiekowi urazowych uszkodzeń ciała, a zatem powstała już w okresie pierwotnego rozwoju człowieka.

Termin „chirurgia" (gr. *cheirourgie)* powstał z greckiego słowa *cheir* (*χείρ* - ręka) oraz *ergos* (*εργου* - działanie, dzieło) i znaczy dosłownie rękodzieło. Ale termin ten mógł też określać uprawianie rzemiosła, sztukę czy też praktykę chirurgiczną, a wreszcie chirurgię w dzisiejszym rozumieniu tego słowa. W starożytności chirurgia była składnikiem prawdziwej medycyny. Natomiast w średniowieczu zaczęto z czasem, chirurgię traktować jako rzemiosło, bo przecież zakres działania w tym zawodzie sprowadzał się do bardzo prostych czynności, świetnie pasujących do tego, co powszechnie uważano za „rękodzielnictwo". Na takie obniżenie rangi chirurgii złożyło się wiele przyczyn o charakterze społecznym i obyczajowym, z istotną, niestety negatywną rolą kościoła. Były wszakże od tej zasady wyjątki - poczynając od kultury Cesarstwa Bizantyjskiego, poprzez szkołę Salerno z jej kontynuacją w tradycji niektórych uniwersytetów włoskich i południowej Francji (do początków XIII w.).

Starożytni Egipcjanie, wbrew pozorom, słabo znali anatomię, ale chirurgię wzbogacili choćby poprzez unowocześnienie metody opatrywania ran: zastosowanie bawełnianych lub lnianych bandaży, płóciennych opatrunków i szarpi, miejscowe stosowanie leków roślinnych o działaniu odkażającym i przeciwzapalnym (rzecz jasna intuicyjnie i bez przesłanek analityczno-rozumowych, wyprzedzając o tysiąclecia działanie racjonalne), a także prowadzenie fizjoterapii. W Egipcie stosowano np. obrzezanie, wykonywano podstawowe zabiegi ginekologiczne, okulistyczne, zszywano rany, a na dworach faraonów zalegalizowano nawet stanowisko „trepanatora", tj. medyka, posiadającego uprawnienia do otwarcia czaszki.

W starożytnych Indiach z kolei, chirurgia stanowiła najwyższy stopień wtajemniczenia medycznego. Panowało przekonanie, że tylko połączenie medycyny i chirurgii kształtuje doskonałego lekarza. *„Ten lekarz, któremu jedna z tych gałęzi jest obca przypomina ptaka z jednym skrzydłem"*. Aforyzm ten przypisywany jest legendarnemu lekarzowi indyjskiemu Suśrucie. Tryumfy święciła chirurgia plastyczna, likwidująca oszpecenia twarzy, powstałe w wyniku kary, wymierzonej za przestępstwa. Także inne działy chirurgii osiągnęły w starożytnych Indiach niebywale imponujący poziom, pozostawiający w tyle możliwości, sławionej powszechnie, chirurgii greckiej… Usuwano guzy, torbiele, odbarczano puchlinę wodną, usuwano kamienie z pęcherza moczowego, operowano zaćmę, ale ponadto, w przypadku ran powłok brzusznych, lekarze indyjscy odważali się nawet otwierać jamę brzuszną i zaopatrywać rany jelit. Dysponowali niezłymi narzędziami chirurgicznymi i potrafili wykorzystywać leki i środki medyczne, które oferowała przyroda. Ponadto poziom nauczania chirurgii był wzorowy.

Prastara medycyna chińska cieszyła się tak wielkim poważaniem, że dla czci najsłynniejszych lekarzy tworzono „świątynie królów medycyny". Należeli do nich także chirurdzy, m.in. Hua T'o (190-268 n.e.), największy chirurg starożytnych Chin, który m.in. znał i stosował środki znieczulające. Odebrano mu życie, kiedy w dobrej wierze zaproponował pewnemu dostojnikowi wykonanie trepanacji dla leczenia uporczywych bólów głowy. Należy przypuszczać, że dobrze znał wskazania dla wykonywania trepanacji i umiał ją wykonywać. Ciekawostką jest, że w XI w. stosowano w Chinach zapobiegawcze szczepienia przeciw ospie prawdziwej. W późniejszych już czasach, ze względu na bliską Chińczykom idiosynkrazję do krwi, zaniedbano kształcenia chirurgów. Tymczasem powszechnie stosowano w leczeniu akupunkturę.

Nie mamy jednak wątpliwości, że w czasach starożytnych chirurgia najwięcej rozwinęła się dzięki wybitnym medykom Grecji i Rzymu. W przypisywanych Hipokratesowi pismach (*Corpus Hippocraticum*) znajdujemy opisy chirurgicznego leczenia urazów oraz wielu zabiegów, które nierozerwalnie związały się z chirurgią, np. punkcji jam ciała, operacji przetok odbytu, hemoroidów, polipów, guzków. Medycy tamtej epoki dysponowali już bogatym oprzyrządowaniem chirurgicznym. Duże zasługi w rozwoju chirurgii mieli lekarze ze szkoły aleksandryjskiej (III i II w. p.n.e.). Znali oni znieczulenie środkami odurzającymi, aby ograniczyć ból podczas zabiegów chirurgicznych, potrafili np. opanowywać krwawienie podwiązywaniem naczyń krwionośnych.

W starożytnym Rzymie lekarzami byli początkowo Grecy, wszak to grecka szkoła medyczna była wówczas najsłynniejsza. Asklepiades, nie uznający, przynajmniej w znacznym zakresie, spuścizny nauk Hipokratesa, głosił zasadę leczenia: *„cito, tuto, et iucunde (curare)"*. To jemu, zwyczajowo, przypisuje się wprowadzenie zabiegu przecięcia tchawicy (tracheotomia), chociaż o wiele wcześniej, właśnie w krytykowanych przez Asklepiadesa pismach Hipokratesa, w kapitalnym dziele *Corpus Hippocraticum* znajdujemy wzmiankę o wykonywaniu tracheotomii (w przekładzie łacińskim): *„…fistula in fauces ad maxillas intrudenta, quâ spiritus ad pulmonum trahatur"*.

Wprowadzono w chirurgii zasady do dziś aktualne: złamania i zwichnięcia nastawiać, ropnie nacinać, ciała obce usuwać, a wady wrodzone korygować… Jeśli tylko oczywiście, medyk był w stanie cokolwiek w tej dziedzinie wskórać. Wielką sławę w chirurgii zyskał Soranos z Efezu, ceniony chirurg i pionier położnictwa.

Największym teoretykiem chirurgii starożytnej okazał się encyklopedysta Aulus Cornelius Celsus (25 p.n.e.- 50 n.e.). Choć nie był lekarzem, z wielką dokładnością opisał wiele schorzeń i zabiegów chirurgicznych. Instrumentarium używane ówcześnie zachowało się w wykopaliskach Pompei. Najwybitniejszym chirurgiem owych czasów (II w. n.e.) był Antyllos, który umiejętność zakładania podwiązki naczyniowej wykorzystywał do operacji tętniaków. Umiał też operować zaćmę, poprzez wepchnięcie soczewki w głąb gałki ocznej, opisywał techniki upustu krwi oraz wprowadził inne nowatorskie zabiegi.

Panuje błędne przekonanie, że prastara medycyna arabska, która tak bardzo wzbogaciła ogólną wiedzę medyczną, niewiele wniosła do dziejów chirurgii. Jest to krzywdzące i nieuzasadnione przekonanie. To prawda, że Arabowie nie grzeszyli znajomością anatomii i nie byli entuzjastami krwawych rękoczynów, gdyż obawiali się utraty krwi. Niemniej osiągnięcia arabskiej chirurgii, już od czasów wczesnego średniowiecza, są nie do przecenienia. Tu właśnie, chyba po raz pierwszy, pojawiło się przeświadczenie, że wykształcony lekarz nie powinien zajmować się chirurgią. Zaczęto ją przeto traktować jako naukę oddzielną, zbliżoną do rękodzielnictwa. Chirurg zajmował się składaniem złamań, puszczaniem krwi, amputacjami (hołdowano zasadzie zachowania kończyny), wykonywano cięcia cesarskie (ale tylko u zmarłej kobiety i wyłącznie w celu ratowania dziecka), odbarczano puchlinę brzuszną, operowano przepuklinę pępkową, uwalniano uwięźniętą przepuklinę pachwinową cięciem w pachwinie, wykonywano litotomię przez nacięcie krocza, wykonywano tracheotomię, wycinano migdałki podniebienne, wykonywano obrzezanie, zszywano rozliczne rany, w tym także rany powłok brzusznych, operowano kataraktę, stosowano wreszcie chirurgiczne leczenie powikłań jaglicy.

Dla wiedzy chirurgicznej przeznaczyli pokaźną część swoich dzieł al-Magusi, Awicenna (Abū ʻAlī al-Husayn ibn ʻAbd Allāh ibn Sīnā, *w skrócie* Ibn Sina), Abulcassis (Abu al-Qasim az-Zahravi) i Rhazes (ar-Razi), zaś XIII-wieczny chirurg Ibn al Quff poświęcił chirurgii całe, obszerne dzieło. Pośród wielu mądrych metod leczniczych, które stosowała arabska chirurgia, na szczególne podkreślenie zasługuje dbałość o czystość zaopatrywanej rany, zalecenie mycia chorego przed zabiegiem, mycie rany wodą z octem, soloną wodą, winem, także z olejkiem różanym i innymi środkami – jak dziś wiemy - o własnościach antyseptycznych (m.in. mirra, kasja, boraks, ałun, sole rtęci i innych metali).

Działający w zachodniej części kalifatu, w Andaluzji (praktykujący w Kordobie), na przełomie I i II tysiąclecia, lekarz arabski Abulcassis (936-1013) był jednym z największych chirurgów średniowiecza. Jedną z ksiąg swego encyklopedycznego dzieła medycznego poświęcił chirurgii, wzbogacając treść ilustracjami narzędzi chirurgicznych.
Początki wspomnianego wcześniej „cięcia cesarskiego" zasługują również na kilka słów wyjaśnienia, bowiem jako niezwykły w swojej istocie, ten chirurgiczny zabieg miał również interesujące dzieje. Jego historia sięga czasów starożytnego Rzymu, tam bowiem cięcie zmarłej, ciężarnej usankcjonowano prawem i to do tego stopnia, że zakazane było pogrzebanie ciężarnej kobiety, bez wyciągnięcia z jej łona płodu. Pomysłodawcą owego zakazu był legendarny drugi król Rzymu i prawodawca - Numa Pompilius (715 - 673 p.n.e.).

Wraz z upadkiem Rzymu nastąpił także upadek nauki i kultury starożytnej, w tym także medycyny. Chirurgia praktyczna przetrwała w szczątkowej formie tam, gdzie zyskała wcześniej najwyższy poziom, a więc w Grecji i dawnej Italii. Znalazła się jednak w rękach prostych ludzi, którzy z pokolenia na pokolenie przekazywali umiejętności leczenia ran, przepuklin, zaćmy, usuwania kamieni z pęcherza moczowego.

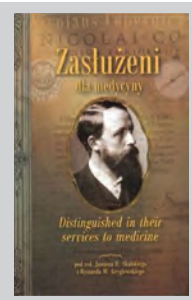
Odrodzenie chirurgii, jako dyscypliny związanej ściśle z medycyną, nastąpiło w Salerno, w szkole medycznej, istniejącej we Włoszech na przełomie I i II tysiąclecia. Szkoła ta, o charakterze międzynarodowym, zyskała sławę w XI i XII wieku, a powracający z wypraw krzyżowych rycerze zatrzymywali się w Salerno, aby leczyć rany. Salerno zawdzięczało przy tym swój europejski prymat, sławę i postępowość otwarciu na wszelkie nowości, jak i niezwykłemu na owe czasy świeckiemu charakterowi, który zapewniał pewną niezależność.

Dalszy rozwój chirurgii dokonywał się w znanych ośrodkach naukowych, które dały początek uniwersytetom z prężnymi wydziałami lekarskimi najstarszych uniwersytetów we Włoszech (Padwa, Bolonia), we Francji (Montpellier, Paryż), w Hiszpanii (Salamanca) i w Anglii (Oxford, Cambridge). Minęły wieki zanim chirurgia ugruntowała sobie pewne miejsce wśród wysoce nobilitujących dziedzin nauki, jak i szacunek społeczeństw.

Chirurgia związana zawsze z cierpieniem ludzkim, łącząca wiedzę, sztukę i rzemiosło stała się po latach szeroko rozwiniętą nauką, opartą na perfekcyjnej znajomości ciała ludzkiego, a chirurg stał się wysoce wykształconym lekarzem, który po prostu posiadł trudną i odpowiedzialną sztukę operowania.

*Te oraz inne ciekawostki z historii medycyny można odnaleźć w książce pod tytułem: "Zasłużeni dla medycyny", pod redakcją Janusza H. Skalskiego i Ryszarda W. Gryglewskiego*

*Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2009*



# Brevibus momentis summa verti

## wspomnienie

*Fot.1. Prof. dr hab. n. med. Bazyli Bogorodzki*

Z głębokim żalem i niedowierzaniem przyjęliśmy wiadomość, że nie żyje Prof. dr hab. n. med. Bazyli Bogorodzki. Zmarł w czerwcu 2011 roku. Był wybitnym lekarzem-okulistą, oddanym pracy zawodowej i pacjentom, a także szlachetnym i prawym człowiekiem. Mieliśmy zaszczyt znać Profesora i pracować z Nim, podziwiając Jego umiejętności zawodowe, talent, pracowitość, dar bycia Nauczycielem i niezmienną dla nas życzliwość. Prof. Bazyli Bogorodzki urodził się 17. czerwca 1929 roku w Baranowiczach. Tak jak wielu z pokolenia rówieśników, doznał traumy lat okupacji, dramatu powstania warszawskiego i tułaczki wojennej, zakończonej osiedleniem w Łodzi, w której mieszkał i pracował przez całe, dorosłe życie. Mimo ciężkich przeżyć, związanych z tamtymi latami, a może właśnie dlatego, miał umiejętność odróżniania spraw naprawdę ważnych od tych pozornie ważnych. Potrafił znaleźć wyjście z trudnych, konfliktowych sytuacji, zachowując spokój i pogodę ducha. Umiał cieszyć się radościami dnia codziennego, był człowiekiem otwartym, towarzyskim, ale nie było łatwo zdobyć Jego zaufanie. W Łodzi ukończył studia lekarskie w Akademii Medycznej i od 1953 roku pracował nieprzerwanie na różnych stanowiskach, pełniąc w miarę osiągnięć zawodowych i naukowych, odpowiedzialne kierownicze funkcje. Z rozrzewnieniem wspominał jednak, pierwsze powojenne lata w zawodzie, pracę w Klinice Okulistyki AM, wyjazdy w teren z ekipami zwalczającymi jaglicę, radość jaką sprawiał darowany przez UNRRę sprzęt medyczny. Prof. dr hab. Bazyli Bogorodzki był organizatorem i kierownikiem kilku oddziałów okulistycznych w województwie łódzkim i w Łodzi. W 1999 roku odszedł na emeryturę ze stanowiska Kierownika Katedry Kliniki Chorób Oczu Akademii Medycznej w Łodzi. Nadal jednak żył aktywnie, prowadził praktykę prywatną, lecząc kolejne pokolenie pacjentów, służąc radą i pomocą. Niestety, *brevibus momentis summa verti* (w jednej chwili zmienia się wszystko). Bardzo brakuje Nam Profesora, zachowamy Go w sercu i w pamięci.

*Gdy ponad dwadzieścia lat temu, zupełnie zielony, zaczynałem współpracę z Państwem, profesor Bogorodzki stał się moim mentorem, nigdy nie odmówił mi rady i nie bacząc na moją ignorancję wprowadzał mnie w arkana okulistyki. Przez lata naszej współpracy, Profesor stał się kimś bardzo ważnym dla mnie i dla naszego całego zespołu - mam niewątpliwy zaszczyt nazwać Go naszym przyjacielem. Gdy odchodzą ludzie pospolici, mnożą się pod ich adresem różnorakie przymiotniki, gdy odchodzą ludzie wielcy, wystarczy powiedzieć, że był to porządny człowiek - i takim właśnie zapamiętamy profesora Bazylego Bogorodzkiego*

*Krzysztof Smolarski*

*prof. dr hab. n. med. Mirosława Grałek*

# Odrobinę wizjonerstwa!!!

Co ma wspólnego pomysł pani minister Hall dotyczący e-podręczników, z wykonaną właśnie instalacją do pobierania opłat od przejeżdżających ciężarówek? - na pierwszy rzut oka niewiele, ale to co je łączy, to elementarny brak wizjonerstwa.

Po co wydano prawie 6 miliardów zł na metalowe bramki przy drogach, zainstalowano na nich detektory, i całą infrastrukturę informatyczną (jednym słowem, kopię systemów stosowanych w Europie zachodniej od wielu lat) jeśli można wykorzystać technologię Google Maps i GPS? W każdym samochodzie obligatoryjnie montujemy detektor GPS, sprzężony z systemem satelitarnym naliczającym automatycznie opłaty za przejazd, uwzględniający drogę, dystans i wielkość pojazdu. Tak pobieraną opłatę można uzależnić od pory, dnia tygodnia, czy np. temperatury powietrza. Możnaby wówczas sprawdzać czy pojazd nie porusza się tam, gdzie mu nie wolno (jak np centra miast). System taki automatycznie monitoruje czas pracy kierowcy, prędkość i położenie pojazdu - nie potrzeba fotoradarów, ani tachografów, a złodziejom bardzo utrudnimy życie. Ktoś powie - złodziej wymontuje detektor - tak, ale system natychmiast powiadomi policje o bezprawnie poruszającym się pojeździe. A ile kilometrów autostrad za 6 mld można by wybudować? - tylko komuś zabrakło wyobraźni!!!

Trochę lepiej jest z e-podręcznikami, bo można jeszcze skorygować, ten w gruncie rzeczy, niezły pomysł. Trzeba tylko wyzwolić się z tradycyjnego myślenia o książkach i ich wydawcach. Ministerstwo powinno zamówić podręczniki bezpośrednio u autorów, wtedy będąc ich prawnym właścicielem może udostępnić je wszystkim zainteresowanym ZA DARMO - niech się uczą. Oczywiście stracą wydawcy, ale zyskają uczniowie i będzie to znacznie sensowniejsza pomoc dla wielodzietnych rodzin niż becikowe, często niestety przepijane już na pępkówce przez kochanego tatusia - tylko troszkę wizjonerstwa !!!!

*Krzysztof Smolarski*
*ksmolarski@cxsa.pl*

# Gaz

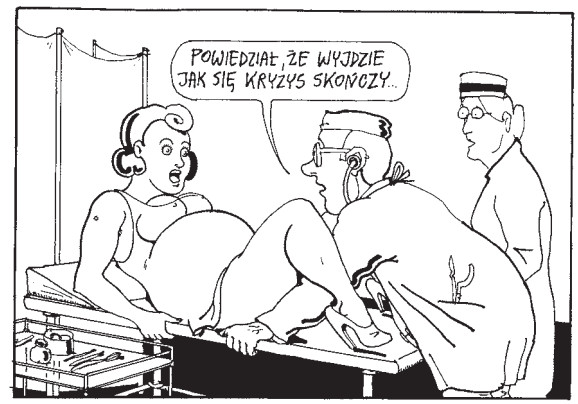
*Krzysztof Piasecki*

Przeczytałem w gazecie, że w niektórych szpitalach (ich liczba się zwiększa) kobiety podczas porodu mogą otrzymać gaz rozweselający. Jako człowiek żyjący z rozśmieszania ludzi uważam, że pomysł jest rewelacyjny. Taki gaz przecież będzie działał nie tylko na matkę, ale również na dziecko. Po otrzymaniu rutynowego klapsa dziecko zaniesie się śmiechem. Jakie przyjemne pojawienie się na świecie! I to w Polsce, gdzie ludzie uwielbiają narzekać. Matka zobaczywszy swojego potomka rozpłacze się ze śmiechu. Obok niej śmiać się będą lekarze, położne, a może i szczęśliwy ojciec !

Trochę to zmieni nasz stosunek do porodów. Kobieta będzie mogła powiedzieć: „wiesz, urodziłam właśnie bliźniaki, ale się ubawiłam!" Ojciec, oczekujący na narodziny potomstwa, też nie będzie w stresie, kiedy usłyszy jak za drzwiami porodówki jego ukochana partnerka ryczy ze śmiechu.

Teraz jest taka moda żeby mężczyzna był przy porodzie. Żeby zobaczył co narobił. Jakże inaczej będzie wyglądał taki poród rodzinny. Mężczyźni będą się garnęli do uczestnictwa w przyjściu na świat swych dzieci. A dorosłe dziecko widząc zabawną komedię w telewizorze będzie mogło powiedzieć „nie ubawiłem się tak od urodzenia".

Ale dlaczego ograniczać użycie tego gazu do narodzin? Wszystkie sytuacje stresowe można by zmieniać stosując ten gaz.




Może być wesoła matura, wesoły rozwód, że o ślubie nie wspomnę. A gdyby tak użyć tego gazu w sejmie? A na posiedzeniu rządu? Pyta premier: „Pan minister proponuje, ha, ha, ha, by podnieść podatki ha, ha, ha i co państwo na to?" I odpowiedź: „ha, ha, ha". „A może by wybudować trochę, ha, ha, ha, autostrad?" I odpowiedź: „ha, ha, ha". Nie, przepraszam, to nie jest dobry przykład.

Powszechne stosowanie tego gazu mogłoby spowodować wyginięcie kabaretów, ale z drugiej strony nawet podczas czytania tego felietonu mogłoby być państwu wesoło! A dlaczego piszę o tym w piśmie poświęconym medycynie? Bo przecież śmiech to zdrowie!

# Czarne chmury

*bp Tadeusz Pieronek*

Mamy prawo uważać zjawiska atmosferyczne za swego rodzaju znaki, zwiastujące przewidywalną przyszłość. Kierunek wiatru, układ i rodzaj chmur, temperatura, wilgotność powietrza pozwalają snuć przypuszczenia, że czeka nas słoneczny dzień lub zachmurzenie, mgła, słota, czy nawet gwałtowne załamanie pogody, deszcz, burza, grad, zimno czy śnieg i mróz. Jesteśmy w stanie to obserwować i z dużym prawdopodobieństwem, a nawet z pewnością przewidywać, co się wydarzy.

Swego czasu wydawało się, że człowiek może zapanować nad siłami natury, które powodują te zjawiska. Niewątpliwie, na małą skalę jest to możliwe, ale ujarzmienie żywiołów jeszcze nigdy się nie udało i dotąd stanowi poważny problem.

Jest to sprawa istotna także w życiu duchowym człowieka, zależnym nie od żywiołów, ale od podobnych do nich zjawisk i sił wewnętrznych, które w nim działają. Obserwując siebie samych, tego co się w nas dzieje, w naszych myślach, reakcjach na rozmaite zdarzenia, przyglądając się naszym radościom i lękom, czarnym chmurom przysłaniającym radość życia, jesteśmy w stanie przewidzieć w jakim będziemy nastroju, czy poradzimy sobie z tym co nas czeka, czy będziemy na tyle silni, by przejść przez czekające nas próby.

Tak jak przed katastrofami powodowanymi przez żywioły, możemy się uchronić regulując rzeki, umieszczając piorunochrony, chroniąc budynki przed gwałtownym wiatrem i ogniem, tak również w sferze psychicznej, duchowej, można się zabezpieczyć unikając pośpiechu, działania na oślep, niestałości i niedbalstwa, bo to są główne wady, sprzeciwiające się mądrości. Mądry człowiek łatwo przewiduje przyszłość i gotów jest podjąć jej wyzwania.

# Medycyna ludu polskiego

## ciąża

*Fragment książki znalezionej w blibliotece pradziadka pt. „Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego. Przyczynek do etnografii polskiej" tom VII opracowany przez dr. Marjana Udziela. Książka pochodzi z 1891 roku.*

Po odbyciu godów weselnych, które, z mniej lub więcej wybitnemi cechami, odbywają się u nas prawie jednako tj. hucznie i wesoło, poczyna się na wsi życie dla siebie, z którem mężczyzna i kobieta poczynają spełniać swe obowiązki społeczne. Bliższe opisy tych uroczystości nie należą do zakresu naszej pracy; obchodzi nas tu tylko skutek owego związku dwojga ludzi, których na zawsze połączyła stuła kapłana.

Pierwsze objawy zastąpienia wita wesoło każda młoda mężatka. Ze po regularności następuje zapłodnienie najrychlej, a podczas karmienia wcale nie, to powszechnie u ludu jest wiadomem. Gdy kobieta po odbyciu już kilku porodów nie chce mieć więcej dzieci, to powinna dać przy ostatnim połogu bryłkę babce odchodzącej po porodzie krwi, aby ją rzuciła na bieżącą wodę.

Spędzanie płodu musi być często praktykowane, gdyż liczny zapas leków ludowych zdaje się za tem przemawiać. W tym celu używają wewnętrznie tui, sawiny, srebnika wiosennego i innych gatunków pięćperstu, odwaru z suszonych liści rozmarynu lekarskiego, jemioły, tak jagód jak rośliny, również korzenia szuwaru, nietoty czyli widłaku, który Hucułki „netową" nazywają, w postaci nalewki z wódką lub też odwaru. Używają tu także podróżnika i żabiego gronka, nadając obu tym roślinom błędne miano sporyszu. W tym samym celu używają odwaru z belladonny.

Kobiety, które przez dłuższy czas nie mają regularności, piją krwawnik z mlekiem, lub gotowany w winie, choć pół kwarty od razu, kładą się do łóżka i dobrze przykrywają. Dla usunięcia istniejącej niepłodności, medycyna ludowa posiada również swoje leki. Bylica pomaga na płodność. Niemniej dobrą opinją cieszy się u ludu szczyr trwały nazywany w starych zielnikach rodzińcem, czynirodem, płodziszem, dziecinnikiem i dziecińcem. W odmianie samczej, jako mężczypłód, sprawia płodność na synów, a w samiczej, jako dziewczypłód, na dziewczęta. Nazwę młodzieńca, płodzisz lub płodzisamca lud nadał pszeńcowi łąkowemu i mikołajkowi, który znany jest także pod mianem młodzieńca swojskiego lub bożego daru. Również wystarcza do zastąpienia tylko połknąć drobną rybkę. Skuteczniejszą jednak jest bryłka krwi, odchodzącej po porodzie pierwszy raz rodzącej, zmieszana z wódką i podana niepłodnej kobiecie.

Obok używania lekarstw, lud pobożny uważa modlitwę lub ślub za najskuteczniejszy środek do spełnienia gorących życzeń. Stąd w celu doczekania się potomstwa kobiety bezdzietne odbywają pielgrzymki do miejsc cudownych, jak Częstochowa i Kalwarja.

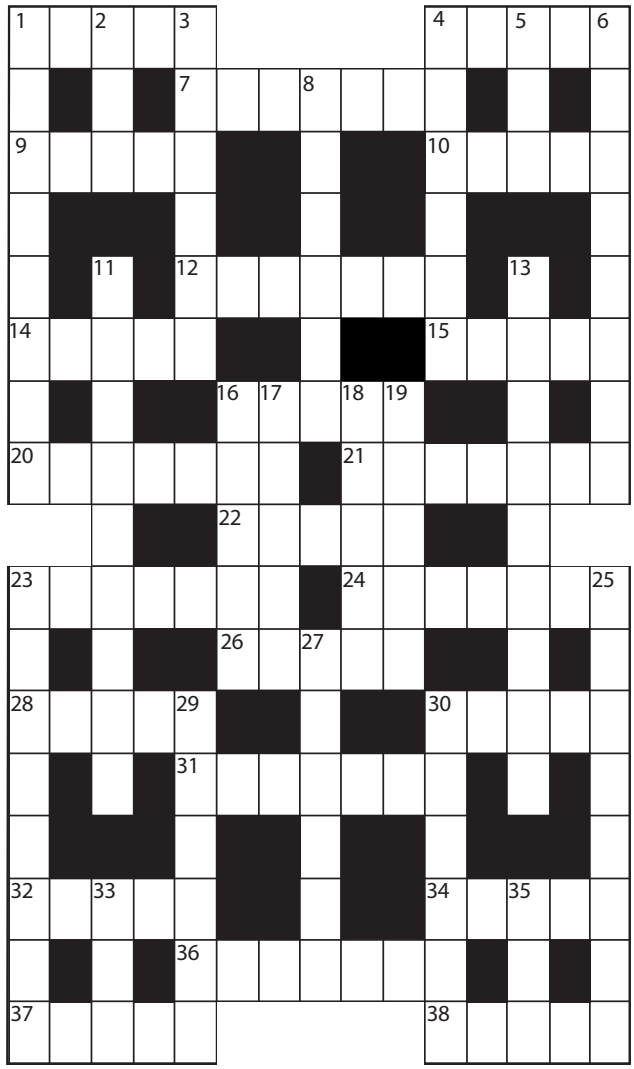
Gdy już nadeszła oczekiwana chwila i kobieta jest „przy nadziei", to zwracają uwagę szczególnie na jej zachowanie się. Wszelkim zachciankom brzemiennej zawsze czynią zadość, sądząc, że jakiekolwiek sprzeciwianie się przynosi szkodę dla płodu. Wystrzega się ona jeść potraw odgrzewanych, bo dziecko będzie mieć po urodzeniu krzywe nogi; stara się nie przestąpić przez siekierę, bo dziecko będzie szczerbate tj. będzie mieć zajęczą wargę; nie patrzeć na pożar, bo porodzi dziecię z czerwoną plamą na twarzy, zwaną płomieniem. W razie pożaru, kobieta brzemienna nie powinna chwytać się za części ciała, które są zwykle obnażone, bo w uchwyconem miejscu mieć będzie dziecko płomień. Nie nosi w zapasce anie mięsa surowego, bo dziecku języczek przyrośnie, ani cebuli, bo gawaczki mieć będzie. Broń Boże mieć takiej kobiecie w ręku jaskółkę, bo dziecko cierpieć będzie na ognik czyli ogniopiór. Jeżeli brzemienna stanie na żabie i zlęknie się, to dziecko mieć będzie znamię w kształcie żaby.

Zapatrzenie podczas ciąży odgrywa u ludu również ważną rolę. Kobieta ciężarna nie powinna się przypatrywać rzeczom brzydkim, kalekom, lub pociętym zwierzętom, bo dziecię może się urodzić potworem. Gdy przestąpi koromysło, to niemowlę będzie ciągle zarzucać głowę w tył, a gdy wyleje wodę przez próg, to będzie womitować. Nie uderzy nogą psa, kota, ani innego zwierzęcia, bo dziecko porośnie sierścią. Kobieta brzemienna nie przystępuje przez łyka, któremi konie przywiązują, bo będzie miała nieszczęśliwy poród, ani przez powrozy, bo to poród utrudnia. Noszenie nici na szyi przez kobietę ciężarną sprowadza okręcenie pępowiny około szyi dziecięcia.

W razie przestrachu z obawy poronienia idzie zaraz z moczem i pije listki z bożego drzewka z czystą wodą lub wodą święconą, do czego należy naskrobać nieco święconego „dwocatnika" (35 centówki srebrnej) lub włożyć wprzód do niej święconego talara. Po podźwignięciu czyli strudzeniu się kobiety brzemienne piją ususzoną i startą święconą marzannę z wódką. Kobieta w ciąży będąca, bojąc się poronienia, idzie do Bożej męki (krzyża), w koło ją *obłapi* (uściśnie) i zmówiwszy trzy razy Zdrowaś Maryja i trzy Wierzę, pocałuje ją potrzykroć, a wtedy mieć będzie lekki poród. W razie choroby kobiety ciężarnej, nie pozwalają jej puszczać krwi, ani w ogóle leczyć, gdyż to szkodzi płodowi. Dają jej wtedy odwar „uraźnika" lub dzięgieć lasowy czyli dzięgiel leśny wymoczony w wódce, albo wygotowany w wodzie, bo ma być skutecznym na *słabości* kobiet brzemiennych.

Gdy jednak mimo wszelkich ostrożności nastąpi poronienie, to naskrobać trochę srebra (np. ze złotówki albo z łyżki srebrnej) i wrzucić pył do kieliszka okowity, dodać do tego nieco proszku drzewnego, naskrobanego z czterech rogów stołu i dać wypić położnicy. Poronione nieżywe dzieci zakopują pod progiem. Kobieta brzemienna, która nieżywe rodzi, nie powinna być nigdy obecna przy ratowaniu utopionego, bo w jej obecności na pewno otrzeźwić go nie zdołają.

# Krzyżówka



POZIOMO:

1. interesowny owoc, 4. niedaleko Elbląga, dawny gród Prusów z zabytkami, 7. murarsko-sportowe przygotowanie, 9. twarzowy rekwizyt balu przebierańców, 10. sztandary na wietrze, 12. pradziadkowe ogłoszenie, 14. pierwszy zmysł, 15. starszy brat Mojżesza z cudowną laską, 16. królewski ciuch, 20. chyżo mknie, 21 kierowanie uwagi wyłącznie na siebie, 22. Halka, 23. zachęca do kupna, 24. siedzi w benzynie, 26. wielki port japoński na Honsiu, 28. przezroczyste z parciem na, 30. najważniejszy w Chinach z Zakazanym Miastem, 31. czarna na odmowę, 32. pruje fale wiślane, 34. ładunek hop z samolotu, 36. forsa z portfela, 37. sufitowy zwis, 38. kaszalotowy utrwalacz zapachów.

PIONOWO:

1. żołnierz super, działający poza linią frontu, 2. gwiżdże na wszystko w pierzu, 3. szyjootulajka, 4. zielone urozmaicenie drugiego dnia, 5. spod ciemnej gwiazdy, 6. muzyczny taktomierz, 8. jedzeniowa powtórka, 11. wiekowa, 13. uszczypliwe uwagi, 16. się rzekło, 17. na potem, 18. malownicza rzeka Kaukazu, 19. Christie, 23. przedpokój przy apartamencie, 25. więzienne ułaskawienie, 27. filia, 29. przedłuża żywot księgi, 30. zgrane towarzystwo, 33. marynarski napitek, 25. coś na niego.

# List do redakcji

*Szanowna Redakcjo,*

*w ostatnią niedzielę podczas wycieczki rowerowej, w okolicach Kryspinowa, nieszczęśliwie w mój rower uderzył wyjeżdżający z bocznej drogi samochód osobowy. Razem z rowerem - według naocznych świadków - wykonałem bardzo efektowne salto - 360 st. nad samochodem, po czym twardo wylądowałem, zostawiając na asfalcie liczne próbki swego DNA. Musiałem wyglądać na tyle nieciekawie, że bardzo sympatyczna i fachowa załoga pogotowia zabrała mnie na sygnale na SOR w Szpitalu Wojskowym przy ulicy Wrocławskiej. No i tam się zaczęło - obfotografowano rentgenem liczne części mego ciała, od głowy, poprzez barki, na nogach kończąc. Następnie dobrano się aparatem USG do moich wnętrzności, pobrano krew, porobiono zastrzyki - jednym słowem spędziłem niedzielne popołudnie podziwiając szpitalne sufity, aż już po czterech godzinach szczęśliwie zostałem wypisany do domu z diagnozą, że jeszcze chwilę pożyję. Piszę do Was dlatego, że mimo fatalnych okoliczności mojej wizyty, było to bardzo miło spędzone popołudnie. Muszę podkreślić wielką kompetencję lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, ich uprzejmość i wyrozumiałość dla wszystkich przebywających razem ze mną na SORze pacjentów - także tych co "nadużyli". Doskonała organizacja ich pracy, jakość sprzętu diagnostycznego oraz sprawność całego zespołu, wzbudziły moje uznanie do tego stopnia, że postanowiłem się nim podzielić z czytelnikami. Wiem, że pewnie różnie bywa, ale ja jestem bardzo usatysfakcjonowany naszą służbą zdrowia, a Szpitalem Wojskowym w Krakowie w szczególności i za Waszym pośrednictwem przesyłam całemu personelowi serdeczne pozdrowienia.*

*Z wyrazami szacunku*
*K.S., Kraków*

# Zawisza

*Zbigniew Mazgaj*
*zmazgaj@cxsa.pl*

Wielce Szanowni Państwo!

Do napisania tego felietonu zainspirowała mnie okolica w której spędziłem urlop. A spędziłem go w pewnej malowniczej miejscowości położonej w dolinie Dunajca, przesiąkniętej historią niczym Kuwejt ropą.

Ot, o jakieś dwa kilometry w górę rzeki wznoszą się ruiny siedziby Melsztyńskich, niegdyś jednego z najpotężniejszych rodów magnackich. Jego protoplasta i fundator zamku, Spytko z Melsztyna herbu Leliwita (ok.1300–1354) piastujący najwyższą po królewskiej w Polsce godność kasztelana krakowskiego wielokrotnie posłował w imieniu Kazimierza Wielkiego w sprawach najwyższej wagi. Przy tej okazji zyskał w Europie sławę *enfant terrible* polityki, wygłaszając na dworze Karola IV Luksemburskiego w Pradze słynną mowę negującą supremację cesarza. Rzekł między innymi: *„Czemże wasz cesarz? Nam – sąsiad, a królowi naszemu – równie. Wasz cesarz niższym jest od papieża. Składa przed nim przysięgę. Nasz król ma od Boga swoją koronę i miecz swój, a własne prawa i obyczaj przodków przenosi nad wszelkie prawa cesarskie”.* Wedle relacji cesarskiego kanclerza wyczerpywało to znamiona barbarzyństwa… Co do zamku w Melsztynie, to popadł on w ruinę za sprawą braci Moskali podczas Konfederacji Barskiej.
Kilkanaście kilometrów dalej znajdują się ruiny zamku w Rożnowie, należącego niegdyś do innego nieprzeciętnego Polaka, Zawiszy Czarnego z Garbowa herbu Sulima (ok. 1370–1428). To postać daleko większego formatu, niż sienkiewiczowski stereotyp rębajły walczącego na stosie krzyżackich trucheł. Rzecz jasna, Zawisza wielkim rycerzem był! Jak zgodnie twierdzą kronikarze, *w ciągu 25 lat* wziął udział w setce turniejów i nie poniósł ani jednej porażki! Swoją sławę ugruntował w roku 1415 podczas turnieju w Perpignan, kiedy to w przytomności króla Aragonii Ferdynanda Sprawiedliwego tudzież króla Węgier i Niemiec (a później cesarza), Zygmunta Luksemburskiego w którego świcie podróżował, pokonał dotąd niezwyciężonego mistrza Zachodu Jana z Aragonii, wysadzając go z siodła jednym uderzeniem kopii. Tak Sulimczyk został celebrytą.

Ale Zawisza miał też drugie, mniej znane oblicze. Przede wszystkim, co należało wówczas do rzadkości, był wykształcony. Był też znakomitym dyplomatą, wielokrotnie posłował w imieniu *Władysława Jagiełły* i należał do grona jego najbardziej zaufanych doradców. Był jednym z sześciu posłów reprezentujących Polskę na soborze w Konstancji. Tam, jako jeden z nielicznych, stanął w obronie Jana Husa. Jak wiemy Husa, wbrew Zawiszy i mimo cesarskiego „listu żelaznego”, spalono. Doprowadziło to do *ćwierćwiecza* wojen husyckich i pośrednio potwierdziło opinię Leliwity o instytucji cesarza. Zawisza wiele czasu spędzał na dworze Zygmunta Luksemburskiego, brał też udział w zwoływanych przez niego krucjatach. Podczas jednej z nich, przeciw Turkom, w bitwie pod Golubacem na terenie Serbii, osłaniając odwrót cesarza, zginął.

Odbierając laur w Perpignon Zawisza miał rzec: *„Przysięgam Bogu i Pannie Marii, że strzec będę zawsze i wszędzie czci i honoru swego króla i pana oraz czci i honoru swojej ojczyzny”.* Nic dziwnego, że współcześni, składając przysięgi klęli się na Jego imię.

Oto jakich drzewiej miewaliśmy wielmożów, Moiściewy!

Życzę Państwu wielu radosnych i inspirujących chwil czerpanych z naszej wspaniałej historii.

Z.M.

P.S.
Tylko te znoszenia Zawiszy z Luksemburczykiem nie dają mi spokoju. Mało kto dzisiaj pamięta, *że* w 1392 roku planował on rozbiór Polski pomiędzy Rzeszę, Węgry, Morawy i Zakon Krzyżacki. Nic z tego nie wyszło, bo Konrad Wallenrod odmówił. Miał chłop nosa, zważywszy że Zygmunt zasłynął później głównie z przegranych bitew. Ale strach pomyśleć co będzie, kiedy wezmą się za to historycy śledczy z IPN-u…

# 6th European Eye Cubed Ultrasound Course

Sobota, 10 Grudnia 2011
Kraków, Polska

eyecubed™

## Wykładowcy

prof. Bertil Damato, dr n. med. Michele Figus, lek. Andrzej Dmitriew

## Program

Introduction on ultrasound: The role of Ultrasound in Ophthalmology
Clinical Session - Cataract: Anterior segment examination for refractive surgery
How to perform accurate IOL calculation in various clinical situations?
Clinical Session - Oncology: Ultrasonography of Adult Ocular Tumors: Techniques and Diagnosis
Hands-on Session: Eye Cubed Workshop 1
Clinical Session - Vitreoretinal pathologies: Echographic Evaluation of the Vitreous, Retina, and Choroid with Posterior B Scan
Clinical Session - Glaucoma: The Use of UBM in Diagnosing Glaucoma
Hands-on Session: Eye Cubed Workshop 2
Hands-on Session: Eye Cubed Workshop 3

Dodatkowe informacje mogą Państwo uzyskać w firmie Consultronix pod numerem 12 290 22 39

Formularz zgłoszeniowy dostępny poprzez stronę internetową

www.europeanultrasoundcourses.weebly.com

# Szkolenia

## harmonogram*

| Data | Temat szkolenia | Prowadzący |
|---|---|---|
| 1 października | USG okulistyczne | lek. med. Paweł Lewandowski |
| 8 października | Resurfacing laserem $CO_2$ | dr n. med. Ewa Szpringer |
| 15 października | Lasery w medycynie estetycznej | lek. med. Piotr Sznelewski |
| 18-20 listopada | Wetlab Fako/Witrektomia | prof. Anselm Jünemann, doc. Robert Rejdak<br>dr n. med. Jacek Szendzielorz, dr Aleksandra Cholewa |
| 26 listopada | USG okulistyczne | lek. med. Paweł Lewandowski |
| 3 grudnia | Dermatoskopia i Wideodernatoskopia | dr n. med. Grażyna Kamińska–Winciorek |
| 10 grudnia | OCT | dr n. med. Joanna Gołębiewska |
| 3 marca 2012 | Dermatoskopia i Wideodermatoskopia | dr n. med. Grażyna Kamińska–Winciorek |
| 12 maja 2012 | Dermatoskopia i Wideodermatoskopia | dr n. med. Grażyna Kamińska–Winciorek |
| 24 czerwca 2012 | Dermatoskopia dla zaawansowanych | dr n. med. Grażyna Kamińska–Winciorek |

*Magdalena Grzesiak*
*mgrzesiak@cxsa.pl*

**Consultronix SA zastrzega sobie prawo do odwołania lub zmiany terminu kursu w przypadku braku zgłoszeń minimalnej liczby uczestników*
*Za udział w szkoleniu przyznawane są punkty edukacyjne*

**Centrum Szkoleniowe Consultronix**

ma zaszczyt zaprosić Państwa na

**III edycję Wetlabów FAKO/WITREKTOMIA**

Wykładowcy: **prof. Anselm Jünemann, doc. Robert Rejdak, dr n. med. Jacek Szendzielorz, dr Aleksandra Cholewa**

Miejsce i data: **18-20 listopda 2011 Hotel Rubinstein Kraków**
18.11.2011 Wetlab Fako
19.11.2011 Wetlab Witrektomia dla początkujących
20.11.2011 Wetlab Witrektomia dla zaawansowanych

Koszt uczestnictwa: **Wetlab Fako - 1250 zł netto***
**Wetlab Witrektomia dla początkujących 1500 zł netto***
**Wetlab Witrektomia dla zaawansowanych 1500 zł netto***
Koszt uczestnictwa obejmuje cenę noclegu oraz wyżywienie

*do ceny należy doliczyć 23% VAT

Zgłoszenia: Zgłoszenia wraz z danymi teleadresowymi prosimy przesyłać na adres **mgrzesiak@cxsa.pl** lub na numer **fax 12 2902223.** Liczba miejsc ograniczona.

Organizator: **Consultronix SA**

ZA UDZIAŁ W SZKOLENIU PRZYZNAWANE SĄ PUNKTY EDUKACYJNE

CONSULTRONIX **Consultronix S.A.** | ul. Racławicka 58 | 30-017 Kraków
tel. 122902222 | **www.consultronix.pl**

# Timeless Beauty

INNOVATIVE TECHNOLOGY

facebook Wejdź na www.facebook.com/AlmaLasersPolska i dołącz do nas!

## Kreacja na miarę potrzeb Twojego gabinetu

Rodzina systemów Accent

Accent Elite, Accent XL i Accent Ultra to systemy do modelowania ciała, izraelskiego producenta Alma Lasers.
Jako jedyne na rynku łączą ultradźwięki i RF dając do dyspozycji operatora siedem głowic zabiegowych pozwalających na kompleksową terapię od okolic oczu i powiek, przez całą twarz aż po brzuch, uda, pośladki i rzeźbienie całego ciała

Wyłączny dystrybutor: Consultronix SA | www.consultronix.pl

Alma Lasers®
Wellbeing Through Technology®