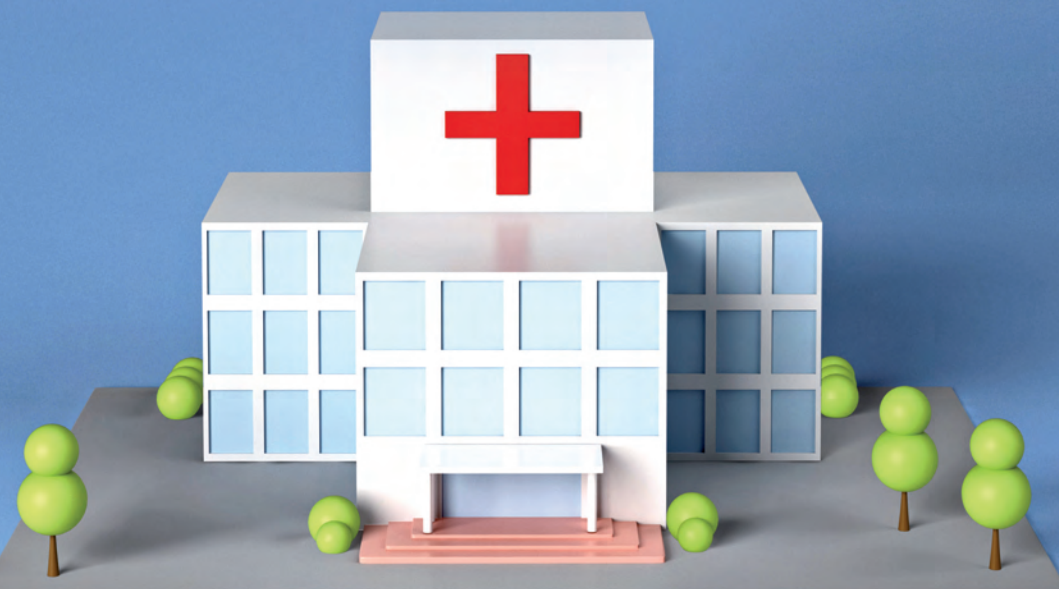


MICHAŁ KWIATEK

REZYDENT



REZYDENT

MICHAŁ KWIATEK

REZYDENT

POZNAŃ 2014–2021

Copyright © 2021 by Michał Kwiatek
All rights reserved

Projekt okładki: **Filip Wendland**
Fotografia na okładce tylnej: **Jakub Krzyżanowski**
Fotografie wewnątrz książki: **Michał Kwiatek/Jakub Krzyżanowski**
Korekta: **Marta Grygoruk (ekorekta24.pl)**
Opracowanie graficzne i techniczne: **Barbara i Przemysław Kida**

Wydanie I
ISBN 978-83-8086-044-5

WSZYSTKIM, KTÓRZY WALCZĄ O ZDROWIE

WSTĘP

Chłoniak Burkitta, najbardziej złośliwy nowotwór układu chłonnego, potrafi podwajać swoją masę co 26 godzin. Gdyby cokolwiek, co buduje człowiek, mogło tak szybko rosnąć, to mój rodzinny Poznań, którego powierzchnia liczy trochę ponad 200 kilometrów kwadratowych, w niecałe 20 dni pokryłby cały ład kuli ziemskiej.

Nieprzypadkowo zaczynam od chłoniaka Burkitta — to chyba on najbardziej ukierunkował moją drogę zawodową, wybierając jednego z moich bliskich na swojego gospodarza. Było to w okresie, gdy odbywałem staż podyplomowy. Nagle miałem codzienny kontakt z hematologią, poznawałem jej blaski i cienie od drugiej strony — strony pacjenta. Sukces terapeutyczny wzbudził we mnie podziw dla hematologii jako dziedziny i lekarzy jako cudotwórców i sprawił, że wybrałem tę specjalizację. A doświadczenie, które zdobyłem jako członek rodziny pacjenta, pozwalało mi przez wszystkie lata regularnej już pracy na oddziale hematologii z łatwością przyjmować inną, nielekarską perspektywę i rozumieć. Tylko i aż rozumieć, bo nie da się poczuć tych emocji, jeśli samemu się przez to nie przechodzi.

A dlaczego w ogóle zostałem lekarzem, dlaczego wybrałem tak specyficzny i obciążający zawód? Pokłady sympatii do ludzi chyba najmocniej napędzają do walki. Pewnie trochę też własne

ego i pycha — bo w końcu co może poprawić mniemanie człowieka o sobie w większym stopniu niż ratowanie innych? Tak, zdecydowanie coś w tym jest: leczenie ludzi dodaje pewności siebie i uzupełnia zapasy samozadowolenia.

W roku 2013 ukończyłem studia na Wydziale Lekarskim I w Poznaniu. Po stażu podyplomowym udało mi się dostać na rezydenturę z hematologii, w trakcie której odbywałem staż ogólny z chorób wewnętrznych, dyżurując jednocześnie w szpitalnym oddziale ratunkowym. Moje zapiski będą dotyczyły pracy we wszystkich trzech jednostkach. Zdarzenia ułożyłem chronologicznie, na początku są więc wspomnienia z interny, a z biegiem czasu przenosimy się do kliniki hematologii.

Zabierając się do spisywania wspomnień, myślałem o medycynie — w kontekście niesamowitej pasji, która powoli wypełniła moje życie, o ludziach, z którymi tę pasję dzielę, i trochę o sobie samym. Nigdy nie uważałem, że można być za młodym na wyciąganie wniosków z rzeczywistości. Nikt nigdzie nie napisał, że wnioski muszą być zawsze poprawne. Te, którymi się tutaj podzielę, będą na pewno szczerze.

Chciałbym też, żeby moje zapiski były swojego rodzaju podziękowaniem dla moich nauczycieli medycyny. Dla Rodziców, którzy jako lekarze wprowadzili mnie w ten świat, nie tworząc wokół niego otoczki niedostępności i pokazując, jak ważne jest podejście do pacjenta. Dla Nauczycieli profesji: wykładowców akademickich, którzy dzielili się całą swoją wiedzą, i starszych kolegów po fachu, którzy po prostu pokazywali, jak to się robi. Dla Pacjentów, których swoistymi pomnikami są kolejne rozdziały. Miałem niesamowite szczęście, że na Was wszystkich trafiłem. W przeciwnym razie rzuciłbym to setki razy i zajął się innymi, mniej lub bardziej pożytecznymi rzeczami. Dziękuję!

ROZDZIAŁ 1

F.

— Halo, panie F., to ja, pana żona — mówi, poprawiając mu poduszkę pod głowę, a ja, wychodząc z sali numer 6, zatrzymuję się i przez dłuższy czas wpatruję w okno.

Pani Helena z panem F. znają się już od 50 lat, od 45 są małżeństwem. Przeżyli razem wszystko: wychowali dzieci (które teraz, całkiem dorosłe, pod dyżurką dopytują o stan chorego), pokonali komunę, zbudowali wolną Polskę. Tyle że pan F. tego nie pamięta. Nie pamięta obecnie niczego — ma zaawansowaną postać choroby Alzheimera. W ciężkim stanie trafił do naszej izby przyjęć i z uwagi na wyniki laboratoryjne został natychmiast skierowany na oddział. Nie mam pewności, czy jestem w stanie mu pomóc, czy w ogóle da się jeszcze mu pomóc. Obniżymy poziom sodu, podamy antybiotyki, ale to wszystko na chwilę. Marzenia pani Heleny o powstaniu męża z łóżka już nie spełnimy. A przecież ona nie chce wiele — tylko jeszcze jednego z tysiąca spacerów z panem F.

W dyżurce długo myślę o tym, czego świadkiem byłem pod szóstką. Są rzeczy dużo bardziej romantyczne niż poprawianie poduszki i sytuacja, którą opisałem. Ale właśnie zmienia się nieco

moje podejście do życia. Bo chyba taki jest sens budowania rodziny, związków, bliskości. Coś mi mówi, że jeżeli mam kiedyś skończyć jak pan F., to chciałbym mieć swoją Helenę.

Pan F. nie przeżył kolejnej hospitalizacji. Ale — możecie wierzyć lub nie — na kilka godzin przed śmiercią nagle przemówił i usłyszałem „dziękuję”. Pani Helena ostatni raz poprawiła poduszkę i drzwi do szóstki się zatrzasnęły.

PRETENSJE

Drzwi szpitalnych oddziałów ratunkowych zamykają się zawsze tylko na chwilę. Maksymalnie na 20 minut. Dezynfekcja, zmiana pościeli, sprzątanie dookoła. Zamieszanie, głośny sygnał za oknem i przyjeżdża nowy pacjent — kobieta, lat 65. Zgłosiła się z gorączką, dusznością, wysokim stężeniem glukozy. Objawy rozwijają się dynamicznie, chora odpływa na naszych oczach. Przeniesiona została tak szybko, na ile pozwala izba, gdzie dzisiaj jest dosłownie czarno od chorych. Około 40 osób od rana, a mamy dopiero czternastą.

Wyniki laboratoryjne bezwzględnie wskazują na ostrą infekcję (parametry zapalne podwyższone do granic możliwości), pacjentka jest już całkowicie niestabilna hemodynamicznie. Trzeba pobrać gazometrię, najlepiej z krwi tętniczej. To badanie najlepiej pokazuje, na ile utlenowana jest krew płynąca w naczyniach zaopatrujących tkanki, czyli na ile efektywnie człowiek oddycha. Gazometrię wykonuje lekarz, pielęgniarki pobierają krew żylną. Pacjentka już podłączona do kardiomonitora, zaczynamy zabieg. A właściwie zaczyna go Patrycja - ordynator naszego oddziału, mój nauczyciel interny. Jest zdecydowana i precyzyjna pomimo

trudnych warunków. Pacjentka waży ponad 120 kilo, więc niełatwo — zwłaszcza przy duszności spoczynkowej — wyczuć tętno na tętnicach biodrowych. Dwa palce muszą czuć pulsowanie w naczyniu, które trzeba delikatnie rozszerzyć, by następnie wbić igłę w poszukiwaniu krwi. Skąd wiemy, że to tętnica? Dosłownie wypycha strzykawkę, zalewając ją swoim tętnieniem. Udało się bezbłędnie, za pierwszym razem. Nawet nie wiecie, jakie to było trudne, choć brzmi bardzo zwyczajnie.

Krew już pędzi do laboratorium, a my mamy chwilę, by zagłębić się w historię choroby pacjentki. Stan po dwóch udarach, cukrzyca, otyłość, niewydolność krążenia, zawał przed dwoma laty. Zlecamy badanie poziomu prokalcytoniny, mamy prawie pewność, że to sepsa. Oczywiście leczenie empiryczne — mocny antybiotyk, dożylnie. Musi się udać, musi się udać.

Nie udało się. Organizm nie dał rady, wstrząs septyczny zatrzymał nerki, niewydolne serce do reszty wysiadło. Chora nie żyje. Byliśmy bezradni, nie dało się zrobić nic więcej.

Gdy w dyżurce wypisujemy konieczne dokumenty, jesteśmy zrezygnowani. Nagle ktoś mocno naciska klamkę od zewnątrz i do środka wchodzi dwie kobiety, około 45 i 25 lat, z których oczu od razu wyczytać można złość i nienawiść. Przez zaciśnięte usta cedzą, że to przez nas ich mama i babcia nie żyje. Wychodzą, trzaskając drzwiami, my patrzymy na siebie bez słowa.

27 LAT WOLNEJ POLSKI

— Czy żona choruje przewlekłe? — pytam zmęczony męża pacjentki świeżo przyjętej na nasz oddział chorób wewnętrznych.

Dyżuruję już nie tylko na izbie przyjęć, ale też na wyższych piętrach szpitala. Tutaj nie uwijamy się, by udzielić pomocy każdemu z ulicy, lecz musimy czuwać nad pacjentami oddziałowymi, dokładnie zlecać leki nowo przyjętym i żegnać tych, którzy wylgowują się na zawsze. Praca inna od ratunkowej, ale równie ciężka (a może nawet cięższa?).

— W zasadzie nie choruje. No, ostatnio te gorączki, ale tak to jest w świetnym stanie — odpowiada mężczyzna pełnym troski głosem.

— Tato, powiedz doktorowi wszystko — krótko strofuje go córka.

— Z żoną nie ma kontaktu od 27 lat. Miała udar, odtąd rusza jedynie oczami, a ja się nią opiekuję — z pochyloną głową dodaje mąż.

Muszę przyznać, że po ostatnim zdaniu замуrowało mnie całkowicie. Oczywiście nasza rozmowa trwała jeszcze dobre 10 minut (w przypadku braku kontaktu z osobą chorą rozmowa z rodzi-

na musi zastąpić wywiad z pacjentem), ale moje myśli były skupione tylko na jednym. Oto stał przede mną człowiek, który kochał i który mógł to powiedzieć z całą pewnością. Przez 27 lat w Polsce rządzili Wałęsa, Kwaśniewski, Kaczyński i Komorowski. Zmieniły się pieniądze, pojawił się internet. Nie ma już maluchów, weszliśmy do Unii Europejskiej. A on bez względu na świat dookoła po prostu opiekuje się żoną. Kiedy pokazuje mi wieloletnie zapiski dotyczące jej stanu zdrowia, staranne statystyki prowadzone dzień po dniu w wymiętych zeszytach, zaczynam rozumieć, że stoi przed mną posiadacz jednego z największych, jeśli nie największego skarbu na świecie: prawdziwej, wielkiej miłości. Po wejściu do domu od razu włączam *Porozmawiaj z nią* Almodóvara.

NAUCZYĆ SIĘ DAWAĆ SPOKÓJ

Nie na każdym dyżurze, ale bardzo często spotykamy się ze śmiercią. Izba przyjęć czy oddział chorób wewnętrznych to niestety miejsca, gdzie ludzie po prostu umierają. Piszę o tym dość lekko, dodaję „po prostu”, bo cały czas próbuję w pewnym sensie uodpornić się na śmierć. Nienawidzę słowa „zgon”, nienawidzę metalowej skrzyni, w której zwłoki opuszczają szpital w kierunku chłodni, nienawidzę myśli, że już nic nie da się zrobić.

Przy zatrzymaniu krążenia zawsze wołamy anestezjologa w celu szybkiej konsultacji i przejęcia akcji reanimacyjnej. Wiele razy z pewną odrazą patrzyłem na działania kolegów, których poprosiliśmy o wsparcie — wydawały mi się bezwzględne i bezduszne. Anestezjolog potrafi bez zmarszczenia czoła podjąć decyzję o zakończeniu lub nierozpoczynaniu akcji reanimacyjnej. Wydaje wyrok, ale tak naprawdę pomaga. Pomaga odejść w godności i spokoju, jednak żeby to zrozumieć, potrzebowałem blisko roku.

Jest 5.50, dwie godziny temu zasnąłem na kanapie w oddziałowej dyżurce. Fatalny, męczący dyżur, przyjęcie za przyjęciem, przekazanie jednego z chorych na oddział intensywnej opieki w wyniku pogorszenia stanu, niezliczone drobne interwencje. Wszystko

waliło się naraz. A teraz dzwoni telefon, prywatna komórka, która normalnym ludziom służy do wysyłania miłych SMS-ów, robienia zdjęć, przeglądania Facebooka. Stacjonarny numer na wyświetlaczu sugeruje jedną z dyżurek pielęgniarskich na naszym oddziale. W słuchawce komunikat pozbawiony emocji:

— Doktorze, prosimy o interwencję. Pan na szóstce gorzej się poczuł, niskie ciśnienie. Stracił przytomność, wstając z łóżka.

Ubieram się w pośpiechu, po omacku szukam słuchawek. Myślę o szóstce, w trakcie mojego dyżuru były tam dwa przyjęcia. Jeden z pacjentów miał toczoną krew, ale wyglądał raczej stabilnie, nie myślałem o przeniesieniu go na salę intensywną. Drugi pacjent — planowa diagnostyka, sytuacja z daleka śmierdzi nowotworem, ale to też nie kandydat do problemów krążeniowych, ostrodyżurowych.

Wchodzę na salę, pielęgniarka przekazuje mi informacje: lat 83, nowotwór pęcherza moczowego, nowotwór żołądka, w ostatnim roku wielokrotne hospitalizacje z diagnozą D63 — niedokrwistość w przebiegu choroby nowotworowej. Podbiegam, nie czuję tętna, przykładam stetoskop, nie słyszę serca. Wyciągam lartarkę, sprawdzam źrenice. Już chcę prosić o wezwanie anestezjologa — i nagle się zatrzymuję, patrząc we wciąż otwarte oczy pacjenta. Widzę, jak spokojnie ulatuje z niego życie, w jak naturalny sposób odlatuje gdzieś indziej. Nie ma w tych oczach bólu, chory się nie dusi. Po prostu odchodzi, nowotwór dopiął swego. Nie wzywam nikogo, nie ma sensu. Nie ma sensu podłączać aparatury, nie ma sensu łamać mostka mocnymi uciśnięciami, nie ma sensu dawać adrenaliny. On zakończył swoje życie, naciерpiał się dostatecznie w trakcie choroby i nie powinno się tego cierpienia przedłużać w imię własnych ambicji. Już wiem, czym podyktowane jest takie, a nie inne zachowanie anestezjologów.

PIERWSZE DNI NA HEMATOLOGII

Wakacje 2015 to moje pierwsze tygodnie pracy na hematologii. Po prawie roku stażu z chorób wewnętrznych powoli wdrażam się w to, czym zajmę się mam docelowo. Od razu trafiłem do docenta Kaźmierczaka, któremu podlegam w klinice.

Mój pierwszy tutaj pacjent: młody mężczyzna, 33 lata, osłabienie, gorączki i rozproszone po całym ciele zmiany skórne. Ogromne guzy wręcz rozrywają skórę głowy i kończyn. Pierwsza zmiana na głowie pojawiła się po uderzeniu o maszt podczas rejsu żeglarskiego. Najpierw pacjent łączył ją więc z urazem, potem próbował się leczyć dermatologicznie. Kiedy guzy zaczęły się mnożyć i wymykać spod kontroli, pobrano z nich materiał, wykonano szczegółową diagnostykę i uzyskano wynik mrozący krew w żyłach: mieliśmy do czynienia z postacią skórną ostrej białaczki limfoblastycznej.

K. już na samym początku ujął wszystkich na oddziale manierami, dobrym wychowaniem, optymizmem. Fajną energią, która biła od niego podczas każdej wizyty, na każdym obchodzie z profesorem. Nie narzekał, nie wymagał, po prostu chciał się leczyć. Żeby wrócić do zawodu grafika, do świeżo poślubionej, pięknej żony. Do licz-

nych znajomych, rozrywek kulturalnych. W trakcie codziennych wizyt kontrolnych złapałem z nim kontakt. Teraz, z perspektywy czasu, wiem, że chyba nieco za bliski. Absolutnie nie powinniśmy się zaprzyjaźniać z pacjentami. Wzajemny szacunek, zaangażowanie w leczenie — jak najbardziej. Przyjaźń — zdecydowanie nie.

Po pierwszej chemioterapii, powikłanej licznymi infekcjami i gorączkami, osiągamy mały, pozorny sukces. K. ma czysty szpik, który wyjściowo zajęty był w blisko 90 procentach. Ale zmiany skórne tylko trochę się zmniejszyły, nadal są bardzo znaczne. Nie mamy więc pełnej remisji.

Okres mojego pobytu na oddziale dobiega końca — wracam kontynuować staż z chorob wewnętrzných, mój pierwszy zawodowy kontakt z hematologią to tak naprawdę kontakt z K. Pewny, że dzięki kolejnym liniom leczenia wszystko się uda, a jednocześnie zainspirowany wolą walki pacjenta, ofiarowuję mu książkę — zapiski Jerzego Stuhra z czasu choroby. W dedykacji składam K. życzenia dalszej walki z taką klasą jak dotychczas.

Kiedy ja wracam na oddział wewnętrzny, on wraca na hematologię, pod opiekę docenta i drugiego z rezydentów — Andrzeja. Druga linia terapii nie tylko nie cofa zmian skórnych, ale też przynosi powikłania: straszną infekcję płucną i pęknięcie nerki. Natychmiastowa operacja urologiczna pozwala na uratowanie K., jednak białaczka nie odpuszcza nawet na moment. Zajmuje skórę, wydaje się jeszcze agresywniejsza. Zaczyna się straszny ból pleców, rezonans magnetyczny ukazuje kolejne ognisko chorobowe w kręgosłupie. Widuję się z pacjentem podczas dyżurów, które zacząłem pełnić na hematologii. K. nawet na moment nie traci samozaparcia ani uprzejmości wobec całego personelu. Wciąż walczy, ale wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują na coraz gorsze rokowanie. W trakcie moich wizyt nadal jednak żartujemy, analizujemy nowe filmy i teledyski.

Trzeba leczyć dalej, nikt nie chce słyszeć o poddaniu się, nie teraz. Badanie PET, które pozwala zobrazować postęp procesu chorobowego w całym ciele, pokazuje, że jest tylko gorzej. Komórki białaczkowe pojawiły się w kolejnych kościach i mięśniach. Trzecia linia leczenia, dwie kuracje. Znowu infekcje, dołki, okrutna walka. Pękają kręgi, trzeba je stabilizować za pomocą gorsetu, choremu coraz trudniej jest się poruszać. Fizycznie K. w niczym już nie przypomina osoby, która była moim pierwszym pacjentem na hematologii. Strasznie wychudł, kuracje odcisnęły widoczne piętno. Ale on nadal nie traci woli walki, nadal jest równie uprzejmy i serdeczny jak na początku. Nigdy nie zapomnę widoku K. ledwo idącego korytarzem za rękę z żoną. Ich uścisk dłoni był tak mocny, tak nerwowy, jakby zdawali sobie sprawę, że każde spotkanie może być ostatnim.

Żadna z kuracji nie zwalczyła potwornych zmian skórnych. Zmniejszały się, spłaszcząły, ale nie uzyskiwaliśmy remisji całkowitej. Wiedzieliśmy, że jedynym ratunkiem jest przeszczep szpiku, udało się znaleźć dawcę niespokrewnionego. Żeby jednak przeszczep miał sens, trzeba w jak największym stopniu wyplenić chorobę z organizmu, inaczej ryzyko wznowy jest ogromne. Przy jednej z chemii podawanych jako przygotowanie do przeszczepu pacjent przestał ruszać nogami, nie czuł już oddawania stolca i moczu. To był koniec. Badania obrazowe wykazały jednoznacznie: choroba postąpiła, są nowe nacieki w kręgosłupie.

Mieliśmy związane ręce, podjęliśmy więc decyzję o odstąpieniu od dalszej terapii, która w tym przypadku byłaby terapią uporczywą. Obowiązek poinformowania sparaliżowanego K., że to koniec, spadł oczywiście na docenta. My z Andrzejem byliśmy tylko obecni na sali. Zapamiętałem to jako jedną z najcięższych chwil w swoim życiu. Zrozumiałem, że hematologia to często zupełnie nierówna walka, z góry skazana na porażkę. Kiedy przy-

szedł SMS o śmierci K., napisany przez jego mamę, stałem w korku. Odłożyłem telefon, zapaliło się zielone światło, samochody pojechały jeden po drugim. Życie musi toczyć się dalej.

HODGKIN VS SZPICZAK

Kobieta, 23 lata. Łąduje na izbie przyjęć z silną anemią, bólami kostnymi, zlewnymi potami i świądem skóry. W wynikach laboratoryjnych niewydolność nerek, brak jakiegokolwiek wywiadu chorobowego. Szpiczak? Szpiczak plazmocytowy, kiedyś nazywany mnogim. Choroba polegająca na namnażaniu się nieprawidłowych plazmocytów, które niepoohamowanie produkują białko monoklonalne.

Szpiczak plazmocytowy szybko przychodzi nam do głowy i równie szybko — ze względu na młody wiek pacjentki i uogólnioną limfadenopatię — zostaje wykluczony z kręgu podejrzanych jednostek. Ale zaraz w dyżurce ktoś przypomina sobie 19-letniego chłopaka, u którego rozpoznano tę chorobę. Nie ma co snuć przypuszczeń, chora musi się położyć na oddziale chorób wewnętrznych, a my bierzemy się za diagnostykę: szczegółowe badania krwi, badania obrazowe, wreszcie pobranie węzłów i samego szpiku.

Trepanobiopsja szpiku to badanie raczej proste, choć w wyobrażeniu wielu osób dość dramatyczne. Położony na plecach pacjent, znieczulony miejscowo, w zasadzie ledwo czuje igłę, którą

lekarz wbija w kolec biodrowy, by pobrać kawałek kości. Wydaje się to bardzo prymitywne w porównaniu ze skanami tomografii komputerowej, nowoczesnymi aparatami USG czy też kamerami endoskopowymi. A jednak to właśnie pobrany szpik pozwala nam wejść w świat tajemnicy, jaką kryje krew obwodowa, nazywana przez hematologów jedynie opakowaniem. Sam szpik jest natomiast fabryką, której nieprawidłowa praca prowadzi do wielu schorzeń hematologicznych. Bez dobrze działającego szpiku komórki nie dostaną tlenu, nie będzie odporności ani dobrego krzepnięcia krwi. Szpik ma jeszcze jedną niesamowitą zdolność: przeszczepiony na zasadzie przetoczenia komórek macierzystych do krwi chorego, potrafi na nowo idealnie rozłokować się w kościach. Zupełnie jak rakietka samonaprowadzająca. Rozpoczynam zabieg u W., wbijam igłę w kolec biodrowy, dokładnie wiem, co powinno mnie czekać. Szpik ciężko się aspiruje, jest zwłókniały. To zły znak. Ale nie wróźmy z fusów — rozmaz, cytometria przepływowa i histopatologia z immunohistochemią dadzą nam prawdopodobnie odpowiedź, dlaczego morfologia krwi jest fatalna i nie pozwala W. na normalne funkcjonowanie.

Już drugiego dnia mamy wyniki prawie wszystkich badań i wykluczone infekcyjne przyczyny choroby. Nerki funkcjonują trochę lepiej. Dehydrogenaza mleczanowa, czyli LDH, podwyższona aż do sufitu, mówi nam, że zapewne to coś rozrostowego. Już raczej się nie okaże, że to błaha sprawa o poważnych objawach, mały deszcz z wielkiej chmury. W. jest niestety poważnie chora.

Tomografia komputerowa uwidacznia węzły chłonne popakowane w pakiety po obu stronach przepony. Dodatkowo nacieki nowotworowe w mięszu płuc i w prawej kości ramiennej. Już wiemy, skąd okresowa duszność — dopiero wysokie dawki sterydów pozwalają na stabilny oddech. Już wiemy, że jest poważnie i że musimy zaraz zacząć leczenie, bo dziewczyna może nie przeżyć agresywnego przebiegu choroby. No właśnie: z jednej stro-

ny musimy działać, ale z drugiej nie możemy zacząć leczenia bez konkretnego rozpoznania. Nie wolno podawać chemii w ciemno, robi się to tylko w ściśle określonych przypadkach. Inaczej można zaszkodzić. Bardzo zaszkodzić. Na tyle, że dobre chęci nie będą miały żadnego znaczenia.

Do gabinetu wbiega ojciec dziewczyny. Przebojowy facet, ma rozwiązanie na wszystko. Na korytarzu prowadzi wideokonferencję biznesową po angielsku, by zaraz wyjąć z auta skrzynkę z narzędziami i naprawić uszkodzone okno w sali, gdzie leży córka. Ma rozwiązanie na wszystko, ale nie na szpiczaka lub chłoniaka, których szukamy u W. Patrę mu w oczy, których tafla powoli pęka. Ojciec już zdaje sobie sprawę, że czeka go straszliwa lekcja pokory. Lekcja absolutnej bezsilności, bez względu na wszystko: stan konta, znajomości, poziom inteligencji. Choć bardzo nie chce, będzie musiał patrzeć na córkę, która heroicznie walczy o życie, podłączona do kolorowych worków z chemioterapią.

Dzwonimy do chirurgów, jeden z nich zgadza się jeszcze dzisiaj pobrać węzeł chłonny z jamy pachowej. Zdaje sobie sprawę, jak ważne dla tej 23-letniej dziewczyny będzie badanie patomorfologiczne pobranego materiału. Kilka ankiet przedzabiegowych, znieczulenie i węzeł jedzie do zakładu patomorfologii. A nam pozostaje leczenie preparatami krwi i oczekiwanie na wyniki.

Pierwszy przychodzi faks z patomorfologii. Wynik jest oczywisty: chłoniak Hodgkina, w pobranym materiale są specyficzne komórki Reed-Sternberga o wyglądzie sowych oczu. Świąd skóry, gorączki, pakiety węzłów chłonnych — wszystko zgadza się z rozpoznaniem. Ale co z bólami kostnymi i niewydolnością nerek? Dlaczego nie ma wyniku trepanobiopsji, dlaczego dorabiane są badania immunohistochemiczne w kierunku szpiczaka? Chłoniak Hodgkina, inaczej ziarnica złośliwa, jest jednak czymś, czego na razie możemy się chwycić. Decyzja, choć bardzo poważna, za-

pada szybko: musimy ratunkowo podać pierwszą kurację chemioterapii według schematu ABVD. To pozwoli nam opanować sytuację, sprawimy, że W. się nie udusi.

Pierwsza rozmowa, w której pada słowo „chemioterapia”, jest dla pacjentki — jak zawsze — ciężka, emocjonalna. Ale w oczach W., za łzami, widzę wolę walki, wiem, że się nie poddamy. Ojciec chorej jest teraz na drugim końcu świata, informujemy go telefonicznie. Ufa nam, prosi o działanie. Pierwsze worki chemii za nami.

Tymczasem z kliniki hematologii, gdzie wnikliwie analizowany jest szpik kostny, nadchodzą niepokojące informacje. Obraz szpiku odpowiada nie chłoniakowi Hodgkina, lecz wspomnianemu już szpiczakowi plazmocytowemu, podobnie jak połowa objawów, z którymi zgłosiła się dziewczyna. Obydwie choroby mogą współistnieć, ale jest to sytuacja rzadka, wręcz unikatowa. Musimy dorabiać badania, jeszcze raz przeanalizować białko w moczu i surowicy pod kątem białka monoklonalnego. W. słabnie po chemii, jej wyniki powoli zmierzają do dołka. Dołka, który swoją bezwzględnością i siłą miażdży w zasadzie każdego.

Stan W. się pogarsza, dołek osiąga maksimum: odizolowana dziewczyna wpada w neutropenię, wymaga podania czynników wzrostu. Wychodząc ze szpitala, zwyczajnie, po ludzku się boję. Boję się tej nocy, boję się postępującej infekcji, która może w każdej chwili wywołać wstrząs septyczny. Musimy czekać.

Rano wbiegam na czwarte piętro i z nikim nie rozmawiając, zmierzam do dyżurki pielęgniarskiej. To tam, na tablicy z listą chorych, zawsze sprawdzam, czy ktoś przeżył. Wolę nie pytać, wolę po prostu zobaczyć na własne oczy, czy wąska prostokątna kartka z imieniem i nazwiskiem nadal jest przyklejona do archaicznej tablicy korkowej. Udało się: W. żyje, w nocy bez gorączki. Wygląda lepiej, poprawia się też w badaniu przedmiotowym. Przez następne

dni obserwujemy powrót do formy, sama pacjentka mówi nam, że czuje się jak przed zachorowaniem. Po prostu normalnie. Bez bólu, bez gorączki, z apetytem. Kiedy wypisujemy dziewczynę do domu, ze skierowaniem na kolejne kursy chemioterapii, które zostaną podane już w klinice hematologii, wszyscy odczuwamy ulgę i radość. Nasz upór, by diagnostyka i pierwszy kurs leczenia odbyły się jeszcze na oddziale chorób wewnętrznych, został wynagrodzony: chora na własnych nogach wychodzi do domu. Z uśmiechem na twarzy.

Dalsze losy W. to mozolna chemioterapia ABVD. W międzyczasie ostatecznie wykluczono szpiczaka plazmocytowego, podejrzane objawy i podwyższona wartość plazmocytów okazały się dość nietypową maską chłoniaka Hodgkina. Najlepszym dowodem jest skuteczność leczenia, zawsze utwierdzająca nas w słuszności diagnozy. Po czterech podaniach wykonujemy badanie PET, które pozwala nam na obrazową ocenę efektów. Przekształtowany wynik czytamy dwa razy: czy to ciało bez powiększonego choćby jednego węzła chłonnego, bez nacieków na kość ramienną na pewno jest ciałem naszej pacjentki? Chemia działa, praca ma sens, wszystko się zgadza. A ja dziękuję, że W. trafiła do nas akurat teraz. Po kilku sromotnych porażkach zaczynałem mieć wątpliwości. Każdy potrzebuje czasem sukcesu.

Dokańczamy leczenie W. Kolejny czysty PET, potem skierowanie do aktywnej obserwacji w poradni — oby już tak zostało na zawsze, bez nawrotów koszmaru z sowimi oczami w roli głównej.

ALL VS A.

W pewnym momencie zacząłem dyżurować już nie tylko na szpitalnym oddziale ratunkowym, ale także na oddziale hematologii w swojej macierzystej jednostce. Podczas jednego ze spokojnych sobotnich dyżurów odebrałem telefon. Po drugiej stronie słuchawki bardzo zdenerwowany głos, przedstawia się pani doktor — lekarz rodzinny z Kalisza. Dzwoni pomimo weekendu, nie w sprawie własnej ani kogoś bliskiego. Zero prywaty, wydzwania dramatycznie do wszystkich oddziałów hematologicznych z prośbą o pomoc dla pacjentki. Szybko dowiaduję się, że chodzi o młodą kobietę, lat 32, która trafiła do lekarza z objawami znacznego osłabienia. Po uzyskaniu wyników laboratoryjnych (głęboka niedokrwistość, bardzo wyraźna leukocytoza z dużym odsetkiem młodych komórek w rozmazie automatycznym) chorobę przekazano do szpitala w Kaliszu, który po wykonaniu skąpej diagnostyki wypisał ją do domu. Dostała informację, że ma czekać na wyniki, ktoś się do niej odezwie. Całe szczęście, że pani doktor rodzinna nie była na tyle pobłażliwa, by tak to zostawić, i wzięła sprawy w swoje ręce.

Było oczywiste, że A. musi jak najszybciej trafić do szpitala, musi zacząć leczenie. Nie trzeba być hematologiem, by w ta-

kiej sytuacji spodziewać się najgorszego: ostrej białaczki. Choroby najbardziej dramatycznej i najbardziej zjadliwej ze wszystkich jednostek hematologicznych. Jej nieleczenie w kilka tygodni prowadzi do śmierci, namnażające się młode komórki (blasty) dosłownie rozpychają szpik kostny od środka, nie zostawiając ani kawałeczka zdrowym komórkom. Leczenie to wielomiesięczna chemioterapia, zakończona najczęściej bezwzględnie koniecznym przeszczepem szpiku — allogenicznym, czyli od obcego dawcy.

W trakcie rozmowy telefonicznej czułem pewne zakłopotanie. Chciałem pomóc tej dziewczynie, chciałem coś zaproponować wspaniałej lekarz rodzinnej, która w sobotę wydzwania po kraju dla pacjentki. Klinika, w której miałem dyżur, nie prowadzi przyjęć na ostro, działa jedynie w trybie planowym. Tysiąc myśli na minutę. W tamten weekend miałem akurat dublet, jak w szpitalnym żargonie określamy 48-godzinny dyżur. Nazajutrz rano prosto z kliniki jechałem do szpitala, gdzie odbywałem staż z chorob wewnątrznych, na ostry dyżur w izbie przyjęć. Jedyne więc, co mogłem zaproponować, to aby pacjentka przyjechała jutro do Poznania, właśnie na izbę. Zrobimy badania krwi i jeśli wyniki będą tak fatalne jak poprzednie, przekazane przez telefon, przyjmimy chorą na internę, a potem bezzwłocznie do kliniki hematologii. Oczywiście dla rezydenta jest to rzecz bardzo trudna, ale przy odrobinie dobrych chęci kilku osób nie ma rzeczy niemożliwych.

Pewnie się dziwicie, że w momencie gdy mam pomóc osobie z ostrą białaczką, skupiam się na procedurach związanych z przyjęciem do szpitala, co powinno stanowić jedynie formalność. Ale niestety taka jest rzeczywistość: medycyna to nie tylko praca z pacjentem, diagnozowanie i leczenie. To także żmudne formalności i konieczność biurokratycznej walki w imię zdrowia pacjentów.

Zgodnie z umową A. wraz z mężem stawiają się rano w izbie przyjęć. Wykonujemy morfologię, wynik nie pojawia się jednak

jak zwykle na ekranie komputera. Odbieram za to telefon z laboratorium, postanowili osobiście przekazać bardzo złe wyniki: potwierdza się wszystko to, o czym mówiła pani doktor rodzinna. Przyjmujemy pacjentkę na oddział — nie ma miejsc na chorobach wewnętrznych, musi więc pójść na kardiologię, by przeczekać tam pod naszym okiem do momentu przekazania na hematologię. W każdej chwili może dojść do ostrych powikłań związanych z zaphaniem naczyń przez namnażające się w szalonym tempie blasty. Albo do niedokrwistości, która grozi wtórnym niedotlenieniem narządów, czy małopłytkowości powikłanej krwawieniem. Musimy walczyć o życie A., teraz, natychmiast.

W poniedziałek rano, zgodnie z założeniami, uruchamiamy jak najszybszą procedurę przyjęcia chorej do kliniki hematologii. Mój kierownik — docent Kaźmierczak prosi, bym prosto z dyżuru przyjechał ze szkiełkami z rozmazem krwi obwodowej A. Szybkie sprawdzenie preparatu pod mikroskopem pozwoli mu na ustalenie bardzo wstępnego rozpoznania, na identyfikację białych krwinek, które tak namnażają się w szpiku i mogą sprawić, że bez leczenia pacjentka po prostu umrze.

Przywiezione przeze mnie szkiełko od razu trafia pod oddziałowy mikroskop. Powiększony obraz nie pozostawia żadnych wątpliwości: krew obwodowa wypełniona jest młodymi komórkami krwi, czyli blastami białaczkowymi. Aby dobrać leczenie i ustalić rokowanie, musimy wiedzieć, czy pochodzą one z linii limfoidalnej, czy mieloidalnej. Konieczna jest cytometria przepływowa — badanie, dzięki któremu możemy natychmiast określić immunofenotyp chorobowych komórek pobranych od pacjenta.

A. już następnego dnia trafiła do właściwego ośrodka, mogliśmy więc wykonać pełną diagnostykę i rozpocząć leczenie według najlepszego znanego nam schematu. Wykonane badania, między innymi wspomniana cytometria, pozwoliły nam rozpoznać ALL

pro-T, czyli ostrą białaczkę limfoblastyczną z linii limfocytów T. Różne przypadki z przeszłości wspominane przez doświadczonych hematologów przy okazji rozpoznania A. nie napawały optymizmem. O tym, jak bardzo upakowany blastami był szpik pacjentki, przekonaliśmy się już podczas badań, gdy zwyczajnie nie dało się go zaaspirować.

Sama chora od początku nas zaskakiwała — mimo informacji o diagnozie, o konieczności bardzo długiego i ciężkiego leczenia z niepewnym rokowaniem, o wielomiesięcznych przerwach w kontakcie z dwójką cudownych małych dzieci nigdy się nie załamała. Zawsze miała nadzieję, zawsze była ogromnie uprzejma wobec kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. W rękach ciągle trzymała Pismo Święte, mówiła o niesamowitej energii, jaką czerpie właśnie z obcowania z Biblią. Jak dobrze, że są rzeczy, w których nasi pacjenci mogą znaleźć oparcie podczas terapii.

Nigdy nie zapomnę pierwszej rozmowy, którą przeprowadziliśmy z rodziną pacjentki wspólnie z Maciejem Kaźmierczakiem. Była to dla mnie wspaniała lekcja, jak rozmawiać z bliskimi osoby chorej, jak w najprostszy, ale dosadny sposób wytłumaczyć, co to jest ostra białaczka, jak się ją leczy i czego można się spodziewać o każdej porze dnia i nocy. Maciej sięgnął po cytát ze Słowackiego: „Nie czas żałować róż, gdy płoną lasy”, by wytłumaczyć, że jeśli chcemy zatrzymać namnażające się blasty białaczkowe, musimy wybić zdrowe komórki organizmu. Chyba nic tak dobrze nie obrazuje istoty chemioterapii.

Nie obyło się bez komplikacji. W trakcie pierwszej chemii A. zasłabła i wypadła z łóżka podczas wymiotów. Panika na oddziale, ogromny guz, podejrzenie urazu głowy. Szybko wykonana tomografia na szczęście wykluczyła zmiany, skończyło się na strachu. Po kursie chemioterapii przyszedł czas na pierwszą ocenę leczenia. Szpik A., teraz już możliwy do zaaspirowania igłą, był w dużo

lepszym stanie. Uzyskaliśmy remisję, ale niestety z chorobą resztkową, czyli MRD. Dopuszczalny procent MRD (przy oznaczaniu choroby resztkowej znowu nieoceniona jest cytometria przepływowa) po pierwszym kursie leczenia wynosi 0,1%. U A. było to 0,2%, co z miejsca kwalifikuje chorego do grupy bardzo wysokiego ryzyka. Jedynym ratunkiem jest wówczas allogeniczny przeszczep szpiku.

Pacjentka ma dwóch braci, co budzi nadzieję na najlepsze z rozwiązań przeszczepowych: znalezienie dawcy spokrewnionego. Testy zgodności dają niestety wynik ujemny, pomimo ogromnych chęci bracia nie mogą oddać A. swojego szpiku. Kiedy przekazujemy niekorzystne informacje, A. — to niesamowite — pociesza załamanych braci. Podkreślę to raz jeszcze: siła tej dziewczyny to coś niespotykanego.

Zaczynamy szukać niespokrewnionego dawcy, który ofiaruje pacjentce swój szpik i pozwoli nam dokończyć leczenie. W międzyczasie kolejna chemia, jeszcze mocniejsza. A. dzielnie, z Pismem Świętym w rękę, znosi wszystko, co czynią trucizny wlewane za pośrednictwem kontaktu centralnego do jej ciała. Niechybnie zbliża się koniec drugiej serii, a więc i ocena leczenia, oznaczenie MRD. I tak oto, po kilku miesiącach trudu i złych wiadomości, przychodzi dobra passa. W organizmie A. nie ma choroby resztkowej, a za granicą znalazł się dawca szpiku. W pewnym momencie byliśmy już bardzo nisko nad oceanem, by teraz wrócić na prawidłowy tor lotu. Pamiętam jak dziś ten dzień, gdy przychodziły wyniki oceny po drugiej chemii — był to dzień ćwierćfinału piłkarskich mistrzostw Europy, Polska grała z Portugalią. Jako wierny kibic od rana denerwowałem się rezultatem spotkania, ale jeszcze bardziej — wynikami A. Pomyślałem, że w ciemno wziąłbym MRD 0,0% i porażkę Polaków na boisku. I tak rzeczywiście się stało, ale chyba nie możemy mnie winić za karnego, którego przestrzelił Jakub Błaszczykowski?

Spotykam A. na korytarzu dwa miesiące po przeszczepie. Wychudzona, bardzo wyniszczona leczeniem, ale niesamowicie szczęśliwa. Na razie jest zdrowa, wróciła już do domu. W przed-sionku kliniki czeka mąż. We dwójkę walczyli jak lwy i we dwójkę wracają do Kalisza, co w przypadku białaczki T-komórkowej nie jest wcale częste.

PŁASZCZ NIE DO ZDJĘCIA

W lipcu 2015 roku braliśmy z Asią ślub. Piękna uroczystość, na sali weselnej ponad setka gości, wśród nich oczywiście wielu lekarzy — przyjaciół ze studiów. Podczas uroczystej zabawy i kolejnych toastów podchodzi do mnie znajomy, z którym dotychczas związany byłem raczej zawodowo (poza medycyną od wielu lat udzielam się także w branży muzycznej, celowo jednak unikam pisania o tym tutaj — to temat na zupełnie inną publikację). Opowiada mi o swojej mamie, której kilka tygodni temu niesamowicie powiększył się obwód szyi. Wyczuwalne są duże guzy. Konsultowali się w poradni hematologicznej, pobrano węzeł chłonny — jest w trakcie oceny. Poprosiłem, abyśmy dziś dalej się weselili, a od poniedziałku postaram się jakoś pomóc, na tyle, na ile będę mógł. Wesele trwało do rana, było naprawdę znakomicie. Ale wiedziałem już, że będzie co robić na początku nowego tygodnia.

Stan ogólny pacjentki się pogarszał, pojawiła się duszność, objawy zespołu żyły szyjnej górnej. Maksymalnie przyspieszono uzyskanie wyniku badania histopatologicznego pobranego węzła chłonnego. A my, nie tracąc ani chwili, przyjęliśmy panią S. na od-

dział chorób wewnętrznych, by wykonać wszystkie badania konieczne do oceny zaawansowania choroby przed rozpoczęciem ewentualnej terapii: tomografię komputerową klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, badania laboratoryjne, ocenę kardiologiczną i ocenę szpiku kostnego.

Stara prawda lekarska mówi, że nie powinno się leczyć osób, do których ma się jakikolwiek prywatny stosunek. I tutaj niestety trochę się to sprawdziło. Tak uważałem, by trepanobiopsję szpiku wykonać możliwie gładko, możliwie bezboleśnie, że przy wyciąganiu olbrzymiej igły z talerza biodrowego zakłułem się w dłoń opartą na ciele pacjentki. Ból niewielki, ale stres wynikający z możliwości złapania choroby zakaźnej spory, a procedura szpitalna związana z zakłuciem — bardzo skomplikowana. Na szczęście wszystko skończyło się dobrze, incydent nie miał żadnego wpływu na mój stan zdrowia.

Wyniki badania histopatologicznego i cytometrii przepływowej były jednoznaczne: mamy do czynienia z chłoniakiem B-komórkowym z komórek płaszczka o typie blastoidnym. Ponieważ pani S. od początku nazywała nowotwór Nękałym Dziadem, to i ja pozwolę sobie na podobną nomenklaturę. Chłoniak z komórek płaszczka, typ blastoidny to niesamowicie namolny dziad, który leczony zanika, by zaraz wrócić z podwójną mocą. Z uwagi na wiek pacjentki — 72 lata w momencie rozpoznania — nie mieliśmy w zaledwie opcji terapeutycznej w postaci autologicznego przeszczepu szpiku (mowa o sytuacji, gdy pacjent jest dawcą dla samego siebie), który często okazuje się skuteczny w chłoniakach B-komórkowych. Stosowany jako druga linia leczenia, w razie oporności na pierwszą linię lub po nawrocie, niejednokrotnie pozwala uzyskać całkowitą remisję i o wiele lat przedłużyć życie pacjenta.

Pogłębiające się objawy choroby nowotworowej, które już w sposób bezpośredni zagrażały życiu pani S. (między innymi

za sprawą ogromnego nacieku na duże naczynia jamy brzusznej), powodowały, że nie mogliśmy czekać ani dnia dłużej. Klinika hematologii, która pęka w szwach od ciężkich przypadków, nie była w stanie przyjąć pacjentki z dnia na dzień, więc chemioterapię zaczęliśmy jeszcze na internie.

Pierwsza doba po chemii według schematu CHOP-R przebiegała dość dramatycznie. Leki zostały podane w piątek rano, a gdy odwiedziłem chorą w sobotni poranek, dowiedziałem się, że doszło do zatrzymania moczu. Wszyscy baliśmy się zespołu lizy guza, do którego mógł doprowadzić rozpad ogromnej masy. Lekarz dyżurny zwiększył dawkę leków moczopędnych i jednocześnie nawodnienie pacjentki. Około siedemnastej odebrałem telefon — spodziewałem się najgorszego, ale usłyszałem, że worek się zapełnia, diureza wróciła. Gdyby kilka miesięcy wcześniej ktoś mi powiedział, że podskoczę w miejscu publicznym na wieść o oddaniu moczu, nie uwierzyłbym. Ale taka jest medycyna: choroby zabierają wszystko i uczą na nowo cieszyć się z najdrobniejszych spraw.

Pani S. kontynuowała chemioterapię CHOP-R w ramach jednodniowych hospitalizacji w klinice. Poza spodziewanymi powikłaniami, czyli wypadnięciem włosów, nudnościami, zmęčeniem, nie odnotowaliśmy innych objawów ubocznych. Węzły chłonne dosłownie nikły w oczach, badania obrazowe wykonane po połowie chemii i po zakończeniu leczenia pozwoliły nam ogłosić wygraną. Czysty szpik, czyste węzły, prawidłowa morfologia krwi obwodowej — mieliśmy remisję całkowitą. Dziad opuścił organizm pani S.

Niestety już po dwóch miesiącach, będąc na nartach, odebrałem telefon od znajomego. Komunikat krótki, nie trzeba było mówić nic więcej: „Na szyi znowu coś jest”. Oczywiście mógł to być węzeł odczynowy w przebiegu infekcji i musieliśmy zrobić bada-

nia, ale szanse na pomyślny obrót spraw były minimalne. Cieszyliśmy się, że Dziada już nie ma, ale wszyscy zdawaliśmy sobie sprawę, że on wróci. Za miesiąc, za pół roku, za rok, ale wróci. Taki jest właśnie płaszcz o typie blastoidnym — praktycznie nie do zrzućcenia bez autoprzeszczepu, którego tutaj nie mogliśmy wykonać.

Po ponownej ocenie stanu pacjentki podjęta została decyzja o kuracji drugoliniowej, przy użyciu bendamustyny.

Kuracja nie daje spodziewanego efektu, chora wykazuje oporność na leczenie. Musimy zmienić chemioterapię na jeszcze mocniejszy schemat, R-BAC, podawany już nie w ramach przyjęć jednodniowych, ale w trakcie standardowej hospitalizacji. Kuracja przebiega spokojnie, jednak zaraz po wypisaniu do domu sytuacja zdecydowanie się pogarsza. Znowu telefon od znajomego: niskie ciśnienie, wysoka gorączka. Natychmiast SOR, błyskawiczne przyjęcie na oddział chorób wewnętrznych. Dożylny antybiotyk, tlen, płyny — pani S. wraca do nas, wstrząs zażegnany.

To właśnie leczenie powikłań chemioterapii stanowi podstawę hematologii, o czym bardzo szybko i dobitnie się przekonuję, pracując w klinice. Jeśli chcemy leczyć, musimy być przygotowani na szereg działań niepożądanych — chemia to nic innego jak bezwzględna armia. Zabija niestety po równo: i wroga, i ludność cywilną, niszcząc każde miasto, do którego wejdzie. Szpik pod wpływem leczenia przestaje namnażać komórki nowotworowe, ale nie produkuje też zdrowych krwinek czerwonych, białych i płytek. Pacjenci całymi tygodniami walczą z infekcjami, anemiami i krwawieniami. Niejednokrotnie są w dużo gorszym stanie niż przed terapią, niektórzy już nie wychodzą z dołka. A my przetaczamy krew, podajemy antybiotyki, leki przeciwwirusowe, przeciwgrzybicze, niekiedy sięgamy po czynniki wzrostu stymulujące granulocyty. Razem z chorymi czekamy na codzienne wyniki krwi, wyglądając choćby jednej jaskółki, która zwiastuje wiosnę.

Pani S. wróciła do formy na tyle, że mogliśmy zaproponować i przeprowadzić kolejną kurację. Ponowna ocena przyniosła bardzo dobre wiadomości, nie znaleźliśmy żadnego ogniska chorobowego. Ale natrętny Dziad błyskawicznie znów zapukał do drzwi. Znowu telefon: z dnia na dzień pacjentka przestała chodzić, nie ma żadnej władzy nad mięśniami nóg. W wykonanej natychmiast tomografii z kontrastem nie stwierdziliśmy nacieku na kręgosłup, co mogłoby skutkować zaburzeniami czucia i brakiem siły mięśniowej. Prosimy o pomoc neurologa, który okazuje się dużo skuteczniejszy niż tomograf. Doktor Niezgoda zdecydowanie orzeka, że problem wywodzi się z kręgosłupa piersiowego, gdzie zapewne znajduje się naciek wywołujący ucisk na rdzeń kręgowy. Nie muszę Wam pisać, jaki był wynik rezonansu magnetycznego. To kolejna ważna lekcja: specjalistyczne badanie przedmiotowe może być dużo wartościowsze od najnowocześniejszych metod diagnostycznych.

Z uwagi na ognisko naciekające na rdzeń następną bronią, po którą sięgamy w walce z Dziadem, jest radioterapia. Już podanie pierwszej dawki przynosi efekt: pani S. zaczyna ruszać stopą, widać w niej wolę dalszej walki. Gdy spotykamy się między naświetlaniami, dostrzegam coś ważnego: pacjentka zrozumiała, że nigdy nie pogoni Dziada na dobre, że nie ściągnie płaszcza, który ją okrył ponad rok temu. Ale widzę, że jest dumna i z siebie, i z nas, lekarzy. Bo walczymy, bo pozwoliliśmy jej wszystko pozafatwiać i poukładać.

Pogrzeb pani S. odbył się w zimne jesienne popołudnie. Wszystko było tak szare, jak tylko może być, dopóki oczom zebranych nie ukazał się ciemnoskóry ksiądz, który po raz pierwszy w życiu odprowadzał mszę pogrzebową. Taka właśnie była pani S. — oryginalna, zawsze pogodna i niesamowicie światowa. W przeciwieństwie do chłoniaka, który choć nieustępliwy i w jej przy-

padku niepokonany, był całkowicie zwyczajny i kompletnie zbladł przy klasie pani S.

GÓRA LODOWA

Historia G. (ona) i M. (on) nie należy do najłatwiejszych. Obydwójce urodzili się z zespołami wad genetycznych, co skutkowało licznymi chorobami. Ich rozwój umysłowy również nie przebiegał w pełni prawidłowo, a wiek emocjonalny był zupełnie nieadekwatny do metrykalnego. Po raz pierwszy spotkali się w szkole specjalnej, do której uczęszczali. Po latach ich losy splotły się ponownie, gdy niepoprawny i skory do mutacji genom każdego z nich doprowadził do rozwoju ostrej białaczki: u niego szpikowej, u niej — limfoblastycznej.

G., cierpiąca na oligofrenię, od początku hospitalizacji była skryta i bardzo wystraszona. Uciekała w rysowanie, a odkąd zaufała swojej pani doktor prowadzącej, obdarowywała ją licznymi obrazkami z jej podobizną. Zawsze przed wizytą profesora skrętnie chowała liczne maskotki, których potrzebowała do przetrwania na oddziale, a które stanowić mogły siedlisko drobnoustrojów. M. z kolei dał się poznać naszemu zespołowi jako chłopak otwarty, radosny, bardzo kontaktowy. Żadne z nich nie było zorientowane w swojej chorobie, nie zdawało sobie sprawy z powagi sytuacji, konsekwencji leczenia. Nie zadręczali się jak inni pacjenci

spadającymi wynikami, nie analizowali spraw formalnych do załatwienia „na zewnątrz”. Upośledzenie było tak naprawdę wyba-
wieniem, dzięki któremu dość spokojnie funkcjonowali w jednym
z najsmutniejszych miejsc na świecie — na oddziale hematologii.

Pewnego dnia spotkali się przypadkowo na korytarzu (każ-
dy pacjent spaceruje, chce chociaż na chwilę uciec ze swojej sali).
Rozpoznali się, przypomnieli sobie o wspólnej szkolnej przeszło-
ści. Coraz więcej rozmawiali, wkrótce spędzali razem każdą wolną
chwilę. Choć to absolutnie niesamowite, podczas pobytu w naszej
klinice, między jednym a drugim workiem chemii, między jedną
a drugą gorączką neutropeniczną, połączyła ich miłość. Zaczęli
chodzić po korytarzu już tylko we dwoje, a M. skrupulatnie dbał,
by G. zawsze zjadała swój obiad. Kiedy miewała gorsze dni, kie-
dy znowu zamykała się w sobie i nie mówiła nikomu o objawach
niepożądanych po chemioterapii, to M. był naszym łącznikiem,
zatroskany opowiadał o dolegliwościach. Nigdy nie zapomnę wi-
doku, gdy po kolejnej gorączce G. wyczerpana spała na łóżku,
a M. godzinami po prostu siedział i na nią patrzył.

Ale nasza oddziałowa para to nie tylko chwile wzruszeń. Czę-
sto pojawiały się także akcenty humorystyczne — na przykład M.
wielokrotnie opowiadał całemu personelowi o walce, którą stoczy,
gdy na oddziale pojawi się były chłopak G. Niesamowite było też
to, że gdy on lub ona mieli lepsze wyniki i mogli wyjść do domu,
wieść o poprawie odbierali jako najgorszą z możliwych. Standar-
dowo pacjenci odliczają dni do wyjścia, każdy tydzień przedłu-
żającej się hospitalizacji jest prawdziwym koszmarem. Ale dla G.
i M. klinika stanowiła jedyne miejsce, gdzie po prostu mogli być
razem.

Po kilku miesiącach M. ponownie trafił na nasz oddział. Nie-
stety ze wznową choroby, blasty znów straszliwie rozmnożyły się
w szpiku. Kolejne linie leczenia nie przyniosły zamierzonego efek-

tu, szanse na przeżycie rozpatrywaliśmy już jedynie w kategoriach cudu. Pewnego dnia podczas wizyty dyżurowej spytałem M., co u niego. Opowiadał tylko o G., która ma nowego opiekuna, i on nie pozwala im na razie się widywać — muszą poczekać rok, wtedy dostaną zgodę na zamieszkanie razem i ślub. Bardzo niepewna była jego przyszłość, nikt nie wiedział, czy uda mu się przeżyć najbliższy rok, ale po tamtej krótkiej rozmowie wiedziałem, że jest szczęśliwy. Bo płynie prosto na górę lodową, ale gdy się rozbi-je, będzie razem z G., którą pokochał w obliczu walki o życie i na całe życie.

Na kilka godzin przed śmiercią M. wykonał tylko jeden telefon. Do G. — powiedział, że jest słaby i być może już nigdy się nie zobaczą.

KSIĄŻĘ I ŻEBRAK

Zawsze staram się, by pacjent, nad którym przydzielono mi opiekę, czuł, że się nim interesuję, że nie jest kolejnym numerem historii choroby. Przeważnie dowiaduję się, czym dany człowiek zajmuje się w życiu pozaszpitalnym, jaką ma sytuację rodzinną. Trudno wtedy nie oceniać — sposobu mówienia pacjenta, pozycji społecznej, zwykłej uprzejmości. Nie ma to oczywiście żadnego wpływu na leczenie, ale zawsze wyrabiamy sobie o kimś opinię i nie da się tego uniknąć.

Cofnę się teraz do obserwacji, które poczyniłem jako rodzina szpitalnego pacjenta, gdy mój ojciec kilka lat wcześniej leżał właśnie na oddziale hematologii. Przychodząc do niego w odwiedziny, czyli w zasadzie codziennie, w naturalny sposób poznawałem też innych chorych. Już wtedy rzucały mi się w oczy ogromne różnice między nimi. Oto hrabia z arystokratycznymi korzeniami, na co dzień zamieszkujący pałac, musiał leżeć na sali z rolnikiem, który emocjonalnie angażował się w programy telewizyjne typu *para-reality* i narzucał wszystkim ich oglądanie. Choroba nowotworowa jest bezwzględna, nie tylko jeśli chodzi o przebieg, ale też socjologicznie, bo dotyka ludzi bez względu na cokolwiek.

Co więcej, choroba w niesamowity sposób, często z dnia na dzień, pozbawia człowieka wszystkiego, co materialne. W obliczu śmierci nie ma żadnego znaczenia, czym pacjent jeździ, na co go stać, gdzie mieszka. We wszystkich łóżkach leżą tak samo bezbronni ludzie, zdani na kolejne leki przynoszone w wielkich kolorowych workach. Ale jest w tym też coś pięknego, bo prawdziwe wartości, jak wiedza, klasa, odczytanie czy dobre wychowanie, pozostają w ludziach do końca. Obrazowo rzecz ujmując: prościuch z ogromną kasą będzie w szpitalu po prostu prościuchem, a skromnie żyjący, uprzejmy i odczytany naukowiec — uprzejmym i odczytanym naukowcem.

Pewien kolega poprosił mnie o spotkanie z szefem firmy, w której pracuje. Tata owego szefa szykowany był właśnie do chemioterapii z uwagi na pogorszenie w przebiegu przewlekłej białaczki limfatycznej. Choroba ta, choć ma powolny i zazwyczaj długi przebieg, może okazać się śmiertelna i musi być okresowo powstrzymywana przy użyciu cytostatyków. Biznesmen, z którym miałem okazję się spotkać, właściciel potężnej firmy, był człowiekiem niezwykle uprzejmym. Nie reagował nerwowo, nie histeryzował. Słuchał wszystkiego, co mu tłumaczyłem, co jakiś czas wtrącając tylko pytania o dokładny plan działań, o czas dochodzenia do siebie po chemii, o moment, kiedy wyniki się poprawią. Widziałem po jego oczach, że chociaż przytakuje, gdy po raz kolejny mówię o braku całkowitej przewidywalności chorób hematologicznych, nadal nie może w to uwierzyć. W analitycznym, nastawionym na cyfry umyśle nie było miejsca na bałagan, dziwił go brak idealnego planu, który trzeba po prostu realizować, by osiągnąć sukces. Też chcielibyśmy, żeby tak było. Ale to w hematologii niemożliwe. W trakcie chemioterapii każdego dnia, o każdej porze z pacjentem może stać się wszystko. Wstrząsy septyczne, krwawienia, objawy progresji choroby — wszystkie te rzeczy, któ-

re oglądałem przez ostatnie miesiące, sprawiają, że już nigdy nie popełnię błędu nazywanego nadmiernym optymizmem. Nie powiem, że na pewno uzyskamy remisję, że na pewno będzie dobrze. Na pewno chcemy, na pewno się nie poddamy, na pewno równie ważna jest wola walki samego pacjenta. Ale rezultat jest zawsze nieodgadniony.

DZIEŃ Z ŻYCIA SOR-u

W listopadzie 2016 roku definitywnie zakończyć się miała moja przygoda z oddziałem ratunkowym, czyli izbą przyjęć w szpitalu przy Grunwaldzkiej. Ostatni dyżur, świąteczny — 11 listopada, pełnić miałem sam po internistycznej stronie izby, oczywiście z uwagi na brak obsady.

Ósma rano, przejmuję dyżur od koleżanki. Wykończona, ledwo na mnie patrzy, przekazuje tylko jednego chorego: „Pan, 82 lata, przywieziony z powodu silnych bólów głowy. Trzy dni temu hospitalizacja na izbie neurologicznej, zrobili tomografię — żadnych świeżych zmian, zleciłam podstawowe badania i można go wypuścić”. Parametry laboratoryjne są dobre, ale ból głowy nie ustępuje. Żona pacjenta błaga o pomoc, ja decyduję się na proste badanie neurologiczne. Próba Romberga całkowicie dodatnia: mężczyzna nie jest w stanie ustać prosto z zamkniętymi oczami i wyciągniętymi rękami. Stwierdzam konieczność ponownej oceny neurologicznej, co nie spotyka się z zadowoleniem oddziału — nie wierzą w możliwość zmiany stanu pacjenta w ciągu trzech dni. Kolejna tomografia komputerowa jest jednak bezlitosna: krwawienie podpajęczynówkowe. Chory zostaje na neurochirurgii, jest szykowany do pilnego zabiegu.

Wjeżdżają naraz dwie karetki. Liczba pomarańczowych bluz ratowników na korytarzu izby to zawsze wykładnik natężenia ruchu. Teraz zaczyna się robić mocno pomarańczowo.

Kobieta, 92 lata, bez kontaktu. Cukier w normie, w wywiadzie nadciśnienie tętnicze, stan po zawale. Brak świeżych odchyłeń w EKG. Syn zgłosił w domu, że mama przyjmuje leki nasenne, rano znaleźli na podłodze puste opakowanie. Zanim zdążę zapytać, dlaczego karetka przyjechała do nas, a nie na toksykologię, w drzwiach staje drugi zespół ratownictwa. Zaostrzenie niewydolności krążenia, obrzęki, duszność spoczynkowa, saturacja spada poniżej 80%. U chorej niewydolnej oddechowo natychmiast nebulizacja z beta-mimetykiem, tlen na wąsy, podstawowe parametry: biochemia i morfologia. No i duża dawka furosemidu — musimy pacjentkę odwodnić, zastój w każdej chwili może przyjąć postać obrzęku płuc. U chorej bez kontaktu decydujemy się na przyjęcie hipotezy o zatruciu benzodiazepinami. Chociaż nigdy tego nie robiłem, postanawiam podać flumazenil — odpowiedź na lek pozwoli mi potwierdzić rozpoznanie i przekazać pacjentkę, a przede wszystkim natychmiast odzyskać z nią kontakt. Trzy dziesiąte miligrama podane dość szybko potrafią zdziałać cuda w niecałą minutę — o czym przekonujemy się na własne oczy, zyskując kolejne doświadczenie. Pacjentka zostaje przekazana na oddział toksykologii. Kobieta z zaostrzeniem niewydolności krążenia powoli odzyskuje prawidłowy oddech, saturacja wraca do normy. Konieczna jest jednak hospitalizacja, trzeba zintensyfikować leczenie, a potem zmodyfikować terapię przewlekłą. Kierujemy chorą prosto na kardiologię, po wykluczeniu ostrego zespołu wieńcowego, czyli zawału serca.

Na izbie pojawia się mężczyzna, 38 lat, ponad 190 centymetrów wzrostu, masa ciała 100 kilogramów. Zgłasza niespecyficzny ból w klatce piersiowej, neguje duszność. Dopytany o choroby, wspomina o problemach z żyłakami — chorobą zakrzepową

żył kończyn dolnych. Od razu świta nam zatorowość płucna, choć nie zgadzają się raczej objawy: pacjent nie ma duszności, krwioplucia, wysokiego załamka P w EKG ani desaturacji, laboratoryjnie nie stwierdziliśmy podwyższonej wartości D-dimerów. Ból w klatce się utrzymuje, w myślach powtarzam sobie to co zawsze: skoro człowiek chciał w dzień wolny od pracy przyjść do szpitala i spędzić tutaj w kolejce tyle czasu, musi go naprawdę boleć, a ja muszę wykluczyć wszystkie zagrożenia i dopiero wtedy puścić go do domu. Wynik tomografii w programie naczyniowym jest jednoznaczny: zator typu jeździec zatyka krążenie małe, w którym krew płynie z serca w kierunku płuc. Od razu kładziemy pacjenta na sali intensywnego nadzoru, gdzie zostanie poddany terapii przeciwnkrzepliwej. W duchu dziękujemy, że zdecydowaliśmy się na to badanie.

W międzyczasie kilka przypadków rutynowych: bóle brzucha po wczorajszej imprezie, odczyny alergiczne na kosmetyki czy zaburzenia rytmu serca pod znakiem migotania przedsionków, które u pacjentów nawraca nazbyt często. Większość takich osób kwalifikuje się do kardiowersji farmakologicznej, co oznacza, że na izbie przyjęć spędzą kilka lub kilkanaście godzin, podłączone do pompy z amiodaronem — antyarytmikiem, który potrafi przywrócić sercu prawidłowy rytm zatokowy. Dyżur bez migotania to w zasadzie nie dyżur.

W miarę sprawną pracę przerywa nam komunikat: jedzie NZK, czyli nagle zatrzymanie krążenia. Nie wyklucza się możliwości pobrania narządów w celach transplantologicznych, gdyby reanimacja się nie powiodła. Dzięki łączności z karetką jesteśmy zvarci i gotowi — ratownicy z pełnym osprzętowaniem reanimacyjnym i anesteziolog, który zawsze nadzoruje akcję reanimacyjną. Pacjent ma 45 lat, został znaleziony na ławce pod domem. W wywiadzie chorobowym schizofrenia, brak chorób somatycznych. Uciskanie klat-

ki piersiowej, adrenalina podawana systematycznie co kilka minut, płynoterapia — wszystko bez efektu. W wykonanej przyłózkowo echokardiografii serce się nie kurczy, na obwodzie nie wyczuwamy pulsu, linia EKG jest niezmiennie płaska. Anestezjolog decyduje o odstąpieniu od dalszych działań, ja wychodzę na korytarz poinformować matkę pacjenta, która zdążyła dojechać na miejsce. Nie znamy przyczyny zgonu — to rozstrzygnie dopiero sekcja zwłok, którą w takich przypadkach bezdyskusyjnie trzeba wykonać.

Nadchodzi wieczór, izba powoli pustoszeje. Nagle w drzwiach pojawia się zespół ratownictwa, i to w asyście policji, co zawsze oznacza niestandardowe problemy. Mężczyzna przywieziony ze szpitala psychiatrycznego, pod wpływem alkoholu, po kolejnej próbie samobójczej. Psychiatra prosi o konsultację internistyczną, zanim zdecyduje się położyć chorego na swoim oddziale. Młody, 27-letni chłopak w wydmuchanym powietrzu ma 2,5 promila alkoholu, jest agresywny, obraża zarówno personel medyczny, jak i policjantów. Prawdziwym problemem nie są jednak badania i wystawienie opinii, ale komplikacje natury organizacyjno-prawnej. Patrol policji nie poczuwa się do dalszej asysty — funkcjonariusze chcą odjechać i zostawić agresywnego pacjenta na izbie pełnej chorych w stanie ciężkim, pomimo obstawy dyżurowej złożonej głównie z ratowników. Dopiero długa walka, telefon do komendanta i prośba o wylegitymowanie się przynoszą efekt: policjanci są z nami aż do zakończenia konsultacji.

Na izbę wbiega młody, 23-letni, dobrze zbudowany mężczyzna. Pomimo prawidłowego oddechu krzyczy, że się dusi, że umiera. Podstawowe parametry życiowe są w normie, nie wskazują na zagrożenie. Zaczzerwienienie skóry twarzy rzeczywiście zdradza możliwą reakcję alergiczną, nie stwierdziliśmy jednak obrzęku dróg oddechowych. Dopiero po uzyskaniu wyników laboratoryjnych, podaniu sterydów domięśniowo i leków uspokaja-

jących udaje nam się ustalić, że pacjent od wielu lat jest alergikiem pokarmowym. Jadł dziś rogale marcińskie, zapomniał o obecności orzechów w nadzieniu. Doprowadziło to do reakcji alergicznej, która miała dość łagodny przebieg — zaostrzony jednak przez bardzo zestresowanego pacjenta.

Do rana zostało osiem godzin, podczas których trafia do nas jeszcze sześciu pacjentów. Dwóch ma zaostrzenie niewydolności krążenia i musi trafić na oddział. Pozostałe przypadki to hiperglikemia po samowolnym odstawieniu insuliny, podejrzenie zapalenia płuc, które okazuje się infekcją jedynie górnych dróg oddechowych, i dwa bóle w klatce piersiowej. Dobrze, że większość bólów w klatce to neuralgie międzyżebrowe czy reakcje stresowe. Dobrze, że taki dyżur się kiedyś kończy.

SYRENY ALARMOWE

Mocny sygnał alarmowy w środku nocy przerywa głąchą ciszę szpitalnego korytarza. Półprzytomny szukam na stoliku okularów. Wybiegam, patrzę, nad którą salą pali się czerwona lampa. Wstają pielęgniarki, spotykamy się na korytarzu. W popłochu lecimy na piątkę. Okazuje się, że leżąca tam pacjentka wezwała pomoc do nowej chorej, dzisiaj przyjętej na oddział. Ogromny guz śródpierścia, który powodował, że kobieta się dusiła, zaczął się rozpadać pod wpływem podanej dziś chemii. Leczenie zadziałało zgodnie z przewidywaniami, ale organizm nie poradził sobie z rozpadającą się tkanką nowotworową.

Kiedy podchodzę, pacjentka ma jeszcze otwarte oczy, dosłownie przy mnie całkowicie odpływa. Szukam tętna, nie ma. Zatrzymanie krążenia. Wszystko dzieje się zupełnie inaczej niż na kursach — chaotycznie, bez narzuconego porządku. Zaczynamy reanimację. Uciśkam klatkę piersiową. Dziewczyny biegną po torbę reanimacyjną i monitor. Podłączamy elektrody, upewniamy się, że linia jest płaska — asystolia, nie do defibrylacji. Uciśkam klatkę, słyszę i czuję łamiące się żebra. Ktoś dzwoni po zespół anestezjologiczny. Miligram adrenaliny, dalej masujemy. Kolejna dawka adrenaliny. Tracimy na-

dzieję, patrzymy sobie z pielęgniarkami w oczy, czujemy, że to koniec. Nagle rytm wraca, na salę dobiega anestezjolog. Błyskawiczna intubacja, wentylacja, transport na intensywną terapię. Wszystko dzieje się tak szybko, minuty wydają się sekundami. Pacjentka przekazana, czwarta rano, wracam na swój oddział. Idę do pielęgniarek, by podziękować im za walkę, za to, że przekazaliśmy chorą żywą, za to, że pomimo zwątpienia się nie poddaliśmy.

Później codziennie chodziłem do chorej na oddział intensywnej terapii. Początkowo sytuacja wydawała się beznadziejna, ale po kilku dniach, gdy można było zejść z leków sedujących, pacjentka zaczęła się budzić. Pierwsze przejawy życia polegały tylko na ziewaniu, ruchach żuchwy — anestezjolodzy określali to jako złą wróżbę. Ale pani się pozbierała, wróciła do nas na oddział w dobrej formie, i psychicznej, i fizycznej. Nagle stało się dla mnie jasne, że udało się uratować życie komuś, kto już umierał. Że to wszystko wydarzyło się naprawdę, że po tylu nieudanych akcjach ratunkowych na SOR-ze nareszcie przyszła ta chwila.

Następne moje spotkania z uratowaną pacjentką były jednak bardzo dziwne. Ona rzecz jasna wdzięczna, ja — totalnie zmieszany, zawstydzony. Nie wiedziałem, jak się zachować. Nie czułem się jak cudotwórca, po prostu robiłem swoje. Przestraszyłem się chyba, że rzeczywiście staję się lekarzem, czyli człowiekiem odpowiedzialnym za cudze życie.

MAJORKA

T. od pierwszego dnia pobytu na oddziale był pacjentem w stanie ciężkim. Przyjęty w trybie bardzo pilnym, z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej, które postawiono na Majorce, gdzie spędzał wakacje. Aktywny zawodowo, młody (32 lata), silny mężczyzna. W trakcie urlopu zmęczenie, osłabienie, ból głowy. Lekarz hotelowy, skierowanie na morfologię krwi, białe krwinki w kosmosie. T. od początku nie akceptował choroby, wypierał ją całym sobą. Całkowicie zanurzył się w książkach motywacyjnych, szukał źródła siły i zdrowia poza medycyną.

Indukcja remisji, czyli pierwsza chemioterapia, przebiegała najpierw bez komplikacji. Codzienne wizyty, brak nad wyraz mocnych działań niepożądanych. Aż do piątku. Podczas odprawy z szefem do sali wchodzi pielęgniarzka, prosząc w trybie pilnym do T. Utrata przytomności, osłabienie kończyn, zaburzenia świadomości. Naciek w centralnym układzie nerwowym? Rezonans mózgu wykonany przed leczeniem był czysty. Udar? Niskie ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych. W trybie natychmiastowym tomografia głowy: zmiana hipodensyjna mogąca odpowiadać naciekowi lub niedokrwieniu mózgu. Stan kliniczny się po-

prawia, wierzymy, że to mikroudar, że wystąpił jako powikłanie chemioterapii i wszystko jeszcze wróci do normy.

Sobota przynosi jednak kolejne pogorszenie stanu T. Chory totalnie splątany, bez kontaktu logicznego. Ponownie tomografia, ponownie ten sam obraz. Trzeba działać. Szef zleca dyżurnemu dokanałowe podanie cytostatyków, podejrzewając, że to naciek białaczkowy układu nerwowego jest odpowiedzialny za pogorszenie. Kolejne godziny to niestety dramatyczna droga w dół. Obrzęk mózgu. Po kilkunastu godzinach chory umiera na IOM-ie.

T. nigdy choroby do końca nie zaakceptował, za pewnik przyjmował przejściowość całej sytuacji. Zachowywał się tak, jakby wakacje na Majorce po prostu się przedłużyły i jakby wkrótce miał wrócić do swojego życia sprzed białaczki. Kiedy dostałem informację o jego śmierci, pomyślałem, że chyba został na zawsze na tej Majorce. Że to tam skończyło się wszystko, co normalne. To, co jego, a nie choroby.

PAN T

Białaczka kojarzona jest przez wielu, błędnie zresztą, jako choroba ludzi młodych. Najczęściej jednak, jak wszystkie nowotwory, dotyka osoby starsze, nierzadko jest dalszym stadium zespołu mielodysplastycznego. Starszy organizm, często zmaltretowany przez nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy inne choroby nowotworowe, jest wielokrotnie mniej zdolny do walki. Jest armią na emeryturze, która nagle ma wyjść na pole walki i stoczyć decydującą bitwę z wrogiem.

Z każdym miesiącem pracy na hematologii coraz lepiej rozumiem, na czym polega ta prawdziwa sztuka: na umiejętności wzięcia ewentualnych korzyści z terapii i możliwych działań niepożądanych. Oczywiście jest, że każdy chce walczyć, że każdy chce zrobić wszystko, by wyzdrowieć. Ale jeśli to niemożliwe, prawdziwą sztuką jest powiedzenie sobie „pas”. Kierowanie do leczenia paliatywnego to jedno z trudniejszych zadań w naszej pracy, ale jednocześnie działanie z ogromną korzyścią dla pacjenta.

Pan T. był przypadkiem na skraju kwalifikacji do leczenia intensywnego. Ostra białaczka, 64 lata, w wywiadzie choroby naczyniowe i nowotwór prostaty. Stan ogólny dobry, ale mówiąc ko-

lokwalnie — bez szafu. Godzinna rozmowa z pacjentem, na którą zaprosił rodzinę: żonę, córkę i zięcia. T. chce się leczyć, ale podda się naszej decyzji, ma zaufanie, lekarze nigdy go nie zawiedli. U nas w zespole dyskusja: część osób, ze mną włącznie, opowiada się za próbą leczenia, część zdecydowanie skierowałaby na paliatyw. Szef podejmuje decyzję, że spróbujemy.

Już pierwsze dni chemii przebiegają ciężko. T. coraz gorzej oddycha, nie ma zupełnie apetytu. Czwartego dnia dochodzi do nagromadzenia płynu w jamie opłucnej. Obrzęk płuc, wysokie dawki diuretyków pętlowych. Pacjent na granicy skierowania na intensywną terapię, coraz gorsze parametry gazometrii. Przekazując T. lekarzowi dyżurnemu, wiem, że musimy być gotowi na najgorsze. Wie to też rodzina, czuwająca przy łóżku przez cały czas. Czuję się fatalnie — naciskałem na intensywne leczenie, zaufali mi. A teraz jest, jak jest.

Wracając do domu, zahaczam o market. Chodzę błędnie między półkami. Myślę o T., zastanawiam się, czy żyje. I czy to nie był błąd, czy nie trzeba było zrezygnować. Czy ta armia miała jakikolwiek arsenał do walki, czy została przeze mnie posłana na stratę. Dzwonię do dyżurnego: jest ciut lepiej, stan z ciężkiego przechodzi w stabilny.

Wykluczamy przyczynę sercową, sprawdzamy ponownie echokardiografię. Serce nie ucierpiało w trakcie leczenia, nagromadzenie się płynu wynikało prawdopodobnie ze złej diurezy, zablokowanej przez obrzęknięte miejsce po radioterapii prostaty. Zawiódł kontakt z pacjentem, który nie zgłosił problemów z oddawaniem moczu. Cewnik moczowy wraz z nasilonym leczeniem diuretykami daje dobry efekt, antybiotykoterapia trafia w przyczynę infekcji, o czym świadczą spadające parametry zapalne. T. wraca do siebie, zaczynamy z powrotem rozmawiać.

Gdy po kolejnych trzech tygodniach pacjent wychodzi do domu, prosi mnie na rozmowę. Idę na nią z dużą chęcią — pierw-

sze wyniki pobranego kontrolnie szpiku wskazują na ustąpienie choroby pod wpływem leczenia. T. wyjmuję telefon i pokazuje mi swoje wnuczki: skaczą na trampolinie w ogrodzie, trzymając kartkę „Dziadek, wróć do nas”. Mówi, że musiał się leczyć, bo chce jeszcze poskakać. I że nigdy nie przestał nam ufać, nawet kiedy czuł, że może umrzeć.

A ja coraz mocniej się boję. Nie jestem wcale dumny z decyzji, nie napawam się sukcesem. Myślę o tym, że zaufanie to rzecz, na którą pracuje się latami, a którą stracić można bardzo szybko. Że niektórzy ludzie naprawdę oddają swoje życie w nasze ręce i że popełnione błędy będą miały zawsze najwyższą cenę.

Z. I JEJ MAMA

Jako lekarze nie mamy prawa oceniać pacjentów, kategoryzować ich, jednych faworyzować, a drugich traktować gorzej. Nie ma jednak możliwości, żeby przy tak silnej interakcji, jaką jest leczenie onkologiczne, nic wobec siebie nawzajem nie czuć. Są ludzie, od których od początku bije dobra energia. Szybko pojawia się wtedy (nomen omen) chemia na linii leczący — leczony, czuje się, że to będzie dobra współpraca. W przypadku Z. było niestety inaczej, ale nie za sprawą samej pacjentki, tylko jej matki.

Ponieważ sam byłem kiedyś rodziną chorego, staram się zawsze za wszelką cenę wytłumaczyć nieodpowiednie zachowania bliskich moich pacjentów. Pełną gamę emocji: od złości, przez nadmierną radość i egzaltację, aż po ogromny żal i rozczarowanie. Jednak gdy pojawiła się mama Z., nawet mnie nie przychodziło nic do głowy. Wparowała na oddział obwieszona złotem, przepełniona determinacją, powołując się na wszystkich świętych tego świata i dając do zrozumienia, że pieniądze nie grają roli. I rzeczywiście: w leczeniu chłoniaka jej córki pieniądze roli nie grały, zwyczajnie nie miały na nic wpływu. Choroba była bezsprzecznie do natychmiastowego leczenia, a mnie wytypowano do poprowadzenia tej sprawy w naszej klinice.

Lecząc Z., miałem właściwie wrażenie pracy z dwiema osobami. Jedną była pogodna, pełna serdeczności dziewczyna. Drugą — dziewczyna dziwnie przestraszona, przepełniona nieufnością, z ogromną dozą dystansu. Pierwsza przychodziła do nas sama na kolejne kuracje. Druga była zawsze z mamą, która napędzała wszelkie złe emocje, roztaczając wokół niekorzystną aurę.

Po uzyskaniu remisji i zakończeniu radioterapii uzupełniającej obie panie przyszły do mnie podziękować za współpracę. Przyniosły jeden z najpiękniejszych prezentów, jakie kiedykolwiek dostałem od chorych: personalizowany kubek z nadrukowanymi podziękowaniami. Były też piękne kwiaty i wytworny kosz prezentowy. Kubek cieszy mnie do dzisiaj, a kwiaty i kosz były jakby klamrą całej historii. Braku klasy, pewnego rodzaju nieestosowności nie przykryje się niczym. Ani blaskiem złota, ani pieniędzmi posiadanymi w nadmiarze, ani pięknymi kolorami kwiatów. Niestety.

IZRAEL

Wśród ludzi mających duże pieniądze są ci, którzy umieją się dzielić, i ci, którzy zupełnie nie rozumieją, że kurczowe trzymanie się własnego stanu posiadania nigdy nie pozwoli człowiekowi być szczęśliwym. Bardzo trudno jest oczywiście uchwycić zdrową granicę — tak by zachować rozsądek, by nie wydać w pewnym momencie za dużo. A i tak chyba lepiej roztrwonić część majątku, niż w najważniejszych chwilach przegrać przez własną chciwość.

R. zdecydowanie należał do pierwszej grupy. Od wielu lat działał na scenie biznesowej i miał gest, co było faktem dość znany i oczywisty. Nie spotkaliśmy się jednak przy stole w drogiej restauracji, nie połączył nas akt notarialny wspaniałej posiadłości. To był chłoniak. Rozlany, z dużych komórek B. Wykryty nie u R., ale u jego żony — K. Jak każdy agresywny nowotwór z tej linii komórek cudownie odpowiedział na pierwszą linię leczenia. Ogromne węzły chłonne znikły w oczach, dojeżdżaliśmy wspólnie do remisji całkowitej.

Pamiętam to jak dziś: stojąc na schodach cudownego pensjonatu w Toskanii i patrząc na zbocza pól uprawnych nieopodal wioski Volpaia, dostałem telefon od R. „Jest wznowa”. Jeszcze kil-

ka tygodni przed moim wyjazdem na urlop K. zgłaszała objawy bólowe, mówiła o dyskomforcie, wszyscy to jednak bagatelizowaliśmy — to był któryś alarm z kolei, wszystkie wcześniejsze okazały się fałszywe. Ale teraz było inaczej. Teraz już pobrano tkankę, zrobiono histopatologię. Chłoniak. Dokładnie ten sam.

Od drugiej linii leczenia agresywne chłoniaki się zmieniają. Ściągają maskę dobrze odpowiadających na terapię i chwytają za karabin maszynowy, z cichych zabójców stają się głośnymi. Nie są podstępne, nie ukrywają swojej obecności. Panoszą się w całym organizmie, nie dają się złapać immunologicznej ani chemicznej policji, codziennie przybliżają pacjenta do tragicznego końca. Druga linia leczenia. Progresja. Trzecia linia leczenia. Progresja. Czwarta linia leczenia. Progresja.

Raportując sytuację chorych na odprawie oddziałowej, nasza nowa szefowa — pani profesor Gil rzuciła: „To jest pacjentka, którą uratować może tylko CAR-T, ale kogo na to stać”. Nie musiałem szukać daleko. Jak to kogo? R.!

Dosłownie kilka dni zajęło nawiązanie kontaktu z Sheba Hospital — placówką w Tel Awiwie, która jest kolebką terapii CAR-T. Kwalifikacja do leczenia odbyła się drogą mailową, R. oczywiście nie zastanawiał się nawet sekundę, czy spróbować zawalczyć o żonę i przeznaczyć na to ogromną kwotę. Umiał się dzielić, wiedział też, że to już naprawdę gra o wszystko.

Dwa tygodnie później spotkaliśmy się na lotnisku, gotowi, by oddać K. w ręce izraelskich lekarzy. Mimo kolejnej chemioterapii K. była jak zwykle szykowna, a naszą podróż mimo dramatycznych okoliczności zapamiętałem jako cztery godziny bezustannych rozmów i śmiechu. Było zupełnie magicznie: lecieliśmy po ostatnią nadzieję, a jednocześnie czułem szczęście swoich towarzyszy. R. był szczęśliwy, bo wiedział, że zrobił wszystko, K. — bo wiedziała, że R. jest obok.

Izraelski szpital, chociaż dysponował najnowocześniejszymi metodami leczenia, nie prezentował się wewnątrz zbyt imponująco. Zostawiliśmy K. na oddziale, a ja krótko zrelacjonowałem historię choroby i przekazałem wszystkie materiały lekarzowi dyżurnemu. Zjeżdżając windą, myślałem o tym, jak K. musi być dzielna. Została tam całkiem sama, w obcym kraju, z obcymi ludźmi, obcym chłoniakiem i własnymi — pewnie okropnymi — myślami.

W Tel Awiwie spędziliśmy jeszcze dwa dni, podczas kolejnych wizyt poznałem tamtejszą kadrę lekarską, omówiliśmy plan leczenia. Poznaliśmy się też dobrze z R., pomimo znacznej różnicy wieku odnaleźliśmy wiele wspólnych płaszczyzn do rozmowy. On w pewnym stopniu zaszczerpił we mnie żyłkę biznesową, ja w nim — pasję do nowoczesnej medycyny.

K. wróciła z Izraela na tarczy. Piąta progresja. Nie poddawała się, walczyła dalej. Szósta progresja, po ratunkowym alloprzeszczepie, była już jednak ostatnią. R. nadal walczy z nowotworami — mimo porażki leczenia K. do dziś regularnie wspiera finansowo szpitala i rozwój medycyny. Po prostu umie się dzielić tym, co ma.

PRZEZ ŻOŁĄDEK DO SERCA

Przejmując niedzielny dyżur na oddziale hematologii, można założyć, że będzie to spokojny, harmonijny dzień. Odskokcznia od domu przepełnionego dziecięcym krzykiem, od szybkiego tempa dni powszednich. Brak przyjęć ostrodyżurowych, stabilna sytuacja z pacjentami — to recepta na dobrą niedzielę, podczas której można nadrobić sporo zaległości i odpocząć. Ale nie tym razem.

Kiedy wychodziłem z samochodu na szpitalnym parkingu, spiker zapowiadał wywiad z jednym z moich ulubionych artystów i liczyłem na to, że przekazanie spraw z soboty zajmie dokładnie tyle, ile przerwa reklamowa. Jednak w dyżurce przywitała mnie wiadomość, że pacjentka E. zaczęła krwawić z przewodu pokarmowego. Chłoniak postanowił zająć ścianę żołądka, my postanowiliśmy go pożegnać, a on na złość wszystkim, rozpadając się, prawdopodobnie uszkodził naczynie krwionośne.

Wykonana w trybie pilnym gastroscopia potwierdziła nasze podejrzenie: żołądek E. zamienił się dosłownie w krater — z popękkanymi od nowotworu ścianami i dużym jeziorem zbierającej się krwi. Mechaniczne zamknięcie krwawiącego miejsca, przetoczenie dwóch jednostek krwi i zobaczymy, co będzie dalej.

Niestety wieczór przynosi kolejny spadek hemoglobiny, E. nadal krwawi. Zgodnie z instrukcją chirurga zakładamy z panią Kasią sondę żołądkową (rurkę wpychaną przez nos prosto do żołądka). Używając zimnej soli fizjologicznej, płuczemy treść żołądkową. Wyciągamy masę krwi. Ciemnej, strasznej, cuchnącej. Jest jej cały worek. E. bardzo się boi, w ogóle się nie odzywa, posłusznie współpracując.

Zanim zasnę, ustawiam budzik na dwa alarmy: na drugą i czwartą w nocy, wtedy dostanę wyniki kontrolnych morfologii. Następną była o szóstej, wszystkie trzy stabilne, po płukaniu krwawienie ustąpiło. Udało się zatem przeczekać do rana, wspólnymi siłami przetrwaliśmy najgorsze.

Kiedy o poranku wchodzę do sali E., porozumiewawczo na siebie patrzymy. Ja lat 30, ona — 70. Ja zmęczony po przerywanym śnie, ona zmęczona swoją chorobą. Oboje jesteśmy jednak szczęśliwi, bo kochamy życie. Skoro ktoś ma 70 lat i tak boi się je stracić, to musi być piękne. I jest.

UWAGA, TEN GUZ SIĘ ROZPADA

Przewlekła białaczka limfocytowa to choroba, z którą chyba najczęściej stykałem się w trakcie specjalizacji. Ma powolny, długi przebieg, dosyć specyficzne objawy, ale też bardzo podstępna zdolność do transformacji w agresywniejszą postać.

Pan S. miał 80 lat, białaczkę od ponad dekady, na koncie już cztery linie leczenia. Narastające węzły chłonne, coraz gorsza morfologia, pogarszający się stan ogólny — trzeba było wymyślić kolejne leczenie, które pozwoli S. przetrwać najgorsze. Z pomocą miał przyjść ibrutynib, bardzo dobry, nowoczesny lek, który z tym rodzajem białaczki często radzi sobie bezbłędnie. Ale ibrutynib i S. zwyczajnie się nie zakumplowali. Każda próba rozpoczęcia leczenia kończyła się krwawieniem, w związku z czym należało tę znajomość zakończyć. Na rynku pojawił się wenetoklaks — następna mała cząsteczka z bardzo dobrą prasą. S. był pierwszym pacjentem, którego miałem tak leczyć.

Przed rozpoczęciem leczenia S. nie przypominał już siebie — bardzo nasilona niedokrwistość pozbawiła go całkowicie sił, co kilka dni trafiał do szpitala w celu przetoczenia krwi. Leczenie było dla niego ostatnią szansą, po odpowiednim nawodnieniu za-

padła decyzja o podaniu pierwszej tabletki. Tak, tabletki, jednej niewinnej tabletki. Nie groźnie wyglądających worków z chemioterapią, wlewów podawanych za pomocą nowoczesnych pomp infuzyjnych. I właśnie z powodu tabletki czekała mnie — jak się wkrótce okazało — jedna z najcięższych nocy w moim życiu.

Obejmując dyżur, miałem na względzie nową terapię S., który był przecież moim pacjentem. Wiedziałem, że zastosowanie leku niesie ze sobą ryzyko zespołu rozpadu guza, chociaż akurat S. żadnego guza nie miał. Jednak same limfocyty stanowią masę nowotworu, a jeżeli występują w tak dużej liczbie jak u S., to leczenie może skutkować ich rozpadem. Wiąże się to z groźnym dla organizmu wysokim stężeniem potasu i fosforanów, a także narastającą niewydolnością nerek.

U S. pierwszym objawem rosnącego potasu było złe samopoczucie, na wieczornej wizycie dosłownie tonął we własnym pocie. Kontrola elektrolitów: potas 5,9. Natychmiast zaczynamy działać, nawadniamy, podajemy leki obniżające stężenie potasu. Za godzinę alarm — S. odpływa, biegnę do sali, podłączony kardiomonitor pokazuje zatrzymującą się akcję serca. Rytm stopniowo zwalnia: 50, 45, 40, 38, 35, 30... Kontrola potasu: 6,9 pomimo leków. Zatrzymanie krążenia, wzywamy anestezjologów, zaczynam reanimację. Uciskamy, S. wraca. Na ratunek przybiega ordynator IOM-u, razem szybko wieziemy tam S. Odwracalna przyczyna zatrzymania krążenia nakazuje nam walczyć, pomimo następnego zatrzymania krążenia pod windą. Uciskamy, adrenalina, S. wraca. Kolejna taka seria zaraz po wjechaniu na oddział. Pani doktor najszybciej, jak umie, przygotowuje kontakt centralny, który umożliwi hemodializę, mija pełna godzina uciskania klatki. Kontrola potasu: 7,5 mimo leków. W S. już nie ma cienia życia, ale serce nie chce się poddać. Dalej uciskamy, to już dziesiąta ampulka adrenaliny. Podłączamy hemodializę, pralka zaczyna

działać. Kontrola potasu: nadal powyżej 7, serce przestaje odpowiadać na reanimację. Przegraliśmy.

Wykończony, bez słowa wychodzę z IOM-u, wracam na swój oddział. Winda, korytarz, schody. Wszystko jak za mgłą. Ze zmęczenia, z rozgoryczenia, ze smutku. Wiem, że ta noc pozostanie we mnie na długo. W snach, w myślach, jako lekcja na przyszłość. Lekcja o tym, ile zdziałać może jedna tabletką i jak wygląda zespół rozpadu guza.

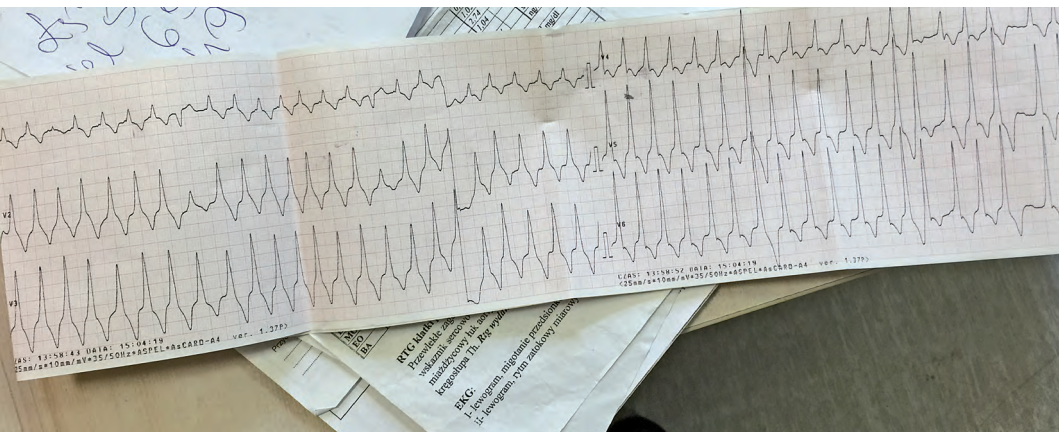


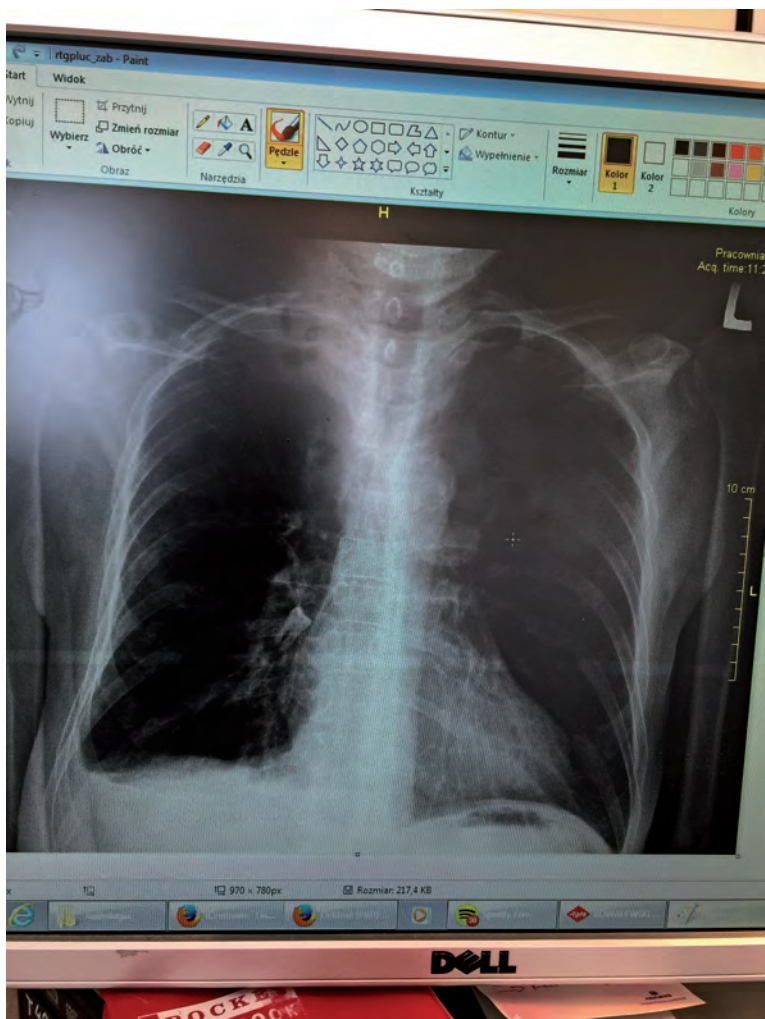
Razem z dr hab. n. med. Maciejem Kaźmierczakiem, który był kierownikiem mojej specjalizacji oraz lek. Łukaszem Pruchniewskim tworzymy zespół, prowadząc wspólnie liczne badania kliniczne z zakresu hematologii.



Początki pobierania szpiku nie zawsze są łatwe — tutaj solidnie wygięta igła po zabiegu trepanobiopsji wykonywanej na pierwszym roku specjalizacji.

Częstoskurcz to sygnał do szybkiego działania — kolejne zdjęcie zapisu EKG wykonane podczas jednego z dyżurów na izbie przyjęć.





A cóż to zapodziało się w prawym płucu pacjenta, jako pozostałość po wykonanej intubacji?



Nie stałem na pierwszej linii frontu pracując w szpitalu jednoimiennym, ale na sam koniec rezydentury dane było mi leczyć także pacjentów hematologicznych z potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Tutaj w pełnym rynsztunku.



Kubek, który jest opisywany w jednym z rozdziałów książki.

Kończę staż z chorób wewnętrznych — załoga żegna mnie tortem z dekoracją cukierniczą imitującą rozmarz krwi obwodowej!





Krew z żołądka odciąga się poprzez sondę wkładaną donosowo, na zdjęciu sytuacja opisywana w rozdziale „Przez żołądek do serca”.



Puste łóżka na sali nadzoru w Izbie Przyjęć — marzenie każdego dyżurnego i jednocześnie cisza przed burzą.



Masywne obrzęki będące manifestacją nasilającej się niewydolności krążenia, czyli kolejny obrazek z izby przyjęć.



Pan Cz i jego zawsze nienaganny styl. Pokazałem mu to zdjęcie i zgodził się na jego publikację w ramach tej książki. Tym samym był jedną z pierwszych osób, które dowiedziały się o jej powstawaniu.



Zielone worki z pomarańczowymi wężykami. Każdy opisany imieniem, nazwiskiem i dawką chemioterapii. Dzień jak co dzień na hematologii.



Góry to miejsce dla mnie szczególne, to tutaj najlepiej można uporządkować pewne sprawy, z dala od wszystkiego.



Zagadka rozwiązana — to ząb wepchnięty przez laryngoskop!



Selfie na pożegnanie Marleny (na samym dole) — jej ostatni dyżur na Izbie Przyjęć szpitala przy ulicy Grunwaldzkiej w Poznaniu. Mielśmy trudną robotę, ale jednocześnie ogromny zapał i zapas dobrego humoru!



Z Łukaszem w Sztokholmie, gdzie mieliśmy okazję prezentować przypadek pacjenta z przewlekłą białaczką szpikową — świetnie doświadczenie i lekcja pokory. Przed nami jeszcze dużo pracy!



Światło w tunelu, a w zasadzie na końcu korytarza poznańskiej Kliniki Hematologii. To właśnie samotne przechadzki pomiędzy tymi ścianami, były momentem refleksji na temat tego co wydarzyło się przed chwilą za drzwiami prowadzącymi do jednej z sal.

WRÓG POTRÓJNIE NEGATYWNY

W międzyczasie bardzo ważną częścią mojej pracy stały się badania kliniczne. Ośrodek, który współtworzyłem, zajmuje się nie tylko chorobami hematologicznymi — leczymy też guzy lite, między innymi raki piersi. Najgorzej rokowują i najczęściej nawracają raki piersi potrójnie negatywne, czyli niewykazujące ekspresji receptorów estrogenowych, progesteronowych i białka HER.

E. to pacjentka, której historia pokazuje, jak bezwzględna i dramatyczna potrafi być ta choroba. Oto młoda, silna osoba pomimo dobrego stanu ogólnego i braku chorób współistniejących po prostu nie daje rady powstrzymać kolejnych progresji raka. Gdy trafia do nas na leczenie w ramach badania klinicznego (unikam określenia „eksperymentalne” — źle kojarzy się pacjentom), testowany lek stanowi dla niej ostatnią szansę. Udaje nam się zakwalifikować E. do terapii, od samego początku wszystko idzie jednak tak sobie. Ogromny obrzęk limfatyczny, który powstaje za sprawą powiększonych węzłów chłonnych okolicy nadobojczykowych po stronie amputowanej piersi, powoduje gigantyczny dyskomfort, a każda tomografia to ogromny strach, i pacjentki, i nasz, czy choroba czasem nie progresuje. Rehabilitacja, sterydy przeciwobrzękowo, wola wal-

ki — E. jakoś sobie radzi, my bardziej jako widzowie podziwiamy jej zmagania.

Wyjeżdżam w góry z dwoma przyjaciółmi, coroczna męska tradycja. Wychodzimy z Ustronia i zdobywamy Wielki Stożek, dalej Przysłop, Baranią Górę, by dojść na Skrzyczne. Pierwszego dnia wędrówki widzę na Facebooku, że E. też jest w górach. Przyjaciółki wbrew chorobie spakowały ją do samochodu, by choćby z dołu mogła popatrzeć na szczyty.

Odtąd każde ciężkie podejście przychodzi łatwiej, gdzieś w myślach idziemy razem. Nie tylko z E., ale także z panem W., który dzwoni z informacją, że po przetoczeniu krwi tymczasowo czuje się świetnie, z panem S., któremu udało się unormować ciśnienie i może kontynuować leczenie ibrutynibem, panem O., który powoli dochodzi do siebie po ostatniej infekcji. Leczenie ma sens. Badania kliniczne mają sens. Pozwalają ludziom na wydłużenie wędrówki, naszej wspólnej wędrówki po dolinach i szczytach chorób nowotworowych. Momentami, jakby daleko na horyzoncie myśli, widzę też tych, którzy już nie żyją. Jak na kogoś w moim wieku znam takich osób bardzo dużo. Próbuję oswoić się ze śmiercią, ale chyba się nie da. Myśląc o niej w kontekście medycyny, potrafię zachować spokój, ale nie dopuszczam do siebie myśli, że sam kiedyś umrę.

Po wszystkim, co mnie spotkało na drodze lekarza, przestałem też wierzyć, że jest coś dalej. Zbyt dużo cierpienia, zbyt dużo bólu, który da się wytłumaczyć naukowo: mutacjami czy działaniem środków chemicznych. Zbyt wielka obawa przed odejściem widoczna u duchownych, by zachowali wiarygodność, mówiąc o życiu wiecznym. Nie wiem, kiedy to się stało, czy to zwątpienie, czy całkowite odejście od wiary katolickiej. Czy kiedyś jeszcze przeproszę się z Bogiem, czy już nigdy nie uwierzę w siłę wyższą.

Góry są magiczne, dzisiaj w wędrówce towarzyszą mi dziesiątki pacjentów. Gonitwę myśli przerywają pozdrowienia spotykanych piechurów, a to, że wytrwale idę szlakiem, pozwala wszystko uporządkować. By wrócić tam, na ziemię i dalej starać się robić, co w mojej mocy, by pomóc ludziom, którzy tej pomocy naprawdę potrzebują.

UBEZPIECZALNIA

Telefony z numerów stacjonarnych, zwłaszcza zaczynających się od warszawskiego kierunkowego 22, to w najlepszym wypadku akcje marketingowe. A teraz — ubezpieczalnia, z ostatecznym przypomnieniem w sprawie nieopłaconej polisy za samochód. Jeśli nie przeleję do jutra, to właściwie jestem skończony. Trafię na listę dłużników, sąsiedzi przestaną mi się kłaniać, otrzymam zakaz jazdy metrem, którego w Poznaniu nie ma, a w pobliskiej piekarni zawsze będę losował już lekko czerstwe pieczywo. Rozmawiając z tą panią, chciałem już szukać sklepu z biczami, by wykonać karę na sobie, ale wybiła piętnasta i rozpocząłem dyżur na oddziale, od razu wezwanie na salę numer 6.

Pacjent jest niespokojny, wychodzi z łóżka, stojakiem do kroplówki próbuje wybić szybę. Dzisiaj odbyła się konsultacja neurologiczna, wobec przerzutów chłoniaka do centralnego układu nerwowego zalecono jedynie leczenie objawowe. Ten człowiek nie jest już sobą. Pomimo fizyczności, z którą obcujemy, to już nie on. Wcześniej ułożony, kulturalny, bardzo taktowny mężczyzna. Teraz — zdezorientowana istota z lękiem w oczach, która nie może wytrzymać z bólu. Panująca pandemia sprawia, że rodzi-

na od wielu tygodni nie może się z nim spotkać, a on po prostu przestał odbierać telefon, który bezskutecznie wibruje na szpitalnej szafce.

Dyżur przebiega dość dramatycznie, chory coraz bardziej pobudzony, personel nie daje sobie rady. Przestają działać leki uspokajające, sytuacja robi się groźna dla pozostałych osób na sali. Muszę podjąć jedną z bardziej przykrych decyzji — o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, czyli zniewoleniu kogoś, kto nie zrobił nic złego. Brązowe skórzane opaski na ręce i nogi przypominają eksponaty z muzealnych sal tortur, nie przystają do nowoczesnego sprzętu medycznego rozstawionego dookoła. W oczach już nie ma życia, jest najgłębsza pustka, jaką w ogóle można poczuć i zobaczyć.

Zaczyna dzwonić mój telefon, rodzina chorego chce porozmawiać, skontaktować się. Ludzie po drugiej stronie słuchawki zadają pytania, na które nie umiem odpowiedzieć, nie umiem wykrzusić z siebie żadnej mądrej treści. Dlaczego tak szybko to postępuje? Czy jest jakaś szansa? Czy coś jeszcze zrobicie? Moje milczenie, suche dane o stanie zdrowia zamiast odpowiedzi. Czy irytują mnie takie pytania? Nie. Zadałbym identyczne. Czy mogę jakoś pomóc tym ludziom? Nie. Przed chwilą musiałem sprawić, by ich ukochaną osobę związano pasami, bo stanowiła zagrożenie dla siebie i innych. Czy około czwartej nad ranem, przekazując informację o śmierci, umiałem być dla nich wsparciem? Nie. Odklepałem suchą formułkę na temat odbioru zwłok.

Czy niezapłacone ubezpieczenie, nieodebrane zamówienia, spóźniona rata w banku naprawdę mają jakiegokolwiek znaczenie? Co z tymi niepozałatwianymi sprawami, które doraźnie wydają się końcem świata, a ostatecznie zupełnie się nie liczą? Co ze skrzynką pełną wiadomości, których adresat już nie odbierze? Co ze zobowiązaniami zaciągniętymi do końca życia? Kiedy człowiek

umiera: gdy w oczach pojawia się głęboka pustka czy gdy przestaje pracować serce? Nie wiem.

Nie wiem też, jaki w końcu strój kupić do więzienia, bo policy nadal nie opłaciłem.

FETYSZ ŻYCIA

Bardzo dużo dają mi rozmowy z doświadczonymi onkologami. W pewnym momencie moja droga zawodowa skrzyżowała się z drogą doktora T., który bez wątpienia jest autorytetem w zakresie leczenia guzów litych. Wspólnie prowadzimy badania kliniczne, wobec czego nasze spotkania dotyczące postępu prac często przeradzają się w dyskusje o systemie służby zdrowia, postępie medycyny, kontaktach z pacjentami.

Kiedyś zaczęliśmy rozmawiać o życiu za wszelką cenę. A właściwie — o jego ratowaniu na przekór wszystkiemu. Pan doktor opowiedział mi o zdziwieniu, które poczuł, gdy niedawno odczytał nekrolog informujący o zbyt wczesnym odejściu osoby po 90. roku życia. I wprost dodał, że powoli ogarnia nas fetysz życia, niespotykana dotąd w dziejach ludzkości chęć bycia nieśmiertelnym wbrew naturze. No właśnie: czy kiedykolwiek jest dobry moment, by umierać? Czy nie jest tak, że to nie biologia wyznacza właściwą datę końca życia, ale raczej subiektywna ocena bliskich? Ile maksymalnie może żyć człowiek?

Gdy przygotowywałem się do egzaminu specjalizacyjnego, natrafiłem na publikację, w której wprost podano, że szpik kost-

ny człowieka jest gotowy na 30–50 cykli życiowych. Serca, płuca, nerki, skóra — to wszystko przeszczepiamy. Zużyte, zmęczone stawy zastępujemy niezawodnymi endoprotezami, w roli psujących się ciągle naturalnych zębów świetnie sprawdzają się wkręcane implanty. A co z mózgiem: na ile byłby gotowy, gdyby odżywiają-ce go naczynia pozostały sprawne? Na pewno nie możemy mówić o zużywaniu mózgu w trakcie logicznego myślenia — wtedy większość polityków byłaby nieśmiertelna i przeżywała bez problemu kolejne przemiany ustrojowe.

Czy chcemy żyć za wszelką cenę? Myślę, że tak. Jako lekarz jednak czuję, że moją misją nie powinno być samo wydłużanie życia, dążenie do jak najlepszej statystyki. Że mimo wszystko chodzi o jakość tego życia, możliwość nie tylko bytowania, ale też współodczuwania go z bliskimi. Bardzo wyraźnie widać to w badaniach klinicznych, które prowadzi się w duchu nowoczesnej myśli naukowej, pochodzącej najczęściej ze Stanów Zjednoczonych. Każdy program przeznaczony dla pacjentów z chorobami nowotworowymi poza radiologiczną i kliniczną oceną zaawansowania choroby obejmuje liczne kwestionariusze jakości życia — oceniające, jak się pacjentom funkcjonuje. W skrócie: czy to życie jeszcze przypomina życie. Bardzo brakuje mi tego w onkologii na co dzień. W pędzie podyktowanym liczbą pacjentów, których trzeba przyjąć w strukturach organizowanych przez NFZ, nie ma czasu na podobne pytania. Nie ma czasu na coś, co powinno być chyba podstawą naszej pracy. Wystarcza go tylko na kolejne cykle leczenia, wyniki badań krwi i badań obrazowych, skierowania, recepty, zwolnienia.

O wszystkim można myśleć logicznie, także o śmierci, jeżeli nie towarzyszą temu emocje. Fetysz, a przynajmniej niepożądana chęć życia napędza wszystko. Naukę, biznes, kulturę. Chcemy być nieśmiertelni, tworzyć wynalazki, dzieła sztuki, gromadzić

majątki. Może to i fetysz, może walka za wszelką cenę, ale ostatecznie pozostawia po sobie wiele dobrego.

A na śmierć osoby bliskiej zawsze jest za wcześnie. Obojętnie, w którym roku życia.

CZ. I JEGO RYWAŁ

—Chujowo — tak na pytanie „Jak tam u pana?” zawsze odpowiadał mi pan Cz., którego miałem okazję leczyć z powodu ostrej białaczki szpikowej na bazie zespołu mielodysplastycznego.

To specyficzne poczucie humoru stało się naszym swoistym kodem, a „chujowo” — słowem kluczem, które oznaczało, że sytuacja na morzu jest stabilna, w międzyczasie nie było nowych sztormów i Cz. powoli dryfuje na zatapiającej się łajbie. Nasze leczenie było raczej wylewaniem wody kubłami aniżeli realnym reperowaniem łodzi — było paliacją, która ma wydłużyć życie i poprawić jego jakość.

Cz. odznaczał się nie tylko ciętym językiem, ale także nienagannym stylem: ciemne okulary, kaszkiet, wyprasowane spodnie w kant przenosiły nas wszystkich w czasy *Ojca chrzestnego*. Dopóki nie zachorował, prowadził udane życie towarzyskie, zagrywał się w karty ze znajomymi z okolicy. Był kierownikiem dużego zakładu, zaradnym człowiekiem, którego białaczka z dnia na dzień okradła ze wszystkiego. Z relacji towarzyskich, samodzielności, poczucia własnej wartości.

Bardzo często szukamy przyczyny choroby, staramy się zidentyfikować wroga, bo tak jest łatwiej. Cz. też cały czas usiłował znaleźć nieprzyjaciela — to w synu, który opiekował się nim, poświęcając całe swoje życie, to we mnie jako lekarzu prowadzącym. Z miesiąca na miesiąc coraz słabszy, żyjąc od przetoczenia do przetoczenia, próbował walczyć i szukać winnego. Niejednokrotnie słyszymy, że pacjenci po ciężkich walkach z nowotworem odrzucają ludzi, którzy byli przy nich w najgorszych chwilach. Nie chcą wracać do niczego, co jakkolwiek kojarzy im się z chorobą, nie potrafią odnaleźć się przy kimś, kto widział ich słabość.

Wyjechałem na krótki urlop do Budapesztu, Cz. już od dwóch miesięcy nie był u nas leczony. Paliatywne kuracje nie przynosiły nawet najmniejszego efektu, choroba w szpiku postępowała, w takich przypadkach trzeba odstąpić. Pacjent trafił do hospicjum — sytuacja z pandemią sprawiła, że chorzy mieli coraz większe trudności z dostaniem się do szpitala, więc tylko tak mógł na czas dostawać przetoczenia krwi, od których był całkowicie zależny. Wracając autostradą, otrzymałem telefon z obcego numeru — to Cz., znalazł moją wizytówkę. Opowiada mi o hospicjum, mówi, jak tam jest. Lekko splątany, w głosie nie czuć już nawet resztek poczucia humoru. Prosi mnie o odwiedzinę, chce, żebym zobaczył jego wyniki. Umawiamy się na jutro, zaraz po moim powrocie.

Rano kolejny telefon: syn Cz., którego numer, ze względu na częstotliwość kontaktów, miałem zapisany w telefonie. Cz. zmarł nad ranem, prawdopodobnie udar. Nie zdążyliśmy się pożegnać. Chujowo.

PLAZMAFEREZY

Ogromną zaletą pracy w badaniach klinicznych jest innowacja. Możemy podawać pacjentom nowe leki, stosować to, o czym czytamy w najświeższej literaturze branżowej. Wielkim pozytywnym zaskoczeniem była dla mnie propozycja prowadzenia w naszym ośrodku badań klinicznych nie nad lekiem, ale nad sprzętem — mieliśmy ocenić skuteczność użycia plazmaferazy w leczeniu potrójnie negatywnego raka piersi. W ogromnym skrócie: pacjentka z rozsianą chorobą nowotworową po standardowym leczeniu kwalifikowana jest do zabiegów plazmaferaz, które odbywają się trzy razy w tygodniu i łączone są z niskodawkową chemioterapią. Sam zabieg polega na filtracji osocza przez separator komórkowy, celem jest zwiększenie stężenia TNF-alfa — czynnika martwicy nowotworów.

Tak skomplikowane badanie kliniczne to ogromne wyzwanie dla ośrodka. Szkolenia personelu pielęgniarskiego, trudna grupa pacjentów, konieczność współpracy z anestezjologami, bardzo dużo danych, które muszą być stale monitorowane przez koordynatorów... I wielkie emocje, podsycane przez informację, że metoda jest na razie stosowana tylko w czterech ośrodkach na świecie.

Pierwszy zabieg plazmaferezy przeprowadzony w naszym ośrodku zapamiętam jako swojego rodzaju święto. Święto nauki, medycyny, tego, że można ją rozwijać, jeżeli wykona się odpowiednią pracę i wykaże należyte zaangażowanie. Wreszcie: święto pacjentów, którzy otrzymają nową metodę leczenia, jeszcze jedno światełko w tunelu, gdy zawodzi wszystko to, co nauka dała nam dotychczas.

Szybko jednak nastał czas powrotu na ziemię: badanie rzeczywistości okazało się bardzo trudne, samo przygotowanie chorych do plazmaferezy stanowiło spory problem, ale stopniowo udało nam się włączyć do próby cztery pacjentki. Pani I. była pięćdziesięcioletnią kobietą w całkiem niezłej formie. Dwie linie chemioterapii zawiodły, nowotwór dawał coraz to nowe przerzuty, obecnie lokalizujące się głównie w płucach.

Badania przesiewowe, założenie cewnika centralnego do plazmaferez na bloku operacyjnym — do tego momentu wszystko szło nam sprawnie. Już mieliśmy rozpoczynać zabiegi, ale pacjentka niestety wpadła w infekcję: panujący wszędzie COVID-19. Zażrzała się od męża, który chorobę przeszedł bardzo skąpoobjawowo, praktycznie bez śladu. Pani I. też samego koronawirusa nie przechorowała dramatycznie, ale odsunął on nasze leczenie o dobre trzy tygodnie.

Wreszcie ruszamy. Pierwsza plazmafereza przebiega zupełnie bez zakłóceń, zero komplikacji. Drugi zabieg podobnie, wszystko zgodnie z planem. Trzeciego niestety już nie możemy wykonać. Pacjentka zgłosiła się do nas z silnym obrzękiem i bólem kończyny, nawet bez badań dodatkowych można było w zasadzie rozpoznać zakrzepicę. Skierowanie do szpitala, potwierdzenie masywnej zakrzepicy, zatorowości płucnej. Znowu dwa tygodnie odroczenia terapii. W międzyczasie pogarsza się stan ogólny, nowotwór bez leczenia galopuje, korzystając z osłabionej poinfekcyjnie odporności

pacjentki. Narasta płyn w jamie opłucnej, przez co pojawia się silna duszność spoczynkowa. W szpitalu rejonowym, gdzie leży pani I., robią jednak wszystko, żeby móc ją wypisać i przywrócić jej szansę na terapię.

Pani I. pojawia się u nas już w bardzo ciężkim stanie. Porusza się na wózku inwalidzkim, ma duszności, prawie nie przypomina siebie z początku naszego leczenia. Nikt z nas, choć mamy jakieś doświadczenie, nie może uwierzyć, jak szybko choroba ją wyniszczyła. Mamy oczywiście świadomość, ile złego wyrządził koronawirus. Tutaj kończy się technologia, kończą się nowoczesne maszyny, parametry, nowe metody — pojawia się strach, świadomość porażki, która czeka tuż za rogiem. Przeprowadzam z panią I. trudną rozmowę, we dwójkę zdajemy sobie sprawę z beznadziejnego położenia. Chora prosi jednak o to, by móc walczyć do końca, razem z zespołem wykonujemy plazmaferezę. Jeszcze wieczorem piszę do koleżanki SMS-a: „Cuda się zdarzają, może tak będzie tym razem”.

Ale cudu nie było. Pani I. zmarła w szpitalu w drugi dzień świąt Bożego Narodzenia. Już 27 grudnia odebrałem jednak telefon od współpracującego z nami onkologa: „Doktorze, jest kolejna pacjentka, która pilnie wymaga kwalifikacji do Waszej metody leczenia”.

PROBLEMY PACJENTA NA OSI CZASU

Różne są metody oceny stanu pacjenta. Można opierać się na wynikach badań laboratoryjnych, można bazować na badaniu przedmiotowym, można sięgać po gotowe skale służące do klasyfikowania chorych. A podstawą mojego własnego algorytmu jest dość zaskakujący wskaźnik: problemy, z którymi dana osoba zwraca się do mnie w trakcie terapii onkologicznej.

Dieta podczas leczenia — zagadnienie bardzo często poruszane przez pacjentów na samym początku terapii. Pytanie wskazuje na mobilizację chorego, który oprócz leczenia podstawowego chce sprawić, żeby organizm jak najlepiej walczył z chorobą. Jednocześnie prośba o wskazówki dietetyczne może być przełamaniem pierwszych lodów: w trakcie rozmowy najczęściej dowiadujemy się, co pacjent lubi, a czego nie. Jeżeli zaś z ust chorego pada słowo „alkohol”, możemy zacząć wspólnie rozważać zmianę trybu życia na bardziej higieniczny.

Wypadające włosy — problem bardzo ważny zwłaszcza dla kobiet poddających się chemioterapii. O ile sprawa jest istotna i pa-

cjentki powinny otrzymać wsparcie (skierowanie na refundowaną perukę, nowe metody zapobiegające wypadaniu, na przykład czepki grzejące w trakcie leczenia), o tyle mniej jako lekarza prowadzącego pytanie o to potrafi cieszyć. Dlaczego? Bo oznacza, że pacjentka ma na tyle siły, by myśleć o swojej urodzie, o wyglądzie. Bo wiem, że to stan przejściowy — jak skończymy chemioterapię i rozprawimy się z nowotworem, to włosy odrosną, zazwyczaj dużo piękniejsze niż przed chorobą. Tabu przełamała tutaj Samantha z kultowego serialu *Seks w wielkim mieście*, która w ostatnim sezonie walczyła z rakiem piersi. Ukazując łysą głowę na uroczystej gali, przed tysiącami widzów, wykrzychała do milionów kobiet na świecie: „Nie ma się czego wstydzić, walka z chorobą to oznaka siły, nie słabości”. I w tej kwestii zgadzam się z Samanthą w pełni.

Cytopenia polekowa (tłumacząc na ludzki język: kiepskie wyniki morfologii krwi obwodowej jako powikłanie leczenia) — tu mamy już do czynienia z pacjentem w trakcie ciężkiej terapii, najczęściej wymagającym hospitalizacji. Bardzo łatwo rozpoznamy umysły ścisłe: są to chorzy z tabelkami podsumowującymi wyniki, którzy według siebie tylko znanych wzorów próbują przewidywać, kiedy wyniki urosną. Osoba zgłaszająca się z cytopenią jest w dość trudnej sytuacji, a my nie mamy niestety żadnego złotego środka — odbudowanie morfologii po leczeniu przebiega bardzo różnie, zależy od wielu czynników. Możemy wspierać chorego lekami lub przetoczeniami preparatów, ale tak naprawdę trzeba czekać. Czekać w czuwaniu i strachu, czy nie nadejdą jeszcze poważniejsze komplikacje.

Wypis ze szpitala — pytanie o to pada w dwóch zupełnie odmiennych kontekstach. Zadane z nadzieją na jak najszybszy powrót do rodziny budzi od razu pozytywne myśli. Mówiąc wprost: dowiadujemy się z niego, że pacjent ma swój świat, do którego może i chce wrócić. Ma coś, co sprawia, że najlepiej czuje się we własnym małym świecie.

Jeżeli natomiast problemem jest to, że trzeba będzie opuścić szpital, przyczyny mogą być różne. Należy do nich strach przed brakiem opieki w razie pogorszenia, absolutnie naturalny, ale jednocześnie wykańczający. Często boją się sami pacjenci, a jeszcze częściej — członkowie rodziny, którzy oczami wyobraźni widzą siebie niezdających z pomocą na czas. Wtedy moją rolę jest wytłumaczenie, że moment wypisu został wybrany tak, żeby było bezpiecznie. Ułożenie krok po kroku schematu postępowania. Dusznosc — natychmiast telefon na pogotowie. Gorączka — telefon do lekarza rodzinnego lub do mnie. Skok ciśnienia tętniczego — szybkie sprawdzenie, czy chory zażył wszystkie leki.

Bardzo często za niechęcią przed powrotem do domu stoją też problemy rodzinne. Nieuregulowane relacje z krewnymi, problemy finansowe, sytuacja socjalna. Nauczyłem się nie oceniać, nie ingerować, nie stawać nigdy po żadnej ze stron. Bardzo łatwo było rzucić kamieniem w stronę dwudziestopięcioletniej kobiety, która nie chciała zabrać do domu swojej matki wymagającej całodobowej opieki. Ale dużo trudniej było ten kamień cofnąć, gdy dowiedziałem się, że kobieta musi sama utrzymać cały dom, zajmuje się niepełnosprawnym dzieckiem i jest ofiarą przemocy domowej. Klasyfikując problemy, z którymi zgłaszają się pacjenci, ten muszę uznać za bardzo źle rokujący w kontekście terapii. Brak realnego wsparcia, pomocy, podtrzymania woli dalszego leczenia może mieć decydujące znaczenie.

Problemy między pacjentami leżącymi w jednej sali — to wbrew pozorom dość częste skargi, przekazywane zazwyczaj nie osobiście, tylko przez pielęgniarki lub panie salowe. Bardzo ważne, by do takich problemów podchodzić indywidualnie. Byłem świadkiem najróżniejszych historii, niejednokrotnie pacjenci padali ofiarą złej metki, która się do nich przyczepiła. Bardzo raziło mnie też zawsze oburzenie pacjentów leżących obok na rozpoznanie u ko-

gość choroby infekcyjnej. Sytuacje kryzysowe często uwidaczniają nasze najgorsze „ja” — i dlatego słyszymy: „A może nie powinienem z nim leżeć?”, „A może przez niego będę chory?”. Nagle urywa się kontakt międzyludzki i pacjent niegroźny dla otoczenia (w innym przypadku zostałby odizolowany) spotyka się z okrutnym ostracyzmem.

Tęsknota, prośba o możliwość zobaczenia się z bliskimi pomimo zakazu — problem, który kiedyś incydentalnie pojawiał się w naszej pracy, teraz, w dobie pandemii, odgrywa ogromną rolę i staje się jednym z kluczowych. To wielki dylemat, który zawsze musi na siebie wziąć szef oddziału. Czy zaryzykować epidemiologicznie i dać kochającym się osobom porozmawiać po raz ostatni? Czy pozwolić na pożegnanie, którego nigdy nie zastąpią nowoczesne komunikatory i aplikacje? Nie ma chyba wśród skutków ubocznych pandemii nic boleśniejszego niż właśnie skazanie ludzi najbardziej cierpiących na przeszywającą samotność. Już w marcu, kiedy COVID-19 dopiero okrywał strachem cały świat, wiedzieliśmy, że będzie on bardzo dotkliwy dla pacjentów, którzy z powodu niedoborów odporności są miesiącami izolowani na szpitalnych oddziałach.

Problemów, z którymi muszą się mierzyć walczący z chorobami nowotworowymi, są tak naprawdę dziesiątki, jeśli nie setki. Rozpoczynając czyjeś leczenie, proszę przede wszystkim o to, żeby chory wszystko mi zgłaszał, bez zbędnej zwłoki. Nie po to, by klasyfikować pacjentów, jak zasugerowałem w pierwszym, żartobliwym akapicie. Po to, by mierzyć się z problemami razem, bo we dwójkę zawsze raźniej.

PO CO ROZDAJĘ SWÓJ NUMER TELEFONU

Numer telefonu komórkowego to z pewnością element prywatności. Coś, co sprawia, że dzwoniący znajdzie mnie podczas kolacji ze znajomymi, na wyciągu narciarskim czy w kinie. Mimo to większości pacjentów podaję numer komórki. Ostatnio jedna z rezydentek na oddziale spytała dlaczego. Fakt, nie jest to działanie zbyt popularne, postaram się jednak uargumentować, czemu to robię.

Pierwszym argumentem jest moje lenistwo i zapominalstwo. Nigdy nie ukrywałem, że nie jestem mistrzem porządku w papierach i w kalendarzu. W okresie pracy na hematologii zdarzyło mi się dziesiątki, jeśli nie setki razy zapomnieć o wystawieniu recepty lub zwolnienia, wpisaniu pacjenta na kolejne przyjęcie do kalendarza, wstawieniu skierowania do systemu. Dzięki temu, że chorzy mają mój numer, mogę te błędy korygować w locie, praktycznie zdalnie. Taki układ: nie zawsze wszystko jest idealnie, ale zawsze szybko możemy to naprawić. Prawda, że sprawiedliwie?

Drugi, dużo istotniejszy powód to wspomnienia z okresu, kiedy sam byłem rodziną pacjenta leczonego onkologicznie. Wtedy

numer do lekarza prowadzącego jest trochę jak magiczny klucz do krainy bezpieczeństwa. Nie musisz — a właściwie: obyś nie musiał — go używać, ale go masz i o tym wiesz. Tak łatwo jest w emocjach źle zinterpretować badanie obrazowe, pomylić normy badań krwi, nie zrozumieć czegoś w trakcie krótkiej rozmowy na korytarzu. Ważne więc, by mieć szansę coś doprecyzować, rozjaśnić. I muszę przyznać, że na kilkuset pacjentów zaledwie kilku użyło tego klucza w niesłusznej sprawie.

Jakiś czasu temu skutecznie przenieśliśmy naszą komunikację na drogę SMS-ową. Chorzy wysyłają mi wyniki, swoje pytania, wątpliwości, a ja odpisuję, kiedy mogę. Prawda, że sprawiedliwie?

A zresztą — kto nie lubi, jak mu dzwoni komórka?

JAKA JEST ŚMIERĆ

Przynajmniej kilkanaście razy widziałem na własne oczy, jak ktoś umierał. Śmierć zresztą przebija się przez te zapiski nader często — to przed nią uciekamy, lecząc, to jej się boimy, chorując. A jaka ona jest w moich oczach?

Na pewno nie tak magiczna, jak sobie wyobrażałem. Śmierć w szpitalu, na oddziale onkologicznym to nie filmowa scena, w której najbliższa osoba trzyma chorego za rękę i słucha ostatniej woli. To nie dynamiczna akcja, głośnie aparatura medyczna. Raczej powolny finał męczarni. Smutne zakończenie żmudnej i nierównej walki. Coś, czego wszyscy się spodziewali, ale co i tak zawsze przygnębia. Telefon do dyżurki, stwierdzenie zgonu na sali. Czynności odarte z jakiegokolwiek mistyczności: zapakowanie ciała, przewiezienie do chłodni, pozbieranie tych kilku rzeczy z szafki. Formalności. A przecież na tym wózku jedzie czyjaś pierwsza miłość, czyjś wielki przyjaciel, czyjeś rozczarowanie lub cudowne odkrycie.

Jest bardzo samotna. Często za parawanem, żeby inni pacjenci jej nie oglądali, żeby zapewnić chociaż namiastkę prywatności. Z oczu odchodzących można wyczytać, że śmierć jest total-

nie pusta, nie ma żadnego drugiego dna. Nie ma tunelu ze światłem, są oczy, które czasem nie zdążą się zamknąć i już nie reagują na dotyk.

Jest ostateczna, jest namacalnym dowodem na to, że nie jesteśmy niezniszczalni. Dopiero gdy ją zobaczyłem z bliska, uwierzyłem, że istnieje naprawdę. Na samą myśl, że kiedyś to wszystko się kończy, aż drętwieje mi ciało. Bo trudno zaakceptować, że umiera ktoś inny, a co dopiero, że umrę ja sam. Że też odejdę, pozostawię po sobie kilka niezamkniętych spraw, trochę wspomnień i może jakieś dobra materialne. Nie ma niczego tak bezwzględnie ostatecznego jak śmierć.

Jest także sprawiedliwa. Ma różne formy, ale jest taka sama dla wszystkich, na jej przebieg nie ma wpływu nic, co materialne. Nie daje się odepchnąć za pieniądze, nie daje się skutecznie przewidywać, nie daje się zaplanować. To obowiązek każdego, realizowany skrupulatnie i bez wyjątku.

Jest ważna, bo tylko rozmowy o rzeczach ważnych budzą wielkie emocje, są tak trudne i niemożliwe do przeprowadzenia według ustalonego scenariusza. Jeszcze wczoraj, idąc do pacjentki, by powiedzieć jej o niepowodzeniu terapii, obiecywałem sobie rzeczową dyskusję i bardzo konkretny komunikat. Ale tak się nie da, ona jest młodą kobietą, od trzech lat walczy z rakiem piersi, nie chce się poddawać mimo płynu w płucach, nawracających infekcji, świeżo przebytej zakrzepicy i silnej już duszności spoczynkowej. Spróbujemy walczyć dalej, czekając na cud.

Jest częścią życia, ale daleko jej do pięknego finału historii, ostatniej sceny filmu czy mety maratonu. Jest raczej jak urwana opowieść, taśma filmowa przecięta bez montażu czy kontuzja, która eliminuje zawodnika.

Nadal nic o niej nie wiem.

CZEGO SIĘ NAUCZYŁEM?

Kończy się pewien etap, czas zatem na podsumowanie. Czy przez te sześć lat nauczyłem się hematologii? Na pewno nie, jej trzeba się uczyć całe życie. Popełniłem masę błędów, poniosłem wiele porażek i miałem kilka sukcesów. Poznałem dziesiątki wspólniały osób, wpisałem się we fragmenty ich historii. Dotknąłem śmierci, lecz nadal się jej boję. Przekonałem się, że miłość potrafi przezwyciężyć wszystko, ale byłem też naocznym świadkiem bezwzględnego górowania ułomnej fizyczności nad duchem. Razem z pacjentami bałem się, śmiałem, płakałem i tkwiłem w niepewności.

Nauczyłem się pokory. Żeby nie oceniać, tylko robić swoje. Żeby cieszyć się wszystkim, co zwykłe. Te nauki na pewno we mnie pozostaną.

Dziękuję.

SPIS TREŚCI

WSTĘP / 7

ROZDZIAŁ 1
F. / 9

ROZDZIAŁ 2
PRETENSJE / 11

ROZDZIAŁ 3
27 LAT WOLNEJ POLSKI / 13

ROZDZIAŁ 4
NAUCZYĆ SIĘ DAWAĆ SPOKÓJ / 15

ROZDZIAŁ 5
PIERWSZE DNI NA HEMATOLOGII / 17

ROZDZIAŁ 6
HODGKIN VS SZPICZAK / 21

ROZDZIAŁ 7
ALL VS A. / 27

ROZDZIAŁ 8
PŁASZCZ NIE DO ZDJĘCIA / 33

ROZDZIAŁ 9
GÓRA LODOWA / 39

ROZDZIAŁ 10

KSIĄŻĘ I ŻEBRAK / 43

ROZDZIAŁ 11

DZIEŃ Z ŻYCIA SOR-U / 47

ROZDZIAŁ 12

SYRENY ALARMOWE / 53

ROZDZIAŁ 13

MAJORKA / 55

ROZDZIAŁ 14

PAN T / 57

ROZDZIAŁ 15

Z. I JEJ MAMA / 61

ROZDZIAŁ 16

IZRAEL / 63

ROZDZIAŁ 17

PRZEZ ŻOŁĄDEK DO SERCA / 67

ROZDZIAŁ 18

UWAGA, TEN GUZ SIĘ ROZPADA / 69

ROZDZIAŁ 19

WRÓG POTRÓJNIE NEGATYWNY / 73

ROZDZIAŁ 20

UBEZPIECZALNIA / 77

ROZDZIAŁ 21

FETYSZ ŻYCIA / 81

ROZDZIAŁ 22

CZ. I JEGO RYWAŁ / 85

ROZDZIAŁ 23

PLAZMAFEREZY / 87

ROZDZIAŁ 24

PROBLEMY PACJENTA NA OSI CZASU / 91

ROZDZIAŁ 25

PO CO ROZDAJĘ SWÓJ NUMER TELEFONU / 95

ROZDZIAŁ 26

JAKA JEST ŚMIERĆ / 97

ROZDZIAŁ 27 — OSTATNI

CZEGO SIĘ NAUCZYŁEM? / 99



Zabierając się do spisywania wspomnień, myślałem o medycynie — w kontekście niesamowitej pasji, która powoli wypełniła moje życie, o ludziach, z którymi tę pasję dzielę, i trochę o sobie samym. Nigdy nie uważałem, że można być za młodym na wyciąganie wniosków z rzeczywistości. Nikt nigdzie nie napisał, że wnioski muszą być zawsze poprawne. Te, którymi się tutaj podzielę, będą na pewno szczere.

Chciałbym też, żeby moje zapiski były swojego rodzaju podziękowaniem dla moich nauczycieli medycyny. Dla Rodziców, którzy jako lekarze wprowadzili mnie w ten świat, nie tworząc wokół niego otoczki niedostępności i pokazując, jak ważne jest podejście do pacjenta. Dla Nauczycieli profesji: wykładowców akademickich, którzy dzielili się całą swoją wiedzą, i starszych kolegów po fachu, którzy po prostu pokazywali, jak to się robi. Dla Pacjentów, których swoistymi pomnikami są kolejne rozdziały. Miałem niesamowite szczęście, że na Was wszystkich trafiłem. W przeciwnym razie rzuciłbym to setki razy i zajął się innymi, mniej lub bardziej pożytecznymi rzeczami. Dziękuję!

Michał Kwiatek

Cena 49,99 PLN

