

# Święta? W tym roku z rodziną.

O pracy i odpoczynku, o rewolucyjnej metodzie leczenia zaburzeń rytmu serca i hybrydowej sali operacyjnej, opowiada prof. JERZY SADOWSKI, kierownik najlepszego ośrodka kardiochirurgicznego w Polsce – Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II

**– Czy szef najlepszej, według opublikowanego w grudniowym numerze Newsweeka rankingu, kliniki kardiochirurgii w Polsce, chciałby w końcu, jak większość Polaków, wracać do domu po 8-godzinny dzień pracy?**

– Kiedyś mój wielki szef, prof. Jan Moll, gdy go zapytano, przez kogo chciałby być operowany, przez jakiego chirurga, czy mniej doświadczonego, czy więcej doświadczonego, czy przez profesora, a może asystenta albo adiunkta, odpowiedział: przez chirurga wyspanego i wypoczętego. Tymczasem tempo życia, pracy i wszystkiego, co się wokół nas dzieje, zmusza nas jednak do bardzo dużej aktywności i niepoddawaniu się nawet zmęczeniu. Na dłuższą metę nie jest to korzystne i dla nas, i dla otoczenia, i przede wszystkim dla pacjentów. Jednak zawód lekarza jest zawodem specyficznym, wymagającym dużego zaangażowania i anekującemu nawet czas przeznaczony na życie prywatne i rodzinne. Kiedy się operuje, to wytwarza się między chorym a chirurgiem pewnego rodzaju więź emocjonalna. I to nie jest tak, że ja o godzinie 15 mówię: dziękuję bardzo, ja już skończyłem pracę, idę do domu i proszę do mnie nie dzwonić. Nie, ja nawet będąc poza kliniką pracuję nadal. Telefon odbieram przez całą dobę, także w nocy. Kiedy tylko dzieje się coś niepokojącego dyżurny zespół dzwoni do mnie dwa, trzy, a nawet pięć razy. Ale ja wolę, aby zadzwonili w nocy, niż żebym o siódmej rano, podczas wizyty na intensywną terapię, został czymś zaskoczony; bo można było np. podjąć jakąś korzystną dla chorego decyzję, zadziałać inaczej, a tego nie zrobiono, nie zawiadomiono mnie i dowiaduję się nagle o wszystkim dopiero rano. Więc wolę, aby mnie budzono nawet dziesięć razy w ciągu nocy i żebyśmy podjęli decyzję natychmiast. I nie wyobrażam sobie, aby te ciągłe dyspozycyjność, nie tylko moja, ale też całego zespołu operującego można było unormować jakąś pracą zmianową albo też pracą na konkretnej liczbie godzin.

**– Bo przecież chirurg nie odejdzie od stołu operacyjnego, powierzając dokończenie zabiegu następnemu zespołowi kolegów, tylko dlatego, że właśnie skończyła się ósma godzina jego pracy.**

– Nie, oczywiście, że nie. Wszystko zależy zresztą od organizacji. Na sześciu naszych salach operacyjnych od poniedziałku do piątku wykonujemy dziennie 12 planowych operacji. Zabiegi trwają zwykle trzy do pięciu godzin, a każdy chirurg wykonuje

przeważnie jedną lub dwie operacje dziennie. Niemal codziennie wykonywane są również dodatkowo dwie, trzy operacje nagłe, nie zaplanowane. Wobec tego mamy zespół, który jest wyjątkowo z planu operacyjnego dziennego, natomiast zabezpiecza całą dobę. Ale też zdarzają się takie dni, kiedy ten zespół musi nagle zrobić jedna za drugą trzy operacje. Wtedy proszę któregoś z kolegów, nie mającego akurat dyżuru, o pomoc. Czy może odmówić? Może, ale chodzi o to, aby koledzy się wspierali i to funkcjonuje w naszym zespole. Zawsze staram się tak zaplanować pracę, aby żadnego z tych zespołów nie wyekspluować. Jeśli zespół operuje w nocy, to staram się, aby na drugi dzień koledzy byli odciążeni i zalecałem solidny odpoczynek. Jednym słowem, w organizacji pracy zawsze elastycznie dostosowujemy się do okoliczności, kierując się rozsądkiem.

**– Wczesny rano, a przed gabinetem Pana Profesora tłum pacjentów, lekarzy, pielęgniarek. Wprost drzwi się nie zamykają, bo każdy przychodzi z jakąś ważną, nie cierpiącą zwłoki sprawą. Niektórzy szefowie klinik zajmują się tylko sprawami organizacyjnymi i administracją. Pan Profesor jest również chirurgiem czynnym zawodowo, a pogodzenie tych wszystkich obowiązków nie wydaje się łatwe...**

– Pracy administracyjnej w klinice jest rzeczywiście ogromnie dużo, mam wrażenie, że coraz więcej. Także inne dodatkowe obowiązki, m.in. uniwersyteckie oraz wynikające z działalności w różnych kardiologicznych i lekarskich towarzystwach naukowych zabierają sporo czasu. Jestem obecny np. w radzie naukowej warszawskiego Instytutu Kardiologii oraz w radzie naukowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, a także, jako jedyny kardiochirurg, w zarządzie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Mógłbym stwierdzić – to mnie nie interesuje. Ale kardiochirurgi najbliższą współpracują przecież z kardiologami, można powiedzieć, że „dostajemy” pacjentów od kardiologów. Tegoroczny ranking Newsweeka, który nasza klinika wygrała, oparty był m.in. właśnie na głosach kardiologów. Bo oprócz tych wszystkich wymierzalnych parametrów, które charakteryzują dobry ośrodek kardiochirurgiczny, reszta to były opinie kardiologów, bardzo dla nas przychylnie. Czyli moja aktywność procentuje, przynosi korzyści klinice, a że część obowiązków dokładam sobie na własne życzenie, to już inna sprawa. Mógłbym jeszcze powiedzieć o progra-

mach na temat różnych sposobów leczenia, które za pośrednictwem telewizji przygotowujemy dla lekarzy rodzinnych albo o uniwersytetach trzeciego wieku, w których lekarze kliniki, również i ja, prowadzą wykłady. Różnego rodzaju spotkań, obowiązków jest więc bardzo dużo, często zatem wyjeżdżam, ale jak jestem na miejscu, to staram się robić dwie operacje dziennie. Nie potrafię inaczej, jestem chirurgiem i nie może mi praca administracyjna przeszkadzać w wykonywaniu zawodu. I jeszcze coś. Nasza klinika to duża jednostka, wykonujemy 2,5 tysiąca operacji rocznie, a w tych budynkach, łącznie z Zakładem Hemodynamiki, pracuje 400 osób personelu. Rolą szefa jest więc także pomoc i stymulacja rozwoju pracowników, zachęta do robienia specjalizacji, doktoratów, bo wszystkie te działania pracują na wielkość ośrodka. Ale trzeba traktować każdego indywidualnie; z każdego umieć wydobyć to, w czym jest najlepszy.

**– Innym aspektem zaangażowania jest współpraca z renomowanymi ośrodkami zagranicznymi. Ostatnie tygodnie to przeprowadzane wspólnie z amerykańskimi kardiologami z Północnej Karoliny zabiegi ablacji torakoskopowej, wykonywane podobno tylko w trzech placówkach na świecie, a tą trzecią jest właśnie kierowana przez Pana Profesora klinika.**

– Pomagamy chorym cierpiącym na zaburzenia rytmu serca, u których farmakoterapia okazała się nieskuteczna. Zabiegi ablacji torakoskopowej wykonywane są już w klinice w Stanach Zjednoczonych i w klinice we Frankfurcie, jednak nasz ośrodek przeprowadził ich najwięcej. Ablacja to zabieg polegający na chirurgicznym przecięciu dróg przewodzenia impulsów elektrycznych w mięśniu sercowym. Operacje, kiedy w tym celu otwiera się klatkę piersiową, stosowane są od dawna. Teraz jednak mamy metodę znacznie mniej inwazyjną, czyli ablację torakoskopową. Podczas tego zabiegu lekarze wykonują na skórze pacjenta niewielkie nacięcia i wprowadzają przez nie sondę, za pomocą której wypala się w sercu drogi przewodzenia impulsów elektrycznych. To zupełnie nowość, w sumie we wszystkich wspomnianych ośrodkach przeprowadzono dotąd zaledwie 50 takich zabiegów, ale już wiemy, że jest to metoda bezpieczna, a wyniki jej skuteczności wynoszą ponad 80 proc. Dość powiedzieć, że 100 proc. naszych pacjentów poddanych ablacji torakoskopowej ma teraz prawidłowy rytm zatokowy, czyli



FOT. KATARZYNA KUCZEWSKA

przywrócił im prawidłową akcję serca. Dla porównania, skuteczność tradycyjnej ablacji waha się w granicach 50 proc.

**– Zadaniem szefa jest także planowanie rozwoju powierzonej mu placówki. Co w takim razie przyniesie przyszłość?**

– Wspominałem o sześciu salach operacyjnych, ale tak naprawdę tych sal mamy osiem, tyle że dwie w ostatnim czasie użytkowane były przez torakochirurgów. W tej chwili są już opróżnione. Jesteśmy Kliniką Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii i w związku z tym chciałbym rozwijać wszystkie te działy. Dlatego jedną z sal chcę przeznaczyć tylko na zabiegi chirurgii naczyniowej, na które jest naprawdę duże zapotrzebowanie. Natomiast nowym pomysłem jest utworzenie w drugim pomieszczeniu tzw. hybrydowej sali operacyjnej. Byłaby to sala przeznaczona do zabiegów kardiochirurgicznych, dodatkowo wyposażona w wysokiej klasy aparat rentgenowski, dzięki któremu chirurg mógłby na bieżąco śledzić przebieg operacji. Czyli w tej sali można by było wykonywać koronarografię, poszerzać tętnice, wstawiać stenty do aorty czy naczyń wieńcowych, a jednocześnie przeprowadzać pewne zabiegi kardiochirurgiczne, takie jak m.in. implantowanie zastawek drogą przetętniczą albo przekłatkowo.

Niestety, wyposażenie sali w tak specjalistyczny i różnorodny sprzęt jest bardzo kosztowne. Pertraktujemy zatem z władzami i staramy się o pieniądze z Unii Europejskiej. Hybrydowe sale operacyjne to nowość w świecie, krakowska klinika jako pierwsza w Polsce byłaby tak wyposażona; taką salę ma już Mediolan i Essen, kolejne otwierają się w USA. Sala hybrydowa to też pomysł na wspólny rozwój zarówno kardiologii interwencyjnej, jak i kardiochirurgii. W naszym ośrodku w tej chwili część tego typu zabiegów przeprowadza się w Zakładzie Hemodynamiki, którym kieruje prof. Krzysztof Żmudka, a część na naszej sali operacyjnej. Jednak jakość rentgena, którym dysponujemy, jest za słaba do wykonywania bardziej skomplikowanych operacji. Dodam jeszcze, że ostatnio nastąpiło pewne zbliżenie między kardiologami interwencyjnymi a kardiochirurgami, którzy przez ostatnie dziesięć lat współistnieli w warunkach pewnej konkurencji. Teraz podejście się zmieniło, ponieważ wiadomo już, że w pewnych przypadkach opieranie się tylko na działaniach kardiologów albo kardiochirurgów nie rozwiązuje problemu, potrzebna jest współpraca. Bo przecież jeśli robimy coś razem, to zwiększa się również bezpieczeństwo pacjenta. W naszym ośrodku na szczęście udało się zachować consensus między kardiologią interwencyjną a kardiochirurgią. Wspólne są ranne odprawy, kwalifikacje pacjentów do zabiegów, dyskusje.

**– Ale dyskusje, mam nadzieję, kończą się o przyzwolonej porze, bo przecież sprawny chirurg, to chirurg wypoczęty i wyspany. Jak Pan Profesor regeneruje siłę?**

– No cóż, śpię po pięć godzin, codziennie wstaję o wpół do szóstej rano. Jeśli uda mi się położyć do łóżka o 23, to jestem szczęśliwy. Pozostaje urlop, wtedy staram się wyłączyć; rodzina, małe dzieci, to zupełnie inny tryb życia. Jednak w głębi serca uważam, że nie umiem odpoczywać. Wciąż tkwi we mnie ta gotowość do pracy, dyspozycyjność, zawsze pod telefonem, zawsze w kontakcie z kliniką. Oczywiście, zdarczają się weekendy, kiedy nic się nie dzieje i wtedy szukam sobie innego zajęcia. Mam np. łódkę w Czorsztynie i w tym roku byłem tam może cztery razy...

**– A święta i sylwester?**

– W tym roku w domu, z rodziną, z dziećmi. To dla najbliższych i dla mnie niezmiernie ważne.

**Rozmawia: DOROTA DEJMEK**