

## VARIA

## Ambulatoryjne techniki małoinwazyjne wspomagane farmakoterapią w leczeniu zaburzeń odpływu krwi żyłnej z kończyn dolnych

### Ambulant minimal invasive methods supported with pharmacotherapy in the treatment of venous outflow disturbances from lower legs

ZBIGNIEW RYBAK<sup>A-G</sup>, WOJCIECH RYBAK<sup>A-G</sup>

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Piotr Szyber

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

**Streszczenie** **Wstęp.** Postęp nauk medycznych oraz rozwój technologii powodują, iż coraz częściej jesteśmy w stanie leczyć skutecznie pacjentów używając środków farmakologicznych oraz technik małoinwazyjnych. Przykładem dziedziny, która podlega dynamicznej transformacji, jest flebologia, nauka o chorobach żył i ich leczeniu. Zastój krwi żyłnej spowodowany uszkodzeniem zastawek i ściany żyłnej niegdyś leczony tylko chirurgicznie, dziś z powodzeniem można leczyć lekami oraz wyrobami uciskowymi o stopniowanej kompresji. Inwazyjne zabiegi polegające na usuwaniu chorych żył dziś zastępujemy technikami wewnątrzżylnymi (obliteracja środkiem chemicznym lub ablacja promieniem lasera). Poszerzenia naczyń śródskórnych niegdyś uważane za mało istotne, dziś leczymy skleroterapią i laserem.

**Materiał i metoda.** W latach 2006–2008 leczono 198 chorych z powodu zastoju żylnego w powierzchownych naczyniach żylnych kończyn dolnych. U 19 chorych zaburzenia odpływu żylnego były powodem powstania owrzodzeń goleni. W grupie leczonej przeważały kobiety – 138. 60 chorych to mężczyźni. Średni wiek chorych wynosił 57,6 lat. Badani chorzy w pierwszej grupie byli leczeni skleroterapią (119, w tym 11 chorych z owrzodzeniem goleni), natomiast w drugiej – wewnątrzżylną procedurą z użyciem lasera (79, w tym 8 chorych z owrzodzeniem goleni). W obu grupach stosowano terapię komplementarną z użyciem leków hamujących proces zapalny i działających przeciwozłonowo oraz przeciwbólowo, jak również kompresjoterapię.

**Wyniki.** Okres obserwacji wynosił średnio 14,3 miesiące. Skuteczność lecznicza w pierwszych 3 miesiącach była 100% dla obu grup. U chorych z owrzodzeniem goleni powierzchnia owrzodzenia zmniejszyła się w grupie pierwszej o 47%, natomiast w grupie drugiej – o 62%. Po 6 miesiącach wszystkie owrzodzenia były wygojone. Po 14,3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia tylko 5 chorych w grupie pierwszej i 3 w grupie drugiej wymagało uzupełniającej skleroterapii.

**Dyskusja.** Za przewlekłą niewydolność żylną oraz owrzodzenie goleni w równym stopniu odpowiada wsteczny przepływ krwi żyłnej w układzie powierzchownym, jak i głębokim, przy czym przy refluksie w układzie głębokim zwiększone ciśnienie żyłne jest przenoszone na układ kapilarów przez niewydolne żyły przeszływające w sposób rytmiczny, pulsacyjny, zgodnie ze skurczami mięśni kończyny. Likwidacja refluksu zarówno metodami chemicznymi, jak fizycznymi prowadzi do poprawy parametrów hemodynamicznych i leczenia zmian skórnych. Jeśli ocenia się efekt leczniczy w okresie odległym, to jest on lepszy u chorych, którzy nie mieli w przeszłości stanów zakrzepowych. Skumulowany odsetek nawrotów owrzodzeń u chorych z pierwotną niewydolnością zastawek po 2 latach wynosi 28%, natomiast u chorych po przebytych zakrzepowym zapaleniu żył głębokich wynosi 46%. Jest to różnica statystycznie istotna. W badanym materiale autorów nie było chorych z niewydolnością żył głębokich ani chorych po przebytych incydencie zapalno-zakrzepowym żył. Stąd być może wyniki są tak obiecujące. Drugim elementem, który bez wątpienia pozytywnie wpłynął na końcowy wynik leczenia, było połączenie zabiegów ablacyjnych z farmakoterapią i kompresjoterapią. W piśmiennictwie jest niewiele prac analizujących dodatkową korzyść z zastosowanej równoczesnej farmakoterapii.

**Wnioski.** Ambulatoryjne metody małoinwazyjne w leczeniu zaburzeń odpływu krwi żyłnej z kończyn dolnych, takie jak: skleroterapia i wewnątrzżylna technika laserowa, w połączeniu z farmakoterapią i kompresjoterapią, są skuteczne zarówno w aspekcie leczenia refluksu żylnego, jak również w leczeniu powikłań takich, jak owrzodzenie goleni.

**Słowa kluczowe:** skleroterapia, EVLT, farmakoterapia, kompresjoterapia.

**Summary Background.** Progress in the medical sciences and technical development causes that one may more often treat patients either with pharmacotherapy or minimal invasive methods. Good example of the medical field in which dynamic transformation is taking place is phlebology, science concerning veins and its disorders or treatment. Venous stasis due to damage of venous valves and wall in the past was treated only with surgery, today is successfully treated with drugs and compression. Invasive methods such as stripping are replaced with endoluminal procedures (chemical or laser ablation of insufficient veins). Intradermal venectases were considering in the past as a secondary importance today are successfully treated with sclerotherapy and laser.

**Material and methods.** 198 patients have been treated due to peripheral venous stasis in the superficial bad of the lower extremities in years 2006–2008. In 19 patients disorders of venous outflow were the reason of leg ulcers. In the treated group mostly were female (138), whereas male were 60. Average age was 57.6 years. The first group of patients was treated with sclerotherapy (11 patients out of the 119 had leg ulcer) whereas the second group was treated with endoluminal laser (EVLT). Second group consisted with 79 patients. 8 patients out of that had leg ulcer. In both groups have been applied complementary pharmacotherapy (anti-inflammatory agents, pain relief, prevent edema) and compression therapy.

**Results.** Follow up period was 14.3 months. Treatment efficacy was 100% for both groups in the period of three months. In patients with leg ulcers area of ulcer decreased in the first group 47% and in the second one 62%. After six months all ulcers were healed. Following 14.3 of months five patients in the first group and three patients in the second group required additional sclerotherapy.

**Discussion.** Venous reflux either in the superficial or deep system in the same degree is responsible for chronic venous disorders. In the deep system reflux is carried out into microcirculation through insufficient perforating veins in the pulsatile mode according to rhythmic contraction of muscles. Liquidation of reflux either with chemical or physical methods leads to improve hemodynamic parameters and heals skin trophy changes. When one take into consideration long term results the patients without thrombo-embolic history have better prognosis contrary to those with such history. Cumulative ratio of recurrence for second group is 28% whereas for the first group 46%. The difference is statistically significant. In author's material there was no patients with deep venous disorders and with thrombo-embolic events. May be it was the reason such a good results of the study. The second very important point was to apply additional therapy such as pharmacotherapy and compression therapy. In the literature there is a little amount of papers concerning this subject.

**Conclusions.** Ambulant minimal invasive methods such as sclerotherapy and endoluminal laser in the treatment of disorders of venous outflow from the lower extremities supplemented with pharmacotherapy and compression therapy are effective, quick and safe.

**Key words:** sclerotherapy, EVLT, pharmacotherapy, compression.

## Wstęp

Postęp nauk medycznych oraz rozwój technologii powodują, iż coraz częściej jesteśmy w stanie leczyć skutecznie pacjentów używając środków farmakologicznych oraz technik małoinwazyjnych. Przykładem dziedziny, która podlega dynamicznej transformacji jest flebologia – nauka o chorobach żył i ich leczeniu. Zastój krwi żyłnej spowodowany uszkodzeniem zastawek i ściany żyłnej niegdyś leczony tylko chirurgicznie, dziś z powodzeniem można leczyć lekami oraz wyrobami uciskowymi o stopniowanej kompresji [1]. Inwazyjne zabiegi polegające na usuwaniu chorych żył dziś zastępujemy technikami wewnątrzżylnymi (obliteracja środkiem chemicznym lub ablacja promieniem lasera). Poszerzenia naczyń śródskórnych niegdyś uważane za mało istotne, dziś leczymy skleroterapią i laserem. W ostatnich 10 latach mamy ogromny rozwój badań nad patomechanizmem osłabienia ściany żyłnej, jak i nad mechanizmami odpowiedzialnymi za powstanie ran przewlekłych na podłożu zaburzonego krążenia krwi żyłnej. Teoria przewlekłego zapalenia śródbłonna, procesu który może być zainicjowany nadciśnieniem żylnym lub też zastojem elementów morfotycznych krwi w kapi-

larach, jest potwierdzana eksperymentalnie w licznych doniesieniach naukowych. Z drugiej strony zastosowanie leków neutralizujących konsekwencje zastoju oraz łagodzące proces zapalny mają coraz szersze i skuteczniejsze zastosowanie w praktyce codziennej. Mając na uwadze powyższe fakty, autorzy postanowili zbadać wpływ komplementarnej farmakoterapii na procesy naprawcze u chorych z zaburzeniami odpływu krwi żyłnej z kończyn dolnych.

Kompresjoterapia po zabiegach ablacyjnych uzyskała powszechną aprobatę głównie dlatego, iż jej skuteczność wielokrotnie została potwierdzona w praktyce klinicznej, jak również w licznych badaniach eksperymentalnych [2, 3].

## Materiał i metoda

W latach 2006–2008 z ogólnej liczby ponad 600 chorych wyodrębniono i leczono 198 chorych z powodu zastoju żylnego w powierzchownych naczyniach żylnych kończyn dolnych. U 19 chorych zaburzenia odpływu żylnego były powodem powstania owrzodzeń łydek. W grupie leczonej przeważały kobiety – 138. 60 chorych to mężczyźni. Średni wiek chorych wyniósł 57,6 lat.

Rozpoznanie choroby stawiano na podstawie wywiadu oraz badania duplex-kolor-Doppler. Określano średnicę niewydolnych żył powierzchownych oraz czas refluku. Do badania byli kwalifikowani chorzy, u których w wywiadzie ani też w badaniu USG nie stwierdzano zaburzeń w układzie żył głębokich, średnica niewydolnych żył powierzchownych nie przekraczała 15 mm, a czas refluku był dłuższy niż 1 sekunda.

Badani chorzy w pierwszej grupie byli leczeni skleroterapią (119, w tym 11 chorych z owrzodzeniem goleni), natomiast w drugiej – wewnątrzżylną procedurą z użyciem lasera (79, w tym 8 chorych z owrzodzeniem goleni). W obu grupach stosowano terapię komplementarną z użyciem leków hamujących proces zapalny i działających przeciwozłonowo oraz przeciwbólowo, jak również kompresjoterapię o drugiej klasie ucisku.

W grupie pierwszej odnotowano 107 niewydolnych żył odpiszczelowych oraz 12 niewydolnych żył odstrzałkowych. Owrzodzenie u wszystkich chorych z grupy pierwszej było spowodowane refluksiem w żyłę odpiszczelową. W grupie drugiej było 71 niewydolnych żył odpiszczelowych i 8 niewydolnych żył odstrzałkowych. W dwóch przypadkach owrzodzenie współistniało z refluksiem w żyłę odstrzałkową.

Pianę do skleroterapii przygotowano według metody Tessariego mieszając cztery objętości powietrza atmosferycznego z jedną objętością sklerozantu. Sklerozantem był polidokanol w stężeniu 2% lub 3%. Jednorazowo podawano nie więcej niż 8 ml piany do światła żyły. Podanie sklerozantu w każdym przypadku odbywało się pod kontrolą USG. Procedurę skleroterapii wykonywano bez znieczulenia. Gdy niewydolna żyła była nakłuta (wsteczny wypływ krwi z igły) w części proksymalnej, kończynę unoszono powyżej poziomu serca, następnie wstrzykiwano sklerozant. Po zakończeniu podawania leku kończynę pozostawiano w pozycji horyzontalnej w bezruchu na 15 min. Następnie zakładano pończochę samonośną na leczoną kończynę o drugim stopniu ucisku.

W grupie drugiej zabieg wykonywano w znieczuleniu miejscowym. Na 15 minut przed zabiegiem podawano choremu 100 mg Ketonalu domięśniowo. Po dezynfekcji skóry i obłożeniu pola operacyjnego jałowymi serwetami wprowadzano w dystalną część niewydolnej żyły wenflon. Następnie wprowadzano do żyły prowadnik. Po uwidocznieniu prowadnika w niewydolnym ujściu odpiszczelowo-udowym lub odstrzałkowo-podkolanowym w USG usuwano wenflon i wprowadzano koszulkę. Procedura pozycjonowania z użyciem USG była powtarzana. Przez koszulkę wprowadzano włókno laserowe. Włókno pozycjonowano w taki sposób, aby jego

koniec był wysunięty z koszulki na odległość około 1 cm.

Kolejnym etapem było wykonanie mankietu ze znieczulenia wokół niewydolnej żyły. Znieczulenie składało się z 500 ml 0,9% NaCl, 20 ml 2% Lignokainy, 1 mg Adrenaliny i 20 ml NaHCO<sub>3</sub>. Po uwidocznieniu niewydolnej żyły wraz z włóknem laserowym deponowano znieczulenie wokół żyły wstrzykując je w takiej ilości, aby wypełnić odcinek, który wymagał zamknięcia. Zabieg zamknięcia niewydolnej żyły wykonywano laserem diodowym o długości fali 980 nm. Żyłę odpiszczelową zamykano energią od 16 do 20 W, natomiast żyłę odstrzałkową – energią 14 do 16 W. Czas impulsu wynosił 1 sekundę. Czas przerwy 1 sekunda. Szybkość wysuwania włókna laserowego od 2 do 3 mm/sekundę. Po zabiegu zakładano pończochę samonośną o drugim stopniu ucisku na kończynę leczoną (SIGVARIS). Noszenie wyrobów uciskowych było zalecane przez okres 30 dni po zabiegu w obu grupach leczonych.

Uzupełniająca farmakoterapia była stosowana od pierwszego dnia po zabiegu. Chorzy byli leczeni tymi lekami, co do których wcześniej byli przekonani, iż wpływają pozytywnie na ich układ żylny. Były to: Dobesylan wapnia, wyciąg z ruszczyka kolczastego (*Ruscus aculeatus*), zmikronizowana diosmina. Liczba pacjentów stosujących te leki wnosila odpowiednio: 64, 57, 77. Farmakoterapię stosowano zgodnie z zaleceniem producenta leku.

## Wyniki

Okres obserwacji wynosił średnio 14,3 miesięcy. Skuteczność lecznicza w pierwszych 3 miesiącach była 100% dla obu grup. U chorych z owrzodzeniem goleni powierzchnia owrzodzenia zmniejszyła się w grupie pierwszej o 47%, natomiast w grupie drugiej – o 62%. Po 6 miesiącach wszystkie owrzodzenia były wygojone. Po 14,3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia tylko 5 chorych w grupie pierwszej i 3 w grupie drugiej wymagało uzupełniającej skleroterapii. Wyniki sumarycznie przedstawia tabela 1 oraz ryc. 1.

## Dyskusja

Za przewlekłą niewydolność żylną oraz owrzodzenie goleni w równym stopniu odpowiada wsteczny przepływ krwi żyłnej w układzie powierzchownym, jak i głębokim [1]. W przypadku refluku w układzie głębokim zwiększone ciśnienie żyłne jest przenoszone na układ kapilarów przez niewydolne żyły przeszywające w sposób rytmiczny, pulsacyjny, zgodnie ze skurczami mięśni kończyny [2]. Likwidacja refluku zarówno

Tabela 1. Zbiorcze wyniki badania

Skuteczność lecznicza	Całkowite zamknięcie naczyń		Zmniejszenie powierzchni owrzodzenia – grupa 1	Zmniejszenie powierzchni owrzodzenia – grupa 2
	grupa 1	grupa 2		
Po 3 miesiącach	100%	100%	47%	62%
Po 14,3 miesiącach	95,8%	96,2%	100%	100%
Chorzy wymagający uzupełniającej skleroterapii	5	3	0	0



**Ryc. 1.** Efekt leczenia diodowym laserem o długości fali 980 nm.  
 Fot. Zbigniew Rybak ARS MEDICA Wrocław.

metodami chemicznymi, jak fizycznymi prowadzi do poprawy parametrów hemodynamicznych i leczenia zmian skórnych. Jeśli ocenia się efekt leczniczy w okresie odległym, to jest on lepszy u chorych, którzy nie mieli w przeszłości stanów zakrzepowych. Skumulowany odsetek nawrotów owrzodzeń u chorych z pierwotną niewydolnością zastawek po 2 latach wynosi 28%, natomiast u chorych po przebytych zakrzepowym zapaleniu żył głębokich – 46%. Jest to różnica statystycznie istotna [4, 5]. W badanym materiale autorów nie było chorych z niewydolnością żył głębokich ani chorych po przebytych incydencie zapalno-zakrzepowym żył. Stąd być może wyniki są tak obiecujące. Drugim elementem, który bez wątpienia pozytywnie wpłynął na końcowy wynik leczenia, było połączenie zabiegów ablacyjnych z farmakoterapią i kompresjoterapią. W piśmiennictwie jest niewiele prac analizujących dodatkową korzyść z zastosowanej równoczesnej farmakoterapii. Dużą korzyścią stosowania leków flebotropowych jest doustna droga podania. Dawka zwykle jest zalecana przez producenta leku, jednak w zależności od nasilenia objawów chorobowych oraz doświadczenia lekarza dawka leku może być modyfikowana. I tak dobesylan wapnia zwykle stosowany jest w dawce 2 razy 500 mg na dobę. Ostatnie badania wykazały, że dawka 3 ra-

zy 500 mg może być skuteczniejsza. Wyciąg z ruszczyka kolczastego stosuje się w dawce 2 lub 3 tabletek na dobę. Natomiast zmikronizowana diosmina najskuteczniejsza jest w dawce 1000 mg na dobę (2 tabletki rano lub 1 tabletką rano i 1 wieczorem) [6]. Leki flebotropowe zwykle stosuje się przez 3 miesiące lub dłużej. Modyfikację dawek można też zastosować u kobiet cierpiących na zespół napięcia przedmiesiączkowego, gdy objawy bólowe i obrzęk goleni nasilają się. Powinno się unikać łączenia leków flebotropowych, gdyż ich skojarzone działanie nie zostało potwierdzone w żadnym dostępnym badaniu. Wskazaniami ogólnie przyjętymi do stosowania leków flebotropowych są: obrzęki i objawy subiektywne (uczucie ciężkości nóg, niespokojne nogi, świąd, ból, obrzęki) [5]. Większość rekomendacji dotyczących przewlekłej niewydolności żyłnej zaleca stosowanie kompresjoterapii. Kojarzenie farmakoterapii z kompresjoterapią jest pożądane, gdyż wzmacnia pozytywne skutki obu metod leczniczych. John Bergan w książce zatytułowanej *Chirurgia naczyniowa. Najważniejsze tematy przełomu wieków* pod redakcją Aluna H. Davisa w rozdziale „Co nowego w leczeniu owrzodzeń goleni?” wymienia: leczenie uciskowe, farmakoterapię w przewlekłej niewydolności żyłnej, korekcję refluksu w żyłach powierzchow-

nych, endoskopowe podwiązanie żył przeszywających, przedoperacyjne badanie ultrasonograficzne [2, 3]. Autorzy tej pracy prowadząc badania, byli bardzo blisko niemal wszystkich wytycznych wymienionych przez autorytet światowej flebologii.

## Wnioski

Ambulatoryjne metody małoinwazyjne w leczeniu zaburzeń odpływu krwi żyłnej z kończyn dolnych, takie jak: skleroterapia i wewnątrzżylna technika laserowa, w połączeniu z farmakoterapią i kompresjoterapią, są skuteczne zarówno w aspekcie leczenia refluku żylnego, jak również w leczeniu powikłań takich, jak owrzodzenie goleni.

## Piśmiennictwo

1. Rybak Z. *Flebologia kliniczna*. Warszawa: Blackhorse Scientific Publishers; 2008.
2. Oszkinis G, Gabriel M, Pukacki F, Majewski W: *Leczenie ran trudno gojących się*. Warszawa: Blackhorse Scientific Publishers; 2006.
3. Morison M, Moffatt Ch, Franks P. *Leg ulcers a problem – based learning approach*. Oxford: MOSBY Elsevier; 2007.
4. Davies AH. *Chirurgia naczyniowa. Najważniejsze tematy przełomu wieku*. Gdańsk: Via Medica; 2000.
5. Ramelet AA, Kern F, Perrin M. *Żyłaki i teleangiektazje*. Gdańsk: Via Medica; 2004.
6. Davies AH, Lees T, Lane J. *Venous disease simplified*. Malta: Gutenberg Press Ltd; 2006.

Adres do korespondencji:

Dr hab. med. Zbigniew Rybak

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej NAM

ul. Borowska 213

50-556 Wrocław

Tel. 0604 501-884, 0600 870-020

Email: zrybak@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.08.2008 r.

Po recenzji: 20.08.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 20.08.2008 r.

## VARIA

## Jan Paweł II i medycyna

## John Paul II and medicine

JERZY WOY-WOJCIECHOWSKI

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

*Zawsze patrzyłem na medycynę ze szczególną miłością, ponieważ ona była wybraną dziedziną mojego wczesnie zmarłego brata*

Jan Paweł II

Te słowa Jana Pawła II ośmieliły mnie do bliższego spojrzenia na tak wyjątkowy stosunek Ojca Świętego do medycyny. Zachęciły mnie też do bliższego spojrzenia na Jego kontakty ze światem lekarskim oraz, jak dalece znaczący wpływ na zainteresowanie problematyką medyczną Papieża miała śmierć przedwcześnie zmarłego brata.

Jan Paweł II, chociaż głosił Ewangelię życia, wiele uwagi poświęcał cierpieniu i chorobie. Jak żaden z papieży spotykał się często z ludźmi chorymi, niepełnosprawnymi, cierpiącymi i osobami w podeszłym wieku. Dla lekarzy szczególnie cennym dokumentem Ojca Świętego jest Encyklika *Evangelium Vitae* „O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego”, ale zainteresowanie Jana Pawła II problematyką ochrony ludzkiego życia i zdrowia odzwierciedlają także liczne orędzia i przemówienia. Na 123 orędzia napisane w czasie pontyfikatu aż 13 powstało z okazji Światowych Dni Chorych. Także 64 wizyty w szpitalach, 113 spotkań z chorymi, 121 audiencji dla lekarzy mówią o tym, jak te problemy były Mu bliskie.

W chwili wyboru na papieża Jan Paweł II był uosobieniem tężyzny fizycznej. Młody, wysportowany, zdrowy wniósł powiew świeżości na Stolicę Piotrową, a świat poznał pierwszego papieża–pielgrzyma, który w ciągu 27 lat pontyfikatu odwiedził 129 państw. W grudniu 1978 r. Papież sam wybrał swojego lekarza osobistego. Dr Renato Buzzonetti był nim przez cały pontyfikat Jana Pawła II. Również Papież zdecydował, że ewentualna hospitalizacja będzie się odbywać w odległej klinice im. Agostino Gemelli, a nie w pobliskim Szpitalu św. Ducha. Dobrze zdrowie Papieża zniszczył zamach na jego życie w dniu 13 maja 1981 roku, na Placu św. Piotra, dokonany przez Mehmeta Ali Agcę. Tego dnia Jan Paweł II zjadł obiad

z Jérôme Lejeune’em, francuskim genetykiem (zidentyfikował chromosomy zespołu Downa). O godzinie 17:00 wjechał na Plac św. Piotra, by pozdrowić zgromadzone tłumy. O 17:19 Ali Agca oddał do papieża 2 strzały z pistoletu browning kaliber 9 mm, godząc go w brzuch. Po strzale Papież osunął się w ramiona stojącego za nim ks. St. Dziwisza. O 17:29 ambulans ruszył do szpitala i w ciągu 8 minut dotarł do odległej o 6 km kliniki Gemelli. O 17:36 karetka dotarła do szpitala, gdzie Jan Paweł II został błyskawicznie przewieziony na IX piętro i przygotowywany do operacji. O godz. 17:50 Ojciec Święty znalazł się na stole operacyjnym i prof. G. Salgarello rozpoczął operację. O godz. 19:00 do zespołu operującego dołączył naczelny chirurg prof. F. Crucitti. O godz. 23.25, po 5 godz. i 45 minutach zakończono operację. Po północy Watykan wydał drugi biuletyn donoszący, że operacja przebiegła pomyślnie. Następnego dnia o świcie Papież odzyskał przytomność. Jego pierwsze słowa to: „*Boli... pić*”. Następnie poprosił ks. Dziwisza o odmówienie wczorajszej modlitwy, tzw. komplety. Około 14:00 Papież odzyskał pełną świadomość, przyjął Komunię świętą i już wkrótce leżąc w łóżku, zaczął celebrować Mszę świętą. W 4 dni po zamachu pielgrzymi wysłuchali nagranych na taśmie przesłania Papieża, który powiedział: „*Jestem szczególnie blisko dwóch osób, zranionych wraz ze mną oraz modłę się za brata, który mnie zranił, a któremu szczerze przebaczyłem*”.

W niedzielę 17 maja 1981 r. papież założył stulę i odprawiono Mszę św., w której uczestniczyli także lekarze i pielęgniarki.

W poniedziałek 18 maja 1981 r., w dniu urodzin, przeniesiono Papieża do apartamentu na X piętrze. Żegnając chirurgów, Ojciec Święty powiedział: „*(...) Lekarz i kapłan dotykają wymiaru eschatologicznego człowieka i pomagają mu przekroczyć tajemniczą granicę śmierci*”.

W czasie kuracji Papieżowi towarzyszył, przyjaciel z kajakowych wędrówek, profesor Gabriel „Gapa” Turowski, transplantolog z Krakowa.

Papież martwił się ciężkim stanem zdrowia Prymasa Wyszyńskiego, gdy tymczasem zdrowie jego samego pogarszało się. Na dzień przed śmiercią Prymasa, w dniu 27 maja Papież miał trudności z oddychaniem, krótki oddech, bóle w klatce piersiowej i gorączkę, która 10 czerwca doszła do 39,5°C. Stan zdrowia się pogarszał i 20 czerwca Papieża ponownie przyjęto do kliniki Gemelli. Rozpoznano u Papieża cytomegalowirusa, który mu podano z krwią 13 maja. W czasie kryzysu Jan Paweł II przeczytał ponownie „Quo vadis” Sienkiewicza i „Kuriera z Warszawy” Nowaka-Jeziorańskiego. Papież 14 sierpnia 1981 r., o godz. 10:10, w 3 miesiące po zamachu, powrócił do Watykanu. Następnego dnia celebrował uroczystość Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny na Placu św. Piotra z udziałem olbrzymiego jak na letnie miesiące 50 000 tłumu wiernych, a wieczorem odleciał na rekonwalescencję do Castel Gandolfo. W środę 7.10.1981 r. Ojciec Święty, po raz pierwszy od zamachu, pojawił się na Placu św. Piotra na audiencji generalnej.

Przez wiele lat stan zdrowia Ojca Świętego nie budził obaw, nie mniej od czasu do czasu odczuwał bóle jelitowe. Dr Buzzonetti i prof. Crucitti zdecydowali, że dalsze badania muszą być prowadzone w szpitalu.

Badania wykazały, że papież ma guza na jelicie grubym. W dniu 15 lipca 1992 r. po 4-godzinnej operacji prof. Crucitti z zespołem usunęli guz „o charakterze łagodnym”. W czasie tej operacji usunięto też pęcherzyk żółciowy z kamieniami. Późniejsze badania wykazały gruczolaka cewkowo-kosmkowego bez cech złośliwych. Komunikat z dnia 20 lipca informował, że zabieg chirurgiczny był skuteczny i rekonwalescencja przebiega prawidłowo. Kolejne badania zdrowia Papieża nastąpiły 2 lipca 1993 r. O 20:00 udał się do kliniki Gemelli na badania kontrolne. Nie stwierdzono nieprawidłowości i w dwie godziny później Papież powrócił do Watykanu.

Następny problem dotknął Jana Pawła II 11 listopada 1993 r., gdy po spotkaniu z FAO pośliznął się na kawałku wykładziny dywanowej, spadł z kilku stopni, doznając urazu prawego stawu barkowego. Dr Buzzonetti sugeruje, że do upadku przyczyniło się nietrzymanie równowagi z powodu choroby Parkinsona. Po upadku, dr Buzzonetti wykonał RTG w Watykanie, a następnie Papież o godz. 16:00 udał się do kliniki, gdzie, prof. G. Fineschi, nastawił zwicznęty bark. Po nocy w szpitalu papież powrócił 12.11. o godzinie 10:40 do Watykanu. Wypadek ten uniemożliwił odręczne pisanie i zmienił styl pracy Papieża. Po unieruchomieniu prawej ręki ks. St. Ryłko notował wypowiedzi Papieża na laptopie, a Papież nanosił poprawki. Ten styl pracy trwał do końca pontyfikatu.

Inny poważny uraz miał miejsce 28.04.1994 r.

Papież upadł w łazience, doznając złamania szyjki prawej kości udowej. W klinice Gemelli, prof. Fineschi wykonał alloplastykę. W kilka dni po operacji Papież zaczął przyjmowanie gości z całego świata (19 maja Ojciec Święty przyjął na audiencji w szpitalu prezydenta Lecha Wałęsę). Po 28 dniach pobytu w szpitalu Jan Paweł II żegnany przez lekarzy 27 maja opuścił klinikę i przybył do Watykanu. Papież ciężko pracował. We wszystkie środy czerwca z okna biblioteki prowadził audiencje ogólne, 2 czerwca przyjął prezydenta Billa Clintona, a 13 czerwca otworzył Nadzwyczajny Konsystorz Kardynałów. Z kolei 16 czerwca przyjął na audiencji prof. Juana de Dios Correa, nowego prezesa Papieskiej Akademii Obrony Życia, jej członków oraz przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia kard. Fiorenzo Angelini. Te przykłady świadczą o niezwyklej aktywności Ojca Świętego nie tylko w zdrowiu, ale także w chorobie. Niektórzy wyrażali opinię, że „Papież w chorobie pisze encyklikę bez słów”. Dopiero 7 lipca Papież udał się do letniej rezydencji Castel Gandolfo. Ta operacja stawu biodrowego nie w pełni się udała i Papież do końca życia będzie już miał problemy ze swobodnym poruszaniem się. Wyrazem tego były widoczne problemy z chodzeniem w czasie wizyty w Zagrzebju oraz odłożenie pielgrzymki do USA na rok później.

Stan zdrowia Ojca Świętego stale się pogarszał, co było wyraźnie widoczne, gdy Papież przybył w 1995 r. do USA z opóźnioną o rok pielgrzymką. W czasie pierwszej wizyty Papież promieniował siłą, energią. Gdy teraz w ONZ wspinał się na mównicę widać było jego drżącą rękę, przygarbienie i słabsze siły fizyczne. Jednak jego siły duchowe i moc oddziaływania były tak samo wielkie, dlatego zwolennicy i przeciwnicy uznali go za jedną z dominujących postaci XX wieku, które tworzą historię.

Obowiązki ponad siły wyczerpywały energię Jana Pawła II przy znakomitym stanie intelektualnym. Stała obecność Papieża w mediach uwidaczniała z początkiem 1996 r. jego nie najlepszy stan zdrowia. Sam pytany przez przyjaciół, jak się czuje – odpowiadał: „*Chyba widać, że niezbyt dobrze*”.

Papież czuł się wieczorami wcześniej zmęczony, a nieudana operacja biodra w 1994 r. sprawiała, że odczuwał ból przy poruszaniu się, co utrudniało ćwiczenia fizyczne i w efekcie powodowało przybranie na wadze. Znakomita forma fizyczna, którą miał przez dziesięciolecia, sprawiała, że Papież nie mógł się pogodzić z jej utratą. Jak pisze George Weigel, Papież był trudnym pacjentem, niechętnie zasięgał porad lekarzy i nie szukał ulgi w lekach. W Boże Narodzenie 1995 r. Ojciec Święty wygłaszał tradycyjne przesłanie świąteczne. Nagle przerwał czytanie

w kilku językach i mówiąc: „Przepraszam, muszę przerwać”, udzielił błogosławieństwa i zniknął z okna. Watykan podał komunikat o „lekkiej niedyspozycji gorączkowej”. Powodem gorączki było diagnozowane właśnie zapalenie wyrostka robaczkowego. Po serii ataków bólu, zdecydowano się na leczenie operacyjne i Ojciec Święty znalazł się ponownie w klinice Gemelli. Tam – 8.10.1996 r. po raz szósty znalazł się na sali operacyjnej, gdzie został poddany zbyt długo odkładanej operacji wyrostka robaczkowego. I tę operację wykonał prof. Crucitti. W najbliższą niedzielę odprawił mszę św. i pozdrowiał zebranych pod szpitalem, dziękując za przybycie na miejsce, które żartobliwie nazywał „Watykanem III”. W tydzień po operacji 15.10.1996 r. opuścił klinikę, udając się do „Watykanu I”, do obchodów 50-lecia kapłaństwa. W czasie uroczystości Papież wykazywał znakomitą kondycję.

Grypa zmusiła go do odwołania śródowej audyencji 5 lutego 1997 r. Złe samopoczucie nie przeszkodziło w pozdrowieniu z okna biblioteki pielgrzymów. Tydzień później z okazji 5. Światowego Dnia Chorego, Papież spotkał się z 9000 chorych i lekarzami.

Zimą 1999 r. Ojciec Święty się przeziębził i 3 lutego odwołano audyencję ogólną. Papież pozdrowił tylko z okna biblioteki pielgrzymów. Również przeziębienie z gorączką sprawiło, że w czasie 7. pielgrzymki do Polski Ojciec Święty nie celebrował Mszy św. na krakowskich Błoniach. Około 21.00 ukazał się tylko w oknie rezydencji arcybiskupów i pozdrowił młodzież.

Zmęczenie podróży i różnice temperatur sprawiły, że Papież poczuł się źle w Tbilisi, 8 listopada 1999 r., skąd przybył bezpośrednio z Indii.

Bóle prawego stawu kolanowego 6.03.2002 r. uniemożliwiły Ojcu Świętemu przybycie na audyencję ogólną. Ojciec Święty z okna biblioteki tylko pobłogosławił wiernych. Dolegliwości leczono tylko zachowawczo, bo Ojciec Święty nie zgodził się na wszczęcie protezy kolana.

Przy znakomitym stanie intelektu, zdrowie fizyczne stopniowo się pogarszało, uniemożliwiając w końcu samodzielne poruszanie się. Będąc już poważnie chorym zatelefonował do krakowskiego szpitala, do przyjaciela z wypraw kajakowych profesora fizyki Rybickiego, wiedząc, że jest on umierający. Po rozmowie Papież i profesor odśpiewali, jak za młodych lat, hymn, który zawsze śpiewali na sływach kajakowych.

Na spotkanie w 12. Światowym Dniu Chorych w 2004 r. przybył na wózku inwalidzkim. 9 kwietnia 2004 r. po raz ostatni osobiście uczestniczył w koloseum w Drodze Krzyżowej. Tylko przez 2 ostatnie stacje trzymał krzyż, siedząc w fotelu – wózku. Załamanie zdrowia nastąpiło w niedzielę 30 stycznia 2005 r., gdy zaobserwowano infekcję grypy. Ojciec Święty mówił z tru-

dem i był zachrypnięty. 1 lutego zaobserwowano, że grypie towarzyszy ostre zapalenie krtani i tchawicy, co powodowało uporczywy kaszel. Wieczorem wystąpił *laryngospasmus* utrudniający oddech. Zachodziła obawa uduszenia się i tego samego wieczoru o godz. 22:50 przewieziono Ojca Świętego do kliniki Gemelli.

Ojca Świętego prof. Proietti natychmiast podłączył do respiratora. Stan zdrowia powoli się stabilizował, a układ krążenia, oddechowy i przewód pokarmowy zaczęły działać prawidłowo.

Badania z 3 lutego wykazały, że stan dróg oddechowych Ojca Świętego uległ poprawie, wyleczono stan zapalny krtani i tchawicy, a spazmatyczny kaszel nie pojawiał się. 4 lutego stan zdrowia jeszcze był lepszy, a badania potwierdziły ogólną stabilizację zdrowotną. Czwartą noc w szpitalu, z 5 na 6 lutego, Ojciec Święty spędził spokojnie. Komunikat z 7 lutego stwierdzał, że stan zdrowia Ojca Świętego poprawił się. Papież nie miał gorączki, odżywił się normalnie i siedząc w fotelu czytał. Rzecznik Watykanu Joaquin Navarro-Valls nawet zażartował, mówiąc: „Ojciec Święty przegląda gazety, by – jak mówi – na bieżąco śledzić przebieg swej choroby”. W Środę Popielcową 9 lutego Papież odprawił Mszę św. z udziałem lekarzy. Następnego dnia, w czwartek 10 lutego, Jan Paweł II zakończył leczenie, przesłał list z podziękowaniem dla personelu kliniki za leczenie, a wszystkim lekarzom podarował świeżo wydany egzemplarz swojej książki „Pamięć i tożsamość” z własnoręcznym podpisem. O godzinie 19:30 opuścił szpital i po 20 minutach przybył do Watykanu.

Jednak stan zdrowia w kolejnych dniach pogarszał się. Lekarze i watykański personel medyczny nieustannie czuwali przy Ojcu Świętym, a dr Angelo Camaioni, wykonał aż 5 laryngoskopii. Ostatnia śródowa audyencja z udziałem Papieża odbyła się 23 lutego 2005 r. Dzięki pośrednictwu telebimów Ojciec Święty przemawiał do zebranych w Auli Pawła VI ze swej biblioteki.

Nowy kryzys, grożący uduszeniem, wystąpił tego dnia w nocy. Ale następnego dnia (czwartek 24 lutego) stan jeszcze się pogorszył. Wystąpił nawrót grypy, trudności z oddychaniem i konieczna była ponowna hospitalizacja. Tego dnia wieczorem w klinice wykonano tracheotomię. Przed zabiegiem Papież wzruszająco spytał, czy zabiegu nie można by przełożyć na czas wakacji. Tracheotomię wykonał prof. Gaetano Plaudetti i dr Angelo Camaioni. Gdy znieczulenie przestało działać, Papież napisał na kartce: „Co oni mi zrobili! Ale... totus Tuus!”. 27 lutego Jan Paweł II po raz pierwszy w czasie pontyfikatu nie uczestniczył w modlitwie *Anioł Pański*, ale z okna pobłogosławił wiernych przed szpitalem. Wskazując na operowane miejsce dał znak, że nie może mówić. W niedzielę, 6 marca, Ojciec Święty pod

koniec Mszy św. wypowiedział dość wyraźnie końcowe błogosławieństwo. W środę, 9 marca, Papież w godzinach przedpołudniowych ukazał się na krótko w oknie szpitala. To było trzecie, milczące spotkanie. Komunikat, z 10 marca, dyr. Joaquina Navarro-Vallsa informował, że konieczne jest przedłużenie pobytu Ojca Świętego w klinice i zapowiadał powrót do Watykanu na Niedzielę Palmową. W niedzielę, 13 marca, Ojciec Święty po raz pierwszy od przeprowadzenia tracheotomii osobiście przemówił do wiernych z okna kliniki. Ostatnie słowa Papieża wypowiedziane publicznie brzmiały: „*Drodzy bracia i siostry, witajcie! Dziękuję za wasze odwiedziny. Pozdrawiam Legionistów Chrystusa. Wszystkim życzę dobrej niedzieli i dobrego tygodnia!*”. Na zakończenie dodał po polsku: „*Witam Wadowice!*”. Tego dnia o godz. 18:40 Papież opuścił klinikę, udając się do Watykanu. Na miejscu Papieżem opiekowała się ekipa medyczna, w skład której wchodziło dziesięciu lekarzy różnych specjalności. W niedzielę Palmową, 20 marca, Papież ukazał się na chwilę w oknie biblioteki. Ze wzruszenia i bólu nie mógł wypowiedzieć ani słowa. Trzymając w ręku gałązkę oliwną, pobłogosławił wiernych i tym gestem pozdrowił zebranych na placu. W Wielką Środę – 23 marca o 11.00 Jan Paweł II w milczeniu kilkakrotnie pobłogosławił wiernych z okna biblioteki. Miliony ludzi ujrzały twarz człowieka, który bardzo cierpi. Widoczne były grymasy bólu i cierpienia. Ojciec Święty przymykał oczy, i z trudem łapał powietrze. Po minucie jego postać znikła. Polacy na Placu św. Piotra zaśpiewali „Czarną Madonnę”.

O cierpieniu i tym przejmującym milczeniu Papieża trafnie napisał włoski pisarz Vittorio Messeri w komentarzu: „Z punktu widzenia wiary, pisze on teraz swój najważniejszy dokument, w tych warunkach, w tej chorobie. Praktycznie bowiem Papież jest na krzyżu”.

Papież słabł coraz bardziej i czuł się coraz gorzej. Dołączyła się anemia, lecz preparaty z żelazem wywoływały bóle głowy i nudności.

W Wielki Piątek Drogę Krzyżową z Koloseum Papież śledził na telebimie w swojej kaplicy. Przez dwie ostatnie stacje trzymał w rękach Krzyż. W Niedzielę Zmartwychwstania, 27 marca, Papież na 13 minut ukazał się w oknie, lecz zdołał jedynie wyszeptać słowa: „*Nie mam głosu*” i w ciszy udzielił ostatniego w swym życiu błogosławieństwa *Urbi et Orbi*, które z wyraźnym wzruszeniem przyjęło 70 000 pielgrzymów na Placu św. Piotra i telewizywnie w 74 krajach świata. W środę, 30 marca, Ojciec Święty ukazał się na około 5 minut w oknie i po raz ostatni i w milczeniu pobłogosławił wiernych. Było to ostatnie spotkanie z wiernymi na krzyżowej drodze jego cierpienia. Na twarzy Ojca Świętego pojawiały się oznaki wielkiego bólu. Papież stracił

na wadze 19 kg i tego dnia rozpoczęto karmienie przez sondę. Wieczorem, 30 marca, stan Jana Pawła II gwałtownie się pogorszył. Dołączyła się infekcja dróg moczowych, wysoka gorączka i spadek ciśnienia krwi. Podano antybiotyki.

W czwartek, 31 marca, po godz. 11:00 Ojciec Święty poczuł dreszcze, a termometr wskazywał 39,6°C. Wkrótce po tym pojawił się wstrząs septyczny i zapaść sercowo-naczyniowa. Na leczenie szpitalne Papież tym razem nie wyraził zgody. Kard. Jaworski udzielił sakramentu namaszczenia chorych, a o godz. 19:17 Papież przyjął Komunię Świętą.

W piątek, 1 kwietnia, Ojciec Święty był przytomny, lecz był w ciężkim stanie. O godz. 6.00 rano uczestniczył w Mszy św., a około 7:15 poprosił, by odczytano mu 14 stacji Drogi Krzyżowej. Słuchając czynił znak krzyża przy każdej stacji. Po nabożeństwie wyraził życzenie odmówienia modlitwy przedpołudniowej z brewiarza. Mimo krytycznego stanu zdrowia, spowodowanego nasilającą się niewydolnością krążeniowo-oddechową i nerkową oraz pogarszających się wyników morfologicznych i biochemicznych krwi, Papież przed południem przyjął w swoim pokoju niektórych współpracowników. Dnia 2 kwietnia, o 7:30 rano, dla Ojca Świętego odprawiono Mszę św. Ojciec Święty zachowywał przez cały czas przytomność i jasność umysłu. Oddech stawał się coraz płytszy, stopniowo spadało ciśnienie krwi i w końcu zaczął powoli tracić świadomość. O godzinie 15:30 Ojciec Święty słabo wyszeptał po polsku: „*Pozwólcie mi odejść do domu Ojca*”. O godzinie 20:00 po Mszy św., Papieżowi udzielono wiatyku i sakramentu namaszczenia chorych.

#### **O godzinie 21:37, 2 kwietnia 2005 r. Jan Paweł II odszedł do Domu Ojca.**

Papież odchodził z głęboką wiarą i spokojem, tworząc prawdziwe misterium śmierci. Wiedział, że przechodzi do lepszego świata, a śmierć jest oczekiwanym odejściem do Boga. Zgasł, głosząc swoim przejściem do wieczności na oczach całego świata – była to ostatnia katecheza Ojca Świętego Jana Pawła Wielkiego. Odszedł Olbrzym, który od początku pontyfikatu przez całe lata imponował całemu światu swą energią, tryskającym zdrowiem, sportową sylwetką, niespożytą siłą i nadludzką pracowitością. Olbrzym, obrońca chorych, cierpiących i tych „maluczkich”, który wkrótce na oczach całego świata sam coraz bardziej chory i obolały, głosił swoim apostołstwem cierpienia najdonośniej nauki Chrystusa. Całym swym życiem mówił: „*Nie lękajcie się!*”. Ojciec Święty Jan Paweł II przez cały pontyfikat, a zwłaszcza ostatnie lata, miesiące, godziny, minuty – pokazał nam, co znaczy siła ducha. Przywrócił naszej świadomości szacunek dla cierpienia, choroby i starości. Przypominał, abyśmy nie zapominali o naszych najbliższych, którzy potrze-

bują naszej pomocy i serca. Wreszcie przez swą „katechezę umierania” pokazał milionom chrześcijan, że śmierć może być pięknym i godnym oczekiwaniem na spotkanie z Ojcem. Ten Papież był naprawdę Janem Pawłem Wielkim.

Odszedł najwspanialszy z ludzi, Chrystusowy Pasterz, głoszący od najmłodszych lat po kres życia Ewangelię życia, cierpienia i śmierci oraz wierność prawdzie, wolności i godności człowieka. Odszedł Pielgrzym, który w 104 pielgrzymkach odwiedził jako następcę św. Piotra 129 państw. Odszedł Wielki Człowiek o niezwyklej pracowitości, bo jak podał Watykan w środowych audiencjach ogólnych w ciągu tylko 24 lat uczestniczyło 16 561 000 osób, Ojciec Święty udzielił oficjalnych audiencji 51 królom, królowym i księżętom, 271 prezydentom państw, 88 premierom rządów, 160 ministrom zagranicznym oraz przyjął 833 ambasadorów. A mimo choroby pracował jeszcze prawie 3 lata. Odszedł Autor 14 encyklik, książek, sztuk teatralnych, wierszy i niezliczonych listów. Kaznodzieja 2500 homilii. Odszedł największy z Polaków. To On rozpałił w Polsce kaganek, który wybuchnął ogniem niepodległości. Odszedł Człowiek, który zmienił porządek świata, przyczyniając się do kresu sowieckiego totalitaryzmu i wolności krajów środkowej Europy. Odszedł nasz nauczyciel i lekarz dusz, który dał nadzieję milionom chorych, a nam, lekarzom pozostawił nauki, do których powinniśmy ciągle wracać, czerpać z nich i stale utrzymywać. Zadając sobie pytania, które niesie nam, co dzień powołanie lekarskie biję się w piersi, zdając sobie sprawę, jak bardzo jestem ułomny i jak o wiele za mało stosuję Jego nauki w życiu. Nie będziemy poszukiwali wzrokiem Jana Pawła II w oknie Watykanu. Musimy Go poszukiwać

w naszych sercach. Przedstawiam tych kilka myśli jako jeden z miliarda chrześcijan na świecie, jako jeden z 40 milionów Polaków, lecz także jako jeden z tych, którzy mają szczęście nazywać się pokoleniem Jana Pawła Wielkiego.

O świcie następnego dnia po śmierci Ojca Świętego, po nocy, jaką miały miliony ludzi – bez snu, Marcin Wolski skreślił kilka słów, które przyjeżdżając do mnie wczesnym rankiem 3 kwietnia pełen wzruszenia przeczytał mi. Tymi słowami chcę zakończyć tych kilka refleksji na temat Jana Pawła II i medycyny:

Tyle wspomnień i tyle przeżyć  
niesie z sobą przebyta droga  
iluż z nas nauczyło się wierzyć,  
a wątpiających wróciło do Boga.  
Ilu z nas się raptownie zbudziło,  
odrzucając noc zimną i czarną,  
aby odkryć, co znaczy miłość,  
wolność, prawda i solidarność.  
Słyszac głos taki dobry i mocny  
odradzało się w nas to co lepsze –  
spadającym skrzydła wyrosły,  
a tonący złapał powietrze.  
Wśród pokoleń z polskich cmentarzy,  
pełnych wieszczów, proroków, rycerzy,  
nam szczęśliwcom cud się przydarzył,  
w który trudno było uwierzyć.  
Dzisiaj wielki ból pozostaje  
i najprostsze słowa pacierza...  
Gdy przed nami dróg wielkie rozstaje  
w które trzeba iść bez Pasterza...  
Nowy dzień splywa słońcem nad Polskę,  
wnet kraj cały wybuchnie wiosną...  
Kiedy nagle odchodzi nasz Ojciec  
nam dzieciakom wypada dorosnąć.

Adres do korespondencji:  
Jerzy Woy-Wojciechowski  
Al. Ujazdowskie 22  
00-478 Warszawa  
Tel.: (022) 628-86-99  
E-mail: ptl@interia.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.06.2008 r.  
Po recenzji: 4.07.2008 r.  
Zaakceptowano do druku: 14.07.2008 r.