Moja Akademia
cz. 14

Bogdan Łazarkiewicz

Chirurdzy – anestezjolodzy – problemy, konflikty

Do czasu wprowadzenia do narkozy eteru (1846 r.) przez Wiliama Mortona, chirurgia była ponurą nocą ignorancji, tortur i bezowocnego wędrowania po omacku (Green). Pierwsza katedra anestezjologii powstała w 1937 r. na Uniwersyteie Oksfordzkim. Dopóki narkozę (znieczulenie ogólne) dawały pielęgniarki, felczerzy lub studenci medycyny w czasie praktyk, problemów nie było. Chirurg odpowiadał nie tylko za przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, ale również za narkozę i wszystkie możliwe powikłania, włącznie z tym najgorszym. Chirurg był panem życia i śmierci, i nikt w czasie zabiegu nie miał nic do powiedzenia. Kiedy znieczuleniem zaczęli zajmować się lekarze specjalizujący się lub wreszcie specjaliści anestezjolodzy, rozpoczęły się niedomówienia, a nawet nieporozumienia. Na kongresach i zjazdach chirurdzy w rozmowach kuluarowych narzekali na swoich anestezjologów. Podobnie, tylko w odwrotną stronę, dyskutowano u anestezjologów. Narzekali na chirurgów. W miejsce siostry lub felczera zjawiał się, przeważnie dość młody lekarz, i zaczynał się „wymądrzać", mówili chirurdzy. „Wprowadził rurkę do dróg oddechowych, wstrzykuje jakieś medykamenty do kroplówki i ośmiela się czasami powiedzieć – spadek ciśnienia, proszę przerwać zabieg". Z czymś takim chirurg jeszcze nigdy się nie spotkał. Chirurg nie chciał widzieć, że pacjent zasypia bezproblemowo, nie dusi się, nie budzi się w czasie zabiegu, że powłoki nie są napięte, co kiedyś stwarzało duże problemy, chociażby przy zamykaniu jamy brzusznej. I wreszcie nie doceniał tego, że za gładkie przejście przez zabieg operacyjny jest odpowiedzialny już nie tylko on, ale w równym stopniu anestezjolog. „Co ten czarownik tam wstrzykuje?" – pytał chirurg w czasie operacji. Bo też i ten anestezjolog nie kwapił się zdradzać tajników swego działania. Mówili, że jeden z pionierów nowoczesnej anestezjologii w Polsce, profesor Justyna, wyjmował ampułkę z kieszeni fartucha, zakrywał napis i wstrzykiwał choremu tajemniczy lek. Wprawdzie większość pionierów anestezjologii wywodziła się z chirurgii – złośliwi mówili, że to ci, którzy mieli lewe ręce. Były i odwrotne sytuacje, np. chirurg, późniejszy pionier transplantacji kończyn w Polsce, prof. Ryszard Kocięba, wcześniej był anestezjologiem. Liczba anestezjologów powiększała się błyskawicznie. Większość z nich szkoliła się za granicą, gdzie równocześnie obserwowała rozwój nowoczesnej chirurgii, a komentarze na ten temat też się chirurgom nie podobały. Chirurdzy zapominali, że postęp i rozwój nowoczesnej chirurgii był uwarunkowany nowoczesną anestezjologią (bezpieczne wkraczanie do klatki piersiowej, kardiochirurgia aż do przeszczepów serca włącznie). Wśród medyków pojawiła się nowa specjalność dotychczas nieznana. Specjaliści anestezjolodzy wyróżniali się często nowoczesną wiedzą z zakresu kardiologii, patofizjologii, farmakologii klinicznej i innych. Powstała nowa grupa pielęgniarek anestezjologicznych, której stworzono możliwości szkolenia, a nawet pracy za granicą, co mobilizowało do nauki języków ob-



Doktorat *honoris causa* prof. A. Arońskiego (1990 r.)

cych. Anestezjolog, skoro odpowiadał za bezpieczne przeprowadzenie chorego przez zabieg, zaczął domagać się udziału w przygotowaniu pacjenta do operacji i prowadzeniu w pierwszym okresie pooperacyjnym. Nie zawsze i nie wszystkim chirurgom to się podobało. Sam słyszałem ostrą rozmowę docenta chirurgii W. Wrężlewicza z docentem A. Arońskim, który domagał się przed zabiegiem oznaczenia poziomu elektrolitów: „Ja nie będę operował elektrolitów, tylko chorego z ostrym brzuchem...". Brak współudziału w przygotowywaniu planu operacji i wcześniejszego badania chorego przez anestezjologa doprowadzał czasami do bardzo nieprzyjemnych sytuacji, kiedy anestezjolog skreślał zabieg, żądając dodatkowych badań lub przygotowania chorego do zabiegu. Na szczęście u nas w klinice prof. W. Brossa były to wyjątkowe sytuacje. Potwierdzeniem współpracy chirurgii z anestezjologią była wspólna organizacja Zjazdu Torakochirurgów i Anestezjologów, który odbył się w 1959 r. we Wrocławiu.

Prof. W. Bross, inicjator powstania naszej anestezjologii, dobrze znał wartość tej dyscypliny dla chirurgii, a profesora A. Arońskiego, wysoko cenił. Prof. A. Aroński. w czasie uroczystości jubileuszu 50-lecia pracy naukowej, pedagogicznej i lekarskiej profesora W. Brossa (1978 r.), przemówienie swoje zakończył „niech mi wolno będzie jako uczniowi profesora Brossa, a zarazem prezesa Towarzystwa Anestezjologów Polskich, złożyć zacnemu Jubilatowi najserdeczniejsze podziękowania za jego wkład w rozwój nowoczesnej myśli anestezjologicznej i za stworzenie we Wrocławiu warunków do rozwoju tej dyscypliny". W 1990 r. uczelnia nasza nadała prof. Antoniemu Arońskiemu doktorat *honoris causa*.

Anestezjolog włączony w proces leczenia okołooperacyjnego, poza technicznymi czynnościami związanymi z uśpieniem chorego, obserwował na monitorach parametry czynności poszczególnych narządów i układów, analizował wyniki badań laboratoryjnych i na bieżąco w razie potrzeby ingerował, dbając przede



Prof. dr hab. Antoni Aroński

wszystkim o krążenie i oddychanie, zapewniając bezpieczeństwo operacji, przeżywał kompleks „nieznanego żołnierza". Bohaterem sukcesu był chirurg – podziękowanie, kwiaty, koniak... A o anestezjologu nic się nie mówiło. To był następny powód wzajemnych, nie zawsze właściwych stosunków chirurg-anestezjolog.

W kierowanej przeze mnie przez 20 lat Klinice Chirurgicznej (1980––2000) stosunki z anestezjologami były wzorowe. Nigdy nie zdarzyły się opisane wyżej problemy, a współpraca układała się na zasadzie wzajemnego uznania i szacunku, gdyż przyświecał nam jeden cel – dobro chorego. Nigdy nie zdarzyło się, by anestezjolog przy ciężkim stanie chorego odmówił znieczulenia. Odwrotnie – ja nieraz miałem pewne obawy, a odpowiedź anestezjologa była następująca: „Jeśli są wskazania życiowe, proszę pozwolić mi działać". Ciągnące się latami dyskusje o nieporozumieniach chirurgów z anestezjologami wynikały z braku dobrych chęci i zrozumienia, że nawzajem jesteśmy nie tylko na siebie zdani, ale i sobie potrzebni. Na pewno brakowało tu też uregulowań kompetencji i obowiązków obu stron. W 1990 r. jako prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich spotkałem się z prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, prof. dr. hab. Andrzejem Küblerem i opracowaliśmy *Zasady współpracy chirurga i anestezjologa podczas postępowania okołooperacyjnego*. Zasady te przedyskutowane i zaakceptowane przez anestezjologów i chirurgów 15.10.1991 r. podpisaliśmy uroczyście. Porozumienie to zostało opublikowane (Anest. Inten. Ter. 1992, 24, 69-71).

Myślę, że było to oficjalne zakończenie wygasającego już sporu, a może niezrozumienia, na temat współpracy chirurga z anestezjologiem, którzy nawzajem się uzupełniają, co przekłada się na coraz lepsze wyniki operacyjne.

W 1996 r. otrzymałem członkostwo honorowe Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii – wyróżnienie to cenię sobie bardzo wysoko.



Prof. dr hab. Antoni Aroński i prof. dr hab. Andrzej Kübler