

Historia choroby

– fragmenty

Wstęp:

Staż podyplomowy obowiązuje każdego absolwenta i absolwentki wydziału lekarskiego w naszym kraju, o ile pragną wykonywać zawód lekarza. Pierwszym aktem prawnym określającym jego formę w niepodległej Polsce była ustawa z 2 grudnia 1921: “W przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim”, gdzie mowa jest o “jednorocznej praktyce szpitalnej”, o której “poszczególnych działach praktycznego przygotowania lekarskiego” decyduje “rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego”.

(...)

Ostatecznie, po licznych dyskusjach na najwyższym szczeblu, staż przywrócono, rozszerzając zakres obowiązków stażysty, aby „nie robił tylko papierów”. W 2017 roku nowi stażyści otrzymali już nie „Ograniczone PWZ”, lecz „Pełne PWZ przyznawane na okres i w celu odbycia stażu” oraz mogli sprawić sobie swoją pierwszą lekarską pieczęć. Chociaż dalej nie wymagano od nich własnego ubezpieczenia OC, od tamtej pory pozwolono im, za zgodą opiekuna-specjalisty, wykonywać większość lekarskich czynności. Mogli między innymi wydawać zlecenia na podanie leków, pisać własne obserwacje lekarskie, stwierdzać zgony oraz wystawiać recepty na własne nazwisko. Tacy lekarze pod nadzorem.

(...)

Staż z chirurgii:

Pierwsze dni na oddziale zawsze polegają na poznaniu lokalnych zwyczajów, niepisanych reguł oraz hierarchii między pracownikami. Medycyna jest na drugim

miejscu. Wiele jest niewiadomych, lecz istnieje jedna zasada, najważniejsza i najświętsza zasada, która obowiązuje w każdym szpitalu. Nie ważne, jaka to specjalność, nie ważne, czy to powiat, czy stolica: rano, na każdym oddziale, ma odbyć się poranna odprawa i biada temu, kto się na nią spóźni. To coś jak poranny apel w harcerstwie. Przy wszystkich obecnych, na porannej odprawie, dyżurny zdaje raport z nocy. Potem omawia się nowe przyjęcia, rozdaje świeże badania oraz przekazuje sobie wszelkie istotne informacje. To czas generalnego przeglądu sytuacji na oddziale. Gdy wszystko zostanie powiedziane, poranna odprawa zazwyczaj naturalnie przechodzi w kolejny bardzo ważny punkt dnia, jakim jest poranny obchód. Te dwa elementy, odprawa oraz obchód, obecne od zarania zachodniej tradycji klinicznej, wypalone są w lekarskiej świadomości chyba po kres naszego istnienia. Nie jest ważne, co będziesz robił potem; czy i jak wykonasz swoją pracę w ciągu dnia; czy wyjdiesz punktualnie, czy zerwiesz się wcześniej albo ślęczyć będziesz po godzinach nad wypisami – na porannej odprawie masz być. Na obchodzie też masz być. Nieobecność rano, to coś, na co mogą sobie pozwolić, tylko w drodze wyjątku, wyłącznie najstarsi rangą, doświadczeniem oraz pozycją. W specjalnościach zabiegowych obowiązuje w tej materii szczególnie zaostrożony rygor. Na tych oddziałach wszystko odbywa się jeszcze wcześniej, jeszcze sztywniej i jeszcze szybciej albowiem wszystkim zależy na tym, aby jak najwcześniej ruszyć z „operatywą”.

(...)

Obchody poranne, w założeniu, służą zapoznaniu się całego zespołu z chorymi, zobrazowaniu lekarzom prowadzącym ewentualnych zmian w stanie zdrowia ich pacjentów oraz są okazją dla leczonego, aby dowiedział się, jak przebiega jego terapia. Gdy sam byłem w przeszłości pacjentem w szpitalu, pamiętam, jak bardzo potrzebowałem wiedzieć, co się ze mną dzieje, co mnie czeka i jak mam się do tego wszystkiego przygotować. Być może właśnie dlatego niezwykle drażnią mnie obchody w wykonaniu moich starszych kolegów.

(...)

Korowód idzie, wchodzi do sali. Ważne jest zachowanie kolejności transferu przez framugę – koniecznie wedle hierarchii, ale zarazem z uznaniem tradycyjnie rozumianego szacunku dla płci oraz aby, broń boże! nie za bardzo do kogoś plecami. Wysypaniu się fartuchów do wewnątrz towarzyszy baczna aktywizacja

chorych. Pacjenci sztywnieją, szeroko otwartym okiem szukają wskazówek; ze zdawkowych uwag między białymi kitlami próbują wychwycić coś dla siebie. – DZIEN DOBRY! – ordynator nawiązuje kontakt z pacjentem, ale tylko, jeśli nie idziemy ekspresem. – JAK PAN SIĘ CZUJE? – pytanie pada bez większego oczekiwania na odpowiedź. Chory próbuje wobec wszystkich nad nim stojących zwerbalizować swój stan. Jednocześnie dyżurny lub prowadzący pośpiesznie przypomina, co było mówione na odprawie albo co już wcześniej wobec chorego zaplanowano. Zwrot i przejście do następnego łóżka! – Panie doktorze! – w ostatniej chwili zatrzymuje nas chory. – Tutaj cały czas mnie boli i nie wiem, jakiś kaszel mam w nocy...? – skarży się, z nikłą nadzieją w głosie. – Kaszel? – powtarza ordynator. – No dobrze, doktor prowadzący się zajmie! – I już idziemy dalej. Kolejne łóżko: chora śpi. – Dobrze, tutaj pani zdrowieje... – kwituje kierownik. Dalej! Dwa łóżka – chorzy są – dobrze! to wystarczy; już opuszczamy salę, przechodzimy do następnej. Moment na korytarzu jest kluczowy, zaczyna się utyskiwanie pielęgniarek na pacjentów i generalny stan rzeczy: – Proszę! Można mówić, „zdjąć rzeczy z parapetu”! I nic! Co za ludzie! – albo: – Ja nie wiem, jakim cudem my tutaj jeszcze mamy kogoś dzisiaj przyjąć! – Części się słucha, część puszcza mimo uszu. Idziemy, robimy kolejne sale, po kolei, szybko! Nie ma czasu! Tutaj pan już zjechał na blok, tam pani na badanie czeka, tu się ktoś czegoś domaga, ale kto by słuchał, skoro brzuch dalej boli sąsiada! – DALEJ BOLI?! TO NIE DOBRZE! – zapewnia kierownik i już nas nie ma. Kwadrans później stajemy znów przy konsoli i to koniec. Nastaje spokój, mija poruszenie, wszyscy rozchodzą się swobodnie do swoich zajęć.

(...)

W ciągu tygodnia poznaję trzeciego z najczęściej obecnych tutaj zabiegowców. Ten pracuje w charakterze dyżurnego, dlatego rzadko można go spotkać na oddziale w ciągu dnia. Rano wkracza do lekarskiego, zwykle tylko na moment, aby wziąć swoją dyżurową torbę i wyjść czym prędzej, pożegnawszy wszystkich. O nim będzie później. Niemniej jednak, ów osobliwy tercet staje się wkrótce w moich oczach trójką muszkietierów tutejszej chirurgii. Ich przygód będę świadkiem dzień w dzień, ślęcząc beczynn timer na kanapie (...)

– Wiesz pan, jak one żrą, pierdolone? – smętnie żali się wążsacz Aramis, ze swojego biurka w rogu. – Całą osikę mi przetrzebiły! – Niemożliwe! Takie te

bobry?! – odpowiada mu Atos, jak zwykle klikając w Della. – No, mówię! ...Kurwa, ja już nie wiem, i nic pan nie poradysz! ...a po co one to robią...? – marudzi dalej siwy chirurg, choć widać, że ta bobrza robota fascynuje go tyćkę, pomimo wyrządzanej szkody – Hm...! – mruczy Atos. – A jak one tymi zębami golą te badyle, no wiesz pan, kurwa, co? Nic na nich nie zostaje! – orzeka Aramis z nutą podziwu. Następuje chwila ciszy. – ...a co one żrą, takie bobry? – zastanawia się głośno Atos. – A chuj wie! – rzuca w odpowiedzi Aramis i wychodzi na pęta do swojej pieczary obok. Znowu cisza. Siedzę znudzony na kanapie, spoglądam żałośnie na zegar ścienny – Chryste! dopiero dziesiąta trzydzieści! Kierownik siedzi, rozwalony leniwie na krześle i szuka w internecie informacji na temat bobrów. – Klonów nie lubią! – oznajmia głośno Atos. – Acha? – udaję, że go słucham. – I olszyny! ...za to wierzby – lubią! ...i to się zgadza – konstatuje, wyraźnie zadowolony z researchu. Tymczasem Aramis wraca z papierocha i siada z powrotem na swoim krześle w kącie. Już nic nie mówią. Najwyraźniej temat bobrów już się wyczerpał.

(...)

Rano, po zakończonym obchodzie, wchodzę z Atosem do lekarskiego. Aramis siedzi w swoim kącie podejrzanie zadowolony. – To co, robimy tę nogę? – pyta z uśmiechem pod wąsem. (...)

– Ja nie lubię tych amputacji na podudziu! – grymasi nadąsany Atos. – Skóry brakuje. – Skóry brakuje, żeby łatwo zaszyć kikut. Aramis przygląda mu się wzrokiem stręczyciela. – Trzeba wiedzieć, gdzie ciąć! – mówi zadowolony i pokazuje dłonią poniżej właściwego poziomu. – No, ale to przecież potem problem z protezą... – broni się jeszcze ordynator. – A chuj! Co mnie to obchodzi! – przerywa mu głośnym wybuchem kolega.

Dwadzieścia minut później jesteśmy już na sali operacyjnej. Operowany jest właśnie znieczulany. Widzę, jak pod maską melancholii kryje się w Aramisie podnieta. Zauważyłem już wcześniej, że Aramis przejawia typowe dla chirurgów starszej daty zamiłowanie do rozległych, krwawych i brutalnych zabiegów. Ci ludzie nie dbają o nieistotne detale, o jakieś tam krwotoki czy preferencje pacjentów. Robi się, jak zawsze było robione.

Pacjent jest przytomny, bo znieczulony dokanałowo, czyli od pasa w dół nie czuje nic poza pociąganiem, naciskiem oraz wibracją. Od pola operacyjnego oddziela go serweta zawieszona na rurce pod jego brodą. To jednocześnie

tradycyjnie nienaruszalna granica między polem pracy chirurgów a przestrzenią anestezjologa. Tak zwana bariera krew-mózg, wedle starego dowcipu.

Zaczyna się zabieg, Atos jako operator, Aramis na pierwszej, ja na drugiej asyście. Jestem podekscytowany, nie widziałem jeszcze typowej amputacji. To coś nowego, zupełnie innego niż nudne jak flaki z olejem cholecystektomie. Atos łapie za skalpel, robi pierwsze cięcie, a ja rozumiem już, czemu Aramis był na to taki łąsy. Rżną wszystko bez ceregieli.  adnych warstw, żadnej hemostazy, krew się leje, kikuty mięśni latają poprzecinane w poprzek. Czuj  się jak w mięsnym albo na XIX-wiecznej sali operacyjnej Johna Warrena¹. Wreszcie odsłaniają trzon kości piszczelowej i przecinają go drucianą pi  Gigliego. Sam już nie wiem, na jakim poziomie to robi  i czy w ogóle tak powinna wyglądać współczesna amputacja. Strza k  chc  przeciać sekatorem do kości, ale coś nie idzie. Ponad dziewięćdziesięciokilowy Atos napina si  i napiera całym sobą na ramię narzędzia, ale smukła kość nie chce puścić. Chory za parawanem z serwety zaczyna się niepokoić, wyczuwa, że coś jest nie tak. Operator prosi o osteotom (coś jak dłuto) oraz młotek kostny. Przykłada i zaczyna walić. Narzędzie wchodzi w kość, jednak jej nie łamie. – Nosz kurwa...! – niecierpliwi si  Atos. Aramis asystuje, zadowolony. Jeszcze kilka uderzeń. Ale nie, to nie wyjdzie. Pielęgniarka musi iść po cięższy młotek do sali obok, gdzie zwykle operuje ortopeda. Wraca i znów walenie. Ale jeszcze bardziej zapami ta , zawzięte, bo większego młotka już nie będzie. Całym chorym szarpie, rusza nim po stole, więc zaczyna krzyczeć, nie wie o co chodzi, nic nie widzi, słyzy tylko ten młotek. Dłuto zag bia się coraz bardziej, aż w końcu kość puszcza. N o g a puszcza. Instrumentariuszka szybko owija w serwet  odcięte podudzie i podaje mi, abym wyrzucił je do kubła na odpady medyczne. Przez moment stoj  skonsternowany nad człowiekiem i trzymam jego nog . Widz , jak coś tam mówi; do mnie, do anestezjologa, a ja trzymam jego nog . Dzięki Bogu za ten parawan! Jakby jeszcze zobaczył, jak tak stoj  z tą jego nog , co już nie jest jego, to byłoby dla mnie za dużo.

(...)

¹ John Collins Warren – jeden z pierwszych amerykańskich chirurgów posiadających wyższe wykształcenie oraz tytuł akademicki. Operator sprzed ery znieczulenia ogólnego. Operował chorych na  ywca, na czerwonej od krwi „arenie operacyjnej”.

Siedzę wówczas na swoim posterunku na kanapie i czytam gazetę. Aramis jak zwykle, siedzi w swoim kącie i milczy. Mija już godzina od jego przydziałowej herbatki z kilogramem cukru, pitej wobec jednolicie białej ściany. Również jego czas przeżuwania kanapeczki nad śniadaniowym papierkiem mamy za sobą. Jesteśmy sami: Atos wyszedł wcześniej, bo miał dyżur, Portos jeszcze nie przyjechał na popołudniową zmianę, więc siedzimy sobie i milczymy. Aż w końcu Aramis przemawia: – Pan, to rzeczywiście chcę tę chirurgię robić? – pyta, odwrócony do mnie półprofilem. – Tak – odpowiadam, ale bez entuzjazmu, żeby go nie spłoszyć. – Hm... Teraz, to już nie ma chirurgii... skończyło się – stwierdza ponuro lekarz. – Kiedyś to się operowało, operacje wrzodów robiło, widzisz pan, nefrektomie... a teraz? – Macha ręką. – Masz pan jednego chirurga od nerki, jednego od fiuta, a kolejnego jeszcze od czegoś innego! Co to się porobiło, widzisz pan? – Potakuję, okazując coś na kształt zbolatej zgody. – A żołądka to już w ogóle się nie robi! Leki wymyślili, i koniec. – Tak, tę historię też już znam, jeszcze ze studiów. Starszej daty chirurdzy, przywykli do operacyjnego leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy współcześnie zostali tej możliwości pozbawieni z powodu wprowadzenia inhibitorów pompy protonowej – skutecznych leków na „nadkwaśność”, jednego z głównych czynników predysponujących do choroby wrzodowej. To coś jak niepowetowany żal kardiochirurgów, którym kardiologzy odebrali leczenie choroby wieńcowej. – I też coś się z tymi ludźmi stało – ciągnie dalej Aramis, smutnym zmęczonym głosem. – Przecież to już, kurwa, pojąć nie można: o co tym wszystkim ludziom teraz chodzi? Czego oni w ogóle od ciebie chcą? Kurwa... sami popierdoleni! Idziesz do takiego i nic nie rozumiesz! Albo te dziewczyny na ulicach, jak one się kurwa ubierają? Co to kurwa ma być? – I tak melancholijnie sobie narzeka. Na upadek chirurgii, medycyny, moralności, obyczajów, i świata w ogóle. W końcu nie wytrzymuję, jak mnie tak co chwila odrywa od gazety, tymi gorzkimi żałami. – No! Ale ładnie jest, przynajmniej! – wypalam, próbując zatrzymać czarny potok, sączący się z ust chirurga, ale Aramis już szczytuje, zaraz dotrze na grań swojego depresyjnego masywu. – ...To jedyne, co pozostało... – odpowiada powoli, ociężale. Nie dostrzega mojego absurdalnego żartu. Wzrokiem utkwionym w przestrzeń kwituje naszą rozmowę: – Szpital to więzienie, panie. A ja siedzę już dwadzieścia lat... – Wstaje i wychodzi do swojej pieczary, zapalić czerwone Marlboro.